
ITEM n°202 : EXPOSITION ACCIDENTELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (CONDUITE A TENIR)

OBJECTIFS TERMINAUX

I. Décrire la prise en charge immédiate d'une personne victime d'une exposition sexuelle ou d'une exposition accidentelle au sang.

POUR MIEUX COMPRENDRE

DEFINITION

Un accident d'exposition au sang (AES) est défini par un contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé, lors d'une piqûre avec une aiguille, une coupure avec un objet tranchant ou par contact sur une plaie, une peau non intacte ou une muqueuse. Il expose en particulier au risque de transmission des virus VIH, VHB et VHC.

RISQUE DE TRANSMISSION

VIH : Le taux de séroconversion après exposition percutanée au sang d'un patient infecté a pu être estimé à 0,3 %.

Une prophylaxie par un traitement antirétroviral réduit ce risque sans le supprimer.

VHB : Le taux de transmission après exposition percutanée chez un sujet non vacciné peut atteindre 40 % (patient source AgHBs+ et AgHBe+).

La vaccination obligatoire chez les professionnels est l'élément majeur de prévention.

VHC : Le taux de transmission après exposition percutanée est évalué aux alentours de 1 %.

**PRISE EN CHARGE IMMEDIATE
D'UNE PERSONNE VICTIME D'AES :
ACCUEIL DE LA VICTIME ET RECUEIL D'INFORMATIONS**

1. SOINS IMMEDIATS : NETTOYAGE DE LA PLAIE

- Blessure ou piqûre : nettoyage immédiat à l'eau courante et au savon, rinçage, antiseptie (5 minutes au moins) : dakin, ou Javel à 9° diluée au 1/5 ou au 1/10, ou à défaut alcool à 70°, polyvidone iodée.
- Projection muqueuse (conjonctive...) : rinçage immédiat abondant au sérum physiologique.

2. IL S'AGIT GENERALEMENT D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

- Déclaration d'accident de travail obligatoire dans les 24 heures
- Etablissement d'un certificat médical initial décrivant la blessure et notifiant expressément qu'il s'agit d'un accident avec risque de séroconversion VIH nécessitant un suivi sérologique prolongé de 3 mois.
- Visite en médecine du travail pour analyser les causes de l'accident et prendre les mesures préventives nécessaires.

3. RECHERCHE DU STATUT SEROLOGIQUE DU PATIENT SOURCE

- Sérologie VIH et en cas de positivité : stade clinique, traitements antérieurs et en cours, taux de lymphocytes CD4+, charge virale VIH.
- Sérologie VHC et en cas de positivité recherche de réplication virale (ARN VHC).
- Ag Hbs, Ag Hbe. si la victime n'est pas immunisée contre l'hépatite B (vaccination avec immunité prouvée par un titre d'anticorps supérieur à 10 U/l).

Si le statut sérologique du patient source n'est pas connu, et après son accord (hors situation où le patient est dans l'impossibilité de répondre à une proposition de test (coma, ...), il faut faire réaliser chez ce dernier, en urgence, un prélèvement sanguin destiné à déterminer les sérologies VHC, VIH, et éventuellement VHB.

4. ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION (CF. T148.2, PILLY 2008)

Il dépend de :

- Profondeur de la blessure
- Type de matériel en cause.
- Risque élevé si aiguille creuse à prélèvement veineux ou artériel contenant du sang.
- Risque moindre si aiguille fine (sous-cutanée ou IM), ou pleine, ou piqûre au travers de gants.
- Risque moindre si projection cutanéomuqueuse.
- Gravité de l'infection VIH chez le patient source (charge virale plasmatique élevée).

5. REALISATION D'UN BILAN SEROLOGIQUE CHEZ LA VICTIME

- Sérologie VIH \leq 8 jours suivant l'exposition (en cas d'accident du travail).
- Sérologie VHC.
- Dosage des Ac anti-HBs (si statut post-vaccinal inconnu).

**PRISE EN CHARGE IMMEDIATE
D'UNE PERSONNE VICTIME D'AES :
VIH : PROPHYLAXIE POST EXPOSITION**

1 DECISION DE MISE EN ROUTE D'UNE PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE :

- En urgence au mieux ≤ 4 h suivant l'accident ;
- Par le médecin référent VIH préférentiellement ;
- Par le médecin des urgences (après éventuel avis téléphonique du médecin référent) ;
- Au delà de la 48^e heure après l'exposition, la mise en route d'une prophylaxie post-exposition semble sans intérêt (être exposé inutilement à un risque de iatrogénie).

