

L'insuffisance rénale chronique du sujet âgé

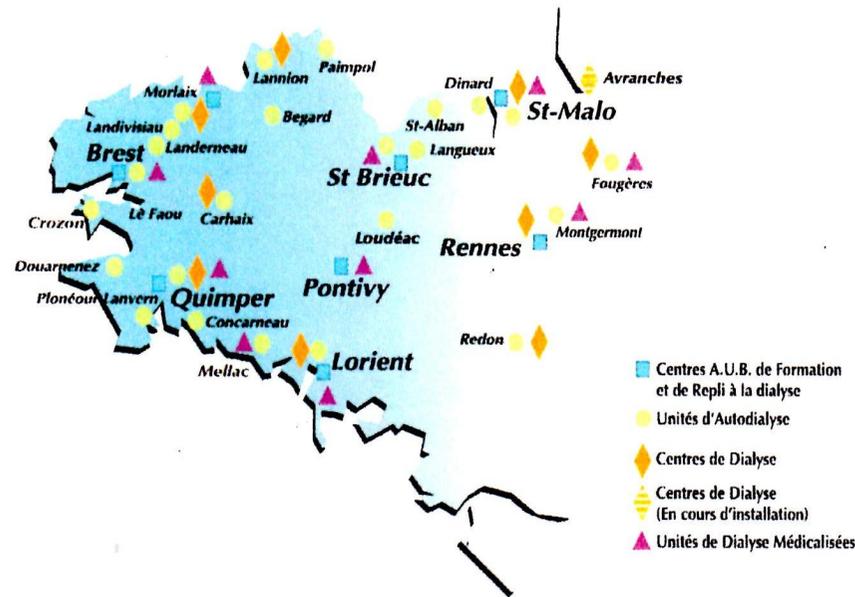
S.Genestier, 13/12/2012

AUB-Santé: présentation

- Établissement de santé privé à but non lucratif créé en 1971
- Domaines d'activité:
 - Insuffisance rénale chronique +++
 - HAD
 - Nutrition
- Siège social: 1 bd de la Boutière, St Grégoire

AUB-Santé: IRC

- 7 secteurs



- Activité de prévention, d'éducation, de suivi et de traitement (hémodialyse et dialyse péritonéale)
- Complémentarité avec des établissements de santé de la région (service de Néphrologie-Pontchaillou, Clinique Saint-Laurent, Hôpitaux de Fougères et de Redon)

Plan

- Physiologie rénale et vieillissement
- Principales maladies rénales du sujet âgé
- Evaluation de la fonction rénale
- Quand adresser au néphrologue?
- Objectifs de la prise en charge néphrologique
- Les traitements de suppléance de la fonction rénale (hémodialyse, dialyse péritonéale)
- Place du traitement conservateur

Physiologie rénale et vieillissement

- Modifications macro et microscopiques
 - ↓ de la taille des reins (0,5 cm/10 ans après 40 ans)
 - ↓ du nb de glomérules fonctionnels de 10% après 70 ans
 - Hypertrophie glomérulaire puis glomérulosclérose progressive
- Modifications de la filtration glomérulaire
 - ↓ du DFG de 0,75 ml/min/an à partir de 30 ans
 - chez la plupart des + de 80 ans, le DFG est < à 60 ml/min :
le patient âgé doit être considéré comme un véritable insuffisant rénal

Physiologie rénale et vieillissement

- Limitation des capacités d'adaptation aux variations aiguës et modifications possibles des principaux bilans:
 - Tendances à la perte de sodium et réponse rénale insuffisante et retardée aux modifications des apports de sodium (déshydratation en cas de réduction rapide)
 - Altérations des fonctions de concentration et de dilution des urines avec risque d'hyper ou d'hyponatrémie en cas de variations des apports hydriques ou de traitement médicamenteux (diurétiques, psychotropes)
 - Anomalies du transport tubulaire du potassium (risque d'hyperkaliémie surtout si diurétique épargneur du potassium, antagoniste du SRA, AINS et autres) et du phosphate (hyperphosphaturie)
 - Modifications de la balance calcique (défaut d'absorption digestive par carence en vitamine D)

Répartition des néphropathies conduisant à l'IRCT chez le sujet de 75 ans et plus

Maladie rénale initiale	%
- Diabète	37,3
- Vasculaire	35,4
- Glomérulonéphrites	8,8
- Néphropathies interstitielles	4,4
- Néphropathies héréditaires	1,6
- Tumeurs rénales	4,5
- Inconnue	13,7

Source: AJKD, 1999

Néphropathies vasculaires

- Présentation sémiologique:
 - HTA au 1^{er} plan (contexte d'athérome)
 - Syndrome urinaire pauvre ou absent
 - Insuffisance rénale souvent sévère parfois rapidement progressive
 - Imagerie artérielle ++ (écho-doppler, angio-IRM, angio-scanner)
- Diagnostic étiologique:
 - Sténose des artères rénales: HTA réfractaire, OAP à répétition, aggravation de l'IRC (\uparrow créat $>$ 30%) sous IEC/sartans, kaliémie basse, petit rein unilatéral à l'échographie, place de l'angioplastie (étude ASTRAL)
 - Néphroangiosclérose: diagnostic porté en excès, contexte d'HTA ancienne avec atteinte des autres organes cibles (cœur, rétine), IRC lentement progressive, protéinurie absente ou faible, atrophie rénale bilatérale et symétrique à l'échographie
 - Embols de cristaux de cholestérol: post investigation artérielle invasive ou mise en route d'un traitement anticoagulant, forme aigüe avec IR brutale ou insidieuse avec évolution lente, parfois associés à d'autres localisations (cutanées, rétiniennes, gastro-intestinales), signes biologiques extra-rénaux (éosinophilie, baisse du complément, syndrome inflammatoire)

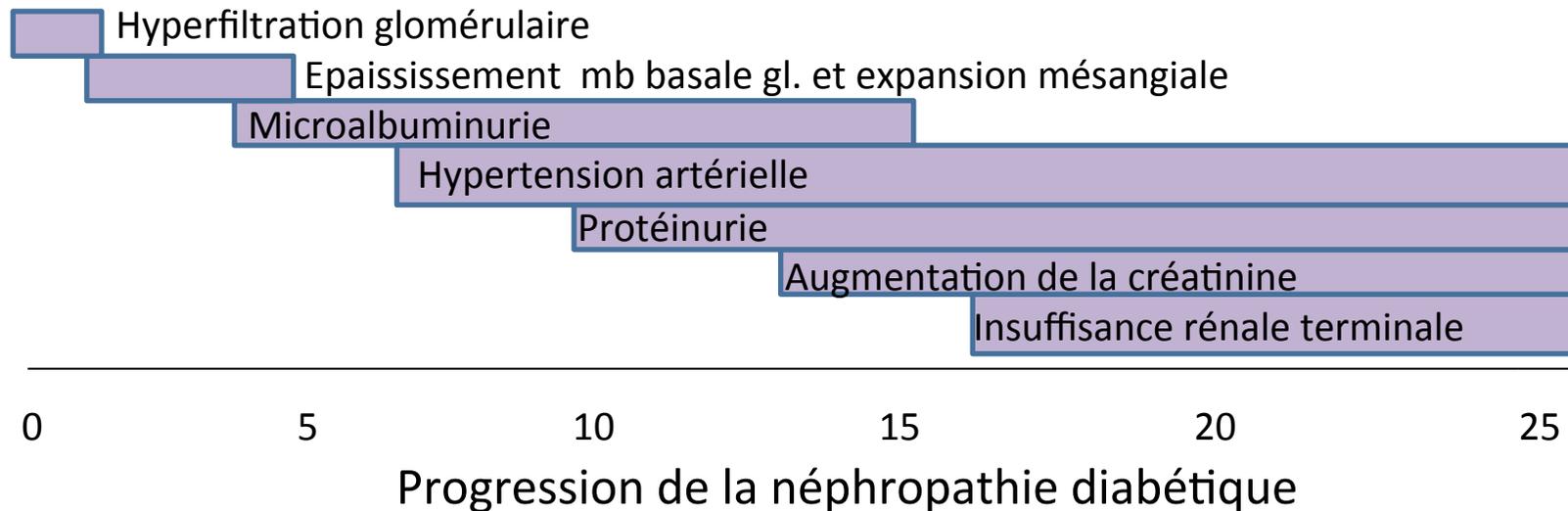
Néphropathies interstitielles du sujet âgé

- Présentation sémiologique:
 - Syndrome urinaire modéré (leucocyturie)
 - HTA inconstante, généralement tardive
 - Insuffisance rénale d'évolution lente
 - Imagerie rénale
- Diagnostic étiologique:
 - L'obstacle: soit prostatique, soit néoplasique, recherche systématique car la levée de l'obstacle permet la récupération ou la stabilisation de l'insuffisance rénale
 - Le myélome :
 - insuffisance rénale généralement progressive avec protéinurie non détectée à la bandelette, pic monoclonal sanguin et urinaire, signes médullaires et osseux de la dysglobulinémie
 - Insuffisance rénale aigüe déclenchée par: hypercalcémie, déshydratation, injection de produits de contraste iodés, médicaments néphrotoxiques (AINS)
 - La toxicité médicamenteuse (analgésiques, AINS, lithium)

Néphropathies glomérulaires du sujet âgé

- Présentation sémiologique:
 - Protéinurie au 1^{er} plan (voire syndrome néphrotique) parfois associée à une hématurie
 - Oedèmes, HTA
 - Insuffisance rénale de progression variable
 - PBR ++
- Diagnostic étiologique:
 - Glomérulonéphrites primitives:
 - Essentiellement GN extramembraneuse (idiopathique ou associée à un cancer)
 - Autres: Lésions glomérulaires minimes (LGM) et Hyalinose segmentaire et focale (HSF)
 - Glomérulonéphrites secondaires: diabète, Wegener et autres vascularites, collagénoses

Néphropathie diabétique (type 2)

