

Questions médicales essentielles liées au VIH en dentisterie

Arthur H. Moswin, MD, FACP; Joel B. Epstein, DMD, MSD, FRCD(C), FDS RCSE

Auteur-ressource

Dr Epstein
Courriel : jepstein@uic.edu



SOMMAIRE

Les progrès réalisés dans la prise en charge de l'infection au VIH, depuis sa découverte, sont tels que l'infection est aujourd'hui considérée comme une affection chronique. Certaines de ces nouvelles démarches thérapeutiques sont le résultat des progrès dans la compréhension de la pathogenèse de la maladie, et cette évolution des soins médicaux peut également avoir une incidence sur la prestation des soins buccodentaires. Il importe donc que les fournisseurs de soins dentaires soient informés des pratiques actuelles. Le présent article passe en revue les protocoles actuellement recommandés pour la prise en charge des maladies liées au VIH.

Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-10/945.html

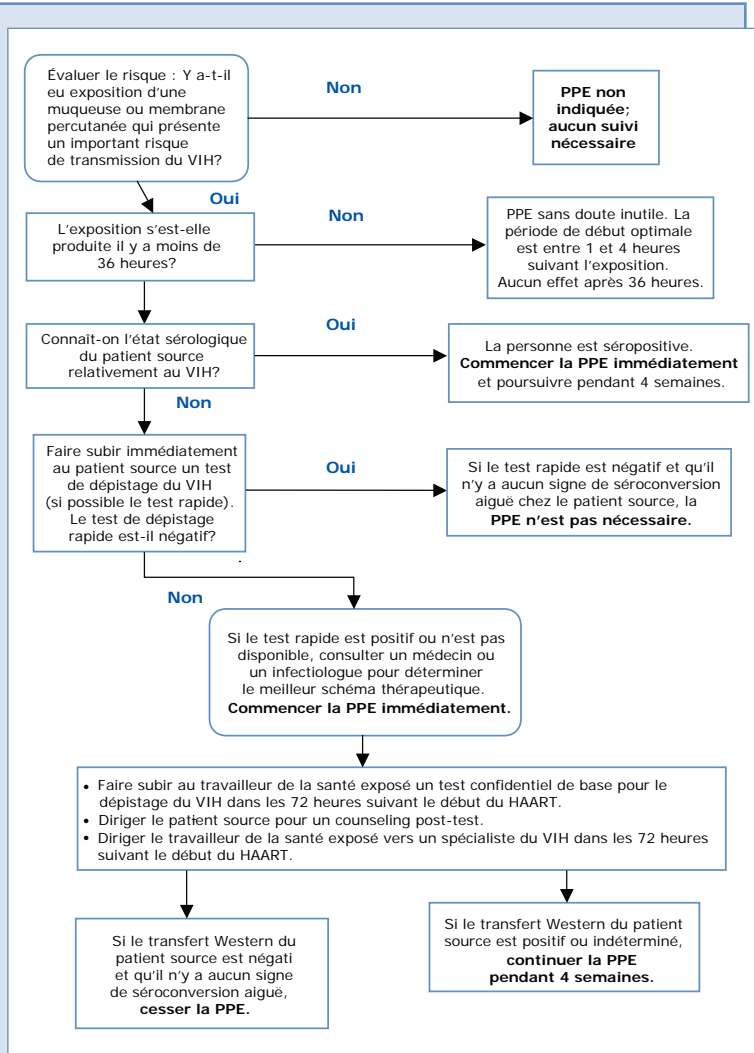
L'infection au VIH est aujourd'hui considérée comme une affection chronique traitable. Les patients qui en sont atteints vivent plus longtemps et ont une vie de plus en plus normale, en grande partie grâce au traitement antirétroviral hautement actif (couramment appelé traitement HAART). On estime ainsi qu'une personne de 21 ans infectée par le VIH vivra jusqu'à l'âge de 60 ans¹. Or, des soins dentaires réguliers constituent un volet important de la prise en charge de l'infection au VIH, les lésions buccales pouvant figurer parmi les premières manifestations de l'infection et se former à tout moment durant l'évolution de la maladie. Cet article propose un résumé des aspects médicaux liés à l'infection au VIH que le dentiste devrait connaître.

