

E

tude coopérative des mesures prises à l'encontre de l'hépatite C dans les centres d'hémodialyse de la région est.

N. HADET, M. PELOIS, I.D.E.; F. SCHILLINGER, Néphrologue; R. MONTAGNAC, Néphrologue; G. GARNIER, Cadre Infirmier; Service de Néphrologie-Hémodialyse, Hôpital de TROYES, avec la participation des Centres d'Hémodialyse de l'Est de la France.

Afin de participer à la mise en place de "bonnes pratiques cliniques", concernant l'infection par l'hépatite C en hémodialyse, nous avons recensé, avec la collaboration des équipes médicales et paramédicales des 28 centres de la "région est" (alsace, champagne, franche comté, lorraine), les différentes mesures prises à l'encontre de cette infection.

Le questionnaire établi pour cette enquête s'articulait autour de trois chapitres :

- 1) Attitude adoptée pour les patients
- 2) Mesures éventuellement prises en plus des précautions universelles vis-à-vis des maladies transmissibles par le sang.
- 3) Attitude adoptée pour le personnel soignant
- 4) Nous terminons par une discussion sur cette enquête

1) ATTITUDES ADOPTÉES VIS-À-VIS DES PATIENTS :

A) Fréquence du contrôle des transaminases:

21 centres font ce contrôle une fois par mois.

Les autres périodicités sont:

- une fois tous les 15 jours: 1 centre
- une fois tous les 2 mois: 1 centre
- une fois tous les 3 mois: 4 centres
- une fois tous les 4 mois: 1 centre

B) recherche d'une éventuelle contamination par le virus de l'hépatite C:

27 des 28 centres la font systématiquement à la prise en dialyse. Elle est ensuite faite:

- une fois par an pour 11 centres,
- deux fois par an pour 12 centres,
- trois par an pour 1 centre,
- quatre fois par an pour 2 centres,
- six fois par an pour 1 centre et quand les transaminases augmentent

C) Dans quelles autres circonstances cette recherche est-elle également faite ? :

*Après transfusion dans 6 centres :

- 1 mois après : 3 centres
- 5 semaines après : 1 centre

- 4 mois après : 2 centres

* Pour les départs en vacances pour 1 centre qui ne fait la recherche systématique qu' une fois par an

* Lors du retour d' un pays étranger pour un centre.

D) Quels sont les tests pratiqués ? :

Tous les centres pratiquent au moins un des tests classiques :

* technique elisa seule : 9 centres

* technique riba seule : 3 centres

* elisa + riba : 16 centres

E) Sur quelles indications est faite la PCR ? :

* si elisa positif : 4 sur les 9 centres qui font l'elisa seul

* si riba positif : 2 sur les 3 centres qui font le riba seul

* quand elisa et riba sont positifs : 7 sur les 16 centres qui font les deux associés

* dans le cadre d'un bilan pré-greffe : 3 centres

* sur demande d'un hépatologue : 2 centres

* 5 centres ne font jamais de pcr.

F) L'information des patients

est faite dans 26 centres :

- dans 21 par les médecins

- dans les 5 autres par l'équipe soignante, sans autre précision.

- en consultation personnalisée avec le médecin dans 4 centres

- lors d'un entretien informel dans 21 centres

- par lettre aux parents dans 1 centre pédiatrique

G) Les patients sont-ils traités par interféron ?

4 centres sur les 28 ont traité certains patients :

- pour anomalies biologiques et/ou histologiques

- sur avis d'un hépatologue

- avant greffe rénale en fonction d'un examen histologique

2) PRÉCAUTIONS MATÉRIELLES :

a) l'isolement des patients se fait dans 6 centres

b) le regroupement des patients positifs lors d'une même séance permettant une vigilance et une hygiène accrues est fait dans 1 centre

c) des générateurs sont réservés aux patients positifs dans 9 centres (dont 2 isolent déjà les patients)

d) le nombre de patients différents traités sur un même générateur dans la semaine est limité dans 6 centres

e) la stérilisation des générateurs est faite :

- après chaque séance de tout patient dans 20 centres.

