

Hémodialyse

QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS V.I.H. TRAITÉS PAR HÉMODIALYSE

Évelyne TELLIER, *infirmière** / N. CHAMTON, *infirmière*** /

M.B. LITCHINKO, *cadre infirmier**

* Clinique Médicale Édouard Rist, Paris.

** Infirmière, déléguée régionale, AFIDTN, Hôpital Henri Mondor, Val-de-Marne.

OBJECTIF

Maintenir une qualité de vie dans la prise en charge de deux pathologies opposées dans leur traitement médicamenteux.

Notre étude a porté sur l'expérience de deux lieux, et deux structures différentes :

I – PRÉSENTATION DES SERVICES, QUELQUES DATES...

C.H.U. Henri Mondor

1974 - Ouverture du Service d'Hémodialyse (8 postes et un poste d'urgence).

1984 - Ouverture du Service d'Immunologie (20 lits d'hospitalisation).

1990 - Travaux dans le Service d'Immunologie
- Salle pour aérosols de Pentacarinat
- Hôpital de jour Immunologie - Néphrologie.

1992 - Ouverture d'une consultation pour favoriser l'adéquation travail-hôpital : samedi 8 h 30 - 12 h 30.

Équipe médicale Immunologie et Néphrologie

Équipe soignante pluridisciplinaire Immunologie-Néphrologie

1997 - Travaux de réfection du Service d'Hémodialyse.

Clinique Médicale et Pédagogique Édouard Rist (Fondation Santé des Étudiants de France)

1969 - Ouverture du Service de Néphrologie-Hémodialyse (1975 : 30 postes).

1989 - 1991 - Ouverture d'un service de maladies infectieuses (13 lits d'hospitalisation).

1993 - Extension du service de maladies infectieuses à 26 lits d'hospitalisation.

Équipe médicale Néphrologie-Hémodialyse pluridisciplinaire

Équipe soignante Néphrologie-Hémodialyse et infectieuse.

1999 - Projet d'aménagement des deux services.

Historiquement, les équipes médicales et paramédicales des services d'hémodialyse ont été confrontées à différentes épidémies dues aux virus de l'hépatite B, C puis en 1985 à l'arrivée d'un nouveau virus, le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.).

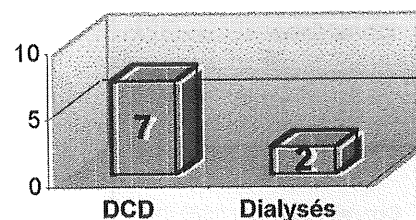
Une concertation, une prise de conscience plus rapide que dans les autres services, et un dialogue s'instaurent entre les équipes, pour donner lieu à un ensemble de réflexion sur l'organisation de travail, les moyens de prévention dans une salle, la prise en charge thérapeutique, et psychosociale des patients.

En Ile-de-France, au 1^{er} mars 1997, le taux de prévalence de l'infection par le V.I.H. chez les patients dialysés est de 1,5 % environ. Le nombre de patients dialysés infectés par le V.I.H. est de 82 à l'échelon national.

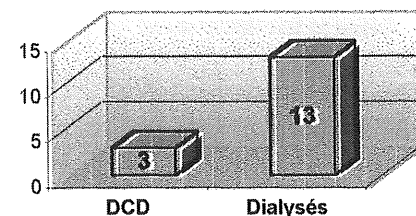
Actuellement, les équipes soignantes des services d'hémodialyse du C.H.U. Henri Mondor (94) et de la Clinique Médicale et Pédagogique Édouard Rist (Paris XVI^e) prennent en charge 13 patients.

II – HISTOIRE ET ÉVOLUTION DE L'INFECTION PAR LE V.I.H. DANS LES DEUX SERVICES DE 1985 À 1998

Histoire et évolution de l'infection à V.I.H. dans les deux services de 1985 à 1998



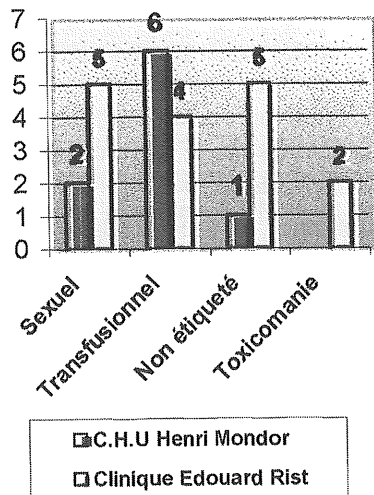
graphique I : C.H.U. Henri Mondor



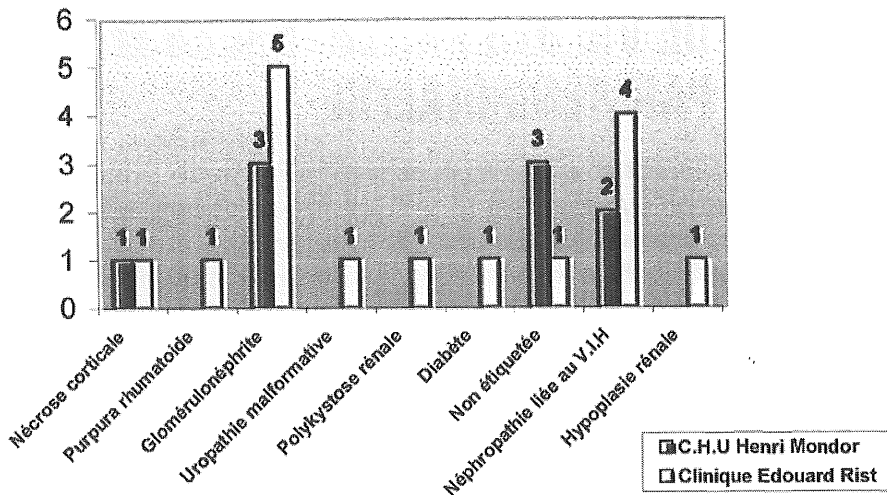
Graphique II : Clinique Édouard Rist

Avant 1985, la contamination par transfusion, était la plus importante pour cer-

Hémodialyse



Graphique III : Mode de contamination



Graphique IV : Origine de la néphropathie

A propos des virus B, C, H.I.V.

