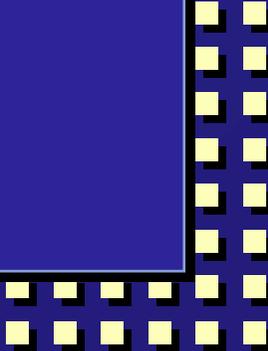


**INFECTION VIH :**  
**Traitement post exposition**  
**Circulaire du 13/03/2008 ;**  
**Rapport YENI 2008**

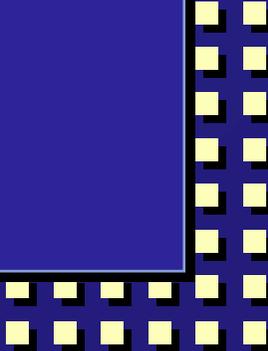
**Pr. D SALMON, Pr C RABAUD**

**25/11/2008**





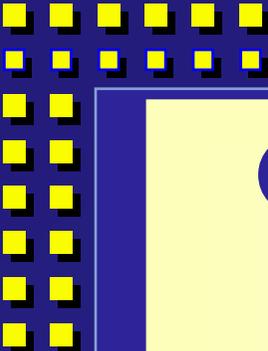
# Arguments en faveur de la prophylaxie post exposition

- Etudes animales :
    - le ténofovir donné dans les 24 heures suivant l'exposition et poursuivi 28 jours empêche la transmission virale (+/- rôle en pré-exposition ?)
  - Etude humaine :
- 

# Méta-analyse franco-anglo-américaine

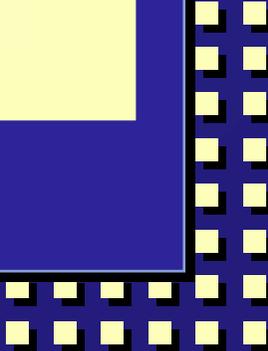
*(Cardo et al 1997)*

Facteur risque	OR
Blessure profonde	16.1
Sang visible	5.2
Procédure IV ou intra-artériel	5.1
Patient source SIDA	6.4
Prise Rétrovir	0.2



**Conduite à tenir en cas d'exposition  
au risque de transmission  
du VIH, VHB et/ou VHC**

**Circulaire  
DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91  
du 13 Mars 2008 ;  
Rapport YENI 2008**



# Le dispositif

- Personnes concernées
  - toute personne récemment exposée
- Prise en charge à 100 % (traitement)
- 1<sup>ère</sup> consultation :
  - = prise en charge immédiate
  - ⇒ heures ouvrables : référents
  - ⇒ autres cas : urgences (astreinte tél. référent)
- Suivi ultérieur : médecins référents

# Prise en charge immédiate

## ■ Interrogatoire

- délai entre dernière exposition et consultation
- sérologies VIH, VHB ± VHC du partenaire ou du patient source :

### TESTS RAPIDES

(consentement du patient source « hors coma »)

- nature précise de l'exposition

## **Les indications thérapeutiques de ttt ARV**

- **Le traitement post exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission VIH**
- **Pour les autres situations, le groupe d'expert a considéré que la balance risque iatrogène / bénéfice n'est pas en faveur de la mise en route d'un traitement**

# AES professionnel: Définition

- Tout contact avec :
  - du sang
  - un liquide biologique contaminé par du sang
- Et comportant :
  - une effraction cutanée (piqûre, coupure),
  - une projection sur muqueuse ou une peau lésée

## Quelques chiffres chez les professionnels de santé

- Incidence en 2005 : 8,8 pour 100 lits, rapporté au nombre de lits d'hospitalisation en France cela porterait à **40 620 AES professionnels.**
- Environ 50% chez des infirmèr(e)s
- Majorité de blessures lors de l'élimination du matériel
- En Décembre 2007 : 14 séroconversions professionnelles documentées (toutes survenues après piquêre avec aiguilles de gros calibre contenant du sang) et 34 infections présumées recensées en France

