

## **Prophylaxie infectieuse après exposition professionnelle**

### **Introduction**

Le personnel soignant est régulièrement confronté au risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) mais aussi par les virus de l'hépatite C (HCV) et dans une moindre mesure de l'hépatite B (HBV) du fait du caractère recommandé et obligatoire de la vaccination contre HBV. De nombreuses mesures préventives sont recommandées pour diminuer le risque d'accidents de travail (gants, récipients non perforables pour aiguilles, lunettes, éviter de recapuchonner une aiguille usagée...). Cependant, de tels accidents ne sont pas rares.

Mesures générales en cas d'accident de travail :

Dès l'exposition et avant l'administration de médicaments, les mesures classiques sont de rigueur telles que rincer la plaie à l'eau et au savon liquide, la désinfecter à l'aide d'une solution antiseptique à base d'alcool (alcool 70°, alcool iodé) ou des dérivés chlorés (Dakin ou eau de javel diluée à 10 %). En cas de contact avec les conjonctives ou les muqueuses, il est conseillé de les rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique. Il faut cependant noter que le fait de faire saigner la plaie n'est pas nécessairement utile et pourrait théoriquement favoriser un échange sanguin direct.

La prévention des maladies transmissibles à la victime sera centrée sur trois aspects :

- prophylaxie de l'hépatite B
- surveillance de l'hépatite C
- prophylaxie de l'infection HIV

Il est utile de vérifier la vaccination anti-tétanique et la remettre à jour si nécessaire.

### **1. Prophylaxie de l'hépatite B**

Le risque de contamination par le virus l'hépatite B lors d'un accident professionnel est de 10 à 30% si la source est porteuse du virus (Ag HBs positif et Ag HBe positif). La vaccination permet d'en éviter l'acquisition. Pour les personnes non vaccinées, on dispose d'immunoglobulines spécifiques de l'hépatite B.

L'administration des gammaglobulines et du vaccin doit être réalisée de préférence dans un délai de 24-48h suivant l'exposition, mais reste utile jusqu'au 7<sup>e</sup> jour.

### 1. Victime non vaccinée

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| source antigène HBs positif | vaccin + immunoglobulines spécifiques de l'hépatite B  |
| source antigène HBs négatif | vaccin pour prévenir un risque ultérieur   |
| source antigène HBs inconnu | Vaccin, contrôle sérologique rapide de la source ; si source positive, administrer les immunoglobulines spécifiques de l'hépatite B avant le 7 <sup>ème</sup> jour |

Dosage d'immunoglobulines hépatite B : 0,06 mg/kg IM.  
Suite du schéma de vaccination pris en charge en consultation.

### 2. Victime vaccinée et taux d'anticorps HBs post-vaccinal > 10 UI/L, ou immunité naturelle : Pas de traitement

### 3. Victime vaccinée dont la réponse vaccinale est inconnue :

Dosage anticorps HbS en urgence :

- Taux d'anticorps HbS > 10 UI/L : Pas de traitement
- Taux d'anticorps HbS < 10 UI/L :

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| source antigène HBs positif | vaccin + immunoglobulines spécifiques de l'hépatite B   |
| source antigène HBs négatif | pas de traitement (envisager une revaccination)   |
| source antigène HBs inconnu | Vaccin, contrôle sérologique rapide de la source ; si source positive, administrer les immunoglobulines spécifiques de l'hépatite B |

Dosage d'immunoglobulines hépatite B : 0,06 mg/kg IM.

Si le patient n'a pas répondu à 2 séries de vaccins, administrer une 2<sup>ème</sup> injection d'immunoglobulines à 1 mois d'intervalle.

## 2. Prophylaxie de l'hépatite C

Le risque de contamination par une source porteuse de l'hépatite C, dont la charge virale HCV RNA est positive, est de 3%.

Actuellement, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C ni de traitement prophylactique.

Un suivi est réalisé en consultation, dont l'objectif est le diagnostic et le traitement précoce d'une éventuelle infection.

