

La prise en charge globale des personnes séropositives

Marie-Pierre PENNEL
Janvier 2009

Le Service Universitaire Régional des Maladies Infectieuses et du Voyageur



3 ailes : MIAE, MIAO, HdJ



HdJ



L'accueil



L'accueil très important

Le message : donner envie de revenir

L'ouverture du dossier : au secrétariat

Un soucis : la confidentialité

Le bilan initial

- ◆ C'est le bilan de départ
- ◆ Médecin référent : c'est une relation qui se crée.
- ◆ Prise en charge infirmière: écoute , disponibilité, information, prévention.
- ◆ Bilan complet (hématologique, immuno-virologique, rénal, hépatique, pancréatique, prlt bouche, de selles, IDR, Thorax, ECG...

L'hôpital de jour



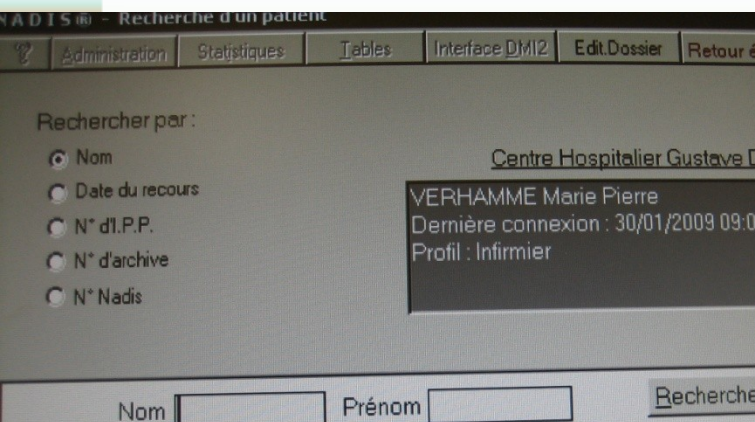
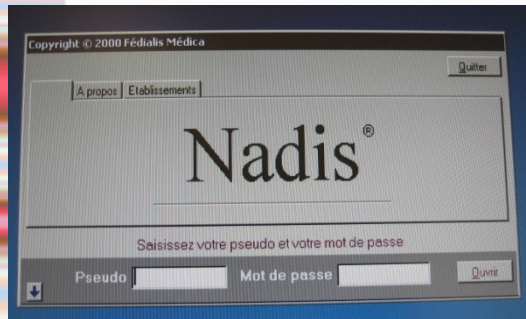
L'hôpital de jour



L'hôpital de jour



Le dossier informatique



Fiche administrative

Etat Civil Intervenants

Nom Prénom Nom de J.F. Adresse Ville Pays FRANCE N° d'I. P. P. 237123 N° d'archive 866 N° Nadis : 1202140750 Dossier vérifié le 23/09/2002

Consentement CNIL signé ☒

Sexe Masculin

Date Naissance

C.P.

Tél. Domicile Tél. Portable Tél. Bureau E-Mail

Médecins correspondants	Téléphone	Imp	Accès Nadis
LUGEZ		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIRABELLE Xavier		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEFEBVRE JEAN LOUIS		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROTTELEUR	03-20-44-56-33	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Supprimer

Quitter le dossier

- ☒ Consultation externe
- ☐ Hospitalisation de jour
- ☐ Hospitalisation classique

Lire le commentaire !

Patient en cours de suivi

Administratif Social V.I.H. Hépatites A.E.S. Antécédents & Hist. thérap. Examen clinique Résultats biologiques Résultats paracliniques Prescription Médicaments Prescription d'exams Conclusion

Le dossier informatisé

Résultats biologiques

Standard Fibrose Sérologie Scores Géo VIH Pharmacologie

Ajouter un bilan Supprimer le bilan Recherche 26/12/2008

GB	5000 /mm3	PNN	55,3 %	3263 /mm3	
Hgb	10,9 g/dl	Lympho	35,49 %	2094 /mm3	
VGM	95 microm3	CD4	14,61 %	305 /mm3	
PlaQ	270 10 ³ /mm3	CD8	52,38 %	1097 /mm3	
ASAT	22 UI/l	CV VIH	40 Copies/ml	1,6 log10	
ALAT	55 UI/l	Tech.		<input checked="" type="checkbox"/> C.V Indéct.	
Norm. Alat	37 UI/l	Créat	11 mg / l	INR	1,1
PAL	87 UI/l	Glycémie	g/l	TP	87 %
GGT	55 UI/l	Insulinémie		Facteur V	%
BiliT	5 mg / l	Lipase	UI/l	A-2 macro	g/l
Bili C	mg / l	CPK	UI/l	Hapto	mg/100ml
CholT	g/l	LDH	UI/l	Apo A-I	g/l
CholHDL	g/l	Phosphore	mg / l	T4	ng/l
CholLDL	g/l	Calcémie	mg / l	TSH	μUI/ml
TriGly	g/l	Lact. Vein	mmoles/l	AFP	UI/ml
Albumine	g/l	CRP	112 mg / l	Cryoglob.	
Ferritine	mg / l				
Acide Uriq.	mg / l				
Grossesse					

Bandelette Urinaire

Commentaire

Form. auto.

Lire le commentaire !

Patient en cours de suivi

Administratif

Social

V.I.H.

Hépatites

A.E.S.

Antécédents & Hist. thérap.

Examen clinique

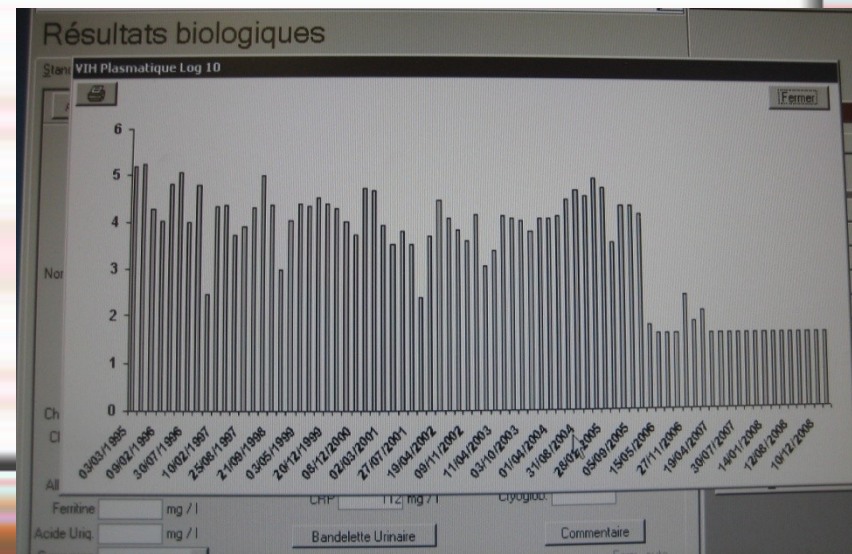
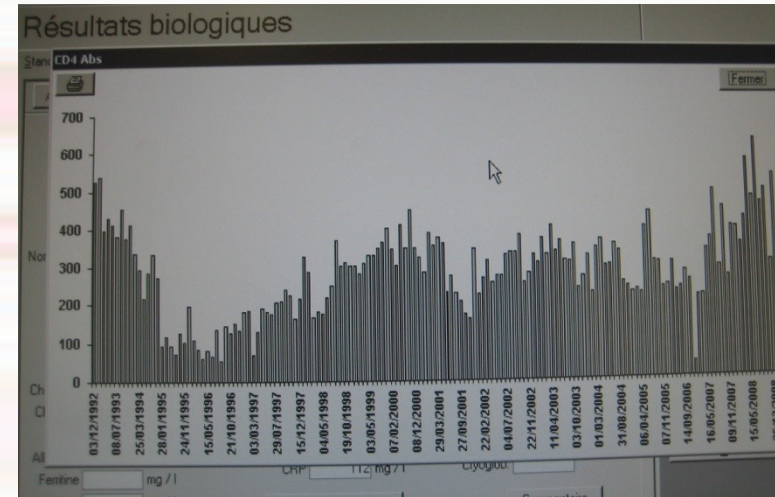
Résultats biologiques

Résultats paracliniques

Prescription Médicaments

Prescription d'examens

Conclusion



Le dossier informatisé

Antécédents & Hist. Thérapeutique

Antécédents
☒ Tous
☐ Vaccins
Avant Nadis...
Supprimer
Ajouter un antécédent

Antécédents	Date	Résolu	Masquer	Commentaires	CIM
▶ Hepatite virale sai		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A et B ancienne	B199 01
Goutte idiopathique	01/01/1975	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		M100
Ulcère de l'estomac aigu, avec hémorragie	01/01/1994	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	récidive en 200	K250
Lumbago avec sciatique - Région lombaire	01/01/1996	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	récidive en 199	M5446
Maladie de Ménière	01/01/1996	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		H810
Stomatite à Candida	15/06/1996	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B370
Entérocolite à Clostridium difficile	01/09/1997	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A047
Zona (sans complication)	01/12/1997	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Récive annuelle	B029

Histoires thérapeutiques
Supprimer
Ajouter un événement

Événement	Début	Fin	Motif
▶ Hivid	09/10/1992	29/04/1993	Echec immunologique
Retrovir	21/05/1993	11/06/1994	Inconnu
Retrovir	21/05/1993	11/06/1994	Inconnu
Retrovir + Videx	11/06/1994	28/01/1995	Inconnu
Hivid + Retrovir	28/01/1995	05/01/1996	Inconnu
Epivir + Retrovir	05/01/1996	20/04/1996	Inconnu
Norvir + Videx + Zerit	03/03/1996	03/08/1996	Inconnu
Epivir + Zalcitabine + Retrovir	20/04/1996	03/03/1997	Echec clinique

Lire le commentaire !

Patient en cours de suivi

Administratif
Social
V.I.H.
Hépatites
A.E.S.
Antécédents & Hist. therap.
Examen clinique
Résultats biologiques
Résultats paracliniques
Prescription Médicaments
Prescription d'examens
Conclusion

Le dossier informatisé

Données V.I.H.

V.I.H.

Modes Contamination Bisexuel

Type viral ☒ VIH 1 ☐ VIH 2 ☐ VIH1 / VIH2

Synthèse Sérologies	V. I. H. 1	V. I. H. 2	Sous-type viral	Date
Date dernière négative			B	
Date contamination				
Date V.I.H. +	01/03/1986			

Stade CDC B3 Début stade C

Pays (séjour >6 mois)

Typage HLA B5701
☐ Positif ☐ Négatif ☒ Non fait

Supprimer Ajouter

Nom Essai / Protocoles	Statut	Date début	Date fin	N° In

PROFIL: VIH

Lire le commentaire !

