



Procédures Régionales des Accidents d'Exposition aux Virus

Mise à jour en Février 2014

Email : servmalinf@ch-tourcoing.f



SOMMAIRE

I- Généralités	page 3
II- Rationnel de la prévention post-exposition VIH	page 5
III- Les expositions et les mesures de prévention	page 5
IV- Sévérité de l'exposition pour les trois virus à hauts risques de transmissions	page 8
V- Expositions et conduite à tenir	page 9
VI- Diagnostic sérologique et virologique du VIH	page 10
VII- Prophylaxie antivirale	page 11
VIII- Exposition aux virus VHC et VHB	page 15
IX- Déclaration d'un accident de travail	page 20
X- Coordonnées des référents pour l'évaluation en urgence du risque du VIH/VHB/VHC	page 20
XI- Le registre	page 22
Dossier annexe : ordonnances	

Protocole régional Nord Pas de Calais de prise en charge des accidents des expositions au sang (AES) et sexuelles (E Sex)

Disponible on line sur <http://www.infectio-lille.com/>

I- Généralités

Depuis **1998** les protocoles des accidents d'exposition aux virus (AEV) visent la prévention et la réduction des risques d'infection par les virus de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) et de l'immunodéficience acquise. *La circulaire ministérielle d'avril 1998, a été réactualisée en avril 2003 puis en mars 2008.* Les mises à jour de l'HAS datent 2008 puis 2010.

Le rapport Morlat de septembre 2013 réprecise La prise en charge post AEV *en tenant compte de l'évolution des acquis épidémiologiques et thérapeutiques*

Un accident avec exposition au sang (AES) est défini comme tout contact percutané (piqûre, coupure), muqueux (œil, bouche) ou cutané (peau lésée /eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang

Source non traitée	VIH+	VHC +	VHB+
Risque pour la victime %	0,30 (0,18 - 0,45)	1,8 (0 - 7)	2 à 40
Infectiosité / ml de sang	10^2 - 10^5 / ml	10^2 - 10^3 / ml	10^8 - 10^9 / ml

Le nombre de séroconversions VIH est en baisse très significative depuis la trithérapie anti-VIH hautement efficace, (HART) les charges virales indétectables et le traitement post exposition. Par contre le risque séroconversions VHC reste réel (2-5/an). Les études de prévalence du VHB et de déclaration des hépatites B aiguës rappellent une vraie circulation du VHB et la nécessité d'augmenter la couverture vaccinale de la population générale.

Les accidents d'expositions au sang (AES) font partie du plan de lutte contre le risque infectieux et figure parmi les exigences de certification des établissements de santé.

Une surveillance est assurée par les réseaux nationaux (InVS, GERES ...) pour le VIH depuis 1991, le VHC depuis 1997 et pour le VHB depuis 2005

Les mesures de prévention universelle restent le socle de la réduction du risque d'exposition du personnel soignant aux virus :

-> Le GERES rappelle en 2009 que 45,2 % des accidents percutanés auraient pu être évités par le respect des mesures de prévention universelle (recapuchonnage,

désadaptation manuelle des aiguilles). Toutefois il est important de rappeler une diminution d'un facteur 3 de l'incidence des piqûres par type d'acte infirmier invasif, grâce à l'application des mesures de prévention universelle et à l'utilisation plus généralisée de matériels sécurisés.

Précautions de prévention universelle standard : Circulaire de mars 2008

Pratiques	Indications
Lavage et/ou désinfection (sol. Hydro-alcoolique) des mains	- Systématiquement entre deux patients, deux activités. - Immédiatement en cas de contact avec des liquides potentiellement contaminants.
Port de gants Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.	- Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés... - Systématiquement lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de lunettes, masques + sur-blouses	- Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou de tout autre produit d'origine humaine (intubation aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie...).
Matériel souillé	- Matériel piquant/tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. - Matériel réutilisable : manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine.
Surfaces souillées	- Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 9° diluée extemporanément au 1/5^{ème} avec de l'eau froide (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.
Transport du linge et des matériels souillés	- Le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage fermé étanche.
Au laboratoire	Les précautions déjà citées doivent être prises systématiquement pour tous les prélèvements (l'identification de prélèvements "à risque" est une mesure qui peut être dangereuse, car apportant une fausse sécurité) ; ceux-ci doivent être transportés dans des tubes ou flacons hermétiques, sous emballage étanche. - Ne jamais pipeter «à la bouche», port de gants.
Au bloc opératoire	- Changer régulièrement de gants, porter deux paires de gants, notamment pour l'opérateur principal, lors de la suture des plans pariétaux. - Porter des masques à visière ou des lunettes de protection. - Utiliser des techniques opératoires limitant les risques (coordination, protection de la main controlatérale, aiguilles à bout mousse quand c'est possible...).

