



La dialyse chez le sujet âgé

Le traitement conservateur

Société bretonne de Gériatrie
31 mars 2023, Saint Brieuc

Dr Simon DUQUENNOY

Néphrologue, Fondation AUB Santé, Sud Manche

Enjeux

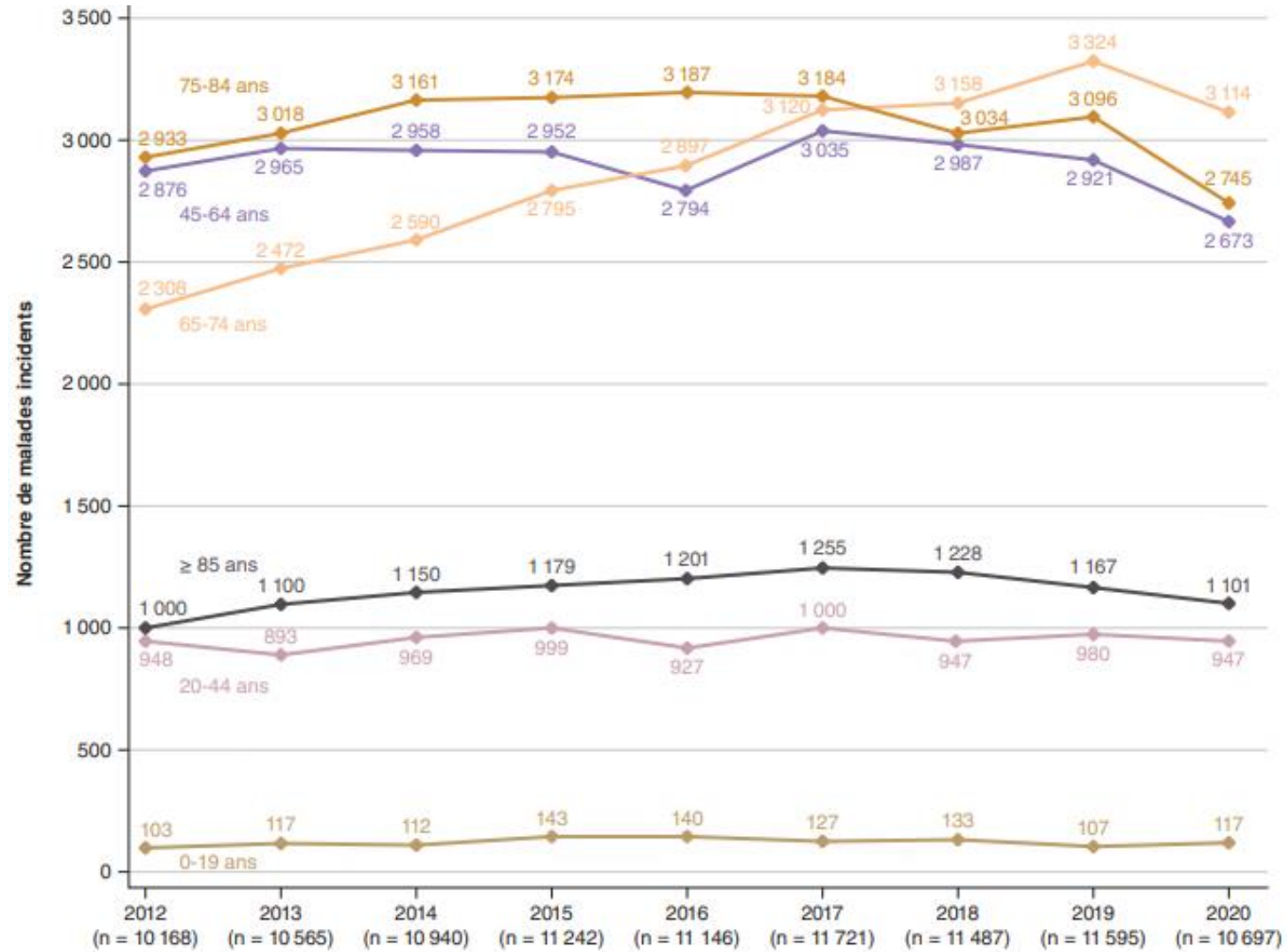


Fig. 3. Évolution de l'incidence de la maladie rénale chronique stade 5 au stade de la suppléance par tranche d'âge.

Epidémiologie en Bretagne

Nombre de prévalents dialysés au 31/12/2020

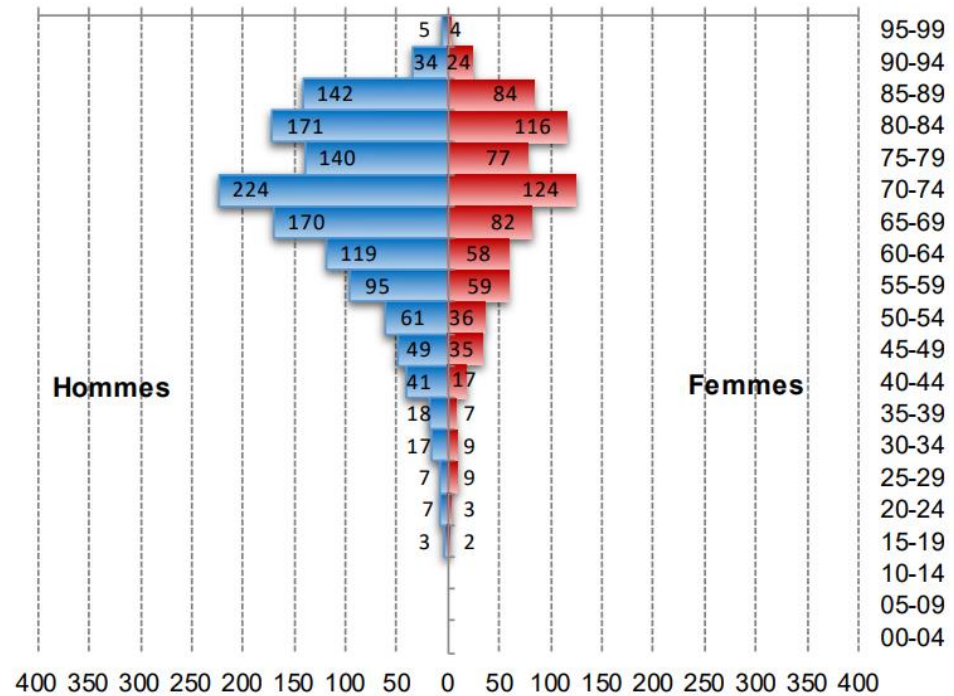
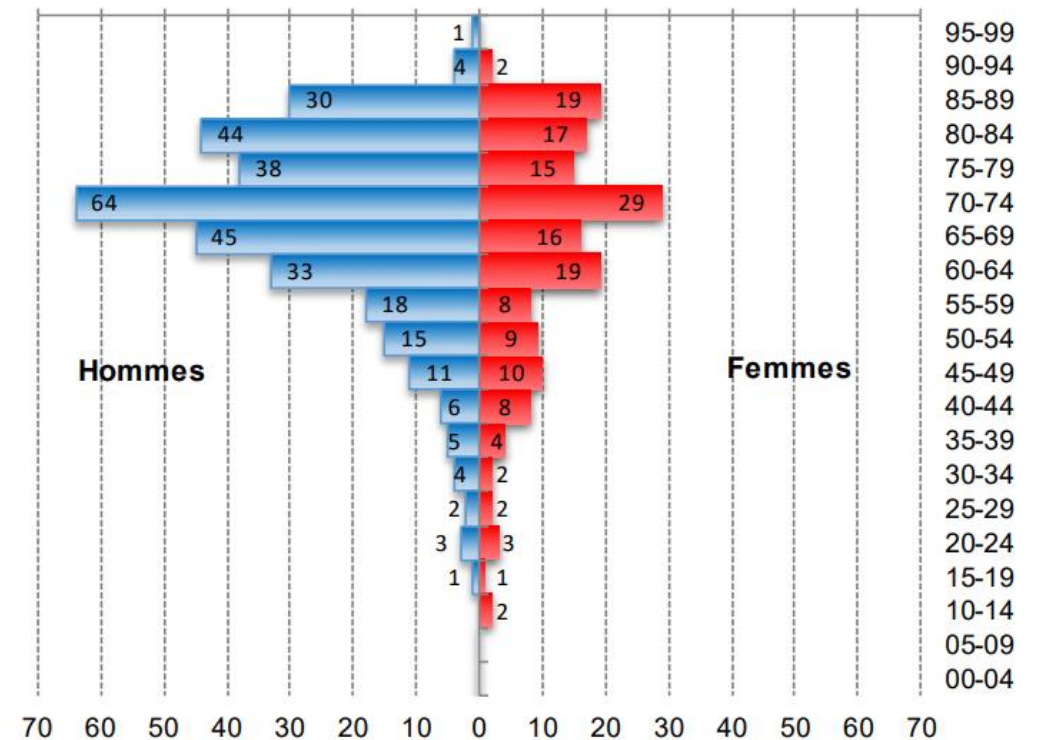