Patient en cours de suivi

- Administratif
- Social
- V.I.H.
- Hépatites
- A.E.S.
- Données V.
- Antécédents & Hist. thérap.
- Examen clinique
- Résultats biologiques
- Résultats paracliniques
- Prescription Médicaments
- Prescription d'exams
- Conclusion

Le dossier informatisé

Screening

Connexions

Synthèse

27/01/2009

Quitter le dossier

Conclusion

Diagnostic

PMSI

Motif du recours

Suivi de traitement (Z099)

Supprimer

Ajouter un diagnostic

	Date	Diagnostic	Type	R
▶				
◀				

Conclusion du recours

Historique des conclusions

- va beaucoup mieux : tant sur le plan physique que psychique : disparition des signes de dépression

- ARV toujours bien pris

- disparition des symptômes pulmonaires, a terminé 3 semaines d'AB depuis fin décembre;

radio : petite opacité parenchymateuse ventrale sup dte en rapport avec la pneumopathie, surveiller

- néo ORL: rendez vous en attente; IRM cérébrale à faire

- cs avec le Dr Rotteleur en mars; cs de proctologie avant pour surveillance

- ne prend plus de Zyrtec

Lire le commentaire !

Patient en cours de suivi

Administratif

Social

V.I.H.

Hépatites

A.E.S

Antécédents & Hist. thérap.

Examen clinique

Résultats biologiques

Résultats paracliniques

Prescription Médicaments

Prescription d'exams

Conclusion

Conclusion

Les résultats

- ◆ CD4 > 500 pas de traitement
(recommandations Yeni 2010) bilan tous les 4 mois
- ◆ CD4 < 500 préparation au traitement
(prise en charge en éducation thérapeutique)

Généralités

- ◆ **Toujours une trithérapie**
- ◆ **Première prescription et changement de traitement par un médecin hospitalier.**
- ◆ **Prescription pour un mois**
- ◆ **Délivrance à la pharmacie de l'hôpital et de ville**
- ◆ **Remboursement à 100%**

Les familles de médicaments

◆ *Les inhibiteurs d'entrées*

◆ *Inhibiteur de fusion : Fuzéon*

◆ *Inhibiteur de la fixation sur le corecepteur
CCR5 : Maraviroc (protocole niveau 3)*

◆ *Les Inhibiteurs de la Transcriptase Inverse, Analogues Nucléosidiques : Combivir, Epivir, Hivid, Rétrovir, Videx, Zerit, Ziagen, Emtriva, Kivexa, Trizivir, Truvada, Viréad*

Les familles de médicaments

◆ *Les Inhibiteurs de la Transcriptase Inverse Analogues Non-Nucléosidiques : Rescriptor, Sustiva, Viramune, Etravirine (TMC 125)*

◆ *Les Inhibiteurs de la Protéase : Antiprotéases Aptivus , Crixivan, Invirase, Kaletra, Norvir, Présista, Reyataz, Telzir, Viracept.*

◆ *Inhibiteur de l'intégrase : Isentress = MK ou Raltégravir.*

Virus circulant dans le sang

Fixation du VIH sur la cellule

Pénétration du virus dans la cellule

Intégration du plan de fabrication du VIH dans le noyau

Fabrication des nouveaux virus

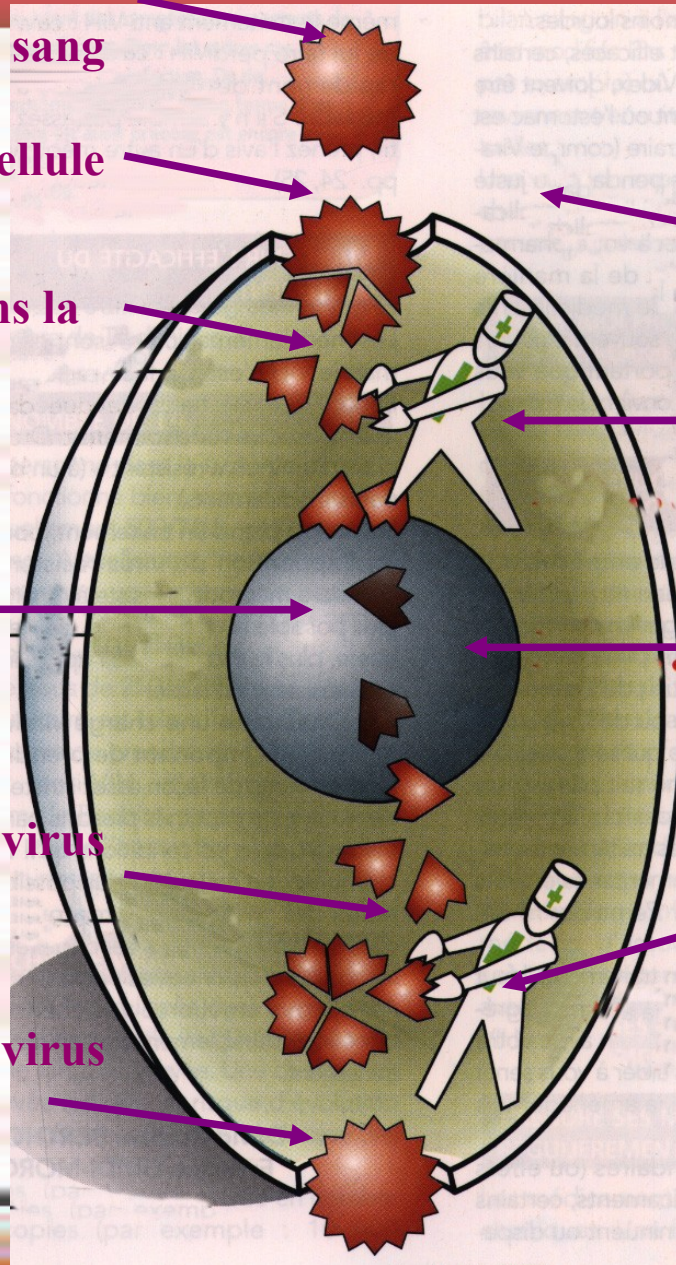
Libération des nouveaux virus hors de la cellule

Inhibiteurs de fusion (Fuzéon)

Inhibiteurs de la transcriptase inverse (rétrovir)

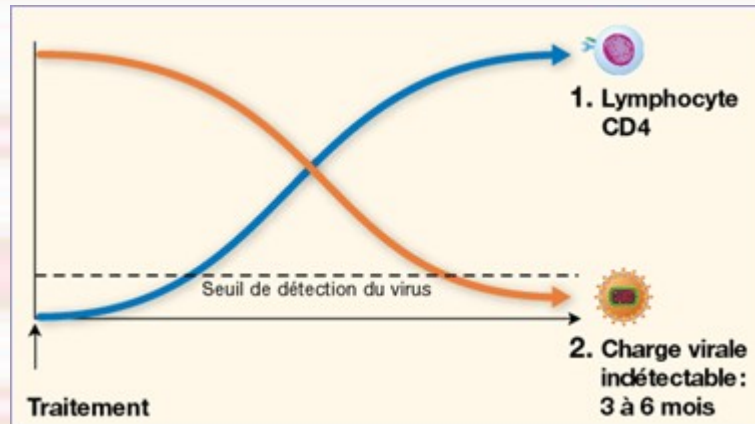
Inhibiteurs d'intégrase (Isentress = MK)

Inhibiteurs de protéase (ou antiprotéases) (Kaletra)



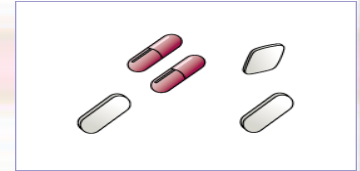
Objectifs du traitement antirétroviral

- ◆ *1. Augmentation puis maintien du taux de lymphocytes CD4 (restauration immunitaire) supérieur ou égale à 200/mm³.*
- ◆ *2. Diminution puis maintien d'une charge virale indétectable (contrôle virologique).*

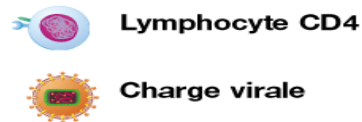
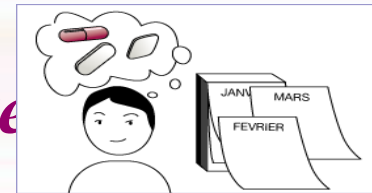


PRINCIPES DE BASE

◆ 1. Association de plusieurs médicaments



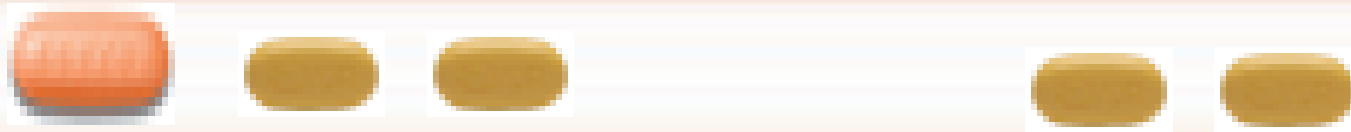
◆ 2. Observance au quotidien et à long terme



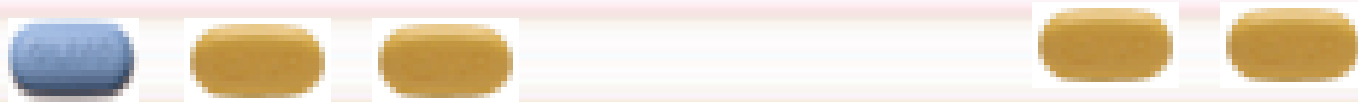
◆ 3. Surveillance.

