

# **Rapport commun du GNFB et du NBVN** **pour le Collège de Néphrologie**

## **I. Une population en croissance**

Le nombre de patients traités pour insuffisance rénale terminale est en augmentation constante. Comme le montre le tableau I, sur la période 1999-2003, le nombre de patients traités pour insuffisance rénale terminale au 31 décembre de l'année considérée a augmenté de 5.96 % par an, passant de 7623 à 9441.

Rapporté à la population, ce nombre passe de 745.36 à 911.66 patients par million d'habitants.

**Tableau I** : nombre de patients traités pour insuffisance rénale terminale en Belgique

	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Pts prévalents	7623	7966	8463	8972	9441
Pts prévalents/million d'habitants	746.36	777.94	824.58	870.25	911.66
Pts incidents	1558	1542	1708	1779	1733
Pts incidents/million d'habitants	152.64	150.60	166.42	172.56	167.35

Le nombre des patients incidents fluctue d'une année à l'autre. Globalement sur la période 1999-2003, celui-ci a augmenté de 2.81 % par an, passant de 152 à 167 patients par million d'habitants par an.

Il faut rappeler que ceci ne donne qu'une estimation indirecte du nombre d'insuffisants rénaux terminaux dans notre pays, puisque cette statistique ne recense que les patients traités pour cette affection et ne prend évidemment pas en compte les patients non référés ni ceux référés dont l'insuffisance rénale terminale ne serait éventuellement pas traitée.

## **II. Caractéristiques de la population prévalente**

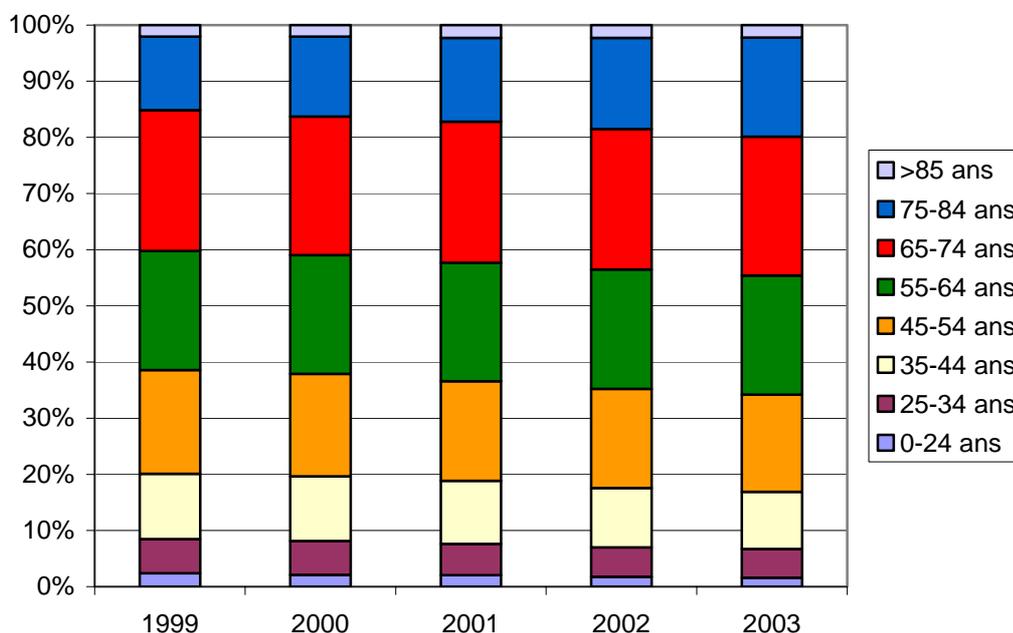
### **1. Age**

La population des insuffisants terminaux est composée de patients plus âgés que précédemment. Comme le montrent le tableau II et la figure 1, le recrutement pour les tranches d'âge en-dessous de 35 ans est stable, voire en régression et la progression de l'effectif touche principalement les patients âgés de plus de 75 ans (+ 16.88 %/an sur la période pour les 75-84 ans et + 8.13 %/an sur la période pour les patients âgés de plus de 85 ans). La tranche d'âge la plus représentée reste toutefois celle des 65-74 ans (un quart des patients). Les patients âgés de plus de 85 ans restent peu nombreux.

