



Cas n° 1

Vous êtes appelé à visiter M. I. Reynal pour la première fois. Cet homme âgé de 82 ans souffre d'insuffisance rénale chronique depuis six ans. Après avoir discuté avec son néphrologue, il a refusé la dialyse. Il a subi plusieurs accidents vasculaires cérébraux (AVC) qui ont laissé comme séquelles une hémiparésie gauche et un début de démence vasculaire... M. Reynal présente depuis deux semaines des symptômes de faiblesse, d'inappétence, de confusion et d'agitation nocturne. Vous demandez un bilan sanguin, dont voici les résultats : créatininémie, 424 $\mu\text{mol/L}$ (50-130) ; taux d'urée, 21,8 mmol/L (2,9-8,2) ; uricémie, 651 mmol/L (210-430) ; calcémie, 2,31 mmol/L (2,12-2,62) ; phosphatémie, 1,41 mmol/L (0,81-1,58) ; taux d'hémoglobine, 94 g/L (134-175). M. Reynal est-il en phase terminale d'urémie ?

Son épouse désire le garder à domicile : est-ce possible ?

Cas n° 2

M^{me} U. Rémy, âgée de 69 ans, diabétique insulino-dépendante, souffre d'insuffisance rénale grave. Elle souffre également d'insuffisance cardiaque congestive et d'une maladie vasculaire périphérique grave ayant entraîné une amputation de la jambe gauche l'an dernier. Sa vue se détériore aussi progressivement à cause d'une rétinopathie diabétique. Elle vit avec sa fille et est sous dialyse péritonéale depuis trois ans. Lors de votre dernière visite, elle vous a fait part de son intention de cesser la dia-

La D^{re} Minh Ha Vo, omnipraticienne, exerce au centre hospitalier Jacques-Viger, à Montréal, au CLSC Verdun/Côte Saint-Paul et dans un cabinet privé à LaSalle.

L'urémie terminale*

la fin de vie à domicile du malade atteint d'insuffisance rénale

par Minh Ha Vo

L'état de M. Reynal, qui souffre d'insuffisance rénale grave, se détériore subitement : est-il en fin de vie ? L'agonie est-elle imminente ? Comment être sûr qu'on ne peut plus rien faire pour améliorer son état ?

Les deux cas qui suivent sont très représentatifs des patients atteints d'insuffisance rénale qu'un omnipraticien peut rencontrer à domicile.

lyse. Elle dit qu'elle n'a pas peur de mourir, mais craint de souffrir. Que lui conseillerez-vous ?

Quels cas d'insuffisance rénale suit-on à domicile ?

Dans le cadre du virage ambulatoire, le médecin omnipraticien est appelé à suivre à domicile des malades souffrant de problèmes médicaux complexes et chroniques. Plusieurs de ces malades sont en fin de vie. Parmi ces derniers se trouvent les patients atteints d'insuffisance rénale progressant vers le stade terminal et qui vont en mourir.

Le médecin rencontre surtout les situations cliniques illustrées dans les cas précités. Le premier est un patient qui n'est pas admissible à la dialyse et à la transplantation ou qui les refuse, et dont l'urémie progresse vers le stade terminal. Le deuxième est une patiente sous dialyse qui décide d'arrêter la dialyse ou dont l'état se détériore sous dialyse, et qui va mourir elle aussi des complications de l'urémie. Le *tableau I* énumère les causes les plus fréquentes d'insuffisance rénale chronique.

Tableau I

Causes de l'insuffisance rénale terminale par ordre de fréquence

- Diabète
- Néphroangiosclérose – maladies rénovasculaires
- Glomérulonéphrite chronique
- Polykystose rénale
- Autres (pyélonéphrite chronique, néphrite interstitielle, lupus érythémateux, etc.)

De la mise en route d'une dialyse à long terme à l'arrêt de la dialyse

Les symptômes et signes de l'urémie¹

En règle générale, les malades atteints d'insuffisance rénale chronique sont dirigés en néphrologie dès que la créatininémie s'élève au-dessus de 150 $\mu\text{mol/L}$ chez les femmes, et de 200 $\mu\text{mol/L}$ chez les hommes, ou si la

* Le contenu de ce texte a déjà été utilisé dans le cadre du congrès « Les soins palliatifs en réseau », tenu les 2 et 3 avril 2001.

