



Guide pratique sur le **Traitement conservateur**

Pr Luc FRIMAT

Nancy

L Frimat Dualités d'intérêt

- **Activités de conseil, fonctions de gouvernance, rédaction de rapports**

Non

- **Essais cliniques, autres travaux, communications de promotion**

Non

- **Intérêts financiers (actions, obligations)**

Non

- **Liens avec des personnes ayant des intérêts financiers ou impliquées dans la gouvernance**

Non

- **Réception de dons sur une association dont je suis responsable**

Oui : ASTELLAS

- **Perception de fonds d'une association dont je suis responsable et qui a reçu un don**

Non

- **Détention d'un brevet, rédaction d'un ouvrage utilisé par l'industrie**

Non

Octogenarians Reaching End-Stage Renal Disease: Cohort Study of Decision-Making and Clinical Outcomes

DOMINIQUE JOLY,^{*†} DANY ANGLICHEAU,^{*} CORINNE ALBERTI,[‡]
ANH-THU NGUYEN,[†] MALIK TOUAM,^{*†} JEAN-PIERRE GRÜNFELD,^{*} and
PAUL JUNGERS[†]

^{}Nephrology Unit, Necker Hospital and Université René Descartes-Paris V, Paris, France; [†]INSERM U507, Necker Hospital, Paris, France; and [‡]Biostatistics, Robert Debré Hospital, Paris, France.*

Hommage au Pr Paul Jungers (1932-2022)

Le Pr Paul Jungers nous a quittés le 1er Avril dernier, à l'âge de 89 ans.



Originaire de Lorraine, issu d'une famille modeste, il disait avoir appris très jeune auprès des siens le culte du travail et de la dignité.



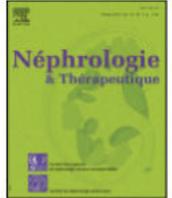


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations

Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 : guide pratique

Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide

Groupe de travail de la SFNDT¹

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 31 mars 2022
Accepté le 20 avril 2022

Mots clés :
Maladie rénale chronique
MRC stade V
Traitement conservateur

RÉSUMÉ

Dans la francophonie médicale, l'anglicisme « traitement conservateur » est entré dans l'usage en pratique clinique auprès des personnes atteintes de MRC au stade 5. La publication KDIGO de 2015 a placé cette « nouvelle » option au niveau de celle de la suppléance par dialyse ou transplantation. Cependant, le contenu concret reste hétérogène, influencé par des dimensions culturelles et éthiques, variant selon les filières de soins. C'est pourquoi, en 2021, la Société francophone de néphrologie, dialyse, transplantation (SFNDT) a constitué un groupe de travail pour investiguer toutes les dimensions du traitement conservateur. S'appuyant sur une sélection de publications les plus pertinentes, la synthèse des travaux est proposée sous forme de questions/réponses. Il ne s'agit pas de recommandations opposables.

© 2022 Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation. Publié par Elsevier Masson SAS.
Tous droits réservés.

Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care

Sara N. Davison¹, Adreia Levin², Alvin H. Moss³, Vivekanand Jha^{4,5}, Edwina A. Brown⁶, Frank Brennan⁷, Frits E.M. Rutagira⁸, Saraladevi Nacker⁹, Michael J. German¹⁰, Donal J. O'Donoghue¹¹, Rachael L. Morton^{12,13} and Gregorio T. Obrador¹⁴

4^{ème} option : traitement conservateur

Table 6 | Definition of comprehensive conservative care

'Comprehensive conservative care' is planned holistic patient-centered care for patients with G5 CKD that includes the following:

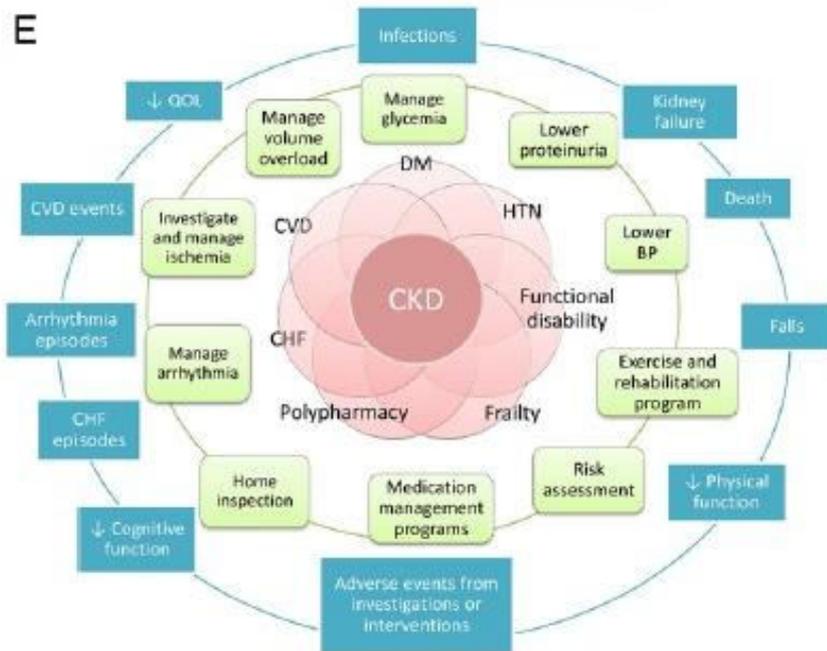
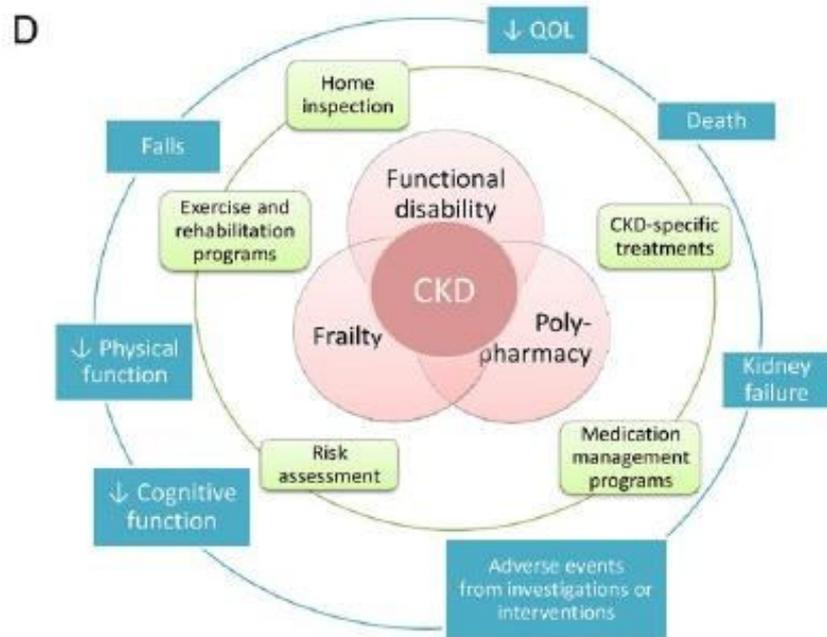
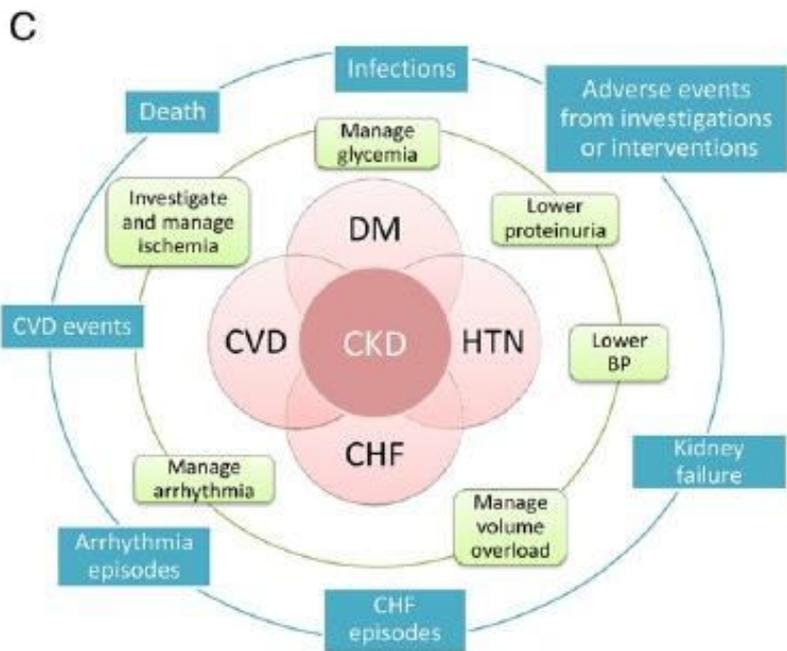
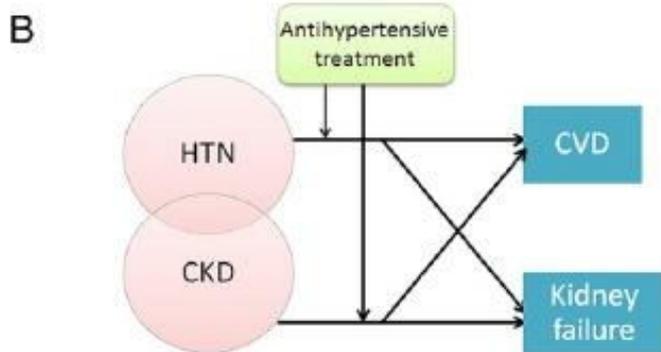
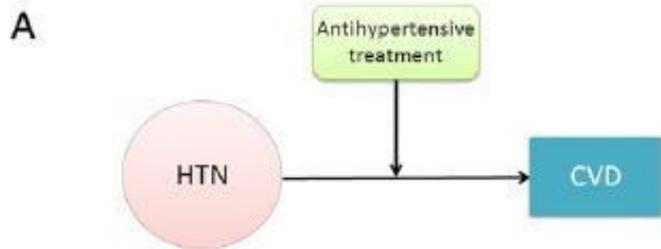
- Interventions to delay progression of kidney disease and minimize risk of adverse events or complications
- Shared decision making
- Active symptom management
- Detailed communication including advance care planning
- Psychological support
- Social and family support
- Cultural and spiritual domains of care

Comprehensive conservative care does not include dialysis.

Abbreviations: CKD, chronic kidney disease; G5, glomerular filtration rate category 5 CKD

- Prise en charge holistique, partagée dans les détails
- Dimension psychologique, sociale, culturelle, spirituelle

➤ Sauf la dialyse



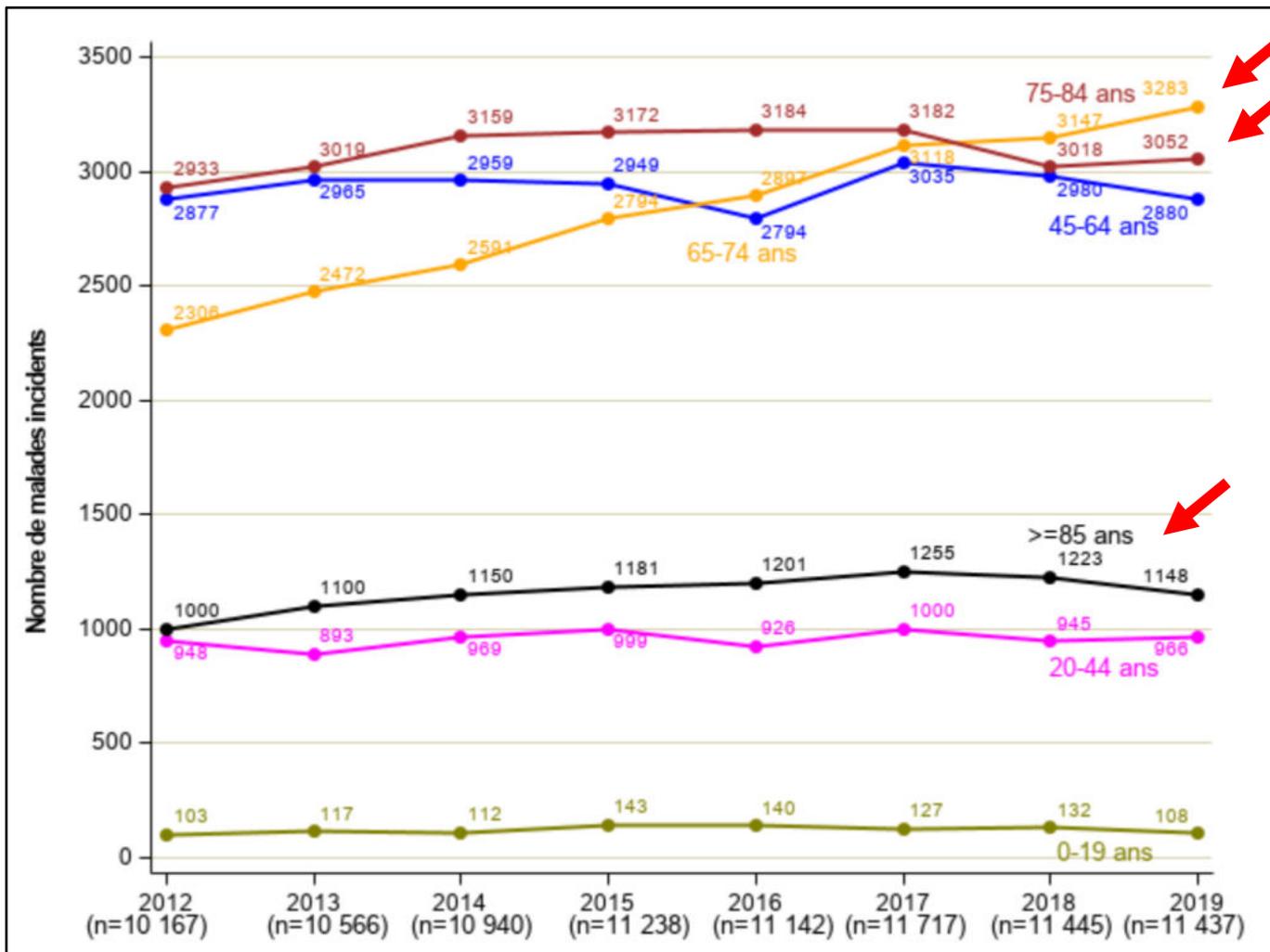
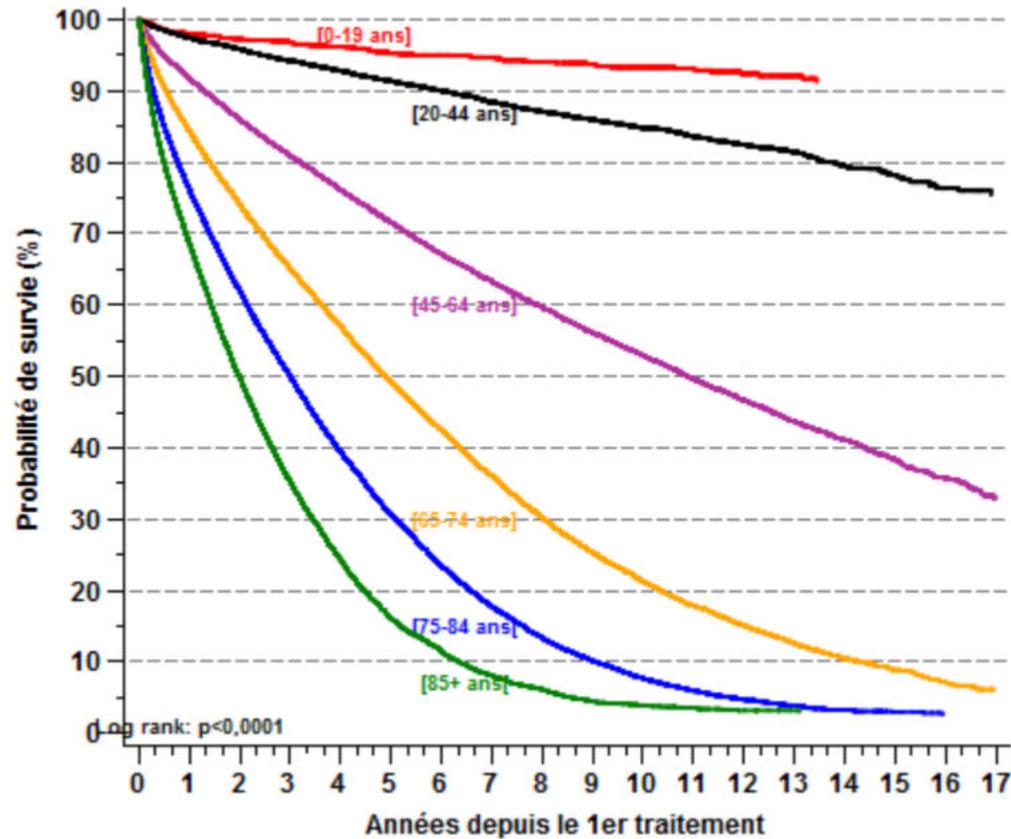


Tableau 2-12. Prévalence de l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse au 31/12/2019 par classe d'âge, pour l'ensemble des 27 régions (par million d'habitants)
 Prevalence of dialysis on December 31, 2019, by age group, (counts, percentages, crude and standardized rates per million population)

	n	%	Taux standardisé	Intervalle de confiance à 95% du taux standardisé
00-19	233	0,5	14	[12- 16]
20-44	3 802	7,5	189	[183- 195]
45-64	12 890	25,5	734	[721- 747]
65-74	14 009	27,7	1 907	[1 875- 1 938]
75+	19 567	38,7	3 104	[3 060- 3 147]



Survie des dialysés en France (2019)



