

L'encéphalopathie spongiforme subaiguë transmissible. Problématique, incertitude

Roland ZEITOUN*

La circulaire ministérielle n° 138 du 14 mars 2001 demande la mise en œuvre du plus haut niveau de précaution d'inactivation des agents transmissibles non conventionnels ATNC ou prions, en fonction des caractéristiques du patient, du type d'acte et du tissu concerné.

Nous nous proposons d'analyser la circulaire en fonction de l'incidence qu'elle peut avoir en chirurgie dentaire.

ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE

Les tissus infectieux

Dans la maladie de Creutzfeld-Jakob (MCJ), les tissus considérés comme infectieux sont essentiellement :

- le système nerveux central (y compris l'hypophyse, la dure-mère et le liquide céphalorachidien) ;
- l'œil et le nerf optique.

Depuis l'émergence d'une nouvelle forme de la MCJ, identifiée sous le nom de nouveau variant (nvMCJ), d'autres tissus présentent un titre infectieux élevé : les formations lymphoïdes organisées comportant des centres germinatifs (ganglions lymphatiques, amygdales, appendice, rate, plaques de Peyer).

Chez l'animal naturellement infecté, le rein, le foie, les poumons, le placenta sont classés parmi les tissus d'infectiosité faible.

Chez l'animal infecté expérimentalement par voie péritonéale, une infectiosité a été retrouvée dans le tissu gingival et la pulpe dentaire.

Le type d'acte

- les actes sans risque : sans contact avec les tissus (consultation).

* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

- les actes à risque. Un acte est considéré à risque lorsque le ou les dispositifs médicaux utilisés pour cet acte entrent en contact avec les tissus considérés comme infectieux, soit par effraction ou contact avec une ulcération, soit par contacts prolongés.
- les actes majeurs.

Le type de patient

- les patients sans caractéristiques particulières. Le risque de transmission des agents des ESST est alors pris en compte pour tous patients comme c'est déjà le cas pour d'autres agents infectieux (VIH, VHB, VHC).
- les patients présentant des facteurs de risque individuels d'ESST classique (MCJ).
- antécédents de traitement par hormone de croissance.
- antécédents dans la famille génétique.
- antécédents d'intervention chirurgicale avec ouverture de dure-mère.
- les patients présentant des signes particuliers.

PROCÉDURES D'INACTIVATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

- Procédés du groupe III
Immersion dans l'hypochlorite de sodium 1 heure
Immersion dans la soude 1 h
Autoclavage 18 minutes à 134°C
- Procédés du groupe IV
Immersion dans la soude 1 heure et autoclavage 18 minutes à 134°C
- Procédés du groupe V
Destruction par incinération à 800°C

PRISE EN COMPTE DES ACTES DENTAIRES EN FONCTION DU NIVEAU DE RISQUE DES PATIENTS

Les actes dentaires invasifs ou actes à risque chez les patients sans signes particuliers ou atteints de l'ESST classique.

L'acte est considéré à risque lorsque le ou les dispositifs médicaux utilisés pour cet acte entrent en contact avec le tissu considéré comme infectieux soit par effraction, soit par contact prolongé.

L'acte dentaire, souvent invasif, se définit donc comme un acte à risque.

L'OMS, s'appuyant sur des observations faites chez l'animal naturellement infecté, classe les reins, le foie, les poumons et le placenta parmi les tissus d'infectiosité "faible". Elle préconise de prendre en compte cette infectiosité, uniquement pour les patients atteints ou suspects.

Par analogie, les dispositifs médicaux (DM) utilisés pour l'acte dentaire invasif ou acte à risque suivront donc les procédures du groupe III. Ce sont les procédures de stérilisation habituellement utilisées : une prédésinfection, un nettoyage efficace, une stérilisation à l'autoclave à charge poreuse à la température de 134°C durant 18 minutes.

Toutefois, le parcours des DM utilisés dans un acte dentaire invasif sur un patient suspect ou atteint d'ESST consécutive à la transmission du nvPrP doit-il être particulier ?

