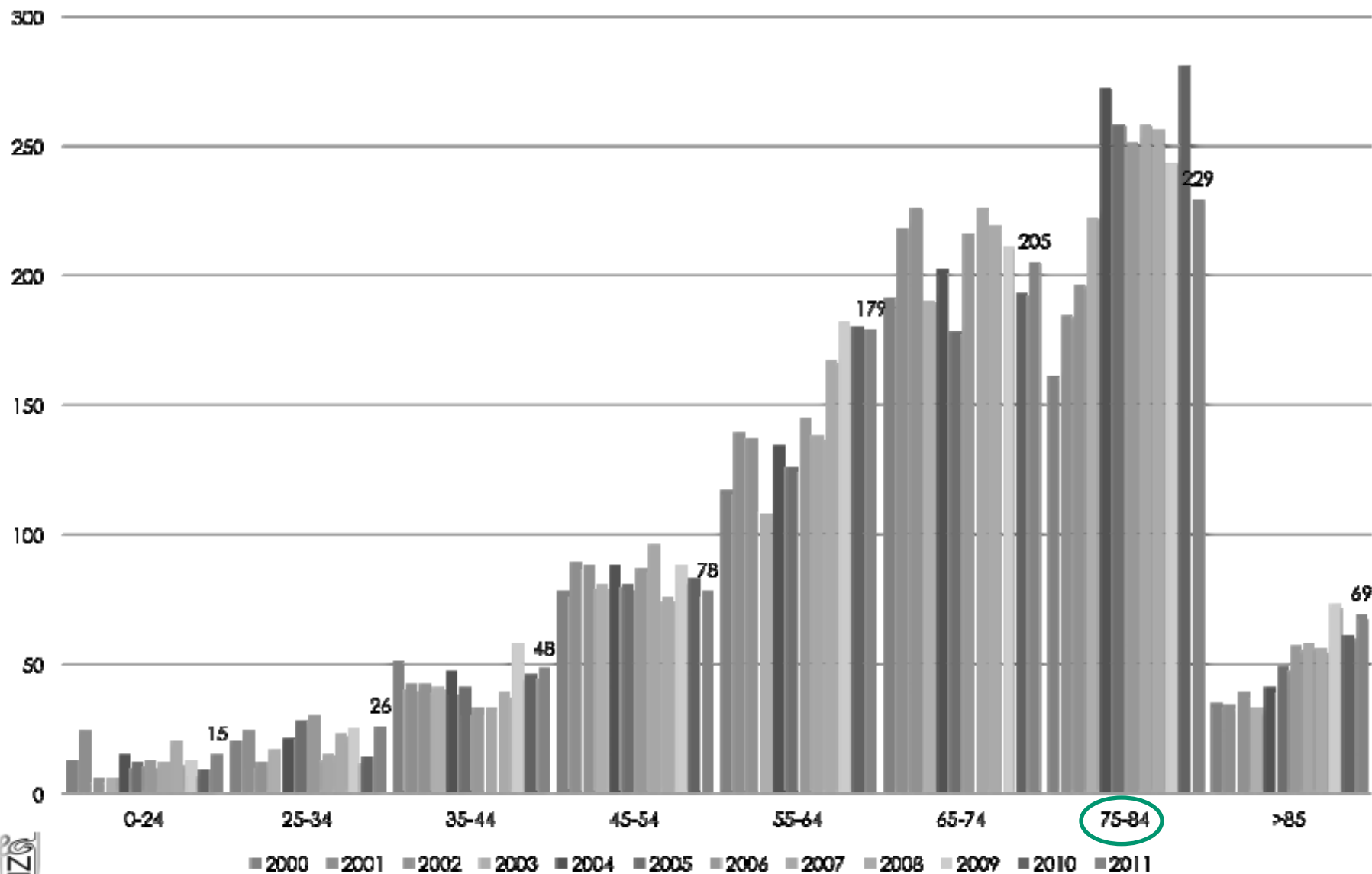


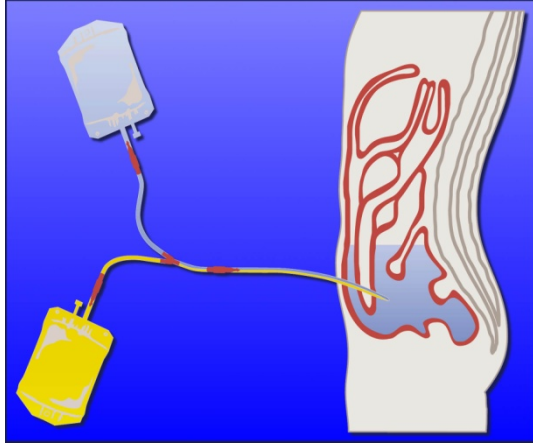
TRAITEMENT DE SUPPLEANCE DE
L'INSUFFISANCE RENALE TERMINALE :
ASPECTS
ETHIQUES ET ECONOMIQUES,
ROLES DU MEDECIN GENERALISTE

Mini-Symposium EPU 4 mai 2013
C Bovy, A Crismer et JM Krzesinski
Service de Néphrologie CHU Liège et
DUMG ULg

Evolution des classes d'Age (Valeurs brutes) Incidents 2000 - 2011



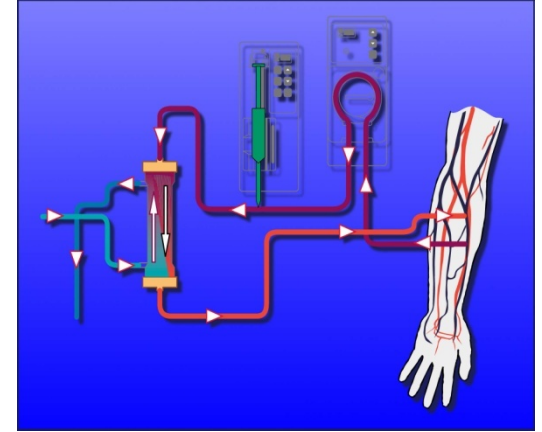
Quelle thérapie de remplacement du rein ?



Dialyse péritonéale



Transplantation



Hémodialyse

Chaque thérapie a ses avantages et inconvénients.

Autre Option?

Abstention

Functional Status of Elderly Adults before and after Initiation of Dialysis

Manjula Kurella Tamura, M.D., M.P.H., Kenneth E. Covinsky, M.D., M.P.H., Glenn M. Chertow, M.D., M.P.H., Kristine Yaffe, M.D., C. Seth Landefeld, M.D., and Charles E. McCulloch, Ph.D.

N Engl J Med 2009;361:1539-47.

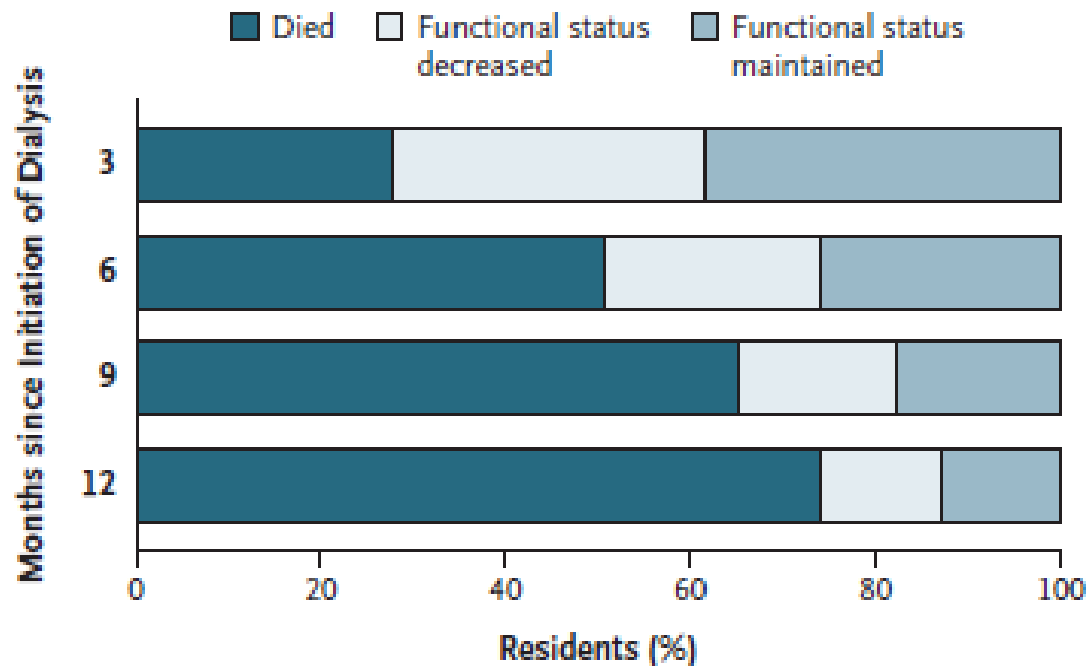


Figure 2. Change in Functional Status after Initiation of Dialysis.

Data were missing for 549 nursing home residents at 3 months, 696 residents at 6 months, 823 residents at 9 months, and 787 residents at 12 months from the full analytic cohort of 3702 residents.

