



Société Algérienne d'Hématologie
et de Transfusion Sanguine
Web. hematologie-dz.com



PROGRAMME SCIENTIFIQUE DE LA 6^{ÈME} JOURNÉE DES INFIRMIERS EN HÉMATOLOGIE

Samedi 22 Février 2020

REMERCIEMENTS

Le bureau de la SAHTS remercie vivement les partenaires et les sponsors qui ont largement contribué à l'organisation de la journée du 22 Février 2020.



PROGRAMME DU SAMEDI 22 FÉVRIER 2020

Première Séance : 08h00 à 10h45

08h00 - 08h10	C1- Le rôle de l'infirmier (e) dans la transfusion sanguine I. Mehtougui, D. Saidi, R. Messaoudi, H. Serrafi, M. Djaafri. Centre hospitalo-universitaire d'Oran. Service d'hématologie
08h10 - 08h20	C2- Importance de la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance au-delà transfusion sanguine. F. Kaidari, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.
08h20 - 08h30	C3-Le rôle de l'infirmier dans l'unité de cytophèrese. A. Araba, D. Saidi, S. Kahal, D. Hassi, M. Djaafri. Centre hospitalo-universitaire d'Oran. Service d'hématologie
08h30 - 08h40	C4- Prise en charge des drépanocytaires majeurs par échange transfusionnel. Comparaison de 2 méthodes : érythrophèrese et exsanguino-transfusion. I. Mefiteh, M. Guerrab, Z. Zouaoui. / Service d'hématologie, CHU Sidi Bel Abbès
08h40 - 08h50	C5- Aspects psychologiques du patient hémophile et sa famille M. Saou, B. Tabet, N. Lakhdari. / Service Hématologie CHU BEJAIA
08h50 - 09h00	C6- Expérience du service d'hématologie de l'établissement hospitalo-universitaire 1er Novembre d'Oran dans l'utilisation du RITUXIMAB en sous cutanée chez 21 patients rentrant dans le cadre d'un essai clinique. F. Baghdad, L. Charef, S. Bouchama, A. Arabi, MA. Bekadja.
09h00 - 09h10	C7- Rôle de l'infirmier dans la gestion des risques liés à une aplasie post-chimiothérapie. L. Souakri, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.
09h10 - 09h20	C8- Prévention des mucites chimio-induite. R. Tahar Boudjelthia, S. Oukid, F. Lamraoui, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.
09h20 - 09h30	C9-Manipulation des produits cytotoxique. I. Benaïda, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.
09h30 - 09h40	C10- Techniques de manipulation et d'entretien d'une chambre implantable. MA. Youbi, A. Bachiri, SE. Belakehal. Service d'hématologie HMRUO.
09h40 - 09h 50	C11- Application de la technique PCR automatisée GeneXpert BCR-ABL Ultra pour le suivi moléculaire de la Leucémie Myéloïde Chronique (LMC). N. Cherfi, K. Bouzourine, N. Nouas, S. Taoussi, MY. Bouchakor, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC, Laboratoire de recherche sur les hémopathies malignes et les hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Université Blida 1 Soumaa.

DISCUSSION

10h00 - 10h45

Préparation et administration des anticancéreux. Rôle des infirmiers dans une unité de greffe. Alizée Soldati (CHU de Nice). Celgene.

10h45 -11h00

PAUSE CAFE

Deuxième Séance : 10h45 à 11h00

11h00 – 11h10

C12- Les outils cytogénétiques appliqués pour le diagnostic et le suivi de la leucémie myéloïde chronique

N. Cherfi, K. Bouzourine, N. Nouas, S. Taoussi, MY. Bouchakor, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC, Laboratoire de recherche sur les hémopathies malignes et les hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Université Blida 1 Soumaa.

11h10 – 11h20

C13- Un projet de soin : Instauration d'une consultation infirmière.

F. Zebbar, S. Oukid, F. Lamraoui, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.

11h20 – 11h30

C14- Importance des AMSP dans une consultation spécialisée.

I. Bouzar, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.

11h30 – 11h40

C15- Le Rôle de l'infirmier en ETP (éducation thérapeutique patient) sur l'usage des herbes médicinales en concomitance avec la chimio- conventionnelle.

M. Djaafri, D. Saidi, H. Touhami, R. Messaoudi. Centre hospitalo-universitaire d'Oran Service Hématologie

11h40 – 11h50

C16- Manipulation et précautions d'utilisation de la chambre implantable en Hématologie

F. Talbi, MR. Abbadi, S. Mouhoub, A. Chalabi, S. Bouhadi Salhi, K. Djouadi.

11h50 – 12h00

C17- Pratique du test ultime au lit du malade : technique de réalisation et intérêt

I. Semoud, S. Chemali. Service de médecine interne, EPH Rouiba, Alger.

12h00 - 12h20

Rôle de l'infirmier dans l'initiation de la prophylaxie chez hémophile.

M. Djahid. Novo Nordisk

12h20 – 12h30

C18- Entretien et manipulation du cathéter à chambre implantable.

I. Chebila, S. Taibi, Y. Berkouk, D, Kaci, N. Boudjerra, Z. Kaci. CHU Beni Messous, Hématologie, Alger.

12h30 -14h00

DEJEUNER

C1- Le rôle de l'infirmier (e) dans la transfusion sanguine

I. Mehtougui, D. Saïdi, R. Messaoudi, H. Serrafi, M. Djaafri.

Centre hospitalo-universitaire d'Oran. Service d'hématologie

Introduction :

La transfusion sanguine est une thérapeutique substitutive qui consiste à compenser les déficits constitutionnels ou acquis d'un ou plusieurs constituants du sang. La transfusion sanguine, est un acte médicale délégué à l'infirmier(e) qui doit être en mesure de réaliser cette acte, du fait que le sang utiliser ne peut être que d'origine humaine, qui lui est propre, et le respect strict des mesures de sécurité permettant de prévenir les différentes complications qui peuvent être très grave.

