

Rein échos®

n°5
NOV. 2008 - MARS 2009

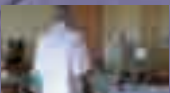
LA REVUE SEMESTRIELLE GRATUITE DE LA LIGUE REIN ET SANTÉ



DOSSIER

IRCT PERSONNES ÂGÉES

p. 4 à 33



PRÉVENIR

//// Education thérapeutique
en néphrologie

par C. Isnard Bagnis page 36



INITIATIVES

//// La dialyse à vélo

par A. Kolko-Labadens page 38



LA DIALYSE

//// Hémodialyse,
le cinquième élément

par B. Perrone page 40

COMPRENDRE SA MALADIE

L'hyperparathyroïdie secondaire

Une complication fréquente liée à l'insuffisance rénale chronique

L'hyperparathyroïdie secondaire est une complication fréquente et souvent peu connue de l'insuffisance rénale chronique. C'est pourquoi, en collaboration avec le laboratoire Amgen, nous avons élaboré avec vous une brochure à l'usage des patients devant comprendre cette pathologie.

Chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique (chronique) est souvent perturbé du fait d'une insuffisance de production de vitamine D et d'un déficit d'élimination du phosphore. L'organisme répond par une production excessive de parathormone que l'on appelle « hyperparathyroïdie secondaire ». L'excès de parathormone dans le sang a des conséquences diverses (ostéoporose secondaire) et cardiovasculaires (augmentation des risques favorisant les facteurs de risque accablés vasculaires).

Ce document explicite de façon simple et détaillée ce qui sont les grandes parathyroïdes et comment leur hyperactivité peut être à l'origine de ces complications. Il présente également les différents traitements existants et leur rôle dans le maintien de l'équilibre phosphoré.

Je vous invite à la lire avec attention et vous propose également de remplir le tableau situé à la fin du livre avec l'aide de votre néphrologue afin de vous permettre d'identifier les médicaments contre l'hyperparathyroïdie secondaire qui vous ont été prescrits, de comprendre son traitement, mais surtout son suivi et enfin l'existence de complications.

Cette brochure est mise à disposition par le laboratoire Amgen. Demandez-la à votre néphrologue.

Dr Guillaume JEAN
Néphrologue - Tassin la Demi-Lune

DEMANDEZ LA BROCHURE
À VOTRE NEPHROLOGUE



De la synthèse de la première hypophosphite, EPO recombinante à la mise à disposition du premier calcimimétique, actif dans le traitement de l'hyperparathyroïdie secondaire, le laboratoire Amgen développe des médicaments innovants pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

Amgen collabore régulièrement avec des experts et des équipes spécialisées pour développer des supports éducatifs adaptés aux besoins de ces patients.

AMGEN

Il y a 50 ans les premiers traitements substitutifs de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont devenus possibles. Faute de moyens et aussi d'expertises, ils furent initialement réservés à un très petit nombre de patients jeunes, sans co-morbidité. Quelques équipes pionnières ont livré un combat quotidien pour que cesse, au plus vite, l'intolérable « choix » des malades pouvant être traités.

Que de progrès réalisés depuis cette époque, résultats des travaux de tous : chercheurs, soignants, industriels, malades eux-mêmes et aussi organismes payeurs ! Le perfectionnement des techniques, la prise en charge des complications y compris des nouvelles pathologies induites par les traitements eux-mêmes, la mise au point de médicaments, tels que l'Erythropoïétine, les chélateurs non aluminiques du phosphore, les immunosuppresseurs (devenus plus efficaces et moins toxiques) et bien d'autres, ont abouti à une réduction considérable de la morbi-mortalité des malades traités et, dans les pays industrialisés, permis l'accès au programme dialyse / transplantation de tous les patients, même les plus âgés.

Actuellement, en France, plus de 50 000 malades vivent avec un traitement substitutif de l'IRCT : 30 000 environ sont dialysés, les autres transplantés. Cinquante cinq pour cent des malades dialysés sont âgés de plus de 60 ans et 33 % de ces patients ont plus de 75 ans. La transplantation est proposée aux jeunes seniors, y compris avec des pro-

grammes spécifiques pour eux. La Néphro-Gériatrie a ainsi progressivement envahi notre spécialité, donnant lieu à moult publications, colloques sur ce sujet qui avait néanmoins retenu l'attention de quelques uns depuis bien des années.

La Néphro-Gériatrie occupe maintenant une grande partie du temps des équipes qui découvrent la nécessité d'adapter les pratiques aux spécificités des personnes âgées. Pour chaque patient, il faut prendre le temps nécessaire pour évaluer les processus physiologiques et psychologiques propres au vieillissement, très différents d'un individu à l'autre, d'où la grande hétérogénéité des malades, y compris d'un même millésime. Il faut apprendre à connaître les symptomatologies, volontiers trompeuses dans le grand âge, et tenir compte dans toutes décisions des nombreuses co-morbidités associées, des handicaps moteurs et sensoriels quasi-constants, sans oublier l'impact du contexte socio-familial. D'où l'importance pour les Néphrologues, d'une collaboration déjà largement entamée avec beaucoup de spécialistes, au premier rang desquels les Gériatres.

Dans le même temps, il faut poursuivre les efforts pour que nos concitoyens et, en particulier, les seniors aient un large accès au dépistage de l'insuffisance rénale chronique, première étape de la mise en place des traitements capables de ralentir l'évolution et donc d'espérer voir diminuer l'incidence puis la prévalence de l'IRCT dans les années à venir. C'est l'un des enjeux



FRANÇOISE MIGNON
SERVICE DE NÉPHROLOGIE
HÔPITAL BICHAT – CLAUDE
BERNARD – PARIS

ACTUELLEMENT,
EN FRANCE, PLUS
DE 50 000 MALADES
*vivent avec un
traitement substitutif de
l'IRCT : 30 000 environ
sont dialysés,
les autres transplantés.*

majeurs actuels de la Néphrologie. Son importance n'a pas échappé à Monsieur RAOULT, initiateur et rédacteur en chef de Rein Échos, qui a conçu le contenu de ce numéro où le lecteur trouvera une synthèse des principaux problèmes dont débattent les professionnels qui s'intéressent maintenant à la Néphro-Gériatrie.



- Nos partenaires ayant assuré la gratuité de cette revue : Les différents auteurs (bénévoles)
- Nos sponsors : Amgen, B. Braun Avitum, Genzyme, Fresenius Medicale Care France, Groupe Francheville, Gérard Pons Voyages
- Crédit photos : Fresenius Medicale Care France - Nephrocare (dont couverture), M. Raoult, les auteurs pour leur article.

SOMMAIRE

04 DOSSIER IRCT SUJETS ÂGÉS

- 04 Introduction
- 05 Vieillesse des IR néphrologie
- 11 Abord vasculaire
- 18 De la dialyse à la transplantation
- 22 Table ronde
- 29 Témoignages IDE

34 SUIVI DES MALADIES RÉNALES

- 36 Education thérapeutique
- 38 Dialyses

48 INITIATIVES LOCALES

- 54 Recherche
- 57 Portrait

>> INTRODUCTION DOSSIER



PROFESSEUR MURIEL RAINFRAY

Présidente de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, et est également gérontologue, au CHU de Bordeaux.

L'augmentation continue de l'espérance de vie est le phénomène démographique le plus marquant du XX^e siècle. Actuellement, le taux de mortalité globale en France (1,84 pour 1000) est un des plus faibles d'Europe et l'espérance de vie à la naissance est l'une des plus élevées : 84 ans pour les femmes et 77,1 ans pour les hommes. En 2005, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans était de 22 ans pour les femmes et de 17,7 ans pour les hommes. A 85 ans, il reste encore 8 ans à vivre pour les femmes et 5 ans pour les hommes, à 90 ans 3 ans pour les deux sexes (1). Le vieillissement de la population progresse en dépit d'une augmentation soutenue de la natalité : en 2010 les plus de 75 ans représenteront 8,7% de la population contre 7,9% en 1998 (2). L'amélioration continue de l'état de santé de la population française a permis d'échapper aux conséquences dramatiques d'un vieillissement vu par certains, dans les années 80, comme obligatoirement et mécaniquement pourvoyeur d'une « pandémie » de maladies chroniques invalidantes (3) pour évoluer vers un phénomène de compression de la morbidité dans les dernières années de la vie (4,5). De plus, l'espérance de vie sans incapacité progresse plus vite que l'espé-

rance de vie à la naissance (6), limitant la progression des incapacités, même si celles-ci surviennent toujours plus fréquemment chez les personnes âgées. Le nombre de centenaires, dont on considère qu'ils représentent un modèle de vieillissement réussi, augmente régulièrement. Les projections de l'INSEE montrent qu'il va doubler entre 2006 et 2040 et plus que tripler en 2050 (7).

Les maladies aiguës étant de mieux en mieux guéries par des thérapeutiques efficaces, ce sont les maladies chroniques qui altèrent le plus l'état de santé des français les plus âgés : le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), la maladie d'Alzheimer et les cancers. Le diabète et l'HTA représentent les principales causes d'insuffisance rénale terminale des sujets âgés dont le taux d'incidence annuel moyen, après 75 ans, est estimé à 139 par million d'habitants, stable depuis 2003 (1). En 2006, les dialysés de plus de 75 ans représentaient 36% de l'ensemble des dialysés soit 9280 et l'âge médian des nouveaux patients pris en charge en dialyse était de 71 ans en 2006 (8).

La réflexion à mener sur les patients âgés atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) doit porter sur deux aspects très différents :

- La prise en charge optimale de l'IRC âgé qui est, du fait de son terrain vasculaire, menacé de complications telles que les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, les pathologies démentielles, les événements iatrogènes, les troubles nutritionnels et une perte d'autonomie altérant sa qualité de vie.

- Les mesures préventives de l'IRC terminale devant prendre en compte quelques points encore obscurs :
 - la diminution de la fonction rénale observée chez la plupart des sujets de plus de 75 ans a-t-elle la même signi-

fication que chez les adultes en termes de complications métaboliques, auto-aggravation des lésions intrarénales, vitesse d'évolution, mortalité ?

- les schémas de prévention qui ont montré leur efficacité chez les adultes jeunes n'ont pas été validés après 75 ans et le rapport bénéfice/risque des différentes interventions doit être apprécié sur une large population de sujets âgés dépassant celle qui est habituellement adressée en néphrologie.
- C'est donc la collaboration des néphrologues, des gériatres, des épidémiologistes et des médecins généralistes qui est nécessaire pour que l'ensemble de la population âgée bénéficie d'une prise en charge néphrologique justement nécessaire et la plus efficace possible. ∞

RÉFÉRENCES

1. S. Danet, E. Salines. L'état de santé de la population en France. Données du rapport 2007 de suivi des objectifs de la loi de santé publique. Drees. Etudes et Résultats n°623; février 2008
2. F. Daguet. Un siècle de démographie française. Projections de population 2005-2050, pour la France métropolitaine. Insee résultats, 2006
3. Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. Acta Psychiatr Scand. 1980;62 (suppl 285):282-97
4. Fried J-F. Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980;303:130-35
5. D. Polton, C. Sermet. Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? BEH n° 5-6, 2006 p.49-52
6. Robine JM, Morniche P, Sermet C. Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy. J Aging Health 1988;10:171-91
7. Rapport 2006 du Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) <http://www.soc-nephrol.org/REIN/index.htm>

Progrès des techniques de suppléance et vieillissement des insuffisants rénaux : ESPOIRS ET RÉTICENCES

Le grand âge a longtemps soulevé la question des limites thérapeutiques.

Cela était particulièrement frappant dans le contexte de l'insuffisance rénale chronique durant les premières années de développement des traitements de suppléance. L'hémodialyse se présentait comme une technique périlleuse et non justifiée chez le grand vieillard et l'inscription en transplantation ne se discutait plus au-delà d'un âge adulte avancé.

Mais avec les avancées techniques, en dialyse comme en transplantation, et les progrès constants dans l'efficacité et la tolérance des immunosuppresseurs, l'accès aux thérapeutiques de suppléance s'est largement ouvert aux sujets âgés. Ces derniers sont parallèlement devenus de plus en plus nombreux dans les populations d'insuffisants rénaux chroniques.

Le vieillissement observé dans cette pathologie correspond à une majoration de la longévité dans la population générale. Il apporte avec l'âge les difficultés inhérentes aux nombreuses pathologies associées à l'insuffisance rénale.

Les choix thérapeutiques pour l'insuffisant rénal âgé : du possible au souhaitable...

Aujourd'hui le défi est de choisir dans les possibilités thérapeutiques le projet le mieux adapté. Ce choix doit intégrer plusieurs composantes : l'analyse médicale fondée sur le contexte clinique, la possibilité technique, la volonté du patient en tant que personne dans le projet de vie qui lui est propre.

Le progrès technique se présente en effet à la fois comme la promesse de prolonger la vie malgré la défaillance rénale et comme la menace d'une contrainte pouvant altérer inexorablement le confort personnel et familial.

De nombreuses pathologies peuvent être associées à l'insuffisance rénale

du sujet âgé. Ce sont le plus fréquemment des maladies cardiaques ou vasculaires alourdissant les thérapeutiques et altérant la tolérance de la dialyse. Il s'agit aussi d'affections compromettant de manière significative non seulement la durée mais aussi la qualité de vie. L'indication thérapeutique est alors rapportée au bénéfice escompté pour le patient.

La possibilité technique a vu reculer ses limites grâce à un progrès constant dans les possibilités thérapeutiques et la tolérance du traitement. Il n'y a pas de limite d'âge en dialyse qu'il s'agisse d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale. La perspective de transplantation rénale dépend de l'état vasculaire et des pathologies associées et non d'un âge donné. Cela est vrai en ce qui concerne la transplantation à partir de donneur en état de mort encéphalique ou de donneur vivant.

Le projet d'hémodialyse dépend de la possibilité de créer ou de conserver l'abord vasculaire en raison de l'état vasculaire ou des surinfections de cathéters. Le confort thérapeutique est influencé par la proximité du lieu du traitement, par l'horaire et la durée des séances et par leur tolérance.

La dépendance à la technique de suppléance, les contraintes imposées au patient et à son entourage, le nouveau rythme de vie organisé au gré de la périodicité des séances thérapeutiques sont encore moins bien acceptés par la personne âgée, attachée à son autonomie, et préférant la qualité d'une fin de vie paisible à sa durée.

Une loi sur les droits des malades et la fin de vie

La crainte d'« une médecine technique toute-puissante », poussée par « le techniquement possible au-delà de l'humainement souhaitable » selon l'expression du philosophe Jacques Ricot a été entendue par le législateur. La « loi relative aux droits des malades



DR CATHERINE DUPRÉ-GOUDABLE

Néphrologue spécialiste de l'insuffisance rénale chronique, exerce ses fonctions de médecin hospitalier au CHU de Toulouse. Elle est membre de la Société française de néphrologie, dont elle préside la Commission éthique, et a participé aux travaux du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement présidé par Régis Aubry.

et à la fin de vie », adoptée en 2005, a renforcé le respect de l'autonomie des personnes malades en asservissant toute décision thérapeutique au consentement de personnes conscientes ou à la confrontation d'une décision collégiale.

Cette loi énonce clairement l'interdiction de toute obstination thérapeutique déraisonnable et autorise le médecin à mettre fin ou à ne pas entreprendre un traitement jugé disproportionné pour son patient.

Les droits des malades sont protégés par l'obligation du consentement chez les personnes conscientes ou par le respect des directives anticipées si elles ont été rédigées ou la consultation de la personne de confiance désignée par le patient pour exprimer sa volonté le jour où ce dernier ne serait plus en mesure de le faire ; En l'absence d'une expression claire de la volonté du patient, le choix thérapeutique se fonde sur une décision collé-



giale au sein de l'équipe thérapeutique. Ces dispositions législatives se situent en écho au texte de « loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Cette loi situe le patient au centre de la décision médicale en tant qu'acteur des choix thérapeutiques le concernant. Cela impose une information adaptée pour éclairer le patient dans ses choix et dans l'expression de sa volonté. Ce partenariat désormais établi entre le mé-

decin et le malade doit bénéficier d'un dialogue loyal. La réflexion et l'orientation thérapeutiques sont nourries de façon symétrique par une volonté d'information claire, progressive, et adaptée, de la part du médecin, et par l'expression du souhait personnel du patient dans son projet de vie.

Apprendre à anticiper

La personnalisation du projet thérapeutique n'est pas un instantané dans

l'histoire de l'insuffisance rénale chronique. Elle peut parfois se comprendre très tôt dès les premières consultations d'insuffisance rénale et se rappelle à des moments clés lors d'une hospitalisation nécessitée par une complication. Tantôt elle est formulée de façon claire, tantôt elle s'entend de manière implicite dans l'empathie de la relation de soin.

La qualité du traitement et son adéquation à l'attente du patient peuvent encore gagner par l'apprentissage d'une approche anticipée des projets thérapeutiques. Le médecin doit informer son patient des perspectives possibles et le patient doit pouvoir se prononcer sur ses doutes, ses craintes et son projet de vie ou de fin de vie. L'anticipation se fonde sur cet échange d'information.

Les progrès techniques doivent permettre dans un avenir proche d'accompagner au plus près et avec un meilleur confort les fins de vie en dialyse. Le traitement de suppléance peut en effet se prolonger dans un programme de prise en charge de confort répondant aux objectifs de soins palliatifs. La technique n'est pas antinomique de l'humain. Toute la question reste dans l'appréciation continue et personnalisée de la proportionnalité du traitement. ▬

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC), notamment au stade terminal, est en augmentation constante depuis 20 ans. L'allongement de l'espérance de vie, l'augmentation de la prévalence du diabète, notamment de type 2, et de l'hypertension artérielle (HTA) expliquent en grande partie cette évolution de l'épidémiologie de l'IRC. Il y a actuellement en France 60 000 patients traités en insuffisance rénale terminale, 35000 envi-

ron par une méthode de dialyse (90% en hémodialyse, 10 % en dialyse péritonéale) et 25 000 transplantés rénaux.

Un patient insuffisant rénal chronique sur deux arrivant au stade terminal (IRCT) est âgé de plus de 65 ans, un sur quatre a plus de 75 ans. Les complications cardiovasculaires représentent de très loin la principale cause de décès de ces patients. Le risque ajusté à l'âge de mortalité cardiovasculaire chez les patients en IRCT, traités par dialyse, est 15 à 20 fois supé-

rieur à celui de la population générale. Cette surmortalité est liée à la forte prévalence de certains facteurs de risques cardiovasculaires chez ces patients et à l'existence de facteurs spécifiques liés à la baisse du débit de filtration glomérulaire, anémie, hyperphosphatémie, syndrome inflammatoire et hyperhomocystéinémie.

Définition de l'insuffisance rénale chronique chez le sujet âgé

Il est classiquement admis que le débit de filtration glomérulaire diminue

avec l'âge à partir de 40 ans. Très schématiquement, nous perdons 1 ml/min de filtration glomérulaire chaque année passé cet âge. L'IRC est définie par un DFG inférieur à 90 ml/min/1.73m², cependant, chez le sujet âgé, un DFG compris entre 60 et 90 ml/min est fréquent et ne témoigne pas, le plus souvent d'une néphropathie évolutive. Il existe avec l'âge des lésions, principalement de vieillissement vasculaire, intra rénal, qui vont être responsables de la perte de la fonction rénale. Ceci est néanmoins à prendre en compte lors de l'utilisation chez ces patients de médicaments ou produits néphrotoxiques ou ayant une élimination principalement rénale.

L'estimation de la fonction rénale ne peut pas se faire par la simple mesure de la créatinine plasmatique. En effet, celle-ci dépend principalement de la masse musculaire et, avec l'âge, une élévation même modérée de la créatinine plasmatique témoigne bien souvent d'une réduction importante du débit de filtration glomérulaire. Il est donc impératif chez les personnes âgées de bien évaluer la fonction rénale en estimant le débit de filtration glomérulaire par la formule de Cockcroft chez les personnes de moins de 75 ans ou par la formule de MDRD simplifiée après cet âge. Rappelons que la formule MDRD ne nécessite de connaître que l'âge, le sexe et la créatinine plasmatique du patient alors que pour la formule de Cockcroft le poids est indispensable.

Formule de Cockcroft

$$eClcr = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}}{\text{Scr} (\mu\text{mol/l})} \times 1.25 \text{ chez l'homme}$$

Formule de MDRD

$$eDFG = 186.3 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{age}^{-0.203} \times 0.742 (F) \times 1.212 (B)$$

Scr : créatinine plasmatique (en mg/l pour la formule MDRD); F : femme ; B : patient d'origine Afro-américaine

Rappelons que les maladies cardiovasculaires représentaient la première cause de mortalité chez les patients en IRCT. En fait, cette surmortalité cardiovasculaire commence bien avant le stade terminal de la maladie rénale, dès les stades précoces de l'IRC, il existe une relation exponentielle entre la baisse de fonction rénale et le risque cardiovasculaire. Les facteurs expliquant cette association morbide sont bien sûr la prévalence élevée de l'HTA chez les patients en IRC, notamment ceux dont l'âge est supérieur à 65 ans, la forte prévalence du diabète de type 2 et de la dyslipidémie. De plus, un syndrome inflammatoire chronique, fréquemment présent au cours des maladies rénales, est, chez ces patients, un facteur de risque important de même que l'anémie et l'élévation du produit phosphocalcique. Ces dernières années, plusieurs travaux ont mis en lumière le rôle important des calcifications vasculaires dans la progression de la maladie cardiovasculaire de ces patients. Ces calcifications sont associées, outre à l'ischémie en aval du territoire perfusé, à une hypertrophie ventriculaire gauche et à une élévation de la pression artérielle pulsée finalement responsable d'une mauvaise perfusion coronaire.

Prévalence de l'insuffisance rénale chronique chez les sujets de plus de 70 aux Etats-Unis (Etude NHANES III) (cf. tableau ci-dessous).

Une bonne prise en charge de ces patients nécessite dans un premier temps de bien identifier ceux dont le débit de filtration glomérulaire est réduit, d'évaluer chez eux s'il existe ou non une néphropathie évolutive en recherchant sur un échantillon d'urines l'existence d'une protéinurie ou d'une anomalie du sédiment urinaire qui nécessiterait des explorations spécialisées. En présence de facteurs de ris-



PR GABRIEL CHOUKROUN

Service de Néphrologie – Dialyse – Transplantation au CHU Amiens. Après des études de Médecine à la Faculté de Médecine Pitié – Salpêtrière à Paris, et un internat dans la région parisienne, Gabriel Choukroun a été chef de Clinique – Assistant des Hôpitaux à l'hôpital Necker – Enfants Malades. Sa formation initiale a été complétée par un séjour de 4 ans au Massachusetts General Hospital à Boston comme Research Fellow. Il a ensuite été nommé Professeur de Néphrologie au CHU d'Amiens. Depuis le 1^{er} septembre 2006, il exerce les fonctions de Chef du Service de Néphrologie – Dialyse – Transplantation – Réanimation dans cet hôpital.

que cardiovasculaires, il est fondamental de rappeler que l'utilisation des statines, des anti-agrégants plaquettaires, des IEC ou des bêtabloquants doit se faire aussi librement que chez les patients dont la fonction rénale est normale en tenant compte bien évidemment des autres contre indications à l'utilisation de ces médicaments. Finalement, c'est encore une fois la bonne collaboration multidisciplinaire entre gériatres, néphrologues et cardiologues, qui est le garant de la prise en charge optimale de ces patients. \\\



Sujets âgés → 70 ans	Hommes (%)	Femmes (%)
Créatinine plasmatique → 133 μmol/l	32.2	9.3
Créatinine plasmatique → 150 μmol/l	16.5	3
Créatinine plasmatique → 177 μmol/l	5	0.7

Il s'agit du pourcentage rapporté à la population américaine de plus de 70 ans.

TRAITER L'HYPERTENSION DES SUJETS ÂGÉS POURQUOI ? JUSQU'OU ?



PR. VINCENT L.M. ESNAULT

Néphrologie, Hôpital Pasteur, CHU de Nice. Double spécialité Néphrologie et Cardiologie
Thèse de Sciences en Décembre 1991, Professeur de Néphrologie depuis Octobre 1992 au CHU de Nantes
Chef de service de Néphrologie du CHU de Nice depuis septembre 2006.
Nombreuses fonction administratives: Représentant de la Néphrologie à la Commission des postes d'accueil INSERM entre 1996 et 2000, coordinateur régional du DES de Néphrologie pour la région Ouest de 1995 à 2006, trésorier puis vice-président du CUEN...
Médaille d'or de l'Académie des Sciences, Inscriptions et Belles Lettres - Toulouse en 1995.

Prévention cardiovasculaire

La morbi-mortalité cardiovasculaire des patients âgés entre 60 et 80 ans ayant une hypertension artérielle (HTA) systolo-diastolique ou systolique isolée est réduite par un traitement antihypertenseur. Dans l'HTA systolo-diastolique, les antihypertenseurs qui ont démontré leur efficacité contre placebo ou absence de traitement sont les diurétiques [1], les bêta-bloquants [2-4] et les inhibiteurs calciques de type dihydropyridine [5]. Il subsiste un doute sur l'infériorité des bêta-bloquants sur les diurétiques dans cette population de sujets âgés [4, 6]. Dans l'HTA systolique isolée, les diurétiques [7], les inhibiteurs calciques [8, 9] et les ARA2 [10] sont aussi supérieurs au placebo. Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2) et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ont dans un deuxième temps été comparés aux vieux traitements de ré-

férence. Les ARA2 pourraient diminuer plus le risque d'accident vasculaire cérébral que les bêta-bloquants, en particulier en cas d'HTA systolique isolée [11]. Les IEC seraient équivalents aux traitements de référence [12].

Les dernières recommandations pour le traitement de l'HTA en 2007 ne conseillaient pas d'instaurer des traitements antihypertenseurs chez des sujets âgés de plus de 80 ans [13]. En effet, une analyse du sous-groupe des patients âgés de plus de 80 ans inclus dans les grandes études contrôlées a suggéré que si le traitement de l'HTA semble diminuer le risque d'AVC et d'événements cardiovasculaires, il pourrait cependant augmenter la mortalité non cardiovasculaire [14]. L'hypothèse est que cette population de sujets très âgée serait plus sensible aux effets secondaires des anti-hypertenseurs, exposant en particulier au risque d'hypotension artérielle orthostatique. Il ne faut pas oublier qu'une proportion importante de sujets âgés a une HTA blouse blanche, et que le traitement antihypertenseur n'est bien sûr bénéfique que dans le sous groupe des patients âgés réellement hypertendus [15]. Des chutes de pression artérielle excessive pourrait aussi être favorisée chez ces sujets âgés par la baisse significative de la pression artérielle dans les deux heures qui suivent les principaux repas [16]. Ces craintes ont récemment été levées par une grande étude contrôlée ciblant spécifiquement les sujets âgés de plus de 80 ans, ayant une pression artérielle systolique entre 160 et 199 mmHg, randomisés pour recevoir un placebo ou une association de diurétique et d'IEC avec pour cible une PAS inférieure à 150 mmHg [17]. Le traitement antihypertenseur a non seulement réduit le risque d'AVC mortel, d'insuffisance cardiaque et d'événements cardiovasculaires, mais aussi le taux de mortalité totale [17].

Néphroprotection

Toutes les études de néphroprotection avec les IEC dans les néphropathies

non-diabétiques (REIN, REIN2, AASK, ROAD), les ARA2 dans les néphropathies diabétiques (RENAAL, IDNT) ou l'association IEC-ARA2 (COOPERATE) ont exclu les patients âgés de plus de 70 ans. Seul DETAIL comparant IEC et ARA2 a inclus des sujets jusqu'à 80 ans. Aucune donnée d'étude contrôlée n'est disponible au-delà de 80 ans. Cependant, chez ces sujets âgés, les effets bénéfiques du traitement antihypertenseur sur le plan cardiovasculaire encouragent à introduire IEC ou ARA2 comme chez les sujets jeunes, et à poursuivre ces traitements à vie.

Jusqu'ou faire baisser la pression artérielle ?

Il existe une surmortalité chez les sujets âgés de plus de 80 ans ayant les pressions artérielles les plus basses dans les études de population [18], et dans une méta-analyse des études d'intervention [19]. Cependant, ce risque est observé aussi dans les groupes placebo [19, 20], démontrant que la mortalité n'est pas liée au traitement mais à des comorbidités favorisant une chute de pression artérielle excessive.

En conclusion

Il n'y a pas lieu de traiter différemment les patients hypertendus âgés de 60 à 80 ans, si l'on prend la précaution de vérifier l'absence d'effet blouse blanche et d'hypotension artérielle orthostatique. Pour les sujets âgés de plus de 80 ans, il est possible de poursuivre voire d'instaurer les traitements habituels cardio et néphroprotecteurs, en conservant une cible de pression artérielle systolique probablement 10 mmHg plus haute que pour les sujets plus jeunes, soit 150 mmHg, et peut-être 140 mmHg en cas de néphropathie, protéinurie, diabète ou en prévention secondaire. ∞

FAUTE DE PLACE, RETROUVEZ LA BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE SUR LE SITE INTERNET WWW.REIN-ECHOS.FR

NÉPHRO GÉRIATRIE

La « fragilité » des personnes âgées et la fréquence de polyopathologies qui les concerne, nécessitent pour ces patients une prise en charge globale avec un projet de soins établi avec le malade, son entourage et les soignants. La prise en charge des personnes âgées doit concerner la pathologie principale mais aussi les autres pathologies, annexes mais fréquentes, et la gestion des problèmes médico-sociaux au fur à mesure que l'autonomie diminue.