Le statut sérologique du patient source et ou les conditions d'exposition déterminent la conduite à tenir :

Pour le VIH :

Le traitement antiviral post-exposition (TPE) diminue ou prévient le risque de contamination. La HART doit être prise dans les 4 heures et avant 48 heures.

Le recours au TPE est moins fréquent qu'avant en raison de la rapide et meilleure connaissance, du statut VIH de la personne source (TDR...) et des circonstances d'exposition

Pour le VHC :

Il n'y a toujours pas d'indication de traitement immédiat en post-exposition. Une surveillance rapprochée est recommandée pour dépister précocement une hépatite biologique par l'élévation des ALAT et ou la détection de l'ARNVHC qui implique la mise sous traitement par bithérapie : *Peginterféron* et *Ribavirine*.

Pour le VHB :

Le statut vaccinal et ou sérologique de la personne exposée et de la source permettent l'indication dans les 72 heures, d'un rappel vaccinal ou d'une primo-vaccination associée ou non aux immunoglobulines spécifiques anti-VHB. Assurer une protection par une vaccination VHB complète et certifiée reste une priorité absolue.

II- Rationnel de la prévention post-exposition VIH

Épidémiologie en France en 2012

Prévalence :

- ➔ Près de 150 000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) soit 2,4 /1000 habitants .
- ➔ Variabilité de la prévalence selon les pratiques sexuelles et le comportement à risque

Incidence :

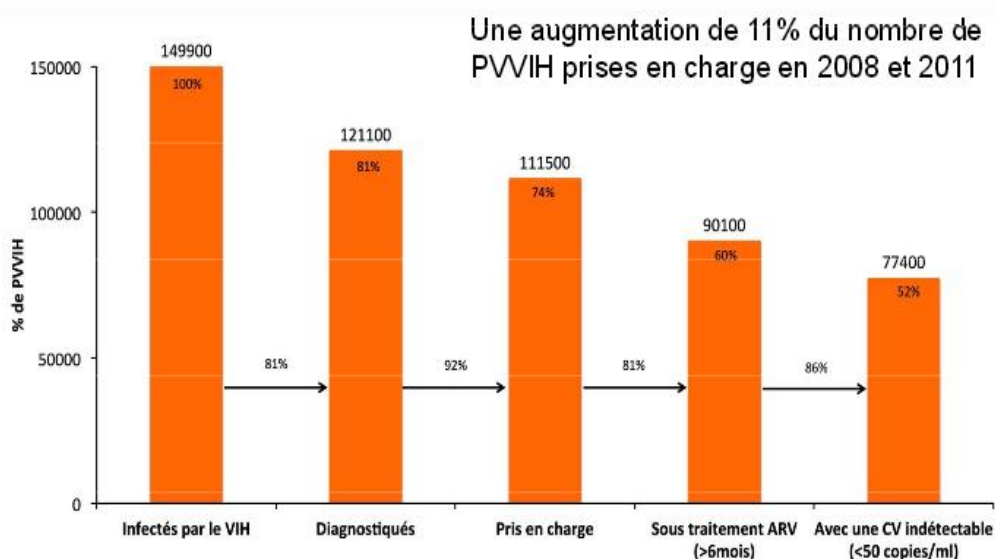
- ➔ Près de 30 000 personnes ne sont pas dépistées et donc ne savent qu'ils sont VIH + et transmettent le virus aux autres
- ➔ 6000 nouveaux cas /an soit 15 nouvelles VIH / 100 000 habitants /an

L'épidémie est non contrôlée en France car tous les patients infectés ne sont pas dépistés et ceux connus VIH + ne sont pas tous suivis et traités et à l'heure actuelle ceux traités n'ont pas tous une charge virale VIH indétectable . (Cascade France)

Ainsi le personnel de santé est exposé au risque de transmission du VIH au cours des soins.

