

La personne âgée

e n d i a l y s e

PRISE EN CHARGE DU PATIENT ÂGÉ EN DIALYSE

Dr J.-P. CHARMES

Néphrologue. Chef de service de Gériologie, C.H. Limoges

Bientôt, 25 % de la population française aura dépassé 60 ans. 70 % des insuffisances rénales chroniques non terminales sont observées chez des patients de plus de 60 ans. Il n'est donc pas étonnant que les néphrologues soient confrontés à l'éventualité de traiter, par une méthode substitutive, des insuffisances rénales terminales survenant chez des sujets âgés.

En 1992, selon les rapports de l'EDTA, 50 % des adultes qui débutaient le traitement de l'insuffisance rénale chronique avaient plus de 60 ans. La survie à 5 ans des patients qui avaient plus de 60 ans en début du traitement de dialyse est en moyenne de l'ordre de 40 %, ce qui est relativement satisfaisant compte tenu des comorbidités fréquentes des patients de cet âge d'une part et de la survie naturelle en dehors de l'insuffisance rénale dans ces tranches d'âge d'autre part. Le traitement de l'insuffisance rénale du sujet âgé par transplantation est également de plus en plus utilisé puisqu'en 1992, environ 10 % des patients transplantés avaient plus de 60 ans. Ces transplantations du sujet âgé se font également avec de bons résultats puisque la survie des greffons est peu différente de celle obtenue chez les sujets plus jeunes (de l'ordre de 60 % à 5 ans) ; quant à la survie des patients âgés transplantés, elle est de 65 % à 5 ans, résultats supérieurs à ce qui est observé en hémodialyse mais qui doivent tenir compte de la sélection pour l'inscription sur le programme de transplantation.

Il n'est pas étonnant d'observer un vieillissement de la population dialysée. Il s'agit

de la conséquence de données démographiques évidentes, de l'élévation de l'espérance de vie, d'une disponibilité de postes de dialyse dégagés notamment par le développement de la transplantation et de la DPCA, enfin de l'amélioration des techniques de dialyse qui procurent une meilleure tolérance cardiovasculaire à cette thérapeutique. Ce vieillissement de la population dialysée s'observe de façon égale dans tous les pays européens.

L'apport gériatrique à la prise en charge des patients dialysés concerne différents sujets :

– **Évaluation des patients âgés.** Le sujet âgé est un malade fragile, poly-pathologique, polymédicamenté, qui supporte mal l'agression que représente l'hospitalisation qui peut entraîner chez lui des états de confusion, d'agitation, des troubles sphinctériens.

– **Problèmes nutritionnels.** Plus encore que chez l'adulte, l'état nutritionnel des malades âgés est un facteur de pronostic de premier plan. Pour améliorer les chances de survie et la qualité de vie des patients âgés traités par dialyse, il est donc indispensable de se préoccuper de leur situation nutritionnelle et de leurs apports nutritionnels.

– **Complément de compétence avec la gériatrie.** L'utilisation du savoir-faire des secteurs de soins de suite et de réadaptation gériatrique est utile pour les situations qui nécessitent une convalescence, de la rééducation, voire de l'appareillage. Des patients dialysés peuvent être pris en charge dans des unités de moyen séjour pour cette réhabilitation. La

dialyse péritonéale peut y être réalisée sans problème technique avec de bons résultats.

– **Prise en charge de la dépendance et institutions.** Le maintien à domicile d'un patient âgé peut être réalisé tant que ses incapacités (difficultés pour les activités de la vie quotidienne, difficultés pour les déplacements et pour la communication, troubles des fonctions mentales...) sont compensées par des ressources mises à la disposition du malade (ressources humaines de la famille et du voisinage, ressources matérielles, soins et aides à domicile, services bénévoles, services publics...). Lorsqu'il apparaît une perte d'autonomie qui ne peut plus être compensée, on aboutit à une situation d'échec de maintien à domicile qui nécessite de recourir à une institution. Cependant, il est clair que l'état de dépendance de ces malades âgés est une source de difficultés pour les établissements en ce qui concerne les problèmes d'hygiène, d'habillement, de repas, la charge de travail, le seuil de tolérance du personnel et enfin, les frais médicaux. Cela explique de nombreux refus de prises en charge pour les patients dialysés car il existe notamment la crainte que les frais médicaux ne soient trop lourds à supporter pour l'établissement.

