

Débuter et arrêter la dialyse : Quand la prise en charge multidisciplinaire s'impose...



Société Bretonne de Gériatrie

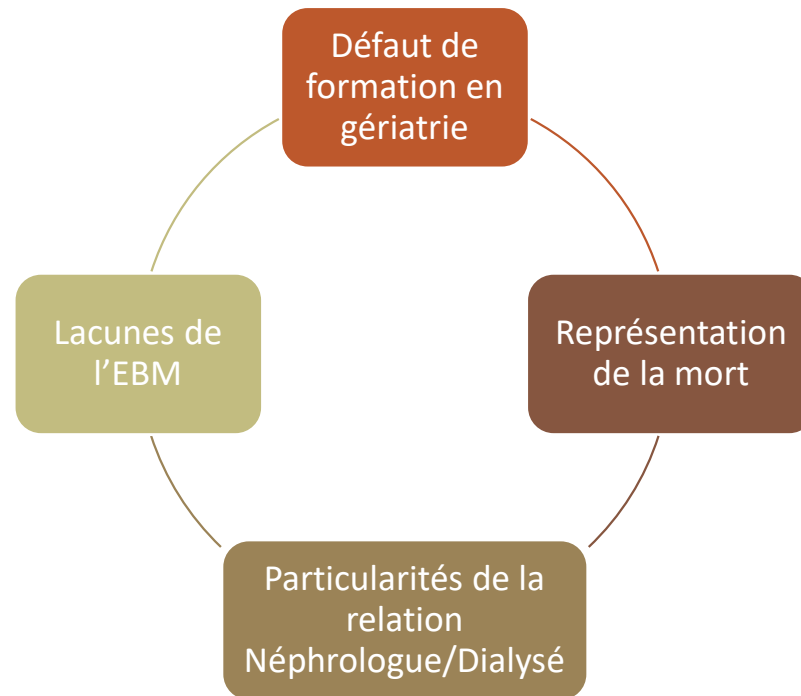
Saint Briec – Vendredi 31 Mars 2023

Dr Godmer – Dr Hirschauer – Dr Boulay

Mais que se passe t-il dans
une tête de néphrologue
???



Ce qu'il faut prendre en compte...



DÉBUTER LA DIALYSE ?

