

Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.  
Toute reproduction à usage collectif est interdite.

L'ouvrage original couleur ECN.PILLY 2020 (6<sup>e</sup> édition) est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

## **ECN.PILLY 2020**

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2020. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

### **ECN.PILLY 2020 - 6<sup>e</sup> édition**

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie  
210 x 270 mm - quadrichromie - 320 pages - ISBN : 978-2-916641-69-0  
42,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris  
email : [alineaplus@alineaplus.fr](mailto:alineaplus@alineaplus.fr)

## **Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :**

### **E.PILLY 2020 - 27<sup>e</sup> édition**

Maladies infectieuses et tropicales  
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-68-3  
59,00 € TTC

**ePOPI** ([www.epopi.fr](http://www.epopi.fr)) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

**ePOPI Etudiant** - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2020).

## Objectifs

- Décrire la prise en charge immédiate d'une personne victime d'une exposition sexuelle ou d'une exposition accidentelle au sang.
- Connaître la conduite à tenir et les principes du suivi face à un accident exposant aux risques de transmission du VIH, du VHB et du VHC.

## Points importants

- Urgence médicale : agir dans les 4 premières heures est l'idéal, à défaut dans les 48 h.
- Les risques infectieux principaux en cas d'accident d'exposition aux liquides biologiques sont le VIH, le VHC et le VHB.
- Les risques les plus importants sont associés pour les accidents professionnels aux piqûres profondes avec aiguille creuse et intravasculaire et pour les accidents sexuels aux rapports anaux réceptifs.
- Il faut faire le maximum pour connaître le statut sérologique de la personne source.
- L'exposition au VIH est une indication urgente à un traitement antirétroviral.
- En cas d'exposition au VIH, il n'y a pas d'indication au traitement antirétroviral lorsque la charge virale VIH de la personne source est indétectable.
- L'exposition au VHB nécessite une sérovaccination chez le sujet non immunisé.
- Après exposition au VHC, la conduite à tenir repose sur le diagnostic précoce et le traitement d'une éventuelle primo-infection.
- Ne pas oublier la déclaration d'accident de travail en cas d'accident professionnel

## 1 Bases pour comprendre

Un accident d'exposition au risque de transmission virale VIH, VHB et/ou VHC (AEV) peut survenir dans un cadre :

- professionnel (exposition au sang ou à un liquide biologique contaminant : piqûre avec une aiguille, coupure avec un objet tranchant, projection sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse...)
- ou non professionnel (relation sexuelle, pratique d'injection de drogue).

### 1. RISQUE DE TRANSMISSION

#### Accident d'Exposition au Sang (AES)

- Ces accidents sont dus dans près de la moitié des cas au non-respect des **précautions standard en hygiène** (port de gants pour les gestes à risque, ne pas recapuchonner les aiguilles, jeter immédiatement les objets piquants ou tranchants dans un conteneur *ad hoc*). La mise à disposition de matériels sécurisés a permis d'en faire diminuer notablement la fréquence en milieu hospitalier.
- VIH : le taux de séroconversion après exposition percutanée au sang d'une personne source vivant avec le VIH est estimé à **0,3 %** lorsque cette personne source ne reçoit pas de traitement antirétroviral. Ce risque est maximal en cas de charge virale élevée de la personne source et de blessure profonde par une aiguille creuse contenant du sang. **Une prophylaxie par un traitement antirétroviral post-exposition bien conduit réduit ce risque à un niveau presque nul.**
- VHC : le taux de transmission après exposition percutanée est **inférieur à 3 %**. Lors des pratiques de prise de drogues collectives, le risque est lié au partage du matériel d'administration du produit, aiguilles, seringues, mais aussi pailles pour inhalation, cotons, cuillers...
- VHB : le taux de transmission après exposition percutanée chez un sujet non immunisé peut atteindre **40 %** (patient source Ag HBe+ et virémique). La vaccination obligatoire chez les professionnels de santé est l'élément majeur de prévention.