Les accidents de prévention sexuelle représentent la majorité des mises sous antiviraux en post exposition en France

Cascade de la prise en charge en France en 2010



Chez les patients suivis au moins 3 ans, 88% du temps correspond à un suivi adéquat

Épidémiologie

Dominique Costagliola et le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
RAPPORT 2013
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Efficacité du traitement post exposition (TPE) :

Données expérimentales chez le singe

Données rétrospectives chez le personnel soignant après accident d'exposition au sang et après agression sexuelle

Efficacité de la prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Prévention de la transmission mère – enfant PTME

Données des dernières études randomisées chez des homosexuels masculins ayant reçu une PrEP

III- Les expositions et les mesures de prévention :

Accident d'Exposition au Sang (AES)

Tout contact avec du sang ou un liquide biologique potentiellement contaminant après piqûre, coupure ou projection sur une peau lésée (plaie, eczéma) ou sur une muqueuse (œil et bouche).

Échange de seringue ou de matériel pour usage de drogue intraveineuse: UDIV

Exposition sexuelles (E. Sex) dont les viols

- Rapport sexuel non protégé avec risque potentiel de contamination,

Mise à jour le Mardi 18 février

- Rupture de préservatif avec risque potentiel de contamination.

Risques de transmission du VIH selon le statut du patient source porteur du virus VIH

Type d'Exposition	Risque de transmission VIH
Piqûres-coupures (soignant)	0,18-0,45 %
Partage de seringue (toxicomanie)	0,67 %
Projections	0,04 %
Morsure (2 cas documentés)	non quantifié
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	0,03 à 0,09 %
Fellation	0,04 %

Risques de transmission des hépatites B et C

Type d'Exposition	Risque de transmission selon la charge virale de la personne source	
	VHC	VHB
Piqûres-coupures (soignant)	0 - 7 % %	2-30 %
Sexuelle	Variable selon le type de rapport, le saignement ou pas et l'association d'une autre infection sexuellement transmise	

1- Mesures immédiates après exposition : diminution de la quantité virale susceptibles de transmission :