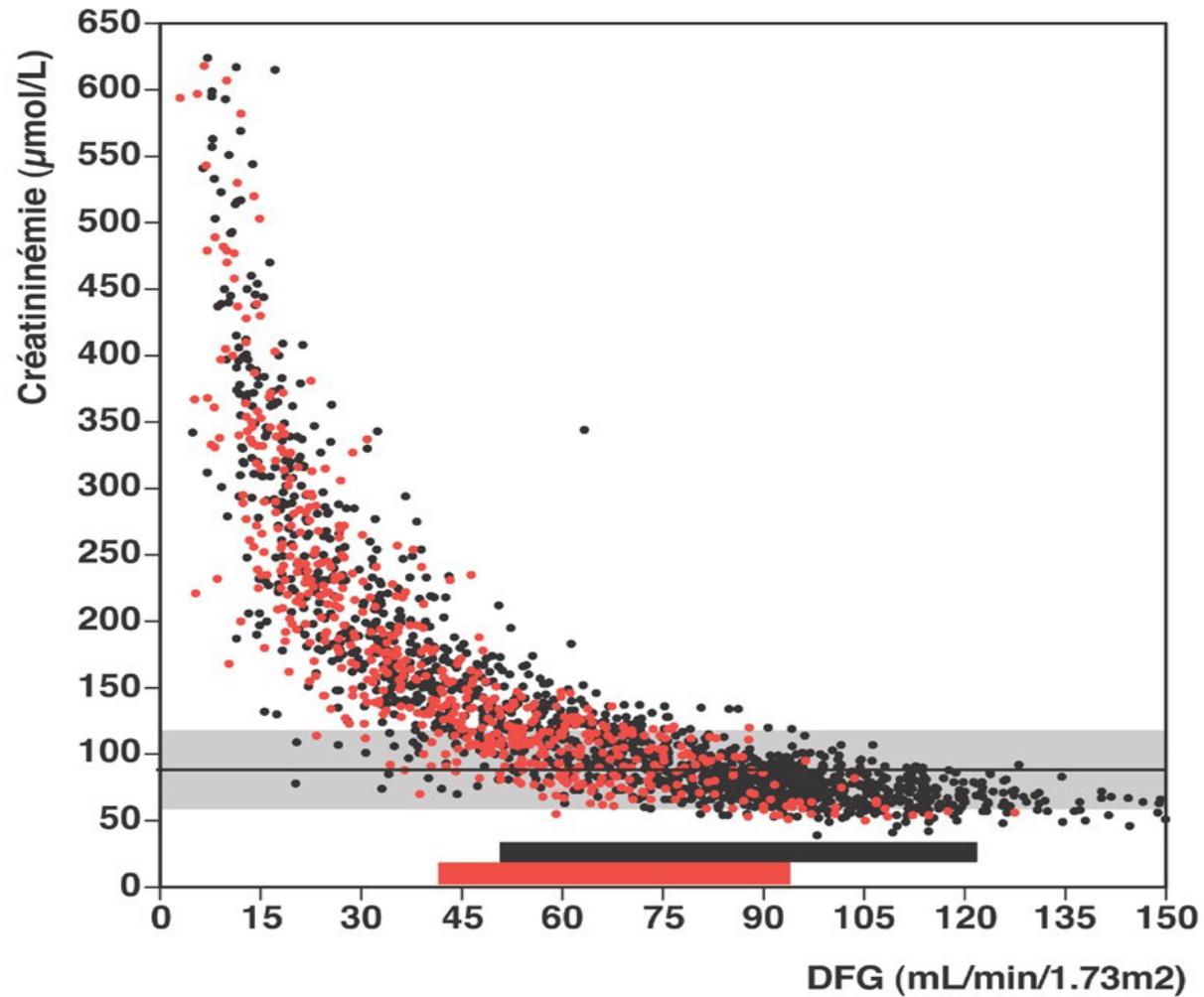


- Risque de survenue d'une atteinte rénale: 30%
- Néphropathie souvent mixte (vasculaire + diabétique)
- Association rétinopathie diabétique-néphropathie diabétique
- Traitement: équilibre glycémique, tensionnel, place des ARA2 en association avec diurétique, restriction sodée modérée, statines, arrêt tabac

Relation créatinine sanguine et DFG

< 65 ans

≥ 65 ans



La clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft et Gault

- Estimation de la clairance de la créatinine à partir de la créatininémie, de l'âge, du poids et du sexe:

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{\text{créatininémie (umol/l)}} \quad \times \begin{matrix} 1,25 \text{ pour l'homme} \\ (1,04 \text{ pour la femme}) \end{matrix}$$

- Limites:
 - Sur-estime la fonction rénale du sujet obèse
 - Sur-estime la fonction rénale du sujet jeune ayant une diminution du DFG
 - Sous-estime la fonction rénale du sujet âgé

Le débit de filtration glomérulaire (DFG) estimé par la formule de MDRD

- $DFG = 186 \times (\text{créat})^{-1,154} \times (\text{âge})^{-0,203} \times 0,742(\text{F}) \times 1,210(\text{Afroam.})$
- Avantages:
 - Indépendant du poids
 - Population < 60 ml/min
- Limites:
 - Logiciel
 - Adaptation pour populations particulières (ethnies, transplantés)
 - Imprécis si DFG > 60 ml/min

Le DFG estimé par la formule du CKD-EPI

- $DFG(\text{ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2) = 141 \times \min(\text{créat}/k, 1)_{\alpha} \times \max(\text{créat}/k, 1)_{-1,209}^{\text{âge}}$
0,993 x 1,018[si femme] x 1,159 [si peau noire]
avec créat en mg/dl
homme: $\alpha = -0,411$ et $k = 0,9$
femme: $\alpha = -0,329$ et $k = 0,7$
- Avantages:
 - Plus performante que le MDRD ou le Cockcroft quel que soit le niveau de fonction rénale
 - Prise en compte de la créatinine plasmatique, l'âge et le sexe
 - DFG directement indexé à une surface corporelle théorique de 1,73 m²
- Limites:
 - mise en défaut si rapport masse musculaire/poids atypique (obésité, amputation, syndrome oedémateux, maladies musculaires, régime végétarien)

Les autres marqueurs d'atteinte rénale

- Microalbuminurie > 30 mg/24h ou rapport albuminurie/créatininurie >20 mg/g
- Protéinurie > 300 mg/24h ou rapport albuminurie/créatininurie >200 mg/g
- Les anomalies du sédiment urinaire:
 - hématurie: GR > 10/mm³ ou 10.000/ml
 - leucocyturie: GB > 10/mm³ ou 10.000/ml
- Les anomalies morphologiques (écho.rénale): asymétrie de taille, contours bosselés, petite taille ou gros reins polykystiques, amincissement cortex, dédifférenciation corticomédullaire, dilatation pyélocalicielle, calcul...

Quel que soit le DFG, la persistance pendant + de 3 mois de marqueurs d'atteinte rénale témoigne d'une MR qui impose un diagnostic étiologique et/ou une surveillance néphrologique

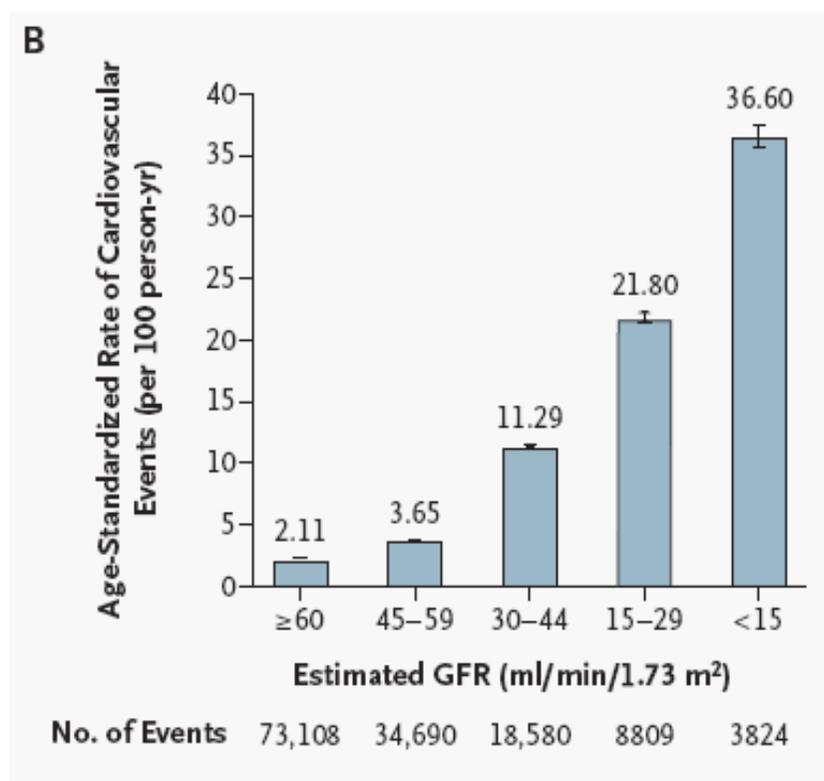
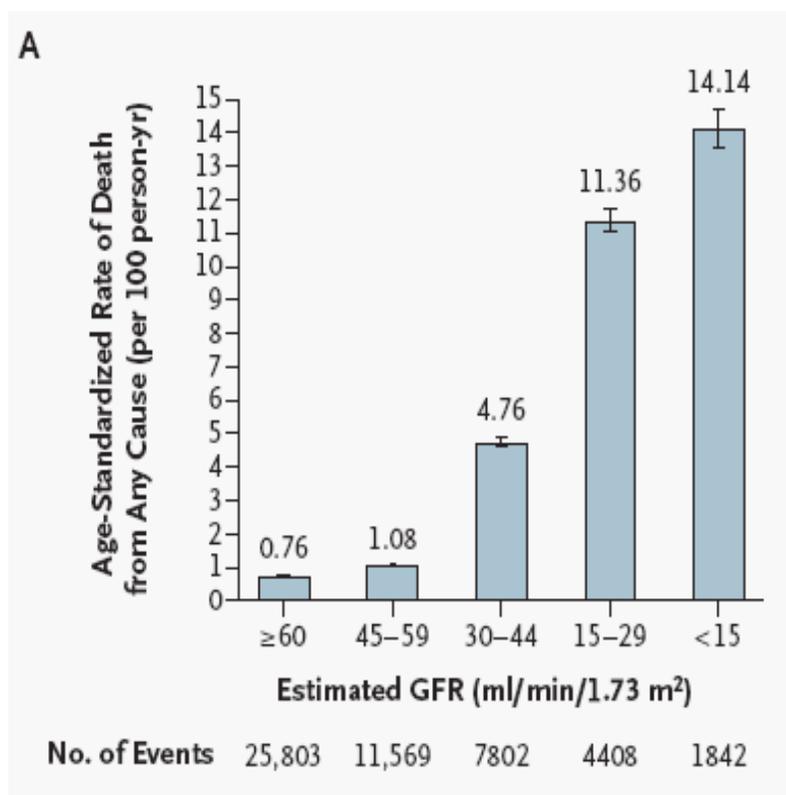
Diagnostic différentiel IRC/IRA

- Critère anamnestique: antécédent de maladie rénale, dosages élevés anciens de créatininémie
- Critère échographique: ↓ de la taille des reins (<10 cm à l'échographie ou < à 3 vertèbres à l'ASP)
- Critère biologique:
 - Anémie normochrome, normocytaire, arégénérative (secondaire au défaut de production d'EPO)
 - Hypocalcémie (carence en vitamine D par défaut d'hydroxylation rénale)

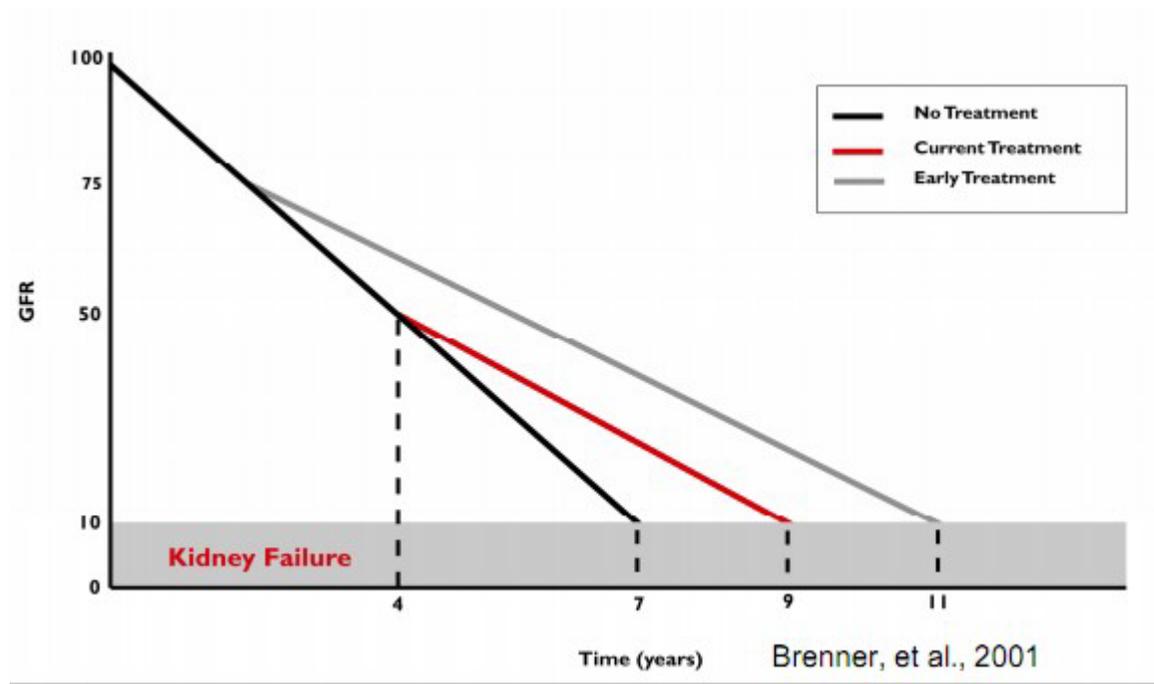
Définition stades 1-5 MRC

Stade	Valeur de DFG	Interprétation	Action
	> 90 ml/mn sans marqueur d'atteinte rénale	Pas d'atteinte rénale	Aucune
1	> 90 ml/mn avec marqueurs d'atteinte rénale	Maladie rénale sans insuffisance rénale	Rechercher un diagnostic étiologique Traiter les comorbidités Évaluer la progression de la MRC ¹ Réduire le risque cardiovasculaire ³¹
2	> 60 ml/mn avec marqueurs d'atteinte rénale	Maladie rénale chronique (MRC)	+ Ralentir la progression de la MRC : = néphroprotection ²
3	60 à 30 ml/mn	Insuffisance rénale modérée	+ Évaluer et traiter les complications ⁴ ,
4	30 à 15 ml/mn	Insuffisance rénale sévère	+ Préparer le patient aux traitements de suppléance
5	< 15 ml/mn	Insuffisance rénale terminale	+ Démarrer le traitement de suppléance <u>si nécessaire</u>

Le risque de décès et d'évènements cardiovasculaires augmente avec le stade de MRC



Intérêt de la mise en place précoce des mesures de néphroprotection



Quand adresser au néphrologue?