Encadré

Formule de Cockcroft et Gault

$$\text{Clairance de la créatinine (mL/min)} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)} \times 1,2}{\text{Créatininémie plasmatique } (\mu\text{mol/L})}$$

clairance de la créatinine s'abaisse en deçà de 50 mL/min. On obtient la clairance de la créatinine en faisant un prélèvement des urines de 24 heures ou en la calculant selon la formule de Cockcroft et Gault (*encadré*).

Pour les femmes, il faut multiplier ce résultat par 0,85. Cette formule est généralement fiable, sauf dans les cas de cachexie ou d'obésité importante. On se sert alors du poids idéal pour calculer la fonction rénale.

La préparation pour la dialyse et (ou) la transplantation commence lorsque la clairance de la créatinine chute sous les 30 mL/min ou que les complications de l'urémie s'aggravent malgré le traitement conservateur. Cette préparation est effectuée par une équipe multidisciplinaire de pré-dialyse expérimentée composée de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux.

L'urémie se manifeste par de nombreux symptômes et signes systémiques que nous décrirons ci-dessous, système par système :

Troubles gastro-intestinaux. Hoquet, anorexie, nausées, vomissements, mauvaise haleine (halitose), sensation de mauvais goût dans la bouche (ammoniac ou autre), hémorragies gastro-

intestinales, constipation, diarrhée.

Troubles cardiovasculaires. Hypertension artérielle (presque toujours), anémie normochrome normocytaire qui peut être importante, insuffisance cardiaque congestive, œdème pulmonaire, péricardite sérofibrineuse, arythmie cardiaque, cardiomyopathie, athérosclérose accélérée.

Troubles respiratoires. Respiration de Kussmaul (inspiration profonde suivie d'une expiration brève et gémissante), haleine à odeur d'ammoniac, pneumonite hilaire (poumon urémique).

Troubles urinaires. Augmentation ou diminution de la fréquence des mictions, nycturie.

Troubles cutanés. Œdème des paupières et du visage, œdème périphérique, pâleur, teint gris-jaune, prurit, excoriations, ecchymoses, infections cutanées.

Troubles neurologiques. Céphalées, fatigue, troubles du sommeil, confusion, désorientation, faiblesse musculaire, myoclonies, syndrome des jambes sans repos, polyneuropathie, crampes, convulsions, coma.

Troubles musculosquelettiques. Ostéodystrophie rénale (déméralisation, fractures, ostéite fibreuse provo-

quant des douleurs osseuses), dépôts calciques périarticulaires et tissulaires, syndrome du tunnel carpien, monoarthrite cristalline, tophus (dépôts d'urate de sodium dans les tissus, sous forme de nodules).

Les symptômes et signes de l'urémie apparaissent à des degrés variables, au fur et à mesure que la clairance de la créatinine diminue. Les symptômes tels que la nausée, le prurit et le hoquet apparaissent quand la clairance de la créatinine se situe en deçà de 30 mL/min, alors que la respiration de Kussmaul est surtout un symptôme de la phase terminale. Les signes annonciateurs de l'urémie terminale (clairance de la créatinine inférieure à 10 mL/min) sont² : confusion, nausées et vomissements réfractaires, prurit généralisé, syndrome des jambes sans repos, oligurie (débit urinaire inférieur à 400 mL/24 h), kaliémie supérieure à 7,0 mmol/L réfractaire au traitement médical, péricardite urémique, syndrome hépatorénal, surcharge liquidienne réfractaire.

La dialyse et la transplantation

L'insuffisance rénale terminale (clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min) désigne le stade tardif de l'insuffisance rénale chronique. À ce stade, deux options thérapeutiques s'offrent au malade : la dialyse ou la transplantation. Les contre-indications à la transplantation rénale sont énumérées au *tableau II*.

Plusieurs patients se voient offrir la dialyse en attendant une transplantation. Il y a peu de contre-indications à la dialyse. À moins de démence profonde ou d'un cancer métastatique, presque tous les patients sont acceptés en dialyse dès qu'eux-mêmes ou leur famille en expriment le souhait. Le néphrologue doit bien expliquer au pa-

Les signes et symptômes de l'urémie apparaissent lorsque la clairance de la créatinine se situe en deçà de 30 mL/min : nausées, prurit, hoquet.

