

VIH - TRANSMISSION

Transmission du VIH d'un chirurgien à une patiente

Elisabeth Bouvet

Unité de médecine infectieuse, Groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard (Paris)

**Probable
transmission
of HIV from
an orthopedic
surgeon to a
patient in
France**

Lot F., Séguier
J.C., Fégueux
S., Astagneau
P., Simon P.,
Aggoune M.
Annals of
Internal
Medicine,
1999, 130, 1-6

En revenant en détail sur l'enquête liée à la contamination par un chirurgien d'une de ses patientes, l'article de F. Lot et coll. pose le problème de l'aptitude à excercer des soignants infectés par le VIH, alors qu'il n'existe en France aucune recommandation en la matière.

La fameuse histoire du chirurgien de Saint-Germain-en-Laye a fait récemment l'objet d'une publication dans *Annals of Internal Medicine* ; l'aspect virologique du cas avait déjà été publié dans *Journal of Virology* en 1998 (1) par Blanchard et

Montagnier. L'intérêt de cette publication est de décrire en détail l'enquête qui a été menée après découverte de la séropositivité du chirurgien auprès des patients qu'il avait opérés, l'évaluation de ses pratiques chirurgicales et les éléments qui ont été pris en compte pour discuter des facteurs qui ont pu expliquer la transmission à une patiente.

Cet article devrait permettre de poser sans ambiguïté le problème de l'aptitude à exercer des chirurgiens infectés par le VIH, et de façon plus large celle des soignants infectés par le VIH et par d'autres virus transmissibles par le sang. On peut en effet s'étonner de ne disposer en France d'aucune recommandation ni circulaire dans ce domaine, qui a déjà été largement ouvert à la discussion par la connaissance du risque de transmission du VHB par des chirurgiens porteurs chroniques. En effet, de nombreuses publications témoignant de la possibilité de transmission du VHB à des patients opérés par des chirurgiens porteurs chroniques sont disponibles depuis plus de 10 ans. Les autorités américaines et anglaises ont émis des recommandations officielles pour maîtriser ce risque. Dans le cas du VHB, le tableau est assez caractéristique. Il s'agit presque toujours de porteurs chroniques du VHB, Ag HbS+ et Ag Hbe+, chirurgiens gynéco-obstétriciens et thoraciques dont les caractéristiques communes sont d'opérer à l'aveugle avec des piqûres fréquentes dans les champs opératoires profonds. L'intensité de la charge virale dans l'hépatite B chronique et le taux de transmission élevé après piqûre expliquent facilement ce risque. Celui-ci paraît facilement maîtrisable par la vaccination généralisée des professionnels de santé, et la plupart des " foyers " de transmission sont survenus avant la généralisation de la vaccination par le VHB.

En France, un cas récent de transmission du VHB à 3 patients par un chirurgien gynéco-obstétricien à Paris a fait l'objet d'une communication orale aux journées d'hygiène de l'Assistance Publique et a conduit à des propositions de recommandations par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Un rapport sur le risque de transmission soignant-soigné, élaboré à la demande du ministère de la santé par le GERES, a construit des hypothèses sur la fréquence du risque en France, en prenant en compte le nombre estimé de chirurgiens infectés et les taux de transmission (risque de 1/4200 à 1/420 000 opérations d'après une modélisation des

CDC) (2).

Le cas présenté par F. Lot est le premier cas prouvé de transmission du VIH d'un chirurgien à un patient. L'étude épidémiologique, analysant la séquence des faits et permettant d'éliminer tous les autres modes de transmission - transfusion, rapport sexuel, toxicomanie- et la comparaison virologique des souches virales sont très probantes. La séropositivité du chirurgien a été connue en 1995, 12 ans après la contamination probable. Fait notable, il s'agissait d'une contamination professionnelle lors d'un accident percutané grave car ayant donné lieu à un rapport écrit dans le cahier de bloc opératoire. Cet accident a été suivi 1 mois plus tard d'un épisode de fièvre avec éruption et syndrome mononucléosique, qui, a posteriori, est très vraisemblablement une primo-infection VIH.

L'enquête a concerné tous les patients opérés par le chirurgien dans la période allant de mai 1983 à octobre 1993, date à laquelle la chirurgien a cessé d'opérer en raison de l'apparition de symptômes neurologiques. En octobre 1995, une lettre a été envoyée à 3004 patients. 1218 patients ont répondu, parmi lesquels 983 ont fait une sérologie VIH dont les résultats ont été transmis: 982 avaient une sérologie négative et 1 une sérologie positive. La patiente infectée, âgée de 67 ans au moment de l'intervention, ne présentait aucun autre facteur de risque de transmission: pas de rapport sexuel depuis plusieurs années, pas de toxicomanie active, les deux donneurs de sang des culots transfusés étaient séronégatifs. La patiente a été opérée à 3 reprises par le même chirurgien: tout d'abord, en juin 1992, une chirurgie avec mise en place d'une prothèse totale et greffe osseuse (le donneur a été testé négatif) pendant une durée de 10 heures, chirurgie considérée comme très difficile mais sans accident d'exposition au sang identifié, puis une ponction de hanche et une ablation de la prothèse en février 1993. Un test sérologique préopératoire s'est alors révélé positif, ce qui date la contamination à l'intervention précédente. La patiente n'avait pas eu d'épisode clinique évocateur de primo-infection en dehors d'une éruption en mars 1993.

L'enquête n'a donc pas entraîné la découverte d'autres cas possibles de contamination. D'autres sources de données, telles que le registre des cas de sida, n'ont pas permis de

retrouver de patients opérés par le chirurgien (comparaison des identifiants).

Une autre partie de l'enquête a concerné les pratiques opératoires du chirurgien, qui ont été comparées à celles des autres chirurgiens de l'Hôpital de Saint-Germain. Les techniques utilisées étaient à risque de piquûre et les AES étaient fréquents: présence de sang sous les gants plus d'une fois par semaine. Cependant, ces pratiques et la fréquence des AES étaient équivalents chez les autres orthopédistes. On peut donc faire l'hypothèse que la transmission a dû se produire pendant l'intervention très longue de juin 1992 alors que le chirurgien devait avoir une charge virale très élevée (10 ans après sa contamination et peu de temps avant l'apparition des premiers symptômes de sida) après un accident d'exposition au sang chez le chirurgien suivi d'un recontact d'un matériel souillé avec les tissus de la patiente.

Le risque théorique de transmission d'un soignant vers un soigné par l'intermédiaire d'un AES est donc illustré ici et mérite considération. La disponibilité de la mesure de la charge virale et l'efficacité des traitements antirétroviraux devraient faciliter l'élaboration de critères permettant ou non d'opérer. - Elisabeth Bouvet

1 - Blanchard A, Ferris S, Chamaret S et al.

" Molecular evidence for nosocomial transmission of HIV from a surgeon to one of his patients "
J Virol, 1998, 72, 4537-40

2 - Bell DM, Shapiro CN, Culver DH et al.

" Risk for hepatitis B and HIV transmission to a patient from an infected surgeon due to percutaneous injury during an invasive procedure :estimates based on a model "
Inft Agents Dis, 1992, 1, 263-9