

Point de service

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 articles reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Les articles de ce mois-ci sont fournis par des conférenciers au Congrès de la FDI, qui se tiendra du 24 au 27 août à Montréal (les séances pré-congrès se dérouleront les 22 et 23 août). Pour en savoir plus sur le congrès, visitez le site www.fdiworldental.org.



Question 1

Comment puis-je soigner des patients que les traitements dentaires rendent anxieux sans troubler ma pratique ou augmenter mon propre stress professionnel?

Contexte

Les dentistes disent souvent qu'ils n'aiment pas traiter les patients anxieux. Ces patients passent pour être difficiles et dérangeants, causant des retards au cabinet, indisposant d'autres patients et augmentant le stress professionnel chez le dentiste.

La première chose à faire en traitant un patient anxieux est de reconnaître que ce ne sont pas tous les patients anxieux qui ont peur du dentiste et que ceux qui en ont peur peuvent avoir d'autres sources d'anxiété. Néanmoins, les patients qui craignent certains aspects du traitement dentaire et ceux qui éprouvent une phobie réelle présentent généralement les mêmes symptômes – les affects de l'anxiété. Pour le dentiste, tous les patients anxieux semblent simplement craintifs, mais chacun a une différente expérience subjective de l'anxiété. L'intensité de l'anxiété diffère des patients craintifs aux patients phobiques, ce qui entraîne des comportements dérangeants de degrés variables. La différence dans l'intensité de l'anxiété est reliée à la cause profonde de la peur. Un patient craintif peut rapporter une expérience dentaire effrayante, alors qu'un patient atteint d'une phobie dentaire peut être incapable de se rappeler une expérience précise suscitant son anxiété. Ainsi, l'anxiété dentaire présente un continuum allant d'aucune crainte du tout à une anxiété si intense que ceux qui en sont atteints évitent tout traitement dentaire. L'adoption de ce

point de vue¹ permet de classifier l'anxiété dentaire et de créer un schéma pour distinguer les patients anxieux de ceux qui souffrent d'une phobie dentaire (ill. 1).

Des données épidémiologiques appuient ces différentes catégories d'anxiété dentaire. Des sondages en santé bucco-dentaire ont démontré que la proportion de gens «effrayés par des sortes de traitement dentaire» a baissé depuis 20 ans, mais que la proportion des gens qui refusent de se présenter pour un traitement à cause d'une anxiété dentaire est demeurée stable à 10 % de la population (mondiale). L'anxiété dentaire peut être réduite grâce à une meilleure compréhension de la gestion du comportement et des expériences de traitement au cours de la jeunesse; par contre, la phobie dentaire peut demeurer stable parce qu'elle exprime des problèmes psychologiques plus grands.

Il importe de distinguer les patients anxieux qui peuvent être facilement traités dans la pratique générale des patients atteints d'une phobie dentaire qui demandent un renvoi à un médecin ou à un spécialiste. Notamment, l'identification de ces derniers peut aider à éviter de troubler la routine du cabinet et d'augmenter le stress professionnel.

Conseils de gestion spécifiques

Il convient de prendre les mesures suivantes¹ pour évaluer tout patient souffrant d'anxiété dentaire :