**Tableau II.** Age des patients prévalents

Tranche d'âge	1999	2000	2001	2002	2003
0-24 ans	182	166	175	158	150
25-34 ans	463	481	469	467	481
35-44 ans	890	918	953	950	960
45-54 ans	1408	1455	1500	1584	1639
55-64 ans	1614	1683	1784	1905	1998
65-74 ans	1911	1962	2127	2240	2333
75-84 ans	998	1139	1264	1457	1672
> ou = 85 ans	157	162	191	202	208

Evolution de la répartition des groupes d'ages des patients prévalents



*Figure 1 : Histogramme de la répartition des groupes d'âge chez les patients prévalents.*

Les causes de cette augmentation du nombre des patients plus âgés sont probablement multiples :

- Ces patients sont davantage référés au néphrologue
- Moindre réticence à prendre en charge les patients plus âgés
- Maintien en vie de patients qui seraient auparavant décédés de complications cardio-vasculaires avant d'atteindre l'âge de l'insuffisance rénale terminale
- Déplacement de l'âge de l'insuffisance rénale terminale vers des valeurs plus élevées suite à des traitements néphroprotecteurs efficaces et à une réduction de l'administration de produits néphrotoxiques.

## 2. Type de néphropathie

L'augmentation du nombre de patients ne se retrouve pas de façon égale pour tous les types de néphropathie conduisant à l'insuffisance rénale terminale. L'augmentation est surtout marquée pour les causes vasculaires et les néphropathies secondaires (incluant essentiellement la néphropathie diabétique compliquant le diabète sucré de type 2). Le nombre de patients traités pour une insuffisance rénale terminale d'origine vasculaire a crû de 12.68 % par an de 1999 à 2003 et le nombre de patients pris en charge pour une insuffisance rénale terminale de cause secondaire a crû pendant la même période de 9.60 %. A elles deux, ces causes représentaient 31.6 % des insuffisances rénales terminales en 1999 et 36.5 % des insuffisances rénales terminales en 2003 (Tableau III et Figure 2).

**Tableau III.** Cause de l'insuffisance rénale terminale des patients prévalents

	1999	2000	2001	2002	2003
Inconnu	717	742	799	838	891
GNC	1630	1719	1786	1837	1868
PNC	872	865	893	920	944
NIC	653	664	671	669	666
Hér/malf	1187	1223	1284	1355	1414
Vasculaires	980	1053	1173	1340	1477
Diabétiques types 1 et 2	1099	1200	1320	1445	1573
Autres secondaires	324	324	346	365	396
Varia	161	176	191	203	212
	7623	7966	8463	8972	9441

