



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 .



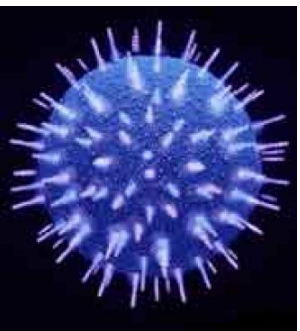
II. Principaux agents en cause

Les 3 principaux

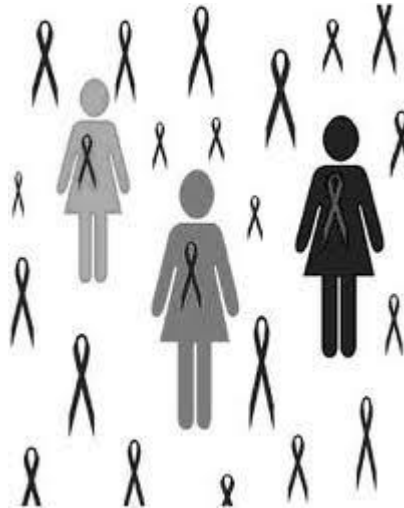
- VIH
- VHC
- VHB

Autres cas recensés

- Paludisme
- Syphilis
- Fièvres hémorragiques...



III.EPIDEMIOLOGIE



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/mm³
 - 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 sanglant: 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

V. PRISE 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 CUTANEE

- ▶ 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 dermique
 - 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
Risque important Piqûre profonde, aiguille creuse intravasculaire (art ou vein)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Risque intermédiaire Coupure avec bistouri, piqure avec aiguille IM ou SC, piqure avec aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min, morsures profondes avec saignement	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Risque minime 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/γglobulines anti VHB dans les 48h

Contamination VHC

■ Infection fréquente chez:

VIH +, toxicomanie IV, transfusés < 1990

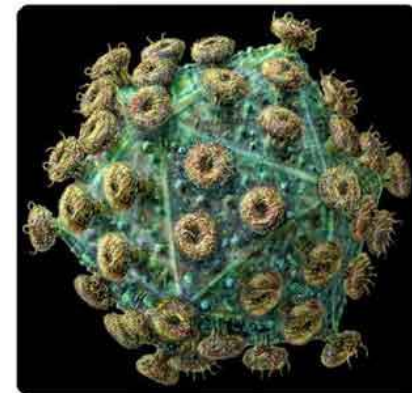
■ 600 000 sujets porteurs VHC en France

■ 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>Prophylaxie recommandée si:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personne source à risque (homo ou bisexuel, usager de drogue iv, personne appartenant à un groupe avec séroprévalence > 1% (voir cartes)) -Situation à risque (prise de substances psycho actives, partenaires sexuels multiples) -Rapport homosexuel masculin, -quelque soit le résultat du test rapide de la personne source
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

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

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

	J0	J15	J30	J45-60	J120 M3	J240 M6
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



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