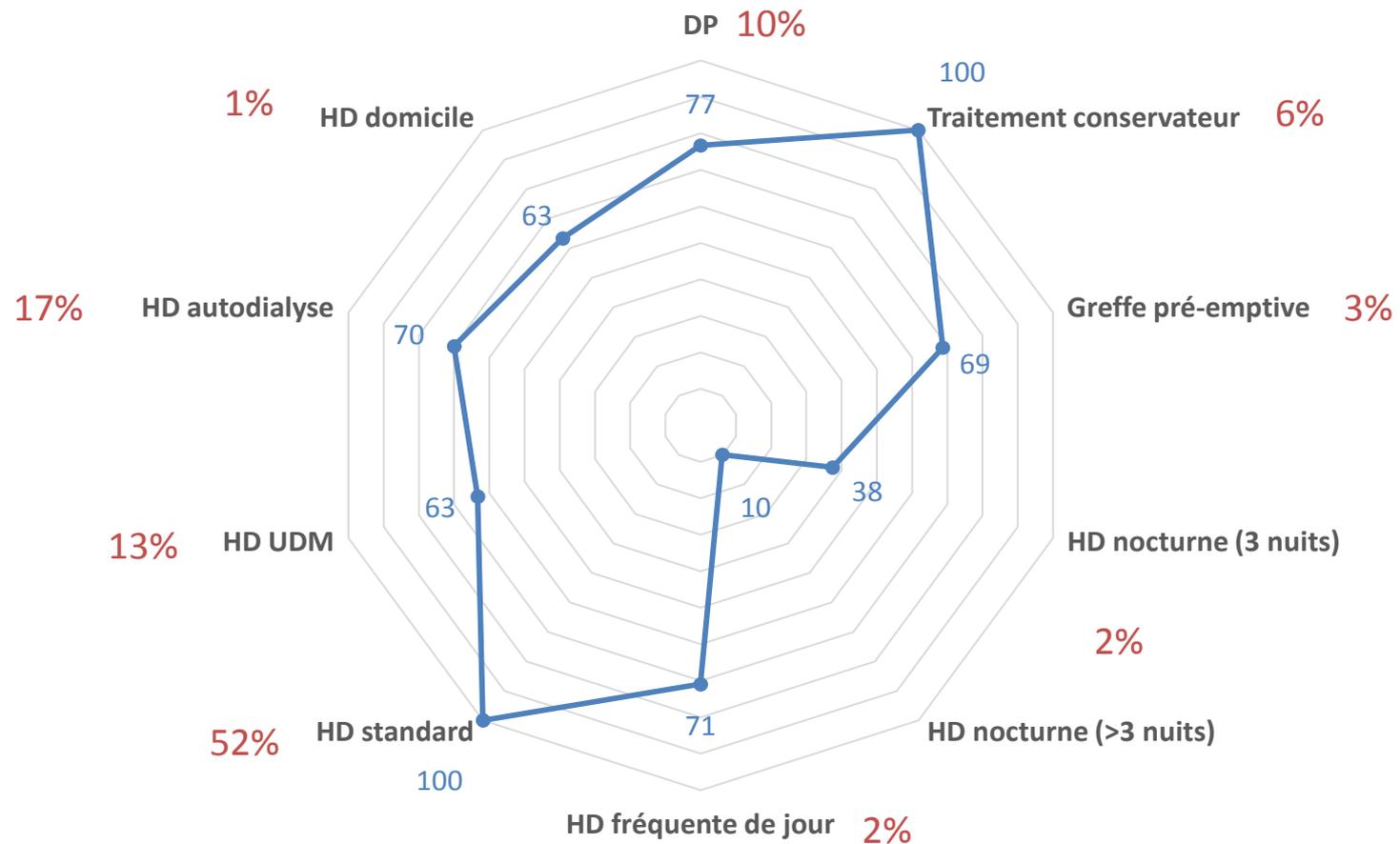
Age	effectifs	Probabilité de survie (IC 95%)				
		à 1 an	à 3 ans	à 5 ans	à 10 ans	à 15 ans
00-19	1828	98,0 [97,3-98,6]	96,8 [96,0-97,7]	95,3 [94,2-96,4]	93,3 [91,9-94,7]	91,3 [89,2-93,4]
20-44	13770	97,4 [97,2-97,7]	94,3 [93,8-94,7]	91,4 [90,9-91,9]	84,8 [84,0-85,6]	78,2 [76,8-79,6]
45-64	40559	91,8 [91,5-92,1]	81,0 [80,6-81,4]	71,6 [71,1-72,1]	52,9 [52,3-53,6]	38,4 [37,3-39,5]
65-74	37308	84,4 [84,0-84,8]	65,1 [64,6-65,7]	49,1 [48,5-49,7]	21,2 [20,6-21,9]	8,8 [8,0-9,6]
75-84	42817	76,2 [75,8-76,6]	50,1 [49,5-50,7]	30,7 [30,2-31,3]	7,7 [7,3-8,1]	3,0 [2,5-3,4]
Plus de 85	14221	68,6 [67,8-69,4]	35,3 [34,5-36,2]	16,1 [15,4-16,9]	3,9 [3,3-4,4]	3,0 [2,4-3,6]

Figure 5-2. Probabilité de survie des nouveaux patients 2002-2019 selon l'âge à l'initiation du traitement

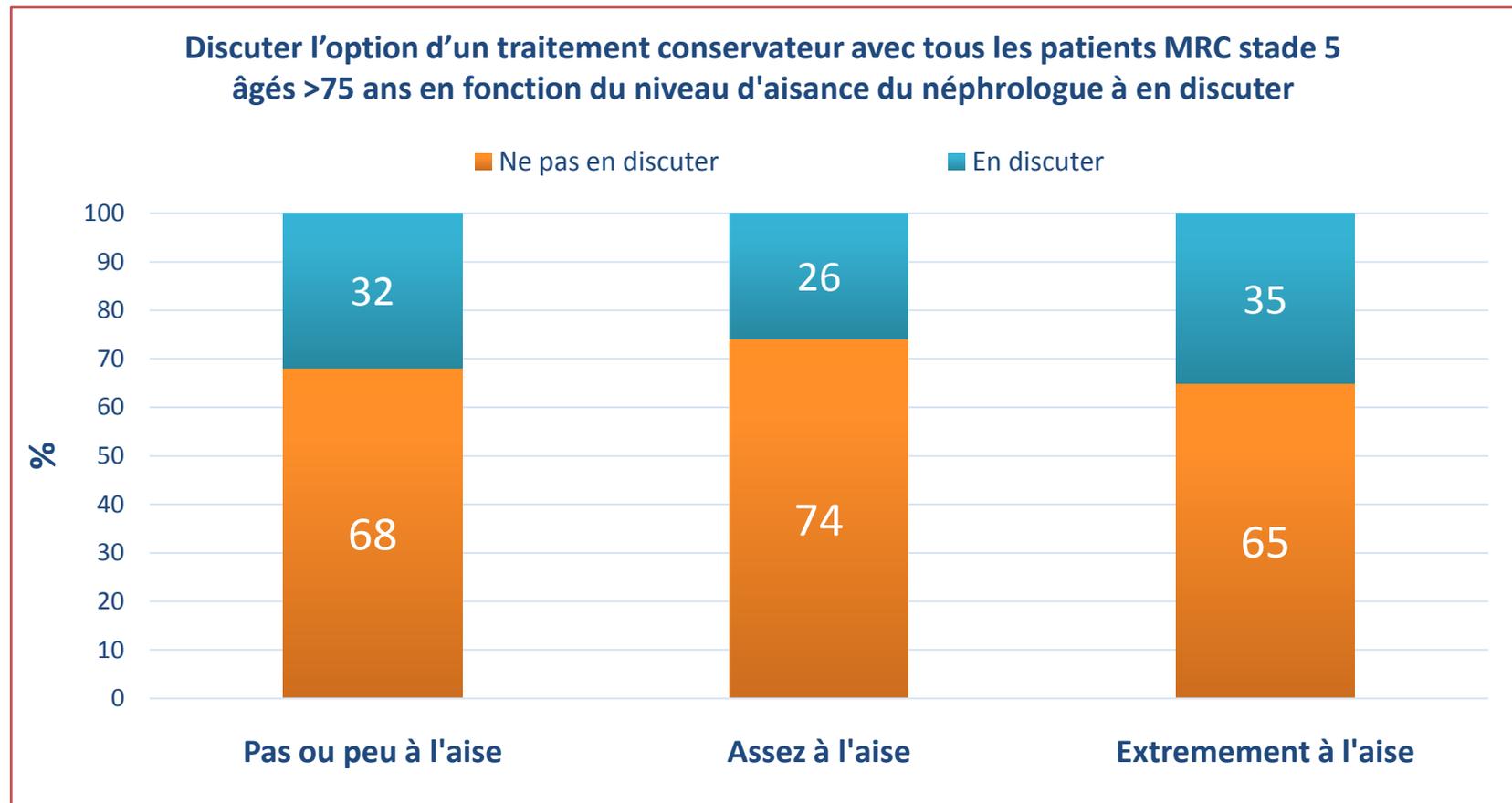
Survival rate in 2002-2019 incident patients, by age

NB : ATTENTION, ces probabilités de survie ne sont pas ajustées sur les comorbidités.

- Offres de soins proposées dans votre centres (%)
- Proportion de patients choisissant chaque option (%)



- 15% des néphrologues déclarent discuter de l'option du traitement conservateur avec **chaque** patient
- 30% déclarent en discuter avec tous les patients MRC **stade 5 âgés >75 ans**



Note: 8 néphrologues n'ont pas répondu

- 7% des patients > 75 ans en stade 5 déclarent avoir reçu une information sur « Traitement conservateur ».
- 2,4% choisiraient cette option.

	Stade 4 (n=1096)					Stade 5 (n=108)				
	Age < 75 (n=711)		Age >= 75 (n=385)		P-value	Age < 75 (n=66)		Age >= 75 (n=42)		P-value
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Option « Ne débiter aucun de ces traitements » discuté avec le médecin	35	4,9	18	4,7	1,0	0	0	3	7,1	0,056
Choisir l'option « Ne débiter aucun de ces traitements » si défaillance rénale	4	0,6	9	2,3	0,016	0	0	1	2,4	0,39



Aziz ABERKANE	Lyon - Décines	France-Rein
Virginie MORRIS	Pornic	France-Rein
Maidar AGUIRREZABAL	Bayonne	Psychologue
Louise DE ARMEY	Lyon	Psychologue
Jean-Baptiste BEUSCART	Lille	Géronte
Marie-Audrey CHABANNE	Nantes	IPA Néphrologie
Sophie CHRETIEN	Bichat	IPA Soins Palliatif

Composition du groupe		
Christian COMBE	Bordeaux	Néphrologue
Cécile COURIVAUD	Besançon	Néphrologue
Bruno DALLAPORTA	Paris	Néphrologue
Pierre DELANAYE	Liège	Néphrologue
Pascale DEPRAETRE	AUB	Néphrologue
Simon DUQUENNOY	AUB Avranches	Néphrologue
Ariane DUVAL-SABATIER	ADPC Marseille	Néphrologue
Luc FRIMAT	Nancy	Néphrologue
François GLOWACKI	Lille	Néphrologue
Eric GOFFIN	Bruxelles	Néphrologue
Aguilès HAMROUN	Lille	Néphrologue
Anne JOLIVOT	Lyon	Néphrologue
Dominique JOLY	Necker	Néphrologue
Laetitia MOKRI	Reims	Néphrologue
Olivier MORANNE	Nîmes	Néphrologue
Sophie PARAHY	ECHO Nantes	Néphrologue
Serge QUERIN	Montréal	Néphrologue
Marion SALLÉE	Marseille	Néphrologue
Mustafa SMATI	Epinal	Néphrologue
Angelo TESTA	ECHO Nantes	Néphrologue



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

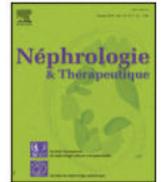
ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



Recommandations

Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 : guide pratique

Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide

Groupe de travail de la SFNDT¹



Introduction

1. Cadre, dénomination
2. Populations concernées
3. Transition stade 4 => Traitement conservateur
4. Traitement symptomatique
5. Communication
6. Filières, Moyens

dialyse, transplantation (SFNDT) a formé un groupe de travail pour investiguer toutes les dimensions du traitement conservateur. Composé de néphrologues, d'infirmières en pratique avancée, de psychologues et de gériatres, venant de France, du Canada et de Belgique, ce groupe de travail s'est réuni à quatre reprises en plénier en visioconférence, et a été réparti en 6 sous-groupes : dénomination, populations concernées, transition depuis le stade 4, contenu, communication et filières. La synthèse des travaux est proposée sous forme de questions/réponses. Elle s'appuie sur une sélection des publications les plus pertinentes. Il ne s'agit pas de recommandations opposables.

2. Cadre et dénomination

Avant d'aborder les modalités du « traitement conservateur » de la personne atteinte d'« insuffisance rénale terminale », il importe, d'une part, de définir de quel type de traitement il sera question et pour quelle maladie, et, d'autre part, de proposer les termes français qui nous paraissent les plus appropriés pour désigner l'un et l'autre.

2.1. De quoi sera-t-il question au juste dans ce guide ?

Ce guide traite de la prise en charge active de la maladie rénale chronique (MRC) au stade 5 sans recours à la suppléance. Il s'agit avant tout de prévenir et traiter les complications (notamment les symptômes urémiques) liées à la maladie, tout en offrant un accompagnement global à la personne atteinte et à ses proches. La prise en charge doit tenir compte de son choix libre et éclairé et de la qualité de vie attendue en fonction de son âge, de ses maladies associées et de son niveau d'autonomie. Les sujets les plus âgés apprécient tout particulièrement que cette option leur soit systématiquement présentée [6-8].

Ce guide porte bien sur le traitement de la MRC au stade 5, celui-ci peut, bien entendu, et doit dans la mesure du possible, être abordé à un stade antérieur de la maladie (voir chapitres ci-dessous).

2.2. Quels termes proposez-vous pour désigner ce type de traitement ?

En premier lieu, nous proposons les termes suivants pour les échanges entre professionnels de santé : « prise en charge de la MRC au stade 5 sans dialyse envisagée ». Cette proposition n'est en rien prescriptive. Le terme *prise en charge* nous paraît plus adapté que *traitement*, s'agissant à la fois de mesures pharmacologiques et d'accompagnement global. L'expression *sans dialyse envisagée* tient

croire que sa mort est imminente.

En second lieu, nous proposons les termes suivants pour les échanges avec les personnes atteintes de MRC stade 5, ainsi que pour leurs accompagnants : « traitement de la maladie rénale avancée sans dialyse ». Cela permet d'éviter l'allusion à un *stade 5* de même que l'emploi de l'adjectif *terminal*. En effet, le choix des mots est de la plus haute importance. Ils doivent être aisément compris et ne pas engendrer une inquiétude inutile [11]. Pour cela, la posture à adopter sera personnalisée, permettant ainsi d'optimiser la compréhension de l'évolution de sa maladie par la personne atteinte de MRC, ainsi que son accompagnement dans son parcours de soins. Le terme « traitement » renvoie dans une large mesure à un *accompagnement global*, à la fois médical et psychosocial, voire spirituel, l'un et l'autre terme pouvant être qualifiés d'*actif*. Si des précisions sont nécessaires auprès de la personne atteinte ou de ses proches quant au degré d'avancement de sa maladie, on peut parler de *pourcentage de fonction rénale (résiduelle)* ou même du *DFGe*, en clarifiant au départ que dans les deux cas la valeur de référence est 100.

2.3. Pourquoi ne pas employer la terminologie « traitement conservateur » ?

Pourquoi pas, en effet ? Le terme *traitement conservateur* est historiquement employé, comme l'a montré un sondage des néphrologues français [3]. Il a l'avantage d'être concis, mais

Néphrologie & Thérapeutique 18 (2022) 155-171



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations

Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 : guide pratique

Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide

Groupe de travail de la SFNDT¹

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 31 mars 2022
Accepté le 20 avril 2022

Mots clés :
Maladie rénale chronique
MRC stade V
Traitement conservateur

RÉSUMÉ

Dans la francophonie médicale, l'anglicisme « traitement conservateur » est entré dans l'usage en pratique clinique auprès des personnes atteintes de MRC au stade 5. La publication KDIGO de 2015 a placé cette « nouvelle » option au niveau de celle de la suppléance par dialyse ou transplantation. Cependant, le contenu concret reste hétérogène, influencé par des dimensions culturelles et éthiques, variant selon les filières de soins. C'est pourquoi, en 2021, la Société francophone de néphrologie, dialyse, transplantation (SFNDT) a constitué un groupe de travail pour investiguer toutes les dimensions du traitement conservateur. S'appuyant sur une sélection de publications les plus pertinentes, la synthèse des travaux est proposée sous forme de questions/réponses. Il ne s'agit pas de recommandations opposables.

