



# Prise en charge des AES



Dr Sihem OUAR EPELBOIN  
Chef de Clinique Assistant  
SAU CHU Henri Mondor

Journées d'échanges autour du VIH  
Annaba, Algérie, 22-23 mars 2013



## I. Définition

L'accident d'exposition au Virus (AEV, ex AES) se définit par:

- Une **exposition** percutanée par piqûre ou coupure ou un contact cutané ou muqueux (sur peau lésée ou muqueuses) avec du **sang** ou un **liquide biologique**
- Accident d'exposition sexuel** = rapport non protégé avec un partenaire infecté .



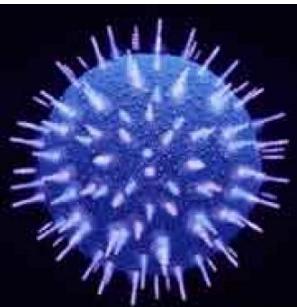
## II. Principaux agents en cause

### Les 3 principaux

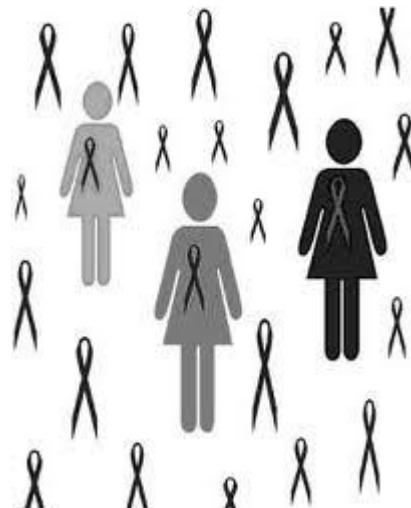
- VIH
- VHC
- VHB

### Autres cas recensés

- Paludisme
- Syphilis
- Fièvres hémorragiques...



## III. EPIDÉMIOLOGIE



## Epidémiologie des AES en France (1)

- Incidence 2006: 8.9 pour 100 lits d'hospitalisation
- 1 AES /2 : IDE (incidence: 0.27 en 1995 / 0.7 en 2003)
- Les piqûres sont les plus fréquentes
- 52.5% en éliminant du matériel
- **Sous-déclaration chez les chirurgiens** (48 à 73% des AES ont lieu lors de **sutures**. Le risque est d'autant plus important que l'intervention a lieu dans le cadre de l'**urgence** et que l'intervention dure plus d'une heure)
- Efforts de prévention + éducation : incidence des piqûres chez IDE divisé par 4 en 10 ans:
  - Meilleure application des préventions
  - Usage de matériel de sécurité

## Epidémiologie des AES (2)

- Etudiants hospitaliers sont souvent exposés:
  - 550 étudiants en médecine à Los Angeles, 71% rapportent une exposition au sang ou liquides souillées dans l'année précédente.
  - 665 étudiants, 5,5% déclaraient avoir été victimes d'un AES en première année de stage et près de 50% à la fin de la troisième année. Seuls 36% avaient déclaré l'accident et à peine 20% ont eu un suivi sérologique complet.



# Nombre d'AES déclarés sur 3 ans

## Hôpitaux inter région Nord

Personnel	1995-1997	%
IDE/ élèves	2949/ 583	48,8/9,7
AS	994	16,5
Médecins	634	10,5
Chirurgiens	113	1,9
Laborantins	150	2,5
Sages femmes	92	1,5
Autres	314	5,2

## IV. MODES DE CONTAMINATION



## Contamination professionnelle (1)

- Une infection professionnelle prouvée est définie par une sérologie négative au moment de l'accident et se positivant dans les 6 mois suivant une exposition percutanée ou cutanéomuqueuse au VIH.