**Evolution du type de Néphropathie des Prévalents**

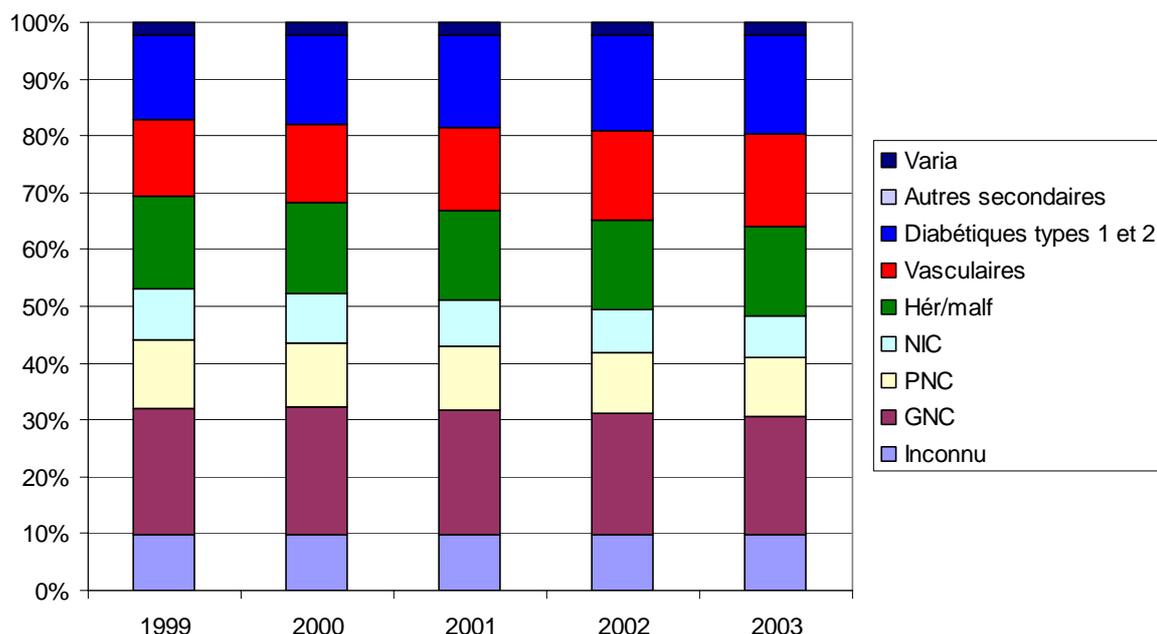


Figure 2. Histogramme de la répartition des principales causes de l'insuffisance rénale terminale des patients prévalents

### **III. Modalités de prise en charge**

La période 1999-2003 est marquée par une croissance plus importante des techniques alternatives à l'hémodialyse en centre, malgré le vieillissement simultané de la population traitée.

Tableau IV. Modalités de prise en charge des patients prévalents

	1999	2000	2001	2002	2003	Taux annuel d'accroissement
HD	4102	4200	4441	4733	4958	+ 5.22 %
DP	358	366	449	503	537	+ 12.50 %
Transplantation	3163	3400	3573	3736	3946	+ 6.19 %
<b>TOTAL</b>	<b>7623</b>	<b>7966</b>	<b>8463</b>	<b>8972</b>	<b>9441</b>	<b>+ 5.96 %</b>

Le pourcentage de croissance de la dialyse péritonéale est plus de deux fois plus élevé que celui de l'hémodialyse (Tableau IV).

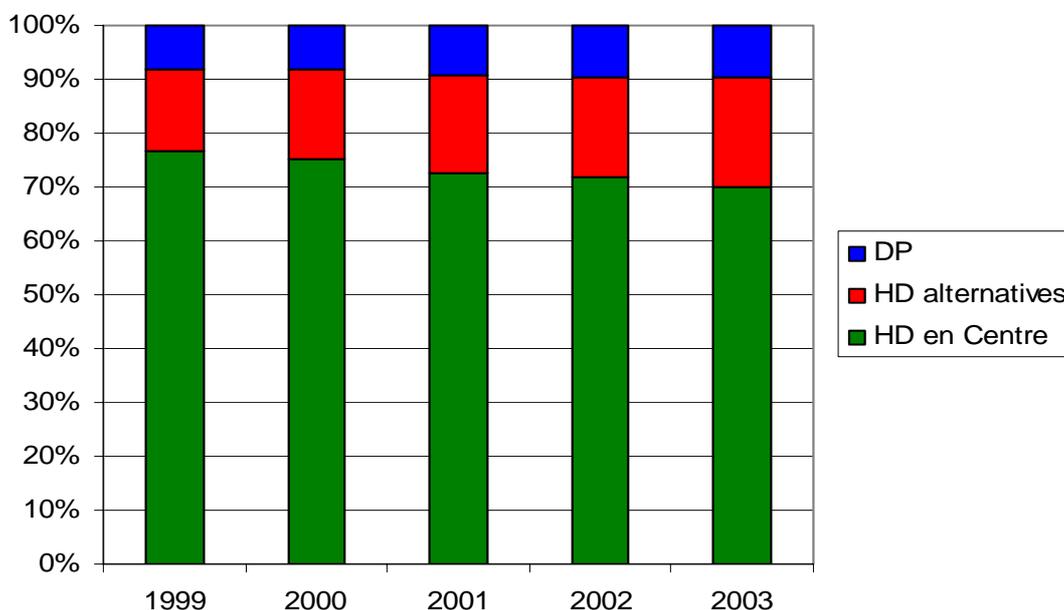
Parmi les modalités d'hémodialyse, la croissance annuelle des formes alternatives (autodialyse et home dialyse) est le quadruple de celle de l'hémodialyse en centre ( tableau V)

