

Prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES)

D'après le rapport Morlat 2017

Piqûre ou blessure ou contact peau lésée

Laisser saigner - Nettoyage à l'eau et au savon - Rincer.
Désinfecter par contact ou immersion pendant au moins 5 minutes avec antiseptique:
dérivé chloré: **Soluté de Dakin pur** ou eau de Javel diluée à 10% ou à défaut : Polyvidone iodée : **Bétadine Dermique** pure ou **Chlohexidine alcoolique** à 0,5% ou Alcool 70°.

Projection muqueuse ou yeux

Rincer abondamment au moins 5 minutes: sérum physiologique ou eau.

Aux urgences

Déclaration d'accident du travail

Sérologies + bilan préthérapeutique: NFS, ALAT, créatinine, amylase, test de grossesse, Sérologie VIH, Sérologie VHC, Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné.

Remise de la liste des médecins référents: Le patient doit consulter ce médecin dans les 3 jours suivant l'AES.

Recherche du statut sérologique de la personne source

Il est essentiel d'essayer d'obtenir des informations concernant le statut sérologique VIH du sujet source et, si infection VIH, le résultat de la dernière charge virale plasmatique VIH, de même que la nature des traitements antirétroviraux antérieurs et en cours, ainsi que leur efficacité virologique.

Délai d'initiation du TPE

Le TPE sera d'autant plus efficace que le délai d'initiation sera court. Il faut raccourcir au maximum ce délai et l'idéal est de débiter le traitement dans les 4 premières heures qui suivent l'exposition. Il peut être initié au plus tard jusqu'à 48 heures après l'exposition.

Indications de TPE après exposition au sang ou liquide biologique (hors partage de matériel d'injection)

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important: piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire: • coupure avec bistouri • piqûre avec aiguille IM ou SC • piqûre avec aiguille pleine • exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Faible: • piqûres avec seringues abandonnées • crachats, morsures ou griffures, autres cas	TPE non recommandé		

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

Le Traitement Post-Exposition comporte une trithérapie (deux INTI et un 3^{ème} agent)

Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI):

	Effets indésirables	Recommandations et commentaires
TRUVADA® (ténofovir + emtricitabine) 1 comprimé/jour	- Troubles gastro-intestinaux : diarrhée, douleur abdominale, dyspepsie, flatulence / météorisme, nausée, vomissement. - Toxicité mitochondriale (effet commun aux INTI) : acidose lactique et hépatomégalie avec stéatose hépatique, rare mais potentiellement mortel - Lipodystrophie, hypertriglycéridémie, hypercholestérolémie, et hyperglycémie - Vertiges .	- Une prise par jour (matin, ou midi, ou soir). - A prendre avec de la nourriture

+ Inhibiteurs non nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

	Effets indésirables	Recommandations et commentaires
EDURANT® (rilpivirine) 1 comprimé/jour au cours d'un repas même léger	- Très fréquents : insomnie, céphalées, sensation de vertiges, nausées, hypercholestérolémie, augmentation des transaminases. - Fréquents : perte d'appétit, rêves anormaux, état dépressif, somnolence, vomissements, douleur abdominale, bouche sèche, éruption cutanée, fatigue, leucopénie, thrombopénie ou anémie.	Baisse efficacité de la Rilpivirine si associée aux : - anticonvulsifs suivants : la carbamazépine, l'oxcarbazépine, le phénobarbital, la phénytoïne ; - les antimycobactériens suivants : la rifampicine, la rifapentine ; - les inhibiteurs de la pompe à protons tels que l'oméprazole, l'ésoméprazole, le lansoprazole, le pantoprazole, le rabéprazole ; - le glucocorticoïde systémique suivant : la dexaméthasone, sauf sous la forme d'un traitement en dose unique.

ou Association des 3 inhibiteurs : deux INTI et un INNTI

	Effets indésirables	Recommandations et commentaires
EVIPLERA® (rilpivirine + ténofovir + emtricitabine) 1 comprimé/jour, au cours d'un repas même léger	- Douleurs abdominales, diarrhées, nausées, vomissements - vertiges, céphalées, humeur dépressive, asthénie, somnolence, sensation d'ébriété, insomnies, rêves anormaux.	Baisse efficacité de la Rilpivirine si associée aux : - anticonvulsifs suivants : la carbamazépine, l'oxcarbazépine, le phénobarbital, la phénytoïne ; - les antimycobactériens suivants : la rifampicine, la rifapentine ; - les inhibiteurs de la pompe à protons tels que l'oméprazole, l'ésoméprazole, le lansoprazole, le pantoprazole, le rabéprazole ; - le glucocorticoïde systémique suivant : la dexaméthasone, sauf sous la forme d'un traitement en dose unique.

La tolérance des médicaments peut être très différente chez les sujets sains de celle des patients infectés par le VIH et occasionner des effets indésirables inattendus dans leur fréquence et dans leur nature.

