

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

QUESTION 1

Mon patient s'est récemment fracturé la première prémolaire inférieure et il ne reste qu'une infime partie visible de la couronne de la dent. Quelles sont mes options sur le plan de la restauration?

Contexte du problème

On réussit bien mieux un traitement par endodontie si l'on pratique une restauration coronaire permanente (une couronne ou un amalgame ou une restauration en résine composite) plutôt qu'une restauration temporaire. Cependant, étant donné l'accessibilité aux implants et la prévisibilité de ces derniers, devrait-on même envisager de conserver la dent fragilisée (ill. 1)?

On doit envisager de se servir d'une dent fragilisée comme assise à une restauration coronaire en fonction des avantages liés à la conservation de la dent, de la durée prévue de la restauration définitive, du coût de la procédure dentaire et des conséquences de complications ou d'échec clinique d'un ou de plusieurs aspects du traitement. Lorsque j'en suis à déterminer s'il faut sauver la dent et la restaurer ou l'extraire et la remplacer par un implant, je me pose les questions suivantes :

1. Puis-je employer un implant dans ce cas en particulier?
2. Que reste-t-il de la structure dentaire?
3. La restauration durera-t-elle au moins 5 ans?
4. Le patient comprend-il les options de traitement et les risques qui en découlent?

1. L'implant dentaire est-il une option?

Lorsque l'on tient compte de la durée de vie de la restauration, une analyse économique joue habituellement en faveur de l'implant. Lorsque le patient perd éventuellement sa dent, il faut fabriquer un pont ou une prothèse partielle amovible ou encore la remplacer par un implant. Il peut être plus rentable d'extraire la dent fragilisée au départ et de la remplacer par un implant plutôt que par un pont en se servant de la dent saine adjacente comme pilier principal.

Chez certains patients, la pose d'un implant n'est peut-être pas une option à envisager en raison de diverses contre-indications relatives, notamment :

- un espace insuffisant, soit l'espace mésio-distal (comme dans le cas d'une incisive inférieure), soit l'espace inter-arcade
- une masse osseuse insuffisante
- des contre-indications d'ordre médical à la chirurgie
- l'incapacité du patient de payer l'implant et l'absence d'une couverture d'assurance.

2. Que reste-t-il de la structure dentaire coronaire?

Le risque d'échec clinique après restauration est plus élevé pour les dents traitées par endodontie que sur les dents à pulpe vivante. La mise en place d'un tenon radulaire procure une rétention au pilier mais ne consolide pas la dent ni n'augmente sa résistance aux fractures. Les tenons radulaires doivent être suffisamment longs pour offrir une résistance au délogement et avoir un diamètre adéquat pour prévenir les fractures radulaires¹. On doit créer à la portion cervicale du pilier un effet de sertissage, soit en prévoyant la fabrication d'une bande de métal coulé de 1,5 mm à 2 mm de largeur, pour entourer la structure dentaire coronaire apicale au pilier afin d'améliorer la résistance aux fractures^{2,3}. Pour créer cet effet de sertissage cervical, il peut être nécessaire de procéder à une extrusion de la racine ou à un allongement chirurgical de couronne, aux dépens de la structure dentaire qui reste,



Illustration 1 : Restauration complète s'étant soldée par un échec 3 mois après le scellement initial.

ce qui affaiblira la dent⁴. On peut prévoir que des complications associées à la mise en place d'un tenon radiculaire, d'un pilier et d'une couronne surviendront dans environ 20 % des cas⁵. Le délogement du tenon radiculaire (5 %), la fracture radiculaire (3 %) et la carie (2 %) sont les complications cliniques que présentent le plus souvent les dents à tenon radiculaire et pilier. La fracture de la porcelaine (3 %) et la perte de rétention (2 %) sont les complications que présentent le plus souvent les dents simples munies d'une couronne⁵. S'il n'y a aucune couronne clinique, l'incidence de complications cliniques augmente de façon importante. La survie des dents munies d'une couronne qui sont en contact de chaque côté avec une dent naturelle est également meilleure que celle des dents à côté desquelles se trouve une zone édentée^{6,7}.

3. La restauration durera-t-elle une période de temps raisonnable (au moins 5 ans)?

Dans bien des cas, la perte de la dent aura des répercussions défavorables sur la fonction et sur l'esthétique. Toutefois, si la dent n'a pas à servir de pilier à un pont ou à une prothèse partielle amovible et si on peut réduire la charge latérale, on peut s'attendre à ce que la dent restaurée remplisse sa fonction convenablement pendant une période de temps raisonnable.

