

# UNE AUTRE ALTERNATIVE À LA PRISE EN CHARGE DE CERTAINS PATIENTS AU STADE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE : MISE EN PLACE D'UNE UNITÉ DE TRAITEMENT CONSERVATEUR



Sophie PARAHY, Néphrologue, Françoise CABRAL FERREIRA, Cadre de Santé – ECHO Pôle Confluent, REZÉ

La dialyse a révolutionné la prise en charge des patients en insuffisance rénale terminale. Dans les années 70, les néphrologues étaient contraints par une offre de soins limitée par rapport à la demande et sélectionnaient leurs malades, privilégiant ainsi les jeunes.

Les critères de choix retenus étaient l'âge jeune (jusqu'à 40 ou 45 ans), l'absence de pathologies associées, mais entraînait aussi en compte l'insertion sociale. Ainsi, par exemple, les patients âgés, diabétiques, porteurs de pathologies cardiaques, n'étaient pas dialysés et donc mouraient. Ces choix étaient, sans doute, douloureux.

La dialyse à l'époque était artisanale, la technique encore balbutiante et chacun faisait du mieux qu'il pouvait.

Aujourd'hui, la technique est d'une extrême performance et l'offre de soins est telle qu'elle nous permet tout (ou presque). Chacun est désormais « dialysable » techniquement parlant, quel que soit son âge, son autonomie fonctionnelle, son niveau de conscience et ses pathologies associées.

Toutefois, certaines interrogations existent quant à la pertinence de l'initiation de la dialyse chez certains patients très âgés aux multiples comorbidités. Car n'oublions pas que, quand il est question de dialyse, on parle aussi de gestes invasifs avec possible iatrogénie, de contraintes, de handicaps, de douleurs, de souffrances, de dépendance, de qualité de vie altérée, de vie, mais aussi de mort (et pas toujours dans les conditions de dignité que l'on aurait espérées).

L'impact des traitements de suppléance de l'insuffisance

rénale terminale est majeur dans tous les secteurs de la vie.

Nous observons un accroissement global de l'insuffisance rénale terminale essentiellement chez les patients âgés de plus de 70 ans. Cette tendance est liée à l'augmentation de la population et à son vieillissement.

Le registre REIN en 2014 nous montre, en effet, que les patients de plus de 75 ans représentent 44,6% des patients incidents en dialyse. Quant à la prévalence des patients dialysés, elle ne cesse d'augmenter depuis 2010 pour les catégories d'âge de 65 à 74 ans et chez les 75 ans et plus.

Par ailleurs chez ces patients plus âgés, toujours d'après le registre REIN, le nombre total de comorbidités (pathologies cardiovasculaires: pathologie coronarienne, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, artérite des membres inférieurs, antécédents d'AVC, diabète, hépatite virale, cirrhose, insuffisance respiratoire, cancer évolutif, VIH et/ou SIDA) augmente.

Au-delà de 75 ans, 85% des malades ont au moins une comorbidité à l'initiation du traitement de suppléance et plus de 60% en ont au moins deux, alors que 68% des patients de 20 à 44 ans n'ont aucune des comorbidités citée ci-dessus.

Les patients âgés sont des patients fragiles. Leur mortalité apparaît élevée à l'initiation de la dialyse. Le registre REIN nous montre effectivement qu'en France le pourcentage de décès dans les 3 premiers mois après le démarrage de la dialyse est de 10% chez les patients de plus de 75 ans. Cela est bien sûr favorisé par le cumul des comorbidités décrites précédemment. Ainsi, entre 75 et 84 ans, la survie est 74,8% à 1 an et seulement à 48,2% à 3 ans et pour ce qui est des plus de 85 ans, la survie est seulement de 66,6% à 1 an et chute à 33% à 3 ans.

Cela pose clairement la question d'une autre alternative à la dialyse chez ces patients polypathologiques. La dialyse apparaît comme un traitement lourd, au coût non négligeable pour un bénéfice finalement décevant pour ces patients.

C'est pourquoi l'ECHO souhaite pouvoir proposer une autre alternative telle que le traitement conservateur en l'identifiant tout particulièrement.

