

Chapitre 14
prise en charge des situations
d'exposition au risque viral
Rapport Morlat
Septembre 2013

Incidence du VIH en France

- Entre 2004 et 2007 , 7000 à 8000 contaminations par an , soit une incidence de 17 à 19 pour 100 000 par an .
- Chez les HSH =incidence de 1000 /100 000 , donc de 1/100 = **population à risque**
- Sur 6000 nouveaux diagnostics en 2012, **2000 nés en ASS**, 2400 HSH et 80 UDI

Nouvelles recommandations 2013

- Il est recommandé d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quelque soit son nombre de lymphocytes CD4
- Un traitement ARV efficace permet de prévenir la transmission du VIH d'une personne vivant avec le VIH à son partenaire sexuel
- Cette information doit être portée à la connaissance des patients.

Contaminations professionnelles

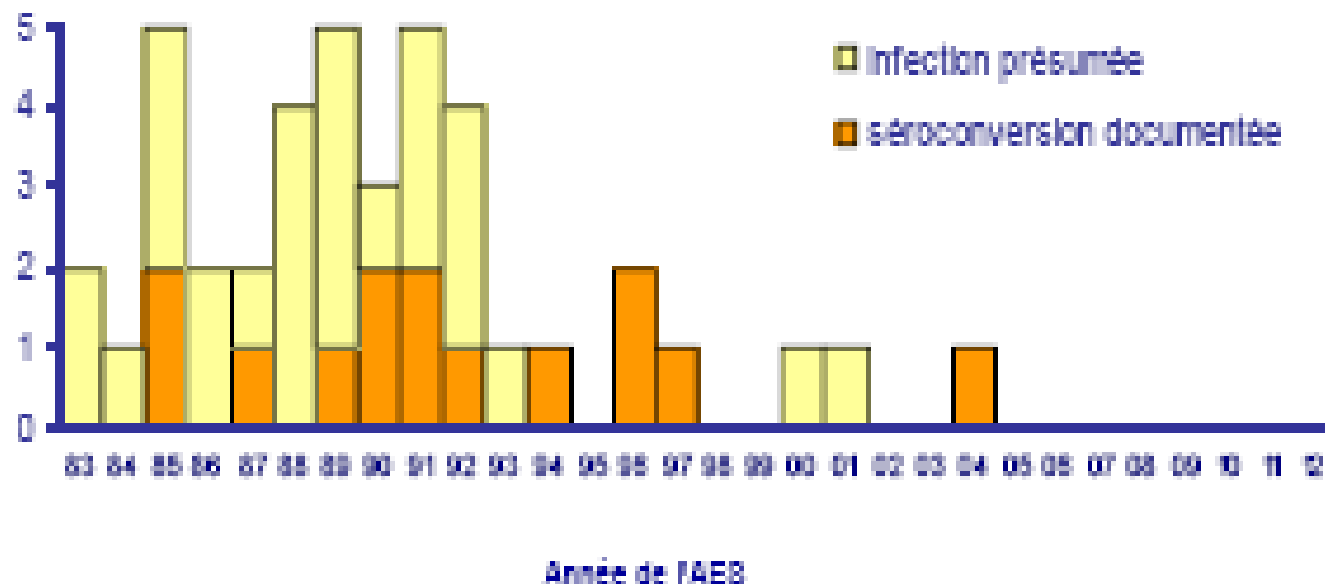
Surveillance INVS

Résultats

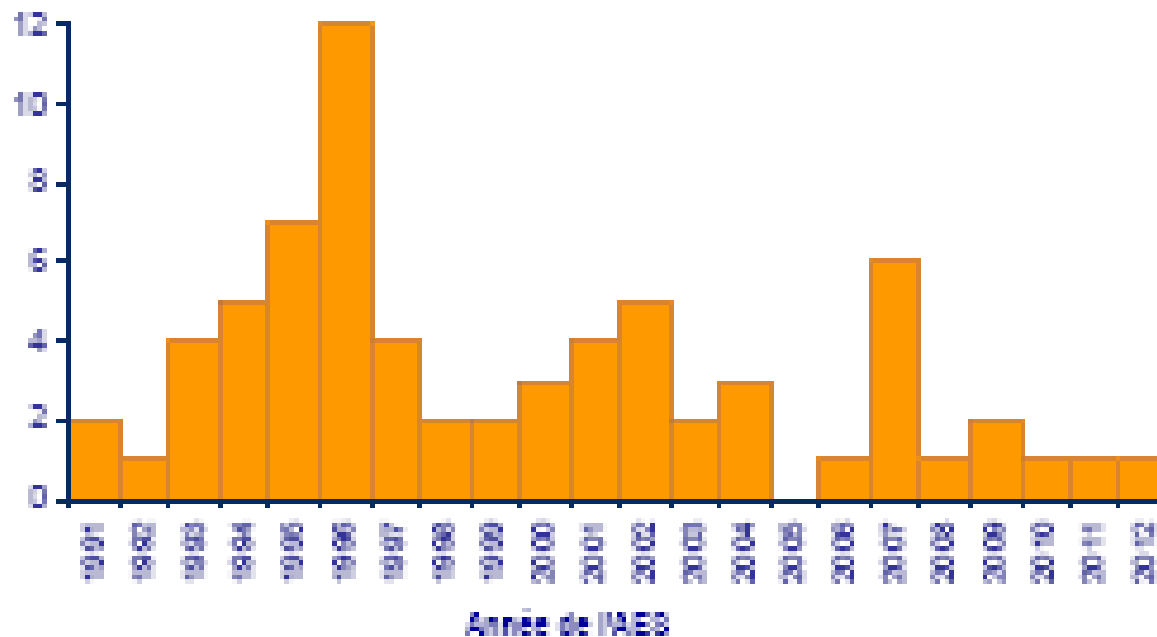
Au 30 juin 2012, depuis la mise en place de la surveillance :

- VIH : 14 séroconversions documentées et 35 infections présumées
- VHC : 70 séroconversions documentées
- VHB : aucune séroconversion rapportée

Contaminations professionnelles VIH en France chez le personnel de santé selon l'année de l'AES



Séroconversions VHC documentées en France chez le personnel de santé selon l'année de l'AES (n=70)





6 séroconversions VHC déclarées depuis 2008 (1 à 2 par an)

- Profession : 4 IDE (dont 2 à domicile) , 1 chirurgien, 1 personnel de laboratoire
- Tâches : 4 prélèvements IV
- Mécanismes : 2 éliminations dans le container, 1 activation de la protection
- Charge virale chez les patients sources $\sim 10^6$ UI/ml

Estimations / la surveillance AES-Raisin-Geres Nombre de séroconversions attendues en 2009

- Environ 32 000 AES estimés déclarés aux médecins du travail
- Nombre de séroconversions attendues en 2009 :
 - VIH : < 1 cas
 - VHC : environ 2 cas

⇒ Données de la surveillance cohérentes avec ces estimations

Chapitre 14 Points forts

-
- **Le nombre d'AES survenant chez le personnel de santé a diminué depuis 2004. Il n'y a pas eu de contamination professionnelle par le VIH depuis 2005, par le VHC depuis 2008 ???, aucune séroconversion VHB n'a été observée chez les soignants.**
