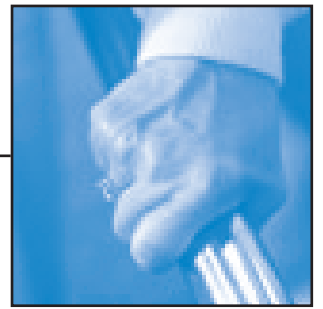


Démence, dialyse des personnes âgées et problèmes éthiques

Docteur Jean-Pierre CHARMES - T. DANTOINE - L. BERNARD-BOURZEIX - D. BÉNÉVENT
M. RINCÉ - C. LEROUX-ROBERT - Limoges



DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Les malades âgés qui étaient exclus de la dialyse à son début, représentent actuellement le groupe de patients dont le nombre augmente le plus vite. En 1977, 9% des patients dialysés avaient plus de 65 ans. En 1992, 38 % des patients dialysés avaient plus de 65 ans et la proportion de sujets dialysés de plus de 80 ans ne cesse de croître (14). Cette tendance devrait se poursuivre. En effet, il semble que l'insuffisance rénale soit mal prise en charge après 70 ans. A l'opposé des autres pathologies où l'accès aux soins semble excellent pour les personnes âgées, l'insuffisance rénale non terminale (en France, prévalence de 100 000 cas après 70 ans, 57 000 cas après 75 ans) ne serait prise en charge que chez 58 % des patients de plus de 70 ans et 48 % des patients de plus de 75 ans (13). Cela est difficile à comprendre maintenant que cette affection est bien connue, que les traitements de dialyse sont généralisés dans toutes les régions, et qu'il apparaît légitime de proposer facilement la dialyse lorsque cela est nécessaire.

Le vieillissement de la population dialysée a été la conséquence des données démographiques avec l'élévation de l'espérance de vie (une femme de 60 ans a une espérance de vie de 25 ans, un homme de 60 ans a une espérance de vie de 20 ans, une femme de 85 ans a une espérance de vie de 6,4 ans et un homme de 85 ans a une espérance de vie de 5,3 ans), de la disponibilité de postes de dialyse (conséquences de politiques de transplantation et d'autodialyse), du développement de la dialyse péritonéale et de l'amélioration générale des techniques de dialyse permettant une meilleure tolérance hémodynamique.

En France, plus de 25 000 patients sont traités par dialyse chronique. Cette population dialysée augmente régulièrement d'environ 6 % par an. Cette augmentation de la prévalence est liée aux bons résultats de la dialyse, au nombre insuffisant de transplantations effectuées et à l'augmentation du nombre de

sujets âgés dialysés. En dix ans, l'incidence annuelle des nouveaux patients dialysés âgés de plus de 75 ans a été multipliée par 4. Les contre-indications à la mise en route d'un traitement par une méthode d'épuration extrarénale sont rares, mais plus fréquemment rencontrées chez les personnes âgées. De façon schématique, on a l'habitude de retenir 5 grandes situations de maladies graves responsables d'altération majeure de l'état général, non liée à l'insuffisance rénale, qui rendent le pronostic très défavorable et qui sont retenues comme contre-indiquant la dialyse (14). Il s'agit des états de carcinoses disséminées, de maladies hématologiques réfractaires, de pathologies pulmonaires au stade terminal, d'accidents vasculaires cérébraux invalidants ou d'encéphalopathies, et enfin de démences évoluées non expliquées par l'insuffisance rénale chronique ou par une autre cause réversible. La prise de décision n'est pas toujours facile. Il est souvent proposé de mener une politique libérale pour accepter les patients en dialyse, tout en restant prêt à arrêter la dialyse lorsque les inconvénients du traitement dépassent les avantages (5). Mais l'âge n'est plus un critère d'exclusion.

Les patients dialysés sont actuellement largement recrutés dans le groupe des personnes âgées. Or, il s'avère que la pathologie démentielle augmente avec l'âge (entre 30 et 50 % des personnes de plus de 80 ans) (12). La maladie d'Alzheimer (et les syndromes apparentés) représente la plus large part de ces démences (en France, elle toucherait plus de 300 000 personnes). Une fois sur deux, elle serait responsable d'un état de dépendance (2). Le vieillissement de la population permet de prévoir une aggravation de la situation. Aussi, il apparaît comme fondamental d'agir sur les facteurs de risque pour retarder le début de la maladie et de faire des diagnostics précoces (10, 11) d'une part pour mettre en place des thérapeutiques permettant de retarder le début de l'évolution de la maladie (3), d'autre part pour apporter une amélioration à la qualité de vie de ces patients et de leur entourage, et en troisième lieu pour influencer sur le coût de la santé (7).