## LE TRAITEMENT CONSERVATEUR

La qualité de vie et la quantité de vie sont sans doute des paramètres essentiels à préserver chez les patients âgés et/ou polypathologiques. Or la dialyse, qu'elle soit hémodialyse ou dialyse péritonéale reste un traitement lourd, on parle facilement du fardeau de la dialyse. Traitement lourd de par les contraintes qu'elle impose, par la tolérance de ses séances, par les complications de ses abords (vasculaires ou péritonéaux). Il apparaît au regard de plusieurs études que la médiane de survie avec le traitement conservateur s'échelonne de 6,3 mois à 23,4 mois et est en cela similaire à celle observée en dialyse chez des patients aux comorbidités comparables<sup>1-2</sup>.

Le traitement conservateur va essentiellement s'adresser aux patients âgés ou très âgés. Soit parce que le patient en fait le libre choix (droit du patient de refuser un traitement qu'il juge pour lui inapproprié), soit parce qu'il présente un profil de comorbidités particulier<sup>3</sup>.

C'est la présence de troubles cognitifs qui fera souvent discuter en premier l'abstention des dialyses. Viennent ensuite la perte d'autonomie physique et la lourdeur des comorbidités. Certains experts ont mis au point des scores prédictifs d'un décès précoce en dialyse qui peuvent aider à la décision et construits des algorithmes décisionnels<sup>4</sup>.

Il apparaît qu'il peut exister des craintes chez le patient et ses proches quant à s'éloigner du chemin de la dialyse et à se diriger vers un traitement qui paraît peut-être mal codifié. Les appréhensions peuvent exister également du côté

du néphrologue qui peut finalement trouver plus simple, plus confortable de voir le patient aller vers la dialyse et être ainsi pris dans les nasses d'un parcours de « routine » avec tout l'encadrement nécessaire.

D'où l'importance, pour casser cela et permettre au patient d'aller vers le meilleur traitement pour lui, de créer une unité identifiée de traitement conservateur comme il en existe une pour l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale. L'équipe pluridisciplinaire ainsi constituée continuera d'assurer le suivi du patient par la suite.

A l'ECHO, le choix du traitement se fera avec l'aide d'une consultation d'annonce associant néphrologue, IDE, soins de support (assistantes sociales, psychologues et diététiciennes) et, si besoin, avec le concours précieux du médecin gériatre. Le patient sera vu à plusieurs reprises par ces équipes et, dès que cela est possible, les proches sont associés à ces consultations.

Il est important que le choix du traitement conservateur soit bien notifié et connu des proches du patient et du médecin traitant (directives anticipées, plan de soin personnalisé, personne de confiance) de sorte que si une situation d'urgence se présentait, la volonté du patient d'abstention de dialyse soit respectée.

### ► **Les objectifs primaires de la mise en place d'une telle unité sont les suivants :**

- Maintenir la qualité de vie des patients âgés ou très âgés présentant plusieurs comorbidités associées à l'insuffisance rénale.
- Initier une nouvelle modalité de prise en charge : le traitement conservateur.
- Limiter les hospitalisations et éviter les mises en dialyse dans les situations d'urgence chez les patients ayant fait ce choix du traitement conservateur.
- Répondre aux contraintes économiques de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, organiser des partenariats extérieurs : le centre hospitalier local, l'hospitalisation à domicile, les réseaux locaux de soins palliatifs (COMPAS pour Nantes), la clinique à proximité de notre site d'activité et bien sûr la médecine de ville.
- Accompagner les néphrologues dans la mise en place de cette prise en charge.

### ► **Les objectifs secondaires sont :**

- Organiser et accompagner l'ouverture d'une unité traitement conservateur.
- Signer des conventions avec nos différents partenaires extérieurs.

- Evaluer de manière globale les besoins des patients et coordonner l'intervention des différents professionnels.
- Exposer clairement le parcours de soins coordonnés qui se met en place autour de la maladie mais avec l'usager.
- Intégrer ce projet dans le parcours de soins du sujet âgé au stade 5 de l'insuffisance rénale.

## ► **Population concernée**

Patients de 80 ans et plus arrivant au stade 5 de l'insuffisance rénale.

Actuellement, sur les 56 patients vus en consultation d'annonce en 2015 sur le site du Confluent, 20 patients avaient 80 ans et plus.

Parmi ces 20 patients, 10 sont suivis dans le cadre du traitement conservateur.