DIALYSE AIGUE

Délai de décision : Rapide
Evaluation du patient alors qu'il est hospitalisé

Technique : Hémodialyse

Si décision de traitement conservateur : Décès à court terme

Réversible : Peut-être

DIALYSE CHRONIQUE

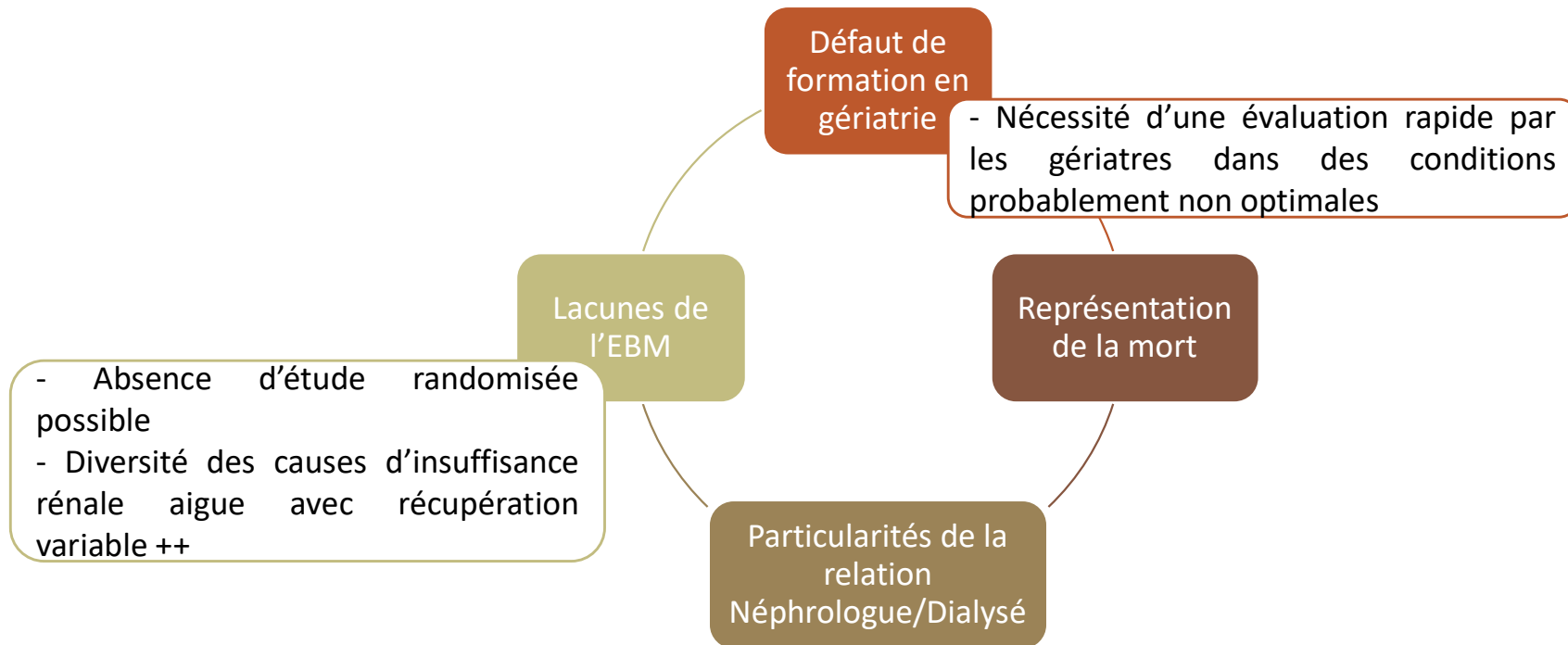
