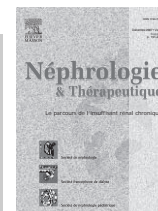




Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Quelle modalité thérapeutique chez le sujet très âgé ? Le traitement conservateur

What therapeutic modality to the very old subject? The conservative treatment

D. Joly

Service de Néphrologie, Hôpital Necker, 149 rue de Sèvres 75743 PARIS cedex 15 Paris, France

MOTS CLÉS

Dialyse ;
Octogénaires ;
Traitement palliatif ;
Traitement
conservateur ;

Résumé Le traitement conservateur de l'insuffisance rénale terminale (IRCT) s'applique aux patients ne débutant pas la dialyse. Plusieurs enquêtes et faits épidémiologiques suggèrent que de nombreux patients très âgés atteignent le stade terminal de l'IRCT sans être adressés au néphrologue. Certaines équipes de néphrologie, dont la nôtre, ont par ailleurs rapporté la grande fréquence du choix du traitement conservateur chez les octogénaires. Ce choix résulte rarement d'un refus exclusif du patient ; il s'agit souvent d'une décision de l'équipe, acceptée par le patient et son entourage. Les patients concernés sont souvent socialement isolés et adressés tardivement. Des données spécifiques concernant le pronostic vital et la qualité de vie des patients très âgés devraient aider à prendre les décisions appropriées.

Le traitement conservateur s'applique aussi aux patients qui interrompent le programme de dialyse chronique ; il s'agit de nos jours d'une cause majeure de décès. Cette décision est très rarement celle d'un patient volontaire ; elle résulte d'une proposition de l'équipe médicale, après un échec de mise en dialyse ou à l'occasion d'une complication somatique chez un patient débilité.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Dialysis ;
Octogenarians ;
Palliative care ;
Conservative treatment

Abstract Conservative treatment of end stage renal disease (ESRD) applies to patients withheld dialysis. Several surveys and epidemiological data suggest that some elderly patients reaching ESRD are not referred to the nephrologist. Some nephrologists have also reported frequently withholding dialysis in octogenarians. In our experience, such decision rarely emerged from patients exclusive refusal, but resulted from medical propositions made for patients often socially isolated and lately referred. Specific data on survival and quality of life in this age group may help making shared and appropriate decisions regarding entering or not a dialysis program.

Conservative treatment also applies to patients withdrawn from dialysis, which has recently become a leading cause of death on dialysis among elderly patients. The decision of dialysis withdrawal is rarely taken by a competent patient, but often proposed by the medical team after a failed dialysis trial in case of major somatic complications in a severely debilitated patient.

© 2007 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Correspondance.

Adresse e-mail : joly@necker.fr

Au cours des dernières années, l'accès d'un nombre croissant des patients « très âgés » (plus de 80 ans) à l'épuration extra-rénale chronique a suscité de nombreuses interrogations d'ordre médical, éthique, et socio-économique. Dans ce groupe d'âge, bien que les résultats globaux de la dialyse soient encourageants, médecins et patients renoncent parfois à débiter l'épuration extra-rénale (ou à la poursuivre lorsqu'elle a été débutée), pour faire le choix d'un traitement purement « conservateur » de l'insuffisance rénale terminale. Peu d'études ont été consacrées à ce sujet ; nous commençons à peine à entrevoir, outre les particularités épidémiologiques et cliniques, les éléments du pronostic vital et fonctionnel qui sous-tendent le choix d'un traitement conservateur de l'insuffisance rénale terminale dans cette catégorie d'âge. Dans les faits, il apparaît que la décision d'un traitement conservateur est prise soit en amont, soit en aval de la consultation de néphrologie.

Traitement conservateur par non-recours au néphrologue

Il est probable que de nombreux octogénaires atteignent le stade terminal de l'IRC et décèdent sans avoir bénéficié d'une prise en charge néphrologique. Aucune donnée épidémiologique fiable ne nous permet de mesurer l'ampleur de ce phénomène. Deux enquêtes, effectuées auprès de médecins généralistes britanniques [1] et canadiens [2] ont montré que les patients étaient d'autant moins volontiers adressés au néphrologue que leur âge était avancé et/ou leur comorbidité forte. Dans leurs 3 dernières années d'exercice, 13 à 19 % des généralistes et 44 % des internistes nord-américains interrogés avaient décidé de ne pas solliciter un néphrologue devant une IRC terminale [2,3]. Selon les enquêtes et les pays, 12 à 63 % des généralistes pensent que l'on peut être « trop âgé pour la dialyse ». La courte espérance de vie prévisible et la lourdeur des soins en dialyse sont régulièrement évoqués.