Au cours du 19^e siècle et plus encore du 20^e siècle,

l'espérance de vie à la naissance s'est considérablement transformée passant d'une espérance de vie de 30 ans à une espérance de vie actuelle de 84 ans pour les femmes, et 77 ans pour les hommes. L'espérance de vie persiste toute la vie. Ainsi actuellement à 60 ans, l'espérance de vie d'une femme est de 27 ans et l'espérance de vie d'un homme de 22 ans, et à 85 ans l'espérance de vie d'une femme est de 7 ans et l'espérance de vie d'un homme de 6 ans. Cette évolution démographique a plusieurs explications. Associés au progrès de l'hygiène, à l'amélioration de l'état nutritionnel global de la population, les progrès très importants réalisés par la médecine, tant dans le domaine thérapeutique que dans le domaine de la prévention, ont permis que les grandes pathologies chroniques apparaissent plus tard dans le déroulement de la vie et que ces grandes pathologies chroniques aient une évolution prolongée. Ces retards d'apparitions et prolongements d'évolution des pathologies chroniques ont pour corollaire que se présentent souvent en même temps, au grand âge, plusieurs problèmes pathologiques.

Les principales pathologies rencontrées sont les suivantes :

- pathologies vasculaires (cardio-vas-

culaires, neuro-vasculaires),

- pathologies neuro-dégénératives (parkinson, alzheimer, dépression),
- dénutrition,
- infections,
- pathologies rhumatologiques (ostéoporose, chutes, fractures),
- cancers,
- insuffisance rénale et ses conséquences thérapeutiques.

L'insuffisance rénale chronique évolutive du sujet âgé occupe une place importante en néphrologie. Environ 25 % des malades qui débutent un traitement par dialyse ont plus de 75 ans et cette incidence poursuit son augmentation chaque année.

Ces patients âgés en insuffisance rénale pré-terminale ou terminale avec un traitement de suppléance ont beaucoup de risques d'avoir d'autres problèmes pathologiques associés à prendre en charge. Les néphrologues ont bien l'habitude de gérer au long cours les problèmes cardio vasculaires, les problèmes osseux, l'éventuelle apparition de pathologies cancéreuses. Le propos est ici d'insister sur quelques aspects de la polyopathie gériatrique qui se rencontrent très fréquemment et qui méritent d'être bien diagnostiqués et bien gérés : les problèmes nutritionnels, les troubles cognitifs, l'apparition d'un état de dépendance avec perte d'autonomie et difficultés de maintien à domicile.



JEAN PIERRE CHARMES
Néphrologue et Gériatre,
actuellement chef de service
de gériatrie au CHU de
Limoges (Hôpital Rebejrol),
87042 Limoges Cedex.

I – RISQUE DE DÉNUTRITION

Il est souvent difficile de parler du risque de dénutrition en néphrologie car lors de l'évolution de l'insuffisance rénale, alors que le patient ne se sentait pas malade, il lui a été proposé des modifications de comportement alimentaire (restriction protidique modérée) dans l'espoir de repousser l'échéance de la dialyse. Cependant au très grand âge, le risque de dénutrition de la population générale est très important et les événements cataboliques très nombreux de l'insuffisance rénale au stade de la dialyse le favorisent. La malnutrition est une cause importante de morbidité et de mortalité. Elle entraîne une majoration de la perte d'autonomie.

Chez le patient âgé insuffisant rénal, il faut évaluer les besoins protéiques et énergétiques et mettre en route si nécessaire, de façon précoce, une supplémentation nutritionnelle efficace chaque fois qu'il existe un déficit, en utilisant les moyens diététiques habituellement pratiqués en gériatrie, en dehors des particularités spécifiques à la dialyse (nutrition parentérale per dialytique ou enrichissement du dialysat).

La mise en place d'une éventuelle nutrition artificielle (entérale le plus souvent) impose une réflexion éthique en équipe multi-disciplinaire. Cette alimentation artificielle doit s'inscrire

dans un projet thérapeutique cohérent, envisagé avec le patient, son entourage, l'équipe soignante et faire l'objet d'un contrat avec des objectifs et des réévaluations périodiques et éventuellement une date d'arrêt. Les équipes gériatriques pensent qu'il n'est pas raisonnable d'utiliser une alimentation entérale chez les patients présentant un état démentiel avancé ou dans un contexte de fin de vie.

II – TROUBLES COGNITIFS

Le problème de la démence est devenu un problème majeur de Santé Publique. La prévalence des démences (au premier rang desquelles la maladie d'Alzheimer) augmente avec l'âge : elle est de plus de 20 % au-delà de 80 ans. Les données démographiques et épidémiologiques de la démence rejoignent celles de l'insuffisance rénale. Il n'est donc pas étonnant d'observer dans la population des patients insuffisants rénaux, des démences avec une proportion identique à celle de la population générale.

La prise en charge des insuffisants rénaux doit comporter une évaluation de l'état cognitif au même titre et de façon aussi systématique qu'une évaluation cardio vasculaire. Cette évaluation peut conduire éventuellement au diagnostic de maladie d'Alzheimer (le plus fréquemment rencontré) qui permettra aux médecins et à la famille de comprendre et donc de mieux gérer les manifestations et les troubles du malade, de développer en complément d'un traitement médicamenteux spécifique (anticholinestérase) une prise

en charge globale et active concernant l'organisation de la vie quotidienne, une stimulation cognitive, un aménagement de l'habitation... avec un réseau de soutien (aide au maintien à domicile, aide administrative et financière, éventuellement protection des biens et du malade). Cette prise en charge thérapeutique permet un léger recul de l'évolution de la maladie, mais ne représente pas un traitement radical. Les meilleurs moyens de prévention pour reculer l'apparition de la maladie résident dans la parfaite maîtrise des facteurs de risque cardio vasculaires (HTA, diabète, syndrome métabolique) et dans la poursuite d'une vie active et stimulante. Le diagnostic est important car il devra être pris en compte en fonction du stade évolutif de la maladie dans les décisions éventuelles de prise en charge en dialyse. Lorsque la démence s'aggrave, il devient de plus en plus difficile de disposer d'une coopération parfaitement consentie par le patient pour son traitement et se pose un débat éthique concernant la potentialité de relations humaines et de dignité du malade, son intérêt, l'intérêt de la famille, la lassitude des soignants, qui peut conduire à un allègement de traitement et un arrêt de dialyse. Ces processus de prise de position en fin de vie sont très différents des situations cliniques de routine et représentent une intensité sociale et psychologique très forte. Ces situations doivent être intégrées dans le projet thérapeutique lors de la prise en charge de tels patients avec une politique de prévision des problèmes à venir et de soins palliatifs de qualité.

III – AUTONOMIE, DEPENDANCE, MAINTIEN A DOMICILE

Au très grand âge, du fait du poids des polyopathologies et des handicaps moteur et sensoriel presque toujours présents, apparaît une situation que l'on qualifie de fragilité. Cette fragilité peut être définie comme un état instable correspondant à des personnes âgées soumises à une désadaptation des différents systèmes homéostasiques, aussi bien sur le plan biologique que social. C'est l'époque où s'émeussent les capacités d'adaptation et où se réduisent les capacités de réserve et les aptitudes relationnelles et sociales, entraînant une situation de vulnérabilité. L'apparition de la fragilité et son évolution sont très variables d'un individu à l'autre, mais aboutissent progressivement à une perte d'autonomie et à un état de dépendance.

La prise en compte de la fragilité et l'évaluation de la perte d'autonomie est une démarche systématique en pratique gériatrique. L'identification précoce des besoins des personnes âgées permet d'intervenir plus judicieusement et plus efficacement. La prise en charge des différentes pathologies doit être aussi précise que possible, mais il ne faut pas négliger les problèmes médico-sociaux. Au fur et à mesure de l'aggravation de la fragilité et de l'apparition d'un état de dépendance, des difficultés pour gérer les actes essentiels de la vie quotidienne apparaissent et le maintien à domicile deviendra progressivement impossible si ces difficultés ne sont pas compensées par des aides venant de la cellule familiale ou du voisinage ou des différents professionnels ou organismes qui sont mis actuellement à la disposition des personnes âgées. Il est tout à fait important dans ce domaine de mener une action de diagnostics précoces et de prévention en gérant les problèmes avant l'apparition des situations de crises. C'est le meilleur garant d'un maintien prolongé au domicile. Malgré tout, le risque évolutif persiste et dans certains cas, il peut apparaître prudent d'envisager suffisamment tôt la poursuite d'une prise en charge générale d'une personne âgée dans une institution. \\\



ABORD VASCULAIRE

POUR HÉMODIALYSE ET PERSONNE ÂGÉE

Les néphrologues sont confrontés à la prise en charge d'une catégorie de patients en nombre croissant : les patients âgés et très âgés.

Pour l'OMS une personne âgée est une personne de 65 ans et plus ; pour le National Institut of Aging (USA), cette catégorie de personnes âgées se subdivise en plusieurs sous groupes plus représentatifs de la réalité clinique :

patients de 65-75 ans, 75-85 ans, 85 ans et plus ; il faudrait aussi individualiser les patients de 100 ans et plus. Plus une personne est âgée lorsqu'elle est prise en dialyse, plus son espérance de vie se rapproche de l'espérance de vie d'une personne du même âge non dialysée.

L'espérance de vie, en 2005, d'une personne non dialysée de 85 ans et plus était de 5,4 ans pour les hommes et de 6,7 ans pour les femmes. En dialyse les durées de survie rapportées sont encore faibles : 37% à 3 ans, 20% à 5 ans pour les patients âgés de plus de 70 ans aux USA (1) ; mais en Europe des durées de survie plus élevées ont été rapportées: 81,25% à 4 ans en Italie du Sud pour les octogénaires (2). Les personnes âgées se caractérisent par leur « fragilité », un nombre de comorbidités élevé, un nombre de handicaps élevé. 5% seulement d'une population de dialysés de plus de 75 ans (3) n'avaient pas de handicap. Tous ces éléments doivent entrer en ligne de compte dans la prise en charge d'un abord vasculaire (AV) chez une personne âgée ou très âgée. Il appartient en effet au néphrologue de définir le type d'AV à proposer, le moment de le créer et d'organiser les modalités de surveillance.

La création d'un AV chez une personne âgée ou très âgée doit répondre aux mêmes règles de bonne pratique clinique que chez un patient plus jeune :

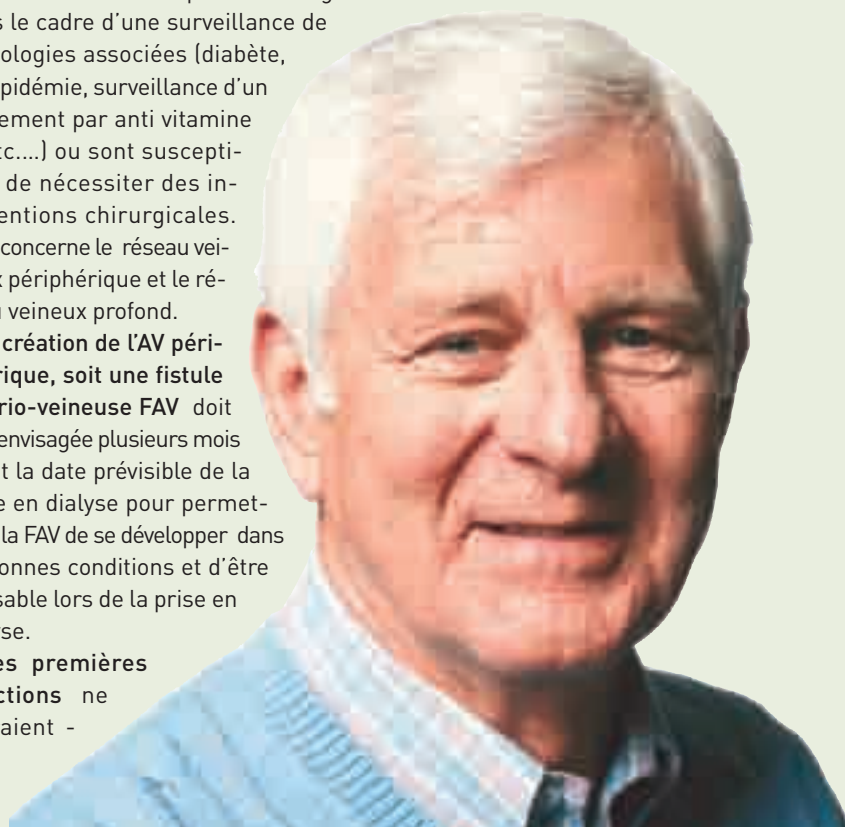
- **La préservation de réseau veineux** doit être mise en place dès la connaissance du risque de développer une maladie rénale; toutes les prises de sang doivent être faites sur les veines du dos des mains (Photo 1). Ceci est d'autant plus important que les personnes âgées sont souvent très sollicitées en terme de prises de sang dans le cadre d'une surveillance de pathologies associées (diabète, dyslipidémie, surveillance d'un traitement par anti vitamine K, etc....) ou sont susceptibles de nécessiter des interventions chirurgicales. Ceci concerne le réseau veineux périphérique et le réseau veineux profond.

- **La création de l'AV périphérique, soit une fistule artério-veineuse FAV** doit être envisagée plusieurs mois avant la date prévisible de la prise en dialyse pour permettre à la FAV de se développer dans de bonnes conditions et d'être utilisable lors de la prise en dialyse.

- **Les premières ponctions** ne devraient -

JOSETTE PENGLOAN

est Néphrologue, Praticien Hospitalier au CHU de Tours Co-fondatrice de la Société Française des Abords Vasculaires (SFAV) et de la Vascular Access Society (VAS); ces sociétés organisent en France et en Europe des cours multidisciplinaires destinés aux professionnels de santé concernant le développement des Abords vasculaires pour hémodialyse.





être réalisées qu'après évaluation de la maturité de la FAV, définie par un débit doppler \geq à 600 ml/min, un diamètre du vaisseau suffisant, une profondeur \leq à 6 mm, et une FAV bien palpable. En cas d'insuffisance de développement, une angiographie pour exploration et éventuellement pour dilatation doit être effectuée après 6 semaines de développement. Dans la situation où une sténose postanastomotique est identifiée par l'examen clinique, documentée par l'exploration Doppler ou radiologique et considérée comme seule responsable de l'insuffisance de développement, une réfection chirurgicale de l'anastomose de la FAV sera proposée.

- La FAV distale, radio céphalique, au poignet, à partir des vaisseaux natifs doit être privilégiée. Tout doit être mis en œuvre pour faciliter sa création et son développement.

- La surveillance de la FAV doit être organisée dès sa création par l'exa-

men clinique régulier et la surveillance du débit.

- La surveillance mensuelle du débit doit être instaurée dès la prise en dialyse pour dépister les FAV à haut risque de thrombose.

- Le débit doit être le plus bas possible compatible avec les besoins du traitement par hémodialyse (600 ml/min pourrait être idéal) ; son débit devrait être inférieur à 20% du débit cardiaque.

- La radiologie interventionnelle, moins invasive que la chirurgie, devra être envisagée pour chaque traitement de sténose.

- Les CVC transitoires doivent être évités autant que possible car source de morbidité et de mortalité très élevées.

La création d'un AV chez une personne âgée ou très âgée doit tenir compte des spécificités liées à l'âge

- Le moment optimal de création de l'AV chez la personne âgée est mal

codifié. Ceci est expliqué par des indicateurs inappropriés pour apprécier la fonction rénale et l'évolution peu prévisible de la dégradation de la fonction rénale. Ainsi lorsqu'une FAV est créée chez une personne âgée, le risque qu'elle ne soit pas utilisée dans les 2 ans est 5 fois plus élevé que le risque qu'elle soit utilisée (4).

- A l'opposé plus de 30% des patients âgés commencent la dialyse sans AV créé. Le diagnostic d'insuffisance rénale est souvent porté tardivement chez la personne âgée, la sévérité de l'insuffisance rénale est souvent sous-estimée, la décompensation peut être rapide, et la personne âgée plus tardivement adressée au néphrologue. L'insuffisance rénale chronique terminale est encore souvent dépistée à l'occasion d'une décompensation aiguë.

- La création d'un AV périphérique peut être plus difficile que dans une population jeune. Les veines ont souvent été utilisées et les artères souvent

athéromateuses. Les artères peuvent aussi avoir été utilisées pour des explorations cardiaques (coronarographies) et devenir inaptées au développement d'une FAV. Il est donc nécessaire d'évaluer la qualité des vaisseaux avant de créer une FAV.

- La localisation de la FAV doit tenir compte chaque fois que possible de l'état des membres supérieurs, en particulier des mains. Il faut chaque fois que possible éviter une éventuelle diminution de la force musculaire de la main. La création d'une FAV peut en effet diminuer la vascularisation de la main. La recherche de signes même minimes d'ischémie de mains doit être systématique (Photo 2).

- Les conséquences sur la fonction cardiaque doivent être estimées. A cet âge les troubles de la fonction systolique ou diastolique sont fréquents. Or la création d'une FAV même distale entraîne une augmentation du débit cardiaque de 20% et une augmentation des besoins en oxygène du muscle cardiaque. La création d'une FAV peut donc déséquilibrer une situation cardiaque précaire ou aggraver l'ischémie myocardique.

- Une situation particulière concerne les pontages coronariens ; la FAV peut entraîner un vol coronarien ; il est donc préférable de ne pas créer un AV du côté du pontage coronarien.

Compte-tenu de tous ces éléments on ne peut pas conseiller la création d'un AV proximal, au coude, malgré ses avantages apparents et immédiats qui sont : un développement plus ra-

pide et un débit plus élevé qu'une FAV distale. Mais les risques sont également plus élevés, en particulier sur la main et au niveau cardiaque.

La création d'un AV chez une personne âgée ou très âgée se déroule en plusieurs étapes :

1- Définir le type d'AV qui sera le mieux adapté à la personne à partir du moment où elle s'oriente vers le traitement par hémodialyse. Ceci nécessite :

- a. Une évaluation clinique minutieuse,
- b. Une évaluation cardiaque par l'échographie cardiaque, éventuellement complétées par d'autres explorations cardiaques,
- c. Une évaluation de la vascularisation périphérique et centrale :
 - i. Qualité du réseau veineux périphérique : examen clinique, phlébographie, doppler veineux au minimum,
 - ii. Qualité du réseau artériel : examen clinique, étude de la vascularisation de la main.

2- Orienter vers la pose d'un cathéter veineux central (CVC) en cas de contre-indication ou de difficultés majeures à la création d'une FAV distale (photo 3). Il s'agit de CVC tunellisé définitif. Le risque du CVC définitif est dominé par un risque infectieux majeur. Cette stratégie est acceptable dans la mesure où ce risque est bien contrôlé par les équipes médicales et paramédicales prenant en charge le patient. La durée de vie d'un CVC doit dépasser plusieurs années et durer

aussi longtemps que le patient.

3- En l'absence de contre indication créer la FAV : (photo 4-5).

Conclusion

Chez la personne âgée ou très âgée, la FAV distale reste l'AV de référence. Cependant les conditions cardiaques, le déficit vasculaire peuvent amener à préférer la pose d'un CVC définitif. Dans chaque cas la décision doit intégrer l'ensemble des problèmes médicaux du patient, la notion de qualité de vie et la capacité d'adhésion et de compréhension du patient. \\\

RÉFÉRENCES

- 1- Aging veterans and the end-stage renal disease management dilemma in the millennium. TJ Vachharajani, NK Atray. Hemodial Int.(2007) Oct; 11(4):456-60.
- 2- Survival in octogenarian dialysis patients: analysis in two Southern Italian regions - D.Santoro , L Gitto , B Di Iorio , V. Savica , M. Li Vecchi , G.Bellinghieri , NG.De Santo; Campanian and Sicilian Registry of Dialysis. - J Nephrol.(2008) Mar-Apr; 21 Suppl 13:S118-23.
- 3- Functional dependencies among the elderly on hemodialysis - WL Cook, SV Jassal. Kidney International (2008) 73, 1289-1295.
- 4- When to refer patients with chronic kidney disease for vascular access surgery: Should age be a consideration? AM O'Hare, D Bertenthal, LC Walter, AX Garg, K Covinsky, JS Kaufman, RA Rodriguez and M Allon- Kidney International (2007) 71, 555-561.



De gauche à droite, de haut en bas

Photo 1 : Prise de sang sur les veines du dos des mains.

Photo 2 : Amyotrophie de la main gauche, qui disparaîtra après ligature de la FAV gauche (Kidney International (2008) 73, 1203-1204).

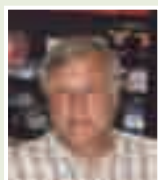
Photo 3 : Cathéter veineux central CVC en cours de branchement pour une séance de dialyse.

Photo 4 : FAV : Apparence externe avec les zones de ponction.

Photo 5 : FAV au cours d'une séance de dialyse.

LA FAV

DU POINT DE VUE DU RADIOLOGUE



DOCTEUR AC RAYNAUD

Radiologue vasculaire il est très impliqué en néphrologie (pathologies vasculaires rénales et des abords d'hémodialyse). Praticien hospitalier temps partiel à l'hôpital Broussais puis à l'hôpital Européen Georges Pompidou depuis 1984, et exercice libéral à la clinique Allera Labrouste depuis 1988.

La fistule est notre survie, comment savoir quand elle fonctionne bien, quels sont ses critères de bons fonctionnements ?

Pour pouvoir dialyser un patient, il est nécessaire de prélever une quantité de sang relativement importante, de l'ordre de 300 ml/mn et de lui restituer après épuration. C'est pour cette raison qu'une fistule artério-veineuse est créée. Le fait de brancher directement l'artère sur la veine permet d'augmenter le débit de la veine et de modifier sa paroi qui peut alors fournir le flux sanguin nécessaire et supporter les ponctions répétées. Un abord vasculaire de bonne qualité doit donc pouvoir être ponctionné de façon aisée et avoir un débit suffisant.

Inversement, quels sont les critères les plus souvent rencontrés

d'un mauvais fonctionnement ?

La survenue d'un rétrécissement (sténose) responsable d'un mauvais fonctionnement de la fistule artério-veineuse est la complication la plus fréquente.

Si ce rétrécissement survient sur les artères en amont de la fistule ou au niveau de la jonction entre l'artère et la veine (anastomose) ou à sa proximité immédiate, il va être responsable d'une diminution du débit dans l'abord vasculaire ayant pour conséquence un abord plat, souvent difficile à ponctionner, avec un frémissement (thrill) diminué, pouvant ne pas permettre l'obtention des 300 ml/mn de sang nécessaire à l'hémodialyse. En raison de ce bas débit, l'épuration est insuffisante et la qualité de la dialyse est mauvaise.

Si la sténose est située sur la veine en aval des zones de ponctions artérielles et veineuses, l'abord vasculaire est très perceptible, battant, facilement ponctionnable, aussi ces sténoses veineuses sont-elles souvent méconnues. L'examen de l'abord montre que les frémissements (thrill) de l'abord vasculaire sont diminués, notamment le « thrill » s'épuise très rapidement au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la zone d'anastomose ; en revanche, en aval du rétrécissement, le frémissement réapparaît. Cette hyperpression veineuse est responsable de multiples complications au point de ponction : saignements prolongés, apparition d'anévrismes, soit secondaires à l'apparition d'hématome au niveau des points de ponction, soit par amincissement cutané et même, survenue de points de nécrose qui tra-

duisent une difficulté de cicatrisation des tissus cutanés.

Si l'examen clinique demeure essentiel dans la surveillance des abords vasculaires, il existe également une surveillance des paramètres de dialyses dont l'altération doit faire rechercher une sténose sous-jacente. Il s'agit essentiellement des surveillances des pressions veineuses, de la recirculation, du KT/V. Un autre élément est de plus en plus souvent surveillé régulièrement, c'est le débit de l'abord vasculaire lui-même (Transonic, dialysance ionique, Doppler). Sa chute devant faire rechercher une lésion sous-jacente.

Outre les dysfonctions de la dialyse les sténoses vasculaires exposent au risque de thrombose (occlusion) de l'abord et ce quelque soit leur siège. Il s'agit d'une complication sévère qui laisse l'hémodialysé sans abord vasculaire utilisable qui met en péril la pérennité de l'abord et le patient lui-même. Leur désobstruction est une semi urgence.

Quand le radiologue intervient et pourquoi faire ?

Dès qu'un rétrécissement ayant un retentissement sur la fonction de l'abord vasculaire, le radiologue intervient. Si le diagnostic est douteux, on demandera souvent à une échographie-Doppler de confirmer la lésion, si le diagnostic est certain ou quasi-certain, l'échographie devient peu utile et, l'examen demandé sera une fistulographie. Son but est d'imager de façon très précise l'abord vasculaire lui-même et son alimentation artérielle de localiser les rétrécissements, ce qui

permet de choisir le meilleur traitement. Dans la grande majorité des cas, ce dernier sera une dilatation (angioplastie) qui consiste à gonfler un ballonnet en regard du rétrécissement pour élargir la zone rétrécie. Dans 5 % des cas environ la dilatation au ballonnet est complétée par l'implantation d'un petit ressort (stent) qui va maintenir le vaisseau ouvert au niveau de la zone dilatée.

La dilatation des sténoses des abords vasculaires est un examen effectué en ambulatoire. Le gonflage du ballonnet en regard du rétrécissement est perçu de façon très différente d'un patient à l'autre. Certains ne ressentent qu'une gêne extrêmement modérée, chez d'autres en revanche, il est responsable de douleurs très violentes. Il est donc nécessaire que le patient soit à jeun afin que l'on puisse sans risque administrer des antalgiques. Pour la même raison, il est indispensable que le patient quitte l'établissement accompagné ou en ambulance mais en aucun cas avec un véhicule personnel. Les échecs techniques des dilatations sont exceptionnels et dans la quasi-totalité des cas, il est possible de dilater l'abord vasculaire de façon satisfaisante.

Les désobstructions des abords vasculaires sont techniquement beaucoup plus difficiles et nécessitent un opérateur très expérimenté. Quelle que soit la méthode utilisée le traitement a deux étapes : extraire les caillots et traiter la sténose sous jacente. Ces désobstructions sont beaucoup plus douloureuses que les dilatations et des fortes doses d'antalgiques sont nécessaires. Il est certes possible de récupérer un abord fonctionnel dans la majorité des cas mais il s'agit d'une période à hauts risques pour l'abord vasculaire. Le taux de complication est faible mais il est beaucoup plus élevé que pour les dilatations.

Quelles complications sont à redouter ? Comment intervenez-vous à cet effet ?

Les complications des dilatations sont très peu fréquentes. Elles peuvent être liées au produit de contraste iodé à type essentiellement de réaction cutanée souvent retardée chez l'hémodialysé, (survenant 24 h après l'examen), et de façon beaucoup plus

rare, moins de 0,5 pour 10 000 par des chocs allergiques sévères. En fait, la complication la plus fréquente est la rupture de l'abord vasculaire au niveau de la zone de dilatation. Ces ruptures sont souvent simplement traitées par une insufflation prolongée du ballonnet en regard de la fuite, ce qui permet dans la grande majorité des cas, son tarissement. En cas d'échec, ces ruptures sont traitées par implantation d'un stent muni d'une couverture qui obture la brèche et restaure un abord vasculaire normalement perméable. Les autres complications telles que les infections ou les thromboses de l'abord vasculaire sont rarissimes.

Au décours de la dilatation, l'abord vasculaire est immédiatement utilisable pour les séances d'hémodialyse. Le problème majeur des dilatations des abords vasculaires est la survenue de récurrence de la lésion (resténose). Cette récurrence survient dans environ 80 % des cas mais après un délai extrêmement variable, de 2 mois à plus de 2 ans, ce qui conduit à répéter les angioplasties de façon itérative, en sachant que pour un même patient, le délai entre les récurrences est souvent à peu près le même.

Comment faire en IRCT pour préserver le plus longtemps possible son capital vasculaire ? Vos conseils fondamentaux.

La préservation du capital veineux est actuellement très mal faite en France et c'est souvent le corps médical qui est responsable de la destruction du capital veineux.

Cette préservation doit commencer bien avant la création d'un abord vasculaire. Les ponctions veineuses détériorent le réseau veineux. Lorsqu'un patient a une insuffisance rénale débutante dont on sait qu'elle va évoluer, telle qu'une polykystose rénale ou une maladie de Berger, il faut, dès que la maladie est diagnostiquée, souvent plusieurs années ou dizaines d'années avant l'entrée en dialyse, prévenir les patients que les ponctions de leurs veines ne doivent pas compromettre la réalisation future d'un abord vasculaire. Il ne faut plus ponctionner les veines qui peuvent être utilisées pour la création d'une fistule et donc utiliser les veines du dos de la main. Dans la pratique, on parle au patient de la protection du réseau veineux bien trop tard



lorsque l'on crée un abord vasculaire. Un deuxième point fondamental est de faire le bon abord vasculaire. Une fistule artériovoineuse à l'avant-bras dure en moyenne plus de 10 ans sans que des gestes soient nécessaires, une fistule artériovoineuse créée au bras dure beaucoup moins longtemps environ 2 à 3 ans, et si un greffon doit être implanté, la durée de vie en l'absence de geste d'angioplastie est de l'ordre d'1 an. Il est donc, indispensable de faire une fistule distale (au poignet) quand cela est possible et ce d'autant plus que la création d'une fistule au coude empêche la création ultérieure d'un abord vasculaire plus périphérique. Pour cela il faut explorer les patients par échographie-Doppler ou phlébographie quand un doute existe sur l'abord vasculaire à créer en première intention. L'inconvénient principal des abords vasculaires distaux est leur taux d'échec immédiat qui est assez important, de l'ordre de 20 %. Compte-tenu du bénéfice ultérieur à avoir un tel abord vasculaire, il faut savoir accepter ce taux d'échec initial. Un autre élément essentiel pour la préservation du capital veineux est d'éviter autant que possible la mise en place de cathéters veineux centraux. En effet, ces cathéters se compliquent fréquemment d'une sténose ou d'une occlusion des veines centrales. Or, avec une telle lésion, c'est un membre supérieur entier qui ne peut plus être utilisé pour la création d'un abord vasculaire. Il est donc très important, quand cela est possible, de confectonner l'abord vasculaire plusieurs mois avant l'entrée en dialyse de façon

à lui laisser le temps de se développer et qu'il soit utilisable dès la première séance de dialyse.