4. Le patient comprend-il les options de traitement et les risques qui en découlent?

Si l'implant n'est pas une option appropriée, on peut avoir recours à des principes de traitement de base pour restaurer une dent fragilisée, pourvu que le patient soit bien informé des options de traitement qui s'offrent à lui, ainsi que des risques et avantages et des conséquences de l'échec du traitement.

Conclusions

Il importe de maintenir un bon dialogue avec les patients et de s'assurer que leurs attentes et les vôtres sont compatibles. Si la durée de la restauration est inférieure à 5 ans, il vaut peut-être mieux opter pour un implant. Quant à la durée prévue du traitement, il est toujours préférable d'en discuter avec vos patients. ✦

L'AUTEUR



Le Dr Randall D. Mazurat est chef de la Division de prosthodontie amovible, directeur du programme facultatif de premier cycle sur l'implantologie et professeur agrégé au Département de dentisterie restauratrice, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

Écrire au : Dr Randall D. Mazurat, Université du Manitoba, 780, av. Bannatyne, Winnipeg, MB R3E 0W2. Courriel : rmazurat@ma.umanitoba.ca.

Références

1. Goodacre CJ. Five factors to be considered when restoring endodontically treated teeth. *Pract Proced Aesthet Dent* 2004; 16(6):457-62.
2. Stankiewicz NR, Wilson PR. The ferrule effect: a literature review. *Int Endo J* 2002; 35(7):575-81.
3. Tan P, Aquilino SA, Gratton DG, Stanford CM, Tan SC, Johnson WT, and others. In vitro fracture resistance of endodontically treated central incisors with varying ferrule heights and configurations. *J Prosthet Dent* 2005; 93(4):331-6.
4. Gegauff AG. Effect of crown lengthening and ferrule placement on static load failure of cemented cast post-cores and crowns. *J Prosthet Dent* 2000; 84(2):169-79.
5. Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K, Kan JY. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent* 2003; 90(1):31-41.
6. Aquilino SA, Caplan DJ. Relationship between crown placement and the survival of endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent* 2002; 87(3):256-63.
7. Shugars DA, Bader JD, White BA, Scurria MS, Hayden WJ Jr, Garcia RI. Survival rates of teeth adjacent to treated and untreated posterior bounded edentulous spaces. *J Am Dent Assoc* 1998; 129(8):1089-95.

QUESTION 2

L'un de mes nouveaux patients souffre de fibrillation auriculaire. Compte tenu de son état, dans quelle mesure devrais-je modifier ses soins dentaires réguliers?

Contexte

La fibrillation auriculaire (FA) est la dysrythmie cardiaque la plus courante. Un grand nombre de patients dont la FA est prise en charge par le personnel médical consulteront des dentistes généralistes pour obtenir des soins courants. La FA se caractérise par une contraction rapide et non coordonnée des oreillettes, habituellement entre 350 et 600 battements par minute (la plage normale étant de 60 à 100). Cette anomalie nuit au débit cardiaque, et la «contraction auriculaire» représente 30 % du remplissage des ventricules. La réduction du volume d'éjection systolique impose un fardeau supplémentaire aux ventricules pour maintenir le débit cardiaque. L'électrocardiographie ne montre aucune onde P discontinue chez les patients souffrant de FA (ill. 1); au lieu de cela, il peut y avoir de fines ondulations entre les complexes QRS.

Au nombre des affections cardiaques liées à l'apparition de la FA, on retrouve la valvulopathie mitrale rhumatismale, la coronaropathie, l'insuffisance cardiaque congestive et l'hypertension. L'hyperthyroïdie, l'hypoxie, l'intoxication alcoolique et la chirurgie, notamment, sont des affections autres que cardiaques qui peuvent prédisposer les patients à la FA. Les complications découlant de la FA comprennent l'insuffisance cardiaque congestive, l'infarctus du myocarde et la thrombo-embolie¹.

La prise en charge de la FA par le personnel médical vise à rétablir le rythme sinusal normal. À cette fin, on peut prescrire divers agents antiarythmiques (p. ex., la quinidine, la procainamide, la propafénone, la flécaïnide, le sotalol, l'ibutilide et l'amiodarone)². On peut également faire prendre de l'acide acétylsalicylique (AAS) ou de la warfarine aux

patients atteints de FA pour empêcher la formation de thrombus dans les oreillettes, laquelle peut entraîner la libération d'embolies, une cause prépondérante d'accident vasculaire cérébral. Le Rapport international normalisé (RIN) sert à évaluer la coagulation sanguine chez les patients qui prennent de la warfarine. Chez les patients atteints de FA, la marge thérapeutique optimale du RIN se situe entre 2,0 et 3,0³. Un grand nombre de patients atteints de FA portent un bracelet MedicAlert pour informer les fournisseurs de soins de santé de leur état de santé (ill. 2).