Délai de décision : Lent
Evaluation du patient alors qu'il est ambulatoire

Technique : Hémodialyse ou Dialyse Péritonéale

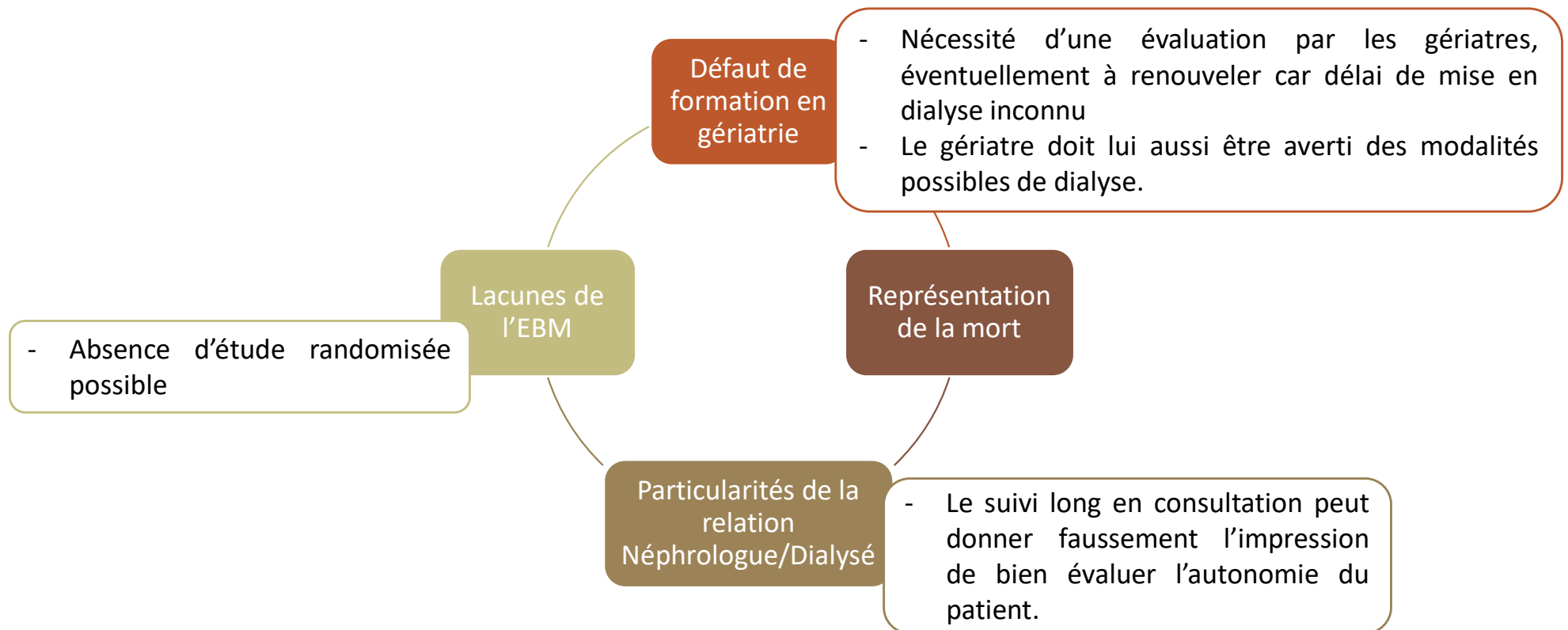
Si décision de traitement conservateur :
installation du syndrome urémique

