

et de Transfusion Sanguine



Société Algérienne d'Hématologie

èmes

25 - 26 Mai 2023 au Park Mall Hôtel & Conférence Center Sétif.

Les Abstracts

Les communications orales

C-1 Rôle de l'infirmier dans la PEC des états septique sévères en Onco-hématologie

A. Nair, N. Benkhira. Service d'hématologie CLCC Bechar

Introduction

Le sepsis sévère et choc septique sont des problèmes majeurs de santé en oncohématologie. C'est des urgences diagnostic et thérapeutique. Les états septiques graves sont des complications fréquemment rencontrées en Onco-hématologie, associée à une mortalité importante.

Notre objectif est d'élucider le rôle de l'infirmier dans la prise en charge.

Matériels et méthodes

- Infection : réponse inflammatoire contre micro-organisme étranger.
- Syndrome de réponse inflammatoire systémique « SRIS » aux agressions sévères de l'organisme, associe au moins deux signes « hypo-hyperthermie, tachycardie, tacchypnée, acidose, hyperleucocytose/leucopénie »
- •Sepsis: SRIS à une infection
- Sepsis sévère : sepsis associé à la dysfonction d'organe, hypoperfusion ou hypotension (PA) systolique.
- Choc septique :_hypotension induite par le sepsis, réfractaire au remplissage et associé à des stigmates d'hypoperfusion (oligurie, troubles de la conscience)

La gravité du tableau dépend de : virulence de l'agent infectieux

Défense immunitaire du patient.

Résultats

L'examen clinique est une étape primordiale, sa qualité conditionne la prise en charge, Il permet :

Identification précoce

Evaluation de sévérité

Recherche du foyer infectieux : Hémocultures, prélèvements des portes d'entrée (de gorge, ECBU), TTX

*Ce qui permet de conduire le traitement :

Restaurer l'état hémodynamique : Remplissage vasculaire (SSI 0,9%/macromolécules selon prescription médicale), en cas d'hypotension.

Oxygénation efficace SpO² ≥%95

Antibiothérapie intraveineuse

- * En cas d'échec au-delà de 60 min ; traitement vasopresseur (norépinephrine ou dopamine).
- * Evolution: l'infirmier doit surveiller.
- PA, saturation, fréquence cardiaque et respiratoire.
- ECG
- Diurèse (sonde urinaire)
- Effets indésirables des antibiotiques.

Le pronostic dépend des défaillances viscérales, délai « choc/traitement », réponse au traitement.

Conclusion

L'infirmier joue un rôle primordial dans la PEC des états septiques sévères, qui doit être précoce et intensive pour améliorer le pronostic.

C-2 Prévention des infections nosocomiales ; Expérience du service d'hématologie. CLCC Bechar

A. Fellous, N. Benkhira. Service d'hématologie. CLCC Bechar

Introduction

Les infections nosocomiales « hospitalières » sont des Infections contractées au cours d'une hospitalisation et relèvent de 2 modes de transmission, endogènes ou exogènes, elles s'associer à des facteurs de risque qui peuvent être liés au patient (âge, immunodépression..), aux soins et interventions (Sondage urinaire, Cathéter..), et à l'agent infectieux.

A partir de là, on déduit que le respect des regèles d'hygiène et d'asepsie peut réduire voire prévenir les infections nosocomiales.

Matériels et méthodes

Notre service assure d'une façon journalière une moyenne de 12 hospitalisation du jour, et 8 hospita-

lisation de plus de 24 heures ; L'objectif de ce travail est de détailler notre stratégie suivie pour prévenir les infections nosocomiales dans le service d'hématologie CLCC Bechar.

Résultats

A-Personnel soignant:

- Hygiène corporelle et de la tenue vestimentaire.
- Débuter les soins par le patient en isolement
- Soins à réaliser avec respect d'asepsie
- Regrouper les soins
- Matériel individuel (Scope, thermomètre....)

B- Patient:

- Hygiène corporelle rigoureuse
- Alimentation protégée (si neutropénie+)
- Interdiction de manipulation des dispositifs invasifs (cathéters, sondes ...)
- Préférer la séparation des patients d'HDJ de ceux d'unité d'hospitalisation et des patients atteints d'hémopathies malignes de ceux atteints d'hémopathie bénigne.
- Isolement des patients en neutropénie et ou en aplasie
- L'antibioprophylaxie pour les malades immunodéprimés.
- Limiter les indications et la durée d'hospitalisation.

C-Environnement:

- -Ménage des chambres.
- -Ne pas stocker les poubelles souillées
- -La visite:
- respecter les horaires,
- préférer les visites de courte durée, groupe limité
- Interdire la visite des porteurs de maladie transmissible
- respecter les mesures d'isolement

Conclusion

Les infections nosocomiales sont un problème de santé majeure pour les établissements hospitaliers particulièrement pour les services d'onco-hématologie. Notre service prend en charge des patients fragiles susceptible aux surinfections d'où l'intérêt d'une bonne stratégie de prévention.

C3- Le rôle de l'infirmier dans la maitrise du risque infectieux chez les patients sous chimiothérapie

H. Chourar, L. Cherif Louazani, A. Ben Bourenan,N. Brahim, M. Ramaoun.Service hématologie CHU Blida

Introduction

Le traitement des leucémies aigues est à base de cure de chimiothérapie ; elle a pour objectif de détruire toutes les cellules de la moelle osseuse. La conséquence est une période de plusieurs semaines d'aplasie, définie par la disparition des cellules sanguines aussi bien dans la moelle que dans le sang avec pour conséquence la perte transitoire de toute défense immunitaire. Pendant cette période, le patient est hospitalisé, le recours à des antibiotiques et des transfusions de plaquettes et de globules rouges peut être nécessaire. Le risque infectieux étant important des mesures d'hygiène strictes doivent être appliquées par l'infirmier.