DATES

Les précautions standards

Circulaire projet 1988 DGS /DH

Vaccination hépatite B obligatoire pour les professions de santé

Recommandations pour les Insuffisants rénaux

Loi 91- 73 du 18 janvier 1991 - CSP

Précautions universelles

Circulaire du 3 août 1989 DGS / DH

Création d'un C.L.I.N obligatoire

Décret 06 Mai 1988 n°88-657

1990

1986

1986

1987

1985

1985

1981

1975

1971

1785

EVENEMENTS

Hépatite C (VHC)
Utilisation des tests ELISA

Dénomination par le comité international de nomenclature V.I.H

Engérix B *
GenHévac B *

Notion de variabilité génétique du V.I.H

L.A.V 1 (Montagnier et Gallo)
Test de dépistage du L.A.V
isolement du virus L.A.V
Hévac B *

Découverte du virus non A non B

Découverte du virus Hépatite B par Dane
Découverte de l'Eau de Javel par le chimiste BERTHOLLET (Village de Javel- Paris)

- Virus de l'hépatite B (Famille : Hépadnavirus)
- V.I.H Virus de l' Immunodéficience Humaine (Famille : Rétrovirus)
- V.H.C Virus de l'Hépatite C (Famille : Flaviviridae)
- L.A.V Lymphadenopathy Associated Virus - Virus associé à une lymphadénopathie
- C.L.I. N Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- * Vaccination
- Moyens de prévention pour la communauté

tains patients souffrant d'anémie secondaire à l'insuffisance rénale terminale. Actuellement, les transfusions sont moins utilisées du fait :

D'une part, la correction du déficit vitamini- que, la prévention de l'hyperparathyroï- die, le meilleur suivi du bilan martial, la surveillance de l'intoxication aluminique ;

D'autre part, la réduction de la spoliation sanguine par la restitution intégrale de la circulation extra-corporelle, la diminu- tion des coagulations du circuit sanguin,

Hémodialyse

la bonne manipulation des anticoagulants et la diminution des bilans sanguins.

Et enfin, l'utilisation large de l'érythropoïétine recombinante : r-HuEPO.

La meilleure sélection des donneurs permet de diminuer le risque résiduel qui est actuellement de 1/1 million.

Historique de la r-HuEPO

1985 Clonage du gène

1986 Premiers essais thérapeutiques

1988 Autorisation A.M.M. pour adultes hémodialysés

1989 Commercialisation r-HuEPO

Érythropoïétine alpha®

Érythropoïétine bêta®

1995 Utilisation en pré-dialyse

III – HÉMODIALYSE ET INFECTION A V.I.H. DANS LES DEUX CENTRES

Les équipes médicales et soignantes des deux services vivent les mêmes expériences délicates de l'annonce de la séropositivité au suivi en hémodialyse et doivent faire face aux réactions des patients en fonction de leur histoire.

Comme le montrent les tableaux, deux schémas apparaissent sur la base de 13 patients :

– Les patients sont séropositifs avant la mise en dialyse.

– Les patients sont en dialyse et apprennent leur séropositivité.

• **L'anxiété** est la pierre angulaire de ces deux maladies chroniques. L'incertitude face à la maladie et à son traitement, la peur de la souffrance et de la mort.

• La perturbation de l'image corporelle, l'isolement social pour certains et la stigmatisation sont des sentiments souvent exprimés par les personnes atteintes.

Les objectifs des deux équipes travaillant en étroite collaboration est le maintien

d'une qualité de vie, **tenant compte** de l'ambivalence des traitements, et de l'évolution des maladies.

Nos soins infirmiers sont centrés sur :

– Respect de la stratégie de dialyse établie par l'équipe médicale.

– Savoir respecter les mécanismes de défense, être présent, à l'écoute, empathique, sont des attitudes qui facilitent l'identification de l'anxiété et qui aident la personne à chercher des solutions.

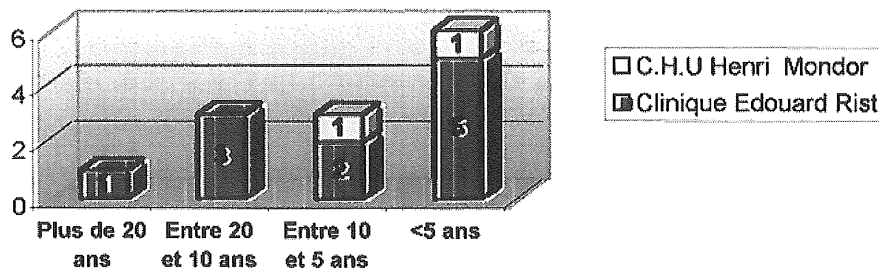
– Différencier les signes et les symptômes de l'infection par le V.I.H. de ceux liés aux complications de l'hémodialyse.

– Prendre des mesures d'hygiène adaptées pour la protection des patients immuno-déprimés et la protection des autres patients en salle d'hémodialyse.

– Faciliter la compliance au traitement pour la prise en compte des besoins fondamentaux des patients.

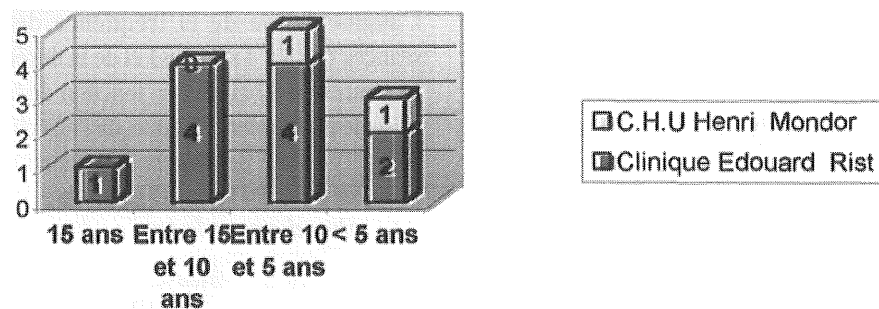
Graphique I :
Mise en dialyse

	Plus de 20 ans	Entre 20 et 10 ans	Entre 10 et 5 ans	< 5 ans
C.H.U. Henri Mondor			1	1
Clinique Édouard Rist	1	3	2	5

