

CAS CLINIQUE

Aptitude médicale du personnel soignant présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite B

Medical fitness to work in healthcare workers with chronic hepatitis B

P. Krief^{a,*}, C. Peyrethon^a, E. Causse^d, L. Bensefa-Colas^a,
N. Joannard^e, S. Pol^f, D. Choudat^{a,b}

^a Service de pathologie professionnelle, groupe hospitalier Cochin-Broca-Hôtel-Dieu, AP-HP, 27, rue du faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^b Département universitaire de médecine du travail, université Paris-Descartes, Sorbonne Paris Cité, 24, rue du faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^c Institut de santé au travail (IST), centre hospitalier 1011, universités de Lausanne et de Genève, rue du Bugnon, 21, Lausanne, Suisse

^d Service central de santé au travail de l'AP-HP, hôpital Hôtel-Dieu, 1, Parvis-Notre-Dame, 75004 Paris, France

^e ARS Île de France, 35, rue de la Gare, 75019 Paris, France

^f Inserm U-1016 et service d'hépatologie – addictologie, université Paris-Descartes, groupe hospitalier Cochin-Broca-Hôtel-Dieu, AP-HP, 27, rue du faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, France

Mots clés : Soignant ; Hépatite B ; Transmission nosocomiale ; Soignant-patient ; Aptitude

Keywords: Healthcare workers; Hepatitis B; Nosocomial transmission; Worker-patient; Ability

Mademoiselle Z., 23 ans, étudiante en médecine (externe en sixième année) consulte dans le service de pathologie professionnelle pour une orientation professionnelle. Elle a comme antécédent principal une hépatite B chronique asymptomatique acquise par transmission maternelle.

Le 18 juin, M^{elle} Z. est victime d'un accident d'exposition au sang lors d'une suture par aiguille pleine au bloc opératoire, alors qu'elle portait des gants. Le patient source est porteur du virus de l'hépatite C (VHC) avec une charge virale indétectable, la sérologie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est négative et il est immunisé contre le virus de l'hépatite B (VHB) (anticorps anti-HBs positifs). Cette piqûre est déclarée en accident de travail pour M^{elle} Z. et un suivi sérologique classique

est mis en place. Son bilan sérologique initial effectué le jour de l'accident a révélé des sérologies VIH et VHC négatives et, pour le VHB : antigène (Ag) HBs positif, anticorps (Ac) anti-HBc positifs, Ag HBe positif. La charge virale de l'hépatite B est très élevée à plus de dix millions d'UI/mL. Le bilan hépatique est normal. M^{elle} Z. est donc porteuse d'une hépatite B chronique répliquante.

Devant ces résultats sérologiques se pose le problème de l'orientation professionnelle de M^{elle} Z. du fait d'un risque de contamination soignant-soigné.

COMMENTAIRES

Même si les modalités et la quantification du risque de transmission du VHB du soignant au soigné restent imprécises, celui-ci est actuellement démontré. Sa fréquence apparaît faible à l'échelle de l'ensemble de la population depuis la mise en place des précautions universelles d'hygiène et de la vaccination contre l'hépatite B des soignants. Cependant, il est devenu une préoccupation croissante pour le public et les autorités

DOI des articles originaux : 10.1016/j.admp.2012.02.043., 10.1016/j.admp.2012.02.044.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Peggy.Chagnon-Krief@chuv.ch (P. Krief).

sanitaires. L'aptitude des soignants porteurs d'une hépatite B répliquante suscite de nombreuses questions et l'attitude à adopter reste controversée. Quel est le niveau de risque socialement acceptable ?

ÉPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS PAR VIRUS DE L'HÉPATITE B

D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur une population de 5,5 milliards d'habitants, deux milliards de personnes ont rencontré le VHB et 350 millions d'entre elles en sont porteuses chroniques (persistance de l'infection au-delà de six mois) [1].

La France métropolitaine est un pays de faible endémie pour le VHB, avec une prévalence de l'Ag HBs estimée en 2004 à 0,65 % de la population adulte avec 280 000 porteurs chroniques dont, selon les études, 45 % à 55 % ignore leur statut sérologique [2]. La majorité des infections par le VHB (90 %) passe inaperçue et évolue le plus souvent chez l'adulte immunocompétent vers la guérison. Environ 5 % passe à la chronicité chez les personnes non protégées par la vaccination et parmi elles, environ 20 % développe une cirrhose après dix à 20 ans d'évolution, avec une probabilité de 3 à 5 % par an de carcinome hépatocellulaire parmi les patients cirrhotiques [2,3]. La mortalité imputable à l'hépatite B a été estimée à plus de 1300 décès par an [4,5]. Les personnes positives pour l'Ag HBs sont majoritairement des hommes (de 58 à 72 %) et sont le plus souvent âgées de 20 à 39 ans (55 à 70 %) [6].