Association de plusieurs médicaments

- ◆ ***Kivexa Kaletra : en première intention si HLAB5701 négatif***



- ◆ ***Truvada Kaletra : en première intention si HLAB5701 positif***



- ◆ ***Pour une durée de 6 à 12 mois et avec l'objectif d'une cv < à 50 copies***

Association de plusieurs médicaments

- ◆ *Ligne 2 de simplification :
sustiva + truvada = Atripla*



ou



- ◆ *Ligne 2 de simplification si intolérance
ou contre indication de l'Atripla :
Reyataz/r + Kivexa*



L'éducation thérapeutique

Les lieux



Un outil : l'éducation thérapeutique

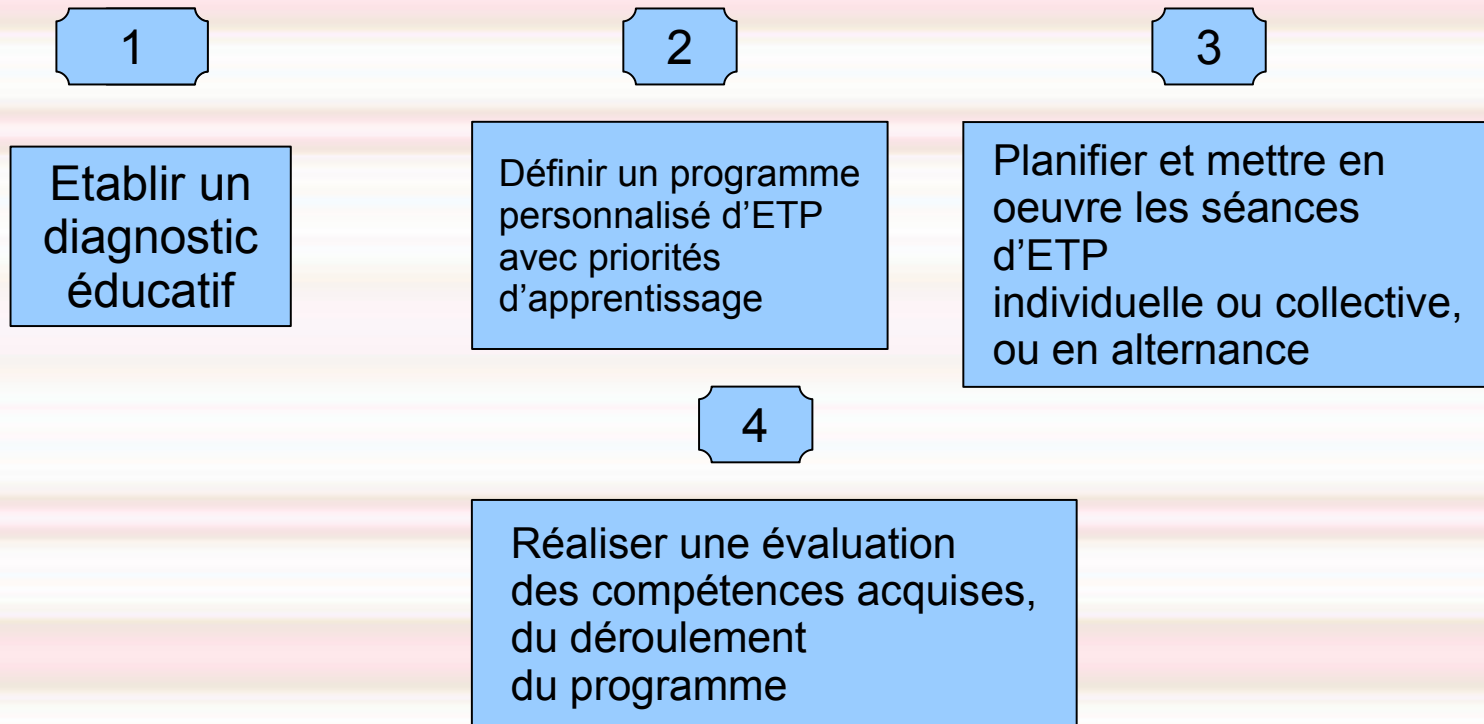
- ◆ *Selon l'OMS , l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.*
- ◆ *Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.*
- ◆ *Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.*
- ◆ *Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.*

QUELLES SONT LES FINALITÉS DE L'ETP ¹ ?

- ◆ *l'Education thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :*
- ◆ *l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins. Elles doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient ;*
- ◆ *la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.*

¹ « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques »- Guide méthodologique – juin 2007. HAS

Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient avec son accord



Elaborer un Diagnostic éducatif

- ◆ ***Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP.***
- ◆ ***Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet.***
- ◆ ***Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.***

En pratique : guide d'entretien

- ◆ Qu'avez-vous compris de ce que nous allons faire ensemble ? *Clarification des rôles*
- ◆ Comment cela s'est passé quand on vous a appris votre séropositivité ? *Acceptation, perception de l'image des soignants.*
- ◆ Comment l'avez-vous vécu ?
- ◆ Depuis que vous savez, qu'est ce qui a changé dans votre vie ? *Adaptation*
- ◆ Que savez-vous du VIH ? *Connaissances*
- ◆ Que cela évoque-t-il pour vous ? *Représentations, croyances.*
- ◆ Racontez-moi une journée habituelle pour vous. *Rythme de vie*
- ◆ Avec qui parlez-vous de votre séropositivité ? *Mien social, personne ressource*
- ◆ Comment envisagez-vous l'avenir ? *Définir ses projets*
- ◆ Que savez-vous du traitement ?
- ◆ Comment appréhendez-vous le traitement ?

Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

- ◆ ***Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.***
- ◆ ***Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel.***
- ◆ ***Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en oeuvre et le suivi du patient.***

Le dossier d'éducation

DOSSIER D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

NOM : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____ Adresse : _____

Nom de l'éducateur : _____ Date du 1^{er} entretien : _____

NIVEAU DE VIE / ENTRETIEN (avec quel outil aide ?) : _____

NIVEAU D'ETUDES : _____

ACTIVITE ACTUELLE (profession...) : _____

LOISIRS : _____

COUVERTURE SOCIALE : _____

NIVEAU DE CONTRAINTE (selon vous, comment avec-vous AB) : _____

SUPPORT MORAL (qui est au courant du diagnostic ?) : _____

ETAT PSYCHOLOGIQUE (comment vous sentez-vous en ce moment ?) : _____

STADE ACTUEL DE L'INFECTION PAR LE VIH (nombre de la maladie, état actuel) : _____

TRAITEMENT : _____

AUTRES MALADIES : _____

PROJETS (voyage, mariage, profession...) : _____

AUTRES TRAITEMENTS : _____

ACTIVATION (qu'est-ce qui vous préoccupe le plus par rapport à votre maladie ? que vous intéresse-t-il de savoir ?) : _____

LE 1^{er} Entretien - A. Actuel - B. à Réviser

CONNAISSANCES PRELIMINAIRES

PROFIL DE TRAITEMENT

Comprendre les médicaments de son traitement
 Définir le mode d'action, la durée d'action, la posologie et la fréquence de prise, le coût de son traitement.
 Expliquer l'importance du respect des doses, des horaires et du mode de prise.
 Adapter son régime de prise aux circonstances (travaille, voyage, vacances, etc.).
 Utiliser un moyen de stockage approprié pour les prises médicamenteuses en dehors du domicile (boîte, agenda, etc.).
 Signaler...

Choisir son alimentation (qualité et quantité) en fonction des objectifs de son traitement.
 Respecter les objectifs de prise médicamenteuse (selon le mode de prise en compte, horaires de prise, à l'heure, une dose, plusieurs doses).
 Adapter son régime de prise aux circonstances (travaille, voyage, vacances, etc.).
 Utiliser un moyen de stockage approprié pour les prises médicamenteuses en dehors du domicile (boîte, agenda, etc.).
 Signaler...

REVISION DES MEDICAMENTS

Prendre son stock de médicaments pour éviter les ruptures et gérer son traitement.
 Stocker ses médicaments de manière appropriée pour leur bonne conservation.

REVISION DES EFFETS SECONDAIRES

Connaître les effets secondaires attendus avec le traitement.
 Décrire les effets secondaires pouvant découler des effets secondaires de son traitement et adapter son comportement en fonction des indications du médecin.
 Avoir recours à une automatisation simple et adaptée pour les troubles mineurs.
 Consulter un professionnel de santé pour les troubles mineurs ou les troubles mineurs ne s'automatisant pas (gêne, automatisation).

PREVENTION DE LA TRANSMISSION

Utiliser des moyens de prévention adaptés pour ne pas contaminer son entourage (allaitement, relations sexuelles, etc.).
 Connaître son ou sa partenaire sexuel (s) de pratique (le sexe à moindre risque, préservatif et pratiques non contaminantes).
 Expliquer les modes de contamination par le VIH.
 Annoncer sa contamination par le VIH à sa femme ou à son mari.

CONNAISSANCES SUR L'INFECTION PAR LE VIH

Comprendre la dynamique de l'infection par le VIH en l'absence de traitement.
 Connaître les modalités de surveillance de l'infection (CD4, charge virale, etc.).
 Expliquer l'importance du traitement sur la dynamique de l'infection par le VIH.
 Expliquer à quoi correspond une charge virale indétectable.
 Interpréter succinctement les modifications (augmentation ou baisse) de la CV et des CD4.

Planifier et mettre en oeuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance

- ◆ ***Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage.***
- ◆ ***Réaliser les séances.***

Préparation au traitement

- ◆ Faire compléter le questionnaire pré et post test au patient.
- ◆ Faire avec le patient le « diagnostic éducatif » à l'aide du guide d'entretien.
- ◆ Laisser le patient exprimer toutes ses peurs, ses représentations du traitement et essayer de le rassurer.
- ◆ Compléter la première page du dossier éducatif
- ◆ Ne pas oublier de renseigner les habitudes de vie (tabac alcool activité physique...) et l'échelle de qualité de vie dans NADIS.
- ◆ Faire un recours de synthèse dans NADIS

La mise sous traitement



En pratique : fiche pédagogique

Thème des activités	objectifs	Compétence	Méthode pédagogique	outils
ordonnance	Citer les médicaments de son traitement	Compétence 2 : Comprendre expliquer	Faire lire l'ordonnance (<i>dépistage de l'illettrisme</i>) Qu'est ce que vous avez compris de l'ordonnance ?	ordonnance
	Identifier les médicaments de son traitement	Compétence 3 : repérer analyser	Repérer les médicaments exposés dans l'armoire, leur emballage, leur forme...	Boîtes de médicaments Tableau mural de l'ensemble des comprimés.
Temporalité	Organiser sa journée avec les médicaments	Compétence 4 : Faire face décider	Résolution de problème : en fonction des impératifs du traitement et des habitudes de vie. Le patient cherche une organisation possible à tester.	Planning thérapeutique (<i>prendre en compte la capacité à lire un tableau à double entrée, coller les gélules si nécessaire</i>)
	Gérer son stock de médicament pour éviter les ruptures	Compétence 2 : Comprendre, expliquer	Schéma de la cinétique pour que le patient comprenne l'importance du suivi sans interruption.	Chevalet Prise de rendez-vous programmé
Oubli	Décaler ou rattraper une prise de médicament en cas d'oubli	Compétence 4 : Faire face, décider	Prise de décision, dans diverses situations ;	La ronde des décisions : (<i>proposer des situations au patient avec plusieurs réponses + sa réponse</i>)

J15 du traitement

- ◆ Evaluer le vécu du traitement à partir du tableau complété par le patient.
- ◆ Evaluer le vécu des effets indésirables
- ◆ Aborder un ou des objectifs prioritaires sélectionnés.
- ◆ Renseigner les échelles de qualité de vie et d'observance dans Nadis.