Histoire clinique

- Monsieur LD, âgé de 78 ans en octobre 2008, consulte à la demande du MT pour prise en charge d'une IRC progressive.
- Le taux de créatinine est de 32 mg/l soit une GFR 20 ml/min (IRC stade 4).
- Plaintes: Dyspnée de grade 3, nycturie 2X/ nuit, claudication au MI G après 300m,
- AP: Décompensation cardiaque (FEVG 40%) sur CPI (infarctus myocardique en 1987),
- Traitement actuel: diltiazem, lisinopril, bumétanide, AAS et clopidrogel, simvastatine,
- **Ne souhaite pas aller en dialyse!**

Examen clinique

- Taille 1m70, poids 74 Kg
- PA 160/60 mmHg assis et debout, pouls 72/min Régulier
- OMI, tons cardiaques sourds, quelques râles de stase et hypoventilation basale, souffles fémoraux, artères périphériques mal perçues

Biologie et Imagerie

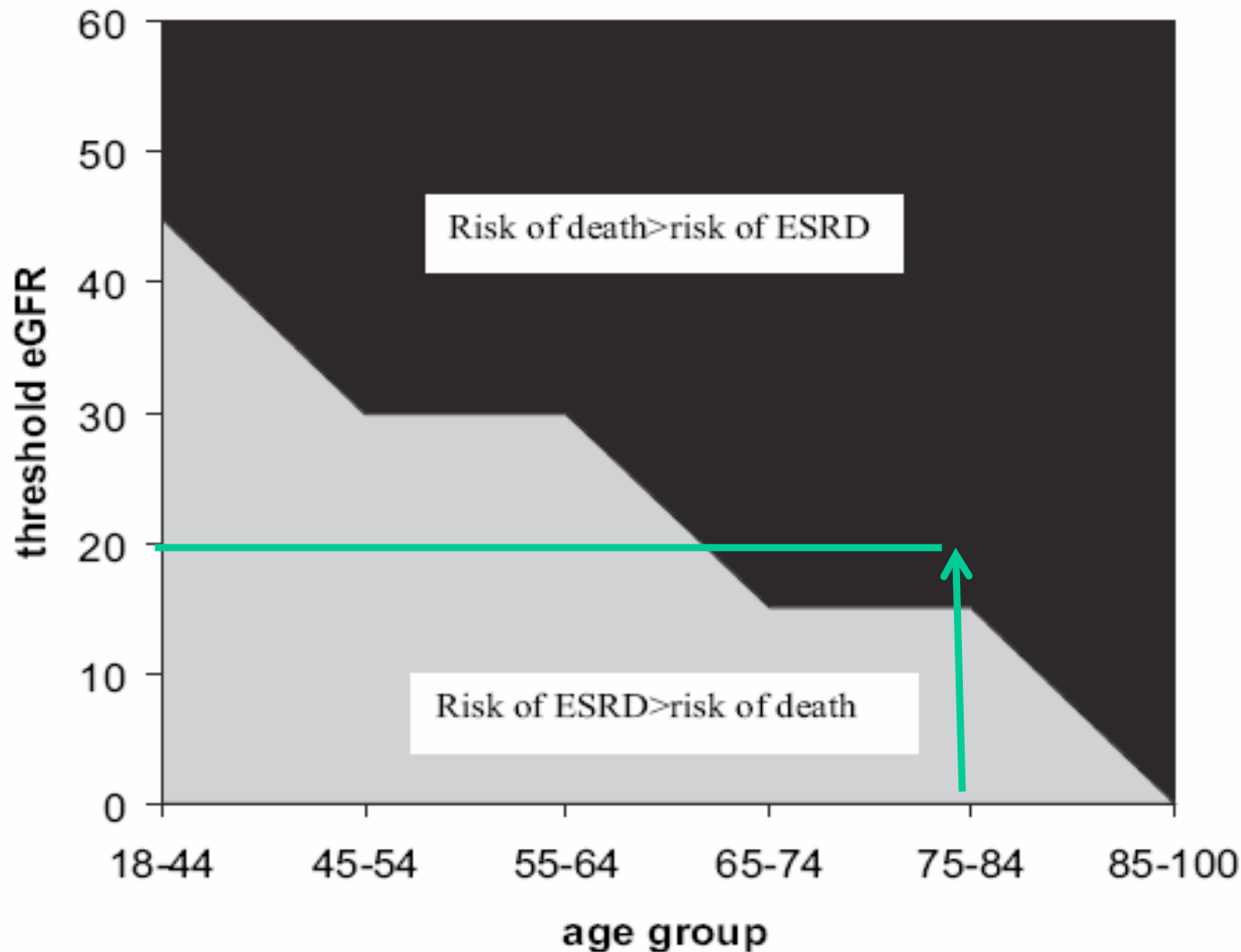
- Anémie NN Hb 9,2 g/dl, pas de déficit en Fer
- K 5,4 mmol/l, Albumine 33 g/l
- Ca N bas, P N,
- PTH accrue (365 ng/l), 25OHvitD 10 µg/l
- Acidose métabolique (bicarbonates 16mmol)
- RU: traces d'albumine
- Echo des reins: diminués de taille (8 cm), athéromasie calcifiante de l'aorte
- Rx Thorax: cardiomégalie, émoussements des sinus costo-diaphragmatiques.

The kidney failure risk equation: on the road to being clinically useful?

NDT Advance Access published April 5, 2013

- <http://www.qxmd.com/calculate-online/nephrology/kidney-failure-risk-equation>
- Selon cette équation qui tient compte de l'âge, sexe, eGFR, albuminémie, albuminurie/g créatininurie, Ca, P, Bicarbonates,
- ses « chances » d'aller en dialyse sont >60% à 5 ans

Baseline eGFR threshold below which risk for ESRD exceeded risk for death for each age group



Prise en charge

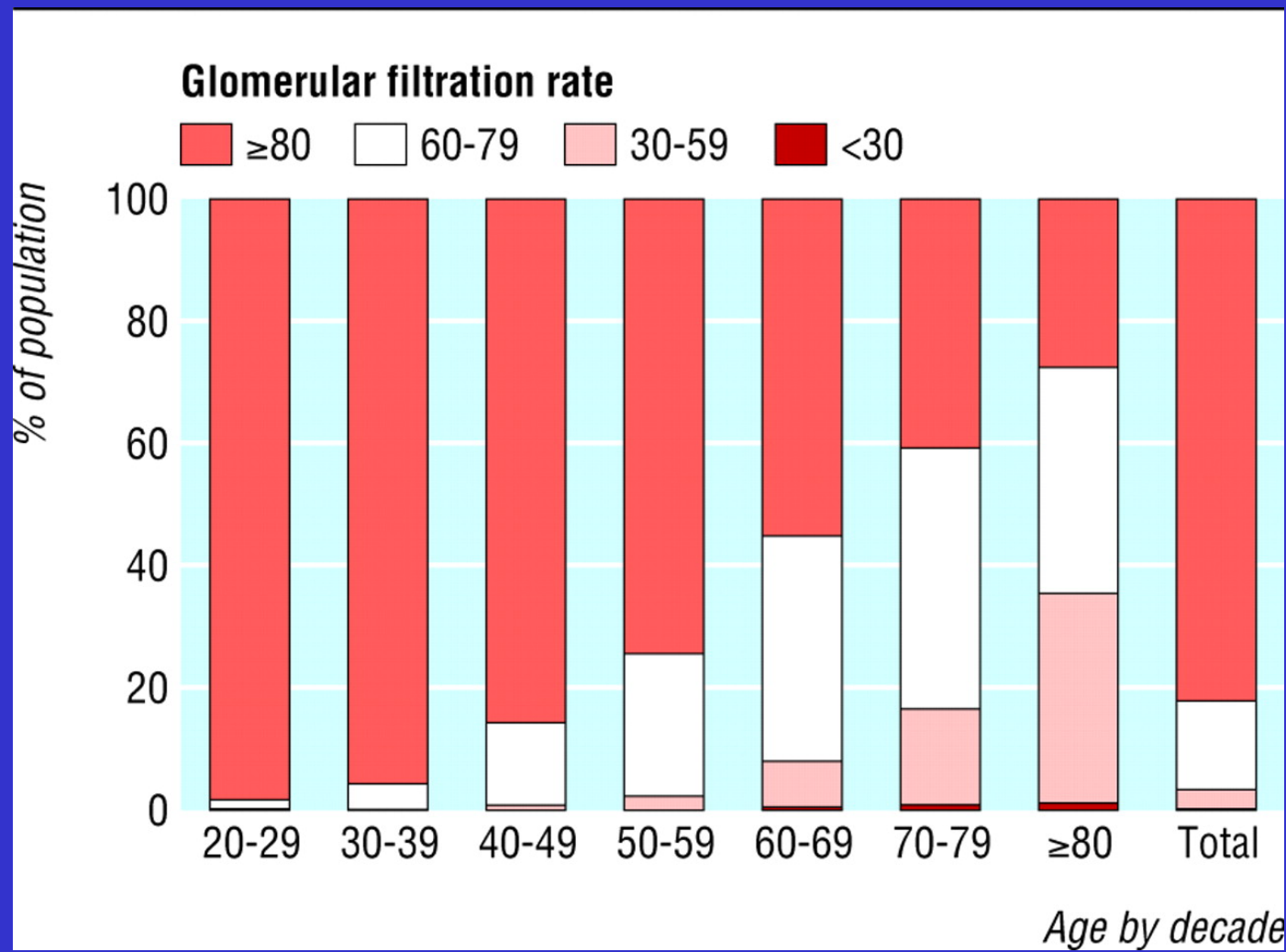
- **Gestion de l'HTA et des oedèmes**: limitation des boissons, augmentation des diurétiques de l'anse
- **Gestion de l'hyperkaliémie**: correction de l'acidose et de l'apport en K avec résine (kayexalate Ca)
- **Gestion de l'anémie**: fer et EPO et suivi de l'anémie 1X/mois
- **Gestion du Ca-P** : introduction de CaCO₃, limitation des aliments riches en P, D Cure et SN rocaltrol.
- **Gestion de l'acidose**: prise de bicarbonate de Na
- Recours à une diététicienne et à un soutien psychologique!