PRÉVALENCE DE LA DÉMENCE CHEZ LE SUJET ÂGÉ DIALYSÉ

La littérature ne permet pas aujourd'hui de répondre à la question de la fréquence des démences chez le sujet âgé dialysé. Historiquement, face aux problèmes de démence chez les patients insuffisants rénaux chroniques, les néphrologues ont été confrontés à trois périodes.

La première période se situe avant le développement des techniques de dialyse. Le syndrome démentiel d'origine multifactorielle (rôle de l'urémie, de l'hyperparathyroïdie, des médicaments,...) pouvait accompagner un état d'encéphalopathie urémique. Le développement des méthodes de dialyse a entraîné la disparition de ces syndromes.

Une deuxième période nous a confronté à des syndromes démentiels au cours de l'encéphalopathie des dialysés, de survenue sporadique ou épidémique, pour laquelle le rôle de l'aluminium a été largement démontré. L'amélioration du traitement de l'eau utilisée pour la fabrication du dialysat et l'arrêt de l'usage des gels d'alumine pour chélater le phosphore a entraîné la disparition de cette pathologie.

Nous vivons actuellement une troisième période où les néphrologues qui prennent en charge le suivi des patients dialysés sont confrontés à des démences véritables qui peuvent conduire à des situations d'arrêt de dialyse chez les personnes âgées (6). L'arrêt de dialyse représente la deuxième cause des décès de malades dialysés au Canada (8), la troisième cause aux USA (6). Dans l'expérience de notre équipe, au cours des trois dernières années, les arrêts de dialyse ont représenté 10 % des causes de décès. Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature précisant la proportion des patients déments dans la population des dialysés et en particulier dans la population âgée.

FRÉQUENCE DE LA DÉMENCE DANS UNE POPULATION DIALYSÉE. RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE SYSTÉMATIQUE DE LA DÉMENCE DANS UNE POPULATION DIALYSÉE.

Les deux tiers environ de la population dialysée dans notre hôpital ayant plus de 65 ans, nous avons été confrontés au problème d'arrêt de dialyse pour démence. C'est la raison pour laquelle nous avons essayé de préciser quelle était la fréquence des démences dans cette population par une étude systématique. Cette étude s'est appuyée sur les critères diagnostics de démence : DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), NINCDS/ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association), NINDS/AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke/Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences).

L'étude a porté sur 70 patients traités par hémodialyse et chez 25 patients traités par dialyse péritonéale. Les résultats détaillés de cette étude sont en cours de publication. En résumé, il apparaît que 20 patients traités par hémodialyse avaient des tests de dépistage de troubles cognitifs pathologiques (test de mémoire indicée et/ou test de la montre, et/ou test IADL et/ou test MMS). Les résultats du test MMS indiquent une baisse significative des performances avec l'âge, que 12 patients ont des valeurs de test MMS pathologiques, et qu'ils appartiennent tous à la population âgée (Fig. 1). L'évaluation neuropsychologique des

étiologique de la démence a ensuite été conduite, permettant de porter le diagnostic de démence vasculaire pour un patient, de démence dégénérative pour 3 patients, l'exploration n'avait malheureusement pas pu être complète pour 3 autres patients qui ont refusé une partie des investigations (tableau 1). En ce qui concerne les malades traités par dialyse péritonéale, 12 sur 25 ont eu des tests de dépistage pathologiques. L'évaluation était normale dans deux cas, a abouti à confirmer un diagnostic de démence dans deux cas, et a porté le diagnostic de "mild cognitive impairment" dans 3 cas. Dans 5 Cas, nous nous sommes heurtés à un refus des patients de poursuivre les investigations ou à une impossibilité technique. Les deux patients déments avaient une démence d'origine vasculaire (tableau 1).

Bien sûr, ces résultats doivent être interprétés avec précaution puisqu'ils concernent des effectifs réduits, qu'il existe un biais de recrutement entre les deux méthodes de dialyse, et qu'un certain nombre d'explorations n'ont pu être complètes. Il faut remarquer que tous les patients souffrant de démence avaient plus de 60 ans. Il a été retrouvé parmi les facteurs favorisant l'âge élevé, des antécédents d'HTA ou de pathologie athéromateuse. Le niveau d'éducation ne semblait pas intervenir. Il faut noter la grande fréquence de prise de psychotropes.

