MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
ECOLE DE KINESITHERAPIE DE NANCY

LE KINESITHERAPEUTE FACE AU SIDEEN

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Olivier MALEDANT
étudiant en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de masseur-kinésithérapeute
1994-1995

SOMMAIRE

Résumé

1. Introduction page 1

2. Rappel immunologique page 1

3. Physiopathologie page 2

3. 1. Les différents modes de transmission page 2

3. 2. Primo infection page 3

3. 2. 1. Intégration du virus page 3

3. 2. 2. La séroconversion page 4

3. 3. Tests de dépistage page 4

3. 4. Evolution vers le Sida page 5

3. 4. 1. Séropositivité page 5

3. 4. 2. Facteurs prédictifs cliniques page 5

3. 4. 3. Facteurs prédictifs biologiques page 5

3. 5. "Classification du CDC - Atlanta - USA" page 6

4. Traitement antirétroviral page 7

5. Bilan page 7

5. 1. Bilan médical page 8

5. 1. 1. Données du bilan page 8

5. 1. 2. Résultats du bilan page 8

5. 1. 3. Conclusion du bilan page 9

5. 2. Bilan kinésithérapique page 9

5. 2. 1. Degré d'autonomie et bilan de l'état général page 9

5. 2. 2. Bilan cardio respiratoire page 9
5. 2. 3. Bilan neurologique page 9
5. 2. 4 Autres page 10
5. 3. Conclusion page 10
5. 4. Bilan des patients suivis en kinésithérapie page 11
6. Objectifs de rééducation page 13
7. Traitement kinésithérapique page 13
7. 1. Traitement prophylactique page 13
7. 2. Nursing page 14
7. 3. Traitement à visée antalgique page 15
7. 4. Mobilisation page 15
7. 5. La marche page 16
7. 6. Soins palliatifs page 16
8. Caractéristiques de cette rééducation page 17
8. 1. Fatigabilité page 17
8. 2. Fluctuance des performances page 17
8. 3. Travail pluridisciplinaire page 17
8. 4. Psychologie du patient sidéen page 18
8. 5. Population concernée page 18
9. Discussion page 19
10. Conclusion page 20

RESUME

Ce mémoire est basé sur l'observation de 26 patients hospitalisés, séropositifs ou sidéens, dont l'objectif est de démontrer l'intérêt de la kinésithérapie.

Après un rappel immunologique pour mieux comprendre la physiopathologie du Sida, nous expliquons les modalités du bilan effectué pour ensuite développer les traitements kinésithérapiques effectivement réalisés.

A l'issue de ceux-ci, nous avons pu mettre en-évidence les caractéristiques de cette pathologie et l'évaluation de cette prise en charge

1. INTRODUCTION

Le SIDA, syndrome d'immuno déficience acquise, est une maladie qui, par l'intermédiaire du virus VIH, est responsable de la destruction du système immunitaire.

Bien que cette maladie soit très largement médiatisée, des interrogations subsistent. En tant que professionnel de santé, une question se pose : que peut faire le kinésithérapeute face au Sida ?

2. RAPPEL IMMUNOLOGIQUE (14, 22)

L'immunologie est l'étude des moyens de défense de l'organisme. La réponse immunitaire est l'ensemble des conséquences de la reconnaissance d'un élément étranger à l'organisme, l'antigène, par des cellules spécialisées : les leucocytes (ou globules blancs). Chez l'homme, la norme est d'environ 8 000 cellules/mm^3.

Il existe deux groupes de leucocytes :

⇒ les phagocytes : responsables de l'immunité non spécifique. Ils phagocytent l'antigène pénétrant dans le milieu intérieur avant de le présenter aux lymphocytes.

⇒ les lymphocytes : responsables de l'immunité acquise ou spécifique. Ce sont les seules cellules capables de reconnaître les antigènes. Cette reconnaissance se fait grâce à des récepteurs dont la variété dépend du lymphocyte (L) considéré :

- L_B : produisent des anticorps (A_C) et sont donc responsables de l'immunité humorale.

- L_T : détruisent directement les cellules étrangères et sont donc responsables de l'immunité cellulaire. Notons qu'il existe différentes sortes de L_T :

. L_T cytotoxiques détruisant la cellule

. L_T auxiliaires (ou helper) amplifiant la réponse immunitaire. Ils sont encore appelés L_{T4} car ils possèdent sur la membrane cellulaire le marqueur C_{D4}.

. L_T suppresseurs réprimant les défenses immunitaires. Ils sont aussi appelés LT_8 car ils possèdent sur leur membrane cellulaire le marqueur C_{D8}.

Dans l'infection à VIH, ce virus colonise les cellules porteuses du marqueur CD_4 donc les LT_4, mais également des macrophages et probablement des cellules nerveuses du cerveau.

L'atteinte des LT_4 entraîne une diminution de leur action amplificatrice. Le rôle des LTS est alors favorisé, laissant ainsi la possibilité aux germes infectieux de s'exprimer.

3. **PHYSIO PATHOLOGIE** (16, 17)

Cette maladie est une maladie contagieuse qui se transmet d'être humain à être humain.

3. 1. Les différents modes de transmission

Le virus VIH est transmis par voie :

⇒ sexuelle (relations non protégées)

⇒ sanguine : transfusion (avant 1985), toxicomanie et produits dérivés (échange de seringues infectées), accident par utilisation de matériel contaminé (contamination professionnelle). Notons qu'en Afrique subsaharienne, il existe un risque (estimé à 10% par l'OMS) de contamination nosocomiale par utilisation de matériel de soins non stérilisé et par absence de dépistage du virus lors des dons de sang.