De fait, les patients très âgés atteignant le stade terminal de l'IRC ont un profil de comorbidité et de prise en charge néphrologique particuliers, suggérant qu'il pourrait s'agir d'une population sélectionnée. Plusieurs équipes ont signalé une prévalence réduite de certaines comorbidités (troubles cognitifs sévères, diabète, insuffisance respiratoire, artérite) chez les octogénaires débutant la dialyse, comparativement à des patients moins âgés. Ces profils de comorbidité particuliers peuvent s'expliquer par un manque d'acuité diagnosti-

que (en particulier à l'égard des troubles cognitifs, régulièrement méconnus ou sous-estimés), par un désavantage de survie lié à certaines pathologies (notamment le diabète), mais aussi par une « sélection » des patients en amont de la consultation de néphrologie.

Enfin, lorsqu'elle a lieu, la prise en charge néphrologique des octogénaires est souvent trop tardive. La proportion d'octogénaires en IRCT vus tardivement par le néphrologue (moins de 4 mois avant le début de la dialyse) est élevée dans notre expérience (34 % des patients). On ignore si le grand âge est un facteur de risque indépendant de prise en charge spécialisée tardive, s'il est associé une moins bonne prise en charge spécialisée diagnostique ou thérapeutique de l'IRC avancée. On sait cependant que la prise en charge néphrologique tardive modifie les choix thérapeutiques, augmente la morbidité et la mortalité des patients.

Traitement conservateur en néphrologie

Avis d'experts et enquêtes d'intention

Dans une étude française publiée en 1990 [4], 1,5 % des 185 néphrologues interrogés se disaient prêts à ne pas débiter un programme de dialyse chronique chez les patients âgés de 80 à 85 ans, ce pourcentage augmentant à 11 % pour les patients âgés de 85 à 90 ans et à 26 % au delà de 90 ans. Les intentions sont-elles les mêmes 15 ans plus tard ? *A priori*, la majorité des experts s'accordent à dire que l'âge ne peut pas constituer à lui seul un critère éthiquement acceptable d'accès ou non à la dialyse. En France, dès 1996, le rapport de l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) ne mentionnait pas l'âge, et soulignait qu'en dehors de certaines affections très évoluées avec cachexie majeure ou de certaines démences, il était difficile de retenir des situations de véritable contre-indication et de refuser le bénéfice de la dialyse sans un avis néphrologique. Les meilleurs experts indiquent que l'existence d'une démence, d'une dénutrition massive, d'une néoplasie évolutive ou d'une perte d'autonomie peuvent inciter à ne pas débiter l'épuration extra-rénale [4,5]. Plusieurs enquêtes d'intention ont révélé que les troubles cognitifs étaient au premier rang des éléments amenant à discuter l'abstention des dialyses [6], devant la perte d'autonomie physique et la lourdeur de la comorbidité. Ces caractéristiques cliniques, unanimement citées par les experts et par les néphrologues lors d'enquêtes d'intention, jouent-elles un rôle dans les propositions médicales

faites aux octogénaires arrivant au stade terminal de l'IRC ? L'analyse rétrospective des pratiques suggère que les éléments décisionnels sont différents.

Étude des pratiques : expérience de l'hôpital Necker

En examinant rétrospectivement les cas de 146 octogénaires ayant atteint le stade terminal de l'IRC à l'hôpital Necker entre 1989 et 2000, nous avons constaté que la décision de ne pas débiter la dialyse et d'instaurer un traitement purement conservateur de l'IRC terminale a été prise dans 29 % des cas ($n = 43$). Si cette décision a parfois été prise unilatéralement par le patient ($n = 6$), malgré une information objective et renouvelée, elle a dans la majorité des cas été prise par l'équipe médicale, exposée au patient et/ou à sa famille, et acceptée ($n = 37$).

