

Exposition accidentelle aux liquides biologiques : conduite à tenir

Connaissances pour la validation du 2^e cycle des études médicales

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître la définition d'un accident d'exposition accidentelle aux liquides biologiques (EALB) et les situations s'y rapportant
A	Définition	Connaître les agents infectieux à risque de transmission lors d'un EALB
A	Définition	Connaître les facteurs de risque de transmission liés aux EALB
A	Prise en charge	Décrire les soins locaux immédiats en cas d'accident d'exposition sanguine
A	Prise en charge	Savoir prescrire les sérologies à réaliser chez la personne source au cours des EALB
B	Prise en charge	Citer les principales indications devant conduire à une prophylaxie post-exposition (PPE) au risque exposant au VIH
B	Prise en charge	Décrire les modalités de prise en charge des expositions sexuelles lors de violences (viol)
A	Prise en charge	Connaître les indications de séro-vaccination après AES exposant au VHB
A	Prise en charge	Connaître les principaux facteurs de prévention d'un AES en milieu de soin

A B

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).

B

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)

A

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).

A

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).

A

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.

A

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^e 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 T-366-1. 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.

B

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.

B**C**

B

T-366-1 : Accidents exposant au sang : indications du traitement antirétroviral post-exposition (TPE)

Risque et nature de l'exposition	Patient source		
	vivant avec le VIH		De sérologie inconnue
	CV détectable	CV indétectable	
Important · piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE	Pas de TPE	TPE
Intermédiaire · 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
Faible · 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^{ers} 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.

A

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).

- 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 réponders à la vaccination. Il est

A

B

Contraception mécanique

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

A

T-366-2 : 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.

possible 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 (T-366-2) :
 - 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

A

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.

B

T-366-3 : Accidents d'exposition sexuelle : indications du traitement antirétroviral post-exposition (TPE)

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.

- 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

A

Les indications du TPE sont précisées dans le tableau T-366-3.

- 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. item 169) 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 (T-366-2).

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)

B

- 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 ;

- 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 (T-366-3) ;
 - Proposer une sérovaccination contre l'hépatite B si nécessaire (T-366-2) ;
 - 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 (T-366-4)

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 T-366-2 ;
- une surveillance de la survenue d'une infection aiguë par le VHC selon les mêmes modalités qu'en cas d'AES.

B

T-366-4 : 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 · Anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu · Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs si non vacciné · ALAT · Créatinine · Test de grossesse si indication de TPE	Sérologie VIH Sérologie VHC Sérologie VHB · Anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu · Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs si non vacciné · PCR chlamydia et gonocoque* · ALAT · Créatinine · Test de grossesse si indication de TPE
S2	ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie)	ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie)
S6	· Sérologie VIH · ALAT et sérologie VHC (ARN VHC si ARN VHC + chez sujet source)	· Sérologie VIH si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable · ALAT et ARN VHC chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source · Sérologie syphilis · PCR chlamydia et gonocoque*
S12	· Sérologie VIH · Sérologie VHC · Ag HBs, Anti-HBc et anti-HBs si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag Hbs+ ou de statut inconnu	· Sérologie VIH si TPE · Sérologie VHC si HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source · Ag HBs, Anti-HBc et anti-HBs si non vacciné