Figure 4. Pyramide des âges des patients incidents 2020



Survie en dialyse

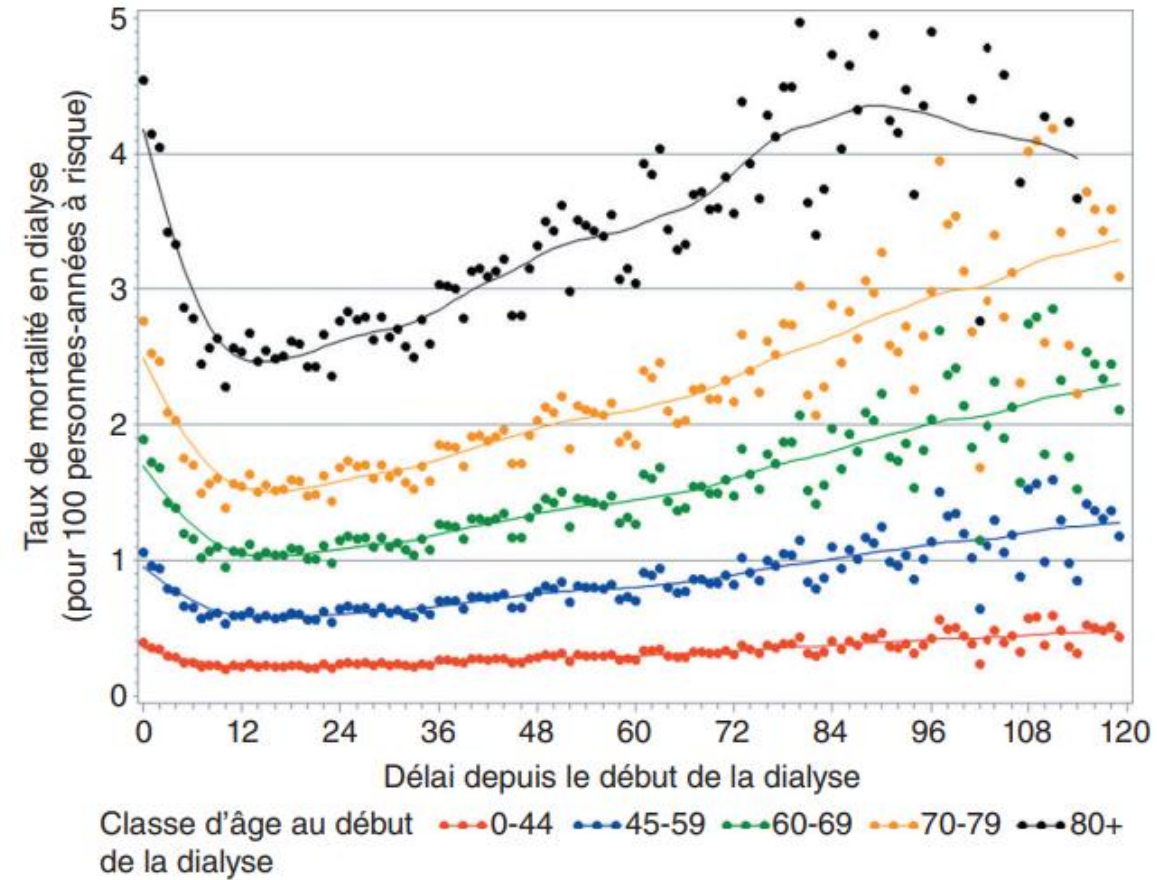
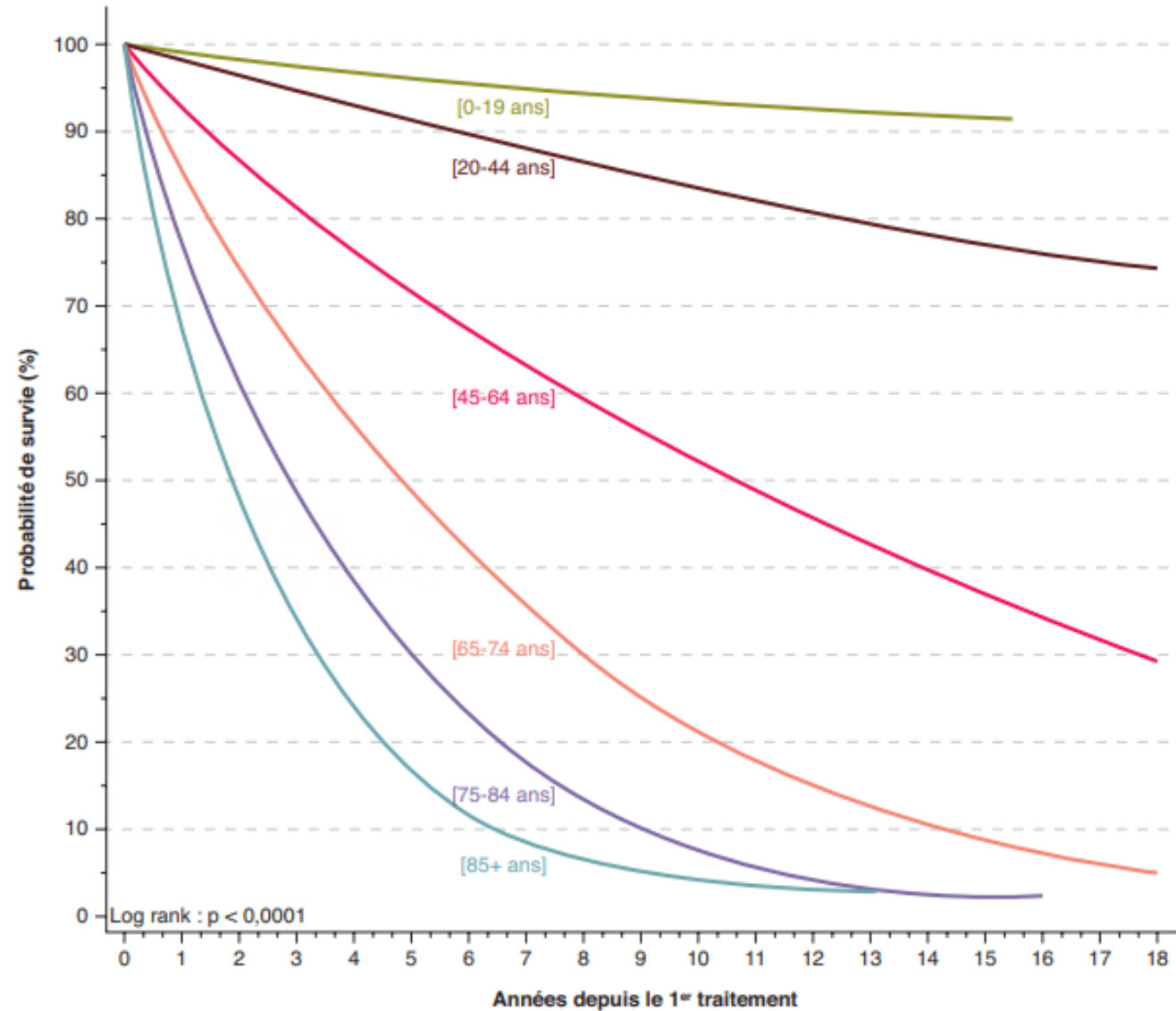


Fig. 2. Taux de mortalité instantanée chez les patients incidents, par strate d'âge.