Traitement dentaire des patients qui présentent une fibrillation auriculaire

Avant de commencer à administrer des soins dentaires, le dentiste doit consulter le médecin de famille du patient pour confirmer les antécédents médicaux, la pharmacothérapie actuelle et la cause sous-jacente de la FA. Ces détails permettront de déterminer si un traitement préventif par antibiotique est indiqué pour une maladie concomitante (p. ex., le prolapsus de la valvule mitrale avec régurgitation)⁴. Certains patients atteints de FA peuvent présenter des défauts de mémoire, des déficiences de langage ou une déficience de l'attention et éprouver de la difficulté à communiquer. Par conséquent, il est avisé qu'un membre de la famille assiste à toutes les discussions relatives au traitement.

Un patient souffrant de FA court un risque accru d'ischémie cardiaque; un protocole de réduction du stress réduira ce risque. Les rendez-vous doivent être brefs. Il vaut mieux prévoir des rendez-vous en fin d'avant-midi ou en début d'après-midi pour les patients atteints de FA, car le risque d'un épisode

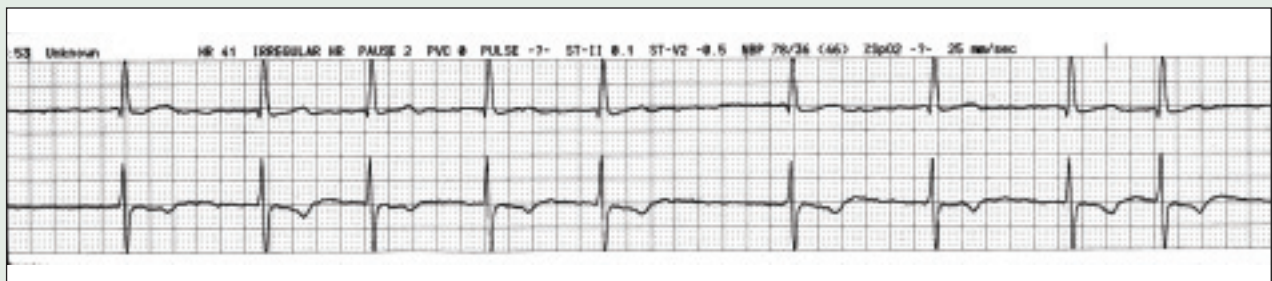


Illustration 1 : Un tracé d'électrocardiogramme (électrode 2) chez un patient atteint de fibrillation auriculaire montre de fines ondulations plutôt que des ondes P, et un rythme ventriculaire irrégulièrement atypique.



Illustration 2 : Bracelet MedicAlert porté par un patient qui souffre de nombreux problèmes médicaux, dont la fibrillation auriculaire.

ischémique est le plus élevé au cours des premières heures d'activités quotidiennes. L'administration d'un sédatif oral convient mais, lorsqu'on y a recours, le patient doit être raccompagné à la maison par quelqu'un. La sédation par inhalation de protoxyde d'azote (à une concentration inférieure à 30 %) et d'oxygène a un effet négligeable sur la respiration, la circulation et la fonction des organes et fournira une psychosédation suffisante pour réduire le degré d'anxiété après 5 minutes d'inhalation.

Les patients qui présentent une FA asymptomatique peuvent subir des chirurgies dentaires légères en cabinet, mais il est avisé de prendre certaines précautions générales. Il faut administrer la solution anesthésiante locale lentement et avec soin, en effectuant de fréquentes aspirations pour réduire le risque d'injection intravasculaire. Les injections dans le desmodonte et les injections intraosseuses ne sont pas recommandées chez les patients qui ont des antécédents de maladie cardiovasculaire. On recommande généralement de restreindre la quantité d'agent vasoconstricteur injecté (épinéphrine à 0,04 mg, lévonordéfrine à 0,2 mg) chez les patients qui souffrent d'arythmie cardiaque⁵.