* 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	CMV	Cytomégalovirus
Ag	Antigène	CNR	Centre national de référence
AG	Âge gestationnel	COMEDE	Comité médical pour les exilés
ADN	Acide désoxyribonucléique	COREVIH	Coordination régionale de la lutte contre l'infection par le VIH
AES	Accident d'exposition au sang ou sexuel	cp(s)	Comprimé(s)
AEV	Accident d'exposition virale	CPAM	Caisse primaire d'assurance-maladie
AFNOR	Association française de Normalisation	CPEF	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	CPias	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
ALAT	Alanine aminotransférase	CPK	Créatine phosphokinase
AME	Aide Médicale de l'État	CPRE	Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique
AMM	Autorisation de mise sur le marché	CRP	C Reactive Protein
ANSP	Agence Nationale de Santé publique	CSHPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
APACHE	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation	CTA (ou ACT)	Combinaisons thérapeutiques à base de dérivés de l'artémisinine
ARN	Acide ribonucléique	CTINILS	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
ARS	Agence régionale de santé	CTL	Lymphocytes T cytotoxiques
ARV	Antirétroviraux	CTV	Comité technique des vaccinations
ASA	American Society of Anesthesiologists	CVC	Cathéter veineux central
ASAT	Aspartate aminotransférase	CVF	Capacité vitale fonctionnelle
ASLO	Antistreptolysines O	DCI	Dénomination commune internationale
ATNC	Agent transmissible non conventionnel	DCCRF	Direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation	DDJ	Dose définie journalière
AVK	Antivitamine K	DFG	Débit de filtration glomérulaire
BAAR	Bacille acido-alcoolorésistant	DGOS	Direction générale de l'office de soins
BCG	Bacille de Calmette et Guérin	DGS	Direction générale de la santé
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire	DHBNN	Dermohypodermite non nécrosante
BGN	Bacille Gram négatif	DIU	Dispositif intra-utérin
BHRe	Bactéries hautement résistantes et à risque épidémique émergentes	DMI	Dispositif médical implantable
BK	Bacille de Koch	DO	Déclaration obligatoire
BLSE	Bêtalactamase à spectre étendu	DPZ	Douleurs post-zostériennes
BMR	Bactéries multirésistantes	DRESS	Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive	DSV	Direction de services vétérinaires
BU	Bandelette urinaire	DXM	Dexaméthasone
C1G	Céphalosporine de 1 ^{re} génération	EBNA	Epstein-Barr Nuclear Antigen
C2G	Céphalosporine de 2 ^e génération	EBC	Exacerbation de bronchite chronique
C3G	Céphalosporine de 3 ^e génération	EBV	Epstein-Barr Virus
CAE	Conduit auditif externe	ECBC	Examen cytbactériologique des crachats
cART	Combinaison of antiretroviral therapy	ECBU	Examen cytbactériologique des urines
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	ECG	Électrocardiogramme
Cf	Confère	EEG	Électro-encéphalogramme
Chap	Chapitre	EFR	Épreuves fonctionnelles respiratoires
CHC	Carcinome hépatocellulaire	EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
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	EI	Endocardite infectieuse
CIRE	Cellule d'intervention en région	ELISA	Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay
CLAT	Centre de lutte anti-tuberculeuse	EMA	European Medicine Agency
CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée		
CMB	Concentration minimale bactéricide		
CME	Commission médicale d'établissement		
CMH	Complexe majeur d'histocompatibilité		
GMI	Concentration minimale inhibitrice		

EMB	Ethambutol	INNTI	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
EMG	Electromyogramme	INTI	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène	IO	Infection opportuniste
EPA	Effet post-antibiotique	IOA	Infection ostéo-articulaire
EPS	Examen parasitologique des selles	IP	Inhibiteur de la protéase
ERG	Entérocoque résistant aux glycopeptides	IRIS	Syndrome inflammatoire de restauration immunitaire
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine	IRM	Imagerie par résonance magnétique
EPU	Examen parasitologique des urines	ISAGA	Immuno-Sorbent Agglutination Assay
Fc	Fragment de l'immunoglobuline	ISO	Infection du site opératoire
ETO	Échographie transœsophagienne	IST	Infection sexuellement transmissible
ETT	Échographie transthoracique	ITG	Interruption thérapeutique de grossesse
FFP	Filtering Facepiece Particle	ITL	Infection tuberculeuse latente
FiO ₂	Fraction inspirée en O ₂	IU	Infection urinaire
FQAP	Fluoroquinolones antipneumococciques	IV	Intraveineux
FR	Fréquence respiratoire	IVG	Interruption volontaire de grossesse
G-CSF	Granulocyte Colony Stimulating Factor	LBA	Lavage broncho-alvéolaire
GDH	Glutamine déshydrogénase	LCS	Liquide cérebrospinal
GISA	Glycopeptide intermédiaire <i>S. aureus</i>	LCMV	Lymphocytic choriomeningitis virus
GM-CSF	Granulocyte-Macrophage Colony Stimulating Factor	LDH	Lactate déshydrogénase
G6PD	Glucose 6 phosphate déshydrogénase	LEMP	Leuco-encéphalite multifocale
GROG	Groupes régionaux d'observation de la grippe	LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
γGT	Gamma glutamine transférase	LPS	Lipopolysaccharide
GVH	Réaction du greffon contre l'hôte	MDR	Multi-drug resistance
HA	Hémagglutinine	MERS	Middle East respiratory syndrome
HACEK	<i>Haemophilus</i> spp., <i>Aggregatibacter</i> spp., <i>Cardiobacterium hominis</i> , <i>Eikenella corrodens</i> , <i>Kingella kingae</i>	MGG	May-Grünwald-Giemsa
HAS	Haute Autorité de Santé	MICI	Maladies inflammatoires chroniques intestinales
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique	mL	Millilitre
HHV-6	Herpes virus humain 6	MLSB	Macrolides lincosamides, streptogramine B
HHV-7	Herpes virus humain 7	MNI	Mononucléose infectieuse
HHV-8	Herpes virus humain 8	MTBC	<i>Mycobacterium Tuberculosis Complex</i>
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> b	MU	Million d'unités
HLA	Human Leucocyte Antigen	MUI	Millions d'unités internationales
hMPV	Méta-pneumovirus humain	NA	Neuraminidase
HPV	Human Papillomavirus	NFS	Numération formule sanguine
HSH	Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes	NK	Natural Killer
HSV	Herpes simplex virus	NNISS	National Nosocomial Infections Surveillance System
HTA	Hypertension artérielle	NNN	Milieu dit de Novy, Nicolle, Mc Neal
HTLV	Human T Lymphotropic Virus	NO	Oxyde nitrique
IAS	Infection associée aux soins	NORB	Névrite optique rétrobulbaire
IA	Insuffisance aortique	OMA	Otite moyenne aiguë
IDR	Intradermoréaction	OMS	Organisation mondiale de la santé
IFI	Immunofluorescence indirecte	ONERBA	Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques
IFN	Interféron	OR	Odds ratio
Ig	Immunoglobulines	ORL	Otorhinolaryngologie
IGRA	IFN-Gamma Release Assay	PAC	Pneumonie aiguë communautaire
IGS	Indice de gravité simplifié	PaO ₂	Pression partielle artérielle en oxygène
IM	Intramusculaire	PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital public
IMA0	Inhibiteur de la mono-amine-oxydase	PAVM	Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique
IMF	Infection materno-fœtale	PBH	Ponction biopsie hépatique
IN	Infection nosocomiale	PCR	Polymerase Chain Reaction
INA	Inhibiteur de la neuraminidase		
INH	Isoniazide		
INI	Inhibiteur de l'intégrase		