© 2022 Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Principes éthiques

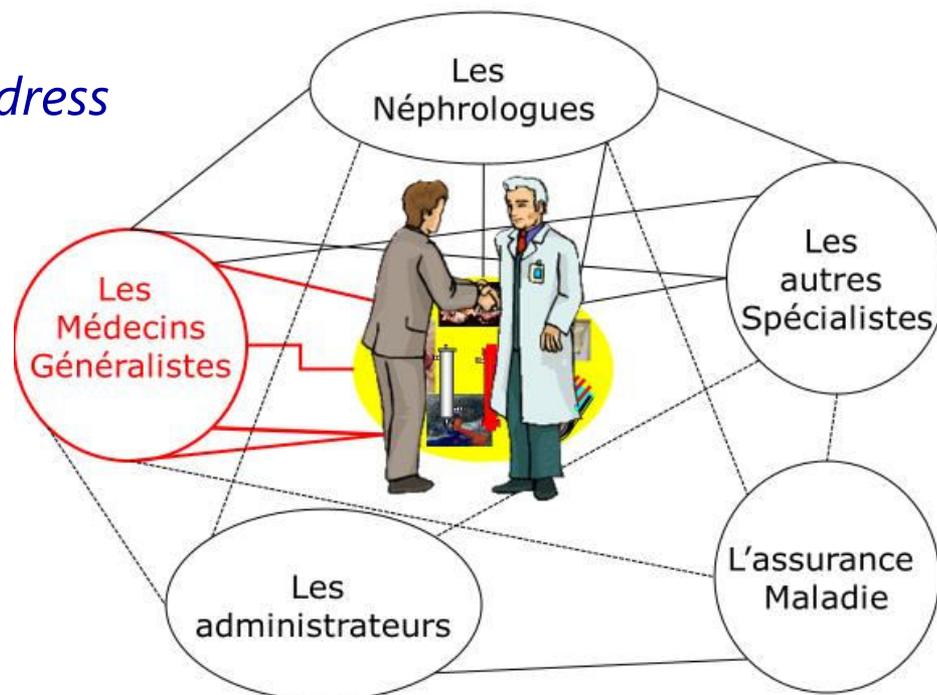
Beauchamp & Childress

1. Autonomie

2. Bienveillance

3. Non malveillance

4. Justice



dialyse, transplantation (SFNDT) a formé un groupe de travail pour investiguer toutes les dimensions du traitement conservateur. Composé de néphrologues, d'infirmières en pratique avancée, de psychologues et de gériatres, venant de France, du Canada et de Belgique, ce groupe de travail s'est réuni à quatre reprises en plénier en visioconférence, et a été réparti en 6 sous-groupes : dénomination, populations concernées, transition depuis le stade 4, contenu, communication et filières. La synthèse des travaux est proposée sous forme de questions/réponses. Elle s'appuie sur une sélection des publications les plus pertinentes. Il ne s'agit pas de recommandations opposables.

2. Cadre et dénomination

Avant d'aborder les modalités du « traitement conservateur » de la personne atteinte d'« insuffisance rénale terminale », il importe, d'une part, de définir de quel type de traitement il sera question et pour quelle maladie, et, d'autre part, de proposer les termes français qui nous paraissent les plus appropriés pour désigner l'un et l'autre.

2.1. De quoi sera-t-il question au juste dans ce guide ?

Ce guide traite de la prise en charge active de la maladie rénale chronique (MRC) au stade 5 sans recours à la suppléance. Il s'agit avant tout de prévenir et traiter les complications (notamment les symptômes urémiques) liées à la maladie, tout en offrant un accompagnement global à la personne atteinte et à ses proches. La prise en charge doit tenir compte de son choix libre et éclairé et de la qualité de vie attendue en fonction de son âge, de ses maladies associées et de son niveau d'autonomie. Les sujets les plus âgés apprécient tout particulièrement que cette option leur soit systématiquement présentée [6–8].

Si ce guide porte bien sur le traitement de la MRC au stade 5, celui-ci peut bien entendu, et doit dans la mesure du possible, être abordé à un stade antérieur de la maladie (voir chapitres ci-dessous).

2.2. Quels termes proposez-vous pour désigner ce type de traitement ?

En premier lieu, nous proposons les termes suivants pour les échanges entre professionnels de santé : « prise en charge de la MRC au stade 5 sans dialyse envisagée ». Cette proposition n'est en rien prescriptive. Le terme *prise en charge* nous paraît plus adapté que *traitement*, s'agissant à la fois de mesures pharmacologiques et d'accompagnement global. L'expression *sans dialyse envisagée* tient

croire que son *est* est imminent.

En second lieu, nous proposons les termes suivants pour les échanges avec les personnes atteintes de MRC stade 5, ainsi que pour leurs accompagnants : « traitement de la maladie rénale avancée sans dialyse ». Cela permet d'éviter l'allusion à un *stade 5* de même que l'emploi de l'adjectif *terminal*. En effet, le choix des mots est de la plus haute importance. Ils doivent être aisément compris et ne pas engendrer une inquiétude inutile [11]. Pour cela, la posture à adopter sera personnalisée, permettant ainsi d'optimiser la compréhension de l'évolution de sa maladie par la personne atteinte de MRC, ainsi que son accompagnement dans son parcours de soins. Le terme « traitement » renvoie dans une large mesure à un *accompagnement global*, à la fois médical et psychosocial, voire spirituel, l'un et l'autre terme pouvant être qualifiés d'*actif*. Si des précisions sont nécessaires auprès de la personne atteinte ou de ses proches quant au degré d'avancement de sa maladie, on peut parler de *pourcentage de fonction rénale (résiduelle)* ou même du *DFGe*, en clarifiant au départ que dans les deux cas la valeur de référence est 100.

2.3. Pourquoi ne pas employer la terminologie « traitement conservateur » ?

Pourquoi pas, en effet ? Le terme *traitement conservateur* est majoritairement employé, comme l'a montré un sondage des néphrologues français [3]. Il a l'avantage d'être concis, mais

l'inc
cons
l'adj
raison
fran
cons
d'un
muti
parti
plut
reco
et so
à l'a
chap
(HAS

2.4.

Il
urér
ad

Néphrologie & Thérapeutique 18 (2022) 155–171

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Recommandations
Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 :
guide pratique
Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide
Groupe de travail de la SFNDT¹

INFO ARTICLE
Historique de l'article :
Reçu le 31 mars 2022
Accepté le 20 avril 2022

Mots clés :
Maladie rénale chronique
MRC stade V
Traitement conservateur

RÉSUMÉ
Dans la francophonie médicale, l'anglicisme « traitement conservateur » est entré dans l'usage en pratique clinique auprès des personnes atteintes de MRC au stade 5. La publication KDIGO de 2015 a placé cette « nouvelle » option au niveau de celle de la suppléance par dialyse ou transplantation. Cependant, le contenu concret reste hétérogène, influencé par des dimensions culturelles et éthiques, variant selon les filières de soins. C'est pourquoi, en 2021, la Société francophone de néphrologie, dialyse, transplantation (SFNDT) a constitué un groupe de travail pour investiguer toutes les dimensions du traitement conservateur. S'appuyant sur une sélection de publications les plus pertinentes, la synthèse des travaux est proposée sous forme de questions/réponses. Il ne s'agit pas de recommandations opposables.
© 2022 Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

dence extrême dans l'emploi de médicaments à potentiel néphrotoxique tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les produits de contraste iodés. Elles peuvent être poursuivies au stade 5 parallèlement à sa prise en charge sans dialyse envisagée, pour autant qu'elles restent bien tolérées.

3. Les populations concernées

3.1. Concernant l'âge, existe-t-il un seuil à partir duquel le traitement conservateur peut être proposé ?

Il n'y a pas de seuil d'âge au-delà duquel le traitement conservateur est considéré comme l'option thérapeutique prioritaire, ni de seuil en deçà duquel il ne peut pas être envisagé. De même, il n'y a pas de seuil d'âge au-delà duquel le traitement de suppléance rénale est contre-indiqué. Quel que soit l'âge, l'option du traitement conservateur et son contenu doivent être exposés clairement au même niveau que celles de la suppléance. Dans le cadre du suivi néphrologique, une information complète et explicite sur le pronostic associé à chaque option – transplantation, dialyse et traitement conservateur – doit être prodiguée.

Afin de faciliter leur application, le programme d'éducation thérapeutique administré aux stades MRC 4 et/ou 5 comporte expressément un volet détaillant les objectifs du traitement conservateur [13]. Le traitement conservateur n'est pas une prise en charge par défaut.

Dans le cas où la suppléance de la fonction rénale a été démarrée sans information, ni éducation thérapeutique, l'option « Traitement conservateur » et son pronostic devront être clairement expliqués à la personne atteinte et à ses proches.

3.2. Quels sont les éléments qui peuvent orienter vers le choix du traitement conservateur ?

Selon les recommandations KDIGO 2015, le traitement conservateur est *a priori* indiqué dans les circonstances suivantes :

- espérance de vie inférieure à 3 à 6 mois ;
- anticipation d'une intolérance au traitement par dialyse ;
- choix de la personne atteinte de MRC après information adaptée/ partagée.

clinique modéré, alors que d'autres sont plus longues mais plus informatives. Une simple détection de syndromes gériatriques peut également être proposée (voir partie 4 et [Tableau 1](#)).

Cette étape de détection devra être suivie d'une évaluation gériatrique standardisée, car la balance bénéfique/risque du recours à la dialyse devient défavorable en cas de fragilité ou de troubles neurocognitifs majeurs avérés [20,21]. Il convient donc d'ajuster les outils de détection en lien avec la filière gériatrique locale.

3.2.3. Choix éclairé et décision partagée

Le choix éclairé de la personne atteinte est la priorité. Les décisions ne doivent être ni imposées, ni déléguées, mais partagées avec elle. Néphrologues et personnels soignants sont attentifs à ses valeurs et à ses attentes et les prennent en compte. Ils s'assurent que les différentes options ont été bien comprises : transplantation, dialyse et traitement conservateur. Le refus catégorique, réitéré, de la suppléance par dialyse doit être respecté.

Que son choix se soit porté sur le traitement conservateur ou la dialyse, la personne atteinte de MRC est informée qu'à tout moment de la prise en charge, elle peut revenir sur sa décision. Néphrologues et personnels soignants lui procurent un lien téléphonique lui permettant de faire savoir un changement de décision. Dans cette optique, pour ne pas perdre de temps, une téléconsultation peut être organisée.

La rédaction des directives anticipées est encouragée et une

Néphrologie & Thérapeutique 18 (2022) 155–171

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Néphrologie & Thérapeutique

Recommandations

Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 :
guide pratique

3.2. Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide

Groupe de travail de la SFNDT¹

INFO ARTICLE

RÉSUMÉ

Historique de l'article :
Reçu le 31 mars 2022
Accepté le 20 avril 2022

Mots clés :
Maladie rénale chronique
MRC stade V
Traitement conservateur

Dans la francophonie médicale, l'anglicisme « traitement conservateur » est entré dans l'usage en pratique clinique auprès des personnes atteintes de MRC au stade 5. La publication KDIGO de 2015 a placé cette « nouvelle » option au niveau de celle de la suppléance par dialyse ou transplantation. Cependant, le contenu concret reste hétérogène, influencé par des dimensions culturelles et éthiques, variant selon les filières de soins. C'est pourquoi, en 2021, la Société francophone de néphrologie, dialyse, transplantation (SFNDT) a constitué un groupe de travail pour investiguer toutes les dimensions du traitement conservateur. S'appuyant sur une sélection de publications les plus pertinentes, la synthèse des travaux est proposée sous forme de questions/réponses. Il ne s'agit pas de recommandations opposables.

© 2022 Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

dence extrême dans l'emploi de médicaments à potentiel néphrotoxique tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les produits de contraste iodés. Elles peuvent être poursuivies au stade 5 parallèlement à sa prise en charge sans dialyse envisagée, pour autant qu'elles restent bien tolérées.

3. Les populations concernées

3.1. Concernant l'âge, existe-t-il un seuil à partir duquel le traitement conservateur peut être proposé ?

Il n'y a pas de seuil d'âge au-delà duquel le traitement conservateur est considéré comme l'option thérapeutique prioritaire, ni de seuil en deçà duquel il ne peut pas être envisagé. De même, il n'y a pas de seuil d'âge au-delà duquel le traitement de suppléance rénale est contre-indiqué. Quel que soit l'âge, l'option du traitement conservateur et son contenu doivent être exposés clairement au même niveau que celles de la suppléance. Dans le cadre du suivi néphrologique, une information complète et explicite sur le pronostic associé à chaque option – transplantation, dialyse et traitement conservateur – doit être prodiguée.

Afin de faciliter leur application, le programme d'éducation thérapeutique administré aux stades MRC 4 et/ou 5 comporte expressément un volet détaillant les objectifs du traitement conservateur [13]. Le traitement conservateur n'est pas une prise en charge par défaut.

Dans le cas où la suppléance de la fonction rénale a été démarrée sans information, ni éducation thérapeutique, l'option « Traitement conservateur » et son pronostic devront être clairement expliqués à la personne atteinte et à ses proches.

3.2. Quels sont les éléments qui peuvent orienter vers le choix du traitement conservateur ?

Selon les recommandations KDIGO 2015, le traitement conservateur est *a priori* indiqué dans les circonstances suivantes :

- espérance de vie inférieure à 3 à 6 mois ;
- anticipation d'une intolérance au traitement par dialyse ;
- choix de la personne atteinte de MRC après information adaptée/ partagée.

clinique modéré, alors que d'autres sont plus longues mais plus informatives. Une simple détection de syndromes gériatriques peut également être proposée (voir partie 4 et [Tableau 1](#)).

Cette étape de détection devra être suivie d'une évaluation gériatrique standardisée, car la balance bénéfique/risque du recours à la dialyse devient défavorable en cas de fragilité ou de troubles neurocognitifs majeurs avérés [20,21]. Il convient donc d'ajuster les seuils de détection en lien avec la filière gériatrique locale.

3.2.3. Choix éclairé et décision partagée

Le choix éclairé de la personne atteinte est la priorité. Les décisions ne doivent être ni imposées, ni déléguées, mais partagées avec elle. Néphrologues et personnels soignants sont attentifs à ses valeurs et à ses attentes et les prennent en compte. Ils s'assurent que les différentes options ont été bien comprises : transplantation, dialyse et traitement conservateur. Le refus catégorique, réitéré, de la suppléance par dialyse doit être respecté.

Que son choix se soit porté sur le traitement conservateur ou la dialyse, la personne atteinte de MRC est informée qu'à tout moment de la prise en charge, elle peut revenir sur sa décision. Néphrologues et personnels soignants lui procurent un lien téléphonique lui permettant de faire savoir un changement de décision. Dans cette optique, pour ne pas perdre de temps, une téléconsultation peut être organisée.

La rédaction des directives anticipées est encouragée et une

Néphrologie & Thérapeutique 18 (2022) 155–171

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Recommandations
Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 :
guide pratique
Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide
Groupe de travail de la SFNDT¹

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 31 mars 2022
Accepté le 20 avril 2022

Mots clés :
Maladie rénale chronique
MRC stade V
Traitement conservateur

RÉSUMÉ

Dans la francophonie médicale, l'anglicisme « traitement conservateur » est entré dans l'usage en pratique clinique auprès des personnes atteintes de MRC au stade 5. La publication KDIGO de 2015 a placé cette « nouvelle » option au niveau de celle de la suppléance par dialyse ou transplantation. Cependant, le contenu concret reste hétérogène, influencé par des dimensions culturelles et éthiques, variant selon les filières de soins. C'est pourquoi, en 2021, la Société francophone de néphrologie, dialyse, transplantation (SFNDT) a constitué un groupe de travail pour investiguer toutes les dimensions du traitement conservateur. S'appuyant sur une sélection de publications les plus pertinentes, la synthèse des travaux est proposée sous forme de questions/réponses. Il ne s'agit pas de recommandations opposables.
© 2022 Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

- la maturation et la durée de vie des accès vasculaires d'hémodialyse sont moins bonnes au sein de la population plus âgée, ce d'autant que cette population présente des maladies associées telles que le diabète ou les maladies cardiovasculaires. La probabilité de pouvoir utiliser une fistule artériovéineuse (FAV) est de 60 % chez les sujets âgés de plus de 75 ans [51] ;
- la mise en place d'une FAV ou d'un cathéter de dialyse péritonéale implique des déplacements et des hospitalisations, ce qui est en contradiction avec le principe du traitement conservateur qui préconise plutôt la qualité de vie et le maintien à domicile ;
- lorsque le choix initial a été celui du traitement conservateur, le recours à une suppléance est rarement observé dans les équipes expérimentées multidisciplinaires (moins de 10 % des cas) [52,53].

La question de la création d'un accès vasculaire doit être discutée au cas par cas. Il s'agira d'une décision partagée, réfléchie avec la personne concernée et son entourage, en tenant compte des maladies associées.

5.4. Quelles autres mesures d'accompagnement proposer ?

La prise en charge d'une personne atteinte de MRC qui souhaite un traitement conservateur nécessite une évaluation de ses besoins. Cette évaluation doit être réalisée en lien avec les proches de la personne.

Elle peut se proposer sur différents domaines :

- psychologique : l'équipe de psychiatrie sera consultée si l'on soupçonne un état dépressif ou une autre maladie mentale pouvant nécessiter un traitement pharmacologique. Un suivi par un ou une psychologue peut être utile, si possible avec une évaluation de l'aidant ou de l'aidante. Les associations ou les partenariats-patients peuvent être d'un grand recours dans l'information, les dispositifs de soutien et de conseil ;
- besoins sociaux : évaluer avec l'aide de l'assistante ou de l'assistant social et de l'entourage les possibilités d'aides dans la vie quotidienne (aide pour le ménage, portage des repas) ;
- possibilité d'aide financière (assistance sociale) : dossier allocation personnalisée d'autonomie (APA), mutuelle et retraite, vérifier la déclaration d'affection longue durée (ALD) ;
- une évaluation gériatrique standardisée ou des filières gériatriques spécialisées (chutes, démence, troubles du comportement...)
- une évaluation nutritionnelle dans le cadre d'une consultation spécialisée dans le suivi de personnes atteintes de MRC ;
- un accompagnement spirituel ;
- une évaluation clinique des symptômes mentionnés précédemment.

De la même manière, le traitement conservateur ne veut pas dire qu'il faille arrêter de réaliser les bilans paracliniques nécessaires. Ils doivent être adaptés aux besoins pour améliorer la prise en charge et le suivi de certaines prescriptions, comme par exemple l'érythropoïétine.

Le traitement conservateur n'est pas non plus synonyme d'abandon de soins et de refus d'hospitalisation de façon systématique. Un phénomène aigu réversible (exemple : sepsis sur prostatite) peut justifier une hospitalisation pour une courte durée.

