

Le Bulletin de la Dialyse à Domicile

DIALYSE PERITONEALE CHEZ LE SUJET AGE

PERITONEAL DIALYSIS IN THE ELDERLY

William White, Edwina A Brown

Imperial College Renal and Transplant Centre, Hammersmith Hospital, London



Résumé

La dialyse péritonéale (DP) peut apporter une meilleure qualité de vie que l'hémodialyse (HD) en centre chez les sujets âgés qui nécessitent une épuration extra rénale (EER). La fragilité chez le sujet âgé suscite des difficultés qui peuvent trouver leur solution avec une dialyse péritonéale assistée, en collaboration avec les services gériatriques et de soins palliatifs. L'objectif de la DP chez le sujet âgé devrait être, tout en répondant aux attentes du patient, de contrôler les symptômes, maintenir l'équilibre volémique ainsi que la fonction rénale résiduelle.

Mots clés : dialyse péritonéale, vieillesse, sujet âgé, autonomie

Correspondance :

Professor Edwina Brown
Hammersmith Hospital
Du Cane Road
London
W12 0HS
UNITED KINGDOM

Email: e.a.brown@imperial.ac.uk

Abstract

Peritoneal dialysis (PD) can provide an improved quality of life to older patients requiring renal replacement therapy (RRT) compared to in-centre haemodialysis (HD). Frailty in the elderly poses challenges to PD, which may be met by assisted PD, and integration with geriatric and palliative services. The focus of PD care in the elderly should be on meeting patients' goals, controlling symptoms, maintaining fluid balance and maintaining residual renal function

Keywords : peritoneal dialysis, elderly, frailty, assisted peritoneal dialysis

INTRODUCTION

La prise en charge des sujets âgés en épuration extra rénale (EER) est souvent inspirée d'essais cliniques dont ils sont largement exclus, et de recommandations qui tiennent rarement compte de « problèmes » tels que l'espérance de vie et la fragilité, ou l'importance de l'autonomie et de la qualité de vie. De plus, à aucun moment dans la vie, les préoccupations de santé du patient et ses attentes ne sont autant prônes à diverger de celles du praticien que lorsqu'ils sont âgés. Alors que les cliniciens peuvent être obsédés à atteindre les cibles de dialyse adéquate, le patient âgé est principalement soucieux de son bien-être et d'éviter les hospitalisations.

La DP est délivrée dans la communauté et a donc plusieurs avantages sur la dialyse en centre. Cependant, les professionnels de santé délivrant la DP à des patients âgés doivent être avertis des besoins et défis dans cette population, et adapter leur prescription en conséquence.

AVANTAGES DE LA DP CHEZ LES SUJETS AGES

Dans la plupart des systèmes de santé, la vaste majorité des patients en EER sont traités en hémodialyse en centre : au Royaume-Uni, seuls 11,3 % des patients prévalents en dialyse âgés de 75 ans ou plus sont en DP en comparaison des 21,1 % de ceux âgés de moins de 55 ans (1). Ceci en dépit du fardeau bien reconnu, à la fois physiologique et pratique, que cela représente pour les sujets âgés. L'étude BOLDE (Broadening Options for Long Term Dialysis in the Elderly) a évalué la qualité de vie chez 140 patients de plus de 65 ans : par rapport à ceux en HD, les patients en DP démontraient un moindre taux d'intrusion de la maladie (2). Avec une information appropriée, plus de la moitié des patients âgés préféreraient être traités par DP (3).

La DP facilite l'autonomie du patient bien plus que l'HD. La DP permet le traitement à domicile, peut être organisée pour correspondre aux activités sociales, nécessite moins de déplacements à l'hôpital, et permet voyages et vacances. Dans la perspective du clinicien, l'ultrafiltration (UF) plus douce en DP évite les troubles hémodynamiques fréquemment observés chez les sujets âgés en HD, qui peuvent être une source significative d'hospitalisations et de mortalité. Les patients en DP démontrent une fonction rénale résiduelle prolongée comparativement à ceux en HD, ceci permettant potentiellement des journées sans dialyse (4). D'un point de vue utilitaire, un traitement à domicile, tel que la DP, évite les coûts organisationnels et financiers liés aux transports aller-retour des patients au centre d'HD.

LES DEFIS DE LA DP CHEZ LES PATIENTS AGES

Les patients âgés ont surtout des comorbidités, une prévalence élevée de fragilité et de troubles cognitifs, une réduction de l'espérance de vie : en conséquence, c'est l'état de « d'âge avancé » qui détermine la nature et la longueur de la carrière en DP d'une personne âgée plutôt que la DP en elle-même. La fragilité, un syndrome partiellement défini par la perte de poids, la faiblesse musculaire et la fatigue, est plus prévalente chez les insuffisants rénaux indépendamment de l'âge et est associée à un mauvais pronostic. L'étude FEPOD (Frail Elderly Patient Outcomes on Dialysis) a montré que la fragilité est le facteur prédominant associé avec une moindre qualité de vie chez les patients en dialyse, quelle que soit la modalité, HD ou DP (6).