Définition :

La transfusion est un acte complexe qui consiste à apporter à un patient, appelé, receveur les éléments du sang qui lui font défaut soit à la suite d'une perte de sang, soit à la suite d'une maladie du sang ou à la suite d'un traitement.

La démarche de soins :

L'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment l'injection et la perfusion de produit d'origine humaine nécessitant préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identités de compatibilité obligatoire effectué.

Patient et méthode :

Pour évaluer le déroulement de la transfusion dans notre service, nous avons codé les différentes étapes liées à cet acte et nous avons noté si elles sont toutes respectées pendant différentes transfusions. En se limitant aux simples règles suivantes de bonnes pratiques d'une transfusion de CG : dès la réception du produit sanguin à transfuser vérifier l'aspect de la poche (1), les concordances du GS de la poche reçue et celui du receveur(2), le numéro de la poche à transfuser avec le bon de livraison (3). Vérifier la date de péremption (4), sérologie du produit (5) et l'identité du patient (6). Après consentement du patient (7) et appréciation de son état de conscience (8), prise de la TA (9), T° (10). Ensemble le médecin et l'infirmière (11) procèdent au contrôle ultime pré transfusionnel au lit du patient (12).

Régler le débit prescrit (13). Surveiller le patient tout au long de la transfusion (14). Le médecin est responsable de la transfusion. A la fin de la transfusion TA (15), (16), surveillance pendant 2h. La poche vide est conservée (17). La fiche transfusionnelle est remplie et signée par le médecin et l'infirmière (18).

Durant 3 mois, nous avons réalisé dans l'Unité H.D.J 624 unités de psl dont 551 CGR ; 59CSP, 04CUP ; 10PFC

Résultat :

Pour la transfusion 150 CG sur les 18 principaux gestes que nous avons choisis, le taux d'application de ces gestes varie entre 07 / 18 à 10 / 18. Il n'y a pas eu un seul 18 / 18. Sur l'ensemble des transfusions les incidents rapportés ont été 03 OAP, 10 cas de fièvre et frissons. 03 réaction allergique.

Discussion :

Tellement il y a un grand nombre de transfusion, cet acte est devenu de routine qui a laissé négliger certains points essentiels dans le déroulement de la transfusion sanguine

Conclusion :

la transfusion sanguine est une thérapeutique indispensable à côté des autres traitements proposés, le fait que l'on n'a pas observé d'accident transfusionnel grave, ne signifie pas que les bonnes pratiques ont été respectées. La transfusion sanguine n'est jamais un acte anodin, ainsi elle engage la responsabilité du médecin prescripteur et de l'infirmier qui la réalise. La transfusion est un acte médical coûteux, le bon emploi du sang et de ses composants doit être une règle éthique.

C2- Importance de la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance au-delà transfusion sanguine.

F. Kaidari, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.

Introduction :

Depuis l'antiquité le sang a été considéré par l'homme comme source de vie et la transfusion sanguine comme une thérapie complétive qui consiste à compenser les pertes ou les insuffisances en un ou plusieurs constituants du sang totale

C'est un acte qu'il ne faut pas banaliser, c'est un soin avec grand S, la concentration et la juteuse sont de rigueur et respecter les précautions et réaliser ce soin dans les bonnes règles c'est aussi respecter la personne.

Définitions :

La transfusion sanguine est le transfert de sang ou de constituants du sang d'un individu (donneur) à un autre (receveur), elle peut être vitale et les services de santé se doivent s'assurer un approvisionnement suffisant en sang sécurisé et de veiller à ce qu'ils sont utilisés judicieusement. L'hémovigilance est l'ensemble des procédures de surveillance organisé depuis la collecte de sang et de ses composants jusqu'au suivi des receveurs.

Objectif :

Montrer l'importance de connaître les bonnes règles par l'infirmier pour assurer une sécurité transfusionnelle et hémovigilance au cours de la transfusion sanguine dans un service d'hématologie.

Méthode :

La qualité de l'acte transfusionnel est liée à la maîtrise des bonnes pratiques professionnelles, le service d'hématologie place la sécurité dans ce domaine de soins. L'hémovigilance est un dispositif réglementé qui couvre l'ensemble de la chaîne transfusionnelle et engage la responsabilité du corps médicale et paramédicale.

Conclusion :

La mise en place des bonnes pratiques et l'amélioration de connaissance et de formation des infirmiers en matière de sécurité transfusionnelle est nécessaire pour éviter les risques et les accidents qui peuvent être mortels.

C3-Le rôle de l'infirmier dans l'unité de cytophérèse.

A. Araba, D. Saidi, S. Kahal, D. Hassi, M. Djaafri.

Centre hospitalo-universitaire d'Oran. Service d'hématologie

Introduction :

Au service d'hématologie, les patients avec syndrome hémorragique grave nécessite un apport transfusionnel de plaquettes pour cela l'unité de cytophérèse assure des culots unitaire plaquettaire.

L'équipe soignante a un rôle capital dans cette unité pour pouvoir sélectionner des donneurs de plaquettes.

La cytophérèse est une technique qui consiste à prélever différents éléments figurés du sang par aphérèse et cela en reliant la circulation sanguine d'un donneur à un séparateur de cellule; L'infirmier a un rôle primordial pour accueillir les donneurs et les sélectionnés il doit préparer la personne apte pour le don, lui expliquer le déroulement du prélèvement lui faire les bilans biologique nécessaire demandé par le médecin, l'infirmier (e) doit récupérer les résultats. Ensemble le médecin et l'infirmier (e) doivent être présents au cours des prélèvements des dons.

