

Procédure AES

Août 2019

Dr Claire Genet-Villéger
Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU Limoges



Références et Recommandations 2018 :

- Arrêté du 1er août 2007 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine.
- Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.
- Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr. Philippe MORLAT : rapport 2017.
- Avis d'expert : Pr Lionel PIROTH (CHU Dijon).

Procédure pour la prise en charge des expositions accidentelles aux risques VIH-VHB-VHC

Cela concerne toute personne exposée à un risque de contamination par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), et de l'hépatite C (VHC) :

- exposition liée à un accident d'exposition au sang, ou à d'autres liquides biologiques, professionnel ou non,
- relation sexuelle accidentellement non protégée,
- injection de drogue accidentellement non sécurisée.

La prise en charge doit être immédiate et doit permettre :

- L'accueil de qualité de la personne (neutre et non stigmatisant),
- L'analyse précoce du risque,
- Si nécessaire, l'administration rapide d'un traitement et la mise en place d'un suivi.

Estimation des risques (Rapport Morlat 2017) :

	Soignant	Sexuelle	Toxicomanie intraveineuse
VIH	2013 : 0.32%	Anal réceptif avec éjaculation +++++ Vaginal réceptif avec éjaculation ++++ Anal insertif ++++ Vaginal insertif + Fellation réceptive +	0.67%
VHC	2013 : 1.8%	Faible reste significatif si relations sanglantes ou traumatiques.	Important
VHB si non protégé	Jusqu'à 30% chez les non vaccinés. Aucune contamination depuis 1991.	30 à 40%	Important

L'analyse précoce du risque :

Elle dépend du type d'exposition, des facteurs de risque (éjaculation, rapport sexuel violent, ulcération génitale, présence de sang...), du statut sérologique du sujet source +++ (personne potentiellement contaminante) et de celui de la victime (personne pouvant être contaminée lors de l'accident).

Chez le sujet source :

- **TROD VIH** (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) à confirmer par une sérologie VIH - **Autotest**
- **Sérologie VIH (ELISA)** en urgence (AES SOURCE à mentionner sur le bon du laboratoire) : résultats attendus dans les 2 heures.
- **Charge virale VIH** pour le patient source séropositif pour le VIH, sauf si elle est indétectable sur un contrôle datant de moins de 6 mois et qu'il existe une bonne observance.
- **Détection Ag HBs** : résultats attendus au plus tard dans les 72h.
- **Sérologie VHC** : résultats attendus au plus tard dans les 72h.

Chez la victime :

(AES VICTIME à mentionner sur le bon du laboratoire) prélèvement dans les 7 jours pour un accident du travail.

- Sérologie VIH
- Sérologie VHB (Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs), résultats attendus au plus tard dans les 72 h.
- **Sérologie VHC**, résultats attendus dans les 72 h.
- **ALAT.**
- Si traitement : créatinine, β HCG si nécessaire.
- Si exposition sexuelle : Sérologie syphilis, PCR Chlamydia et gonocoque (urinaire ou prélèvement local).

VIH : INDICATIONS DU TRAITEMENT POST-EXPOSITION

Accident d'exposition au sang :

Risque et nature de l'exposition	Patient source		
	Infecté par le VIH		De sérologie inconnue
	Charge virale détectable ou inconnue	Charge virale (datant de moins de 6 mois) non détectable et bonne observance	
<p><u>Important :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - piqûre profonde - aiguille creuse de gros calibre, dispositif intra vasculaire (artériel ou veineux) <p><u>Intermédiaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coupure avec bistouri - Piqûre avec aiguille IM, SC ou pleine - Exposition cutanéomuqueuse >15 min <p><u>Minime :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Morsure, griffure, projection, projection oculaire, piqûre avec seringue abandonnée, autre... 	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>
	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée
	Prophylaxie non recommandée		

Exposition sexuelle :

Risque et nature de l'exposition	Patient source			
	Infecté par le VIH		De sérologie inconnue	
	Charge virale détectable ou inconnue	Charge virale (datant de moins de 6 mois) non détectable et bonne observance	Groupe à prévalence élevée*	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
Rapport anal insertif	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
Rapport vaginal réceptif	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
Rapport vaginal insertif	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
Fellation réceptive avec éjaculation	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

* Groupe à prévalence élevée :

- Homme homo et/ou bisexuel multipartenaire
- Travailleur/euse du sexe
- Agresseur sexuel
- Personne issue de région à prévalence du VIH >1% : Afrique, Caraïbes, Amérique du Sud (et Guyane), Asie.
- Usager de drogue intraveineuse

En cas de viol, le traitement post-exposition doit être proposé.

