

Dialyse

p é r i t o n é a l e

PRISE EN CHARGE DU SUJET ÂGÉ EN DIALYSE PÉRITONÉALE

R. MILONGO / H. MEFTAH / M. GUERGOUR / T. HACHACHE /

F. KUENTZ / C. MAYNARD / M. FORET

AGDUC, CHU de Grenoble.

INTRODUCTION

Toutes les études démographiques concordent pour affirmer le vieillissement progressif des populations dans les pays industrialisés. En France, on compte au 1^{er} janvier 1995, 15 % de 65 ans et plus pour une population totale de 58 millions d'habitants.

Cette proportion n'a cessé d'augmenter depuis le début du siècle, passant de 8,5 % en 1901 à 12,6 % en 1968, 14,1 % en 1990 pour atteindre 15 % en 1995. La France est donc bien engagée, depuis de nombreuses décennies, dans un processus de vieillissement. En effet, selon les Nations Unies, un pays dont plus de 8 % de la population atteint 65 ans est vieux.

L'amélioration constante d'environ 3 à 4 mois par an de l'espérance de vie (73,8 pour les hommes, 81,9 pour les femmes en 1995), depuis le début du siècle va continuer à entraîner un accroissement de la population malgré un taux de fécondité faible à 1,7 enfant/femme qui reste cependant plus élevé que celui des pays européens voisins.

On estime qu'entre 1990 et 2000 la population française globale augmentera de 3 %. Pendant le même intervalle, l'augmentation des plus de 65 ans sera de 18 % et de 55 % pour les plus de 85 ans. En 1993 on comptait 1,03 million de personnes âgées de 85 ans et plus.

Nous sommes donc dès maintenant amenés à soigner une population de plus en plus âgée.

En ce qui concerne la dialyse en France, les données du registre de l'EDTA confir-

ment bien cette tendance au vieillissement.

L'âge moyen de nouveaux patients pris en dialyse est passé de 59 ans en 1987 à 63 ans en 1992 (4). La part des 75-84 ans parmi les patients en dialyse ne cesse d'augmenter passant de 1,8 % en 1980 à 4,3 % en 1984 et 7,4 % en 1988.

On retrouve la même tendance quand on regarde la part des 75-84 ans parmi les patients pris en charge en dialyse dans l'année : 3,5 % en 1980, 7,7 % en 1984, 12,6 % en 1988 et 15 % en 1993.

Une étude réalisée en 1991 portant sur 18 000 dialysés, a montré que 1 000 (5 %) d'entre eux étaient âgés de plus de 80 ans. Parmi eux 77 % étaient en HD et 21 % en DP (11).

Une enquête personnelle réalisée en 1993 (10) confirme la tendance de ces dernières années à prendre des patients de plus en plus âgés en DPCA. De nombreux centres ont maintenant beaucoup de patients âgés.

Ceci montre la nécessité de bien connaître les caractéristiques du sujet âgé et de la dialyse gériatrique.

CARACTÉRISTIQUES DU SUJET ÂGÉ

Le patient

Le patient âgé est un être aux facultés d'adaptation diminuées de façon importante, ce qui entraîne une mauvaise tolérance à tout changement de son milieu ou de son mode de vie.

Il est donc important d'essayer de traiter chaque fois que cela est possible, le patient âgé insuffisant rénal chronique dans son cadre de vie habituel.

Ses capacités physiques sont également diminuées. Ceci fait de la personne âgée, un patient à très haut risque de dépendance. De nombreuses déficiences (surdité, baisse de l'acuité visuelle, déformation des mains et de l'appareil locomoteur, etc.) participent à cette dépendance.

D'autre part les causes psychologiques et psychiatriques de dépendance augmentent avec le vieillissement.

La dépression est très fréquente chez la personne âgée et se manifeste souvent sous une forme variable : asthénie, douleurs diffuses, anorexie, insomnie, troubles de la mémoire, repli sur soi, perte de l'estime de soi.

La gravité de cette dépression ne doit pas être sous-estimée en raison du risque suicidaire élevé qui lui est lié.

Enfin, il faut souligner la fréquence de la pathologie iatrogène chez le sujet âgé ce qui doit inciter à la plus grande prudence notamment en matière de prescription thérapeutique.