Sans oublier que l'infirmier (e) doit entretenir le matériel pour le bon déroulement du processus.

Méthode :

nous avons recensé le nombre de prélèvements effectués dans notre unité durant l'année 2019, le nombre de donneur préparé et sélectionné en précisant le nombre de prélèvements réussis et le nombre de prélèvements ratés. En citant les causes.

Résultats :

Au cours de l'année 2019 nous avons préparé : 320 donneurs bénévoles de sexe masculin, leurs âge varie entre 19 ans et 50ans don l'âge moyen est de 44ans, en a Prélève 181 donneurs.

Parmi les 181 prélèvements nous avons 126 prélèvements réussis et 55 prélèvements ratés.

Discussion :

Plusieurs facteurs sont en faveur pour assurer une poche de CPA pour un patient mais ce n'est pas toujours acquis par faute de donneur ou de panne d'appareil ou des kits de prélèvement non disponibles.

Conclusion: Par rapport au flux des donneurs le nombre de don demeure insuffisant aux besoins des patients, ajouté a cela les panne d'appareil et l'indisponibilité des kits. L'infirmière a un rôle important dans la préparation du prélèvement et son bon déroulement pour avoir une poche de CPA dans les meilleures conditions et gagner un donneur bénévole régulier.

C4- Prise en charge des drépanocytaires majeurs par échange transfusionnel. Comparaison de 2 méthodes : érythrophérèse et exsanguino-transfusion.

I. Mefiteh, M. Guerrab, Z. Zouaoui.

Service d'hématologie, CHU Sidi Bel Abbes

Introduction :

La drépanocytose ou anémie falciforme est une anémie hémolytique corpusculaire constitutionnelle liée à une mutation sur le gène de la β globine. Elle est l'une des plus sévères et des plus fréquentes maladies monogéniques. Son traitement par échange transfusionnel a pour but de maintenir le taux d'HbS<40% afin d'éviter la survenue de crises vaso-occlusives et un taux d'Hb entre 10 et 12 g/dl Il est destiné aux malades qui présentent une drépanocytose de forme sévère compliquée de crises douloureuses, d'accident vasculaire cérébral d'ischémie aigüe, d'organes de priapisme aigu ou de syndrome thoracique.

La drépanocytose ou anémie falciforme est une anémie hémolytique corpusculaire constitutionnelle liée à une mutation sur le gène de la β globine. Elle est l'une des plus sévères et des plus fréquentes maladies monogéniques. Son traitement par échange transfusionnel a pour but de maintenir le taux d'HbS < 40% afin d'éviter la survenue de crises vaso-occlusives et un taux d'Hb entre 10 et 12 g/dl. Il est destiné aux malades qui présentent une drépanocytose de forme sévère compliquée de crises douloureuses, d'accident vasculaire cérébral d'ischémie aigüe, d'organes de priapisme aigu ou de syndrome thoracique.

Objectif du travail :

Comparer les deux méthodes d'échanges d'hématies : méthode manuelle à la méthode automatisée.

Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude portant sur 12 patients drépanocytaires suivis régulièrement dans notre service d'hématologie comparant l'exsanguino-transfusion de sang total : acte transfusionnel associant une saignée et une transfusion et l'échange par érythrophérèse : soustraction élective de globules rouges compensée par des culots globulaires à l'aide d'un séparateur de cellules incluant le rôle de l'infirmier dans la prise en charge des drépanocytaires et la surveillance pendant toute la durée de la procédure.

Résultats :

Sur les 12 drépanocytaires : L'âge moyen des malades est de 23,2 ans [16– 34 ans], le sex-ratio M/F de 1,4. Le taux d'hémoglobine S moyenne : 81,2% [53,6– 89,2], HbA 2,2% [1,1– 45,3], HbF 0,4% [0– 37,6].

Les complications de la maladie observées sont : syndrome thoracique aigu (n = 2), priapisme (n = 1), ulcère cutané (n = 1), nécrose bilatérale de la tête fémorale (n = 2), douleurs importantes généralisées rebelles aux analgésiques majeurs (n = 4), surveillance de la grossesse (n = 1), prévention d'une complication post opératoire (n = 1). Les épisodes infectieux ont concerné l'ensemble des patients : infections pulmonaires (n = 8), sphère ORL (n = 2), infections urinaires (n = 2).

Le volet thérapeutique est fait essentiellement ; hyperhydratation, antibiothérapie, antalgiques et acide folique chez 100% des patients, Hydrée chez 41,6%, transfusions chez 91,6% des patients avec une moyenne de culots érythrocytaires de 10,3CG /an.

Un programme d'échange transfusionnel par cytophérèse a été établi pour seulement 3 patients : priapisme (n = 1), syndrome thoracique aigu (n = 1), nécrose bilatérale de la tête fémorale (n = 1). Echange manuel pour 9 patients, L'évolution immédiate est favorable dans tous les cas, et le rendement très satisfaisant pour les patients qui ont bénéficié d'un échange par cytophérèse.

Conclusion :

L'échange transfusionnel permet d'obtenir une issue favorable des complications de la drépanocytose qui pose un problème de santé publique. L'échange d'hématies automatisé est une technique efficace, rapide et reproductible. Il représente une méthode de choix pour les échanges de grands volumes bien toléré confortable pour le patient et les soignants.

C5- Aspects psychologiques du patient hémophile et sa famille

M. Saou, B. Tabet, N. Lakhdari
Service Hématologie CHU BEJAIA

L'hémophilie comme toute pathologie chronique, peut engendrer des répercussions psychologiques et sociales pour le patient et sa famille. La reconnaissance de cette dimension va permettre aux soignants d'avoir un nouveau regard et une autre manière de prendre en charge l'hémophilie. En sachant que déjà le traitement anti-hémophilique substitutif a amélioré la qualité de vie des patients. Notre rapportons l'expérience du service.