Un dernier point important est d'utiliser l'abord vasculaire pour des ponctions, notamment en milieu néphrologique où les infirmières sont habituées à ponctionner les abords vasculaires. Il ne faut pas oublier que l'abord a été fait pour être ponctionné. C'est le cas après greffe rénale où les ponctions veineuses nécessaires à la surveillance des patients sont très rapprochées. Le patient aura grandement besoin de ses veines plusieurs années plus tard quand le greffon ne fonctionnera plus et qu'il devra retourner en dialyse. Il arrive même fréquemment que l'on nous demande de désobstruer un abord vasculaire qui s'est thrombosé au cours de la transplantation afin de permettre les ponctions sans risquer de détruire le réseau natif.

Après transplantation rénale : faut-il fermer la fistule ?

Un an après la transplantation, les ponctions sont beaucoup plus espacées. Si la fonction rénale est satisfaisante et stable, il faut envisager l'occlusion de l'abord vasculaire. Les transplantés rénaux sont des patients assez jeunes et chez eux, les abords vasculaires se développent souvent de façon progressive. Ils ont un débit qui augmente régulièrement, ce qui surcharge de façon importante le travail du cœur et peut être responsable d'une insuffisance cardiaque. Outre l'aspect esthétique l'intérêt majeur d'occlure l'abord vasculaire est donc de soulager le travail cardiaque. Il est donc nécessaire de surveiller, même à distance d'une transplantation, l'évolution d'un abord vasculaire et son débit afin d'éviter cette complication. De plus, il faut savoir que bien qu'un abord vasculaire ait été ligaturé, la veine en aval de la ligature ne se bouche pas fatalement et qu'il est souvent possible même après plusieurs années de réactiver le même abord en refaisant une anastomose artério-veineuse quelques centimètres plus haut. L'inconvénient évident de lier l'abord vasculaire est de ne pas avoir de voie d'abord immédiatement disponible en cas d'accident aiguë sur le greffon, mais dans la pratique un abord non surveillé se détériore progressivement et est rarement utilisable en cas de nécessité.

Recourir à plusieurs fistules au cours de sa vie, combien s'avèrent possibles ? Y a-t-il un moment où il n'y a plus de possibilités de dialyse ?

Quand le capital veineux est de qualité normale et traité normalement par le corps médical les possibilités de créations d'abords vasculaires sont très nombreuses et très largement suffisantes pour dialyser un patient pendant toute son existence. Les difficultés concernent les patients dont le capital veineux est réduit, dans ce cas la radiologie interventionnelle est une avancée majeure car elle permet de prolonger de façon considérable la durée de vie de l'abord existant mais ceci au prix de gestes itératifs d'autant plus rapprochés qu'il s'agit d'abords plus proximaux ces derniers nécessitent beaucoup plus de gestes que les fistules distales. Il nous arrive de maintenir un

abord vasculaire fonctionnel pendant des années par des dilatations itératives tous les 3 ou 6 mois si c'est un des derniers faisables. En dernier recours. Il est aussi possible d'avoir recours aux cathéters veineux centraux, à la dialyse péritonéale ou à la transplantation rénale. En pratique il est rarissime qu'un patient meurt faute d'abord vasculaire, en revanche les multiples gestes nécessaires au maintien de la perméabilité d'un abord précaire et la crainte de perdre cet abord altèrent clairement la qualité de vie des patients.

Enfin, professeur, une patiente ne sait que penser d'une thérapie laser pour une sténose de l'artère rénale ?

Cela ne présente aucun intérêt.

Merci professeur de toutes ces réponses. \ \ \ REIN ÉCHOS

COMMUNIQUÉ

Le 14^{ème} Cours-Congrès Annuel de la Société Française de l'Abord Vasculaire pour Hémodialyse (SFAV) s'est tenu au Palais des Congrès d'Ajaccio les 12-13-14 juin 2008 avec 300 participants. Comme aux précédentes réunions, toutes les spécialités médicales concernées par l'Abord Vasculaire, étaient représentées : angéiologie, chirurgie, néphrologie, radiologie vasculaire.

Compte tenu du caractère multidisciplinaire de la prise en charge de l'abord vasculaire du dialysé, les 2 premiers jours ont été consacrés à la présentation de l'essentiel de ce que tous les acteurs de l'abord vasculaire peuvent utilement apprendre sur le rôle et la place des spécialités différentes de la leur.

La dernière journée était en revanche destinée à aller beaucoup plus au fond des choses dans chacune des 4 spécialités concernées, et ceci sous forme de 4 ateliers étoffés : néphrologie, chirurgie, écho-doppler et radiologie diagnostique et interventionnelle. Les ateliers du matin ont été répétés l'après-midi afin de donner par exemple l'occasion à un néphrologue de s'informer également un peu plus sur l'écho-Doppler, à un chirurgien de s'informer également un peu mieux sur les techniques de radiologie interventionnelle...

Enfin, près de 3 heures ont été réservées pour permettre à toutes les équipes impliquées dans l'abord vasculaire de faire part de leur expérience. Ces présentations ont représenté la partie « congrès » de la réunion dont le programme se voulait aussi exhaustif que possible pour permettre aux néphrologues, chirurgiens, écho-doppléristes et radiologues tant de s'initier que de se perfectionner dans la difficile prise en charge de l'abord vasculaire du dialysé.

Le prochain Cours-Congrès se déroulera également à Ajaccio en 2009. Plus de précisions seront bientôt disponibles sur le site Internet : www.sfav.org.

PIERRE BOURQUELOT (PRÉSIDENT SFAV)

Le 1^{er} Trophée Qualité de l'Hospitalisation Privée (FHP) a été décerné au Centre de Dialyse du Béarn (Pau Aressy) le jeudi, 26 juin 2008 sous la Pyramide du Louvre.

Les trophées de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (1250 établissements) distinguent des projets d'établissement originaux et des équipes novatrices.

Cinq prix ont été attribués dans la catégorie «Innovation médicale», et cinq autres dans la catégorie «Qualité».

90 dossiers de candidatures ont été retenus.



DANS CETTE CATÉGORIE « QUALITÉ » le premier prix a été attribué au Centre de Dialyse du Béarn d'Aressy (Pau) pour la technique de luminothérapie et la mise en place d'un Environnement de Haute Qualité visant à « une action thérapeutique pour un mieux être en dialyse »

Le centre a mené un projet de reconstruction pour créer un environnement sanitaire durable, écologique et convivial en garantissant l'efficacité des soins, la sécurité des soins et la sérénité des patients dans un fonctionnement d'écogestion.

C'est le Président de la Commission de la Certification de l'HAS (Haute Autorité en Santé) qui a remis personnellement ce Trophée à Monsieur LALANNE, directeur de cet établissement.

A été ajouté que le jury, à l'unanimité, avait eu un « véritable coup de cœur » dans cette nomination.

Il s'agit là d'une énorme reconnaissance qui est faite au professionnalisme et à la qualité humaine de l'ensemble des professionnels du centre de Dialyse.

DE LA DIALYSE À LA TRANSPLANTATION



DR FRANÇOIS GLOWACKI
Praticien Hospitalier, pôle de
Néphrologie CHRU de Lille.

La prise en charge des patients âgés en Néphrologie est devenue une préoccupation quotidienne des néphrologues.

Bien avant le stade de la dialyse, on estime que 29,7 % des patients âgés de plus de 70 ans présentent une insuffisance rénale chronique. Il faut toutefois relativiser ce chiffre car la majorité de ces insuffisances rénales reste très modérée. Par ailleurs, une des grandes difficultés réside dans le fait d'estimer précisément le niveau de fonction rénale des patients âgés, et ainsi de définir le niveau exact de l'insuffisance rénale. La mesure du taux de créatinine sanguin est la pre-

mière démarche pour apprécier la fonction rénale. Cependant, ce seul chiffre reste trop imprécis, et il faut essayer d'estimer au mieux la fonction rénale exacte (autrement appelé débit de filtration glomérulaire).

Certaines formules mathématiques intégrant le taux de créatinine et l'âge (formule de Cockcroft, formule MDRD) sont à notre disposition pour estimer cela. Néanmoins, ces formules sont peu adaptées à la physiologie du sujet âgé, et restent imprécises dans leur capacité à évaluer la sévérité de la perte fonctionnelle rénale. Enfin, il faut rappeler qu'indépendamment de toute pathologie rénale surajoutée, il existe un vieillissement des reins qui a pour conséquence une perte de fonction rénale, physiologique, liée à l'âge. Une fois l'insuffisance rénale chronique dépistée, il convient de diagnostiquer la maladie rénale sous jacente, mais aussi de mettre en jeu des traitements visant à épargner au maximum la fonction rénale et à la préserver le plus longtemps possible. Sur cette question, l'article du Dr Eric Boulanger fait le point sur les différentes stratégies pour y parvenir.

L'augmentation de l'incidence de l'insuffisance rénale s'associe à une augmentation progressive de la moyenne d'âge des sujets dialysés. Par exemple, en 2006, dans la région Nord Pas de Calais, 21,7% des dialysés qui débutent l'épuration extra-rénale ont plus de 80 ans (données : registre Néphronor). Cette augmentation de la moyenne

d'âge lors de l'initiation de la dialyse a pour corollaire une augmentation de la dépendance et des co-morbidités (notamment des pathologies cardiovasculaires). Il n'existe actuellement pas d'âge limite pour débiter l'hémodialyse, cependant en cas de pathologie très invalidante (cancer évolué avec une espérance de vie courte, trouble neurologique à type de démence évoluée avec rupture du contact...), une discussion de fond doit s'engager entre l'équipe médicale, le patient et sa famille avant de prendre la décision de débiter la dialyse. Il convient également de discuter le moment le plus opportun pour débiter la dialyse: un début trop précoce est inutile surtout chez ces patients dont l'insuffisance rénale progresse généralement lentement, une prise en charge trop tardive expose à des risques (y compris de dénutrition). La technique de dialyse doit également être expliquée au patient et à son entourage : le choix entre hémodialyse et dialyse péritonéale doit se faire de manière éclairée et raisonnée en tenant compte de l'environnement, du niveau de dépendance et des co-morbidités du patient. Pour cela, le suivi néphrologique doit être suffisamment précoce. Une prise en charge trop tardive, non programmée, expose au risque de ne pas pouvoir répondre à ces questions, et à s'engager en urgence dans la dialyse avec un surcroît de complications et une surmortalité importante. \\\

GREFFE RÉNALE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Pour les patients âgés arrivant au stade d'insuffisance rénale terminale, il est donc très important que soit réalisé le plus tôt possible le bilan de faisabilité de la greffe afin de ne pas perdre les chances d'accessibilité compte tenu de la rapidité d'évolution des lésions athéromateuses en dialyse à cet âge.

Les nouveaux traitements immunosuppresseurs permettent à l'heure actuelle de limiter de façon importante voire totalement la corticothérapie. Cette

épargne précoce en corticostéroïdes permet à l'heure actuelle d'envisager la greffe rénale chez des patients fragilisés par l'âge notamment. En effet, un des obstacles à l'accessibilité à la transplantation rénale pour les patients de plus de 60 ans est le risque de mortalité précoce corrélé en grande partie au risque infectieux que la corticothérapie aggravait considérablement. Par ailleurs, le développement des prélèvements chez les personnes âgées (jusqu'à 70 ans et plus) offre à cette population la possibilité d'un accès au greffon non pénalisant pour les plus jeunes dans le contexte des greffes dites « old for old » ou des bi-greffes.

Les bilans pré-greffes sont cependant plus lourds, notamment sur un plan cardiovasculaire. Les principaux obstacles à évaluer sont la faisabilité d'une anastomose du greffon au niveau des artères iliaques et il faut connaître les difficultés parfois considérables que peuvent représenter les calcifications vasculaires à ce niveau. Celles-ci sont bien évaluées par le scanner spiralé sans injection de produit de contraste. Le bilan cardiaque est également crucial et il semble à l'heure actuelle que l'IRM cardiaque puisse rendre de grands

services plutôt que la coronarographie (geste relativement invasif avec injection de produit de contraste iodé).

Passé la période des 6 premiers mois où la mortalité a été considérablement réduite, les résultats sont bons avec des rejets moins fréquents. Si les complications cardiovasculaires restent au premier plan dans le contexte de la poursuite du vieillissement et des antécédents, c'est surtout les complications carcinologiques qui demeurent un problème important nécessitant une surveillance très stricte.

Lorsque l'on fait abstraction de la mortalité comme éléments des courbes de survie actuarielle, les résultats en terme de survie greffon sont équivalents à ceux des plus jeunes. On considère que chez les patients entre 64 et 70 ans, le gain en terme de survie patient est environ de 4 années par rapport aux patients demeurant en

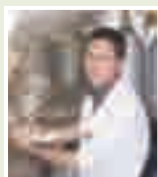


PR CHRISTIAN NOËL Service de Néphrologie/Transplantation au CHRU de Lille : Doctorat en Sciences de la Vie et de la Santé. Lille 2 – Néphrologie-Transplantation 1999. Coordonnateur du réseau NEPHRONOR. Création du réseau de soin de prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique dans le Nord Pas de Calais. Président du Comité d'Organisation Technique Régional (COTER) de l'Insuffisance rénale dans le Nord Pas de Calais. (Mission au près de l'Agence Régionale d'Hospitalisation).

dialyse. Surtout, les études de qualité de vie sont très en faveur de la greffe. Pour les patients âgés arrivant au stade d'insuffisance rénale terminale, il est donc très important que soit réalisé le plus tôt possible le bilan de faisabilité de la greffe afin de ne pas perdre les chances d'accessibilité compte tenu de la rapidité d'évolution des lésions athéromateuses en dialyse à cet âge. ▄▄



VIEILLISSEMENT DES REINS PRÉVENTION



DOCTEUR ERIC BOULANGER

Biologie du Vieillissement Vasculaire, Faculté de Médecine, Lille2, Pôle de Gériatrie, Hôpital Les Bateliers, CHRU Lille. De formation néphrologique, le Dr Eric Boulanger répartit actuellement son activité entre la médecine aiguë gériatrique et la recherche fondamentale centrée sur la biologie du vieillissement. Il consulte de manière hebdomadaire en néphrologie et dialyse péritonéale.

Qu'est ce qu'un rein normal ? Chaque individu possède deux reins d'environ 400 grammes chacun, soit un nombre total voisin de 2 millions de néphrons (unité fonctionnelle rénale). La fonction rénale la plus connue concerne l'épuration de déchets tels que l'urée et la créatinine. Certaines substances comme le glucose ou l'albumine sont normalement absentes des urines. L'épuration, assurée par la filtration au travers des glomérules, dépend directement du nombre de néphrons (1 glomérule par néphron). La qualité de l'épuration est quantifiée par la célèbre formule de Cockcroft et plus récemment la formule MDRD. Les reins assurent d'autres fonctions :

L'allongement de la durée de la vie s'accompagne non seulement d'un risque accru de diminution de la fonction d'un organe en rapport avec le vieillissement normal (vieillesse physiologique) mais aussi d'un risque d'altérations liées à d'autres maladies (vieillesse pathologique ou accéléré). Une meilleure connaissance des mécanismes impliqués dans le vieillissement rénal permet aujourd'hui de ralentir voire de stabiliser sa progression.

équilibre du métabolisme de l'eau, du sodium, du potassium, du calcium et du phosphore ; sécrétion d'hormones ayant des effets à distance des reins : la rénine qui intervient dans la régulation de la tension, l'érythropoïétine (EPO) qui stimule la production de globule rouge par la moelle osseuse et la 1-alpha hydroxylase qui rend la vitamine D active pour les os. Toutes ces fonctions rénales sont altérées au cours du vieillissement.

Au cours du vieillissement rénal physiologique normal, on observe une diminution de la taille et de la masse des reins d'environ 15 % entre l'âge de 50 et 80 ans. La perte des glomérules atteint environ 40 % à 70 ans et les glomérules qui gardent une fonction normale « travaillent plus » et subissent eux-mêmes un vieillissement qui s'accélère : c'est un véritable « cercle vicieux ». Parallèlement aux modifications visibles au microscope, il existe une diminution de toutes les fonctions rénales. Le flux sanguin rénal se réduit progressivement. L'épuration de l'urée et de la créatinine diminue et les sécrétions hormonales s'altèrent. Le sujet âgé présente un retard d'adaptation en cas de perte ou de surcharge en sel ou en eau. Une limitation de

l'accès à l'eau et au sel rend le patient âgé particulièrement à risque de déshydratation. En cas d'apport en sel brutal, il existe un retard de l'élimination rénale de celui-ci avec risque d'œdèmes.

Au cours du vieillissement rénal pathologique accéléré, plusieurs mécanismes sont impliqués. Les cellules rénales augmentent leur production de molécules oxydantes et molécules qui favorisent la fibrose rénale. Le renouvellement des cellules rénales devient altéré. Notamment au cours du diabète, il existe une accumulation rénale de produits de la glycation avancée découverte par le célèbre biochimiste français en 1911, Louis Camille MAILLARD. Ces véritables toxines du vieillissement sont désormais appelées AGE pour Advanced Glycation End-products en anglais. Elles sont également nocives pour les vaisseaux, dont ceux qui apportent le sang aux reins. Les facteurs de risque vasculaire habituellement reconnus délétères au niveau du cœur (infarctus) du cerveau (accident vasculaire cérébral) et des vaisseaux des membres inférieurs (artérite), participent également au vieillissement accéléré des reins. Il faut citer en première position

l'hypertension artérielle et le diabète qui représentent les deux premières causes d'insuffisance rénale terminale et donc de mise en dialyse. Les anomalies lipidiques (cholestérol, triglycérides) et l'obésité représentent autant de facteurs de risque de progression de la maladie rénale chronique. Le tabac a un rôle direct (corrélation entre la consommation tabagique et la progression de l'insuffisance rénale) et indirect (athérosclérose, hypertension artérielle) dans l'atteinte rénale.

L'insuffisance rénale elle-même est reconnue comme un facteur de risque à part entière. La présence anormale dans les urines de protéines comme l'albumine accélère la fibrose des reins. Les médicaments appartenant à la classe des IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion de l'angiotensine1) ou ARA2 (Antagonistes des Récepteur à l'Angiotensine2) habituellement prescrits pour traiter l'hypertension artérielle et/ou l'insuffisance cardiaque peuvent réduire fortement une albuminurie et prévenir l'aggravation de la maladie rénale.

Il existe une influence génétique (sexe, gènes particuliers, origine ethnique) de vieillissement rénal. Les lésions semblent favorisées chez l'homme par la production d'androgènes (hormone male), la castration ayant à l'opposé un effet protecteur. Les Afro-américains ont une susceptibilité pour la maladie rénale liée à l'hypertension. Certains médicaments nécessitent des précautions d'emploi chez le sujet âgé insuffisant rénal : adaptations de la posologie, médicaments déconseillés ou contre-indiqués. Parmi les médicaments dont le praticien doit se méfier, on peut citer : les anti-inflammatoires contre-indiqués ; certains antibiotiques comme les aminosides et les produits de contrastes iodés (injection d'iode pour examen de radiologie) qui sont à manier avec prudence. D'une manière plus générale, le vieillissement s'accompagne de modifications des organes impliqués dans le métabolisme et dans l'élimination des médicaments. La conséquence en est le plus souvent une augmentation de la présence du médicament dans le sang avec un risque d'accumulation potentiellement toxique

A l'heure actuelle, la plupart des facteurs sus-cités de vieillissement



rénal peuvent être pris en charge. La néphroprotection a pour objectif de mettre en œuvre tous les moyens afin de stabiliser une maladie rénale chronique et d'éviter sa progression vers l'insuffisance rénale terminale et la dialyse. Ce terme de « néphroprotection » assez récent prend toute sa valeur chez le sujet âgé atteint d'une pathologie rénale.

La suppression des facteurs de risque vasculaire constitue le principal moyen de prévenir les maladies rénales et de réduire au maximum leur progression. Il faut obtenir un bon contrôle de la tension artérielle et la démarche thérapeutique dans l'hypertension du sujet âgé débute par une prescription d'un seul médicament dont il convient d'augmenter la posologie plus graduellement que pour un patient jeune. Les associations médicamenteuses sont souvent nécessaires, impliquant la prudence. Il faut un contrôle strict du diabète et des troubles du cholestérol. L'arrêt du tabac reste essentiel en raison de son rôle aggravant dans la progression des lésions d'athérosclérose, et en raison de sa toxicité rénale directe.

Les anti-inflammatoires sont encore pourvoyeurs d'insuffisances rénales aiguës graves. Il est important de signaler que même en application locale les anti-inflammatoires représentent un danger d'autant plus qu'ils sont administrés en application large et prolongée. Les prescriptions d'aminosides ou de vancomycine doivent être de courte durée avec surveillance optimale de leurs taux sanguins. Les

produits de contraste iodés ne doivent être administrés qu'en cas de stricte nécessité chez un patient préparé, hydraté de manière optimale, chez qui on aura adapté la prescription des médicaments à visée rénale.

Chez le sujet âgé, les IEC et ARA2 représentent une aide majeure dans le ralentissement du vieillissement rénal et de la progression de la maladie rénale chronique. Ils ont démontré leur intérêt dans la réduction de la protéinurie. Leur prescription chez le patient âgé doit être prudente et nécessite une surveillance clinique (éviter les chutes de tension) et biologique (possibilité d'aggravation provisoire et réversible de la fonction rénale).

La prise en charge de la maladie rénale chronique dans notre population vieillissante représente un véritable enjeu pour les années à venir. La prévention, désormais possible, constitue probablement la meilleure réponse à apporter au vieillissement physiologique rénal et aux différents facteurs susceptibles de l'accélérer. Le dépistage de l'insuffisance rénale est un élément essentiel de cette prévention, particulièrement chez les patients âgés. La lutte contre l'ensemble des facteurs aggravant la maladie rénale est aussi une priorité pour limiter le nombre de patients arrivant au stade de la dialyse. L'étroite collaboration entre médecins traitants, gériatres et néphrologues en accord avec chaque patient devrait permettre un suivi optimal des patients âgés insuffisants rénaux. ∞

>>TABLE RONDE / PRÉSENTATION

AVEC LA PARTICIPATION DE PROFESSEUR BRUNO MOULIN, YANNICK LE MEUR, DOCTEUR LAURENCE GIRARD, JEAN MARC CHALOPIN

NÉPHROLOGIE ET GÉRIATRIE

Personnes âgées, fin de vie, dialyse et transplantation.

« Une éthique médicale plus humaine, faisant passer avant tout l'intérêt et les choix du malade, pourrait-elle aider les français à aborder leur fin de vie avec plus de sérénité » écrivait Nicole Bonnaud dans « Nos fins de vie en face de la médecine » Chez Thalès en 2005.

Bon nombre d'entre nous patients en Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) finiront leur vie en dialyse. Vieillir en toute sérénité avec son IRCT est possible, sans trop de complications inacceptables ?

D'autres entreront en dialyse très âgés, y-a-t-il un âge limite ?

Nous nous posons légitimement tous des questions dès l'âge de la retraite.



PROFESSEUR BRUNO MOULIN

Professeur de Néphrologie du CHU de Strasbourg, responsable de l'Unité de Néphrologie Clinique et du programme de Transplantation Rénale au CHU de Strasbourg.



DOCTEUR LAURENCE GIRARD

Praticien Hospitalier dans le Service de Gériatrie à l'hôpital Bichat-Claude Bernard, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Responsable du secteur de soins de suite, le service de Gériatrie est composé par ailleurs d'un secteur de court séjour, d'un hôpital de jour, d'une équipe mobile.

JEAN MARC CHALOPIN

Après avoir été longtemps néphrologue au CHU de Dijon j'assure la responsabilité du service de Néphrologie du CHU de Besançon depuis bientôt 14 ans. Je coordonne également le Pôle de Médecine (PACTE : Pathologie Aiguë et Chronique, Transplantation et Education), le Centre d'Investigation Clinique (CIC) du CHU et les activités médicales de La Fondation Transplantation dédiées à la dialyse hors centre et la recherche clinique. Pour avoir vécu avec certains malades le long et parfois pénible périple de l'insuffisant rénal aux différents stades de la maladie je me suis impliqué à travers ces différentes fonctions dans l'amélioration de la prise en charge des patients présentant une maladie chronique à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital et au développement de la recherche clinique, en particulier en biothérapie dans ces populations.



YANNICK LE MEUR

Professeur de Néphrologie Etudes de Médecine à Brest. Internat de spécialité et clinicien à Limoges. Responsable de l'unité de transplantation rénale à Limoges jusqu'en 2007. Depuis juillet 2007 chef de service de Néphrologie à Brest. Centre d'intérêt et de recherche : pharmacologie des traitements immunosuppresseurs, polykystose rénale, atteinte rénale des vascularites.



>> TABLE RONDE / 1^{ÈRE} QUESTION

I

Prévention et dépistage, application de la formule de Cockcroft et Gault, DFG, ont-ils amélioré la prise en charge et le traitement des personnes âgées concernées par une IRCT.

DOCTEUR BRUNO MOULIN

Le rein est un organe qui comme tous les autres est exposé au processus de vieillissement et qui globalement perd 10 % de sa fonction (filtration glomérulaire) par décennie à partir de l'âge de 40 ans. La sensibilisation du corps médical à l'évaluation du débit de filtration glomérulaire (DFG) a été ces dernières années un très net progrès pour appréhender cette altération progressive de la fonction rénale. Soit le DFG est approché par le calcul de la clairance de la créatinine par la méthode de Cockcroft et Gault (à partir de la créatinine plasmatique, de l'âge, du sexe et du poids), soit il s'agit d'une estimation directe du DFG par la formule du MDRD (à partir de la créatinine plasmatique, de l'âge et du sexe).

Cette estimation permet de diagnostiquer une éventuelle néphropathie survenant chez une personne âgée, liée par exemple à un obstacle sur les voies excrétrices, à une obstruction d'une artère rénale, ou à une maladie ayant des conséquences directes sur la fonction rénale, tels un diabète ou une maladie hématologique. Elle permet également d'adapter de façon plus précise la dose des médicaments dont l'élimination est principalement rénale et qui en cas d'insuffisance rénale peuvent être retenus dans l'organisme et la cause d'effets secondaires sévères. Toutefois, il faut préciser que la formule de Cockcroft et Gault n'a pas été développée pour les sujets âgés de plus de 75 à 80 ans et elle risque parfois à tort d'identifier des patients comme insuffisants rénaux sévères sans qu'ils aient pour autant de néphropathie avérée. Il faut donc tout le discernement du médecin pour s'assurer que chez les person-

nes de plus de 80 ans, ayant moins de 30 à 40 % de fonction rénale, il n'y a pas d'éléments associés pouvant orienter vers une néphropathie (signes urinaires et/ou échographiques).

DOCTEUR YANNICK LE MEUR

La fonction rénale peut être appréciée de plusieurs façons. Le dosage plasmatique de la créatinine est mal adapté à la population âgée et sous-estime la perte de fonction rénale. L'explication est simple : la créatinine sanguine dépend à la fois de la fonction rénale et de la masse musculaire. Chez la personne âgée, une perte même conséquente de fonction rénale peut passer inaperçue si elle s'accompagne d'une perte associée de masse musculaire. Les formules d'estimation de la fonction rénale telle C et G intégrant le sexe, le poids et l'âge permettent un meilleur dépistage de l'insuffisance rénale. D'autres formules de calcul de la fonction rénale plus performantes en cas d'insuffisance rénale peuvent être utilisées (MDRD) et remplaceront peut être celle de C et G dans l'avenir. L'estimation de la fonction rénale par le C et G par le laboratoire est maintenant obligatoire à chaque dosage de créatinine. Depuis cette obligation de nombreux patients âgés sont adressés vers les consultations de néphrologie. Certes, la formule de C et G a l'inconvénient de surestimer la perte de fonction rénale chez les sujets âgés et à petit poids et parfois d'inquiéter à tort. Cependant cette mesure a permis de dépister et de prendre en charge des insuffisances rénales chroniques parfois inconnues. Il faut rappeler que le suivi précoce en milieu néphrologique et la mise en place de moyens thérapeutiques

adaptés peut ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale. Cette notion est primordiale car elle permet d'espérer éviter le recours aux méthodes de suppléance dans cette population âgée.