Suivi à M1, M3 du traitement

- ◆ Evaluer la prise du traitement.
- ◆ Aborder les objectifs du départ (avec chevalet, planning,)
- ◆ Renseigner les échelles de qualité de vie et d'observance dans Nadis.
- ◆ Compléter la deuxième page du dossier éducatif.

Suivi à M6 du traitement

- ◆ Aborder les objectifs restant et les objectifs spécifiques du patient.
- ◆ Faire compléter le questionnaire post test au patient.
- ◆ Faire compléter le questionnaire de satisfaction final.
- ◆ Renseigner les échelles de qualité de vie et d'observance dans Nadis.

Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

- ◆ *Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.*
- ◆ *Proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi du VIH*

En pratique : En cours de réalisation pré et post test

N°	Questions	Réponse	Vous en êtes sûr à			
			50%	60%	80%	100%
A1	Les initiales VIH signifient : Virus interne de l'homme	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
A2	Les initiales VIH signifient : Virus de l'immunodéficience Humaine	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
A3	Ma sérologie est positive j'ai le sida	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
A4	En se multipliant le virus détruit les défences immunitaires du corps	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
A5	Le VIH détruit les globules rouges	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
A6	Le VIH détruit les globules blancs T4	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
B1	Le virus du SIDA est présent dans le sang	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
B2	Le virus du SIDA est présent dans les sécrétions sexuelles	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
B3	Le virus du SIDA est présent dans la salive	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
B4	Le VIH se transmet par un baiser avec la langue	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
B5	Le VIH peut se transmettre au cours des rapports bucco génitaux	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
B6	Le VIH peut se transmettre au cours du rapport vaginal	V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				

Questionnaire de satisfaction

◆ Les séances

- ◆ Les informations prodiguées lors des séances d'éducation sont applicables dans ma vie de tous les jours.

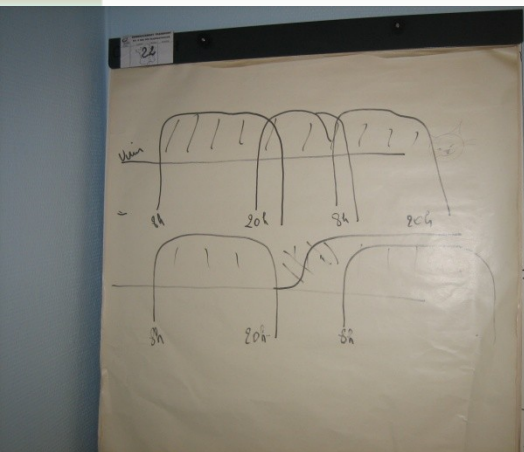
☐ Accord total ☐ accord partiel ☐ désaccord partiel ☐ désaccord total

- ◆ Les différents exposés ont été clairs.
- ◆ Les soignants ont tenu compte de mon expérience.
- ◆ A la suite des séances, je me sens capable d'appliquer ce qui m'a été enseigné.
- ◆ L'accueil a été agréable.
- ◆ Les intervenants ont cherché à faciliter mon expression
- ◆ Les intervenants se sont assurés de ma compréhension.

Les consultations d'éducation thérapeutique ont changé quelque chose dans votre façon de voir

- ◆ *La maladie* o oui o Non
 - ◆ En quoi ? citez quelques points
- ◆ *La prise de votre traitement*
- ◆ *Votre vie sociale*
- ◆ *Votre vie affective*
- ◆ *Vous recommanderiez les consultations a une autre personne séropositive*
- ◆ *Comment pensez vous que nous pourrions l'améliorer ?*

Les outils



Les effets secondaires des traitements

Les effets indésirables des antirétroviraux

- ◆ ***Cytopathies mitochondriales***
- ◆ ***Lypodistrophies***
- ◆ ***Troubles métaboliques***
- ◆ ***Risque cardiovasculaire***
- ◆ ***Ostéoporose, ostéopénie***

Dysfonctionnements mitochondriaux dus au INTI

- ◆ ***Neuromusculaires***
 - ◆ ***Polyneuropathies : D4T, DDI, DDC***
 - ◆ ***Myopathies et cardiomyopathie ZDV***
- ◆ ***Hépatique :***
 - ◆ ***Stéatose, tous les INTI***
- ◆ ***Gastro-intestinal :***
 - ◆ ***Pancréatite ddi, d4t, 3TC (+/-)***
- ◆ ***Hématologique :***
 - ◆ ***Pancytopénie ZDV, ddl, ddC.***
- ◆ ***Rénal tubulaire proximal :***
 - ◆ ***Adéfovir, cidofovir, ténofovir***
- ◆ ***Métabolique :***
 - ◆ ***Lipoatrophie, tous les INTI***
 - ◆ ***Acidose lactique, stade ultime***

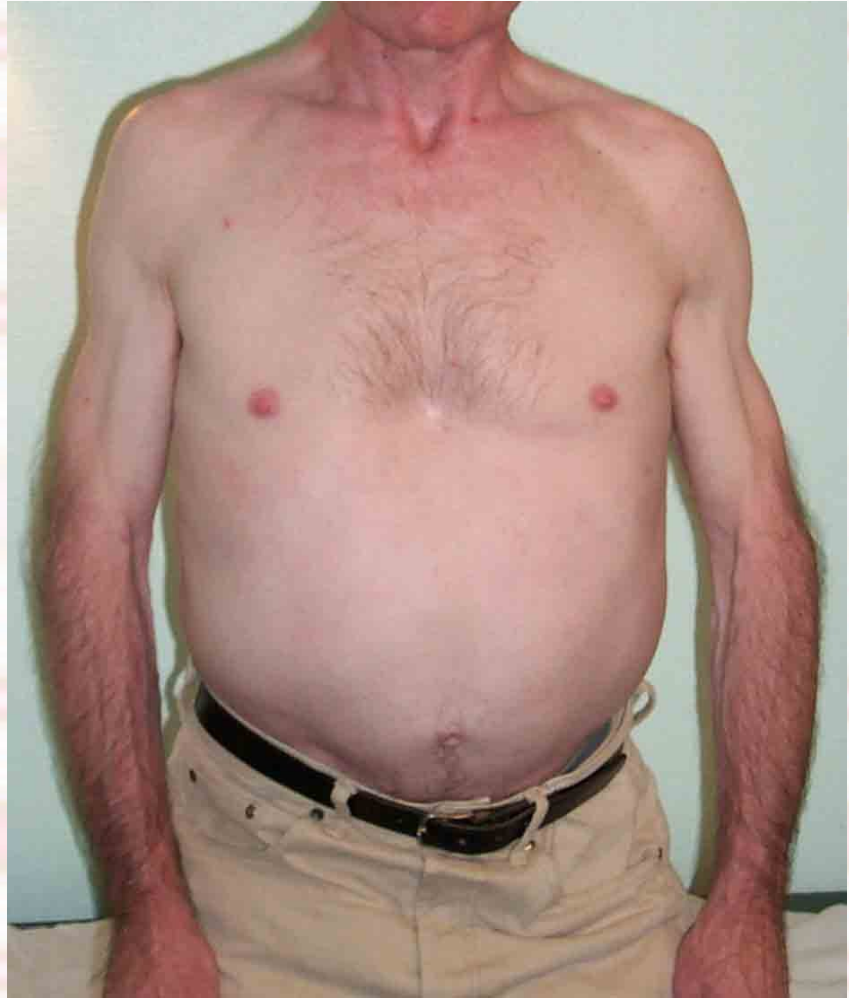
Lipodystrophie : description clinique

- ◆ Perte de la graisse sous-cutanée : Lipoatrophie
 - ◆ Du visage : aspect émacié des joues et des zones temporales
 - ◆ Des membres supérieurs et inférieurs : maigreur, visualisation anormale du réseau veineux.
 - ◆ Des fesses
- ◆ Accumulation de graisse : Lipohypertrophie
 - ◆ Adiposité centrale : augmentation du volume abdominal
 - ◆ Hypertrophie mammaire
 - ◆ « Bosse de bison » au niveau de la région cervico-dorsale.
- ◆ 3 formes cliniques principales : atrophie, hypertrophie, mixte

Lipodystrophie



Lipoatrophie du visage



Augmentation du tour de taille

Lipohypertrophie mammaire et abdominale



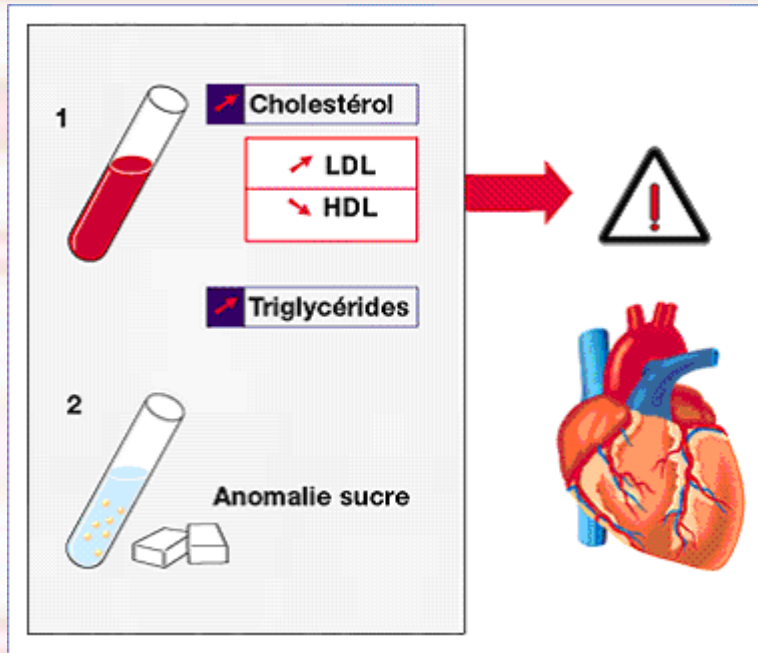
Bosse de bison débutante



Pseudoveinomégalie



TROUBLES METABOLIQUES



1. Anomalies du métabolisme lipidique :

hypercholestérolémie (cholestérol total et cholestérol LDL),
hypertriglycémie.