**Tableau V.** Alternatives à l'hémodialyse en centre dans la population prévalente

	1999	2000	2001	2002	2003	Taux annuel d'accroissement
HD en Centre	3416	3435	3549	3768	3849	+ 3.17 %
HD alternatives	686	765	892	965	1109	+ 15.42 %
DP	358	366	449	503	537	+ 12.50 %
Transplantation	3163	3400	3573	3736	3946	+ 6.19 %
Total alternatives	4207	4531	4914	5204	5592	+ 8.23 %
Ratio alternatives	0.552	0.569	0.581	0.580	0.592	

Si l'on inclut la transplantation, en 2003, 6 patients sur 10 sont traités par une alternative moins coûteuse que l'hémodialyse en centre (HDC). Si l'on restreint l'analyse aux patients dialysés, le ratio des modalités alternatives passe de 0.234 à 0.300 entre 1999 et 2003. La part relative de la transplantation reste stable (0.415 en 1999 et 0.417 en 2003) (Figure 3).

**Evolution du pourcentage relatif des techniques de prise en charges des patients prévalents (hors greffe)**



*Figure 3.* Histogramme de la répartition des différentes modalités de dialyse chez les patients prévalents (patients transplantés exclus)

Ces chiffres diffèrent quelque peu de ceux qui sont enregistrés par l'INAMI qui montrent toutefois la même tendance. Ceci est lié à une prise en compte de données différentes : situation au 31 décembre de l'année considérée pour le présent rapport et prise en compte de la totalité de l'activité en cours d'année pour les chiffres de l'INAMI.

## IV. Caractéristiques de la population incidente

### 1. Age

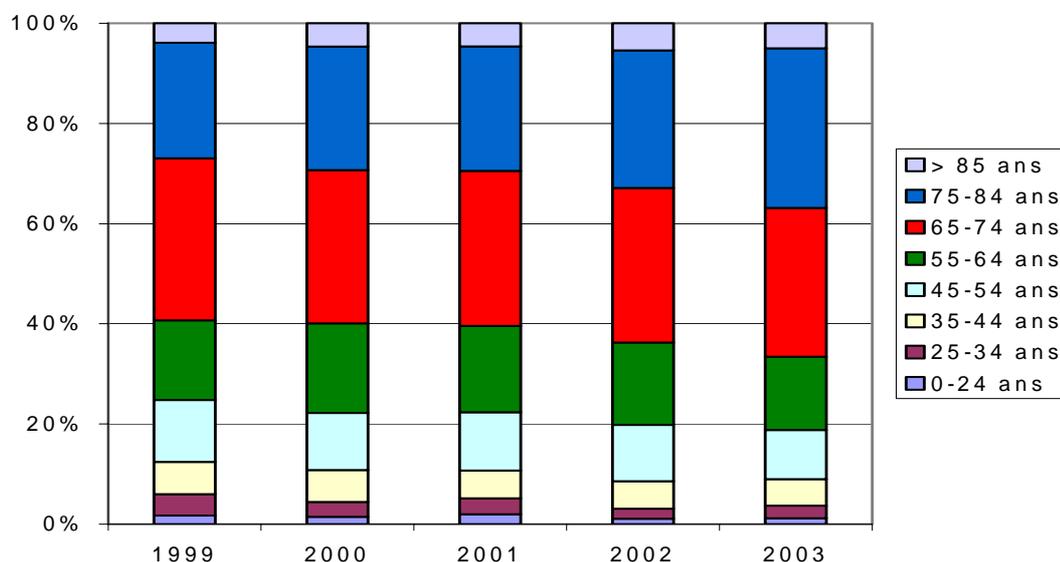
L'accroissement du nombre de nouveaux patients est de 2.81 % par an entre 1999 et 2003. Cette croissance, plus faible que celle du nombre total de patients n'est pas répartie de façon homogène entre les différentes tranches d'âge. L'effectif des tranches d'âge inférieur à 55 ans diminue, celui des tranches d'âge de 55 à 74 ans reste stable, l'accroissement étant surtout marqué pour les patients âgés de plus de 75 ans (sur la période + 13.44 % pour les 75-84 ans et + 10.66 % pour les plus de 85 ans) (Tableau VI).