- **A l'inverse, le risque de transmission d'un patient traité, ayant une charge virale indétectable contrôlée à plusieurs reprises, est très faible.**
- **Des études régionales ont montré des prescriptions fréquentes du traitement post-exposition (TPE) dans les expositions sexuelles, souvent dans des situations à faible risque.**
- **La prise en charge des AES en milieu extra-hospitalier n'est pas organisée.**

Indications du traitement PE

- Pour les expositions professionnelles à risque élevé (piqure profonde aiguille creuse contenant du sang) : on maintient l'indication quelle que soit la charge virale du patient source
- Pour les sexuelles on maintient l'indication pour les rapports anaux réceptifs quelque soit la CV du patient source +++

	Statut VIH de la personne source			
Risque et nature de l'exposition	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV indétectable ¹	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Important : - piqûre profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Intermédiaire : - coupure avec bistouri - piqûre avec aiguille IM ou SC - piqûre avec aiguille pleine - exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes	TPE recommandé	TPE non Recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Minime : - piqûres avec seringues abandonnées - -crachats, morsures ou griffures autres cas	TPE non recommandé*			

Tableau 2. Indications de TPE après exposition sexuelle

Expositions sexuelles				
	Statut VIH de la personne source			
Risque et nature de l'exposition	positif		Inconnu	
	CV détectable	CV indétectable*	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	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 indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourra 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).

** Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH >1 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

*** Un TPE peut néanmoins être envisagé au cas par cas en présence de facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou buccale, IST associée, saignement).