#### Accident d'Exposition Sexuelle

- VIH : le taux de séroconversion est estimé à **1 %** après un rapport anal réceptif, et à **0,1 %** après un rapport vaginal insertif. L'infectiosité est liée à la quantité de virus dans les sécrétions génitales et anales (généralement corrélée à la charge virale sanguine) ; elle est majorée par d'éventuelles lésions muqueuses associées, tout particulièrement lorsque celles-ci ont pour origine une IST, les menstruations ou tout saignement au cours des rapports sexuels. Le risque est maximal en cas de viol. La circoncision diminue de moitié le risque de transmission au sujet circoncis, par kératinisation de la muqueuse du gland.  
Le risque de transmission du VIH lors de relations vaginales non traumatiques est nul lorsque le/la partenaire infecté(e), a sous traitement antirétroviral, une charge virale VIH indétectable depuis plus de 6 mois.

- VHB : le taux de séroconversion est aux alentours de **50 %**.
- VHC : le risque n'est significatif qu'en cas de relation sexuelle traumatique (saignement, viol).

## 2. EFFICACITÉ DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL POST-EXPOSITION (TPE)

- Plusieurs données cliniques attestent de l'efficacité du TPE :
  - une étude cas-témoin a montré qu'une monothérapie de zidovudine (AZT) diminuait de 80% le risque de contamination après blessure à haut risque
  - les données de surveillance des AES en milieu de santé montrent que les infections survenant après TPE sont exceptionnelles, et presque exclusivement liées à un défaut d'observance ou à une résistance virale.
- Les modèles expérimentaux et les données *in vitro* suggèrent que :
  - le traitement est inefficace lorsqu'il est administré plus de 48 heures après l'accident
  - qu'un traitement de 28 jours est nécessaire.

## 2

### Prise en charge d'une personne victime d'accident d'exposition au sang (AES)

Chaque unité de soins doit disposer d'un protocole décrivant précisément la prise en charge (abord et entretien avec la victime ; prélèvements nécessaires à court terme ; modalités pratiques de traitement ; modalité de surveillance).

### 1. SOINS IMMÉDIATS : NETTOYAGE DE LA PLAIE

- Blessure ou piqûre :
  - **ne pas faire saigner** (risque de brèche capillaire favorisant l'infection)
  - nettoyage immédiat à l'eau courante et au savon (l'effet recherché est une déterision, et l'élimination des matières organiques apportées par l'accident [sang de la personne-source], ne pas utiliser un produit hydro-alcoolique)
  - rinçage
  - antiseptie : Javel à 2,5 % de chlore actif diluée au 1/5 ou au 1/10, solution de Dakin, ou à défaut alcool à 70°, polyvidone iodée (contact de 5 minutes au moins).
- Projection muqueuse (conjonctive, etc.) : rinçage immédiat abondant au sérum physiologique (5 minutes au moins).

### 2. IL S'AGIT GÉNÉRALEMENT D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

- **Déclaration** d'accident de travail **obligatoire** dans les 48 heures.
- Rédaction par ailleurs 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 ou 4 mois.

- Réalisation chez la personne exposée des sérologies (adaptées au statut de la personne-source) attestant de l'absence d'infection au moment de l'accident, sérologies à faire dans les sept jours suivant l'accident.

### 3. RECHERCHE DU STATUT SÉROLOGIQUE DU PATIENT SOURCE : ELLE DOIT ÊTRE EFFECTUÉE DANS TOUS LES CAS (HORS REFUS EXPRÈS DU PATIENT) ET LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE

- **Sérologie VIH**, et en cas de positivité : charge virale VIH en urgence, et consultation des éventuels génotypes de résistance aux antirétroviraux.
- **Sérologie VHC**, et en cas de positivité : recherche de réplication virale (ARN VHC).
- Si la victime n'est pas immunisée contre l'hépatite B (l'immunité post-vaccinale est prouvée par un titre d'anticorps HBs > 10 UI/L présent ou passé), recherche d'Ag HBs chez le patient source et, en cas de positivité, recherche de réplication virale (ADN VHB).
- **Si le statut sérologique du patient source n'est pas connu**, et après son accord (hors situation où le patient source est dans l'impossibilité de répondre à une proposition de test, auquel cas le médecin en charge du patient prend la responsabilité de prescrire le test), **réalisation en urgence des sérologies VIH, VHC et éventuellement VHB** ; pour le VIH, privilégier l'utilisation des tests de diagnostic rapide dont les résultats sont disponibles en moins d'une heure.

