

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 30 janvier 2018

Hôpital cantonal de Genève

## Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale chez le patient âgé : un dilemme clinique (et éthique ?)

Prof. P. Saudan

(Colloque différé du 30.1.2018)

3 cas cliniques pour commencer...

1) Un homme de 1922 en hémodialyse (HD) depuis avril 2016 suite à des décompensations cardiaques, dans les antécédents duquel on a une cardiopathie ischémique, et rythmique, une hypertension artérielle (HTA) et un diabète non insulino-dépendant (DNID).

C'est surtout la famille qui insiste pour l'HD... cependant depuis fin avril 2016, impossible d'envisager un retour à domicile... la condition physique et les fonctions mentales diminuent... le patient décède en septembre 2016.

2) Un homme né en 1931, est en HD depuis fin février 2016 suite à un syndrome urémique au cours d'une longue hospitalisation. Il a des antécédents de cardiopathie ischémique et rythmique ainsi qu'une HTA. Son mini mental score (MMS) est à 17/30. Là aussi c'est surtout la famille qui insiste pour qu'il soit mis au profit d'une HD.

Il rentre à domicile en avril, est hospitalisé 1 fois en mai (12 jrs) et 1 fois en octobre (18 jrs)... Ses facultés physiques et mentales déclinent. Il décède le 11 novembre 2007.

3) Un homme de 1924 est en HD depuis septembre 2015, pour une IRC d'origine vasculaire sur HTA, avec en plus un AVC régressif en 2009. Il est suivi par les néphrologues dès décembre 2014. Hospitalisé 5 jours en août 2016 pour une thrombose de sa fistule artério-veineuse (FAV) et encore 2 x fois en juin 2017 et janvier 2018 (rupture méniscale). Il est essentiellement à domicile, il a de bonnes facultés physiques et mentales... Tout va bien...

Pour rappel... Je vous remets les différents stades de l'insuffisance rénale chronique (IRC) ou de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)... (que j'oublie systématiquement).

| Stade | DFG<br>(ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) | Définition  |
|-------|--------------------------------------|---|
| 1     | ≥ 90                                 | Maladie rénale chronique <sup>a</sup> avec DFG normal ou augmenté |
| 2     | entre 60 et 89                       | Maladie rénale chronique <sup>a</sup> avec DFG légèrement diminué |
| 3     | entre 30 et 59                       | Insuffisance rénale chronique modérée                             |
| 4     | entre 15 et 29                       | Insuffisance rénale chronique sévère                              |
| 5     | < 15                                 | Insuffisance rénale chronique terminale                           |

Le but des thérapies continues de remplacement rénales (TCRR : HD + Dialyse péritonéale = DP) est d'améliorer non seulement la survie mais aussi la qualité de vie.

Chez les personnes âgées la question se pose...qu'est-ce qui est mieux ? Traitement conservateur (TC) ou bien TCRR ? et HD ou DP ?

Il y a un aspect éthique, qui concernent...

- le médecin...sa prise en charge va dépendre du système de santé dont il dépend...
- le patient...son autonomie est-elle suffisante pour participer à la décision...quel est le rôle de la famille...pressions dans un sens ou dans l'autre...
- ce qu'on appelle la « justice redistributive » ...la futilité éventuelle d'une HD très onéreuse pour un système de santé déjà en difficulté.

Les études montrent une augmentation croissante des IRC chez les patients de > 75 ans et > 85 ans, et malheureusement les dialyses en urgence ne diminuent pas et restent aux alentours de 30%.

Plusieurs études (bien que petites) montrent aussi une prolongation de la survie lorsque l'HD (28,9 mois de survie) est préférée au TC (8.9 mois de survie).

Les facteurs de mauvais pronostics pour l'initiation d'une HD sont une mauvaise autonomie, un score de Karnofsky faible, une dénutrition, d'autres comorbidités...en particulier une baisse des performances cognitives...

Pour rappel...l'échelle de Karnofsky...

| Karnofsky Performance Status (KPS) |  |
|------------------------------------|--|
| 100:                               | Normal; no evidence of disease                             |
| 90:                                | Minor signs or symptoms                                    |
| 80:                                | Normal activity with effort; some signs or symptoms        |
| 70:                                | Cares for self; unable to carry on normal activity         |
| 60:                                | Occasional assistance required; capable of most self-care  |
| 50:                                | Requires assistance, frequent medical care                 |
| 40:                                | Disabled; requires special care/assistance                 |
| 30:                                | Severely disabled; hospitalization indicated               |
| 20:                                | Hospitalization necessary; requires active supportive care |
| 10:                                | Moribund; progressing rapidly                              |
| 0:                                 | Dead   |

Différentes études ont montré après coup une modeste diminution de la mortalité en faveur de l'HD, après 75 et 85 ans...Mais d'après ce que j'ai compris, beaucoup de patients arrêtent l'HD après 3 mois, et on ne sait pas très bien s'il s'agit d'une décision du patient ou du médecin...

