



Amel LAOUITI

Technicien Supérieur Principal de la Santé,

Département de Médecine Communautaire,

Faculté de Médecine

Néji GHAZOUANI

Infirmier Major de la Santé

M.A. FRIH, M.L. SKHIRI, N. Ben DHIA,

Service d'Hémodialyse

CHU Fattouma Bourguiba

MONASTIR – TUNISIE

L'HÉMODIALYSE CHEZ LES SUJETS ÂGÉS

Les personnes âgées constituent désormais un groupe important dans les centres de dialyse.

La proportion des patients de plus de 60 ans en insuffisance rénale chronique est de plus en plus croissant, et avec l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients en IRC, en particulier la néphro-protection, le nombre des sujets âgés incidents en hémodialyse a augmenté considérablement.

La limite d'âge au début de l'épuration extra rénale était fixée à 50 ans, puis 60 à 65 ans. Au début des années quatre-vingt, la prise en charge des patients âgés plus que 75 ans a été discutée puis admise.

La dialyse chez les sujets âgés reste un véritable défi qui a nécessité plusieurs débats éthiques devant la complexité d'un traitement offert à une population en continu vieillissement, et socio-économique, du fait du coût élevé des séances devant l'augmentation des hémodialisés âgés.

Objectifs

Dans ce cadre, les objectifs de notre travail étaient :

L'évaluation des paramètres cliniques et biologiques à la mise en hémodialyse, l'intérêt du suivi néphrologique des patients âgés de 60 ans et plus, et la détermination des facteurs prédictifs de mortalité précoce et tardive.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur un ensemble de 70 patients âgés de 60 ans et plus, mis en épuration extra rénale entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014.

Cette étude était faite sur les dossiers de ces patients hospitalisés au service de néphrologie du centre hospitalo-universitaire de Monastir, et qui ont démarré leur traitement de suppléance.

Les critères d'inclusion de ces patients étaient en premier lieu l'âge qui doit

être supérieur à 60 ans, en deuxième lieu la date de démarrage de la dialyse réalisée dans notre service entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014 ; et enfin tous les malades qui ont une insuffisance rénale chronique confirmée.

Le critère d'exclusion essentiel était l'insuffisance rénale aiguë.

Résultats

D'après nos résultats, on note une légère prédominance féminine estimée à 54,3% avec un sexe ratio de 0,84.

L'âge moyen des patients à la mise en dialyse est de 67,4 ans \pm 4 années, avec des extrêmes allant de 60 à 84 ans. La répartition selon les tranches d'âge révèle que 48,6% d'entre eux ont un âge compris entre 65 et 70 ans.

La répartition par classe d'âge et par sexe est la même pour toutes les tranches d'âge, sauf pour les classes d'âge allant de 70 à 75 ans et de 75 à 80 ans, où l'on constate plus d'hommes que de femmes.

L'hypertension artérielle représente l'antécédent le plus fréquent : 65 patients (92,8%) sont hypertendus.

La cardiopathie : 11 patients (15,7%) et le diabète : 10 patients (14,2%) constituent les pathologies les plus fréquentes chez nos malades avant la mise en dialyse.

Les néphrologies vasculaires et les néphrologies glomérulaires représentent environ 50% des étiologies de l'insuffisance rénale chronique.

La néphrologie vasculaire constitue la première étiologie avec 25,7% (18 malades), la néphrologie glomérulaire étant la deuxième étiologie avec 18,5% (13 malades).

La néphrologie initiale reste indéterminée dans 20% des cas (14 patients), surtout lorsque la découverte de l'insuffisance rénale s'est faite à un stade très avancé.

Dans 34,3% (24 patients), le suivi né-

phrologique était précoce, il s'agit des patients vus en consultation 6 mois avant leur mise en dialyse.

Pour 24,3% (17 malades) la prise en charge était tardive soit 1 à 6 mois avant le début de l'épuration extra-rénale.

22 de nos patients (31,4%) ont été pris en charge très tardivement en moins d'un mois.