### 3. Prophylaxie du VIH

#### A. Evaluation du risque

- L'évaluation du risque de transmission du VIH est délicate, et dépend du type d'exposition, du statut VIH de la source, de sa charge virale ... L'appréciation du risque est encore plus difficile si le statut VIH de la source est inconnu.
- Le taux moyen de transmission du virus en cas d'accident professionnel par **contact percutané est de  $\pm 0,3\%$** . Ce risque est majoré lors d'une plaie profonde, provoquée par un objet présentant du sang visible, et/ou si l'objet était placé dans une artère ou une veine, si l'aiguille est creuse plutôt que pleine (suture).  
Le taux est de  $\pm 0,09\%$  pour un contact par des muqueuses, et encore inférieur sur une peau lésée. Le risque de contamination par des liquides corporels ou des tissus n'a pas été analysé, mais est supposé moindre que par du sang infecté.
- La chimioprophylaxie administrée précocement permet de réduire le taux d'infection : dans une étude rétrospective « case-control », l'administration d'AZT en monothérapie a permis une réduction du risque de 80%. Cependant les traitements antirétroviraux ont des effets secondaires multiples, et sont coûteux ( 400 à 1000 Euros par mois de traitement, à charge de l'assurance). En cas de doute, une chimioprophylaxie peut être initiée jusqu'à ce que des informations complémentaires soient obtenues au sujet de la source ou que la victime puisse fournir des renseignements à ce sujet.

| Le risque de transmission du VIH en fonction du type d'exposition ( source positive) |                      |                                   |
|--|----------------------|-----------------------------------|
| Type d'exposition  | Transmission VIH (%) | Appréciation simplifiée du risque |
| Transfusion  | 90 - 100 %           | très important                    |
| Rapport anal réceptif  | 0,1 - 3,0 %          | modéré                            |
| Rapport vaginal réceptif   | 0,1 - 0,2 %          |                                   |
| <b>Piqûre d'aiguille</b>   | <b>0,3 %</b>         | <b>= exposition percutanée</b>    |
| Partage de matériel drogue IV  | 0,67 %               |                                   |
| Rapport vaginal insertif   | 0,03 - 0,09 %        | faible                            |
| Rapport anal insertif  | 0,06 %               |                                   |
| Rapport oral (réceptif)  | 0-0.04 %             |                                   |
| <b>Exposition muqueuse</b>   | <b>0,09 %</b>        |                                   |
| Exposition cutanée saine et vie courante   | 0%                   |                                   |

Liquides corporels contaminants : **sang**, sperme, liquide séminal, sécrétions vaginales, et dans une moindre mesure sauf en présence de sang visible: LCR, liquide pleural, synovial, péritonéal, péricardique, amniotique, tissus, tout instrument souillé par un de ces liquides.

Liquides corporels non contaminants : **en l'absence de sang visible à l'œil nu** : selles, urines, salive, expectorations, sécrétions nasales, sueur, larmes, résidus gastriques.

- La chimioprophylaxie sera **administrée le plus tôt possible, idéalement dans les 2 heures**, et au plus tard dans les 72 heures. Tout délai expose à une diminution de l'efficacité. Après 72 heures, l'efficacité d'une chimioprophylaxie devient discutable.

## B. Indications de traitement prophylactique

La décision sera prise en fonction des informations disponibles concernant la source, la victime et le type d'exposition.

### 1. Evaluation de l'exposition

Il faut différencier le risque encouru selon :

- la nature du liquide infectant (sang ou autre liquide biologique)
- que le liquide infectant entre en contact avec une peau saine, une peau lésée (dermatite, plaies, gerçures, crevasses, ulcérations), ou des muqueuses (nez, bouche, œil),
- ou si la contamination se produit par voie percutanée, superficielle ou profonde, par objet creux ou plein, ou ayant été précédemment dans une artère ou une veine.

Le risque de contamination est diminuée par le port de gant (une ou deux paires), la limitation de la durée du contact (interruption de l'activité immédiate pour permettre un rinçage).