Les patients atteints de FA n'ont pas à cesser la prise quotidienne d'AAS avant une simple extraction ou une autre chirurgie dentaire mineure. On doit consulter le médecin de famille du patient au sujet de l'interruption de la prise d'autres antiplaquettaires (p. ex., la ticlopidine, le clopidogrel ou la dipyridamole) avant de procéder à une extraction dentaire⁶. Un patient atteint de FA qui prend de la warfarine n'a pas à en modifier la posologie avant de subir une chirurgie dentaire mineure si le RIN actuel est compris dans la fourchette optimale de 2,0 à 4,0^{7,8}. Néanmoins, avant d'entreprendre un traitement effractif chez un patient

souffrant de FA, le praticien en soins dentaires doit connaître tous les médicaments susceptibles d'avoir une incidence sur la formation et l'établissement de caillots.

Il faut avoir recours à des mesures locales (p. ex., sutures, application d'un agent hémostatique topique) en cas de saignements incommodes après une chirurgie mineure. Un rince-bouche à base d'acide tranexamique est un adjuvant utile pour favoriser la coagulation. On applique une solution de 0,5 mg/5 ml (0,1 mg/ml) directement sur le champ opératoire, que l'on fait suivre par des applications de 2 minutes toutes les 6 heures pendant 2 jours⁴.

En connaissant suffisamment les antécédents du patient, les procédures dentaires et les chirurgies dentaires mineures pourront être pratiquées en cabinet dentaire. En cas de doute au sujet de la bonne condition physique du patient qui doit subir un acte dentaire, référer le patient à des soins spécialisés. ♦

L'AUTEUR

Remerciements : Je tiens à remercier le Dr Ian R. Matthew pour son aide dans la préparation du présent manuscrit.



Le Dr Craig Humber est inscrit au programme de résidence en dentisterie générale à l'Hôpital général de Vancouver, Université de la Colombie-Britannique.

Écrire au : Dr Craig Humber, Hôpital général de Vancouver, Programme de résidence en dentisterie générale, Université de la Colombie-Britannique, Département de dentisterie, pavillon Willow, 12^e avenue Ouest, Vancouver, CB V5Z 1M9. Courriel : chumber@hotmail.com.

Références

- King DE, Dickerson LM, Sack JL. Acute management of atrial fibrillation: Part I. Rate and rhythm control. *Am Fam Physician* 2002; 66(2):249-56.
- National Guideline Clearinghouse. Atrial fibrillation. Brief summary. Disponible à l'adresse URL : www.guideline.gov/summary/summary.aspx?view_id=1&doc_id=6145 (accédé en octobre 2005).
- Guidelines & Protocols Advisory Committee. Initiation and maintenance of warfarin therapy. Disponible à l'adresse URL : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/gps/warfarin_therapy.pdf (accédé en octobre 2005).
- Muzyka BC. Atrial fibrillation and its relationship to dental care. *J Am Dent Assoc* 1999; 130(7):1080-5.
- Haas DA. Mise à jour sur les anesthésiques locaux utilisés en dentisterie. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(9):546-51.
- Daniel NG, Goulet J, Bergeron M, Paquin M, Landry PE. Les antiplaquettaires : Y a-t-il un risque opératoire? *J Can Dent Assoc* 2002; 68(11):683-7.
- Devani P, Lavery KM, Howell CJ. Dental extractions in patients on warfarin: is alteration of anticoagulant regime necessary? *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998; 36(2):107-11.
- Wahl MJ. Myths of dental surgery in patients receiving anticoagulant therapy. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(1):77-81.

QUESTION 3

Comment puis-je accéder à la zone de la tubérosité maxillaire pour l'extraction d'une troisième molaire ou une autre chirurgie?

Contexte

Divers critères doivent être respectés pour la réalisation d'un bon lambeau, notamment le maintien d'un apport sanguin adéquat dans les tissus, une bonne visualisation et un bon accès chirurgical et la protection des tissus parodontaux¹. L'objectif premier est cependant d'obtenir un lambeau qui offre une vascularité adéquate². La technique de l'enveloppe est la méthode classique; celle-ci consiste à pratiquer des incisions qui s'étendent sur une distance de 2 dents vers l'avant et de 1 dent vers l'arrière, par rapport à la dent à extraire¹. Bien qu'un tel lambeau procure généralement un accès chirurgical adéquat, il comporte plusieurs limites. Ainsi, l'incision pratiquée dans la crevasse gingivale de la dent pose un risque de récession gingivale, car l'incision intra-crêviculaire est une intervention dans le desmodonte, ce qui peut endommager le parodonte³. Autre inconvénient, une tension excessive peut provoquer la déchirure accidentelle du lambeau et nuire ainsi encore plus à l'intégrité des tissus gingivaux.