2. Anomalie du métabolisme glucidique :

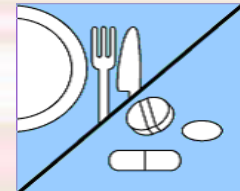
intolérance au glucose,
hyperinsulinisme.

-> Risque cardiovasculaire.

C. CONSEILS

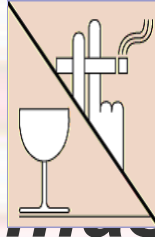
1. Règles hygiéno-diététiques, hypolipémiants à discuter.

2. Consultation spécialisée.

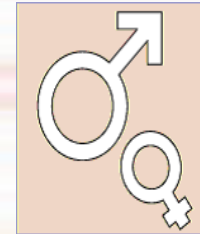


Risques cardio-vasculaires

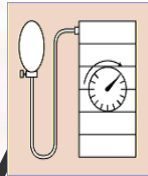
◆ **1. Tabac, alcool**



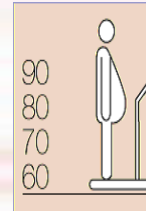
◆ **2. Prédominance masculine**



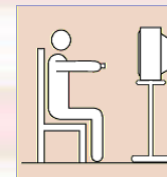
◆ **3. HTA**



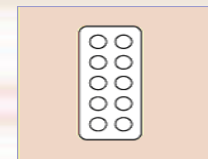
◆ **4. Surpoids (IMC)**



◆ **5. Sédentarité**



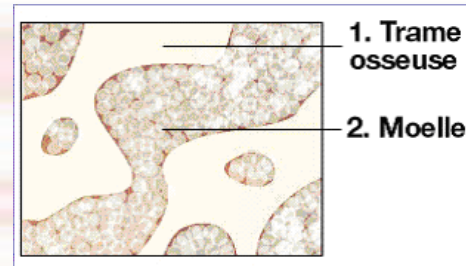
◆ **6. Contraceptifs oraux**



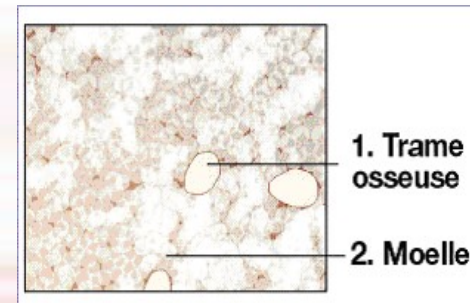
Anomalies osseuses

◆ 1. Ostéoporose.

◆ a. Os normal.



◆ b. Os ostéoporotique.

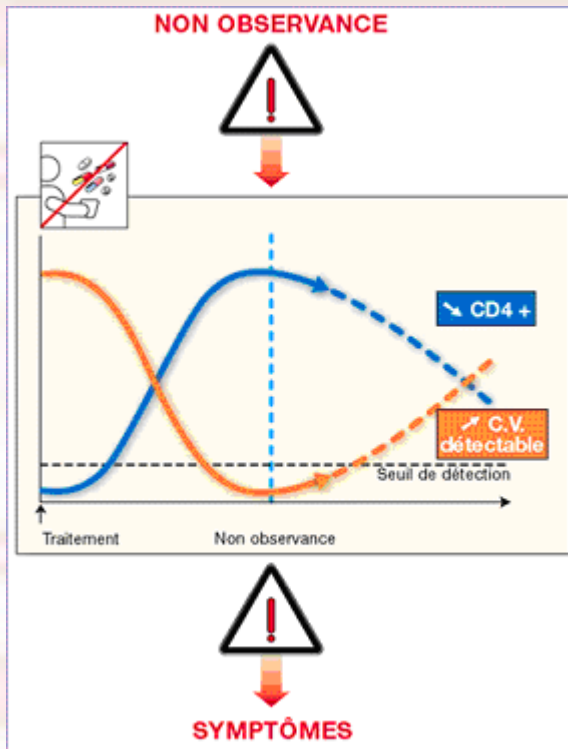


◆ 2. Ostéonécrose.



Le phénomène de résistances

Les risques de la non observance



Non-observance.

- Risque d'échappement immunologique (diminution des CD4 +) et virologique (augmentation de la charge virale).
- Risque d'évolution avec manifestations cliniques.

C'est ce que l'on appelle le phénomène de résistance.

Echappement

1. **Traitement efficace.**

2. **Echec virologique :**

diminution insuffisante de la charge virale (au-dessus du seuil détectable) après 6 mois de traitement.

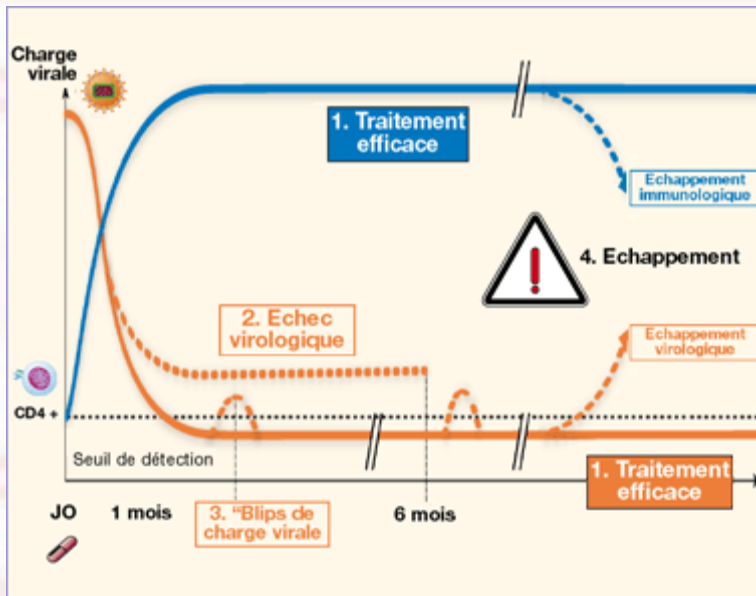
3. **“Blips” de charge virale.**

Le traitement est efficace.

Mais au décours d'épisodes infectieux par exemple, la charge virale passe le seuil de détection de façon transitoire.

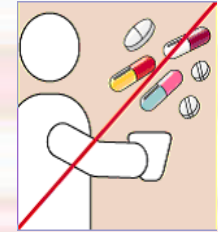
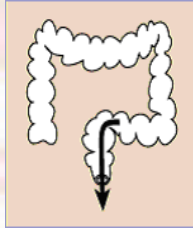
4. **Phénomène d'échappement.**

Après plusieurs semaines ou mois de traitement bien contrôlé, apparaissent une augmentation progressive de la charge virale (signe d'échappement virologique), et une diminution des CD4 + (signe d'un échappement immunologique).

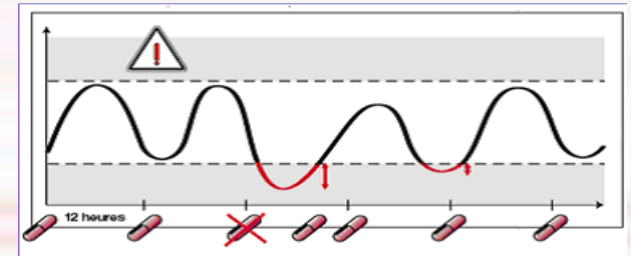


Causes d'échec

- ◆ **Troubles d'absorption intestinale. Troubles digestifs. Observance mauvaise et/ou irrégulière.**

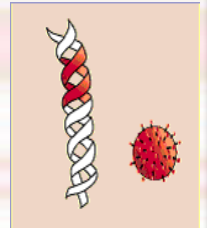


- ◆ **Concentrations plasmatiques infrathérapeutiques**

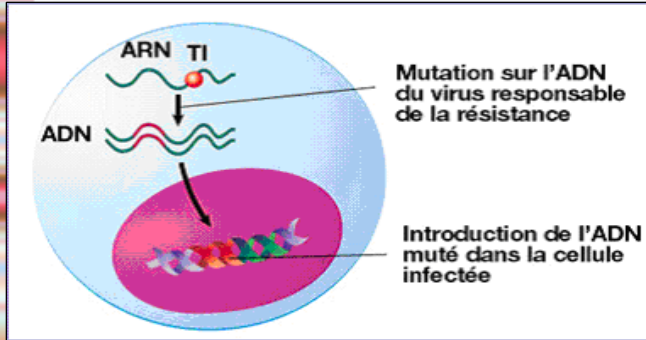


- ◆ **(prises irrégulières ? interactions médicamenteuses ?).**

- ◆ **Conséquence : virus résistant au traitement.**



Phénomène de résistance



Apparition d'une mutation sur l'ARN du virus, responsable de la résistance.

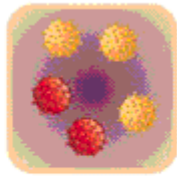
Plus le virus est en phase de multiplication, plus le risque de mutation est élevé. Le virus n'est plus sensible au traitement (résistance), il continue de se répliquer.



Charge virale indétectable



Charge virale détectable

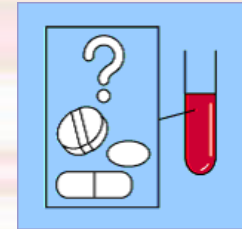
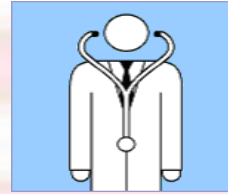


Apparition d'une résistance

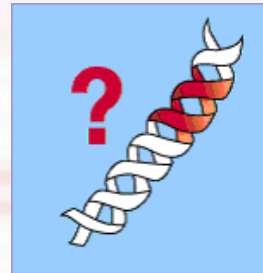
Apparition d'une résistance.

Conseils

- ◆ *Consultation spécialisée*



- ◆ *Dosages plasmatiques des antirétroviraux utilisés*



- ◆ *Tests de résistance.*

- ◆ *Envisager un changement de traitement ?*

CHANGEMENT
DE
TRAITEMENT
?