Parcours théorique de la MRC

- Maladies bien souvent « silencieuses »

- HTA
- Diabète
- GN
- Génétique
- Cancérologie et iatrogénie

- Patients polypathologiques
- Prise en charge transversale
- Collaboration pluriprofessionnelle

- Néphrologue
- IDE/IPA et ETP
- Diététicienne
- Spécialiste APA
- Psychologue
- Assistante sociale

- Si échec de la prévention et de la néphroprotection

- Transplantation rénale donneur décédé ou donneur vivant
- Epuration extra-rénale = dialyse
- Traitement conservateur

Anticipation et parcours de soins

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	
4	entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs).



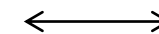
Réflexion collective (RCP) :

- Projet de soins personnalisé (PPS)
- Communication
- Information



Mise en œuvre :

- Directives anticipées
- Dossier Médical Partagé
- Prise en charge adaptée

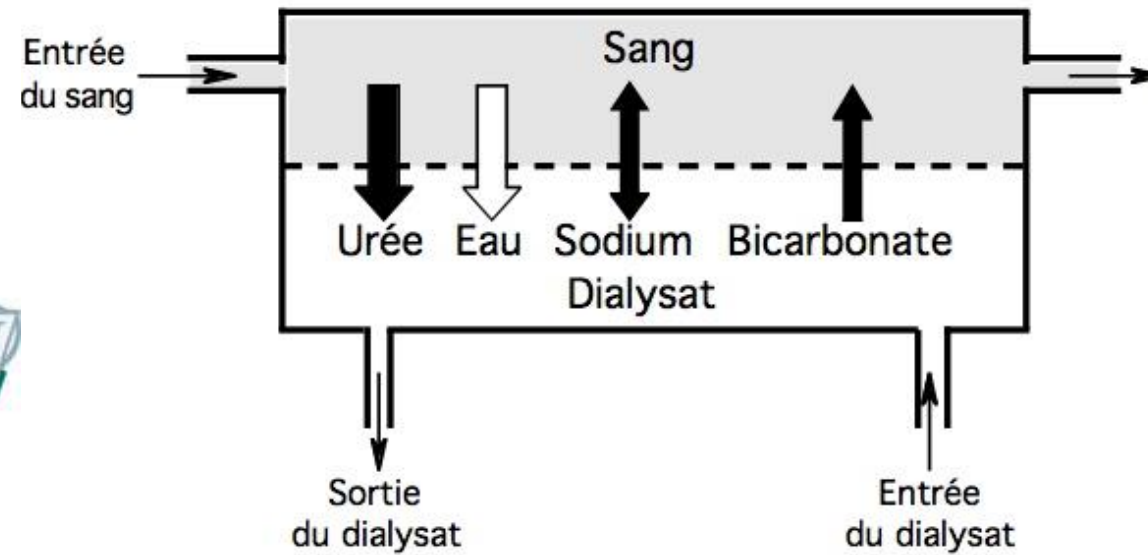


Syndrome urémique :

- AEG
- Anorexie
- Asthénie, etc

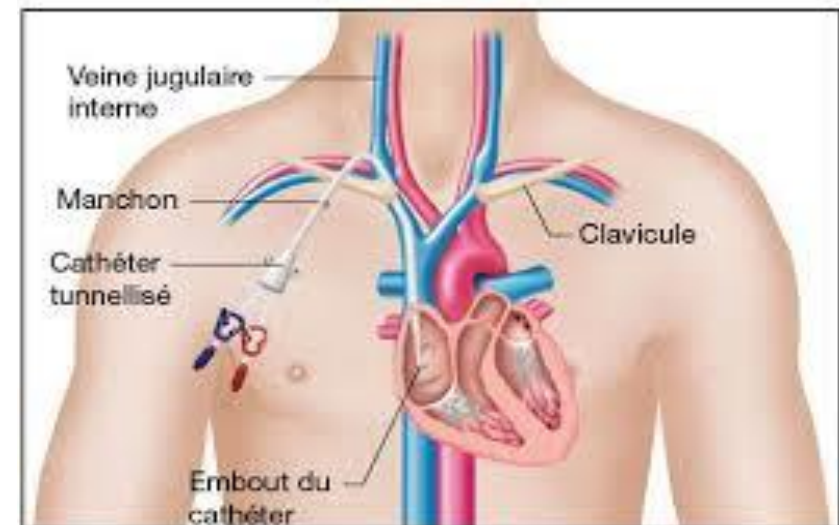
Prise de décision concertée avec le patient et son entourage : dialyse, traitement conservateur, (greffe)

Principe de l'hémodialyse



Hémodialyse en centre

- Générateur d'hémodialyse pour CEC
- Cathéter central ou FAV
- Surveillance rapprochée : TA, malaise CV
- Rythme 3 x4h/semaine (LMV/MJS)
- **Transports**
- **Fatigue** post dialyse -> **3 jours/semaine**



Le centre d'hémodialyse



L'hémodialyse

- Surveillance
- Médecin sur place
- Contact social



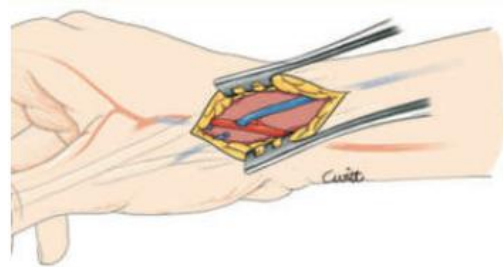
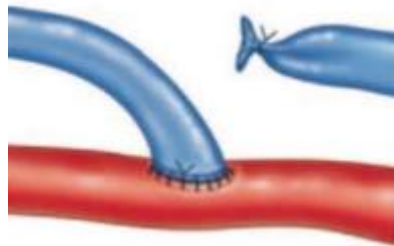
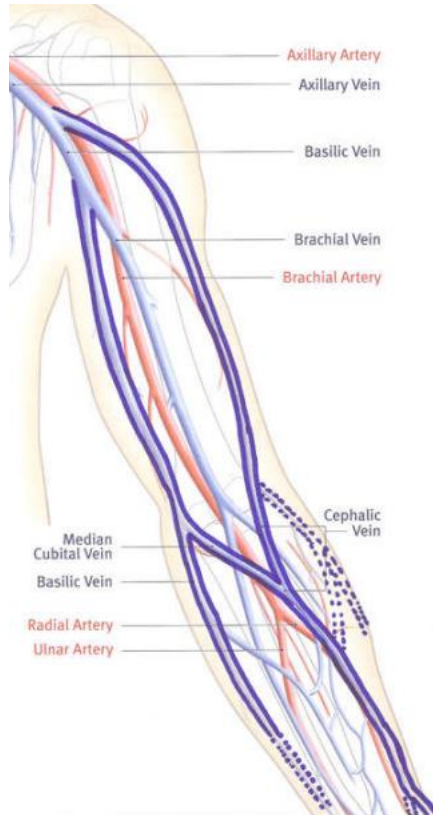
- Transports
- Long
- Fatigue

Quand ne pas faire d'hémodialyse?