Objectif

Amélioration de la qualité des soins infirmiers et la sensibilisation sur l'importance de leurs rôles dans la prévention du risque infectieux.

Présentation

Les patients sous chimiothérapie sont a risque de développer des formes sévères d'infections, les enjeux sont donc de protéger ces patients de toute contamination et d'organiser dans les meilleurs conditions possibles leurs prise en charge. Une infection peut être causée par des germes qui étaient déjà présents dans ou sur le corps. Mais ils peuvent également être transmis d'un patient à un autre lorsque les soignants ne respectent pas les règles d'hygiène au moment opportun.

Pour cela les mesures d'hygiène nécessaires sont basées sur : le lavage des mains simple ou chirurgical dans les bonnes circonstances (lavage des mains simples entre deux patients, lavage antiseptique avant la pose de perfusion IV, pose de perfusion PAC / aiguille de Huber). Le port de gants dans les circonstances nécessaires (dans toute situation de soin où l'on risque d'entrer en contact avec des liquides biologiques : urine, sang, salive, selles...). Le port de la tenue de soignant lavée quotidiennement à 60° et à l'eau de javel antisepsie avant les soins invasifs. Ainsi que les règles d'hygiène de base : nettoyer (surfaces et objets), réaliser la toilette et désin-

fecter du centre du site d'injections ou de la plaie vers l'extérieur. La préparation des soins sur une paillasse propre et l'utilisation des champs stériles ou non stériles sous le membre ou la partie du corps qui va bénéficier d'un soin; l'isolement de malade contaminés et surtout la conscience du personnel soignant de leur rôle pour le bon déroulement des soins sans contaminer le patient.

Conclusion

Les risques infectieux sont inhérents à la pratique médicale et paramédicale. Comme la qualité des soins ; la prévention des infections est en progrès continue et nous devons toujours appliquer les règles de bonne conduites des soins chez les patients immunodéprimés, car cela détermine les résultats thérapeutiques et la vie du patient.

C4- L'impact du covid sur les activités de l'unité de cytaphérèse du service hématologie CHU Oran

A. Araba, D. Saidi, S. Kahal, M. Djaafri. Centre hospitalo-universitaire d'Oran service hématologie

Introduction et définition

La pandémie qui a touché le monde due au virus sars-cov2 connue sous covid 19 a eu un impact négatif sur tous les secteurs et les populations surtout les hôpitaux entre autres notre unité de cytaphérèse. La cytaphérèse, Est une opération qui consiste à prélever des plaquettes d'un donneur relié à un appareil, cette opération nécessite une s élection et une préparation des donneurs de la part du Médecin et de l'infirmière de l'unité.

Matériels et méthodes

Nous avons recueilli Les statistiques des donneurs sélectionnés et les Prélèvements accomplis de l'année ou la pandémie étaient en plein pic 2020 et 2021 puis 2022.

- ▶ 104 donneurs préparés et 75 dons en 2020
- ▶ 141 donneurs préparés et 96 dons en 2021
- ▶ 408 donneurs préparés et 267 dons en 2022

Discussion et Conclusion

On a constaté le nombre des donneur et des Prélèvements des année 2020et 2021 était plus bas par rapport à l'année 2022 la différence est de plus de 50 %.

Ce qui nous laisse dire que les patients qui nécessite un apport de plaquettes souffraient du manque des dons

dans le temps normal, mais la pandémie a accentué cette souffrance pour les patients et pour l'équipe soignante.

C5- Rôle de l'infirmier dans l'utilisation du fer injectable

H. Mammar, F. Kaouane, S. Oukid, Y. Bouchakor, Z. Bouchtara, M. Bradai. Service d'Hématologie, EHS ELCC CAC Blida

Introduction

Le fer injectable est un médicament qui contient du fer. Il est utilisé dans le traitement de la carence martiale c'est-à-dire une anémie par manque de fer. Il indiqué lorsque, le fer oral n'est pas assez efficace ou il y'une intolérance et en cas de malabsorption dans un but de corriger l'anémie et de reconstituer rapidement les réserves en fer. Comme tout traitement, on peut avoir des effets secondaires et dans ce cas le risque majeur du fer injectable est une réaction anaphylactique sévère.

Objectif

Notre objectif est de mettre en évidence du rôle cruciale de l'infirmier dans la préparation, surveillance et gestion des effets secondaires lies au fer injectable.

Rôle de l'infirmier

Ce médicament est réservé à l'usage hospitalier. Avant tous il faut interroger le patient sur les antécédents personnels surtout allergique et sur des éventuels effets indésirables suite à l'utilisation du fer injectable dans son passé.

La perfusion doit être administrer chez le patient en position allongé, et elle doit être assurée sous surveillance stricte pendant l'administration et au minimum 30 minutes après, et cela par du personnel formé à la prise en charge d'une réaction allergique sévère.

Le personnel paramédical doit assurer la surveillance des constantes (TA, T°, fréquence cardiaque, poids récent) avant la perfusion, à 15 minutes, 30 minutes puis toutes les heures jusqu'à la fin de la perfusion.

Avant la perfusion, il faut préparer un plateau d'urgence complet avec une seringue d'adrénaline, les corticoïdes et un concentrateur d'O2 branché. Interrompre les autres traitements intraveineux (IV), pour ne pas mélanger les médicaments.

Il faut dilue uniquement dans une poche de NaCl 0.9% (pour des raisons de stabilité, pas de dilution dans le glucose). Vérifier le débit de la perfusion selon la notice du médicament. Détecter les effets secondaires notamment l'extravasation, douleur au point de ponction,

frissons, nausées, prurit, érythème, urticaire, hypotension, signes d'une réaction anaphylactique.

Si réaction allergique, il faut toute suite stopper la perfusion et appeler le médecin traitant et remplacer la poche de Fer par une poche de NaCl 0.9% pour rincer lentement la tubulure et voie d'administration (100ml en 30 minutes).

Toute réaction allergique doit faire l'objet d'une déclaration de pharmacovigilance.

