

PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION

4-1-Précautions universelles à prendre en milieu de soins

La réduction de l'incidence des AES en milieu de soins se fonde sur :

- 1- L'information du personnel quant aux risques des AES et sa formation aux méthodes de leur prévention,
- 2- L'utilisation de matériels sécurisés,
- 3- Le respect des précautions universelles (Tableau XII).

Tableau XII : Précautions universelles

Si contact avec du sang ou liquide biologique	-Après piqûre, blessure : lavage et antiseptie au niveau de la plaie -Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant
Lavage et/ou désinfection des mains	-Après le retrait des gants, entre deux patients, deux activités.
Port de gants Les gants doivent être changés entre deux patients ou deux activités.	-Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémocultures, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins, etc.) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés, etc. -Ou lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de surblouses, lunettes, masques	-Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés, etc.).
Matériel souillé	-Matériel piquant tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main. -Déposer immédiatement le matériel tranchant après usage, sans manipulation, dans un conteneur adapté et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. - Matériel réutilisable : Manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. Vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) appropriée avant d'être réutilisé.
Surfaces souillées	-Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 12° Chlore fraîchement diluée au 1/10 (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.
Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés	- Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche et fermé.

4-2- Les risques, les indications et les modalités de la prophylaxie antirétrovirale à la suite d'un accident d'exposition au sang ou à un liquide biologique

La prophylaxie antirétrovirale post-exposition sanguine ou biologique succède à l'évaluation du risque de transmission du VIH et de la prise en charge initiale de l'AES.

4-2-1-Evaluation du risque de transmission du VIH (Tableau XIII)

Tableau XIII : Evaluation du risque de transmission du VIH en fonction de la nature de l'exposition

Importance du risque	Gestes à risque
Risque important (grade B)	<ul style="list-style-type: none">- Piqûre par aiguille creuse, de gros calibre ou de ponction veineuse ou artérielle-Piqûre par aiguille visiblement souillée-Piqûre par un dispositif intra-artériel ou intra veineux-Blessure profonde
Risque intermédiaire (grade C)	<ul style="list-style-type: none">- Piqûre par aiguille ayant servi pour injection sous cutanée ou intramusculaire-Piqûre par aiguille pleine-Piqûre au travers de gants- Coupure par bistouri ou autre objet non destiné à la collecte de sang-Exposition muqueuse ou cutanée (peau lésée) avec un temps de contact > 15 min ou < 15 min, mais avec une exposition muqueuse massive (surtout oculaire).-Morsure avec présence de sang dans la bouche de la personne source
Risque minime (grade C)	<ul style="list-style-type: none">-Expositions à des crachats-Griffure- Exposition cutanée ou muqueuse à d'autres liquides biologiques (urine, salive)

4-2-2-Indications de la prophylaxie antirétrovirale :

Tableau XIV : Indications de la prophylaxie post-exposition selon le statut de la personne source et selon le type d'accident.

Accidents exposant au sang		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	à sérologie VIH inconnue
Risque important Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intravasculaire (artériel ou veineux) Piqûre par aiguille visiblement souillée	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si arguments épidémiologiques ⁽¹⁾
Risque intermédiaire - Coupure par bistouri ou autre objet tranchant non destiné à la collecte de sang - Piqûre avec aiguille IM ou SC -Piqûre avec aiguille pleine - Exposition cutanéomuqueuse (avec peau lésée) avec temps de contact > 15 min ou contact < 15 min avec exposition muqueuse massive surtout oculaire - Morsure avec présence de sang dans la bouche de la personne source	Prophylaxie recommandée ⁽²⁾	Prophylaxie recommandée si arguments épidémiologiques ⁽¹⁾
Risque minime Autres cas : exposition cutanéomuqueuse à d'autres liquides biologiques,(3) crachats, griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée
Piqûres avec seringues abandonnées		-Analyse au cas par cas ⁽⁴⁾

(1) Prophylaxie recommandée uniquement si la personne source est en situation reconnue à risque, c'est-à-dire :

- Une personne usagère de drogue par voie intraveineuse ;
- Une personne présentant ou ayant présenté une IST ulcérannte au cours de sa vie ;
- Un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- Une personne hétérosexuelle ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels de statut sérologique inconnu.