**Tableau VI.** Age des patients incidents

	1999	2000	2001	2002	2003
0-24 ans	27	23	34	19	20
25-34 ans	66	45	54	36	44
35-44 ans	100	98	95	97	91
45-54 ans	193	176	199	200	171
55-64 ans	248	276	294	293	253
65-74 ans	504	472	528	549	515
75-84 ans	359	380	425	489	552
> ou = 85 ans	61	72	79	96	87
<b>TOTAL</b>	<b>1558</b>	<b>1542</b>	<b>1708</b>	<b>1779</b>	<b>1733</b>

La tranche d'âge dominante au début de la période (celle des 65-74 ans) restant stable, elle devient en fin de période inférieure en nombre à celle des 75-84 ans, laquelle a la croissance la plus marquée. Le nombre de patients incidents de plus de 85 ans, même s'il augmente, reste faible (Tableau VI et Figure 4).

**Evolution de la répartition des groupes d'âge des patients incidents**



*Figure 4. Histogramme de la répartition des tranches d'âge des patients incidents.*

## 2. Type de néphropathie

L'accroissement observé sur la période 1999-2003 ne porte pas sur tous les types de néphropathie. Il est marqué principalement pour les néphropathies vasculaires (+ 10.36 %) et beaucoup moins pour les néphropathies secondaires (+ 2.76 %).

Comme le montre le tableau VII, la plupart des néphropathies secondaires sont des néphropathies diabétiques. La progression moindre des néphropathies diabétiques mérite d'être notée : elle pourrait refléter une amélioration de la prise en charge de ces patients au moyen de traitements ralentissant l'évolution de l'insuffisance rénale chronique.

La néphropathie par abus d'analgésiques reste stable ( incidence de 4.99 pmh en 1999 et 5.02 pmh en 2003.

(Tableau VII et Figure 5)

**Tableau VII.** Incidence par million d'habitants des causes d'insuffisance rénale terminale

	1999	2000	2001	2002	2003
Inconnu	17,92	15,63	17,93	16,88	17,48
Glomérulonéphrite primaire	17,13	20,51	19,88	17,17	15,16
Pyélonéphrite	11,75	10,45	11,11	11,54	10,24
Néphrite interstitielle	9,79	10,84	10,82	10,96	9,66
Maladies rénales héréditaires/familiales	15,18	15,04	16,56	15,03	14,39
Maladies Vasculaires	31,82	32,42	37,41	47,92	45,00
Diabétiques types 1 et 2	36,13	33,01	37,22	39,38	40,85
Autres néphropathies secondaires	9,01	7,32	10,33	7,86	9,27
Varia	3,82	5,37	5,16	5,82	5,31
TOTAL	152,54	150,60	166,42	172,56	167,35