– **Soins palliatifs.** La prise en charge de malades âgés confronte obligatoirement au problème des fins de vie et de soins palliatifs. Les fins de vies survenant rapidement par l'évolution des pathologies ne posent pas de problèmes spécifiques. En revanche, on peut être confronté à des fins de vie difficiles avec des traitements de dialyse refusés par le malade ou des problèmes de demandes d'arrêt de traitement par l'équipe soignante. C'est pourquoi il est nécessaire de préciser les contre-indications à la mise en route d'un traitement de suppléance chez le sujet âgé. Cinq critères sont habituellement retenus pour refuser un traitement de sup-

La personne âgée

en dialyse

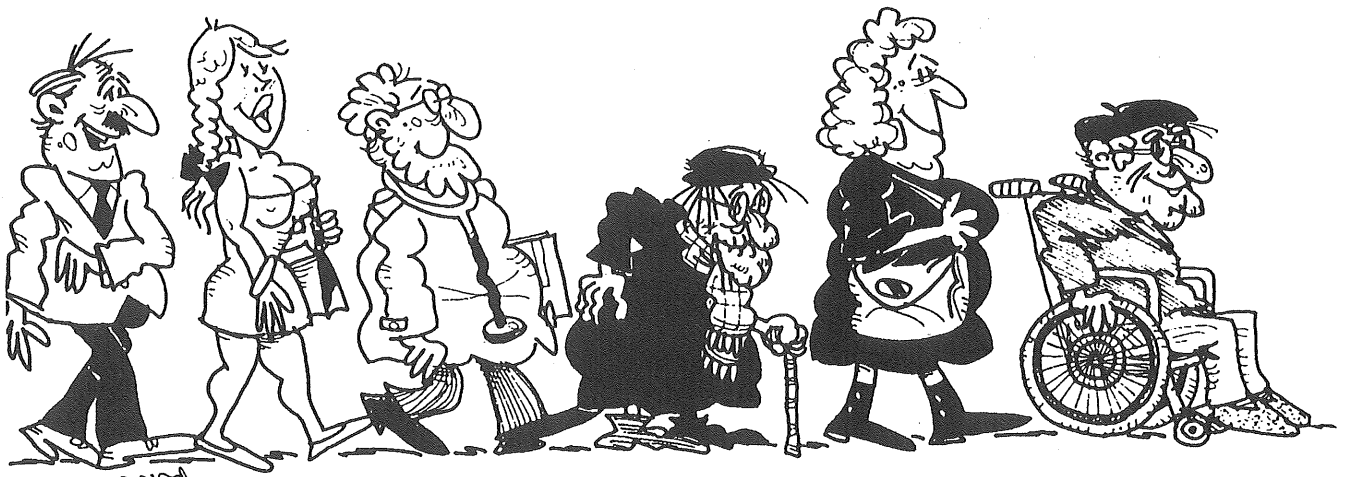
pléance chez le sujet âgé : lorsqu'il existe un état de carcinose disséminée, une maladie hématologique évoluée et réfractaire, une pathologie pulmonaire au stade terminal, des accidents vasculaires cérébraux invalidants ou des encéphalopathies, enfin une démence évoluée non expliquée par une cause réversible. Bien sûr tout est affaire de degré d'évolution. Il faut s'entourer de l'avis du malade, de son entourage, du médecin traitant, mais l'avis néphrologique doit primer. Le but est d'offrir une survie en dialyse qui conserve une dignité.

Il se pose également le problème d'éventuelles contre-indications au maintien de l'épuration extra-rénale chez le sujet âgé.

Les reprises de la fonction rénale sont exceptionnelles (2,4 % de dialysés). Le débat concerne surtout les pathologies associées qui entraînent une perte d'autonomie des fonctions physiques et intellectuelles. Les problèmes neurologiques sont les plus préoccupants. Il faut constater que les situations de demandes d'arrêt de dialyse ne sont pas observées avec une égale fréquence dans tous les pays (17 % aux USA, 14 % au Canada et en Australie, 5 % pour l'Europe-EDTA, 3,2 % pour une enquête française concernant des malades de plus de 80 ans). Les décisions sont souvent difficiles à prendre. Elles doivent être prises au cas par cas. Certains pays s'entourent du conseil de Comités

d'éthique. Dans tous les cas, ces arrêts de dialyse ne doivent pas être considérés comme des gestes d'euthanasie, ils doivent être gérés comme une fin de vie. Pour beaucoup de néphrologues français, ces situations concernent le plus souvent des accompagnements de fin de vie somme toute assez naturels, plutôt que de véritables situations d'arrêt de dialyse.

En conclusion, la dialyse du sujet âgé pose des problèmes importants de décision et de prise en charge thérapeutique, de modalités de traitement, d'évaluation et de correction des états nutritionnels, de réhabilitation pour maintenir l'autonomie, de prise en charge de la dépendance en institution et de fin de vie.



(Illustration tirée de la revue FNAIR, avec l'aimable autorisation de son auteur, D. BOUZOU)