MRC inconnue ou suspectée

- Evaluer les « terrains à risque »: sujet âgé, patient diabétique, non contrôle tensionnel malgré bi ou trithérapie, ATCD personnel (m.athéromateuse, m.autoimmune, goutte, uro.), médicaments néphrotoxiques (AINS, lithium, aminosides...), ATCD familial de néphropathie

- Recours au néphrologue si:

Age < 75 ans:

Age ≥ 75 ans:

DFG < 60 ml/min

DFG < 45 ml/min

DFG entre 60 et 90

DFG entre 45 et 60

+ marqueur d'atteinte rénale

ou + persistance HTA ou EUA sous traitement

Quand adresser au néphrologue?

MRC connue

- Suivi néphrologique systématique (fréquence en mois = MDRD/10)
- Consultation rapprochée si:
 - baisse significative du DFG (> à 20%)
 - augmentation significative de l'EUA (> à 30%)
 - retentissement biologique de l'IRC (troubles hydroélectrolytiques, anémie, carence vit.D...)
 - poussée d'IRA sous blocage du SRA

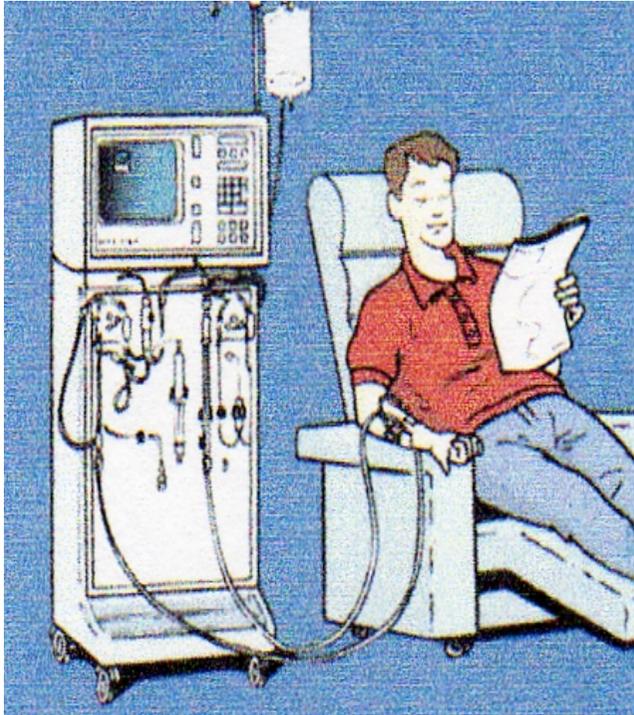
Avec quel bilan initial?

- Clinique:
 - ATCD (diab., vasc., toxique, immuno., familial)
 - Signes de rétention hydrosodée (Δ poids), PA
 - Traitement actuel et antécédents
 - Autres cibles cardiovasc. (IDM, AIT, AOMI)
- Biologique:
 - MDRD et EUA x 2 à 1 mois d'intervalle
 - Signes de retentissement de la MRC: NFS, électrolytes...
- Imagerie:
 - Au moins échographie rénale, vésicale et prostatique
 - Doppler des artères rénales (+60ans, athéromateux, rein unique...)

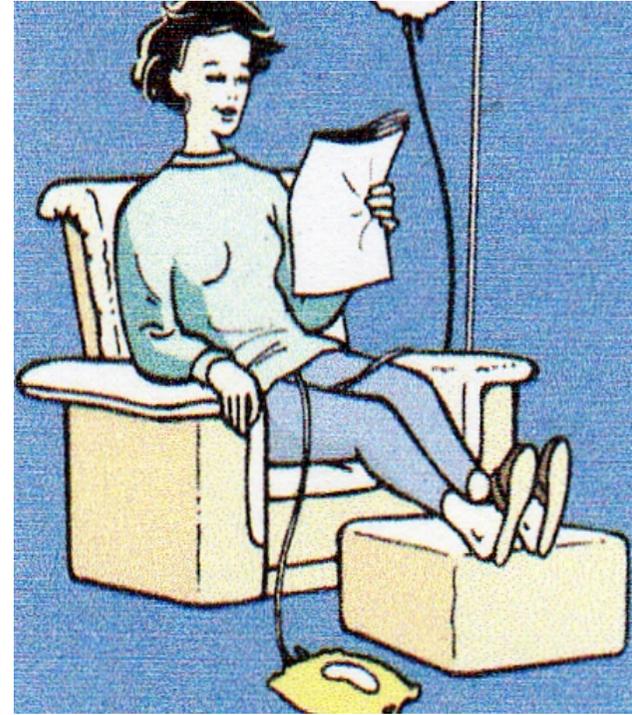
Objectifs de la prise en charge néphrologique

- Diagnostic de la néphropathie causale (éventuel traitement étiologique)
- Evaluer le degré d'évolutivité et surveiller la progression de l'IR
- Prise en charge des facteurs de progression modifiables +++:
HTA , protéinurie , acidose métabolique
(protides, lipides, tabac, obésité)
- Prévenir la iatrogénicité (produits de contraste Rx, médicaments)
- Adapter le traitement médicamenteux au degré d'insuffisance rénale
- Mettre en place un suivi spécialisé en complément du médecin traitant (phosphocalcique, anémie, vaccinations, diététique, préservation du capital veineux...)
- Education thérapeutique et autosurveillance
- Préparation au traitement de suppléance (information pré-dialyse, abord vasculaire ou péritonéal) ou prise en charge palliative

Les méthodes de dialyse



L'hémodialyse



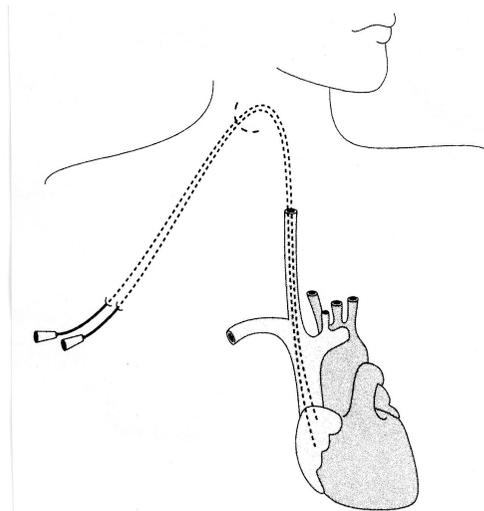
La dialyse péritonéale

L'hémodialyse: caractéristiques

- Traitement discontinu
- Généralement 3 séances hebdomadaires de 4 à 5 h
- Lieu:
 - dans une structure de soins (centre lourd, UDM, autodialyse)
- Modalités:
 - le sang parvient au dialyseur grâce à une circulation extracorporelle connectée à l'abord vasculaire du patient lors de chaque séance de dialyse
 - Le bain de dialyse est préparé par le générateur et amené jusqu'au dialyseur par un circuit dialysat

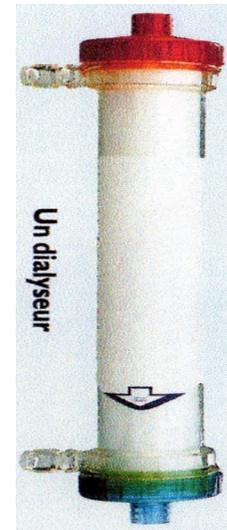
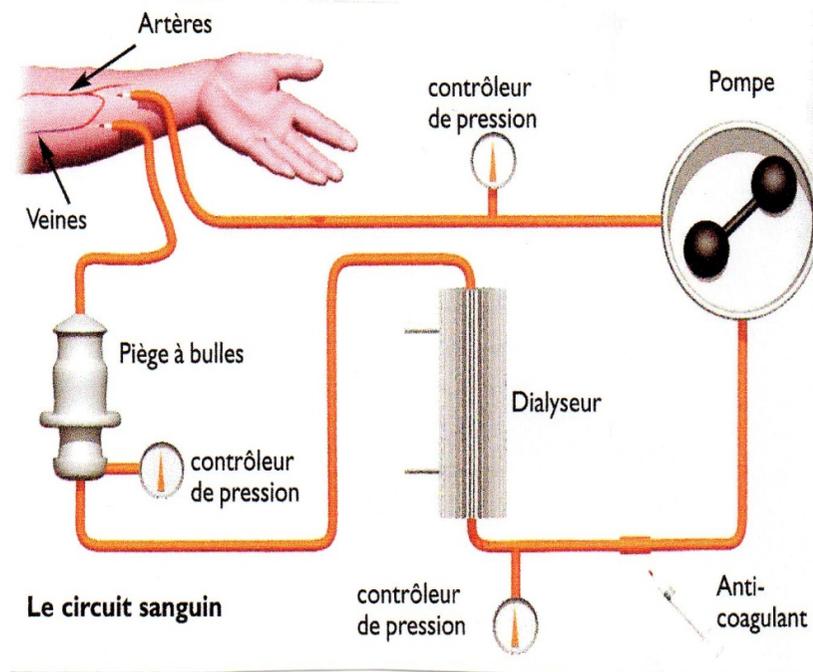
L'abord vasculaire