### 4. GESTION DU RISQUE VIH : TPE

#### Décision de proposition d'un TPE

- En urgence, **au mieux ≤ 4 h suivant l'accident**, au plus tard jusqu'à 48 heures.
- Par un médecin référent pour le VIH si possible.
- À défaut, par le médecin des urgences (après éventuel avis téléphonique d'un médecin référent).
- Au-delà de la 48<sup>e</sup> heure après l'exposition, la mise en route d'un TPE est sans intérêt car probablement inefficace, et expose inutilement à un risque de iatrogénie.
- Les indications du TPE sont détaillées dans le tableau TUE11-362-1. Si la sérologie VIH du patient source est négative, le TPE n'est pas indiqué.
- La victime est libre de refuser le TPE.
- Information du patient (bénéfices/risques/surveillance) avec remise de documents d'information. Rapports protégés, éviction don du sang, conseils de prévention.

#### Traitement antirétroviral post-exposition

- **Trithérapie** : choix préférentiel : ténofovir + emtricitabine + rilpivirine.
- 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 (actuels et antérieurs) et son génotype de résistance éventuel. Un recours au médecin référent pour le VIH s'impose alors d'emblée.

## TUE11-362-1 : Accidents exposant au sang : indications du traitement antirétroviral post-exposition (TPE)

Risque et nature de l'exposition	Patient source		De sérologie inconnue
	vivant avec le VIH		
	CV détectable	CV indétectable	
<b>Important</b> · piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE	Pas de TPE	TPE
<b>Intermédiaire</b> · coupure avec bistouri · piqûre avec aiguille IM ou SC · piqûre avec aiguille pleine · exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > à 15 minutes	TPE	Pas de TPE	Pas de TPE
<b>Faible</b> · autres cas · piqûres avec seringues abandonnées · morsures, crachats ou griffures	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE

Le traitement devant être débuté en urgence, un «kit» correspondant aux 1<sup>ers</sup> 48 heures de traitement est généralement fourni à la victime, en attendant qu'il/elle se procure en pharmacie le traitement complet, ou en attendant qu'il/elle soit revu(e) en consultation à court terme par un médecin référent.

**La durée du TPE est de 28 jours.** Si le traitement a été débuté en dehors d'un centre référent, par exemple aux urgences, la victime exposée doit être revue par un médecin référent pour le VIH après 2 à 4 jours pour confirmer la pertinence du traitement et organiser le suivi biologique de la tolérance (créatinine, transaminases) et de l'efficacité du TPE.

**Suivi virologique**

- En l'absence de TPE : sérologie VIH à 6 semaines et à 3 mois (réglementaire) de l'accident. Une sérologie négative à 6 semaines rend très peu probable l'infection.
- En cas de TPE, il comprend une sérologie VIH à 6 semaines et 3 mois de l'accident (l'infection pouvant exceptionnellement survenir sous TPE, et être alors d'apparition retardée).

**Contraception mécanique**

- En l'absence de TPE, jusqu'à l'obtention de la sérologie VIH 6 semaines après l'exposition

- Si TPE, jusqu'à l'obtention de la sérologie VIH 12 semaines après l'exposition

**5. MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES RISQUES VHB ET VHC****Risque 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** chez la victime de l'accident (séroconversion ou mise en évidence d'une réplication : PCR ARN VHC positive) permettra la mise en route d'un traitement antiviral efficace.
- Lorsque le patient source est infecté par le VHC avec PCR positive, un suivi clinique (information sur les signes d'hépatite aiguë) et biologique (**mesure des transaminases, de la sérologie VHC et de la PCR VHC à 6 semaines** de l'accident et sérologie VHC à 3 mois) doit être programmé chez la victime dès la consultation initiale.

**Risque VHB**

L'ensemble des personnels soignants (y compris administratifs) et de laboratoire est soumis à l'obligation vaccinale contre l'hépatite B.