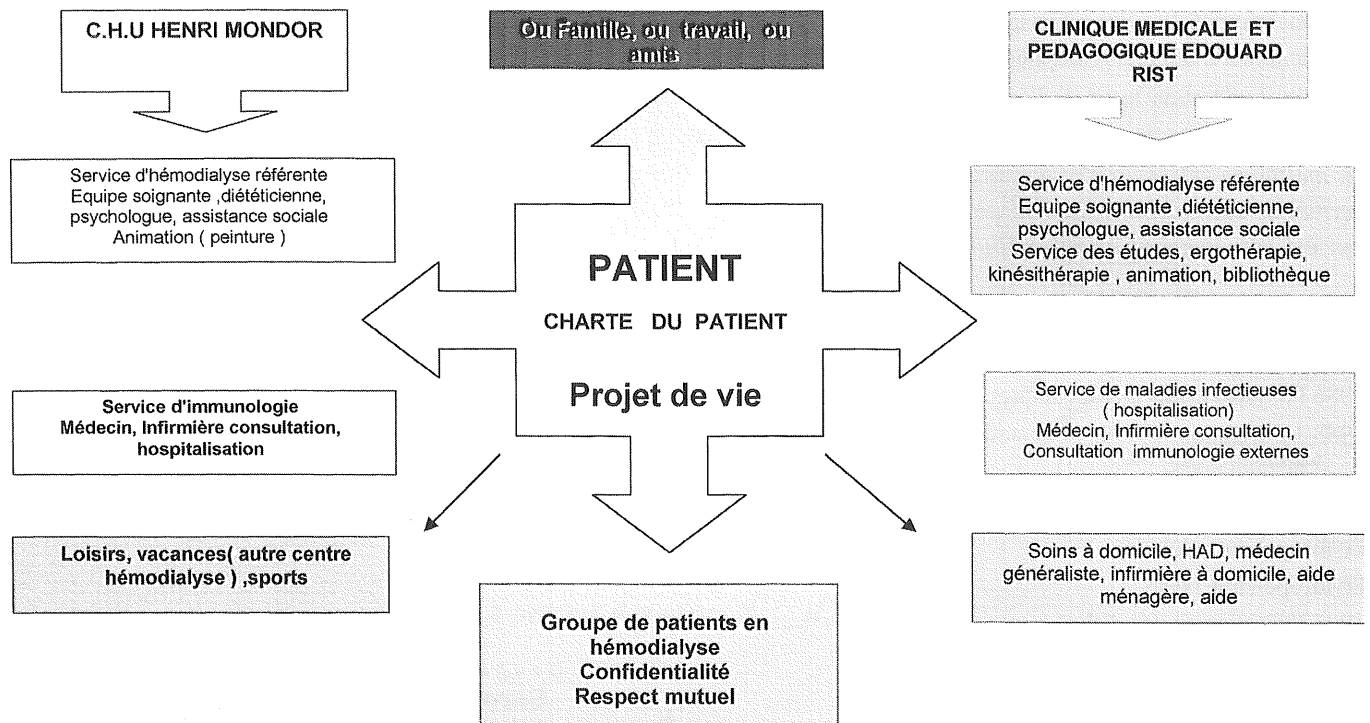


Graphique II :
Séropositivité

	15 ans	Entre 15 et 10 ans	Entre 10 et 5 ans	< 5 ans
C.H.U. Henri Mondor		0	1	1
Clinique Édouard Rist	1	4	4	2



Hémodialyse



– Assurer notre rôle éducatif auprès des autres patients en veillant au respect de la confidentialité.

A – Stratégie de la dialyse

1) Le choix de la membrane

Son choix se fait selon les critères suivants :

- L'âge du patient.
- L'état clinique : longévité dans l'hémodialyse, durée de la séropositivité.
- L'état nutritionnel.
- Les patients jeunes sans espoir de transplantation.

Clinique Édouard Rist :

Membrane à haute perméabilité type polysulfone ou triacétate de cellulose.

C.H.U. Henri Mondor :

Diacétate de cellulose, triacétate de cellulose.

2) Fréquence et durée de la séance de dialyse

Deux possibilités en accord avec le patient :

L'augmentation de la fréquence des séances (de 3 à 4 séances) et de la durée (4 heures ou 5 heures) en fonction de la prise de poids interdialytique, de l'état clinique (épisode de diarrhée, œdèmes).

3) L'abord vasculaire

La fistule artério-veineuse est un capital précieux et nécessite une technique adaptée, et une bonne appréciation de la F.A.V. (écoute au stéthoscope, thrill à la palpation, état de la peau).

Les ponctions répétées entraînent une agression permanente chez les patients et sont source de conflits et prennent des proportions plus importantes quand la souffrance psychique est plus grande ; avant toute ponction :

- Accueil et écoute du patient.
- Disponibilité.
- Éviter l'empressement au branchement et au débranchement.

- Bonne appréciation de la F.A.V. (écoute au stéthoscope, thrill à la palpation, état de la F.A.V.).
- A la ponction, précautions : anévrismes, F.A.V. à haut débit.
- Choix du matériel.
- Adoption d'une même technique dans l'équipe.

Toute anomalie est consignée dans la fiche de transmissions (Rist) dans le dossier de dialyse.

B – Qualité de l'environnement

Actuellement il n'existe pas de contamination par le V.I.H. dans nos salles d'hémodialyse.

L'application des mesures standard en hémodialyse dans la pratique des soins infirmiers nécessite la mise en œuvre des mesures spécifiques définies par le C.L.I.N. (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) de l'établissement sous forme de protocoles et de fiches techniques.

Hémodialyse

1) La fragilité du virus

Pour que les méthodes de désinfection soient efficaces, le matériel doit être soigneusement nettoyé au préalable. Le virus V.I.H. est très sensible aux méthodes de stérilisation, chaleur, chimique.

Il est facilement inactivé par la plupart des désinfectants à condition que ceux-ci soient utilisés conformément aux instructions du fabricant.

2) Architecture des deux services

L'architecture des deux services est différente, et il importe de souligner deux points essentiels :

– Au C.H.U. Henri Mondor, salle commune et point d'eau à l'extérieur de la salle.