DOCTEUR LAURENCE GIRARD

Le vieillissement du rein entraîne une altération de son fonctionnement de façon progressive. Mais le vieillissement seul ne suffit pas à aboutir à une insuffisance rénale terminale. C'est l'existence de pathologies chroniques ou aiguës (HTA, diabète, obstruction des voies urinaires, médicaments...) qui va précipiter l'altération de la fonction rénale. La mesure de la créatininémie complétée par le calcul de la clairance de la créatinine à partir de formules comme celle de Gault et Cockcroft, ou comme la formule MDRD permettent de dépister une insuffisance rénale. Les résultats de ces calculs sont de plus en plus souvent intégrés dans les comptes rendus de laboratoire, ce qui facilite le diagnostic. Toutefois, ces formules qui prennent en compte le poids et l'âge sont moins fiables en cas de poids et d'âge « extrêmes ». Chez les sujets âgés de plus de 80 ans, et dénutris, les résultats doivent être interprétés avec précaution.

Au stade d'IRCT terminale, le dépistage et la prévention de complications associent une surveillance clinique à un suivi d'autres paramètres : notamment ionogramme sanguin pour évaluer l'équilibre ionique (sodium, potassium, calcium) et l'équilibre acido-basique, recherche d'une protéinurie, recherche d'une anémie qui peut venir compliquer une IRCT.

Quel que soit le stade d'insuffisance rénale, il est important de rechercher les pathologies qui peuvent l'aggraver ; et surveiller les traitements pour adapter la posologie des médicaments qui s'éliminent par le rein, éviter la toxicité rénale de certains médicaments, et dans tous les cas éviter la iatrogénie.

DOCTEUR JEAN MARC CHALOPIN

L'altération de la fonction rénale chez les personnes âgées qu'elle soit uni-

quement physiologique ou la conséquence des aléas de la vie (HTA, diabète, athérome, iatrogénie...) passait le plus souvent inaperçue puisque l'élévation de la créatinine était masquée par la baisse de la masse musculaire. L'utilisation de la clairance mesurée qui aurait pu pallier cet inconvénient est restée confinée au cercle des néphrologues et était

parfois peu interprétable en raison des difficultés du recueil des urines en particulier chez la personne âgée. Dans ces conditions et même si les différentes formules peuvent être entachées d'erreur en particulier chez la personne âgée leur utilisation a permis de consacrer le DFG comme le marqueur de la fonction rénale et d'en donner une image et une

mesure facilement accessibles aux médecins traitants et même aux malades ce qui ne peut que favoriser la prise de conscience de l'un et de l'autre. Le néphrologue par l'examen clinique ou des examens de biologiques ou radiologiques plus pertinents saura toujours corriger les possibles erreurs. ∞

>>TABLE RONDE / 2^{ÈME} QUESTION

II : *A quel stade et quel âge, qui et quand doit-on diriger vers la dialyse, comment assurer aujourd'hui cette prise en charge autour de la dialyse ?*

DOCTEUR BRUNO MOULIN

Actuellement, il convient de considérer qu'il n'y a pas d'âge limite pour la prise en charge en dialyse et que c'est l'âge physiologique et l'espérance de vie qui comptent en premier dans la décision. En pratique, un sujet de 85 ans peut parfaitement être orienté vers une méthode d'épuration

extrarénale, comme l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale, à partir du moment où son état physiologique permet d'envisager un maintien ou une amélioration de la qualité de vie. Cette décision doit naturellement être prise en accord avec l'entourage. Le stade auquel doit être débutée l'épuration extrarénale reste le stade V

(filtration glomérulaire inférieure à 15 ml/min/1.73m²). Toutefois, compte tenu des difficultés d'appréciation de la fonction rénale à cet âge, les paramètres cliniques (présence d'une insuffisance cardiaque associée) et métaboliques (troubles sévères du métabolisme phosphocalcique) doivent également être considérés dans la décision.

DOCTEUR YANNICK LE MEUR

Doit pouvoir bénéficier de la dialyse tout patient volontaire dont l'état clinique et/ou les bilans biologiques le justifient et qui a une espérance de quantité et de qualité de vie suffisante après la mise en route de la méthode. En théorie, l'âge n'est plus un critère en soi. Autour d'une définition si générale se greffent bien évidemment des situations cliniques très complexes. Comment apprécier réellement la volonté du patient : parfois son état clinique et psychologique ne lui permettent pas de prendre une décision. Comment apprécier le bénéfice escompté, comment apprécier l'espérance de vie des patients, comment apprécier le poids des contraintes liées à la dialyse sur la qualité de vie ? Dans ce contexte, il est plus facile de s'adresser à des patients déjà connus et préparés (on en revient au dépistage), suivis de longue date et dont la famille et l'entourage ont été sensibilisés. La découverte d'une insuffisance rénale terminale chez un sujet non connu, parfois dans un contexte aigu difficile avec des comorbidités sévères (cancer, insuffisance cardiaque, dénutrition) rend par contre la prise de décision problématique et est souvent mal vécue par les



patients et l'entourage. Il est classique cependant de considérer qu'une dénutrition massive, une démence et une perte d'autonomie, un cancer évolutif sont des situations dans lesquelles la mise en dialyse ne paraît pas raisonnable.

DOCTEUR LAURENCE GIRARD

La dialyse est un soin médical lourd, il est important de se poser la question des bénéfices attendus par rapport aux risques et inconvénients.

Si le patient est en bonne forme, qu'il n'a pas d'autres maladies compromettant son espérance de vie, le grand âge n'est pas une contre-indication en soi pour débuter une dialyse. En revanche, il faudra discuter le début de dialyse si le patient présente des pathologies évolutives ou sévères dont le pronostic est sombre (cancer, démence ...). Il est aussi important de connaître l'autonomie du patient,

d'aborder les contraintes liées à la dialyse comme le temps passé en centre de dialyse et en transport, le temps consacré au domicile, l'aide d'une IDE ou non, le stockage du matériel en cas de dialyse péritonéale, et le retentissement sur la vie sociale. Il est essentiel d'analyser chaque situation, de hiérarchiser les problèmes et de savoir quelles sont les priorités pour le patient.

Une évaluation gériatrique peut aider en complément des compétences du néphrologue et du médecin généraliste.

DOCTEUR

JEAN MARC CHALOPIN

Il n'y a pas de limite d'âge à la prise en charge des personnes arrivant au stade terminal de l'insuffisance rénale. La seule question est de savoir si « le jeu en vaut la chandelle » ou de manière plus correct si la personne

elle-même va en tirer bénéfice. La réponse est le plus souvent évidente chez la personne jeune, elle peut être moins aisée chez la personne âgée ou très âgée. La prise en charge en dialyse est toujours un traumatisme important chez la personne âgée. Ce traumatisme peut détruire un équilibre physique, psychique, social déjà précaire et avoir des conséquences désastreuses sur la qualité de la vie restante. Dans ces conditions c'est l'état physiologique au moment de la prise en charge ou mieux celui que l'on peut espérer retrouver qui fait porter l'indication de dialyse chez la personne âgée ou très âgée. Les chiffres alors ne sont là que pour fixer le moment ou l'on doit se poser la question. Si la réponse est positive il faut prendre les mêmes critères de clairance que chez la personne plus jeune car le déclin, si on attend plus, peut parfois être rapide. ☺☺☺

>> TABLE RONDE / 3^{ÈME} QUESTION

III

Quelle méthode de traitement semble préférentielle pour les personnes âgées (hémodialyse, DP, etc.) ?

DOCTEUR BRUNO MOULIN

Si la méthode de dialyse péritonéale est classiquement proposée aux personnes âgées compte tenu de sa souplesse (maintien à domicile) et de sa bonne tolérance sur le plan hémodynamique (stabilité de la pression artérielle), il faut savoir que l'âge avancé n'est pas non plus une contre-indication à l'hémodialyse qui sera pratiquée dans des conditions spécifiques pour éviter notamment les modifications brutales de pression artérielle souvent mal tolérées à cet âge.

DOCTEUR YANNICK LE MEUR

Il n'y a pas de méthode préférentielle. Il y a pour un patient donné en fonction de son histoire clinique, de ses souhaits, des possibilités locales et de la famille une méthode qui peut s'imposer. Quand elle est possible cependant et avec l'accord du patient la dialyse péritonéale doit être tentée. Elle permet souvent de maintenir à domicile

dans des conditions acceptables souvent avec l'aide d'une infirmière libérale des patients âgés dont les besoins en dialyse sont peu importants.

DOCTEUR LAURENCE GIRARD

En l'absence de situation urgente, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale peuvent être utilisées pour les sujets âgés. Le choix entre les 2 méthodes dépend de paramètres médicaux liés au patient (abord vasculaire ou mise en place d'un cathéter de dialyse péritonéale possible, tolérance prévisible). Les modalités pratiques d'organisation (centre de dialyse, domicile) sont aussi importantes à considérer dans la décision.

DOCTEUR

JEAN MARC CHALOPIN

Dans le service, sous l'impulsion de Catherine Bresson, la dialyse péritonéale est proposée en première intention à la plupart des personnes arri-

vant au stade de la dialyse. Cette méthode est souvent choisie pour et par les personnes âgées pour qui elle présente des avantages certains (tolérance hémodynamique, maintien au domicile, conservation d'une diurèse importante rendant les contraintes plus douces). Les principales difficultés ne sont en fait pas d'ordre médical mais administratif. Elles surviennent lorsque l'état du patient nécessite une institutionnalisation temporaire (soin de suite) ou définitive (long séjour ou autres) car les financements ne sont pas toujours assurés.

L'hémodialyse est le plus souvent également possible à tout âge et souvent bien tolérée, elle peut bien sur être proposée en première intention. Elle peut dans certain cas favoriser une « resocialisation » de certaines personnes âgées. Par ailleurs, il faut savoir revenir rapidement si le patient « ne va pas bien » en DP (mauvaise épuration, surcharge, péritonites à répétition...) ☺☺☺

>>TABLE RONDE / 4^{ÈME} QUESTION

IV

Que pensez-vous de l'allègement de traitement et jusqu'à quels critères de dégradation physique ? Sur quels critères à partir de 80 ans doit-on décider d'entreprendre la mise en dialyse ?

DOCTEUR BRUNO MOULIN

L'allègement de traitement voire l'arrêt de la dialyse peut éventuellement être envisagé à partir du moment où la qualité de vie du patient se dégrade et que le maintien de l'épuration extrarénale ne se fait pas dans des conditions acceptables tant sur le plan psychologique que physique pour le patient. La décision d'arrêt de la dialyse doit être prise en concertation avec l'entourage auquel devra être expliqué ainsi qu'au patient s'il est en état de comprendre les informations, les conséquences à court et moyen terme de cet arrêt de traitement.

DOCTEUR YANNICK LE MEUR

Ce type de décision n'a de sens que dans le cadre d'une approche concer-

tée avec la famille et le patient et toujours collégiale au sein de l'équipe médicale. Nous allons être de plus en plus confrontés à ces situations dans l'avenir. Faut-il maintenir en dialyse un patient dont l'état clinique se dégrade rapidement ? Faut-il mettre en dialyse un patient qui visiblement n'en tirera aucun bénéfice ? Encore une fois l'âge n'est pas le facteur prépondérant dans la discussion. Il faut insister sur la qualité du dialogue nécessaire avec le patient et sa famille mais aussi au sein de l'équipe médicale et paramédicale. Les décisions doivent être comprises et si possible acceptées par tous. Une fois la décision de non recours à la dialyse prise, le traitement dit conservateur doit être mis en place. Il s'agit d'entourer le patient et sa famille (au mieux à domicile avec le médecin traitant) et de prendre en charge les complications cliniques de l'insuffisance rénale chronique ainsi que la douleur.

DOCTEUR LAURENCE GIRARD

NB : Je rapproche la question 4 et 6 ; la deuxième partie de la question 4 me semble proche de la question 2. L'allègement de traitement et l'arrêt de dialyse est souvent une décision difficile. Cette demande peut émaner du malade âgé qui est amené à considérer cette prise en charge comme difficilement supportable au quotidien voire comme des soins excessifs. Mais il faut avant tout savoir quelles sont les raisons précises de cette demande, et si l'on peut y remédier sans arrêter la dialyse (par exemple état dépressif sous-jacent, pathologie non équilibrée, horaires des séances non adaptés, aides au domicile insuffisantes...).

Dans les cas où l'allègement du traitement reste une question, cette décision est envisageable, à condition d'engager une réflexion éthique : il faut se demander si les pathologies chroniques s'aggravent, si des pathologies nouvelles sont survenues, si elles sont curables ou non, quelle est la tolérance de la dialyse, quelle est la qualité de vie du patient, que pense le patient des conséquences de l'arrêt de la dialyse.

Comme pour toute situation d'allègement de soins, il faut associer à cette réflexion le patient si son état le permet, ses proches, les médecins et soignants qui le connaissent.

L'allègement des soins ou l'arrêt de la dialyse ne signifient pas l'arrêt des soins. Les équipes de néphrologie continuent le suivi, les équipes de soins palliatifs peuvent assurer des soins dans les situations de fin de vie, les équipes gériatriques sont aussi sollicitées pour intervenir conjointement et parfois prendre en charge les patients dans leurs services. Si le maintien au domicile est possible, le médecin traitant sera le pivot de la prise en charge en collaboration avec les équipes de soins et d'aides au domicile.

DOCTEUR JEAN MARC CHALOPIN

Même si l'allègement de traitement est une pratique qui existe dans le service aussi bien pour la dialyse péritonéale que pour l'hémodialyse il est difficile d'ériger des règles la concernant car elle consiste dans un certain sens à aller contre les « bonnes pratiques » attachées à ces méthodes. Pour les patients qui sont hospitalisés en raison de la dégradation de leur état général qui fait penser que le malade ne pourra plus retrouver d'autonomie l'allègement de la dialyse peut remplacer l'arrêt de dialyse de manière à éviter un trop grand inconfort.

De plus, nous avons dans le centre ou en DP plusieurs patients qui ont souhaité que l'on diminue leur « charge de dialyse » et qui vont (ou ont été) bien pendant plusieurs années. ▯



>> TABLE RONDE / 5^{ÈME} QUESTION

V *Faut-il transplanter et jusqu'à quel âge ? Pourriez-vous faire un bilan des transplantations depuis 3 ans et quels sont les premiers résultats de la bitransplantation ?*

DOCTEUR BRUNO MOULIN

L'âge limite de la transplantation rénale s'est nettement déplacé ces 20 dernières années où l'on est passé d'une limite supérieure de 50 – 55 ans à un âge limite de 70 à 80 ans sur les listes d'attente des différentes équipes de transplantation. Là encore, c'est l'âge physiologique, la condition physique et psychologique du patient qui vont être prépondérantes dans la décision de l'inscrire sur une liste d'attente de transplantation rénale. Si son état physiologique est satisfaisant, le bénéfice attendu d'une transplantation rénale tant en termes de survie que de qualité de vie peut être supérieur à celui du maintien en dialyse. Toutefois, la pénurie de greffons de qualité peut venir tempérer cette observation, notamment pour les sujets de plus de 70 – 75 ans qui seront les destinataires de greffons âgés en raison de l'appariement fréquent selon l'âge entre donneurs et receveurs. Les résultats de la bi-greffe (possibilité de greffer 2 reins de qualité limite au lieu d'un seul à des sujets ayant donné leur consentement) sont encore en cours d'analyses mais il semblerait que les résultats soient relativement satisfaisants.

DOCTEUR YANNICK LE MEUR

Pour répondre à cette question il faut poser quelques principes simples : la transplantation est le traitement de référence de l'insuffisance rénale terminale, même à 70 ans un patient peut tirer bénéfice en termes d'espérance de vie et de qualité de vie en comparaison avec la dialyse, une greffe à cet âge expose à des risques supérieurs, compte tenu de la pénurie des greffons un patient âgé doit béné-

ficier d'un greffon d'un âge équivalent, ces greffons plus âgés démarrent plus lentement et ont une fonction rénale et une survie dans le temps moins bonnes. Dès lors il est facile de comprendre la problématique de ce type de greffe. Un patient de 70 ans peut être greffé s'il est volontaire et a compris le risque, si son état général et surtout cardiovasculaire est satisfaisant, s'il accepte de recevoir un greffon âgé. Dans ces conditions les résultats de la greffe sont en moyenne satisfaisants même si il y a parfois des débuts difficiles et des échecs.

DOCTEUR LAURENCE GIRARD

Il m'est difficile de donner un avis sur cette question, n'étant pas dans l'état actuel confrontée à cette situation.

DOCTEUR**JEAN MARC CHALOPIN**

La transplantation doit être proposée à toute personne qui arrive en dialyse si son état le permet. Cela implique parfois des investigations préalables à cette proposition. L'âge même si la limite arbitraire de 60 ans est depuis quelques années largement dépassée reste un facteur limitant à la fois en raison de l'augmentation des risques et de la pénurie de greffon. On est obligé de considérer que les receveurs plus jeunes bénéficient d'une priorité en particulier sur les greffons provenant des donneurs les moins âgés. L'appariement par l'âge qui s'inscrit d'ailleurs dans le score de répartition de l'Agence de Bio Médecine doit également être décliné au plan local.

Sur les 100 dernières greffes réalisées à Besançon 9 receveurs avaient plus de soixante ans, 8 avaient entre 65 et 70 ans et 5 plus de 70 ans. Aucune bi-greffe n'a été réalisée bien qu'il n'y ait pas de refus de cette technique ni par l'équipe chirurgicale ni par l'équipe néphrologique. L'utilisation de rein de donneur vivant apparenté par l'âge semble devoir se concrétiser plus rapidement. \\\



>>TABLE RONDE / 6^{ÈME} QUESTION

VI

*Pourquoi selon vous la fin de vie en dialyse est-elle si peu abordée ?
L'interruption de la dialyse dorénavant, à la demande du patient est-elle réalisable avec les soins palliatifs nécessaires ?*

DOCTEUR BRUNO MOULIN

En ce qui concerne la fin de vie en dialyse, celle-ci est fréquemment abordée au sein des équipes, la décision d'arrêt de traitement comme évoqué plus haut n'est pas simple à prendre et doit tenir compte de multiples paramètres et en premier lieu de la qualité de vie du patient et de son état neuro-psychologique. L'interruption de la dialyse à la demande du patient est réalisable bien qu'elle soit rarement formulée, une fois la dialyse débutée.

Les équipes de soins palliatifs doivent agir en concertation avec l'équipe néphrologique pour prendre en compte les spécificités de la prise en charge d'une insuffisance rénale terminale. L'aide du médecin traitant dans la prise en charge à domicile peut être également précieuse et permet d'organiser la fin de vie avec les proches du patient. Une formation spécifique des personnels médicaux et para-médicaux est souhaitable pour cette situation qui est loin d'être exceptionnelle.

DOCTEUR YANNICK LE MEUR

Il y a trois cas de figure. Soit il s'agit d'un patient dialysé chronique, bien connu du centre et la décision va doucement s'imposer d'elle-même : l'état clinique ne justifie plus la poursuite des soins, le plus souvent l'état neurologique du patient est altéré. Une décision collégiale médicale est nécessaire et doit ensuite être expliquée au personnel et à la famille. Soit et c'est finalement un cas très rare la demande vient du patient lui-même. Sa volonté doit bien sûr être respectée et les conditions d'une fin de vie décente mises en places. Dans le cas d'affections sévères sous-jacentes

telles qu'un cancer évolutif le transfert dans une unité de soins palliatifs peut être envisagé. Dans la plupart des cas cependant c'est le service de néphrologie dont dépend le patient qui va gérer l'arrêt de dialyse

DOCTEUR

JEAN MARC CHALOPIN

La fin de vie d'une personne dialysée est une réalité qui s'impose de plus

en plus souvent dans services de néphrologie. La décision de ne plus dialyser doit s'accompagner pour des personnes dont les liens avec le service et ses personnels sont parfois très anciens d'une prise en charge de la vie restante par le service ou des personnels du service que le patient soit hospitalisé ou non. Un protocole décisionnel et de suivi dans le cadre d'un PHRC en association avec le service des soins palliatifs est en cours de réalisation dans le service. En plus de la personne concernée il implique dans la réflexion la famille et/ou la personne de confiance, les personnels soignants médicaux et paramédicaux. Dans ces conditions l'interruption de dialyse à la demande du patient si elle correspond à un sentiment profond peut être envisagée sereinement par toutes les personnes concernées. ///



QUALITÉ DE VIE ET FIN DE VIE EN DIALYSE

Le vieillissement de la population implique une spécialisation nommée la gériatrie (médecine de la vieillesse) et par la même, les services de gériatrie de nos hôpitaux. La gérontologie étend l'étude aux problèmes liés au vieillissement de l'organisme humain. Avec pour médecin le gérontologue (ou gérontologue et gérontechnologue) et parfois le néphrologue (ce pionnier récent de l'insuffisance rénale chronique).

Nous avons décidé d'aborder dans ce dossier la dialyse en fin de vie, celle associée à une maladie rénale chronique nécessitant une épuration extra rénale (toute aussi chronique voire parfois quotidienne) et impliquant de ce fait une méthode de dialyse adaptée et évolutive selon les besoins, avec une personnalisation du traitement.

L'aide des traitements pharmaceutiques actuels et les avancées de la médecine permettent d'offrir aujourd'hui des soins plus personnalisés aux seniors (personnes âgées et grand âge). Le sujet âgé se trouvant classé selon ses avancées en âge, les échelons de la soixantaine, des 70 ans, des 80 et 90 ans caractérisent désormais ce vieillissement dans la maladie, sachant qu'aujourd'hui l'âge moyen d'entrée en dialyse dépasse 65 ans. L'âge d'or est donc majoritairement le plus concerné, mais est-il suffisamment sensibilisé aux problèmes de son vieillissement et aux maladies gériatriques en insuffisance rénale chronique terminale. De même ces nouveaux arrivants en âge avancé, sont-ils suffisamment connus pathologiquement par les médecins.

Rencontrer le néphrologue à 40 ans ou à 70 ans pour la première fois, implique un parcours de soins légèrement différent. Découvrir son IRCT et commencer la dialyse à 70 ou 80 ans, entraîne moins de répercussions qu'à 40 ans. Mais la gestion du parcours de soins et psychologique est toujours contraignante, l'entrée en dialyse est rarement bien accueillie, quel que soit l'âge du patient.

De plus, la greffe est de moins en moins envisageable en avançant en âge et en fonction des pathologies et comorbidités associées. L'état général du patient (précaire) entrant en dialyse reste primordiale tout comme l'état de son capital veineux. Le recours au cathéter de Canaud* ajoute des règles strictes d'hygiène aux complications chroniques de la dialyse (maladies cardiovasculaires), lorsque la fistule n'est plus réalisable pour recourir à la technique d'hémodialyse. Mais il en est souvent de même pour l'accès au péritoine en dialyse péritonéale.

Un bon accès à l'abord vasculaire du patient est un facteur pour lui de longévité en dialyse. C'est pourquoi préserver son capital vasculaire aupa-

DOCTEUR

BEATRICE VIRON

Praticien hospitalier à l'APHP, responsable de 1982 à 1995 du centre d'HD de Tenon, de 1995 à 2004 de celui de Bichat donc longue collaboration avec le Pr Mignon dans la prise en charge de l'IRC et en particulier personnes âgées. Participation à l'enseignement du DU de Néphro-gériatrie Paris VI (CHU Bichat-C. Bernard). Depuis 2004 chef de service à l'AURA du secteur PSPH = centre d'HD lourd de 90 patients + 24 lits d'hospitalisation dont 50% d'activité de « soins de suite » accueillant fréquemment des patients dialysés âgés, parfois en fin de vie.

vant devrait être une règle que l'on impose aux laboratoires de prélèvements sanguins, notamment en cas de bilans à répétition pour le patient âgé. Prélever sur les veines de la main, n'est pas encore devenu une pratique évidente et pourtant si importante pour les insuffisants rénaux.

Une fin de vie à l'hôpital en « centre lourd »

Il est souvent difficile de trouver une maison de retraite ou autre structure de long séjour pour malades dialysés, ceci à un coût non prohibitif pour le sujet âgé. L'hospitalisation à domicile, quand elle est possible et justifiée (soins de type pansements, nutrition ou perfusions) ne peut représenter qu'une solution temporaire. Il est particuliè-

rement difficile de trouver une solution à long terme pour les patients en dialyse péritonéale, cela en respectant bien sûr les conditions d'hygiène, de stockage des poches, et d'accompagnement en personnel (infirmière libérale).

Le mal-être ressenti par une mise en dialyse provoque un surcroît d'anxiété, de déprime, voire d'agressivité de la part de la personne âgée. Sans la prise en charge de cette angoisse la solitude du dialysé peut le conduire à une détérioration cognitive préjudiciable à un traitement à domicile prolongé. L'aspect psychologique et neuropsychiatrique, ajouté aux problèmes, socio-économiques éventuels accentuent la faiblesse du patient âgé, voire fragilisent sa vie.

Le sujet de 65 ans qui peut recevoir rapidement une bi-greffe reste, lui, plein d'espoir. Il n'en est pas de même pour la personne qui sait qu'elle finira ses jours en dialyse. Heureusement les dialysés ne perdent jamais, sinon très rarement espoir en la vie ; et le

refus de soins est très rare. L'arrêt de la dialyse, lorsqu'il est la conséquence du respect de la fin de vie « choisie » par le patient n'est donc pas courant.

En revanche, et compte tenu des complications (cardio vasculaires et neurologiques) qu'apportent généralement cette fin de vie en dialyse et lorsque l'épuration extra-rénale est devenue très difficile, on ne sait plus à quel moment l'on se doit d'alléger la dialyse pour le patient, voire à ce moment-là, de passer aux soins palliatifs.

Souvent le malade ou les accompagnants tentent de repousser les soins jusqu'en dernière limite, quand s'installe un état de démence, de dénutrition etc... qui sont courants, sans parler des pathologies plus graves ou mutilantes (pied coupé des diabétiques). Mais chacun s'accroche comme il peut à la vie.

Ce qui n'est pas toujours très gratifiant pour les IDE au chevet de vieillards incontinents et « déboussolés », puisqu'il manque aussi cruellement de structures de long séjour pour mala-

des dialysés comprenant la diététicienne, le kiné et/ou l'ergothérapeute, et le psychologue pour la prise en charge de l'angoisse et la venue de la mort.

Pour l'hospitalisation à domicile, ne pourrait-on envisager et espérer la création d'un appartement thérapeutique gériatrique, à partir de la valorisation des compétences d'infirmières libérales, afin de pouvoir escompter finir sa vie dans la dignité avec un minimum d'autonomie. La raréfaction des personnels infirmiers et des médecins spécialisés ajouteront à terme, de l'anxiété pour les malades chroniques, à moins de progrès fulgurants de la télémédecine, de la télédialyse et du matériel approprié.

L'apparition de compléments alimentaires à vertus diverses apporteront sans doute les protéines manquantes et le psychologue facilitera peut-être le rapport aux soignants confrontés à des surcroûts d'irritabilité, voire d'agressivité liés au long parcours psychologique du dialysé (qui ne saurait rester serein dans son état).

Nous pouvons aussi nous féliciter du dévouement du personnel soignant qui s'efforce de soulager le patient dans ce parcours difficile et incertain entre la dialyse et ses complications chroniques. Ce personnel se retrouve souvent bien seul face à la dégénérescence physique et mentale liée au « grand âge » dont les limites se trouvent heureusement repoussées grâce aux avancées de la médecine. ///

Rein échos

Nous avons pour réaliser ce papier été en contact avec un service très concerné à l'AURA de Paris et échangé avec le docteur Béatrice Viron en charge des patients ; en omettant volontairement de trop parler de l'aspect neuropsychiatrique en particulier de la démence, qui malheureusement accompagne quelques fois le très grand âge.

.....
Lire : les bonnes pratiques de soins des établissements des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (quelques recommandations DGS et SFGG octobre 2007)
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/alzheimerpresse/ehpad.pdf>



TÉMOIGNAGES

DE FRANCOISE ET MARIE

(IDÉ DANS UN GRAND HÔPITAL PUBLIC PARISIEN)

Nous avons dialogué avec les infirmières d'un service de dialyse et avons tenté de rapporter leurs libres propos. Cela anonymement, il n'est pas questions pour nous de leur porter préjudice. Il est bien difficile de vouloir démystifier un travail difficile, dont l'approche reste très sensible pour chacun.

Si l'expression « de ras le bol » peut surgir pour les infirmières en dialyse, l'âge avancé des patients n'y retranche rien. Un face à face s'instaure sur la durée, profitable ou non aux relations humaines, suivant les caractères et comportements de chacun. Le personnel infirmier finit par être rodé et relativise avec le temps cette confrontation du soignant au soigné.

Gérer le mal être du patient n'est pas toujours évident, l'agression verbale est redoutée, le conflit et sa violence évités. Certains patients dans ces moments de grandes tensions voudront même « plier bagages » pendant leur séance, arrachant leurs aiguilles et voulant désertier la salle. Imaginons la difficulté des infirmières à prendre en charge ce désarroi. Certains jours se révèlent plus difficiles que d'autres, seul un travail en équipe soudée permet d'atténuer ces moments de grandes tensions qui peuvent se propager en salle.

« Je laisse mes propres problèmes chaque matin à la porte de l'hôpital » dit M.B. Le patient imagine t-il seulement que le personnel médical peut

avoir lui-même ses propres soucis à gérer au quotidien ?

« Ainsi, travailler avec des patients chroniques est difficile, mais chez nous comme les services de néphrologie et de dialyse sont au même étage et que nos patients âgés passent d'un endroit à l'autre sur la durée de leur traitement, nous les connaissons bien. Bien sûr parfois il suffit d'un grain de sable et les reproches pleuvent, ne serait-ce que quand le petit déjeuner n'est pas servi à l'heure habituelle ou l'ambulancier est très en retard » nous précise F.T.

