



Item362-Exposition accidentelle aux liquides biologiques : conduite à tenir.

Objectifs CNCI		
- 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.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- DGOS 2008 - Rapport Yéni 2010 - Polycopiés nationaux PILLY 2012: > Infectiologie > Hématologie	- VIH (0.3%) VHC (3%) VHB (30%) - Prévention = précautions universelles - Lavage eau/savon ; antiseptie Dakin - Bilan source/exposé: VIH-VHC-VHB - Interrogatoire de la source / préARV - Trithérapie ARV / < 48h / 4S / suivi - Ig anti-VHB + vaccination / 48h-M1 - VHC: surveillance +/- traitement par IFN - Surveillance - Exposition sexuelle = idem AES ++	- Contacter le médecin référent - Information du patient source - Déclaration en AT sous 24h - Port du préservatif / éduP IST - Vaccination VHB obligatoire

A. ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

Généralités

Définition d'un AES

- Contact (professionnel ++) avec du sang ou un liquide biologique
- lors d'une piqûre/coupure ou sur une plaie cutanée/ une muqueuse

Risque de transmission

- « règle des 3" pour une exposition percutanée avec sang contaminé
- **VIH = 0.3% ; VHC = 3% ; VHB = 30% (!)**

Epidémiologie

- Nombres d'AES par an pour 100 sujets exposés:
- 30 si infirmier / 60 si médecin / 1000 si chirurgien (!)

Prévention des AES = respect des précautions universelles

- Lavage des mains avec SHA systématique
- Port de gants (et changer) / de lunettes si projection
- Piquant/tranchant: conteneur / ne pas recapuchoner
- Traitement des surfaces souillées (asepsie) / lingerie à changer
- Au bloc: port de 2 paires de gants / lunettes / bavette
- Procédure de prise en charge des AES affichée +++
- Vaccination anti-VHB des professionnels de santé (**A savoir !**)

Conduite à tenir devant tout AES (7)

Soins immédiats

- Ne pas faire saigner ++
- **Nettoyage** à l'eau et au savon / rinçage
- **Antisepsie** au Dakin® pendant ≥ 5-10min
- Si muqueuse: rinçage abondant au sérum φ

Contactez le médecin référent AES (A savoir !)

- **Evaluation du risque infectieux:** type d'exposition / charge virale..
- Déclaration à la médecine du travail

Interrogatoire du patient source (par référent)

- Rechercher des facteurs de risque d'IST (sexe/toxico)
- Rechercher un statut sérologique déjà connu
- **Information** pour les sérologies (consentement non indispensable !)

Bilan biologique sujet source + sujet exposé

- Sujet source: sérologies VIH (ELISA + Ag p24) / VHC / VHB
- Sujet exposé: sérologies VIH / VHC / Ac anti-HBs
- !! NPO bilan pré-ARV: hCG / NFS-P / iono-créatinine / BHC

Prophylaxie selon le risque (cf infra)

- **VIH:** trithérapie ARV pour 48H +/- prolongée sur 4S selon le risque
- **VHB:** sérothérapie et/ou rappel-vaccination selon le statut vaccinal
- **VHC:** surveillance +/- traitement antiviral si évolution défavorable seulement

Déclarer l'AES en accident du travail

- Obligatoirement **sous 24h** (A savoir !)
- Rédaction du certificat médical initial descriptif attestant l'AES
- !! NPC avec la déclaration d'AES auprès de la médecine du travail

Surveillance / éducation +++

- Rapports protégés (**préservatif**) jusqu'à confirmation sérologique
- **Contrôler** les sérologies VIH (Ag p24) +/- VHC-VHB à **M1 / M3 / M6**

Prophylaxie selon le risque

Risque VIH

- **Indications**
 - * sujet à risque = toxico IV / homosexuel / originaire d'une zone endémique (Afrique)nonnon

Risque	statut sérologique du patient source		
positif	inconnu	négatif	
important piqûre profonde aiguille creuse dispositif intravasculaire	recommandé	si sujet à risque*	recommandé
Intermédiaire bistouri aiguille IM/SC aiguille pleine exposition cutanéomuqueuse > 15min morsure profonde avec saignement et exposition	recommandé	recommandé	
Minime autres cas seringues abandonnées morsures légères, crachats, griffures	non recommandé		

- **Modalités**
 - **En urgence:** débuter **sous 4h** dans l'idéal / dans les 48h au maximum +++
 - **Tri-thérapie:** 2 INTI (ex: AZT+3TC, Combivir®) + 1 IP/r (ex: lopinavir, Kaletra®)
 - **Durée:** 28J (**4S**) / !! informer la victime sur les ES (céphalées, nausée, diarrhée)
 - **Mesures associées:** port d'un **préservatif** et pas de don du sang pendant 3M (**A savoir !**)

Risque VHB

- !! Vaccination anti-VHB **obligatoire** pour le personnel de santé (**A savoir !**)
- **Indication**

statut du sujet exposé	statut du sujet source		
Ag HBs positif	Ag HBs négatif		
non vacciné ou Ac anti-HBs < 10 UI/L	recommandé(sérovaccination)	non recommandé vaccin ou rappel à discuter	
Ac anti-HBs > 10 UI/L		non recommandé	non recommandé

- **Modalités = sérovaccination**
 - **Ig anti-VHB (sérothérapie):** 1 dose (500UI en IM) sous 48h / rappel à **+1 mois**
 - **Vaccination anti-VHB:** 1 injection sous 48h / rappel à **+1 mois** / à +6M