L'entourage

De nombreux facteurs (modifications sociales, mobilité géographique, âge) font que l'isolement des personnes âgées est devenu un phénomène fréquent.

En effet, l'entourage des personnes âgées est souvent restreint, composé de personnes de même âge qui sont souvent elles-mêmes aussi malades et fatiguées.

Quand il y a des enfants, ceux-ci sont généralement déjà âgés et peuvent présenter eux aussi, outre des obligations professionnelles, des problèmes de santé.

Le maintien à domicile ne doit pas faire oublier qu'il faut éviter de surcharger l'entourage par des tâches thérapeutiques qui peuvent paraître trop lourdes à assu-

Dialyse

p é r i t o n é a l e

mer et entraîner un épuisement de l'entourage.

Des aides sont parfois nécessaires pour soulager la famille et assurer les gestes de la vie courante au domicile de la personne âgée (aide ménagère, toilette, nursing, etc.).

PARTICULARITÉ DE LA DIALYSE PÉRITONÉALE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Le cathéter

Il n'y a pas de cathéter particulier pour le sujet âgé. Pour la pose, on privilégiera l'anesthésie locale avec analgésie. Le cathéter sera posé comme d'habitude par voie transrectale mais la voie médiane, bien qu'abandonnée actuellement, peut être utilisée chez les sujets fragiles car elle permet une pose rapide.

La perte d'élasticité du tissu cutané et sous-cutané, la dénutrition souvent présente, font qu'il y a un allongement du temps de cicatrisation du trajet du cathéter.

Pour éviter les fuites de dialysat à l'émergence, il faut parfois compter jusqu'à 3 semaines après la pose avant d'utiliser le cathéter.

Modalités du traitement

Aspects médicaux

Les besoins de dialyse de la personne âgée sont généralement faibles en raison d'une masse musculaire abaissée, d'un métabolisme basal réduit, et d'une fonction rénale résiduelle souvent préservée (grande fréquence des néphropathies interstitielles chroniques et des néphropathies vasculaires chez le sujet âgé).

On peut donc, sous réserve d'obtention d'une dialyse adéquate, utiliser les petites doses de dialyse. Pour cela on peut soit

diminuer le volume des poches, ce qui diminue la distension abdominale et améliore le confort au moment des repas, soit réduire le nombre de poches en laissant le ventre vide notamment la nuit, ce qui réduit les pertes protéiques dans le dialysat.

Un tel protocole de dialyse allégé réduit les contraintes. Mais il ne peut être efficace qu'avec une bonne préservation de la fonction rénale résiduelle. L'utilisation du Lasilix, l'éviction de toutes médications néphrotoxiques et de toute dialyse intempestive avec UF importante aident au maintien d'une bonne diurèse résiduelle.

Il existe des risques de dénutrition chez le patient âgé. La dialyse péritonéale est souvent mise en cause dans la genèse de cette dénutrition en raison de la présence de glucose dans le dialysat, du manque d'appétit qu'elle entraîne et de la perte de protéines dans le dialysat.

En fait, souvent, il existe déjà une dénutrition à la prise en charge.

La dénutrition existe également chez les patients âgés en hémodialyse.

Il faut surtout être vigilant et dépister toute dénutrition débutante. Les causes en sont nombreuses : problèmes dentaires, troubles digestifs chroniques, portage des repas défectueux pour les personnes seules, inconfort lié aux gros volumes intrapéritonéaux de dialysat qui empêchent de manger, dialyse inadéquate, péritonites, etc.

La prévention passe par, la correction des facteurs en cause, une large utilisation de la supplémentation protidique ou l'apport intrapéritonéal des acides aminés.

Aspects sociaux

La DP chez le sujet âgé se caractérise également par la grande fréquence des patients non autonomes par rapport au traitement.

Selon le registre de dialyse péritonéale de langue française, seulement 22 % des patients de plus de 75 ans sont autonomes.

Ce qui montre tout l'intérêt de la participation des infirmières libérales au traitement à domicile.

En effet, depuis mars 93, la participation des infirmières libérales à la technique de DP est reconnue et bien codifiée (AMI 4 par échange), après entente préalable avec les caisses d'assurance maladie.