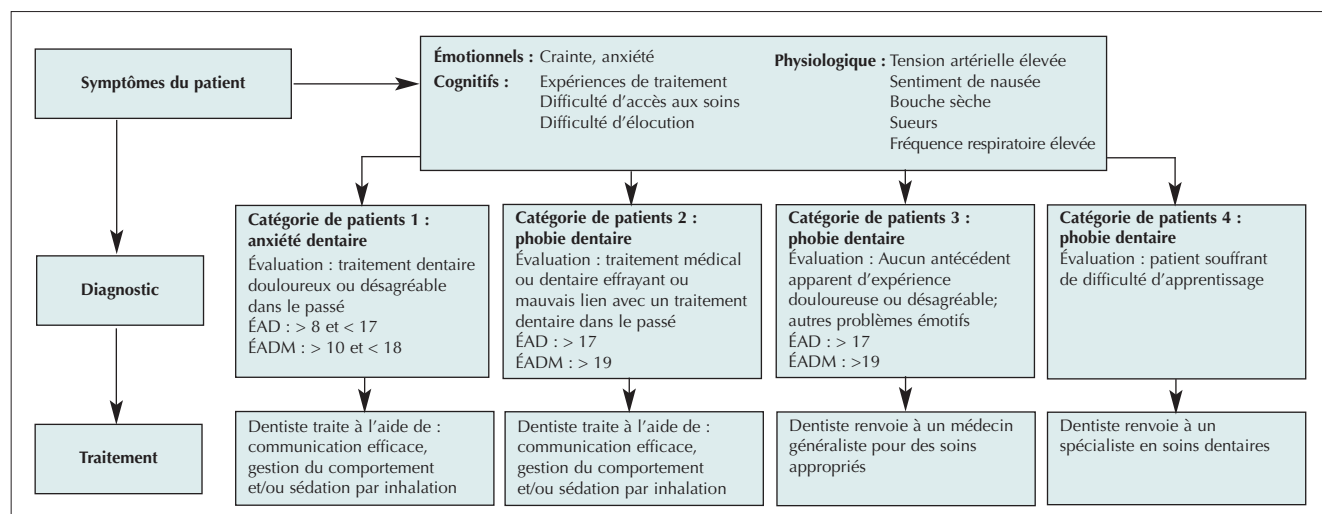


Illustration 1 : Une classification de l'anxiété dentaire relativement à la phobie dentaire. EAD = Échelle d'anxiété dentaire, ÉADM = Échelle d'anxiété dentaire modifiée.

- Pour tout patient présentant des symptômes d'anxiété dentaire, le dentiste doit réserver du temps au cours de la première visite avant d'entreprendre un traitement afin de l'interroger dans une pièce autre que la salle opératoire.
- Le dentiste doit consigner les antécédents du patient au complet, tant les antécédents sociaux et familiaux que les antécédents médicaux et dentaires. Un examen de ses antécédents dentaires fera découvrir au patient les expériences effrayantes du passé et lui permettra d'exprimer toute crainte de traitement dentaire (voir *ill. 1*, catégorie de patients 1). Pour les patients phobiques de la catégorie 2, qui mêlent ou font un «mauvais lien» entre des expériences médicales et dentaires passées, l'entrevue permet un examen de ces expériences et offre une occasion de comprendre la source de l'anxiété. Pour des patients atteints d'une phobie dentaire (*ill. 1*, catégorie 3), des antécédents sociaux ou familiaux peuvent fournir des données indiquant un problème psychologique plus grand qui exige le renvoi à un médecin ou à un spécialiste. Les patients qui ont des difficultés d'apprentissage (*ill. 1*, catégorie 4) peuvent être incapables de comprendre quel traitement est nécessaire et pourquoi; c'est ce manque de compréhension qui peut causer leur phobie dentaire.
- L'échelle d'anxiété dentaire ou l'échelle d'anxiété dentaire modifiée (ÉADM)² peut être utilisée pour confirmer le diagnostic d'une anxiété dentaire ou d'une phobie dentaire

(l'ÉADM est disponible en anglais à l'adresse <http://biologybk.st-and.ac.uk/staffDB/supplemental/humphrisForm.pdf>). Ces questionnaires sont des outils fiables pour évaluer l'anxiété dentaire tant chez les enfants que chez les adultes. Ils sont faciles à utiliser et offrent un moyen de confirmer le diagnostic et d'établir des liens avec le patient.

- Avec toute cette information, le dentiste est en mesure de formuler un diagnostic et d'utiliser des techniques de communication comme les techniques d'entrevue motivationnelle pour négocier un traitement avec les patients anxieux et un renvoi à un médecin ou à un spécialiste avec les patients atteints d'une phobie dentaire. ♦



La Dre Ruth Freeman est professeure de sciences comportementales et de santé dentaire publique, École de médecine dentaire, Université Queen's, Belfast, Irlande du Nord. Courriel : r.freeman@qub.ac.uk.

La Dre Freeman donnera sa présentation, intitulée «Differentiating dental phobia from dental anxiety: strategies for dental practice», au Congrès de la FDI le vendredi 26 août.

Références

1. Burke FT, Freeman R. Preparing for dental practice. Oxford. Oxford University Press. 2004.
2. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J* 2000; 50(6):367-70.

Question 2

Les appareils panoramiques modernes permettent-ils vraiment de déceler les caries interproximales?