La fragilité peut se traduire par une difficulté à soulever une poche de dialysat, une mauvaise vision, une faible dextérité manuelle, source de difficultés pour connecter et déconnecter les systèmes de dialyse. La présence de troubles cognitifs, qui sont plus fréquents en insuffisance rénale avancée, peut signifier que le patient aura besoin d'un temps de formation plus long, ou même s'avérer incapable d'assurer par lui-même son traitement en DP. Le risque de la dialyse péritonéale n'est pas accru chez les patients plus âgés, bien que ceux qui développent une péritonite ont une mortalité précoce plus élevée (7). Un des avantages de la DP sur l'HD est que les membres de la famille ou des personnels de soins, peuvent apporter une aide, bien que cela leur impose un fardeau supplémentaire (4).

De plus, une inquiétante et large proportion de la population âgée vit dans de mauvaises conditions, et vit dans un logement inadéquat qui rend difficiles le stockage du matériel de DP et la réalisation des échanges dans des conditions de sécurité suffisantes. Adapter la DP aux besoins des patients âgés

Quand on prend en charge un patient âgé, il est important de garder à l'esprit, tandis que l'on devrait se référer aux recommandations de bonnes pratiques, les défis spécifiques dans la population âgée, les attentes en termes de résultats fonctionnel, et, par dessus tout, donner la priorité aux vœux du patient et de sa famille. Ceux-ci peuvent être différents (mais non irréconciliables avec) de ceux du professionnel de santé (Table 1).

Table 1 : Perspectives du patient et du professionnel de santé sur les buts de la dialyse péritonéale.

Préoccupations du patient	Préoccupations du professionnel de santé
Se sentir aussi bien que possible Maintenir son style de vie: <ul style="list-style-type: none"> - Activités journalières - Vie sociale - Travail Eviter les infections Lassitude liée à une technique répétitive Crainte de transfert en HD Conscience d'une espérance de vie réduite	Obtenir les cibles de dialyse adéquate Eviter l'infection Faisabilité de la DP en anurie Statut volémique Changement du péritoine avec le temps Envisager le futur: <ul style="list-style-type: none"> - Transfert en HD - Prise en charge de la fin de vie

Prescrire la DP à cette population nécessite aussi d'être centré sur le patient et focalisé sur l'optimisation de sa qualité de vie, c'est-à-dire maintenir l'autonomie, minimiser les symptômes et assurer la

qualité de vie qu'il/elle veut à la fin de sa vie – habituellement cela signifie éviter le transfert en HD. Les facteurs-clefs qui permettent d'adapter la DP pour atteindre ces objectifs sont résumés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : facteurs-clefs utiles à la qualité de vie chez les patients âgés en DP

Liés à la dialyse	Soins de soutien
Adapter la dialyse à la fonction rénale résiduelle <ul style="list-style-type: none"> • Journées sans dialyse (1-2/semaine) • Réduire le nombre d'échanges de DPCA (peut être 2-3) • Des petits échanges de DPCA peuvent être plus simples que la DPA DP assistée (peut être DPA ou DPCA) <ul style="list-style-type: none"> • Dès le début de la DP • En cours de traitement si le patient devient trop fragile ou qu'il y a un changement dans le soutien de la famille Ultrafiltration insuffisante <ul style="list-style-type: none"> • Introduire 2^e échange d'icodextrine (le jour en DPCA et DPA) 	Traiter les symptômes Evaluation et soutien gériatriques Assistance d'un service social Réhabilitation Planification de soins spécialisés pour la fin de vie

LA DP ASSISTEE

(c'est-à-dire dans le cas où une équipe entraînée ou des membres de la famille aident à tout ou partie de la procédure de dialyse) peut fournir un support médical et social chez les personnes âgées incapables d'assurer leur propre dialyse, leur permettant de choisir ou continuer avec un traitement à domicile plutôt qu'en centre d'HD. L'expérience du Danemark et de la France suggère que le coût de la DP assistée est identique à celui de l'HD en centre (8). Les données du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF) ont montré que la survie médiane chez les sujets assistés au dessus de 75 ans est de 24 mois, identique à celle de tous les patients incidents (dont 90 % seraient en HD)

dans le registre rénal du Royaume-Uni (9).