Il faut prendre en compte que le patient est parfois confronté à des choix de fin de vie bien difficiles à supporter. Il lui faut préalablement accepter ou non la dialyse, ce qui n'est pas toujours évident à 80 ans et plus (près de 20% des patients dans ce service ont plus de 90 ans).

Il y a eu auparavant pour le patient le choix de la méthode et l'éventuel recours à la transplantation selon son âge. La dialyse péritonéale à domicile lui aura été proposée, lorsque le malade dispose d'une structure aidante satisfaisante. cette technique

évitant de toucher à leur réseau vasculaire. Mais parfois il se révèle que les échanges ne sont plus possibles pour lui du fait de l'imperméabilité de son péritoine au fil du temps et le patient a recours à l'hémodialyse dans notre centre.

L'hôpital véhicule des microbes et permet moins de liberté qu'à domicile, mais peut aussi apporter le lien social manquant : la dialyse devient pour le patient la sortie attendue pour rencontrer d'autres personnes et trouver une écoute. Un détail à ne pas négliger pour la personne âgée, chez elle, seule face à sa maladie chronique.

C'est pour cette raison que l'on trouve nombre de personnes âgées en attente et demandeuses de l'accès au centre lourd, indépendamment des modes de dialyse disponibles et de leurs coûts respectifs.

Le cathéter n'étant en principe que provisoire, la nécessité d'une artère veineuse fiable et aisée à piquer est la difficulté du patient chronique âgé.

Ce dernier aura d'ailleurs ses propres habitudes sur sa fistule, que l'infirmière devra suivre pour éviter le conflit et cela même lorsque la place manque pour piquer (FAV sinueuse ou profonde) et que nos jeunes IDE n'osent pas piquer le patient ailleurs. Inconvénient qui s'ajoute à la propre dextérité de l'infirmière :

« C'est un métier manuel, la réussite des soins est liée pour nous au toucher, il faut prendre son temps pour piquer » assure F.T, forte d'une longue expérience.

En effet, et malheureusement, tout le

personnel infirmier ne peut prétendre à faire de la dialyse. Notamment lorsque s'ajoute à cela une démarche qualité entraînant une réflexion sur les pratiques. Des remises en cause justifiées, même avec l'expérience, mais moins contraignantes pour les IDE que le remplissage des nombreux formulaires que comporte toute démarche qualité.

« Une remise en cause du train-train et de la routine qui pourraient s'installer. Récemment la semaine du lavage des mains a permis d'en reparler, l'hygiène de chacun est importante et à l'hôpital tout est important » précise M.B.

Nous sommes amenés à évoquer ensemble les limites des liens qui s'établissent avec le patient. Les IDE obligés de conserver leurs distances, ce qui n'est pas toujours aisé avec des malades en fin de vie. Cela notamment lorsque le patient et sa famille ne veulent pas accepter d'aller vers les soins palliatifs. En effet, après les soins ambulatoires, puis l'hospitalisation, il faut



*** LE CATHÉTER TUNNELISÉ DE CANAUD** a été proposé comme voie d'abord temporaire chez les patients hémodialysés ayant épuisé leur capital veineux. La difficulté voire l'impossibilité de l'abord vasculaire chez ces patients a nécessité le recours à la mise en place d'un cathéter de Canaud.

Un cathéter est un tuyau stérile très fin, introduit le plus souvent dans une veine de la base du cou. Le cathéter simple possède un petit tuyau qui est introduit dans la veine située sous la clavicule (veine sous-clavière) ou au niveau du cou (veine jugulaire). L'extrémité du tuyau est glissée sous la peau pour sortir quelques centimètres plus bas sur la paroi du thorax. Ce cathéter (soit des cathéters de type Canaud en jugulaire interne) porte plusieurs noms : cathéter sous-clavier, cathéter jugulaire interne, cathéter veineux central, accès veineux central, voie centrale, voie veineuse profonde ou encore cathéter à manchon, mais le principe reste le même.

Le cathéter de Canaud peut constituer une solution très satisfaisante en termes de qualité de dialyse et de durée de la voie d'abord pour des patients qui ont épuisé leur capital vasculaire, faisant de cette technique une alternative hautement performante.

parfois se résoudre aux soins palliatifs et envisager l'arrêt de la dialyse. Ce qui condamnera le patient à décéder rapidement (sous 10 jours à trois semaines). Alors on optera plutôt pour les dialyses courtes pour lui enlever de l'eau et afin qu'il ne s'étouffe pas. Et cela jusqu'à ce coma urémique qui le gagnera et qui lui permettra de s'éteindre doucement avec un encadrement médical approprié. Certains choisiront de mourir chez eux, suite à une défaillance cardiaque ou une hyperkaliémie, ils s'endormiront progressivement vers le coma.

Mais ne vaut-il pas mieux cela, plutôt que des patients qui à bout de souffle coupent leurs lignes ou s'ouvrent la fistule ? Même s'il est évident que cela reste rare, fort heureusement...

Généralement, la demande d'arrêt de la dialyse chez le patient est très ambiguë et les IDE savent intervenir pour combler les moments d'angoisse de leur patient. L'équipe et le médecin doivent être à l'écoute, et en principe, la décision d'arrêt de la dialyse se prend collégalement en accord avec la famille.

Certaines complications cardiovasculaires, notamment chez le diabétique (lorsqu'elles vont jusqu'à l'amputation) peuvent amener le patient à souhaiter l'arrêt des soins. Mais il y a également les décès hors hôpital, pour d'autres causes que l'IRCT du patient, par exemple suite à un accident.

« Nous suivons l'évolution de l'état du patient, nous disposons de plateaux

techniques conséquents et permettant de travailler dans de bonnes conditions et comme nous connaissons bien nos patients nous nous attendons aux problèmes rencontrés et on apprend à les gérer » nous dit FT.

Voilà qu'il est temps pour nous de quitter le bureau des infirmières. La salle de dialyse est paisible, les uns dorment, d'autres consultent un lecteur de DVD ou écoutent leur baladeur, tout est ici calme et serein aujourd'hui, aucune alarme de machines ne perturbe le silence et nous venons d'apprendre que l'un des patients, qui a passé depuis quelque temps ses 70 printemps et sans pathologies associées se posait la question de l'intérêt pour lui de la greffe rénale. L'opération fait toujours un peu peur (en fait surtout l'anesthésie), on se fait transplanter dorénavant à un âge avancé ; et c'est une heureuse issue apparemment pour certains. Mais la majorité des patients dans cet hôpital ont plus de 80 ans et l'on pourrait se demander si la dialyse elle-même ne permet pas un âge avancé... Un bon suivi médical conserve longtemps... jusqu'au moment où chacun se doit d'affronter cette fin de vie, qu'il tentera à juste raison de retarder. \\\

Rein échos vous remercie de vos témoignages.

Bibliographie :

L'arrêt des dialyse, expérience de l'Hôpital du Val de Grâce (Société de néphrologie et Société francophone de dialyse – 6^{ème} réunion commune – Marseille 28 septembre – 1^{er} octobre 2004)

LE « CENTRE LOURD » IDÉAL

ET LES IDE (INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES D'ÉTAT)

Lorsque la rentabilité n'est pas totalement privilégiée par le centre, le patient dialysé s'en ressent et les infirmières aussi.

Dans une clinique privée de la région parisienne de bon matin les patients sont branchés, c'est l'heure d'une petite collation entre les infirmières ; Des moments de sérénité retrouvée où les tensions s'apaisent, où on parle de tout et de rien autour d'un café en cohésion avec les collègues. Ici l'on pratique l'hémodialyse, les locaux ont été aménagés récemment, le matériel est neuf.

L'hémodialyse et la D.P. cohabitent dans ce centre. Chaque technique ayant ses propres avantages, ses limites aussi, ses adhérents et partisans. Le grand âge (85-90 ans) ramène souvent ces patients vers l'hémodialyse, des patients qui n'attendent plus de transplantation. Le métier est jugé facile par rapport à l'oncologie, la pédiatrie, les rapports aux patients âgés tout aussi intéressants à vivre. Bien naturellement les locaux et leur aménagement restent très importants, ils doivent être adaptés au spécificité du service. Bénéficiant d'espaces isolés (chambre à 2) les patients ont de la place ici. Les infirmières s'habituent à gérer à distance par caméras reliées à l'informatique ou lucarne vitrée, une surveillance rapprochée de leurs patients âgés.

Pour l'organisation des soins une coordinatrice ou une surveillante sont requises. La préparation à l'avance des soins et matériels est nécessaire pour ne pas travailler dans l'urgence. Ici on ne fait que deux séances par jour, ce qui est moins contraignant que lorsque s'enchaînent trois séances à la suite dont une de nuit.

Tout retard devient alors critique, et les patients sont mécontents dans des locaux exigus où règnent la promiscuité. Vivre la dialyse sereinement implique une dose de gentillesse évidente des infirmières associées à ces règles. Il faut à la fois faire accepter les vacataires dans le service, les changements de lit en fait les habitudes.

Tout cela en faisant en sorte que les patients se sentent bien, sinon ils vont voir ailleurs. Les centres de dialyse à taille humaine ne foisonnent pas à surveillance égale, on ne saurait comparer un centre lourd et celui d'autodialyse. Il faut le dire le patient requiert souvent « sa place », « son lit », « son infirmière » et redoute le fauteuil ou le lit où s'est produit le dernier décès.

Fauteuils et lits sont au centre de débats et de choix pour les patients. En principe les centres lourds favorisent le lit. Lit qui n'est pas favorable à une prise d'autonomie du patient, mais faut-il encore dès la conception des locaux interroger à ce sujet infirmières et patients pour envisager des fauteuils agréables pour le patient comme pour les IDE. Un personnel qui tourne et qui change avec lequel le patient doit se trouver en harmonie pour ses soins hebdomadaires ; des compétences des infirmières qui auraient parfois besoin de l'aide temporaire d'assistantes sociales (avant la mise en dialyse pour le droit des patients et en D.P. également), d'un psychologue souvent et d'une diététicienne. Reste la place de la dialyse dans la clinique ou l'hôpital, pour des radios en urgence avec un médecin de dialyse coordinateur des soins. Il y a parfois des urgences, la nécessité d'une relation rapide aux labos d'analyses, qui doit se révéler très réactif, quand des bilans sont à faire en urgence.

Une bonne hot line pour le matériel quand nécessaire un nombre d'infirmières « adéquat », une secrétaire pour la tenue des dossiers. La possibilité de joindre chacun à tout moment, prévoir les interventions urgentes, les remontées de réanimation cardio et d'éventuels pépins sur des patients fragilisés. Enfin une bonne formation pour vaincre toute appréhension des infirmières et une bonne entente entre elles. En surplus l'on pourrait s'équiper d'une chambre d'urgence vaste pour la réa (par exemple), bien sûr sans oublier une salle d'attente équipée de suffisamment de sièges et offrir des repas consistants et adaptés pour les patients. Pouvoir agir dans la sérénité



et sans trop de stress est bon pour l'infirmière comme pour le patient et permet d'établir une relation de confiance (mutuelle).

Nous formons une équipe soudée nous précisons : Marie-Pierre, Fadela, Patricia, Catherine et Monique la secrétaire, nous travaillons ensemble depuis longtemps, l'entente semble ici évidente autour du petit déjeuner (pris après le branchement).

Alors le centre de dialyse est-il ici ? Si l'on nous compare avec d'autres, nous connaissons par expérience beaucoup moins bien, mais aussi un peu mieux. Les nouveaux centres prenant en compte l'évolution des soins et le bien-être du patient, offrent des aménagements plus concertés, parce que le patient ne saurait apprécier un centre où le personnel lui-même n'y trouverait pas son compte.

Le patient et l'IDE sont proches, l'agression est rare même quand l'hémodialyse devient peu supportable, c'est donc bien que les conditions de travail importent, il faut de la place, le personnel et l'épuisement nécessaires. C'est sans doute onéreux, mais on aurait tort de ne pas privilégier la qualité dans l'offre de soins.

« Vous savez ici c'est du provisoire, on doit changer de locaux et s'agrandir ». la dialyse évolue des expériences faites sur le terrain, on ne la décrète pas. C'est à ce prix qu'elle ne sera pas aussi redoutée par les patients chroniques pris en charge par un personnel et une structure confortable adaptés à leurs pathologies, à leurs besoins et âge. Et comme le patient lambda ne peut honorer seul et à domicile le coût de son infirmière, de sa machine, de ses soins, le centre d'hémodialyse idéal partagé ambulatoire et parfois lourd est nécessaire et parfois est en mesure de créer du lien social, dont le dialysé a besoin, quoique l'on en dise. \\\



RENIF



POUR UN SUIVI PERSONNALISÉ EN VILLE DES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE RÉNALE

La néphrologie est une spécialité peu connue par les professionnels de santé libéraux.

Six raisons à cela :

- les médecins traitants et les paramédicaux sont trop peu formés à la néphrologie : de fait lorsqu'ils dépistent un patient IRC, ils l'adressent généralement vers un néphrologue estimant qu'un suivi par un spécialiste est nécessaire même à un stade de faible gravité de sa maladie;
- les néphrologues sont peu nombreux (1000 pour toute la France);
- la néphrologie n'est pas une spécialité pratiquée en cabinet libéral;
- les néphrologues des centres de dialyse ou des cliniques privées n'assurent pas automatiquement le suivi des patients non dialysés;
- la néphrologie n'est pas présente dans tous les hôpitaux publics;
- les médecins traitants adressent leurs patients aux confrères qu'ils connaissent alors qu'il existe peut être un spécialiste plus proche du domicile des patients.

Afin d'éviter un dépistage des patients insuffisants rénaux chroniques trop tardif, de ralentir la dégradation de la fonction rénale des patients et d'aider les patients à une meilleure observance de leur traitement, les principaux services de néphrologie franciliens ont fait le choix en partenariat avec de nombreux confrères libéraux de développer des réseaux de santé depuis quelques années.

Ils ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies rénales chroniques (dépistage, ralentissement de la dégradation de la fonction rénale, prise en charge des pathologies associées et aide à la décision d'une suppléance rénale (dialyse, greffe...).

Ils s'attachent pour ce faire à mieux coordonner les acteurs médico-sociaux qui suivent les patients insuffisants rénaux chroniques quel que soit le lieu ou la structure à laquelle ils appartiennent, en vue de privilégier une prise en charge de proximité. En effet, l'objet des réseaux est, d'une part que les patients soient suivis au plus près de leur domicile, si possible par leur médecin traitant et d'autre part, qu'ils soient davantage accompagnés dans la mise en place et le suivi de leur traitement quelque soit le stade de leur maladie.

La coordination RENIF (réseaux de néphrologie d'Ile-de-France) regroupe les activités des réseaux Néphropar, Néphronest et Rhapsodie.

Leurs activités sont financées pour l'essentiel par des fonds publics (FIQCS). Actuellement, plusieurs centaines de professionnels de santé et de patients ont déjà adhéré aux réseaux. Ils bénéficient ainsi des services proposés par la coordination Rénif :

- des **dépistages gratuits** de l'insuffisance rénale chronique par le biais : o d'affiches à l'attention des patients à risque présentées dans les cabinets médicaux des professionnels adhérents, des pharmacies et des structures publiques et privées ;

- des actions de dépistage et d'information lors de manifestations telles que des salons médicaux, congrès, journée mondiale du rein, conférences médicales ou semaine du rein en partenariat avec des associations de patients : des actions sont proposées dans les établissements hospitaliers et privés et les centres de santé partenaires. Les patients dépistés positifs par bandelette urinaire sont adressés gratuitement vers des laboratoires biologique pour confirmer le diagnostic. Les patients doivent ensuite rencontrer leur médecin traitant pour une présentation des résultats et la mise en place d'un plan de soins adaptés aux besoins de ces derniers.

- une invitation des médecins traitants à dépister annuellement leurs patients à risque dans le cadre de formations professionnelles organisées par les réseaux.

- des **informations sur les maladies rénales** et les perspectives de traitement qui permettent au patient et à leur entourage de participer activement à sa prise en charge et de mieux vivre la thérapeutique. Les personnes peuvent poser leurs questions par le biais des sites internet ou par téléphone. Une réponse leur sera apportée par un néphrologue ou tout autre professionnel concerné.

Informations internet:

www.nephropar.org,
www.nephronest.fr,
www.reseau-rhapsodie.fr

• la mise en place d'une prise en charge coordonnée entre le médecin traitant et un correspondant néphrologue :

- le médecin traitant est davantage assisté par le biais d'une permanence téléphonique, de séances de formations et de présentations de cas patients.
- des outils tels que des protocoles de soins ou fiches bilans facilitent le suivi des patients et la coordination entre l'ensemble des acteurs qui les suivent ;
- la proposition de consultations avancées de néphrologie dans des centres de santé partenaires pour faciliter le diagnostic de la maladie au plus près du domicile du malade.

• des formations validantes en néphrologie FMC/EPP pour les professionnels de santé (médecins). Le but de ces formations est de rendre plus performante la qualité de la prise en charge de leurs patients. À partir de cas cliniques réels de patients, les professionnels sont formés pour mieux connaître les facteurs de risques qui font qu'un patient doit être dépisté régulièrement par l'intermédiaire du calcul de la clairance de la créatinine. Ils sont également formés sur les conditions d'une bonne prise en charge du patient au regard de l'état de santé physique et moral du patient. Les professionnels qui le souhaitent ont également la possibilité d'évaluer leurs pratiques professionnelles par rapport aux recommandations nationales en néphrologie et les pratiques de leurs confrères

• des ateliers diététiques et des

consultations individuelles gratuits. Ces activités sont assurées par des diététiciennes formées aux spécificités de l'alimentation du patient insuffisant rénal et aux maladies rénales. Elles se déroulent sur différents sites adaptés à la demande.

Les consultations individuelles peuvent avoir lieu au sein du cabinet de la diététicienne choisie par le patient ou à son domicile s'il ne peut se déplacer. Les consultations sont consacrées à préciser avec les patients leurs besoins propres et leur proposer des conseils alimentaires.

• des ateliers de groupe et des consultations individuelles d'accompagnement et d'aide à la santé. Ces activités sont assurées par des infirmières spécialisées en éducation thérapeutique et en néphrologie et se déroulent sur différents sites adaptés ou au domicile du patient. Les ateliers permettent d'aborder plusieurs thématiques en confrontant les expériences des participants afin que chacun puisse obtenir des réponses à ses questions et s'apercevoir qu'il n'est pas seul face à cette maladie.

• Les consultations individuelles permettent de faire le point avec le patient sur la connaissance de sa maladie et d'apprécier comment il la vit. L'infirmière est à la disposition du patient pour aborder tous les points qu'il souhaite et lui apporter des conseils si cela s'avérait nécessaire. Enfin, chaque patient réalise un bilan infirmier qui permet d'appréhender les risques pour ce dernier d'arrêter son traitement et lui proposer des astuces pour qu'il le continue.

• le carnet de suivi Néphro-Kit, instrument de coordination entre tous les professionnels de santé du patient (médecin traitant, néphrologue, cardiologue, diabétologue, diététicien...).

• Le prêt de tensiomètre pour les patients qui ont besoin de mesurer pendant une période de 6 mois leur tension sur prescription de leur médecin.

• Des supports informatifs : plaquettes, fiches diététiques, fiches sur la néphrotoxicité et des outils tels que des piluliers... Ces documents sont mis à disposition du public, dans les cabinets de consultation, centres de santé, hôpitaux, cliniques, mairies, site internet...

La coordination Rénif se dotera très prochainement d'une base de données qui permettra d'évaluer à moyen terme sur des critères médicaux, l'impact d'une prise en charge coordonnée et précoce de l'insuffisance rénale chronique.

Enfin, les réseaux de néphrologie ont su développer des actions communes avec d'autres réseaux relatifs au diabète, à l'insuffisance cardiaque, au VIH, aux personnes âgées et aux addictions, à l'accès aux soins... Ces collaborations permettent petit à petit de proposer des initiatives et des outils communs aux professionnels de santé facilitant ainsi une prise en charge globale et une continuité des soins. \\\

Pour toutes informations complémentaires, contactez nous au :
 3-5 rue de Metz, 75010 Paris
 Tél. : 01.48.01.93.00
 Email : contact@renif.fr



LES ATELIERS DIÉTÉTIQUES

sont organisés sous la forme d'une session mensuelle de trois réunions ludiques de deux heures. Un petit groupe d'une douzaine de personnes découvre sous forme de jeux, l'organisation d'un repas équilibré au cours d'une journée. Puis, sont présentés de manière plus approfondie lors de la deuxième réunion, les aliments contenant des protéines et du sel afin de savoir les reconnaître et les utiliser selon ses besoins. La troisième réunion permet aux patients de savoir lire les étiquettes des aliments afin de faire leurs courses judicieusement.

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN NÉPHROLOGIE

UN BESOIN URGENT MAIS UNE DISCIPLINE À INVENTER...



CORINNE ISNARD BAGNIS

Professeur de Néphrologie spécialisée dans le diagnostic précoce et la prévention en Néphrologie, elle est présidente du réseau de santé Rhapsodie qui développe en Ile de France en étroite collaboration avec les deux autres réseaux de Néphrologie, une activité de formation des spécialistes non néphrologues, de suivi en ville des patients atteints de maladie rénale chronique en offrant une prise en charge multidisciplinaire et concertée (diététiciennes, infirmières d'éducation thérapeutique). Elle coordonne le groupe de travail de la Société de Néphrologie sur le thème « Education Thérapeutique en Néphrologie » et est à l'origine avec Catherine Tourette Turgis et l'équipe du service du Pr Deray, du programme pilote d'Accompagnement et d'Education Thérapeutique en Néphrologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière.

L'Insuffisance Rénale Terminale constitue en France, comme dans les autres pays industrialisés, un problème majeur de santé publique. L'enquête de la CNAM, menée en Juin 2003, a montré qu'il existe en France 45 000 patients insuffisants rénaux chroniques dont environ les deux tiers sont traités par dialyse et un tiers (15 000) a un greffon fonctionnel. Le coût d'une année de traitement, incluant médicaments et transports, se situe autour de 60 K€ par année de traitement. Les

traitements extrêmement lourds auxquels sont soumis les patients à ce stade de l'atteinte rénale consomment plus de 2% du budget de l'Assurance Maladie, pour 0,05% de la population. La santé des malades chroniques ne relève plus aujourd'hui seulement de la médecine. L'engagement des équipes soignantes dans l'accompagnement, l'information et l'éducation du patient est une priorité définie par le « Plan pour l'Amélioration de la Qualité de Vie des Personnes Atteintes de Maladie Chronique » (http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf) par le Ministère de la Santé et par la haute Autorité de Santé dans les « Recommandations « Éducation Thérapeutique du patient » publiées en Juin 2007 (http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/etp_guide.pdf).

La définition de l'éducation thérapeutique retenue par la haute autorité de santé présente d'emblée son objectif principal qui est « d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

Le terme même d'éducation thérapeutique dans l'insuffisance rénale chronique pose plusieurs questions. En effet, à la différence du diabète ou de l'asthme qui requièrent l'apprentissage par le patient de compétences spécifiques en cas d'urgence ou de crise, l'insuffisance rénale dans ses premiers stades ne présente pas de caractéristiques spectaculaires. Il s'agit d'une maladie silencieuse asymptomatique qui, néanmoins, nécessite de la part des patients, en plus de la prise de médicaments, des modifications dans leur style de vie (habitudes alimentaires, activité physique).

Les programmes d'accompagnement et d'éducation sont à décliner de manière différente à chaque stade de l'insuffisance rénale. Cela nécessite la mise en place de consultations d'annonce, de consultations d'aide à l'observance de la prise de médicaments et du suivi d'une diététique rénale, de consultations de préparation à la dialyse, de consultations d'accompagnement pré et post-transplantation. Les entretiens avant la transplantation et après la transplantation sont essentiels. Ils ne peuvent pas se réduire à de simples informations et nécessitent la formation des personnels de soin aux enjeux psychologiques et sociaux de la transplantation, ces derniers pesant très lourd sur le devenir des personnes vivant avec une greffe.

Cette démarche inclut la problématique de l'observance qui est particulièrement d'actualité chez des patients atteints de maladie rénale chronique qui sont soumis à des traitements polymédicamenteux et des techniques d'épuration extra rénales impactant de façon majeure sur leur qualité de vie. Les études disponibles dans la littérature concernent princi-

palement l'observance à la dialyse, aux traitements hypophosphatémiant, à la restriction hydrique ou aux contraintes alimentaires. Même si beaucoup d'unités de Néphrologie ou de dialyse se sont déjà engagées dans des démarches visant à mettre en place sous une forme ou sous une autre un programme d'accompagnement et d'éducation thérapeutique pour leurs patients, peu d'expériences ont été publiées et les études documentant les besoins des patients et des professionnels dans ce domaine sont exceptionnelles.

Les premiers objectifs de l'éducation au cours des premiers stades de l'insuffisance rénale relèvent d'une forme de promotion de la santé visant à retarder le plus longtemps possible la nécessité de dialyse.

Développer une culture de l'observance chez les médecins comme chez les patients, c'est l'ambition du service de néphrologie de la Pitié Salpêtrière qui s'est engagé il y a plus de deux ans dans la mise en place d'un programme d'accompagnement et d'aide à la santé pour ses patients. Après plusieurs mois de consultation en commun, nous avons pu commencer à formaliser le programme et mettre en place la formation du personnel. Nous avons « décliné » le modèle MOTHIV en Néphrologie, modèle d'intervention qui s'inscrit dans les courants d'éducation thérapeutique appliqués au domaine particulier de l'observance thérapeutique. Il s'agit d'un modèle d'inspiration motivationnelle initialement conçu dans l'infection à VIH alors que le degré d'observance requis pour une efficacité thérapeutique était de 95%. Son utilisation en néphrologie s'est imposée pour les raisons suivantes : premièrement, son efficacité a été démontrée sur l'amélioration de l'observance thérapeutique des traitements anti-rétroviraux contre le VIH/sida dans le cadre d'une étude clinique randomisée conduite par l'INSERM ; deuxièmement, les approches motivationnelles, ont elles aussi démontré leur efficacité dans les domaines de soin ou d'accompagnement nécessitant de la part des patients des changements longs et difficiles à mettre en place ; troisièmement, en entrant directement par l'observance thérapeutique, ce modèle vient compléter

les multiples études ayant démontré l'efficacité des interventions structurées sur l'amélioration de l'observance des patients.

Enfin, les programmes d'éducation thérapeutique structurés ont déjà démontré, il y a plus de 30 ans, leur efficacité dans l'asthme (réduction de 23% des ré hospitalisations), dans le diabète, puis plus tard dans d'autres pathologies comme par exemple dans l'infection à VIH.

Le soutien des cadres infirmiers et du chef de service (essentiel dans tel projet) a été total et la mise en place du projet s'est faite à moyens humains constants (ce que l'on peut certainement regretter...). Néanmoins, l'organisation du programme, les outils pédagogiques, les guides d'entretiens et les dossiers de recueil des données ont été élaborés par les personnels formés avec l'équipe de Comment Dire (structure dédiée à la formation en Education Thérapeutique dont Catherine est co-fondatrice avec Maryline Rébillon), ce qui a permis une appropriation parfaite du projet et son adaptation sur mesure aux besoins du service.

Aujourd'hui, le service de Néphrologie est fier de pouvoir proposer à ses patients, en plus d'une prise en charge médicale de qualité, un accompagnement, adapté à leurs besoins, et la satisfaction tant des professionnels que des patients est d'ores et déjà tangible. Nous avons déjà commencé à proposer aux autres structures médicales en charge de patients atteints de maladie rénale chronique, le partage de notre expérience et le livre qui sortira à la rentrée permettra certainement d'aider les équipes à se lancer dans cette aventure...

Dans les mois qui viennent, le ministère de la santé proposera des modalités de financement des programmes d'éducation thérapeutique, ce qui paraît aujourd'hui absolument indispensable à la pérennisation de ces expériences, car à ce jour elles ne fonctionnent que grâce à la motivation des équipes médicales, aux budgets proposés par les Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation et au soutien des industriels (comme les laboratoires SHIRE qui soutiennent notre projet).

Une modification profonde des pratiques médicales est en train de voir le



CATHERINE TOURETTE-TURGIS

Maître de conférence en sciences de l'Education à la faculté de Rouen et chercheur à l'unité de Recherche 265 du, CIVIC, son expérience en Education Thérapeutique est reconnue de façon internationale dans le domaine du VIH (elle a monté de nombreux programmes d'éducation en France, aux Etats-Unis et dans les pays en voie d'industrialisation) ainsi que dans d'autres pathologies chroniques. Spécialiste de la formation des personnels pour l'Education thérapeutique, elle a conçu et anime le programme pilote du service de Néphrologie de la Pitié.

jour, poussée par la fréquence des maladies chroniques dans le monde. Si le niveau scientifique des équipes médicales permet de proposer des soins de qualité et des traitements efficaces, nous avons juste un peu laissé de côté ce qui nous paraît aujourd'hui essentiel et incontournable : l'interaction avec le patient dans l'objectif de mettre en face à face notre projet de soin et le sien, la confrontation des deux étant la seule façon de pouvoir favoriser l'adhésion du patient à son traitement et de permettre d'obtenir le bénéfice attendu pour sa santé. \\\



Figure 1 : Les principaux facteurs pris en compte dans le programme MOTHIV d'accompagnement et d'aide à la santé : une prise en charge globale du patient...Tourette-Turgis C, Rébillon M. Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/SIDA - De la théorie à la pratique. Paris, Ed. Comment Dire, 2002.