Les traitements canalaires

Les instruments à canaux doivent suivre les procédures de stérilisation citées. Toutefois, il semble que la pulpe soit le tissu dentaire le plus à risque.

Ne serait-il pas envisageable, après la prédésinfection et le nettoyage, d'immerger systématiquement les instrument à canaux dans de l'hypochlorite à 2 % de chlore actif durant une heure ?

Les actes dentaires majeurs

L'OMS indique que "*des précautions particulières peuvent se justifier lors d'actes dentaires majeurs concernant les tissus neurovasculaires chez les patients suspects ou atteints (une infectiosité ayant été retrouvée dans le tissu gingival et la pulpe dentaire chez l'animal infecté expérimentalement par voie péritonéale)*".

Plusieurs questions se posent à l'examen de cette phrase :

- Les critères d'acte dentaire majeur sont-ils définis ?
 Concerne-t-il le temps de contact de l'acte invasif ? Le type de contact ? L'importance de l'effraction ? L'importance des lésions des terminaisons nerveuses ? Le type de tissu lésé ?
 Concerne-t-il une extraction simple ? Une extraction complexe ? Une taille invasive de plusieurs dents dans la même séance ? Une chirurgie parodontale ? implantaire ? ...
- Comment reconnaître un patient suspect ou atteint ?
 Ces patients sont suspectés sur la présence d'apparition récente et d'évolution progressive et sans rémission de :
 - au moins un signe neurologique : myoclonie, troubles visuels, troubles cérébelleux, troubles pyramidaux, troubles extrapyramidaux, ataxie,

dystonie, symptômes sensitifs douloureux persistantes, épilepsies, mutisme, akinésie.

- des troubles intellectuels : ralentissement psychomoteur, démence.
- des troubles psychiatriques : dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire.

Dans nombre d'hôpitaux, les anesthésistes ne savent diagnostiquer si un patient est suspect ou atteint et demandent l'aide d'un médecin neurologue.

Il serait utile d'élaborer un questionnaire succinct pour les cabinets de ville permettant de suspecter plus facilement des patients afin de les adresser à des centres hospitaliers.

- Que signifie : "peuvent se justifier" ?

Il paraît difficile de concevoir une mise en place d'informations et de procédures complexes, sur un réel doute. Les procédures sont-elles justifiées tant que le doute demeure sur la présence de protéines prions chez l'homme ou l'animal naturellement infecté ?

- Que signifient : "des précautions particulières" ?

Les procédures seront alors des précautions maximales :

- en attente de diagnostic, les dispositifs médicaux doivent être séquestrés.
- si le diagnostic est confirmé : les DM doivent être détruits
- si le diagnostic n'est pas infirmé : les DM doivent être détruits
- si le diagnostic est infirmé : les DM suivent la procédure habituelle
- par ailleurs si le diagnostic est confirmé ou non infirmé, il faut :
 - rechercher le matériel utilisé au cours des six mois,
 - identifier les cinq premiers patients traités avec ce matériel.

Dans l'état actuel des moyens du suivi de la traçabilité, il est impossible de retrouver des instruments utilisés "au cours des 6 mois".

Cela supposerait :

- que les instruments soient numérotés,
- que la traçabilité soit suivie par instrument.

Outre le coût extrêmement élevé de cette comptabilité, les moyens de l'appliquer n'existent pas.

CONCLUSION

Il n'est pas de doute que tout membre du corps médical veille à la mise en place d'une procédure adaptée pour parer à tout risque d'infections sur les lieux de soins (ILS).

Il serait utile, toutefois, de vérifier la présence de PrP dans les tissus dentaires sur des animaux atteints ainsi que sur des patients, et d'évaluer les risques de transmission.

Par ailleurs, la circulaire ministérielle présente des plages d'incertitudes à la résolution desquelles nos instances devraient collaborer.

Enfin, il serait important que nos instances de tutelles soient informées des résultats des recherches et participent à l'élaboration des obligations et règles afin d'en envisager la faisabilité.