En analysant les déterminants potentiels des propositions médicales, nous avons constaté que le diagnostic de démence avérée était statistiquement aussi fréquent dans le groupe « proposition de traitement conservateur » que dans le groupe « proposition de dialyse » ; de même qu'il n'y avait pas de différences entre les deux groupes en termes d'état nutritionnel, de score de Karnovsky, de score de comorbidité, ou de proportion de néoplasies évolutives. En revanche, deux caractéristiques cliniques étaient fortement associées au choix par l'équipe médicale d'un traitement conservateur : l'isolement social (43 % vs 14 %, $p = 0.003$) et la prise en charge néphrologique tardive (< 4 mois ; 51 % vs 29 %, $p = 0,01$) [7]. Ces résultats suggèrent qu'au-delà du poids de la polypathologie et des infirmités, la qualité de l'entourage est déterminante pour la décision de mise en dialyse d'un patient très âgé.

Dans notre expérience, le traitement conservateur consiste en une prise en charge symptomatique de l'IRC terminale, visant à traiter au mieux l'anémie, la surcharge hydrosodée, les troubles hydro-électrolytiques, la dénutrition, la douleur. En fin de vie, un séjour hospitalier prolongé est parfois la seule solution, mais le plus souvent le traitement conservateur a pu être organisé à domicile, avec l'aide du médecin traitant, des aidants familiaux et professionnels, et avec la possibilité de visites de contrôle mensuelles en hôpital de jour de néphrologie.

Dialyse ou traitement conservateur ? Les éléments objectifs utiles à une décision « partagée »

Selon les recommandations établies conjointement par deux sociétés nord américaines de néph-

rologie (RPA/ASN), les patients atteignant le stade préterminal de l'IRC (et/ou leur famille) devraient recevoir des informations détaillées avant de discuter de l'opportunité de débiter la dialyse et de prendre une décision « partagée » avec le médecin [8]. Les informations objectives utiles dans ce groupe d'âge sont le pronostic vital, la qualité de vie, et les fonctions cognitives.

Nous avons rapporté une survie médiane d'environ 9 mois (IC 95 %, 4 à 10 mois) en cas de traitement conservateur. La proportion relativement importante de décès précoces par urémie ou par œdème pulmonaire (respectivement 35 % et 24 % des décès) suggère que la survie aurait pu être significativement prolongée par la dialyse. À l'inverse, des survies relativement prolongées ne sont pas impossibles (15 % à 24 mois), en particulier si la fonction rénale ne se dégrade que très lentement au fil du temps [7].

En dialyse, malgré une mortalité initiale assez forte (20 % à 3 mois), la survie médiane est meilleure 28,9 mois (IC 95 % : 24-38), et représente un quart à un tiers de l'espérance de vie de la population générale dans cette tranche d'âge. Nous avons identifié par analyse multivariée 3 prédicteurs indépendants de la mortalité durant la première année de dialyse : le statut nutritionnel (réduction du risque de décès de 17 % par point d'index de masse corporel), la prise en charge néphrologique tardive (< 4 mois, risque vital augmenté de 128 %) et la dépendance fonctionnelle (score de Karnovsky ≤ 40 , risque vital augmenté de 134 %). À partir de ces trois paramètres, nous avons construit une équation prédictive du taux de survie à 1 an, les prévisions variant de 15 % à 83 %. Si la question de la survie est débattue, ces informations pronostiques sont utilisables pour aider le patient, son entourage et le médecin à prendre une décision « partagée » quant à la dialyse. Au-delà de la première année de dialyse, les facteurs prédictifs de survie changent ; la comorbidité cardiovasculaire (et notamment l'existence d'une artérite des membres inférieurs) devient de très loin le principal élément prédictif de décès.

Au-delà de la prolongation de la vie, la majorité des patients très âgés ainsi que leurs proches souhaitent prendre en compte la qualité de vie prévisible en dialyse. Plusieurs études rétrospectives ont grossièrement évalué la qualité de vie en utilisant des marqueurs indirects tels que le nombre de séjours hospitaliers, les durées d'hospitalisation, ou le score fonctionnel de Karnovsky ; sans surprise, les résultats sont moins bons que ceux observés dans la population générale, mais aucun de ces marqueurs indirects simples ne peut rendre compte du

vécu du traitement. Lorsque des indices de satisfaction de vie sont utilisés, la perception de la dialyse par les sujets âgés est positive. Plus de deux tiers d'entre eux ont un indice de satisfaction élevé et estiment leur état de santé amélioré par rapport à ce qu'il était avant l'instauration de l'épuration extra-rénale [9]. Au sein d'une vaste cohorte de dialysés de plus de 70 ans, la perception de la qualité de vie « physique » est inférieure à celle de la population générale de même âge ; en revanche, le score de qualité de vie « mentale » est comparable chez les dialysés et chez les sujets contrôles, que ce soit à court terme (3 mois) ou après plusieurs années [10]. De même, 80 % des patients hémodialysés de plus de 80 ans recommanderaient la dialyse à des malades de leur âge alors que seulement 12,5 % leur recommanderaient de refuser ce traitement.