⇒ materno-foetale au cours de la grossesse et surtout à l'accouchement. Les facteurs de risque de transmission sont, soit le stade avancé de l'infection chez la mère , soit la survenue d'une infection au cours de la grossesse.

Rq (22) : le risque professionnel d'exposition à l'infection VIH du personnel de santé existe mais il est modeste. Il est lié aux techniques de prélèvements sanguins, de poses et retraits de perfusion.

La contamination ainsi réalisée, le virus se trouve pour la première fois dans l'organisme : c'est la phase de primo-infection.

3. 2. Primo-infection

Elle se caractérise par deux phases qui se développent parallèlement : l'intégration du virus et la séroconversion.

3. 2. 1. Intégration du virus (15)

Le virus prend contact avec le LT4 en s'intégrant dans son noyau et devient une partie de son patrimoine génétique. Il se multiplie alors aux dépens du lymphocyte, pour finalement le détruire. Une fois dans la cellule lymphocytaire, deux éventualités sont possibles :

⇒ Soit le virus est latent, il reste dans la cellule et profitera alors de l'infection de l'organisme par une bactérie quelconque pour se développer : quelques-uns des LT4 infectés par le VIH vont se diviser et ainsi rejoindre la boucle.(fig. 1)

⇒ Soit le virus est virulent et se reproduit dans le LT4 qui éclate et libère un grand nombre de virus qui vont infecter d'autres T4. Quand ces derniers seront détruits de façon importante, les défenses immunitaires vont se retrouver affaiblies, les symptômes du SIDA vont alors apparaître.

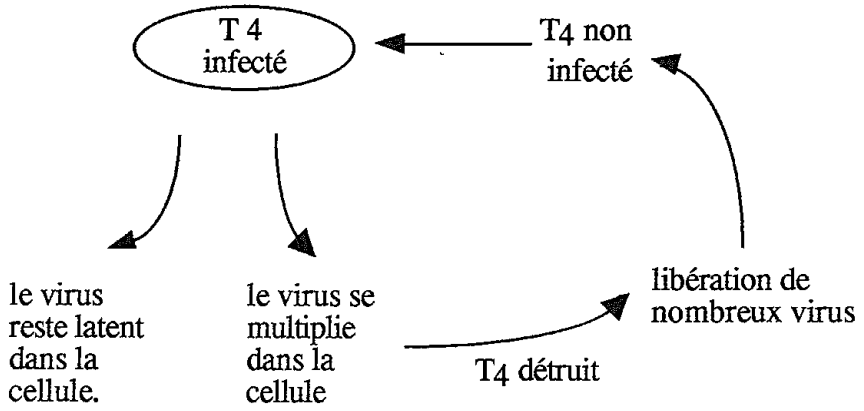


Fig. 1 : Comportement du virus après son intégration.

3. 2. 2. la séroconversion (3)

La primo-infection qui survient 15 jours à 3 mois après la contamination peut s'accompagner d'une symptomatologie clinique (15 à 20%, voire 50% selon les études) d'où l'intérêt d'un interrogatoire du patient pour préciser la date de contamination. Quelle que soit l'importance de la symptomatologie clinique, fruste ou sévère, ces signes disparaissent en quelques semaines. Au plan biologique, c'est à cette phase qu'il faut suivre la séroconversion : 6 semaine à 3 mois (voire plus) après la contamination, apparaissent les Anticorps, base des tests sérologiques.

3. 3. tests de dépistages :

Les tests utilisés mettent en évidence les anticorps anti-VIH. Il en existe deux :

⇒ ELISA (enzyme linked immuno sabent anxy), son manque de spécificité rend indispensable l'utilisation du 2e test pour confirmer la séropositivité.

⇒ Western Blot : celui-ci, négatif, récuse l'ELISA positif :