S'assurer que le patient et/ou son entourage connaît les signes cliniques d'intolérance (picotements lèvres, difficultés respiratoires). Sécuriser le départ du patient à son domicile sans être alarmant. L'intervalle minimum entre chaque administration doit être strictement respecté.

Conclusion

Le Fer injectable se caractérise par son efficacité et sa facilité, mais il doit être appliqué avec un protocole strict. L'infirmier doit être prêt à la possibilité de réactions au médicament et surtout il doit préparer le nécessaire en cas de réaction allergique qui peut mettre en jeu le pronostique vitale.

C6- Le rôle de l'infirmier dans la surveillance de l'administration du méthotrexate à haute dose chez les patients traités pour une hémopathie lymphoïde

I. Mefiteh, S. Benichou, M. Benlazar Service d'hématologie, CHU de Sidi Bel Abbes.

Introduction

Le méthotrexate haute dose (MTX-HD) est une chimiothérapie largement utilisée dans le traitement des hémopathies malignes, entre autres les leucémies aigües lymphoblastiques (LAL) et les lymphomes malins (LNH). Son utilisation n'est pas sans risque, et des effets secondaires graves peuvent être observés en l'absence de précautions. L'infirmier joue un rôle primordial dans l'administration du MTX-HD, recouvrant deux dimensions : les soins particuliers relatifs à l'administration et la gestion des effets secondaires.

Méthode

C'est une étude rétrospective sur une période d'une année (2021-2022), concernant 11 patients ayant reçu du MTX-HD dans le cadre de protocole de chimiothérapie Hyper CVAD.

Résultat

L'âge moyen des patients était de 23 ans (17-47ans), avec un sex-ratio M/F de 2,6. Le MTX-HD a été utilisé

chez les patients qui ont eu un LNH (n=06, 55 %) ou une LAL (n=05, 45 %), sachant que l'administration du MTX s'est faite à labri de la lumière, nécessitant l'administration d'acide folique, l'utilisation du sérum bicarbonaté et une surveillance du PH urinaire chez tous les malades (n=11, 100%). Concernant les toxicités observées, on note : une mucite grade 1-2 chez tous les patients (100%), et grade 3-4 chez un (9%); des vomissements chez 3 (28%) et des nausées chez 10 (91%); une aplasie médullaire sévère chez un patient (09%) et une insuffisance rénale modéré chez un autre. 2 (18 %) malades ont présenté une réaction cutanée. Pour la prise en charge thérapeutique, outre la surveillance des paramètres vitaux, des bilans biochimiques et de l'hémogramme, les patients ont eu des bains de bouche (Acide folinique, Solumedrol, Sérum Bicarbonaté), des antiémétiques, des facteurs de croissance hématopoïétiques (G-CSF) ainsi qu'une hyperhydratation alcaline.

Conclusion

Les effets secondaires à l'administration du MTX-HD n'est pas négligé. Elle nécessite une surveillance rigoureuse par l'infirmier, entre autres l'hyperhydratation, l'alcalinisation et le sauvetage par l'acide folinique.

C7- Prise en charge de l'extravasation associée aux traitements chimiothérapiques

Y. Azzeddine, K. Tayebi, M. Benlazar Service d'hématologie, C.H.U de Sidi Bel Abbes

Introduction

Une extravasation est définie par la fuite accidentelle d'une solution perfusée dans le réseau vasculaire vers les tissus environnants. L'extravasation de chimiothérapie (substances corrosives) est une complication qui nécessite une prise en charge immédiate. Le degré des dommages tissulaires est directement tributaire de la toxicité du médicament, de sa durée d'exposition dans les tissus et de la quantité infiltrée.

Méthode

Nous rapportons cinq observations concernant cette complication rare pour insister sur l'importance de sa prévention et sa prise en charge précoce.

Résultats

Les 5 patients concernés par l'extravasation étaient suivis au service d'hématologie pour un lymphome non hodgkinien. Il s'agissait de 3 femmes et 2 hommes. Leur âge moyen était de 37ans [25-55ans].

L'extravasation était responsable d'une nécrose cutanée importante chez un patient, d'une inflammation localisée chez deux patients et de réactions non sévères dans deux cas.

Les produits incriminés dans ces extravasations ont été : la doxorubicine responsable de la nécrose cutanée, la carboplatine, l'aracytine et l'endoxan responsables des autres réactions.

Notre attitude a été de : Stopper immédiatement la perfusion en laissant le dispositif veineux en place. D'identifier la toxicité du produit en cause (produit vésicant, irritant, non irritant). Evaluer le volume extravasé. Prévenir le médecin et après concertation :

- En cas de produits vésicants :
- aspiration du maximum du liquide infiltré par le dispositif veineux en place, enlever ensuite le cathéter et application de pack froids ou des compresses chaudes selon la nature du produit incriminé pendant 48-72 heures en discontinu, appliquer de la bétaméthasone, prévoir un antalgique si nécessaire, laisser sécher à l'air ne pas recouvrir. Une surveillance rapprochée et continue de l'évolution des lésions cutanées (chaque 02 heures) est instaurée.

Pour la nécrose cutanée, une nécrectomie a été décidée après avis traumatologique : plusieurs séances ont été programmées et l'évolution a été favorable avec une cicatrisation complète au bout d'un mois et demie de soins continus.

Discussion

L'extravasation de chimiothérapie est une complication rare, sa fréquence est de 0,1 à 5% [1]. Elle peut être responsable de dommages tissulaires d'intensité variable pouvant aller jusqu'à la nécrose cutanée sévère.

Elle expose au non-respect du calendrier thérapeutique, impactant péjorativement sur les résultats du traitement.