tient et à sa famille les limites de la dialyse : les chances de succès, les risques de complications, les effets secondaires et les conséquences, tant sur le pronostic vital que sur la qualité de vie³. Cela s'avère particulièrement important lorsque plusieurs autres maladies sont présentes. Par exemple, un patient ayant une maladie cardiovasculaire symptomatique, des atteintes cognitives ou des capacités fonctionnelles réduites a déjà une espérance de vie et une qualité de vie diminuées. La dialyse implique la nécessité de créer un accès vasculaire, des déplacements, un risque d'infections et d'hospitalisations... De plus, les patients souffrant de néphropathie diabétique ou de maladie vasculaire symptomatique répondent moins bien à la dialyse. D'autres circonstances peuvent aussi faire obstacle à la dialyse : manque de soutien familial, accès vasculaire difficile, difficulté à se déplacer à cause d'une maladie cardiaque ou d'une maladie artérielle grave. Tous ces facteurs doivent être bien expliqués au patient et à sa famille par l'équipe de pré-dialyse afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée. Pour certains patients dont la qualité de vie est déjà affectée par plusieurs maladies concomitantes, il n'est pas sûr que la dialyse sera bénéfique. Ces patients pourraient donc essayer la dialyse pendant deux à quatre semaines et être réévalués. S'ils présentent moins de symptômes urémiques (nausée, dyspnée, fatigue...) grâce à la dialyse, celle-ci pourra être poursuivie dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie^{4,5}.

L'arrêt de la dialyse

Les progrès récents de la bioéthique ont suscité des discussions plus ouvertes entre le médecin et le malade sur le commencement et l'arrêt de la

Tableau II

Contre-indications à la transplantation rénale

Contre-indications absolues

- Glomérulonéphrite active ou autres atteintes rénales réversibles
- Infections aiguës ou chroniques non traitées
- Affections coexistantes graves : maladie vasculaire cérébrale et (ou) coronarienne qui limite l'espérance de vie à moins d'un an
- Infection par le VIH
- Toxicomanie
- Incompatibilité sanguine ABO entre le receveur et le donneur

Contre-indications relatives

- Âge avancé
- Anomalies vésicales, urétérales ou urétrales à cause du risque de reflux et d'infection
- Lésions artérielles occlusives iliofémorales, car le nouveau rein est greffé sur l'artère fémorale
- Maladies psychiatriques non contrôlées

dialyse. L'âge en soi n'est plus une contre-indication à ce traitement. On note depuis une dizaine d'années que le nombre de patients âgés de plus de 65 ans qui entrent en dialyse augmente. Parallèlement, plusieurs études montrent que, depuis le début des années 90, le nombre de décès par arrêt de la dialyse augmente : environ 15 à 20 % des patients dialysés décident d'arrêter la dialyse et meurent des complications de l'urémie. Cela pourrait s'expliquer par le changement d'attitude de la société (le souci de la qualité de vie, la notion de mort dans la dignité) et l'usage plus répandu des directives préalables données par le malade, comme le testament biologique, qui limitent les interventions médicales^{6,7}.

Les circonstances suivantes peuvent justifier l'arrêt de la dialyse⁸⁻¹¹.

- **Aggravation d'une maladie chronique** : cardiomyopathie, diabète avec multiples complications (amputations, cécité, neuropathie grave), cancer.
- **Maladie aiguë incurable** : septicémie non contrôlée, AVC massif avec atteintes cognitives et physiques graves, perte irréversible de l'état de conscience.
- **Démence avancée ou déficits neurologiques graves**.
- **Problèmes techniques** : déplacement difficile hors du domicile et dialyse péritonéale à domicile impossible, manque de soutien familial.
- **Non-réponse à la dialyse** : non-amélioration des symptômes urémiques (tension artérielle non contrôlée,

Les signes et symptômes de l'urémie terminale (confusion, vomissements réfractaires, oligurie) apparaissent lorsque la clairance de la créatinine tombe en bas de 10 mL/min.

Repère

Tableau III

Liste des aliments riches en potassium et en phosphore

Aliments riches en potassium

Fruits confits, jus de pruneau, banane plantain, avocat, nectarine, rhubarbe, artichauts, citrouille, courge d'hiver, panais, patates sucrées, pommes de terre, pâte de tomate, haricots secs, fèves, lentilles, pois, graines, mélasse, substitut de sel potassique...

Aliments riches en phosphore

Chocolat, cacao, fèves, pois secs, noix, graines, céréales contenant des noix et des graines de type « granola », germe de blé, produits laitiers...

œdème, confusion, mauvais état général, prurit important).

