

Néphro-gériatrie: Quelle place dans le parcours patient IRC?

Docteur MENAND Emilie
Praticien Hospitalier Gériatrie aigue
CHU RENNES

Présentation

- Gériatrie aigue, CHU RENNES
- Obtention du DIU de néphro-gériatrie en 2019 (Paris Diderot)
- Début des consultations en 2020 de néphro-gériatrie:
 - Entre 40 et 50 consultations depuis début activité

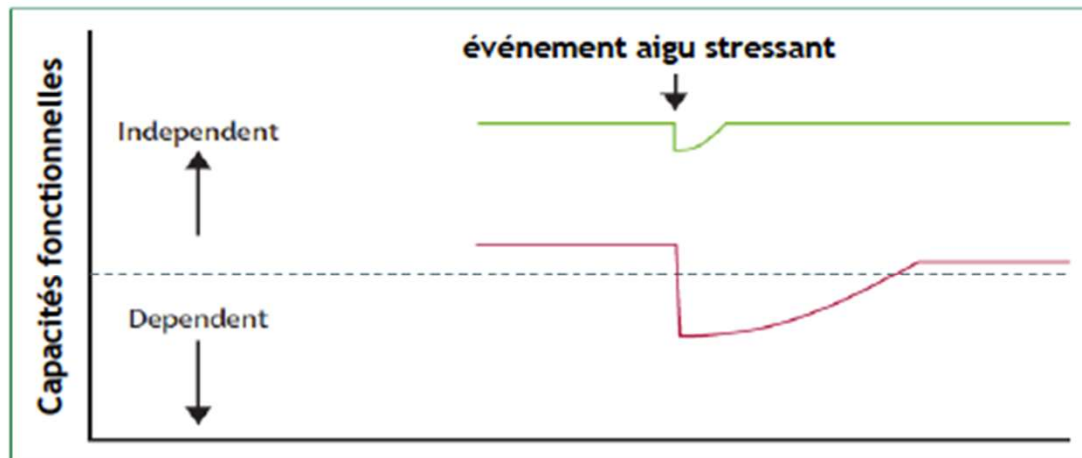
1- Evaluation gériatrique: quels patients ?

- ◆ Population cible: âge début 70- 75 ans ET MRC stade 4 / 5
- ◆ Néphrologie CHU Rennes, AUB Rennes
- ◆ Facteurs de fragilité
 - Doute sur des troubles cognitifs, début perte indépendance
 - Identification syndrome gériatrique
- ◆ Problématique identifiée:

Greffe ? Dialyse ? Conservateur ?
Limitation des thérapeutiques?

2- Pourquoi faire une évaluation gériatrique?

« Déclin des réserves physiologiques augmentant la vulnérabilité aux événements stressants »



sujet robuste

sujet fragile

sujet dépendant



D'après Clegg et al. Lancet 2013

Prévalence des syndromes gériatriques chez les IRC stade 5

Table 1. Baseline demographics

	Dialysis (n = 196)	Conservative (n = 89)
Age, years, mean ± SD	75 (7)	82 (6)
Female, n (%)	64 (33)	39 (44)
Single/widow, n (%)	83 (42)	50 (56)
Living at home, n (%)	186 (95)	82 (92)
Number of medications, median (IQR)	11 (8)	8 (2)
Type of renal replacement therapy, n (%)		
Hemodialysis	150 (77)	-
Peritoneal dialysis	46 (23)	-

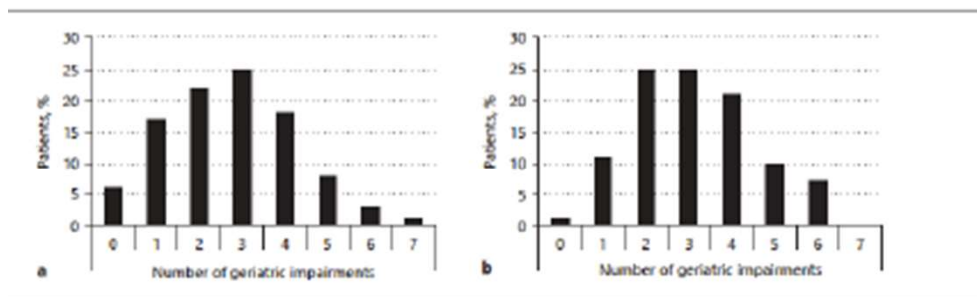


Fig. 1. a Number of geriatric impairments in patients initiating dialysis. b Number of geriatric impairments in patients opting for MCM.