Vue d'ensemble des soins dentaires dans le contexte des maladies liées au VIH

Jusqu'à un quart des personnes infectées par le VIH ignorent leur état². Dans le cadre d'une enquête réalisée par la Rand Corporation en

2000 auprès de patients atteints du VIH/sida, 58 % des répondants ont déclaré ne pas consulter de dentiste régulièrement (c.-à-d. n'avaient pas consulté le dentiste au cours des 6 derniers mois), et 20 % d'entre eux auraient eu besoin de soins dentaires au cours des 6 mois précédents mais n'ont pas pu les obtenir³. Fait peu étonnant, on observe les meilleurs résultats lorsque des programmes dentaires sont intégrés à un programme exhaustif de traitement du VIH, sans doute à cause du plus grand nombre de patients dirigés vers les ressources compétentes et du meilleur financement de ces programmes.

Diverses raisons peuvent expliquer l'écart entre l'offre et la demande de soins dentaires, notamment l'absence de régimes de soins dentaires et les besoins médicaux et sociaux du patient faisant concurrence. La réticence du dentiste ne devrait cependant pas être un facteur. Même si les précautions universelles devraient être prises pour tous les patients sans égard à leur état sérologique relativement au VIH, la transmission professionnelle du VIH durant la



Ill. 1 : Prise en charge de l'exposition professionnelle au VIH. PPE = prophylaxie post-exposition. Adapté de la référence 6.

prestation de soins dentaires est extrêmement peu probable⁴, bien que certains patients soient forcément infectés par le VIH et malgré la fréquence des ponctions accidentelles de la peau par des instruments. Ceci tient sans doute au fait que le VIH se transmet rarement par la salive et que les quantités de sang en cause sont faibles. De fait, il semble que la plupart des blessures percutanées associées à la prestation de soins dentaires se produisent durant des procédures extra-buccales, par exemple durant le travail en laboratoire ou le nettoyage⁵. Il faut néanmoins présumer que *tout* patient en cabinet pourrait être de ces personnes ignorant être atteints du VIH, et chaque cabinet devrait établir un plan en cas de piqûre accidentelle avec des aiguilles ou autre exposition à du sang ou à des liquides organiques (ill. 1; voir aussi l'Annexe 1 en anglais seulement, *Recommendations on managing occupational HIV exposure*, à www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-10/945.html). Selon certaines études,

le risque global de contracter le VIH à la suite d'une piqûre accidentelle avec une aiguille est de 1 sur 200 (0,3 %)⁷, ce qui signifie que 99,7 % des coupures et expositions par piqûre accidentelle avec une aiguille ne causent pas d'infection au VIH. En revanche, le risque de contracter l'hépatite B (risque omniprésent durant la prestation de soins médicaux et dentaires), à la suite d'une telle piqûre survenant durant le traitement d'un patient infecté, peut atteindre jusqu'à 30 %⁶. Le **tableau 1** présente les risques associés aux autres modes de transmission du VIH, et le **tableau 2** montre que certains types d'exposition par piqûre avec une aiguille comportent plus de risques que d'autres. Le port de gants peut réduire de 50 % le volume de sang transmis s'il y a perforation du gant. L'instauration d'un traitement antirétroviral 1 à 4 heures après l'exposition peut réduire considérablement (de plus de 80 %) l'incidence de la transmission du VIH⁸. Un protocole devrait donc être mis en place pour tester le patient source en cas de blessure avec un objet pointu ou tranchant. Il est en outre important de déterminer, en consultation avec le personnel médical familial avec l'exposition au VIH, la gravité de l'exposition et, s'il y a lieu, de commencer un traitement antirétroviral prophylactique dans l'heure ou les 2 heures qui suivent. Le traitement HAART doit être poursuivi pendant 4 semaines si le patient source est séropositif, mais il peut être interrompu si le patient s'avère séronégatif.