Néphrologie & Thérapeutique 18 (2022) 155–171

Disponible en ligne sur  www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Recommandations

Traitement conservateur de la maladie rénale chronique stade 5 : guide pratique

Comprehensive conservative care of stage 5-CKD: A practical guide

Groupe de travail de la SFNDT¹

INFO ARTICLE	RÉSUMÉ
<p>Historique de l'article : Reçu le 31 mars 2022 Accepté le 20 avril 2022</p> <p>Mots clés : Maladie rénale chronique MRC stade V Traitement conservateur</p>	<p>Dans la francophonie médicale, l'anglicisme « traitement conservateur » est entré dans l'usage en pratique clinique auprès des personnes atteintes de MRC au stade 5. La publication KDIGO de 2015 a placé cette « nouvelle » option au niveau de celle de la suppléance par dialyse ou transplantation. Cependant, le contenu concret reste hétérogène, influencé par des dimensions culturelles et éthiques, variant selon les filières de soins. C'est pourquoi, en 2021, la Société francophone de néphrologie, dialyse, transplantation (SFNDT) a constitué un groupe de travail pour investiguer toutes les dimensions du traitement conservateur. S'appuyant sur une sélection de publications les plus pertinentes, la synthèse des travaux est proposée sous forme de questions/réponses. Il ne s'agit pas de recommandations opposables.</p> <p>© 2022 Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.</p>

Il existe un risque élevé de mortalité [3,5,64]. En parallèle, les personnes atteintes de MRC rapportent quant à elles être peu ou rarement informées d'une option de traitement possible sans recourir à la dialyse [3,56,59,65]. En France, les données récemment publiées de la cohorte nationale CKD-REIN indiquent que 100 % des structures ont la possibilité d'offrir cette option de traitement, mais que moins d'un tiers des néphrologues proposent souvent ou toujours cette option de traitement et qu'en conséquence, seuls 5 % de leur patientèle rapportent en avoir été informés [3]. Les principales sources évoquées pour expliquer ces difficultés de communication sont la nomenclature néphrologique hétérogène et complexe [3,11,66,67], la discordance entre personnels soignants et personnes soignées sur les priorités de santé (et spécifiquement dans le cadre du traitement conservateur) [68], le manque de ressources et de formation dans les professions de santé [2,61,65,69–71], et enfin un exercice de communication délicat mobilisant un mélange complexe de croyances, de cultures et de convictions personnelles [5].

Enjeux

1. **Communication**

2. *Faire face à l'incertitude*

3. *Perspectives*

Comprehensive Conservative Care: what doctors say, what patients hear

Background

While shared decision-making process and advance care planning represent the cornerstones of the CCC approach, one of the main barriers in its development is the perfectible communication in practice. As a result, a significant gap has opened up between what doctors say and what patients hear.

Aims



Explore **discrepancies** between what doctors say and what patients hear



Identify the **factors** underlying this gap



Formulate **proposals** for narrowing this gap in practice

Results

What doctors say

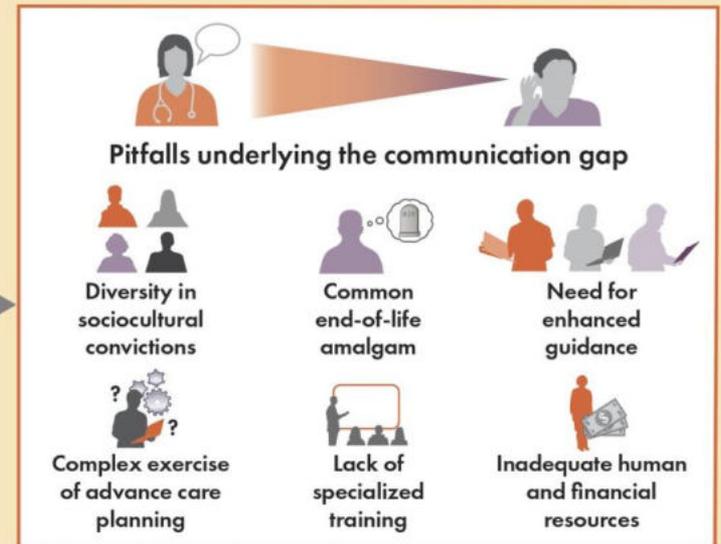


100% available



< 10% aware

What patients hear



Conclusion

Communication is the key to the success of CCC, but its timing, course, content, and articulation within a coordinated care network represent as many pitfalls for its practical implementation.

Qualité de vie perçue / Population générale

Original Investigation

AJKD

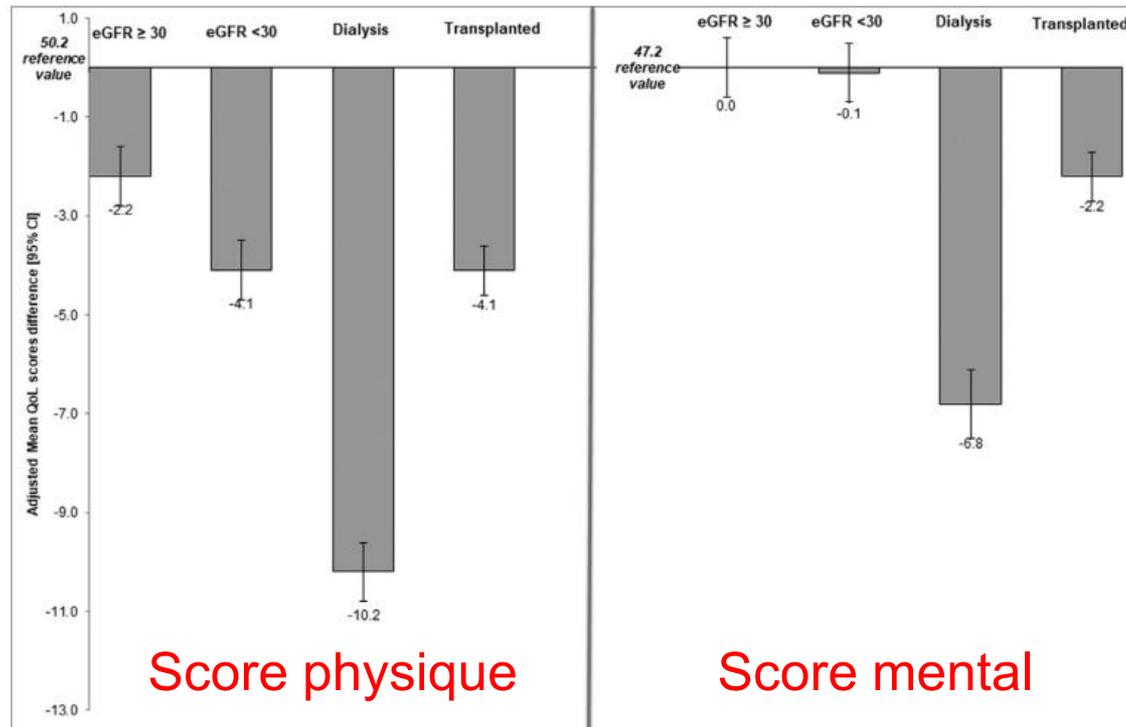


Figure 3. Differences in quality of life (QoL) scores between the general population and patients with each kidney disease status, adjusted for age, sex, education level, diabetes, and obesity. A negative difference indicates that patients with chronic kidney disease had an x-point lower QoL score compared with the general population. Abbreviations: CI, confidence interval; DM, diabetes mellitus; ESKD, end-stage kidney disease; HD, hemodialysis; PD, peritoneal dialysis; ref, reference.

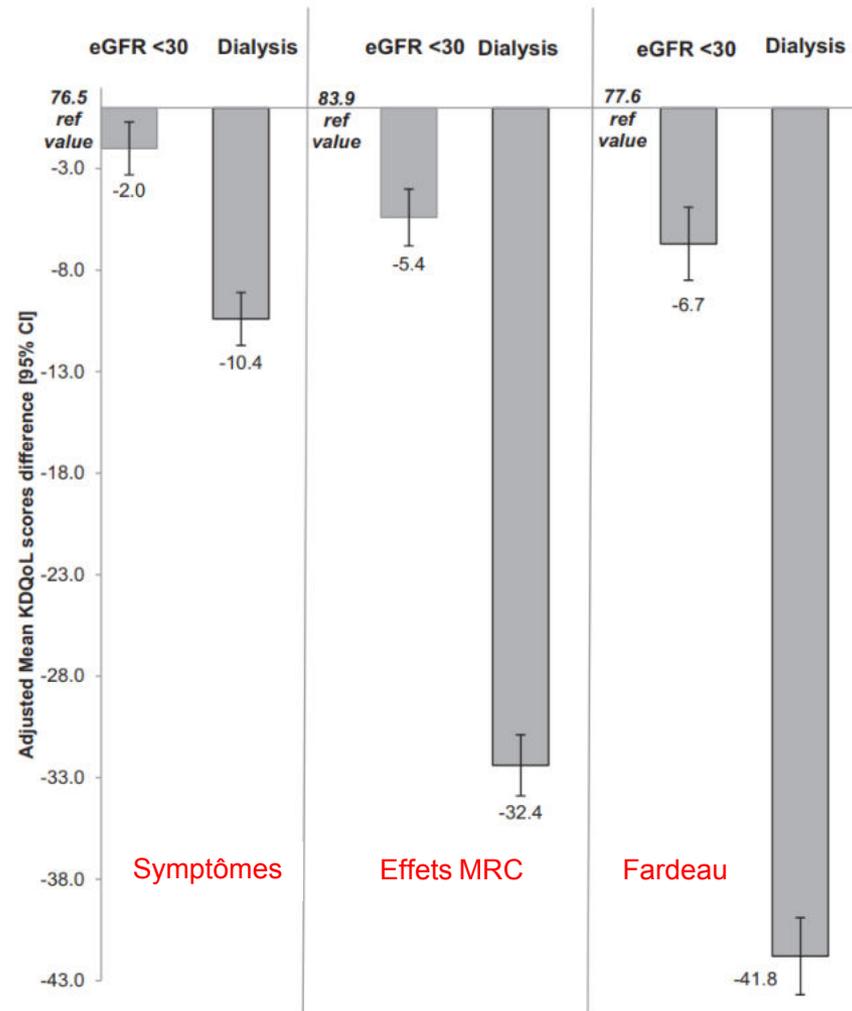


Figure 4. Differences in Kidney Disease Quality of Life (KDQoL) scores for kidney disease symptoms, effects, and burden between patients with moderate chronic kidney disease (CKD; reference [ref] values) and those with advanced CKD and receiving dialysis, adjusted for age, sex, education, and employment. A negative difference indicates that patients with CKD had an x-point lower KDQoL score compared with moderate CKD. Abbreviations: CI, confidence interval; eGFR, estimated glomerular filtration rate.

Survie du traitement conservateur

Is Maximum Conservative Management an Equivalent Treatment Option to Dialysis for Elderly Patients with Significant Comorbid Disease?

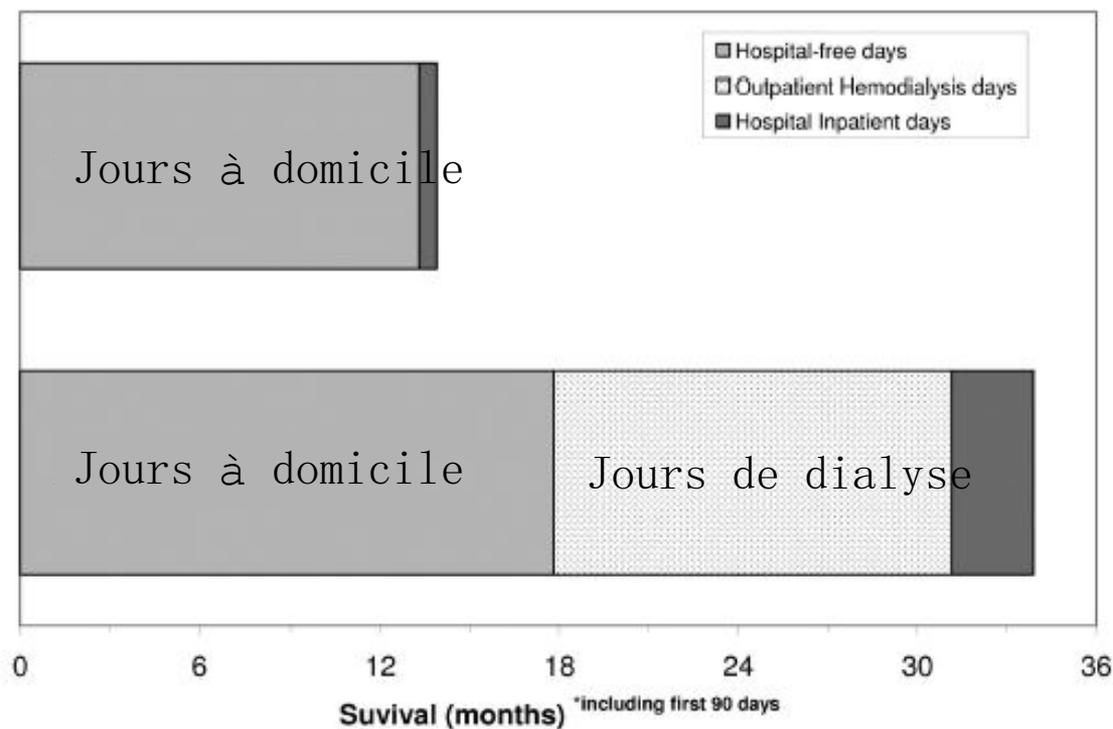
Rachel C. Carson,* Maciej Juszcak,† Andrew Davenport,† and Aine Burns†

*Nanaimo Regional Hospital, Nanaimo, British Columbia, Canada; and †UCL Center for Nephrology, Royal Free and University College Medical School, Hampstead Campus, London, United Kingdom

Clin J Am Soc Nephrol 4: 1611–1619, 2009.

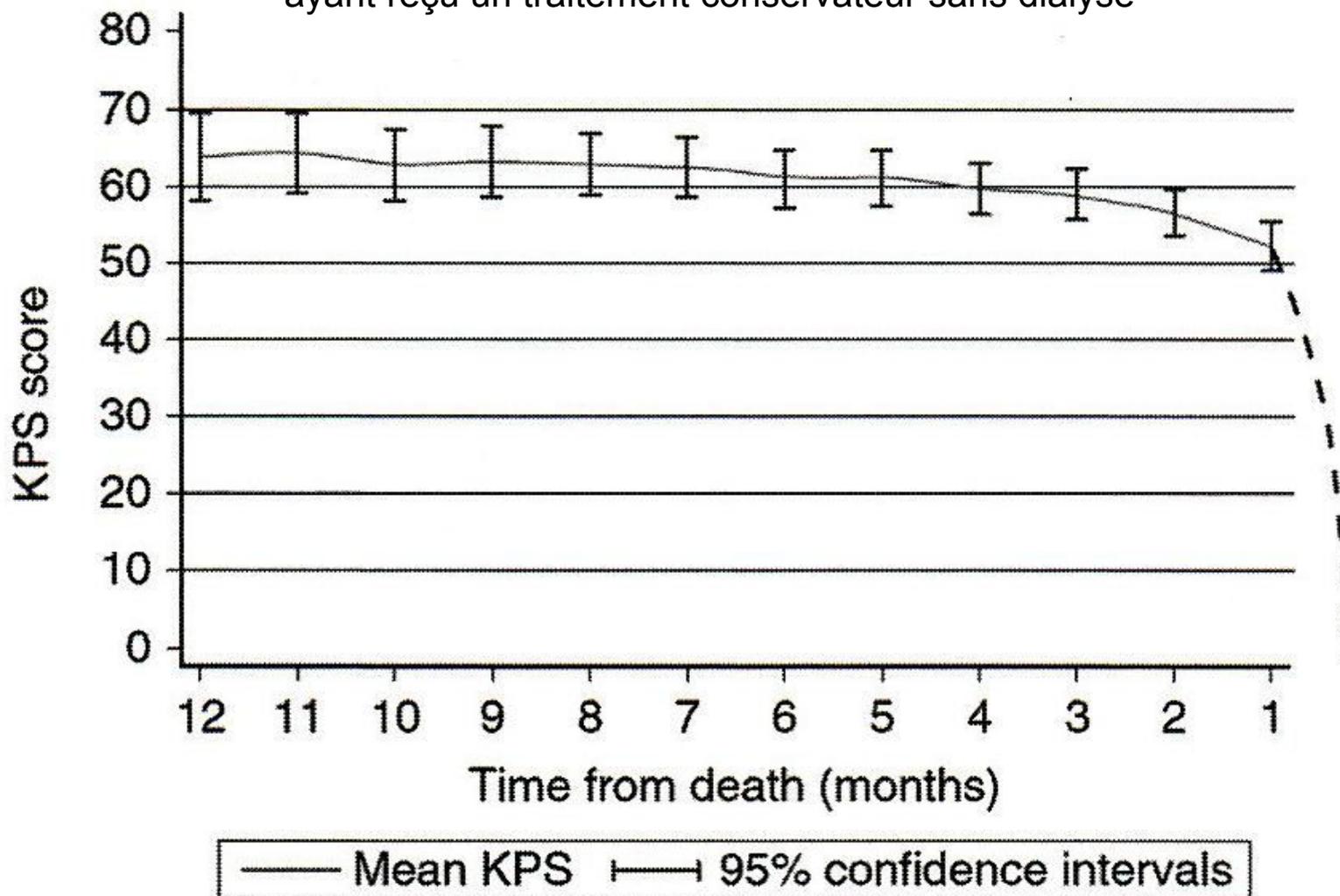
Conservateur
n=29

Hémodialyse
n=112



Survie du traitement conservateur

Score de Karnofsky dans la dernière année de vie de patients MRC stade 5 ayant reçu un traitement conservateur sans dialyse



