

COLOMBIE

Le risque de transmission du VIH par hémodialyse

Jean-Pierre Gachie

Service d'Hygiène Hospitalière, Hôpital Pellerin (Bordeaux)

**Transmission
of HIV in a
dialysis
center**

Velandia M.,
Fridkin S.K.,
Cardenas V,
Boshell J.,
Ramirez G.,
Bland L.,
Iglesias A.,
Jarris W.
The Lancet,
1995, 345,
1417-1422

Menée dans un centre de dialyse colombien, cette étude permet de mettre en évidence les risques liés à de mauvaises pratiques dans la gestion du matériel d'hémodialyse. Mais elle ne tient malheureusement pas compte des risques de transmission des virus des hépatites.

Les praticiens de l'hémodialyse sont à juste titre préoccupés par le risque de transmission virale de patient à patient lors des procédures mises en œuvre dans leurs unités de soins. Le risque concerne l'ensemble des pays pour les virus des hépatites, VHB et VHC, la transmission pouvant s'effectuer

par l'intermédiaire des générateurs ou par un mécanisme plus diffus à partir de contamination de l'environnement. Pour le VIH, le risque est limité par l'absence de transmission à partir de l'environnement et la faible résistance du virus aux procédés validés de désinfection des générateurs et semble circonscrit aux pays en voie de développement. En effet, dans certains de ces pays, les procédures de désinfection sont mal contrôlées et le développement de l'utilisation de l'usage unique dans les techniques d'accès vasculaire est souvent freiné pour des raisons économiques.

– La contamination de la séropositivité VIH d'un groupe de patients d'un centre de dialyse en Colombie (Amérique du Sud) a permis de mettre en évidence la transmission nosocomiale du VIH. L'intéressante étude de M. Velandia et coll. a débuté lors de la découverte, en août 1993, de la séropositivité de 13 patients d'un centre de dialyse. Une étude de cohorte rétrospective des sujets ayant fréquenté le centre durant une période de deux années (janvier 1992 à décembre 1993 : période de l'épidémie) a été entreprise afin de cerner les facteurs de risque de la séroconversion VIH. Limitant l'étude aux 23 patients ayant subi une dialyse chronique et pour qui les tests sérologiques avaient pu être effectués durant cette période, les auteurs mettent en évidence la séroconversion de dix d'entre eux, neuf restant séronégatifs et quatre ayant une séropositivité antérieure.

Une analyse statistique convaincante des facteurs de risque de séroconversion menée pour les 19 sujets à risque permet de dégager trois facteurs principaux :

- présence au centre durant la période où un nouveau patient qui était séropositif, cas index, fréquentait l'unité (taux de séroconversion 90 % versus 0 % si absence durant cette période);
- présence au centre durant la période où le matériel, notamment les aiguilles d'accès vasculaire et les lignes veineuses, était reconditionné et réutilisé (taux de séroconversion 60 % vs 0 % si absence durant cette période);
- fréquence des séances de dialyse (2,3 fois plus nombreuses pour les sujets ayant fait une séroconversion VIH).

L'exposition à d'autres facteurs de risque, qu'il s'agisse de procédures de soins dans d'autres unités hospitalières ou de facteurs liés au comportement des sujets, ne montre pas de différence significative entre les patients ayant fait une séroconversion durant la période épidémique et les autres.

→ La lecture attentive de la démonstration des auteurs laisse cependant en suspens un certain nombre de questions. Certaines débordent du cadre de leur étude mais auraient cependant mérité une attention complémentaire: Qu'en-a-t-il été de la transmission des virus des hépatites durant la même période ? Le VHC n'est pas mentionné, mais la présence de sujets porteurs de l'antigène de surface VHB amène à penser que la question aurait pu être examinée. En effet, les voies de transmissions sont communes avec le VIH, mais la résistance considérablement plus importante de ces virus aux méthodes usuelles de désinfection pose la question de la transmission éventuelle du VHB lors du non-respect de l'utilisation de générateurs dédiés aux malades VHB positifs, non respect qui est évoqué pour expliquer, à l'inverse, la séroconversion VIH d'un malade porteur d'Ag Hbs.

D'autres questions tiennent à la présentation incorrecte des résultats, affaiblissant par là même la netteté des conclusions :

- Le graphique synoptique montrant la chronologie de la présence des 23 patients dans l'unité, le début et la fin des séances de dialyse, les résultats des sérologies VIH et l'utilisation ou non de matériel et d'aiguille réservés à leur usage propre est discordant avec les caractéristiques décrites dans le texte : les séroconversions VIH passent de huit à cinq et on note la présence de quatre patients n'ayant pas séroconverti bien qu'ils aient fréquenté le centre en même temps que le sujet index sans avoir disposé de générateurs dédiés ; ces 4 patients sont ignorés dans la discussion.

- Enfin, si les auteurs insistent sur l'admission d'un nouveau dialysé séropositif (cas index) comme facteur de risque de séroconversion, ils passent sous silence les raisons pour lesquelles les sujets séroconvertis n'ont pas été eux-mêmes facteurs de risque pour les patients séronégatifs admis postérieurement à la date de sortie du sujet index mais antérieurement à la prise de décision de ne plus réutiliser le matériel d'accès vasculaire, notamment les aiguilles.

Malgré ces réserves, l'étude de M. Velandia et coll. a le mérite de mettre en évidence les risques liés à de mauvaises pratiques dans la gestion du matériel d'hémodialyse.

Vis-à-vis du risque VIH, virus pourtant peu résistant, les pratiques de reconditionnement du matériel invasif se sont révélées défailiantes :

La solution désinfectante utilisée, à base de chlorure de benzalkonium, était 5 fois plus diluée que les recommandations du fabricant ne le préconisaient.

Si le chlorure de benzalkonium a une certaine efficacité *in vitro* vis-à-vis du VIH, cette efficacité n'a été démontrée qu'en l'absence de substances interférentes organiques. Dans la pratique du centre d'hémodialyse colombien, les bains étaient gardés sept jours et se chargeaient de matières organiques au fur et à mesure de la répétition des procédures. Les bains de substances détergentes-désinfectantes ou désinfectantes à faible activité doivent être changés après chaque utilisation.

Si le risque VIH est le seul abordé dans l'étude colombienne, les risques liés à d'autres virus -notamment les virus des hépatites- et aux bactéries doivent être pris en considération. Les bonnes pratiques, si la réutilisation de matériel invasif s'impose pour des raisons économiques, sont de ne pas désinfecter ce matériel mais de le stériliser. La confusion des termes désinfection et stérilisation doit être dénoncée.

L'une des stratégies de prévention de la transmission nosocomiale de pathologies virales (VIH, VHB, VHC...) est de réserver des générateurs à des malades connus comme potentiellement infectants. Cependant, la multiplication des pathologies à risque peut rendre difficile la gestion au quotidien des dialyseurs, et il importe de mettre en œuvre, au minimum, de bonnes pratiques de désinfection des générateurs (formaldéhyde, hypochlorite de soude ou acide paracétique à des concentrations efficaces). - Jean-Pierre Gachie