

# Recommandations et Traitement post-exposition en Afrique

*E. Ehui<sup>1</sup>, C. Rabaud<sup>2</sup>*

1- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Treichville, Abidjan,  
Côte d'Ivoire

2- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Nancy, France

## **Accidents Exposant au Sang en Afrique: les constats**

- Fréquence élevée, mais mal connue car AES rarement déclarés
- Faible couverture vaccinale des soignants contre l'hépatite virale B
- Gravité élevée des AES (nombreux pathogènes, patients VIH/VHB vus tardivement, faible disponibilité ARV)
- Absence de dispositif de prise en charge
- Absence de réglementation et directives

# Prospective accidental blood exposures (ABE) surveillance in health care workers in 3 West African countries

- Tarantola A.<sup>1</sup>; Rachline A.<sup>1</sup>; Sow S.<sup>2</sup>; Koumare A.<sup>3</sup>; Diallo M.<sup>2</sup>; Lolom I<sup>1</sup>, Aka K.<sup>4</sup>; Ehui E.<sup>4</sup>; Abiteboul D.<sup>1</sup>, Bouvet E.<sup>1</sup>
- (<sup>1</sup>GERES, Paris, France ; <sup>2</sup>Fann, Dakar, Senegal ; <sup>3</sup>Point G, Bamako, Mali ; <sup>4</sup>Treichville, Abidjan, RCI)

*J Hosp Infect 2005, 60, 276 – 282*

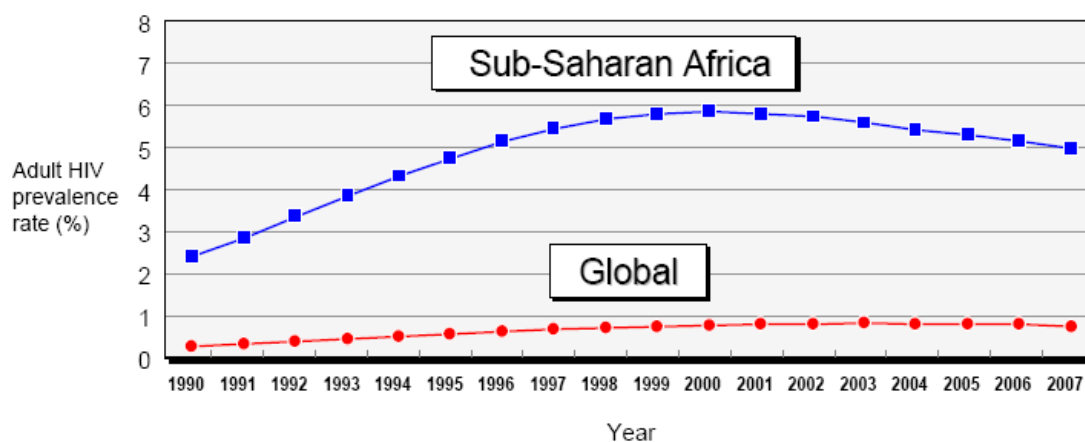
## Résultats

- 567 soignants sur 1241 soignants ont déjà eu au moins un AES (46%)
- Incidence estimée (au cours des 3 mois précédant l'enquête):
  - Infirmiers: 0,70 AES/ infirmier/an
  - Médecins: 0,33 AES/ médecin/an
  - Chirurgiens: 2,2 AES/chirurgien/an
  - Sg. Femmes: 0,5 AES/ SF/an
  - Personnel de Labo: 0,06 AES/labo/an
  - Elèves (Méd et infi): 0,33 AES/élève/an
- Rappel incidence en France (étude prospective):
  - Infirmières médecine-réa (Geres 2000): 0,11 AES/IDE/an

# Résultats

- Vaccination 3 doses anti-VHB: 224 (39,5%)
- Statut VIH patient source:
  - Connue VIH positif: 74 (13,1%)
  - Connu VIH négatif: 65 (11,5%)
  - Sérologie VIH inconnue: 416 (73%)
  - Non documenté: 12 (2,1%)
- Statut inconnu pour VHB (89,4%) et VHC (90,7%)

Estimated adult (15–49 years) HIV prevalence rate (%) globally and in Sub-Saharan Africa, 1990–2007



## Prévalence des infections virales B & C en RCI

	VIH (-)	VIH (+)
<b>Prévalence de l'infection virale B</b>	<b>8 à 9 %</b>	<b>10 à 15 %</b>
<b>Prévalence de l'infection virale C</b>	<b>3 à 5 %</b>	<b>3 à 5 %</b>

CNTS Treichville, Cohortes Cotram, Trivacan & Ditram

## Couverture vaccinale contre l'hépatite B en Afrique chez le personnel de santé

Pays/Auteurs	Année	Taux vaccination contre VHB
Côte d'Ivoire (Eholié S. et al.)	2000	53%
Egypte (Talaat M. et al.)	2003	38%
Maroc (Djeriri K. et al.)	2004	30,2%
Afrique de l'Ouest (Tarantola A. et al.)	2002	39,5%
Nigeria (Fatusi A. O. et al.)	2006	53,8%
Côte d'Ivoire (Ehui E. et al.)	2007	51,1%