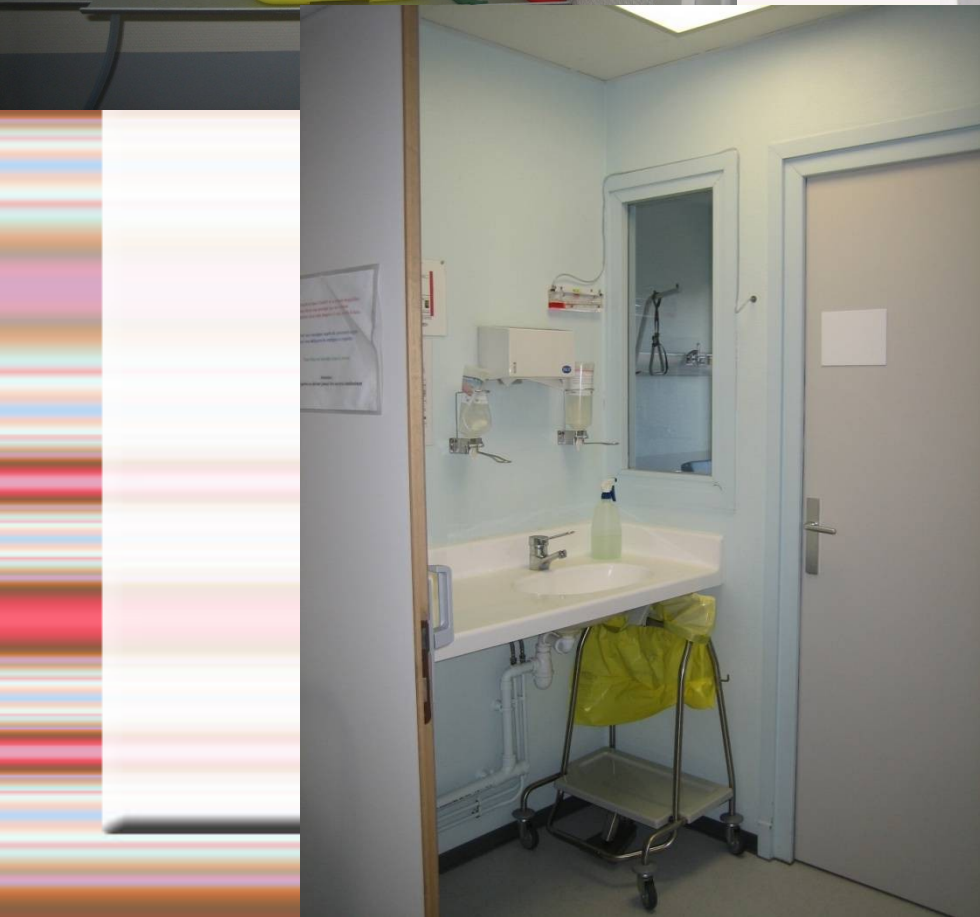
LES INFECTIONS OPPORTUNISTES

- ◆ Une infection opportuniste est une infection provoquée par un germe normalement présent dans l'organisme mais n'entraînant pas de maladie chez des personnes qui ne sont pas immunodéficientes.
- ◆ Ces pathologies opportunistes touchent essentiellement les poumons (pneumocystose), le cerveau (toxoplasmose), les yeux(rétinite à CMV) et le tube digestif (candidose oesophagienne);

Service d'hospitalisation







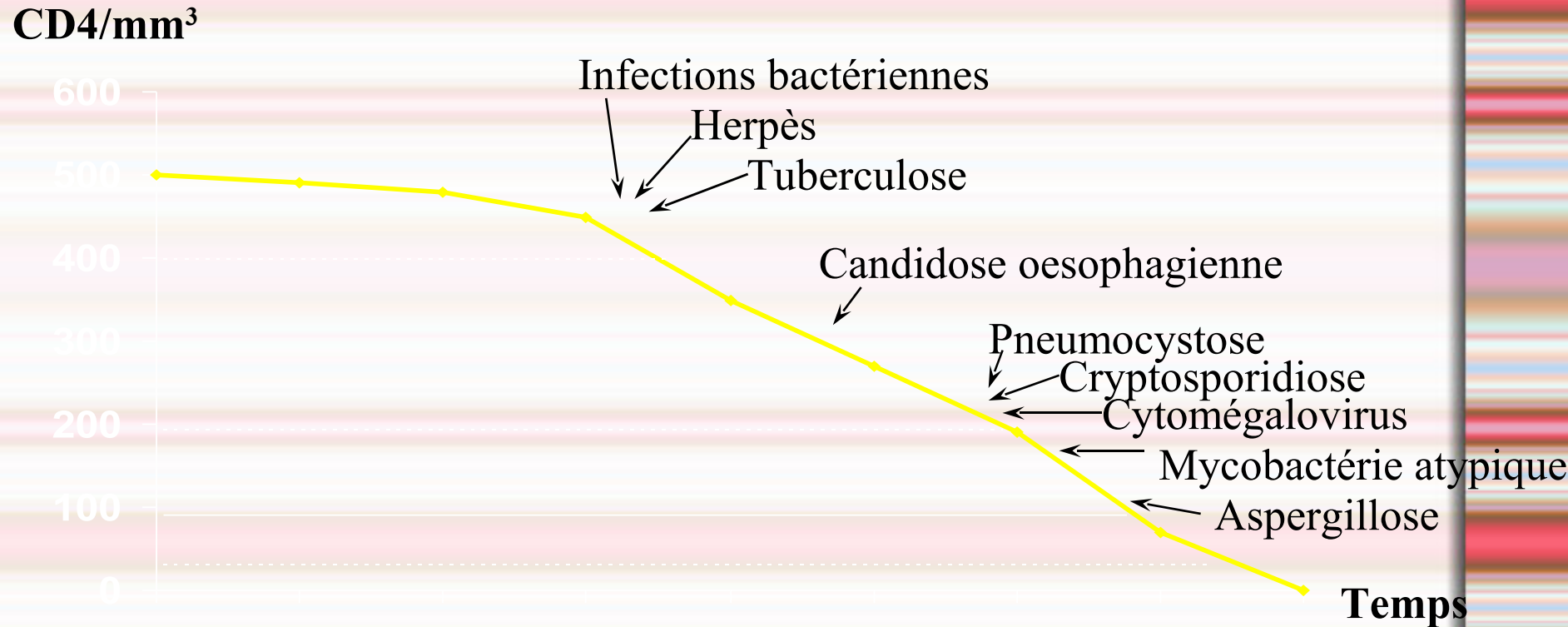


Fréquence des infections opportunistes

En France (2005)

- ◆ Entrée en stade sida :
 - ◆ Pneumocystose : 30%
 - ◆ Tuberculose : 18%
 - ◆ Toxoplasmose cérébrale : 15%
 - ◆ Candidose oesophagienne : 14%
 - ◆ Sarcome de Kaposi : 9%
 - ◆ Infection à CMV : 7%
 - ◆ Lymphôme : 5%
 - ◆ Encéphalite à CMV:4%

Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4



PNEUMOCYSTOSE

C'est l'infection opportuniste la plus fréquente .
Elle représente la manifestation inaugurale la plus fréquente du Sida

C'est une infection pulmonaire qui est due à un micro-organisme : le pneumocystis-carinii

En l'absence de traitement, elle évolue vers l'insuffisance respiratoire aigue et le décès du patient

Clinique

Signes pulmonaires :

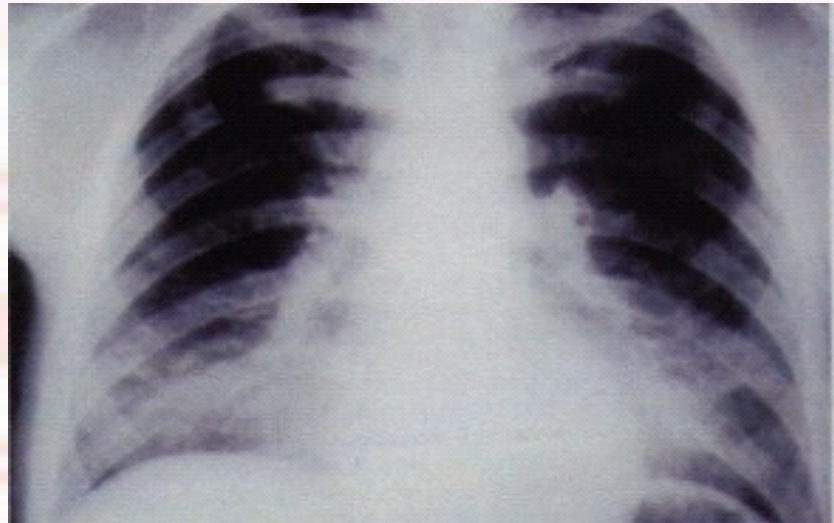
- Toux sèche
- Dyspnée d'effort puis permanente
- Hypoxie

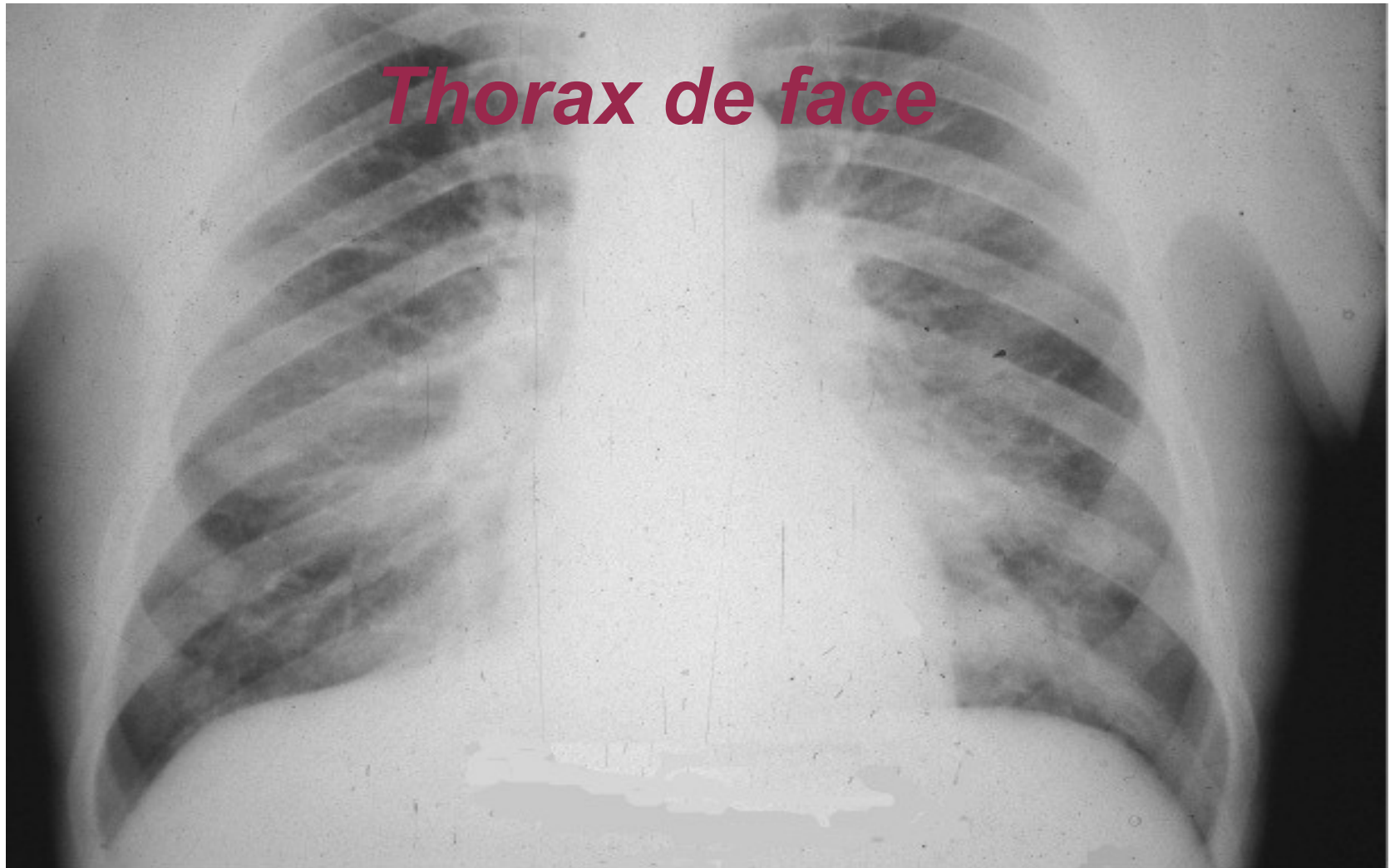
Signes généraux :