La fistule artérioveineuse



Le cathéter central

Hémodialyse: représentation schématique



Hémodialyse

AVANTAGES

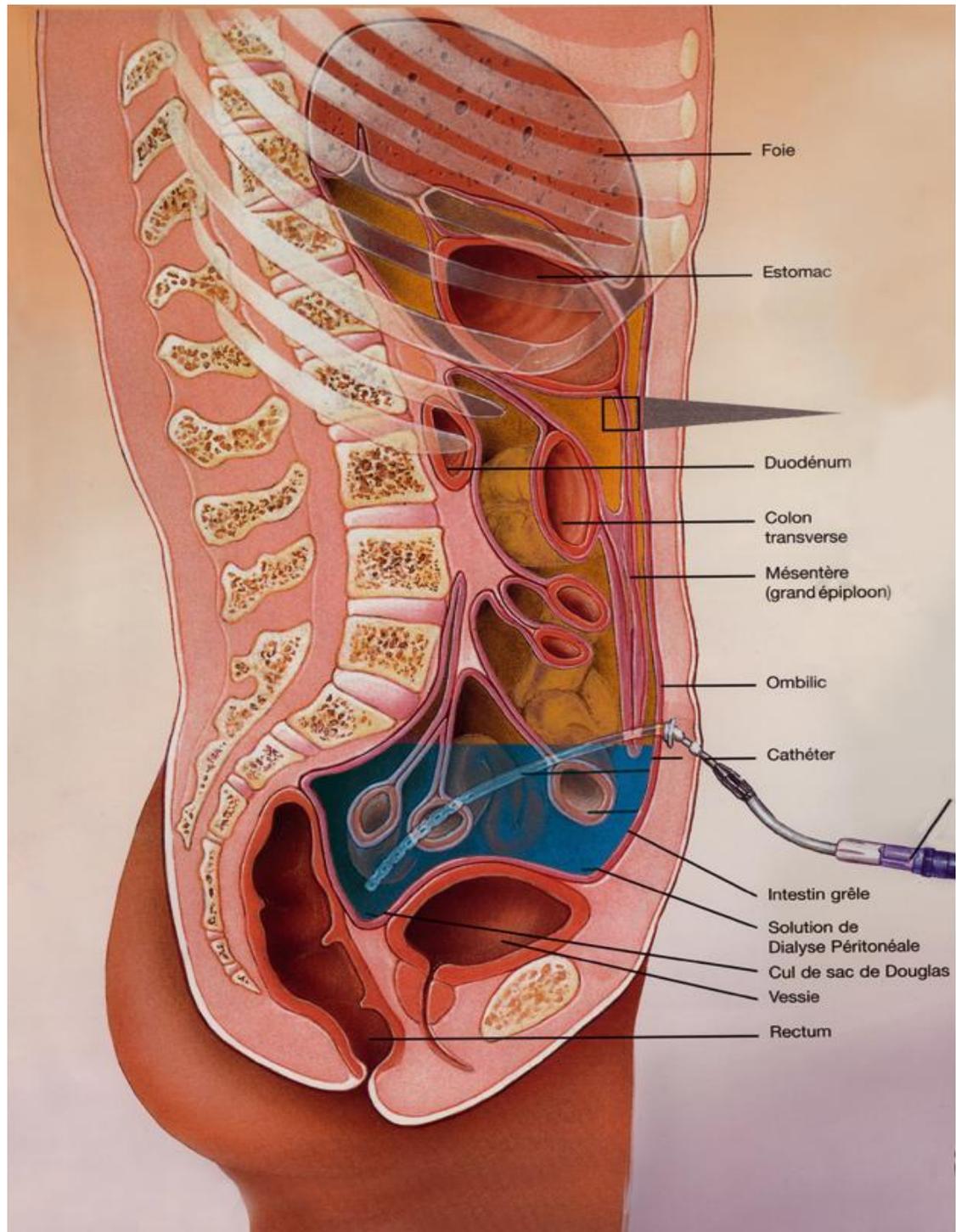
- la périodicité
- l'extériorisation du traitement
- le contact social
- la prise en charge par l'équipe soignante

INCONVENIENTS

- les déplacements
- les horaires imposés
- la promiscuité
- la variation importante de la volémie
- la perte de la FRR
- la dépendance/centre

La dialyse péritonéale: caractéristiques

- Traitement continu
- Lieu: domicile
- Principe: échanges entre le sang des capillaires péritonéaux et une solution de dialyse introduite dans la cavité péritonéale par un cathéter permanent
- Modalités:
 - généralement chez la personne âgée 3 renouvellements manuels de dialysat (durée ½ heure) par jour 6 jours par semaine (DPCA)
 - ou renouvellements automatiques nocturnes à l'aide d'un cycleur (DPA)



L'orifice de sortie du cathéter

- ❖ **Emergence saine:** sèche, sans rougeur, sans croûte, ni suintement



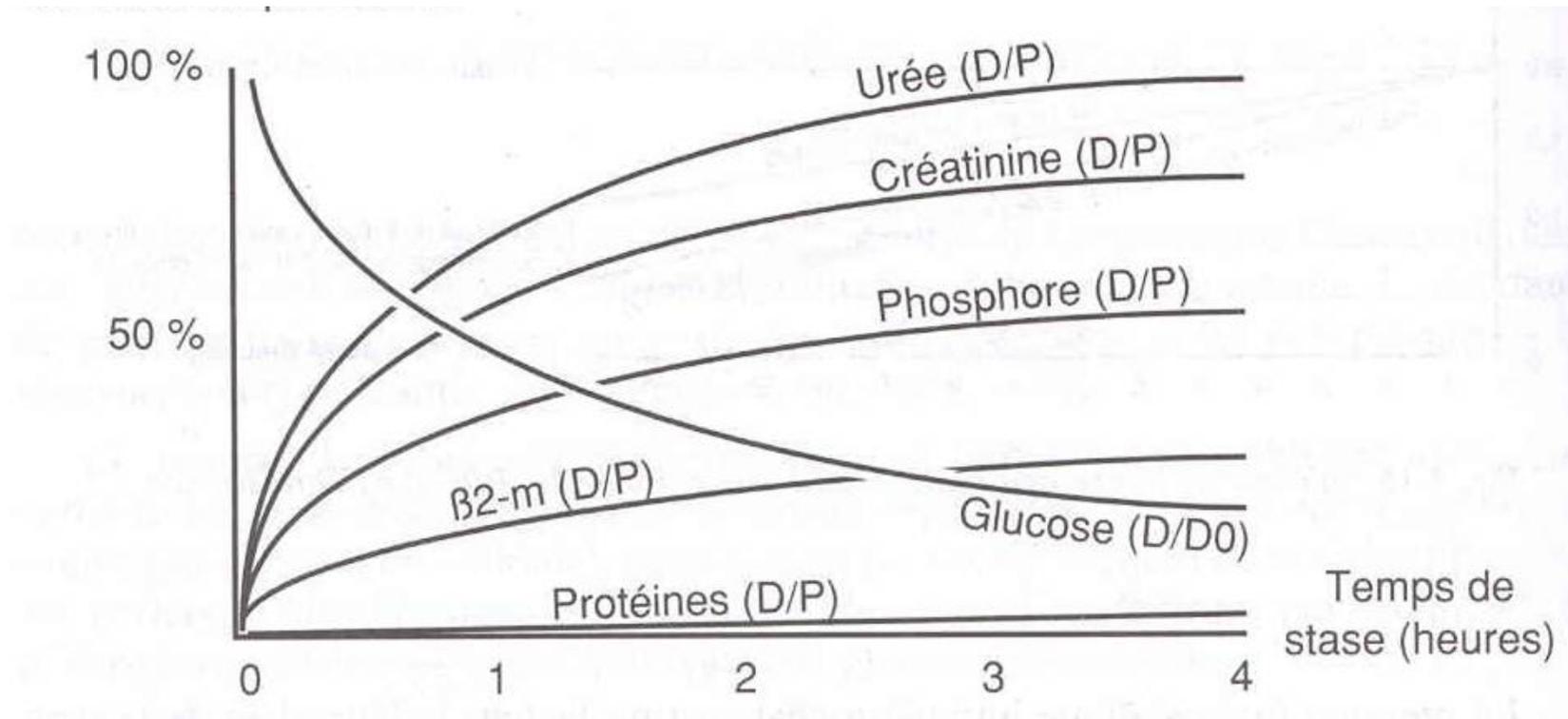
Pansement

2 x/semaine

La diffusion → éliminer les déchets

- Passage des petites et moyennes molécules (urée, créat...) du compartiment le **plus concentré (sang)** , vers le compartiment le **moins concentré (liquide de dialyse)** à travers la membrane péritonéale, jusqu'à équilibre des deux milieux
- Dépend du gradient de concentration des solutés entre le dialysat et le sang
- Déterminé par la composition du dialysat
- Bidirectionnel, passif

Courbes d'équilibration



La convection → éliminer l'eau

- La présence d'un agent osmotique dans le liquide de dialyse (glucose, acides aminés, icodextrine) permet l'extraction de l'eau, appelée aussi ultrafiltration (UF)
- La pression osmotique attire l'eau et les solutés si elle en contient vers le côté de la membrane où se trouve l'agent osmotique
- L'eau passe du milieu le moins concentré en agent osmotique (sang) vers le milieu le plus concentré (solution de dialyse)
- Unidirectionnel, actif

Le dialysat : conditionnement

- procédé de stérilisation à la chaleur
- apyrogène
- à usage unique
- en poches en plastique souple (PVC, Biofine)
- de contenance variable (0,5 à 5 litres)

Composition du dialysat standard

- Des électrolytes:
 - Sodium : 132 à 134 mmol/l
 - Chlore : 95 à 105 mmol/l
 - Potassium: 0 mmol/l
 - Calcium : 1,25 à 1,75 mmol/l
 - Magnésium : 0,25 à 0,75 mmol/l
- Un agent osmotique:
le glucose (disponible en 3 concentrations)
- Une substance tampon:
le lactate : 35 ou 40 mmol/l (pH acide à 5,5)

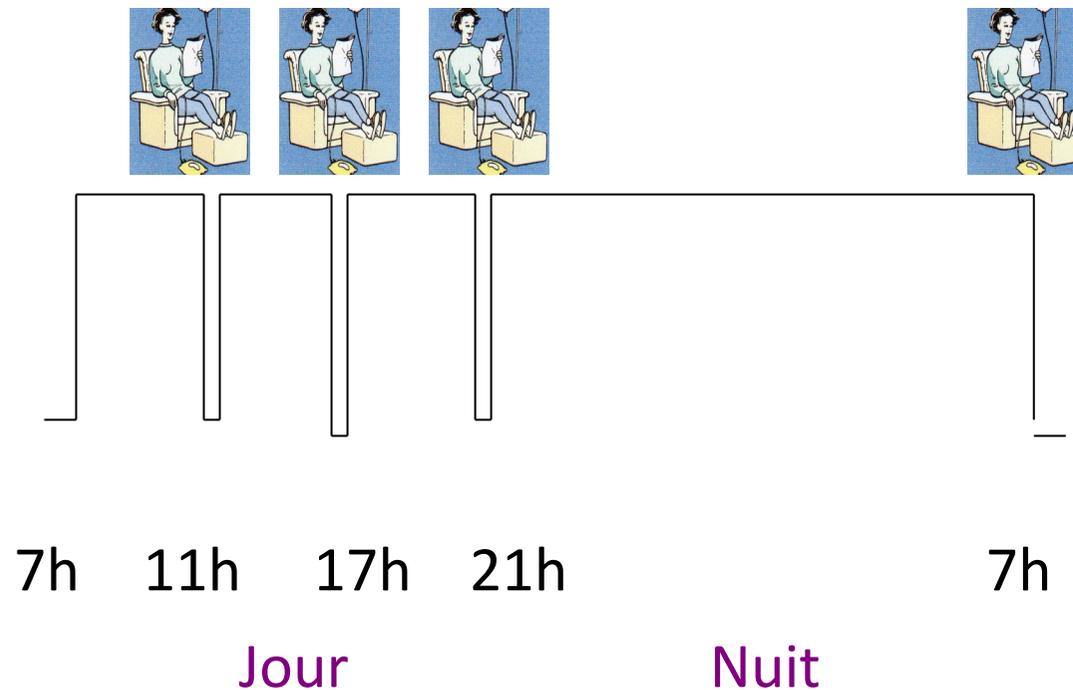
Concentrations	Possibilités d'UF	Indications
Isotonique à 15 g/l osm.350 mOsm/l	faible	pas de rétention gl d'eau
Intermédiaire glc à 25 g/l osm.450 mOsm/l	moyenne	légers oedèmes
Hypertonique glc à 40 g/l osm.500 mOsm/l	importante	hyperhydratation

Dialyse Péritonéale: les différentes phases

- Manipulation (changement de poche)
- Drainage du dialysat saturé
- Infusion du nouveau liquide de dialyse
- Stase (temps de contact entre 2 changements de poches de dialyse)

La Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA)

- 3 cycles courts diurnes + 1 cycle long nocturne: échanges de 1,5 à 2,5 l de dialysat renouvelé manuellement 4 fois par jour
- quotidienne (ou 6j/semaine si FRR)