Contexte

La réponse est un «oui» catégorique! Dans les appareils panoramiques mécaniques classiques, la géométrie de projection est telle que l'angulation horizontale du rayon traverse les espaces interproximaux, ce qui produit, sur les images obtenues, un chevauchement des surfaces interproximales sur les dents postérieures, et plus particulièrement les prémolaires (*ill. 1*)¹. Cependant, plusieurs chercheurs n'ont constaté aucune différence statistiquement significative, sur le plan de la détection des caries interproximales, entre les contacts interproximaux révélés par coïncidence par les radiographies panoramiques et les observations fournies par les radiographies rétrocoronaires². Dans une étude, l'examen séparé de chaque technique a révélé que les radiographies panoramiques avait une valeur prédictive positive (VPP) supérieure à celle des radiographies rétrocoronaires correspondantes, pour déceler les caries interproximales³, la VPP étant définie comme la probabilité qu'une observation radiographique positive chez un patient traduise une affection réelle. Lorsque les 2 types d'images ont été examinés ensemble, la VPP des radiographies panoramiques a diminué. Ces études ont démontré qu'il est possible de diagnostiquer avec précision les caries interproximales à l'aide de radiographies panoramiques. Les dentistes

continuent toutefois de croire à la supériorité des radiographies rétrocoronaires, sans doute parce que la plupart d'entre eux croient que les images panoramiques floues, avec leur résolution de 2 à 4 paires de lignes par millimètre (lp/mm), ne peuvent tout simplement pas être aussi bonnes que les radiographies intrabuccales qui, elles, offrent une résolution de 10 à 12 lp/mm.

Or, grâce à la robotique et aux moteurs pas à pas programmables, utilisés pour contrôler les pièces mobiles, il est aujourd'hui possible de programmer les appareils panoramiques modernes de manière à diriger l'angulation horizontale du rayon à travers les contacts interproximaux des dents et à éliminer ainsi le chevauchement dans les régions postérieures (*ill. 2a* et *2b*). Les angles appropriés pour obtenir de tels résultats ont été publiés (*ill. 3*)⁴. Il existe en outre un logiciel de traitement numérique qui permet d'améliorer la résolution de 6 lp/mm, de manière à obtenir à l'écran de l'ordinateur une image dont la résolution se rapproche de la résolution théorique calculée en fonction du nombre de pixels et de leur taille (soit près de 9 lp/mm) (*ill. 4*). Des recherches se poursuivent actuellement au Centre des sciences de la santé de l'Université du Texas à San Antonio, en vue de comparer l'efficacité des radiographies panoramiques numériques à celle des radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F ou un

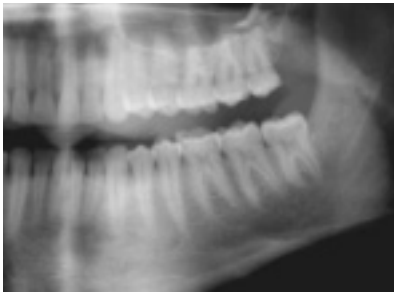


Illustration 1 : Image obtenue avec un appareil panoramique numérique fonctionnant en mode normal. À noter le chevauchement des surfaces interproximales.

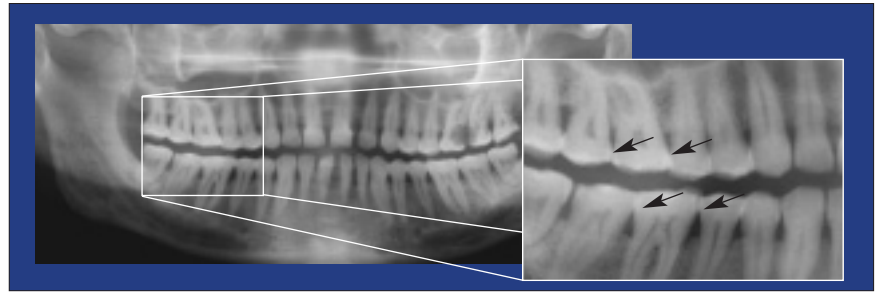


Illustration 2a : Image obtenue avec un appareil panoramique numérique robotisé, fonctionnant en mode normal; le chevauchement des contacts interproximaux est évident.

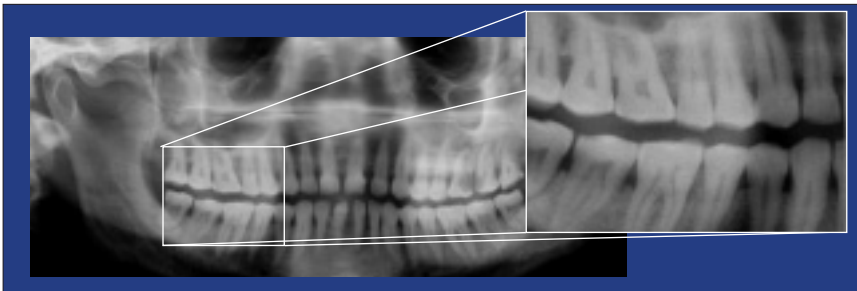


Illustration 2b : Image obtenue avec un appareil panoramique numérique robotisé fonctionnant en mode interproximal; les contacts interproximaux exposés apparaissent clairement. À noter la netteté et le détail de l'image fantôme.