LA DIALYSE À VÉLO



DR ANNE KOLKO-LABADENS
Néphrologue, a exercé 10 ans dans le service d'Hémodialyse de la Clinique E. Rist à Paris avant de rejoindre le service de Néphrologie et Transplantation et Dialyse de l'Hopital Foch à Suresnes où elle est responsable de l'unité d'hémodialyse depuis 4 ans. Elle est également Praticien attaché dans le service de Néphrologie du Pr Ronco à l'Hôpital Tenon à Paris depuis 1995. Outre ces activités cliniques, elle est membre de la commission de transplantation et du conseil d'administration de la société de Néphrologie, et membre de Anedif association qui travaille en collaboration en IDF avec REIN pour analyser les données épidémiologiques de ce registre.

Les bénéfices de l'exercice physique sont bien connus, dans la population générale et chez les patients souffrant de maladie chronique (diabète, maladie cardio-vasculaire, insuffisance respiratoire).

En hémodialyse, les patients se plaignent de difficulté à l'effort, ont des capacités d'exercice physique diminuées. D'autre part la dénutrition est fréquente en hémodialyse chronique et plus particulièrement la dénutrition protéique, avec une diminution de ce qu'on appelle « la masse maigre » et plus particulièrement la masse musculaire. C'est pourquoi un de nos objectifs est d'améliorer à la fois l'état nutritionnel et les capacités d'exercice physique des patients dialysés. Lors du dernier congrès de l'ISRN (International Society of Renal Nutrition and Metabolism) qui s'est tenu à Marseille en Juin 2008 sous la Présidence du Pr Noel Cano de nombreuses communications ont porté sur ce thème et les résultats présentés ouvrent de réelles perspectives d'amélioration de la prise en charge des patients dialysés. Une revue de la littérature sur « Exercice et Dialyse » vient également d'être publiée qui confirme que l'exercice peut améliorer les capacités à l'effort, l'état nutritionnel, limiter les complications cardiovasculaires mais aussi apporter une amélioration de la qualité de vie. Cependant il est bien difficile de développer un programme d'exercice physique chez l'hémodialysé dans « la vraie vie » et ce pour plusieurs raisons :

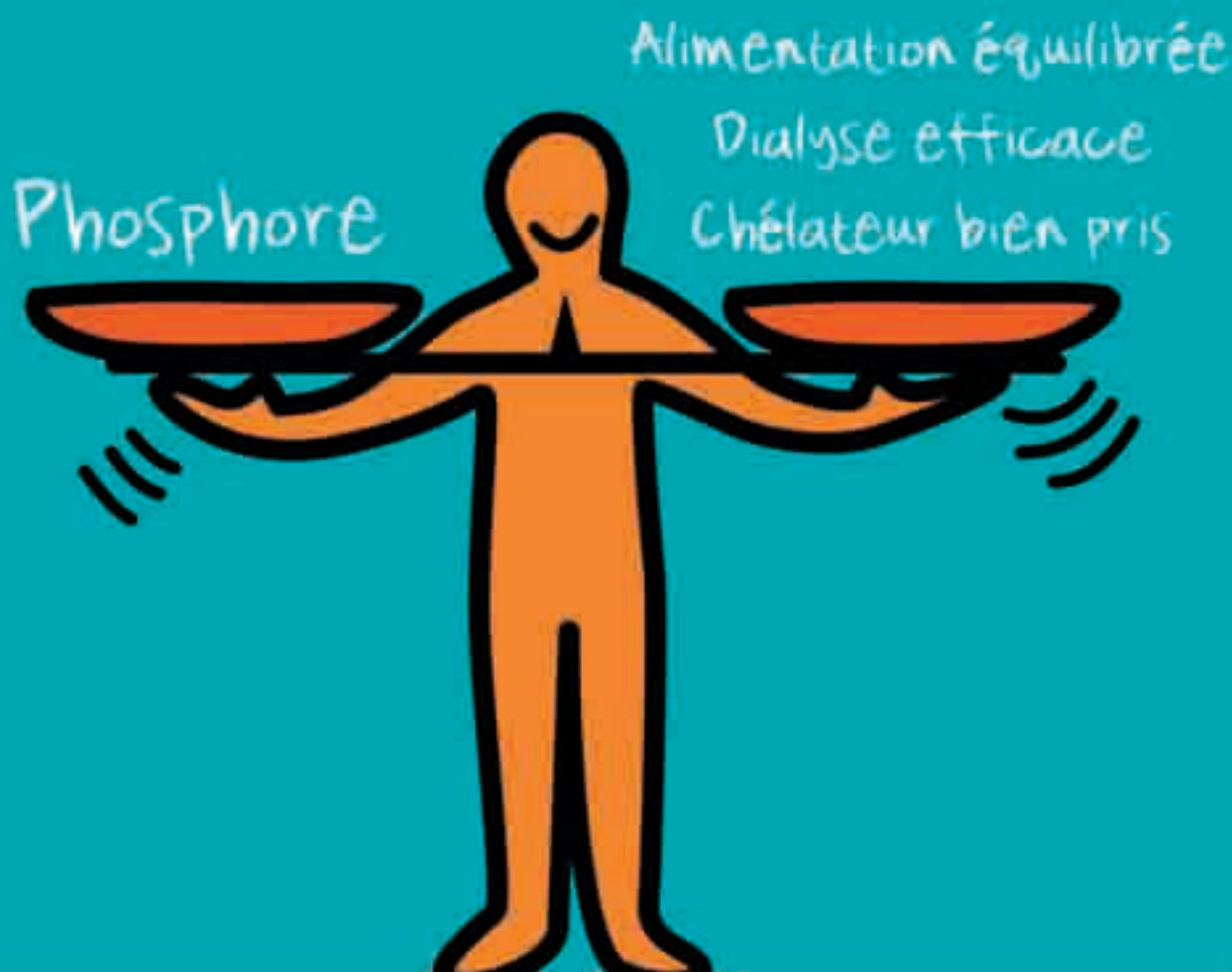
- La majorité des centres de dialyse ne dispose pas d'un kinésithérapeute ou d'un animateur capable d'organiser des séances d'exercice physique, ni même d'un lieu et d'un espace suffisant pour ce type d'activité ;
- le moment de l'exercice peut poser problème : avant dialyse la surcharge hydrosodée limite les capacités, mais

après ce sont les crampes ou la fatigue et surtout l'envie de rentrer à domicile, les jours sans dialyse sont consacrés à bien d'autres choses ! Récemment, un nouvel appareil le Motomed Letto a été conçu pour développer l'activité physique en position couchée. A l'origine il a été conçu pour des patients alités de façon prolongée, par exemple en réanimation et le principe en est très simple, c'est un pédalier dont l'axe est horizontal et qui permet de pédaler comme sur un vélo mais en position couchée ; il est équipé d'un boîtier de commande qui permet de régler la résistance et d'enregistrer le temps passé, le travail développé... il est de plus motorisé et permet de faire un mouvement passif et non actif si le patient est trop fatigué. Son installation est facile, au bout du lit et tout à fait réalisable dans un centre de dialyse. Nous l'avons expérimenté à l'hôpital Foch et nous avons pu vérifier la faisabilité de l'exercice avec ce système pendant la séance de dialyse. Les patients qui l'ont essayé ont d'abord été surpris mais certains y ont pris goût et réclament leur séance de pédalage à chaque dialyse, en moyenne 30 mn, avec des niveaux de difficulté variables selon les capacités et les envies de chacun. La plupart décrivent déjà une sensation de bien être procurée par cet exercice et certains ont de ce fait décidé d'augmenter leur activité physique les jours sans dialyse ! Le fait d'utiliser ce temps de séance souvent considéré comme « perdu » est bien perçu et bien toléré. Pour le personnel soignant, il suffit de mettre le Motomed en place un fois que les branchements sont faits et de l'enlever après l'exercice.

Ces premiers résultats encourageants nous incitent à vérifier plus précisément et avec des évaluations plus scientifiques et objectives l'effet d'un exercice régulier en dialyse avec pour objectif l'amélioration de la qualité de vie, l'augmentation de la masse musculaire et de l'état nutritionnel. Pour ce faire, nous utiliserons entre autre, l'étude de la répartition corporelle par impédancéométrie, et par une simple mesure à l'aide du BCM, nous évaluerons l'évolution de cette répartition corporelle avant et après quelques semaines d'exercice. \\\



Qualité de vie en dialyse!



Le phosphore mal éliminé, un tueur silencieux.

Le phosphore en excès : des risques cardio-vasculaires.
L'équilibre du phosphore, un équilibre essentiel à atteindre.

3 démarches indissociables

- ↳ Limiter les apports en phosphore par une **alimentation** équilibrée.
- ↳ Avoir une **dialyse** efficace.
- ↳ Bien prendre son **chélateur** (empêcher le phosphore d'être absorbé).

Parlez-en à votre médecin,

genzyme

à votre infirmière ou à votre diététicienne.



HÉMODIALYSE LE CINQUIÈME ÉLÉMENT



**DOCTEUR BRUNO
PERRONE**

Né le 11 mars 1948 à UCCLE (Belgique).

Je travaille dans le domaine de la Néphrologie et de la Dialyse depuis 1973 ; j'ai développé un intérêt particulier pour les techniques de dialyse au contact d'un des grands pionniers français de la dialyse : le Docteur Jacques Vantelon, qui m'a tout appris dans ce domaine. Nous avons eu le grand regret de le voir nous quitter en octobre 2007.

Mes centres d'intérêt en dialyse ont été essentiellement l'étude des nouvelles membranes : AN69 et PMMA en particulier ; le développement de la Biofiltration sans acétate ; le développement de systèmes de rétrocontrôle ; les aspects mathématiques de la dialyse (en particulier en coordonnant depuis 1992, avec les Professeurs N K Man et Thierry Petitclerc, un symposium biennal : Symposium Mathématiques et Dialyse).

Après 32 ans d'activité en Ile de France, j'ai « émigré » à Saintes (Charente Maritime) au début de l'année 2005 où j'ai trouvé une qualité de vie incomparablement plus agréable.

En dehors de la Médecine, je suis passionné par l'étude des langues : j'en parle six et en ai étudiées quatorze (la dernière en date est l'Inuktitut, pour l'étude de laquelle je suis inscrit depuis quatre ans à « Langues O' »). Je trouve l'étude des langues intéressante car elles sont les fenêtres ouvertes sur l'âme des autres peuples.

L'hémodialyse existe depuis 63 ans (Willem KOLFF – 1945 – Pays Bas), l'hémodialyse 'chronique' depuis 48 ans (Belding SCRIBNER – 1960 – USA). D'immenses progrès ont été faits depuis lors et les techniques de dialyse actuelles n'ont plus rien de commun avec l'hémodialyse qui se faisait quand j'ai commencé à travailler, en 1973. Les grandes avancées observées au fil de toutes ces années ont été souvent le fait du hasard, dont l'importance en Science est fondamentale : c'est une idée fautive que de croire que les progrès en Science ou en Médecine sont essentiellement le fruit d'une activité planifiée. Il faut au contraire une bonne dose de Sérendipité pour progresser : « lorsque leurs Altesses voyageaient – dit la fable des trois Princes de Serendip – Elles ne cessaient de découvrir, par accident et par sagacité, des choses qu'Elles ne cherchaient pas ».

Cet article se propose de voyager parmi les 5 éléments de la dialyse, et d'y découvrir les effets de la Sérendipité.

Le premier élément c'est le dialysat

Dans le sang il y a du bicarbonate. On a donc mis intuitivement du bicarbonate dans le bain de dialyse. Mais il fallait empêcher le bicarbonate de se combiner avec le calcium et pour cela acidifier le dialysat en y faisant « buller » du CO2 en permanence, ce qui n'était pas bien pratique.

Charles MION (Montpellier) eut alors l'idée, en 1964, d'utiliser de l'acétate à la place du bicarbonate, l'acétate étant rapidement métabolisé en bicarbonate. Cela résolvait le problème technique, mais l'acétate s'est rapi-

dement révélé responsable, pendant la dialyse, de chutes de tension et de vomissements, et responsable à long terme d'induire une inflammation chronique par activation des cytokines. Il fallait donc trouver le moyen de faire de la dialyse avec du bicarbonate. On y est parvenu avec des machines de dialyse plus complexes : deux pompes de concentré au lieu d'une, pour aspirer deux concentrés différents (un avec le bicarbonate, l'autre avec les autres substances). La dialyse au bicarbonate était bien mieux tolérée, mais techniquement il fallait garder un peu d'acétate dans le bain pour acidifier et empêcher en grande partie la précipitation de carbonate de calcium ; et il fallait régulièrement 'décalcifier' les machines à l'acide acétique (ça précipitait tout de même un petit peu...). Mais somme toute la solution était acceptable sur le plan technique et bien meilleure sur le plan clinique. Seulement voilà : quand on a un Centre de Dialyse équipé avec des machines pour l'acétate, on ne peut pas espérer pouvoir les changer toutes à la fois pour faire de la dialyse au bicarbonate ! D'où la question : comment faire de la dialyse au bicarbonate quand on n'a que des machines pour l'acétate ?

Bernard BENE (HOSPITAL COT – Meyzieu) a proposé une solution en 1984 : la Biofiltration sans acétate. On ne met plus ni acétate ni bicarbonate dans le bain, et le bicarbonate est perfusé directement dans la ligne veineuse tout au long de la séance. La Biofiltration s'est révélée rapidement, encore mieux tolérée que la dialyse au bicarbonate. La raison en a été fournie par les travaux de Rosanna COPPO et Alessandro AMORE (Turin-Italie) : l'amélioration est due à l'absence totale d'acétate dans le bain.

“ *C’est une **FAUSSE IDÉE** que de croire que les progrès en science ou en médecine sont essentiellement le **FRUIT D’UNE ACTIVITÉ PLANIFIÉE.*** ”

C’est-à-dire qu’on peut encore constater les effets liés à l’acétate, même avec la petite quantité d’acétate encore présente dans un bain au bicarbonate. Il faut donc se débarrasser de l’acétate. Mais on n’a pas forcément besoin de Biofiltration pour cela : on peut faire de la dialyse au bicarbonate en utilisant comme acidifiant du HCl au lieu de l’acétate (il y a au moins dix ans que certains Centres de Dialyse pratiquent cela).

Doit-on abandonner la Biofiltration alors ? Non, elle peut encore servir à profiler le Potassium et le Calcium du bain. L’avantage de la Biofiltration, c’est qu’elle se fait avec des machines prévues pour la dialyse au bicarbonate : qui ont deux pompes de concentré donc (celle du concentré A et celle du concentré B ou de la cartouche ‘bicar’). Or, quand on fait de la Biofiltration, on n’utilise qu’une pompe de concentré et l’autre est libre : on peut alors profiter de l’aubaine pour utiliser deux concentrés avec des taux de Potassium différents, le pilotage informatique des deux pompes permettant de profiler avec précision le Potassium du bain.

Pourquoi profiler le Potassium [K]?

Un taux de K trop bas fait courir le risque d’arythmie cardiaque au cours de la séance de dialyse (surtout chez les malades plus âgés). On a alors tendance à augmenter le K du bain (3 mEq/L au lieu de 2) : cela diminue le risque d’arythmie mais cela enlève moins de Potassium et fait courir le risque d’hyperkaliémie. La solution est donc d’utiliser un taux de K variable : élevé en début de séance, bas en fin de séance : la technique s’appelle AFBK. Des publications récentes ont montré le bien fondé de cette stratégie dans la réduction des arythmies. Et le profilage du calcium ? Il y a des éléments permettant de prévoir un effet bénéfique sur la pression artérielle ; mais il y a surtout des effets non prévus (sur l’équilibre phosphocalcique et la parathormone ?), à découvrir par accident et par sagacité ... Voilà donc pour le dialysat : il faudra se résoudre à abandonner complètement l’acétate ; il faudra explorer les améliorations fournies par l’utilisation de Potassium ou de Calcium variable.

Le deuxième élément c’est la membrane

Les premières membranes utilisées en dialyse ont été les membranes cellulósiques : cuprophane au début, puis cellulose modifiée (acétate, diacétate, triacétate de cellulose) par la suite pour en améliorer la biocompatibilité. Au tout début des années 70, Rhône Poulenc proposa une membrane synthétique : l’AN69 (polymère d’acrylonitrile et de méthallyl sulfonate de sodium). Cette membrane avait un inconvénient redoutable – elle avait une perméabilité hydraulique bien trop élevée – qui a permis de déboucher sur une avancée majeure pour les machines de dialyse (qu’on ne cherchait pas au départ) : la maîtrise de l’ultrafiltration. Plus tard, on a découvert d’autres choses qu’on ne cherchait pas : l’AN69 était plus biocompatible que les membranes cellulósiques (elle n’entraînait pas de chute des leu-

cocytes en début de dialyse, elle n’activait pas le complément), et elle adsorbait des toxines urémiques (β_2 μ globuline par exemple). Elle faillit pourtant disparaître du marché à la fin des années 80, avec l’apparition de sévères réactions d’hypersensibilité [RHS] : des réactions d’allergie en quelque sorte. Jean-Louis RENAUX (HOSPITAL – Lyon) a pu établir que ces réactions étaient déclenchées par les charges négatives qui se trouvaient à la surface de la membrane : on a donc modifié la membrane pour éviter les RHS, en masquant les charges négatives par du PEI (polyéthylène imine). Ici encore est survenue une chose qu’on ne cherchait pas au départ : c’est que le PEI est capable de fixer l’héparine, et cela a débouché sur le développement d’une variété d’AN69 avec héparine « greffée » qui permet de faire des séances de dialyse sans injecter d’héparine au malade.



Un exemple de Sérendipité plus frappant nous est fourni par une autre membrane synthétique : le PMMA. Pierre MERVILLE (CHU Bordeaux) voulait étudier, chez les dialysés qui allaient être greffés, une protéine : le CD40. Il avait observé que les dialysés avaient des taux de CD40 de 3 à 5 fois supérieurs aux sujets sains, et que le taux de CD40 revenait à la normale en deux ou trois mois après la greffe. Il avait aussi observé que les malades qui répondaient à la vaccination contre l'hépatite B avaient des taux de CD40 plus bas que ceux qui étaient non-répondeurs : d'où l'hypothèse intéressante que l'excès de CD40 empêche la réponse au vaccin. La chose qu'il ne cherchait pas au départ, c'est que certains dialysés avaient des taux de CD40 normaux, et qu'en analysant ce qui pouvait les différencier des autres malades, on a découvert qu'ils étaient

tenu de nos jours, pour le choix d'un dialyseur ? C'est le prix. Ce n'est pas là une attitude raisonnable ! Curieusement, personne ne propose un TIPS pour les dialyseurs, ce qui permettrait d'utiliser le dialyseur que l'on veut, et que la diversité des membranes utilisées débouche sur des découvertes intéressantes, faites par sagacité, mais surtout – nous l'avons vu – par hasard.

Le troisième élément c'est le sang, les toxines urémiques

La première dialyse opérationnelle a été effectuée par le Docteur Willem KOLFF en 1945. Pour trouver la dimension correcte de membrane à utiliser, il prit un tube de cellophane de 40 cm de long, le remplit avec 25 cc de sang et y ajouta 400 mg/100 ml d'urée. Il agita le tout dans une solu-

Un travail considérable a été mené par le groupe EUTox, sous l'impulsion de Raymond VANHOLDER (Gand – Belgique) pour dresser la liste (elle comporte actuellement 90 éléments) des 'vraies' toxines urémiques. Beaucoup de ces toxines sont de poids moléculaire élevé, et ne sont bien épurées que par convection (c'est-à-dire par hémodiafiltration) : il n'est pas surprenant de ce fait que Bernard CANAUD (Montpellier) ait publié des résultats montrant une diminution considérable de la mortalité en Hémodiafiltration [HDF] comparée aux autres techniques de dialyse (Étude DOPPS – 2006).

Il ne faut pas considérer cela, toutefois, comme un aboutissement. Si nous voulons augmenter notre connaissance du problème, et étudier une alternative moins gourmande en eau que l'HDF, nous avons le devoir de comparer l'HDF avec une technique de dialyse utilisant peu d'eau (25 litres par séance) et des membranes à haut pouvoir d'adsorption des protéines (et donc des toxines urémiques): AN69 et, surtout, PMMA. C'est-à-dire qu'il faut tester l'hypothèse suivante : est-ce que les toxines urémiques de haut poids moléculaires sont aussi bien épurées par adsorption que par convection ?

*Il ne faut **JAMAIS ÊTRE AVARE** de possibilités de recueil de données avec les machines de dialyse disponibles actuellement, c'est **FACILE, C'EST PAS CHER, ET ÇA PEUT RAPPORTER GROS** pour les malades.*

tous dialysés sur membrane PMMA BK-F. Plus que cela : en remplaçant le dialyseur habituel par un dialyseur de PMMA chez trois malades, on a normalisé leur taux de CD40 en deux mois. Faut-il alors dialyser tout le monde sur PMMA ? Bien sûr que non ! Il faut maintenant faire des études prospectives pour en savoir plus. Et surtout, il faut préserver la diversité des membranes. Si on se met à utiliser chez tout le monde une seule membrane : la Polysulfone par exemple, qui a d'excellentes qualités d'épuration, qui est biocompatible et qui est peu chère, on apprendra beaucoup de choses sur la Polysulfone, mais on n'apprendra plus jamais rien sur les autres membranes, et on se privera définitivement de découvertes intéressantes (et de bénéfice pour les malades) du type de celle observée avec le PMMA et le CD40.

Quel est le critère de plus en plus re-

tion de NaCl et observa que la majeure partie de l'urée avait été épurée par dialyse en 5 minutes. En multipliant la longueur par 20, il obtint la longueur totale de tube de cellophane à enrouler autour du tambour de son premier rein artificiel. Il est vraiment surprenant de constater que 63 ans plus tard, c'est toujours l'urée que nous utilisons comme index de l'efficacité de la dialyse (Kt/V urée), alors que tout le monde sait que l'urée n'est pas toxique (les requins ont des taux d'urée de 25 grammes par litre), et qu'aucune étude n'a jamais démontré le moindre effet toxique de l'urée. Par ailleurs, des études récentes et correctement menées n'ont pas trouvé de relation entre taux de mortalité et valeur du Kt/V. La 'survie' du Kt/V comme index de qualité de dialyse n'est donc liée qu'à des raisons historiques, et au fait que l'urée est facile et peu coûteuse à doser.

Le quatrième élément c'est la machine de dialyse

Curieusement, personne n'a jamais posé la question de savoir si la cassette de la ligne artérielle, ou le système de recueil de données par technique WiFi sont des gadgets futiles (alors même qu'il n'ont aucune utilité directe dans le traitement par dialyse) ; tandis qu'au contraire, on a posé cette question dans diverses publications à propos de systèmes directement liés à l'efficacité du traitement : mesure du transfert de masse 'en ligne', mesure de la variation de volume plasmatique, système de régulation de la température du dialysat, systèmes de rétrocontrôle.

On a toujours avantage à recueillir de l'information, et les machines de dialyse se doivent de mesurer un grand nombre de paramètres au cours de la séance. Il faut avoir sous les yeux la courbe du volume sanguin : on apprécie ainsi d'un seul coup d'œil en passant devant la machine si la filtra-

tion semble appropriée ou non. Il faut pouvoir mesurer le transfert de masse (par mesure de la conductivité plasmatique) et pouvoir dépister ainsi une inversion de lignes, ou tout autre problème d'épuration pendant la séance. Il faut utiliser les systèmes de rétrocontrôle : sur la température du dialysat, pour faire de la dialyse isotherme et diminuer le risque d'hypotension ; sur le sodium du malade, pour faire de la dialyse isonatrique et préserver l'équilibre hydrosodé ; sur le volume sanguin - pas tellement pour éviter les hypotensions contrairement à une opinion répandue - mais pour trouver le bon poids sec.

Il ne faut jamais être avare de possibilités de recueil de données : avec les machines de dialyse disponibles actuellement, c'est facile, c'est pas

cher, et ça peut rapporter gros pour les malades.

Quant aux machines dites 'simplifiées', destinées à l'autodialyse : c'est là un concept qui me choque profondément. Au nom de quoi voudrait-on priver les malades qui font l'effort de se prendre en charge plus que les autres, des avantages de l'hémodiafiltration, du contrôle de la température, et de toutes les autres possibilités disponibles sur une machine de dialyse ?

Nous voici arrivés au cinquième élément

c'est la foi en l'avenir, et c'est l'ouverture d'esprit qui permet de découvrir sans cesse des choses nouvelles. C'est le refus de la 'MacDonaldisation' de la dialyse : une machine de dialyse simplifiée, une membrane pas chère,

et le Kt/V pour surveiller la qualité du traitement.

« Toute découverte importante en Science est par définition imprévisible – dit Freeman DYSON, dans son livre "D'Eros à Gaïa" – si une découverte est prévisible, elle n'est pas importante. Le but de la Science est de créer des situations favorisant l'apparition de phénomènes imprévisibles ».

Dans le domaine de la Dialyse aussi, le but doit être de créer des situations permettant de découvrir par accident et sagacité – surtout par sagacité : « le hasard ne favorise que les esprits préparés » disait Pasteur – des choses imprévues, que l'on ne cherchait pas forcément au départ. \\\

B. PERRONNE SAINTES,
AOÛT 2008



L'AUTONOMIE EST-ELLE ENCORE JUSTIFIÉE ?



**Thierry PETITCLERC,
Malik TOUAM,
Paul RAYMOND,
Bertrand UTZINGER**

Association pour
l'Utilisation du Rein Artificiel
en région parisienne
(AURA).

Les décrets les plus récents sur l'organisation du traitement de l'insuffisance rénale chronique

dans notre pays confèrent à juste titre au patient le droit de choisir la modalité de traitement qu'il souhaite et en particulier de refuser l'autonomie qui lui est, ou devrait lui être proposée. Pourtant nous voudrions affirmer notre conviction que l'autonomie en dialyse, qu'il s'agisse d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, doit continuer à être encouragée, même si les arguments ont bien changé au cours du temps.

Historique

La deuxième moitié du XX^{ème} siècle a vu émerger la possibilité de traiter l'insuffisance rénale parvenue au stade terminal par la prise en charge en dialyse chronique, sauvant ainsi les patients d'une mort jusqu'alors certaine. Cependant cette possibilité s'est immédiatement heurtée à l'importance et au coût des moyens nécessaires à la mise en oeuvre de ce traitement. Les néphrologues les plus anciens d'entre nous se souviennent amèrement des séances du "tribunal" durant lesquelles était décidé, sur des critères qui ne pouvaient être totalement objectifs, qui serait traité par dialyse et qui serait condamné à mourir.

Afin de pouvoir proposer ce traitement le plus rapidement possible au plus grand nombre, des associations à but non lucratif ont vu le jour, d'abord en région parisienne puis dans les autres régions de notre pays. Ainsi l'Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel en région parisienne (AURA) a été fondée dès 1968 dans le but d'une part

de créer rapidement des centres de dialyse destinés à prendre en charge au long cours ces malades chroniques, d'autre part d'étudier les moyens de diminuer le prix de revient de la dialyse en évaluant de nouvelles méthodes de traitement. L'AURA a été la première structure en France à développer à grande échelle l'hémodialyse à domicile en assurant la formation du patient et de son entourage, l'installation du traitement au domicile et la surveillance médicale du patient. Elle a ensuite développé les autres modalités de dialyse autonome, à savoir l'hémodialyse en unité d'autodialyse et la dialyse péritonéale à domicile.

Nombreux ont été les patients qui ont ainsi pu être sauvés alors que les places manquaient dans les centres de dialyse. Et il faut bien reconnaître qu'à l'époque l'autonomie, souvent obtenue au prix d'une sollicitation de l'entourage familial, n'était pas en règle un choix du patient, mais plutôt la condition indispensable pour pouvoir bénéficier d'un traitement par dialyse chronique.

Le "tribunal" n'existe heureusement plus à notre époque qui permet de prendre en charge tous les malades relevant d'un traitement par dialyse chronique selon la modalité souhaitée par le patient (à quelques contre-indications médicales près qui peuvent restreindre le choix). Et force est d'admettre que l'autonomie ne semble plus être de mode, puisque d'après le réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) qui vient de publier ses données concernant l'année 2006, moins de 10 % des 24 921 patients dialysés enregistrés dans ce registre sont traités à domicile (un peu

plus de 8 % par une méthode de dialyse péritonéale et environ 1 % par hémodyalyse). Ces pourcentages sont encore plus faibles en Ile de France. Certes les patients traités dans les unités d'autodialyse sont beaucoup plus nombreux (ils représentent environ 25 % des patients dialysés sur le territoire français et 18 % en Ile de France), mais les données de 2006 ne distinguent pas l'autodialyse simple, qui est une méthode de dialyse autonome (en présence d'une infirmière dans la salle), de l'autodialyse assistée durant laquelle l'infirmière effectue les actes essentiels (branchement, débranchement).

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer l'absence de développement de la dialyse autonome :

- l'âge plus élevé des patients et le nombre plus important de leurs comorbidités au moment de leur prise en charge en dialyse chronique justifie de plus en plus souvent, surtout en ce qui concerne l'hémodyalyse, une présence constante de l'infirmière, voire du médecin.