# Risque de transmission

## Taux de transmission

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

## Contamination sexuelle (2)

- VIH beaucoup moins contagieux que autres IST (syphilis 30%, hépatite B 3%, VIH 0,3%)
- Taux transmission
  - H → F 20%
  - F → H 10%
- Taux de transmission variable selon le type de rapport
  - Pénétration anale 5 fois plus à risque que pénétration vaginale
  - Risque très faible avec rapports orogénitaux
  - Risque nul: baiser

# Contamination sexuelle (2)

## ■ Facteurs augmentant le risque de transmission:

- Primo-infection (CV des sécrétions génitales corrélée à CV plasmatique)
- Stade SIDA
  - CD4 <200/mm<sup>3</sup>
  - Charge virale élevée
- Plaie ou lésion génitale
- IST++ (Chancre syphilitique, herpès, gonocoque, chlamydiae)
- Rapport pendant les règles
- Saignement lors du rapport (1er rapport, viol)
- Facteur diminuant le risque: TRT ARV chez le partenaire infecté

## Contamination sexuelle (3)

- Risque VHB > VIH, pas de données précises
- VHB: transmission sexuelle 35%
- Risque VHC beaucoup moins important. Devient significatif si rapport sanguin: 1,8 à 3,5% par voie percutanée, idem sexuelle et materno-fetale

## Contamination : autres (4)

- Aucune transmission VIH publiée par piqûre par seringue abandonnée
- Risque si projection sur peau lésée très faible
- Risque plus élevée pour VHC et VHB car plus résistants

## VPRISE EN CHARGE DES AES



## 1) Dispositif de prise en charge (Circulaire DGS/DHOS 2003)

- Si heures ouvrables: consultation externe (MIT)
- Si heures non ouvrables: urgences
- Gratuité des médicaments
- Procédures internes écrites
- Rapidité des tests HIV
- Adresser secondairement à consultation spécialisée

## 2) Sur place au moment de l'accident

- Premiers soins : nettoyer la plaie
- Documenter le statut sérologique du patient source (VIH, VHB, VHC)
- Orienter le soignant accidenté vers le médecin référent (médecin du travail, urgentiste, infectiologue)

## 2.1. Premiers soins

### → EXPOSITION CUTANÉE

- ▶ Laver immédiatement à l'eau et au savon,  
puis rincer
- ▶ Désinfecter AU MOINS 5 MINUTES
  - Dakin ++ (ou eau de javel 9° diluée au 5ème)
  - Polyvidone iodée en solution dermatique
  - Alcool à 70°

## 2.1. Premiers soins

### → EXPOSITION MUQUEUSE

Rincer immédiatement et abondamment  
AU MOINS 5 MINUTES

- ▶ au serum physiologique
- ▶ ou à défaut à l'eau

### 3) Aux urgences ou consultation Evaluation du risque de transmission

- Délai depuis l'exposition
- Sévérité de l'exposition
- Nature du liquide biologique responsable
- Statut virologique et sérologique du patient source

### 3) Aux urgences ou consultation Evaluation du risque de transmission

- Délai depuis l'exposition  
→ Traitement dans les 48h après l'exposition
- Sévérité de l'exposition
- Nature du liquide biologique responsable
- Statut virologique et sérologique du patient source

### 3) Aux urgences ou consultation Evaluation du risque de transmission

- Délai depuis l'exposition
- Sévérité de l'exposition
  - Profondeur de la blessure
  - Présence de sang visible sur l'instrument
  - Aiguille creuse, diamètre, geste IV ou IA
  - Absence de gant
- Nature du liquide biologique responsable
- Statut virologique et sérologique du patient source

### 3) Aux urgences ou consultation Evaluation du risque de transmission

- Délai depuis l'exposition
- Sévérité de l'exposition
- Nature du liquide biologique responsable
  - Sang ou liquides biologiques souillés par du sang
  - Lait maternel, sperme, liquide pleural ou péricardique, ascite, LBA, LCR
  - Larmes, salive : faible concentration, présence de composant qui tendent à inactiver le virus (Risque NUL)
- Statut virologique et sérologique du patient source