Rôle du médecin généraliste
dans
l'accompagnement du patient
en
insuffisance rénale terminale

A Crismer

04.05.13

avec Aïda



Weighted distribution of predicted glomerular filtration rate by the modification of diet in renal diseases equation, by age (in decades), for non-diabetic adults in third national health and nutrition examination survey.

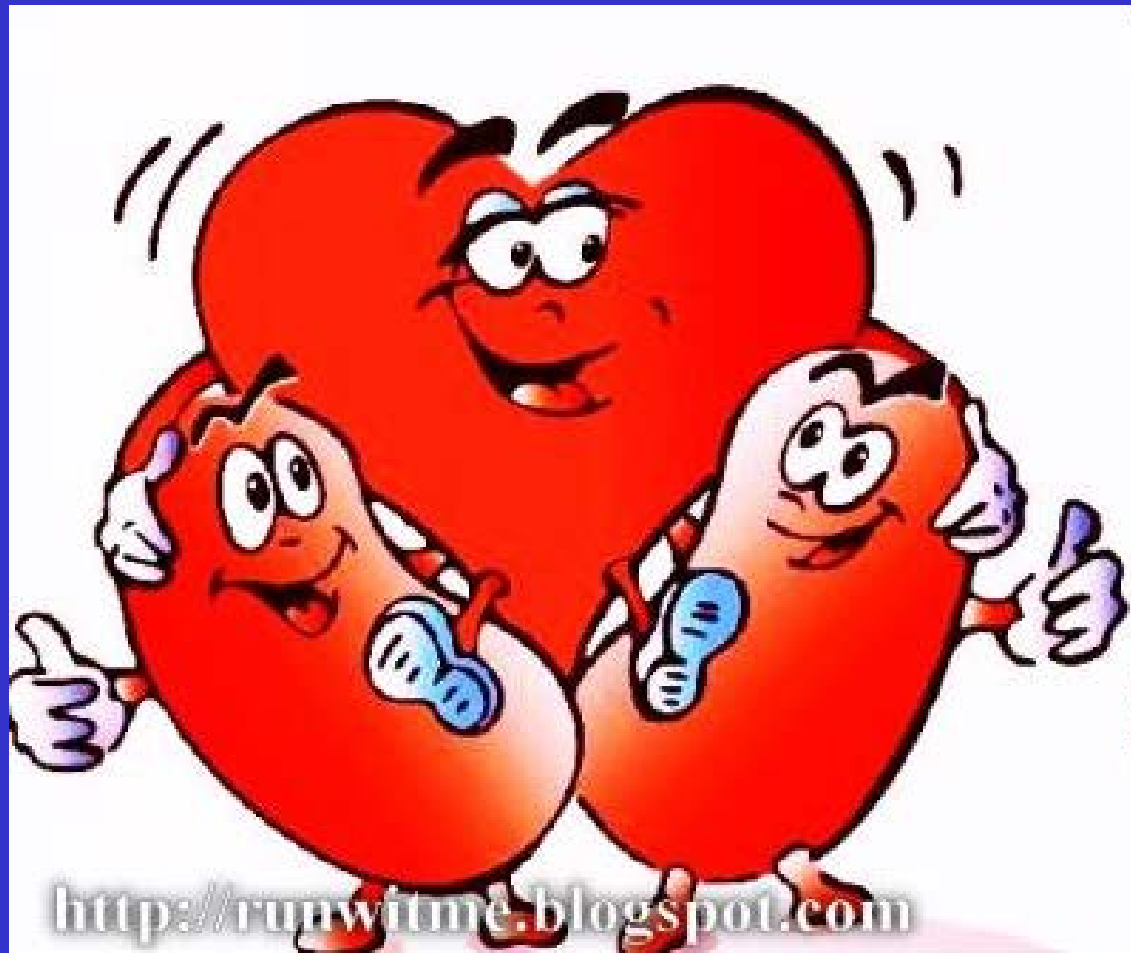
Le MG et la Maladie Rénale Chronique

- Longue évolution très Igtps asymptomatique
- Dépistage facile +++
 1. Filtration glomérulaire
 1. Formule de Cockcroft-Gault
 2. Formule MDRD simplifié
 2. Protéïnurie
 - Dépistage (diabète + HTA + > 55 ans) → 93.2% des cas de maladie rénale chronique
- Nbreuses actions préventives
 - Primaire
 - Tertiaire
 - Retarder les complications
 - Retarder évolution vers insuffisance rénale terminale
- !!! Anticiper la prise en charge de l'IRT

Recommandations

- Concise UK CKD guidelines. Identification, management and referral of adults with chronic kidney disease: concise guidelines (27/09/2005)
- NICE Clinical Guideline 73. Chronic kidney disease. National clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care. 2008
- SIGN Guideline 103. Diagnosis and management of chronic kidney disease. 2008

Lien entre reins et état cardiovasculaire



IEC

(Information/Education/Communication)

- Impliquer le patient
- Expliquer ce qu'est la maladie rénale chronique
- Intérêt et effets secondaires des différentes options

L'approche de l'insuffisance rénale terminale...

Qq éléments pour la réflexion...

- Dialyse + précoce n'entraîne pas de diminution de mortalité (N Engl J Med 2010;doi:10.1056/NE/MOA1000552)
→ début en fct° de clinique + préparation accès à dialyse...
- Évaluation de efficence pour NICE : coût < 20.000 -40.000 €/ QALY
BMJ 009: +/- coût de dialyse rénale. (Towse A, Raftery J. Should NICE's threshold range for cost per Qaly be raised? BMJ 2009; 338: 268-269)
- Si multipathologies / invalidité +++ : dialyse → bénéfice bcp moindre en termes de Qaly.
- 1 étude sur qualité de vie: bonheur des dialysés = population générale de même âge (Riis J, Loewenstein G, Baron J, Jepson C, Fagerlin A, Ubel P. Ignorance of hedonic adaptation to hemodialysis: a study using ecological momentary assessment. J Exper Psychology 2005;134:3-9).

...Une Approche centrée sur le patient.

Dans le A de SOAP, il y a 2 dimensions :

1. Diagnostic de la maladie
 2. Evaluer les attentes et préférences du patient
- P de SOAP dépend de A1 et A2: bon tt → connaître 1 et 2
(Mullay A, Trimble C, Elwyn G. Stop The Silent Diagnosis. BMJ2012;345:e6572)

« *Ecoutez le patient, il vous dit le diagnostic* » (W. Osler)

- Communication + Partenariat patient / médecin
- → Tenir compte des besoins et des attentes du patient
- Impliquer l'entourage si le patient est d'accord
- ≠ dire ce qu'on ferait à la place du patient (paternaliste)
- Explorer les options, y compris leur réversibilité...
- → choix informé du patient en fct de ses priorités

Approche centrée sur le patient

	Modèle paternaliste	Approche centrée sur le patient	Approche consumériste
Circulation de info	dans 1 sens	dans les 2 sens	dans un sens
Décision	Médecin	Patient /Médecin	Patient

Un patient

- Mr C
 - 83ans, multimorbidités + fin de vie
 - IRT
 - Désir de vivre
 - asthénie +++
 - → Dialyse → qualité de vie +++pdt 6 mois

Options de traitement

Professeur C Bovy

- Dialyse ? Si oui, quelle technique?
- Si pas de dialyse quel avenir?

Patient



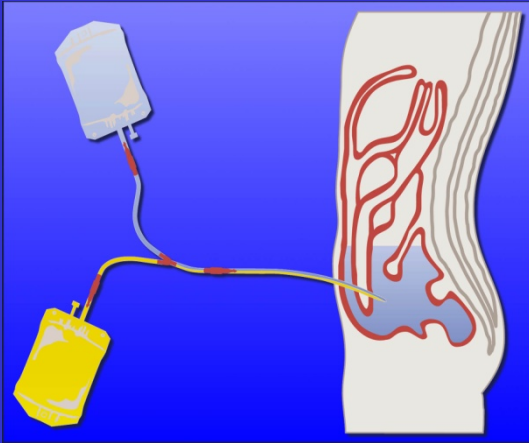
Insuffisance rénale terminale



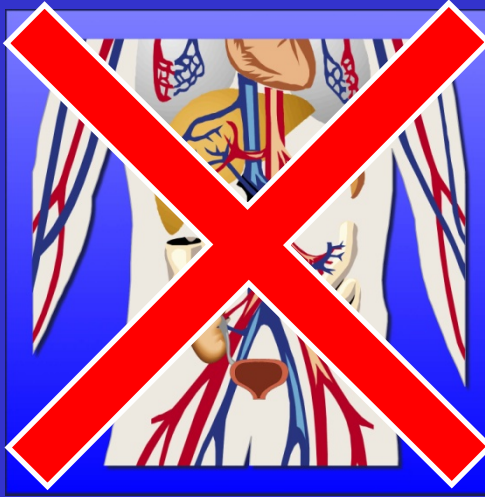
**Complications ou
risque de complications**