– A la Clinique Édouard Rist, deux chambres seules et un point d'eau dans

chaque salle de dialyse (quatre postes maximum).

L'isolement du patient est plus difficile à réaliser dans le centre C.H.U. Henri Mondor qu'à la Clinique Édouard Rist en raison de l'architecture des locaux.

3) Moyens de prévention aux deux structures

MOYENS PRÉVENTIFS	MESURES HABITUELLES	MESURES OCCASIONNELLES	OBJECTIFS
Désinfection Habitacle générateur (Structure et matières différentes selon constructeur)	Usage de cuvettes et mêmes lavettes. Nettoyer et décontaminer avec une solution désinfectante active sur virus V.I.H. et entre chaque séance. Futur : lavettes à usage unique pour chaque générateur, ou aérosol pour habitacle du générateur.		Protection des patients.
Circuit générateur	Désinfection entre chaque séance selon protocole. Test d'absence résidu (bandelettes ou gouttes) en fonction du désinfectant utilisé. Contrôle : à la fin du rinçage, avant le mode dialyse.		
Bain filtré	Bain filtré : filtre situé en amont du dialyseur. Clinique Édouard Rist : oui C.H.U. Henri Mondor : non	Changement du filtre mensuel : Clinique Édouard Rist.	Filtre eau osmosée, contrôle de la qualité du dialysat. Empêche relargage biofilm et endotoxines.
Boucle Traitement de l'eau		Contrôle bactériologique : C.H.U. Henri Mondor : toutes les semaines. Clinique Édouard Rist : une fois toutes les 3 semaines Décontamination : C.H.U. Henri Mondor : 2 fois/an Clinique Édouard Rist : trimestrielle	
Prélèvements sanguins	Utilisation de vacutainers et transport dans un emballage étanche et fermé.		Protection des patients et du personnel.
Lavage des mains	Pour tous les patients V.I.H. ou non connus. Avant et après tout contact avec le patient.		Protection du personnel et éviter l'angoisse du patient. Protection des patients immunodéprimés des infections nosocomiales.
Port de la surblouse		En cas de germes multi-résistants. En cas d'aplasie.	Protection des patients. Protection du patient. Éviter l'angoisse du patient.
Port des gants jetables	Un patient, un geste (conforme aux normes AFNOR de leur catégorie).		Protection du patient, et du personnel.
Port de lunettes	Risque de projections au branchement, au débranchement et lors de manipulations : C.H.U. Henri Mondor : non Clinique Édouard Rist : oui		Protection du personnel.
Port du masque	Risque de projections au branchement, au débranchement et lors de manipulations. C.H.U. Henri Mondor : non Clinique Édouard Rist : oui	En cas de tuberculose pulmonaire. Port du masque patient-soignant.	Filtrants. Adapter le masque au risque encouru.

Hémodialyse

MOYENS PRÉVENTIFS	MESURES HABITUELLES	MESURES OCCASIONNELLES	OBJECTIFS
Literie : draps enveloppe de couette Draps Couvertures	Clinique Édouard Rist : à usage unique C.H.U. Henri Mondor : linge non jetable.		Éviter que le linge souillé reste en circulation. Clinique Édouard Rist, coût : ex. : drap (dessus ou dessous) = 4,40 F taie = 1,81 F housse de couette = 8,00 F Plus de blanchissage. C.H.U. Henri Mondor. Coût d'entretien, blanchissage : alèse = 3,76 F drap = 4,97 F taie = 2,48 F couverture = 20,60 F
Déchets Spécifiques à l'hémodialyse	Évacuation journalière. Oui, soumis à la réglementation (tri et évacuation). Décret n° 9761165 du 16 décembre 1997.		
Aiguilles à fistule	Évacuation toutes les 48 heures.		Conteneurs adaptés à l'hémodialyse, à la longueur et aux aiguilles creuses.
Isolement du patient		1 – Patients présentant une infection opportuniste comme la tuberculose pulmonaire ou salmonellose. 2 – Patient atteint de diarrhée sévère. 3 – Patient atteint d'une toux productive et abondante. 4 – Patient en phase terminale. 5 – A la demande du patient.	Mesures de protection : C.H.U. Henri Mondor Isolement chambre seule : Clinique Édouard Rist Protection des patients
Bassins	Lave bassin : C.H.U. Henri Mondor : oui Clinique Édouard Rist : non		
Vaisselle et couverts	A usage unique : C.H.U. Henri Mondor Clinique Édouard Rist		
Matelas Lits Sols	Après décontamination du poste ou des postes, hors patients : Clinique Édouard Rist. Après décontamination du poste ou des postes, présence de patients : C.H.U. Henri Mondor.		Protection des patients. Protection du patient.
Tensiomètre Chaise-balance - Balance	Nettoyage et décontamination en cas de souillure.		
Sonnette	C.H.U. Henri Mondor : non Clinique Édouard Rist : oui		

La prophylaxie des maladies opportunistes est un élément majeur dans la prise en charge thérapeutique et est adaptée en fonction de l'état d'immunosuppression des patients.