Il existe une autre technique chirurgicale pour atteindre la tubérosité maxillaire, qui consiste à pratiquer une incision de décharge évitant le rebord gingival des dents adjacentes. Dans l'exercice clinique courant, cette technique permet d'obtenir un lambeau qui répond aux critères de conception; ce type de lambeau procure en outre une excellente visualisation de la zone de la tubérosité, il est plus facile à écarter que le lambeau-enveloppe et il présente moins de risque de déchirure⁴. Qui plus est, il permet de mieux voir la troisième molaire en tout temps durant son extraction. C'est ce qu'on appelle un «lambeau palatin diagonal».

Technique

Un anesthésique local (anesthésie tronculaire du nerf palatin antérieur soit par infiltration buccale ou par bloc du nerf dentaire supérieur postérieur) est administré. Une bonne position du patient facilitera la visualisation du champ opératoire. À cette fin, le fauteuil est placé en position de Trendelenburg (tête vers le bas) et le cou du patient est maintenu légèrement en extension pour améliorer le degré de visualisation. La tête est tournée de manière à former un angle de 45° par rapport au côté où l'intervention sera pratiquée, et le patient ouvre la bouche à moitié pour faciliter l'accès. L'incision est pratiquée avec une lame de scalpel n° 15, à une distance d'environ 0,5 à 1,0 cm derrière la face distale de la deuxième molaire, parallèlement à la face palatine de cette dent (ill. 1). L'incision traverse le périoste jusqu'à l'os; il faut toutefois éviter de commencer l'incision, ou de la prolonger en direction palatine, au-dessus de la tubérosité, pour éviter une hémorragie de l'artère palatine majeure. L'incision est linéaire et doit être faite en direction méso-buccale, l'extrémité de la lame du scalpel s'approchant à une distance de 1 à 2 mm de la crevasse gingivale de la deuxième molaire supérieure, à l'angle de la ligne distobuccale. L'incision s'étend vers l'avant et le haut, comme une incision de décharge verticale, sur environ 1,0 cm (ill. 2 et 3).

Un élévateur à périoste de Molt (n° 9) est utilisé pour l'élévation du lambeau, en écartant les tissus vers l'arrière et le haut.

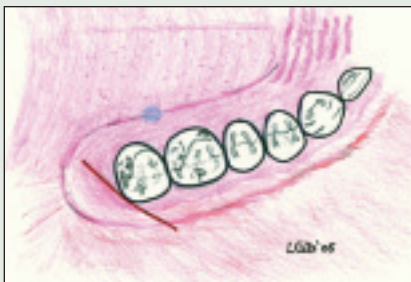


Illustration 1 : Diagramme de l'incision pratiquée pour obtenir un lambeau palatin diagonal (vue occlusale).



Illustration 2 : Diagramme de l'incision pour l'élévation d'un lambeau palatin diagonal, avec extension dans les tissus muqueux (vue buccale).



Illustration 3 : Photographie de l'incision pour l'élévation d'un lambeau palatin diagonal, montrant l'extension buccale avant le retrait de la troisième molaire.



Illustration 4 : Écarteur de joue Laster, offert au Canada par Surgical Science (Toronto [Ontario]).

Un écarteur Minnesota, un écarteur de Bishop ou (mieux encore) un écarteur de joue Laster (ill. 4) est ensuite utilisé pour la rétraction du lambeau; ce dernier modèle permet la rétraction simultanée de la joue et du lambeau, tout en évitant que la troisième molaire soit accidentellement poussée vers l'arrière, dans la fosse infra-temporale. Pour extraire une troisième molaire supérieure incluse intra-osseuse, un élévateur à périoste peut être utilisé pour retirer l'os buccal de la même manière qu'avec une gouge à os; cette technique donne accès à la zone située sous le contour de la troisième molaire incluse, tout en offrant un point d'appui pour l'extraction. La dent est ensuite retirée à l'aide d'un élévateur de type 77R, Cryer ou Potts (les 3 modèles conviennent au retrait de la dent en direction bucco-occlusale).

Suture

Dans la plupart des cas, la conception de ce lambeau fait en sorte que la pression exercée par la joue, combinée à la gravité, élimine le besoin de sutures, car le lambeau est bien rapproché. Il en résulte donc une diminution sensible de la durée du traitement chirurgical. Il faudra cependant suturer le lambeau si le rapprochement est mauvais ou s'il y a communication orosinusienne.