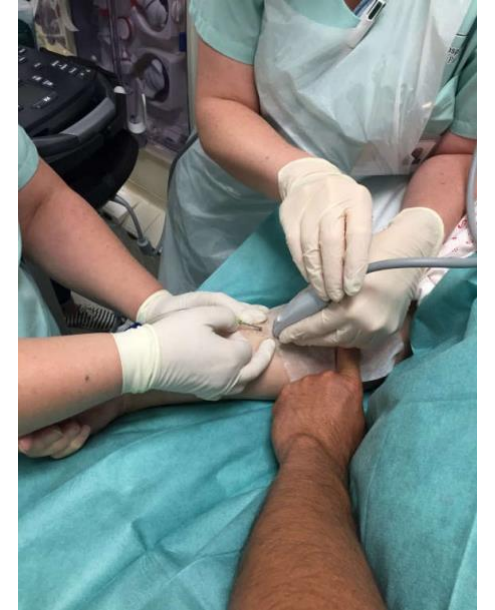
- Pas de recommandation récente
- Contre-indications absolues à l'hémodialyse :
 - Troubles cognitifs/psychiatriques
 - Intolérance CEC

Fistule artério-veineuse

- Shunt AV
- Cartographie MS
- Chirurgie vasculaire ambulatoire sous AL



- Aiguilles ou Cathlons
- Ponction échoguidée



Les limites de la FAV

- Défaut de maturation de la veine.
- Douleurs et difficultés de ponction.
- Sténose veineuse.
- Canal carpien.
- Vol vasculaire.
- Cardiotoxicité.
- Hémorragie.



- Multiplier les chirurgies.
- Gestion douleurs, confort.
- Angioplasties.
- Chir canal carpien.
- Auto-compression.
- Gestion de l'urgence.

La création de FAV n'est pas dénuée de risques qui sont parfois insuffisamment expliqués au patient.

Cathéter tunnelisé



- Pose au bloc opératoire
- AL, en ambulatoire
- Jugulaire D > JG > F



- **Pas de douleur.**
- **Pas de cardiotoxicité.**
- **Pas de complication hémorragique.**



- **Surmortalité.**
- **Risque infectieux.**
 - Infection émergence.
 - Tunnelite.
 - Endocardite.
- **Soins IDE plus importants.**
- **Dysfonctions.**
- **Sténoses veineuses centrales.**
- **Intolérance aux pansements.**
- **Douches.**

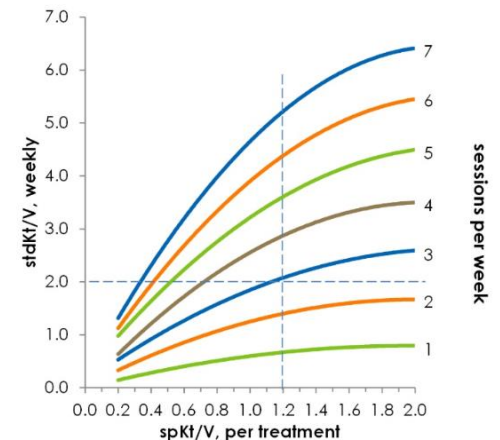
Synthèse sur les abords vasculaires

- Outre le choix de la technique de dialyse, le choix de l'abord vasculaire n'est pas une décision anodine.
- FAV > KT
- KT first si
 - Réseau AV pauvre
 - Pas d'autre technique possible
 - Phobie des ponctions
 - Espérance de vie limitée

La dialyse incrémentale

Dialyse incrémentale = prendre en compte la fonction rénale résiduelle pour obtenir un objectif de clairance totale

- Doit-on nécessairement entreprendre 3 séances de 4 heures ?
- Pourquoi ce rythme ?
- Un patient avec un syndrome urémique débutant a-t-il les mêmes besoins qu'un patient anurique ?
- Limite l'impact du traitement.
- Un compromis ?



La dialyse décrémentationale

- Réduction progressive du temps de dialyse.
- Soit réduction de la durée de la séance.
- Soit réduction du nombre de séance de 3 à 2 par semaine.
- En raison d'une intolérance et AEG.

Petit focus MRC et déclin cognitif

Facteurs de risque et causes du déclin cognitif et de démence au cours de la maladie rénale.

Complications cérébrales de la maladie rénale et comorbidités

Diabète sucré

Maladies et facteurs de risque cardiovasculaires: HTA, ACFA...

Étiologie de la maladie rénale (vascularite, maladies hématologiques, amylose et paraprotéïnémie)

AVC (y compris silencieux)

Troubles métaboliques et « toxines urémiques »

Troubles du métabolisme du calcium et du phosphate

Taux élevés de PTH

Augmentation du taux de cytokines inflammatoires

Taux élevés d'homocystéine

Produits de finaux de glycation

Troubles du métabolisme des neuromédiateurs

Anémie

Effets cérébraux liés à l'épuration extrarénale

Mauvaise qualité de dialyse ($Kt/V > 1,2$)

Syndrome de déséquilibre de dialyse

Hypotensions en cours de séance

Hématomes sous-duraux

Autres troubles neuropsychiatriques

Troubles du sommeil

Dépression

Effets secondaires médicamenteux, en particulier liés à la polymédication

Adapté de [53].

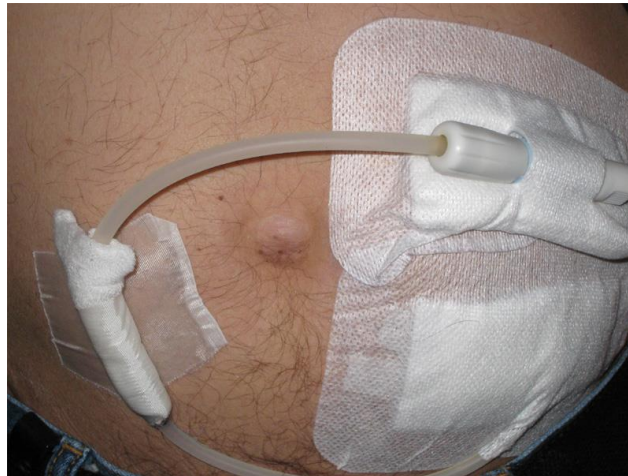
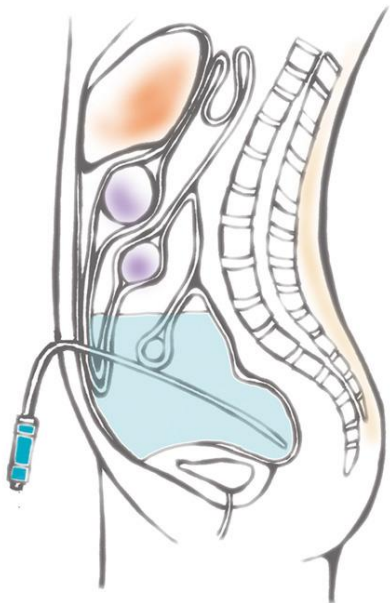
HTA: hypertension artérielle; ACFA: arythmie complète par fibrillation auriculaire;

AVC: accidents vasculaires cérébraux.

- Effet dialyse ?