Le risque de transmission du VHB au cours d'un AES est nul chez les répondeurs à la vaccination. Il est pos-

## TUE11-362-2 : Indications de la sérovaccination après exposition professionnelle ou sexuelle au VHB

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
	Positif	Inconnu
Vacciné répondeur (Ac 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 HSH et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou avec partenaires multiples.

sible d'affirmer qu'une personne est répondeuse si elle a présenté, lors d'un contrôle antérieur, **un taux d'anticorps anti-HBs > 10 UI/L**.

- Indication de sérovaccination (TUE11-362-2) :
  - Une sérovaccination doit être mise en œuvre chez une personne non vaccinée.
  - Chez une personne préalablement vaccinée n'ayant jamais contrôlé son taux d'anticorps : doser le titre d'anticorps anti-HBs ; si le taux est < 10 UI/L le jour où elle consulte pour AES, refaire une injection de vaccin. Si le titre est protecteur (> 10 UI/L) le jour où elle consulte pour l'AES, il est inutile de réaliser une séro-vaccination, la personne est répondeuse et protégée.
- La dose d'immunoglobulines anti-HBs est de 500 UI. Du fait du risque de réaction d'hypersensibilité, une surveillance est nécessaire après l'injection. S'il y a indication à un traitement antirétroviral post-exposition, il est préférable que celui-ci ait une bonne efficacité sur le VHB (association emtricitabine-ténofovir).
- Le suivi après exposition à risque chez un sujet non protégé repose sur le dosage des transaminases et des marqueurs du VHB (Ag HBs, Ac HBC et Ac HBs) à 3 mois.

## 3

### Prise en charge d'une personne exposée aux sécrétions sexuelles

#### 1. ACCUEIL

- Le recours au système de soins dans ce contexte est généralement anxiogène. Il est impératif que le médecin consultant ait une attitude excluant tout jugement, reproche ou stigmatisation.
- Déterminer l'heure et la nature du rapport à risque.
- Rechercher les facteurs augmentant le risque de transmission : infection génitale, lésion génitale, ulcération, rapports anaux, rapports sexuels pendant les règles, saignement au cours des rapports, partenaire appartenant à un groupe à risque.
- Rechercher le statut VIH de la personne source chaque fois que possible.

- En cas de personne source infectée par le VIH, mesurer la charge virale chaque fois que possible.

#### 2. INDICATIONS ET MODALITÉS DES PROPHYLAXIES APRÈS EXPOSITION SEXUELLE

Les indications du TPE sont précisées dans le tableau TUE11-362-3.

- Les modalités du TPE sont les mêmes que pour les AES.
- La surveillance virologique est plus simple car elle ne fait pas l'objet d'une réglementation. Compte tenu de la grande sensibilité des tests actuels de dépistage de l'infection par le VIH, une seule sérologie VIH est nécessaire, à 6 semaines en l'absence de TPE. En cas de TPE, une sérologie VIH à 6 semaines et 3 mois de l'exposition est recommandée.
- Lorsque l'exposition survient chez une personne ayant des rapports non protégés avec des partenaires sexuels multiples, notamment chez un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes, il convient de se poser la question de l'indication d'une **prophylaxie antirétrovirale pré-exposition** (Cf. UE6-165) et d'insister sur la nécessité de **recours fréquent (idéalement tous les 3 mois) au dépistage de l'infection par le VIH** qui permettra le diagnostic précoce et le traitement rapide d'une éventuelle primo-infection, moyen très efficace de limiter la propagation du virus.
- Les indications et les modalités de la sérovaccination contre l'hépatite B sont les mêmes que pour les AES (TUE11-362-2).
- En cas d'exposition sexuelle traumatique, le risque VHC doit être pris en compte. Une surveillance clinique et biologique telle que décrite au paragraphe 2.5 (risque VHC) est nécessaire.