Table 2. Results of geriatric assessment in dialysis and patients on conservative management

	Dialysis (n = 196)	MCM (n = 89)
Cognition		
Cognitive tests, n (%)		
Impaired MMSE	27 (14)	16 (18)
Impaired fluency	58 (30)	23 (26)
Impaired enhanced cued recall	34 (18)	15 (17)
Impaired clock drawing test	98 (50)	48 (55)
Impairment of ≥1 cognitive test, n (%)	132 (67)	62 (70)
Mood		
Symptoms of depression, GDS, n (%)	60 (31)	31 (35)
Nutritional status		
MNA, n (%)		
At risk for malnutrition	93 (47)	33 (37)
Malnutrition	10 (5)	1 (1)
Functional performance, n (%)		
Dependent in ADL	57 (29)	40 (45)
Dependent in iADL	154 (79)	76 (85)
Mobility, n (%)		
Immobile	12 (14)	6 (14)
Impaired Time up and go*		
Mildly impaired	91 (49)	40 (48)
Severely impaired	36 (19)	28 (33)
Comorbidity burden		
Comorbidity severe, n (%)	81 (41)	39 (44)
Frailty, n (%)		
Frail according to Fried Frailty Index	85 (46)	32 (40)
Frail according to GFI	121 (62)	57 (64)
Other, n (%)		
Impaired health related quality of life (EuroQol-5D)	151 (77)	76 (85)
≥1 fall in the past half year	50 (28)	24 (31)
Impaired four balance test*	110 (62)	55 (72)
Polypharmacy	128 (65)	50 (56)

Exemple de la dialyse

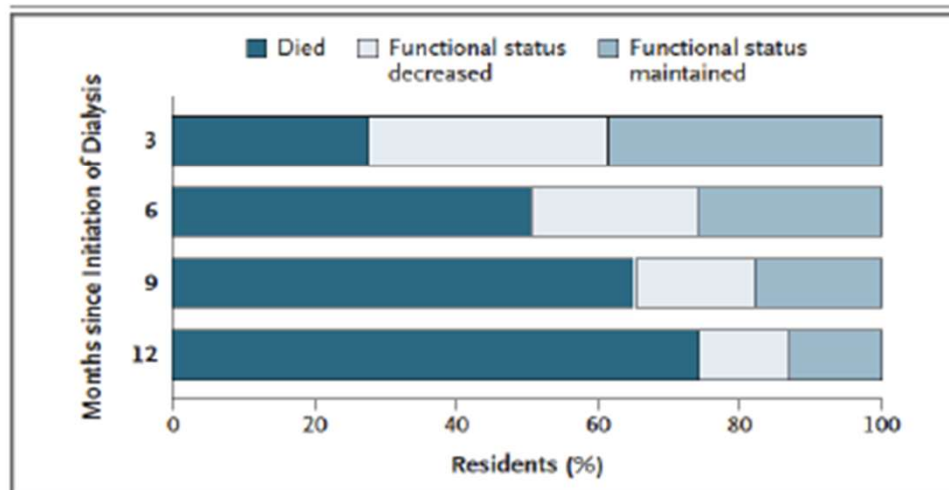


Figure 2. Change in Functional Status after Initiation of Dialysis.

Data were missing for 549 nursing home residents at 3 months, 696 residents at 6 months, 823 residents at 9 months, and 787 residents at 12 months from the full analytic cohort of 3702 residents.