Principes de la dialyse péritonéale (DP)

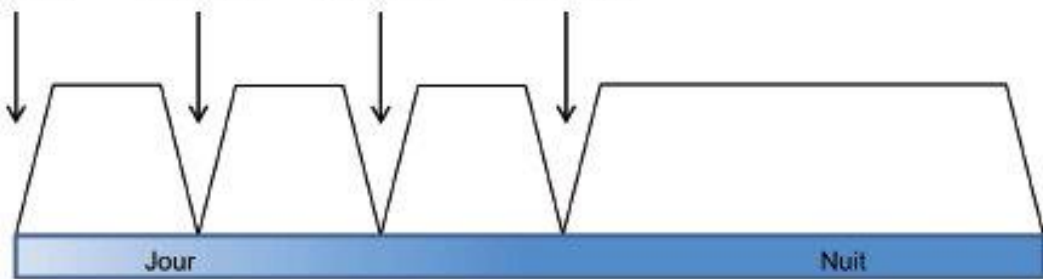
- Extraction toxines urémiques via le péritoine
- Dialysat laissé en stase durant quelques heures (DPA = nuit / **DPCA = jour**)
- Pose d'un cathéter par le chirurgien sous AG ou tap block (48h hospitalisation)
- Dialyse quasi continue -> douce -> régime souple



Matériel DPCA

1. DPCA

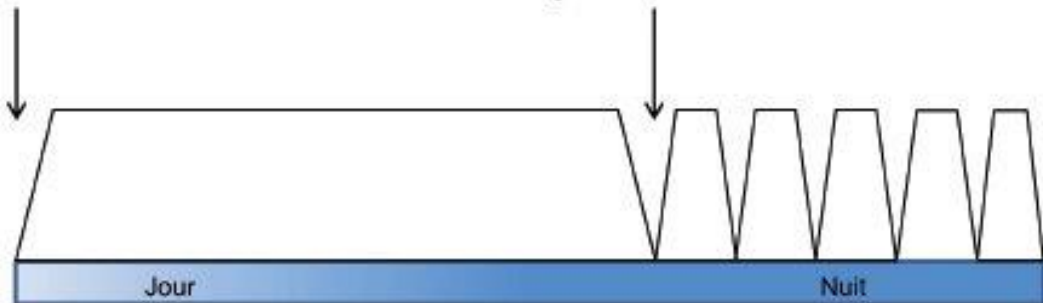
Echange à 08h00 Echange à 13h00 Echange à 18h00 Echange à 22h00




2. DPA

Déconnexion du cycleur à 8h00

Connexion au cycleur à 22h00



 = volume intrapéritonéal



Soins IDE en DP

- Assistance IDE libérale possible
- Pièce close (portes et fenêtres fermées)
- Désinfection des mains et port d'un masque
- Prise des constantes
- Tenue d'un cahier de liaison (ou tablette numérique)
- Horaires VARIABLES (souplesse du traitement)

