

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT EXPOSITION AU SANG OU AUX PRODUITS BIOLOGIQUES PROFESSIONNELLE

Risque de transmission VIH :

- Exposition percutanée : 0,32% [0,18 – 0,45]
- Exposition cutanéomuqueuse : 0,03% [0,006 – 0,19]

Risque de transmission VHC :

- Exposition percutanée : 1,8% [0 – 7] à 0,5% [0,39 – 0,65]

Risque de transmission VHB :

Exposition percutanée chez une personne non immunisée : 6% (AgHBe-) à 30% (AgHBe+)

⇒ Vaccination +++

Indications du TPE ≤ 48h après exposition au sang

| Risque et nature de l'exposition | Statut VIH du sujet source | | |
|--|----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| | Positif | | Inconnu |
| | CV détectable | CV indétectable* (<50 copies/mL) | |
| IMPORTANT Piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artériel ou veineux) | TPE recommandé | TPE non recommandé* | TPE recommandé |
| INTERMEDIAIRE - Coupure avec bistouri - Piqûre avec aiguille IM ou SC - Piqûre avec aiguille pleine - Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15mn | 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 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).

Traitement post-exposition

Choix préférentiels :

1. **Biktarvy (avec réserve pour les femmes enceintes au regard du peu de données) ;**
2. **Dolutégravir + TDF/FTC (choix préférentiel pour les femmes enceintes).**

Durée totale du traitement : 28 jours

Précaution : vérifier interactions médicamenteuses (si ritonavir : effet inhibiteur des IP/r ne s'exerce qu'au bout de quelques jours).

Indications de la sérovaccination VHB

| Sujet exposé | Statut VHB (Ag HBs) personne source | |
|---|-------------------------------------|----------|
| | Positif | Inconnu |
| Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents) | rien | rien |
| Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé) | 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

Source : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf

Suivi biologique

| | |
|--------------|---|
| J1-J7 | - 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 | - ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie) |
| S6 | Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable) ALAT et ARN VHC (si ARN VHC+ chez sujet source) |
| S12 | - 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)

Source : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION SEXUELLE

Probabilité de transmission du VIH par acte sexuel

Rapport anal :
 - Réceptif : 0,3 – 3,0%
 - Insertif : 0,01 – 0,18%
 Fellation réceptive avec éjaculation : non qualifié

Rapport vaginal :
 - Réceptif : 0,05 – 0,15%
 - Insertif : 0,03 – 0,09%

Probabilité de transmission des virus des hépatites par acte sexuel

VHB
 1 à 3% par acte sexuel avec un sujet AgHbS+

VHC
 Hétérosexuel < 1%
 HSH > si IST ou pratiques traumatiques

Indications du TPE ≤ 48h après exposition

| Risque et nature de l'exposition | Statut VIH du sujet source | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--|
| | Positif | | Inconnu | |
| | CV détectable | CV indétectable* (< 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 ne 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, personne originaire de région à prévalence du VIH > 1% (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), usagers de drogue injectable.

Traitement post-exposition

Choix préférentiels :

1. **Biktarvy (avec réserve pour les femmes enceintes au regard du peu de données) ;**
2. **Dolutégravir + TDF/FDC (choix préférentiel pour les femmes enceintes).**

Durée totale du traitement : 28 jours

Précaution : vérifier interactions médicamenteuses (si ritonavir : effet inhibiteur des IP/r ne s'exerce qu'au bout de quelques jours).

Indications de la sérovaccination VHB

| Sujet exposé | Statut VHB (Ag HBs) personne source | |
|---|-------------------------------------|----------|
| | Positif | Inconnu |
| Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents) | rien | rien |
| Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé) | 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

Source : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf

Autres traitements post-exposition

Hépatite C : un traitement post-exposition n'est pas recommandé.

Contraception - Eviter tout risque de grossesse : exposition chez une femme sans contraception ou sans contraception efficace : proposer une contraception d'urgence (<72h) → Lévonorgestrel ou DIU.

Autres IST : faire une recherche d'IST par PCR C/G mais pas de traitement systématique recommandé.

Surveillance biologique

| | |
|--------------|--|
| J 1-4 | - Sérologie VIH - Sérologie syphilis - 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) - PCR chlamydia et gonocoque* |
| S2 | - ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie) |
| S 6 | - Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable) - Sérologie syphilis - PCR chlamydia et gonocoque* - ALAT et ARN VHC (chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source) |
| S 12 | - Sérologie VIH si TPE - Sérologie VHC (chez HSH ou si 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)

Source : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf

NE PAS OUBLIER DE PROPOSER LA PrEP APRES UN TRAITEMENT POST-EXPOSITION