Recommandations

- **D'instaurer le TPE le plus rapidement possible. Il est inutile de prescrire un TPE au-delà de 48 H (BIII).**
- **De mettre à disposition dans les services spécialisés et les SAU adultes et enfants un kit de quatre jours d'ARV, afin de pouvoir débuter un TPE sans délai.**
- **De prescrire préférentiellement une association d'ARV comportant ténofovir et emtricitabine (ou lamivudine) associé soit au lopinavir/r en deux prises par jour, soit à l'atazanavir/r ou au darunavir/r en une prise par jour (BIII). La durée du TPE est de 4 semaines.**

Traitement post exposition

- 1° intention = IP boostée (reyataz, kaletra,darunavir) + truvada (plutôt que combivir)
- 2° intention = raltegravir si intolérance
- Traitement du patient source (en amont pour le partenaire) sauf Abacavir /viramune
- Eviplera ? = rilpivirine non adaptée sur le plan pharmacologique

- **D'informer les femmes sous TPE de la moindre efficacité des contraceptifs oraux (BIII), et de préconiser l'utilisation systématique du préservatif pour les femmes et les hommes jusqu'aux résultats sérologiques.**
- **De vacciner contre le VHB les personnes exposées et non immunisées, couplée à une injection d'immunoglobulines spécifiques en cas de sujet source infecté par le VHB ou issu d'un groupe à prévalence élevée (BII).**

- **D'assurer un suivi sérologique pour le VIH à S6 après l'exposition en l'absence de TPE, et à M3-M4 en cas de traitement, quelle que soit la nature de l'AES.**
- **D'assurer les suivis sérologiques du VHC, et si besoin du VHB, jusqu'à 3 mois (pas de TPE) ou 4 mois (si TPE) après l'exposition, pour les faire coïncider avec le suivi VIH.**

Suivi biologique

	Exposition au sang		Exposition sexuelle	
S6		<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - ALAT et PCR VHC si PCR VHC + chez le patient source 		<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie syphilis - ALAT et PCR VHC** si PCR + chez le patient source
M2	Sérologie VIH		<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie syphilis 	
M3		<ul style="list-style-type: none"> - ALAT + sérologie VHC si PCR VHC + chez le patient source - Anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non-vacciné ou non-répondeur 		<ul style="list-style-type: none"> - ALAT + sérologie VHC** si PCR VHC + chez le patient source - Anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non-vacciné ou non-répondeur
M4	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - ALAT et sérologie VHC si PCR VHC + chez le patient source - Anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non-vacciné ou non-répondeur 		<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - ALAT + sérologie VHC** si PCR VHC + chez le patient source - Anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non-vacciné ou non-répondeur 	

* Inutile chez un non-répondeur.

** En cas de rapport sexuel traumatique et/ou sanglant, de rapport anal réceptif.

Prophylaxie VHB

	Statut VHB personne source		
Personne exposée	positif	Inconnu	
		Groupe à prévalence élevée*	Groupe à prévalence faible
EXPOSITION AU SANG			
Non vaccinés	Immunoglobulines (Ig) + vaccin		vaccin
Vaccinés non répondeurs	Ig		rien
EXPOSITION SEXUELLE			
Non-immunisés	Ig + vaccin		vaccin

* Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VHB > 2 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale, IST associée, saignement).

	AES traité	AES non traité
J0	<p>NFS, ALAT, créatinine, test de grossesse Sérologie VIH, VHC Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu Ac anti HBs, anti HBc et Ag HBs si non répondeur ou non vacciné</p>	<p>Sérologie VIH Sérologie VHC + ALAT Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu Ac anti HBs, anti HBc et Ag HBs si non répondeur ou non vacciné</p>
J15	NFS si AZT , ALAT, créatinine	
J30	NFS, ALAT, créatinine PCR VHC si PCR + chez sujet source	
S6		<p>Sérologie VIH PCR VHC et ALAT si PCR + chez sujet source</p>
M2	Sérologie VIH	
M3/ M4	<p>Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc, AgHBS et anti HbS si non répondeur ou non vacciné</p>	<p>Sérologie VIH (Arrêté du 1^{er} Août 2007) Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc, anti HBs et Ag HBs si non répondeur ou non vacciné</p>

- **De poursuivre les efforts de prévention par l'application des précautions standard et la mise à disposition de matériel sécurisé (AII).**
- **De cibler les prescriptions de TPE tant chez l'adulte que chez l'enfant dans les expositions à risque élevé de transmission (BII).**
- **D'organiser des études épidémiologiques sur la prise en charge des personnes consultant après un AES dans les COREVIH**

Professionnels de santé en mission

- Informer les soignants qui vont effectuer un séjour professionnel en pays de fort endémie , avant leur départ, à la prévention et la gestion d'un AES. L'immunité anti VHB doit être vérifiée avant le départ , un dépistage du VIH et du VHC peuvent être proposés.
- L'employeur ou l'organisme auquel cette personne est rattachée devrait fournir le TPE .