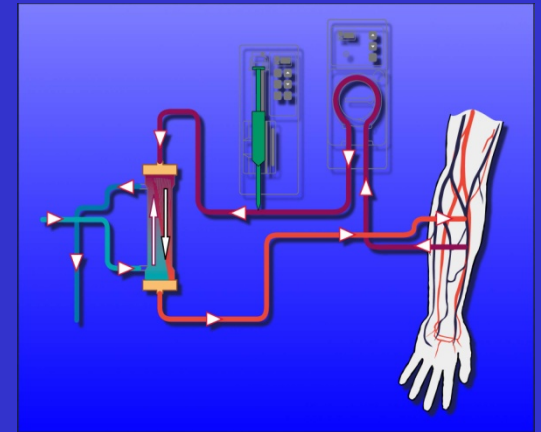
Traitement de suppléance



Dialyse péritonéale



Transplantation



Hémodialyse

Contre-indications

Hémodialyse

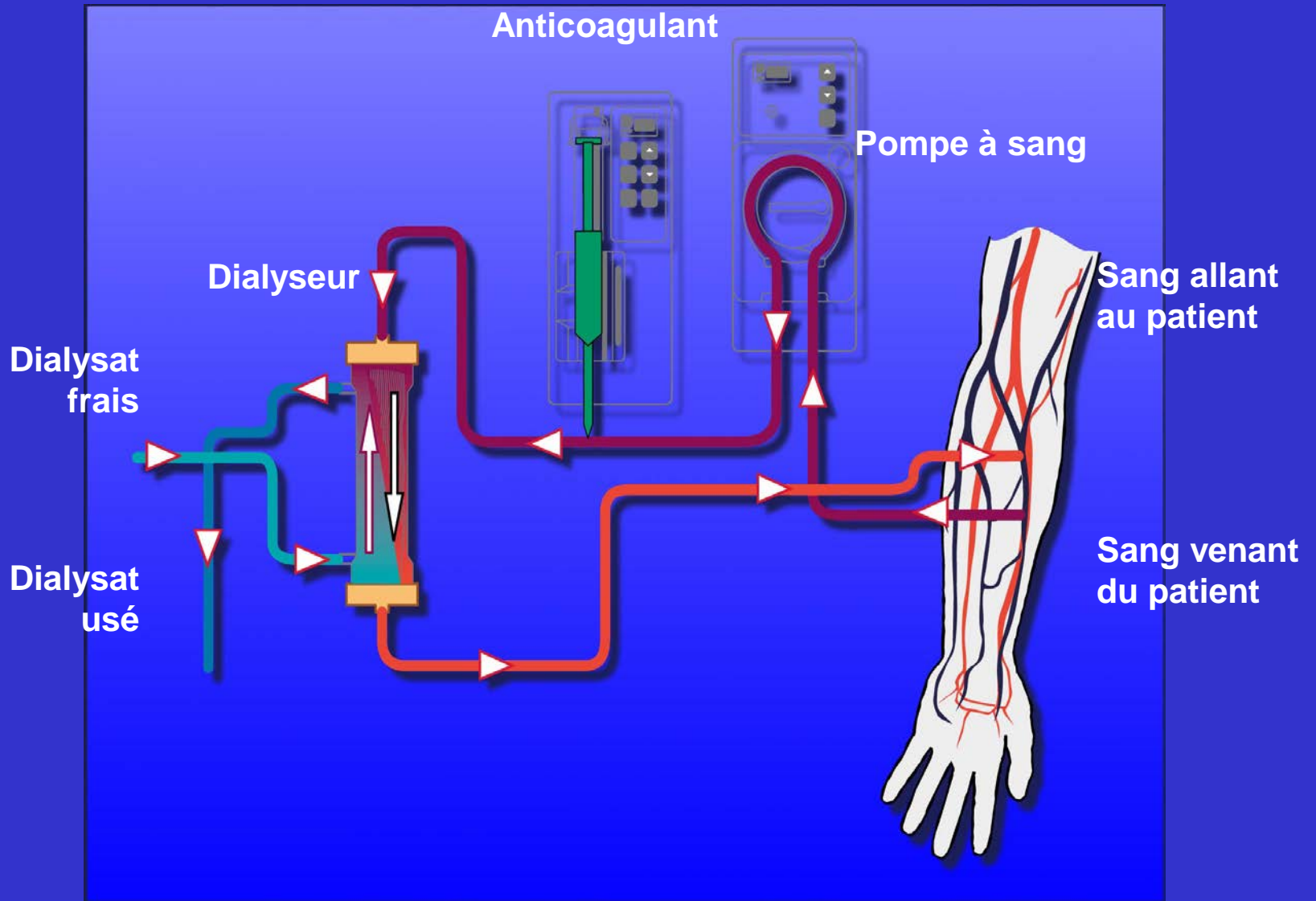
- Insuffisance cardiaque congestive
- Cirrhose décompensée
- Hypotension symptomatique
- **Choix du patient**

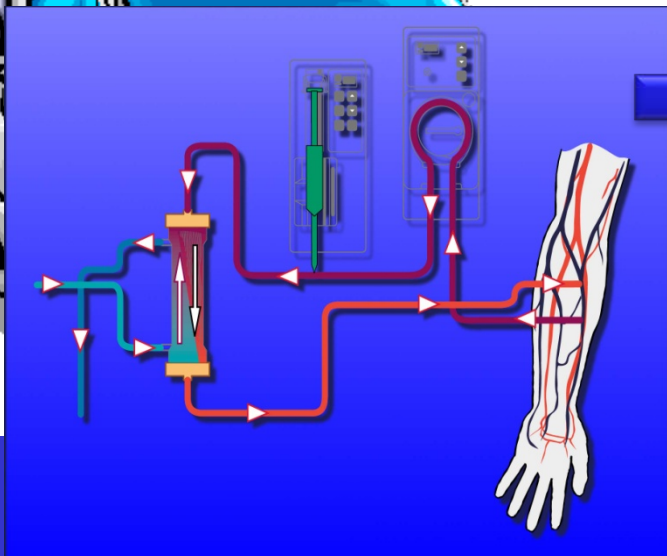
Dialyse péritonéale

- Résections intestinales extensives
- Syndrome restrictif pulmonaire
- **Choix du patient**

Hémodialyse

Schéma hémodialyse





Voie d'abord sanguine

FAV

Cathéter central



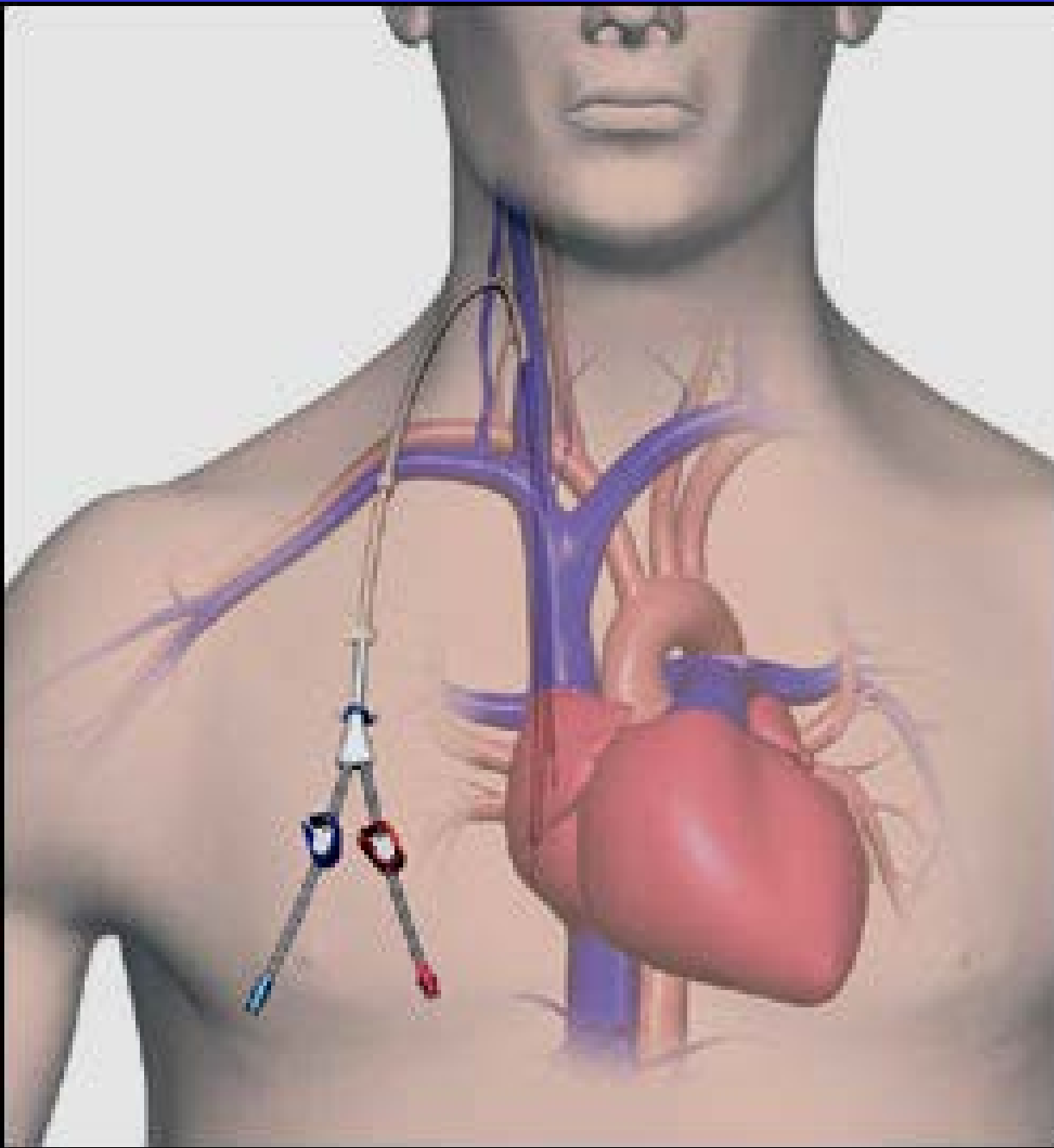


Thrombose
Saignement

(Infections)