Prophylaxie post exposition vis-à-vis du VIH : critères de décision		
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du patient source	
	POSITIF	INCONNU
Important : piqûre profonde, aiguille creuse de gros calibre, dispositif IV	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si patient reconnu à risque ¹
Intermédiaire : coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou sous-cutanée, aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse, (avec temps de contact > 15 mn), ET exposition < 48 h	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Minime : Autres cas Morsure ou griffure	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

¹ : Toxicomane par voie IV, homme homo/bisexuel, pratiques sexuelles à risque (partenaires multiples), personnes venant de zone d'endémie

2 AUTRES MESURES :

2.1 Informations à la victime

- Evaluation ? Quantification du risque de séroconversion VIH ?
- Modalités de la prophylaxie post-exposition,
- Incertitudes sur l'efficacité de cette prophylaxie
- Effets secondaires possibles
- Expliquer et prescrire une contraception mécanique (préservatifs) pendant 3 mois
- Exclusion du don du sang pendant 3 mois (même si prophylaxie post exposition non prescrite)

2.2 Bilan en cas de prophylaxie

NFS plaquettes, transaminases, amylase, créatinine.

3 PROPHYLAXIE

- Trithérapie (généralement 2 analogues nucléosidiques et une anti-protéase boostée par du ritonavir).
- En raison du risque d'effets secondaires graves, il est recommandé de ne pas utiliser, les non nucléosidiques (névirapine et efavirenz), l'abacavir, l'indinavir, le nelfinavir ou l'association didanosine + stavudine.
- Lorsque le patient source est connu comme infecté par le VIH, le choix des antirétroviraux se fera au cas par cas en prenant en compte sa charge virale, les traitements (actuel et antérieurs). Un recours au médecin référent VIH s'impose alors d'emblée.

- La prophylaxie est initialement prescrite pour une durée de 3 à 4 jours.
- Le patient doit être revu par le médecin référent VIH : décision de poursuivre ou non la prophylaxie 28 jours.

SUIVI Sérologique

- **Pour le VIH** : il doit être réalisé à M2 ou M1 puis M4 ou M3 selon qu'un traitement a été ou non prescrit. Le suivi sérologique à M6 n'est plus recommandé.
- Pour le VHC suivi sérologique à M1, M3 et M6 si patient source VHC + avec PCR +.
- Pour le VHB suivi sérologique à M1, M3 et M6 si victime non immunisée et patient source Ag HBS+.

**PRISE EN CHARGE IMMEDIATE
D'UNE PERSONNE VICTIME D'AES :
VHB ET VHC : MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE**

1 PROPHYLAXIE POST EXPOSITION AU VHC

- Il n'existe pas de prophylaxie vis-à-vis du risque VHC.
- La prise en charge rapide d'une éventuelle infection aiguë post exposition (séroconversion, mise en évidence d'une PCR ARN VHC qualitative positive) permettra d'améliorer l'efficacité du traitement antiviral.
- Un suivi clinico-biologique s'impose donc et doit être programmé dès la consultation initiale.

2 PROPHYLAXIE POST EXPOSITION AU VHB

Théoriquement, l'ensemble des personnels soignants et de laboratoire est vacciné contre l'hépatite B. Le risque de transmission du VHB au cours d'un AES est nul chez les répondeurs à la vaccination. Il n'est pas nécessaire de pratiquer des rappels de vaccination si un titre d'anticorps anti-HBs > 10 UI a été constaté au moins une fois à l'issue d'une primo vaccination complète à 3 injections (J0, M1, M6).

En cas d'AES :

- chez une personne non vaccinée ou non-répondeuse à la vaccination anti-HBV (non réponse anticorps après 6 injections de vaccin).

il convient de :