- après chaque séance de patient positif dans 5 centres et sur un autre rythme pour les autres

f) Désinfection des surfaces externes après chaque séance dans 10 centres

3) PRÉCAUTIONS VIS-À-VIS DU PERSONNEL SOIGNANT :

A) *Le personnel est tenu au courant des patients contaminés dans les 28 centres*

B) *D'autres services de soins sont prévenus par certains centres de la contamination des patients :*

	OUI	NON	NON PRECISE
LABORATOIRES	15	13	
RADIO	15	13	
AUTRES*	7	9	12

* : "autres" correspondant aux services où a lieu, éventuellement, un geste invasif

C) *Quelles modalités de dépistage sont appliquées au personnel ?*

Ce dépistage est fait dans 26 centres sur 28 :

- une fois par an dans 14 centres

- deux fois par an dans 3 centres

- après piqûre ou blessure dans 9 centres.

2 centres ne semblent pas faire de dépistage.

Dans 11 centres sur ces 26, le dépistage est assuré par le service lui-même et dans les 15 autres par la médecine préventive.

L'anonymat n'est demandé que dans 5 centres.

D) *Des soignants ont-ils été contaminés et quelles ont été, dans ce cas, les démarches administratives et thérapeutiques ?*

4 centres (dont un seul isole les patients positifs) signalent une contamination, déclarée en accident de travail auprès de la médecine préventive avec établissement d'un dossier de maladie professionnelle.

Un traitement par interféron a été réalisé une fois, sur avis d'un hépatologue.

COMMENTAIRES

Du fait de son impact néfaste chez les dialysés et les transplantés, l'hépatite C doit être prévenue de façon efficace au sein des centres de soins. Les effets favorables liés à la sélection des donneurs de sang et aux moindres besoins transfusionnels grâce à l'érythropoïétine ne doivent pas faire négliger les précautions d'hygiène universelles préconisées vis-à-vis des infections transmissibles par le sang.

Tous les dialysés doivent être régulièrement contrôlés

Pour savoir si le patient a rencontré le virus C, en l'absence de signes cliniques, un test de dépistage de type ELISA suffit.

S'il est positif, il faut un dosage des transaminases, répété du fait que leur augmentation peut être fluctuante et/ou modeste.

A distance d'un contage possible, le fait que ce test reste négatif signe l'absence de transmission.

Si une séroconversion s'observe parallèlement à des manifestations cliniques et biologiques, un test de confirmation de type RIBA, déterminant la spécificité des anticorps détectés, s'impose.

Ces 2 types de tests n'identifient que des anticorps et ne permettent donc pas de différencier une infection ancienne d'une infection persistante pouvant évoluer.

Afin d'évaluer l'état virologique du patient, il faut rechercher une éventuelle répllication virale active, déterminant "l'infectivité", grâce à la PCR qui détecte les virions circulants même en très faibles quantités. Sa grande sensibilité permet, en cas de primo-infection, un diagnostic très précoce, avant l'augmentation des transaminases et l'apparition des anticorps. Elle peut être également positive dans certains cas d'infections chroniques séro-négatives, qui sont plutôt le fait de contextes d'immuno-dépression (transplantations et sida).

Coûteuse, délicate et exposant encore à de faux résultats, cette technique n'est pas encore entrée dans la routine mais son intérêt doit être souligné : il est en effet tout à fait licite de vouloir faire le diagnostic et donc le traitement aussi précoces que possible.

PRÉCAUTIONS D'HYGIÈNE À ENVISAGER

Si la contamination des hémodialysés est essentiellement d'origine transfusionnelle, une transmission nosocomiale sporadique paraît possible puisqu'environ 10% des patients infectés auraient présenté "une séroconversion en l'absence de toute transfusion (et d'autres facteurs personnels de risque d'ailleurs).

