

Accidents d'exposition sexuelle et au sang

Recommandations du groupe d'experts

Dr Jade GHOSN, *Hôpitaux Universitaires Paris Centre*

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Indication de TPE après exposition au sang

| Risque et nature de l'exposition | Statut VIH de la personne source | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | positif | | inconnu |
| | CV détectable | CV < 50 copies/ml | |
| Important: -Piqûre profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse) | TPE recommandé | TPE non recommandé * | TPE recommandé |
| Intermédiaire: -Coupure avec bistouri -Piqûre avec aiguille IM ou SC -Piqûre avec aiguille pleine -Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes | TPE recommandé | TPE non recommandé * | TPE non recommandé |
| Faible -Piqûres avec seringues abandonnées -Crachats, morsures ou griffures, autres cas | TPE non recommandé | | |

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

Indication de TPE après exposition sexuelle

| | Statut VIH de la personne source | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|-------------------------------|--|
| | positif | | inconnu | |
| Risque et nature de l'exposition | Cv détectable | Cv < 50 copies/ml * | Groupe à prévalence élevée ** | Groupe à prévalence faible ou inconnue |
| Rapport anal réceptif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport anal insertif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport vaginal réceptif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Rapport vaginal insertif | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Fellation réceptive avec éjaculation | TPE recommandé | TPE non recommandé | TPE recommandé | TPE non recommandé |
| Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive | TPE non recommandé | TPE non recommandé | TPE non recommandé | TPE non recommandé |

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

Traitement post-exposition au VIH

- Évaluation de l'importance de l'exposition au VIH (cf tableaux)
- Recherche du statut sérologique de la personne source
- **Choix des médicaments**
- Chez l'adulte, le TPE comporte une trithérapie de 2 INTI + un 3^{ème} agent
- Choix préférentiel:
 - Ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine (bonne tolérance, simplicité de prise, faible risque d'interaction médicamenteuse, moindre coût)
- Choix alternatifs:
 - Ténofovir DF + emtricitabine avec darunavir/r (3 cp en 1 prise/j) ou raltégravir (3 cp en 2 prises/j)
 - Coformulation ténofovir DF + emtricitabine + elvitégravir/c

Traitement post-exposition au VIH

- Situations particulières:
 - insuffisance rénale préexistante: zidovudine + lamivudine peut être utilisée
 - femme enceinte, ou susceptible de l'être: association ténofovir DF + emtricitabine avec darunavir/r recommandée
- Durée totale du traitement:
 - 28 jours
 - *infection de la plupart des macaques après un TPE de 10 jours*
- Autres:
 - utilisation agoniste corécepteur CCR5 non recommandée (non évaluée, possible souche virale avec tropisme CXCR4)
 - bithérapie TDF/FTC non recommandée (le 3^{ème} agent limite, en cas de contamination, le risque d'émergence de résistance)

Indication de la sérovaccination VHB

| | Statut VHB (Ag HBs) de la personne source | |
|--|---|-----------|
| | positif | inconnu |
| Sujet exposé | | |
| Vacciné répondeur <i>(anti-HBs > 10 mUI/ml, ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)</i> | rien | rien |
| Vacciné non répondeur <i>(anti-HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti-HBs > 100 mUI/ml dans le passé)</i> | Immunoglobulines * | rien ** |
| Non vacciné | Immunoglobulines * + vaccin | vaccin ** |

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique sub-saharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples

Autres traitements post-exposition

- **Hépatite C**
 - un traitement préventif anti-VHC n'est pas recommandé
- **Contraception**
 - éviter tout risque de grossesse
 - vérifier interactions avec ARV (ritonavir, cobicistat)
 - contraception mécanique reste la plus sûre dans ce contexte
 - exposition sexuelle chez une femme n'ayant pas de contraception efficace
 - proposer contraception d'urgence (< 72H)
 - L'effet inducteur des IP/r ne s'exerce qu'au bout de quelques jours de traitement
- **Autres IST**
 - une antibiothérapie systématique n'est pas recommandée

Suivi biologique en cas d'AES

Exposition sexuelle

| | |
|-------|---|
| J 1-4 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Sérologie syphilis - Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si non vacciné) - ALAT - Créatinine, test de grossesse (si indication de TPE) - PCR chlamydia et gonocoque * |
| S2 | <ul style="list-style-type: none"> - ALAT, créatinine (si TPE et co-morbidité ou crainte de iatrogénie) |
| S6 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec CV détectable) - Sérologie syphilis - PCR chlamydia et gonocoque * - ALAT et ARN VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source) |
| S12 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH si TPE - Sérologie VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source) - Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée, et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu) |

* Indications : femme < 25 ans, homme < 30 ans, ou HSH ou sujet symptomatique.

Modalités : un à trois sites de prélèvements selon circonstances
(NB : absence de remboursement en juin 2017 du test gonocoque)

Exposition au sang

| | |
|-------|--|
| J 1-7 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si non vacciné) - ALAT - Créatinine, test de grossesse (si indication de TPE) |
| S2 | <ul style="list-style-type: none"> - ALAT, créatinine (si TPE et co-morbidité ou crainte de iatrogénie) |
| S6 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec CV détectable) - ALAT et ARN VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source) |
| S12 | <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH * - Sérologie VHC - Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée, et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu) |

* la sérologie VIH à S12 en l'absence de TPE n'est maintenue que du fait de son caractère réglementaire (arrêté du 1er aout 2007 dont nous recommandons la modification)