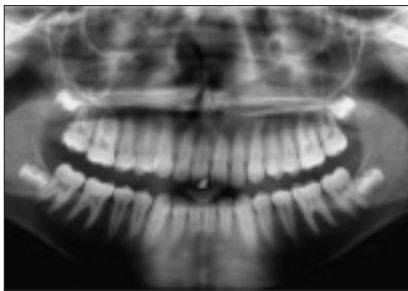


Illustration 4 : Image d'un patient obtenue avec un appareil panoramique numérique fonctionnant en mode interproximal. À noter les contacts interproximaux exposés.

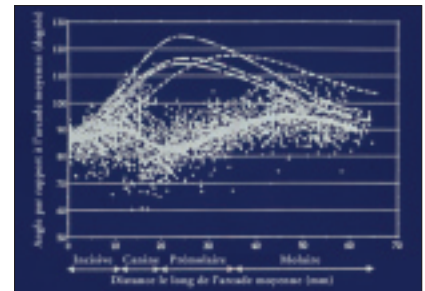


Illustration 3 : Les lignes pointillées indiquent l'angle de projection horizontale sur 3 panorex classiques, qui cause un chevauchement maximal au niveau des contacts interproximaux des prémolaires. La ligne continue illustre l'angulation horizontale du rayon au niveau des contacts interproximaux, avec les appareils panoramiques robotisés programmables modernes qui exposent tous les contacts interproximaux.

film Kodak Insight (Kodak Co., Rochester, N.Y.), comme outil de détection des caries interproximales.

Les nouvelles lignes directrices américaines en matière de radioprotection, qui ont été publiées dans le rapport n° 145 du National Council on Radiation Protection and Measurements, stipulent que le port d'un tablier de plomb n'est plus nécessaire, que l'utilisation d'un film de vitesse D n'est pas acceptable et qu'il faut avoir recours à la collimation rectangulaire pour toutes les radiographies intrabuccales, à l'exception des radiographies rétrocoronaires⁵.

Avantages de l'imagerie panoramique

La radiographie panoramique offre plusieurs avantages par rapport à la radiographie rétrocoronaire :

- Le quart environ de la radioexposition produite par 4 radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F et la technique du long cône rond⁶.
- Environ la moitié de la radioexposition des radiographies rétrocoronaires intrabuccales numériques.
- Dans le cas de l'imagerie panoramique numérique, le huitième environ de la radioexposition produite par 4 radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F et la technique du long cône rond.
- Grâce au nouveau cycle panoramique numérique «rapide», environ 1/16 de la radioexposition produite par 4 radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F et la technique du long cône rond.
- Grâce au cycle panoramique numérique «rapide» et à la collimation du rayon de manière à couvrir uniquement les dents, environ 1/32 de la radioexposition produite par 4 radiographies rétrocoronaires prises avec un film de vitesse F et la technique du long cône rond.
- Élimination de presque toutes les sources d'infection, à l'exception du bras de support de la pièce à mordre.
- Précision diagnostique similaire, voire supérieure, à celle des radiographies rétrocoronaires sur pellicule.

- Acquisition des images, plus simple et plus rapide, qu'avec les radiographies rétrocoronaires intrabuccales.

Conclusion

Les appareils panoramiques modernes sont de loin supérieurs aux anciens appareils mécaniques. Ils peuvent ainsi effectuer de nombreuses fonctions nouvelles, comme mieux évaluer la hauteur de l'os alvéolaire dans le cas de maladies parodontales, et être utilisés pour la tomographie à balayage simple et complexe et la tomodensitométrie avec collimation du rayon; de plus, la radiographie numérique avec soustraction devrait bientôt être possible. Voilà qui laisse entrevoir des possibilités bien intéressantes pour les dentistes praticiens! ➤



Le Dr Robert Langlais est professeur et directeur du programme de deuxième cycle de radiologie buccale et maxillofaciale, Centre des sciences de la santé de l'Université du Texas, San Antonio. Courriel : Langlais@utbsca.edu.

Le Dr Langlais donnera sa présentation, intitulée «Contemporary radiology in dentistry», avant le Congrès de la FDI le mardi 23 août.