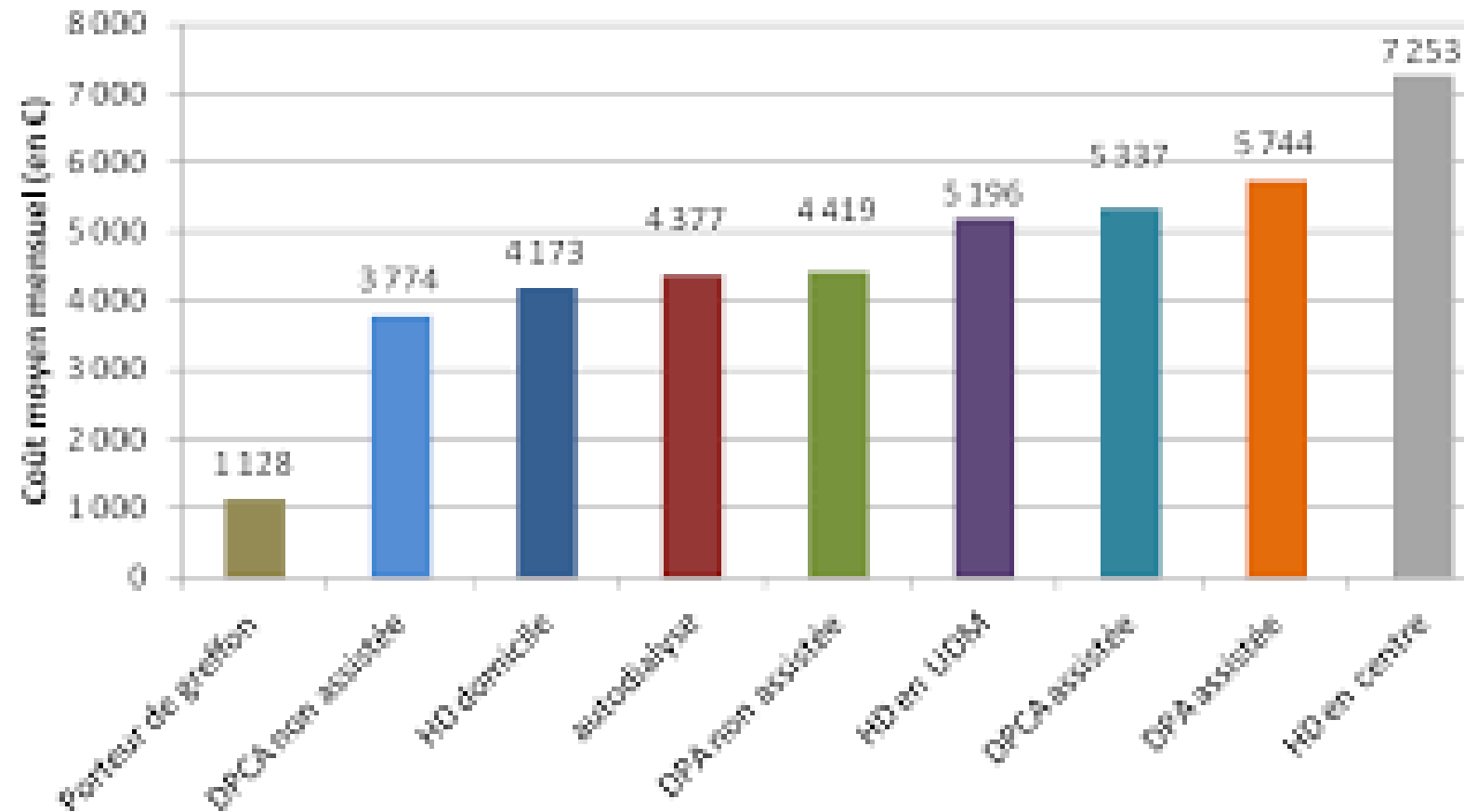


Soins 30 min x3/j



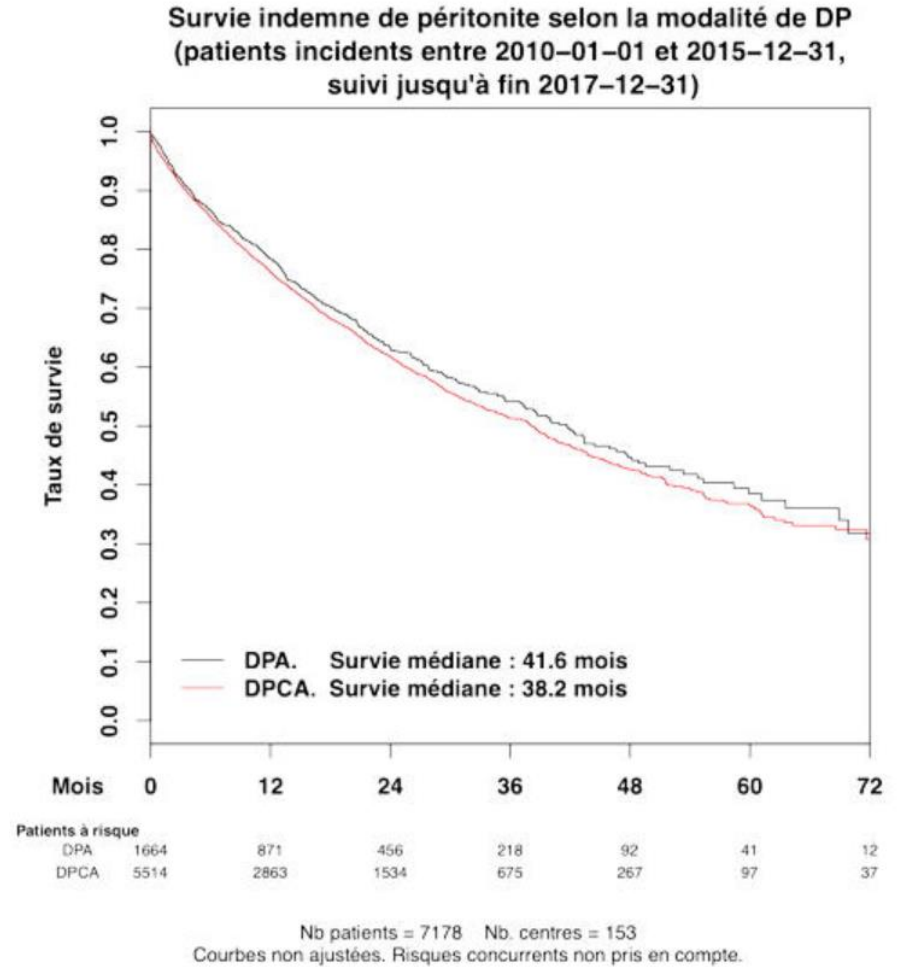
Reste du temps = libre et sans surveillance

Impact économique



Risque infectieux

- Infection du liquide de DP ou péritonite
- ATB par voie IP durant 14 jours
- Traitement ambulatoire
- Risque historique



[Is Peritonitis Risk Increased in Elderly Patients on Peritoneal Dialysis? Report from the French Language Peritoneal Dialysis Registry \(RDPLF\).](#)

Duquennoy S, Béchade C, Verger C, Ficheux M, Ryckelynck JP, Lobbedez T. Perit Dial Int. 2016 May-Jun;36(3):291-6. doi: 10.3747/pdi.2014.00154. Epub 2015 Dec 3.

PMID: 26634564 **Free PMC Article**

[Non + protection si assistance](#)

Risque mécanique

- Complications mécaniques
- Dysfonction du cathéter
- Troubles du transit
- Laxatifs et ASP
- Repli possible



DP en EHPAD : cadre réglementaire

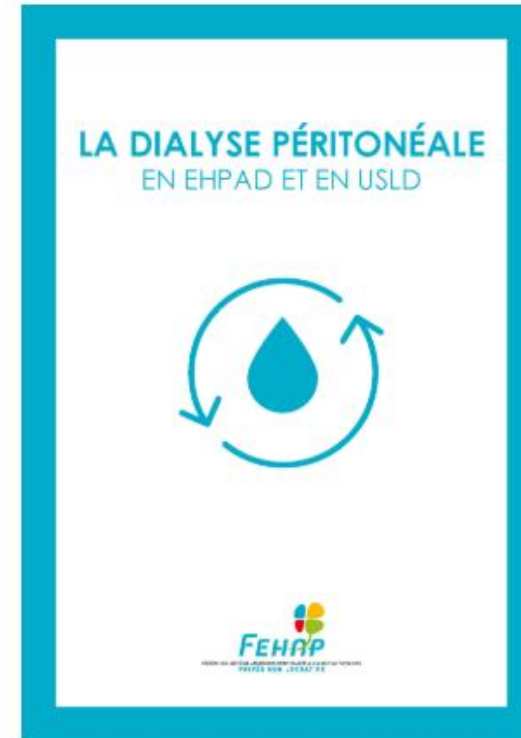
- **Décret n° 2011-1602 du 21 novembre 2011 relatif à la prise en charge des actes de dialyse péritonéale réalisés par les infirmiers libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**
- L'article R314-167 du code de l'action sociale et des familles indique que « Sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale ou de l'aide médicale, mais ne peuvent être pris en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins, les prestations suivantes: les séjours, interventions d'infirmier à titre libéral pour la réalisation d'actes nécessaires à la Dialyse Péritonéale et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ».
- Ces actes ne relèvent pas d'une prise en charge par les produits des forfaits de soins des EHPAD.

Facturation et PATHOS

- La méconnaissance de la valorisation dans PATHOS de la prise en charge des patients DP en EHPAD ou en USLD (conséquences tarifaires): Le modèle PATHOS évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Parmi les 12 profils de soins définis dans l'outil, le **profil T2** relève d'une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24h sur 24. Or, les patients en DP au sein des EHPAD et USLD sont codés: « Insuffisance rénale T2 ».
- **Le décret du 21 novembre 2011 lève une partie des freins puisqu'il permet la prise en charge sur l'enveloppe des soins de ville des actes de Dialyse Péritonéale réalisés par des infirmiers libéraux intervenant en EHPAD et, par analogie, en USLD.**

Convention inter établissement

- Convention type pour définir le cadre



- http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/plaquette_dp_ehpad_2019_2019-06-06_16-42-3_480.pdf

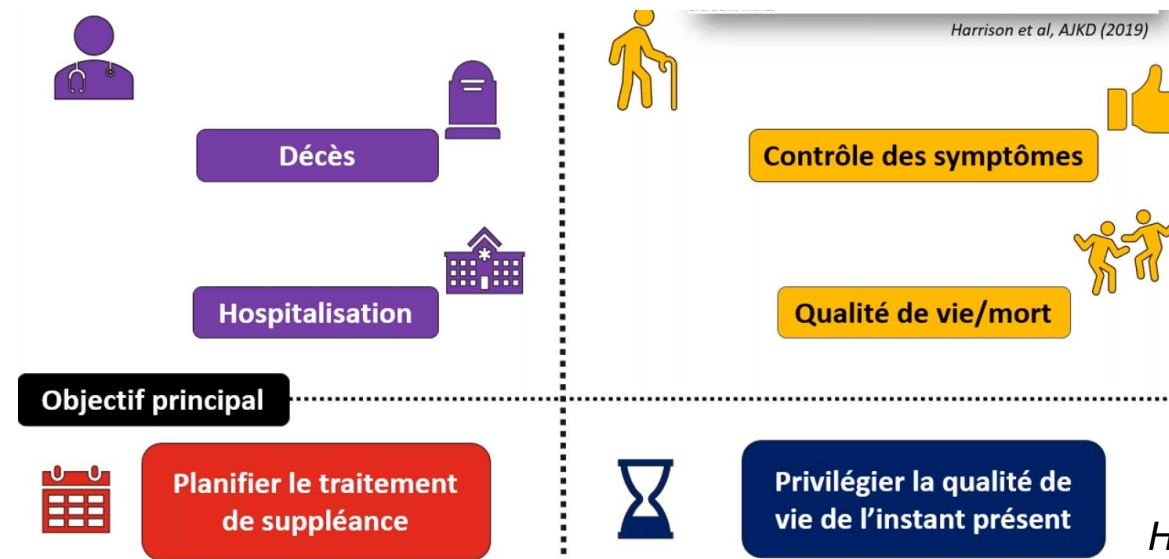
Quand ne pas faire de DP?

- Recommandations françaises
- Contre-indications absolues à la DP
 - IMC > 45kg/m²
 - Événtration non opérable
 - Délabrement irréparable de la paroi abdominale
 - Dialyse inadéquate
 - Refus du patient et/ou de l'aidant

Hémodialyse ? Dialyse péritonéale ?

- Quelle que soit la méthode de dialyse, il s'agit d'un traitement contraignant qui impacte la qualité de vie.
- Chaque technique présente ses avantages et inconvénients.

