



Suivi de 2000 à 2011. Un devoir d'agir !

A. Pasquet, T. Huleux, M. Valette, V. Baclet, I. Alcaraz, V. Dubar, E. Senneville, F. Ajana

Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur (SUMIV), Pharmacie du Centre Hospitalier Gustave Dron - Tourcoing

INTRODUCTION

- La survenue d'une séro-conversion par le virus de l'hépatite B (VHB) malgré la prévention post accident d'exposition aux virus (AEV), nous a incité à colliger le devenir des personnes ayant reçu des Immunoglobulines (Ig) spécifiques VHB et du vaccin contre le VHB
- Les recommandations de prévention des risques des virus VIH, VHC et du VHB sont régi par les circulaires 1996, 1998, 2008 et le rapport Yeni de 2010. La prévention post exposition sexuelle ou percutanée VHB repose donc sur les immuno-globulines spécifiques et la vaccination contre le VHB.

MATERIELS ET METHODES

- Etude du 20/02/2000 au 26/11/2011
- Traçabilité des Immunoglobulines VHB (Ig VHB) par la pharmacie hospitalière
- Liste des patients ayant reçu les Ig VHB
- Revue de chaque dossier papier ou informatisé Nadis
- Relevé d'après la traçabilité du médecin ou de l'IDE de :
 - J0 des Ig VHB et du premier vaccin VHB
 - M1 de la 2^{ème} dose du vaccin VHB
 - M6 - M12 de la 3^{ème} dose du Vaccin VHB

Date et lieu:
urgences, SUMIV ou
autre

- Nous avons également relevé
 - Le type d'exposition
 - L'âge et le sexe de la personne exposée
 - La décision de mise ou non sous anti-rétroviraux
 - Le nombre de visites / personne exposée
 - Le nombre annuel d'AEV

RESULTATS

323 exposés ont reçu les Ig VHB du 20/02/2000 au 26/11/2011

- 205 hommes et 118 femmes. Age médian de 32 ans (5 – 86 ans)
- Type d'exposition : 263 sexuelles, 38 professionnelles et 22 non précisées
- Prescription des ARV : 255 (79%)
- Suivi ARV : 77 patients (30 %) sont perdus de vue, 157 (61%) ont été suivis moins de 6 mois et 169 (66%) plus de 6 mois.

Sur les 323 patients qui ont reçu les IgVHB

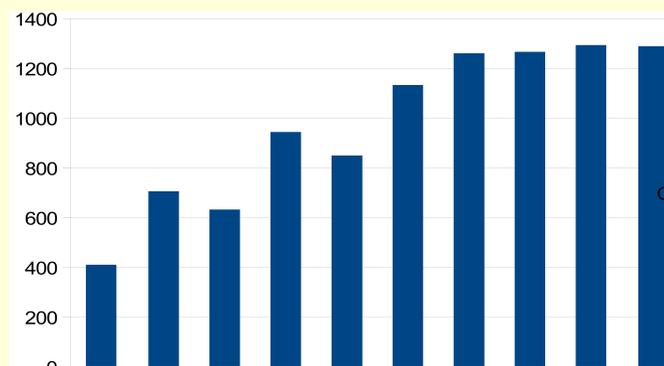
- 252(78%) ont reçu les Ig + 1 seule dose de vaccin
- 40 (12%) ont reçu les Ig sans aucune dose de vaccin
- 20 (6%) ont reçu les Ig + 2 doses de vaccin
- 11 (3%) ont reçu les Ig + 3 doses de vaccin

Ac antiHBs mUI/ml à J0 des Ig VHB

AntiHBs mUI/ml à J0	<10	> 10	inconnu
Ig VHB sans vaccin	13	2	25
Ig + 1 ou 2 vaccins VHB	190	73	9
Ig + 3 doses vaccin VHB	11	0	0
Total	214 (66%)	75 (23%)	34 (11%)