Références

1. McDavid WD, Tronje G, Welander U, Morris CR, Nummikoski P. Imaging characteristics of seven panoramic x-ray units: the imaging layer. *Dentomaxillofac Radiol* 1985; 8(suppl):21-8.
2. Terezhalmay GT, Otis LL, Schiff TG, Langlais RP. A comparison of intraoral bitewing with panoramic radiographs for the detection of interproximal caries. *Dentomaxillofac Radiol* 1985; 7(suppl):Abstr 32.
3. Valachovic RW, Douglass CW, Reiskin AB, Chauncey HH, McNeil BJ. The use of panoramic radiology in the evaluation of asymptomatic adult dental patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61(3):289-96.
4. Scarfe WC, Nummikoski P, McDavid WD, Wehlander U, Tronje G. Radiographic interproximal angulations: implications for rotational panoramic radiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76(5):664-72.
5. National Council on Radiation Protection and Measurements. Report No. 145 — Radiation protection in dentistry; 2003.
6. Underhill TE, Chilvarquer I, Kimura K, Langlais RP, McDavid WD, Preece JW, and other. Radiobiologic risk estimation from dental radiology. Part I. Absorbed doses to critical organs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66(1):111-20.

Question 3

Comment puis-je établir et maintenir la perméabilité apicale lors du nettoyage et de la mise en forme du système canalaire?

Contexte

Le principal objectif d'un traitement endodontique non chirurgical est le débridement total du système canalaire, suivi par une obturation tridimensionnelle de tout l'espace canalaire et de ses portes de sortie à l'aide d'un matériau d'obturation inerte et d'un agent de scellement^{1,2} (ill. 1 et 2).

Pendant l'opération de nettoyage et de mise en forme, l'opérateur rencontre souvent des problèmes et peut bloquer l'extrémité du canal radiculaire, créer un faux canal ou perforer le canal. Ces mésaventures mécaniques peuvent faire échouer le traitement endodontique clinique (ill. 3 et 4).

Prise en charge clinique

Les problèmes rencontrés lors du nettoyage et de la mise en forme du système canalaire, comme ceux mentionnés plus haut, sont principalement attribuables à une calcification coronaire ainsi qu'à des tortuosités et à des ramifications apicales.

Calcification pulpaire

La plus grande partie de la calcification dans la chambre pulpaire et le canal est causée par une irritation et une agression coronaire, notamment la présence de caries, de restaurations, d'attrition, d'abrasion et de vieillissement. La calcification se produit principalement par la nucléation des dépôts calcaires dans certains foyers de la pulpe. Les calcifications, ou nodules pulpaires, sont habituellement suspendues par des fibres collagènes dans la chambre pulpaire et la partie coronaire du canal et il arrive rarement qu'elles bloquent le canal au complet.

Pour contourner ces barrières calciques et atteindre le canal apical ou les canaux apicaux, l'opérateur doit d'abord utiliser une lime extrêmement fine (n° 8 ou n° 10), munie d'un bout pointu et affûté, et non pas du type à extrémité non coupante, pour disséquer les fibres de collagène (ill. 5). Il faut courber l'instrument au préalable pour en augmenter la sensibilité tactile. En appliquant une pression minimale vers l'apex, on manœuvre la lime pour qu'elle glisse ou coulisse entre les nodules pulpaires microscopiques, et en imprimant un mouvement arrière de sculptage, on peut retirer les débris et les aberrations calcifiées.

Tortuosités et ramifications apicales

Dans la zone apicale, le principal canal a tendance à se ramifier. À cet endroit, les tissus pulpaires apicaux sont plus fibreux, et on constate histologiquement un surcroît de fibres de collagène. Le foramen canalaire naturel est toujours perméable et a un diamètre moyen d'environ 0,20 mm, mais il est facile à bloquer par l'opérateur (ill. 3). Pour maintenir la perméabilité apicale, il faut utiliser une petite lime fine (p. ex., n° 10), au bout préalablement courbé (ill. 5). Souvent, il est impossible d'atteindre l'extrémité apicale radiographique parce que l'instrument n'est pas suffisamment courbé au préalable et que la lime ne peut suivre les courbures courtes et anguleuses du canal. Néanmoins, avec de la patience et en sondant avec soin et délicatesse, on peut arriver à glisser le bout pointu de l'instrument dans les tortuosités du canal et parfois même dans le canal accessoire (ill. 6).