Quel est l'objectif du traitement ?



Le traitement conservateur

- Il s'agit de la **prise en charge active de la MRC au stade 5, sans recours à la suppléance (dialyse)**.
- Il s'agit avant tout de **prévenir et traiter les complications** (notamment les symptômes urémiques) liés à la maladie, tout en offrant un **accompagnement global de la personne atteinte et ses proches**.
- La prise en charge doit tenir compte de son choix libre et éclairé et de la **qualité de vie** attendue en fonction de son âge, de ses maladies associées et de son niveau d'autonomie.

Guide SFNDT



Recommandations

Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 :
guide pratique

Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide

Groupe de travail de la SFNDT¹

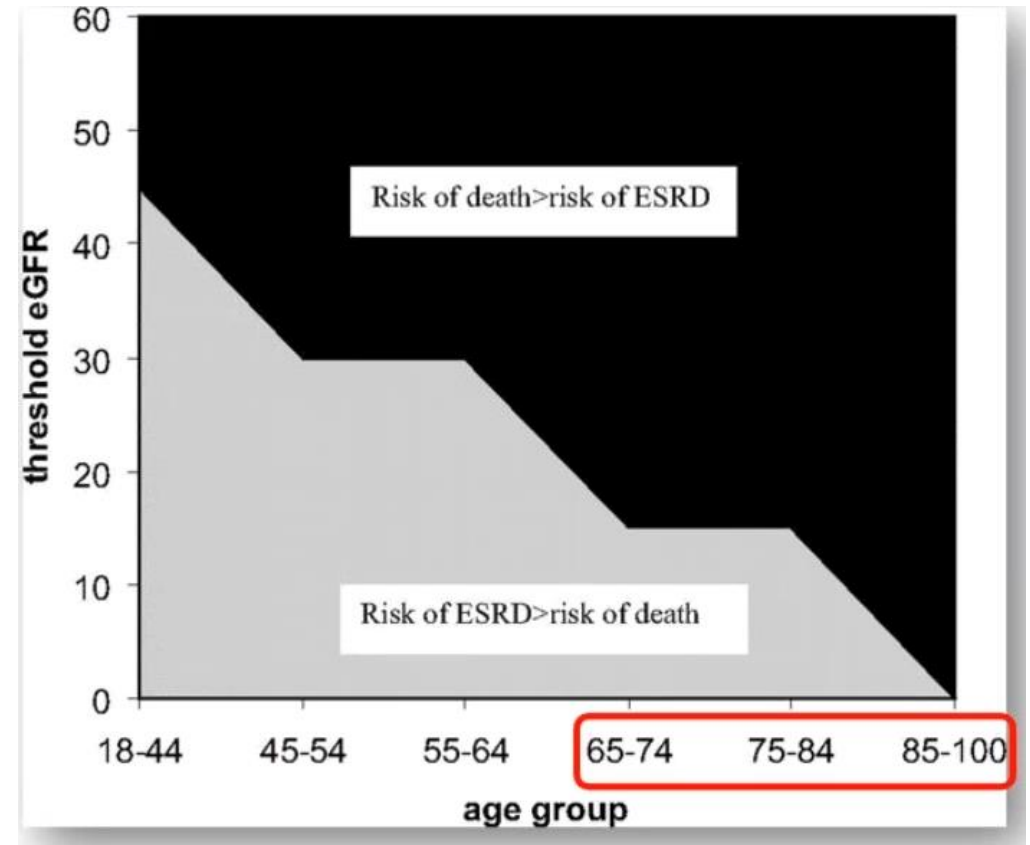
https://www.sfndt.org/sites/www.sfndt.org/files/medias/documents/N%26T_2022_0SFNDT_Guide_Traitement_Conservateur.pdf

Prise en charge fin de vie ?

- Pas nécessairement car la décision peut être prise bien avant l'urémie.
- L'équipe de soins palliatifs peut intervenir au stade ultime de la maladie. Une sollicitation précoce est souhaitable.

Quand en parler ?

- Si DFG < 20 mL/min/1,73 m² selon CKD-EPI ?
- La relation soignant-soigné est importante.
- Quel est le projet de vie ou de mort du patient ? Son état clinique est-il compatible avec une dialyse ?
- Présente-t-il une fragilité liée à la MRC ou bien qui préjuge d'une intolérance au traitement ?



Comment évaluer ?

- Discuter. Patient, famille, soignant.
- Attention parfois aux discordances famille / patient.
- Médecin généraliste, IDE libérales.
- Evaluation gériatrique pour la fragilité et le suivi : la préservation de l'indépendance ou des fonctions cognitives étant fréquemment plus importante dans l'esprit de la personne concernée, que l'allongement de l'espérance de vie.

Quel suivi ?

- Pluri-professionnel
- Personnalisé
- Communication en réseau
- Ville-hôpital



Prise en charge active

Principaux symptômes et propositions de prise en charge thérapeutique.

Symptômes	PEC non pharmacologique	PEC pharmacologique
Prurit	Rechercher et traiter les symptômes associés	Photothérapie Acupuncture Émollients Gabapentine (ou prégabaline) Montelukast À éviter
Troubles du sommeil	Hygiène du sommeil Contrôle des stimuli Thérapie cognitive Relaxation Acupuncture	À éviter
Syndrome des jambes sans repos	Hygiène du sommeil Contrôle des stimuli Exercice aérobie	Traitement d'une carence martiale Agoniste de la dopamine Gabapentine Ondansétron
Nausées / vomissements	Hygiène alimentaire : manger plus souvent moindres de quantités Hygiène buccale Éviter aliments gras/sucrés	
Douleur	Exercice physique Massage thérapeutique médical/ kinésithérapie de mobilisation Suivi psychologique	Paracétamol/timbre lidocaïne/crème AINS Nociceptive Cure courte d'AINS Opioïdes (hydromorphone) Neuropathique Gabapentine Opioïdes (hydromorphone)
Anxiété / dépression	Suivi psychologique Thérapie cognitivo-comportementale	ISRS qui n'allonge pas le QT sur prescription spécialisée

Quels résultats ?

Survival, symptoms and hospitalisation of older patients with advanced CKD managed without dialysis

Background



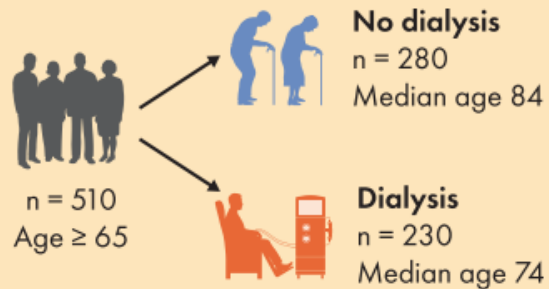
Mortality and symptom burden of older patients on dialysis remains high.



Guidelines recommend shared decision making when discussing the appropriateness of dialysis with an older individual and their family.

Methods

Prospective observational study



Results

	≥ 3 comorbidities 	1-year survival 	Median survival (months) 	Hospitalisation [†] 	Total symptom score reduction*
No dialysis 	43% p<0.001	53% p<0.001	14 p<0.001	9 p=0.03	2.2 p<0.001
Dialysis 	25%	83%	53	20	None


[†] Days per patient per year (excluding planned admissions for routine dialysis)

* Third (IPOS Integrated Palliative Care Outcome Scale Symptoms–Renal) score compared to baseline scores

Conclusion

Older patients with high comorbidity, supported by a multidisciplinary kidney supportive care program, survive a median of 14 months from decision choice, with lower hospitalisation rates and better symptom control compared to a younger dialysis cohort.