# Risque de transmission

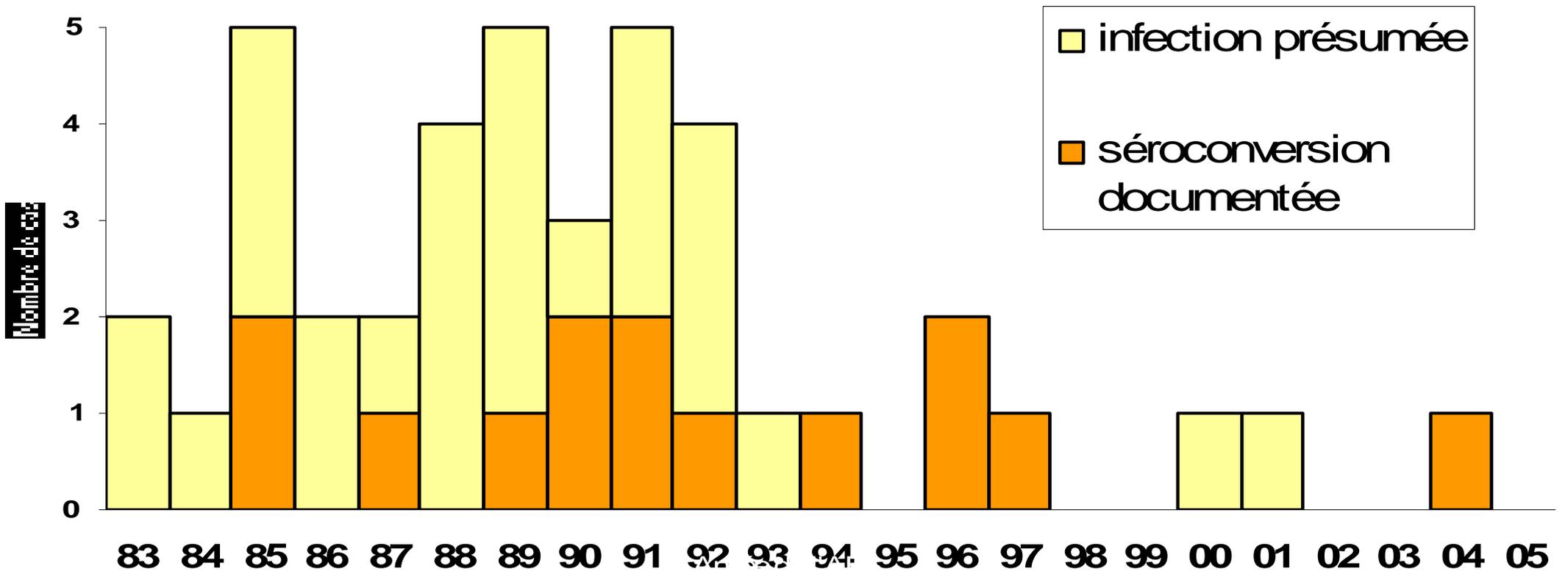
- |                    |       |
|--------------------|-------|
| ■ Après piqûre VHB | 30%   |
| ■ Après piqûre VHC | 3%    |
| ■ Après piqûre VIH | 0,3%  |
| ■ Après CCM VIH    | 0,03% |