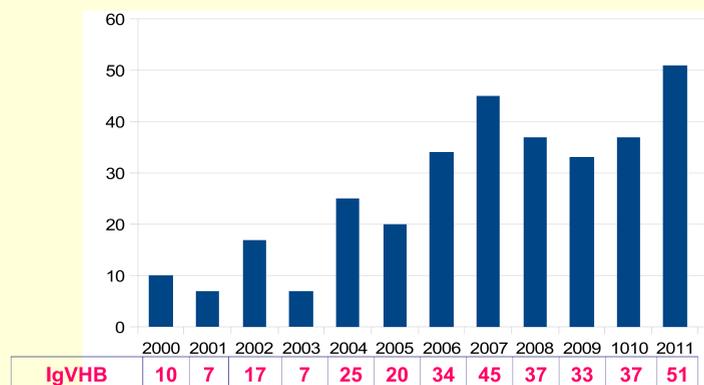
Suivi AntiHBs mUI/ml		AntiHBs à J0 > 10 mUI/ml	
0-9	17	10-99	33
10-99	29	100-999	28
100-999	9	> 1000	16
> 1000	8		
Inconnu	138		

Répartition annuelle des visites de l'ensemble des AEV



Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Patients	192	331	306	319	355	460	547	540	500	533

Répartition annuelle des 323 exposés ayant reçu des IgVHB



DISCUSSION

- L'analyse de la prise en charge en post exposition VHB souligne :
 - Un mésusage des Ig VHB chez 75 (23%) patients protégés à J0 souvent vus aux urgences et perdus de vue par la suite
 - Une vaccination incomplète chez 190 / 214 (70%) patients s'expliquant par la non disponibilité ou l'oubli du vaccin du fait de la non adéquation du schéma vaccinal avec les dates de suivi VIH.
 - Aucune dose vaccinale chez 13 (27%) patients or les IgVHB seules n'assurent qu'une protection temporaire.
- Le risque anxigène du VIH pour le patient et pour le médecin mettrait au second plan voir ferait oublier la prévention du VHB. C'est ce qui s'est passé pour le patient chez qui la découverte de la cytolysé à M4 du suivi VIH avait confirmé la séroconversion VHB malgré les IgVHB + une dose de vaccin VHB.
- Nous avons un taux de suivi post AEV > 60 %. Nous sommes déçus et étonnés de ne pas avoir profité des différentes visites de suivi pour rattraper la vaccination VHB. Aucune étude ne s'est penchée sur l'observance ou l'efficacité des préventions post exposition sexuelle VHB, VHC, VIH. Une seule de 2006 met en exergue la forte proportion de perdu de vue après une 1^{ère} visite, et incite les médecins à mieux faire. La non intervention du médecin de ville s'expliquait par le refus de l'exposé d'aller voir son médecin pour partager un événement aussi personnel et pénible.
- Actuellement le VHB circule de plus en plus en France. La couverture vaccinale de la population générale est la plus faible d'Europe. C'est un devoir d'assurer à une population à risque de VHB une prise en charge optimale, de tracer et de réaliser une vaccination complète VHB au décours d'un AEV :
 - Le schéma vaccinal VHB serait-il à revoir et à faire correspondre aux dates de suivi post AEV ?
 - Le schéma J0-M2-M4 collerait il mieux à nos AEV ? Le J0 devrait correspondre à l'évaluation à 72H par le référent qui disposera des résultats de J0. A noter que le Kit d'urgence est prévu pour 48H et non 72H.
 - La vaccination accélérée a été proposée pour optimiser l'adhérence et répondre à certaines situations d'urgence.
 - La disponibilité au moment voulu du vaccin VHB pose encore problème, or le vaccin est remboursé. Il est par ailleurs possible de prescrire les vaccins qui peuvent être réalisés par une IDE sans obligation de revoir le médecin.

CONCLUSION

* Usage d'IgVHB inadéquat

* Vaccination incomplète ! Pourquoi ?

* Protocole vaccinal non-conforme au suivi AEV

* Oubli de la prévention VHB

* Acceptabilité et oubli du patient

* Opportunités de rattraper bien manquées

* Solutions :

* Adopter ! adapter les recommandations

* La vaccination accélérée aurait elle une place ?

* Coordonner la prise en charge : médecin – IDE

REFERENCES

- Aspinall & al. Hepatitis B prevention, diagnosis, treatment and care : a review. Occupational Medicine; 2011;61:531–540
- Day & al. Post-exposure HIV prophylaxis following sexual exposure. Sex.Transm. Infect. 2006;82:236–237.
- Guide des Vaccinations 2012
- Rapport Yeni 2010
- Van Herck, Schedules for hepatitis B vaccination of risk groups: balancing immunogenicity and compliance. Sex Transm Infect 2007;83:426–432
- Winsnes & al Efficacy of post-exposure prophylaxis with hepatitis B immunoglobulin in Norway. Journal of Infection; 1986 12, 11-21