- Une meilleure connaissance de ces toxicités permet une meilleure approche et surveillance thérapeutique.
- Le choix d'un bon abord vasculaire et la surveillance de l'administration du TRT permettent de réduire considérablement la survenue de cet accident
- L'usage des chambres implantables doit être plus élargi aux patients nécessitant un TRT de chimiothérapie.
- Une information du patient est indispensable concernant des signes précoces pouvant annoncer une extravasation.

Conclusion

La connaissance du risque engendré par l'extravasation et le respect des recommandations concernant sa prise en charge précoce permet :

- de réduire la sévérité des dommages tissulaires permettant d'éviter les interruptions thérapeutiques qui lui sont inhérentes.
- de mieux sélectionner les patients en fonction de leur profil vasculaire.

Références : 1. Extravasation de cytotoxiques, Version 0-16, Pharmacie Réseau Oncolor, 2019.

C8- Soins infirmiers en unité d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques

A. Rais, H. Ahmidatou, R. Allag, A. Amri, M. Djof, N. Bouafia, D. Kaci et Z. Kaci Service d'hématologie, CHU Béni Messous

Introduction et objectifs

L'autogreffe a été introduite dans l'arsenal thérapeutique en hématologie dans les années 1980 et a connu de nombreux développements. L'unité d'autogreffe du service d'hématologie a été inaugurée en 2019. Nous présentons dans ce travail les taches et soins infirmiers en cette unité de thérapie cellulaire.

Patients et méthodes

L'unité d'autogreffe du service d'hématologie du CHU Béni Messous comporte 6 chambres d'isolement, entre Juillet 2019 et Avril 2023, nous avons effectué 57 autogreffes de cellules souches hématopoïétiques chez des patients atteints de myélome multiple et de lymphomes Hodgkinien ou non Hodgkinien.

L'intensification autogreffe se déroule en plusieurs étapes : mobilisation suivie de prélèvements de cellules souches hématopoïétiques, intensification par le protocole Melphalan 200 pour les patients atteints de myélome multiple et le protocole EAM (Etoposide, Aracytine, Melphalan) pour les patients atteints de lymphomes, ensuite l'autogreffe, après la période de gestion de l'aplasie jusqu'à la prise de greffe.

Résultats

Le patient candidat à une intensification autogreffe est hospitalisé en chambre d'isolement. Le rôle de l'infirmiers dans la procédure d'intensification autogreffe consiste en différents soins techniques généraux en collaboration avec l'équipe médicale : prélèvement sanguins pour bilan complet, mobilisation (injections sous-cutanées de facteurs de croissance pendant 4 à 5j),

préparation du patient pour le placement d'un cathéter central, préparation du patient pour le prélèvement de cellules souches par cytaphérèse, conditionnement qui consiste en l'administration de chimiothérapie (protocole Melph 200 ou protocole EAM), réinjection du greffon J0, puis gestion de l'aplasie et de la toxicité médicamenteuse : surveillance de la température, du syndrome hémorragique et du syndrome anémique, l'administration des antibiotiques et des transfusions de culots globulaires et des plaquettes irradiés ainsi que le traitement symptomatique et la prise en charge de la douleur. Toute ces étapes se déroulent dans le respect des règles d'hygiène et d'asepsie.

Conclusion

Tout au long de la procédure d'intensification autogreffe, le patient a besoin de soins spécialisés pour surmonter les complications liées au traitement. Dans ce contexte, l'infirmier doit connaître la procédure avec ses complications possibles afin de jouer son rôle qui consiste à prévenir, détecter précocement les signes alarmants et à prendre les mesures appropriées pour minimiser les effets indésirables et restaurer l'équilibre clinique du patient.

C9- La préservation du capital veineux dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie

F. Sif, S. Benhassine, S. Houari, F. Ferhat, MY. Bouchakor, S. Oukid, M. Bradai. Service Hématologie EHS ELCC CAC Blida

Introduction

La voie intraveineuse est la voie d'administration la plus fréquemment utilisée. Entre la toxicité des chimiothérapies intraveineuses et les injections répétées, les veines des patients soignés pour une hémopathie maligne peuvent vite devenir très douloureuses. L'injection de la chimiothérapie peut avoir un effet irritant puissant sur les petites veines périphériques, comme celles des bras, avec un risque de toxicité telle qu'une rupture de la veine, propagation du médicament dans les tissus alentours, pouvant entraîner des extravasations. Pour prévenir ces risques, la solution passe par la pose d'un abord veineux permanent (AVP) type cathéter central ou d'une chambre implantable, directement introduit dans une grosse veine.

Objectif

Notre objectif est de montrer l'intérêt de la chambre implantable et le cathéter central dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie au sein du service d'hématologie.

Aussi, avant de commencer le traitement par perfusion, dit intraveineux, la pose d'une chambre implantable percutanée (CIP) ou_cathéter central (CVC) sont recommandés, elles sont même indispensables avec certains produits

La chambre à cathéter implantable (port-a-cath ou PAC) : est un petit boitier placé sous la peau (généra-lement au niveau du thorax) et relié à un tuyau souple et fin appelé cathéter glissé dans une veine, elle permet d'injecter un médicament dans le sang à travers la peau et elle facilite les perfusions de chimiothérapie et permet de ne pas abimer les veines et peut rester plusieurs mois et des années.

Le cathéter central (CVC): est un tube mince et flexible qu'on met dans une grosse veine au -dessus du cœur on peut l'insérer dans une veine du cou du thorax ou du bras. Certains cathéters sont munis de 2 ou 3 tubes: on les appelle cathéters à double ou à triple lumière cela permet de recevoir plus d'un traitement à la fois et selon le type de cathéter on peut le laisser en place pendant des semaines et des mois.

Ces deux dispositifs préservent le capital veineux des patients, facilitent le prélèvement ,les transfusions, l'administration intraveineuse de certains traitements médicamenteux (chimiothérapie, immunothérapie, thérapies ciblées...), préviennent la sensation de brulure parfois ressentie tout au long de parcours de soins, par conséquence réduire le nombre d'injections pour prévenir le risque d'extravasation sévère, atténuent l'endolorissement, préviennent l'inflammation, accoisent le confort et réduisent l'anxiété des patients.