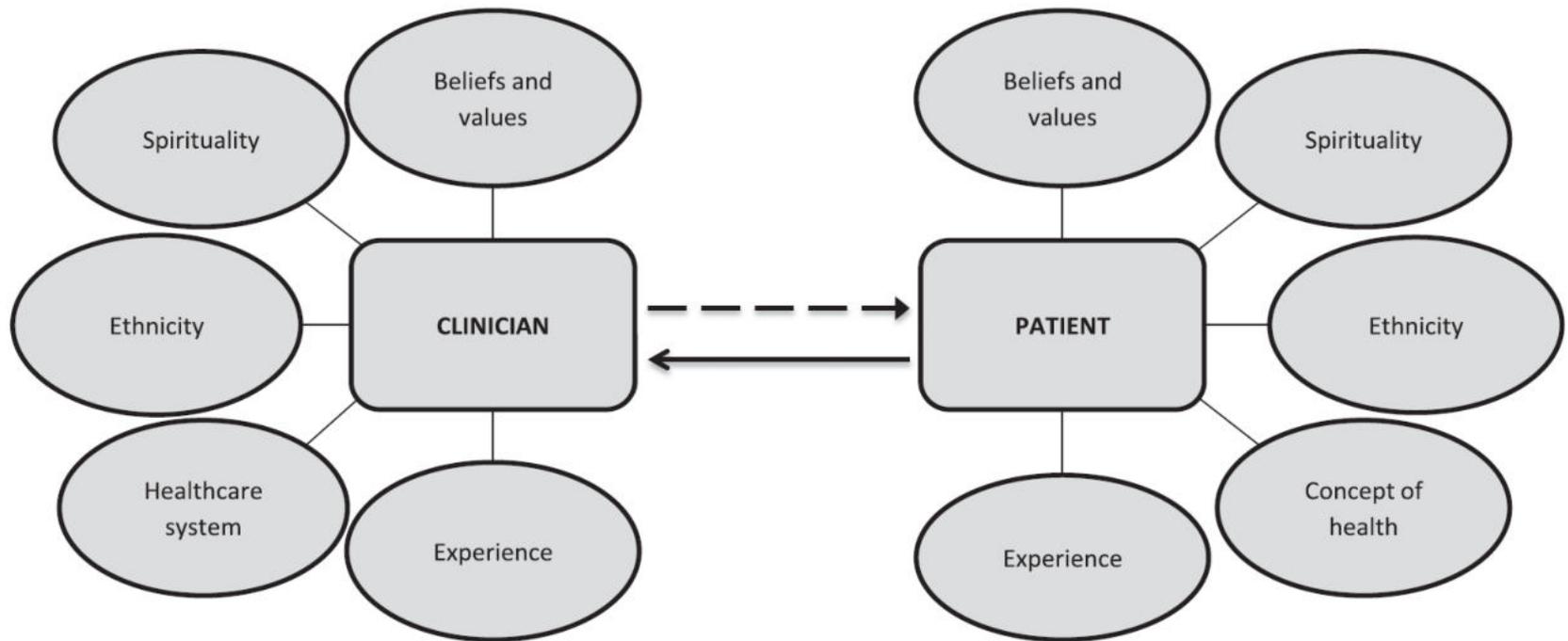
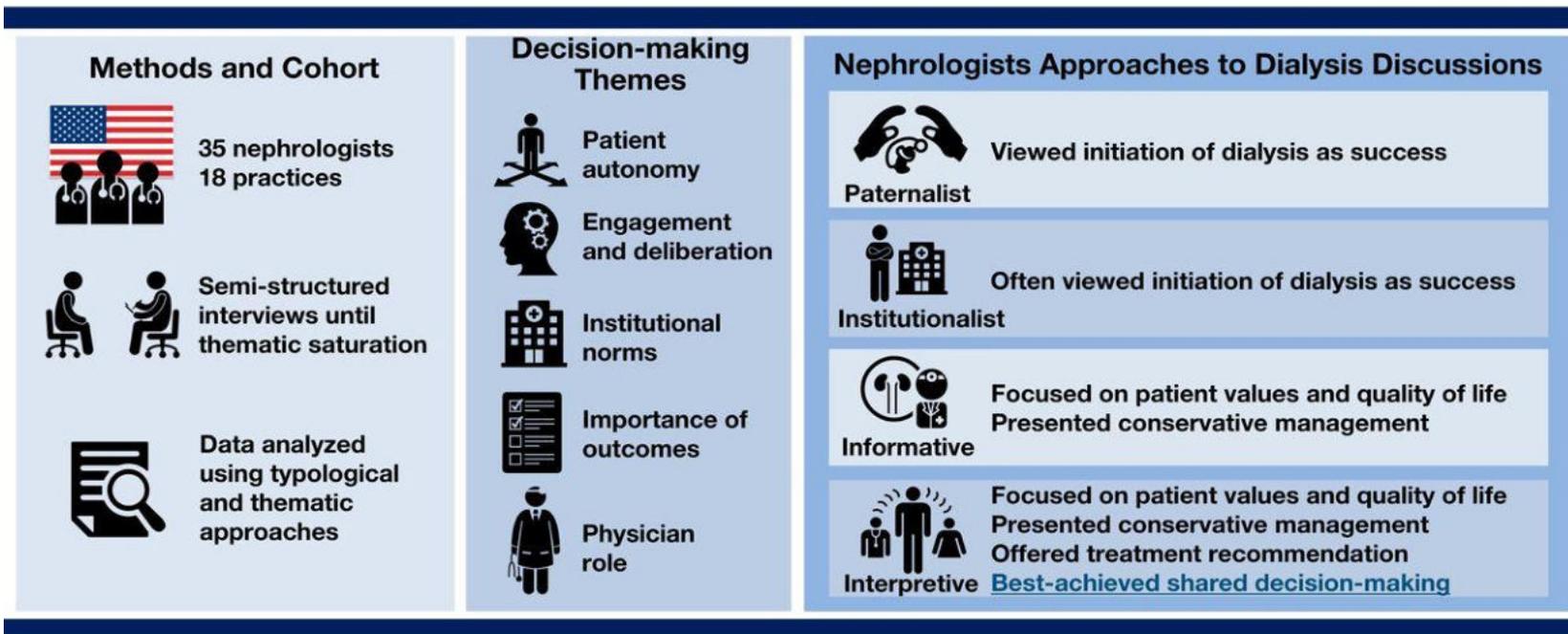


Figure 1. | Cultural aspects that influence the clinician-patient interaction. When clinicians become conscious of their own beliefs and values, they may become more receptive and open to those of the patients, especially when differences exist.

How do nephrologists' approaches influence variation in dialysis decision-making among older patients?



Conclusions Differences in perceptions of physician role, patient autonomy, and successful versus unsuccessful encounters contribute to variation in care.

Keren Ladin, Renuka Pandya, Ronald Perrone, Klemens Meyer, Allison Kannam, Rohini Loke, Tira Oskoui, Daniel Weiner, and John Wong. **Characterizing Approaches to Dialysis Decision-Making with Older Adults: A Qualitative Study of Nephrologists.** CJASN doi: 10.2215/CJN.01740218

Engagement in decision-making and patient satisfaction: a qualitative study of older patients' perceptions of dialysis initiation and modality decisions

Keren Ladin^{1,2}, Naomi Lin^{1,2}, Emily Hahn², Gregory Zhang², Susan Koch-Weser³ and Daniel E. Weiner⁴

¹Department of Occupational Therapy, Tufts University, Medford, MA, USA, ²Research on Aging, Ethics, and Community Health, Tufts University, Medford, MA, USA, ³Department of Public Health and Community Medicine, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA and ⁴Department of Medicine, Tufts Medical Center, Boston, MA, USA

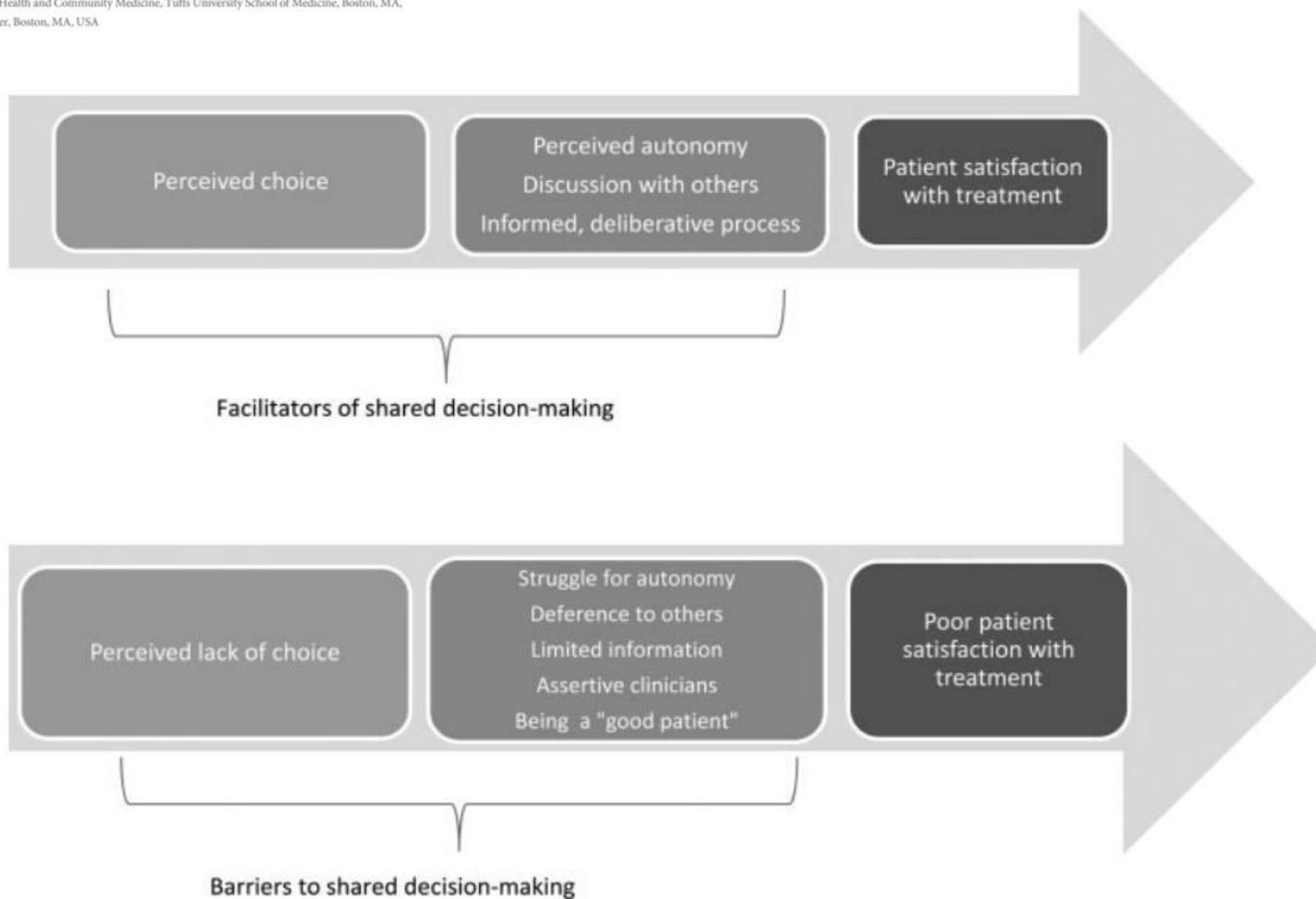


FIGURE 1: Relationship between SDM and treatment satisfaction among older dialysis patients.

Enjeux

1. *Communication*

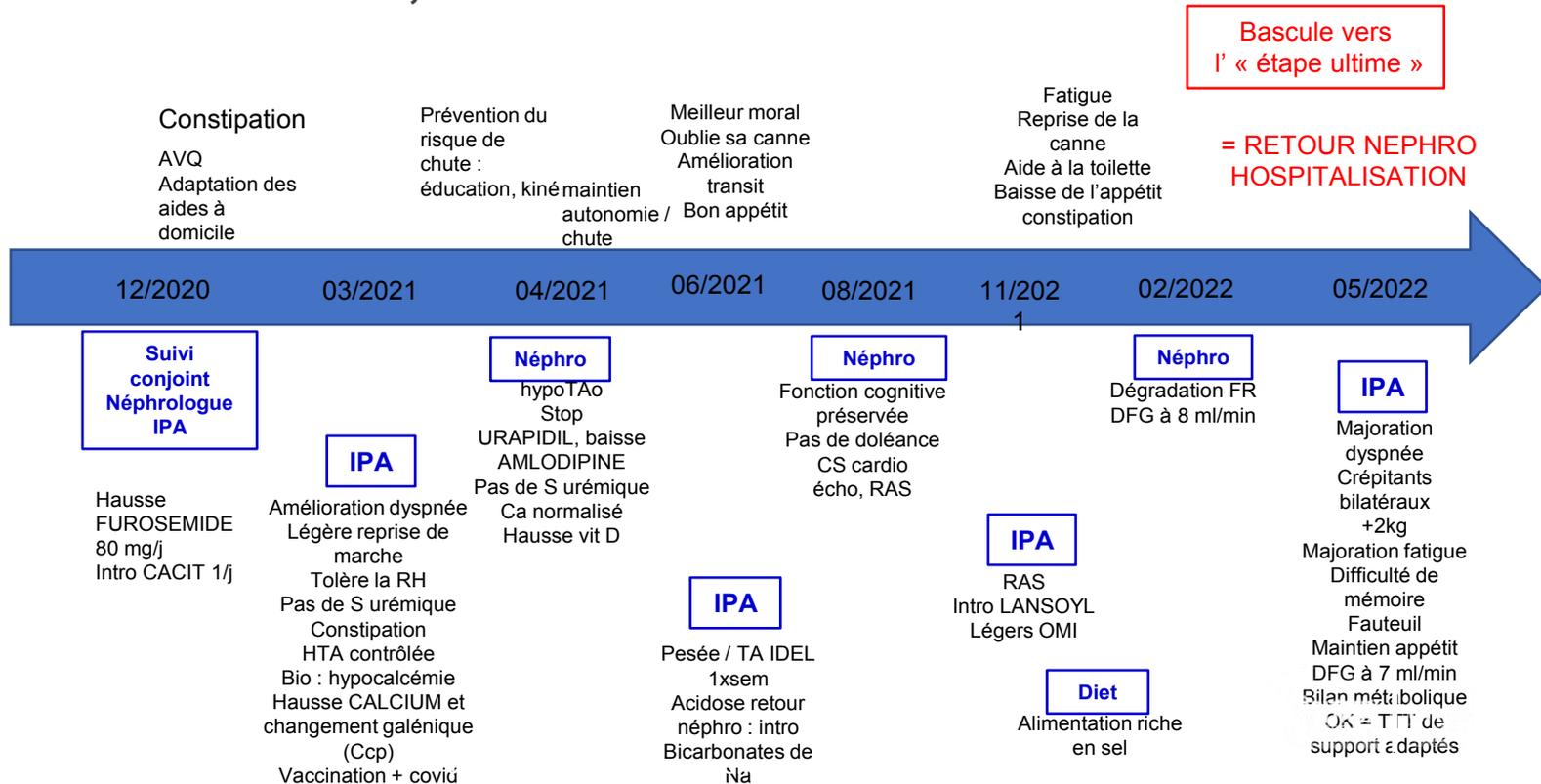
2. *Faire face à l'incertitude*

3. *Perspectives*

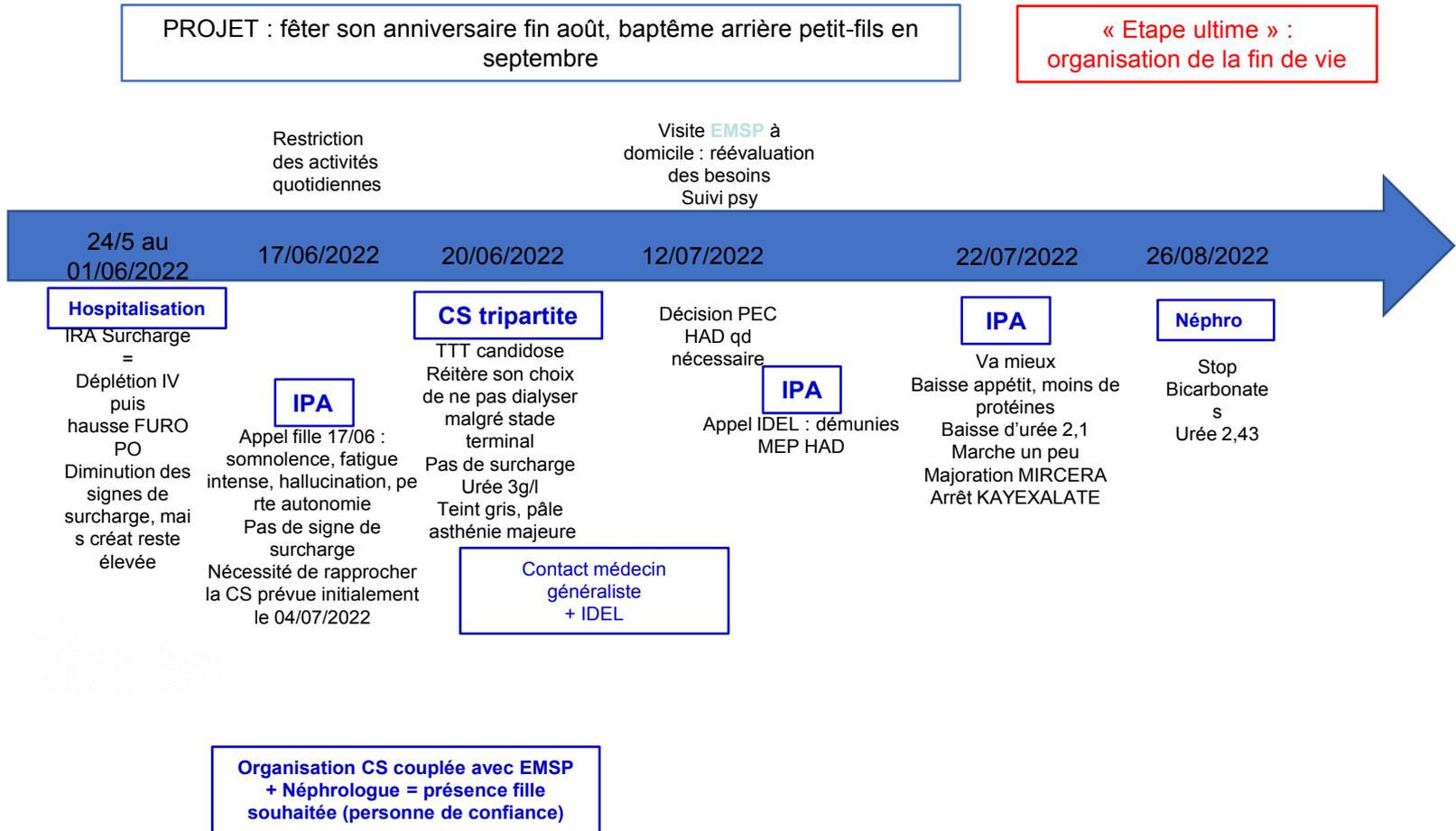
Traitement conservateur - Cas concret

Patiente de 83 ans

DFG estimé : 7 ml/min/1,73m²



Cas concret



Cas concret

« Etape ultime » :
organisation de la fin de
vie

Ne sort plus
de son
domicile

22/11/2022

17/02/2023

26/04/2023

Consultation
IPA

Consultation
Néphrologue

TLC
IPA

Anorexie, perte
autonomie, somnolence, fatigue
intense, hallucinations.
Pas de signes de surcharge.