Les mots clés : Hémophilie, la famille. La prise en charge psychologique.

C6- Expérience du service d'hématologie de l'établissement hospitalo-universitaire 1er Novembre d'Oran dans l'utilisation du RITUXIMAB en sous cutanée chez 21 patients rentrant dans le cadre d'un essai clinique.

F. Baghdad, L. Charef, S. Bouchama, A. Arabi, MA. Bekadja.

Introduction :

Le lymphome est une hémopathie maligne: cancer du système lymphatique qui se développe aux dépens des lymphocytes B «exprimant à leurs surfaces le CD 20», T ou T/NK, prenant naissance dans un organe lymphoïde secondaire.

L'avènement du RITUXIMAB «anti corps monoclonal anti CD20» a amélioré la réponse thérapeutique, ainsi que la survie des patients. Il est indiqué dans :

• Le lymphome folliculaire (LF) de stade III-IV n'ayant jamais été traité en association à une chimiothérapie.

• En traitement d'entretien chez les patients atteints de LF répondant à un traitement d'induction.

• Le traitement des lymphomes non-hodgkiniens agressifs diffus à grandes cellules B, CD20 positif.

L'introduction de la forme s/c du RITUXIMAB a permis un gain de temps considérable et plus de confort pour les patients.

Patients et méthode :

Il s'agit d'un essai clinique de phase IIIB incluant 21 patients dont 4 pts avaient un LF et 17 pts un DLBC. 105 cycles de RITUXIMAB en s/c ont été réalisés sur une période de 2 ans « 2015//2016 ».

Présentation du médicament:

Chaque boîte de RITUXIMAB contient un flacon en verre à usage unique. Chaque flacon contient 11,7 ml de solution stérile, apyrogène et sans conservateur (le volume extractible est équivalent à une dose pour l'administration au patient).

La substance active est le rituximab à dose unique (1400 mg/flacon) et ce quelque soit le poids ou la taille ou la surface corporelle du patient.

Mode d'administration:

1. Installation du patient: Le patient doit être confortablement installé sur un siège inclinable ou sur un lit afin que sa paroi abdominale soit facilement accessible pour l'injection.

2. Préparation du site d'injection: Le site abdominal choisi doit être désinfecté soigneusement conformément aux procédures locales d'asepsie.

3. Préparation de l'injection: La seringue doit être préparée au moment de l'administration. Il s'agit d'un produit déjà préparé (seringue pré-remplie).

On utilise une aiguille d'injection hypodermique qu'on fixe sur une seringue de 20cc « la quantité à injecter est de 11.7ml ».

4. L'injection: Rituximab SC doit être administré pendant environ 5 à 7 minutes.

5. On pose un pansement sur le site de l'injection.

6. Garder le patient sous surveillance pendant un quart d'heure.

NB: comme pour la forme IV, on commence par une prémédication comprenant des antihistaminiques, du paracétamol et des corticoïdes. La première administration du produit doit être toujours en IV.

Conclusion:

L'utilisation du RITUXIMAB en S/C présente plusieurs avantages tant pour le patient que pour le personnel paramédical dont les principaux avantages sont : moins de risque de choc anaphylactique, meilleur confort du patient et un gain de temps très appréciable.

C7- Rôle de l'infirmier dans la gestion des risques liés à une aplasie post-chimiothérapie.

L. Souakri, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.

Introduction :

Les chimiothérapies induisent une toxicité temporaire sur les cellules à renouvellement rapide en particulier le tissu hématopoïétique dans la moelle osseuse, entraînant une ou plusieurs cytopénies dans le sang périphérique : C'est l'aplasie post-chimiothérapie. Cette phase dure environ 10 à 21 jrs et durant laquelle le rôle de l'infirmier est primordial dans sa gestion.

Gestion des risques d'une leuco-neutropénie :

C'est un des effets toxiques les plus sérieux car elle provoque un affaiblissement de l'immunité naturelle contre l'infection ce qui nécessite la surveillance de la température et la survenue des signes de choc toxico-infectieux comme l'hypothermie, l'hypotension, troubles du rythme cardiaque...etc

Le personnel soignant assure une surveillance de la température et des constantes vitales ; ainsi que le respect des règles d'hygiène et d'asepsie par le port des gants et des tenues propres en utilisant un matériel jetable pour éviter la propagation des germes en particulier multi-résistants.

Gestion des risques d'une thrombopénie :

La thrombopénie expose aux risques hémorragique parfois grave comme les hémorragies oculaires et cérébro-méningées et autres viscères. Par conséquent, la surveillance des signes cliniques en particulier un flou visuel, des céphalées, une hématurie s'impose. Dans ces cas les soignants devront éviter quelque geste (IM, PL) et assurer l'éducation thérapeutique du patient

Gestion des risques d'une anémie :

L'anémie expose à une souffrance tissulaire par hypoxie ; le personnel soignant doit surveiller les signes d'intolérance de l'anémie telle qu'une accélération de la fréquence cardiaque et respiratoire. Si une transfusion sanguine est indiquée, il faut assurer une surveillance durant et la transfusion du pouls, TA, de la diurèse et signaler au médecin traitant en extrême urgence tous signes d'intolérance comme une hyperthermie, une angoisse, des douleurs abdominales ou lombaires, des frissons...