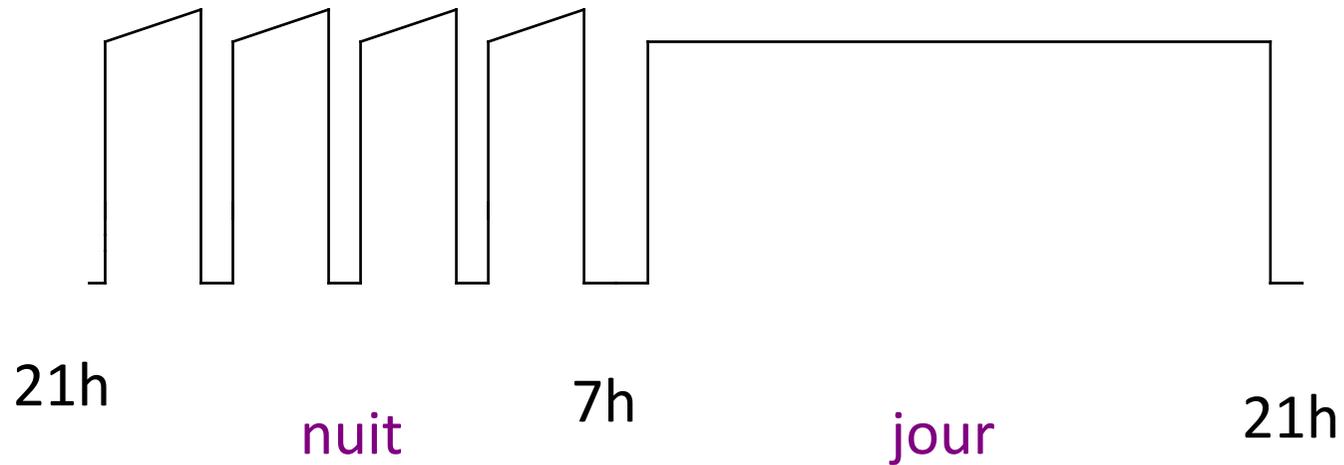


Matériel de DPCA



La Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA)

- Echanges réalisés automatiquement la nuit selon programme préenregistré





Contre-indications (CI) à la DP

- L'absence de FRR: CI relative
- La corpulence:
 - IMC > 45 kg/m² (obésité morbide) = CI absolue
 - IMC > 30 ou SC > 1,8 ou 2 m² ou poids > 90 kg = CI relatives
- Les comorbidités: éventration ou hernie non opérable, délabrement paroi abdo., stomie digestive, ATCD sigmoïdite diverticulaire, pancréatectomie, mal. inflammatoire chr. de l'intestin, prothèse aorto-iliaque < 3 mois, dénutrition sévère, ins. resp.chronique= CI absolues
- Les facteurs psychosociaux: habitat insalubre, non disponibilité d'un infirmier libéral (patient non autonome), avis négatif de l'institut médicosocial de résidence, hygiène insuffisante = CI absolues

Source: HAS, recommandations professionnelles, Juin 2007

Dialyse Péritonéale: surveillance à domicile

- Surveillance quotidienne:
 - Poids, PA , présence d'œdème
 - Pesée des poches drainées en DPCA et mesure de l'ultrafiltration (UF)
 - Aspect du dialysat drainé (limpide, concentré, hémorragique, fibrine, trouble)
 - Régularité du transit intestinal
- Surveillance plurihebdomadaire:
 - Aspect de l'orifice de sortie du cathéter lors de la réfection du pansement (au moins 2 x par semaine)

Dialyse Péritonéale: suivi du patient

- Consultation:
 - au moins mensuelle
 - Examen médical, prescription de DP (résultats, tolérance), biologie, réfection pansement (frottis), réajustement traitement, ordonnances
- Evaluation régulière:
 - Qualité d'épuration (recueil dialysat+urines/24h)
 - Mesure pression intrapéritonéale (PIP)
 - Test de perméabilité péritonéale
 - Consultation diététique
 - Bilan de retentissement de l'IRC (cardiovasculaire, osseux, neurologique, abdominal, ophtalmologique, psychologique)

Dialyse Péritonéale

AVANTAGES

- * domicile
- * FRR
- * patrimoine vasculaire
- * simplicité
- * autonomie
- * excellent traitement de 1ère intention
- * économie

INCONVENIENTS

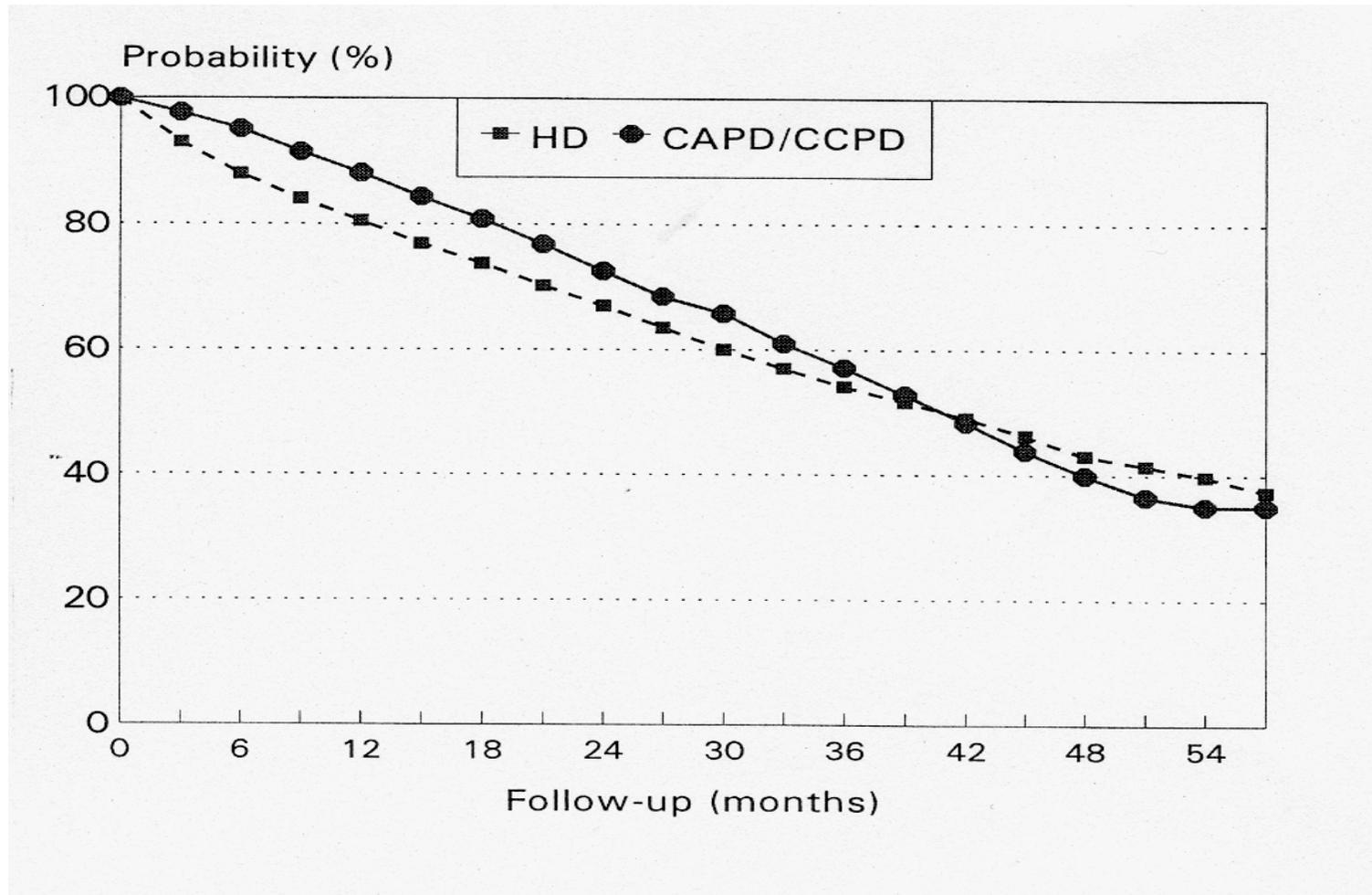
- * infection péritonéale (1 ep/40 mois x pt)
- * dialyse insuffisante (si anurie et/ou forte corpulence)
- * risque métabolique
- * toxicité péritonéale à long terme

L'INFECTION PERITONEALE

- Signes : dialysat trouble (signe absolu), douleur abdominale, hyperthermie, nausées, vomissements
- Modes de contamination :
 - endoluminale (faute d'asepsie, ouverture du circuit)
 - périluminale (infection d'urgence)
 - endogène (intestinale, hématogène)
- Traitements (antibiothérapie, éventuelle hospitalisation)



Courbes de survie: DP vs HD



Fenton, Am J Kidney Dis, 1997, 30: 334-42

L'insuffisance rénale chronique terminale en France

- 68 000 patients traités (37 000 dialysés , 31 000 greffés)
- Dialyse:
 - Prévalence: 588 pmh (croissance > 5%/an)
 - Incidence: 146 pmh/an

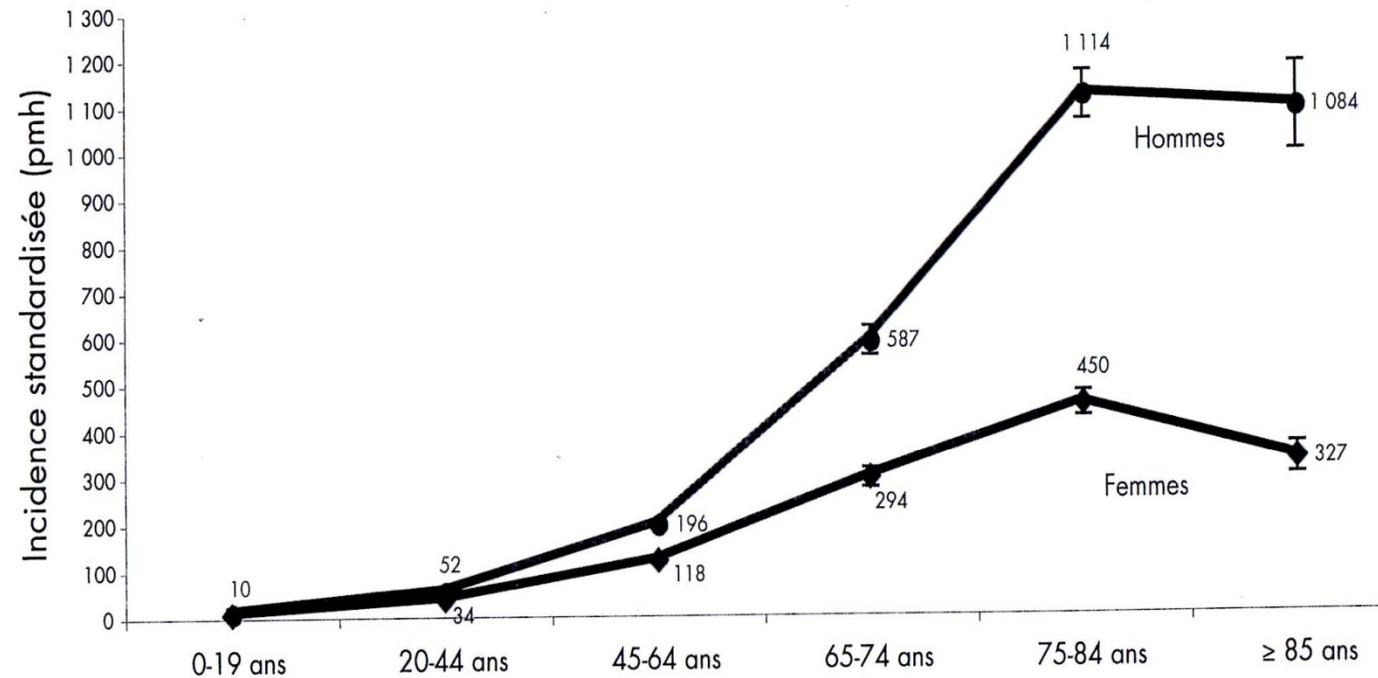
*Source: rapport annuel
Rein 2009*

- Coût:
 - HD: 88 600€/an/patient
 - DP: 64 500€/an/patient
 - Transplantation:
 - 1^{ère} année idem dialyse
 - Années suivantes < 20%