L'existence de troubles cognitifs est un cas particulier fréquent chez l'octogénaire : la dialyse, si elle est décidée, peut-elle les faire régresser ? Une discussion approfondie avec l'entourage du patient est indispensable, car en retraçant l'évolution récente des troubles physiques et psychiques, on peut parfois mieux faire la part entre encéphalopathie urémique et troubles cognitifs dégénératifs irréversibles. Mais cette distinction est délicate, et beaucoup d'équipes proposent en pratique de débiter les dialyses à titre d'essai, pour une période de 1 à 3 mois : outre une épuration extra-rénale de bonne qualité, l'équipe soignante essaie de corriger aussi complètement que possible les anomalies biologiques et somatiques, et propose une prise en charge de l'ensemble des handicaps du patient. Malheureusement, cette pratique n'a jamais été ni formalisée ni évaluée, de sorte qu'au début de la dialyse, établir le pronostic des troubles cognitifs reste souvent hasardeux.

Traitement conservateur après arrêt de la dialyse

L'arrêt des dialyses est, au sein d'une population de dialysés adultes -tous âges confondus-, la deuxième cause de décès (22 %) aux États-Unis [11], et la première de décès (20,5 %) au sein d'une vaste cohorte de dialysés français [12]. Deux études indiquent que le risque relatif d'arrêt de dialyse est nettement plus fort chez les octogénaires. Parmi les 144 octogénaires suivis à l'hôpital Necker, les arrêts de dialyse représentaient la troisième cause de décès (16,5 %), derrière les accidents vasculaires (33 %) et les cancers (20 %) ; les décès par arrêt des dialyses sont principalement survenus chez des patients atteints de troubles cognitifs et/ou d'une

perte d'autonomie physique importante, et la discussion d'un arrêt du traitement a presque toujours été initiée par l'équipe médicale, à l'occasion d'une complication somatique intercurrente. Dans certains cas il s'agissait, comme nous l'avons évoqué plus haut, d'un « essai de dialyse » infructueux. L'interruption des dialyses par décision unilatérale d'un patient « compétent », en l'absence de complication somatique récente, est une forme de suicide [11] ; ce cas de figure est exceptionnel dans notre expérience, y compris chez les octogénaires.

L'interruption de la dialyse se fait donc dans des circonstances variées, qu'il nous appartient de mieux décrire. Les modalités de cette interruption de traitement sont elles-mêmes variables (interruption des séances, espacement et/ou raccourcissement des séances, ultrafiltration simple) et adaptées à la fonction rénale résiduelle du patient ainsi qu'à son espérance de vie prévisible.

Dimension économique

La maîtrise des coûts de santé étant devenue le maître mot de la politique sanitaire de bien des pays, on pourrait craindre que la dialyse des patients très âgés ne devienne l'objet de restrictions implicites. Les médecins qui assument la gestion de budget globaux et d'offres de soins limitées admettent que l'âge intervient dans le choix du traitement [13], et que les implications financières de la dialyse ne sont discutées qu'au sujet des patients les plus âgés.

Aucun médecin ne peut aujourd'hui, sous le poids de cette pression économique, dire que la dialyse des octogénaires est un exercice futile : les résultats sont très encourageants aussi bien en terme de survie qu'en terme de qualité de vie [14]. On peut même s'interroger sur le bénéfice qu'il y aurait à identifier un groupe de patients à très haut risque de décès en dialyse. Comme l'ont montré Chandna et al., à partir d'une cohorte de 282 patients, ne pas débiter la dialyse dans un groupe de 26 patients à très haut risque de décès théorique à un an aurait eu deux effets : (i) une économie minimale sur le budget de la dialyse (seulement 3,2 %) ; (ii) le « sacrifice » inacceptable d'un laps de vie parfois plus long que prévu (5 des 26 patients ont en effet survécu plus de 2 ans) [15].