Le rôle de l'infirmière consiste alors à passer 3 à 4 fois par jour au domicile du patient pour réaliser les changements de poches. Mais elle assure également un contrôle de la bonne prise du traitement médicamenteux et une surveillance médicale globale en signalant rapidement toute apparition de troubles quels qu'ils soient ou toute altération de l'état général.

Elle fait ainsi fonction « d'œil extérieur » pour le centre et ceci sécurise le patient et son entourage.

Pour les infirmières libérales, il est plus approprié de faire appel à un cabinet de groupe, chaque fois que cela est possible, afin d'alléger la contrainte horaire des passages pluriquotidiens.

Le choix du système de DP dépend du degré d'autonomie.

En DPCA, les patients autonomes bénéficient d'un système déconnectable.

Pour les patients non autonomes, on retient les systèmes non déconnectables (système simple, UV ou chaleur). Ils facilitent, par un temps de manipulation plus court, l'intervention d'une personne extérieure.

La DP peut également être réalisée en institution. Elle y rencontre cependant 2 types de difficultés : la complexité de la législation et la sous-médicalisation des établissements qui engendre un surcroît de travail, ce qui conduit souvent au refus.

Les conditions d'admission dans ces établissements sont précisées dans la circulaire 86 H 242 du 22 mai 1986.

Dialyse p é r i t o n é a l e

RÉSULTATS

Morbidité

La morbidité du patient âgé en DP est importante. Elle est dominée par les hospitalisations surtout pour des motifs sociaux et des motifs cardio-vasculaires. Les péritonites ne viennent que loin derrière. Une étude récente sur des patients pris en dialyse à 80 ans ou plus (12) montre que la durée moyenne du premier séjour est significativement plus longue pour les patients pris en charge en urgence par rapport à ceux dont la prise en charge est programmée, quelle que soit la méthode. Par contre, elle ne retrouve pas de différence significative entre l'HD et la DP en terme de durée du premier séjour, de nombre de jours d'hospitalisation ou de nombre de séjours.

Par contre une autre étude (2) a montré que pour des patients de 75 ans et plus, la durée totale d'hospitalisation par an est statistiquement plus grande pour les patients en HD qu'en DPCA. Ceci en raison des hospitalisations pour motif social qui sont plus nombreuses chez le sujet âgé en HD.

Survie

On parle de mortalité précoce quand les décès surviennent moins de 3 mois après la prise en charge en dialyse. Elle est d'autant plus importante que l'âge est élevé à la prise en charge.

Aux USA elle est estimée à 18 % pour les patients pris en charge entre 75 et 80 ans et à 25 % au-delà de 80 ans.

Cette mortalité est la même en HD qu'en DP (2, 12).

La prise en charge en urgence, en milieu de réanimation entraîne une mortalité plus importante (12).

Selon les séries (2, 5, 6, 9), la survie à long terme des patients se situe entre 75 et 70 % à 1 an, 65 et 30 % à 2 ans.

Par manque de randomisation, ces résultats sont difficiles à comparer à ceux de l'hémodialyse. Toutefois, certaines études récentes rapportent des taux de survie identiques chez le patient âgé de 75 ans et plus, aussi bien en hémodialyse qu'en DP. Pour certains, il y aurait même une légère supériorité de la DP surtout avec l'augmentation de l'âge au moment de la prise en charge (2).

Dans toutes les séries, les causes des décès sont majoritairement cardio-vasculaires (54 à 67 % des décès). La personne âgée en DP meurt essentiellement des pathologies pré-existantes à l'épuration extra-rénale (2, 5, 6, 9).

La survie de la technique se situe entre 68 et 64 % à 1 an, et 53-41 % à 2 ans.

Elle est un peu plus faible que celle notée en hémodialyse mais la différence tend à s'atténuer quand l'âge au moment de la prise en charge du patient augmente.

Les causes de sortie de la technique sont diverses et sont généralement les mêmes que celles qu'on rencontre chez des patients moins âgés.

Il faut toutefois noter une plus grande part de sorties pour intolérance psychologique et/ou pour défaillance sociale.