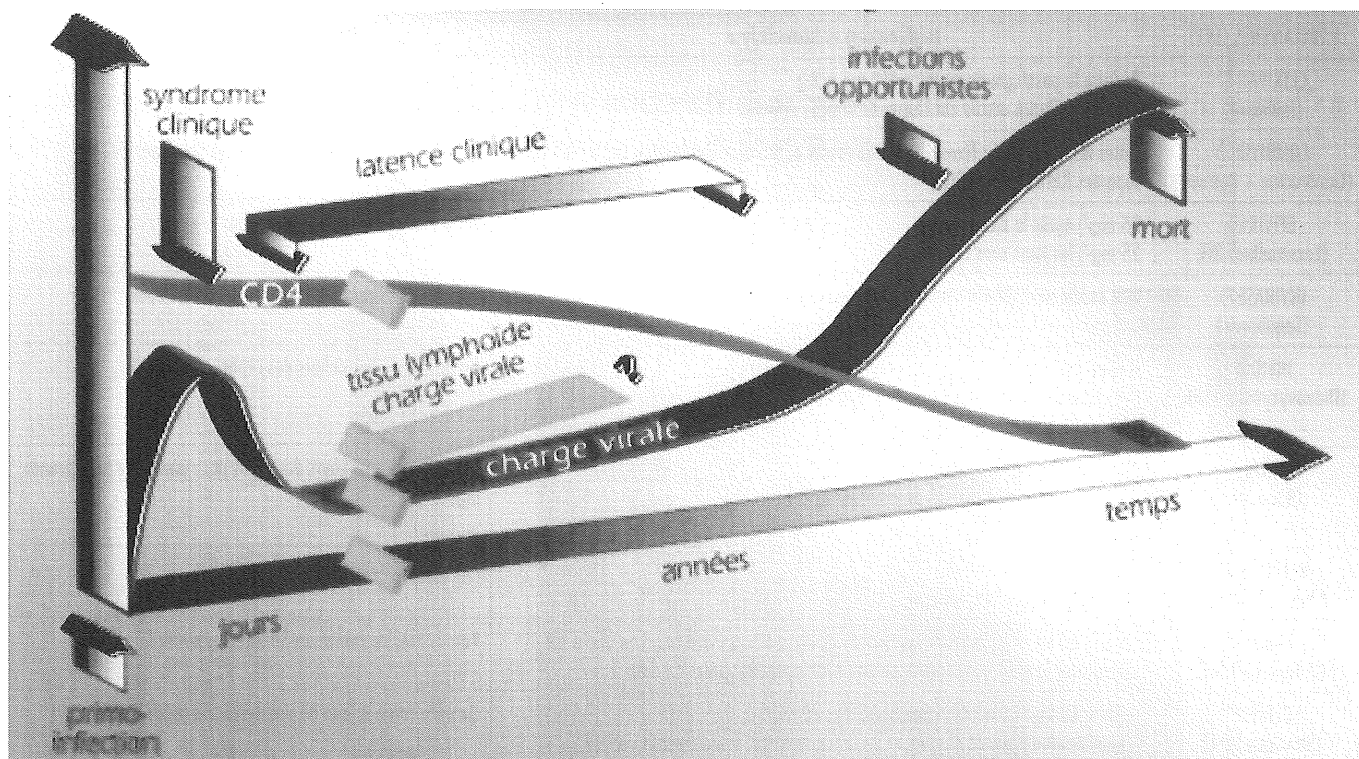
Lors des séances d'hémodialyse, les médicaments par voie orale, par voie intra-

veineuse, sont souvent administrés après la séance.

L'administration de Pentamidine pour le traitement du pneumocystis carini doit se faire en dehors des séances et dans une chambre seule.

La charge virale : c'est la mesure de l'ARN viral plasmatique : la mesure est effectuée sur un plasma à partir du sang prélevé sur citrate ou EDTA. Délai de transport au laboratoire : 2 à 3 heures. Résultat : copie/ml.

Hémodialyse



Évolution de la charge virale au cours de l'infection par V.I.H. 1

Taux de CD4 : le prélèvement est effectué sur un tube hépariné 5 ml. Résultat : nombre de lymphocytes CD4/mm³.

Classification de l'infection par le V.I.H. pour les adultes et les adolescents

CDC (Center for Disease Control) - Atlanta 1993.

L'infection par le V.I.H. est classée actuellement en trois catégories.

Ces catégories sont subdivisées en trois sous-catégories 1, 2, 3 en fonction du chiffre des CD4.

Nombre de lymphocytes CD4	A Asymptomatique, primo-infection polyadénopathie	B Symptomatique, sans critères A ou B	C SIDA
> 500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
< 200/mm ³	A3	B3	C3

C – Suivi thérapeutique : les antirétroviraux

Objectif thérapeutique

Abaisser au maximum la charge virale, de prévenir la sélection de mutants résistants de restaurer ou de maintenir la fonction immunitaire.

But

– Les équipes d'hémodialyse doivent créer en collaboration avec les équipes d'immunologie les conditions de l'observance des traite-

ments, mais aussi une prudence dans l'administration des médicaments.

– Pour y parvenir, l'accompagnement des patients doit se faire de manière souple et en respectant sa liberté.

– S'assurer de la bonne compréhension du traitement.

– Éviter le découragement face à certains effets secondaires.

– L'aider à adapter son traitement en adéquation avec les séances d'hémodialyse, sa vie familiale et sa vie professionnelle.

1987/1995 : traitement par monothérapie.

Fin 1995 : Généralisation de la bi-thérapie.

2^e semestre : diffusion de la tri-thérapie.

Fin 1997 : apparition de la quadri-thérapie.

MÉDICAMENTS (DCI)	Médicaments et hémodialyse	Médicaments et alimentation
CRIVAN® (Indinavir)	Réduire la posologie de moitié : 400 mg x 3/j Mais surveillance accrue car risque de lithiase urinaire	De préférence à jeun ou avec un repas riche en lipides Assurer une hydratation importante > 2l/j
COMBIVIR® (Lamivudine + Retrovir)	Éviter les associations fixes d'antirétroviraux et préférer l'utilisation des molécules séparées RETROVIR et EPIVIR	Peut-être pris au cours ou en dehors des repas
EPIVIR® (Lamivudine) 3TC	25 mg/j après la dialyse 25 mg/j les jours sans dialyse	De préférence en dehors des repas
INVIRASE® (Saquinavir)	Non étudié mais élimination hépatique prépondérante	Prendre dans les deux heures suivant les repas
HIVID® (Didéoxycytidine) DDC	Non étudié Mais prudence car élimination urinaire prépondérante 600 mg/3/j	De préférence en dehors des repas
NORVIR® (Ritonavir)	Non étudié Mais l'élimination fécale est prépondérante Aux doses habituelles	De préférence au cours des repas pour améliorer la tolérance digestive
RETROVIR® (Zidovudine) AZT	300 mg/j après la dialyse 300 mg/j les jours sans dialyse	Pas d'interférence avec l'alimentation
VIDEX® (Didanosine) DDI	Poids < 60 kg : 125 mg/j en une prise - Poids > 60 kg : 200 mg/j en une prise Administer la dose quotidienne en une prise après la séance de dialyse	Administer au minimum 30 minutes avant les repas
ZERIT® (Stavudine) D4T	Poids < 60 kg : 15 mg/j - Poids > 60 kg : 20 mg/j Administration après la dialyse, et au même moment les jours sans dialyse	De préférence à jeun ou sinon avec un repas léger

Recommandations sur la stratégie d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le V.I.H. (Rapport Dormont, 1997).