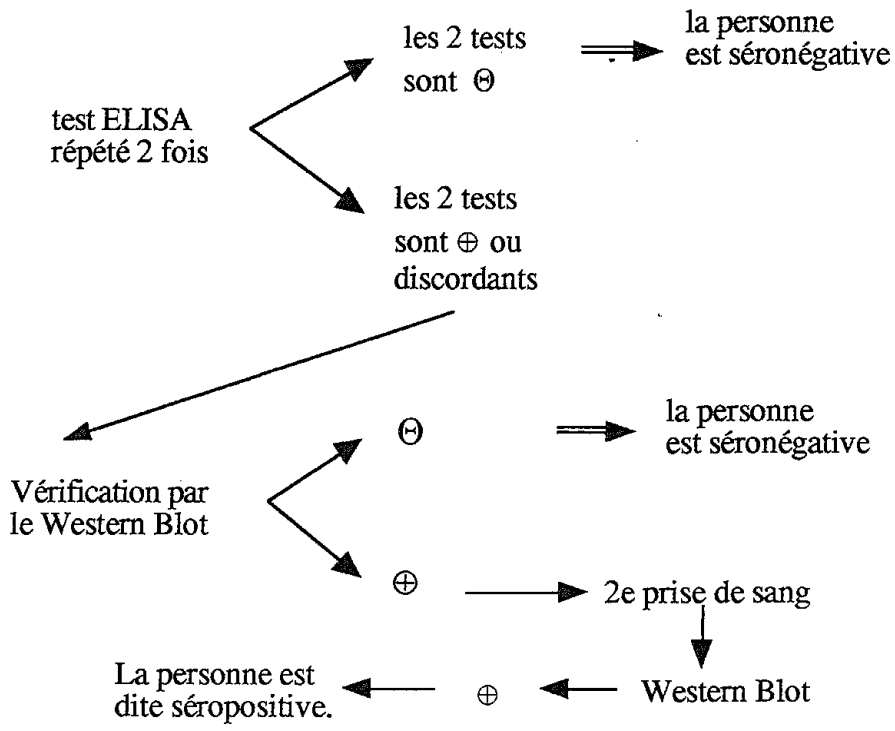


Fig. 2 : protocole des tests de dépistages

Rq : Il existe des méthodes directes qui détectent le virus lui-même, mais elles sont encore trop onéreuses.

3. 4. Evolution vers le SIDA (2, 4)

3. 4. 1. Séropositivité

Elle correspond à la période d'incubation : délai séparant la contamination des premiers symptômes du Sida, qui recouvre la période de "latence" cliniquement asymptomatique. Des études récentes avancent un délai moyen de 7 à 11 ans, le mode de contamination faisant varier ce délai.

3. 4. 2. Facteurs prédictifs cliniques

Les patients séropositifs peuvent, après cette phase asymptomatique, présenter des symptômes variés. Les principaux signes cliniques de mauvais pronostic sont : la candidose buccale, la leucoplasie linguale, les signes généraux tels que : amaigrissement, asthénie, sueurs nocturnes, diarrhée persistante...

3. 4. 3. Facteurs prédictifs biologiques : (5)

Les analyses concernent, entre autres, les lymphocytes T4. Le nombre des T4 décroît progressivement (60 à 100 mm^3/an) pour passer d'un taux normal de 800 à 1000 mm^3 à un taux inférieur à 1. Cette diminution est une caractéristique biologique majeure de l'infection par le VIH. La surveillance du taux de T4 conditionnera la fréquence d'un suivi en hospitalisation externe et permettra de choisir les moments opportuns pour instaurer des traitements prophylactiques (annexe 1).

3. 5. "Classification du Centers for Disease Control (C.D.C.) - Atlanta - USA"

CDC 1987 - révisé en 1991
classification CDC - OMS des infections par VIH
(pour les sujets âgés de plus de 13 ans)

Groupe I : **Infection aiguë** (primo-infection) = séroconversion symptomatique.

Après résolution le sujet doit être reclassé dans un des groupes suivants :

Groupe II **Asymptomatique**

Groupe III **Lymphadénopathie généralisée persistante**

Groupe IV **Autres pathologies**

A **Troubles généraux :**

En l'absence d'autre étiologie que le VIH :

- fièvre > 1 mois
- amaigrissement involontaire > 10% du poids corporel
- diarrhée > 1 mois

B **Troubles neurologiques**

En l'absence d'autre étiologie que le VIH :

- démence
- myélopathie, neuropathie périphérique

C **Infections secondaires**

C1 Infections opportunistes (annexe)

C2 Leucoplasie chevelue de la langue, zona touchant plusieurs dermatomes, bactériémie récidivante à Salmonella, nocardiose, candidose buccale

D **Cancers secondaires**

E **Autres**

Le terme de Sida est appliqué aux malades ayant une infection du sous-groupe C1 et/ou une néoplasie du sous-groupe D.

Rq : Une nouvelle classification a été établie en 1993 incorporant le nombre de lymphocytes T4 dans cette classification (annexe 2).

4. TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (9)

Trois produits sont actuellement disponibles en France :

Tableau I. traitement médicamenteux :

	effets secondaires	action
Zidovudine Retrovir A Z T	quand le traitement est supérieur à 6 mois : - myopathie - toxicité hématologique	. ralentir la diminution des lymphocytes T4 voire augmenter ceux-ci.
Videx Didanosine ddI	- pancréatite - neuropathie périphérique	
Hivid ddC	- pancréatite - neuropathie périphérique	

L'association de ces différents médicaments est à l'étude. Les chercheurs semblent avoir trouvé d'autres voies d'attaque du virus.

5. BILAN

L'objectif de ce bilan est de considérer le patient dans sa pathologie et d'en justifier un traitement kinésithérapique. Pour cela, il a été établi un "Dossier type" comprenant deux parties :

⇒ bilan médical.

⇒ bilan kinésithérapique.

Pour établir ce dossier, seuls les éléments nous paraissant indispensables du point de vue kinésithérapique ont été conservés. Notre étude s'est portée sur une population de 26 personnes.

5. 1. Bilan médical (annexe 3)

5. 1. 1. Données du bilan

⇒ anamnèse (sexe, âge, domicile, profession, date probable de contamination, facteurs de risque, date d'hospitalisation).

⇒ histoire de la maladie (séquelles d'infection opportuniste antérieure)

⇒ traitement.

⇒ motif de l'hospitalisation.