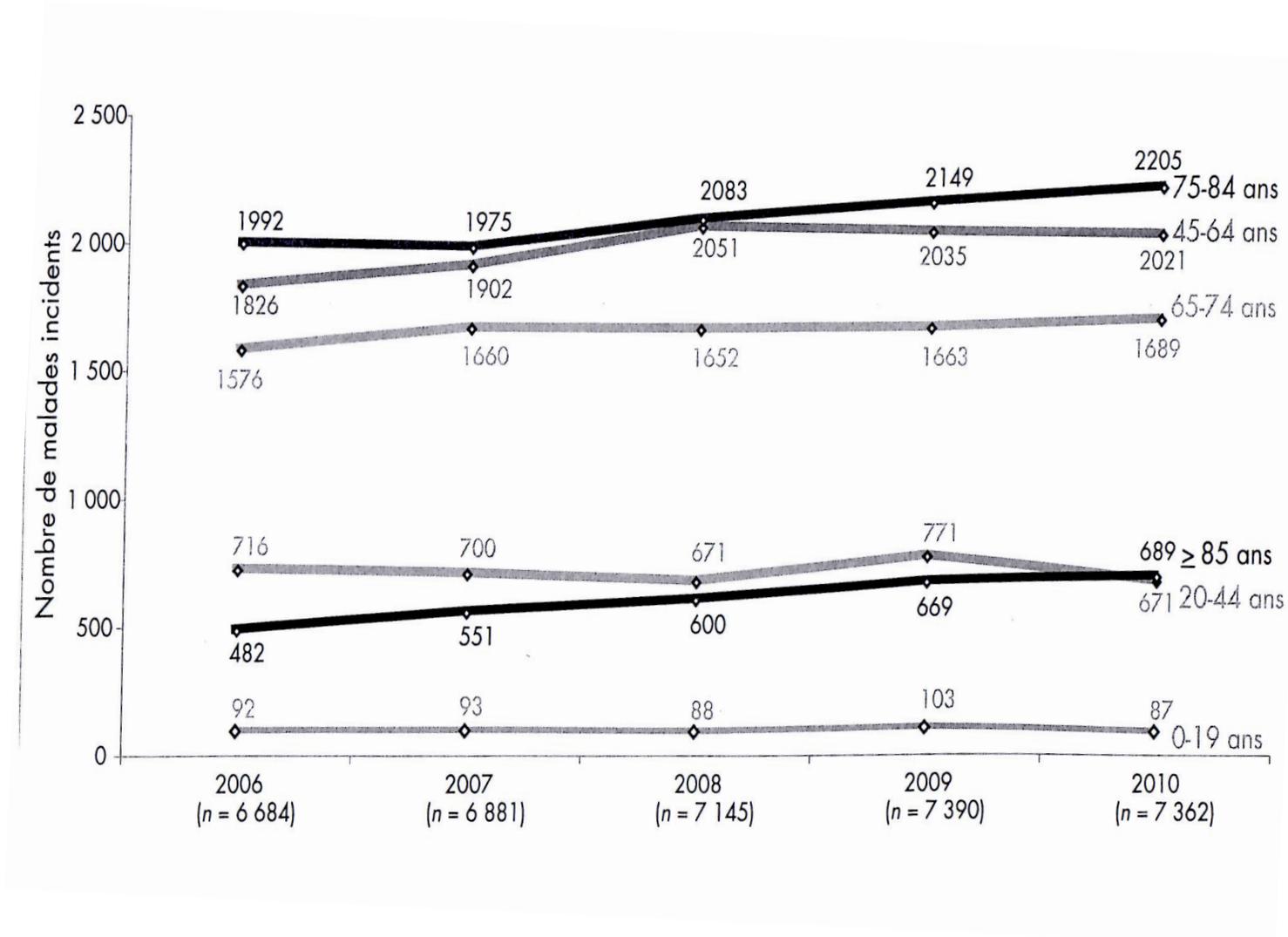
2% des ressources de
l'assurance maladie pour
0,05% de la population

*Source: l'IRC: situation actuelle et
enjeux
Assurance maladie, 2010*

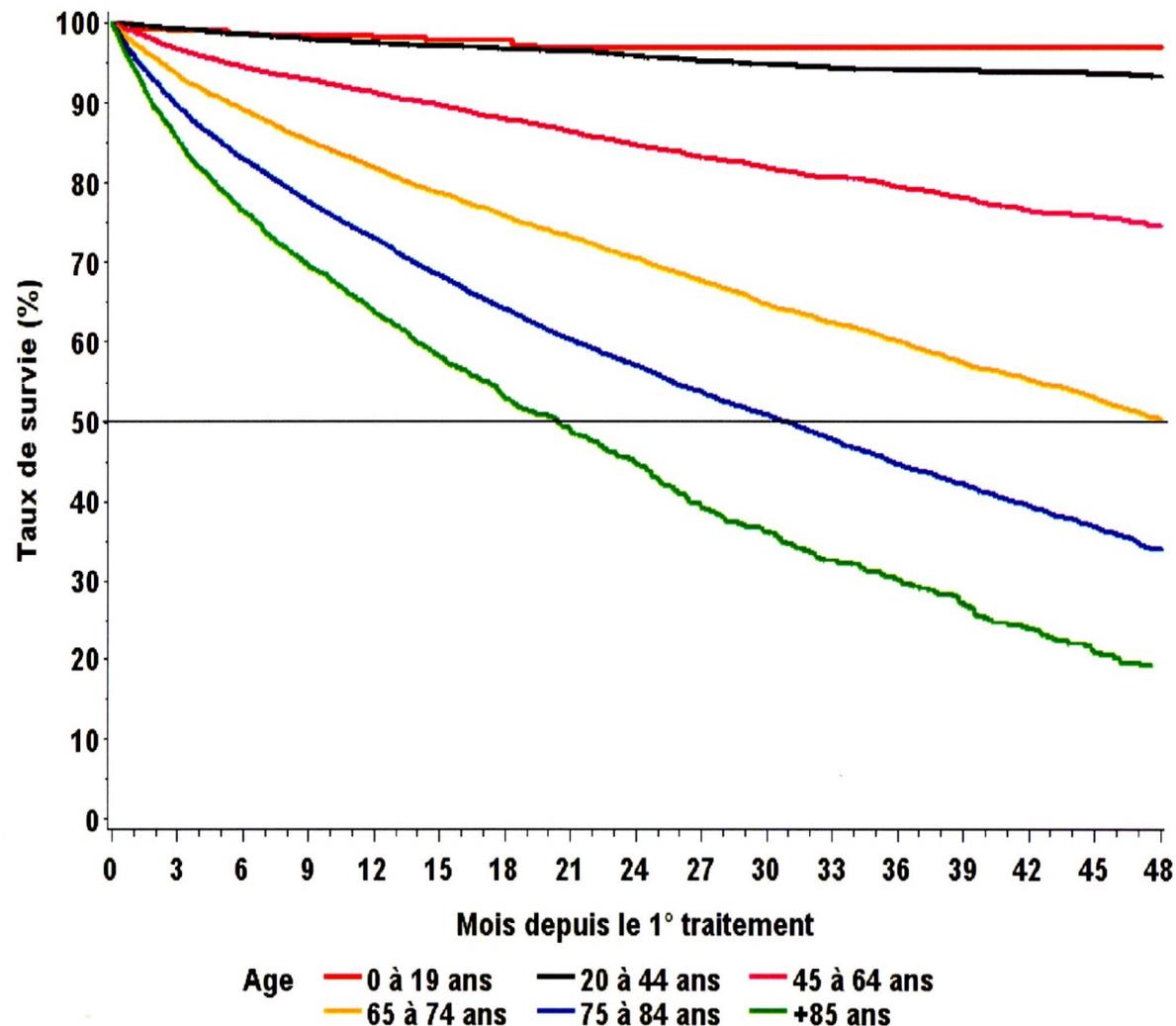
Incidence standardisée de l'IRCT en France par âge et par sexe



Evolution du nombre absolu de malades incidents en IRCT traitée par tranche d'âge



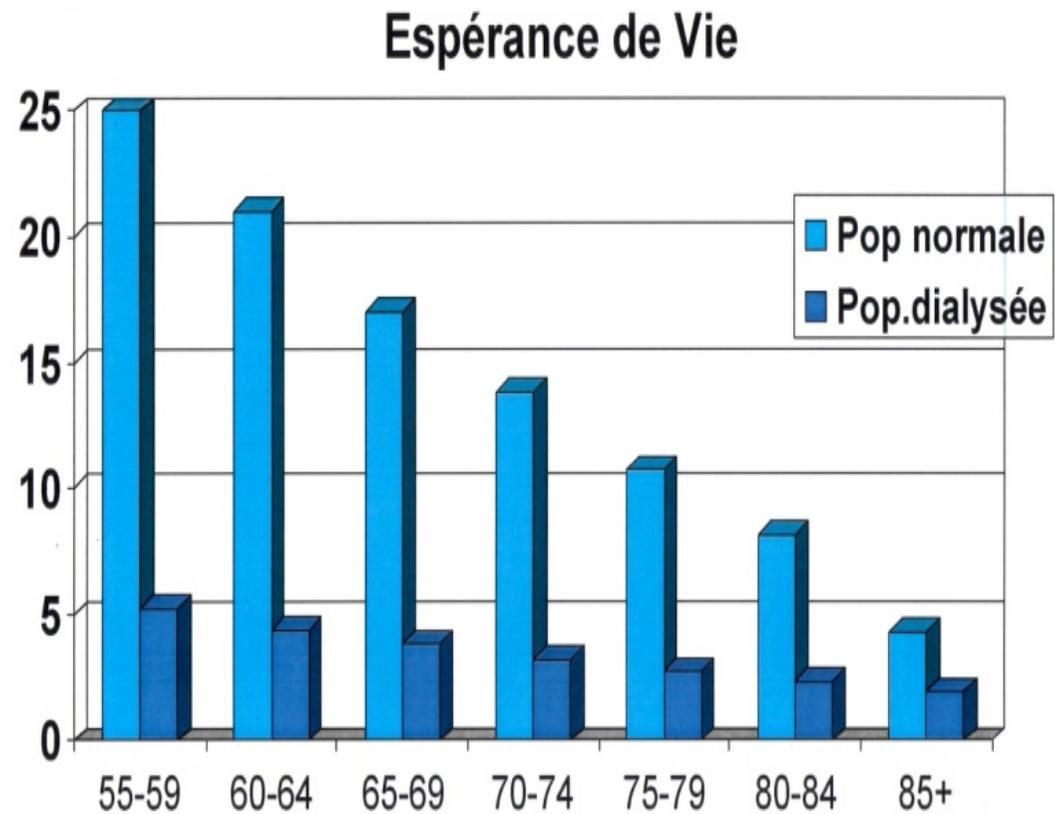
Taux de survie des nouveaux patients 2002-2010 selon l'âge à l'initiation du traitement



Age	Taux de survie (IC 95%)	
	à 1 an	à 5 ans
75-84 (n=15655)	74,4(74-75)	27,1(26-28)
+ de 85 (n=4123)	65,5(64-67)	14,8(13-17)

REIN, rapport annuel 2010

Excès de risque de décès



Pathologies cardiovasculaires associées chez les patients dialysés de plus de 75 ans

Rapport REIN 2010

FRCV

- Diabète : 40%
 - Type 2 : 95%
- Tabagisme
 - Fumeurs : 4%
 - Ex-fumeur : 29%
- IMC ≥ 30 kg/m² : 14%