Association de **deux inhibiteurs nucléosiques de la transcriptase inverse** et un **inhibiteur de protéase**.

Les **cinétiques** sont en cours : 3TC et D4T.

Ce document a été établi à partir des données fournies par les laboratoires.

D – Qualité du suivi biologique

Objectifs

- Organiser avec le patient en fonction de son activité le planning de son suivi biologique et expliquer le but des prélèvements.
- Pratiquer les examens avant les séances d'hémodialyse pour préserver le capital veineux des patients.
- Transmettre les résultats à l'équipe d'immunologie.

But

- Adapter les vaccinations et la prophylaxie des infections opportunistes en fonction des résultats des différentes sérologies.

E – Qualité nutritionnelle

S'alimenter au quotidien n'est pas toujours facile ; manger est un acte naturel

pour tout être humain et pourtant quand la séropositivité et hémodialyse s'associent chez un seul être humain, apprendre à gérer et équilibrer son alimentation provoque un grand bouleversement des habitudes alimentaires. Dans nos deux services, la première prise en charge est une consultation avec diététicienne, et le suivi est assuré par l'infirmière en salle de dialyse et consigné dans le dossier de soins (voir tableau page 73-74).

CONCLUSION

En conclusion, dans les situations peu nombreuses que nous rencontrons, nous avons souhaité vous faire partager nos expériences diverses, nos pensées.

Une prise en charge globale du patient, une collaboration entre toutes les équipes soignantes, une meilleure connaissance

des conséquences de la dialyse, du V.I.H. ainsi que les progrès pharmaceutiques contribuent à l'heure actuelle à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Mais de nombreux problèmes éthiques subsistent encore parmi les équipes soignantes ; l'information, la formation, une réflexion évitent les peurs, les angoisses et nos soins dispensés seront d'une meilleure qualité.

L'avenir réside peut-être dans de nouveaux traitements plus efficaces et plus adaptés, un vaccin anti-V.I.H. ? Une transplantation ? Un meilleur contrôle de la douleur ? Nos patients ont besoin de cet espoir, une aide, de compréhension, et de professionnalisme pour poursuivre leur long chemin de lutte pour la vie.

Antiprotéases et interactions médicamenteuses

MEDICAMENTS	NORVIR® (Ritonavir)	CRIXIVAN® (Indinavir)	INVIRASE® (Saguinavir)	VIRACEPT® (Nelfinavir)	SUBSTITUTION
ANTI-ALLERGIQUES					
HISMANAL					
TELDANE					
CLARITYNE, CLARINASE					ZYRTEC, VIRLIX
ANTALGIQUES CORTICOIDES					
DOLOSAL					
CORTANCYL					
SOLUPRED					
HYDROCORTANCYL					
(SOLU)DECADRON, DECTANCYL					
ANTALVIC, DI-ANTALVIC					
PROPOFAN					
BREXIN, FELDENE					
GELDENE, OLCAM, CYCLADOL					
MOSCONTIN, SKENAN					
DALFALGAN CODEINE, EFFERALGAN CODEINE, EUPHON, NEO-CODION, TERCODINE, VISCERALGINE FORTE					ASPIRINE PARACETAMOL VOLTARENE ADVIL, NUROFEN
FENTANYL					
TEMGESIC					
IMMUNOSUPPESSEURS					
SANDIMMUN, NEORAL					
PROGRAF, FK 506					
	Contre indication		Précaution d'emploi		Aucune interaction

MEDICAMENTS	NORVIR® (Ritonavir)	CRIVAN® (Indinavir)	INVIRASE® (Saqinavir)	VIRACEPT® (Nelfinavir)	SUBSTITUTION
-------------	------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------

ANTI-MIGRAINEUX

DIERGO-SPRAY, GYNERGENE, DIHYDROERGOTAMINE, MIGWELL					
--	--	--	--	--	--

ANTIEPILEPTIQUES

TEGRETOL					
GARDENAL, NATISEDINE					
DIHYDAN, DILANTIN					
RIVOTRIL					

ANTIFONGIQUES

SPORANOX					
TRIFLUCAN					
NIZORAL					
DAKTARIN					

ANTIBIOTIQUES, ANTI-INFECTIEUX

ZECLAR, NAXY					
ZITHROMAX					
BACTRIM					
ERYTHROCINE					
ERY, EGERY, LOGECINE					
DISULONE					
DALACINE					

Contre indication

Précaution d'emploi

Aucune interaction

Hémodialyse

MEDICAMENTS	NORVIR® (Ritonavir)	CRIXIVAN® (Indinavir)	INVIRASE® (Saguinavir)	VIRACEPT® (Nelfinavir)	SUBSTITUTION
-------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------	--------------

MEDICAMENTS DE SUBSTITUTION

METHADONE					
SUBUTEX					

MEDICAMENTS DE PSYCHIATRIE

HALCION					
STILNOX, IVADAL					
XANAX					
NUCTALON					
NOVAZAM, DIAZEPAM, VALIUM					
TRANXENE, NOCTRAN					
HYPNOVEL					
PROZAC					NORMISON TEMESTA
DEROXAT					
ZOLOFT					
LEXOMIL					
LEPONEX					
RISPERDAL					
ORAP					
PERTOFRAN					
TOFRANIL					
MELLERIL					
HALDOL					
ELAVIL, LAROXYL					
MOTIVAL					

PROZAC

Aucune interaction

Précaution d'emploi

Contre indication

MEDICAMENTS	NORVIR® (Ritonavir)	CRIVAN® (Indinavir)	INVIRASE® (Saqinavir)	VIRACEPT® (Nelfinavir)	SUBSTITUTION
-------------	------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------