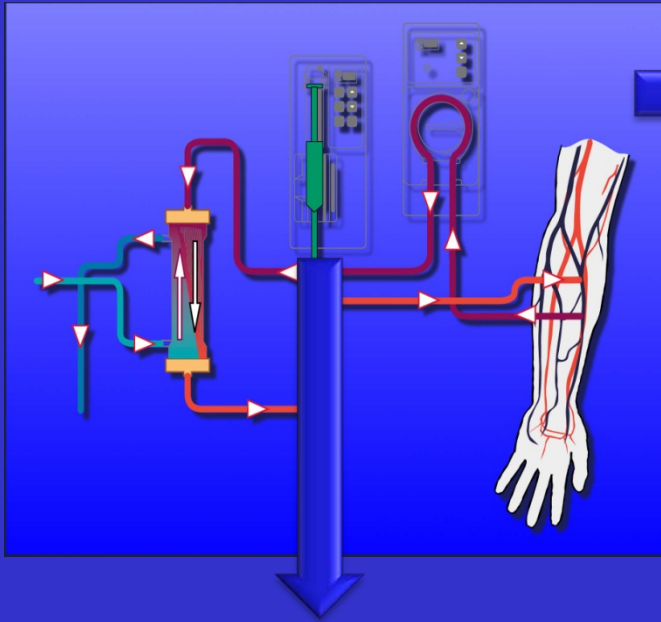
Meilleure qualité de
la dialyse

Prévoyance !



Infections

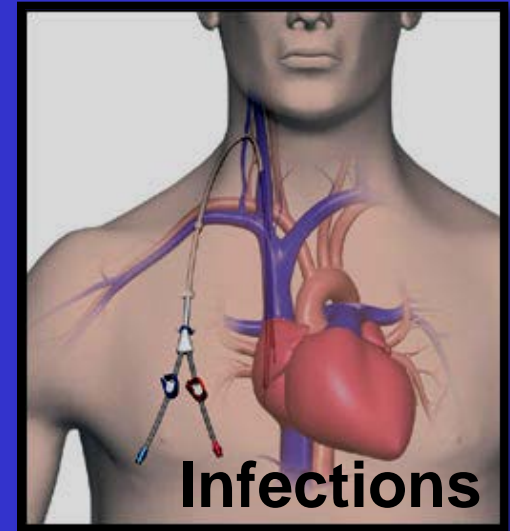
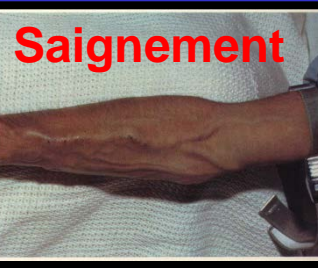
Thromboses



Voie d'abord sanguine

FAV

Cathéter central



Anticoagulation → risques accrus de saignement

Importantes fluctuations:

- volémie
- « métaboliques »

Importantes restrictions

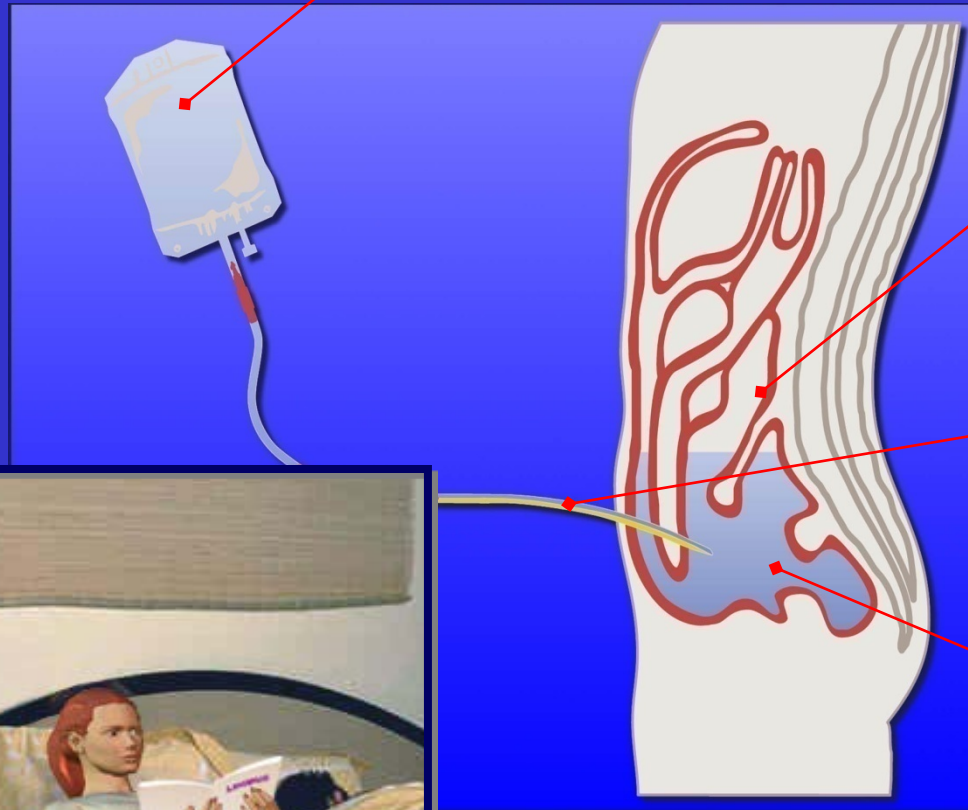
- hydrique
- diététiques



Dialyse péritonéale

Procédé

Poche de solution fraîche



Péritoine

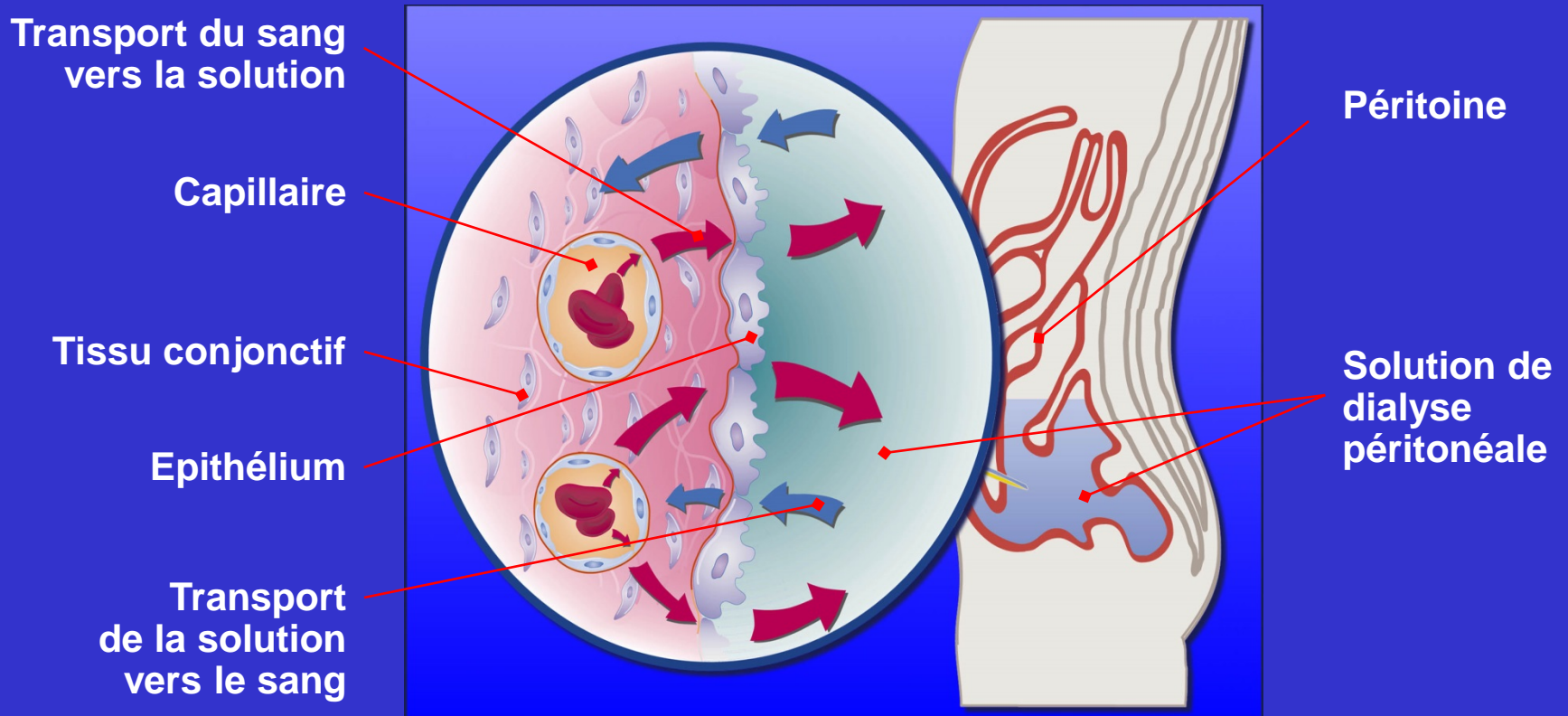
Cathéter implanté

Solution de dialyse péritonéale



Poche pour solution utilisée

Le Péritoine comme membrane semipermeable

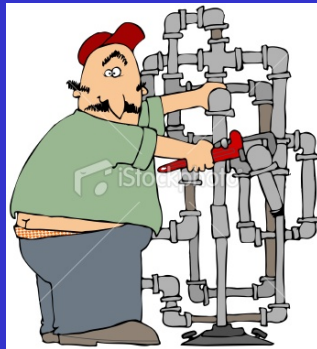


Le transport des substances à travers le péritoine s'effectue dans les 2 sens, par ex. celui des substances résultantes du métabolisme et celui des substances tampons.