5. 1. 2. Résultat du bilan

Seuls les éléments essentiels sont retranscrits

Tableau II : répartition des 26 cas observés

sexe moyenne d'âge	4 femmes 22 hommes 32 ans 38,8 ans
facteurs de risques	toxicomanie : 5 homosexualité : 10 bisexualité : 3 partenaires occasionnels multiples : 3 transfusion : 2 inconnu : 4
date de contamination	84 : 2 85 : 2 86 : 5 87 : 3 88 : 2 89 : 2 90 : 3 92 : 2 94 : 2 inconnue : 3
classification	II : 1 IV A : 1 IV C1 : 12 IV C2 : 3 IV D : 6 3 non classés
motif de l'hospitalisation	Bilan d'une hyperthermie : 12 Candidose : 3 Syndrome confusionnel : 3 Syndrome dépressif : 2 Autres : 6

5. 1. 3. Conclusion du bilan

A l'issue de ce bilan, nous constatons que les personnes atteintes sont en majorité des hommes, homosexuels ; 17 ont déclaré la maladie.

Le motif d'hospitalisation majoritaire est une hyperthermie résistante aux traitements habituels. Tous les examens appropriés (hémocultures, Scanner, IRM) seront effectués pour trouver l'étiologie de celle-ci qui est très souvent l'apparition d'une infection opportuniste et donc signalera l'entrée dans la maladie. Cette hyperthermie s'accompagne dans la majorité des cas d'asthénie, d'une fatigue générale, tout cela entraînant un alitement prolongé et une altération de l'état général.

5. 2. Bilan kinésithérapique (annexe 4)

5. 2. 1. Degré d'autonomie et bilan de l'état général

⇒ Bilan trophique, cutané.

⇒ Bilan musculaire (amyotrophie ?).

⇒ Bilan de l'appareil locomoteur.

⇒ Bilan de la marche.

⇒ Bilan fonctionnel (repas, toilette, habillage).

⇒ Bilan douloureux.

5. 2. 2. Bilan cardio-respiratoire

Ce bilan est effectué en cas de pathologie pulmonaire.

5. 2. 3. Bilan neurologique

⇒ Bilan de la sensibilité (superficielle et profonde).

⇒ Bilan de la motricité et des différents troubles moteurs (hypertonie, dyskinésie, adiadococinésie...).

⇒ Bilan des fonctions supérieures.

5. 2. 4. Autres

⇒ Bilan psychologique.

⇒ Bilan social.

5. 3. Conclusion

Après concertation avec le médecin, ce premier bilan donne l'orientation des soins kinésithérapiques qui seront souvent associés avec un travail de l'ergothérapeute et de l'orthophoniste. Ici plus qu'ailleurs, l'état psychologique et la motivation du patient prend de l'importance. "La kinésithérapie ne sera jamais imposée mais proposée" si le patient est en état psychique de choisir.

Dans notre cas, 10 patients ont nécessité des soins kinésithérapiques sur les 26 hospitalisés. Détaillons le bilan des cas les plus caractéristiques.

5. 4. Bilan de patients suivis en kinésithérapie

Tableau III : données médicales.

patient	A	B	C	D	E	F
sexe	F	M	M	M	M	M
profession	infirmière	infirmier	ouvrier	sans	magasinier	en invalidité
âge	26	44	41	40	33	31
date séropositif	12.89	?	?	1987	1986	1989
classification	IV C 1	IV C 1	?	IV C 1	IV C 2	IV C 1
facteurs de risque	1 rapport non protégé	?	?	bisexualité	hémophile	homosexuel
date d'entrée	13.10.94	30.09.94	15.09.94	29.08.94	16.09.94	29.08.94
sortie	23.10.94	décès 20.12	transféré en neuro le 07.10	transféré en CRRF le 25.10	décès 10.10	décès 28.04
motif hospitalisation	- troubles des fonctions supérieures - hyperthermie	- hyperthermie et altération de l'état général - toux	- tentative d'autolyse par arme à feu	- suspicion d'une candidose oesophagiée	- syndrome confusionnel et céphalées - aveugle depuis août suite à CMV	- candidose oesophagiée
diagnostic	- atrophie sus. et sous tentoriel	- rétinite au cytalomégalovirus (CMV)	- plaie pariéto occipital Droite	Candidose oesophagiée	?	Candidose oesophagiée

Tableau IV : données kinésithérapiques

patient	A	B	C	D	E	F
sexe	F	M	M	M	M	M
conclusion bilan kiné	- syndrome dépressif	- douleur de type neuropathie périphérique - faiblesse musculaire -fatigabilité importante	- coma - encombrement	- fatigabilité - marche avec flexion genou + hanche avec déambulateur	- hallucination - aveugle - désorientation temporelle	- fatigabilité - séquelle d'une toxoplasmose : hémiplégie gauche - marche possible avec appareillage
traitement kiné	un aérosol de pentacarinat	- aérosol de pentacarinat - électrothérapie - travail musculaire fonctionnel - marche	- lutte contre trouble décubitus - prise en charge complète : .nursing . mobilisation . stimulation . aspiration trachée	- motivation - marche - mobilisation active aidée -	- compensation de sa cécité - marche	- mobilisation - marche
évolution et observations		-perte d'autonomie progressive	- aucune récupération musculaire - poursuite oculaire	- fluctuance des performances - récupération totale après 1 mois de rééducation intensive en CRRF	- soins palliatifs entrepris	Dans la suite, marche impossible . nursing . lutte contre trouble décubitus

6. OBJECTIFS DE LA REEDUCATION

⇒ assurer un traitement prophylactique des pneumopathies ;

⇒ lutter contre les troubles de décubitus ;

⇒ lutter contre la douleur ;

⇒ conserver l'intégrité des muscles et des articulations ;

⇒ redonner une image de son corps, retrouver ou conserver son schéma corporel ;

⇒ améliorer la qualité de vie ;

⇒ conserver l'autonomie ;

⇒ apporter une aide psychologique.