Au niveau individuel, seuls des critères médicaux irréfutables devraient être utilisés pour conseiller de ne pas débiter un programme de dialyse chronique. Ces critères existent (démence sévère, cancer terminal...) mais en pratique d'autres éléments sont associés à la décision de ne pas dialyser, tels

que l'isolement social ou la prise en charge néphrologique tardive. On ne peut pas exclure que ces deux caractéristiques soient le reflet d'un rationnement implicite des soins dans cette tranche d'âge. Elles ne sont en tout cas pas invariables. Professionnels de santé et travailleurs sociaux disposent de nombreux moyens pour lutter contre l'isolement social ; leur mise en œuvre ne peut être optimisée que par une analyse individuelle approfondie du contexte social de chaque patient. Les bons résultats de la dialyse chez les octogénaires, mieux appréciés par les soignants et par le public, encourageront peut-être la prise en charge spécialisée d'un certain nombre de patients qui ne sont à l'heure actuelle soit pas adressés au néphrologue, soit adressés tardivement ; on peut espérer qu'une prise en charge néphrologique précoce des octogénaires urémiques permettra non seulement de limiter le recours au traitement conservateur, mais aussi d'améliorer leur survie en dialyse.

Références

- [1] Parry RG, Crowe A, Stevens JM, Mason JC, Roderick P. Referral of elderly patients with severe renal failure: questionnaire survey of physicians. *BMJ* 1996;313:466.
- [2] Mendelssohn DC, Kua BT, Singer PA. Referral for dialysis in Ontario. *Arch Intern Med* 1995;155:2473-8.
- [3] Sekkarie M, Cosma M, Mendelssohn D. Nonreferral and nonacceptance to dialysis by primary care physicians and nephrologists in Canada and the United States. *Am J Kidney Dis* 2001;38:36-41.
- [4] Pollini J, Teissier M. A difficult dilemma to resolve: aged patients refused for treatment by iterative hemodialysis. Ethical problem or medical choice? Reflections apropos of a questionnaire-inquiry. *Nephrologie* 1990;11:341-7.
- [5] Mignon F, Michel C, Viron B, Mentre F, Jaar B. End-stage renal diseases in patients 75 and over: a new medical, socio- economical and ethical challenge. *Eur J Med* 1992;1:302-7.
- [6] Holley JL, Foulks CJ, Moss AH. Nephrologists' reported attitudes about factors influencing recommendations to initiate or withdraw dialysis. *J Am Soc Nephrol* 1991;1:1284-8.
- [7] Joly D, Anglicheau D, Alberti C, Nguyen AT, Touam M, Grunfeld JP, et al. Octogenarians reaching end-stage renal disease: cohort study of decision-making and clinical outcomes. *J Am Soc Nephrol* 2003;14:1012-21.
- [8] Nephrology RPAaASo. Shared Decision Making in the appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Clinical Practice Guideline Number 2. Rockville 2000.
- [9] Simmons RG, Abress L. Quality-of-life issues for end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 1990;15:201-8.
- [10] Lamping DL, Constantinovici N, Roderick P, Normand C, Henderson L, Harris S, et al. Clinical outcomes, quality of life, and costs in the North Thames Dialysis Study of elderly people on dialysis: a prospective cohort study. *Lancet* 2000;356:1543-50.
- [11] Neu S, Kjellstrand CM. Stopping long-term dialysis. An empirical study of withdrawal of life- supporting treatment. *N Engl J Med* 1986;314:14-20.
- [12] Birmele B, Francois M, Pengloan J, Francois P, Testou D, Brillet G, et al. Death after withdrawal from dialysis: the most common cause of death in a French dialysis population. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19:686-91.
- [13] Mallick N, El Marasi A. Dialysis in the elderly, to treat or not to treat? *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:37-9.
- [14] Oreopoulos DG, Dimkovic N. Geriatric nephrology is coming of age. *J Am Soc Nephrol* 2003;14:1099-101.
- [15] Chandna SM, Schulz J, Lawrence C, Greenwood RN, Farrow K. Is there a rationale for rationing chronic dialysis? A hospital based cohort study of factors affecting survival and morbidity. *BMJ* 1999;318:217-23.