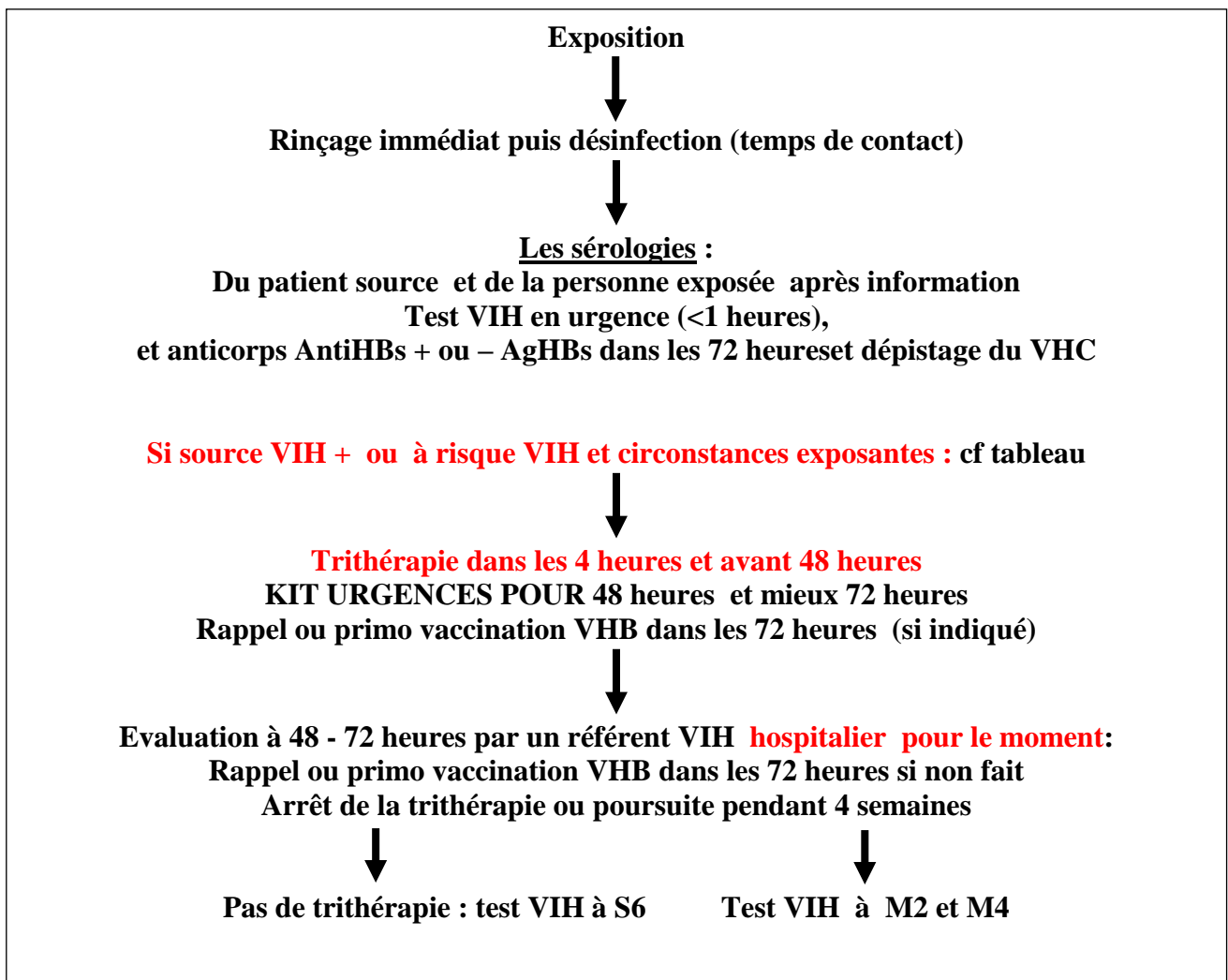
Piqûre ou coupure

- **Ne pas faire saigner** (risque de rupture de capillaires favorisant l'infection)
- **Laver à l'eau et au savon, rincer ;**
- **Trempage >= 10 mn** dans un soluté antiseptique (vérifier la date de péremption) :
Dakin +++, alcool 70°, polyvidone iodée solution dermique.

Projection sur peau lésée ou sur muqueuse

- **Rincer doucement** et abondamment (sérum physiologique ou eau courante) ;
- Désinfecter par désinfectant adapté à la muqueuse.

2- Les étapes de prise en charge d'un AES ou d'un AP



3- Évaluation personnalisée du risque de transmission

Le statut du patient source doit être connu pour l'initiation ou non du traitement dans les 4 heures (efficacité des antirétroviraux d'autant plus grande que le traitement est précoce). Le test VIH est depuis 2011 demandé en urgence. (ELISA ou TROD)

IV- Sévérité de l'exposition et haut risque d'infection :

❖ Accident d'exposition au sang

- **1- Accident percutané** par aiguille creuse, intraveineuse ou intra-artérielle pour les 3 virus mais aussi piqûre par aiguilles sous cutanées ou pleines de suture pour les virus VHC et VHB.
- **2- Charge virale VIH élevée de la personne source**
- **3- Nature du liquide biologique en cause :**
 - Sang et liquide biologique contenant du sang
 - Manipulation au laboratoire de Sperm, sécrétions vaginales (RisqueVIH/VHB/VHC)

- ❖ Echanges de seringues aiguilles :
 - **Risque VIH entre UDIV :**

- ❖ Echanges de matériel autres que seringues + aiguilles
 - **Risque VHC et VHB : partage de poudre, paille**

- ❖ Exposition sexuelle et viols :
 - **1- Rapport anal réceptif / insertif,**
 - **2- Rapport vaginal réceptif / insertif,**
 - **3- Rapport sexuel lors d'une MST,**
 - **4- Rapport sexuel traumatique (présence de sang)**

Risque de transmission sexuelle

- Selon les pratiques sexuelles

Risque décroissant :	
Acte anal réceptif avec éjaculation	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 40 fois plus élevé que la fellation réceptive </div>
Acte vaginal réceptif avec éjaculation	
Acte anal insertif	
Acte vaginal insertif	
Fellation réceptive	
Fellation	

Risque plus élevé si :
Charge virale VIH élevée (primo-infection ..)
Présence de sang et ou de blessures génitales



AJANA/ SUMIV 2013



V- Expositions et conduite à tenir Circulaire :

N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008, Yeni 2010, Morlat 2013

Accidents exposant au sang (AES)

Source	VIH + Charge virale		Inconnu / groupe de prévalence **	
	DéTECTABLE	IndéTECTABLE *	Haute	Faible
Type d'exposition				
Important : - piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif IV , IA	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Intermédiaire : - coupure avec bistouri - piqûre avec aiguille IM ou SC - piqûre avec aiguille pleine - exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Minime : - piqûres/seringue abandonnée, crachats, morsure, griffure	TPE non recommandé			



• CV < 50 copies avant et lors de l'exposition pas de TPE ou arrêt du TPE si déjà prescrit

** Haut risque VIH (Partenaires multiples , pays forte prévalence et UDIV)

AJANA/ SUMIV 2013



Expositions sexuelles au VIH (E.Sex)

Source	VIH + Charge virale		Inconnu / groupe de prévalence *	
	DéTECTABLE	IndéTECTABLE **	Elevée	Faible
Type d'exposition				
Rapport anal réceptif	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation	TPE recommandé	TPE non recommandé***	TPE recommandé	TPE non recommandé