Au stade ultime de la maladie, nous devons :

⇒ assurer les fonctions vitales ;

⇒ assurer les soins palliatifs.

7. TRAITEMENT KINESITHERAPIQUE

7. 1. Traitement prophylactique (8,6)

⇒ Buts : il s'agit de réaliser un traitement prophylactique de la pneumonie à pneumocystis Carinii, infection opportuniste la plus fréquemment rencontrée. En l'absence de prophylaxie, nous recensons des atteintes pulmonaires dans 55 à 85% des cas. Nous réalisons un aérosol de pentacarinat une fois par mois sous contrôle d'un kinésithérapeute qui dirige la séance.

⇒ Matériel (11)

- Nébuliseur à jet (Respigard II) qui comprend :
  - deux valves inspiratoires
  - une valve expiratoire
  - un embout buccal
  - un filtre permettant de prévenir la contamination de l'air ambiant par la pentamidine

L'utilisation de ce nébuliseur permet d'obtenir des particules d'un diamètre aérodynamique massique médian de 1,42 µm pour obtenir une efficacité maximale. La dose de pentamidine est de 300 mg diluée dans 6 ml d'eau stérile. Elle est nébulisée de 6 l/min. Pour éviter le bronchospasme dû à l'irritation bronchique provoquée par la pentamidine, le sujet prend deux bouffées de B2 mimétique (Ventoline) 10 minutes avant l'aérosol.

⇒ Le Protocole dure 30 min. jusqu'à assèchement du réservoir et s'effectue en position :

- décubitus ventral : 5 minutes
- latérocubitus droit : 5 minutes
- latérocubitus gauche : 5 minutes
- assise ou semi-assise

Simultanément, le kinésithérapeute demande et contrôle un respiration abdomino-diaphragmatique pour permettre une meilleure diffusion du produit.

⇒ Problèmes posés : s'agissant de la patiente A, l'admission de l'aérosol a été difficile en raison d'un syndrome dépressif.

L'état physique de Monsieur B nous a contraint à effectuer l'aérosol uniquement en position assise avec quelques pauses provoquées par des quintes de toux.

7. 2. Nursing

⇒ Buts : le nursing visé à éviter les troubles de décubitus représentés par des :

- troubles cutanés : rougeur, escarre
- complications respiratoires
- complications thrombo-emboliques
- complications cardio-vasculaires
- complications urinaires
- complications digestives

⇒ Techniques : le travail du MK et de l'équipe médicale consiste en une surveillance accrue du patient.

- changement de position régulier du patient avec installation en position assise si possible. Protéger les zones fragiles : talon, ischion...

- l'installation du sujet doit veiller à éviter tout enraidissement et à lui apporter un confort.

- hygiène de vie

- massage circulatoire

- mise en déclive des membres

- utilisation de technique de désencombrement

⇒ Problèmes posés : le problème de l'alitement prolongé est rencontré aussi bien au stade terminal de la maladie (C, E, F) qu'au cours de l'apparition d'une infection quelconque qui entraîne un alitement prolongé (D, B)

7. 3. Traitement à visée antalgique (7)

Les techniques habituelles sont utilisées : massage, mobilisation, électrothérapie... La difficulté subsiste en l'étiologie de celle-ci. Une fois la cause connue, le traitement sera approprié et souvent accompagné de traitement médicamenteux.

7. 4. Mobilisation

⇒ Buts - à visée antalgique

- entretien articulaire, musculaire et trophique.

- lutte contre les troubles du décubitus

- conservation du schéma corporel, de l'image de son corps qui est assaillie de douleur, de transformation

⇒ Le principe à respecter est ici d'explorer au maximum les capacités du patient aussi minimes soient-elles. La mobilisation est donc passive, active aidée, active, active résistée selon les possibilités.

⇒ Technique : nous privilégions un travail fonctionnel plutôt qu'analytique afin de retrouver une autonomie optimale.

⇒ Progression : on suivra la progression de la reprogrammation motrice

- déplacements latéraux au lit
- apprentissage du retournement
- travail de l'équilibre assis
- passage à la position debout
- équilibre debout puis marche

⇒ Problème posé : pour tous ces patients la fluctuance des performances ne permet pas de suivre à la lettre cette progression, mais l'observation et l'adaptation donnent la progression dans la séance.

7. 5. La marche

⇒ Buts : - autonomie
- prise de conscience de ses capacités
- apport psychologique

⇒ La marche sera un travail en soi par l'effort qu'elle demande. Si nécessaire, l'appareil-cage est proposé : déambulateur, cannes... Elle sera conservée le plus longtemps possible.

⇒ Problème posé : pour les patients (B, D, E, F), c'est l'aptitude physique quotidienne qui conditionne les séances, donnant une évolution en dents de scie.

7. 7. Soins palliatifs

⇒ Au stade ultime de la maladie, le patient est dans un état de grabatarisation. Ce tableau peut être noirci par des troubles des fonctions supérieures, voire une démence, liés au VIH. C'est à ce stade que les soins palliatifs sont habituellement mis en place, au moment où l'issue fatale apparaît proche et inéluctable, et où la poursuite des soins médicaux dits curatifs apparaît disproportionnée avec le bénéfice à en attendre. Cependant ce choix n'est en aucun cas irréversible. Les souhaits et la volonté du patient restent des éléments

fondamentaux d'orientation pour peu que celui-ci soit apte à s'exprimer. A cette phase, les soins kinésithérapiques privilégieront le confort du patient (désencombrement, nursing...)