MEDICAMENTS CARDIO-VASCULAIRES

CORDARONE, CARBIONAX	■	■	■	■	
CARDIOQUINE, LONGACOR	■	■	■	■	
QUINDURULE, QUINIMAX	■	■	■	■	
RYTHMOL	■	■	■	■	
FLECAINE	■	■	■	■	
DIGOXINE	■	■	■	■	
DIGITALINE	■	■	■	■	
CORDIUM	■	■	■	■	
COUMADINE	■	■	■	■	

HYPOGLYCEMIANTS

DOLPOL	■	■	■	■	
--------	---	---	---	---	--

INFECTIONS A MYCOBACTERIES

ANSATIPINE	■	■	■	■	ZECLAR
RIMIFON	■	■	■	■	DEXAMBUTOL MYAMBUTOL
RIFADINE, RIMACTAN	■	■	■	■	
RIFATER	■	■	■	■	
RIFINAH	■	■	■	■	

MEDICAMENTS DU REFLUX

CIMETIDINE, STOMEDINE, TAGAMET	■	■	■	■	PRIMPERAN, VOGALENE
PREPULSID	■	■	■	■	

■ Contre indication

■ Précaution d'emploi

■ Aucune interaction

Hémodialyse

Bilan initial en immunologie et insuffisance rénale chronique

C.H.U. Henri Mondor	Bilan	Clinique Édouard Rist
Fréquence		Fréquence
	1-250HD3	sur prescription médicale
6 mois	Albuminémie	6 semaines
	Aluminémie	6 mois
1 mois	Amylasémie	6 semaines
1 mois (si rHuPO ou à la demande)	Bilan hématologie (numération formule, Réticulocytes, VS, plaquettes)	15 jours
sur prescription médicale	Bilan hémostase (TP, TCK, INR, fibrine)	sur prescription médicale
1 mois	Bilan hépatique complet (bilirubine, gamma GT, ASAT)	6 semaines
1 mois	Bilan lipidique (HDL cholestérol, apolipoprotéines A1 et B, Triglycérides (à jeun))	1 an*
6 semaines	Bilan martial (fer, ferritine, transferrine)	6 semaines
1 mois	Bilan phospho-calcique (Calcium – Phosphore, Phosphatases alcalines, magnésium)	3 semaines
1 mois	Bilan azoté (uricémie, créatinine, acide urique)	3 semaines
1 mois*	CPK/LDH	6 semaines
4 mois (2 mois si changement de traitement)	Typage lymphocytaire CD4*	4 mois (2 mois si changement de traitement)
4 mois (2 mois si changement de traitement)	Charge virale*	4 mois (2 mois si changement de traitement)
sur prescription médicale	CRP + Béta-2-Microglobuline	sur prescription médicale
1 an*	Electrophorèse des protides	1 an*
1 mois	Glycémie	6 semaines
1 mois	Ionogramme sanguin (Na, K, RA, Protides, chlore)	6 semaines
	KT/V (Na, K, fin HD)	6 semaines
sur prescription médicale	Lipases	sur prescription médicale
1 an*	Parathormone (PTH)	1 an*
	Sérologie hépatite B (Ag HBs + anticorps anti HBs + anticorps anti HBC)	
6 mois	Sérologie HCV (PCR si HCV+)	6 mois
6 mois	Sérologie VIH (Elisa de dépistage et western Blot de confirmation 2 ^e prélèvement)	6 mois
	Sérologie virale : EBV	
	Sérologie CMV	
	Sérologie toxoplasmose	
	VDRL TPHA	

* Examens prélevés en consultation immunologie pour les patients dialysés la nuit.

La vaccination contre l'hépatite est recommandée si le patient ne présente aucun marqueurs sériques et s'il existe un risque de contamination.

Vaccination * A risque, - de 500 CD4, pas de vaccins vivants

Alimentation et séropositivité (consensus)	Alimentation et dialyse
Recommandations : REPAS	OMS : Protéines 0,75 g/kg Recommandations (Rist – Mondor) : 30 à 35 Kcal/j Protides : 1,2 g/kg/j
3 repas par jour ± collation	Clinique médicale et pédagogique Édouard Rist : salle à manger : repas avant et collation ou après séance
40 Kcal/jour	C.H.U. Henri Mondor – Pas de sal à manger : repas pendant la séance Possibilité de manger l'interdit pendant la première heure de la séance
Boissons	Boissons
2 à 3 l/jour	Si diurèse résiduelle : Volume diurèse + 500 ml = volume journalier de liquide Si anurie : 750 ml de liquide/j (liquides = eau + thé + café + lait + toute autre boisson)
	Suivi en hémodialyse
	Maintien du poids de base variable en fonction des événements : 3 fois par semaine
	Pesée avant chaque séance d'hémodialyse
	Observation par l'équipe soignante (choix des menus avec les patients)