Comorbidités cardiovasculaires

- Pathologie coronarienne : 32%
 - Dont IDM : 13%
- Insuffisance cardiaque : 36%
- Troubles du rythme : 30%
- Artérite des membres inférieurs : 25%
- AVC : 12%
- Anévrisme de l'aorte : 4%

Autres pathologies associées chez les patients dialysés de plus de 75 ans

Rapport REIN 2010

Handicap

- Mobilité
 - Incapacité totale : 7%
 - Nécessité tierce personne : 21%
 - Marche autonome : 72%
- Hémiplégie : 2%
- Amputation : 2%
- Cécité : 3%
- Troubles du comportement : 4%

Autres comorbidités

- Insuffisance respiratoire : 14%
- Cancer : 11%
- Atteinte hépatique : 3%

Facteurs pronostiques en dialyse chez les plus de 75 ans

- Influencent la probabilité de décès à 6 mois:
 - +++ l'impossibilité de se déplacer seul
 - ++ les troubles sévères du comportement
 - ++ la 1^{ère} dialyse en urgence
 - ++ la dénutrition
 - + l'artérite des membres inférieurs
 - + les troubles du rythme cardiaque
 - + le cancer
 - + le diabète

A clinical score to predict 6-month prognosis in elderly patients starting dialysis for end-stage renal disease

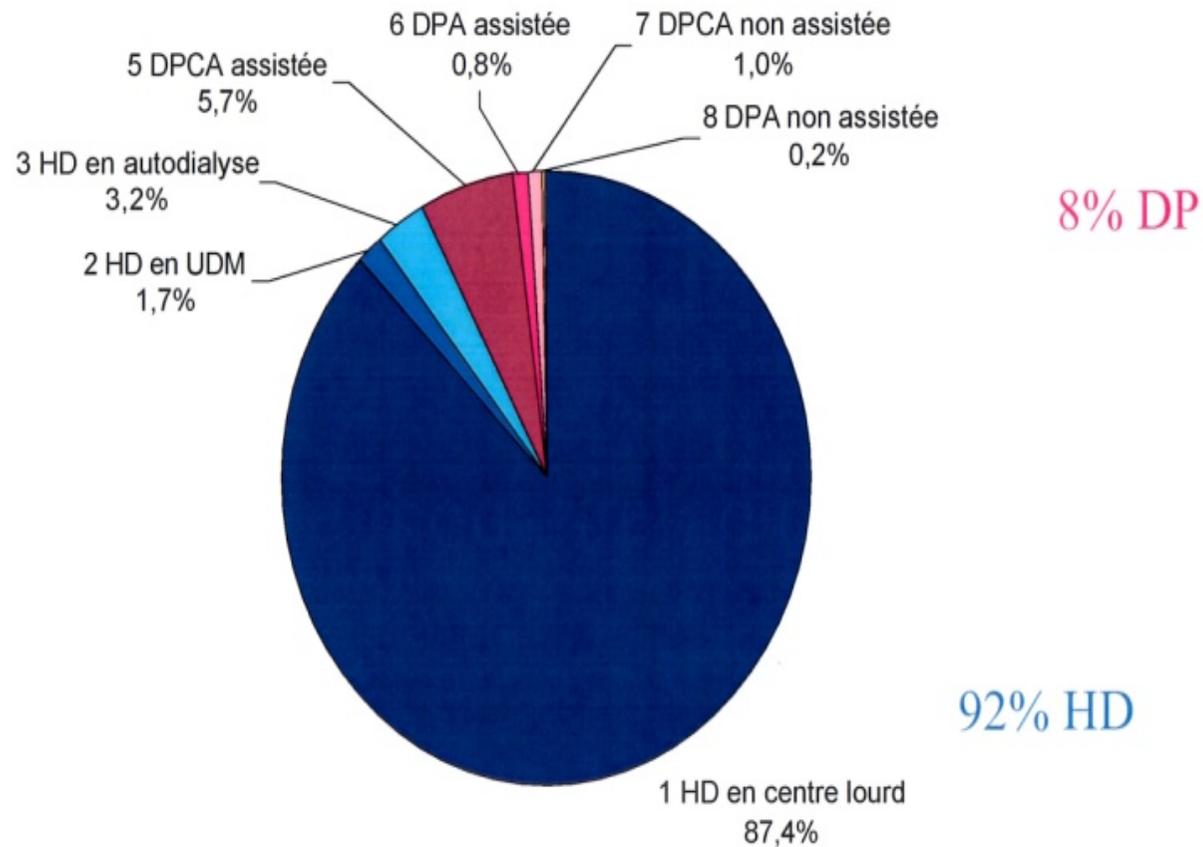
Cécile Couchoud¹, Michel Labeeuw², Olivier Moranne^{3,4,5}, Vincent Allot⁶, Vincent Esnault⁵, Luc Frimat⁷, Bénédicte Stenge^{3,4}, and for the French Renal Epidemiology and Information Network (REIN) registry

Nephrol Dial Transplant. 2009 May;24(5):1553-61.

NDT
Nephrology Dialysis Transplantation

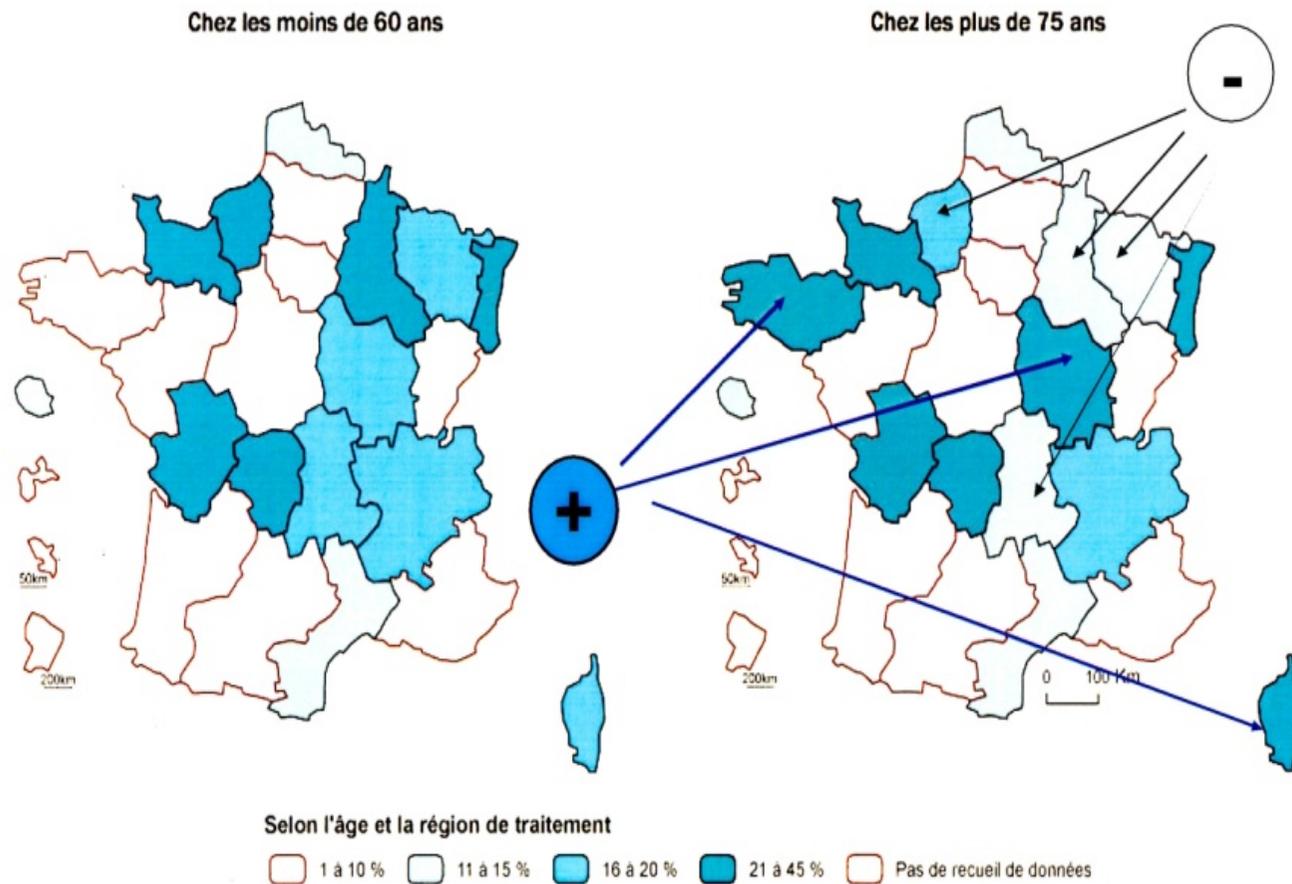
Répartition des SA selon la technique

Rapport Rein 2010



Répartition de la DP selon les régions

Rapport REIN 2008



Le décret du 21 novembre 2011



CIRCULAIRE

CIRCULAIRE N°DSS/MCGR/2011/421 du 24 novembre 2011 relative aux conditions de prise en charge des actes de dialyse péritonéale réalisés par les infirmiers libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Date d'application : immédiate

NOR : ETSS1130480C

Classement thématique :

Validée par le CNP le 7 octobre 2011 - Visa CNP 2011-256

Résumé : Un décret en Conseil d'Etat porte modification des conditions de prise en charge des actes de dialyse péritonéale réalisés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par des infirmiers libéraux. Ce texte prévoit que ces actes ne sont plus pris en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins des EHPAD et sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie dans les conditions prévues par le code de sécurité sociale.

Mots-clés : dialyse péritonéale – infirmiers libéraux - EHPAD

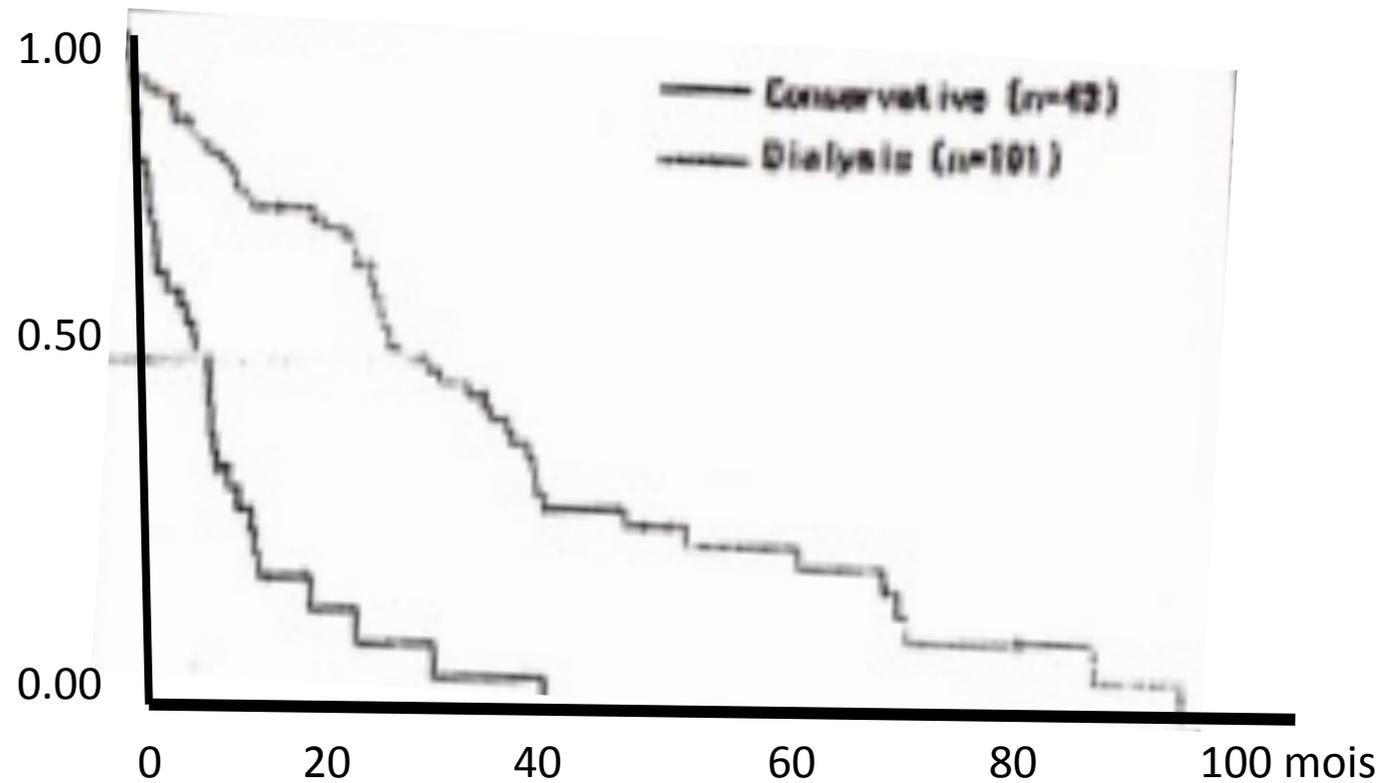
Textes de référence : Article R.314-168 du Code de l'action sociale et des familles ; décret n° 2011-1602 du 21 novembre 2011