Les particularités de la fin de vie d'un malade atteint d'insuffisance rénale

Le malade non dialysé¹

La littérature médicale offre peu de données sur l'insuffisance rénale chronique durant les derniers mois de vie du malade non dialysé. Jusqu'où doit-on aller dans la restriction alimentaire, dans le contrôle de l'hypertension et du diabète ? Plusieurs décisions restent au choix du médecin traitant et du malade. Le but du traitement à ce stade est surtout de contrôler les signes et symptômes de l'urémie afin d'améliorer la qualité de vie du malade tout en retardant l'apparition des complications mortelles. Il est essentiel d'assurer la collaboration du malade et de sa famille au traitement, d'expliquer le but du traitement et les conséquences de l'arrêt de la prise de certains médicaments. On vérifie tous les mois la formule sanguine, les taux d'urée, de créatinine, d'électrolytes, de calcium, de phosphore, d'acide urique et les gaz du sang veineux. Une augmentation rapide du taux de créatinine sans facteur déclenchant peut si-

gnaler l'approche du décès par urémie. Au fur et à mesure que l'état du malade se détériore, le médecin doit réévaluer la nécessité de faire des prises de sang afin de ne pas créer plus de malaises au malade.

Diète. Une diète sans excès de sel et de liquide est à conseiller. Cela consiste à ne pas ajouter de sel après la cuisson et à éviter les aliments riches en sel (croustilles, soupes du commerce, cornichons, produits de charcuterie salés, etc.). On restreint l'apport liquidien à deux litres par jour. Une consultation en nutrition, lorsque cela est possible, peut s'avérer utile. Le *tableau III* donne la liste des aliments riches en potassium et en phosphore à éviter dans les cas d'insuffisance rénale grave.

Médicaments. Le patient continue à prendre ses antihypertenseurs et ses hypoglycémifiants. On peut viser une tension artérielle inférieure à 180/100 et une glycémie allant de 10 à 15 mmol/L, pourvu que le patient soit asymptomatique. Il est possible qu'on soit obligé d'arrêter la prise des IECA en raison d'une insuffisance rénale grave (hyperkaliémie). On donne alors des inhibiteurs calciques à libération progressive (la nifédipine, le diltiazem, le vérapamil à action prolongée) ou de l'amlodipine. Les bêta-bloquants sont

aussi utiles pour contrôler la tension artérielle. Il faut réduire la dose des hypoglycémifiants oraux de type sulfonylurées (DiaBeta®, Diamicon®, etc.) et de l'insuline, car ces médicaments ont un catabolisme réduit. La metformine (Glucophage®) est à proscrire pour les patients souffrant d'insuffisance rénale grave, car elle est très néphrotoxique. Il faut aussi revoir fréquemment la liste des médicaments que prend le patient et interrompre la prise de certains médicaments de prévention à long terme (hypolipémiants, antiplaquettaires) lorsque l'espérance de vie à court terme est réduite.

Traitement de l'hyperkaliémie. On interrompt la prise des médicaments susceptibles d'augmenter la kaliémie (anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, etc.) ou on en réduit la posologie. Si la kaliémie se situe entre 5,5 mmol/L et 6,5 mmol/L, on peut garder le malade à la maison et lui administrer du Kayexalate® (préparé par le pharmacien dans du sorbitol) à raison de 15 g/24 h, qu'on augmente jusqu'à 50 g/24 h au besoin : on vise à réduire le taux de potassium à moins de 5,5 mmol/L. Si la kaliémie est supérieure à 6,5 mmol/L, le patient devrait être traité à l'hôpital. Mais si la fin de vie est proche ou que le patient refuse l'hospitalisation, on donne le traitement de Kayexalate® en augmentant la dose jusqu'à 50 g deux ou trois fois par jour. Il est à noter que le patient et la famille peuvent refuser le traitement en tout temps, pourvu qu'ils en connaissent les conséquences. L'hyperkaliémie en fin de vie chez un patient souffrant d'insuffisance rénale peut être un événement bienvenu.

Équilibre phosphocalcique. Le traitement de l'hyperphosphorémie chez

les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique a pour but de prévenir la déminéralisation osseuse. De plus, la diminution du niveau de phosphates sériques peut aider à contrôler le prurit urémique, le cas échéant. Au stade terminal de l'insuffisance rénale, le médecin doit reconsidérer la pertinence du traitement de carbonate de calcium et de vitamine D activée (Rocaltrol®), et l'interrompre s'il y a lieu.

