



Prise en charge des "AEV" au CHITS (Accidents d'exposition viraux)

MAJ Dr Alain Lafeuillade 1^o octobre 2017

Elle nécessite:

- D'agir le plus rapidement possible (l'intérêt d'administrer un traitement antirétroviral pour prévenir l'**infection à VIH** diminue dès les 1^o heures qui suivent le risque et est sans intérêt >48 h après celui-ci).
- D'évaluer le **risque de transmission d'autres germes ou virus comme le VHB, le VHC, les IST, et de grossesse**
- De prescrire rapidement les prophylaxies médicamenteuses si nécessaires et d'assurer une prise en charge multidisciplinaire



Attention:
1 risque peut en cacher 1 autre!

Néanmoins:

- Les indications de la prescription d'une prophylaxie de l'**infection à VIH** ont été revues à la baisse ces dernières années
- Les tests rapides chez le sujet source permettent encore de mieux cibler leur indication: disponibilité du résultat en 5 minutes (si TROD) ou <1h si sérologie réalisée 24h/24 et 7j/7 au CHITS: **si sujet source négatif ON S'ARRETE Là!**



Attention:

- Toute agression n'est pas un AEV (se faire cracher dessus, ...) et ne doit pas être considérée comme tel
- Une piqure accidentelle avec une aiguille propre n'est pas un AEV, ni avec une aiguille ayant servi à apprendre à piquer sur un manequin en caoutchouc (on l'a vu!!!)

AEV professionnel ou sexuel

**Heures ouvrables
Lundi-Vendredi 8h-16h**

**Prise en charge initiale par
l' HDJ d'infectiologie Ste Musse
3° étage
à prévenir au
45518**

**Prise en charge initiale par le
service des urgences**

- **Evaluation de l'indication médicale d'un traitement prophylactique (cf algorithmes)**
- **Si indication retenue, prélever bilan biologique**
- **Donner fiche information patient et copie dossier médical**
- **Dispenser le traitement pour 3 jours**
- **Indiquer à la personne de prendre RDV dans le service d'infectiologie au poste dans les 48h**

Prise en charge initiale aux urgences: principes

- Evaluer le risque
- Décider ou non de la prophylaxie
- Considérer les aspects médico-légaux
- Si traitement: prévoir RDV en infectiologie dans les 3 jours pour ré-évaluation de la prescription et organisation du suivi

Prise en charge initiale aux urgences: **AEV sexuel**

- Délai entre prise de risque et consultation
- Etat sérologique de la source si connu (VIH, VHB, VHC) ou à proposer (consentement oral sauf si coma) si partenaire identifié
- Type de rapport sexuel
- Trace de la consultation, document remis au patient si traitement et RDV avec référent

Prise en charge initiale aux urgences: **AEV sexuel**

Type de rapport	Patient source VIH	Partenaire de status inconnu
Rapport anal	PROPHYLAXIE RECOMMANDÉE	Prophylaxie si «ambiance de risque» (toxicomane, homosexuel, origine africaine sub saharienne...)
Rapport vaginal	PROPHYLAXIE RECOMMANDÉE	Prophylaxie si «ambiance de risque» (toxicomane, homosexuel, origine africaine sub saharienne...)
Fellation réceptive avec éjaculation	PROPHYLAXIE RECOMMANDÉE	Prophylaxie non recommandée mais suivi sérologique

Prise en charge initiale en urgence: **AEV sexuel**

- **Traitement de référence: GENVOYA (1/jour)**
(AMM à partir de 12 ans)



- Effet secondaire classique et bénin: dyspepsie
- Si partenaire VHB actif (porteur antigène HBs) et sujet exposé non immunisé: gammaglobulines spécifiques anti VHB 500 UI/ml + vaccination anti VHB



Prise en charge initiale aux urgences: AEV professionnel

- Si pas fait avant: laver la plaie à l'eau et au savon et antiseptie au moins 5 minutes avec solution chlorée (1 cp pour 500 cc d'eau) ; si projection sur muqueuse laver à l'eau ou sérum physio 5 minutes
- Evaluer le risque
- Décider ou non de la prophylaxie
- Considérer les aspects administratifs (AT)
- Si traitement: prévoir RDV en infectiologie dans les 72h pour ré-évaluation de la prescription et organisation du suivi