# Recommandations françaises 2008

## Indications de la PEP



ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	Sérologie VIH inconnue
<b>Important</b> Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif IV	<b>Prophylaxie recommandée</b>	Prophylaxie recommandée si arguments épidémiologiques*
<b>Intermédiaire</b> Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou S/C, piqûre avec aiguille pleine, exposition CM avec temps de contact > 15 mn	<b>Prophylaxie recommandée **</b>	Prophylaxie non recommandée
<b>Minime</b> Autres cas, piqûre avec seringues abandonnées, crachats, morsures ou griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

# Recommandations françaises 2008



## Protocoles recommandés

NRTI	IP
TDF + FTC	LPV/r
AZT+ 3TC	LPV/r

## Molécules déconseillées:

- Abacavir
- Indinavir
- Efavirenz
- Stavudine + Didanosine

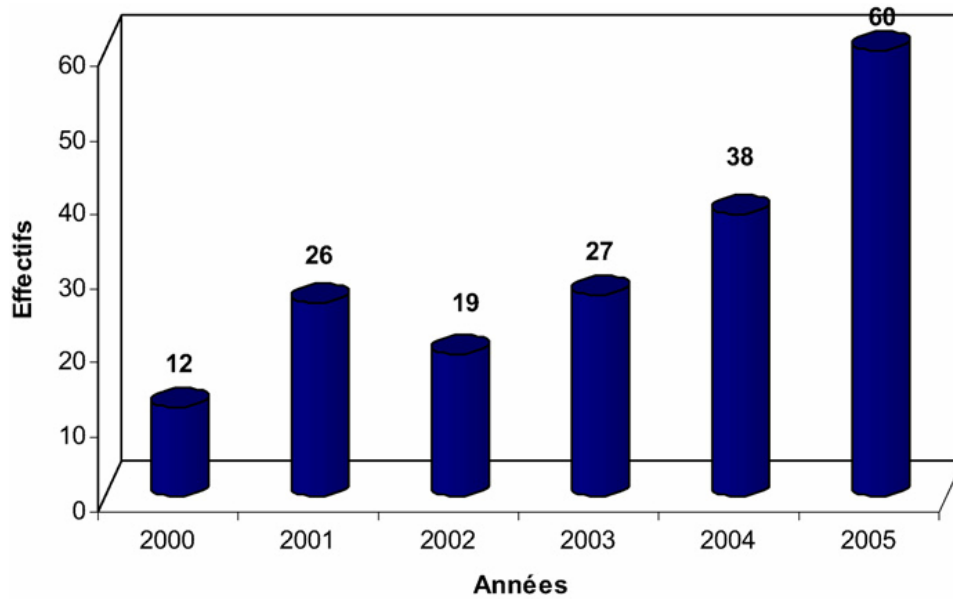
## **Contraintes de la Chimio prophylaxie ARV post-exposition en Afrique**

- **Virologiques:**
  - Présence du VIH2
  - Prévalence élevée co-infection VIH/VHB
- Patient-source statut VIH inconnu dans  $\frac{3}{4}$  des cas  $\Rightarrow$  nombreux traitements par excès
- délais de consultation post AES longs
- Suivi post-exposition irrégulier et défaillant
- Peu de données sur la tolérance des ARV en PEP

## **Cas de la Côte d'Ivoire**

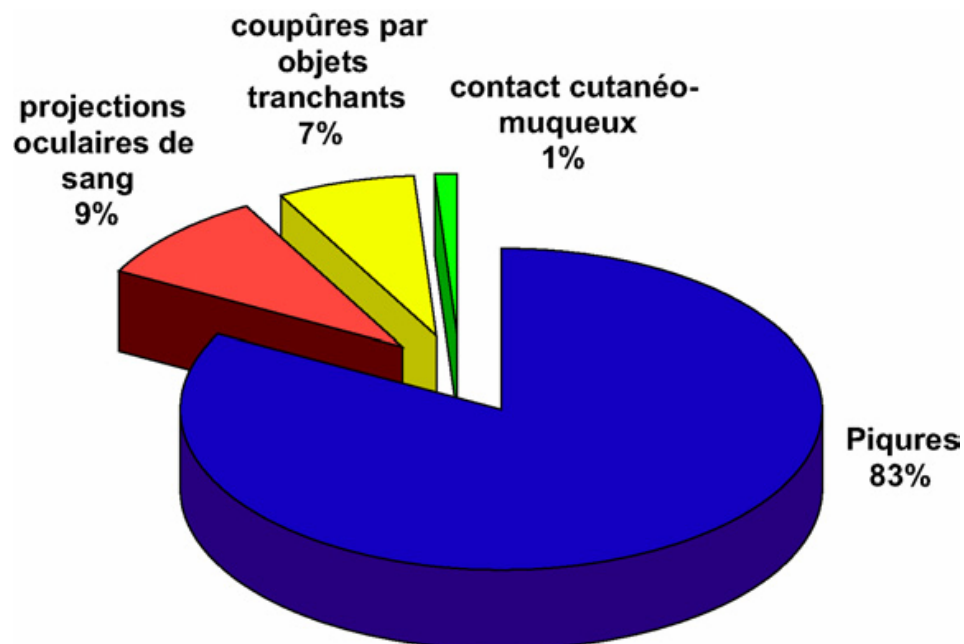
- **Recommandations de Grand-Bassam (2004)**
  - Situations à risque
  - Délai < 48 h
  - Protocole recommandé: AZT+3TC+LPV/r
  - Durée: 4 semaines
- **Calendrier de suivi: J0, J15, M1, M3**
  - Sérologie VIH, VHB, VHC
  - NFS