## Risque moyen

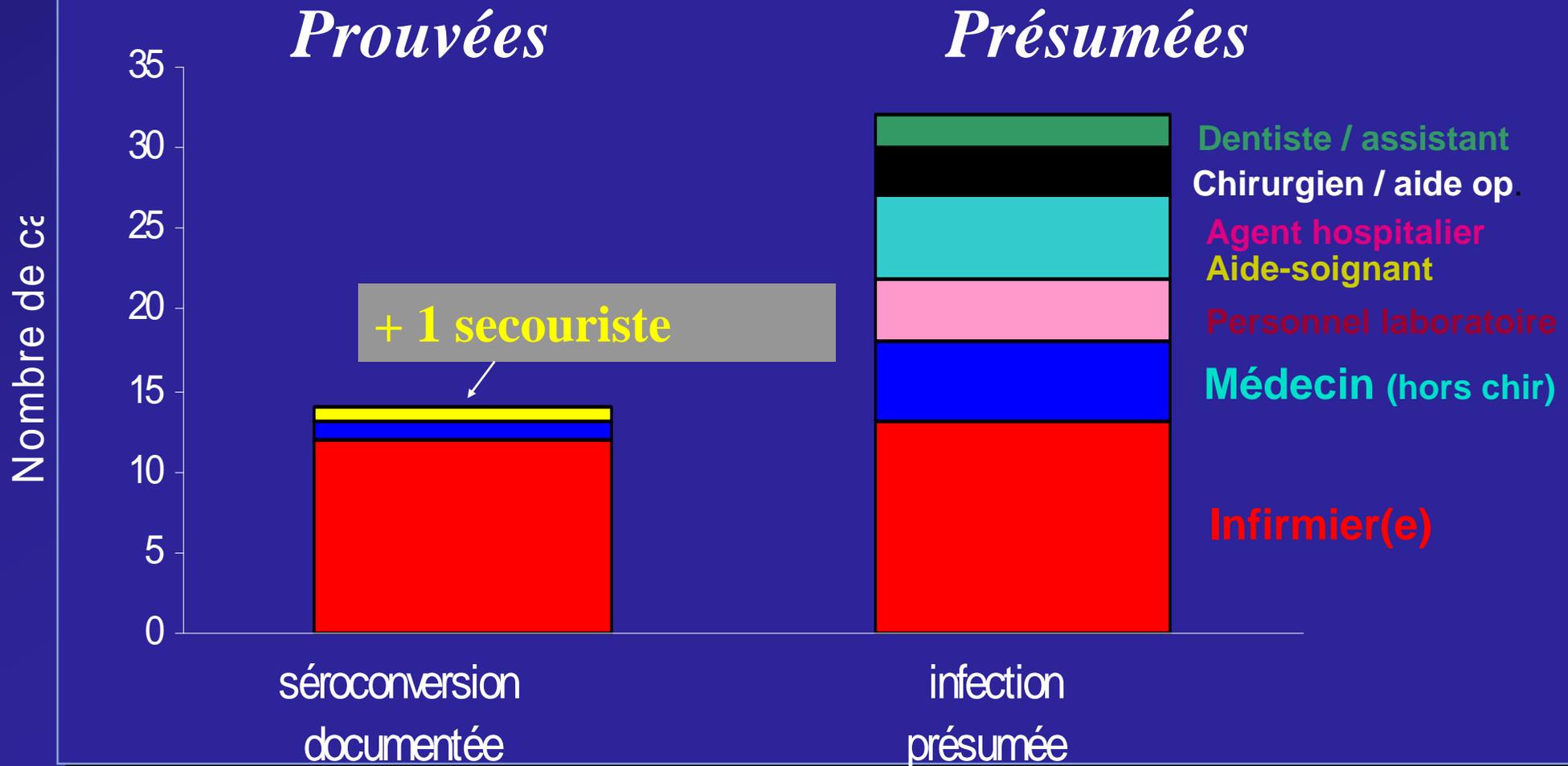
Piqûre avec aiguille creuse contenant du sang  
= risque majeur