L'EXPLORATION DE L'ÉTAT COGNITIF DES PATIENTS DIALYSÉS ÂGÉS PARAÎT INDISPENSABLE.

Il est trop facile de rapporter des troubles cognitifs au grand âge ou à une altération de l'état général. La fréquence de la pathologie dementielle chez les personnes âgées nécessite qu'un diagnostic soit porté. Nous proposons que devant l'apparition de signes évocateurs (troubles amnésiques et/ou troubles du comportement même très discrets), en particulier chez les sujets les plus âgés (âge supérieur à 65 ans), un dépistage des troubles cognitifs soit proposé systématiquement.

Nous avons l'habitude de réaliser en dépistage précoce trois tests : le score de mémoire indicée, le test de l'horloge, le test d'activité instrumentale de la vie courante (IADL). Si un de ces trois tests est pathologique nous faisons systématiquement le minimal-state de Folstein (MMS). Ces tests peuvent facilement être réalisés à l'occasion d'une consultation. S'ils sont normaux, il n'est pas nécessaire de pousser plus avant les inves-

DEMENCE DU DIALYSE		
	Hémodialyse	Dialyse Péritonéale
Nombre de patients étudiés	70	25
Dépistage pathologique	20	12
Exploration normale	5	2
"Mild cognitive impairment"	3	3
Nombre de patients déments	7	2
- démence dégénérative	3	0
- démence vasculaire	1	2
- exploration incomplète	3	0
Refus ou impossibilité technique de poursuivre les explorations	5	5

Tableau 1 : Evaluation des troubles Cognitifs présentés par deux groupes de patients insuffisants rénaux chroniques traités par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

tigations. En revanche s'ils sont pathologiques, nous proposons de mettre en route les moyens de diagnostic précoce, en utilisant l'aide des centres experts gériatriques ou neurologiques, qui lanceront une enquête systématique, clinique, biologique et tomodensitométrie cérébrale. Cette enquête permet de rechercher une étiologie aux démences secondaires qui peuvent être en rapport avec des pathologies thyroïdiennes, une hydrocéphalie à pression normale, des tumeurs cérébrales, des troubles métaboliques... qui méritent une prise en charge thérapeutique spécifique, et d'identifier les différentes démences primitives (démence dégénérative de type Alzheimer, démence à corps de Lewy, démence mixte, démence vasculaire, démence fronto-temporale).

Aucun test ne permet d'affirmer le diagnostic de maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'un diagnostic de probabilité. Mais ce diagnostic, qui est le plus fréquemment rencontré, permettra au médecin et à la famille, de comprendre et donc de mieux gérer les manifestations et les troubles du malade et de développer en complément du traitement médicamenteux une prise en charge globale et active (vie quotidienne, stimulation cognitive, aménagement de l'habitation), un réseau de soutien (aides au maintien au domicile, aides administratives et financières, éventuellement protection des biens et du malade).

Sur le plan thérapeutique le traitement comprend dans tous les cas le plus tôt possible le contrôle des facteurs de risque vasculaire et pour les situations de démence dégénérative de type Alzheimer, les démences mixtes, et les démences à corps de Lewy, la prescription d'un traitement anticholinestérasique (donépézil, rivastigmine, galantamine) qui ont fait la preuve de leur intérêt. Ces médicaments améliorent la fonction cognitive ou retardent son déclin et améliorent les scores d'activité de la vie quotidienne. A défaut de bloquer le processus de la mort neuronale, ils permettent d'en ralentir les manifestations. Des travaux réalisés dans le domaine des facteurs protecteurs ou de risque de la maladie d'Alzheimer,

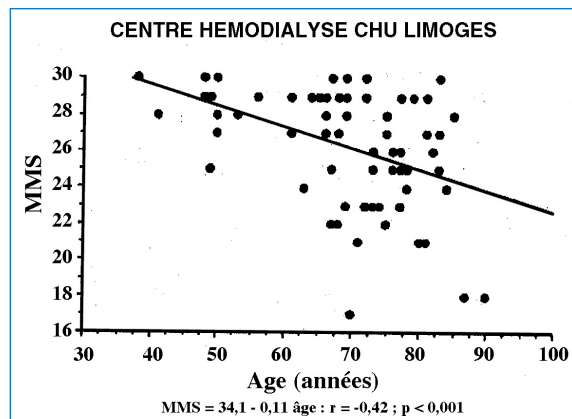


Figure 1 : Résultats du test MMS en fonction de l'âge dans un groupe de patients insuffisants rénaux chroniques traités par hémodialyse.