Le rôle de l'infirmier est la surveillance stricte de ces deux dispositifs pour leurs inconvénients : la chambre implantable, nécessite une aiguille spéciale, cause une douleur au point de ponction avec risque d'extravasation de la perfusion en sous cutané, le risque infectieux et parfois un dysfonctionnement du dispositif ; pour le cathéter central en plus du risque infectieux au niveau de point de sortie, le retrait est facile ou accidentel, une limitation d'activités et nécessite un entretien presque quotidien avec une asepsie rigoureuse.

Conclusion

La voie veineuse centrale (VVC) (cathéter veineux central [CVC], PICC Line, chambre à cathéter implantable [CCI]) reste privilégiée car elle permet de sécuriser l'administration et limiter le risque d'extravasation, elle est devenue primordiale pour eux, en participant à la diminution des complications liées aux cathéters et elle offre plus de confort au patient. La voie périphérique peut être utilisée mais reste réservée aux médicaments cytotoxiques non irritants.

La protection du réseau veineux doit s'intégrer dans une politique de gestion à long terme de l'ensemble du système veineux, de façon à le maintenir le plus intègre possible, le plus longtemps possible, aussi bien dans sa quantité que dans sa qualité

C10- Procédure de prélèvement de plaquettes par cytaphérèse au niveau d'un service d'Hématologie

F. Mehennou, M. Hadjadj, R. Ahmed Nacer Service Hématologie et Greffe de moelle osseuse – Centre Pierre et Marie Curie Alger

La réanimation hématologique est indispensable pour la prise en charge des hémopathies malignes. La chimiothérapie induit une aplasie d'où l'intérêt d'un traitement de substitution (transfusion érythrocytaire, plaquettaire) dans l'arsenal de la réanimation hématologique.

La disponibilité plaquettaire, en particulier le concentré plaquettaire (CUP), nécessite une expertise dans la cytaphérèse.

Dans notre service d'hématologie Centre Pierre et Marie Curie-Alger, nous disposons de 4 appareils de cytaphérèse Trima pour le prélèvement de plaquettes dédiées au service (hématologie et greffe de moelle osseuse).

La procédure du prélèvement de plaquettes par cytaphérèse passe par plusieurs étapes : l'indication, préparation au don (bilan pré don, tenir compte des critères d'exclusion), déroulement de la procédure, surveillance durant le don pour la sécurité du donneur, évaluation du produit du don (notamment clinique après la transfusion au receveur).

Dans ce travail, nous présenterons la procédure pour un don de plaquettes : type de donneurs, critères de don, bilan pré don et techniques de prélèvement de plaquettes.

C11- Rôle de l'Infirmier Coordinateur CTH dans l'accompagnement Pré-Per et Post- opératoire du patient hémophile

M. Djaafri, D. Saidi, R. Messaoudi. Centre hospitalo-universitaire d'Oran, service hématologie

Introduction

L'infirmier-coordinateur du CTH veille a l'organisation et à la réussite de la consultation pluridisciplinaire qui indique ou récuse l'indication chirurgicale.

Patient et méthodes

Depuis janvier 2020 jusqu'au octobre 2022 l'équipe pluridisciplinaire a pris en charge 4 patients hémophiles A sévère dont avec 1 ACC positif en chirurgie orthopédique dont 02 prothèses de la hanche totale, et 02 synovectomies.

Résultats

Le dossier médical complet et actualisé par l'IC a été discuté lors d'une consultation pluridisciplinaire regroupant Hématologiste, orthopédiste et physiothérapeute. En post-opératoire l'infirmier coordinateur Explique au personnel soignant de la CCF les particularités des soins spécifiques au patient hémophile en Post Op, Expliquer les bonnes pratiques de prélèvements chez le patient hémophile, la Surveillance particulière du drain de Redon, et la Remise d'un protocole de substitution en FAH en post Op.

Conclusions

L'IC est responsable de la prise en charge des soins du patient, Il est l'intermédiaire entre le patient et les soignants, il Donne les Informations aux patients hémophiles, et Assure les liaisons entre l'équipe chirurgicale et la famille du patient, également L'IC veille à l'accessibilité aux FAH en vue de l'intervention et des suites opératoires (Complications, rééducation, autre geste...) ainsi Participer à la réadaptation du patient à la maison.

C12- La place du traitement à domicile dans la prise en charge des patients hémophiles. Expérience du service d'hématologie du CHU de Constantine

F. Bouabellou, N. Salhi, Z. Ouchenane, N. Sidi Mansour. Service d'hématologie du CHU de Constantine

Introduction

La perfusion à domicile pour une personne atteinte d'un trouble de la coagulation lui ouvre la voie de l'autonomie. Dans le cas d'un patient hémophile sévère, cette opération se répète parfois trois fois par semaine, selon le protocole de traitement sans devoir aller à l'hôpital.

Permettre au patient de se sentir plus libre, en confiance et capable de mener une vie normale malgré son hémophilie.

Matériel et Méthodes

Les Démarches de la perfusion à domicile

2 situations:

- > Traitement prophylactique
- ✓ Chaque mois une ordonnance est délivrée avec le traitement a domicile au patient par le médecin :
- -- Le médicament prescrit
- -- La dose a injecter pour la prophylaxie
- -- Le rythme des injections : nombre des injections par semaine
- ✓ Traitement à domicile programmé
- > Traitement à domicile :
- ✓ Soit pour un traumatisme aigu :
- Contact téléphonique :
 - Savoir gérer le stress et angoisse des parents ou de l'hémophile.
- Analyser le contexte.
- Donner les conseils de base.
- Evaluer l'urgence et donner un rdv de déplacement a domicile
- ✓ Soit un traitement commencé au centre et nécessite des doses supplémentaires
- ✓ Interogatoire
- ✓ Observation des articulations

Résultats

Désescalade thérapeutique d'un patient du 3^e palier au 2^e palier : meilleure évaluation des saignements mensuels

Mise en place et la continuité de la prophylaxie primaire chez un patient en bas âge.