Risque VHC

- !! Pas de prophylaxie ni de vaccination anti-VHC
- **Surveillance et traitement précoce**

Surveillance (Rapport Yéni 2010 + PILLY 2012)

- !! légèrement différent du tableau proposé par DGOS 2008 qui étend surveillance à M6

	AES traité	AES non traité
J0	NFS, ALAT, créatinine Test grossesse Sérologie VIH,VHC Ac anti-HbS si vacciné sans taux connu	Sérologie VIH Serologie VHC+ALAT Ac anti-HbS si vacciné sans taux connu
J15	NFS, ALAT +/- créatinine	
J30	NFS, ALAT +/- créatinine PCR VHC si PCR+ chez patient source	
S6		Sérologie VIH PCR VHC si PCR+ chez patient source
M2	Sérologie VIH	
M3		Sérologie VIH Serologie VHC+ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné
M4	Sérologie VIH Serologie VHC+ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	

- **En cas de symptômes évocateurs primo-infection VIH :**
 - serologie VIH+ charge virale quelle que soit la date (DGOS 2008)

B. EXPOSITION SECRETIONS SEXUELLES

Généralités

Risque de transmission sexuelle

- **VIH:** de 0.03-0.09% (vaginal insertif) à 0.3-3% (anal réceptif)
- **VHB:** risque important de transmission sexuelle (non chiffré)

- **VHC**: risque quasi-nul de transmission sexuelle

Conduite à tenir immédiate

!! Dans tous les cas

- Reprendre **éducation** du patient sur les IST: préservatif +++ (**A savoir !**)
- Rechercher partenaires sexuels pour dépistage et information
- Proposer **bilan IST**: sérologies VIH / VHC / VHB / VDRL-TPHA

Bilan sujet source / sujet exposé

- sujet source: sérologies VIH / VHC / VHB (!! avec **accord**)
- sujet exposé: sérologies VIH / VHC / Ac anti-HBs

Prophylaxie selon le risque (PILLY 2012)

Traitement ARV recommandé en cas de partenaire séropositif ou à risque (idem AES)

- cf. tableau

Risque VHB

- Prophylaxie si partenaire séropositif et exposé avec Ac anti-HBs < 10 UI/mL
- Mêmes modalités qu'AESang

Risque VHC

- Pas de prophylaxie / surveillance et traitement précoce (idem AESang)

	Patient source	
VIH+	?	
Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie si personne/situation à risque * ou si rapport homosexuel masculin
Rapports vaginaux	Prophylaxie recommandée**	Prophylaxie si personne/situation à risque *
Fellation	Prophylaxie recommandée**	Prophylaxie si personne/situation à risque *

* personne source à risque = usager drogue IV/homme homosexuel, bisexuel/ groupe avec prévalence >1%

situation à risque = substance psychoactives, partenaires sexuels multiples

** patient infecté VIH, suivi, traité, indétectable depuis plusieurs mois, charge virale contrôlée juste après accident indétectable, dans ce cas arrêt TPE possible si personne exposée revue 48 à 96h après l'instauration du TPE

Surveillance

- PILLY 2012 (probable erreur sur tableau ECN Pilly) + Yéni 2010
- !! Légèrement différent du tableau proposé par DGOS 2008 qui étend surveillance à M6

	AES traité	AES non traité
J0	NFS, ALAT, créatinine Test grossesse Sérologie VIH Ac anti-HbS si vacciné sans taux connu ou dépistage par anti-HbC TPHA, VDRL	(NFS, ALAT) Sérologie VIH Ac anti-HbS si vacciné sans taux connu TPHA, VDRL
J15	NFS, ALAT +/- créatinine si ténofovir	
J30	NFS, ALAT +/- créatinine si ténofovir TPHA VDRL Chlamydiae	
S6		Sérologie VIH TPHA VDRL Chlamydiae

M2	Sérologie VIH	
M3		Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné
M4	Sérologie VIH (Yéni 2010 seulement) Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	

- En cas de symptômes évocateurs primo-infection VIH :
 - serologie VIH+ charge virale quelle que soit la date (DGOS 2008)

Synthèse pour questions fermées

Il est 3 heures du matin, vous êtes externe, et cela fait maintenant 2 heures que vous vous faites insulter au bloc par l'orthopédiste. Dans un moment d'agacement, il vous arrache le porte-aiguille (mal monté) des mains et vous vous piquez. Quelles sont vos 4 premières actions et dans quel ordre ?

- Arrêter l'activité en cours (pour la pratique + + +) - Lavage eau + savon - puis Désinfecter au Dakin®
- Réveiller le médecin référent VIH (généralement l'urgentiste...) pour évaluation de la situation

Quelles sont les 2 causes à évoquer devant une diarrhée chez une personne que vous suivez depuis quelques jours pour un AES traité ?

- Toxicité trithérapie (anti-protéase+ +) - Primo-infection VIH

Vous suivez un patient pour un AESang traité. Le patient vous consulte à J25 pour un exanthème cutané très discret que sa femme lui a fait remarqué. Vous pensez à une primo-infection VIH et décidez donc de réaliser une sérologie VIH. C'est à ce moment là que votre externe D4 soupire et se permet de vous reprendre : il vous informe que " la sérologie VIH ne doit pas être demandée avant le deuxième mois dans le cadre d'un AESang traité". Qui a raison ?

- Vous ! La sérologie doit être réalisée en dehors du calendrier si suspicion de primo-infection VIH (DGOS 2008)