- Fièvre d'intensité variable
- Altération de l'état général : asthénie, amaigrissement

Diagnostic

- ◆ Radio pulmonaire : Syndrome intersticiel typique



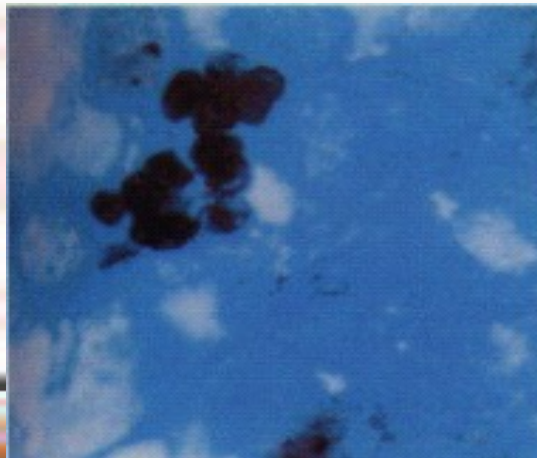


Thorax de face

Pneumopathie à *Pneumocystis carinii*

Diagnostic

- ◆ Lavage broncho-alvéolaire (LBA) réalisé lors d'une fibroscopie pulmonaire et permettant une mise en évidence rapide du pneumocystis carinii (résultats dans la journée) grâce à une méthode de coloration



Traitement d'attaque:

- ◆ Traitement en intra-veineux, en milieu hospitalier pendant 21 jours :
 - ◆ Bactrim (effets secondaires : chute du taux de globules blancs)
 - ◆ Pentacarinat (surveillance importante car risque d'hypotension, d'hypoglycémie)
- ◆ Traitement symptomatologique associé :
 - ◆ Oxygénothérapie
 - ◆ Corticothérapie en cas d'hypoxie sévère ($PO_2 < 70$ mm Hg)

Traitement d'entretien

- ◆ Un traitement prophylactique secondaire doit être instauré sous peine de récurrence.
- ◆ Deux possibilités :
 - ◆ Bactrim : un comprimé par jour
 - ◆ Pentacarinat : un aérosol mensuel, réalisé avec un appareil spécial(respigard) permettant de respirer le produit en circuit fermé.
- ◆ Prophylaxie primaire : instaurée lorsque les CD4 chutent en dessous de 200 / mm³ elle reprend le même traitement que la prophylaxie secondaire citée ci-dessus.

CANDIDOSE

La candidose est due à une levure, le candida (le plus fréquent est le candida albicans).

elle est fréquente chez les patients VIH et survient à tous les stades de l'infection.

- ◆ La candidose buccale fait partie des infections mineures liées au VIH
- ◆ La candidose oesophagienne fait partie des infections opportunistes

Clinique

- ◆ **Candidose buccale** : Elle peut être de 4 types :
 - ◆ érythémateuse (lésions rougeâtres sur le palais et la face dorsale de la langue)
 - ◆ pseudomembraneuse (plaques blanchâtres, détachables touchant toutes les régions de la cavité buccale)
 - ◆ perlèche (érythème fissuré de la commissure labiale)
 - ◆ hyperplasique chronique (lésions blanchâtres légèrement surélevées sur les muqueuses jugales)

Clinique

- ◆ **Candidose oesophagienne:**
Survenue d'une dysphagie brutale
avec anorexie et amaigrissement

Diagnostic

Il repose surtout sur l'examen clinique de la bouche (mise en évidence de levures) et la fibroscopie gastrique (aspect macroscopique);
culture de prélèvements recueillis à partir des lésions (prélèvements de bouche et gargarisme)



Candidoses oro-pharyngées

Traitement

- ◆ Candidose buccale

Fungizone Sirop

Bain de bouche bicarbonaté

- ◆ Candidose oesophagienne ou buccale récidivante: Triflucan: injectable ou per os selon la gravité des lésions pendant 10 à 21 jours

En cas d'inefficacité du triflucan il existe d'autres traitements : Amphotéricine B, Ambisome

TOXOPLASMOSE

- ◆ La toxoplasmose est une infection due à un parasite : le toxoplasme (*Toxoplasma gondii*).
- ◆ C'est habituellement une infection bénigne qui touche environ 80 % de la population et passe le plus souvent inaperçue.
- ◆ Elle ne provoque des manifestations graves que chez les personnes immunodéprimées ou chez le fœtus au cours de la grossesse.
- ◆ La contamination provient de légumes ou fruits souillés par la terre, la viande mal cuite ou par contact avec les chats.

- Chez les sujets immunodéprimés, le toxoplasme peut toucher toutes les viscères (poumon, myocarde..) mais le plus fréquent est la toxoplasmose cérébrale.
- Le toxoplasme crée, au niveau cérébral, des abcès. Ces abcès entraînent la formation d'un œdème cérébral avec un fort risque de convulsions.

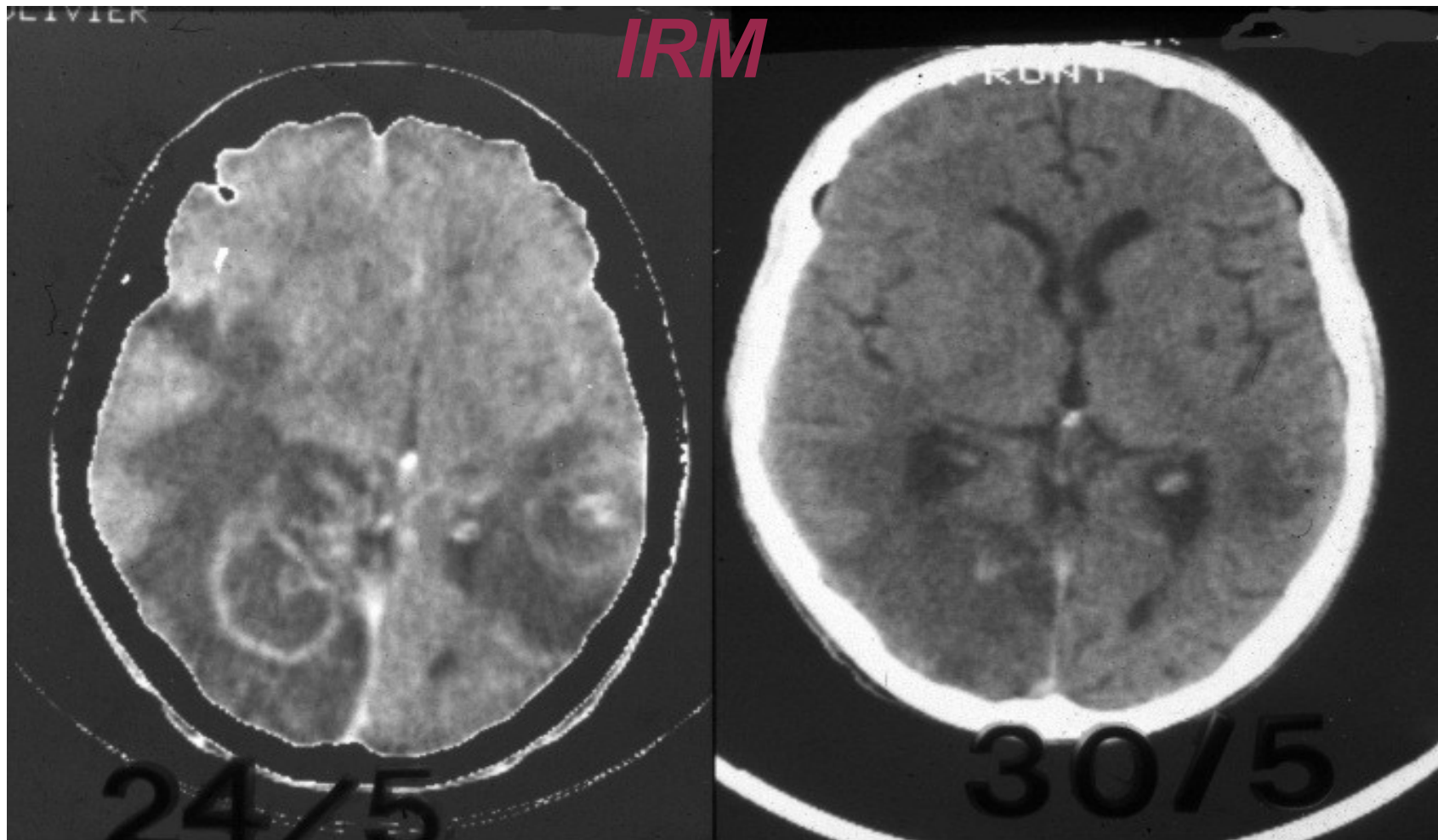
Clinique

◆ Toxoplasmose cérébrale:

- ◆ - Fièvre modérée, aux alentours de 38°C
- ◆ - Céphalées permanentes
- ◆ - Crises convulsives
- ◆ - Troubles de la conscience d'intensité variable, selon la localisation des abcès :
- ◆ De la simple obnubilation jusqu'au coma profond.
- ◆ - syndrome déficitaire variant selon la localisation de l'abcès :
Hémiparésie, aphasie, hémiplégie, déficit du champ visuel
- ◆ - Troubles du comportement, agitation

◆ Autres localisations :

- ◆ Pas de signes spécifiques, ils dépendent de la localisation (ex :
atteinte rétinienne : baisse de l'acuité visuelle; atteinte pulmonaire :
signes d'une pneumopathie classique...)