Piqûre avec aiguille pleine à travers des gants =  
risque + faible

# Nombre d'infections professionnelles VIH chez le personnel de santé selon l'année de l'accident - 31/12/2005

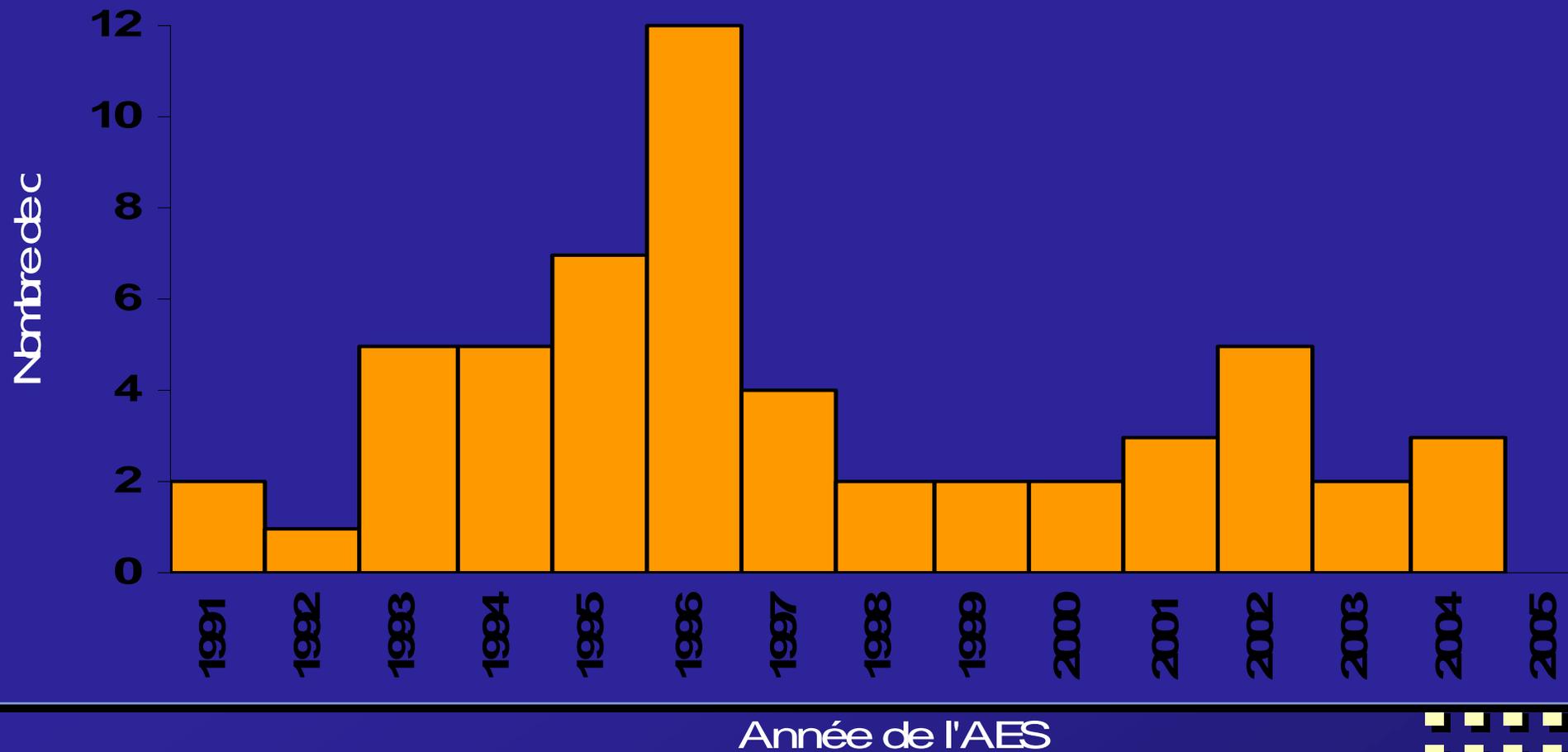


# Infections VIH professionnelles selon la profession (31-12-2005)



La profession est inconnue pour 2 infections présumées

# Séroconversions professionnelles VHC chez le personnel de santé selon l'année de l'accident (31/12/2005)



# Surveillance nationale des AES

## Risque viral

- ✓ Estimation cas annuels attendus de séroconversion (données RAISIN 2003) :

Virus	AES estimés	Piqûre et coupure*	Prévalence connue de l'infection*	Taux chronicité*	Risque séroconversion	Cas attendus
VHC	35364	63,9%	6,2%	73%	0,5%**	5,1

# Prise en charge immédiate (*sang*)

## ■ Conduite immédiate

– lavage plaie eau + savon

– antiseptie (contact > 5 mn) : eau de Javel :

0,9° chlorométrique = 0,25% de chlore actif

(utilisé 0,5%)

↪ Déclaration accident et sérologie VIH :  
Médecine du travail

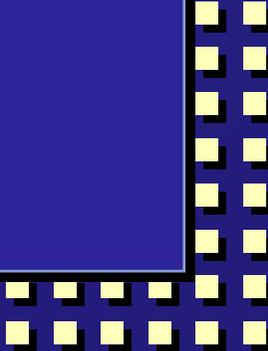
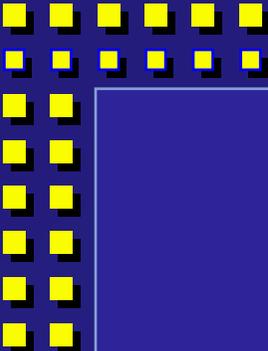
## Prophylaxie post exposition vis-à-vis du VIH : critères de décision