Exposition accidentelle chez les usagers de drogues IV :

Risque et nature de l'exposition	Patient source		
	Infecté par le VIH		De sérologie inconnue
	Charge virale détectable ou inconnue	Charge virale (datant de moins de 6 mois) non détectable et bonne observance	
<u>Important :</u> Partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>
<u>Intermédiaire :</u> Partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	Prophylaxie non recommandée		Prophylaxie non recommandée

Risque VHB : Victime non immunisée

Source		VICTIME		
AgHBs	DNA VHB	Prophylaxie VIH comprenant du Ténofovir	Immunoglobulines spécifiques	Vaccin
+	+	+	Oui	Oui
+	+	-	Oui	Oui
+	-	+	Non	Oui
+	-	-	Oui	Oui
Inconnu mais Groupe à risque**	?	+	Non	Oui
Inconnu mais groupe à risque**	?	-	Oui	Oui

** Groupes à prévalence élevée

- Homme homo et/ou bisexuel
- Agresseur sexuel
- Partenaires sexuels multiples
- Usagers de drogue intraveineuse
- Personne issue d'Afrique subsaharienne, Asie, Outre-Mer, Europe Est et Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent Indien, Amérique du Sud.

Victime Vaccinée :

Source		Victime vaccinée	
		Ac anti-Hbs >10UI/l	Ac anti-Hbs <10UI/l
Ag HBs +		Pas de suivi	CF victime non immunisée
Ag HBs Inconnu	Groupe à prévalence élevée**	Pas de suivi	CF victime non immunisée
	Groupe à prévalence Faible	Pas de suivi	Suivi

Risque VHC :

Le traitement anti-VHC n'est actuellement pas recommandé en post-exposition. Il est important en revanche de dépister rapidement une infection (PCR).

Cas particulier :

Piqûre avec une aiguille dans un lieu public

- Aucune contamination VIH rapportée chez l'enfant.
- **Risque VIH** : prophylaxie généralement non recommandée
- **Risque VHB** :
Si non vacciné, vaccination.
Si vacciné, pas de traitement.
- **Risque VHC** : surveillance.

Modalités du Traitement prophylactique Post-Exposition (TPE)

- Il doit être discuté au plus tôt, si possible dans les 4 heures après l'exposition.
- Il ne se justifie plus après 48 heures.
- Un traitement standardisé de 3 jours est disponible dans les unités d'Urgence.
- La première prise est délivrée immédiatement par l'équipe médicale et prise sans délai par la victime.
- Le traitement est distribué ensuite par la Pharmacie de l'Hôpital (prise en charge à 100%).
- Sa durée est de 4 semaines.
- Il faut prendre en compte les traitements associés (Inhibiteurs de la pompe à protons et anti-H2). Le Levonorgestrel (NORLEVO*) est possible.
- Les rapports sexuels seront protégés jusqu'aux résultats sérologiques.
- Le traitement : 2 options thérapeutiques en fonction du choix effectué par le service infectieux de l'établissement, disponible à la pharmacie :

Une prise de 2 comprimés par jour, au milieu d'un repas ++ :
Tenofovir Disoproxil + Emtricitabine (TRUVADA® ou générique) :
1cp/jour
Rilpivirine (EDURANT®) : 1cp/jour

Une prise à heure régulière au milieu d'un repas :
Tenofovir Disoproxil + Emtricitabine + Elvitegravir + Cobicistat
(STRIBILD®) : 1cp/jour

- En cas de grossesse, ou de patient source traité avec une charge virale détectable, le choix du traitement sera fait au cas par cas. Appeler le médecin référent de l'établissement.

Cas particulier de l'enfant :

- Le délai de début du traitement doit être le plus bref possible (max 48h).
- Le traitement est débuté aux Urgences Pédiatriques si l'établissement en dispose.
- L'enfant doit être revu dans les 72h par un pédiatre de l'hôpital ou par un infectiologue afin de mettre en place la surveillance.
- Il est possible de prescrire un traitement à un mineur sans autorisation parentale.