Prise en charge préopératoire

Avant de dispenser des soins dentaires à un patient séropositif, il est impératif de communiquer avec le médecin traitant et d'aborder avec lui des questions autres que les questions usuelles (bien que toujours importantes) sur les saignements, les allergies, les antécédents cardiaques et l'antibioprophylaxie. Ces questions devraient porter sur les résultats récents de la numération des cellules T CD4, la charge virale en VIH, les autres problèmes médicaux présents (p. ex., hépatite, troubles cardiaques) ainsi que la liste actuelle de médicaments du patient (afin de déterminer les interactions médicamenteuses possibles). À mesure que le patient atteint du VIH vieillit, l'incidence de néphropathies, de maladies du foie (souvent dues à une hépatite concomitante), de cardiomyopathies et d'anomalies lipidiques (p. ex., taux élevé de cholestérol) a tendance à augmenter. Il peut également y avoir incidence plus élevée de coronaropathies (bien que cette observation soit controversée en raison des données contradictoires) et d'ostéoporose, en particulier chez les hommes. Ces derniers patients peuvent prendre des diphosphonates comme l'alendronate (Fosamax) et, à la lumière des récents cas d'ostéonécrose de la mâchoire observés chez des patients

Tableau 1 Risque de transmission du VIH pour divers modes de transmission^a

Mode de transmission	Risque par 10 000 expositions ^b
Percutané (sang)	30
Cutanéo-muqueux (sang)	< 1
Relations anales passives	50
Relations vaginales passives	10
Relations vaginales actives	5

^aAdapté de la référence 8

^bEn présumant une source infectée et, dans le cas des modes de transmission liés aux relations sexuelles, le non-usage de condom.

Tableau 2 Risque de transmission après une exposition percutanée (aiguille)^a

Facteur de risque	Rapport de cotes
Lésion profonde	16,1
Sang visible sur l'aiguille	5,2
Dispositif intra-artériel ou intraveineux (vs injection sous-cutanée ou intramusculaire)	5,1
Patient source présentant une forte charge virale	5,4
Prise de zidovudine après l'exposition	0,2

^aAdapté de la référence 9

non infectés par le VIH traités par ces médicaments, la vigilance s'impose⁹. Il est probable toutefois que le risque de complication de plaies chez une personne séropositive, par ailleurs en bonne santé et avec une bonne masse musculaire, soit comparable au risque chez une personne séronégative¹⁰.

Il est fréquent que les patients séropositifs présentent de légères anomalies de laboratoire, qu'ils soient ou non sous traitement antirétroviral. Ainsi, les résultats anormaux de l'hémogramme indiquant une anémie légère, une neutropénie ou (quoique plus rarement) une thrombocytopénie sont courants; ces troubles ne devraient toutefois pas retarder la prestation des soins, à moins d'être graves. Habituellement, aucune autre investigation n'est nécessaire si le fournisseur de soins médicaux primaires a l'expérience du traitement de patients infectés par le VIH, qu'il est informé des problèmes et qu'il ne voit aucune contre-indication à la chirurgie. Cependant, une hémoglobine inférieure à 7 mg/dl, un taux absolu de neutrophiles (numération leucocytaire × % polynucléaires + granulocytes neutrophiles à noyau en bâtonnet) de moins de $1,5 \times 10^3/\mu\text{l}$ ($1,5 \times 10^9/\text{l}$) ou une numération plaquettaire inférieure à $100 \times 10^3/\mu\text{l}$ ($100 \times 10^9/\text{l}$) pourrait nécessiter un examen particulier par le fournisseur de soins primaires avant une chirurgie¹⁰, mais habituellement pas avant des soins dentaires de routine.

Une augmentation isolée de la bilirubine associée à des taux *normaux* de sérum glutamo-oxalacétique transaminase et de glutamate pyruvate transaminase est une autre anomalie de laboratoire observée chez les patients sous traitement HAART; cet état peut se manifester chez des patients prenant de l'atazanavir (Reyataz), mais il n'a aucune conséquence médicale. Cette anomalie (de même que l'ictère franc, plus rare) est en outre plus fréquente à mesure que l'usage du traitement HAART augmente. Quant aux patients présentant des anomalies hépatiques ou rénales concomitantes, ils peuvent être plus à risque de saignement et autres complications, et les mises en garde usuelles s'appliquent. Le risque n'est toutefois pas plus élevé du seul fait de la séropositivité.

