

Face à un patient ayant pris des
risques Quel bilan proposer?
Accident d'exposition aux virus:
quand adresser les patients?

Le 11/04/2013

Dr Thomas HULEUX, CIDDIST/SUMIV du CH DRON, Tourcoing

Monsieur A. EV.

- Jeune homme de 19 ans
- Pas d'ATCD particulier
- Consulte rapidement ce jour car souhaiterait faire une sérologie VIH
- Jusque là tout va bien Vous lui prescrivez alors?

En l'interrogeant, vous apprenez que cette demande est liée à un rapport sexuel non protégé survenu la veille avec un partenaire masculin qu'il venait de rencontrer mais impossible à recontacter. Au cours de ce rapport, il y a eu un rapport oro-génital non protégé et une rupture de préservatif au cours d'un rapport anal insertif.

Que faites-vous?

- Il s'agit d'un AEV
- Recommandations sur la prise en charge:



Procédures Régionales des Accidents d'Exposition aux Virus



2011

Mise à jour en mars 2011
Email : servmalinf@ch-tourcoing.fr

www.infectio-lille.com

Dr Thomas Huleux

Taux de transmission du VIH au cours d'un (SEUL) rapport sexuel à risque?

- Rapport anal réceptif non protégé **0,3-3 %**
- Rapport anal insertif non protégé 0,05-0,18 %
- rapport vaginal réceptif non protégé 0,05 à 0,15 %
- Rapport vaginal insertif non protégé 0,03 à 0,09 %
- Fellation **0,04 %**

Et dépend du statut séropositif du partenaire!!

- Donc dans l'idéal, il faudrait dépister (en urgence) le patient et son partenaire (quand cela est possible)

Que lui proposez-vous concernant le risque lié au VIH?

- Un trithérapie anti-rétrovirale en post-exposition diminue ou prévient le risque de contamination.
- TRUVADA/KALETRA pendant 28 jours
- La prise de la trithérapie doit être précoce **dans les 4 heures au mieux et avant 48 heures au maximum.**
- **Disponible 24/24 dans les services d'urgences sous la forme d'un kit de 2/3 jours ou les jours ouvrés dans un service référent**
- Puis le relai sera assuré dans le service référent pour la suite de la prise en charge (jusqu'à 4/6 mois pour vérifier l'absence d'une séroconversion)

Que lui proposez-vous concernant le risque lié au VHB?

- Transmission sexuelle = **30 – 80%**
- Et par seringue abandonnée
- **Et 300 000 personnes ont une hépatite B chronique en France !**
- Aidez-nous à connaître son statut vaccinal et s'il n'est pas protégé
- Possibilité de proposer **dans les 72 heures** de débiter une primo-vaccination associée ou à une sérovaccination (Immunoglobulines spécifiques anti-VHB).

Que lui proposez-vous concernant le risque lié au VHC?

- Transmission sexuelle décrite
- Surtout seringue abandonnée
- Pas d'indication à un traitement post-exposition.
- Mais surveillance rapprochée pour dépister précocement une hépatite biologique (élévation des ALAT et/ou détection de l'ARN VHC) et instaurer le plus rapidement un traitement spécifique

Et pour Monsieur A. EV.

- **Pour le VIH :**

- Délai d'exposition < 48h00 donc indication à un TPE
- Orientation rapide aux urgences ou dans un service référent aux heures ouvrables

- **Pour le VHB:**

- Patient non vacciné donc à priori non immunisé
- Délai d'exposition < 72h00
- Indication à une séro-vaccination avec Ig VHB (500 UI en IM) et primo-vaccination VHB (M0 – M1 - M6)

Mais si Monsieur A. EV. était venu vous voir après le 3^{ème} jour du risque...

- **QUE LUI AURIEZ-VOUS ALORS PROPOSER?**

Bilan biologique initial?

- Sérologie VIH
- Sérologie VHB
- Sérologie VHC
- Sérologie SYPHILIS

Et vous recontrôlez quand?

- Sérologie VIH à **S6** (test combiné avec AgP24 ELISA 4^{ème} génération)
- Sérologie SYPHILIS
- PCR à chlamydia trachomatis (+/- gonocoque)
- Sérologie VHB (mais vous aurez déjà débuter une vaccination avec un schéma accéléré J0/J7/J21 et rappel à un an)
- Sérologie VHC et ALAT (à poursuivre à 4 et 6 mois en cas de risque avéré)

Mais Monsieur AEV revient vous voir avant ce bilan de contrôle avec un état pseudo-grippal associé à une pharyngite

- Vous lui prescrivez donc un traitement symptomatique **mais surtout:**
 - PCR VIH EN URGENCE
- DU FAIT D'UNE POSSIBLE PRIMO-INFECTIION VIH DANS CE CONTEXTE DE PRISE DE RISQUE RECENT

En bref: en cas de prise de risque récente:

<48h

- TPE à débuter le plus rapidement possible
- Disponible 24/24 dans un service d'urgence
- Les jours ouvrés dans un service référent

En bref: en cas de prise de risque récente:

<48h

- TPE à débiter le plus rapidement possible
- Disponible 24/24 dans un service d'urgence
- Les jours ouvrés dans un service référent

<72h

- Sérovaccination VHB en urgence si non immunisé

En bref: en cas de prise de risque récente:

<48h

- TPE à débiter le plus rapidement possible
- Disponible 24/24 dans un service d'urgence
- Les jours ouvrés dans un service référent

<72h

- Sérovaccination VHB en urgence si non immunisé

> 72h

- Bilan initial = VIH/VHB/VHC/SYPHILIS
- Contrôle à 6 semaines avec PCR Chlamydia +/- gonocoque
- Contrôle ALAT/VHC à 4 et 6 mois si risque avéré

En bref: en cas de prise de risque récente:

<48h

- TPE à débiter le plus rapidement possible
- Disponible 24/24 dans un service d'urgence
- Les jours ouvrés dans un service référent

<72h

- Sérovaccination VHB en urgence si non immunisé

> 72h

- Bilan initial = VIH/VHB/VHC/SYPHILIS
- Contrôle à 6 semaines avec PCR Chlamydia +/- gonocoque
- Contrôle ALAT/VHC à 4 et 6 mois si risque avéré

< S6

- PCR VIH en urgence en cas de suspicion de primo-infection

MERCI