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du patient source	
	POSITIF	INCONNU
<b>Important</b> : piqûre profonde, aiguille creuse de gros calibre, dispositif IV	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si patient reconnu à risque <sup>1</sup>
<b>Intermédiaire</b> : coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou sous-cutanée, aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse, (avec temps de contact > 15 mn), ET exposition < 48 h	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
<b>Minime</b> : Contact sur peau intacte avec quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée avec un autre liquide biologique (salive, urines...), piqûre avec seringue abandonnée Morsure ou griffure, crachat	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

## Prophylaxie post exposition vis-à-vis du VIH : critères de décision

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du patient source	
	POSITIF	INCONNU
<b>Important</b> : piqûre profonde, aiguille creuse de gros calibre, dispositif IV	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si patient reconnu à risque <sup>1</sup>
<b>Intermédiaire</b> : coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou sous-cutanée, aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse, (avec temps de contact > 15 mn), ET exposition < 48 h	Prophylaxie recommandée <sup>2</sup>	Prophylaxie non recommandée
<b>Minime</b> : Contact sur peau intacte avec quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée avec un autre liquide biologique (salive, urines...), piqûre avec seringue abandonnée Morsure ou griffure, crachat	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

<sup>2</sup>: Si PS suivi, CV indétectable « ancienne », contrôlée indétectable à J0 ; arrêt H48/96



# **Risque de transmission sexuelle**

# Quantification du risque de transmission VIH

## ■ Sexuel

Rapport	Risque / rapport
anal réceptif	0.5 à 3 %
vaginal réceptif	0.05 à 0.15 %
insertif	0.03 à 0.06 %

Problème des rapports oro-génitaux ???

Rupture préservatif = 1.8 % actes

## EXPOSITIONS SEXUELLES

	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
- Rappports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque <sup>1</sup>
- Rappports vaginaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque <sup>1</sup>
- Fellation réceptive avec éjaculation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée

<sup>1</sup>: TIV, ATCD IST ulcérate, MSM, Afrique subsaharienne

Rappports sexuels non protégés avec personne de statut sérologique inconnu

## EXPOSITIONS CHEZ LES USAGERS DE DROGUE

	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Important : - partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : - partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée

# Traitement Post-exposition (TPE) recommandé

- Doit comporter une trithérapie : 1 IP + 2 INTI
  - » INTI : Truvada° ou Combivir °
  - » IP : LPV/r (bonne expérience d'utilisation)
- Prescription fractionnée (ts 8-15j) pour vérifier observance et tolérance
- Débuter le TPE idéalement dans les 4h suivant l'exposition (< 48h)
- Adapter le TPE au ttt de personne source si elle est VIH+

# Suivi du patient avec traitement Post-exposition (TPE)

- Informer et s'assurer de la compréhension de la TPE
- Protection sexuelle et exclusion des dons de sang jusqu'au résultat d'une sérologie VIH-
- S'assurer des suivis et les adapter en fonction mode de vie du pt
- Renforcer l'accompagnement, la prévention, la confidentialité

# Traitement et suivi

- **Kit initial : 3-4 jours**
- **Trace écrite de la consultation (formulaire adapté)  
+ remise d'un document au patient**
- **Ré-évaluation par médecin référent**
- **Suivi de « 3 mois » l'absence de TPE ou 4 mois si  
TPE**

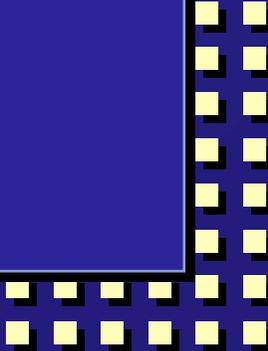


# Autres mesures

## ■ AES professionnel

- Déclaration d'AT dans les 24 h
- S'enquérir du statut vaccinal VHB de la personne exposée
- Pt source : faire aussi sérologies VHC et VHB
- Déclarer à l'InVS les contaminations VIH, VHC, VHB