Une fois que la lime a atteint l'extrémité radiographique, on recourt à un mouvement ascendant et descendant délicat de

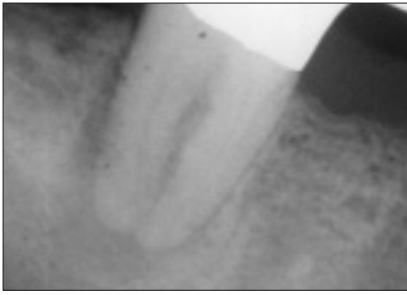


Illustration 1 : La dent 47 est un pilier de pont. La calcification coronaire s'explique par des traitements restaurateurs majeurs pendant de nombreuses années et par le vieillissement (le patient a 72 ans). Les canaux disparaissent au tiers apical. Une radiotransparence est présente autour des racines, indiquant que les irritants émergent du système canalaire par les diverses portes de sortie.



Illustration 2 : Une radiographie prise 6 mois après le traitement montre une reconstruction osseuse complète. Les subtilités complexes de l'apex sont complètement scellées comme l'indique la stabilité de l'agent de scellement prenant forme d'un léger renflement apical.

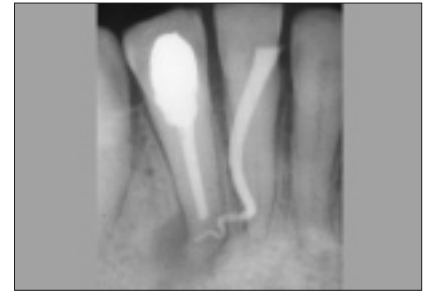


Illustration 3 : Un traitement endodontique non chirurgical a été effectué sur la dent 42. La radiotransparence apicale est mise en évidence à l'aide d'une pointe fine-moyenne de gutta-percha. La racine apicale est tortueuse, et il y a une forte possibilité de ramifications apicales du canal et peut-être un blocage procédural antérieur. Il n'y a pas de calcification apicale.

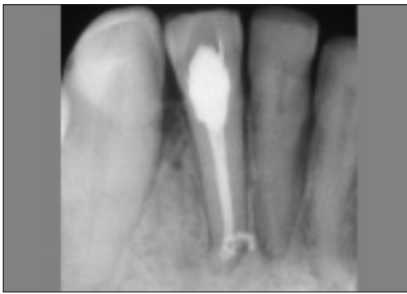


Illustration 4 : Une radiographie prise 7 mois après le traitement montre une amélioration de l'os apical. Les canaux apicaux accessoires et les portes de sortie sont obturés. Une radiographie antérieure montrait que le principal canal apical avait été bloqué.

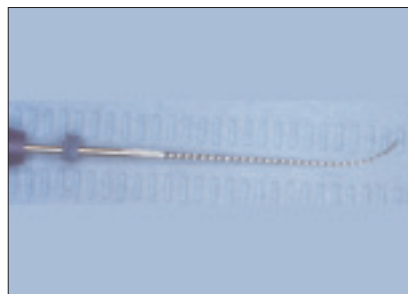


Illustration 5 : On se sert d'une lime pointue et affûtée n° 10, courbée au préalable à un angle d'au moins 60 degrés, pour disséquer les fibres de collagène coronaire, glisser et coulisser entre les nodules pulpaire microscopiques suspendus dans le tiers coronaire des canaux et manœuvrer dans les tortuosités canalaire apicales et les canaux accessoires.

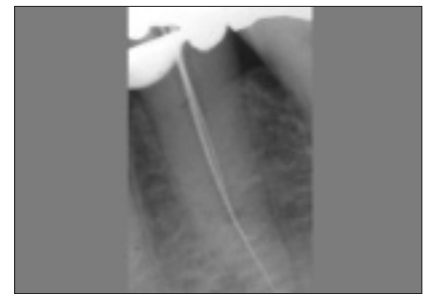


Illustration 6 : On glisse une lime n° 10 préalablement courbée dans le canal apical accessoire après avoir nettoyé et façonné le canal principal. La lime n° 20 se trouve dans le canal principal.

faible amplitude (de 0,25 mm à 1 mm) jusqu'à ce que la lime n° 10 soit très lâche dans l'espace canalaire. On introduit ensuite l'instrument plus large suivant. Si l'ouverture apicale du canal est extrêmement petite et que le canal apical final est très tortueux, la lime n° 10 peut «percer» délicatement à la surface radiculaire pour maintenir la perméabilité apicale.