fonctions cognitives de ces patients a montré une exploration normale pour 5 d'entre eux, une confirmation de démence pour 7 d'entre eux, et un diagnostic de "mild cognitive impairment" pour 3 d'entre eux. Pour deux malades nous avons été confrontés à un refus ou à une impossibilité technique de poursuivre les investigations, et un malade est décédé avant la fin des explorations. Une recherche

ont impliqué le rôle de l'inflammation, du stress oxydatif, des oestrogènes, des facteurs nutritionnels. Pour l'instant les possibilités thérapeutiques ouvertes par ces voies de recherche n'aboutissent en pratique qu'à proposer la correction des états de carence en vitamine B ou folates, lorsqu'ils existent et à proposer l'utilisation d'antioxydants comme la vitamine E, en particulier au stade précoce de la maladie et notamment au stade du "mild cognitive impairment".

PROBLÈMES ÉTHIQUES

Le but initial de la dialyse est de prolonger la vie. Les résultats montrent que ce traitement permet une bonne survie même pour les tranches d'âge élevées. Confrontés au problème de la démence, on se pose une double question. A-t-on eu raison de dialyser ce patient ? Faut-il poursuivre ce traitement de dialyse ?

Un diagnostic précoce aurait-il modifié la décision de dialyser un patient ? Certes, à un stade évolué de démence, nous nous trouvons dans ces critères de contre-indication de dialyse. Mais à un stade plus précoce de démence, ces patients, même avec des troubles mnésiques et de comportement notables, conservent une vie de relation différente de la vie normale mais dont la valeur est bien reconnue. A ces stades, et plus encore aux stades initiaux, il n'y a pas de raison de refuser la dialyse. Mais il nous paraît indispensable d'évaluer l'état cognitif de tout patient âgé (au même titre que d'autres critères de l'évaluation gériatrique comme l'autonomie et l'état nutritionnel), pour disposer du diagnostic le plus tôt possible ce qui permettra à l'entourage de comprendre et d'assumer l'évolution, d'organiser l'habitat et la vie quotidienne, de mettre en place en temps utile un réseau de soutien (aides à domicile, aides administratives et financières, protection des biens et du malade), au médecin de prescrire les traitements anticholinestérasiques spécifiques pour ralentir l'évolution de la maladie et aux malades de bénéficier de la prolongation d'une situation clinique peu dégradée.

En dialyse, lorsque la démence s'aggrave, le problème est d'une autre nature et le débat éthique confronté à des questions touchant le malade, les soignants et la santé publique. On s'accorde à penser que les traitements pour préserver la vie n'ont de valeur que s'ils maintiennent une potentialité de relation humaine et de dignité. En l'absence de ces conditions, on aboutit très vite à une lassitude des soignants et du médecin. La relation médecin-malade est régie sur un mode très contractuel aux USA par exemple, au point qu'il est prévu à l'entrée en hospitalisation une expression des désirs pour le cas d'une incapacité à prendre des décisions ("living will" ou désignation d'un suppléant) (9). En France, comme dans la plupart des pays latins, la conception de ces relations est beaucoup plus paternaliste et les

modes de décisions pour les situations cliniques difficiles ne sont pas formalisés. Enfin, ces débats se situent dans un contexte où la dialyse et la transplantation représentent en France un enjeu majeur de santé publique (2% du budget de l'Assurance Maladie pour 25 000 dialysés et 10 000 transplantés). La prise en compte de ces différents paramètres, l'intérêt du malade, l'intérêt de la famille, la lassitude des soignants, la dignité du malade, peuvent conduire dans la situation de démence très évoluée à proposer l'arrêt de dialyse. Après avoir consulté le malade, ses proches, les soignants, c'est toujours au médecin de prendre cette décision.