Complications et avantages de la dialyse péritonéale

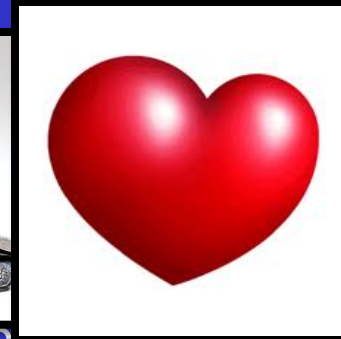
- Infections
 - Exit site
 - Tunnelite
 - Péritonite

- Problèmes de plomberie



- UF insuffisante

- Traitement «



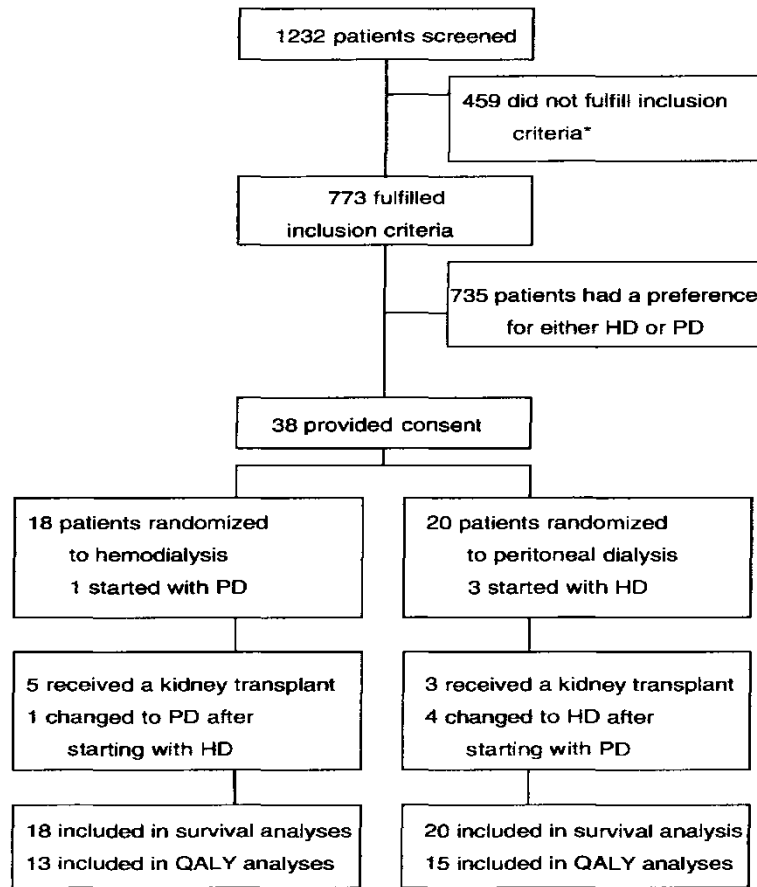
Stabilité «
moins de restrictions
diététiques

- Traitement à domicile ou en MR possible avec aide infirmière

- (Flexibilité)

Comparaison HD – DP: mortalité

Une étude randomisée (NL: NECOSAD 2)



Taux d'inclusion faible

Fig. 1. Trial profile. Abbreviations are: HD, hemodialysis; PD, peritoneal dialysis; QALY, quality-adjusted life years. *These patients had a medical, social, or logistic objection against either hemodialysis or peritoneal dialysis.

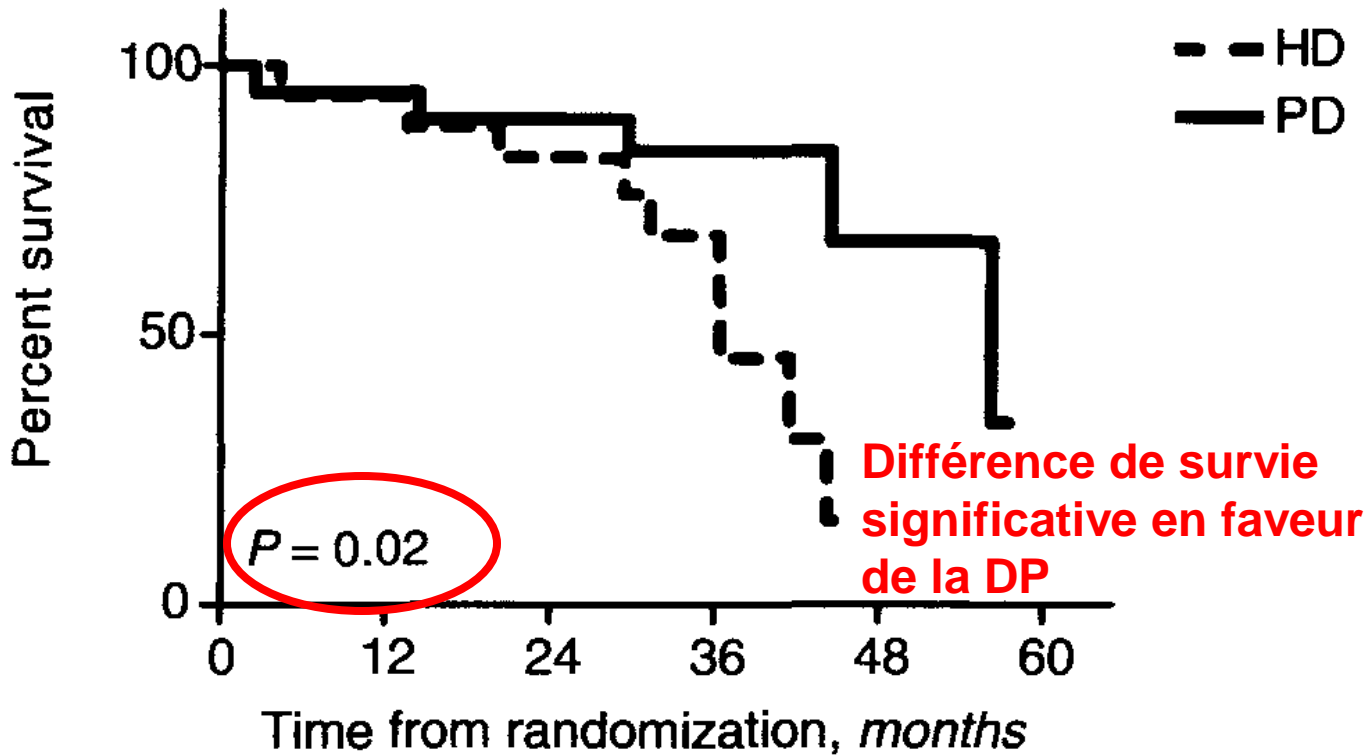
NECOSAD 2: données de base

Table 1. Patient characteristics

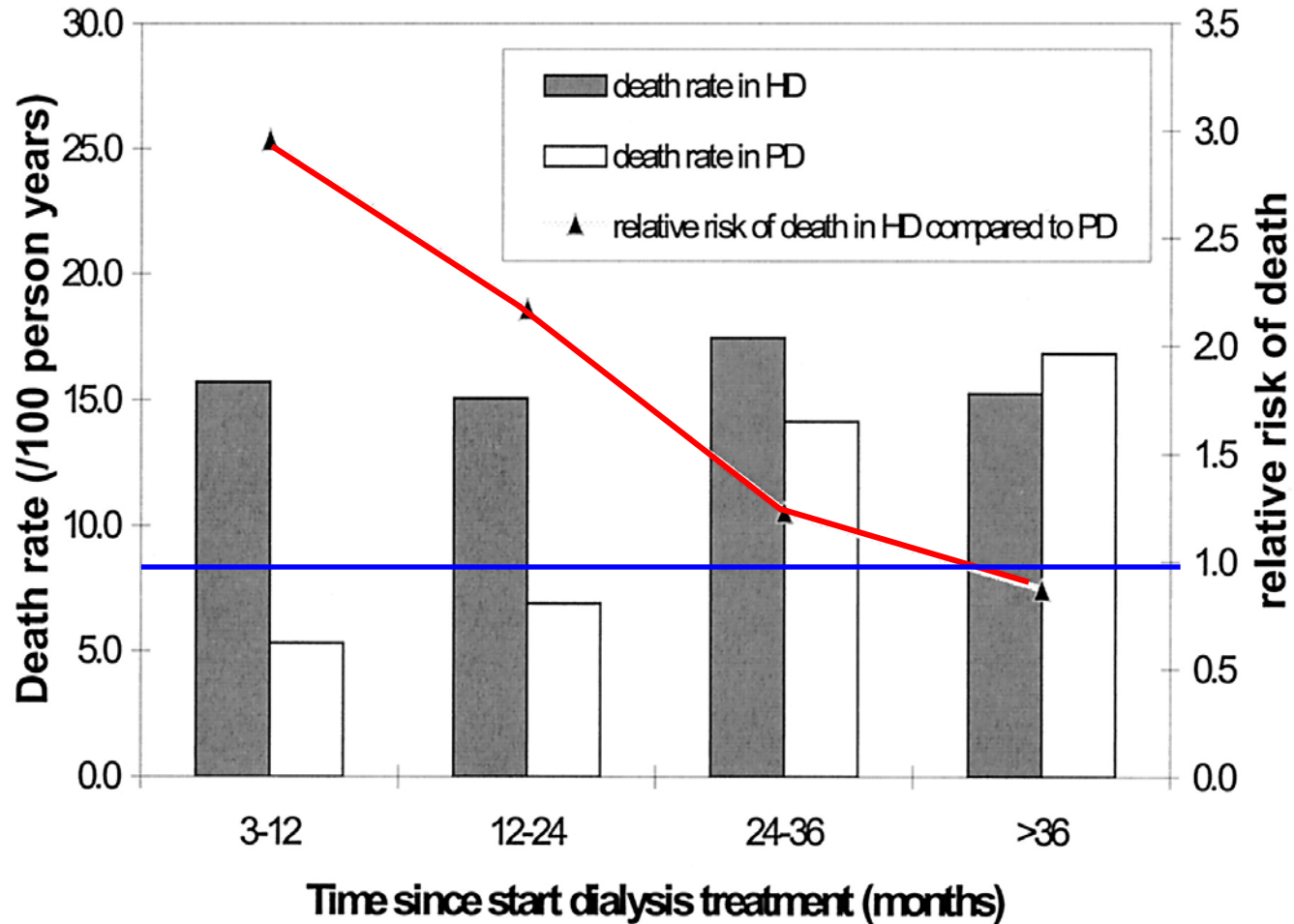
	Hemodialysis	Peritoneal dialysis
Number of patients	18	20
Age <i>years</i> (number)	62 (11)	55 (12)
Number of male (%)	11 (61%)	11 (55%)
Primary kidney disease (%)		
Diabetes mellitus	5 (28%)	4 (20%)
Glomerulonephritis	0 (0%)	2 (15%)
Renal vascular disease	4 (22%)	2 (15%)
Other	9 (50%)	10 (50%)
Khan's comorbidity score (%)		
Low	9 (50%)	9 (45%)
Medium	4 (22%)	7 (35%)
High	5 (28%)	4 (20%)
Plasma creatinine $\mu\text{mol/L}$ (SD)	685 (224)	676 (247)
Plasma urea mmol/L (SD)	32.8 (10.2)	29.0 (9.5)
Creatinine clearance mL/min/1.73 m^2 (SD)	11.0 (9.2)	11.6 (11.2)