Conclusions

Le lambeau palatin diagonal permet d'obtenir une meilleure mise en évidence de la tubérosité maxillaire et un meilleur accès chirurgical à cette zone, pour extraire les troisièmes molaires supérieures ou pratiquer une autre intervention chirurgicale dans cette zone (p. ex., prélèvement d'os autogène en vue d'une greffe). Il satisfait aux critères de conception du lambeau mucopériosté et est supérieur au lambeau-enveloppe, car il ne nuit pas à l'attache dento-gingivale des première ou deuxième molaires supérieures, éliminant de ce fait les risques de récession gingivale consécutive à l'élévation du lambeau. Enfin, ce type de lambeau rend la suture inutile et réduit d'autant la durée du traitement. ✦

L'AUTEUR

Remerciements : Je tiens à remercier le Dr Ian R. Matthew pour son mentorat et son aide lors de la préparation du manuscrit et M. Bruce McCaughey pour son soutien en photographie.



Le Dr Lee G. Darichuk était résident de deuxième année au programme de résidence en dentisterie générale à l'Hôpital général de Vancouver, au moment de la rédaction du présent article. Il est maintenant résident de première année au programme de chirurgie buccale et maxillofaciale à l'Université du Manitoba.

Écrire au : Dr Lee G. Darichuk, Université du Manitoba, Faculté de médecine dentaire, Département du diagnostic dentaire et des sciences chirurgicales, 343-790, av. Bannatyne, Winnipeg, MB R3E 0W2. Courriel : ldarichuk@shaw.ca.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Références

- Peterson LJ, Ellis E 3rd, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary oral and maxillofacial surgery. Toronto (ON): Mosby; 1998. p. 178-83.
- Bath M, Perhavec JC. Basic exodontia. In: Fonseca R, editor. Oral and maxillofacial surgery. Vol. 1: Anesthesia/Dentoalveolar surgery/Office management. Toronto (ON): W.B. Saunders; 2000. p. 218-25.
- Jakse, N, Bangkaoglu, V, Wimmer, G, Eskici, A, Pertl C. Primary wound healing after lower third molar surgery: evaluation of 2 different flap designs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93(1):7-12.
- Kruger GO. Impacted teeth. In: Kruger GO, editor. Textbook of oral and maxillofacial surgery. 6th ed. St Louis, Toronto: CV Mosby; 1984. p. 89-91.

QUESTION 4

La grippe aviaire fait la une de tous les médias. Y a-t-il des mesures particulières à prendre?

Renseignements de base sur la grippe aviaire (virus H5N1)

Au moment de la rédaction du présent article, Santé Canada, les Centers for Disease Control and Prevention et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹ avaient émis une sérieuse mise en garde concernant la grippe aviaire (causée par le virus H5N1, un virus grippal de type A) et la possibilité d'une pandémie mondiale. Or, s'il devait y avoir pandémie au Canada – ou lorsque celle-ci surviendra, comme le croient plutôt certains – la population n'aura que quelques semaines ou quelques mois après le premier avertissement (qui viendra sans doute d'Asie), avant que le pays ne soit ravagé par le virus. Il est donc essentiel de s'y préparer avant, afin de réduire au minimum les pertes de vie et la perturbation sociale.

Les virus grippaux se distinguent du fait que leur structure subit de fréquentes modifications, et ce sont les changements antigéniques majeurs (dits mutations antigéniques) qui sont à l'origine des pandémies. Ce phénomène donne lieu à l'apparition d'une nouvelle souche à laquelle les humains n'ont jamais été exposés et n'ont donc développé aucune immunité. Le virus H5N1 est présent chez les oiseaux aquatiques migrateurs d'Asie et il est devenu épidémique dans les populations aviaires domestiques de ce continent. Ce virus s'accompagne d'un taux de mortalité de 100 % chez les poulets et la plupart des autres populations aviaires domestiques qui deviennent infectées. Il est également extrêmement létal pour les humains (taux de mortalité d'environ 50 %) et d'autres espèces de mammifères, mais sa transmission interhumaine semble limitée. L'OMS s'inquiète du fait que le virus s'est maintenant propagé de l'Asie jusqu'au Kazakhstan, à la Turquie et à la Russie et qu'il a franchi la barrière d'espèce. À ce jour, la plupart des cas chez les humains se sont manifestés chez des personnes venues en contact direct avec des volailles. En 2004, le virus H5N1 a également été décelé chez des tigres du zoo de Bangkok, qui avaient été nourris avec des carcasses de poulet crues, et il semble que le virus se soit ensuite propagé entre tigres².

