

Conduite à tenir en cas d'exposition au risque de transmission du virus du SIDA, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C

Janvier 2001

Pr C Rabaud, Nancy

Bien que plusieurs observations aient mis en évidence qu'un traitement contre le virus du SIDA (VIH) donné même précocement après une exposition au virus ne permet pas de supprimer tout risque de transmission de ce virus, une étude franco-anglo-américaine a permis de montrer que la prescription précoce de Retrovir^R (l'un des médicaments utilisés dans le traitement du SIDA) permet de réduire le risque de transmission d'un facteur 5 (5 fois moins de transmission du virus en cas de prescription précoce de ce traitement) après accident avec exposition au sang. L'intérêt d'un traitement précoce post exposition semble donc démontré. Les échecs du traitement par Retrovir^R, commercialisé depuis 1987, pouvant en partie être expliqués par l'apparition de virus résistants, il apparaît aujourd'hui plus logique, de proposer aux personnes tout récemment exposées au risque de transmission du virus du SIDA une association de deux ou de trois traitements actifs sur le virus (trithérapie).

Depuis Avril 1998, ces recommandations de prise en charge précoce des personnes exposées au risque de contamination par le VIH ont été étendues, au delà des professionnels de santé victime d'accidents du travail les exposant au sang de patients séropositifs, aux personnes exposées par voie sexuelle ou lors d'échange de seringue dans le milieu toxicomane (circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 datée du 09 Avril 1998).

Cette circulaire s'intéresse non seulement au risque de transmission du VIH, mais aussi aux risques de transmission des virus des hépatites B et C.

La population générale, les médecins généralistes, le réseau associatif intervenant auprès des usagers de drogue ont été informés des lieux où peut être réalisé l'accueil des personnes récemment exposées (en général, la prise en charge initiale peut avoir lieu dans les services d'accueil des urgences des hôpitaux publiques).

Ce dispositif s'adresse à toute personne ayant été exposée récemment au risque de transmission du virus du SIDA ou des hépatites B ou C, par voie sanguine ou sexuelle.

La consultation initiale permettra de débiter un suivi sérologique (déterminer si le patient consultant est déjà infecté par le virus du SIDA, de l'hépatite C et s'il est ou non protégé contre l'hépatite B) et de décider si un traitement dirigé contre le virus du SIDA doit ou non être débuté.

Cette circulaire contient un outil d'aide à la quantification du risque de contamination en fonction de la situation décrite par la personne exposée dont les principaux points sont résumés ci-après.

Quantification des risques de séroconversion selon le mode d'exposition à une personne source infectée

| par : | VIH | Hépatite C | Hépatite B Si la personne n'est pas protégée par la vaccination |
|--|------------|------------|--|
| Personnel soignant : piqûre avec une aiguille creuse | 0,3% | < 3% | 30% |
| Personnel soignant : projection de sang (œil, ...) | <0,1% | | |
| Echange de seringues (toxicomane intraveineux) | 0,67% | Important | Important |
| Exposition sexuelle : rapport anal réceptif | 0,5-3% | 0 ? | Important |
| Exposition sexuelle : rapport vaginal réceptif | 0,05-0,15% | 0 ? | Important |
| Exposition sexuelle : rapport insertif | 0,03-0,06% | 0 ? | Important |
| Exposition sexuelle : rapport buco-génitaux | ? ? ? | 0 ? | ? ? ? |

Dans tous les cas, lors de la consultation initiale, devront être recueillies des informations permettant d'apprécier au mieux le risque de transmission de ces maladies :

Quel délai sépare la dernière exposition et la consultation ? Quelle fut la nature exacte de l'exposition ? Les sérologies VIH, hépatite C et hépatite B de la personne « source » sont-elles connues ? A défaut, est-il possible de demander à cette personne de réaliser ces sérologies (une telle donnée pouvant permettre de réévaluer l'intérêt de débiter ou de poursuivre un traitement) ?

Conduite à tenir vis à vis du risque de transmission de l'hépatite B (personnel soignant, exposition sexuelle, toxicomane intraveineux)

Toute personne n'ayant pas été correctement vaccinée se verra proposer une vaccination (sous réserve, bien sûr, d'absence de contre indication, donnée qui sera évaluée par le médecin réalisant la consultation initiale). Pourra être associée à cette vaccination l'injection d'anticorps anti-hépatite B, permettant d'obtenir une protection immédiate contre le risque de transmission de l'hépatite B, avant même que la vaccination soit efficace.

Conduite à tenir vis à vis du le risque de transmission de l'hépatite C (personnel soignant, toxicomane intraveineux)

Seule la mise en route d'un suivi est préconisée. Une sérologie de l'hépatite C et un dosage des transaminases seront régulièrement réalisés pour rechercher les stigmates du début d'une infection par le virus de l'hépatite C. Si une transmission du virus de l'hépatite C est ainsi mise en évidence, un traitement sera rapidement entrepris. Il a alors toutes les chances d'être efficace.

Conduite à tenir vis à vis du risque de transmission du VIH (personnel soignant, exposition sexuelle, toxicomane intraveineux)

Un suivi sérologique est débuté dans tous les cas. Avant qu'un traitement ne soit éventuellement proposé à la personne, une information lui sera délivrée concernant l'échec possible de ces traitements et sur les effets secondaires potentiels (assez nombreux bien qu'exceptionnellement graves) ainsi que sur la nécessité de se soumettre à un suivi spécialisé. Un tel traitement (bi ou trithérapie) ne peut avoir d'intérêt que s'il est donné rapidement après l'exposition. Si un délai de plus de 72 heures (voire 48 heures) sépare l'exposition de la consultation, la prescription d'un traitement n'est probablement plus utile. Le choix de traiter se basera sur la nature de l'exposition et sur les renseignements disponibles concernant la personne « source ». Si la personne « source » est infectée par le virus du SIDA, le choix du traitement tiendra compte des éventuelles données disponibles concernant son traitement (actuel et passé) et concernant l'efficacité de ce traitement. Le traitement est initialement prescrit pour 48 heures. Son indication est ensuite réévaluée par un médecin expert. S'il est poursuivi, il le sera pour une durée totale de 4 semaines.

En tout état de cause, ces procédures destinées à agir après un accident ou une défaillance de prévention ne doivent pas faire oublier les actions de prévention existantes. Une consultation post-exposition doit toujours être l'occasion d'une information destinée à prévenir la répétition de l'exposition. La lourdeur du suivi proposé ne permet pas de comparer ces traitements à une simple pilule du lendemain. Les risques d'intolérance médicamenteuse sont réels. L'efficacité reste incomplète.

Ces mesures d'urgence ne se substituent pas aux recommandations générales de prévention existante (en particulier l'utilisation de préservatifs) mais les complètent en cas d'accident (rupture de préservatif par exemple) ou de défaillance de prévention.