### 3) Aux urgences ou consultation Evaluation du risque de transmission

- Délai depuis l'exposition
- Sévérité de l'exposition
- Nature du liquide biologique responsable
- Statut virologique et sérologique du patient source
  - VIH connu :  
Risque élevé si : CV élevée, CD4 bas, primo-infection stade SIDA
  - Risque faible ou nul : CV indétectable depuis plusieurs mois sous ARV
- VIH inconnu : Rechercher les facteurs de risques chez la personne source, Intérêt du test de dépistage VIH rapide

## 4) Prophylaxie AES professionnel VIH

	Statut VIH Personne Source	
	VIH positif	VIH Inconnu
<b>Risque important</b> Piqûre profonde, aiguille creuse intravasculaire (art ou vein)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
<b>Risque intermédiaire</b> Coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou SC, piqûre avec aiguille pleine, exposition cutanéo-muqueuse avec temps de contact > 15 min, morsures profondes avec saignement	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
<b>Risque minime</b> Autres cas, piqûres avec seringues abandonnées, crachats, morsures légères, griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

## 5) Choix du traitement

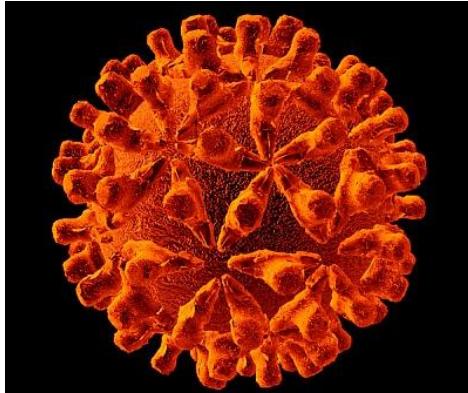
- Recommandation 2010 en France :
  - Ténofovir/emtricitabine (Truvada)
  - Et
  - Lopinavir/ritonavir (Kaletra)
  
- Ne pas oublier la déclaration AT dans les 48h
- Si patient source VIH+ : adapter le traitement en fonction du traitement actuel ou antérieur, résistance... Mesurer la CV du patient.
- Traitement donné aux urgences pour une durée de 72h

# Prophylaxie VHB

## ■ Sujet contact immunisé

- Vacciné
- Taux Ac >10UI/L

## ■ PAS DE TRAITEMENT

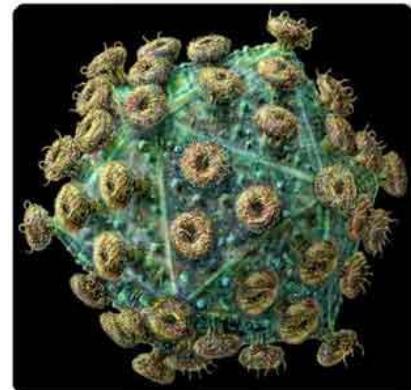


## ■ Sujet contact non immunisé

- Recherche statut viral patient source avec son accord
- Si Ag HBs + traiter avec vaccin + 500UI/I  $\gamma$ globulines anti VHB dans les 48h

# Contamination VHC

- **Infection fréquente chez:**
  - VIH +, toxicomanie IV, transfusés < 1990
- **600 000 sujets porteurs VHC en France**
- **Si FDR patient source ou PCR +:**
  - Surveillance; pas de prophylaxie spécifique
  - Transas/15 jours pendant 2 mois puis tous les mois pendant 4 mois
  - M1, M3, M6: sérologie +/- PCR à J15, M1 et M3 si transas augmentées

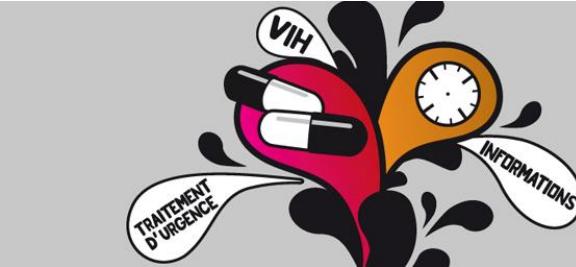




# Particularités des expositions non professionnelles



## 1) Expositions sexuelles



Même dispositif que les accident professionnels

Evaluer le risque de transmission

- Type de rapport = anal/ vaginal /oral , réceptif/insertif
- Éjaculation ?
- Sang ?
- Lésion génitale= chancre, herpès,
- Rapport traumatique
- Rapport protégé ou non = rupture ou glissement

Ajouter un bilan IST : syphilis, chlamydiae...