Abcès souvent multiples (80 %) à l'inverse du lymphome

Diagnostic

- ◆ **Toxoplasmose cérébrale :**
- ◆ **Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) ou scanner :** l'image est très évocatrice des abcès toxoplasmiques avec des zones d'hyperdensité prenant le contraste en périphérie (lésion en forme de cocarde).
- ◆ Les lésions peuvent être isolées ou multiples.

- ◆ **Autres localisations :**
- ◆ Rétinite à toxoplasme : **Fond d'œil.**
- ◆ Autres : **biopsie de la zone touchée.**

Traitement

◆ Traitement d'attaque :

- traitement anti-parasitaire pendant 6 à 8 semaines associant :

Malocide, avec une dose de charge le premier jour de 100 mg puis un comprimé de 50 mg par jour;

Adiazine 4 à 6 g par jour en 4 prises.

- Une corticothérapie (Solumédrol) ainsi qu'un traitement anti-oedémateux (Manitol) afin de diminuer l'œdème.
- Un traitement anti-convulsivant (Rivotril).
- Un traitement par acide folinique (Lederfoline) pendant toute la durée du traitement d'attaque afin de prévenir le risque de pancytopénie liée aux traitements anti-parasitaires.

❧ Traitement d'entretien :

- ❧ Un traitement d'entretien est indispensable après le traitement d'attaque. Celui-ci devra être poursuivi A VIE sous peine de récurrence.
- ❧ Ce traitement est le même que le traitement anti-parasitaire mais à doses moins fortes.
- ❧ Prophylaxie primaire :
 - ❧ Lorsque les CD4 descendent au dessous de 200 par mm³ et que la sérologie toxo est positive, on met en route un traitement préventif. Il s'agit du Bactrim à raison d'un comprimé par jour.
 - ❧ Si la sérologie toxo est négative, il faut adopter des règles d'hygiène strictes afin d'éviter une séroconversion et celle-ci doit être contrôlée régulièrement.

Le sarcome de KAPOSI

- ◆ C'est une tumeur touchant principalement les patients homosexuels.
- ◆ **Clinique :**
- ◆ Sa localisation peut être cutanée ou viscérale (pulmonaire, digestif, muqueuse buccale...)
- ◆ Lésions nodulaires violacées, bien délimitées, de taille variable (quelques millimètres à plusieurs centimètres)
- ◆ Les lésions peuvent être uniques mais sont très souvent multiples, disséminées sur l'ensemble du corps.

- ◆ Leur évolution est imprévisible : elle peut être lente sur plusieurs années ou au contraire très rapide en quelques semaines.
- ◆ Les lésions sont indolores. Elles peuvent devenir très douloureuses lorsqu'elles sont étendues et qu'elles entraînent un lymphoedème voire une surinfection.
- ◆ Selon les localisations viscérales d'autres signes peuvent être associés : douleurs abdominales, diarrhées, signes pulmonaires...



Sarcome de Kaposi

Diagnostic

- ◆ Le seul moyen de diagnostic est une biopsie de la lésion afin d'en faire une étude histologique (biopsie cutanée ou de la muqueuse touchée).

Traitement

- ◆ De nombreux traitements sont possibles, allant du traitement local jusqu'aux chimiothérapies lourdes.
- ◆ **Traitements locaux** :
 - ◆ - cryothérapie;
 - ◆ - laser;
 - ◆ - radiothérapie superficielle;
 - ◆ - injection in situ de chimiothérapie.

◆ **Traitements généraux :**

- surtout par les ARV
- Chimiothérapie lourde anti-tumorale.

Monothérapie ou association :

Caelyx

Bléomycine, vincristine, vinblastine...

INFECTIONS A CMV

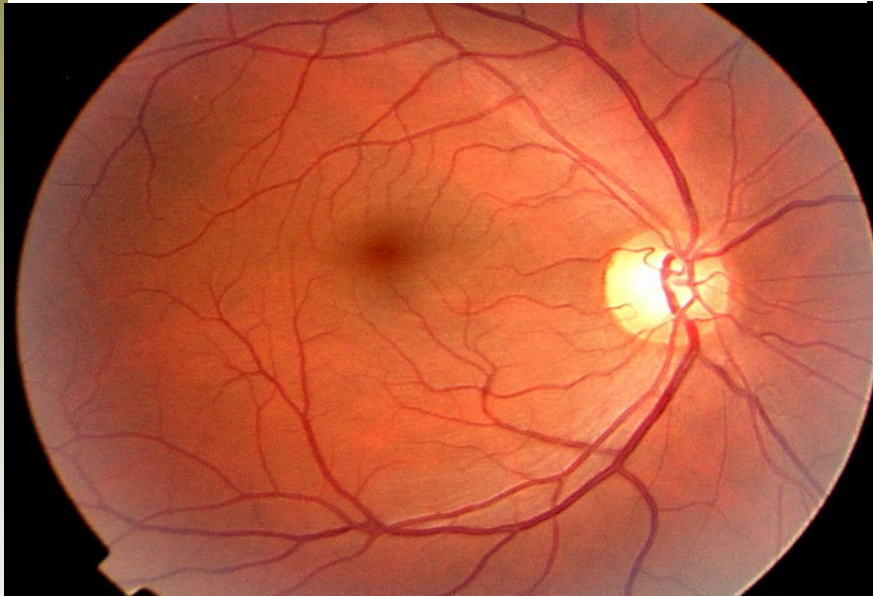
- ◆ Les infections à CytoMégaloVirus sont des infections dues à un herpès virus
- ◆ Toutes les localisations sont possibles : poumon, foie, système nerveux, système digestif...
 - ◆ mais dans 70% des cas la localisation est oculaire (Rétinite à CMV)
 - ◆ Colon ensuite

Clinique

Les signes dépendent de l'organe touché

- ◆ **Rétinite à CMV** : les signes peuvent être une simple diminution de l'acuité visuelle mais peuvent évoluer rapidement vers la cécité en l'absence de traitement
- ◆ **Colite à CMV** : elle se manifeste par des diarrhées et s'accompagne d'une altération de l'état général, de fièvre et de douleurs abdominales

- ◆ **Encéphalite à CMV** : elle peut se manifester par des troubles du comportements associés ou non à de la fièvre
- ◆ **Oesophagite à CMV** : elle se manifeste par des douleurs épigastriques, des sensations de brûlures oesophagiennes auxquelles sont associés une anorexie et un amaigrissement



Fond d'œil normal



Rétinite à CMV

Diagnostic

- ◆ **Rétinite à CMV** : Fond d'œil (présence d'un exsudat floconneux associé à des plages de nécrose hémorragique)
- ◆ **Autres localisation** : biopsie de la zone concernée (colique, pulmonaire, cérébrale...) afin de mettre en évidence le virus en culture

Traitement

Le traitement d'attaque est lourd et nécessite une hospitalisation. Il dure environ 3 semaines et n'existe que par voie injectable. Il peut nécessiter la mise en place d'un PAC (Port à Cath), chambre implantable permettant l'administration de traitement IV

On a le choix entre trois traitements :

- ◆ **CYMEVAN** : perfusion intraveineuse d'une heure, 2 fois par jour. Flacon de poudre à reconstituer en prenant des précautions (mettre sur-blouse, gants, masque et lunettes car toxicité cutanée) Effets secondaires : Toxicité hématologique (diminution du taux des globules blancs)
- ◆ **FOSCARNET** : perfusion intraveineuse d'une heure, 2 fois par jour espacées de 12 heures. Flacon tout prêt, pas de précaution particulière lors des manipulations. Nécessité d'une hydratation associée par voie IV à raison de 1 litre de sérum salé isotonique par jour car risque élimination rénale. Effets secondaires : insuffisance rénale

- ◆ **CIDOFOVIR** : perfusion intraveineuse d'une heure une fois par semaine. Précautions de préparation identiques au Cymévan . Ce traitement nécessite une hospitalisation de 24 heures lors de chaque perfusion car il est nécessaire d'y associer une hydratation intraveineuse de 1 heure avant et 3 heures après l'administration du traitement ainsi que l'administration d'un traitement protecteur de vessie car élimination urinaire (vérifier la fonction rénale et l'absence de protéinurie le jour de l'administration du traitement)

◆ Traitement d'entretien :

Un traitement d'entretien est indispensable après le traitement d'attaque. Celui-ci devra être poursuivie **A VIE**.

Il reprend les mêmes médicaments précédemment cités à raison de

- ◆ une perfusion 1h/j pour le Foscarnet et le Cymévan
- ◆ une perfusion tous les 15 jours pour le Cidofovir avec le même protocole d'hydratation en hospitalisation 24h

LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS

- ◆ Prévalence : 3 à 5% avec une tendance à l'augmentation
- ◆ Il y a plusieurs types histologiques dont le plus fréquent est le Burkitt
- ◆ Peut survenir à tous les stades de l'infection
- ◆ Fréquence chez le VIH : 200 à 500 fois plus élevée que dans la population générale

Présentation Clinique

◆ Atteintes principales :

Superficielle

1 - ganglionnaire : Profonde : lombo-aortique
(examens complémentaires comme scanner)

2 - Système nerveux : tumeur (manifestation idem à la toxo ± signes neuropsychiatriques)

3 - Atteinte digestive : - Diarrhées persistantes
- Douleurs abdominales
- Occlusion intestinale



Lymphome

◆ **Le diagnostic :**

Eléments présumptifs

- Scanner
- IRM

Certitude : Biopsie ganglionnaire
+
Biopsie médullaire (+++)

Prise en charge

- ◆ Bilan d'extension
- ◆ Traitement : multidisciplinaire
 - ◆ (Hématologue – Oncologue – Maladies Infectieuses)

La même chimiothérapie que le patient non VIH, le taux de réponse était plus faible, actuellement association d'autres traitements (Protocoles dans le service)