En l'absence de fistule artério veineuse, 60% des patients ont débuté leur traitement de suppléance par l'hémodialyse avec une voie veineuse centrale cathéter jugulaire (13 patients soit 18,5%) ou cathéter fémoral (29 patients soit 41,5%). Seulement 13 malades (18,6%) ont bénéficié de la réalisation d'une fistule artério veineuse avant la mise en dialyse.

L'évaluation de l'état nutritionnel n'était possible que pour 51 de nos patients, en se basant sur la détermination des valeurs sériques des protides et de l'albumine.

Les résultats avaient montré que 18 patients présentaient une hypo-protidémie, dont huit d'entre eux avaient une hypo-albuminémie associée.

L'albuminémie ainsi que la cholestérolémie sont plus basses chez les patients dialysés en urgence ; c'est le reflet de la dénutrition des patients âgés en insuffisance rénale chronique terminale.

La tranche d'âge la plus concernée par le décès précoce est comprise entre 65 et 70 ans, idem pour le décès tardif (8 décès). Ainsi l'âge n'est pas un facteur prédictif dans notre série.

La présence de plusieurs comorbidités et plus précisément les pathologies cardio-vasculaires affectent considérablement la survie des patients au cours de trois premiers mois de dialyse.

Discussion

Le nombre d'individus au-delà de 65 ans avait nettement augmenté, coïncidant avec l'âge de la retraite, il était devenu un véritable problème socio-économique. La proportion des sujets âgés en dialyse ne cesse d'augmenter, et le recours à l'hémodialyse accroît de façon considérable au fil des années pouvant s'expliquer ainsi par l'amélioration de la qualité de prise en charge cardio-vasculaire, nutritionnelle ainsi que sociale.

Le coût élevé du traitement par la dialyse et l'augmentation considérable des patients âgés, due au continuel vieillissement de la population avaient poussé auparavant les autorités sanitaires à considérer l'âge comme critère de sélection pour l'entrée en dialyse. Mais actuellement les néphrologues ne considèrent plus l'âge comme une barrière au traitement de suppléance.

La dialyse des patients âgés a fait ressurgir plusieurs problèmes d'ordre éthique. Les règles d'éthique médicale stipulent que l'accès aux soins est un droit pour tous les êtres vivants. Il est vrai que la survie des personnes âgées est limitée, mais ne justifie pas en aucun cas la ségrégation et la privation de ces derniers de leur droit au traitement de suppléance.

Au cours de l'insuffisance rénale chronique terminale, on assiste à une détérioration considérable dans la qualité de vie de ces patients.

Chez le patient âgé insuffisant rénal, il faut couvrir les besoins nutritionnels propres à cette pathologie. La supplémentation protéino-énergétique est souvent limitée par l'inappétence qui existe dans cette population. Après une évaluation des besoins protéiques et énergétiques de ces insuffisants rénaux et dialysés, il faut mettre en route de façon précoce une supplémentation nutritionnelle efficace s'il existe un déficit. Les moyens pour cette supplémentation sont ceux habituellement utilisés en gériatrie en dehors des particularités spécifiques à la dialyse (nutrition parentérale per dialytique ou enrichissement du dialysat).

Malgré tous les efforts déployés pour améliorer les techniques de traitement de suppléance, la survie des patients âgés en dialyse reste inférieure à celle des personnes de même âge.

La dialyse doit permettre non seulement d'augmenter l'espérance de vie mais aussi de maintenir voire d'améliorer la qualité de vie et la survie de ces patients âgés.

Conclusion

L'augmentation inéluctable dans l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale, confère plus d'intérêt aux données épidémiologiques et au suivi de leur évolution. Dans les conditions socio-économiques actuelles, elles auraient pour principal but d'obtenir des critères objectifs indiscutables permettant la justification des coûts engagés pour le traitement des patients âgés en dialyse.

La survie prolongée de ces patients est possible, et le pronostic de l'IRC est bon dans la majorité des cas, par conséquent l'âge ne devrait plus être considéré tout seul comme critère discriminatif dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Ces patients âgés doivent bénéficier d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire pour prévenir les complications, les préparer à la dialyse et programmer le début de l'épuration extra-rénale.