Diurétiques. On traite la rétention hydrosodée et l'insuffisance cardiaque avec du furosémide à fortes doses (80 à 240 mg *per os*/24 h en doses fractionnées), tout en contrôlant les taux d'urée et de créatinine afin de ne pas trop exacerber l'insuffisance rénale. Si le patient ne veut plus prendre de médicaments ou s'il n'est plus possible d'utiliser la voie orale, on peut administrer le furosémide par voie intraveineuse (voir l'article intitulé « L'administration intraveineuse des médicaments à domicile », dans ce numéro).

Anémie. Il faut continuer le traitement à l'érythropoïétine synthétique (Eprex®) et au sulfate ferreux, car traiter l'anémie améliore l'état général du malade.

Équilibre acidobasique. Tout comme le traitement de l'hyperphosphorémie, le traitement de l'acidose par le bicarbonate de sodium prévient des complications à long terme comme la déminéralisation osseuse et la déficience immunitaire¹. Le traitement de l'acidose aide aussi à réduire le niveau de potassium¹. Soulignons que les chélateurs de phosphate comme le carbonate de calcium aident à réduire l'acidose métabolique.

Le traitement des dernières semaines de vie du patient atteint d'insuffisance rénale est décrit dans la section suivante.

Tableau IV

Soulagement des symptômes de l'urémie terminale

Dyspnée, tachypnée	Opiacés
Douleur	Opiacés
Soif	Éviter les médicaments qui augmentent la soif Soins de la bouche
Goût désagréable	Hygiène buccale
Nausées et vomissements	Haldol ^{MD} , métoclopramide
Hoquet	Largactil®, Haldol ^{MD} , Liorsesal®
Myoclonies et syndrome des jambes sans repos	Rivotril®, midazolam
Prurit	Soins de la peau Benadryl®, Atarax ^{MC}
Agitation, confusion	Environnement calme

Le patient qui cesse la dialyse

Une étude⁹ menée sur 18 patients qui ont décidé d'arrêter la dialyse après plus de trois ans de traitement indique que la majorité d'entre eux ont eu une belle mort, paisible et peu souffrante. En général, ces patients meurent environ 7 à 10 jours après l'arrêt de la dialyse. Quelques patients vivent plus longtemps, selon la fonction rénale résiduelle. La décision d'arrêter la dialyse est prise après maintes discussions entre le patient, la famille et l'équipe de dialyse, car il ne faut pas oublier que les patients nouent des liens très forts avec l'équipe de dialyse. Pour les patients qui désirent mourir à la maison, il faut donc assurer à domicile des soins de bien-être (voir l'article intitulé « L'agonie : chronologie des événements », dans ce numéro). Cela peut se faire grâce à la présence d'une

équipe de soins multidisciplinaire (médecin, infirmière, travailleur social, auxiliaire familiale, etc.), pour que ces malades ne soient pas abandonnés. Le contact téléphonique avec le néphrologue traitant est rassurant, tant pour le malade que pour le médecin de famille, qui n'est pas toujours habitué à suivre de tels cas.

En discutant avec le néphrologue, vous apprenez que la créatininémie de M. Reynal monte déjà graduellement depuis quelques mois et que son état général se détériore progressivement. Il est en phase terminale d'urémie.

Quant à M^{me} Rémy, vous vous asseyez avec elle et sa fille afin de comprendre ce qui motive sa décision d'arrêter la dialyse. Vous vous assurez qu'elle n'est pas en état dépressif. Vous l'assurez que, si elle le désire, vous continuerez à la suivre après l'arrêt de la dialyse,

Une étude menée sur 18 patients qui ont décidé d'arrêter la dialyse après plus de trois ans de traitement indique que la majorité d'entre eux ont eu une belle mort, paisible et peu souffrante.

Repère

conjointement avec l'équipe de soins à domicile, et que la plupart des malades pourront être soulagés adéquatement. M^{me} Rémy vous dit qu'elle en parlera à son néphrologue et à l'équipe de dialyse...

Le soulagement des symptômes liés à l'urémie^{10,14} (tableau IV)

L'urémie est un syndrome clinique englobant des signes et symptômes causés par l'accumulation des toxines et une surcharge de liquides intravasculaires et extravasculaires. À ce stade, on fait face aux conséquences à court terme de l'insuffisance rénale comme la surcharge liquidienne, l'hyperkaliémie et l'acidose. Il faut arrêter les prises de sang. L'hyperkaliémie ne doit plus être traitée. Cependant, il ne faut pas oublier que le fait d'examiner le malade avec un stéthoscope est un geste très symbolique pour le patient et pour sa famille. Cela signifie pour eux qu'on ne se désintéresse pas de l'état du malade et qu'on ne l'abandonne pas.