Classification du risque :

| Organe exposé   | Type d'exposition  | Type de prophylaxie     |
|---|--|-------------------------|
| Exposition cutanée et peau saine                        |  | Pas de prophylaxie      |
| Exposition muqueuse<br>Exposition cutanée et peau lésée | Volume de liquide peu important, durée de contact court  | <i>risque faible</i>    |
| Exposition muqueuse<br>Exposition cutanée et peau lésée | Volume important, durée de contact prolongé  | <i>risque modéré</i>    |
| Exposition percutanée                                   | Aiguille pleine, lésion superficielle  | <i>risque modéré</i>    |
| Exposition percutanée                                   | Aiguille creuse, gros calibre, lésion profonde, injection, sang visible sur l'instrument, instrument ayant séjourné préalablement dans un vaisseau | <i>risque important</i> |

## 2. Statut de la source

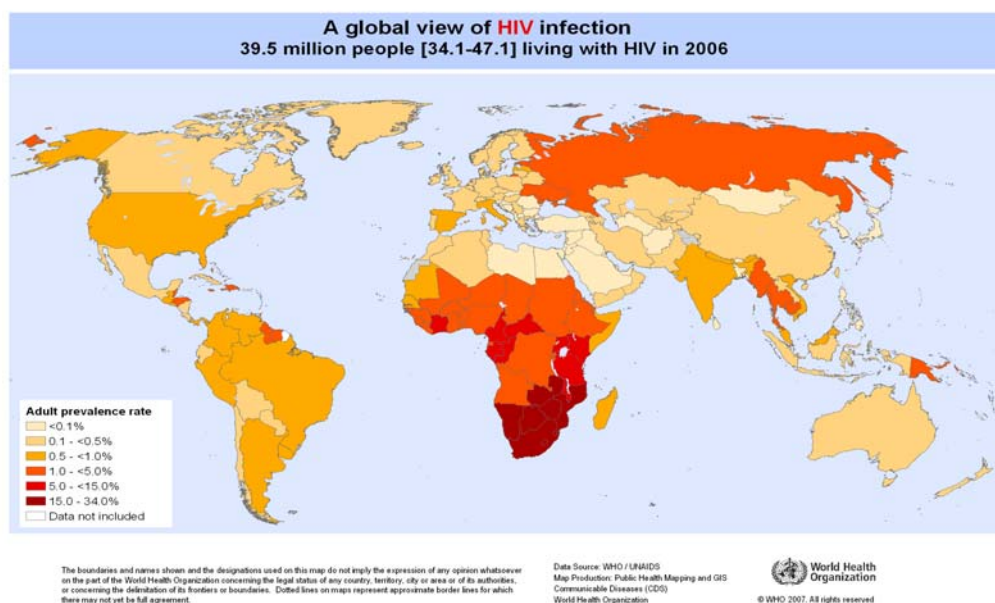
L'attitude peut être modulée en fonction de la charge virale de la source.

|      |  |
|------|--|
| SC1  | Charge virale basse, CD4 élevés, asymptomatique            |
| SC2  | Charge virale élevée, CD4 bas, stade SIDA, primo-infection |
| SC ? | Test rapide de la source avec son accord                   |

Si le statut sérologique de la source est inconnu, et que la source appartient à une catégorie à haute prévalence pour le VIH (pays dont la prévalence du VIH est élevée : Afrique sub-saharienne, Asie du Sud-Est, Europe de l'Est ; usager de drogues intraveineuse, multipartenariat, prostitution, ex détenu,...), on adoptera la **même attitude que si la source était VIH positif**. On sollicitera l'accord de la source pour lui réaliser un test sérologique rapide.

L'attitude sera adaptée une fois que les informations complémentaires au sujet de la source, auront pu être obtenues.

Carte du monde avec prévalence (OMS) en 2006 :



### C. Que prescrire ?

La chimioprophylaxie sera adaptée à la situation médicale de la victime et au risque de transmission de virus éventuellement résistant aux antirétroviraux.

Type de classement : selon MMWR- CDC USA (2005) :

- Risque d'acquisition du VIH et Recommandation de prophylaxie

| exposition       | SC1                             | SC2                 | Source SC ?  | VIH négatif       |
|------------------|---------------------------------|---------------------|--|-------------------|
| Risque faible    | <b>Bi-thérapie à considérer</b> | <b>Bi-thérapie</b>  | Généralement pas de traitement   | Pas de traitement |
| Risque modéré    | <b>Bi-thérapie</b>              | <b>Tri-thérapie</b> | Pas de traitement ou bi-thérapie à considérer si source appartenant à un groupe à risque           | Pas de traitement |
| Risque important | <b>Tri-thérapie</b>             | <b>Tri-thérapie</b> | Pas de traitement ou bi-thérapie à considérer si source appartenant à un groupe à risque           | Pas de traitement |
|                  |                                 |                     | Arrêter la prophylaxie si le dépistage revient négatif. (Attention à la fenêtre de séroconversion) |                   |