Assurer le suivi régulier d'un patient sous prophylaxie secondaire perdu de vu pendant 2 ans.

Traitement régulier d'un malade sous intolérance immune (ItI) pendant 14mois.

Apprentissage de l'auto traitement par un enfant : exclu du programme.

Apprentissage des parents qui injectent le facteur anti hémophilique à leur enfant : exclus du programme.

Conclusion

La perfusion à domicile permet de traiter de façon précoce et efficace les saignements mineurs et modérés. Le traitement à domicile ne remplace pas les soins dispensés par un médecin. Elle permet de protéger le capital articulaire de l'enfant en prévenant la survenue d'hémarthroses et améliore de manière importante sa qualité de vie.

La famille joue un rôle essentiel dans la réussite du traitement.

C13- Le saignement chez la femme et la jeune fille, rôle de l'infirmière

M. Drissi, I. Maamouri, B. Rahim, M. Bensadok, N. Ferroudj, M. Terchi, N. Zidani, S. Nekkal Service d'hématologie et banque de sang, CHU Benimessous, Alger

Introduction

Les Coagulopathies héréditaires rares touchent tant les hommes que les femmes. Les femmes sont souvent plus symptomatiques que les hommes à cause des saignements gynécologiques. Les femmes touchées peuvent avoir des saignements menstruels abondants et entraîner une anémie ferriprive, une hémorragie du post-partum et peuvent nuire à la qualité de vie de ces femmes.

L'objectif: Montrer le rôle de l'infirmière devant un saignement chez les femmes avec coagulopathie rare.

Résultats

330 femmes ou jeunes filles en activité génitale sont suivis au niveau du centre de traitement de l'hémophilie du CHU Beni Messous. Le rôle de l'infirmière est primordial, discussion avec les patientes, vérifier l'abondance du saignement, la substitution du facteur, un soutien psychologique ainsi qu'une éducation thérapeutique pour une prise en charge précoce du saignement pour éviter l'état de choc hémorragique.

Conclusion

La prise en charge des femmes avec une coagulopathie rare reste complexe, D'où la nécessité d'une équipe multi disciplinaire et d'une bonne prise en charge pour améliorer la qualité de vie de ces patientes.

C14- L'intérêt de la traçabilité des soins infirmiers pour une prise en charge optimale des patients hospitalisés

H. Berakaa, L. Cherif Louazani, A. Ben Bourenan,N. Brahim, M. Ramaoun.Service hématologie CHU Blida

Introduction

Le métier d'infirmier nécessite à la fois des compétences (techniques, psychologiques et relationnelles), l'infirmier doit coordonner l'organisation et la mise en œuvre des soins et assurer l'amélioration de la qualité et la continuité des soins, parmi les activités de l'infirmier à l'hôpital est la traçabilité des soins.

Objectif : Définir la traçabilité des soins, son importance et son intérêt dans la prise en charge des patients en milieu hospitalier.

Présentation

La traçabilité des soins regroupe les outils qui nous permettent de retrouver les informations afin de comprendre la situation de la personne soignée et d'y déposer également nos propres observations, à chaque étape de son parcours de soin, son importance est majeure dans le suivi clinique et la continuité des soins et pour garantir le respect des exigences légales en matière de traçabilité des soins. L'absence de la traçabilité peut provoguer une anarchie dans l'hôpital, mais malheureusement dans nos différents services la tracabilité des soins est mal faite. Les infirmiers ont des difficultés à trouver les différentes informations concernant la prise en charge des patients, ils sont obligés de rechercher dans les différents documents tels que le dossier médical, le registre des consignes, fiche de surveillance à cause de l'absence du dossier de soin, par conséquence cela peut augmenter la charge de travail de l'infirmier, en créant un environnement défavorable avec risque d'erreur. L'importance de la traçabilité est majeure dans le suivi clinique et la continuité des soins et pour garantir le respect des exigences légales en matière de traçabilité des soins, plusieurs techniques ont été mises en place : à savoir le dossier de soin, les transmissions écrites, les transmissions cibles et le diagramme de soins.

Conclusion

L'écrit contribue à la qualité des soins et au travail d'équipe et permet la continuité des soins, il est indispensable pour compléter les transmissions orales.

Les infirmiers doivent être conscients des enjeux, notamment de la responsabilité individuelle qui peut être engagée d'où la nécessité du suivi stricte des recommandations

C15- Les bonnes pratiques d'un prélèvement d'hémostase

I. Maamouri, M. Drissi, M. Bensadok, N. Ferroudj, M. Terchi, K. Chennoukh, N. Zidani, S. Nekkal Service d'hématologie et banque de sang, CHU Beni Messous, Alger

Introduction

Le prélèvement d'hémostase est une prise de sang qui a pour but d'analyser la capacité du sang à se coaguler ainsi que la durée du processus de coagulation afin d'évaluer les risques de thrombose ou de saignements trop importants.

Objectif : Montrer les bonnes techniques d'un prélèvement d'hémostase.

Résultat

Les conditions générales de prélèvement sont primordiales pour la fiabilité des résultats. Parmi ces conditions : le patient doit être au repos et ne présentant aucun problème inflammatoire, au moment du prélèvement Il ne faut pas triturer la veine, le tube d'hémostase doit être bien rempli, aucun bilan sanguin ne doit être prélevé du côté de la perfusion de solutés et surtout de l'héparine, l'acheminement des tubes se fera le plus rapidement possible au laboratoire.

Conclusion

Un bon prélèvement d'hémostase est nécessaire pour une exploitation correcte.