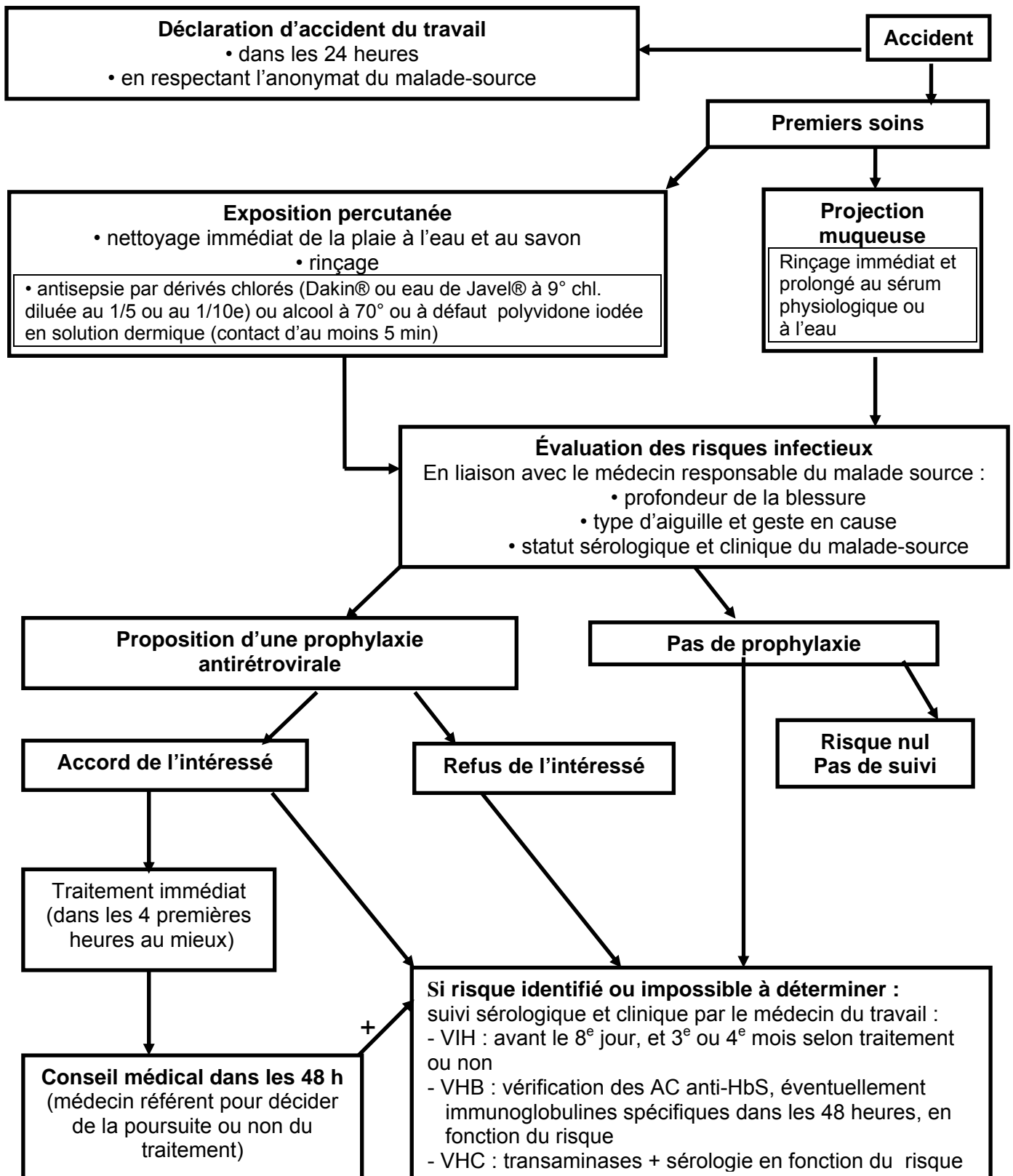
- faire le plus tôt possible (dans les 48 heures) une injection IM de 500 UI d'immunoglobulines humaines anti-hépatite B (sauf si patient source identifié Ag-HBs-),
- et, si victime non vaccinée :
 - o débiter le même jour la vaccination anti-hépatite B ;
 - o répéter ces deux injections à un mois ;
 - o répéter la vaccination à 6 mois ;
 - o surveiller l'acquisition dans le temps des anticorps.

- chez une personne préalablement vaccinée n'ayant jamais contrôlé son taux d'anticorps, doser le titre anti-HBs et si le taux d'anticorps anti-HBs est < 10UI/ml le jour où elle consulte pour AES, refaire une injection de vaccin en même temps que les immunoglobulines et titrer les anticorps après 1 mois. Si le titre est élevé (supérieur à 10) il est inutile de poursuivre, la personne est répondeuse et protégée.

Conduite à tenir à tenir face au risque VHB au cours d'un AES

Personnel accidenté	Patient source	CAT sous 48 heures
Immunisé : Ac Anti HBs ≥ 10 UI/ml	Sérologie inutile	Aucune
Non vacciné ou vacciné mais Ac anti-HBs < 10 UI/ml	Sérologie dans les 48 h : Ag HBs + Ag HBs -	Ig humaines anti-hépatite B + vaccin ou rappel Vaccin ou rappel à discuter

CONDUITE A TENIR EN CAS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE AU SANG





DOSSIERS CLINIQUES : DC 2008-99 ; DC 2008-100

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

Chapitre 148

Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20-4-1998

Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n°2003/165 du 02-04-2003.

Circulaire DGS/DH/DRT n°99/680 du 8-12-1999.