En Suisse, la prévalence de l'IRCT reste stable, mais l'incidence de l'HD diminue... Aux HUGs entre 2000 et 2016, 683 patients... 27.4% > de 75 ans ; 14% > 80 ans.

On souligne l'importance d'envoyer suffisamment tôt le patient chez le néphrologue pour les consultations de pré-dialyse, préparation de la FAV etc...

A Genève, 44% des patients dialysés n'avaient pas vu de néphrologue dans le mois précédent l'HD... La survie s'en ressent immédiatement... 25% de différence de survie en plus selon que l'on a vu un néphrologue dans le mois précédent ou pas...

Par contre, chez les patients en EMS hospitalisés (âge moyen 73.4 ans), chez lesquels on démarre une HD en hôpital, le déclin fonctionnel et la mortalité augmentent tous les 2... Mauvais choix apparemment que de dialyser les patients en EMS hospitalisés...

Un autre article montre que chez des patients en IRCT (Stade 5) après 75 ans, l'HD améliorerait la survie, mais attention aux comorbidités... qui rapidement entraînent une perte de ce bénéfice.

Une autre étude comparant l'HD au traitement conservateur lors d'IRCT montre que jusqu'à 80 ans il y aurait un bénéfice concernant la survie, mais plus après...

La seule étude prospective « CKD in elderly patients managed without dialysis: survival, symptoms, and quality of life. Brown MA, Clin J Am Soc Nephrol. 2015 Feb 6;10(2):260-8. » montre que les patients âgés qui choisissent d'avoir un TC ont une survie médiane de 16 mois avec une qualité de vie acceptable...

Il y a une place pour le traitement conservateur de l'insuffisance rénale terminale cf article suivant : « Treatment of End-stage Kidney Failure without Renal Replacement Therapy. Hole B, Semin Dial. 2016 Nov;29(6):491-506 ».

Il faut une décision partagée, un traitement énergique des symptômes, une planification de la phase terminale, un support psychologique, un soutien aux proches aidants, et idéalement une préoccupation religieuse et culturelle...

Il existe aussi la dialyse péritonéale assistée (home care assistance PD)...



Aux HUGs (Nov. 2017), 29 patients en DP, dont 7 de > 80 ans...La survie est de 83% à 1 an ; on compte 1 épisode de péritonite par 28-36 mois, 1 hospitalisation pour 1.4-4.8 patients/ an, et 23.5-45.6 jours d'hospitalisation par patient et par an.

Un article s'est intéressé à ce qui poussait les néphrologues à encourager l'HD plutôt qu'un TC...

Ce serait le manque de formation en soins palliatifs qui les pousseraient à renoncer au TC et à privilégier l'HD, et souvent aussi l'attente des médecins généralistes et des proches...qui pousseraient vers l'HD.

Aux USA par exemple, l'incitatif financier serait plutôt à pousser vers l'HD alors qu'au Royaume Uni, où les soins palliatifs sont plus développés, c'est plutôt le TC...

Mais qu'en pensent les patients... ???

Aux USA 25% des patients arrêtent l'HD.

90% des patients n'ont pas eu de discussion avec leur néphrologue sur leur pronostic, et 95% auraient voulu avoir cette discussion...

Les patients âgés ne choisissent pas l'HD car elle impacte trop sur leur qualité de vie, souvent le coût des déplacements sont à leur charge, sans parler de la fatigue liée à ces déplacements. Les proches aidants sont souvent très (trop) sollicités. Souvent les patients ne sont pas prêts à supporter les chamboulements dans leur quotidien qu'entraîne une HD... ils n'ont pas le désir de continuer une vie autrement que celle qu'ils mènent, vie qu'ils considèrent parfois déjà bien remplie...

Un âge > 75 ans, une perte d'autonomie psychique, un Karnofsky < 40, une albuminémie < 25 g/l, et 2 critères de comorbidités devraient rendre particulièrement hésitant à l'initiation d'une HD.

On rajoute à cela la question surprise au néphrologue. « seriez-vous surpris que votre patient décède dans l'année ? »...si la réponse est oui...plutôt TC...

Les Français ont même développé un score de stratification du risque des patients en IRC...permettant d'aider à la prise de décision pour choisir l'option thérapeutique « Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease. Couchoud CG, Kidney Int. 2015 Nov;88(5):1178-86. ».

Voilà... l'IRCT après 75 ans ne doit pas systématiquement entraîner la mise en place d'une HD, il y a d'autres solutions...mais pour terminer on nous montre la photo d'un patient né en 1931 en HD depuis 2012 et qui n'a jamais été hospitalisé...L'HD après 75 ans ...sûrement qu'elle a sa place...mais elle a un prix, en fatigue pour le patient, en engagement des proches et en francs pour la communauté...

Pour nous médecins de 1<sup>er</sup> recours on retiendra de ne pas trop attendre pour demander conseil au néphrologue...c'est important, surtout pour ne pas devoir débiter l'HD en urgence... et peut-être encore plus important prendre du temps pour en parler avec le patient et sa famille...