C16- Rôle de l'infirmier dans la prise en charge des patients atteints d'anémies hémolytiques congénitales

C. Aboura, Z. Kaci Service d`hématologie CHU Beni Messous

Les anémies hémolytiques congénitales (AHC) sont des maladies corpusculaires, par anomalie de la membrane, les enzymes ou l'hémoglobine, ces dernières sont les plus fréquentes et elles sont dominées par les syndromes thalassémiques et les syndromes drépanocytaires. Les patients présentent un tableau d'hémolyse chronique, de sévérité variable et des épisodes d'hémolyse aigue, avec des crises vaso-occlusives dans la drépanocytose et une dysmorphie cranio-faciale et retard staturo-pondéral au cours de la beta thalassémie. Après la transition des patients atteints d'AHC de la pédiatrie à la consultation à notre niveau autant qu'adultes, ils sont amenés à devenir autonomes et

acteurs de leur maladie. Le rôle de l'infirmier est central dans l'accompagnement de l'adulte thalassémique et drépanocytaire. La contribution de l'infirmier dans la prise en charge de ces patients est capitale à tous les niveaux et son intervention cible différents domaines tels que l'application des protocoles de soins préventifs et curatifs, l'éducation thérapeutique et les conseils éducatifs des patients et leur entourage aux gestes quotidiens simples mais d'importance majeure, la relation de confiance avec les soignants, le repérage des répercussions psychologiques de la maladie notamment en milieu scolaire et professionnel et la connaissance de la pathologie et de la composante culturelle.

L'infirmier occupe une place essentielle dans la réussite des objectifs de traitement. Le contact fréquent avec le malade permet d'établir une relation malade/ infirmier très solide permettant une meilleure prise en charge.

C17- Douleur : généralités

T. Messaoud, L. Ouamrane, N. Lakhdari Service Hématologie, CHU, Université Bejaia

Définitions et généralités

«la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes».

Tous les professionnels de santé sont concernés. La lutte contre la douleur est liée par définition à la pratique quotidienne de tout soignant.

Au-delà du soin, elle doit devenir une culture partagée, entre patients, professionnels de santé et pouvoirs publics » OMS.

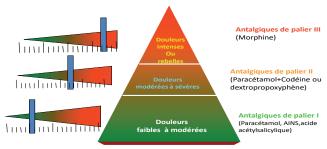
Diagnostic et évaluation

On doit distinguer les différents types, mécanismes et caractéristiques, etc., de la douleurs pour proposer une thérapeutique adaptée. L'évaluation de la douleur

est nécessaire. Il faut croire le malade. Les moyens de quantification de l'intensité sont adaptés à l'âge de la personne et à sa capacité à s'exprimer.

- Échelle visuelle analogique (EVA), à la fois simple d'usage et performante, est largement utilisée.
- L'échelle des visages peut parfois être d'utilisation plus simple pour certains enfants
- Autres
- Les différents paliers (OMS)
- Douleurs faible ou modérée : antalgiques périphériques
- 2. Douleur modérée à sévère : antalgiques centraux faibles
- 3. Douleur très sévère, rebelle : antalgiques centraux forts

Choix d'un antalgique selon les paliers de l'OMS



Cas clinique : crise vaso-occlusive de la drépanocytose

Conclusion

Il faut réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement et adapter la posologie, si nécessaire.

Publications

P-1 Le rôle de l'infirmier dans la prise en charge d'un malade leucémique en secteur d'isolement

R. Slimani, Z. Bouchetara, S. Oukid, Y. Bouchakor, M. Bradai

Service Hématologie EHS ELCC CAC Blida

Introduction

La leucémie aiguë est un type de cancer qui affecte les cellules sanguines. Elle se développe lorsque les cellules souches de la moelle osseuse produisent des globules blancs immatures et anormaux, appelés blastes, qui ne peuvent pas remplir leur fonction normale dans l'organisme. Ces blastes se multiplient rapidement et envahissent rapidement la moelle osseuse, empêchant la production de globules sanguins sains. Il existe deux types de leucémie aiguë : la leucémie lymphoblastique aiguë (LAL), qui affecte les cellules souches lymphoïdes, et la leucémie myéloblastique aiguë (LAM), qui affecte les cellules souches myéloïdes. Le traitement de la leucémie aiguë peut inclure une chimiothérapie, une radiothérapie et une greffe de moelle osseuse qui implique le personnel médical ainsi que paramédical.

Objectif: Mise en évidence du rôle cruciale qu'assure l'infirmier en tant que membre clé de l'équipe de soins dans la prise en charge des malades leucémique en secteur d'isolement.

Rôle de l'infirmier

L'infirmier joue un rôle crucial dans la prise en charge de la leucémie aiguë :

- L'accueil du patient, accompagnement et explications du déroulement de son entrée en secteur d'isolement ainsi que l'éducation du patient (explication les mesures d'hygiène corporelle et environnementale vigoureuse/préciser les aliments autorises...) ainsi que l'écoute, soutien et réassurance durant l'isolement.
- 2. La prise en charge durant l'hospitalisation : Surveillance et évaluation, administration des traitements, Assistance aux procédures, soutien psychologique...
- 3. Un rôle dans l'éducation du patient lors de la sortie de l'unité d'isolement (avoir une hygiène corporelle vigoureuse, éviter les lieux publics ainsi que

- toutes les activités où il y a un risque de chute ou de blessure...)
- 4. Tenu d'une bonne hygiène pour le personnel soignant : port d'une tenue médicale, une surblouse jetable, un masque chirurgical et des surchaussures médicales à usage unique, hygiène des mains...

Conclusion

En résumé, l'infirmier joue un rôle essentiel dans la prise en charge globale du patient atteint de leucémie aiguë, en travaillant en étroite collaboration avec l'équipe médicale pour fournir des soins de qualité et une prise en charge holistique.