Durant l'opération de nettoyage et de mise en forme, une irrigation copieuse d'au moins 30 ml par canal est nécessaire. Le liquide irriguant (de préférence de l'hypochlorite de sodium à 2,5 %) doit être constamment réapprovisionné, et la lime fine aide à le transporter dans la ramification apicale. L'hypochlorite de sodium digère et dissout les tissus pulpaire nécrotiques et disperse aussi les débris dentinaires en suspension lâche. Il faut alors s'abstenir d'utiliser un agent de chélation parce qu'il pourrait amollir et décalcifier la paroi dentinaire. Le cas échéant, l'opérateur peut facilement créer un faux canal, surtout s'il creuse dans la paroi canalaire tangentielle là où le principal canal est bloqué et bourré de débris dentinaires.

Les canaux lisses, nettoyés et bien mis en forme, peuvent aisément être obturés de gutta-percha et condensés hermétiquement et tridimensionnellement à l'aide d'un agent de scellement. ♦



Le Dr Donald Yu est professeur en clinique et directeur d'endodontie, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta). Courriel : donaldu@ualberta.ca.

Le Dr Yu donnera son cours pratique, intitulé «Predictably successful endodontics: how to feel, fill & thrill accessory canals», avant le Congrès de la FDI le lundi 22 août.

Références

1. Yu DC. The significance of obturating the accessory canals in the healing of the lesions of endodontic origin. *Hong Kong Dental Association Newsletter* March 1998; 7-10.
2. Schilder H. Filling root canals in three dimensions. *Dent Clin North Am* 1967; Nov:723-44.

Lectures supplémentaires

- Schilder H. Cleaning and shaping the root canal. *Dent Clin North Am* 1974; 18(2):269-96.
- Yu DC, Schilder H. Cleaning and shaping the apical third of a root canal system. *Gen Dent* 2001; 49(3):266-70.

Question 4

Quels moyens devrait-on prendre pour assurer l'observation des mesures de contrôle des infections dans un cabinet dentaire?

L'élaboration et l'application générale de pratiques et de protocoles efficaces ont sensiblement réduit les risques d'infection, autant pour les professionnels de la santé que pour les patients¹⁻³. Cependant, malgré les preuves substantielles attestant des bienfaits protecteurs des précautions de routine, la non-observation demeure un problème pour certains fournisseurs de soins médicaux et dentaires. La discussion qui suit décrit les mesures à prendre à la suite d'une blessure avec aiguille subie durant un traitement et souligne l'importance de planifier à l'avance la prise en charge de tels incidents. Bien qu'il n'en soit pas explicitement question dans cet article, des incidents similaires peuvent aussi se produire durant la manipulation d'autres types d'instruments tranchants contaminés, comme des instruments pleins (p. ex., détartrateurs, sondes, fraises et fils), des instruments contaminés nettoyés pour être réutilisés ou des matériaux envoyés du cabinet dentaire pour être traités dans un laboratoire dentaire.

Incident hypothétique

Examinons le scénario hypothétique suivant. Un dentiste, ayant obtenu son diplôme à la fin des années 1970, s'est tenu bien au fait des progrès réalisés dans les mesures de contrôle des infections et est fier des précautions prises par son personnel clinique. Son cabinet dentaire est situé en banlieue, et seuls quelques patients ont indiqué le VIH/sida ou l'hépatite virale dans leurs antécédents. Deux des hygiénistes et des assistantes dentaires sont réticentes à traiter ces patients, à moins que des précautions supplémentaires soient appliquées et que les instruments contaminés soient traités séparément dans l'appareil à ultrasons, puis subissent le cycle normal de stérilisation par la chaleur. L'exposition accidentelle à des objets tranchants a rarement été abordée durant les réunions du personnel, pour 2 raisons principales : les précautions supplémentaires mentionnées précédemment sont déjà utilisées durant le traitement de tout patient souffrant de ce type d'infections à risque élevé et aucune exposition accidentelle par des objets tranchants n'a été rapportée depuis plusieurs années. Le personnel qui dispense les soins aux patients est donc confiant que le protocole systématique de contrôle des infections fonctionne bien.

Un vendredi après-midi particulièrement occupé, un patient adulte de longue date doit recevoir une deuxième injection d'anesthésique durant la préparation d'une couronne. S'efforçant de compléter rapidement cette procédure de routine, l'assistante dentaire se blesse accidentellement avec l'aiguille, en tentant de replacer dans sa gaine la seringue que lui tend le dentiste (ill. 1). Ne sachant trop quoi dire, l'assistante n'informe le dentiste de l'incident qu'une fois le traitement terminé.

Or, la manière dont le dentiste et l'assistante réagissent dans une telle situation a des répercussions importantes, à la fois sur les risques de propagation des maladies infectieuses et



Illustration 1: Remplacement à 2 mains de l'aiguille dans sa gaine : un accident est à prévoir.

sur le plan psychologique (caractère traumatique de l'incident). Leurs réactions auront aussi une incidence sur la manière dont les autres membres du cabinet réagiront à l'avenir en pareilles circonstances et déclareront tout futur incident de cette nature.