8. Caractéristiques de cette rééducation

8. 1. Fatigabilité

L'alitement, le manque d'activité entraîne un amaigrissement et une fonte musculaire importants.

L'hospitalisation arrive au terme d'une évolution inexorable. Le patient est dans un état de fatigue physique importante, l'alitement augmentant ce phénomène. Le kinésithérapeute doit s'adapter à cette situation en fragmentant la séance quotidienne au rythme du patient.

8. 2. Fluctuance des performances

La caractéristique principale de cette pathologie est l'évolution rapide des possibilités du malade d'un jour à l'autre ; là intervient la difficulté pour le kinésithérapeute. Comment concilier ces objectifs à la survenue d'une nouvelle infection ? Ce sera une remise en cause quotidienne du traitement kinésithérapique. Par contre, l'évolution peut être favorable d'où l'intérêt de conserver des muscles et des articulations en bon état pour que cette récupération soit possible. En effet, on peut comparer la toxoplasmose à une hémiplégie d'origine vasculaire. Dans ce second cas, l'hémiplégique deviendra un malade chronique avec des handicaps moteurs. Ici, avec un traitement, l'infection peut régresser en une dizaine de jours, ne laissant que de très légères séquelles.

8. 3. Travail pluridisciplinaire

Le travail d'équipe est fondamental, chacun ayant son propre rôle. Le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste sont des membres à part entière de l'équipe de rééducation. La collaboration entre ces différents corps professionnels permet

non seulement d'avoir une ligne de conduite commune mais aussi d'obtenir des indications pour la rééducation et la manière d'aborder le malade.

En outre, cela permet une coordination entre les différents soins, une chronologie pour éviter de fatiguer inutilement le malade et pour permettre une bonne prise en charge de celui-ci.

8. 4. Psychologie du patient sidéen

A deux moments dans la pathologie, on retrouvera dans la majorité des cas un syndrome dépressif :

- à l'annonce de la séropositivité
- à la première hospitalisation

En dehors de celui-ci s'ajoute au fil du temps l'appréhension du lendemain et le profil de la mort qui se dessine avec le temps. L'écoute et le dialogue.sont primordiaux. Le kinésithérapeute doit apporter un réconfort moral et ne pas laisser le patient s'enfermer dans le silence. Il doit lui consacrer du temps. La présence de la famille et l'échange avec celle-ci est fondamentale.

8. 5. Population concernée

Le Sida touche surtout des homosexuels, des toxicomanes, mais ce syndrome tend à affecter maintenant des sujets de tous horizons.

Nous sommes confrontés à une population souvent marginalisée, surtout s'agissant de toxicomanes (26,3% des sidéens en 1992). Les conditions d'accès aux soins sont plus difficiles en raison de conditions sociales précaires, d'une couverture sociale moindre et d'un recours insuffisant à la médecine. Tous ces facteurs induisent des adaptations, des habitudes hospitalières. Le problème de la réinsertion se pose également en raison de la jeunesse de cette population.

En outre, si des soins kinésithérapiques justifient une prise en charge en centre de rééducation, ceux-ci émettent souvent des réticences sinon un refus à cette prise en charge.

Il est à noter un pourcentage non négligeable (6,8% en 1992) de personnes séropositives en milieu pénitentiaire. Là encore, la surveillance médicale est difficile.

9. Discussion

La diversité des techniques employées nous a permis d'utiliser une importante part du patrimoine kinésithérapique ce qui a rendu, compte-tenu de la complexité de la pathologie, notre travail très attrayant et enrichissant.

Nous avons pu, grâce à l'efficacité des traitements mis en oeuvre, enrayer les difficultés posées par les infections opportunistes.

Bien que la notion de mort ait été omniprésente, nous avons travaillé toujours dans le même objectif : prolonger la durée de vie et en améliorer la qualité.

Cependant, il aurait été intéressant de disposer d'une salle de rééducation qui nous aurait permis, tout en augmentant notre travail aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif, de bénéficier du phénomène d'émulation de groupe.

En effet, l'état psychologique du patient est un des facteurs de réussite du traitement. Un investissement très important a été nécessaire afin d'accompagner le malade tout au long de son traitement et surtout de l'aider à affronter sa maladie et ses conséquences. Nous avons, face à cette pathologie souvent mal connue, abordé nos patients sans appréhension, cette tâche ayant été facilitée par un travail avec un personnel formé au sein d'une structure spécialisée.

10. Conclusion

Ce travail nous a permis de montrer l'intérêt de la kinésithérapie dans le traitement du Sida. Nous avons vu combien, malgré l'évolution encore inexorable de cette maladie, nos soins permettaient d'améliorer la qualité de vie des patients et de préserver leur autonomie. Les techniques ne diffèrent pas de celles utilisées classiquement dans le cadre d'autres pathologies, mais ce sont les caractéristiques du Sida qui en font une spécificité dans leurs applications.