Avant 12 ans :

Zidovudine (RETROVIR®)
+ Lamivudine (EPIVIR®)
+ Raltegravir (ISENTRESS®)

Après 12 ans et > 35 kg :

Ténofovir + Emtricitabine (TRUVADA®)
+ Rilpivirine (EDURANT®)

Posologie des antirétroviraux utilisés dans les AES chez l'enfant :

Molécules	Formulations disponibles	Age minimal dans l'AMM	Posologie adaptée en fonction de l'âge, le poids ou la surface corporelle de l'enfant	Remarques Effets secondaires
Zidovudine Retrovir®	Sirop 10mg/ml Gel. 100mg ou 250mg Cp 300mg	3 mois	En sirop : 4-8 kg : 12 mg/kg x2/j 9-29 kg : 9 mg/kg x2/j (maxi 300mg x 2/j) En gélules/cp : 8-13 kg : 1 gel 100 mg x2/j 14-21 kg: 1 gel 100 mg matin + 2 gel 100 mg le soir	Prise pendant les repas. Troubles digestifs, anémie.
Lamivudine EpiVir®	Sirop 10mg/ml Cp 150 ou 300mg	3 mois	En sirop : 3 mois-12 ans : 4 mg/kg x2/j (maxi 150 mgx2/j) En cp : 14-21 kg : ½ cp 150 mg x2/j 21-30 kg : ½ cp 150 mg matin et 1 cp 150 mg le soir >30 kg : 1 cp x2/j	Prise pendant les repas.
Zidovudine + Lamivudine Combivir®	Cp à 300/150mg	12 ans	14-21 kg : ½ cp matin et 1 cp mg le soir 21-30kg :½ cp matin et 1 cp le soir >30 kg : 1 cp x2/j	Prise pendant les repas ½ cp possible dès 20 kg
Ténofovir + Emtricitabine Truvada® ou générique	Cp à 200/245mg	18 ans FDA > 35 kg	>15 ans = idem adulte 1 cp/j	Prise pendant les repas CI = Insuffisance rénale Rares : troubles digestifs

Raltégravir Isentress®	Granulés pour suspension buvable 20mg/ml Cp à croquer (sécables) 25,100mg Cp pelliculé 400mg	4 semaines	Granulés pour suspension buvable (<12 ans) : 3-4 kg : 1 ml x2/j 4-6 kg : 1.5 ml x2/j 6-8 kg : 2 ml x2/j 8-11 kg : 3 ml x2/j 11-14 kg : 4 ml x2/j 14-20 kg : 5ml x2/j Comprimé à croquer (<12 ans): 11-14 kg : 75mg x2/j 14-20 kg : 100mg x2/j 20-28 kg : 150 mg x2/j 28-40 kg : 200 mg x2/j >40 kg : 300 mg x2/j Comprimé pelliculé (Poids >25 kg): 1 cp de 400mg x2/j Δ Pas d'équivalence de doses entre granulés, cp à croquer et cp pelliculés.	Rares Eruption cutanée possible Troubles digestifs Céphalées, troubles du sommeil Fièvre Atteinte musculaire
Rilpivirine Edurant®	Cp 25 mg	12 ans	1 cp/j	Prise pendant les repas Effets secondaires possibles Eruption cutanée Céphalées, trb du sommeil, dépression Cytolyse hépatique
Emtricitabine + Tenofovir + Rilpivirine Eviplera®	Cp 25/200/245 mg	18 ans FDA 12 ans et > 35kg	1cp/j	Prise pendant les repas

RISQUE VHB

- Vaccination immédiate.
- Immunoglobulines : dans les 72h une injection IM de 500 UI d'Immunoglobulines spécifiques anti-HBs (30 UI/kg chez l'enfant, jusqu'à 500 UI).
- Jusqu'à J7 au plus tard.

Si le patient n'a jamais été vacciné, la vaccination sera ensuite complétée selon le schéma vaccinal habituel à M1 et M 6.

Si le patient est séronégatif, pas de surveillance.