Exemple Sud Manche

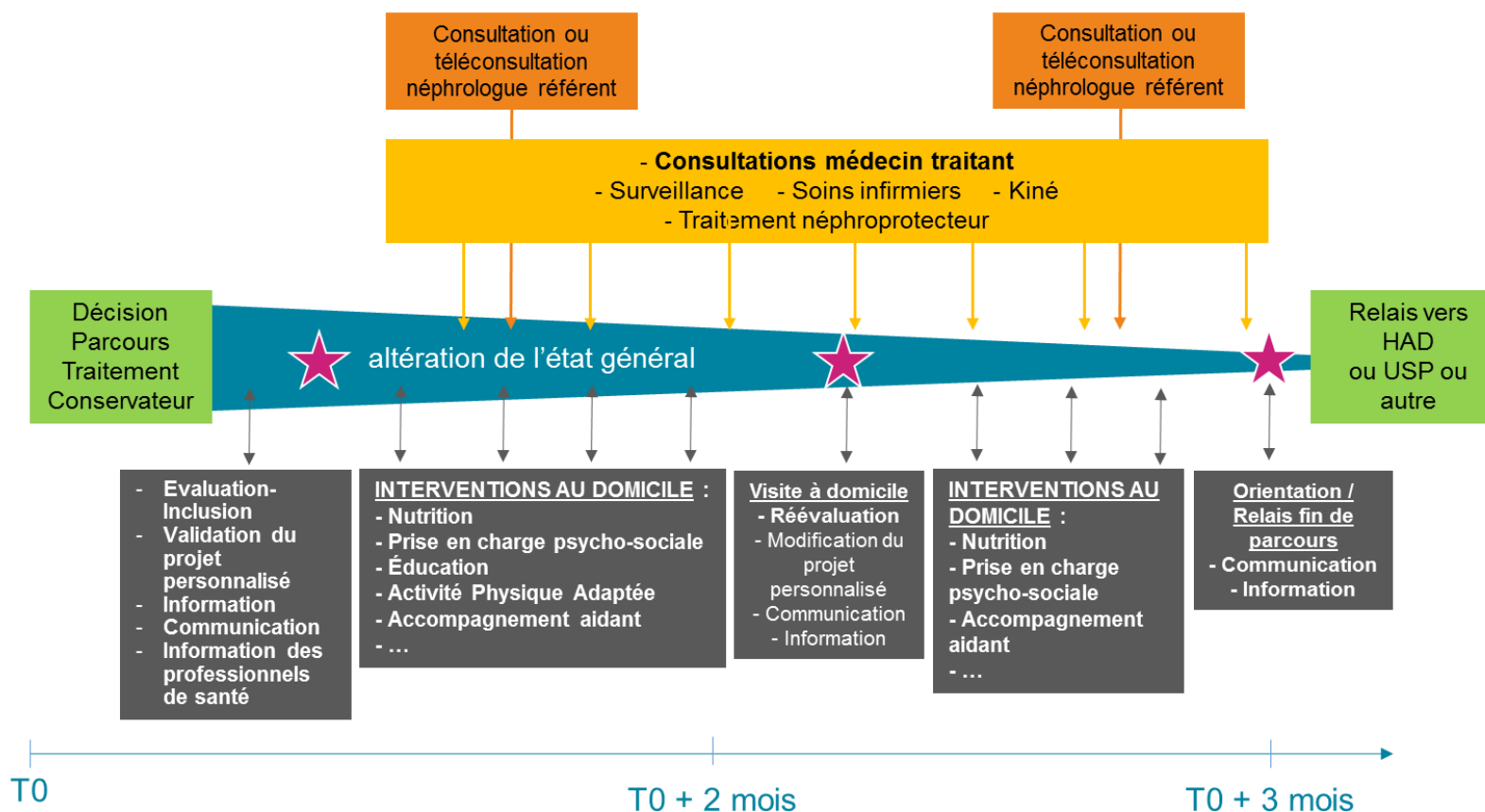
- Prise de décision : soutien de la DAC pour les aides au domicile.
- Suivi avec équipe mobile de néphrologie.
- Anticipation : présentation du dossier aux soins palliatifs + HAD.
- Suivi avec équipe de gériatrie (HDJ). 
- IPA possibles.



Exemple expérimentation article 51



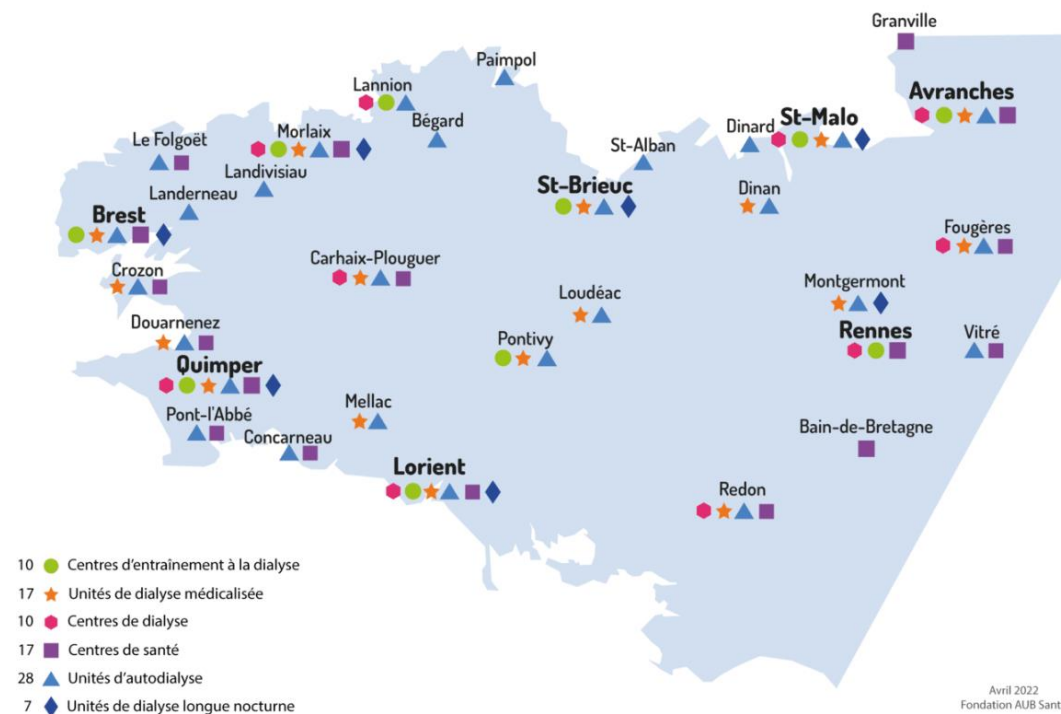
Exemple cas n°2 : Monsieur DURAND, 86 ans



★ = Étapes clés – rôle ++ équipe dédiée : Réévaluation / Actualisation du projet personnalisé / Communication – information professionnels de santé et partenaires

A l'AUB Santé

- Réseau dans chaque unité de l'AUB Santé avec équipes mobiles.
- Organisations territoriales locales à définir.
 - Avec les CH
 - Avec les DAC et CPTS
 - Avec les associations de patients
- Création d'outils, formations, pour le TC.
- A venir : webinar.



Conclusion

- Dialyse ou non, l'objectif central est de **proposer des soins de qualité, personnalisés, adaptés, raisonnables et ajustés aux souhaits du patient.**
- La relation néphro-gériatrie est indispensable tout au long du parcours.
- Pour les personnes atteintes de MRC avancée en **traitement conservateur**, prioriser la qualité de vie correspond à la construction d'un contrat conciliant des objectifs médicaux bienfaisants et les attentes de la personne concernée, dans la continuité de son plan de vie anticipé, lui-même garanti par une communication interindividuelle aboutie et le respect du processus de décision partagée.
- <https://www.sfndt.org/professionnels/recommandations/guide-du-traitement-conservateur>