Conclusion :

Les soins d'un patient en post chimiothérapie demandent un travail assidu, minutieux et permanent, il consiste en une asepsie rigoureuse, une surveillance des paramètres vitaux, un soutien psychologique adapté. L'infirmier doit connaître les complications graves post chimiothérapie afin de détecter précocement les signes alarmants et prendre les mesures adéquates et appropriées

C8- Prévention des mucites chimio-induite.

R. Tahar Boudjelthia, S. Oukid, F. Lamraoui, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.

Avant-propos :

La mucite est une complication fréquente lors des traitements par chimiothérapie. Un patient sur deux présente une mucite.

La muqueuse digestive est particulièrement sensible à la chimiothérapie, car elle est formée par des cellules qui se divisent rapidement.

Objet :

Cette procédure décrit les modalités à mettre en œuvre pour :

- 1- Prévenir l'apparition des mucites en informant, éduquant le patient à l'hygiène bucco-dentaire
- 2- Prendre en charge les mucites buccales chimio-induites.

Définition de mucite :

C'est une inflammation de la muqueuse qui recouvre l'intérieur des cavités et des viscères. C'est une des toxicités chimio et/ou radio induites très fréquentes et touchant surtout le tube digestif.

Comment prévenir leur apparition ? (Prévention : information/ Education du patient)

- Patient avec traitement chimio/radio -thérapie .
- Consultation dentaire avant le traitement.
- Surveillance de l'hygiène buccale et de l'évolution des mucites.
- Evaluation des mucites.
- Traitement des mucites.

Prendre en charge :

le traitement des mucites principalement en de soin de support basé notamment sur l'hygiène bucco-dentaire et les bains de bouche, la prise en charge de la douleur ou d'une surinfection éventuelle et une adaptation de l'alimentation.

C9-Manipulation des produits cytotoxique.

I. Benaïda, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.

Introduction :

Utilisés dans le traitement des cancers, les produits cytotoxiques présentent une toxicité intrinsèque liée à leur mécanisme d'action sur les cellules. La plupart possèdent des propriétés soit génotoxiques, ou reprotoxiques et/ou cancérigènes.

Les professionnels de santé pouvant être exposés à ces composés toxiques, leur utilisation est de fait reconnue, depuis la fin des années 1970, comme un risque professionnel dans les établissements de santé. En raison de la forte toxicité de ces composés, des expositions, même à faibles doses, peuvent s'avérer délétères pour la santé des professionnels qui les manipulent quotidiennement, parfois pendant de nombreuses années. Ces expositions surviennent lors de toutes les étapes de la mise en œuvre des cytotoxiques (fabrication, préparation, administration et élimination). Les contaminations résultent essentiellement d'une pénétration par voie transcutanée ou par inhalation d'aérosols, lors de la manipulation des cytotoxiques.

Définition :

Les produits cytotoxiques inhibent ou empêchent le bon fonctionnement des cellules. On les utilise surtout pour traiter le cancer, souvent dans le cadre d'une chimiothérapie. Les produits cytotoxiques peuvent empêcher la croissance rapide et la division des cellules cancéreuses.

Les risques de la manipulation des produits cytotoxique :

- Immédiats
- Retardés
- A long terme

Les sources de contamination :

- L'extérieur des flacons
- Le procédé de fabrication
- Le produit fini
- Le patient

Les moyens de prévention :

- Equipement de protection collective
- Equipement de protection individuelle

Conclusion :

Cette étude préliminaire a permis une approche simple l'évaluation du risque lié à la manipulation des produits cytotoxique, a mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements tels que le manque de sensibilisation vis-à-vis du risque, le manque de moyens de protection (protection respiratoire, local réservé, etc.), particulièrement en hématologie où l'activité est importante. D'autres investigations sont nécessaires, mais il est urgent de sensibiliser les personnels au risque et de leur prodiguer une formation en matière de manipulation des chimiothérapies.

C10- Techniques de manipulation et d'entretien d'une chambre implantable.

MA. Youbi, A. Bachiri, SE. Belakehal.

Service d'hématologie HMRUO

Introduction :

Le cathéter à chambre implantable (CCI) est un dispositif sous cutané relié à une voie centrale par l'intermédiaire d'un cathéter. La ponction de ce dispositif sous cutané permet un accès direct à la voie centrale avec des utilisations multiples pendant des années.

Objectifs :

Assurer la qualité et la sécurité de la manipulation des chambres implantables en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie strictes qui s'imposent et mettre en place la surveillance spécifique et les modalités d'entretien de la chambre implantable.

Méthodes :

Dans ce travail, nous discutons les indications, les risques et complications, les règles de manipulations et les modalités de surveillance de la chambre implantable.

Résultat :

Actuellement, Les cathéters à chambre implantable remplacent de plus en plus les cathéters veineux centraux à court terme et à effet tunnel permanent. Elles sont indiquées pour les patients qui ont besoin d'un traitement intraveineux à long terme impliquant, par exemple, l'administration répétée de médicaments, une chimiothérapie, la nutrition parentérale, les transfusions, les perfusions, les injections et / ou la collecte d'échantillons de sang.

Les systèmes portuaires peuvent alléger considérablement le fardeau de la thérapie intraveineuse et améliorer ainsi la qualité de vie de ces patients. La planification, la préparation et les performances de l'implantation du système de port nécessitent une attention méticuleuse aux détails. Le taux de complications liées à l'implantation est inférieur à 2% chez les mains expérimentées; des taux de complications globaux ont été signalés de 4,3% à 46%. La bonne utilisation postopératoire et l'entretien du système portuaire sont d'une importance décisive pour le résultat. Les taux d'infection signalés pendant l'utilisation du système portuaire varient de 0,8% à 7,5% dans les études cliniques en cours.