	Exposition au sang non traitée	Exposition au sang traitée	Exposition sexuelle non traitée	Exposition sexuelle traitée
J0	Sérologie VIH Sérologie VHB (si Ac non connus) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs ALAT	Sérologie VIH Sérologie VHB (si Ac non connus) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs Sérologie VHC βHCG si doute ALAT , créatinine NFS chez l'enfant <12 ans	Sérologie VIH Sérologie VHB (si Ac non connus) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs Sérologie VHC TPHA-VDRL ALAT **PCR Chlamydia et gonocoque	Sérologie VIH Sérologie VHB (si Ac non connus) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs Sérologie VHC TPHA-VDRL βHCG si doute ALAT , créatinine **PCR Chlamydia et gonocoque NFS chez l'enfant <12 ans
J15	Pas de bilan biologique	ALAT , créatinine (si comorbidité) NFS chez l'enfant <12 ans	Pas de bilan biologique	ALAT , créatinine (si comorbidité) NFS chez l'enfant <12 ans
S6	Sérologie VIH PCR VHC et ALAT , si PCR VHC+ chez patient source	Sérologie VIH PCR VHC et ALAT , si PCR VHC+ chez patient source NFS chez l'enfant <12 ans	Sérologie VIH PCR VHC et ALAT , si PCR VHC+ chez patient source ou si HSH* TPHA-VDRL **PCR Chlamydia et gonocoque	Sérologie VIH PCR VHC et ALAT , si PCR VHC+ chez patient source ou si HSH* TPHA-VDRL **PCR Chlamydia et gonocoque NFS chez l'enfant <12 ans
M3	Sérologie VHB (si Ac non connus) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs Sérologie VHC , si PCR VHC+ chez patient source	Sérologie VIH Sérologie VHB (si Ac non connus) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs Sérologie VHC , si PCR VHC+ chez patient source	Sérologie VHB (si Ac non connus) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs Sérologie VHC , si PCR VHC+ chez patient source	Sérologie VIH Sérologie VHB (si Ac non connus) : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs Sérologie VHC , si PCR VHC+ chez patient source

*HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

**femme <25 ans, hommes <30 ans, HSH ou si symptômes

Si vaccination en post-exposition, réaliser un contrôle des Ac anti-HBs un mois après la fin du schéma vaccinal.

Ne pas oublier :

De donner un rendez-vous dans le service assurant le suivi.

Si'il s'agit d'un AES professionnel, de faire la déclaration d'accident du travail dans les 48h.

Services référents en Nouvelle Aquitaine :

Dépt	Service	Téléphone
16	Maladies infectieuse et Tropicales – CH Angoulême	05 45 24 40 40
	Médecine Interne et Maladies Infectieuses - CH La Rochelle	05 46 45 50 50
17	Maladies Infectieuses CH Saint Jean d'Angély	05 45 59 50 40
	Médecine Interne CH Royan - Vaux sur Mer	05 46 39 52 52
	Médecine Interne CH Saintes	05 46 95 15 15
	Service Infectiologie CH Jonzac	05 46 48 75 41
19	Médecine interne CHG Brive	05 55 92 60 40
23	Médecine Hématologie CH Guéret	05 55 51 87 20
24	Médecine interne et Maladies Infectieuses CH Périgueux	05 53 45 26 00
33	Maladies Infectieuses et Tropicales Service Pédiatrique CHU Bordeaux - Pellegrin	05 56 79 55 23 05 57 62 30 22
	HDJ de Maladies Infectieuses Médecine Interne et Maladies Infectieuses Médecine Interne et Immunologie Clinique CHU Bordeaux – Saint André	05 56 79 57 33 05 56 79 58 23 05 56 79 58 28
	Médecine Interne et Maladies Infectieuses CHU Bordeaux – Pessac – Haut Lévêque	05 57 65 64 04
	Médecine Interne CH La Teste Arcachon	05 57 52 92 00
	Maladies Infectieuses CH Libourne	05 57 55 16 27
	Maladies Infectieuses CH Dax	05 58 90 48 51
	Maladies Infectieuses et Tropicales CH Mont de Marsan	05 58 05 29 16
47	Médecine Interne et Maladies Infectieuses CH Agen	05 53 69 70 60
	Maladies Infectieuses et Tropicales CH Villeneuve sur Lot	05 53 72 27 01
64	Maladies Infectieuses CH Côte Basque - Bayonne	05 59 44 37 32
	Maladies Infectieuses CH Orthez	05 59 69 74 06
	Médecine Interne CH Pau	05 59 92 49 13

79	Maladies Infectieuses et Tropicales CH Niort	05 49 78 30 88
86	Maladies Infectieuses et Tropicales CHU Poitiers	05 49 44 40 04
	Maladies Infectieuses et Tropicales CH Châtelleraut	05 49 02 90 50
87	Maladies Infectieuses et Tropicales CHU Limoges	05 55 05 66 44

Document rédigé par :
Dr Claire Genet-Villéger
Service des Maladies Infectieuses et tropicales
CHU Limoges