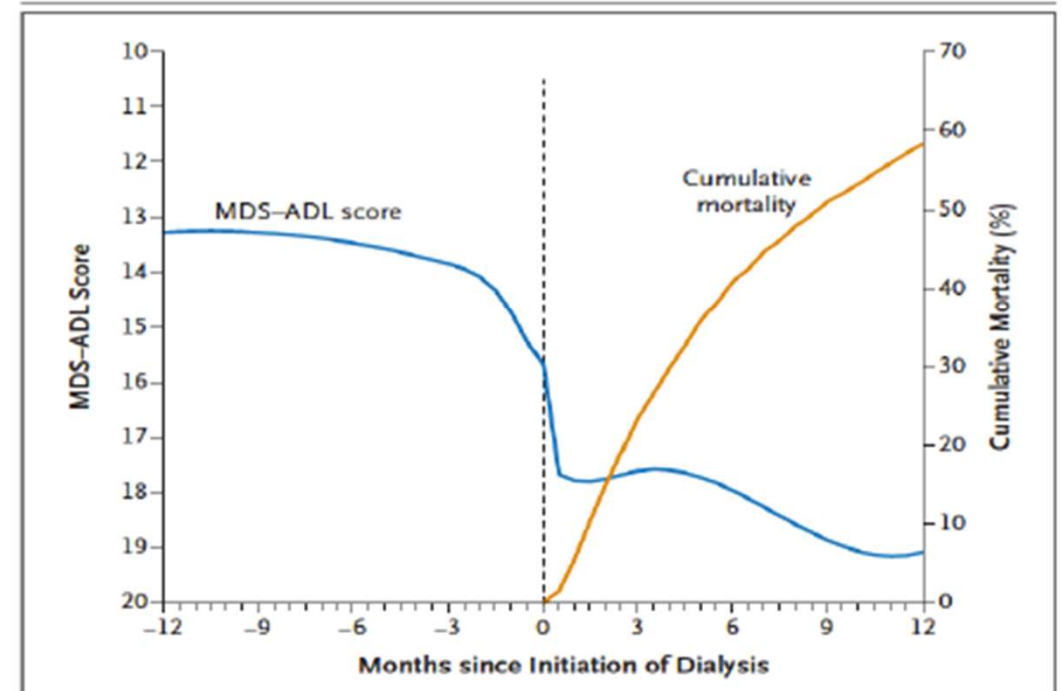


Figure 3. Smoothed Trajectory of Functional Status before and after the Initiation of Dialysis and Cumulative Mortality Rate.

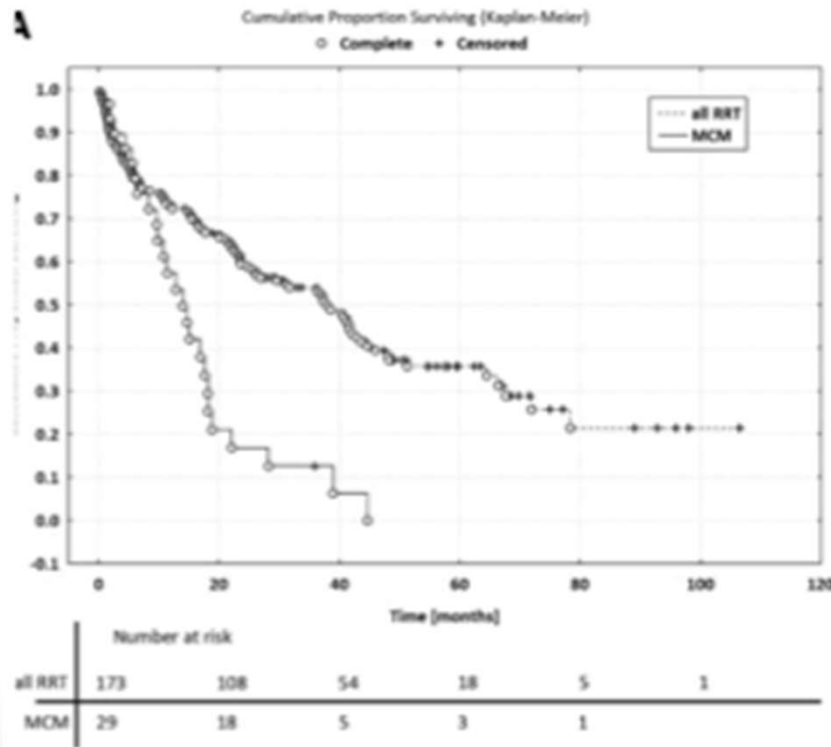
The dashed vertical line indicates the initiation of dialysis in a hypothetical 75-year-old nursing home resident. MDS-ADL denotes Minimum Data Set-Activities of Daily Living. The numbers on the MDS-ADL axis run from highest to lowest.