Conclusion :

Le CCI est un outil qui s'impose chez les patients ayant besoin de traitements de longues durées avec accès veineux répétés. Il facilite l'administration des médicaments et améliore ainsi la qualité de vie de ces patients. Ce dispositif nécessite cependant une maîtrise des techniques de manipulation afin de réduire au maximum les éventuelles complications.

C11- Application de la technique PCR automatisée GeneXpert BCR-ABL Ultra pour le suivi moléculaire de la Leucémie Myéloïde Chronique (LMC).

N. Cherfi, K. Bouzourine, N. Nouas, S. Taoussi, MY. Bouchakor, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC, Laboratoire de recherche sur les hémopathies malignes et les hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Université Blida 1 Soumaa.

Introduction :

La LMC est caractérisée par la présence du chromosome Philadelphie, résultat d'une translocation t(9;22) responsable de l'apparition d'un gène de fusion BCR/ABL dont le variant le plus courant est M BCR, majoritairement impliquée dans la LMC. L'étude moléculaire par RT-PCR qui met en évidence le transcrite de fusion BCR-ABL permet de faire le diagnostic de LMC et de faire l'évaluation du traitement par les antityrosines kinases.

Notre objectif est de montrer l'intérêt de la technique PCR innovante GeneXpert BCR-ABL Ultra automatisée qui est un test quantitatif des transcrits du point de rupture M BCR-ABL, et qui fournit des résultats moléculaires extrêmement sensibles. Cette technique a été appliquée chez nos patients LMC sous Imatinib (IM) en première ligne et les ITK2 en deuxième ligne suivis au service d'hématologie de l'EHS ELCC Blida ; elle est pratiquée au laboratoire de cytogénétique depuis 2016 , en vue de la surveillance de la maladie résiduelle (MRD) ou la réponse moléculaire majeure (RMM) selon les recommandations de l'ELN 2013.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une PCR quantitative en temps réel par transcription inverse. Le test est effectué sur le GeneXpert Systems de Cepheid, entièrement automatisé en utilisant des tests RT-PCR en temps réel et PCR nichée. Il est réalisé sur sang veineux prélevé sur EDTA. Au départ, 4 ml de sang total agités 10 fois sont rajoutés à 100 microlitres de protéinase K dans un flacon de 50 ml. Une agitation par Vortex est appliquée suivie par une incubation d'une minute à température ambiante. On y ajoute 2,5 ml de réactif de lyse suivie de deux agitations successives de 10 secondes avec un temps d'incubation de 5 min chacune. 1 ml du lysat est transféré dans un nouveau flacon de 50 ml et additionné de 1,5 ml de tampon de lyse ; après 10 min d'incubation à température ambiante, une agitation de 10 secondes est réalisée suivie d'une autre de 19 secondes après l'ajout de 2 ml d'éthanol. Un tampon de lavage ainsi que la totalité du lysat sont ajoutés respectivement dans les ouvertures 1 et S de la cartouche. Celle-ci est installée dans l'appareil après scan du code barre. La réponse moléculaire précoce correspond à une réduction de 10 % du transcrite à 3 mois du traitement et à tout moment ; elle est majeure = 0,1 %, ou profonde = 0,01 %, 0,0032 % ou complète = 0,001 %. Ces réponses correspondent à une baisse respective de 3, 4, 4.5, et 5 logs. 337 pts LMC diagnostiqués par caryotype ou FISH ont été évalués par PCR GeneXpert ultra à 3, 6, 12,18 ,24 mois et au-delà.

Résultats:

805 manipulations ont été effectuées, soit en moyenne 4 PCR /pt (2- 8). 205 pts avaient une diminution du ratio BCR-ABL/ABL \leq 0,1% témoignant d'une RMM (réponse optimale sous IM) avec poursuite du traitement ; 35 pts avaient une réponse insuffisante et chez qui l'IM est maintenu avec une surveillance ; 97 pts étaient en échec à l'IM, ou le switch était prescrit et s'est avéré efficace avec une RMM chez 37 pts d'entre eux ; un échec aux 3 ITKs a été constaté chez certains patients de ce groupe.

Conclusion :

La technique automatisée GeneXpert ultra dans le diagnostic et le monitoring du transcrite BCR-ABL est une avancée remarquable et fiable pour assurer une meilleure prise en charge des patients atteints de LMC.

C12- Les outils cytogénétiques appliqués pour le diagnostic et le suivi de la leucémie myéloïde chronique

N. Cherfi, K. Bouzourine, N. Nouas, S. Taoussi, MY. Bouchakor, MT. Abad, M. Bradai.

Service hématologie EHS ELCC CAC, Laboratoire de recherche sur les hémopathies malignes et les hémoglobinoopathies, Faculté de Médecine, Université Blida 1 Soumaa.

Introduction :

La leucémie myéloïde chronique(LMC) est une hémopathie clonale caractérisée par une anomalie cytogénétique acquise dite le chromosome Philadelphie, résultat d'une translocation réciproque (9;22)(q34;q11) identifiée dans 95% des cas par le caryotype ; dans les 5% restants, les techniques d'hybridation In Situ Fluorescente (FISH) et/ou de biologie moléculaire(PCR) mettent en évidence le gène de fusion BCR/ABL ou le transcrite de fusion BCR-ABL respectivement.

Objectifs

Recenser, décrire et préciser les indications respectives des outils cytogénétiques appliqués à la LMC.

Matériels et méthodes :

Le caryotype dans la LMC : Il nécessite un prélèvement de cellules médullaire (2 ml dans une seringue stérile héparinée + tube conique de 15 ml contenant du RPMI complet) ou sanguine (5 -10 ml dans un tube stérile hépariné). Ces cellules subissent une mise en culture, un blocage des mitoses en métaphase par la colchicine 20 à 30 minutes avant la sortie de culture ; un choc hypotonique réalisé avec du KCL, une pré fixation et une fixation qui se fait avec la solution de carnoy (acide acétique et méthanol) qui maintient la forme du noyau et fixe les mitoses. A la fin de ces étapes, on obtient un culot cellulaire clair qu'on doit conserver à +4 avant de procéder aux étalements cellulaires pour FISH ou Caryotype.