## ■ AES sexuel

- S'enquérir de la date dernières règles et penser à pilule lendemain en l'absence de contraception
  - Dépister autres IST (chlamydia, syphilis)
- 

# Séroconversions VIH

## Échecs de tri-thérapies post-exposition

<b>Pays (année)</b>	<b>Caractéristiques de l'AES</b>	<b>Patient source</b>	<b>Traitement (Durée)</b>	<b>Délai</b>	<b>Sympt. de primo infection</b>	<b>Séro- conversion</b>
<b>France (1997)</b>	<b>1 piqûre prof. aig. gros calibre dans sac de déchets</b>	<b>SIDA Trt=D4T+3TC +IDV (charge virale &lt; 800 copies/ml)</b>	<b>AZT+3TC+IDV (48h) puis D4T+3TC+IDV (4 sem)</b>	<b>1h30</b>	<b>J 40</b>	<b>J 55</b>
<b>USA (1998)</b>	<b>1 piqûre prof. dispositif à ailette gros calibre prélevé veineux</b>	<b>Toxicomane VIH+, VHC+ Trt=AZT+3TC (charge virale = 1450 copies/ml)</b>	<b>AZT+3TC+DDI +IDV (6 sem)</b>	<b>40 mn</b>	<b>J 57</b>	<b>J 70</b>

# Prise en charge du risque d'hépatite B

- **AES professionnels :**
  - » vérifier le statut vaccinal
- **AES sexuel :**
  - » si multipartenaires ou partenaire agHBS+ :  
**sérovaccination** (gammaglobulines antiHBs 500 UI +vaccin)

# Immunisation des professions de santé vis-à-vis de l'hépatite B

Arrêté du 6 mars 2007, JO du 1 mars 2007

Si primovaccination > 25 ans  
ou 13-25 ans à haut risque (A)

Dosage Ac  
(même ancien)  
> 100 mUI/ml  
<100 mais >10  
et AgHBs-  
↓  
pas de rappel

dosage Ac < 10 mUI/ml  
↪ Recherche AgHBs

↓  
Si négatif : rappel vaccin

↪ dosage à M+1

↪ > 100 : OK

↪ < 100 : rappel (≤ 6 inj.)

<10

> 10 : OK

Surv. séro annuelle Ag + Ac antiHBs

# Prise en charge du risque d'hépatite C

- *Risque  $\leq 3\%$  (environ 500 000 porteurs ; chronicité  $\geq 70\%$ )*
  - Surveillance si patient source virémique VHC (10%)  
ou patient source statut inconnu
  - sérologie VHC, ALAT/ 15j

# Prise en charge du risque d'hépatite C

- Si primo-infection
  - = (2 PCR « successives » positives)
    - Traitement immédiat
    - ou
    - Traitement après élévation des transaminases

## Suivi biologique de la personne exposée aux VIH, VHC, VHB

	<b>AES traité</b>	<b>AES non traité</b>
<b>J0</b>	<b>NFS, ALAT, amylase, créatinine, test de grossesse Sérologie VIH, VHC Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu</b>	<b>Sérologie VIH Sérologie VHC + ALAT Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu</b>
<b>J15</b>	<b>NFS, ALAT, créatinine si ténofovir PCR VHC si PCR + chez sujet source</b>	<b>PCR VHC si PCR + chez sujet source</b>
<b>J30</b>	<b>NFS, ALAT Sérologie VHC si risque VHC</b>	<b>Sérologie VIH ALAT et sérologie VHC si risque VHC</b>
<b>M2</b>	<b>Sérologie VIH</b>	<b>Pas de bilan biologique</b>
<b>M3</b>	<b>Pas de bilan biologique</b>	<b>Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC</b>
<b>M4</b>	<b>Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC</b>	<b>Pas de bilan biologique</b>
<b>M6</b>	<b>Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné</b>	<b>Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné</b>

Si suspicion de PI, charge virale VIH

# Conclusion

- Lourdeur  $\neq$  pilule du lendemain
- Intolérance médicamenteuse
- Efficacité incomplète
- **PREVENTION = SEUL GARANT DE NON CONTAMINATION**