La nécessité de cette rééducation est encore mal évaluée. Cependant, il est nécessaire, voire indispensable, dans l'attente d'un traitement curatif, de donner au malade toutes les chances de vivre avec ce que l'on nomme aujourd'hui le fléau du XXe siècle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bulletin épidémiologique hebdomadaire - 1994 ; 32

2. **BALDI I., MORLAT P., CHENE G.** - Evolution des caractéristiques cliniques et immunologiques au moment du diagnostic de SIDA : résultats de la cohorte Aquitane, 1985-1991 - Med. Mal Infect 1993,23, p 902-907.

3. **CANTON P.** - histoire naturelle de l'infection par le VIH - 1990.

4. **CANTON P., MAY T.** - Prévention des infections opportunistes au cours de l'infection VIH - 1990.

5. **CHOUTET P., BESNIER J.M.** - infection à VIH. - Rev Prat (Paris), 1994, 44, 9, p. 1263 - 1271.

6. **CORRIER C., VANDERCAM B.** - aérosol de pentamidine - Kinésithérapie scientifique, 1993, 322, p. 50-52.

7. **COSSE M.** - Douleur et kinésithérapie - Soins, 1993, 568, p 36-38.

8. **COURTIES X.** - Sida de l'enfant et Kinésithérapie - Kinésithérapie scientifique, 1995, 343, p. 37 - 41.

9. **DORMONT J., ABOULKER J.P.** - Les Traitements antirétroviraux dans l'infection par le VIH - Rev Prat (Paris), 1994, 44, 12, p. 1635 -1642.

10. **DORMONT J.** - Prise en charge des personnes atteintes par le VIH - 2e éd - Paris : Flammarion, 1993 - 136 p.

11. **FRESARD A., JURUS C., MURON T., BERTRAND J. L., PEYRAMOND D., LUCHT F.** Prophylaxie de la pneumocystose au cours de l'infection par le VIH par aérosol de pentamidine : Comparaison de la tolérance en fonction du type de nébuliseur.

12. **GOURIET A.** - Démystifier le Sida - Kiné actualité, 1993, 480, p. 8 - 12.

13. **HOEN B.** - Prise en charge des malades sidéens - 1990.

14. **LEVY Y.** - Généralités sur la réponse immunitaire - Rev Prat (Paris), 1994, 44, 12, p. 1689-1694.

15. Laboratoire Bristol - Myers Squibb - Atlas : Videx (DDI, Didanosine).

16. **METTETAL J. F., EDELAMANN F., JAYLE D. M.** - Manuel d'information pratique à l'usage des MK sur le sida et l'infection à HIV - Kinésithérapie scientifique, 1989, 277, p. 21 - 52.

17. **MONTAGNIER L., KHOURY S., BRUNET J. B., GRISCELLI C.** - Sida les faits, l'espoir - 7e éd. - 1992.

18. **MOUTON Y., JOUBERT L., LEFRERE F., AMIEL C., DESCAMPS J. M., THABAUT A., GOGUEL J., SCHMIT J. L., JOLY V., DE LA TRIBONNIERE** X. - 8e conférence Sida - La lettre de l'infectiologue, 1993, VIII, 17 - 18, p. 538 - 575.

19. **PATHOUOT M.** - Le Kinésithérapeute pour un corps acteur - Soins, 1994, 580, p. 47 - 49.

20. **ROGER P. M., PRADIER C., DELLAMONICA P.** - Mécanismes de la lymphopénie au cours de l'infection par le VIH - La Presse Médicale, 1994, 23, p. 89 - 94.

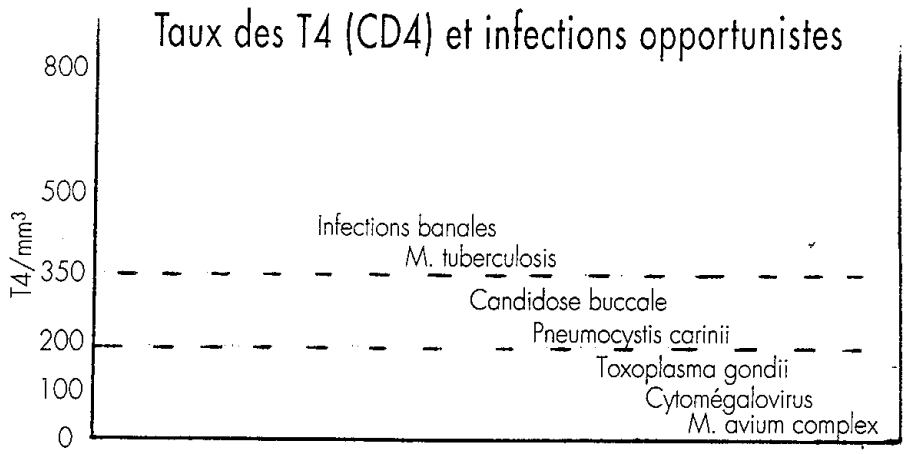
21. **SAID G., SAIMOT G.** - Manifestations neurologiques et infections rétrovirales - 1ère éd. - Paris : Pradel, 1991 - 220 p.

22. **SICARD D.** - Le risque professionnel d'exposition à l'infection HIV du personnel de santé - Le Concours médical, 1992, 114 - 17, p. 1493 - 1496.

23. **VERON M., PEBRET F.** - Pathologie infectieuse et démarche de soins : VIH, Sida - Paris : heures de France, 1993.