#### 3. PRISE EN CHARGE DES EXPOSITIONS SEXUELLES LORS DE VIOLENCES (VIOLS)

- Deux évaluations sont réalisées en urgence chez la victime :
  - La première concerne l'évaluation de l'agression et **l'examen médico-légal avec prélèvements en vue d'identifier l'agresseur** ; elle est réalisée, chaque fois que possible par un médecin légiste, sur réquisition de justice après dépôt de plainte ;

TUE11-362-3 : Accidents d'exposition sexuelle

Risque et nature de l'exposition	Personne source			
	Infectée par le VIH		De sérologie inconnue	
	CV détectable	CV indétectable	Groupe à prévalence élevée*	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE	Pas de TPE	TPE	Pas de TPE
Rapport anal insertif	TPE	Pas de TPE	TPE	Pas de TPE
Rapport vaginal réceptif	TPE	Pas de TPE	TPE	Pas de TPE
Rapport vaginal insertif	TPE	Pas de TPE	TPE	Pas de TPE
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE	Pas de TPE	TPE	Pas de TPE
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE

CV : charge virale. \* Groupe à prévalence élevée : HSH multi partenaires, travailleuse du sexe, personnes originaires de région à prévalence de VIH > 1 % (Afrique subsaharienne, Caraïbe, Amérique du Sud, Asie), ou usager de drogues injectables.

- La seconde, réalisée par le médecin légiste ou l'urgentiste en concertation avec un médecin référent pour le VIH, concerne l'évaluation des risques infectieux, en particulier viraux, et des risques de grossesse.
- Cette deuxième évaluation aura pour buts de :
  - S'enquérir (le cas échéant) de la date des dernières règles.
  - Réaliser un bilan sérologique initial chez la victime : VIH, VDRL et TPHA, hépatites B et C.
  - Prévention chez la femme d'une grossesse par **contraception d'urgence** (pilule du lendemain) : levonorgestrel (1 cp).
  - Proposer un TPE si indiqué (TUE11-362-3)
  - Proposer une sérovaccination contre l'hépatite B si nécessaire (Cf. TUE11-362-2)
  - Organiser le suivi sérologique.
- En cas d'exposition sexuelle traumatique, le risque VHC doit être pris en compte. Une surveillance clinique et biologique telle que décrite décrite au paragraphe 2.5 (risque VHC) est nécessaire.

#### Bilan initial et suivi d'une personne exposée aux sécrétions sexuelles (TUE11-362-4)

Le suivi permet d'évaluer la tolérance du TPE éventuel, de détecter précocement une éventuelle infection virale ou une IST.

#### 4 Expositions aux liquides biologiques par partage de matériel d'injection

En cas de partage de matériel d'injection ou d'inhalation (paille) de drogue, sont indiqués

- un TPE en cas de partage de l'aiguille, de la seringue ou de la préparation si la personne source est infectée par le VIH avec une charge virale détectable ou de statut inconnu pour le VIH
- une sérovaccination contre l'hépatite B selon les modalités précisées dans le tableau TUE11-362-2
- une surveillance de la survenue d'une infection aiguë par le VHC selon les mêmes modalités qu'en cas d'AES.

#### TUE11-362-4 : Suivi biologique de la personne exposée aux VIH, VHB, VHC en cas d'exposition au sang ou d'exposition sexuelle

	Si exposition au sang (AES)	Si exposition sexuelle
J1-J4 (jusque J7 si AES)	Sérologie VIH Sérologie VHC Sérologie VHB <ul style="list-style-type: none"> <li>· Anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu</li> <li>· Ag HBs, Anti-HBc et Anti-Hbs si non vacciné</li> <li>· ALAT</li> <li>· Créatinine</li> <li>· Test de grossesse si indication de TPE</li> </ul>	Sérologie VIH Sérologie VHC Sérologie VHB <ul style="list-style-type: none"> <li>· Anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu</li> <li>· Ag HBs, Anti-HBc et Anti-Hbs si non vacciné</li> <li>· <b>PCR chlamydia et gonocoque*</b></li> <li>· ALAT</li> <li>· Créatinine</li> <li>· Test de grossesse si indication de TPE</li> </ul>
S2	ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie)	ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie)
S6	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sérologie VIH</li> <li>· ALAT et sérologie VHC (ARN VHC si ARN VHC + chez sujet source)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sérologie VIH si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable</li> <li>· ALAT et ARN VHC chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source</li> <li>· Sérologie syphilis</li> <li>· <b>- PCR chlamydia et gonocoque*</b></li> </ul>
S12	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sérologie VIH</li> <li>· Sérologie VHC</li> <li>· Ag HBs, Anti-HBc et anti-Hbs si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag Hbs+ ou de statut inconnu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sérologie VIH si TPE</li> <li>· Sérologie VHC si HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source</li> <li>· Ag HBs, Anti-HBc et anti-Hbs si non vacciné</li> </ul>