Réversible : Non

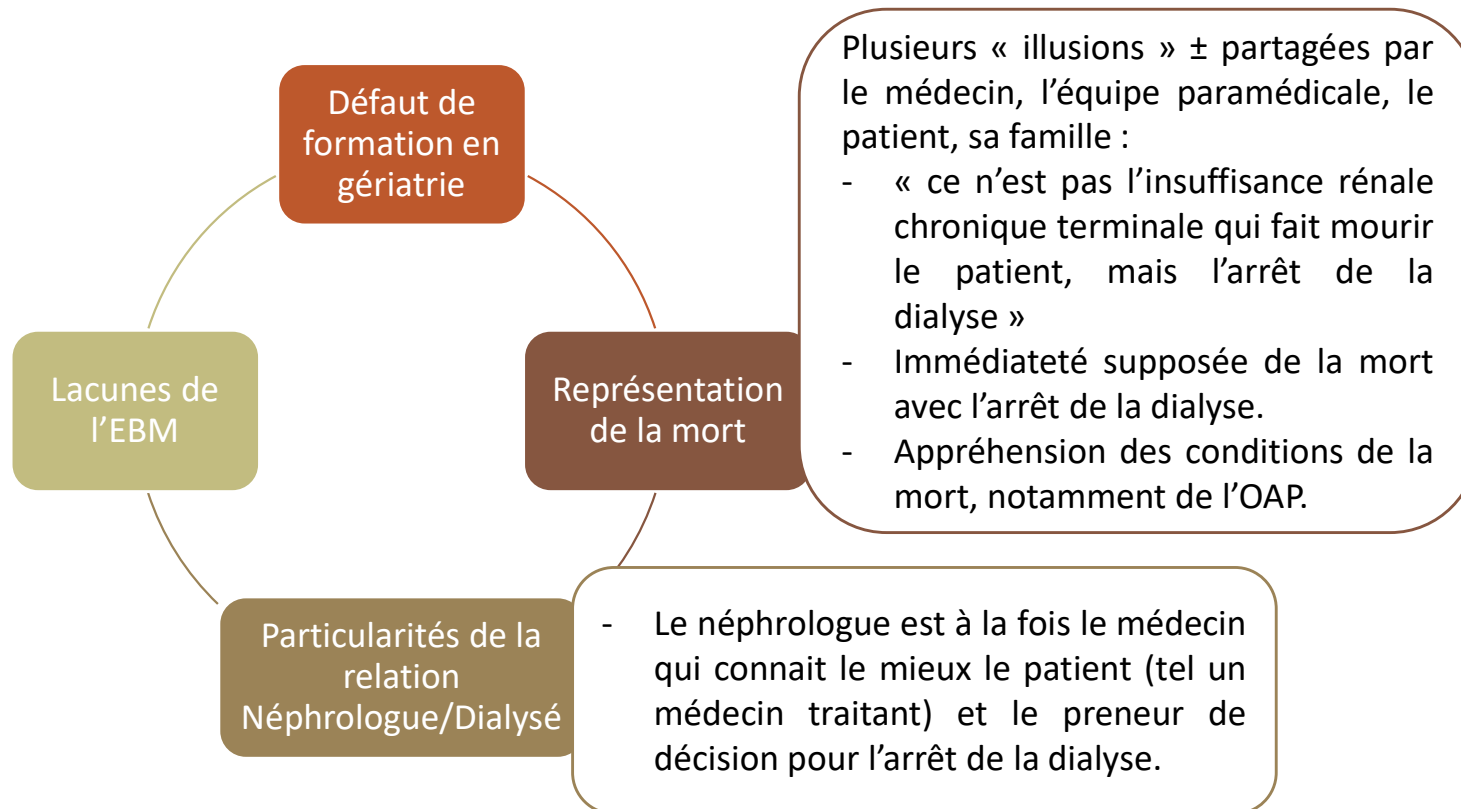
Débuter la dialyse en aigue



Débuter la dialyse en chronique



ARRÊTER LE DIALYSE ?



ARRÊTER LE DIALYSE ?

Défaut de

Plusieurs « illusions » ± partagées par le médecin, l'équipe paramédicale, le patient, sa famille...

En pratique, l'arrêt de la dialyse le plus souvent est lié à un évènement aigu lorsque :

- Troubles de conscience
- Impossibilité technique de dialyse (hypotension)
- Mauvaise tolérance de la séance : agitation, confusion, douleurs etc...

En cas de dégradation lente de l'autonomie, de la qualité de vie, lorsque l'équipe médicale et paramédicale est convaincue que la poursuite de la dialyse n'a plus de sens, elle se heurte souvent au patient et/ou à sa famille.

Equipe pluri-disciplinaire (néphrologue, gériatre, soins palliatifs)

relation
Néphrologue/Dialysé

qui connaît le mieux le patient (et un médecin traitant) et le preneur de décision pour l'arrêt de la dialyse.

L'histoire de Mme L...

Vue par le néphrologue

Mme L... 90 ans

ATCD

- FA paroxystique sous apixaban
- Polypose et diverticulose colique avec des épisodes de rectorragies
- AVC i avec ptosis séquellaire droit
- Mycardiopathie rythmique avec des épisodes de décompensations cardiaque
- Goutte

Traitement habituel

- FUROSEMIDE 20 mg/jour
- COLCHICINE 1,5 cp par jour
- ELIQUIS 2,5 mg matin et soir
- IRBESARTAN 150 mg cp 1 cp par jour
- BISOPROLOL 5 mg par jour
- ADENURIC 80 mg par jour
- BEDELIX
- DOLIPRANE

Vue par le néphrologue

Mode de vie

- Veuve
- Vit seule dans une maison à étage (chambre à l'étage)
- Autonome marche sans aide
- GIR 6
- Femme de ménage x2/semaine et IDE si besoin
- Téléalarme
- 2 fils très proches

Vue par le néphrologue

Anamnèse :

Admission aux urgences le 03/02/2022 pour insuffisance rénale aiguë (créatinine 375 $\mu\text{mol/L}$ pour 121 $\mu\text{mol/L}$ en janvier 2021)

Dans les suites d'une diarrhée liquidienne non fébrile sans glaire ni sang dans les suites de prise de colchicine pour une arthrite microcristalline.

=> Transfert en Médecine polyvalente à Auray où elle réhydratée dans l'hypothèse d'une cause fonctionnelle :

- Traitement d'une IU par CEFOXIME

- Pas d'amélioration de la fonction rénale et passage en OAP sur hydratation IV

=> Transfert en Néphrologie à Vannes le 09/02/2022

Vue par le néphrologue

En néphrologie du 09/02/2022 au 10/03/2022

- Suspicion initiale de nécrose tubulaire aigue ischémique étant donné le contexte (diarrhées sous colchicine, traitement par ARA 2 et diurétiques)

Sédiment urinaire non interprétable en raison d'une bactériurie

Bilan immunologique négatif

Traitement : symptomatique (équilibre volémique +++) en attendant la récupération rénale.