Les symptômes respiratoires. Le symptôme principal de l'acidose est la tachypnée (respiration de Kussmaul). La dyspnée associée peut être soulagée par les opiacés, surtout dans un contexte de soins à domicile, où il faut éviter le bicarbonate de sodium, qui augmente la soif et peut provoquer une surcharge liquidienne. Il faut ajuster la posologie des opiacés. Plus la clairance de la créatinine diminue, plus la demi-vie des opiacés est prolongée. Au début, le patient peut avoir

besoin d'une dose d'opiacé toutes les une à quatre heures par voie sous-cutanée. Cette posologie peut être espacée à une dose toutes les 12 à 24 heures si les symptômes (dyspnée et douleur) sont suffisamment soulagés. Cependant, le médecin doit toujours faire des ordonnances « q.h. p.r.n. », au cas où la douleur ou la dyspnée augmenteraient.

Une rotation des opiacés, c'est-à-dire le passage d'un opiacé à un autre, peut s'avérer nécessaire en raison de l'accumulation des métabolites, et ce, dans le but de réduire les effets toxiques des opiacés. Voici un exemple de rotation possible : passer de la morphine à l'hydromorphone (5 mg de morphine = 1 mg d'hydromorphone), en réduisant la dose d'hydromorphone ainsi calculée (1/5 de la dose de morphine) de 30 à 50 % de plus pour éviter une surdose.

Quelques études^{12,13} semblent indiquer que l'oxycodone à longue durée d'action pourrait être mieux toléré par les patients souffrant d'insuffisance rénale. Cependant, ces études évaluent les préparations à action prolongée, qui servent seulement à contrôler la douleur stable. Ces formes sont à éviter pour les patients mourant d'urémie terminale. L'oxycodone à courte durée d'action est disponible sous forme de comprimés et de suppositoires. Le rapport morphine orale/oxycodone est de 2 pour 1.

On appliquera aussi les autres mesures de soulagement de la dyspnée, comme l'usage d'un ventilateur, la né-

bulisation de soluté physiologique et les benzodiazépines.

L'hyperkaliémie. Au fur et à mesure que l'hyperkaliémie progresse se développe une arythmie cardiaque pouvant mener à la fibrillation ventriculaire et à l'arrêt cardiaque. D'autre part, l'acidose métabolique, l'œdème cérébral et l'hyperkaliémie précipiteront le malade dans un état comateux.

La douleur. L'urémie n'est pas douloureuse, mais le malade peut souffrir de douleurs causées par d'autres maladies associées (polynévrite, maladie osseuse avancée, maladie vasculaire périphérique, angine, goutte, etc.). Une étude¹⁰ révèle que les symptômes les plus fréquents dans les dernières 24 heures sont : la douleur, l'agitation, les myoclonies, la dyspnée, la fièvre, la diarrhée, la dysphagie et la nausée. La douleur est soulagée par les opiacés.

Durant ses deux dernières semaines de vie, M. Reynal a beaucoup de douleurs dues à ses chutes et à des crises de goutte intenses, douleurs pour lesquelles il reçoit de l'hydromorphone.

La soif. L'urémie augmente l'osmolalité sérique, ce qui provoque la soif. Le patient devrait donc arrêter de prendre les médicaments qui l'exacerbent (clonidine, anticholinergiques, etc.). Les soins buccaux sont prioritaires. La famille doit participer à ces soins lorsque le malade n'est plus autonome. L'hydratation fréquente, de la glace qu'on laisse fondre dans la bouche, le rinçage de la bouche plusieurs fois par jour et le brossage des dents sont des mesures de base. Il ne faut pas utiliser les « rince-bouche » du commerce, car ils contiennent de l'alcool, qui est asséchant. Une solution maison de 5 mL de bicarbonate de sodium et de 500 mL de solution saline constitue l'un des meilleurs « rince-bouche » pour le ma-

Les symptômes les plus fréquents dans les dernières 24 heures de vie d'un malade atteint d'insuffisance rénale sont : la douleur, l'agitation, les myoclonies, la dyspnée, la fièvre, la diarrhée, la dysphagie et la nausée.

Repère

lade en fin de vie. Le malade peut boire et manger s'il le désire. Cependant, forcer la prise de nourriture et de liquides à ce stade augmente le risque d'aspiration ainsi que la production de sécrétions, et peut accélérer la mort.

Le goût désagréable dans la bouche.