Kurella et al. NEJM 2009

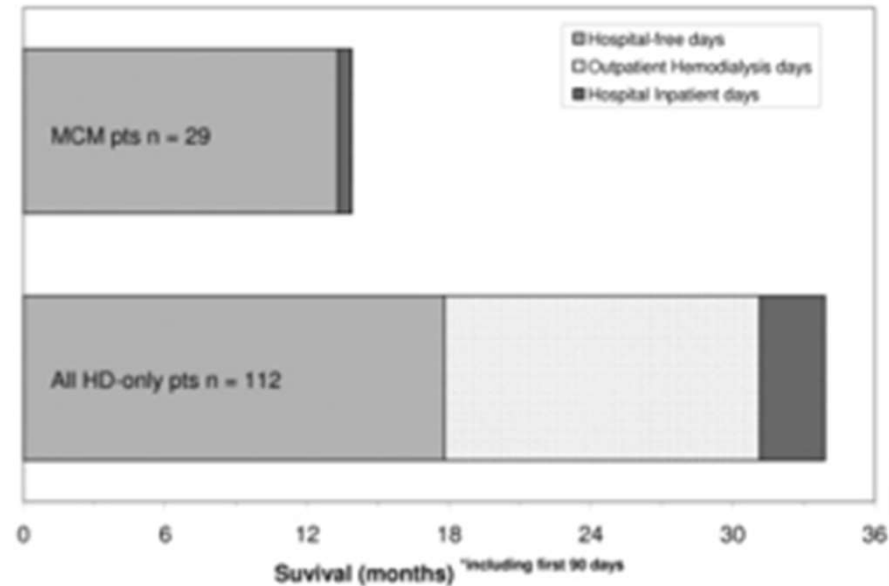
Bénéfices de la dialyse sur la survie et la qualité de vie chez les patients âgés ayant des comorbidités

Is Maximum Conservative Management an Equivalent Treatment Option to Dialysis for Elderly Patients with Significant Comorbid Disease?

Rachel C. Carson,^{*} Maciej Juszcak,[†] Andrew Davenport,[†] and Aine Burns[†]



Distribution of Days Survived: Hospital-free Days, Outpatient Hemodialysis Days and Hospital Inpatient Days