Les raisons exactes en sont encore inconnues mais s'articulent vraisemblablement autour de précautions d'hygiène insuffisantes, à un moment ou à un autre, dans leurs structures de soins.

Pour autant, les connaissances actuelles, contrairement à ce que proposent maints auteurs, ne semblent pas justifier que l'on isole les patients HCV+, solution qui serait d'ailleurs souvent difficile à mettre en pratique.

Même si l'on peut concevoir un possible passage de particules virales dans le compartiment dialysat, les générateurs ne peuvent être incriminés dans une telle transmission communautaire.

De plus, l'existence de différents géotypes sans effet protecteur croisé et l'intervalle parfois fort long observé entre l'infection et l'apparition des anticorps, donc le diagnostic, rendent, entre autres, l'efficacité de l'isolement illusoire.

Par contre, il paraît nécessaire :

- d'envisager comme pouvant être contagieux non seulement les patients anti HCV+ et a priori PCR+, mais en fait tout hémodialysé

- et de considérer tout le personnel soignant comme un vecteur de transmission à partir :

- * des manipulations de matériels issus de patients atteints

- * et des contacts avec les surfaces de travail contaminées par du sang infecté.

Ainsi, il convient d'établir des mesures d'hygiène et d'y adhérer totalement, sans violation ni oubli. Celles-ci semblent tout à fait efficaces pour éviter le risque de transmission croisée au sein du centre de traitement :

- après chaque séance, stérilisation des générateurs et nettoyage des surfaces externes des différents appareillages

- lavage des mains, immédiatement en cas de contact avec le sang

- port de gants pour les branchements et débranchements, mais aussi pour tout geste exposant à un contact avec le sang

- gants avec lesquels il ne faut rien toucher d'autre lorsqu'ils ont servi et qu'il convient de changer pour passer à un autre patient, pour nettoyer du matériel...

- éviter autant que possible les injections dans les tubulures sanguines mais les faire dans le piège à bulles

- après utilisation, ne pas enlever les aiguilles des seringues, ne pas les recapuchonner mais les placer, avec les autres matériels tranchants ou pointus, dans un récipient offrant toute sécurité.

- en toute occasion, manipuler avec précaution tous les instruments potentiellement dangereux.

- nettoyer aussitôt les taches de sang, les crachats, les vomissements.

- ne pas manger ni fumer dans les salles de soins et changer de tenue de protection avant d'en sortir.

RISQUES DE CONTAMINATION POUR LE PERSONNEL

En cas de piqûre accidentelle, la contagiosité est fonction de la quantité de produit contaminant introduit. Le risque de transmission est évalué entre 0 et 3%, jusqu'à 10% si le patient en cause est PCR+.

Ce risque est donc inférieur à celui que fait courir le virus B car la richesse du sang en particules est moindre pour l'HVC mais il est supérieur à celui du VIH.

Il ne faut pas non plus négliger le rôle de la souche virale, mais en sachant qu'une même souche peut avoir des conséquences diverses d'un sujet à l'autre en fonction de son état immunitaire.

En cas de piqûre accidentelle à partir d'un patient HCV+, les gamma-globulines standard n'ont aucun effet et les spécifiques prolongeraient l'incubation sans empêcher ni atténuer l'infection aiguë.

A moins de recourir à la PCR pour une détection aussi précoce que possible, il faut surveiller les transaminases tous les 15 jours pendant 3 mois pour discuter d'un traitement par INTERFERON en cas de mouvement cytolitique.

Si la prévalence des anticorps anti VHC semble plus élevée dans le personnel soignant que dans la population générale, elle ne l'est pas en fait plus, dans une étude hospitalière, que chez le personnel administratif et technique. Par ailleurs, elle n'est qu'environ le double de la prévalence observée chez les donateurs de sang dont on peut penser que la sélection sous-estime la prévalence réelle dans la population générale.