Ce problème est causé par la dégradation de l'urée présente dans la salive par les bactéries productrices de l'uréase pour former l'ammoniac. Ce symptôme est atténué par une bonne hygiène buccale et le rinçage de la bouche trois à quatre fois par jour.

Les nausées et les vomissements.

Chez les patients souffrant d'insuffisance rénale, ces symptômes répondent généralement aux neuroleptiques comme l'halopéridol (Haldol^{MD}) (0,5-1 mg *per os* ou s.c. q. 4-6 h p.r.n.). On peut aussi donner du métoclopramide (5-20 mg q. 6-8 h *per os* ou 10 mg q. 4 h s.c. p.r.n.)¹⁴.

Le hoquet. Voici quelques suggestions pour contrôler les hoquets : la chlorpromazine (Largactil[®]) (25-50 mg par voie rectale q. 4-6 h), l'halopéridol (1-2 mg *per os* ou s.c. q. 4-6 h) ou le baclofène (Lioresal[®]) (5-10 mg *per os* p.r.n.). Le soulagement complet du hoquet est souvent impossible¹⁴.

Les myoclonies et le syndrome des jambes sans repos.

Les myoclonies sont des secousses de contractions musculaires brèves, soudaines et involontaires. Les symptômes du syndrome des jambes sans repos sont des sensations de dysesthésie et de « tremblements », surtout présentes quand le patient est assis ou couché, et qui disparaissent avec le mouvement. Ces symptômes peuvent répondre aux benzodiazépines comme le clonazépam (Rivotril[®]) (0,5-2 mg *per os* q. 8 h p.r.n.). On en donne surtout si le patient en souffre ou si cela l'empêche de dormir¹⁴.

Le prurit. À ce stade, le traitement par les chélateurs de phosphates (Os-Cal[®]) n'est pas recommandé, car ces agents provoquent souvent de la constipation, et le prurit ne s'atténue qu'après plusieurs semaines de traitement. Les soins de la peau sont les mesures les plus importantes (voir l'article portant sur l'insuffisance hépatique, dans ce numéro, car ce sont les mêmes soins que pour le prurit cholestatique). On peut donner au malade de la diphenhydramine (Benadryl[®]) (25-50 mg *per os* q. 8-12 h) ou de l'hydroxyzine (AtaraxTM) (25-50 mg *per os* q. 6-12 h) si le prurit est intense.

L'agitation et la confusion. Le malade peut être inattentif et somnolent le jour, mais agité et irritable la nuit. Il est important de prévenir la famille de ce qui peut survenir, car ces symptômes sont angoissants pour l'entourage. Un environnement paisible et serein est souhaitable. La méthotrimeprazine (Nozinan[®]) (25-50 mg *per os* ou 12,5-25 mg s.c., t.i.d.), ou l'halopéridol (Haldol^{MD}) (0,5-5 mg *per os* ou s.c., b.i.d., t.i.d.) peuvent s'avérer utiles¹⁴.

M. Reynal présente beaucoup d'agitation nocturne, ce qui épuise complètement son épouse. Vous discutez du cas avec la travailleuse sociale du CLSC, qui met rapidement à contribution une auxiliaire familiale pour le surveiller la nuit afin que M^{me} Reynal puisse dormir. Vous réexaminez M. Reynal et vous découvrez qu'il a un globe vésical et que son genou est gonflé, rouge et douloureux. Son agitation est finalement contrôlée par l'halopéridol et les opiacés, ainsi que par la mise en place d'une sonde vésicale.

Les convulsions et le coma. L'irritabilité neurologique peut progresser des myoclonies et de l'astérisis aux convulsions. À ce moment, on peut

administrer du diazépam (Valium[®]) (10 mg par voie rectale q. 15-30 min). Les autres options sont le lorazépam (Ativan[®]) à raison de 0,05 mg/kg par dose (maximum 4 mg par dose, 8 mg par 12 heures par voie sublinguale ou sous-cutanée) ou le midazolam (Versed[®]) (0,2 mg/kg, maximum 10 mg s.c. par dose) toutes les 5 à 15 minutes au besoin, suivi d'une perfusion sous-cutanée de 30 mg par 24 heures¹⁴. À ce stade, le malade passera rapidement de la somnolence au coma avant de mourir¹⁰. □

Date de réception : 12 mars 2001.

Date d'acceptation : 23 avril 2001.

Mots clés : insuffisance rénale terminale, urémie terminale, arrêt de la dialyse, fin de vie, soins palliatifs à domicile.