Le diagnostic d'infection chronique repose sur la détection prolongée (au-delà de six mois après la séroconversion) de l'Ag HBs du VHB. Du fait d'une possibilité d'infection par un virus sauvage (mutation dans la région pré-C du gène C) particulièrement élevée dans le pourtour méditerranéen et en Afrique, l'absence d'Ag HBe n'est pas un critère de non infectiosité, la charge virale est un meilleur indicateur de la répllication virale (recherche d'ADN viral par PCR temps réel) [7].

RISQUE NOSOCOMIAL

Le VHB est présent dans le sang et les liquides biologiques et plusieurs épisodes de transmission en milieu de soins ont été décrits dans la littérature. Ces épisodes ont été le plus souvent liés à une transmission de patient à patient, mais également de soignant à patient [2]. Le VHB est le virus le plus souvent mis en cause dans la contamination nosocomiale par rapport aux VHC et VIH dans la transmission soigné-soignant, soignant-soigné et patient-patient du fait de sa grande résistance dans l'environnement et la quantité très élevée de particules virales présentes dans le sang des sujets porteurs du VHB [8].

D'après un rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPPF) paru en juin 2003 sur la transmission du VHB aux patients par le personnel de santé, 75 000 personnels de santé en France effectuent des gestes qui, à la fois, les exposent au risque de blessure accidentelle et exposent leur(s) patient(s) à un contact avec le sang de la blessure [9]. La prévalence de l'Ag HBs chez les soignants varie en Europe de

0,3 à 3 % ; elle est estimée à 1 % en France [10–13]. La prévalence de l'Ac anti-HBc témoignant d'un contact avec le VHB est plus fréquente, variant en Europe de 4 à 30 % [10,13]. Selon un rapport du GERES de 1997, le risque de développer une hépatite virale après accident exposant au sang (AES) d'un sujet contaminé a été estimé à 30 % en milieu de soins (5 % si l'Ag HBe est négatif et à 43 % s'il est positif) [14,15].

Situation générale du risque de transmission du virus de l'hépatite B soignant-soigné

Dans la littérature internationale, on recense au moins 54 cas de transmission du VHB de soignant à soigné responsables de plus de 720 contaminations, la plupart d'entre elles étant survenue avant la disponibilité de la vaccination contre l'hépatite B et avant le renforcement des précautions universelles d'hygiène [3,16–19]. La transmission d'un soignant virémique à un patient a essentiellement eu lieu à l'occasion d'AES suivis d'un contact avec les tissus du patient (20–30 % des accidents percutanés), notamment lors de gestes à haut risque d'exposition au sang (GHRES) définis par les *Centers for Diseases Control* des États Unis par « tout acte invasif chirurgical qui implique la palpation digitale de la pointe d'une aiguille dans une cavité corporelle » et « manœuvre comportant la présence simultanée des doigts d'un professionnel de santé et d'une aiguille ou d'un autre instrument ou objet pointu ou tranchant dans un site anatomique ne permettant pas le contrôle visuel ou hautement confiné » [20]. Dans les années 1970 à 1980, la plupart des cas rapportés concernait des soignants porteurs de l'Ag HBe et dont plus d'un tiers ne respectait pas les précautions universelles d'hygiène [21,22]. Depuis les années 1990, les cas rapportés sont essentiellement des cas de contamination par des chirurgiens Ag HBe négatif (infection par le mutant pré-C du VHB) [17,23–26]. Dans cette situation, le taux d'ADN du VHB sérique était toujours supérieur à 10⁴ copies par millilitre (copies/mL) [7,17]. En France, entre 2001 et 2007, parmi les 5342 signalements d'infections nosocomiales reçus par l'Institut de veille sanitaire (InVS), 10 séroconversions concernaient le VHB, l'origine nosocomiale de la séroconversion n'ayant pu être prouvée que dans un cas (infirmier-anesthésiste intervenant dans la pose de cathéter périphérique) sans que le mécanisme exact de la transmission n'ait pu être identifié [27].

Le risque de transmission du VHB dans les services de santé dépend de plusieurs facteurs :

- la prévalence de l'infection dans la population soignée et chez les soignants ;
- le taux d'immunité (protectrice) contre cet agent dans ces deux populations ;
- le caractère invasif du soin (risque pour le soignant de subir une blessure exposant le soigné au sang du soignant ou le soignant au sang du soigné) ;
- le taux de transmission du VHB [28,29].

Le niveau de risque varie significativement en fonction du type d'intervention réalisée, du respect des précautions standard, de la durée de l'intervention, de la survenue de complication peropératoire et de la virémie du sujet source. Le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2694326>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2694326>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)