Fragilité et transplantation/greffe

Fragilité si ≥ 3 éléments parmi

Perte de poids

Faiblesse musculaire

Fatigue

Marche lente

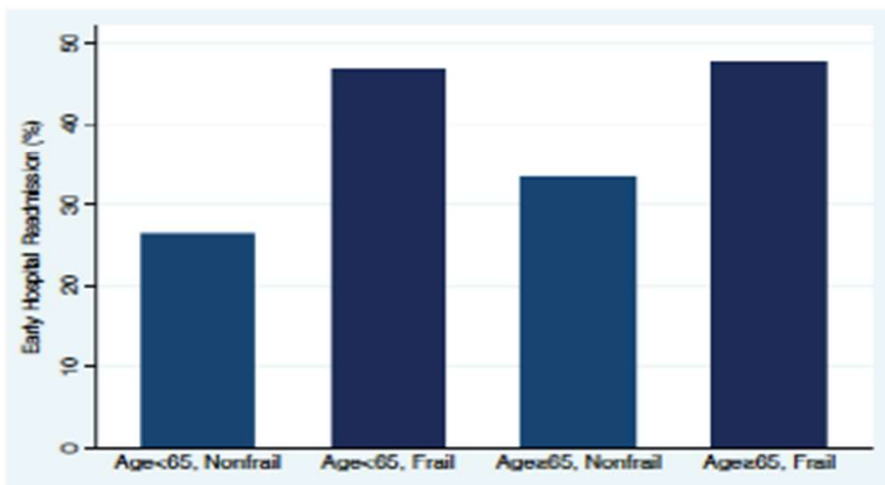
Faible activité physique

Retard à la reprise
de fonction du greffon

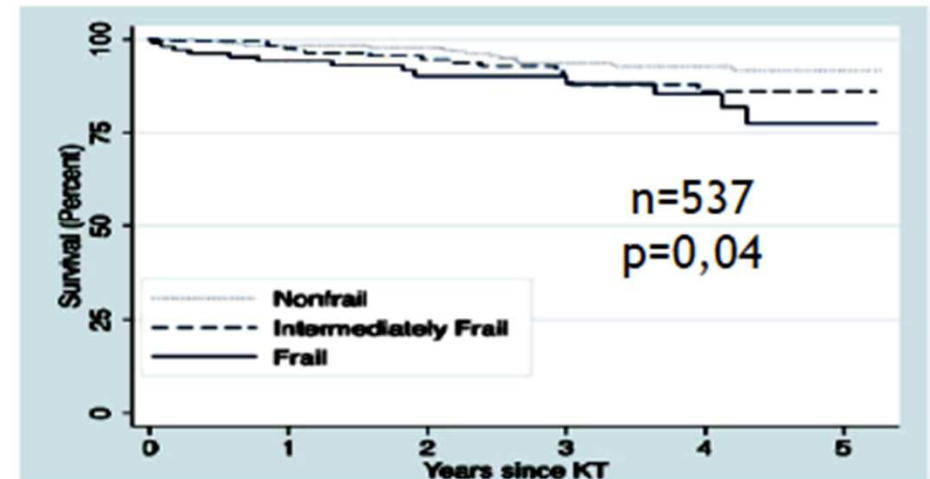
30 vs 15%

Garonzik-Wang et al. Arch Surg 2012

Ré-hospitalisations à 1 mois



Mortalité



McAdams-DeMarco et al., Am J Transplant 2013 et 2015

4- L'évaluation gériatrique

Outils validés
objectifs



Thymie



Cognition



Ordonnance



Environnement



Dépendance



Nutrition



Marche/Equilibre



Plan personnalisé
de soins

Bénéfice prouvé dans la
prévention de la dépendance

Stuck et al. NEJM 1995

5- Exemple: Mme L. 75 ans

Antécédents:

- Insuffisance rénale sur polykystose rénale et hépatique (suivi Dr Golbin CHU RENNES)
 - Néphrectomie droite en 2009 en vue d'une greffe
 - Transplantation rénale en 2011 en FID.
 - Dysfonction chronique du greffon imputable à une sténose de artère polaire inférieure (creat 270 et 350 Umol/L)
 - Primo- infection CMV
 - HTA, RGO, goutte
 - Dermato: exérèse multiples carcinomes, gale en 2020
 - Hospitalisation pour décompensation cardiaque en 2019, 2020
 - CEE pour FA en juillet 2020 → retour en rythme sinusal
- ETT: FEVG 65%, OG dilatée, IA et IM minime, IT modérée

Traitement habituel: ADVAGRAF LP 1 MG 3 mg le matin, CORTANCYL 5 mg le matin, BISOCE 5 MG 1 cp le matin, MODURETIC 5MG/50MG 1 cp le matin, TAHOR 10 MG 1 cp le soir, GELULE BICARBONATE DE NA 500MG 2 gel matin et soir, INEXIUM 20 MG 1 cp le soir, UVEDOSE 100 000 IU 1 ampoule tous les 2 mois, ALLOPURINOL 100 MG 1 cp le matin, COUMADINE selon INR, CORDARONE 200MG 1 cp le matin, SPECIAFOLDINE 5 MG 1 cp par semaine, MACROGOL 1 sachet par jour si besoin, HYPERIUM 1 MG 1 cp matin et soir, EUPRESSYL LP 60 MG 1 cp matin et soir