P-2 L'hygiène hospitalière ; service d'hématologie, CLCC Béchar

R. Latreche, N. Benkhira, I. Farsi

Service D'hématologie/CLCC Béchar

Introduction

L'hygiène hospitalière est une discipline médicale qui consiste à mettre en route des actions pour prévenir les infections associées aux soins, la diffusion des bactéries multi et hautement résistantes aux antibiotiques et protéger le personnel hospitalier et les visiteurs contre les infections contagieuses.

Matériels et méthodes

L'hôpital est une collectivité ou plus qu'ailleurs, l'homme est soumis à des risques et nuisances particulièrement infectieux.

Notre objectif est d'élucider les mesures d'hygiène à suivre pour prévenir les infections nosocomiales

Résultats

L'hygiène des mains

Désinfection (lavage) après retrait des gants, entre 2 patients, 2 activités, par friction avec solution hydroal-coolique

Port de gants si contact avec du sang, liquide biologique, matériel souillés ou déchets biologiques et si lésions cutanées des mains.

<u>La tenue professionnelle</u> de base comprend une blouse, une tunique (casaque) à compléter par un calot (charlotte) jetable et chaussures adaptées pour les services àrisque.

S<u>térilisation</u> pour détruire les micro-organismes à savoir

- Stérilisation par chaleur (instruments résistant à la chaleur)
- 1- Sèche de moins au moins utilisée actuellement.

2-Humide (autoclave) : dénaturation puis mort des micro-organismes par la vapeur d'eau

- Stérilisation au gaz ou radiations ionisantes (instruments qui ne résistent pas à la chaleur) par l'oxyde d'éthylène, formaldéhyde gazeux..
- Stérilisation à froid (matériel thermosensible)

Isolement

Protecteur, pour protéger un patient fragile (immunodéprimé : brulé, aplasie médullaire)

Septique, des patients atteints d'une maladie contagieuse.

Gestion des déchets

- Déchets ménagers et assimilés (Sac noire)
- Déchets d'activités de soins à risque infectieux (Sac jaune)
- Déchet à risque chimique et toxique (Sac rouge)
- Déchet anatomique humain identifiable (Sac verte)

Conclusion

L'hygiène doit être une préoccupation prioritaire des institutions hospitalières, elle seule peut conduire à une réduction des coûts humains et économiques des infections nosocomiales.

P3- Préparation et manipulation de la chimiothérapie

H. Abdelmalek, L. Cherif Louazani, A. Ben Bournane, N. Brahim, M. Ramaoun. Service hématologie CHU Blida

Introduction

Le nombre de malades atteints de cancer est en augmentation. De nouveaux services et centres spécialisés en oncohématologie ont ouvert ses dernières années d'où la nécessité du recrutement de personnel paramédical pour la prise en charge thérapeutique des patients. La majorité des nouveaux infirmiers diplômés ont peur de manipuler ou de travailler dans des services d'oncohématologie.

Objectif

Notre travail a pour but de montrer que la chimiothérapie est simple, tout infirmier peut l'administrer en respectant les règles élémentaires de l'utilisation et de protection lors de la manipulation des drogues.

Résumé

La chimiothérapie est un traitement indiqué dans les cancers, elle vise à éliminer les cellules cancéreuses, soit en les détruisant directement, soit en les empêchant de se multiplier.

L'administration de la chimiothérapie dans le cadre de la prise en charge thérapeutique d'un cancer est un acte à risque multiple

Pour l'infirmier cette étape nécessite le suivi et le respect des bonnes pratiques du protocole d'administration qui prévoit l'autorisation médicale d'administration, et la mobilisation pour la prévention des risques depuis la préparation puis l'administration et sa surveillance pendant et après la chimiothérapie.

Conclusion

Le rôle de l'infirmier en oncohématologie est primordial, il est un des maillons essentiels dans la prise en charge thérapeutique des patients atteints de cancer. L'utilisation de la chimiothérapie doit obéir à des règles strictes afin, d'une part traiter correctement nos malades et protéger les manipulateurs d'autre part.

P4- Prévention des complications liées à la manipulation de la chambre à cathéter implantable

F. Benharkat, L. Cherif Louazani, A. Ben Bournane, N. Brahim, M. Ramaoun. Service hématologie CHU Blida

Introduction

Administrer les traitements médicaux comme la chimiothérapie dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées deviennent vite douloureuses. Il existe également un risque d'extravasation qui peut abîmer les tissus alentour. Avant de commencer le traitement, la pose d'un cathéter dans une grosse veine appelée voie centrale est recommandée. Plusieurs dispositifs existent dont le plus couramment utilisé est la chambre à cathéter implantable.

Objectif: est de montrer aux infirmiers les modalités d'utilisation de la chambre à cathéter implantable, les complications liées à sa manipulation et leurs gestions.

Présentation

L'utilisation de la chambre à cathéter implantable en hématologie est primordiale, elle est indiquée chez les patients nécessitant des traitements intraveineux au long terme pour protéger le capital veineux et la manipulation de celle-ci nécessitant une asepsie stricte et un matériel adapté.

Cependant il y a des risques qui peuvent survenir comme l'extravasation, thrombose, infection...

Et on peut les éviter par :

- √ L'utilisation des matériels stériles
- ✓ Bien connaitre la pose, l'ablation et le choix de type de l'aiguille d'Huber
- ✓ Savoir bien manipuler la chambre en utilisant les bonnes techniques de travail
- Respecter les précautions standards d'hygiène et manipuler aseptiquement.

Conclusion

La chambre à cathéter implantable est un outil fondamental en hématologie elle permet un accès veineux facilité mais pas sans risques, Ce dispositif nécessite des techniques de travaille adaptées et une asepsie rigoureuse pour éviter toute sorte de complications.

Le respect des précautions visant à limiter les risques lors de la manipulation d'une chambre à cathéter implantable est essentiel pour tous les professionnels de santé réalisant de telles manipulations, afin d'améliorer la qualité de soin et de vie des patients.



Société Algérienne d'Hématologie et de Transfusion Sanguine

www.hematologie-dz.com