Urée : 51,3 mmol/l

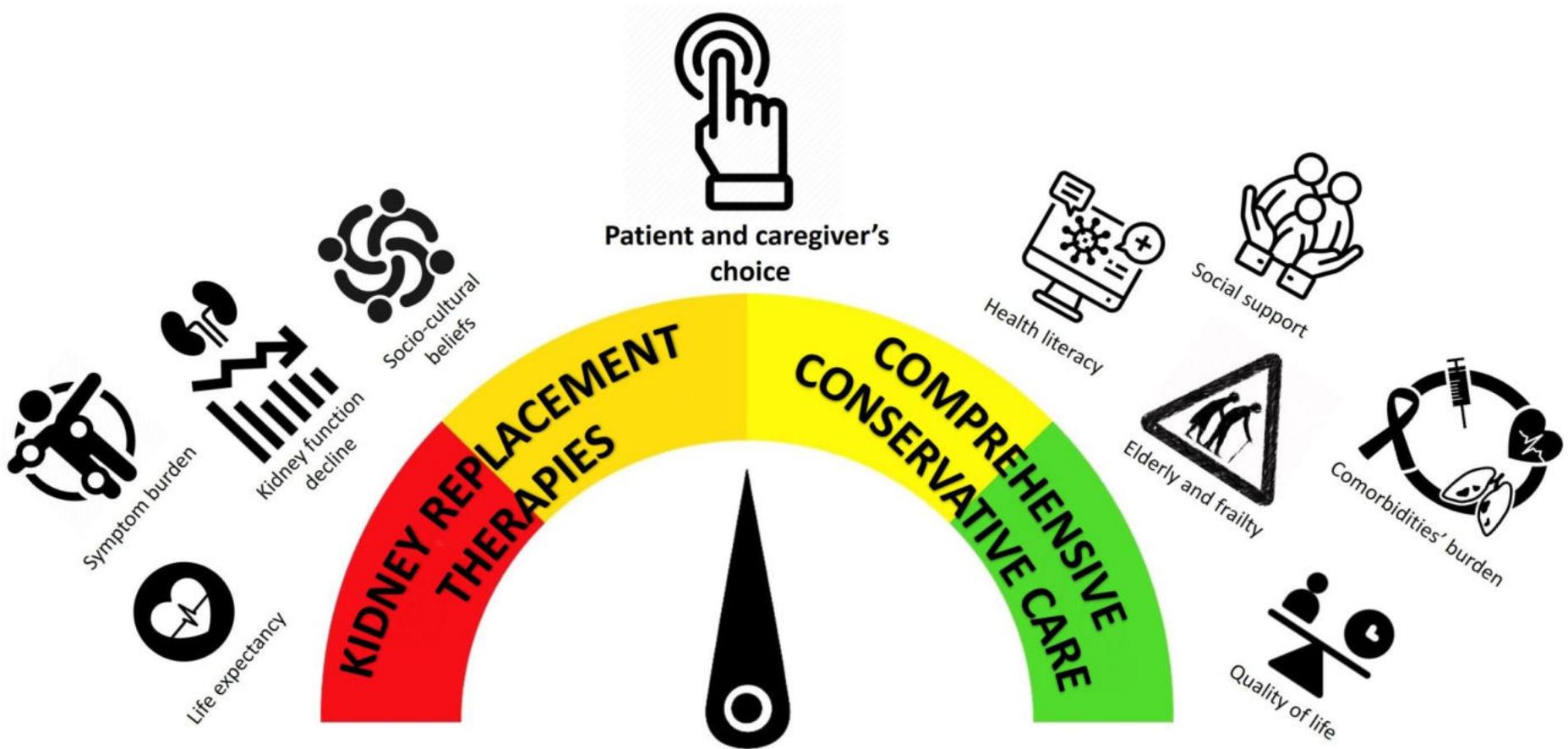
Créatinine : 530 μ mol/l

DFGe : 6 ml/min/1,73m²

Albuminémie: 37,3 g/l

Phosphore : 2,75 mmol/l

HAD



Article

Five-Year Symptom Trajectories in Nondialysis-Dependent CKD Patients

Moustapha Faye ¹, Karine Legrand ^{1,2}, Lisa Le Gall,^{3,4} Karen Leffondre,^{3,4} Abdou Y. Omorou,^{1,2} Natalia Alencar de Pinho ^{5,6}, Christian Combe ^{7,8}, Denis Fouque ⁹, Christian Jacquelinet,¹⁰ Maurice Laville,¹¹ Sophie Liabeuf ¹², Ziad A. Massy ^{5,6}, Elodie Speyer ^{5,6}, Roberto Pecoits Filho ¹³, Bénédicte Stengel,⁵ Luc Frimat,^{2,14} and Carole Ayav,^{1,2} on behalf of the CKD-REIN Study Group*

Abstract

Background and objectives Late stages of CKD are characterized by significant symptom burden. This study aimed to identify subgroups within the 5-year trajectories of symptom evolution in patients with CKD and to describe associated patient characteristics and outcomes.

Design, setting, participants, & measurements Among 2787 participants (66% men) with eGFR <60 ml/min per 1.73 m² enrolled in the CKD-Renal Epidemiology and Information Network (CKD-REIN) cohort study from July 2013 to May 2016, we assessed symptoms annually using the Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36) questionnaire until December 2020. A total of 9121 measures were reported over follow-up; all participants had symptoms scored for at least one time point. We used a joint latent class-mixed model to distinguish profiles of symptom trajectories.

Results Patient mean age (\pm SD) at baseline was 67 \pm 13 years, and mean eGFR was 33 \pm 13 ml/min per 1.73 m². The prevalence of each symptom ranged from 24% (chest pain) to 83% (fatigue), and 98% of participants reported at least one symptom. After a median (interquartile range) follow-up of 5.3 (3.4–6.0) years, 690 participants initiated KRT, and 490 died before KRT. We identified two profiles of symptom trajectories: a “worse symptom score and worsening trajectory” in 31% of participants, characterized by a low initial symptom score that worsened more than ten points over time, and a “better symptom score and stable trajectory” in 69% of participants, characterized by a high initial score that remained stable. Participants in the worse symptom score and worsening trajectory group had more risk factors for CKD progression at baseline, worse quality of life, and a higher risk of KRT and death before KRT than other participants.

Conclusions This study highlights a significant worsening of symptoms in about one third of the participants, whereas the majority reported low symptom severity throughout the study.

CJASN 17: 1588–1597, 2022. doi: <https://doi.org/10.2215/CJN.06140522>

Due to the number of contributing authors, the affiliations are listed at the end of this article.

Correspondence:

Dr. Moustapha Faye,
Allée du Morvan 54511
Vandœuvre-Les-Nancy,
France. Email:
moustapha439.faye@
ucad.edu.sn

- ✓ **Age : 67,0 \pm 12,6 ans**
- ✓ **Homme : 66%**
- ✓ **DFGe : 33,1 \pm 12,5 ml/min**
- ✓ **MRC stade 4-5 : 45%**

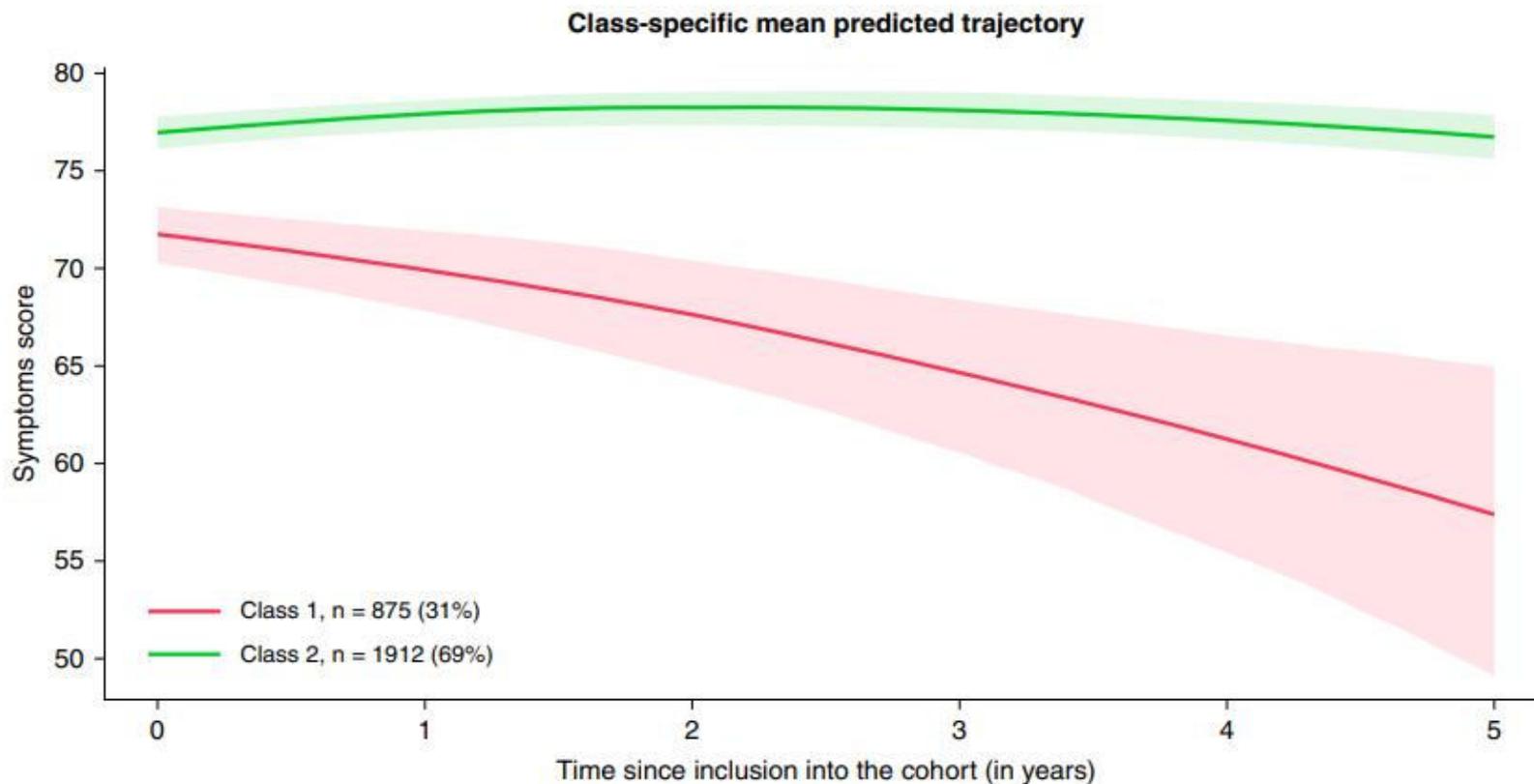
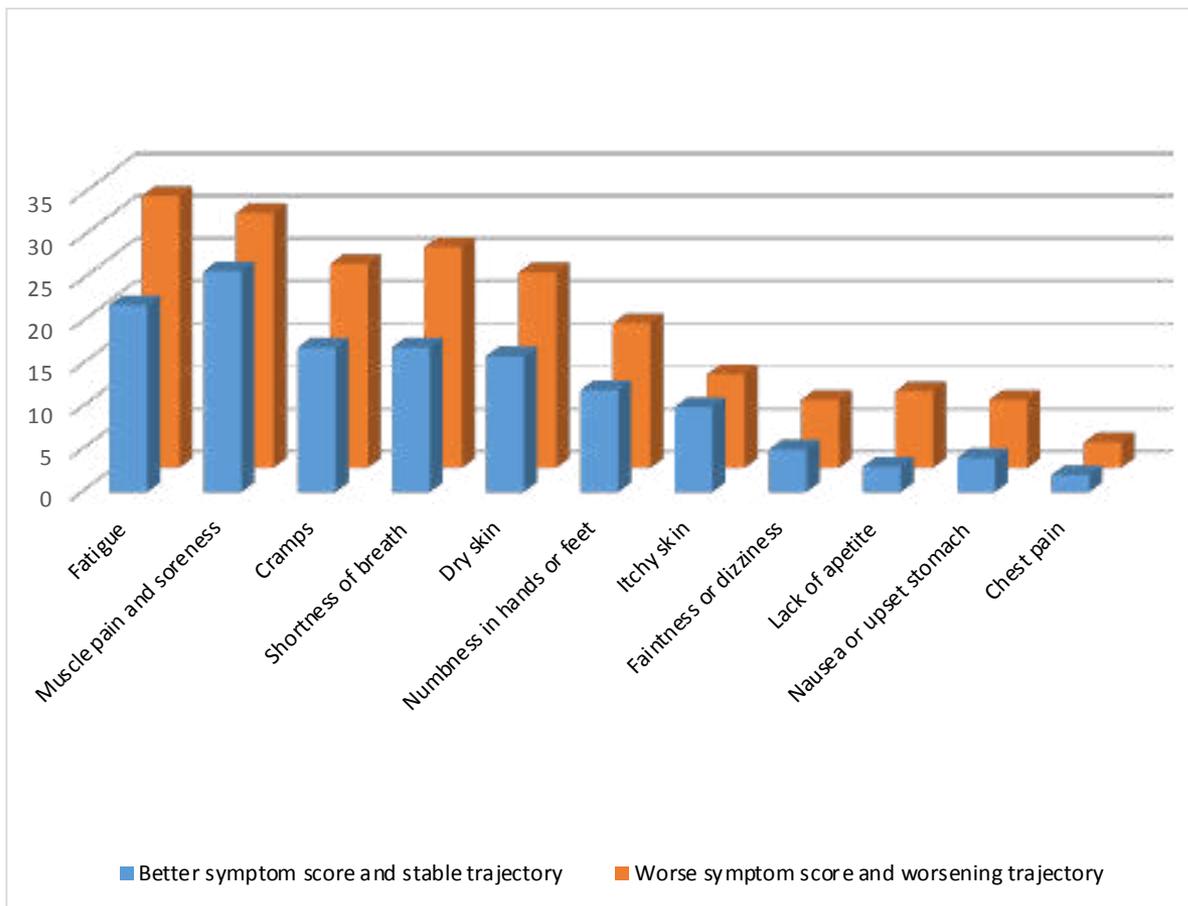


Figure 3. | Predicted mean trajectories (dark lines) of symptom score in the two identified latent classes and their confidence intervals (shaded bands). The worse symptom score and worsening trajectory group is represented in red and the better symptom score and stable trajectory in green. CKD-REIN cohort.

Résultats: prévalence des symptômes selon la classe



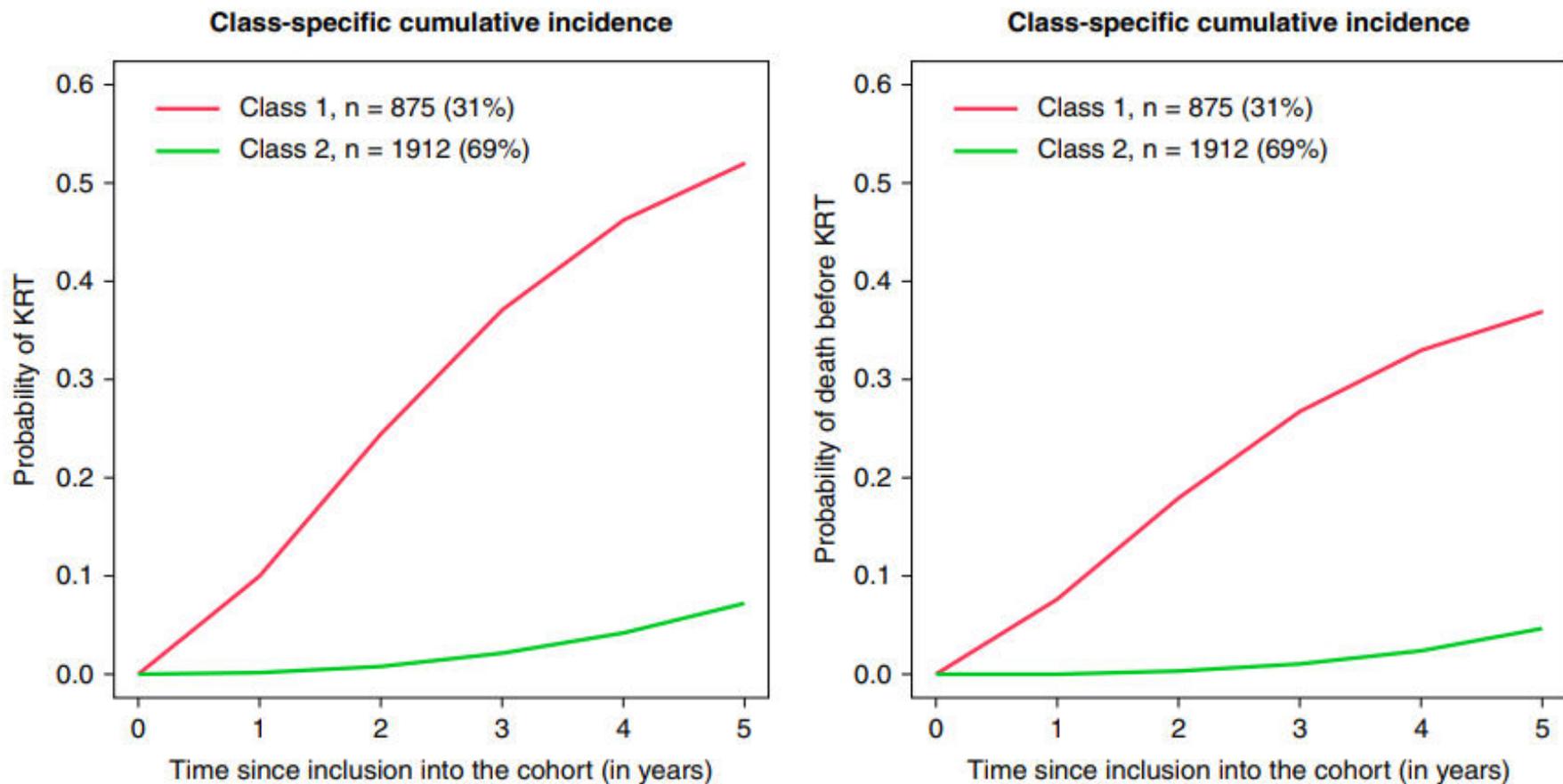


Figure 4. | Unadjusted probability of KRT (left panel) and death before KRT (right panel) by class of symptom score trajectory. CKD-REIN cohort.

