



## Association Française de Rhinologie

A Toulouse,  
Le 11/06/2012

Monsieur le Secrétaire Général de  
La Société Française d'ORL  
Pr Frédéric CHABOLLE  
26, Rue Lalo  
75116 PARIS

- Président : Elie Serrano  
[serrano.e@chu-toulouse.fr](mailto:serrano.e@chu-toulouse.fr)

- Vice-président : Louis crampette  
[louis.crampette@wanadoo.fr](mailto:louis.crampette@wanadoo.fr)

- Secrétaire : Jean-François Papon  
[jean-francois.papon@hmn.aphp.fr](mailto:jean-francois.papon@hmn.aphp.fr)

- Secrétaires adjoints : Jean-Michel  
Klossek, Laurent Castillo, Philippe  
Boudart  
[j.m.klossek@chu-poitiers.fr](mailto:j.m.klossek@chu-poitiers.fr) ;  
[castillo.l@chu-nice.fr](mailto:castillo.l@chu-nice.fr) ;  
[philippe.boudard@wanadoo.fr](mailto:philippe.boudard@wanadoo.fr)

- Trésorier : Ludovic de Gabory  
[ludovic.de.gabory@chu-bordeaux.fr](mailto:ludovic.de.gabory@chu-bordeaux.fr)

Monsieur le secrétaire général,

Vous avez souhaité connaître la position officielle de l'Association Française de Rhinologie (AFR) concernant le risque de transmission d'ATNC lors d'acte invasif. Ce point était à l'ordre du jour de la réunion de printemps de l'AFR fait l'objet de la proposition suivante.

En effet, la circulaire N°449, relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, identifie maintenant clairement deux cas de figure : les patients suspects ou atteints et les patients ni suspects ni atteints.

**1/- Pour tout geste à risque sur un patient suspect ou atteint**, le matériel en contact avec un tissu à risque sera séquestré après prise en charge particulière de l'instrumentation (double nettoyage manuel et inactivation totale).

**2/- Pour les patients ni suspects ni atteints**, il convient de définir ce qui est entendu par « acte à risque ». La muqueuse olfactive n'est macroscopiquement pas individualisable de la muqueuse respiratoire à la partie haute des fosses nasales. Le couloir olfactif comprend la face médiale du cornet moyen, la lame criblée et la partie haute de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Le risque dépend donc du type de chirurgie endonasale réalisé et du type de matériel utilisé.

-En cas de chirurgie septale (septoplastie / rhino-septoplastie), de chirurgie ethmoïdale (évidemment ethmoïdal / ethmoïdectomie) ou d'autres chirurgies rhinologiques comme la dacryocystorhinostomie ou la méatotomie moyenne, la muqueuse olfactive n'est pas impliquée.

-En cas de chirurgie, au contact de la fente olfactive (nasalisation ethmoïdale, polype de la fente olfactive, tumeur de la fente olfactive, hamartome) et en cas de résection de la muqueuse olfactive et/ou de la base du crâne antérieure (résections crânio-faciales), l'intérêt d'utiliser un matériel à usage unique comme le micro-résecteur est souligné. En l'absence de matériel à usage unique, la procédure de stérilisation doit suivre le protocole du CLIN local. La procédure de stérilisation est de type neurochirurgicale en accord avec le CLIN local. Cette procédure de stérilisation comprend une désinfection et une inactivation totale du prion. Cette inactivation est rendue possible en routine par la mise sur le marché de nouveaux produits prionocides inactivants totaux. A titre d'exemple : le bloc ORL de Montpellier, propose de traiter l'ensemble de l'instrumentation rhinologique avec ACTANIOS HLD30mn.

En résumé :

Sont considérés comme « actes à risque » les gestes effectués sur le couloir olfactif (nasalisation ethmoïdale, polype de la fente olfactive, tumeur de la fente olfactive, résections crânio-faciales). Les procédés de désinfection doivent être envisagés avec l'aide de chaque CLIN local.

Je vous prie de croire, Monsieur le secrétaire général, à l'expression de mes sentiments respectueux les meilleurs.

**Professeur Elie SERRANO,**  
Président de l'AFR