Si le virus H5N1 acquiert la capacité de se transmettre à l'humain, il est probable que chaque région dans laquelle il sera introduit deviendra infectée en l'espace de 2 à 3 semaines et que le virus se propagera dans le monde entier, en 6 à 9 mois. L'OMS espère ralentir la propagation du virus par la mise en quarantaine, la vaccination et les traitements antiviraux, mais l'efficacité de ces mesures en cas de pandémie reste largement à prouver. Le Canada pourrait donc n'avoir que quelques semaines pour se préparer à une pandémie qui pourrait durer localement de 8 à 12 semaines.

Préparation à la grippe aviaire

La profession dentaire doit se préparer dès maintenant à la possibilité d'une pandémie de grippe, car on croit qu'elle ne disposera que de quelques semaines après l'apparition d'une pandémie mondiale. La préparation dans les 4 domaines principaux suivants réduira au minimum les pertes de vie et la perturbation sociale :

1. Réduire au minimum le risque de contracter l'infection par le H5N1 et prendre les mesures qui s'imposent en cas d'exposition aux gouttelettes.
2. Prendre les dispositions nécessaires pour permettre la poursuite des activités professionnelles, advenant une perturbation de la chaîne d'approvisionnement mondiale.
3. Protéger les propriétaires et le personnel contre les répercussions financières d'une pandémie majeure.
4. Prendre les mesures nécessaires pour subsister à un état de quarantaine générale qui entraînera, à l'échelle locale, une perturbation des services d'urgence, des services gouvernementaux et des services offerts par le secteur privé.

Chacun de ces domaines d'intervention peut être subdivisé en 3 niveaux de préparation et de mise en œuvre : pré-pandémie, apparition d'un virus pandémique et propagation mondiale. L'encadré 1 présente des listes de contrôle énumérant les mesures à prendre durant chacune des phases.

Bien que des mesures visant à prévenir l'exposition aux gouttelettes doivent être mises en place durant chacune de ces phases, des précautions supplémentaires pourraient être exigées par les organismes de santé locaux en présence d'une pandémie (p. ex., port de masques et de protecteurs oculaires). En cas d'exposition à des gouttelettes, consulter les responsables de la santé publique et envisager la prise immédiate de doses prophylactiques d'un agent antiviral, et ce durant une période correspondant à 2 périodes d'incubation complètes (7 jours) ou jusqu'à ce que tout risque d'exposition ait été écarté. Le seul agent prophylactique actuellement recommandé est l'oseltamivir, administré par voie orale, à raison de 75 mg par jour. Les personnes exposées pourraient également attendre la manifestation des symptômes (bien que l'efficacité de l'antiviral pourrait alors être réduite) ou tout simplement se mettre en quarantaine jusqu'à la fin de la période d'incubation (3 jours). Chaque cabinet devrait aussi établir un plan d'urgence décrivant les mesures à prendre en cas d'exposition à des gouttelettes, de maintien de l'ouverture du cabinet durant une flambée de grippe ou de fermeture du cabinet (voir l'encadré). Il est en outre important de prendre des habitudes qui limiteront la propagation de tout agent biologique contagieux propagé par gouttelettes, car la maladie