\* Indications : femme < 25 ans, homme < 30 ans, ou HSH ou sujet symptomatique ; Modalités : 1 à 3 sites de prélèvements selon circonstances (NB : absence de remboursement du test gonocoque).

Ac	Anticorps	CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des IST
Ag	Antigène	CIRE	Cellule d'intervention en région
AG	Âge gestationnel	CLAT	Centre de lutte anti-tuberculeuse
ADN	Acide désoxyribonucléique	CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée
AES	Accident d'exposition au sang	CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
AEV	Accident d'exposition virale	CMB	Concentration minimale bactéricide
Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	CME	Commission médicale d'établissement
AFNOR	Association française de Normalisation	CMH	Complexe majeur d'histocompatibilité
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	CMI	Concentration minimale inhibitrice
ALAT	Alanine aminotransférase	CMV	Cytomégalovirus
AMM	Autorisation de mise sur le marché	CNR	Centre national de référence
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	COREVIH	Coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	cp(s)	Comprimé(s)
ANSP	Agence Nationale de Santé publique	CPAM	Caisse primaire d'assurance-maladie
APACHE	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation	CPias	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
ARN	Acide ribonucléique	CPK	Créatine phosphokinase
ARS	Agence régionale de santé	CPRE	Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique
ARV	Antirétroviraux	CRP	C Reactive Protein
ASA	American Society of Anesthesiologists	CSHPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
ASAT	Aspartate aminotransférase	CTINILS	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
ASLO	Antistreptolysines O	CTL	Lymphocytes T cytotoxiques
ASP	Abdomen sans préparation	CTV	Comité technique des vaccinations
ATNC	Agent transmissible non conventionnel	CVC	Cathéter veineux central
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation	CVF	Capacité vitale fonctionnelle
AVK	Antivitamine K	DCI	Dénomination commune internationale
BAAR	Bacille acido-alcoolorésistant	DCCRF	Direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes
BCG	Bacille de Calmette et Guérin	DDJ	Dose définie journalière
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire	DFG	Débit de filtration glomérulaire
BGN	Bacille Gram négatif	DGOS	Direction générale de l'office de soins
BHRe	Bactéries hautement résistantes et à risque épidémique émergentes	DGS	Direction générale de la santé
BK	Bacille de Koch	DIU	Dispositif intra-utérin
BLSE	Bêtalactamase à spectre étendu	DO	Déclaration obligatoire
BMR	Bactéries multirésistantes	DRESS	Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive	DSV	Direction de services vétérinaires
C1G	Céphalosporine de 1 <sup>re</sup> génération	EBNA	Epstein-Barr Nuclear Antigen
C2G	Céphalosporine de 2 <sup>e</sup> génération	EBC	Exacerbation de bronchite chronique
C3G	Céphalosporine de 3 <sup>e</sup> génération	EBV	Epstein-Barr Virus
CClin	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales	ECBC	Examen cyto bactériologique des crachats
CDC	Centers for Disease Control and Prevention		
Cf.	Confère		
Chap	Chapitre		
CHC	Carcinome hépatocellulaire		