Survival of patients who opt for dialysis versus conservative care: a systematic review and meta-analysis

Background

Conservative care (CC) has been proposed as a treatment alternative to dialysis in vulnerable patients.



Aim: to compare survival outcomes among patients explicitly choosing dialysis versus CC.

Methods



Electronic databases:

PubMed, Embase, Cochrane, CINAHL Plus, PsycINFO



Inclusion criteria:

CKD stage G4–5
Explicit choice for dialysis vs. CC



Outcome:

All-cause mortality

Results

22 observational cohort studies

At baseline, 'choice for dialysis' group had:
↓ lower age, less comorbidity, frailty, functional status

Median survival (unadjusted)



Dialysis choice
20–67 months



CC choice
6–31 months

Pooled mortality risk (age/sex adjusted)



aHR 0.47
(0.39–0.57)

Subgroup analysis



Severe comorbidity RR 0.66
(0.56–0.78)

Conclusion

Patients opting for dialysis have an overall lower mortality risk compared to patients opting for CC. Data were limitedly comparable and with high risk of bias.

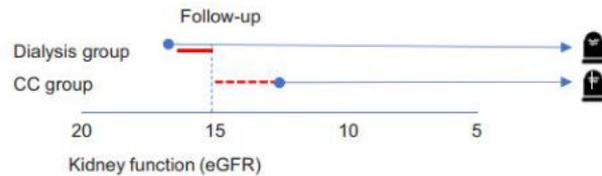
A Ideal study: start of follow-up at randomized treatment decision



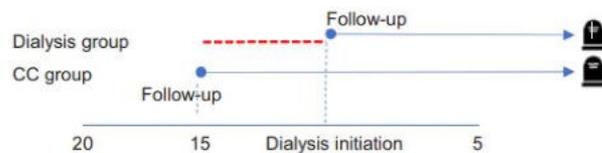
B Observational study: start of follow-up at treatment decision



C Observational study: start of follow-up from same eGFR for both D and CC groups



D Observational study: start of follow-up from an unequal eGFR



A: Ideal study: a design where therapy decision is randomized at a similar eGFR (on average). In an ideal observational study follow-up starts from treatment decision, which should be at a similar eGFR for all patients (on average). Please note that in observational studies, even when the start of follow-up is aligned at the treatment decision, other biases, such as indication bias, remain an important limitation.

B. Follow-up from treatment decision. Selection bias occurs in observational studies when the time between, in this example, eGFR 17 and 12 mL/min/1.73m² is immortal for CC patients: individuals who died soon after treatment decision will be missing from analyses. If not adequately discounted, the CC group has a survival advantage (i.e. over- or underestimation of the effect).

C: Follow-up from a specific eGFR threshold (e.g. eGFR of 15 mL/min/1.73m² for both the dialysis and CC groups). Selection bias of the dialysis group and CC group is reduced but still present. For the dialysis group, follow-up time (from, in this example, eGFR 17 to 15mL/min/1.73m² on average), and individuals who died soon after their treatment decision, will be missing from analyses. For the CC group, patients have had to survive up until the moment of start of treatment decision.

D: Follow-up does not start at an equal time point for both groups; at dialysis initiation versus eGFR <15 mL/min/1.73m² for CC group. Selection bias occurs when patients choosing dialysis, but dying before dialysis is initiated, are not included in the cohort.

FIGURE 1: Visualization of selection bias. In this figure, the course of eGRF also reflects the course of time.

Recommandations actuelles

	Quand démarrer la dialyse ?
KDIGO 2012	Lorsque des symptômes sont présents (souvent pour DFG entre 10 et 5 ml/min/1,73 m ²)
Canadian Guidelines 2014	Lorsque DFG < 6 ml/min/1,73 m ² ou lorsque des symptômes surviennent si DFG < 15
European guidelines 2011	Lorsque DFG < 15 et symptômes ; la majorité des patients seront symptomatiques entre 9 et 6 ml/min/1,73 m ²
KDOQI 2015	Uniquement sur les symptômes et pas sur le niveau de fonction rénale

Registry study

The IDEAL trial in Australia and New Zealand: clinical and economic impact

Background



There is only one randomised controlled trial (IDEAL) addressing the optimal time to start dialysis



Changes in clinical practice are difficult and complex and may not reflect the evidence base

Methods



Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry (ANZDATA)



Incident adult dialysis patients 2000–2018



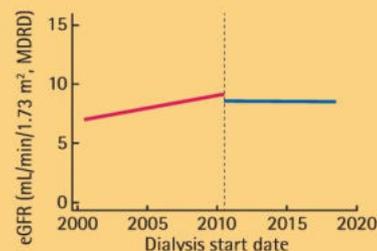
Piecewise linear regression: comparison of eGFR at dialysis commencement pre- and post-publication of IDEAL trial



Return on investment (ROI) of IDEAL: (current value of benefit – cost of investment) / cost of investment

Results

Annual change in eGFR at dialysis commencement



Before IDEAL:
2000–2010

↑ **+0.21**
(95% CI 0.19–0.23)

After IDEAL:
2010–2018

↔ **-0.01**
(95% CI -0.03–0.01)

Return on investment of IDEAL trial

AUD \$35.70 per
AUD \$1 spent



AUD \$84M per
year saved

N=38 980

incident adult dialysis
patients included



Conclusion

The trend to higher eGFR at dialysis commencement changed following publication of IDEAL results to a steady eGFR which has continued for a decade, avoiding unnecessary dialysis treatments and accruing savings to Australian and New Zealand health systems.



Dansie, K. et al. NDT (2021)

@NDTSocial

Outcomes of incident patients treated with incremental haemodialysis as compared with standard haemodialysis and peritoneal dialysis

Background

The majority of patients requiring dialysis start on thrice-weekly haemodialysis (TW-HD) in resource-rich countries. We compared outcomes of patients initiating with TW-HD, twice-weekly incremental HD (I-HD) and peritoneal dialysis (PD).

Methods



Switzerland



Single centre
Observational cohort



313 patients initiating from 2013 to 2020:

- 166 TW-HD
- 68 I-HD
- 79 PD

Results

Transition from I-HD to TW-HD: 9.8 +/- 9.1 months

Reference:
TW-HD

Overall
survival



Hospitalisation
at one year



I-HD

HR 0.49

95% CI 0.26 to 0.93

p = 0.029

β -0.89

95% CI -1.89 to 0.09

p = 0.077

PD

HR 1.15

95% CI 0.65 to 2.02

p = 0.625

β -0.35

95% CI -1.74 to 1.02

p = 0.612

Conclusion

I-HD is suitable for selected patients starting dialysis and can be maintained for a significant amount of time. Initiation with I-HD is associated with improved survival as compared to TW-HD or PD.

Enjeux

1. *Communication*
2. *Faire face à l'incertitude*
3. *Perspectives*



Vie de la société

Évènements

Médiathèque

Professionnels

Partenaires

Patients

Fonds de dotation

Nous contacter

Infolettre

Agenda

Emplois

Adhérer



Se connecter

Accueil / Actualités / Tribune pour une MRC grande cause nationale

Tribune pour une MRC grande cause nationale

19/04/2023 communication



« On peut faire reculer la dialyse de 20 %.
Qu'est-ce qu'on attend ? »
dix personnalités appellent à faire de
la MRC une grande cause nationale

Pour une MRC grande cause nationale

Près de trois millions de personnes touchées par la maladie rénale chronique (MRC) ne sont pas diagnostiquées.



Calculateurs



Ressources Médicales & Réglementaires



FAIRE UN DON



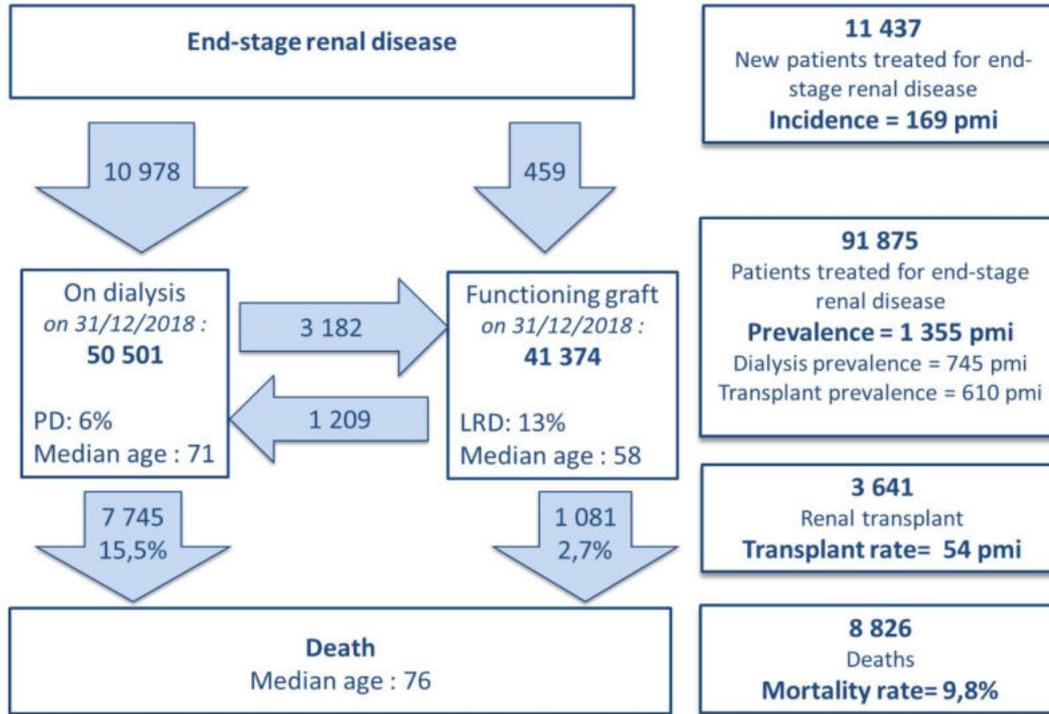
1

Trt conservateur



REIN Annual report 2019: Summary

In 2019



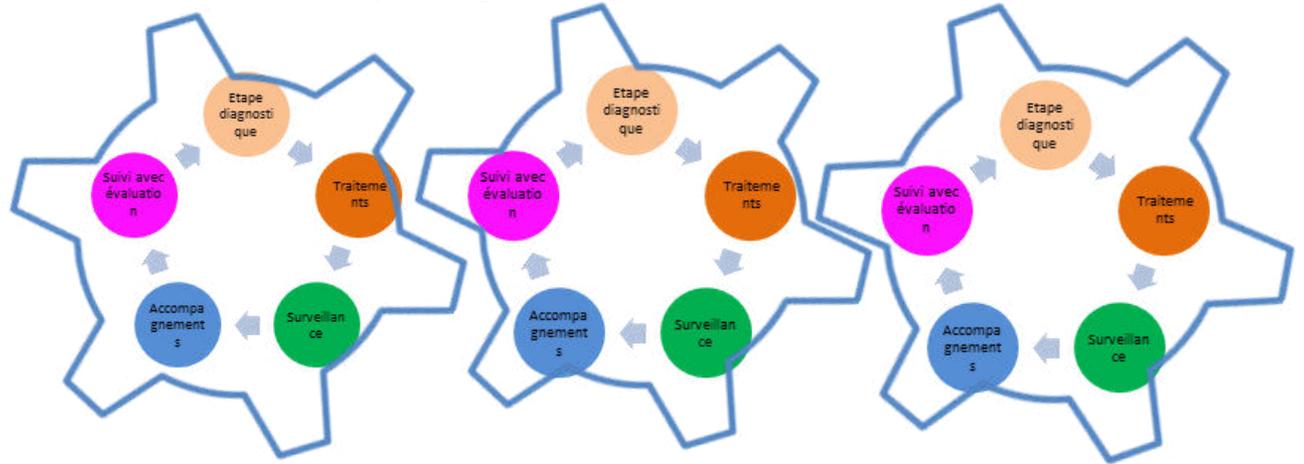
PD : peritoneal dialysis. LRD : living related donor. Pmp : per million population



Complications

Forfait MRC stade 4 et 5

Néphrologue avec IPAs en lien avec le médecin TTT



IDE Coord Réseau / NSM

IDE Coord MRC

IDE Coord Pré greffe

IDE Coord post greffe

2

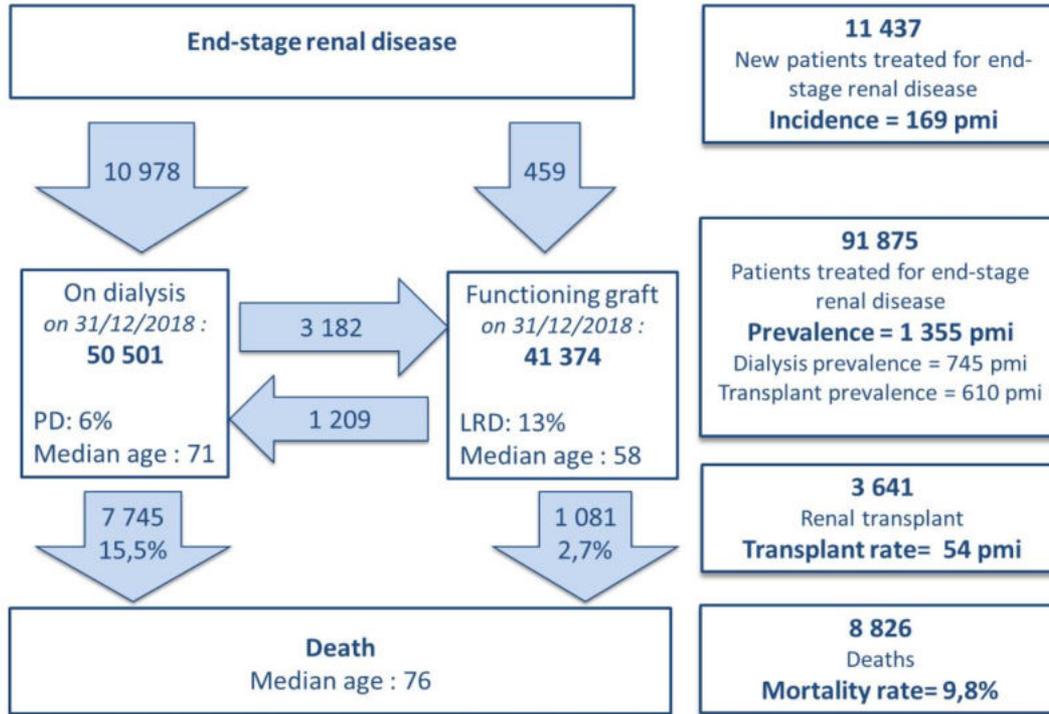
Prévention

Trt conservateur



REIN Annual report 2019: Summary

In 2019



PD : peritoneal dialysis. LRD : living related donor. Pmp : per million population

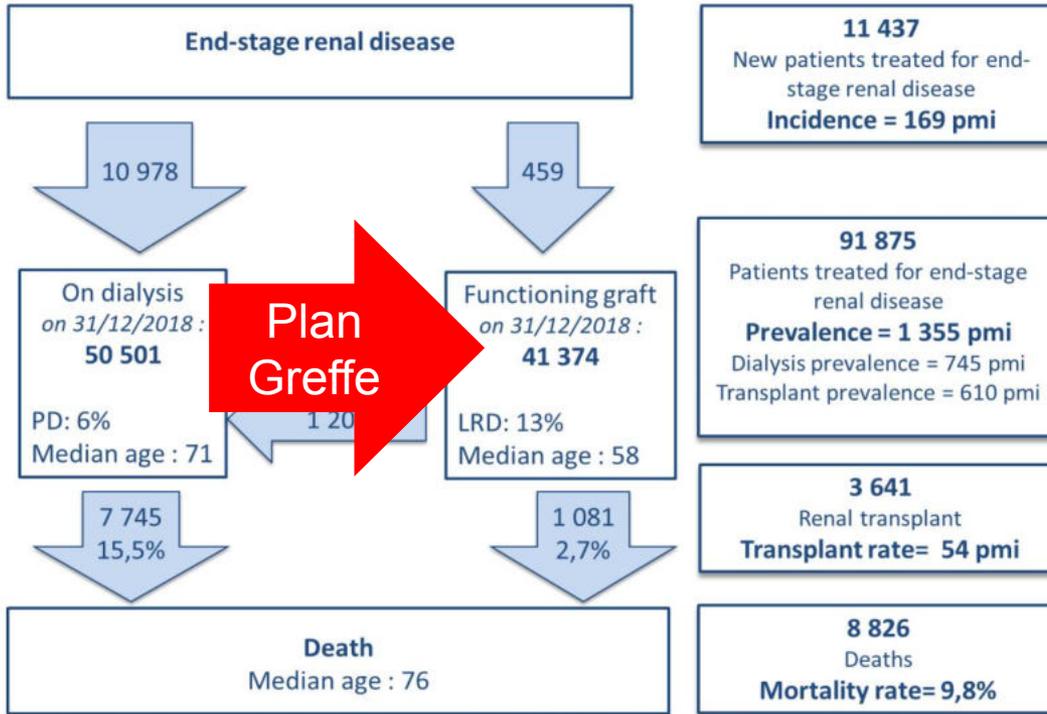


Prévention

Trt conservateur

REIN Annual report 2019: Summary

In 2019



3

Plan Greffe

PD : peritoneal dialysis. LRD : living related donor. Pmp : per million population