Etant donné que les patients âgés ont toutes les chances de rester en dialyse pour le restant de leurs jours (10), la préservation de la fonction rénale est importante. Minimiser l'exposition aux agents néphrotoxiques, ajuster la dose de dialyse à la fonction rénale résiduelle et utiliser un dialysat à pH neutre et à faible contenu en produits de dégradation du glucose (PDG), peut aider à cela. Le contrôle de la balance hydro-saline est un facteur-clé dans la minimisation des symptômes, en faisant tout pour trouver le juste milieu entre assurer une UF adéquate pour contrôler les œdèmes et éviter les hypotensions symptomatiques. Dans la mesure du possible, les prescriptions polymédicamenteuses doivent être évitées. La charge

glucidique peut être diminuée grâce à l'icodextrine dont il a été démontré qu'elle augmente l'ultrafiltration de manière sécuritaire. Chez les patients avec un volume d'ultrafiltration bas, l'introduction d'un second échange d'icodextrine peut éviter le besoin d'un transfert en HD (11).

Les services communautaires aux seniors, et les soins de deuxième intention, devraient être intégrés dans le plan stratégique de la dialyse. Ceux-ci comprennent l'accès à des services de réhabilitation, de support social et aussi la planification de sortie rapide en cas d'hospitalisation. Les professionnels de santé qui s'occupent de DP pour les patients âgés doivent développer des collaborations étroites avec les équipes gériatriques. Il y a clairement une place pour une infirmière spécialisée dans les soins rénaux des seniors, qui fournirait un support et un suivi réguliers pour ces patients en DP, mais aussi devrait participer aux réunions et aux tours cliniques, sans oublier la référence des patients vers des cliniques de la mémoire, celles des chutes et de la motricité ainsi que de la physiothérapie. Une évaluation de la fin de vie et des soins s'y rapportant devraient être envisagés à un stade précoce pour tous les patients âgés débutant la dialyse, et des soins palliatifs de qualité commencés dès que le besoin s'en ferait sentir.

CONCLUSIONS

La prescription de DP pour les patients âgés ne doit pas être basée sur des cibles établies pour une population adulte générale, mais plutôt sur la nécessité de fournir une qualité de vie maximale et de permettre aux patients de réaliser leurs objectifs. La fragilité, et non la dialyse, est le déterminant majeur de leur survie. L'intégration avec un programme de soins dans la communauté ainsi qu'avec des services de soins secondaires gériatriques et palliatifs revêt une grande importance pour fournir au patient dialysé une indépendance et un bien-être maximaux et lui éviter un transfert en HD ou une hospitalisation.

CONFLITS D'INTERET

Pas de conflits d'intérêt.

REFERENCES

1. MacNeill SJ, Casula A, Shaw C, Castledine C. UK Renal Registry 18th Annual Report: Chapter 2 UK Renal Replacement Therapy Prevalence in 2014: National and Centre-specific Analyses. Available at: https://www.renalreg.org/wp-content/uploads/2015/12/Chapter-02_v3.pdf
2. Brown, E. A. et al. Broadening Options for Long-term Dialysis in the Elderly (BOLDE): Differences in quality of life on peritoneal dialysis compared to haemodialysis for older patients. *Nephrol. Dial. Transplant.* 25, 3755–3763 (2010).
3. Manns, B. J. et al. The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: A randomized trial. *Kidney Int.* 68, 1777–1783 (2005).
4. Brown E.A. et al. Peritoneal or hemodialysis for the frail elderly patient, the choice of 2 evils? *Kidney Int.* 91, 294–303 (2017).
5. Fried, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 56, M146–M156 (2001).
6. Iyasere, O. U. et al. Quality of Life and Physical Function in Older Patients on Dialysis: A Comparison of Assisted Peritoneal Dialysis with Hemodialysis. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 11, 423–430 (2016).
7. Szeto, C. C. Peritoneal dialysis-related infection in the older population. *Peritoneal Dialysis International* 35, 659–662 (2015).
8. Bechade, C., Lobbedez, T., Ivarsen, P. & Povlsen, J. V. Assisted peritoneal dialysis for older people with end-stage renal disease: The french and danish experience. *Peritoneal Dialysis International* 35, 663–666 (2015).
9. Gilg J, Caskey F, Fogarty D: UK Renal Registry 18th Annual Report: Chapter 1 UK Renal Replacement Therapy Incidence in 2014: National and Centre-Specific Analyses. Available at: https://www.renalreg.org/wp-content/uploads/2015/12/Chapter-01_v3.pdf.
10. Brown E.A., Wilkie M. Assisted Peritoneal Dialysis as an Alternative to In-Center Hemodialysis. *CJASN* 11, 1522–1524 (2016).
11. Imtiaz MD et al, EuroPD 2015 – poster.

Reçu le 11/06/18, accepté après révision le 12/06/18, publié le 13/06/18