- l'évolution des conditions sociofamiliales ne favorise pas l'autonomie qui est difficilement vécue en l'absence de soutien familial, surtout s'il s'agit de dialyse à domicile nécessitant de prendre en compte le retentissement

“ *Si les raisons évoquées peuvent expliquer le DÉCLIN DE LA DIALYSE AUTONOME, celui-ci ne semble pourtant PAS INÉLUCTABLE.* ”

psychologique sur toute la famille.

- l'évolution des mentalités dans les pays riches où l'accès aux soins est gratuit conduit parfois le patient à exiger le maximum d'assistance en estimant injuste que le voisin puisse bénéficier d'une aide à laquelle il n'aurait pas droit.

Justification

Si les raisons évoquées ci-dessus peuvent expliquer le déclin de la dialyse autonome, celui-ci ne semble pourtant pas inéluctable.

En premier lieu, il importe de garder toujours à l'esprit que la morbi-mortalité et la qualité de vie du patient autonome ont été démontrées bien meilleures que celles du patient assisté. Certes, il existe certainement un biais de sélection si l'on compare les deux populations de patients dans

leur ensemble, mais cette amélioration semble persister lorsque les échantillons sont appariés sur l'âge et les comorbidités. Les néphrologues en charge de ces patients savent parfaitement combien le passage obligé, temporaire ou définitif, d'une dialyse autonome à une dialyse assistée est généralement vécu comme un "drame" par les patients qui les poussent, souvent jusqu'à l'extrême, à leur donner la permission de retrouver leur autonomie.

Par ailleurs, l'apparition de l'hémodyalyse quotidienne semble un motif de développement de l'hémodyalyse autonome effectuée au domicile. De très nombreuses études ont en effet montré ces dernières années qu'un schéma d'hémodyalyse quotidienne, consistant en la réalisation de six séances par semaine de courte durée



(2 heures à 2h30) au lieu des trois séances habituelles de durée conventionnelle (4 à 5 heures), semble plus facile à caser dans le contexte socio-professionnel habituel et apporte une liberté du régime alimentaire et des apports hydriques, un confort pendant les séances de dialyse (quasi-absence de symptômes, et en particulier de chutes de tension symptomatiques) et une qualité d'épuration sans aucune commune mesure avec les techniques classiques de dialyse. D'ailleurs, les patients ayant expérimenté l'hémodialyse quotidienne ne veulent généralement plus revenir à un schéma conventionnel.

Cependant, pour une même durée hebdomadaire de traitement (12 à 15 heures), un schéma de dialyse quotidienne double le temps et le coût du transport vers l'unité de traitement qui tendent à devenir prohibitifs, sauf à effectuer les séances d'hémodialyse

à domicile. Les patients traités en unités d'autodialyse selon un schéma d'hémodialyse quotidienne souhaitent plus que les autres leur transfert en hémodialyse à domicile et l'acquisition préalable de l'autonomie requise. Ainsi l'hémodialyse quotidienne est-elle probablement un avenir pour l'hémodialyse à domicile car, d'une part, elle provoquera l'adhésion du patient qui souhaitera bénéficier de son confort, d'autre part elle permettra très certainement de prolonger la durée d'autonomie du patient et donc de son maintien au domicile.

Si les bienfaits de l'autonomie sont si importants pour le patient, pourquoi la dialyse autonome, qu'il s'agisse de dialyse péritonéale ou d'hémodialyse, est-elle si peu répandue ? Il faut évoquer plusieurs raisons liées aux patients, aux médecins ou à la politique des autorités de tutelle.

Certaines raisons sont liées aux

médecins eux-mêmes qui ne sont pas ou plus intimement persuadés de l'intérêt de l'autonomie. Pour certains, ce manque d'intérêt peut être lié au souvenir amer d'une époque, somme toute assez récente, où le manque de places en centres d'hémodialyse les obligeait à pousser à l'extrême leurs patients à l'autonomie pour pouvoir les prendre en charge. Pour les plus jeunes, qui n'ont pas connu cette époque désormais révolue, le manque d'intérêt est plus que probablement lié à l'absence de formation : est-il nécessaire de rappeler que l'enseignement de la dialyse pour les néphrologues en formation, déjà très limité dans un grand nombre de CHU et en particulier dans les CHU franciliens, ne laisse aucune place à la dialyse autonome, probablement pour la simple raison qu'elle n'est quasiment pas pratiquée dans les CHU ?

D'autres raisons sont liées à la politique des autorités de tutelle dont les propositions tarifaires semblent indiquer que l'objectif principal de la dialyse autonome doit être d'en faire une source potentielle d'économies par rapport à la dialyse assistée. Cette attitude ne fait que renforcer la tendance du patient, et parfois du médecin, à ne pas se contenter d'un traitement au rabais. En réalité, l'objectif principal de la dialyse autonome doit être l'amélioration de la qualité de vie du patient, ce qui justifie un coût. La réalisation d'économies, le plus souvent bien réelles si on les envisage de manière globale (par exemple dans le cas de l'hémodialyse quotidienne en tenant compte de la diminution des médicaments, des journées d'hospitalisation, de la durée de maintien au domicile avant le départ en maison de retraite etc.) ne doit être qu'un objectif secondaire. Nous souhaitons donner ici quelques exemples illustrant le fait que les autorités de tutelle ne semblent pas en réalité soutenir la dialyse autonome :

- La liberté du choix de l'autonomie par le patient nécessite une information objective et très complète de celui-ci : à l'AURA, une information personnalisée est donnée au patient durant une demi-journée au Centre d'Entraînement à la Dialyse. Le patient rencontre d'abord un médecin qui peut être amené à contre-indiquer telle ou telle modalité. Puis les différentes



techniques d'hémodialyse sont présentées par un infirmier en hémodialyse (hémodialyse en centre ou en unité de dialyse médicalisée, auto-dialyse simple ou assistée, hémodialyse à domicile). Ensuite un infirmier de dialyse péritonéale lui en présente les différentes modalités (dialyse péritonéale continue ambulatoire autonome ou assistée par une infirmière, dialyse péritonéale automatisée). Enfin le médecin recueille le choix du patient en l'y aidant si nécessaire. Cette indispensable activité d'information n'est pas à ce jour remboursée.

- Le choix par le patient de l'hémodialyse autonome en unité d'auto-dialyse simple repose souvent sur la proximité de l'unité de traitement et la souplesse des horaires permettant de mieux concilier activité professionnelle et traitement par dialyse. Cette technique impose des unités de proximité et donc de petite taille, une grande amplitude d'horaires d'ouverture et un générateur de dialyse par patient (alors que les autres modalités d'hémodialyse utilisent un seul générateur pour 4 à 6 patients). Il en résulte des frais de fonctionnement très importants (en particulier des frais de loyer dans les grandes agglomérations et spécialement dans Paris intra-muros) alors même que le tarif de remboursement de l'autodialyse simple est un des tarifs les moins élevés, de telle sorte que cette activité est déficitaire et devra probablement être abandonnée par la grande majorité des établissements de santé. Pourtant, les patients en autodialyse simple sont le plus souvent des patients qui travaillent (et cotisent donc à la Sécurité Sociale) et dont le taux d'hospitalisation est parmi les plus faibles, ce qui représente un facteur supplémentaire d'économies.

- La rémunération accordée au néphrologue travaillant en secteur libéral pour la prise en charge d'un patient autonome, qu'il s'agisse d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, est nettement moins attractive que celle accordée pour les autres patients dialysés. Pourtant, la gestion médicale d'un patient autonome traité à distance est plus anxiogène pour le médecin que celle d'un patient traité sous ses yeux en centre et est souvent très consommatrice de temps. Ceci explique que

la dialyse autonome soit peu pratiquée en secteur libéral et plutôt réservée aux structures associatives dont les médecins perçoivent un salaire indépendant de la modalité de traitement.

Conclusion

L'autonomie est une composante essentielle de la liberté de l'individu, mais elle n'est pourtant pas inscrite dans la nature humaine. Les parents et grand-parents dignes de ce nom le savent bien, qui éduquent leurs enfants et petits-enfants à l'autonomie malgré toutes les résistances de ces derniers. Et ils savent que "autonomie" ne signifie pas "abandon" et combien cet apprentissage leur coûte financièrement avant qu'ils n'en récoltent le prix ! De même le néphrologue doit savoir encourager son patient à l'autonomie, malgré la résistance naturelle et bien compréhensible de ce dernier, parce que l'autonomie en dialyse est source d'une meilleure qualité de vie : il suffit pour s'en convain-

cre d'interroger les patients qui ont choisi ce mode de traitement.

cre d'interroger les patients qui ont choisi ce mode de traitement. Le projet de l'AURA est de favoriser l'autonomie des patients. Mais parce que "autonomie" ne signifie pas "abandon", le projet associatif de l'AURA est aussi d'accompagner le patient durant toutes les étapes de son insuffisance rénale, pour l'informer et l'aider à choisir la méthode de traitement la plus adaptée, pour le former et le rendre acteur de son traitement, pour le suivre durant ses périodes d'autonomie et ses périodes de dépendance, durant sa préparation à une éventuelle greffe et durant le suivi de sa transplantation, pour prendre en charge d'éventuelles complications en hospitalisation, pour le faire bénéficier, lui et son entourage, de ses équipes spécialisées (diététiciennes, psychologues).

cre d'interroger les patients qui ont choisi ce mode de traitement. Le projet de l'AURA est de favoriser l'autonomie des patients. Mais parce que "autonomie" ne signifie pas "abandon", le projet associatif de l'AURA est aussi d'accompagner le patient durant toutes les étapes de son insuffisance rénale, pour l'informer et l'aider à choisir la méthode de traitement la plus adaptée, pour le former et le rendre acteur de son traitement, pour le suivre durant ses périodes d'autonomie et ses périodes de dépendance, durant sa préparation à une éventuelle greffe et durant le suivi de sa transplantation, pour prendre en charge d'éventuelles complications en hospitalisation, pour le faire bénéficier, lui et son entourage, de ses équipes spécialisées (diététiciennes, psychologues).

L'AUTONOMIE EN DIALYSE
est source d'une MEILLEURE
QUALITÉ DE VIE : il suffit pour
s'en convaincre d'interroger les patients
qui ont choisi ce mode de traitement.

UNE EXCELLENTE ET CONVIVIALE INITIATIVE ARIÉGEOISE

La première journée de rencontre de l'unité d'hémodialyse du centre hospitalier du Val d'Ariège... Une autre approche dans un autre lieu...

Le Dimanche 1^{er} Juin 2008, à la salle des fêtes de Saint Jean de Verges (Ariège) a eu lieu la 1^{ère} rencontre de l'unité d'hémodialyse. Environ 70 personnes se sont retrouvées pour partager un moment ou toute la journée.

L'unité d'hémodialyse du Centre Hospitalier du Val d'Ariège (CHIVA) prend en charge 56 patients (2 séances par jour du lundi au samedi)

(Dans l'Ariège, 20 personnes sont également traitées par dialyse péritonéale et environ 50 personnes sont traitées par hémodialyse en unités d'auto dialyse : 4 unités : Foix, Pamiers, Lavelanet et saint Girons. Ces unités sont gérées par l'association d'aide aux insuffisants rénaux : AAIR midi Pyrénées).

Face aux contraintes quotidiennes vécues par les patients (contraintes alimentaires, répercussions sociales, psychologiques, familiales, interactions sur la qualité de vie) ainsi qu'en lien avec l'importance de l'information et de l'éducation pour la prise en charge, le projet d'une rencontre a émergé.

Mais cette rencontre, au delà de l'information, se voulait conviviale et agréable, dédiée aux personnes prises en charge en hémodialyse (au centre) ainsi que les conjoints ou proches. C'est pour cela que nous avons choisi

un dimanche afin que chacun puisse venir ce jour là.

Dans ce même esprit, nous avons choisi un lieu « hors du milieu hospitalier » mais dans la même commune que le centre hospitalier et l'accès à une très belle salle des fêtes.

Notre Projet

Ce projet a été construit autour de cette idée de rencontre mais en ajoutant le thème de l'information afin d'impulser une dynamique d'équipe et structurer le projet. (tout en gardant l'esprit de convivialité)

Dr Dehais Françoise, chef de l'UMA (Unité médicale autonome) était partie prenante dans le projet.

Nous avons réalisé des invitations (patients, conjoints, présidente de l'ADOT : Mme Amilha, des représentants de la FNAIR de Toulouse, cadre de santé et infirmières de l'AAIR : association aide aux insuffisants rénaux : 55 personnes avaient répondu présents, sans compter l'équipe)

Dans ce cadre là, nous avons bénéficié de plusieurs aides précieuses qui rendent possible de tel projet.

Implication du centre hospitalier (accord pour le projet, en lien avec la loi de santé publique de 2004 : qualité de vie et maladie chronique dont l'insuffisance rénale, participation à la création du livret d'information avec charte graphique) ;

Aide précieuse du cadre administratif du pôle de médecine pour la partie logistique ;

Les professionnels du CHIVA (Centre Hospitalier du Val d'Ariège) : la diététicienne Caroline Rive (travail remarquable), les cuisiniers qui nous ont régalié les papilles et fait briller les yeux par leurs mets succulents et ce superbe buffet ;

L'équipe soignante et médicale (dynamisme et implication, participation et présence quasi complète de l'ensemble de l'équipe soignante et médicale)

La participation de laboratoires partenaires qui ont répondu présents et Anne Karcenty (notre commerciale) qui s'est déplacée pour participer (par le biais de l'association des cadres de l'insuffisance rénale de Midi Pyrénées : ACIR (Association des cadres de l'insuffisance rénale de midi-pyrénées), association créée en 2007, composée de cadres de santé du public, privé et associatif qui a soutenu le projet, dans le cadre de ses missions) ;

Prêt de matériel par l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ;

Participation de sociétés de transports (pour les personnes présentant des difficultés pour se déplacer).

Nos objectifs

Favoriser une information des patients et de leurs conjoints.





Éviter des complications potentielles liées à la pathologie par le biais de l'information.

Favoriser l'échange.

Passer un moment convivial.

Le déroulement de cette journée

La journée s'est déroulée en trois temps forts :

Le matin

Il s'agissait de l'accueil des invités à la salle des fêtes et d'un temps d'information. L'information s'est faite à l'aide de différents supports :

- Présentation d'un diaporama concernant l'unité d'hémodialyse : unité, fonctionnement, conseils. Une présentation de film de l'unité a été faite permettant une visite « virtuelle » pour les conjoints.

- Présentation d'un diaporama concernant l'équipe. L'idée était de réaliser aussi un temps convivial. Une présentation de l'équipe a été faite avec des photos de l'équipe enfant et des photos plus actuelles avec quelques commentaires humoristiques afin de détendre l'atmosphère (sur un air de musique « Je n'ai pas changé »).

- Et des ateliers pédagogiques ont été proposés.

Informations diverses

Distribution d'un livret d'information créé à cette occasion avec photos (com-

posé de la présentation de l'unité, des précisions sur l'hémodialyse et les voies d'abord, le déroulement de la séance et des conseils visuels : alimentaires et divers et pour finir les numéros utiles).

Distribution d'un « magnet » pour mettre sur le frigo avec le numéro du centre et les numéros en dehors des horaires d'ouverture (création personnalisée aux couleurs des montagnes, Ariège oblige !!! ou le thème de l'océan).

Distribution de livrets fournis par des laboratoires concernant le « rein » et un fascicule sur les sites Internet en lien avec la prise en charge en hémodialyse.

Le stand des voies d'abord : deux infirmiers ont montré à l'aide du bras du mannequin les principes de la fistule et du pontage en faisant « toucher » la partie synthétique du pontage, des conseils sous forme d'affiches et oralement ont été présentés. L'atelier diététique qui a remporté un franc succès : atelier très visuel (équivalence, informations sur le potassium, sel et l'apport hydrique avec des aliments et des affiches).

Le lavage des mains : information sur les solutions hydroalcooliques (appareil permettant de visualiser l'efficacité du lavage des mains).

Le repas

Nous avons voulu faire une belle salle bien décorée pour que chacun apprécie et se sente attendu (rose et vert pour une ambiance agréable, décoration sur la table, fleurs en papier crépon et décorations diverses faites par l'équipe).

Dans cet esprit, le chevalet aux couleurs de la journée présentait le programme et le menu.



Les cuisiniers nous ont réalisé un buffet d'exception. Des conseils ont été donnés et chacun a apprécié ce moment où nous étions tous ensemble, plus de « patients », plus de « soignants » mais un groupe de personnes qui se rencontrent.

Nous avons offert un ballotin de « flocons d'Ariège » (gourmandises locales) avec quelques précisions (teneur en potassium) et une étiquette « souvenir » de la journée.

L'après-midi

Nous avons fait une petite animation personnalisée. L'équipe s'est déguisée dans « un esprit bon enfant » et a chanté une chanson sur un air de « aux Champs Élysées » transformé en « À Saint Jean de Verges ».

Puis Claude François (Pierre, IDE) a fait son retour entouré des Clodettes.

Le public a semblé ravi de cette animation qui s'est poursuivie par une animation musicale (groupe de musiciens « les accoustellous »).

Afin que chacun profite, certains ont chanté, d'autres ont dansé et joué à la pétanque.

Au final ce fut une belle journée conviviale et agréable. Chacun est prêt à recommencer. Un livre d'or a été rempli montrant l'intérêt de cette initiative. ///

POUR L'ÉQUIPE
ELISABETH ERDOCIAN
CADRE DE SANTÉ
EN HÉMODIALYSE.



Nous sommes ravis du déroulement de la journée et surtout de la satisfaction de nos invités, ce qui était notre priorité et notre souhait. Je profite pour remercier tous les participants qui ont partagé cette journée avec nous.

Je rajoute un petit mot pour l'équipe soignante et médicale :

Je souhaite tout d'abord préciser que cette initiative revient à deux aides-soignantes de l'équipe : Maryline et Corinne qui souhaitaient « offrir » une rencontre et une animation hors centre.

Merci à vous pour votre dynamisme, votre implication, votre capacité à faire face aux nouveautés qui permet de réaliser des projets et « panser » différemment. ELISABETH ERDOCIAN

SAUTES D'HUMEUR

Reporting dérisoire sur notre quotidien, thérapie ou dialogue de l'amitié nécessaire dans le contexte du travail propre à la dialyse. À vous de juger ce droit au délire...

Juillet 2007. Notre service d'hémodialyse est passé à l'heure d'été : départs en vacances de certains de nos chers patients, passages temporaires pour d'autres, venus d'ailleurs, en villégiature du côté de chez nous.

Au sein de l'équipe aussi, c'est le bal des départs et retours qui a commencé, et les collègues nous laissent

tour à tour pour quelques semaines la boutique à tenir. Il fait chaud, nous sommes sur les rails (comprenez : le service ronronne...), et la rentrée de septembre est encore loin... Mais déjà certains collègues rentrent, bronzés, et nous les accueillons avec toute la chaleur possible. Nous sommes un peu fatigués, et attendons notre tour, patients nous aussi...

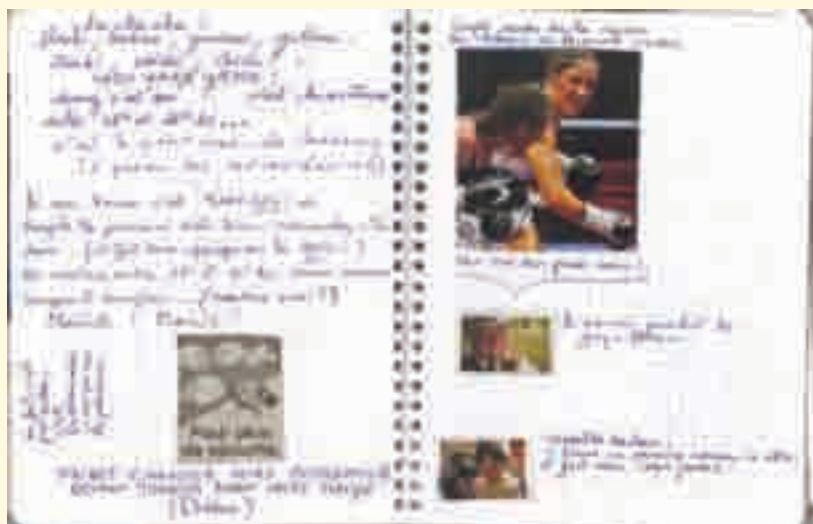
C'est à l'occasion d'un retour de vacances que toute cette histoire commence :

Quelqu'un a écrit dans le Cahier de Transmissions Infirmiers (ères) un message d'accueil destiné au collègue qui fait sa rentrée ce jour là, d'un lointain voyage : "bienvenue au club, bon courage pour ta reprise, etc." ... Message banal mais qui a son importance, puisqu'il transmet toute la sympathie d'une partie de l'équipe à l'un de ses membres, puisqu'il transmet de bonnes vibrations, puisqu'il

transmet la chance d'avoir de si gentils compagnons de travail...

Nous venions cette année là d'être certifiés, ou accrédités... je ne sais plus. Et c'est dire si le cahier de transmissions IDE conservait son auréole sacrée, son côté médico-légal, son destin professionnel sérieux et largement "ciblé paramédical". Probablement inspecté depuis peu lui aussi par une tutelle, un audit interne ou externe, ce "cahier de trans" n'était pas le terrain idéal pour écrire à un collègue qui rentre de vacances et qu'on est content de revoir. Notre hiérarchie nous le fit savoir, simplement.

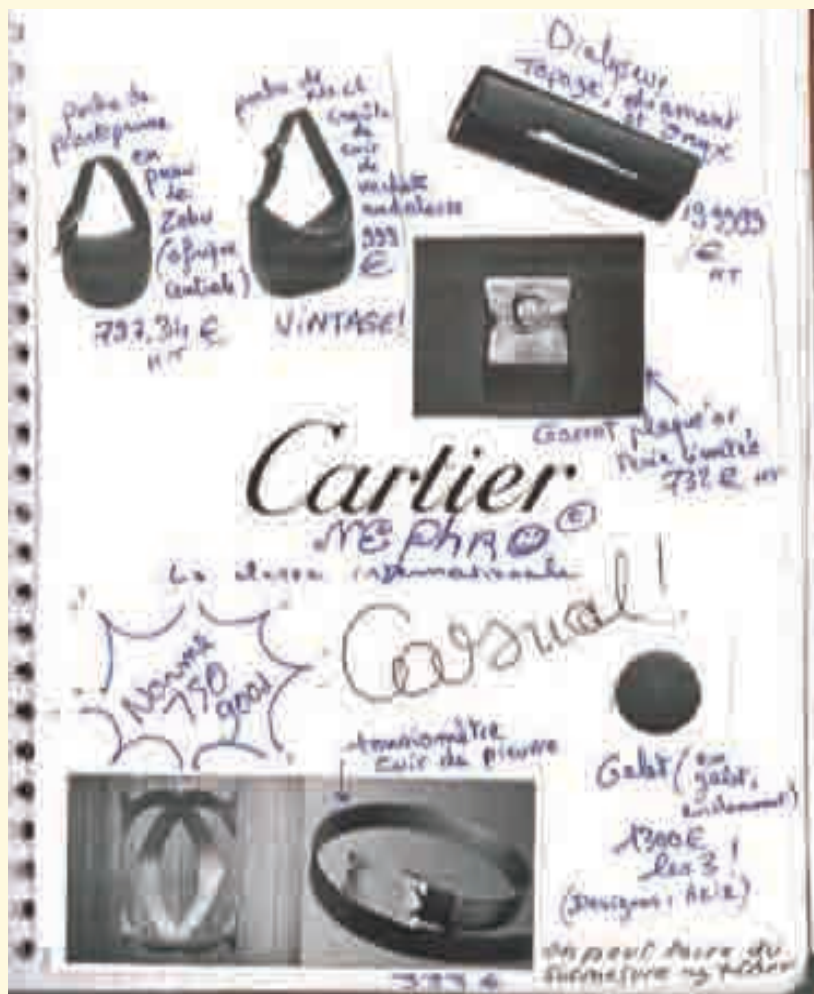
Seulement, loin de mettre un mouchoir sur cet épisode presque anodin, certains dans l'équipe ont imaginé la possibilité d'un support, destiné à toute la communication informelle au sein de l'équipe paramédicale : et ainsi le 18 juillet 2007 notre "Cahier d'Humeur" était né.





D'abord un peu hésitant, cherchant ses marques, il trouva vite sa couleur, sa ligne éditoriale et s'attira la sympathie d'une grande partie de l'équipe (IDE, Aides-Soignants, ASH)... comme s'il répondait, en somme, à un besoin enfoui. Que trouvons nous dans ce fameux cahier ? : de l'humour, de l'humour, et encore de l'humour, qui permet de faire passer des messages à l'Autre, qui permet de s'exprimer sur la vie du service, d'en commenter des épisodes plus ou moins importants, légers ou graves, qui permet aussi simplement de s'envoyer des gentillesses ou des vacheries, mais sur un ton finalement toujours bienveillant et convivial. Expression commune, puisque n'importe qui dans l'équipe peut toujours répondre à la petite phrase d'un collègue, la commentant après coup. Ce cahier est finalement une discussion sans fin au sein de l'équipe, et un formidable lien, au delà du temps même, puisqu'on peut revenir quelque jours plus tard sur un thème abordé : les absents ont souvent tort, à ceci près qu'ils vont pouvoir ultérieurement s'inviter au débat, contredire ou appuyer un avis. Et tout le monde pourra finalement savoir où nous en sommes...

Techniquement parlant, les méthodes sont très diverses: l'un d'entre nous va lancer une rubrique et va écrire, par exemple: "L'employé du mois: quelles sont les raisons suffisantes et/ou nécessaires pour devenir l'employé du mois de ce service ?" Dès lors des réponses des autres sont requises. Autre technique d'appel: l'un d'entre



nous découpe une image dans un des nombreux journaux ou revues qui traînent, un dessin qu'il va coller (ruban adhésif fourni par le service...) et dont le but initial sera détourné vers un thème propre au service. Ou bien dessine lui même sur le cahier une caricature, crée une nouvelle rubrique qui va s'enrichir au fil du temps des ajouts de collègues sensibilisés par le sujet, ou simplement désireux "d'en être, eux aussi". Ce cahier, on y colle, on y écrit, on y dessine ; toutes les écritures et les couleurs y sont présentées, et peu importent le style, la "qualité" de l'écriture, l'ambition affichée ou la pertinence des commentaires. Importe seule LA LIBERTE DE LE FAIRE. Le cahier est en permanence posé sur le bureau des infirmières, en évidence. Il n'est ni caché, ni privé. Il appartient à tous, ouvert à toute l'équipe et à la hiérarchie qui peut le lire. Certains collent juste une image et attendent. D'autres écrivent des pages entières, sans illustrations. Certains n'écrivent jamais rien. Tout est permis. Les thèmes abordés sont très divers:

en vrac, l'actualité du service et l'actualité tout court, les petites phrases glanées de ci de là et commentées, les changements d'organigramme, les nouveaux collègues qu'on se doit d'accueillir, les nouvelles options prises par notre direction, les départs et les retours de vacances, de stages, d'arrêts maladie, les heureux événements, les petits et les grands malheurs touchant l'un ou l'autre. Les fantasmes de certains, les vœux des autres, la nouvelle coiffure d'une collègue qu'on se doit de souligner, la politique locale ou internationale, les soucis et les rêves. Les Femmes parlent des Hommes, les Hommes des Femmes. On provoque et on récolte. Ça peut voler très très bas (voire très très haut aussi, faut pas croire...). Nous ne sommes pas fiers. Notre seule ambition est que ce cahier vive.

Les nouvelles blagues, des jeux de mots débiles, des coups de gueules. Nous pouvons éventuellement évoquer certains de nos patients, mais sans pour autant les citer : les initiales suffisent, et nous cryptons suffisamment



ment pour que chacun s'y retrouve. Les attaques sont souvent potaches et empreintes de gentillesse, tout le monde peut en prendre pour son grade, et chacun est invité à rire des autres et surtout de soi-même.

Au niveau références, disons que nous sommes souvent plus proches de Charlie Hebdo ou du Canard enchaîné que de l'Infirmière Magazine (...).

Ce premier cahier pilote démarré en juillet 2007 tenait le coup : et lorsque rien n'y était noté pendant quelques jours, l'un d'entre nous rallumait l'étincelle qui permettait aux autres de continuer, de s'offusquer, de débattre sur un thème.

Ainsi, et avant que sa réputation ne nous précède, nous avons présenté officiellement notre cahier à la direction de notre établissement, et même plus haut dans la hiérarchie. Non seulement nous nous sommes vus confortés dans ce projet original, mais aussi fortement encouragés à continuer. Chance. A tel point que la direction s'est engagée à fournir les futurs cahiers. Grand succès, donc, et pérennisation officieuse de ce nouvel instrument « médico-illégal ».

Le temps a passé.

Nous sommes en septembre 2008 et nous démarrerons dans quelques jours notre SIXIEME carnet de bord(e...).

On dit que l'arrivée de ce nouvel outil a changé l'ambiance du service, en mieux. Certains matins, l'humeur est vague, nous sommes fatigués. L'on constate que certains vont ouvrir EN PREMIER notre cahier d'humeur, avant le cahier de transmissions officiel du service, juste pour lire les bêtises que ceux d'hier ont pu y laisser. Est ce que cela signifie que nous ne sommes pas sérieux ? Le cahier ne nous empêche pas de travailler et d'assumer nos responsabilités. Au contraire, il nous y aide en nous intégrant formidablement dans une équipe soudée, la nôtre, et en tissant entre nous des liens humains qui ne peuvent que renforcer notre mission commune, celle pour qui nous sommes réunis et rétribués, à savoir prendre soin de nos patients. Nos médecins y jettent régulièrement un oeil amusé, voire franchement hilare, et la hiérarchie - on suppose - trouve en ce media où la parole est libre une mine d'informations que des dizaines d'heures de réunion ne pourraient mettre en lumière. Et qui n'existerait pas s'il nous était imposé ou proposé par nos cadres: que ça vienne de NOUS était en effet un postulat essentiel !