Hémodialyse

ORIGINE DES PERTES DE POIDS AVANT MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX	ORIGINE DES PERTES DE POIDS EN HÉMODIALYSE
INFECTION	Toxicité urémique
• Infections bactériennes • Tuberculose • Mycobactériose atypique (M. avium) intracellulaire, M. Kansasi	Dialyse inadéquate
• Infections virales • Cytomégalovirose • Encéphalopathie à V.I.H.	Régime inadéquat
• Infections parasitaires et fongiques • Candidose œsophagienne	Médicaments multiples
• Toxoplasmose • Histoplasmose • Cryptococcose • Pneumocystose	Complications associées
---	Hospitalisations (reprise FAV)
AUTRES • Syndrome de cachexie lié au V.I.H. • Insuffisance surrénale	Facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques,
• Intolérance médicamenteuse	Douleurs liées aux complications
• Pancréatite induite par la didanosine • Dépression nerveuse	Facteurs hypercataboliques
• Cirrhose post-hépatique	1) complications inflammatoires (activation du complément)
• Diarrhée chronique	2) infectieuses (bactéries)
• Cancer ou lymphome	2) acidose métabolique
Hospitalisation	Pertes en acides aminés et peptides dans le dialysat
Interactions médicamenteuses	Pertes en glucose
	Pertes en protéines
	HTA
EFFETS DES ANTIRÉTROVIRAUX	Conseil pour gérer seul son traitement :
Actuellement augmentation du poids	Éducation sur les effets de l'hémodialyse, la FAV
	Choix des aliments
	Bonne prise des médicaments entre les séances d'hémodialyse
	Règles d'hygiène à domicile, et la séance hémodialyse
	(Soins : Ne pas laisser de pansements souillés sur FAV, ou porteurs de cathéter
	Conserver rythme biologique (changement de centre d'hémodialyse, horaires plus adaptés, souples pour garder le travail)
	Mauvais équilibre : perturbations dans sa vie quotidienne
	Phosphorémie élevée : prurit Calcémie élevée : dépôts calciques dans les artères
	Surcharge hydrique : OAP (chaleur) Potassium : dialyse en urgence ou kayexalate
	TECHNIQUE D'ASSISTANCE : Le choix est adapté en fonction de l'état clinique, l'équipe soignante et le patient
	La nutrition orale : Alimentation se fait sous forme de liquide, semi-liquide ou solide
	La nutrition parentérale : les nutriments sont directement perfusés dans la circulation sanguine lors d'une séance d'hémodialyse pour permettre un gain de masse maigre et allonger la durée de survie
	Compléments vitaminiques après séance : acide folique – B12-Bécilan – Bêpanthène – Biotine en cure – Oligo-éléments
	La nutrition entérale : les aliments sont apportés par voie digestive, en court circuitant la phase bucco-pharyngée
	Surveillance biologique de l'efficacité du traitement :
	PCR : Clinique Édouard Rist – C.H.U. Henri Mondor KT/V : Clinique Édouard Rist
	CONSEILS POUR COMPRENDRE ET GÉRER SEUL SON TRAITEMENT
	Astuces pour gérer le repas
	Conservation des rythmes biologiques
	Alimentation adaptée à une prise médicamenteuse
	Critères cliniques de dialyse adéquate
	Bon état général et nutritionnel
	Pression artérielle normale
	Absence d'anémie
	Restauration des performances physiques
	Bilan hydrique, électrolytique et acido basique normal
	Bon contrôle calcium, phosphore et de l'hyperparathyroïdie secondaire
	Restauration ou maintien d'une vie personnelle, familiale et professionnelle normale
	QUALITÉ DE VIE ACCEPTABLE
CONSEILS POUR COMPRENDRE ET GÉRER SEUL SON TRAITEMENT	
Règles d'hygiène	
Astuces pour gérer le repas	
Conservation des rythmes biologiques	
Alimentation adaptée à une prise médicamenteuse	

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont pris la peine de nous répondre à nos interrogations pour la construction de ce poster et à leur soutien : **Monsieur le professeur Weil.**

Ces idées ont fait progresser la réflexion dans la qualité de la prise en charge des patients H.I.V. en hémodialyse.

Ont collaboré aussi au travail :

C.H.U. Henri Mondor :

Les secrétaires

Immunologie : Docteur Houhou.

Infirmières de consultation et hospitalisation de jour : Mesdames Davant et Thevenet.

Technicien d'études cliniques : Monsieur Magnier.

Hémodialyse : Docteur Benmaadi, Mesdames Rasle, Cis, Broussard, Ci, et les équipes soignantes.

Pharmacienne : Madame Zazempa.

Infirmière hygiéniste : Madame Oppein.

Clinique médicale et pédagogique Édouard Rist :

Docteur Poignet, Docteur Naret, Docteur Zins, Docteur Kolko, Docteur Desassis.

Directrice des soins infirmiers : Madame Betti Serini.

Les secrétaires et l'équipe soignante.

BIBLIOGRAPHIE

Becker B.N., Stone W.J., *Department of Medicine, Option for renal replacement therapy: special considerations*, Semin Nephrol 1997 May; 17.

Fromentin L., Michel C., Viron B., Albert C., Mignon F., *Extrarenal clearance in H.I.V. - infected patients with chronic kidney failure. Experience in a hospital center*, Service de néphrologie, hôpital Tenon, Paris.

Bradley, Springer L., *Sida et dialyse*, ADV, Renal, Remplacement, Ter, 1996, Vol/Iss/Pg. 3/4 (293-297), H.I.V. infection : Challenges for dialysis personnel.

Knupp C.A., Hak L.J., Coakley D.F., Falk R.J., Wagner B.E., Raasch R.H., Van Der Horst C.M., Kaul S., Barbaiya R.H., Dukes G.E., *Disposition of didanosine in HIV - seropositive patients with normal renal function or chronic renal failure : Influence of hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal analysis*.

Perinbasekar S., Brod Miller C., Pal S., Matana J., *Predictors of survival in H.I.V. infected patients on hemodialysis*, American journal of kidney diseases.

Velandia M., Fridkin S.K., Cardenas V., Boshell J., Ramirez G., Bland L., Iglesias A., Jarvis W., *Transmission of H.I.V. in dialysis center*, Colombian field epidemiology training program, Bogota, COL.

Michel C., *Rein et infection par le virus d'immunodéficience humaine*, Dialog 90 Special ASN 1997.

BEH 97, *Épidémiologie à déclaration obligatoire en France*.

BEH juin 92 : *100 recommandations pour la prévention des infections nosocomiales*. Conseil supérieur de l'hygiène.

Circulaire projet 1998 DGS/DH : les précautions standard.

Circulaire du 3 août 1989 DGS/DH : les précautions universelles.

Loi 91-73 du 18 janvier 1991 CSP : vaccination hépatite B obligatoire pour les professions de santé.

Guide Sida 1997 : les dossiers du praticien.

Pratt R.J., *Sida et soins infirmiers*, Éditions Lamarre.

Prise en charge des personnes atteintes par le V.I.H. rapport 1996, sous la direction du professeur J. Dormont, Médecine, Sciences, Flammarion.

Barthomeur C., Serre A.-M., Souweine B., Biofutur 155 avril 1996, l'EPO recombinante.

AFIDTN, *L'infirmière en néphrologie*, Masson.

Man N.K., Zingraff J., Jungers P., *L'hémodialyse chronique*, Médecine, Sciences, Flammarion.

Les dossiers du praticien, Impact Médecin, Guide Sida, 1997.

Chambre syndicale nationale de l'eau de javel, 125, boulevard Malesherbes, 75017 Paris.