Le test à la tuberculine PPD (fraction protéique purifiée) pour le dépistage de la tuberculose (TB), également désigné test de Mantoux, est un autre test important pour les patients séropositifs. Comme les patients infectés par le VIH sont plus à risque de tuberculose active si le test à la tuberculine PPD est positif, ce test devrait être fait sur une base annuelle. L'état sérologique du patient relativement à la tuberculose, de même que le résultat de son plus récent test à la tuberculine PPD, devraient être vérifiés auprès du médecin de soins primaires; si les résultats sont positifs, le fournisseur de soins dentaires devrait s'assurer que la radiographie pulmonaire est normale (c.-à-d. le patient n'est pas atteint d'une tuberculose active) et qu'une prophylaxie par l'isoniazide a été instaurée avant d'entreprendre les soins dentaires.

Questions liées à la pharmacothérapie

Le succès du traitement anti-VIH dépend d'une conformité rigoureuse à la pharmacothérapie, sans omission de doses. Le non-respect de 10 % des doses (essentiellement 1 ou 2 doses par mois) ou plus peut causer l'apparition de virus résistants et entraîner l'échec du schéma thérapeutique. L'adhérence est un des principes directeurs du traitement anti-VIH, et tout devrait être fait pour tenter de réduire au minimum les doses omises et encourager les patients à prendre toutes les doses prescrites. Par conséquent, les patients sous traitement qui doivent être à jeun pour des analyses de laboratoire ou avant une chirurgie devraient être autorisés à prendre leurs médicaments anti-VIH avec de petites gorgées d'eau, si cela est possible. Dans les cas où le patient doit omettre une ou plusieurs doses, par exemple lorsque la mâchoire a été fixée avec un fil à la suite d'une fracture, il est important de consulter le médecin traitant. La prise d'antibiotiques standards et d'analgésiques ne pose habituellement pas de problème supplémentaire pour les personnes infectées par le VIH. Le fournisseur de soins dentaires doit cependant être conscient du risque (actuel ou passé) de toxicomanie, et ce facteur peut influencer le choix de médicament. Enfin, bien que l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole (Bactrim) soit rarement utilisée par les dentistes, il est bon de savoir que jusqu'à 50 % des

patients infectés par le VIH peuvent y être allergiques, et ce problème peut être découvert par le dentiste ayant prescrit sans le savoir ce médicament à un patient allergique. La réaction allergique disparaît habituellement après l'abandon du médicament.

Le médicament le plus susceptible de causer des interactions médicamenteuses est le ritonavir (Norvir), lequel peut être administré seul ou en association avec le lopinavir (Kaletra). Cet agent est responsable de nombreuses interactions médicamenteuses connues et comporte de nombreuses contre-indications. La liste complète des problèmes potentiels est indiquée dans la notice d'accompagnement du produit disponible en ligne (www.norvir.com) et autres références pharmaceutiques. Divers médicaments utilisés en dentisterie peuvent interagir avec le ritonavir ou l'association lopinavir-ritonavir; c'est le cas notamment de la mépéridine (Demerol) qui ne doit être utilisée en aucun cas; en revanche, les effets semblent minimaux avec l'acétaminophène, l'ibuprofène, le tramadol et l'oxycodone. Le ritonavir ou l'association lopinavir-ritonavir peuvent également augmenter les taux de proxyphène, lequel doit donc être utilisé avec prudence chez les patients traités avec l'un ou l'autre de ces médicaments anti-VIH; le ritonavir (seul ou en association) ne requiert toutefois aucun ajustement de la dose d'antibiotiques, bien qu'il provoque une élévation des concentrations de clarithromycine (Biaxin). Enfin, tous les dérivés de l'ergot, de même que les sédatifs midazolam (Versed) et triazolam (Halcion), sont contre-indiqués chez les patients prenant du ritonavir (seul ou en association) et devraient être utilisés avec une extrême prudence ou être totalement évités.