Annexes :

En pratique

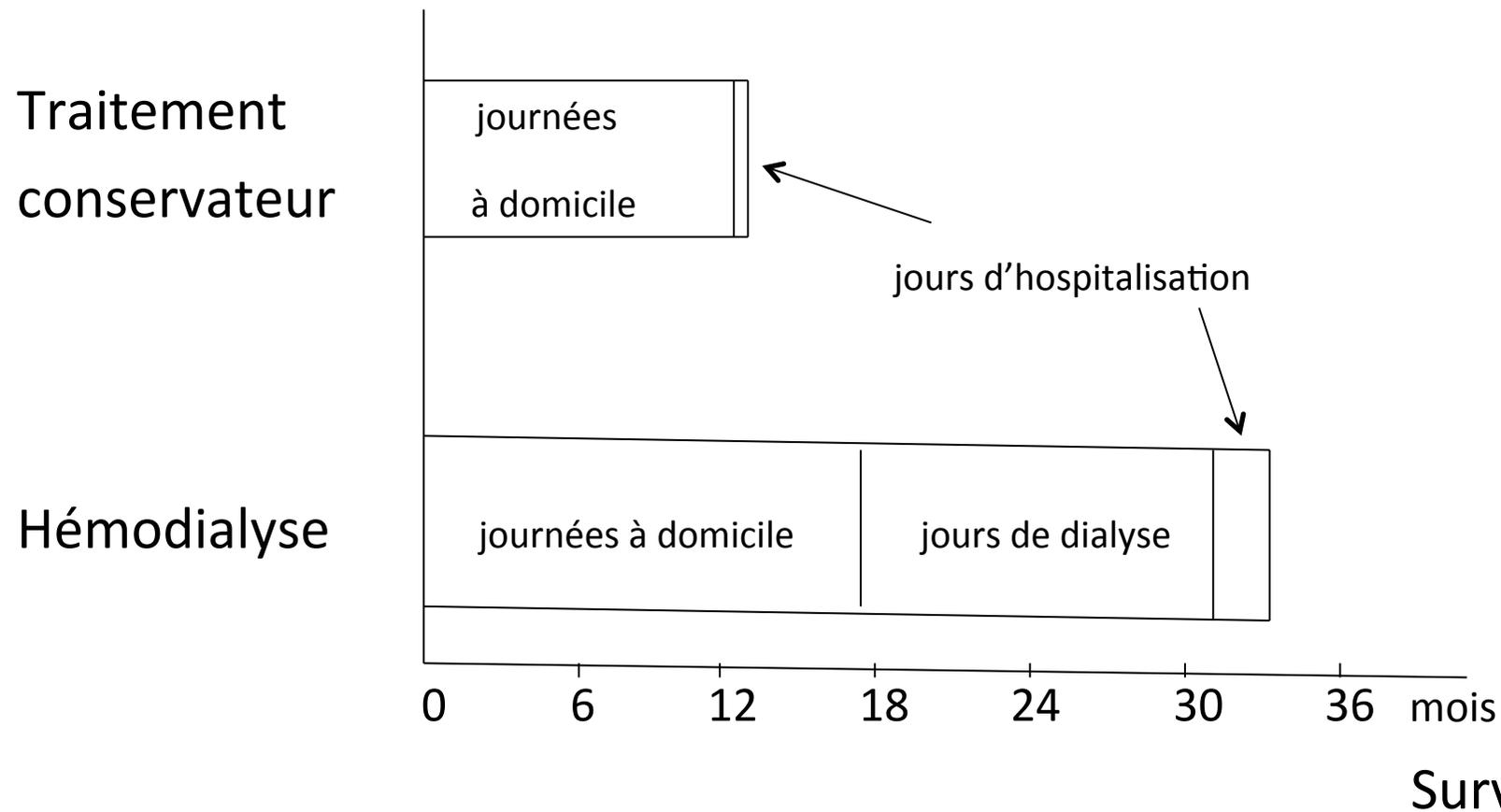
- **La DP en EHPAD = même prise en charge qu'à domicile:**
 - Soins de DP: peuvent être réalisés par un cabinet d'IDE libéraux (soins prescrits sur ordonnance et codifiés par la nomenclature des soins infirmiers)
 - Matériel: pris en charge à 100% dans le cadre de l'ALD, livré sur place par l'intermédiaire de l'association de dialyse
 - Transports (en lien direct avec le traitement par dialyse): pris en charge à 100%
- La DP en USLD et en SSR: les équipes d'IDE libéraux (ou SSIAD) ne sont pas autorisées à intervenir dans ce type de structure; les équipes d'USLD et de SSR doivent être formées par du personnel spécialisé aux soins spécifiques de DP

La survie actuarielle des octogénaires est significativement améliorée par la dialyse



Joly et al, JASN, 2003, 14: 1012-21

Distribution des jours de survie traitement conservateur/dialyse

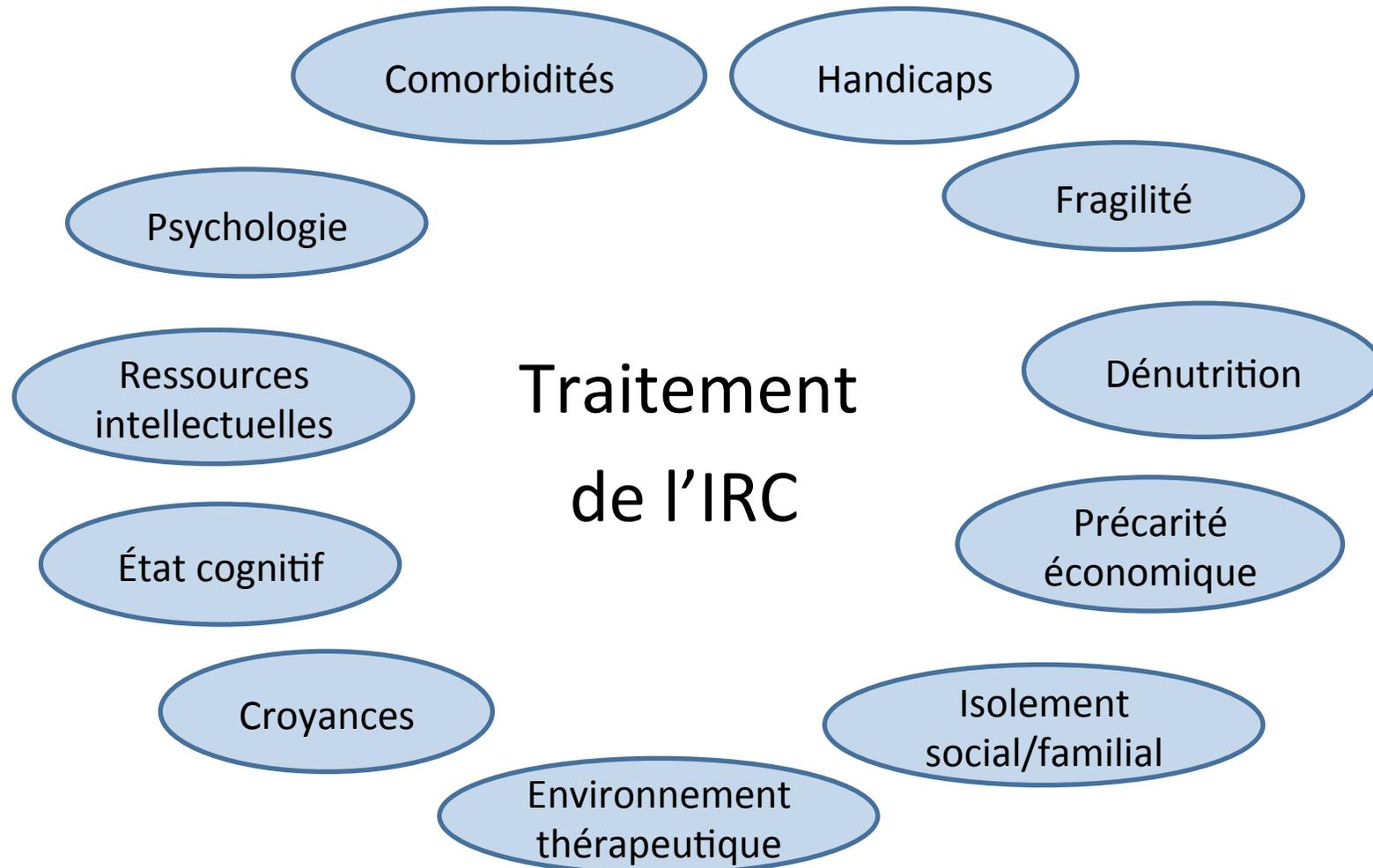


R.Carson et al, cjasn, 2009

IRCT et grand âge: place du traitement conservateur

- Ne pas confondre traitement conservateur avec ne rien faire
- Prise en charge pluridisciplinaire (néphrologique, gériatrique, palliative)
- Pas plus d'hospitalisation que chez les patients âgés dialysés
- Nette altération dans les 2 mois précédant la mort
- Mieux connaître les symptômes pour les soulager (lassitude, prurit, dyspnée, somnolence, jambes sans repos...)

Le traitement de l'IRCT du sujet très âgé est complexe du fait de l'intrication de multiples facteurs



IRCT et grand âge: éléments du choix thérapeutique

- Information du patient et de sa famille (réunions d'information sur les techniques de dialyse collective et individuelle)
- Volonté de la personne
- Comorbidités et pronostic
- Environnement et possibilités d'accompagnement (entourage, structures d'accueil)
- Proportionnalité des soins (balances bénéfiques/pénibilité et bénéfiques/risques)
- Evaluation de la pertinence du choix thérapeutique

IRCT et grand âge: conclusion (1)

- Une situation fréquente, et de plus en plus...
- L'âge ne contre-indique pas la dialyse
- Une prise en charge caractérisée par:
 - L'importance des comorbidités associées
 - Une autonomie liée au handicap
- Une survie:
 - « modeste » où la qualité de vie peut parfois prendre le pas sur la quantité de vie
 - Très liée aux comorbidités (neuropsychologiques, cardiaques) et au support familial et social

IRCT et grand âge: conclusion (2)

- Des informations précises doivent être données au patient et à son entourage sur les modalités, les résultats et les contraintes du traitement
- Le suivi anticipé facilite la prise de décision
- Problème très particulier qui doit être discuté de façon collégiale au cas par cas
- Respect du choix du patient, correctement informé et accompagné, de refuser ou d'interrompre le traitement
- Défi humain, médical et « sociétal » pour les années à venir