PCT	Procalcitonine	spp	<i>Species</i> au pluriel (plusieurs espèces au sein d'un genre)
PFLA	Pneumopathie franche lobaire aiguë	SRAS ou SARS	Syndrome respiratoire aigu sévère
PHA	Produits hydro-alcooliques	SDRA	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
PICCline	Peripherally inserted central catheter	SRIS	Syndrome de réponse inflammatoire systémique
PIT	Primo-infection tuberculeuse	TA	Tension artérielle
PK/PD	Pharmacocinétique-pharmacodynamique	TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
PL	Ponction lombaire	T4 ou T CD4	Lymphocyte T CD4
PLP	Protéine de liaison aux pénicillines	TBE	Tick-Born-Encephalitis
PMI	Protection Maternelle et Infantile	TBM	Tuberculose maladie
PNA	Pyélonéphrite aiguë	TCA	Temps de céphaline activée
PNN	Polynucléaires neutrophiles	TCR	T Cell Receptor
PO	<i>Per os</i>	TDM	Tomodensitométrie
PPVIH	Personne vivant avec le VIH	TDR	Test de diagnostic rapide
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition du VIH (ou Pre-Exposure Prophylaxis en anglais)	TIAC	Toxi-infection alimentaire collective
PSA	Antigène prostatique spécifique	TEP scan	Tomographie par émission de positons couplée au scanner
PSDP	Pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline G	TME	Transmission mère-enfant
PTME	Prévention de transmission mère-enfant	TMP-SMX	Triméthoprime-sulfaméthoxazole (cotrimoxazole)
PUMA	Protection universelle maladie	TNF	Tumor Necrosis Factor
PVL	Leucocidine de Panton-Valentine	TP	Taux de prothrombine
PVM	Prolapsus valvulaire mitral	TPE	Traitement post-exposition
PZA	Pyrazinamide	TPHA	<i>Treponema Pallidum</i> Hemagglutination Assay
RA	Rétrécissement aortique	TR	Toucher rectal
RAA	Rhumatisme articulaire aigu	TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
RCIU	Retard de croissance intra-utérin	TSH	Thyroid Stimulating Hormon
RENACHLA	Réseau de surveillance des chlamydioses	UFC	Unité formant colonie
RENACQ	Réseau national de la coqueluche	UI	Unité internationale
RENAGO	Réseau de surveillance des gonococcies	UU	Usage Unique
RM	Rétrécissement mitral	VCA	Viral Capsid Antigen
RMP	Rifampicine	VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
ROR	Rougeole-oreillons-rubéole	VEMS	Volume expiratoire maximal par seconde
RPC	Recommandation pour la pratique clinique	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
RPR	Rapid Plasma Reagin (test non tréponémique)	VHA	Virus de l'hépatite A
RR	Risque relatif	VHB	Virus de l'hépatite B
SA	Semaines d'aménorrhée	VHC	Virus de l'hépatite C
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline	VHD	Virus de l'hépatite D
SARS-CoV	Coronavirus associé au syndrome respiratoire aigu sévère	VHE	Virus de l'hépatite E
SASM	SA sensible à la méticilline	VISA	Vancomycin-intermediate <i>S. aureus</i>
SAU	Service d'accueil et d'urgence	VM	Ventilation mécanique
SBHA	Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A	VNI	Ventilation non invasive
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	XDR	Extensively-drug resistance
sp	<i>Species</i> (espèce en français)		
SPF	Santé Publique France		
SPILF	Société de pathologie infectieuse de langue française		