L'étalement est la réalisation de préparations chromosomiques sur des lames à partir de culots cellulaires fixés. L'étalement a une très grande importance pour la qualité des mitoses et des bandes chromosomiques. L'étape suivante est la dénaturation thermique en bandes R (Reverse) pour le caryotype. La lecture nécessite d'analyser au moins 20 mitoses. En cas d'anomalie non clonale, il est souhaitable de confirmer ou d'infirmer une éventuelle clonalité en analysant plus de mitoses. La technique FISH (Fluorescent In Situ Hybridization) est une technique qui permet de révéler par fluorescence grâce à des sondes d'ADN des séquences complémentaire sur les chromosomes étudiés et ne permet d'identifier que l'anomalie ciblée. La FISH se fait dans une chambre noire (technique et lecture), dont les étapes sont après étalement des lames, un prétraitement des lames, application des sondes, une dénaturation et incubation au Thermobrite, un lavage et une contre coloration au DAPI. et une lecture au microscope à fluorescence.

Indications de ces outils dans la LMC :

Le caryotype est classiquement l'outil diagnostique préféré de la LMC du fait qu'il évalue l'ensemble du génome ; il met ainsi en évidence en plus de la t(9;22) des anomalies clonales impliquées dans le pronostic.

Une étude en cytogénétique moléculaire (FISH) vient en complément du caryotype en cas de Ph1 masqué.

Le monitoring fait appel à la biologie moléculaire quantitative (RT-PCR) manuelle. Le développement de la technique automatisé (GeneXpert de Cepheid) est une grande avancée technique sécurisée et fiable.

Conclusion :

Les trois techniques sont réalisées en routine dans notre laboratoire pour le diagnostic et le suivi de la LMC de manière complémentaire. Le caryotype reste l'examen de référence au diagnostic ainsi qu'au suivi de la LMC jusqu'à l'obtention de la rémission cytogénétique et à tout moment en l'absence ou devant la perte de celle-ci; La FISH ; ciblée, est précieuse pour détecter les anomalies cryptiques et elle est plus sensible pour le suivi de la réponse cytogénétique. Une fois la rémission cytogénétique obtenue, la PCR quantitative est nécessaire pour évaluer la réponse moléculaire profonde dans la LMC par la quantification du transcrite bcr-abl (type préalablement étiqueté au diagnostic).

C13- Un projet de soin : Instaurer une consultation infirmière.

F. Zebbar, S. Oukid, F. Lamraoui, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.

Introduction :

Lors de notre activité quotidienne, on est face à de nouveaux patients inquiets, désorientés par l'annonce d'un diagnostic d'une pathologie maligne. Dans ce contexte, on a réfléchi à un moyen de soulager les inquiétudes des patients, on les informant sur leurs suivis dans notre unité et on les préparant pour leurs prises en charge avec une étroite collaboration avec le médecin traitant et le psychologue du service.

Objectif :

Etablir une consultation infirmière pour mieux satisfaire les besoins des patients, encadrer les parcours thérapeutiques et être dans la continuité dans la prise en charge.

Matériels et méthodes :

Le travail présenté est certes théorique et qui repose sur former nos infirmiers à assurer une fonction d'éducation; orientation avec des éléments réfléchis et structurés par exemple avoir un lieu de rencontre, un numéro de téléphone directe pour un contact direct avec le patient sans intermédiaireetc .

Conclusion :

Il convient de souligner combien cette initiative est fondatrice d'un nouveau regard sur la prise en charge d'un patient et permettre d'en dégager des propositions d'actions concrètes pour améliorer la prise en charge d'un patient en hématologie.

C14- Importance des AMSP dans une consultation spécialisée.

I. Bouzar, S. Oukid, S. Taoussi, Y. Diafallah, MT. Abad, M. Bradai. Service hématologie EHS ELCC CAC Blida.

Introduction :

Le service d'hématologie est un service qui accueille des centaines de malades au quotidien, répartis sur plusieurs unités, dont l'hôpital de jour, la consultation, hospitalisation ... etc. L'AMSP est responsable de l'accueil, de la gestion et de l'orientation du patient, des étapes qu'elle doit mener à bien afin de garder un équilibre entre l'équipe soignante et le plateau technique.

Malgré les contraintes rencontrées, l'AMSP se doit de maintenir la cadence et le professionnalisme pour accomplir sa mission.

Méthode :

- Organisation pré, per et post consultation
- Gestion des nouveaux et anciennes patients
- Gestion des urgences
- Statistiques
- Autres taches
- Contraintes
- Suggestion de solutions

Conclusion :

L'AMSP, membre à part entière du plateau technique et de la plaque tournante d'un service, elle est le maillon d'une chaîne, par lequel commence et se termine une consultation en veillant sur la bonne marche des événements et en étalant son savoir-faire pour satisfaire les patients d'une part et soulager le personnel médical d'une autre part.

C15- Le Rôle de l'infirmier en ETP (éducation thérapeutique patient) sur l'usage des herbes médicinales en concomitance avec la chimio- conventionnelle.