ECBU.....	Examen cyto bactériologique des urines	IFI.....	Immunofluorescence indirecte
ECG.....	Électrocardiogramme	IFN.....	Interféron
EEG.....	Électro-encéphalogramme	Ig.....	Immunoglobulines
EFR.....	Épreuves fonctionnelles respiratoires	IGS.....	Indice de gravité simplifié
EHPAD.....	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	IM.....	Intramusculaire
ELISA.....	Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay	IMAO.....	Inhibiteur de la mono-amine-oxydase
EMA.....	European Medicine Agency	INNTI.....	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
EMG.....	Electromyogramme	INTI.....	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
EOH.....	Équipe opérationnelle d'hygiène	IRIS.....	Syndrome inflammatoire de restauration immunitaire
EPA.....	Effet post-antibiotique	IRM.....	Imagerie par résonance magnétique
EPS.....	Examen parasitologique des selles	ISAGA.....	Immuno-Sorbent Agglutination Assay
ERG.....	Entérocoque résistant aux glycopeptides	ISO.....	Infection du site opératoire
ERV.....	Entérocoque résistant à la vancomycine	IST.....	Infection sexuellement transmissible
EPU.....	Examen parasitologique des urines	ITG.....	Interruption thérapeutique de grossesse
Fc.....	Fragment de l'immunoglobuline	IU.....	Infection urinaire
FFP.....	Filtering Facepiece Particle	IV.....	Intraveineux
FI02.....	Fraction inspirée en O <sub>2</sub>	IVG.....	Interruption volontaire de grossesse
FQAP.....	Fluoroquinolones antipneumococciques	LBA.....	Lavage broncho-alvéolaire
FTA-abs.....	Fluorescent Treponema Antibody Absorbent	LCS.....	Liquide cérébrospinal
G-CSF.....	Granulocyte Colony Stimulating Factor	LCMV.....	Lymphocytic choriomeningitis virus
GHD.....	Glutamine déshydrogénase	LDH.....	Lactate déshydrogénase
GISA.....	Glycopeptide intermediate <i>S. aureus</i>	LEMP.....	Leuco-encéphalite multifocale
GM-CSF.....	Granulocyte-Macrophage Colony Stimulating Factor	LGV.....	Lymphogranulomatose vénérienne
G6PD.....	Glucose 6 phosphate déshydrogénase	LPS.....	Lipopolysaccharide
GROG.....	Groupes régionaux d'observation de la grippe	MERS.....	Middle East respiratory syndrome
γGT.....	Gamma glutamine transférase	MGG.....	May-Grünwald-Giemsa
GVH.....	Réaction du greffon contre l'hôte	MICI.....	Maladies inflammatoires chroniques intestinales
HACEK.....	<i>Haemophilus</i> spp., <i>Aggregatibacter</i> spp., <i>Cardiobacterium hominis</i> , <i>Eikenella corrodens</i> , <i>Kingella kingae</i>	mL.....	Millilitre
HAART.....	Highly active antiretroviral therapy	MLSB.....	Macrolide lincosamide, streptogramine B
HAS.....	Haute Autorité de Santé	MNI.....	Mononucléose infectieuse
HCSP.....	Haut Conseil de la Santé Publique	MU.....	Million d'unités
HHV-6.....	Herpes virus humain 6	MUI.....	Millions d'unités internationales
HHV-7.....	Herpes virus humain 7	NFS.....	Numération formule sanguine
HHV-8.....	Herpes virus humain 8	NK.....	Natural Killer
Hib.....	<i>Haemophilus influenzae</i> b	NNISS.....	National Nosocomial Infections Surveillance System
HLA.....	Human Leucocyte Antigen	NNN.....	Milieu dit de Novy, Nicolle, Mc Neal
hMPV.....	Métapneumovirus humain	NO.....	Oxyde nitrique
HPV.....	Papillomavirus	NORB.....	Névrite optique rétrobulbaire
HSH.....	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes	OMA.....	Otite moyenne aiguë
HSV.....	Herpes simplex virus	OMS.....	Organisation mondiale de la santé
HTA.....	Hypertension artérielle	ONERBA.....	Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques
HTLV.....	Human T Lymphotropic Virus	OR.....	Odds ratio
IAS.....	Infection associée aux soins	ORL.....	Otorhinolaryngologie
IA.....	Insuffisance aortique	PAC.....	Pneumonie aiguë communautaire
IDR.....	Intradermoréaction	PaO <sub>2</sub> .....	Pression partielle artérielle en oxygène
		PBH.....	Ponction biopsie hépatique
		PCR.....	Polymerase Chain Reaction
		PCT.....	Procalcitonine