## Répartition des néphropathies des patients incidents

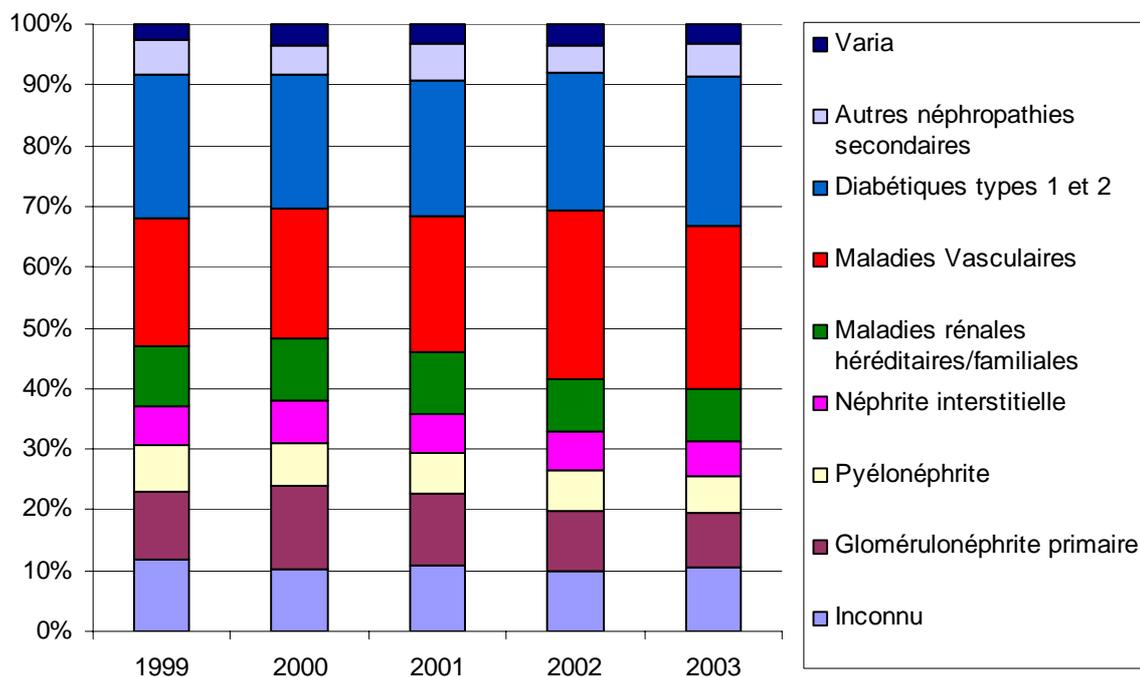


Figure 5. Histogramme de la répartition des causes d'insuffisance rénale terminale des patients incidents

### 3. Origine géographique

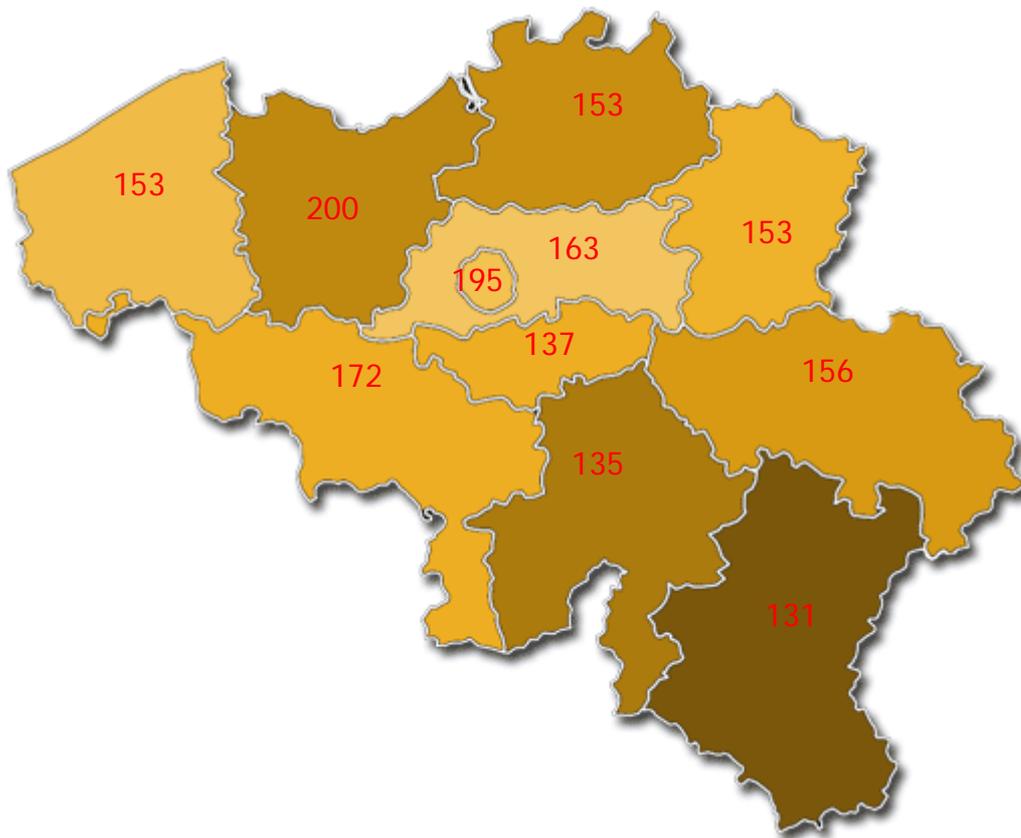
Le nombre de nouveaux patients par Province par million d'habitants ( tableau VIII et figure 6) varie de 1 à 1.5.