## Prise en charge des AES: expérience du Service des Maladies Infectieuses d'Abidjan



*E. Ehui et al., Méd Mal Infect 2007*

## Prise en charge des AES: expérience du Service des Maladies Infectieuses d'Abidjan



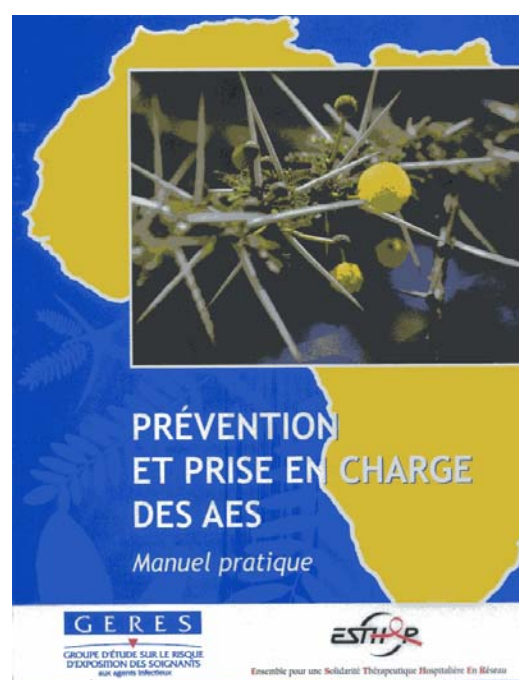
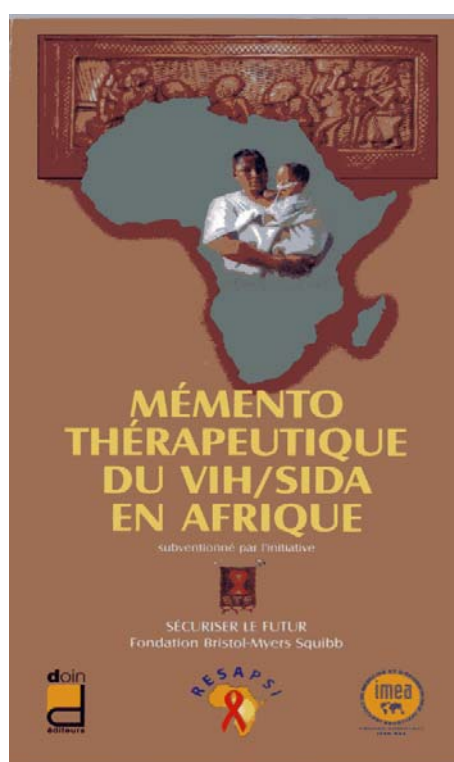
*E. Ehui et al., Méd Mal Infect 2007*

## Prise en charge des AES: expérience du Service des Maladies Infectieuses d'Abidjan

Modalités de PEC	Effectif (n= 182)	%
<b>Délai consultation</b>		
< 4 h	35	19,2
4h - 24 h	87	47,2
24h - 48 h	29	15,9
> 48 h	31	17,1
<b>Chimioprophylaxie ARV</b>		
Oui	151	82,9
Non	31	17,1
<b>Type chimioprophylaxie ARV</b>		
Bithérapie 2 INRT	68	45
Trithérapie (2INRT + IP autre que LPV/r)	25	16,6
Trithérapie avec LPV/r	58	38,4
<b>Durée chimioprophylaxie (n=151)</b>		
30 jours	60	39,7
Inférieure à 30 jours	22	14,6
Aucune information	69	45,7

*E. Ehui et al., Méd Mal Infect 2007*

## Quelques outils d'aide à la décision en Afrique





# Conclusion

- Recommandations européennes applicables en Afrique (protocole facile à administrer, suivi raccourci)
- Tenir compte de la possibilité de la transmission du VIH2, VHB (intérêt du Truvada)
- Circuits et dispositifs locaux de prise en charge post-AES à organiser