- Tournant évolutif début mars :

1. Installation progressive d'un syndrome urémique et d'une surcharge hydrosodée réfractaire

2. Discussion de la réalisation d'une PBR étant donné l'absence de récupération à 3 semaines de la fonction rénale

Discussion du niveau de soins par les néphrologues :

« PBR faisable compte tenu de l'état général conservé et de l'autonomie conservé »

« Patiente en excellente situation cognitive et d'autonomie. Partante pour la dialyse ainsi que sa famille »

Vue par le néphrologue

Finalelement :

- Mise en hémodialyse le 03/03/2022 sur cathéter jugulaire droit tunnelisé
- Ponction biopsie rénale le 02/03/2022 : Glomérulonéphrite membranoproliférative à dépôt de complexes immuns à la PBR avec présence d'un infiltrat inflammatoire marqué et diffus

Bilan étiologique négatif

Décision collégiale tentative de sauvetage rénale par corticoïdes 1 mg/kg/jour

Complications de l'hospitalisation :

- Anémie normocytaire normochrome multifactorielle : transfusion d'un culot globulaire le 18/03/2022
- Diverticulite sigmoïdienne : cefotaxime + metronidazole
- Diabète cortico induit: vildagliptine
- Dénutrition sévère
- Perte d'autonomie

Transfert en SSR le 10/03/2022 pour tentative de ré autonomisation

Vue par le gériatre

Entrée le 11/03/2022 en service de SSR pour poursuite des soins et de la dialyse : 2 séances de 4H/semaine

A l'entrée en SSR : aide partielle toilette et habillage, transfert seule, se déplace avec un rollator, continente, mange seule, orientée, pas de trouble mnésique

Souhaite un RAD rapide

Vue par le gériatre

Diabète cortico induit

Asthénie, amyotrophie

Chute le 31/03/22, hématome sacré

Angor, anxiété

Le 1/04/22 : la dialyse repasse à 3 séances/semaine car les séances de 4 heures sont trop difficile à supporter

Infection COVID le 7/04/22

Reste dépendante de l'oxygénothérapie, douleurs abdominales quotidiennes

Perte d'autonomie/asthénie/anorexie

Le 4/05/22 méléna et rectorragies, anémie à 6,9 g/l

La patiente ne souhaite pas se rendre à la séance HD

Vue par le gériatre

Entourage : 2 fils, 1 avocat et l'autre vétérinaire, en demande à la fois de confort et de poursuite de la dialyse

Ambivalence de la patiente : angoissée, ne se prononçant pas sur l'arrêt éventuel de la dialyse

Équipe médicale et para médicale du SSR malmenée par la famille et vivant difficilement une situation d'obstination déraisonnable

Collaboration équipe SSR/néphrologues/EMSP tout au long de la prise en charge

Vue par le gériatre

concertation téléphonique le 1/04/22 néphrologue /gériatre : dialyse repasse à 3 séances/semaine, car asthénie, difficultés à supporter 4 h de dialyse, besoin de déplétion supplémentaire

Rencontre conjointe gériatre/néphrologue/famille le 7/04/22 dialyse poursuivie tant que la patiente le souhaite et qu'elle est raisonnable au regard de l'état clinique.