Ces patients sont vus tous les 1 à 3 mois (selon la nécessité) en alternance par le néphrologue et par le médecin traitant.

## ► **L'organisation de cette unité est la suivante :**

Deux temps forts apparaissent dans cette prise en charge en traitement conservateur.

- **Premier temps** : un accompagnement diététique associé à des traitements médicamenteux, qui permettront de corriger l'hypertension, les signes d'hyperhydratation, les troubles ioniques (hyperkaliémie, acidose, hypocalcémie, hyperphosphorémie) et vitaminiques induits par l'insuffisance rénale. L'érythropoïétine pourra être introduite pour corriger l'anémie en association éventuelle avec un traitement martial.
- **Deuxième temps** : un traitement

symptomatique avec prise en charge palliative du patient. Une approche multidisciplinaire est nécessaire<sup>5</sup>. Le soulagement des symptômes va être le fruit d'efforts coordonnés entre le médecin généraliste, l'équipe de néphrologie et les soins palliatifs.

## ► **L'équipe pluri professionnelle et ses missions :**

Les patients sont vus tous les 1 à 3 mois (selon la nécessité) en alternance par le néphrologue et par le gériatre.

- **Pour l'IDE** : un rôle de coordination des différents intervenants : référent pour la famille, appui pour les intervenants locaux (médecin généraliste, IDE libéraux, ...), conseil téléphonique, déplacement au domicile et préparation des consultations médicales.

- **Pour les diététicien(ne)s** : une consultation systématique au début de la prise en charge du patient avec son entourage où ils/elles pourront mettre en place un régime plus pauvre en protéines. Puis, ils/elles interviendront à la demande notamment dans la première partie de la prise en charge (surcharge hydrosodée, hyperkaliémie). Si le patient vit en institution, ils/elles se mettent directement en contact avec la structure pour l'adaptation du régime.

- **Pour les psychologues** : présentation d'accueil et intervention à la demande, possibilité d'action d'accompagnement auprès de proches également. Ils/Elles organisent également le relais avec partenaires extérieurs.

- **Pour les assistantes sociales** : présentation d'accueil afin d'amorcer l'accompagnement, et ensuite intervention à la demande surtout au moment où la situation se dégrade.

## CONCLUSION

Convaincus et soutenus par les chiffres de suivi de la consultation d'annonce mise en place dans notre service, le traitement conservateur est sans doute le meilleur traitement en termes de qualité de vie mais aussi de quantité de vie pour certains patients âgés, le plus souvent aux comorbidités multiples.

Si la notion de qualité de vie est définie par l'OMS, les patients la définissent eux comme la possibilité de mener une vie normale, sans devoir être préoccupé, ni par la maladie, ni empêché dans les activités du quotidien...

Il est donc nécessaire de se recentrer sur le projet de vie du patient en l'intégrant au projet de soin : privilégier sa qualité de vie, anticiper ses questions et aborder le problème de la fin de vie.

Aujourd'hui, il faut reconnaître que la technique n'est pas la réponse unique pour certaines personnes. Pour nous, soignants, notre rôle est d'accompagner le patient en limitant au mieux les symptômes. Il est nécessaire de repérer quand la dialyse est utile et quand elle devient malfaisante, car mal utilisée cette technique peut aller à l'encontre des grands principes de l'éthique que sont le respect de l'autonomie, la bienveillance, la bienveillance et le principe de justice.

C'est pourquoi, l'ouverture de cette unité spécifique répond pour nous à ces notions de respect de l'autre et d'éthique en permettant aux patients, ayant fait le choix du traitement conservateur, de bénéficier de la même qualité de prise en charge pour que pour une autre modalité avec une équipe investie et formée.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Nina R et al, conservative Management of End-Stage renal disease without dialysis: a systemic review Journal of Palliative Medicine, 2012, vol15 228-235.
2. Chanda SM et al, Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. Nephrol Dial Transplant. 2011 May;26(5):1608-14.
3. Véronique Guienne et al, Choisir de ne pas dialyser les patients très âgés, Néphrologie & Thérapeutique12 (2016) 98-103
4. Couchoud et al; Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease. Kidney Int 2015; Nov : 1178-86)
5. Divya Raghavan et al Conservative Care of the Elderly CKD Patient: A Practical Guide Advances in Chronic Kidney Disease, Vol 23, No 1, 2016: pp 51-56