PHA.....	Produits hydro-alcooliques	SDRA.....	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
PICClIne.....	Peripherally inserted central catheter	SRIS.....	Syndrome de réponse inflammatoire systémique
PK/PD.....	Pharmacocinétique-pharmacodynamique	TA.....	Tension artérielle
PL.....	Ponction lombaire	T4 ou T CD4.....	Lymphocyte T CD4
PLP.....	Protéine de liaison aux pénicillines	TBE.....	Tick-Born-Encephalitis
PNN.....	Polynucléaires neutrophiles	TCA.....	Temps de céphaline activée
PO.....	<i>Per os</i>	TCR.....	T Cell Receptor
PPVIH.....	Personne vivant avec le VIH	TDM.....	Tomodensitométrie
PrEP.....	Prophylaxie Pré-Exposition (ou Pre-Exposure Prophylaxis en anglais)	TDR.....	Test de diagnostic rapide
PROPIAS.....	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins	TIAC.....	Toxi-infection alimentaire collective
PSA.....	Antigène prostatique spécifique	TEP scan.....	Tomographie par émission de positons
PSDP.....	Pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline	TME.....	Transmission mère-enfant
PTME.....	Prévention de transmission mère-enfant	TMP-SMX.....	Triméthoprime-sulfaméthoxazole (cotrimoxazole)
PVL.....	Leucocidine de Panton-Valentine	TNF.....	Tumor Necrosis Factor
PVM.....	Prolapsus valvulaire mitral	TP.....	Taux de prothrombine
RA.....	Rétrécissement aortique	TPHA.....	<i>Treponema Pallidum</i> Hemagglutination Assay
RAA.....	Rhumatisme articulaire aigu	TSH.....	Thyroid Stimulating Hormon
RENACHLA.....	Réseau de surveillance des chlamydioses	UFC.....	Unité formant colonie
RENACOQ.....	Réseau national de la coqueluche	UI.....	Unité internationale
RENAGO.....	Réseau de surveillance des gonococcies	VCA.....	Viral Capsid Antigen
RM.....	Rétrécissement mitral	VDRL.....	Venereal Disease Research Laboratory
ROR.....	Rougeole-oreillons-rubéole	VEMS.....	Volume expiratoire maximal par seconde
RR.....	Risque relatif	VIH.....	Virus de l'immunodéficience humaine
SA.....	Semaines d'aménorrhée	VHA.....	Virus de l'hépatite A
SARM.....	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline	VHB.....	Virus de l'hépatite B
SARS-CoV.....	Coronavirus associé au syndrome respiratoire aigu sévère	VHC.....	Virus de l'hépatite C
SASM.....	SA sensible à la méticilline	VHD.....	Virus de l'hépatite D
SAU.....	Service d'accueil et d'urgence	VHE.....	Virus de l'hépatite E
SBHA.....	Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A	VISA.....	Vancomycin-intermediate <i>S. aureus</i>
SCN.....	Staphylocoque à coagulase négative	VPC13.....	Vaccin pneumococcique conjugué 13-valent
SDF.....	Sans domicile fixe	VPN.....	Valeur prédictive négative
SDRA.....	Syndrome de détresse respiratoire aiguë	VPP.....	Valeur prédictive positive
SHA.....	Solution hydroalcoolique	VPP23.....	Vaccin pneumococcique polysaccharidique 23-valent
SHU.....	Syndrome hémolytique et urémique	VRS.....	Virus respiratoire syncytial
Sida.....	Syndrome d'immunodéficience acquise	VS.....	Vitesse de sédimentation
SMUR.....	Service mobile d'urgence et de réanimation	VZV.....	Varicelle-zona virus
SNC.....	Système nerveux central		
sp.....	Species		
SpFrance.....	Santé Publique France		
SPILF.....	Société de pathologie infectieuse de langue française		
SRAS ou			
SARS.....	Syndrome respiratoire aigu sévère		