**Tableau VIII.** Incidence de l'insuffisance rénale terminale par million d'habitants (pmh) et par province

	1999	2000	2001	2002	2003
Bruxelles	166	183	177	198	195
Anvers	142	134	145	160	153
Brabant Flamand	136	133	150	164	163
Limbourg	143	115	114	135	155
Liège	159	174	194	177	156
Namur	125	117	146	138	135
Hainaut	164	170	177	197	172
Luxembourg	102	97	193	112	131
Flandre Occidentale	105	112	129	140	153
Flandre Orientale	206	195	238	220	200
Brabant Wallon	109	120	111	155	137

Les données permettent d'établir le classement suivant sur la base de l'année 2003 :

1. Flandre Orientale	200 patients
2. Bruxelles	195 patients
3. Hainaut	172 patients
4. Brabant Flamand	163 patients
5. Liège	156 patients
6. Limbourg	155 patients
7. Anvers	153 patients
8. Flandre Occidentale	153 patients
9. Brabant Wallon	137 patients
10. Namur	135 patients
11. Luxembourg	131 patients



*Figure 6. Carte de Belgique avec indication de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale par million d'habitants et par province en 2003*

## V. Décès

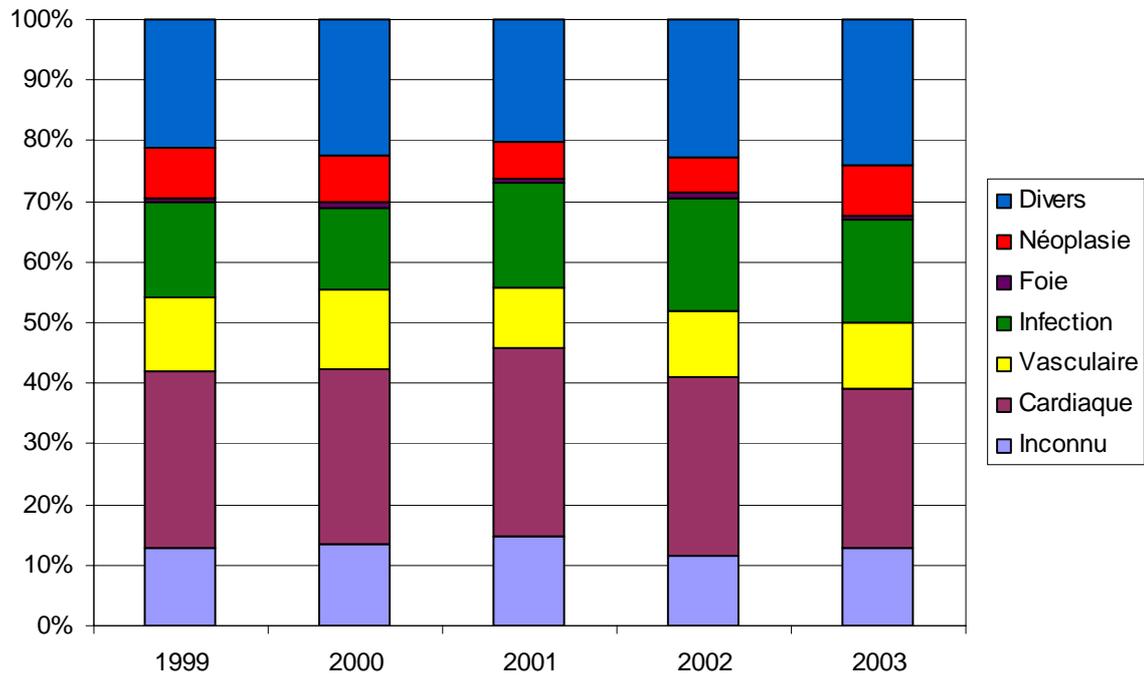
Le nombre annuel de décès (+ 4.95 % sur la période) croît comme la population. Ce résultat n'était pas nécessairement attendu étant donné le vieillissement de la population traitée.

Les causes de décès confirment le poids important des causes cardiovasculaires qui passent de 27.9 % à 37.4 % des décès pendant la période considérée (Tableau X et Figure 8).

**Tableau X.** Causes de décès des patients atteints d'insuffisance rénale terminale

Causes	1999	2000	2001	2002	2003
Inconnue	131	153	165	137	154
Cardiaque	293	327	350	353	321
Vasculaire	124	147	113	131	133
Infectieuse	159	154	192	219	203
Hépatique	7	11	7	13	10
Néoplasique	84	86	69	67	99
Autres	215	254	228	273	293
TOTAL	1013	1132	1124	1193	1213

### Répartition des causes de décès



*Figure 8. Histogramme de la répartition des causes de décès durant la période 1999-2003*