Prise en charge initiale aux urgences: AEV professionnel

Type d'accident	Patient source VIH	Patient de status inconnu
Important : Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intra vasculaire (artériel ou veineux)	PROPHYLAXIE RECOMMANDÉE	Prophylaxie si «ambiance de risque» (toxicomane, homosexuel, origine africaine sub saharienne...)
Intermédiaire : Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille pleine Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact supérieur à 15 minutes	PROPHYLAXIE RECOMMANDÉE	PROPHYLAXIE NON RECOMMANDÉE
Minime : Autres cas (sang sur peau saine, Morsures ou griffures Aiguille abandonnée...)	PROPHYLAXIE NON RECOMMANDÉE	PROPHYLAXIE NON RECOMMANDÉE

Prise en charge initiale en urgence: AEV professionnel

- **Traitement de référence: GENVOYA (1/jour)**
(AMM à partir de 12 ans)



- Effet secondaire classique et bénin: dyspepsie
- Si partenaire VHB actif (porteur antigène HBs) et sujet exposé non immunisé: gammaglobulines spécifiques anti VHB 500 UI/ml + vaccination anti VHB



Intérêts du Genvoya

- 1 seul comprimé par jour: observance facilitée
- Contient une anti-intégrase (Genvoya= TAF + FTC + ELVITEGRAVIR) qui intervient plus tôt dans le cycle de réplication du VIH
- Le « TAF » est une forme améliorée du Ténofovir présent dans le Stribild qui n'a pas d'effet toxique rénal ou osseux et une AMM à partir d'un plus jeune âge que le Stribild: 12 ans

Remarque

- Il n'y a pas de prophylaxie vis à vis du VHC
- Seul un suivi des transaminases, de la sérologie et de la virémie VHC est prévu en cas d'accident avec une personne source virémique pour le VHC

Suivi biologique

- Initialement: sérologies VIH, VHB, VHC (et MST si transmission sexuelle) au sujet exposé et au sujet source:



SI SUJET SOURCE NEGATIF: pas de surveillance

Suivi biologique

- Si sujet source VIH positif:
 - Si pas de traitement de prophylaxie prescrit: sérologie à 6 semaines et 3 mois de l'accident
 - En cas de traitement de prophylaxie: contrôle à 2 et 4 mois

Points Importants

- Evaluation initiale du risque pour bien cibler les personnes nécessitant une prophylaxie anti-VIH
- En cas d'initiation nécessité légale d'une consultation avec référent dans les 3 jours pour confirmation/modification de la prescription: **la durée totale de la prophylaxie anti-VIH est de 28 jours**
- Ne pas oublier les autres germes que le VIH pouvant être transmis de façon identique

Références (1)

- Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
- Circulaire DGS/DH/DRT n°99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en oeuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques. BEH 2000 ; 2:5-9.
- Circulaire DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Rapport Pr Yéni Prise en Charge VIH en France, Juillet 2010, pages 350-9
- Rapport Pr Morlat Prise en Charge VIH en France, Juillet 2013, pages 391-404

Références (2)

- McAllister J. et al, Raltegravir-emtricitabine-tenofovir as HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in men who have sex with men : safety, tolerability and adherence.HIV Med. 2014 Jan; 15(1) : 13-22.
- Henard S. et al, Tolerability of post-exposure prophylaxis (PEP) of HIV infection with tenofovir/emtricitabine and raltegravir combination. In : Abstracts of the Fourteenth European AIDS Conference, Bruxelles, Belgique, 2013.
- Mayer KH et al, Raltegravir, DF, and emtricitabine for PEP to prevent the sexual transmission of HIV : safety, tolerability, and adherence. J Acquir Immune Defic Syndrome, 2012 apr 1; 59 : 354-9
- 2013 Uptade US Public health service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommandations for PEP