Si la **source n'est pas traitée** : Associer un traitement de la colonne 1 **et** de la colonne 2 , à démarrer le même jour et en même temps :

| <b>Bi-thérapie<br/>(= 2 NRTI)</b>   | <b>Tri-thérapie (= Bi-thérapie + IP :<br/>Inhibiteurs de protéases)</b>  |
|---|--|
| Combivir® (Retrovir + Epivir) :<br>1 comp, 2x /j<br><b>ou</b>                           | Kaletra® 200/50 : 2 comp, 2x/j<br><b>ou</b>  |
| Viread® 245 : 1 comp, 1x /j<br>et Epivir® 300 : 1 comp, 1x/j<br><br>(Emtriva et Viread) | Invirase® 500 : 2 gel, 2x/j<br>et Norvir®* 100 : 1 gel, 2x/j<br><b>ou</b>  |
|   | Telzir® 700 : 2 gel, 2x /j<br>et Norvir®* 100 : 1 gel, 2x/j<br><b>ou</b>   |
|   | Reyataz® 200 : 2 gel, 1x /j<br>Si association avec Viread ou en<br>fonction du génotype de la source :<br>Reyataz ® 150 : 2 gel, 1 x /j<br>Et Norvir ®* 100 : 1 gel, 1x /j |

\* : à conserver au frigo

Vu le risque d'interactions médicamenteuses, il est important d'effectuer une anamnèse médicamenteuse complète et de contacter l'infectiologue de garde.

La thérapie sera prise pendant le repas ou dans les 2 heures suivant le repas. Le patient sera prévenu du risque de nausées ou vomissement (Motilium) ou du risque de diarrhée (Imodium). On fournira au patient le n° de téléphone du Centre de prise en charge (02/764.21.56 - 21.57) ou de l'infectiologue de garde.

Si la **source est traitée** :

La trithérapie pourrait être adaptée en consultation d'infectiologie. (Des médicaments tels que Nevirapine = Viramune® (hépatite, rash), Efavirenz = Stocrin® (troubles neuropsychologiques), Abacavir = Ziagen® (réaction d'hypersensibilité) ne seront jamais prescrits sans l'avis d'un infectiologue.)

#### D. Durée de la chimioprophylaxie :

Le patient recevra la première fois des médicaments pour une semaine avant d'être revu en consultation. La durée totale du traitement antirétroviral sera de 4 semaines.

#### E. Suivi

Le service des urgences contactera un médecin du centre de prise en charge ou l'infectiologue de garde pour organiser une visite dans les 3 jours (tel : 02/764. 21. 50 ou 02/764. 21. 56)

- Celui-ci organisera le suivi ultérieur et les compléments de vaccination ; les suivis sérologiques VIH/hépatite B/hépatite C seront pratiqués.
- Tél : consultations : 02/764 21 22 - 02/764 19 02 : Pr. B. VANDERCAM (bip 21 55)  
- Dr. J.C. YOMBI (bip 31 07) - Dr. A. VINCENT - Assistant Unité 44 (bip 80 46).
- Le patient peut également être vu la première fois sans rendez-vous par le Dr. A. VINCENT (étage -1, local H1), le lundi entre 15h30 et 17h30 et le mercredi entre 11h et 13h.

#### Bilan de départ de la victime

Hémogramme, enzymologie hépatique, urée, créatinine, sérologie, hépatite B (Ag HbS, Ac HbS, Ac HbC), hépatite C, HIV, test de grossesse

#### Prélèvement de la source

Sérologie HIV, charge virale HIV, génotype, hémogramme et taux de lymphocytes T4, sérologie hépatite B (Ag HBs), hépatite C.

#### Recommandations

On recommande d'avoir des rapports protégés durant tout le temps de la prophylaxie et du suivi. D'autres précautions seront également d'application (pas de don de sang, pas de don d'organe, pas de grossesse...) durant les 6 mois de suivi.