- Hospitalisation en **néphrologie du 18/02/2021 au 04/03/2021**: IRA fonctionnelle par surdosage en Lasilix.
- **Fin janvier** : créatinine 304 $\mu\text{mol/L}$, augmentation Lasilix à 80mg x 2 devant les signes de surcharge hydro sodée
- **Début février**: augmentation Lasilix à 125mg matin et soir
- Perte de poids à 66 kg le 06/02 contre 75 kg le 01/02, avec augmentation de la créatinine le 06/02 (567 vs 329 le 01/02) et jusqu'à 885 $\mu\text{mol/L}$ le 18/02.
- Demande d'une **consultation de gériatrie février 2021** pendant hospitalisation avec mise en évidence:
 - Des comorbidités importantes instables depuis fin 2020.
 - Des troubles cognitifs avec syndrome amnésique, troubles attentionnels, syndrome dysexécutif majeur
 - Perte indépendance et autonomie
 - Risque de chute
 - Polymédication avec risque de iatrogénie: question statines, IPP,

- **IRM cérébrale:** ischémie punctiforme pariétale G semi-récente ainsi qu'une lésion fortuite de l'espace pré-ptérygoidien G de la face de 4 cm (schwanome)
- Depuis cette hospitalisation:
 - Suivi conjoint entre gériatrie et néphrologie
 - Majoration progressive des troubles neurocognitifs avec composante mixte
 - Mise en place aides au domicile car épuisement de son époux, déménagement dans un lieu de vie plus adapté
 - Démarches sociales faites avec la famille: APA GIR4, demande EHPAD et ADJ, directives anticipées avec Mme et famille

Discussion collégiale Dr Golbin, Dr Menand et famille quant au projet de retour en dialyse si majoration dysfonction greffon

Il semble **plus raisonnable de privilégier un traitement conservateur** chez cette patiente dépendante et présentant de nombreux facteurs de fragilité/dépendance gériatrique

Exemple Monsieur C. Pierre, 79 ans

Antécédents du patient, on retient :

- Hypertension artérielle.
- Cardiopathie hypertrophique modérée, rétrécissement aortique modéré à 1,7 cm² en 2017.
- Insuffisance rénale chronique non étiquetée sur rein unique, stade IV
- Fibrillation atriale découverte en février 2022.
- Goutte.
- Dyslipidémie.
- Notion d'insuffisance respiratoire chronique, pas d'appareillage pour le syndrome d'apnée du sommeil.
- Obésité.
- Glaucome chronique.
- Appendicectomie.
- Néphrectomie gauche en 2007 pour néoplasie.
- Colo proctectomie en 2016 pour adénocarcinome rectal avec iléostomie transitoire et rétablissement de la continuité en 2016.

Mode de vie: Très haut niveau socio-économique, habite à Rennes avec épouse. 3 enfants à proximité

- **2007:** hospitalisation pour néphrectomie gauche avec survenue hallucinations visuelles
- **14 au 19/01/2022:** Hospitalisation en médecine interne pour décompensation cardiaque sur découverte de FA.

Survenue d'un syndrome confusionnel ayant nécessité une contention physique

TDM crane: **séquelles d'allure vasculaire** dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne droite, de la tête du noyau caudé gauche et lenticulo caudée droite apparue depuis 2018

- **Du 19/01 au 4/02:** hospitalisation dans service de néphrologie, Tableau probable de néphropathie vasculaire avec une protéinurie

- **Consultation de gériatrie février 2022:**
 - Fragilité cognitive d'allure vasculaire avec syndrome dysexécutif
 - Indépendance et autonomie parfaitement conservée (troubles digestifs connus depuis néoplasie)
 - Pas de critère dénutrition, risque de chute faible
 - Pas de contre indication à un traitement de suppléance en cas aggravation fonction rénale
- **Depuis consultation:**
 - Aggravation rapide de l'insuffisance rénale chronique
 - Consultation en chirurgie vasculaire pour faire la fistule artérioveineuse

6- Conclusion

Nécessité de poursuivre travail commun entre gériatre et néphrologue

Bénéfice gériatrique dans morbi-mortalité et qualité de vie

Perspectives à venir : travail à co-construire

- Voir tous les patients présentant MRC 4- 5?
- Entrée en dialyse ? Réévaluation ?

Merci à tous de votre écoute