L'EMSP intervient auprès de l'équipe soignante et de la patiente à partir du 28/04/22 pour une réflexion sur le niveau de soins

Réunion collégiale équipe soignante du SSR/néphrologue/EMSP le 3/05/22 : situation complexe dans le service, relations difficiles avec les fils

Vue par le gériatre

Entretien familial/équipe médicale le 6/05/22: la contre-indication à la poursuite de la dialyse est posée

Sédation profonde et continue débutée le 8/05/22, difficultés dans le service car pression d'un des fils pour accélérer le processus


Décède le 9/05/22

La prise en charge de cette patiente va être émaillée de complications graves qui remettent en cause l'intérêt de la mise en dialyse ainsi que la mise sous corticothérapie

Revue de morbi mortalité le 8/07/2022

Pour les patients de plus de 85 ans jugés fragile par le néphrologue, une évaluation gériatrique systématique doit être proposée avant la mise en dialyse pour aider à la décision thérapeutique

Pour les autres patients entre 75 et 85 ans, la décision est laissée à l'appréciation du néphrologue. Une évaluation gériatrique peut être proposée mais au cas par cas.



L'apport de l'équipe de soins palliatifs



L'apport de l'équipe de soins palliatifs

- Hospitalisation de la patiente du 9 février au 11 mars en néphrologie et depuis le 11 mars à Decker. Décision de la mise en place de la dialyse lors de son séjour en néphrologie dans une situation fragile
- Intervention de l'EMSP à partir du 28 avril au total à 3 reprises:
 - 28 avril : patiente non vue car en dialyse, discussion avec l'équipe sur l'obstination déraisonnable possible au vu de l'AEG
 - 2 mai : rencontre patiente et 1 fils, espère aller mieux, veut la poursuite de la dialyse, fils décline sa capacité à parler avec sa maman d'un arrêt de dialyse
 - 3 mai : réunion de synthèse, équipe SSR épuisée, proposition de mutation en néphro pour statuer de la poursuite ou non de la dialyse
- 5 mai : après rectorragie, patiente épuisée, défaillance multiviscérale à craindre, patiente ne veut pas être transportée en dialyse

Au total la patiente sera rencontrée 2x dans un parcours d'hospitalisation de 3 mois et 12 jours avant son décès

Conclusion:

- Nous sommes en accord avec les 2 propositions formulées après la revue de morbi mortalité
- La problématique familiale, tiraillée entre acharnement thérapeutique et demande d'euthanasie, exprime un vécu insupportable d'imaginer non pas l'arrêt de la dialyse, mais le fait que leur mère puisse mourir. Cette problématique nécessite d'être mis en évidence aussi précocement que possible pour pouvoir être accompagnée au long cours

POUR ALLER UN PEU PLUS LOIN

En 18 ans d'exercice en USP du TS 4 peu de prise en charge de patient en arrêt de dialyse mais où sont-ils donc?

En 2022 par extraction du PMSI 16 patients en SSR du CHBA concernés par cette thématique avec des séjours de 7 jours à 15 semaines.

De l'histoire précédente et de deux autres en cours nos interventions pourraient se situer à plusieurs moments:

- En néphrologie au décours d'une situation aigüe quand l'indication de la dialyse est limitée par l'EG précaire souvent lié au grand âge. Faut-il une seule évaluation gériatrique (type évaluation oncogériatrique) ou une démarche éthique dans une collégialité où nous pourrions déjà être présents?

La vraie Procédure collégiale permet une REFLEXION PRECOCE, GLOBALE et ETHIQUE sur la prise en charge du patient et sa famille

- En aval lors de l'arrêt d'une dialyse qui devient disproportionnée vue le déclin de l'EG. Notre qualité « mobile » nous permet de rencontrer le patient pendant la dialyse, à son domicile, de rencontrer la famille dans son environnement, les équipes qui s'occupent du patient. Dans les deux cas la rencontre de la personne de confiance et des plus proches s'avèrent la meilleure mesure préventive des difficultés de communication ultérieures.

La notion de « palliatif » qu'introduit notre présence en particulier au début de la mise en route de la dialyse montre aussi le caractère temporel limité du bienfait de la dialyse. Le patient va plus certainement mourir de son déclin général que de l'arrêt de la dialyse.

Notre expérience avec des patients engagés dans d'autres maladies, nous montre que la rédaction menée avec le plus de tact possible des DA permet un dialogue réaliste et apaisant. Le conjoint ou un enfant sont très souvent présents.