- (2) Accident avec exposition au sang d'un patient connu pour être infecté par le VIH, suivi, traité, indétectable depuis plusieurs mois et dont la charge virale a pu être re-contrôlée juste après l'accident et qui s'avère toujours indétectable : dans ce cas particulier, lorsque le référent revoit la personne exposée, 48 à 96 heures après l'instauration de la prophylaxie post-exposition, cette dernière pourra être interrompue.
- (3) En milieu professionnel, l'exposition à des sécrétions vaginales, à du sperme, à du LCR, à du liquide pleural ou amniotique n'a pas été source de transmission, mais doit être prise en considération, car ces liquides contiennent le virus et certains ont été incriminés dans d'autres modes de transmission.
- (4) La prophylaxie post-exposition ne devrait être prescrite qu'en cas de doute sur l'utilisation de la seringue par un usager de drogue par voie intraveineuse ou par un infecté par le VIH. Par ailleurs, la prophylaxie post-exposition n'est pas indiquée : (Forte recommandation, grade C)
- si la personne exposée est séropositive au VIH du fait d'une précédente exposition.
 - si l'exposition n'implique pas un risque de transmission.
 - si l'exposition a eu lieu plus de 72 heures auparavant.

4-2-3- Protocoles d'antirétroviraux en cas d'AES :

4-2.3.1- Chez l'adulte

Le Tableau XV résume les différents schémas de la prophylaxie antirétrovirale en cas d'AES. La trithérapie antirétrovirale doit être initiée le plus tôt possible, et au plus tard dans les 72 heures qui suivent l'exposition (Forte recommandation, grade B)

Tableau XV : Schémas de prophylaxie post-exposition en milieu professionnel

Schéma prophylactique à privilégier	Schémas prophylactiques alternatifs
zidovudine + lamivudine + lopinavir/ritonavir	Ténofovir + lamivudine + ritonavir/lopinavir Autres schémas si intolérance ou contre-indication Ténofovir + lamivudine + efavirenz Zidovudine + lamivudine + efavirenz Zidovudine + lamivudine + ténofovir*

Adaptation posologique si insuffisance rénale et insuffisance hépatique.

* Zidovudine + lamivudine + ténofovir : seulement quand un INNRT et un IP ne peuvent être utilisés.

4-2-3-2- Chez l'enfant

Le protocole thérapeutique recommandé repose sur l'association AZT+3TC+Lopinavir/ritonavir (Forte recommandation, grade B).

Par ailleurs, un traitement « simplifié », consistant en une bithérapie (AZT+3TC) peut être proposé à l'enfant lorsque la trithérapie s'avère impossible ou difficile à mettre en place.

4-2-3-3- Femme enceinte

Le protocole thérapeutique recommandé repose sur l'association AZT+3TC+LPV/r (Forte recommandation, grade B).

4-2-3-4- Durée de la prophylaxie post-exposition

La durée du traitement antirétroviral est de 28 jours. (Forte recommandation, grade B).

4-3- Indications et modalités de la prophylaxie antirétrovirale après exposition sexuelle

L'indication et le choix des molécules antirétrovirales doit se faire par un médecin référent en infection à VIH, infectiologue (Accord professionnel).

L'indication de la mise sous prophylaxie post-exposition fait appel à plusieurs facteurs :

- Statut sérologique et les facteurs de risque de la personne source : tout doit être fait pour l'identifier et si son statut sérologique est inconnu, il faut dans la mesure du possible, la prélever pour faire une sérologie VIH.
- La nature de l'exposition : la prophylaxie n'est pas recommandée après exposition du vagin, du rectum, des yeux, de la bouche ou d'autres muqueuses, de la peau intacte ou non intacte, ou lors du contact percutané ; avec l'urine, les sécrétions nasales, la salive, la sueur ou les larmes, si elles ne sont pas visiblement contaminées avec du sang, quel que soit le statut VIH de la personne source (Forte recommandation, grade C).

Le délai de prise en charge : la prophylaxie post-exposition est recommandée le plus tôt possible, dans les 4 heures qui suivent l'exposition sexuelle et au plus tard dans les 72 heures. Passé ce délai, il n'existe plus d'intérêt à la prophylaxie post-exposition et la démarche de prise en charge en cas d'exposition à VIH est plutôt celle de la prise en charge d'un diagnostic précoce (Forte recommandation, grade C). Le tableau XVI résume les indications de la prophylaxie après exposition sexuelle.