REIN Annual report 2019: Summary

Prévention

Trt conservateur

In 2019

End-stage renal disease

11 437
New patients treated for end-stage renal disease
Incidence = 169 pmi

10 978

459

On dialysis
on 31/12/2018 :
50 501

Plan
Greffe

Functioning graft
on 31/12/2018 :
41 374

91 875
Patients treated for end-stage renal disease
Prevalence = 1 355 pmi
Dialysis prevalence = 745 pmi
Transplant prevalence = 610 pmi

PD: 6%
Median age : 71

1 200

LRD: 13%
Median age : 58

3 641
Renal transplant
Transplant rate= 54 pmi

7 745

15,5%

1 081

2,7%

Death
Median age : 76

8 826
Deaths
Mortality rate= 9,8%

PD : peritoneal dialysis. LRD : living related donor. Pmp : per million population

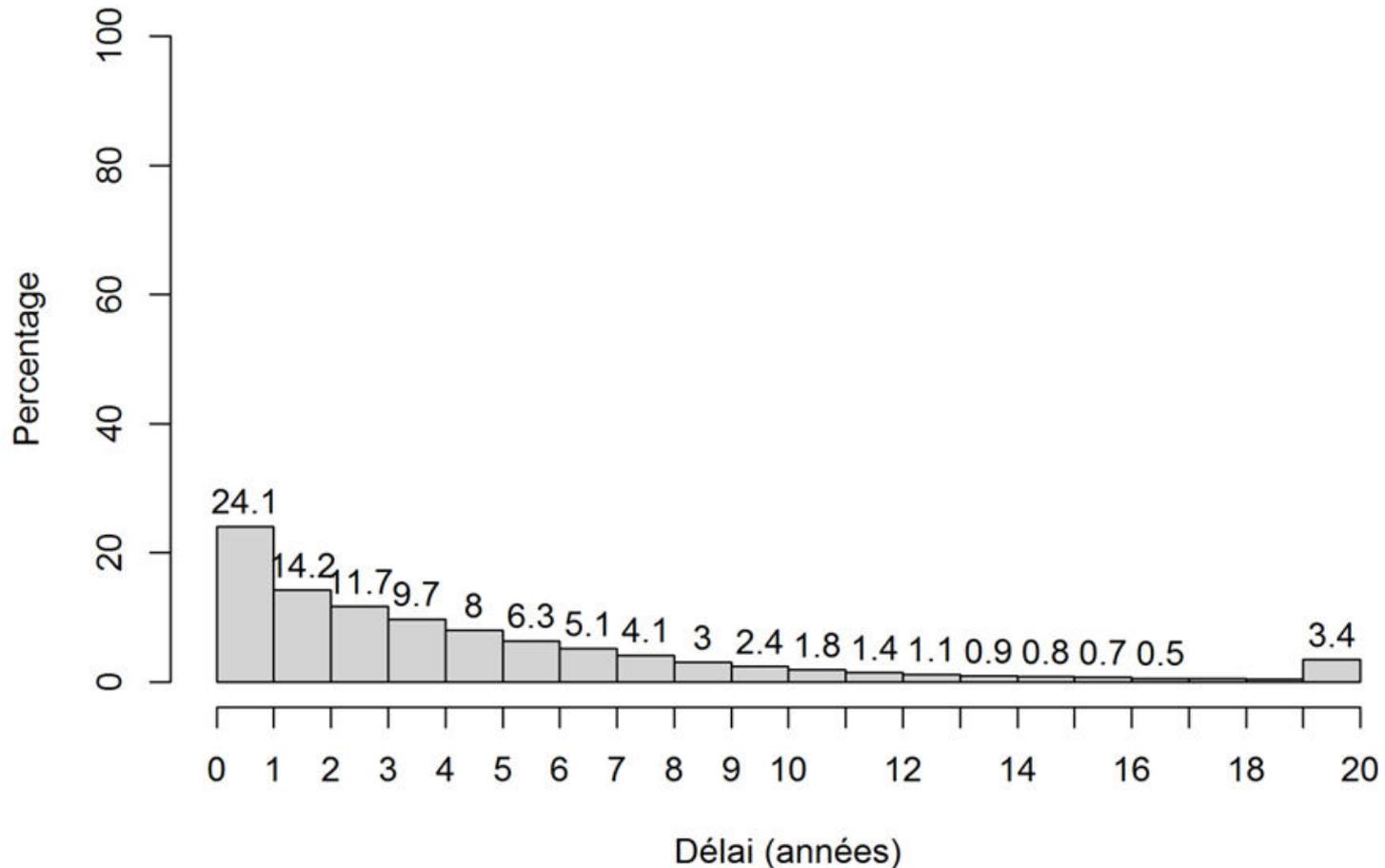
4

LAT



Arrêt de dialyse

Délai entre le premier tt et le décès
(nb : les délais > 20 ans ont été ramenés à 20 ans)



n= 39483 / median= 3 / mean= 4.7 / max= 46.6

**Guide pratique
LAT en Néphrologie
« adaptation, arrêt, limitation »**

**Groupe de travail de la SFNDT (n = 42)
Au 17 mai 23**

Composition du groupe

Aziz ABERKANE	Lyon – Décines	France-Rein
Jan-Marc CHARREL	Thonon	France-Rein
Michel COULOMB	Cannes	France-Rein
Virginie MORRIS	Pornic	France-Rein
Armelle DEBRU	Paris	Éthique
Faroudja HOCINI	Paris	Psychiatre, philosophe
Maider AGUIRREZABAL	Bayonne	Psychologue
Emmanuelle BUSCH	Nancy	Psychologue
Jean-Baptiste BEUSCART	Lille	Gériatre
Ariane GROSS	Paris	Gériatre
Cécile BERNARD	Marseille	Soins Palliatifs SFAP
Vianney MOURMAN	Paris	Soins Palliatifs
Bernard PATERNOSTRE	Bordeaux	Soins Palliatifs SFAP
Sophie CHRETIEN	Paris	IPA Soins Palliatifs
Dorothee MONCEL	Paris	IPA Soins Palliatifs
Lydie HOUILLON	Nancy	IPA Néphro ANFIPA
Élodie LAURENT	St Briec	IPA Néphro
Marie-Line PEQUIGNOT	Périgord	IDE AFIDTN
Julien PRAT	Paris	IDE
Dominique SCHMITT	Strasbourg	IDE AFIDTN

Composition du groupe

Olivier BONNY	Fribourg (Suisse)	22 néphrologues dont 1 docteur en philosophie (BH) et 1 docteur en éthique médicale (BD)
Philippe BRUNET	Marseille	
Cécile COURIVAUD	Besançon	
Bruno DALLAPORTA	Paris	
Simon DUQUENNOY	Avranches	
Luc FRIMAT	Nancy	
Aguilès HAMROUN	Lille	
Bernard HORY	Avignon	
Anne JOLIVOT	Lyon	
Dominique JOLY	Paris	
Nadia KERKENI	Montpellier	
Abdou NIANG	Dakar (Sénégal)	
Marie-Béatrice NOGIER	Toulouse	
Sophie PARAHY	Nantes	
Jean-Michel POCHET	Namur (Belgique)	
Serge QUÉRIN	Montréal (Canada)	
Marion SALLÉE	Marseille	
Mustafa SMATI	Epinal	
Tarik SQALLI HOUSSAINI	Fès (Maroc)	
Angelo TESTA	Nantes	
Marine VAN TRIEMPONT	Lille	
Anne-Sophie VERHOVEN	Paris	

80 ans

MRC stade 4
DFGe :
17 ml/min/1,73m²

DFGe : 17
sartan, EPO, bicar

1-2-2004

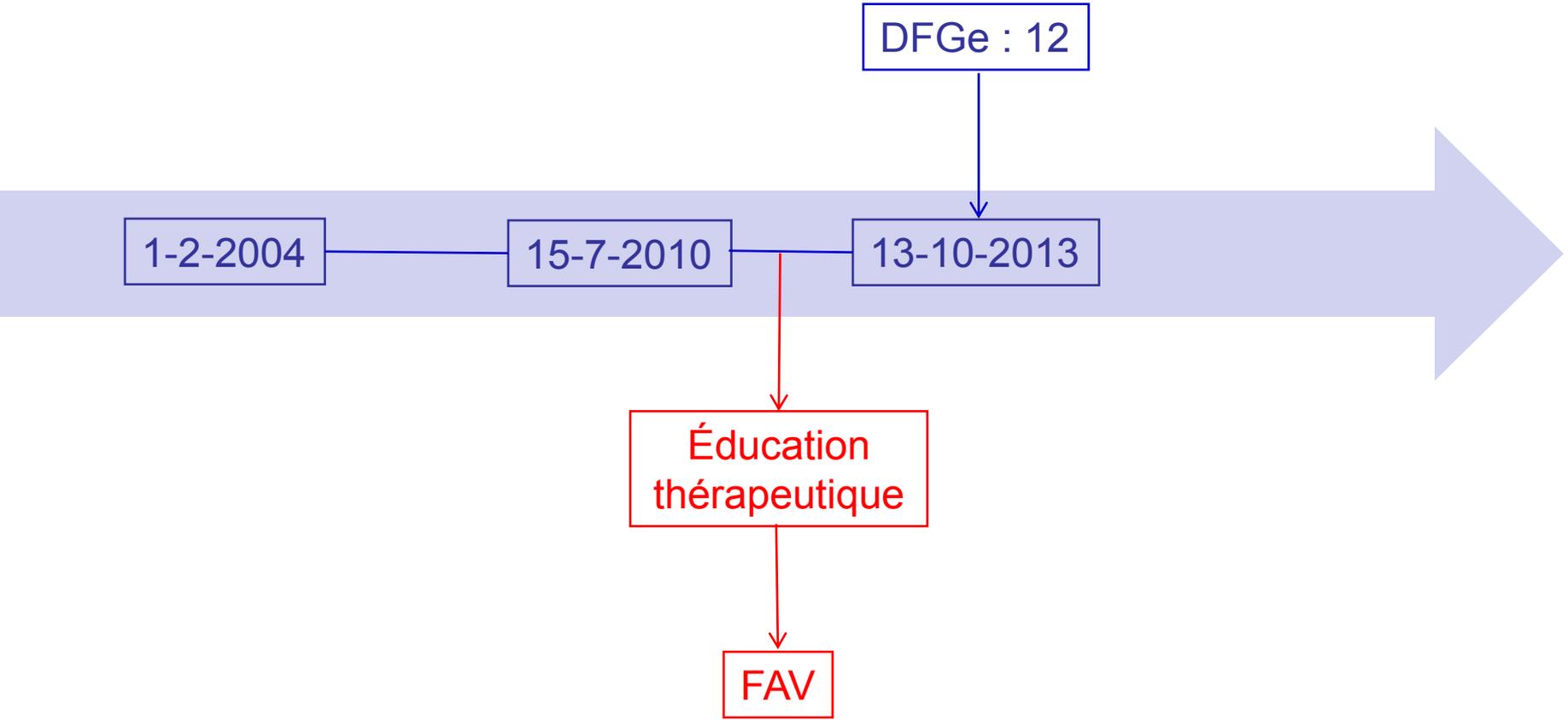
15-7-2010

Adénocarcinome
rénal

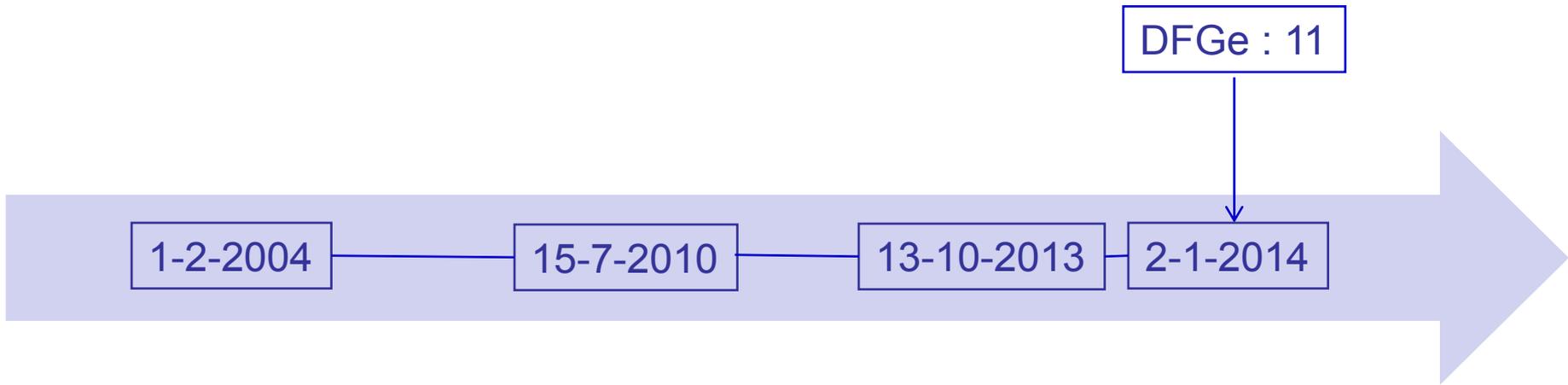
Radiofréquence



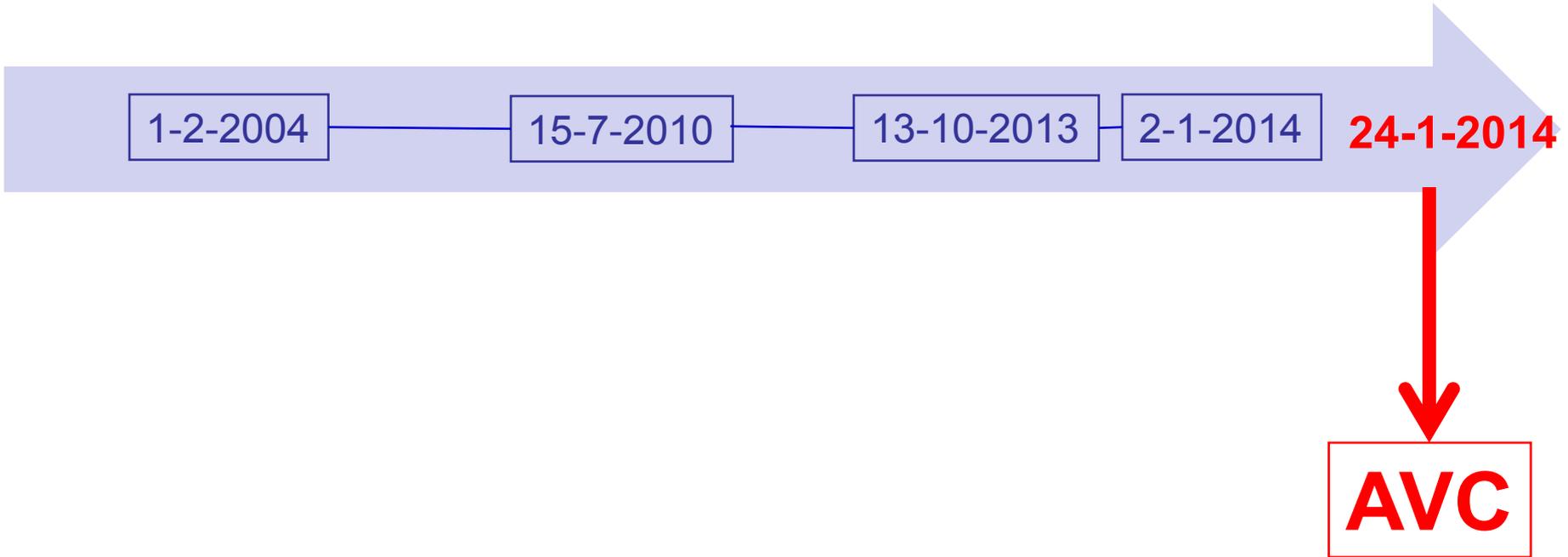
89 ans



90 ans



90 ans



1-2-2004

15-7-2010

13-10-2013

2-1-2014

24-1-2014

AVC

- 2.02.2014 -

Cher Professeur,

votre mari, Monsieur

de [REDACTED] ne viendra pas

à son R.V. du 3 mars

ni aux suivants, car,

il nous a quittés le 29

janvier.

Je voulais vous remercier

de l'avoir suivi depuis tant

d'années - avec fiabilité -
sage et compétence -
vous avez compris qu'il ne
voulait pas de diolyte,
et grâce au ciel, il l'aura,
éviter -

Il a sombré dans le coma
après son 2^e ave...

Mais les médecins lui ont bien
dit que le problème principal
était insuffisance rénale -
Je le savaais -

Soyez encore remercié et
croyez à mon amitié -

NC de [REDACTED]

Il y a dans le tempérament américain une qualité que l'on traduit là-bas par le mot « resiliency », pour lequel je ne trouve pas en français de correspondant exact, car il unit les idées d'élasticité, de ressort, de ressource et de bonne humeur.

Paul Claudel,

après son séjour d'ambassadeur à Washington