Les choix alternatifs du TPE sont :

- soit l'association tenofovir-emtricitabine : TRUVADA® (préférentiellement sous forme générique compte tenu du moindre prix) avec darunavir/ritonavir (soit 3 cps en 1 prise/j) ou avec raltegravir : ISENTRESS® (soit 3 cps en 2 prises/j)
- soit la co-formulation tenofovir DF + emtricitabine + elvitegravir/c (« Stribild® » 1 cp/j).
PREZISTA® : darunavir NORVIR® : ritonavir

TPE et atteinte rénale préexistante :

- Prescrire association de zidovudine + lamivudine : COMBIVIR® (un comprimé deux fois par jour) peut être utilisée dans le cadre d'une trithérapie à la place de l'association tenofovir + emtricitabine: TRUVADA®

La première prise de traitement se fera aux urgences même si elle est rapprochée de la suivante, elle jouera le rôle de dose de charge.

TPE chez une femme enceinte ou susceptible de l'être:

- Prescrire l'association tenofovir-emtricitabine : TRUVADA® avec darunavir/ritonavir est recommandée.
La posologie de darunavir/r est de 800mg/100 une fois/jour si le TPE est prescrit au cours du premier semestre de grossesse et de 600mg/100 deux fois par jour au cours du dernier trimestre.

Lorsque le sujet exposé est d'abord vu en SAU sans recours à un médecin référent pour le VIH

Le TPE, justifié par l'urgentiste, est prescrit pour une durée initiale de 48 à 96 heures, à l'issue desquelles la personne exposée doit être revue par un médecin référent. Ce dernier pourra être amené à modifier le schéma thérapeutique, voire à interrompre selon le contexte : résultat négatif de la sérologie VIH ou charge virale indétectable confirmée du patient source, réévaluation du risque, mauvaise tolérance.

Si le médecin référent décide la poursuite du traitement, il reconduira la prescription pour une durée totale de 28 jours.

TPE et hépatite B

Le jour de l'accident :

Patient source: Antigène HBs, Anticorps anti-HBs, Anticorps anti-HBc.

La plupart des personnels de santé sont vaccinés contre le VHB et sont répondeurs à la vaccination (Ac anti-HBs > 10 mUI/ml au moment de l'AES ou > 100 mUI/ml au moins une fois dans les antécédents).

Si patient source porteur du VHB (Ag HBs+) : Sérovaccination complète à proposer aux non-vaccinés, ou une injection d'immunoglobulines aux personnes non répondeuses à la vaccination. Administration d'immunoglobulines, non nécessaire si personne source ne présente pas de virémie VHB positive (ADN plasmatique indétectable) et que le ténofovir est prescrit dans le cadre d'un TPE anti VIH.

TPE et hépatite C

Si exposition professionnelle possible au VHC (patient source infecté par le VHC et virémique, ou patient source de sérologie inconnue), un traitement préventif anti-VHC n'est pas recommandé en post-exposition, aucune étude n'ayant évalué son efficacité.

Piqûre avec patient source VIH positif

Le choix du traitement antirétroviral se fera au cas par cas. Un recours au médecin référent pour le VIH s'impose en urgence, si ce médecin n'est pas joignable on utilisera le traitement habituel du patient source si celui-ci n'est pas en échec virologique.

Suivi biologique en cas d'exposition au sang ou liquide biologique

	AES sans TPE	AES avec TPE
J0 – J7	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnu</u>) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non-vacciné</u>) - ALAT 	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnu</u>) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non-vacciné</u>) - ALAT - créatinine, test de grossesse
S2		- ALAT, créatinine
S6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable) - ALAT et ARN VHC (si ARN VHC+ chez sujet source) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - ALAT et ARN VHC (si ARN VHC+ chez sujet source)
S12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>)

Suivi biologique pour le VHB

- o Lorsque le taux des Ac anti-HBs est inconnu au moment de l'AES chez un soignant vacciné, il faut le rechercher à S0 (La HAS préconise également la recherche des Ac anti- HBc et anti-HBs et des ALAT). En l'absence de protection (absence de vaccination ou Ac anti-HBs < 10 mUI/ml et absence d'un taux >100 mUI/ml au moins une fois dans les antécédents), si le patient source est porteur du VHB (Ag HBs+) ou de statut inconnu, le suivi reposera sur la mesure des marqueurs du VHB (Ac anti-HBc et anti-HBs, Ag HBs) à 12 semaines.
- o En cas de vaccination effectuée après l'exposition, un contrôle des Ac anti-HBs sera effectué un mois après la fin du schéma vaccinal.

Suivi biologique pour le VHC

En cas d'exposition au sang, un suivi sérologique sera effectué si le patient source est virémique pour le VHC (ARN VHC plasmatique détectable) ou de statut sérologique inconnu, avec comme objectif de dépister rapidement une hépatite aiguë, laquelle serait une indication à une prise en charge spécifique :

- ▶ Si patient source de statut VHC inconnu, le suivi sera uniquement basé sur la sérologie VHC à S12
- ▶ Si patient source virémique pour le VHC, le suivi de la personne exposée comporte, en plus de celui indiqué précédemment, la recherche d'ARN-VHC (couplée au dosage des ALAT) réalisée à 6 semaines.