Tableau XVI : Indications de la prophylaxie post-exposition sexuelle

Risque et nature de l'exposition	Patient source	De sérologie inconnue
	Infecté par le VIH	
Rapports anaux	Prophylaxie recommandée (grade B)	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾
Rapports vaginaux Fellation réceptive avec éjaculation	Prophylaxie recommandée (grade B)	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾
	Prophylaxie recommandée (grade B)	Prophylaxie discutée si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾

(1) Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque, c'est-à-dire :

- Une personne usagère de drogue par voie intraveineuse ;
- Une personne présentant ou ayant présenté une IST ulcéreuse au cours de sa vie ;
- Un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- Une personne issue des communautés africaines subsahariennes ;
- Une personne hétérosexuelle ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels de statut sérologique inconnu.

4-3-1-Protocoles d'ARV en cas d'exposition sexuelle au risque du VIH

Le protocole thérapeutique recommandé repose sur l'association AZT+3TC+LPV/r (Forte recommandation, grade B).

En cas d'intolérance ou de contre-indication, les alternatives sont :

- Ténofovir + lamivudine + lopinavir/ritonavir ou efavirenz
- Zidovudine + lamivudine + efavirenz
- Zidovudine + lamivudine + ténofovir

La prophylaxie post-exposition requiert certaines précautions à prendre en cas d'association avec :

- La contraception orale : diminution de l'efficacité de la pilule avec certains ARV et il faut conseiller une contraception alternative.
- L'association lopinavir/ritonavir: augmentation de la concentration de certains antiarythmiques et d'inhibiteurs calciques (félodipine, nifédipine, nicardipine), modification de la concentration des anticoagulants (warfarine).

- les antiépileptiques (barbituriques, phénytoïne, carbamazépine) qui diminuent l'efficacité du lopinavir.

4-3-2- Durée de la prophylaxie post-exposition sexuelle

La durée du traitement par ARV en cas d'exposition sexuelle au risque du VIH est de 28 jours. (Forte recommandation, grade B).

44 Suivi clinique et biologique d'un accident d'exposition au VIH

Après un AES, un suivi clinique et biologique est nécessaire pendant 6 mois. Le suivi clinique se fonde sur la recherche des signes orientant vers une primo-infection à VIH (et/ou une hépatite aiguë B ou C). Le suivi biologique sera systématique, même en dehors de tout symptôme clinique. Ce suivi recherchera aussi d'éventuels effets secondaires au traitement antirétroviral post-exposition.

Le tableau XVII résume le rythme de surveillance, ainsi que les bilans à demander (Forte recommandation, grade C). Les examens biologiques seront aussi demandés selon les molécules antivirales prescrites dans le traitement post-exposition. La recherche d'une infection par le VHB et par le VHC doit aussi faire partie de ce suivi.

Tableau XVII : Bilan et rythme de surveillance après AES

Surveillance de la victime	AES traité	AES non traité
J0	Sérologie VIH, VHC, Ag Hbs, Ac anti Hbs si vacciné mais taux inconnu NFS, Transaminases, amylasémie, Créatinine sanguine, test de grossesse	Sérologies VIH et VHC, Ag Hbs, Ac anti Hbs si vacciné mais taux inconnu, Transaminases
J15	NFS, Transaminases, Créatinine sanguine * PCR VHC si PCR+ chez la source PCR VHC si PCR+ chez la source	PCR VHC si PCR+ chez la source
M1	NFS, Transaminases, sérologie HVC si risque VHC	Sérologie VIH, transaminases, sérologie VHC si risque HVC
M2	Sérologie VIH	
M3		Sérologies VIH et VHC, transaminases
M4-6	Sérologies VIH et VHC, transaminases Ac anti Hbc si non répondeur ou non vacciné	Sérologie VIH et VHC, transaminases, Ac anti Hbc si non répondeur ou non vacciné

*Si ténofovir

** Une CVP du VIH sera demandée au cours du suivi si des symptômes cliniques de primo-infection au VIH apparaissent.