La néphrologie est une médecine de haute technicité, mais les néphrologues ne doivent pas considérer comme un échec l'éventualité d'une absence de traitement ou d'arrêt de traitement. Très différents des situations cliniques de routine, les processus de prise de position en fin de vie représentent une intensité sociale et psychologique très forte et doivent s'intégrer dans une politique de prévision des problèmes à venir et de soins palliatifs de qualité (1).

CONCLUSION

On sait que l'incidence de la pathologie démentielle augmente avec l'âge et que la maladie d'Alzheimer représente la plus large part de ces démences. Pour des raisons démographiques et épidémiologiques, on constate actuellement un vieillissement de la population dialysée. Il n'est donc pas étonnant d'observer dans la population de patients dialysés, des démences, qui sur une enquête restreinte à notre centre semblent toucher entre 15 à 20 % de la population hémodialysée et 25 à 40 % de la population en dialyse péritonéale qui est plus âgée. Cela paraît concordant avec les données de la population générale.

Cette situation intervenant dans un domaine où il est nécessaire de disposer d'une coopération parfaitement consentie par le patient, il apparaît indispensable d'établir le diagnostic éventuel de démence le plus tôt possible pour faire bénéficier le patient des avantages de la thérapeutique et de la prise en charge, et de gérer les stades évolués avec troubles du comportement dans une politique de soins palliatifs de qualité.

Docteur Jean-Pierre CHARMES
T. DANTOINE
Département de Gériologie clinique
CHU Limoges

L. BERNARD-BOURZEIX
D. BÉNÉVENT
C. LEROUX-ROBERT
ALURAD Limoges

M. RINCÉ
Service de Néphrologie
CHU Limoges

BIBLIOGRAPHIE

1. Andrews PA. : palliative care for patients with terminal renal failure. *Lancet*, 1995, 346, 506-507.
2. Barberger-Gateau P., Rouch I., Letenneur L.: Paquid : 10 ans déjà...Synthèse des derniers resultants. *Rev Gériatrie*, 2000, 25, 443-451.
3. Doody RS., Stevens JC., Beck C., Dubinsky RM., Kaye JA., Gwyther L. et al.: Practice parameter : management of dementia (on evidence-based review). *Neurology*, 2001, 56, 1154-1166.
4. Lowance DC. : Ethical and social issues in nephrology. Factors and guidelines to be considered in offering treatment to patients with end-stage renal and disease : a personal opinion. *Am. J. Kidney Dis.*, 1993, 21, 679-683
5. Moss AH., Rettig RA., Cassel CK. : A proposal for guidelines for patient acceptance to and withdrawal from dialysis : a follow-up to the IOM report. *ANNA J.* 1993, 20, 557-617.
6. Moss AH. : Dialysis decisions and the elderly. *Clin. Geriat. Med.*, 1994, 10, 463-473.
7. Nourhashémi F., Ousset PJ., Guyonnet S., Andrieu S., Rolland Y., Adoue D., Vellas B., Albarède JL. : Maladie d'Alzheimer : de la pathogénèse vers des mesures préventives ? *Rev. Méd. Interne*, 2000, 21, 524-534.
8. Oreopoulos DG. : Withdrawal from dialysis : when letting die is better than helping to live. *Lancet*, 1995, 346, 3-4.
9. Patte J., Wauters JP., Mignon F., Réflexions à propos de l'arrêt des traitements par dialyse. *Néphrologie*, 1994, 15, 7-11.
10. Petersen RC., Stevens JC., Gangali M., Tangalos EG., Cummings JL., De Kosky ST. : Practice parameter : Early detection of dementia : Mild cognitive impairment (on evidence-based review). *Neurology*, 2001, 56, 1133-1142.
11. Petit H., Bakchine S., Dubois B., Laurent B., Montagne B., Touchon J. et al. : Convergences d'un groupe pluridisciplinaire d'experts français sur les modalités du diagnostic et du traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer au stade démentiel. *Rev. Neurol. (Paris)*, 1998, 154, 432-438.
12. Skoog I., Marcusson J., Blennow K. : it's getting better all the time. *Lancet*, 1998, 352, (suppl IV), 4.
13. Société de Néphrologie, SANESCO, Société Francophone de Dialyse : IRC 2000 : Livre blanc de la Néphrologie. *Néphrologie*, 1996, 17, 103 p.
14. Valderrabano F., Jones EHP., Mallick NP. : Report on management of renal failure in Europe XXIV, 1993, *Nephrol. Dial. Transplant*, 1995, 10 (suppl 5), 1-25.