



**INFECTION VIH :**  
**Traitement post exposition**  
**Circulaire du 02/04/2003 ;**  
**Rapport YENI 2006**

**Pr. Ch. RABAUD**

**12/12/2007**



# La prophylaxie post exposition reste d'actualité

## ■ Etudes animales :

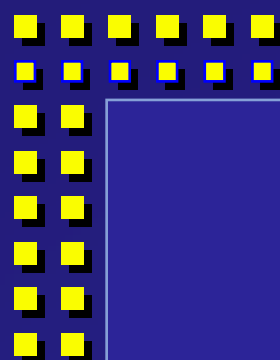
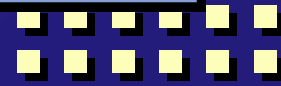
- analogues nucléosidiques et inhibiteur de protéases utilisés en PEP ralentissent évolution de l'infection VIH
- le ténofovir donné dans les 24 heures suivant l'exposition et poursuivi 28 jours empêche la transmission virale (+/- rôle en pré-exposition ?)

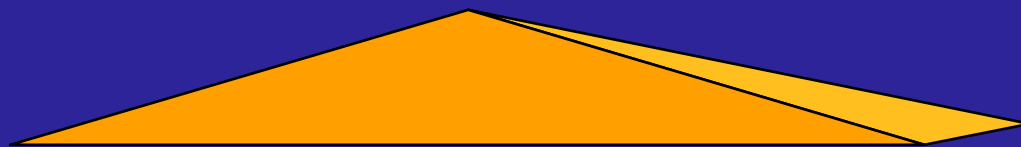
## ■ Etude humaine :

# 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

- 
- ⇒ circulaire DGS/DHT/DRT n° 666 (1996)
    - Conduite à tenir après AES
    - Place des traitements antirétroviraux
  - ⇒ débat concernant la prise en charge d'autres types d'exposition
  - ⇒ Circ. DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 09/4/98
- 



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

**Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS  
n°2003/165 du 2 avril 2003 ;  
Rapport YENI 2006**

# 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

# Quantification du risque

- Patient source :
  - connu
  - prévalence de l'infection dans la population  
(Hétéro = .1% ; Homo = 13% ; TIV = 17%)  
(Violeur : 5%)
- « Inoculum »
- Résistance éventuelle au traitement

# Résistance au traitement antirétroviral

## ■ Primo-infection :

– Résistance à la zidovudine :

» 1988-91 : 4 %

» 1992 : 10 %

» 1993-94 : 13%

– Résistance à la lamivudine :

» 1995-98 : 8 %

– Résistance aux IP :

» 1995-98 : 9 %

# 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 sont revues à la baisse**

- **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 : 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

# VIH et accident d'exposition au sang (AES)

- En France, en 2006 (1997 ; 2004)
  - 14 cas prouvés de séroconversion (+34 présumés)
  - 12 infirmières, 1 interne, 1 secouriste (
  - 10 cas SIDA (2 ARC; 1 séroconversion) (...)
  - Toutes des piqûres profondes sauf 1 projection massive
  - Prélèvement IV dans 10 cas ( 1 hémoc. ; 1 gaz du sang ; 1 ponction pleurale)
  - Echec Rétrovir<sup>R</sup> 5 cas ; Echec Trithérapie 1 cas



# Maladies prof. et accidents du travail

- ◆ Tableaux annexés au Code de la Sécurité Sociale ou au Code Rural :
  - symptômes,
  - délai de prise en charge,
  - moyens de diagnostic,
  - professions exposées.
- ◆ Plus fréquentes dans la pop. exposée que dans la pop. générale
- ◆ V.I.H. : toujours secondaires à un accident (blessure, projection) => accident du travail

# Incidence des AES chez le personnel infirmier(e) en France

## ■ AES et matériel sécurisé

→ 89 unités de soins, 46 piqûres

	N piqûres	N piqûres/100 000 actes
matériel non sécurisé	38	17.8
matériel sécurisé	8	4.4

## ■ Evolution du risque

	1990	1992	2000
N IDE	518	363	1506
N AES	183	98	184
AES/infirmier(e)/an	0.35	0.27	0.12

# 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

# VIH : Prise en charge immédiate (*sang*)

## ■ Vis-à-vis du VIH

- ⇒ Traitement : < 4 h après risque, au plus tard 48 h
- Pt source VIH+ : choix ttt cf. expert

Exposition	Patient source	
	+	?
Aiguille IV ou IA Contondant, IM, sc Cutanéomuq > 15 ' Morsures, griffures, ...	Traitement Traitement Traitement Pas de TTT	Traitement* Pas de TTT Pas de TTT Pas de TTT

# Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH – Rapport 2006

## Accident exposant au VIH/Traitement post-exposition

### Situations à risque :

#### 1) Notion de personne source à risque :

- usager de drogue par voie intra-veineuse,
- homme homosexuel et/ou bisexuel,
- personne ayant eu des rapports sexuels non protégés ou rupture de préservatifs avec des personnes au statut sérologique inconnu et appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1 %.