Dans ce cahier, nous ne sommes plus juste des soignants, mais AUSSI des être humains, et c'est bien là la nouveauté de l'outil en question: l'oxygène

qu'on peut y respirer nous rend plus forts, l'oxygène qu'on y insuffle rend les autres plus forts. Et tout le monde y gagne. Jusqu' à ceux que nous prenons en charge.

On dit qu'un profession gagne ses lettres de noblesse en publiant, en écrivant. On dit aussi que les paramédicaux devraient écrire plus. Nous sommes ici parvenus à trouver le terrain idéal et naturel pour le faire. Sur ce terrain, nous POSONS notre équipe dans la structure, et nous nous POSONS nous-mêmes individuellement dans l'équipe.

Une manière d'auto-management, finalement, qui ne nuit pas au management officiel bien au contraire, et amène un bonheur inattendu dans notre quotidien professionnel .

En espérant ne pas être les seuls à avoir eu l'initiative de créer un tel outil, en espérant qu'éventuellement l'idée pourrait être adoptée par d'autres, nous adressons à tous nos collègues d'ici et d'ailleurs nos sentiments les plus fraternels ! \ \ \

Mise en mots par ONLYO, le 1^{er} septembre 2008. Onlyo est déjà l'auteur d'un texte paru dans Rein échos n°2 en 2007, nommé BloodLineAirways IDE, il travaille à l'Andra rue de Londres à Paris (groupe B. Braun). Retrouver les centres B. Braun Avitum en 4^{ème} de couverture.

LE VOYAGE A VELO D'OLORON À SAINT-JACQUES DE COMPOSTELLE POUR LA PROMOTION DU DON D'ORGANES

Un petit retour sur le passé qui reste toujours présent pour tous les participants : greffés, médecins, rotariens et amis dévoués à la cause du don d'organes venant de tous horizons.

Le docteur Michel Normand néphrologue à la clinique Saint Martin de Pessac a été organisateur et le maître d'œuvre des voyages successifs à St Jacques pour la promotion du don d'organes.

Le 1^{er} voyage a eu lieu en 1997 et le second, du 2 au 13 juillet 2002. L'objectif de cet événement est de montrer que tous ensemble, greffés rénaux, médecins et amis peuvent en dix jours, rallier Oloron-Sainte-Marie à Saint-Jacques de Compostelle. Sur 50 participants, les deux tiers ont fait le chemin à vélo (dont tous les greffés), les autres marchaient chaque pendant 3 à 4 heures.

Le premier jour au départ de Gradignan, le Professeur Jean Saric (chef du service de chirurgie digestive et de transplantation hépatique à l'hôpital St André de Bordeaux) a fait une conférence sur les solutions que l'on peut proposer à la pénurie d'organes à savoir :

- les organes artificiels,
- les xénogreffes,
- les donneurs limites,
- la bipartition,
- et le donneur vivant.

Chaque participant se vit remettre la Crédencia (document à faire tamponner à chaque étape pour obtenir à l'arrivée, la Compostella) ainsi que l'itinéraire détaillé de chaque journée. Le transfert de Gradignan (Priuré de

Cayac) à Oloron Sainte-Marie a été effectué en bus et dès le lendemain matin les cyclistes ont enfourché leurs bicyclettes pour une étape de 120 kilomètres avec le franchissement des Pyrénées dont les 25 km d'ascension du col du Pourtalet culminant à 1794 mètres pour finir l'étape à Jaca.

Cette étape, tous les greffés l'ont faite et finie comme les suivantes.

En soirée visite de la cathédrale romane de Jaca avec le Professeur Jacques Lacoste (Professeur d'histoire de l'Art du Moyen-Age à l'université Bordeaux III).

Chaque fin d'après-midi après étape du jour le Professeur Jacques Lacoste a animé avec brio les visites des sites remarquables : cloîtres, cathédrales, églises et châteaux.

Jaca – Puente la Reina (120 km)

Avant l'arrivée : visite de Puente la Reina et soirée à Logrono avec la presse locale, le rotary club pour une information sur le don d'organes.

Logrono – Soria (97 km) Visite de San Juan del Duero

Burgo del Osma, où ils ont été rejoints par le président de l'association des Insuffisants Rénaux d'Aquitaine ainsi que d'autres greffés et amis.

Après deux jours de randonnées cyclistes, de soirées animées et de visites culturelles autour de Burgo del Osma en particulier à Berlanga (80 km) et à Uvero (76 km), le groupe a repris le chemin de Saint Jacques.

Soria – Santo Domingo de Silos (105 km)

Visite du cloître de Santo Domingo de Silos, nuit et soirée à Burgos.

Burgos – Carrion de Los Cordes (85 km)

Visite et nuit à Léon où les participants ont été accueillis avec une grande chaleur par le rotary club pour une

soirée et une communication sur le don d'organes.

Léon – PonferradaL (100 km)

Visite de Ponferrada

Ponferrada – Portomarin (85 km)

Visite de Portomarin et nuit à Saint Jacques de Compostelle.

Le 11 juillet au soir, tous les participants sont arrivés fatigués et ravis à Saint-Jacques, sans incident grâce à une assistance technique et médicale au cours de chaque étape.

Le lendemain visite de Saint Jacques de Compostelle et de sa cathédrale et accueil par le rotary local ainsi que par le médecin coordinateur des greffes pour la Galice, pour des échanges et informations sur le don d'organes. Le retour de Saint-Jacques à Gradignan a été effectué en bus.

Tout au long du chemin, des communications, des reportages et des informations sur le don d'organes ont été diffusés, avec l'aide de la télévision (France 3, M6) et des journaux locaux Français et Espagnols.\\



L'un des objectifs était de faire prendre conscience à travers la promotion du don d'organes que la greffe est une nouvelle vie, une nouvelle liberté et permet à des greffés qui pratiquent régulièrement une activité physique, de participer à de grands périples cyclistes.

La Fondation pour la Recherche Médicale



Créée il y a 61 ans par des médecins et des chercheurs, la Fondation pour la Recherche Médicale (FRM) est aujourd'hui un acteur incontournable de la recherche médicale française. Elle soutient chaque année 700 équipes de recherche, partout en France. Frédérique Camize, directrice du développement et membre du Directoire de la FRM répond à nos questions pour mieux vous faire connaître cette Fondation unique en son genre et vous présenter son action dans le domaine de la recherche sur les maladies du rein.

INTERVIEW DE M^{ME} FRÉDÉRIQUE CAMIZE DIRECTRICE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA COMMUNICATION

Pouvez-vous nous rappeler la genèse de la FRM ?

La Fondation est née en 1947 sur l'initiative de chercheurs et médecins de grande renommée, tels que Jean Bernard ou Jean Hamberger. La recherche française avait été mise à mal par la guerre et il s'agissait d'accélérer sa reconstruction en faisant appel à la générosité des entreprises et du public. L'idée qui guidait à l'époque les fondateurs de la FRM était d'agir dans tous les domaines de la recherche médicale. C'est encore aujourd'hui le principe de la Fondation : elle ne met de côté aucune maladie et n'oublie aucun malade. Elle est d'ailleurs la seule organisation à but non lucratif à combattre toutes les maladies.

Concrètement comment procède-t-elle pour soutenir toute la recherche ?

Son action est guidée par les besoins exprimés par les chercheurs eux-mêmes, ainsi que par la notion d'Excellence. La Fondation lance chaque année un appel à projets vers tous les chercheurs à la suite duquel elle reçoit près de 2 000 demandes de soutien financier. Commence alors un travail minutieux d'examen et de sélection des projets. Il est mené par son Conseil scientifique composé de



30 chercheurs issus de tous les domaines de recherches. Il ne retient que les meilleurs travaux, ceux dont il considère qu'ils sont porteurs de progrès médicaux majeurs.

Par ailleurs, grâce à sa vision panoramique de la recherche, la Fondation sait identifier les besoins les plus importants, détecter les secteurs les plus délaissés, ceux qui nécessitent un apport financier spécifique. La Fondation met alors en place des programmations spécifiques pour répondre aux urgences de la recherche

Et quand est-il de son action dans le domaine des maladies rénales

Les chiffres sont le meilleur moyen d'illustrer son action dans ce domaine. En 2006 et 2007 elle a soutenu 33 projets pour un montant global de 2,2 millions d'euros. Les travaux soutenus concernent aussi bien les pathologies inflamma-

toires (dont la maladie de Berger), les maladies rares (Syndrome de Frasier, polykystose rénale...), les pathologies rénales secondaires à une hypertension ou un diabète, les tumeurs de rein de l'enfant ou de l'adulte, ainsi que les problèmes associés à la transplantation rénale.

On connaît l'attachement des donateurs à la bonne utilisation des dons. Quelle garantie la Fondation apporte-t-elle à ses donateurs ?

La Fondation pour la Recherche Médicale obéit à des procédures et à contrôles qui permettent à ses donateurs d'être parfaitement informés de l'utilisation de leurs dons. Ses comptes sont bien sûr certifiés par un commissaire aux comptes ; elle envoie chaque année un bilan de son action et ses comptes à l'ensemble de ses donateurs ; son rapport d'activité est mis à disposition de tous, sur son site Internet «www.frm.org». Et surtout elle a mis en place une traçabilité de l'orientation des dons: tout donateur ayant demandé une orientation de sa générosité vers un domaine de recherche spécifique peut savoir très exactement à quelle équipe de recherche a été attribué son don. La volonté de la Fondation est d'être totalement transparente.



**Pour soutenir la Fondation pour la Recherche Médicale, adressez vos dons à Fondation pour la Recherche Médicale –
54 rue de Varenne 75007 Paris ou sur www.frm.org en précisant que vous désirez que votre don soit consacré aux maladies rénales**

OUVERTURE D'UNE UNITÉ D'AUTO DIALYSE À MONTIGNAC



le Périgord Noir à la portée des dialysés

*Depuis juin 2008,
les insuffisants rénaux
peuvent désormais allier
en toute sérénité soins et
tourisme en Périgord Noir.*

Le Groupe Francheville,

réputé pour la qualité des soins dispensés à la clinique Francheville de Périgueux, vient d'ouvrir sa 4^{ème} unité d'auto dialyse en Dordogne, après Périgueux, Ribérac et Bergerac. Cette nouvelle ouverture s'inscrit dans la logique du groupe :

« La Dordogne est un département très vaste. Que ce soit en radiologie ou en dialyse, cela fait déjà plusieurs années que nous nous efforçons d'aller à la rencontre des patients afin de leur procurer des soins de qualité au plus près de leur domicile », nous explique Pierre Malterre, directeur général de la Clinique Francheville. En créant cette unité d'autodialyse, le service de néphrologie de Francheville avait cependant un deuxième objectif : faciliter la découverte de la Dordogne aux insuffisants rénaux dialysés. Idéalement situé dans la charmante ville de Montignac, le centre permet aux dialysés de toute l'Europe de rayonner dans la région pour découvrir son patrimoine : les grottes de Lascaux II, Le Thot, le musée Eugène Leroy et bien d'autres sites touristiques de renom à visiter aux alentours (Sarlat, Les Eyzies, etc).

Equipée de matériel Fresenius de dernière génération, l'unité d'auto dialyse de Montignac offre toutes les garanties de qualité et de sécurité pour assurer la prise en charge des soins et accéder au meilleur traitement de la maladie. Les patients sont visités tous les quinze jours par les médecins néphrologues qualifiés de la Clinique Francheville, qui soignent plus de 135 patients dans le centre lourd de Périgueux, à seule-

ment 40 minutes de Montignac. L'équipe d'infirmières spécialisées assure la prise en charge globale des patients et s'attache à rassurer les dialysés parfois inquiets à l'idée de changer temporairement de centre. « Tout ici est fait pour aider les patients à déconnecter », nous explique une infirmière. Il est vrai qu'avec ses baies vitrées donnant directement sur la campagne alentour et sa luminosité naturelle, le centre invite à la détente... La qualité et la facilité d'utilisation du matériel, la proximité des sites touristiques, et la disponibilité des places en dialyse sont autant de facteurs appréciés par les patients... et leurs familles ! Un centre moderne intégré dans son environnement Espace spacieux, une infirmière pour 6 patients.

Pour les patients qui souhaitent bénéficier de vacances clés-en main, ils peuvent désormais s'adresser à

INFORMATIONS PRATIQUES

12 postes d'auto dialyse pour vacanciers et patients chroniques

Equipement et poste :

Matériel Fresenius (Osmoseur et Générateur 5008)

Poste de télévision individuel

Fauteuil électrique

Infirmières DE formées à la dialyse (auto dialyse simple ou assistée)

Visite des médecins néphrologues tous les 15 jours

Médecins néphrologues :

Dr Hecht, Dr Quéron, et Dr Sporer

Surveillants responsables :

M. Spitaels, Mme Dumersat

Lun-Mer-Ven : 7h30-18h

La Terrière Ouest 24280 MONTIGNAC

Tél. : 05 53 50 84 40

l'agence Gérard Pons Voyages (tel : 05 56 42 49 01 ou e-mail : dialyse@gerard-pons-voyages.fr) qui se chargera de l'organisation du séjour (hébergement, visites et transport) et transmettra également la réservation de dialyse au centre si la personne le souhaite. Bon à savoir également pour ceux qui désirent approfondir leur découverte de la Dordogne, les autres unités d'auto dialyse, l'Unité de Dialyse Médicalisée de Périgueux ainsi que le centre lourd de la Clinique Francheville peuvent également recevoir des vacanciers.

Pour toute réservation à Montignac ou Périgueux, contactez le :
05 53 02 12 28 (surveillants)
05 53 02 12 73 (secrétariat)



Gérard Pons voyages

Que vous soyez dialysé,

transplanté, seul, en famille ou avec des amis, Gérard Pons Voyages vous propose d'organiser vos vacances (Gérard Pons Voyages est une agence de voyages traditionnelle disposant d'un service dédié aux personnes dialysées).

Outre le programme « Dialyses & Vacances » accessible toute l'année et prévu en fonction de vos envies et de vos impératifs, vous pouvez d'ores et déjà réserver votre croisière pour l'année prochaine.

Notre équipe est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et pour vous conseiller sur les différents moyens de rejoindre le port d'embarquement et sur les assurances de voyages spécialement conçues pour les personnes dialysées et transplantées.

Nous nous devons de préciser que notre intervention n'est pas médicale et qu'elle ne comprend aucune appréciation de cette nature. Nous vous suggérons, en général, des centres de dialyse pour patients vacanciers mais le choix du centre receveur n'appartient qu'à vous.

Nous pouvons agir en tant qu'intermédiaire entre vous et le centre de dialyse pour vous faciliter les démarches, ou bien vous communiquer les coordonnées du centre si toutefois vous préférez un contact direct.

Pour nous contacter :

Gérard Pons Voyages
55, avenue de la Libération
33110 Le Bouscat (Bordeaux)
Tel : 05 56 42 02 92
Email : dialyse@gerard-pons-voyages.fr
www.gerard-pons-voyages.fr

PROGRAMME « DIALYSES & CROISIÈRES 2009 »

« Trésors de l'histoire » à bord du Costa Concordia.

Croisière de 11 jours à destination de la Grèce, la Turquie, Chypre, l'Égypte et l'Italie.

Départs les 17, 28 mars et 08 avril.

« La Dolce Vita » à bord du Costa Concordia.

Croisière de 7 jours à destination de l'Italie, la Tunisie, les Baléares et l'Espagne.

Départs le 19, 25 avril et 02 mai.

« Nord Extrême » à bord du Costa Luminosa.

Croisière de 14 jours à destination de la Norvège et du Spitzberg. Départ le 10 juillet.

« Soleil de Minuit » à bord du Costa Luminosa.

Croisière de 12 jours à destination de la Norvège et du Cap Nord. Départs les 24 juillet et 17 août.

« Capitales nordiques » à bord du Costa Luminosa.

Croisière de 11 ou 12 jours à destination de la Norvège, le Danemark, la Suède, la Finlande, la Russie et l'Estonie. Départs les 05 et 29 août.

« Route des marchands » à bord du Costa Luminosa.

Croisière de 9 jours à destination de la Grande-Bretagne, l'Espagne, le Portugal et les Baléares. Départ le 09 septembre.

« Îles et terres du soleil » à bord du Costa Luminosa.

Croisière de 11 jours à destination de l'Espagne, le Maroc, les Canaries et Madère.

Départs les 18, 29 septembre et 10 octobre.

ici commencent tous les voyages

Dialyses & Croisières

Certains navires de Costa Croisières sont équipés d'un centre de dialyse, installé par HDI et dont les équipes médicales sont composées d'un médecin néphrologue et d'infirmières spécialisées.

N'hésitez pas à nous contacter : www.dialyses-et-croisieres.tm.fr

Informations : Dialyses & Croisières
M. / Mme / Mlle : _____
Adresse : _____
Télé : _____ e-mail : _____

HOLIDAY DIALYSIS INTERNATIONAL

Costa

PRÉSENCE

Dialyses & Croisières
55, avenue de la Libération - 33110 Le Bouscat - Bordeaux
Tél : + 33 (0)5 56 42 02 92

UNE PROMENADE DE SANTÉ

l'histoire de notre greffe



Olga Baudelot bonjour, vous venez de publier avec Christian Baudelot votre mari, un ouvrage "Une promenade de santé" chez Stock (année, prix...). Cet ouvrage témoignage sur le don d'organe est déjà fort apprécié pour la pertinence de sa réflexion sur le parcours du donneur vivant.

Nous aimerions connaître les raisons qui vous ont conduites à sortir de votre réserve universitaire pour aborder ce feed back sur la transplantation rénale. Pourriez-vous nous décrire votre parcours préalable ?

Nous avons eu envie, Christian et moi, d'écrire ce livre sur notre aventure de transplantation pour nous aider à mieux la "digérer" en mettant des mots sur ce que nous avons vécu et surtout à la mettre sur la place publique. Faire connaître l'insuffisance rénale, maladie qui fait peu parler d'elle et faire connaître la greffe avec donneur vivant, solution thérapeutique relativement peu utilisée en France, qui nous semble pouvoir être une aide pour bien des personnes.

Je suis atteinte de polykystose hépatorenale, comme l'a été ma mère et ma grand-mère avant moi. La polykystose

pour moi, c'est une vieille connaissance, car j'ai été témoin de ce qu'a vécu ma mère en tant que malade et en tant que dialysée.

Pendant très longtemps, jusqu'à mes 45 ans, j'ai cru que j'en étais préservée. Ma mère m'avait fait faire une radio des reins à l'adolescence et ils ne montraient aucune anomalie. La maladie concernait ma famille, ma mère essentiellement, mais pas moi. Enfant, je savais qu'elle avait eu un problème d'hypertension à la naissance de mon petit frère (pré-éclampsie ?), qu'elle allait régulièrement à l'hôpital Saint Joseph, on parlait de taux d'urée...

Pour ma grand-mère déjà, morte à 64 ans, on évoquait le rein. Elle avait fini ses jours à l'hôpital Broussais à Paris, dans le service de cardiologie, sans doute le cœur abîmé par l'excès de potassium que le rein ne filtrait plus. Cependant, pratiquement jusqu'à sa dialyse, j'ai peu conscience de la maladie de ma mère. Elle n'en laisse rien paraître, en tous cas pas à nous ses enfants, elle est dure au mal et ne se plaint jamais. Ce n'est que quand elle aura atteint le stade terminal et qu'elle commencera à dialyser que je réaliserai de près ce qu'il en est.

Jusque-là, je vis ma vie : études, amour, travail intéressant, enfants, famille, voyages, la belle vie en somme !

Je suis loin de la maladie de ma mère, je compatis certes quand elle me parle de l'augmentation de son taux d'urée mais ma vie est ailleurs et je suis sûre d'être épargnée.

Puis se précise la menace, pour sauver sa vie et éviter la sort de sa mère et de sa grand-mère, ma mère devra subir des séances de "rein artificiel" qui va nettoyer son sang à la place de ses reins défaillants.

Ma mère ne se plaint toujours pas, il lui reste quelques mois avant le début de la dialyse mais je sens l'inquiétude de mon père qui commence à évaluer quelles seront pour lui les conséquences de ce traitement qui sauve la vie de ma mère. Des voyages réduits à deux jours, de quoi aller jusqu'aux châteaux de la Loire... Les médecins leur laissent prendre leurs vacances. Ce sera, pour eux, le dernier voyage. Ils iront en Russie faire une croisière sur la Volga, revoir quelques cousins retrouvés récemment.

A partir de là, la polykystose et son traitement commenceront à prendre quelque consistance pour moi. Ce sera d'ailleurs plus la dialyse que la maladie elle-même qui prendront corps à travers essentiellement deux canaux : les différents incidents qui émaillent ces 18 années de dialyse et les différents personnages qui accompagnent cette tranche de vie.

D'abord, la fistule... Quelques mois après l'intervention, ma mère me dit "viens sentir la fistule qui bat". J'effleure l'espèce de grosse varice que maman a maintenant sur l'avant-bras et je sens un bourdonnement, une vibration qui m'évoque un courant électrique et me fait frémir, me rétracter. Je sais pourtant que cette fistule est la voie qui permet le sauvetage de ma mère mais c'est aussi

l'expression matérielle de son assujettissement à la machine, une preuve de sa maladie. Cette fistule signale la maladie par sa laideur : la varice est grosse, pleine de cicatrices de piqûres, de colorations bizarres de la peau, ma mère très vite se met à porter des chemisiers à manches longues pour la cacher.

Elle apprend, et moi par ricochet, les précautions à prendre : ne pas se faire écraser la fistule (pas de garrots, pas de prise de tension de ce côté, ne pas porter de charges lourdes au bout de ce bras). J'apprends aussi, par certains de ses récits, la douleur de l'introduction des aiguilles "de gros pieux, dit-elle, certaines infirmières sont plus douces et piquent mieux que d'autres...", "aujourd'hui, elle m'a charcutée ... elle a eu la main lourde..." Nous sommes dans les débuts de la dialyse, on ne met pas encore de crème anesthésiante pour atténuer la douleur. Elle mentionne aussi ses chutes de tension, quand il faut vite surélever les pieds, les vomissements ...

La fistule peut aussi jouer de mauvais tours, comme le fait de se remettre à saigner pendant le sommeil de ma mère, sans que mon père, une fois réveillé et paniqué, n'ait le réflexe de comprimer l'abord. Ce fut alors les pompiers, les urgences à l'hôpital, la transfusion ...

Une autre fois, ma mère contracte une septicémie à la clinique où elle est dialysée, là encore, elle s'en tire ...

Surtout, je remarque son vieillissement rapide et prématuré, l'état de fatigue où elle se trouve en sortant des séances de dialyse, le rétrécissement du périmètre de sa vie, elle qui était si active et énergique !

Elle nous fait connaître les nouvelles figures de sa vie de dialysée. Les médecins, le Dr Legrain, le Dr Rottembourg qu'elle apprécie beaucoup, puis la doctoresse polonaise, Anna Deschamps, de la clinique où elle continue ses dialyses et Melle de Blignières,

la surveillante qui arrange tous les problèmes administratifs.

Pour moi tout va bien ... jusqu'au jour où, par jeu, je me fais prendre la tension par un copain, 16/10, je n'en avais jamais eu jusqu'alors. Mon amie généraliste m'envoie consulter un néphrologue... et c'est la douche froide. Cet homme m'annonce brutalement que vu mes antécédents, j'ai sûrement une polykystose et que la polykystose c'est pratiquement toujours une fin en dialyse. Il ne me dit pas grand-chose d'autre, si ce n'est que la dialyse n'est pas pour tout de suite - mon taux de créatinine est encore normal- et qu'il faut stabiliser la tension.

Le spectre de la fistule, des séances d'épuration deviennent très présents. Je suis effondrée et tellement catastrophée du sombre futur que je vais imposer à mon compagnon que je n'arrive pas à lui en parler pendant presque un an. Puis nous nous habituons, je suis suivie par un spécialiste de médecine interne et je mettrai encore douze ans à atteindre le stade terminal. J'évoque une greffe mais je suis sûre d'être trop âgée. Dans les derniers mois, je suis prise en charge par le service de Néphrologie de l'hôpital Necker. A la première visite avec le néphrologue, j'apprends que la greffe est possible et qu'il existe même une possibilité de greffe avec donneur vivant.

D'un coup le futur prend un autre visage, Christian s'engage avec fougue dans le parcours du donneur. Nous sommes en train, tous les deux d'infléchir le cours de notre vie commune. Déjà, c'est le départ vers l'hôpital, vers une nouvelle vie !

Deux ans après notre aventure prend son rythme de croisière, nous avons pu la partager par notre livre, la vie va.

Rein échos : Merci de votre témoignage Olga, nous avons hâte de lire la suite (Une promenade de santé 18.50 € Stock, 236 p. ISBN : 9782234061354 <http://www.bibliosurf.com/Une-promenade-de-sante>)



ÉDITION ET GESTION PUBLICITAIRE

ASSOCIATION

La Ligue Rein et Santé
10 rue Montéra 75012 Paris
Tél. : 06 87 93 21 54
www.rein-echos.com

ADRESSE MAIL ANNONCEURS

lrsasso@orange.fr
Écrire à la revue auprès de l'association ou e-mail : rein.echos@orange.fr

ISSN : 1958-3184, dépôt légal 2006-2007

REVUE REIN ÉCHOS

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
Michel Raoult

COMITÉ DE RÉDACTION (bénévoles) :
Comité de rédaction : Ginette Rousseau (Vice-présidente LRS), Andrée Raoult, Eleonora Hurillon-Ajzenman.

RELECTURES SCIENTIFIQUES

Anne-Marie Girard, Catherine Michel, Gilles Hufnagel.

AUTEURS PARTICIPANTS

Ont collaboré gracieusement à ce numéro 5 des médecins néphrologues spécialisés en gériatrie. Nous leur dédions ce numéro qui sans eux n'aurait pu se réaliser. Ce dossier a été réalisé avec le concours de Mme Françoise Mignon.

CRÉDITS PHOTOS des participants et de Frésenius Medica Care.

DIRECTION ARTISTIQUE ET RÉALISATION

Laurent de Sars
38, rue du Plat 69002 Lyon
06 73 68 06 32 - LDESARS@wanadoo.fr
www.laurentdesars.com

IMPRIMEUR ET ROUTEUR

Imprimerie Chirat,
42540 Saint-Just-la-Pendue.

REIN ÉCHOS DEMANDE INDULGENCE POUR LES ARTICLES CONTENUS DANS CE NUMÉRO SUSCEPTIBLES D'ERRATUM À NOUS ADRESSER.

ONT PERMIS LA GRATUITÉ DE CETTE REVUE, NOS SPONSORS : Amgen, B. Braun Avitum, Genzyme, Frésenius Médical Care, Gérard Pons voyages, Groupe Francheville.

The way of Caring "Prendre soin de Vous"



Notre premier engagement : l'amélioration permanente de la qualité des soins

Dans nos centres de dialyse NephroCare, les équipes médicales et notre personnel se sont engagés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, visant à améliorer l'espérance et la qualité de vie de nos patients.

"Prendre soin de Vous" est notre devise et nous la mettons en application tous les jours en vous offrant des soins individualisés de qualité dans nos 32 unités de dialyses.

Notre organisation et nos équipements répondent à trois grandes priorités :

- le souci d'une évolution technologique permanente,
- la recherche du plus haut niveau de sécurité et de qualité des soins,
- le concours de médecins-néphrologues et la présence d'un personnel soignant expérimenté en dialyse.

www.nephrocare.com

• Ile de France

Contact : 01 49 84 77 90

• Languedoc Méditerranée

Contact : 04 67 10 15 00

• Nord-Pas de Calais

Contact : 03 21 95 11 44

• Polyclinique de Lagny

Contact : 01 64 12 64 12

• Rhône-Alpes

Contact : 04 72 32 31 30

• Occitanie

Contact : 05 34 46 36 15

NephroCare

Freemius Medical Care's Way of Caring

B. Braun Avitum

La qualité et la sécurité des soins en dialyse



Vacances en France Faites confiance au groupe B. Braun Avitum

Antibes (06)

Centre d'hémodialyse de la Riviera
Tél. : 04 93 95 72 97

Blois (41)

CRAD
Tél. : 02 54 90 25 00

Brest (29)

Centre de néphrologie - dialyse d'Armorique
Tél. : 02 98 44 91 32

Sallanches (74)

Centre de Néphrologie-Hémodialyse du Mont Blanc
Tél. : 04 50 53 22 90

Châteauroux (36)

Centre de néphrologie
Tél. : 02 54 22 46 26

Manosque, Sisteron et Digne-les-Bains (04)

Centre d'hémodialyse des Alpes
Tél. : 04 92 20 44 50

Montargis (46)

Centre de néphrologie
Tél. : 02 38 95 72 20

Paris (75)

Unité d'autohémodialyse René Minard
Tél. : 01 45 20 52 55

Villefranche-sur-Saône et Beaujeu (69)

Centre de dialyse Atlas
Tél. : 04 78 68 25 15



B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Avitum
104 Avenue de Maréchal Latt
67120 Soussons (Strasbourg)
France
Tél. : 03 81 30 25 00
Tél. : 01 41 30 78 80
www.braun-avitum.fr
b.braun@b-braun.fr