ANNEXES

ANNEXE I


Taux des T4 (CD4) et infections opportunistes
T4/mm3
800
500
350
200
100
0
Infections banales
M. tuberculosis
Candidose buccale
Pneumocystis carinii
Toxoplasma gondii
Cytomégalovirus
M. avium complex

ANNEXE II

RÉVISION 1993 DU SYSTÈME DE CLASSIFICATION DE L'INFECTION A V.I.H. POUR LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS

(M.M.W.R. 1992; 41 (N° RR - 17) : 1 - 20)

Nombre de lymphocytes CD4+	Catégories cliniques		
	(A) Asymptomatique, primo-infection ou P.G.L.	(B) Symptomatique, sans critères (A) ou (C)	(C) SIDA
≥ 500/mm³	A1	B1	C1
200-499/mm³	A2	B2	C2
< 200/mm³	A3	B3	C3

☐ Définition du SIDA (O.M.S./C.D.C. 1987) + (3 pathologies).

☐ Définition du SIDA (C.D.C. 1993).

NOMBRE DE LYMPHOCYTES CD4+

Le résultat le plus bas, mais pas nécessairement le dernier, doit être utilisé pour classer un sujet.

La correspondance entre la valeur absolue et le pourcentage est la suivante:
- CD4+ ≥ 500/mm³ : CD4 + % ≥ 29;
- CD4+ 200-499/mm³ : CD4 + % = 14-28;
- CD4+ < 200/mm³ : CD4 + % < 14.

CATÉGORIES CLINIQUES

Catégorie A :

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le V.I.H., s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :
- infection V.I.H. asymptomatique;
- lymphadénopathie persistante généralisée (P.G.L.);
- primo-infection symptomatique.

Catégorie B :

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le V.I.H., ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

a. Elles sont liées au V.I.H. ou indicatives d'un déficit immunitaire;

b. Elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection à V.I.H.

Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :
- angiomatose bacillaire;
- candidose oropharyngée;
- candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement;
- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome *in situ;*
- syndrome constitutionnel : fièvre (38,5 °C) ou diarrhée supérieure à 1 mois;
- leucoplasie chevelue de la langue;
- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome;
- purpura thrombocytopénique idiopathique;
- salpingite, en particulier lors de complication par des abcès tubo-ovariens;
- neuropathie périphérique.

Cette classification est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.

Catégorie C :

Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :
- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire;
- candidose de l'œsophage;
- cancer invasif du col*;
- coccidioïdomycose, disséminée ou extrapulmonaire;
- cryptococcose extrapulmonaire;
- cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois;
- infection à C.M.V. (autre que foie, rate, ou ganglions);
- rétinite à C.M.V. (avec perte de la vision);
- encéphalopathie due au V.I.H.;
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois; ou bronchique, pulmonaire, ou œsophagienne;
- histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire;
- isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois);
- sarcome de Kaposi;
- lymphome de Burkitt;
- lymphome immunoblastique;
- lymphome cérébral primaire;
- infection à *Mycobacterium avium ou kansasii*, disséminée ou extrapulmonaire;
- infection à *Mycobacterium tuberculosis*, quel que soit le site (pulmonaire* ou extrapulmonaire);
- infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire;
- pneumonie à *Pneumocystis carinii;*
- pneumopathie bactérienne récurrente*;
- leuco-encéphalopathie multifocale progressive;
- septicémie à *salmonelle non typhi* récurrente;
- toxoplasmose cérébrale;
- syndrome cachectique dû au V.I.H.

** Nouvelles pathologies ajoutées en 1993.*

ANNEXE III

DOSSIER MÉDICAL

- **N°** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| - **Date** ____.____.____
- **Date de naissance** ____.____.____ - **Age** _____
- **Sexe** ☐ *Masculin* ☐ *Féminin*
- **Domicile :**
- **Profession :**
- **HIV ⊕ :**
- **Classification :**
- **Facteur de risque :**
- **HDLM :**

- **TRAITEMENT :**

- **MOTIF DE L'HOSPITALISATION :**

- **BILAN IMMUNOLOGIQUE :**

CD 4 : / mm^3 $\frac{CD4}{CD8}$ = _____

CD 8 : / mm^3

ANNEXE IV

BILAN DE L'ETAT GENERAL ET BILAN FONCTIONNEL

...	OUI	NON	REMARQUES
TROUBLES CUTANES			
TROUBLES MUSCULAIRES			
MARCHE			
ESCALIERS			
STATION DEBOUT			
STATION ASSISE			
TRANSFERT LIT ↔ FAUTEUIL			
AUTONOMIE : - REPAS :			
- TOILETTE :			
- HABILLAGE :			
- INCONTINENCE :			
VARIATION POIDS			
FATIGABILITE			
PRONOSTIC VITAL ?			

BILAN CARDIO - RESPIRATOIRE

...	OUI	NON	REMARQUES
ATCD CARDIAQUE			
TOUX			
AUSCULTATION PULMONAIRE			

BILAN NEUROLOGIQUE

...	OUI	NON	REMARQUES
PATHOLOGIE			
ROT			
SENSIBILITE SUPERFICIELLE			
SENSIBILITE PROFONDE			
POINT DOULOUREUX			
TROUBLES MOTEURS			
TROUBLES SPHINCTERIENS			
TROUBLES DE L'EQUILIBRE			
TROUBLES DES FONCT. SUP.			

ANNEXE V

APPAREIL LOCO MOTEUR

HANDICAP

BILAN SOCIAL

BILAN DES FONCTIONS SUPERIEURS ET PSYCHOLOGIQUE