SD, standard deviation.

NECOSAD 2: Résultats

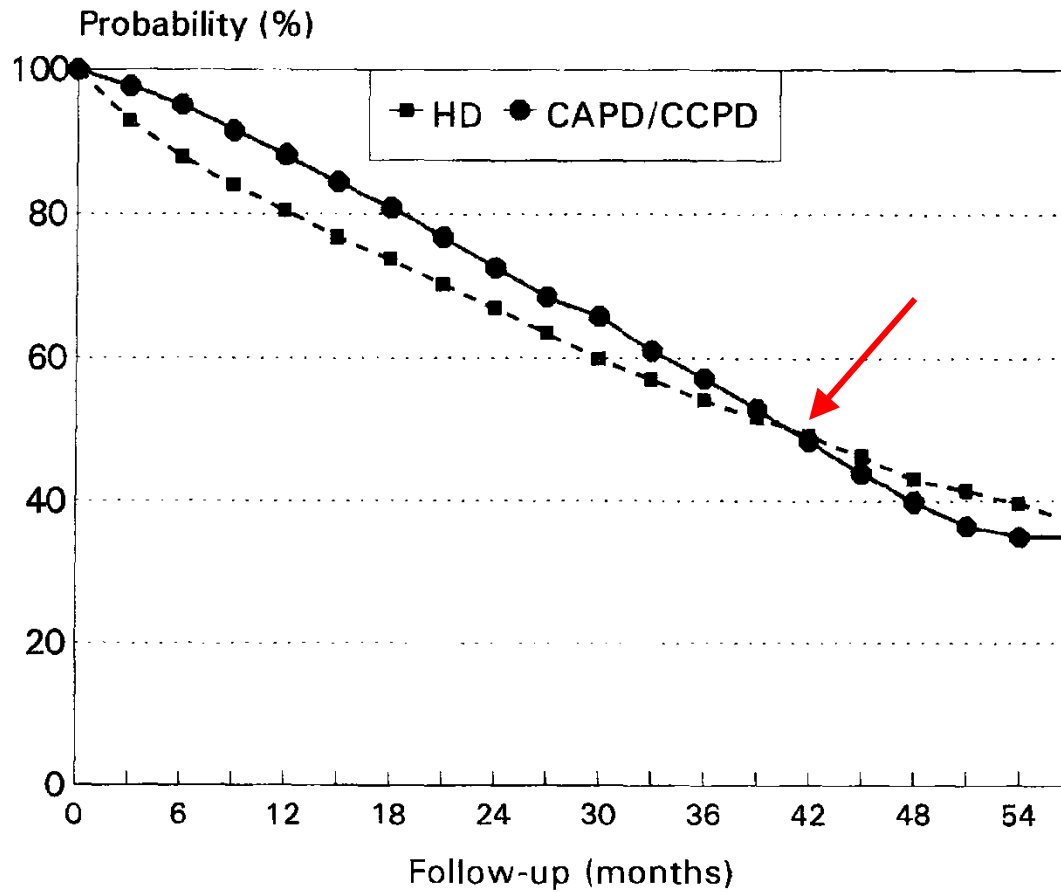


Données du registre néerlandais



Données du registre canadien

(De survie)



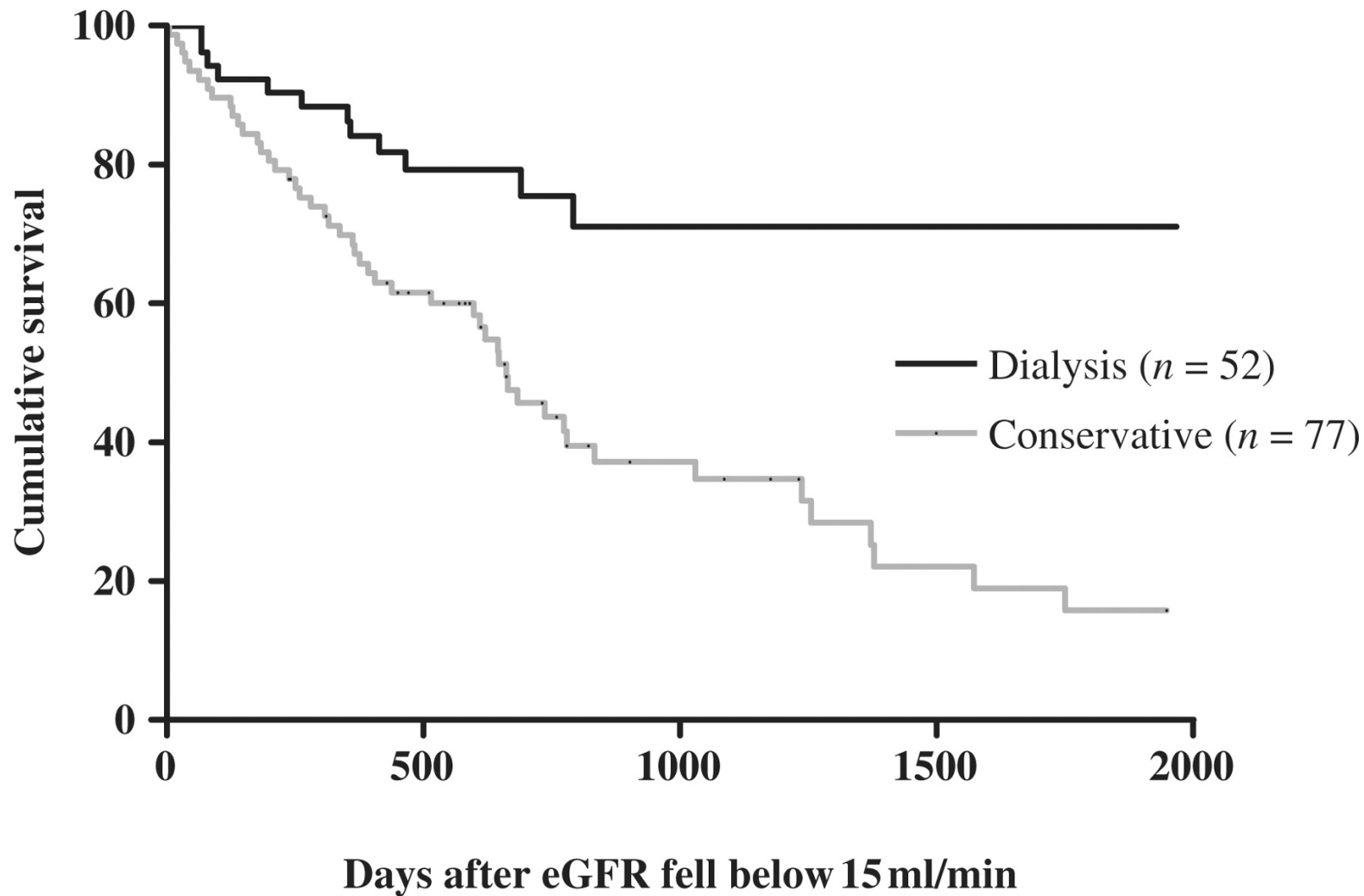
Traitement non dialytique

- Murtagh et al: suivi à 2 ans de patients CKD 5 par équipe multidisciplinaire.
→ Avantage pour la dialyse sauf si comorbidité importante (maladie coronarienne principalement)