Ce que réserve l'avenir

L'industrie pharmaceutique nous annonce un grand nombre de médicaments nouveaux et prometteurs. Ces médicaments et les recherches qui se poursuivent sur les vaccins pourraient à nouveau révolutionner le traitement des patients infectés par le VIH et prolonger leur espérance de vie. Ces médicaments incluent de toutes nouvelles catégories de médicaments tels les inhibiteurs de fusion (p. ex., l'enfuvirtide [Fuzeon] récemment autorisé), les inhibiteurs de l'intégrase (p. ex., raltegravir [Isenstress]), les antagonistes des récepteurs du VIH (p. ex., maraviroc [Selzentry]) et d'autres¹² qui arrivent sur le marché. Comme le nombre de personnes vivant avec le VIH et le sida ne cesse d'augmenter, nous devons veiller à réduire leurs besoins non satisfaits en matière de soins dentaires. ♦

LES AUTEURS

Remerciements : Les auteurs souhaitent remercier Norma Rolfsen, FNP, ACRN, pour son aide dans la préparation de ce manuscrit.



Le Dr Moswin est directeur médical, Programme du VIH, Provident Hospital of Cook County, Chicago (Illinois), ainsi que directeur médical, Programme de soins pour le VIH, Michael Reese Hospital, Chicago (Illinois).



Le Dr Epstein est professeur et directeur, Département de la médecine buccale et des sciences diagnostiques, Collège de dentisterie, ainsi que directeur, Programme interdisciplinaire sur le cancer de la bouche, Collège de médecine, Chicago Cancer Center, Université de l'Illinois à Chicago, Chicago (Illinois).

Écrire au : Dr Joel Epstein, UIC College of Dentistry, Oral Medicine, MC-838, 801 South Paulina St., Chicago, IL 60691, USA.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Références

- Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sorensen HT, and others. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995–2005. *Ann Intern Med* 2007; 146(2):87–95.
- Department of Human Health and Services. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS prevention at CDC. 2007. Disponible à : www.cdc.gov/hiv/aboutDHAP.htm (accédé le 30 oct. 2007).
- Rand Corporation. Do people with HIV get the dental care they need? Results of the HCSUS study. 2005. Disponible à : www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9067/index1.html (accédé le 30 oct. 2007).
- Cleveland JL, Barker L, Gooch BF, Beltrami EM, Cardo D; National Surveillance System for Health Care Workers Group of the Centers for Disease Control and Prevention. Use of HIV postexposure prophylaxis by dental health care personnel: an overview and updated recommendations. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(12):1619–26.
- McCarthy GM, Ssali CS, Bednarsh H, Jorge J, Wangrang Simakulk K, Page-Shafer K. Transmission of HIV in the dental clinic and elsewhere. *Oral Dis* 2002; 8 Suppl 2:126–35.
- HIV Clinical Resource. Office of the Medical Director, New York State Department of Health AIDS Institute in collaboration with the Johns Hopkins University Division of Infectious Diseases. HIV prophylaxis following occupational exposure. December 2005. Disponible à : www.hivguidelines.org.
- U.S. Public Health Service. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Recomm Rep* 2001; 50(RR-11):1–52.
- Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54(RR-2):1–20.
- Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposures to HIV-infected blood — France, United Kingdom, and United States, January 1988–August 1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44(50):929–33.
- Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62(5):527–34.
- Schecter WP, Stock P. Surgery in patients with HIV. HIV InSite Knowledge Base Chapter. February 2003. Disponible à : <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-03-03-02> (accédé le 30 oct. 2007).
- Practice Guidelines for blood component therapy. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Blood Component Therapy. *Anesthesiology* 1996; 84(3):732–47.
- Treatment Action Group. The 2007 Pipeline Report. Experimental treatments and preventive therapies for HIV, hepatitis C, and tuberculosis. New York, NY. Disponible à : www.aidsinfonyc.org/tag/tx/pipeline2007b.pdf.