Remerciements. L'auteure remercie le D^r Pippa Hall, professeur adjoint au service de médecine familiale de l'Institut de soins palliatifs de l'Université d'Ottawa, pour son aide précieuse à la révision de l'article.

Bibliographie

1. Vo MH. Insuffisance rénale chronique. Dans : Dechêne G, Duchesne M, Mégie M-F, Roy M. *Précis pratique des soins médicaux à domicile*. Saint-Hyacinthe : Edisem-FMOQ, 2000 : 422-7.
2. National Hospice and Palliative Care Organization. *Brief summary; medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases*. On peut se procurer des copies de ce document auprès de la NHPCO, 1901 North Moore St., suite 101, Arlington, VA 22209, ou à son site Web : www.nhpco.org.
3. Carpenter CB, Lazarus JM. Dialysis and transplantation in the treatment of renal failure. Dans : Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, réd. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14^e éd. New York : McGraw-Hill, 1998 : 1520-9.
4. Wolff JL. Annexe III. Problèmes éthiques en cas d'insuffisance rénale chronique : examens des grands principes thérapeutiques. Dans : Quéirin S, Valiquette L. *Physiopathologie des maladies du rein et des voies*

FMOQ - Formation continue La FMOQ sous d'autres cieux

24 au 30 novembre 2001, Varadero, Cuba
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499



Summary

Terminal uremia: end of life at home for the patient suffering from kidney failure. It is possible to follow patients dying from end-stage renal disease at home. This can be done if the family physician improves his knowledge of the symptoms of the uremic-related death, of the optimal management of those symptoms and related psychosocial issues. Good quality terminal care and the support of a competent home care team will give those patients the possibility of dying in their own home.

Key words: end-stage renal disease, terminal uremia, withdrawal from dialysis, end of life, palliative home care.

- urinaires*. Edisem Maloine, 2000 : 249-55.
5. Fouks CJ. Ethical dilemmas in dialysis: to initiate or withdraw therapy. Dans : Nissenson AR, Fine RN, éd. *Dialysis Therapy*. 2^e éd. Philadelphie : Hanley & Belfus, 1993 : 340-4.
 6. Mailloux LU, Bellucci AG, Napolitano B, Mossey RT, Wilkes BM, Bluestone PA. Death by withdrawal from dialysis, a 20-year clinical experience. *J Am Soc Nephrol* 1993 ; 3 : 1631-7.
 7. Port FK, Wolfe RT, Hawthorne VM, Ferguson CW. Discontinuation of dialysis therapy as a cause of death. *Am J Nephrol* 1989 ; 9 : 145-9.
 8. Conneen S, Tzamaloukas A, Adler K, Keller L, Bordenave K, Murata G. Withdrawal from dialysis: ethical issues. *Dialysis and Transplantation* 1998 ; 27 (4) : 200-24.
 9. Cohen LM, McCue JD, Germain M, Kjellstrand CM. Dialysis discontinuation: a good death ? *Arch Int Med* 1995 ; 155 (1) : 42-7.
 10. De Velasco R, Dinwiddie LC. Management of the patient with ESRD after withdrawal from dialysis. *ANNA J* 1998 ; 25 : 611-4.
 11. Cohen LM, Germain M, Poppel DM, Woods A, Kjellstrand CM. Dialysis discontinuation and palliative care. *Am J Kidney Dis* 2000 ; 36 (1) : 140-4.
 12. Mucci-LoRusso P, Berman BS, Silberstein PT, Citron ML, Bressler L, Weinstein SM, Kaiko RF, Buckley BJ, Reder RF. Controlled-release oxycodone compared with controlled-release morphine in the treatment of cancer pain: a randomized, double-blind, parallel-group study. *European J Pain* 1998 ; 2 : 239-49.
 13. Bruera E, Belzile M, Pituskin E, Fainsinger R, Darke A, Harsanyi Z, Babul N, Ford I. Randomized, double-blind, cross-over trial comparing safety and efficacy of oral controlled-released oxycodone with controlled-released morphine in patient with cancer pain. *J Clin Oncology* 1998 ; 16 (10) : 3222-9.
 14. Regroupement de pharmaciens ayant un intérêt pour les soins palliatifs. *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*. 2^e éd., 1998 : 78, 80, 86, 135-7, 147-8, 151-4.

**SI VOUS NE SUPPORTEZ PLUS
LA MISÈRE
SUPPORTEZ-NOUS**

Merci de donner à Centraide 288-1261



Centraide

LE DON DE CHANGER LES CHOSES