	Survie un an	Survie 2 ans
EER	84%	76%
Non EER	68%	47%

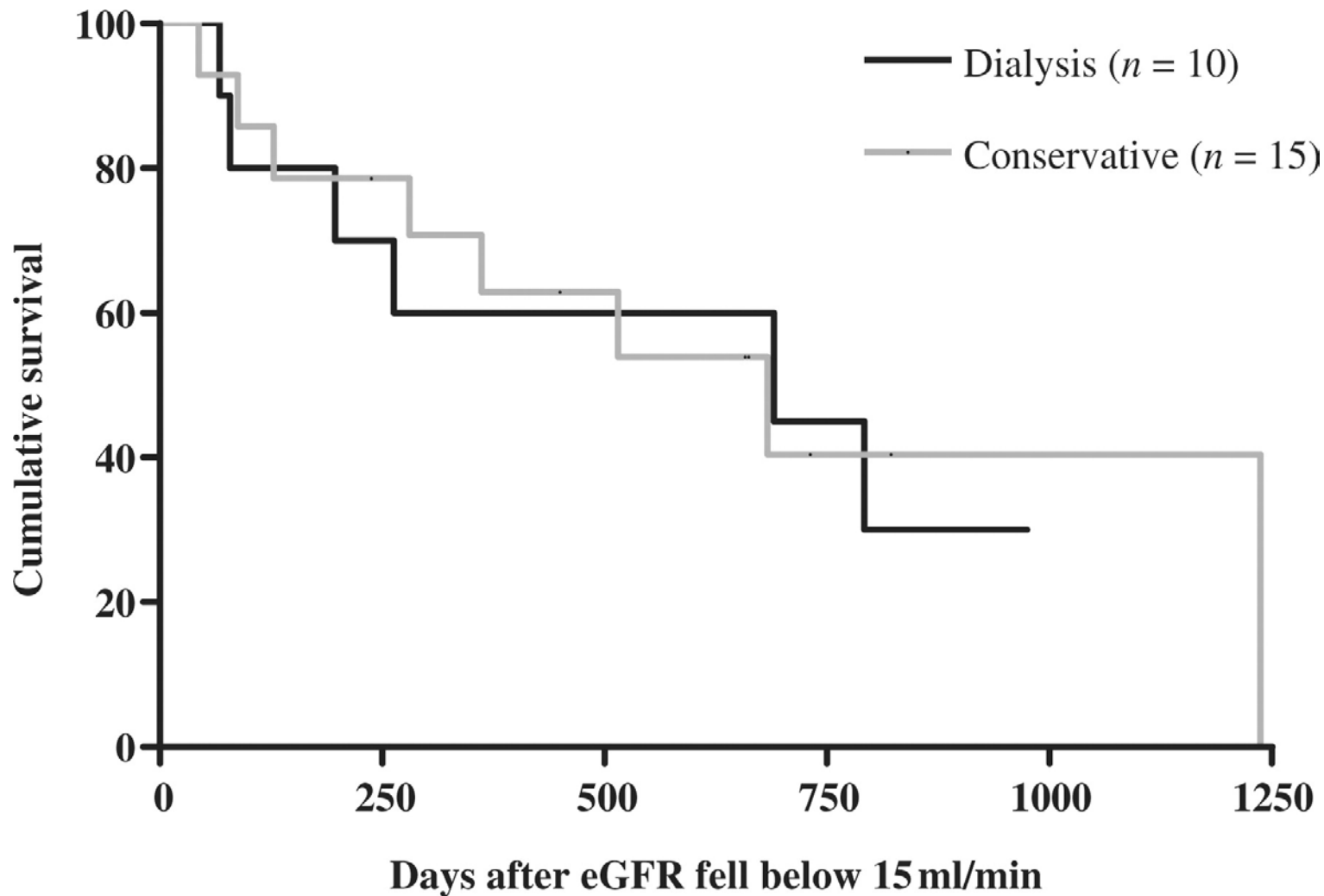


Kaplan–Meier survival curves comparing the dialysis and conservative groups (log rank statistic = 13.63, $P < 0.001$).



Murtagh F E M et al. *Nephrol. Dial. Transplant.*
2007;22:1955-1962

Kaplan–Meier survival curves for those with high comorbidity (score = 2), comparing dialysis and conservative groups (log rank statistic <math><0.001</math>, df 1,



Murtagh F E M et al. *Nephrol. Dial. Transplant.*
2007;22:1955-1962

Traitement non dialytique

- Amélioré
import
- Atteint
fonctio
- Une pa
longév
dialyse



n

Patient



Insuffisance rénale terminale



**Complications ou
risque de complications**



Traitement de suppléance

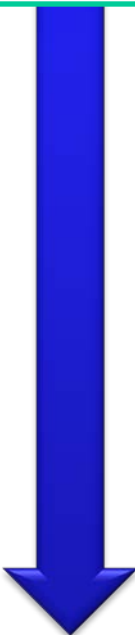
Patient



Insuffisance rénale terminale



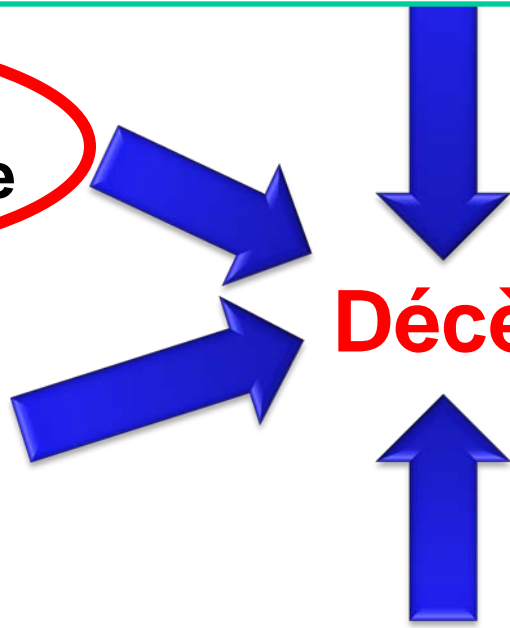
Discussion néphrologue – patient – famille – Médecin traitant - ??



Suivi multidisciplinaire



Complications



Décès

Traitement de suppléance

Prise en charge par l'équipe multidisciplinaire de prédialyse

- Infirmiers pour l'information
- Diététique
- Soutien psychologique
- Rencontre avec des patients
- Discussions médicales **répétées** et suivi médical (poids, plaintes, état physique et psychologique)
- Biologies régulières (1/ 2 mois)
- Rôles du médecin de famille

Choix de l'hémodialyse en centre

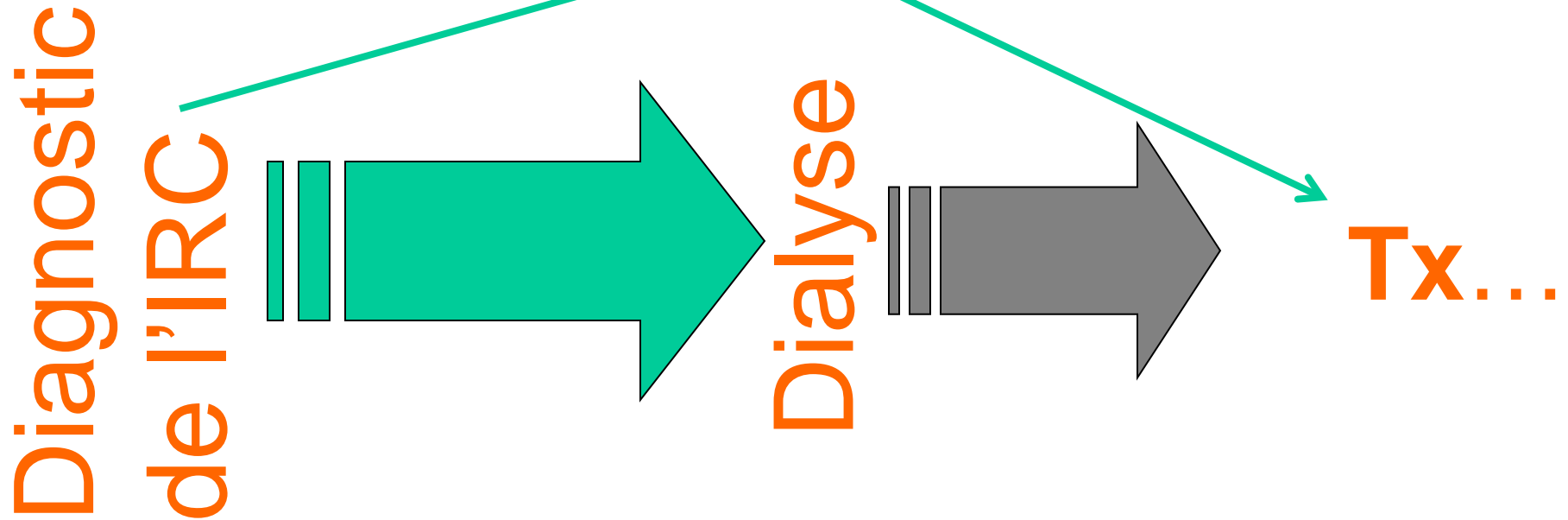
- Raisons personnelles
- Mise en place de la fistule en décembre 2011
- Démarrage des séances en mars 2012 suite à plusieurs OAP!
- Plus d'un an plus tard, tout se passe bien.
- Est-ce toujours comme cela?

Quels sont les 3 facteurs principaux pour le choix du patient

- Le temps pour comprendre la maladie
- Le temps pour s'informer sur les techniques
- Le temps pour intégrer tout cela dans sa vie

- Donc référence précoce utile!
- Nécessité d'une équipe multidisciplinaire
- Rôle du MG qui doit orchestrer les soins
- Maintien à domicile si possible si dialyse choisie

Conclusion: Prise charge de l'IRC



Education pré-dialytique
Bonne information
Décision réfléchie par
le patient!

Référence précoce!