M. Djaafri, D. Saidi, H. Touhami, R. Messaoudi Centre hospitalo-universitaire d'Oran Service Hématologie

Introduction :

L'observation de plusieurs cas de patients hospitalisés pour des complications inhabituelles de certains protocoles de chimiothérapie nous a fait découvrir que l'intervention de la médecine traditionnelle surtout à base de plantes. Néanmoins, L'énonciation du traitement prend place au cours de diverses activités de soin comme les divinations, les transes, les rituels, le respect de fady alimentaires ou comportementaux. La plupart des patients reconnaissent facilement et parfois spontanément l'utilisation concomitante du « Mliless » et d'autres plantes avec les chimiothérapies. La plupart de ces patients sont décédés dans des tableaux d'aplasies médullaires graves. Ceci nous a conduits à lancer un programme d'ETP dans le but de réduire l'utilisation de ces plantes avec la chimiothérapie.

Patients et Méthodes : Durant la période Jan 2018 à Décembre 2019, 47 patients atteints de Lymphomes de Hodgkin LH ont été suivis dans notre service. 31 ont pu avoir une ETP et 16 n'ont pas eu d'ETP. L'Age moyen des patients est entre 1971-ans. Sex-ratio 1,47 (28 homme, 19 femme). Nous avons établi un programme d'ETP listes les principales plantes médicinales reconnues et utilisées dans la région sous forme de décoctions, d'infusions, de macérations de plantes fraîches ou sèches. Expliquer leurs intérêts mais aussi leurs indications précises et leurs contre-indications. . Depuis 2018 nous avons établis un programme d'ETP pour la prévention de l'aggravation des effets attendu de la chimiothérapie conventionnelle et la prise des plantes médicinale. Cette ETP a été basé sur des groupes de 2 à 5 patients par séance de 30 à 45 minutes ou de façon individuelle lors des séances de chimiothérapie.

Résultats :

Dans le groupe ayant suivi l'ETP, le Nombres d'hospitalisation en urgences (6), nombre de leucopénie (20), nombre de pancytopenie (10), anémie (20) Syndrome hémorragique (10). Pour ces patients nous avons trouvé que 28%ont utilisés les plantes durant l'expérience du cancer, 34 % ont discutés des plantes dans des séances d'ETP et 39 % ont reçu assez d'information. A la fin de l'ETP, le premier groupe de patient ont été convaincus sur la non prise de plantes médicinale, le 2ème groupe ont été informé sur le danger et la toxicité des plantes après en avoir consommé de petite quantité d'après leurs révélations.

Discussion :

Les plantes médicinales ne constituent pas l'unique activité et l'unique apport thérapeutique de la médecine traditionnelle, mais nous nous sommes limités à cet objectif simple pour cette étude. Que ce soit dans la médecine traditionnelle ou la médecine conventionnelle, des conflits entre les 2 types de médecines ne font que s'accroître.

La médecine traditionnelle a été plus ou moins écartée du système officiel de santé Algérien avec l'instauration de la médecine gratuite. Une fois le protocole entier fait, comment le médecin évalue les résultats de ces soins, le patient évalue librement les résultats des soins. L'essentiel est d'éviter l'utilisation concomitante des plantes médicinales et les traitements conventionnels.

Conclusion:

Le personnel soignant a besoin d'être informé sur les plantes pour la Sécurité des soins parmi les thérapies traditionnelles et Conventionnelles pour minimiser les risques d'interaction durant les traitements et S'assurer que les patients sont bien informés à propos de leur utilisation des plantes. Aider les patients à prendre des décisions de santé éclairées.

C16- Manipulation et précautions d'utilisation de la chambre implantable en Hématologie

F. Talbi, MR. Abbadi, S. Mouhoub, A. Chalabi, S. Bouhadi Salhi, K. Djouadi.

Les progrès thérapeutiques actuels ont permis de prolonger la survie des patients d'oncohématologie au prix d'une diminution de leurs défenses immunitaires. Cette immunodépression représente l'un des facteurs de risque essentiels dans la survenue des infections nosocomiales. L'existence d'une voie veineuse centrale multiplie le risque de survenue d'une bactériémie par 40 à 100 (chez les malades immunocompétents) et par 4 (chez les patients en aplasie). Plusieurs facteurs sont incriminés : le terrain, l'environnement hospitalier, le type de matériel utilisé, le site d'insertion du KT central, sa durée d'implantation et ses modalités d'utilisation. Les germes les plus souvent incriminés sont le *Staphylococcus epidermidis*, beaucoup plus rarement de *Staphylococcus saprophyticus*.

En plus des infections (locales ou systémiques), d'autres complications peuvent s'observer : l'obstruction du CCI ; les thromboses veineuses ; l'extravasation du produit de chimiothérapie.

Dans certaines situations extrêmes, l'ablation du cathéter s'impose : signes de choc et absence d'autre infection évidente; infection locale profonde associée; thrombophlébite septique; voie veineuse non ou plus indispensable.

La manipulation et l'entretien d'une CCI nécessitent une prévention permanente du risque infectieux et thrombotique par les professionnels. Leur formation doit inclure ces objectifs incluant une surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux ; une gestion de la qualité et prévention des risques et une organisation de la prise en charge des patients

C17- Pratique du test ultime au lit du malade : technique de réalisation et intérêt

I. Semoud, S. Chemali / Service de médecine interne, EPH Rouiba, Alger.

La transfusion sanguine est un acte médico-légal, engageant la responsabilité du médecin prescripteur et de l'infirmier qui l'applique. L'objectif de cette présentation est de connaître les étapes de cet acte et de souligner l'intérêt de la pratique du test ultime au lit du malade et de le bien interpréter, dans le but de s'assurer de la sécurité du sang à donner. Le test ultime au lit du malade se fait en mélangeant le sérum du malade avec les globules rouges à transfuser ou en contrôlant l'épreuve globulaire pour le patient et le concentré de globules rouges (CGR) contrairement à la majorité qui ignore la technique de réalisation et l'effectue en mélangeant le sang total du patient avec les globules rouges à transfuser.