CONCLUSION

La dialyse péritonéale permet de traiter de façon satisfaisante les sujets âgés insuffisants rénaux chroniques. Les résultats, en terme de morbidité et de mortalité, sont équivalents à ceux obtenus en hémodialyse. Il faut être particulièrement vigilant pour dépister toute dénutrition et la prévenir au moindre doute par l'utilisation de petits moyens, des suppléments protidiques, ou des acides aminés en administration intrapéritonéale.

Grâce à l'apport des infirmières libérales, la DP permet le maintien et le traitement à domicile, ou son substitut. Ce qui, en laissant la personne âgée dans son milieu

de vie habituel, est bénéfique sur le plan psychologique, et donc, sur sa qualité de vie.

Il ne faut cependant pas perdre de vue les nombreuses questions d'ordre éthique que pose la dialyse du sujet âgé. Celles-ci concernent aussi bien la prise en charge (peut-on récuser certains patients ? et sur quels critères ?) que l'arrêt d'un traitement déjà institué (peut-on arrêter un traitement ? à quel moment ? comment ?). En aucun cas des arguments purement économiques et non médicaux ne doivent peser sur les choix à faire.

Références bibliographiques

- (1) Bénévnt D., Issad B., Lavaud S., Dubot P., Aguilera D., Milongo R., Durand P.Y., Gary J., *Dialyse péritonéale chez les patients de plus de 75 ans : étude multicentrique française sur 213 cas*. Bull. Dial. Périt. 1996 ; 5 : 68-72.
- (2) Bénévnt D., Laraqui A., N'Gohou C., Desachy A., Lagarde C., Leroux-Robert C., *Vingt ans de dialyse gériatrique*. Bull. Dial. Périt. 1993 ; 3 : 37-43.
- (3) Bénévnt D., Charmes J.P., Le Meur Y., Lagarde C., Leroux-Robert C., *Dialyse péritonéale chez les personnes âgées de plus de 75 ans*. Néphrologie 1995 ; 16 : 105-109.
- (4) European Dialysis and Transplantation Association, *Annual report of management of Renal failure in Europe XXIV 1993*. XXXI Congress EDTA ERA Vienne 1994.
- (5) Faller B., Bénévnt D., *Dialyse péritonéale ambulatoire chez les patients âgés de plus de 75 ans*. Néphrologie 1990 ; 11 : 325-329.
- (6) Issad B., Allouache M., Baumelou A., Rottembourg J., Jacobs C., *Sujets âgés de plus de 70 ans et DPCA : facteurs de risques et causes de sortie*. Bull. Dial. Périt. 1993 ; 3 : S11.
- (7) Jacobs C., Selwood N.H., *Évolution démographique et méthodes de traitement de l'urémie chronique au stade terminal chez les sujets de plus de 65 ans en France au*

Dialyse

p é r i t o n é a l e

cours des années 1980. Néphrologie 1990 ; 11 : 317-318.

(8) Martins F., *Étude de 122 épisodes de soins chez des personnes âgées de 95 ans et plus hospitalisées au pavillon Chissé du CHU de Grenoble sur une période de 4 ans.* Thèse médecine Grenoble 1996.

(9) Michel C., Albert C., Viron B., Mignon F., *La dialyse péritonéale a-t-elle sa place dans le traitement de l'urémie terminale chez les*

sujets âgés ? Néphrologie 1990 ; 11 : 331,335.

(10) Milongo R., Meftahi H., Forêt M., Hachache T., Kuentz F., *Quels sont les pré-requis à la mise en place d'un traitement par dialyse péritonéale ?* Néphrologie 1995 ; 16 : 141-144.

(11) Ryckelynck J. Ph., Verger C., Jacobs C., Baumelou A., Reach I., *Aspects médicaux et sociaux du traitement de l'urémie chro-*

nique au stade terminal chez les patients âgés de plus de 80 ans. Étude multicentrique nationale. Séminaire d'Uro-Néphrologie de la Pitié Salpêtrière 1992 ; 18 : 16-27.

(12) Sturm J.M., *La dialyse après 80 ans : expérience grenobloise, facteurs pronostiques à la prise en charge.* Mémoire DFS de néphrologie, Octobre 1996.



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