Ce qui devrait être fait

L'exposition accidentelle à du sang ou à d'autres liquides organiques doit être considérée comme une urgence médicale et être traitée dès sa survenue. Il est utile à cette fin de définir, par écrit, un protocole exhaustif de traitement postexposition, afin que le personnel puisse se préparer à l'avance plutôt que de simplement réagir à une situation qui pourrait facilement devenir émotionnelle. Une préparation préalable et l'adoption des mesures appropriées à la suite d'un incident peuvent réduire au minimum les problèmes potentiels (voir ill. 2, Diagramme illustrant les étapes de la prise en charge de l'exposition professionnelle à des pathogènes à diffusion hématogène [en anglais seulement], à <http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-71/issue-5/341.html>)⁴. Voici les étapes à suivre en cas d'exposition accidentelle :

1. Dispenser les premiers soins de base pour nettoyer la blessure. Le lavage des mains avec de l'eau et du savon est satisfaisant pour nettoyer les zones cutanées atteintes, et les tissus des muqueuses atteintes peuvent être lavés à grande eau.
2. Signaler la blessure à l'employeur ou au coordonnateur du contrôle des infections, en donnant le plus de détails possible. Un rapport écrit de l'exposition peut être très utile pour les professionnels qualifiés de la santé qui auront à évaluer l'exposition et à recommander les mesures de suivi appropriées.
3. Suivre les directives relatives à l'évaluation et au suivi médicaux recommandés.

Plusieurs facteurs doivent être pris en considération durant l'évaluation d'une exposition accidentelle (ill. 2)⁵ :

- le lieu où s'est produit l'incident (l'espace physique à l'intérieur des installations);
- les circonstances dans lesquelles s'est produite l'exposition;
- les mesures techniques de contrôle et les pratiques de travail en vigueur au moment de l'exposition, y compris l'utilisation d'un dispositif de sécurité;
- les politiques en vigueur au moment de l'incident;
- le type d'exposition et la gravité de la blessure;
- tout renseignement disponible sur le patient-source;
- la présence ou l'absence de sang visible sur l'instrument.

Dans le scénario hypothétique présenté ici, l'existence d'un plan de traitement postexposition aurait permis au dentiste et à l'assistante blessée de fournir des renseignements pertinents aux évaluateurs médicaux, renseignements qui auraient été utiles pour déterminer les risques de transmission d'infections à diffusion hémotogène (p. ex., virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C ou VIH) et pour décider ensuite de la prophylaxie postexposition et des tests sérologiques requis et du counselling à offrir au professionnel de la santé blessé. À l'inverse, l'absence de plan peut avoir un effet d'entraînement, du seul fait que les tâches de routine ne sont peut-être pas exécutées conformément aux recommandations. On pourrait donc, sans le savoir, contribuer à accroître les risques d'infections microbiennes. ❖



Le Dr John A. Molinari est professeur et directeur, Département des sciences biomédicales, École de médecine dentaire de l'Université Detroit Mercy. Courriel : molinarija@udmercy.edu.

Le Dr Molinari donnera sa présentation, intitulée «Emerging infection — challenges and recommendations», au Congrès de la FDI le mardi 23 août, dans le cadre du programme de cours pré-congrès.

Références

1. Molinari JA. Dental infection control at the year 2000: accomplishment recognized. *J Am Dent Assoc* 1999; 130(9):1291–8.
2. Siew C, Chang SB, Gruninger SE, Verrusio AC, Neidle EA. Self-reported percutaneous injuries in dentists: implications for HBV, HIV transmission risk. *J Am Dent Assoc* 1992; 123(7):36–44.
3. Cleveland JL, Lockwood SA, Gooch BF, Mendelson MH, Chamberland ME, Valauri DV, and others. Percutaneous injuries in dentistry: an observational study. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(6):745–51.
4. Organization for Safety and Asepsis Procedures (OSAP). From policy to practice: OSAP's guide to the guidelines. OSAP. Annapolis; 2004.
5. Bednarsh H, Eklund KJ, Molinari JA, Bond WW. Infection control and hazard control. In: Sonis ST, editor. *Dental secrets*. 3rd ed. Philadelphia: Hanley & Belfus; 2003.

Figure 2 Flow chart for management of occupational exposures to bloodborne pathogens (reprinted with permission from the Organization for Safety and Asepsis Procedures).⁴