Risque de grossesse : pilule du lendemain



# Prophylaxie VIH AE sexuelle: Pratiques à risque

Rapport sexuel	Probabilité/acte
Anal réceptif- partenaire VIH+	0,5 à 3,2%
Vaginal réceptif- partenaire VIH+	0,05 à 0,15%
Vaginal insertif- partenaire VIH+	0,03 à 0,18%
Anal insertif- partenaire VIH+	0,01 à 0,18%

# Prophylaxie VIH AE sexuelle:

	Statut VIH Personne Source	
	VIH positif	VIH Inconnu
Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	<p><b>Prophylaxie recommandée si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personne source à risque (homo ou bisexuel, usager de drogue iv, personne appartenant à un groupe avec séroprévalence &gt; 1% (voir cartes))</li> <li>- Situation à risque (prise de substances psycho actives, partenaires sexuels multiples)</li> <li>- Rapport homosexuel masculin,</li> <li>- quelque soit le résultat du test rapide de la personne source</li> </ul>
Rapports Vaginaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne ou situation reconnue à risque (voir ci-dessus)
Fellation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne ou situation reconnue à risque (voir ci-dessus)

## 2) Prophylaxie VIH AE usagers de drogue

	<b>Statut VIH Personne Source</b>	
	VIH positif	VIH Inconnu
<b>Risque important:</b> Partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	<b>Prophylaxie recommandée</b>	<b>Prophylaxie recommandée</b>
<b>Risque intermédiaire:</b> Partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	<b>Prophylaxie recommandée</b>	<b>Prophylaxie non recommandée</b>

# PROTOCOLE DE SUIVI



## 1) Bilan initial

- Prélever le praticien aux urgences si indication à une prophylaxie, bilan standard avec une sérologie VIH (statut initial)
- Ne pas oublier les BHCG (CI ARV)
- Prélever autres sérologies : VHB, VHC



## 2) Suivi clinique et biologique

- Si patient source VIH - : pas de suivi sauf si suspicion de primo infection
- Si exposition VHb ou VHC : suivi spécialisé
- Si prophylaxie VIH mise en place en urgence : Voir tableau

# Calendrier de prélèvement

	<b>J0</b>	<b>J15</b>	<b>J30</b>	<b>J45-60</b>	<b>J120</b> <b>M3</b>	<b>J240</b> <b>M6</b>
NFS-Plaq	X	X		X		
ASAT/ALAT	X	X	X	X	X	X
Sérol VIH	X			X	X	X
Antigénémie p24 (si pas de tt ARV)		X				
Sérol HBV	X				X	
Sérol HCV	X		X	X	X	X
β-HCG	X					

# PREVENTION DES ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG

Prévention



# La prévention des AES

## *Circulaire DGS/DH du 20/04/98*

- Vaccination contre l 'hépatite B et contrôle Ac anti-HBs
- Surveillance des AES pour :
  - guider les actions
  - évaluer leur impact
- Application des précautions standard
- Mise à disposition de matériel de protection adapté (gants, masques, matériels de sécurité...)
- Intégration de la sécurité dans l'organisation du travail
- Formation et information du personnel
- Diffusion d 'une conduite à tenir en cas d 'AES

# Prévention des expositions sexuelles

C'est une autre histoire !!!



© dinostock

## Références

- *Rapport Yeni 2010*
- *Circulaire DGS/R12/DHOS/DRT/DSS n° 2008/91 du 13/03/2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées au risque de transmission du virus HIV*
- *Recommandations HAS 2008 sur le dépistage VIH*
- *P. Girard, C.Katlama, G. Pialoux. VIH. 2011*

# Merci pour votre attention

