

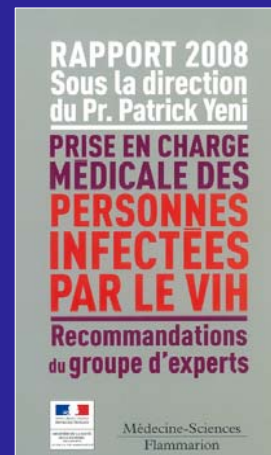
## Nouvelles recommandations concernant la prise en charge des AES [Rapport Yeni 2008]

Pr. Ch. RABAUD

Journée du GERES, 19 Septembre 2008

## Groupe de travail : E Bouvet

- D Abiteboul
- E Casalino
- F Damond
- F Delatour
- F Lot
- D Monvoisin
- S Morin
- M Ohayon
- Ch Rabaud



## Contexte réglementaire

- Circulaire DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 Mars 2008
- Arrêté du 1<sup>er</sup> Août 2007 : suivi sérologique AES
- Abrogés :
  - Circulaire DGS/VS2/DH/DRT/99/680 du 8/12/99 (suivi hépatites)
  - Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n°2003/165 du 2 Avril 2003

## Quelques chiffres chez les professionnels de santé

- Incidence en 2005 : 8,8 pour 100 lits, rapporté au nombre de lits d'hospitalisation en France cela porterait à 40 620 AES professionnels.
- Environ 50% chez des infirmèr(e)s
- Majorité de blessures lors de l'élimination du matériel
- En Décembre 2007 : 14 séroconversions professionnelles documentées (toutes survenues après piqûre avec aiguilles de gros calibre contenant du sang) et 34 infections présumées recensées en France

## Modalités du traitement Post-exposition

- Limiter la prescription d'ARV là où le risque est identifiable ⇒ Rechercher activement le statut de la personne source dès que possible / test de diagnostic rapide
- Faire évaluer l'indication par un médecin référent, et/ou réévaluer quand cela n'a pu être fait initialement
- Le débuter idéalement dans les 4h suivant l'exposition (au max 48h après) ⇒ **le traitement doit être accessible +++ : services d'urgence**
- Assurer le suivi sérologique de l'accident par un médecin référent jusqu'à 4 mois si il y a eu traitement, 3 mois sinon

### Prophylaxie post exposition vis-à-vis du VIH : critères de décision

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du patient source	
	POSITIF	INCONNU
<b>Important</b> : piqûre profonde, aiguille creuse de gros calibre, dispositif IV	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si patient reconnu à risque <sup>1</sup>
<b>Intermédiaire</b> : coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou sous-cutanée, aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse, (avec temps de contact > 15 mn), ET exposition < 48 h	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
<b>Minime</b> : Contact sur peau intacte avec quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée avec un autre liquide biologique (salive, urines...), piqûre avec seringue abandonnée Morsure ou griffure, crachat	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

<sup>1</sup> : TIV, Homo/bisexuel, Rapports sexuels non protégés avec personne de statut sérologique Inconnu ET appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est > 1%

### Prophylaxie post exposition vis-à-vis du VIH : critères de décision

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du patient source	
	POSITIF	INCONNU
<b>Important</b> : piqûre profonde, aiguille creuse de gros calibre, dispositif IV	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si patient reconnu à risque <sup>1</sup>
<b>Intermédiaire</b> : coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou sous-cutanée, aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse, (avec temps de contact > 15 mn), ET exposition < 48 h	Prophylaxie recommandée <sup>2</sup>	Prophylaxie non recommandée
<b>Minime</b> : Contact sur peau intacte avec quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée avec un autre liquide biologique (salive, urines...), piqûre avec seringue abandonnée Morsure ou griffure, crachat	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

<sup>1</sup> : TIV, ATCD IST ulcérate, MSM, Afrique subsaharienne

Rapports sexuels non protégés avec personne de statut sérologique inconnu

<sup>2</sup> : Si PS suivi, CV indétectable « ancienne », contrôlée indétectable à J0 ; arrêt H48/96

## Choix du traitement Post-exposition

- **Traitement préférentiel : Généralement 1 IP + 2 INTI**  
Si risque important de mauvaise observance une Bithérapie d'INTI peut être envisagée
- **INTI recommandés : Associations TDF/FTC (1cp/j) ou AZT/3TC (2cp/j)**
- **IP recommandés : LPV/r (Bonne expérience de son utilisation dans ce contexte)**
- **Associations recommandées : TVD + LPV/r ou CBV + LPV/r**
- **Du fait de risque d'EI graves : ne pas utiliser les NNRTI, ni ABC, IDV, ou ddl + d4T.**

## Traitement et suivi

- Patient source séronégatif pour le VIH : suivi inutile sauf en cas de primo-infection chez la personne source ....
- VHC : pas de TPE ; surveillance
- VHB : si « séro-vaccination » = dans les 72H00

## Suivi biologique de la personne exposée aux VIH, VHC, VHB

	AES traité	AES non traité
<b>JO</b>	NFS, ALAT, amylase, créatinine, test de grossesse Sérologie VIH, VHC Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu	Sérologie VIH Sérologie VHC + ALAT Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu
<b>J15</b>	NFS, ALAT, créatinine si ténofovir PCR VHC si PCR + chez sujet source	PCR VHC si PCR + chez sujet source
<b>J30</b>	NFS, ALAT Sérologie VHC si risque VHC	Sérologie VIH ALAT et sérologie VHC si risque VHC
<b>M2</b>	Sérologie VIH	Pas de bilan biologique
<b>M3</b>	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC
<b>M4</b>	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC	Pas de bilan biologique
<b>M6</b>	Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné

## Evaluation / EPP

- Méthodologie proposée par la SFLS
  - Circuits de la prise en charge
  - Disponibilité des Molécules
  - Qualité et disponibilité de l'Expertise
  - Publicité autour du dispositif ...