Encadré 1 Marches à suivre pour lutter contre la grippe aviaire

<p>Préandémie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Voir à un lavage fréquent des mains (avec de l'eau et du savon ou un nettoie-mains sans eau). <input type="checkbox"/> Observer les précautions universelles durant les interventions. <input type="checkbox"/> Effectuer un dépistage de base auprès des patients et des employés qui toussent et qui font de la fièvre, pour éviter que d'autres personnes ne soient exposées (penser à questionner le patient sur ces symptômes lors de la confirmation du rendez-vous et lorsque le patient se présente au cabinet). <input type="checkbox"/> Lire les rapports financiers et élaborer un plan financier visant à protéger au mieux les investissements en cas de pandémie mortelle. <input type="checkbox"/> Procéder à des exercices sur les protocoles à suivre en cas d'exposition à des gouttelettes d'un agent biologique : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isoler le patient et le transférer vers un établissement de soins de santé. <input type="checkbox"/> Informer le service de santé municipal. <input type="checkbox"/> Envisager le stockage d'agents antiviraux dans le cabinet, au cas où du personnel serait exposé. <input type="checkbox"/> Avoir sous la main des masques et des protecteurs oculaires pour le personnel (c.-à-d. précautions contre les gouttelettes). <p>Début de la pandémie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se faire vacciner (si un vaccin est disponible). <input type="checkbox"/> Appliquer rigoureusement les techniques de lavage des mains, les précautions universelles et les mesures de dépistage. <input type="checkbox"/> Prévoir des stocks d'agents antiviraux pour un traitement prophylactique en cas d'exposition. <input type="checkbox"/> Constituer des stocks suffisants pour assurer le fonctionnement du cabinet pendant 6 à 9 mois, advenant la perturbation de la chaîne d'approvisionnement. <input type="checkbox"/> S'assurer que tous les renseignements sur les personnes à contacter sont à jour (personnel et médecins), afin de permettre une communication adéquate durant une pandémie. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présumer qu'un grand nombre d'entreprises seront fermées pendant une période de 8 à 12 semaines – donc prévoir des quantités suffisantes d'aliments, d'eau et d'argent pour subsister durant cette période. <p>Déclaration de la pandémie et propagation mondiale de la maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prendre des mesures pour réduire la morbidité, la mortalité et la perturbation sociale. <input type="checkbox"/> Consulter les bureaux de la santé publique pour obtenir des renseignements sur la prophylaxie antivirale. <input type="checkbox"/> Consulter les bureaux de la santé publique pour savoir s'il y a lieu ou non de fermer votre cabinet. <p>Si le cabinet demeure ouvert :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Exercer un dépistage extrêmement rigoureux des patients et procéder à un dépistage systématique de toute personne qui tousse ou fait de la fièvre. <input type="checkbox"/> Appliquer toutes les mesures de contrôle des infections exigées par les autorités de la santé publique durant une intervention susceptible de causer une exposition (c.-à-d. une intervention produisant des aérosols). <input type="checkbox"/> Procéder à un lavage rigoureux des mains, avant et après tout contact de nature administrative avec des personnes qui entrent dans le cabinet. <p>Si le cabinet est fermé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tenir le personnel au courant de l'évolution de la situation et de la date de réouverture prévue. <input type="checkbox"/> Envisager la possibilité de rémunérer le personnel ou de lui verser une allocation, car les bureaux des services sociaux pourraient être fermés ou être submergés de demandes, si un état de quarantaine générale est déclaré.
--	---

pourrait être déjà bien établie au Canada lorsque la pandémie sera détectée par les organismes de santé. L'observation des précautions universelles, incluant une bonne technique de lavage des mains, permet de réduire sensiblement les risques de contracter la grippe.

En conclusion, les oiseaux migrateurs constituent un vaste réservoir naturel du virus H5N1, lequel virus subit des changements adaptatifs qui est à l'origine de sa propagation à d'autres espèces; ce virus est en outre extrêmement létal pour les humains, mais il présente une transmissibilité interhumaine limitée. L'OMS croit par ailleurs qu'une pandémie mortelle est à prévoir. Il est donc dans le meilleur intérêt du milieu dentaire de prendre dès maintenant des précautions simples, mais néanmoins essentielles, et de ne pas attendre dans les semaines qui précéderont l'introduction du virus pandémique au Canada. ➤

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Comment faire face à la menace d'une pandémie de grippe aviaire. Mesures stratégiques recommandées. 2005.
2. Thanawongnuwech R, Amonsin A, Tantilertcharoen R, Damrongwatanapokin S, Theamboonlers A, Payungporn S, and others. Probable tiger-to-tiger transmission of avian influenza H5N1. *Emerg Infect Dis* 2005; 11(5):699-701.

Lectures supplémentaires

- Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, Canada. Disponible à l'adresse URL : www.chica.org.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario health plan for an influenza pandemic. Disponible à l'adresse URL : www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/pan_flu/pan_flu_plan.html.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Preventing febrile respiratory illnesses — protecting patients and staff. Septembre 2005. Disponible à l'adresse URL : www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_fri_092805.pdf.
- The College of Physicians and Surgeons of Ontario. Infection control in the physician's office, 2004 edition. Disponible à l'adresse URL : www.cpso.on.ca/Publications/infectioncontrolv2.pdf.

LES AUTEURS

Le Dr Ian Furst est spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale au Cambridge Memorial Hospital et associé chez Coronation Dental Specialty Group à Cambridge (Ontario).

La Dre Martha Fulford est membre du personnel médical (maladies infectieuses) au Cambridge Memorial Hospital, Cambridge (Ontario), et au Centre des sciences de la santé de Hamilton, Hamilton (Ontario).

Écrire au : Dr Ian Furst, Coronation Dental Specialty Group, 697, boul. Coronation, Cambridge, ON N1R 3G5. Courriel : ifurst@cdsg.ca.