#### 2) Situation à risque = prise de substances psychoactives, partenaires sexuels multiples.

# **VIH : Prise en charge immédiate** *(autres cas)*

## ■ **Vis-à-vis du VIH**

– **Le traitement n'est recommandé que si la personne source est identifiée infectée par le VIH !!!**

⇒ **avis auprès d'un référent**

– **Morsure et griffure ne donne pas lieu à traitement**



# **Risque de transmission sexuelle**

# Quantification du risque de transmission VIH

## ■ Sexuel

H séro+	F. séro-	Risque à 3 ans
Asympto	RAS	7 %
Asympto	MST	26 %
Asympto	Sodomie	45 %
Sida	RAS	43 %
Sida	Sodomie	67 %

# 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

# VIH : Prise en charge immédiate (*voie sexuelle*)

OU

SI

victime de viol

SI

Exposition < 48 h

ET

Partenaire VIH+

ET

Rapports non protégés anaux ou vaginaux  
ou fellation réceptive avec éjaculation

OU

SI

Exposition < 48 h

ET

Partenaire à statut sérologique inconnu mais F.R.\*

ET

Rapports non protégés anaux ou vaginaux

---

⇒ Traitement antirétroviral

SI Personne source VIH+ traité ⇒ avis auprès d'un référent

# Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH – Rapport 2006

## Accident exposant au VIH/Traitement post-exposition

### Situations à risque :

#### 1) Notion de personne source à risque :

- usager de drogue par voie intra-veineuse,
- homme homosexuel et/ou bisexuel,
- personne ayant eu des rapports sexuels non protégés ou rupture de préservatifs avec des personnes au statut sérologique inconnu et appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1 %.

#### 2) Situation à risque = prise de substances psychoactives, partenaires sexuels multiples.

# VIH : Prise en charge immédiate (*drogue*)

## ■ Vis-à-vis du VIH

SI  
ET

partage d'aiguille, seringue et/ou préparation  
injection < 48 h

OU

SI  
ET  
ET

partage de récipients, cuillères, filtres ou eau de rinçage  
injection < 48 h  
partenaire VIH+

⇒ proposer : "KIT de traitement antirétroviral"

SI Partenaire VIH+ traité ⇒ avis auprès d'un référent

# Composition du traitement

- Trithérapie
- Pas de NNUC (névirapine, efavirenz)
- Deux analogues nucléosidiques
  - Combivir ou Truvada
- Une antiprotéase : lopinavir, saquinavir
  - (pas de fosamprénavir)
  - pas de nelfinavir

# Composition du traitement

## ■ Notre GOLD STANDARD

Combivir + Kalétra

## ■ EVALUATION EN COURS (cohorte nationale) :

Truvada + Kaletra nouvelle formulation

# Traitement et suivi

- **Kit initial : 3-4 jours**
- **Trace écrite de la consultation  
+ remise d'un document au patient**
- **Ré-évaluation par médecin référent**
- **Suivi de moins 3 mois (rapport YENI)**

# Prise en charge immédiate

- Vis-à-vis de l'hépatite B
  - si non vacciné : proposer injection vaccinale  
(si non répondeur : gammaglobulines antiHBs)

# Prise en charge immédiate

- Vis-à-vis de l'hépatite C (*risque  $\leq 3\%$* )

*(environ 500 000 porteurs ; chronicité  $\geq 70\%$ )*

patient source virémique VHC (10%)

ou patient source statut inconnu

- sérologie VHC, ALAT

- consultation spécialisée pour mise en place suivi

# Prise en charge

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

# **AES : Suivi sérologique : patient non traité**

- **J<sub>0</sub> (J<sub>8</sub>) : Sérologie VIH, VHC, ALAT, AC HBs**
- **J<sub>15</sub> : PCR VHC si patient source virémique VHC**
- **J<sub>30</sub> : Ag p24 (ou PCR VIH) ; ALAT, sérologie VHC (si risque)**
- **M<sub>3</sub> : sérologie VIH, ; ALAT, sérologie VHC (si risque)**
- **M<sub>6</sub> : ALAT, sérologie VHC ; AC HBc si non répondeur ou non vacciné**

# Conclusion

- Lourdeur  $\neq$  pilule du lendemain
- Intolérance médicamenteuse
- Efficacité incomplète



**PREVENTION =  
SEUL GARANT  
DE NON CONTAMINATION**

# Prévention = « préservation »

- Disposer de préservatif
- Savoir utiliser le préservatif
- Utiliser un seul préservatif/acte
- Lubrifiant
- Retrait et toilette
  
- Souillure ; Allergie