• Haut risque VIH (Partenaires sexuels multiples , pays forte prévalence et UDIV)

** CV < 50 copies avant et lors de l'exposition pas de TPE ou arrêt du TPE si déjà prescrit

*** Sauf si FDR : Viol , ulcération génitale , IST associée / TPE recommandé

AJANA/ SUMIV 2013



Expositions des UDIV

Morlat 2013

Source	VIH + Charge virale		Inconnu
Type d'exposition	DéTECTABLE	IndéTECTABLE *	
Important : - partage de seringue , de l'aiguille et ou de la préparation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé
Intermédiaire : - partage du récipient , de la cuillère , u filtre ou de l'eau de rinçage	TPE non recommandé		TPE non recommandé

• CV < 50 copies avant et lors de l'exposition pas de TPE ou arrêt du TPE si déjà prescrit



AJANA/ SUMIV 2013



VI- Diagnostic sérologique et virologique du VIH

- ❖ Le statut VIH du patient source présent doit être connu en moins d'une heure.
 - pour éviter une mise inutile de la personne exposée sous prophylaxie.
 - Le traitement et le suivi ne se justifient plus si la source est VIH négative.
- ❖ L'ordonnance pré-tapée (cf modèle) du Test VIH en Urgence de la **personne source** doit être disponible dans le service de toute personne exposée dans un lieu connu de tous «Chariot des Urgences, étagère des procédures...».
- ❖ L'information du patient source doit être faite par le médecin prescripteur
- ❖ **le nom et la signature du prescripteur : médecin présent dans le service de la personne exposée ou par le médecin de garde ou l'interne de garde les nuits, samedi, dimanche et jours fériés**
 - Le laboratoire pourra ainsi informer et envoyer le résultat au prescripteur qui le rendra au patient. Il est possible pour le laboratoire d'anonymiser le résultat de la source pour le rendre à un autre médecin (du travail ou référent VIH, VHC...).
- ❖ Une coordination entre les médecins référents, les urgentistes et les laboratoires est nécessaire pour disposer des résultats au bon moment pour la consultation de la personne exposée
 - (cf modèle d'ordonnance pré-tapée avec mention résultat à envoyer en double au médecin du travail et ou médecin référent du COREVIH 59/62 et/ou au prescripteur).
- ❖ Le bilan du suivi biologique, dans ce cadre, est pris en charge à 100 %. par la SS .

VII- Prophylaxie antivirale VIH

Le kit aux urgences pour 48 H ou mieux 72H devrait comporter :

- ❖ Il est recommandé d'avoir 3 à 4 kits dans chaque service d'urgence pour pallier le risque de plusieurs prescriptions simultanées notamment lors de longs week-ends.
- ❖ **Pour l'adulte :**

Plusieurs traitements sont proposées la préférence va à celui le plus connu et le plus utilisé




- 1 2 ou 3 cps de Truvada + 8 ou 12 cps de Kaletra (Kit 48 ou 72H)
- 2 Préservatif féminin et 1 préservatif masculin (ce n'est nullement pour le clin d'œil mais c'est pour rappeler l'importance de se préserver durant le suivi),
- 3 1 ampoule de 500UI d'Ig VHB + vaccin VHB a ne pas faire seule (séro - vaccination dans les 72H)

- ❖ **Pour l'enfant :**

Rétrovir Solution buvable + Epivir solution buvable + Kaletra poudre orale,

Kaletra*+ truvada*



	Matin	Soir
Kaletra* Pas de contrainte alimentaire	2cps 	2cps 
Truvada*	0	1 cp :collation 



AJANA/ SUMIV 2013



Prezista */ Norvir + truvada*



	1 fois / jour au cours ou après un repas	
Prezista*	1cp: repas	
Norvir *	1 cp: repas	
Truvada*	1 cp: collation	



AJANA/ SUMIV 2013



Reyataz */ Norvir + truvada*



	1 fois / jour au cours ou après un repas	
Reyataz*	1cp: repas	
Norvir *	1 cp: repas	
Truvada*	1 cp: collation	



AJANA/ SUMIV 2013



Si intolérance de l'IP

2 Inhibiteurs de la reverse transcriptase + 1 Inhibiteur de l'intégrase

- 2 Inhibiteurs de la reverse transcriptase :
 - Emtriva + Tenofovir = Truvada* = 1cp /j
 - Retrovir + Epivir = Combivir* = 1cp 2 fois /jour
- 1 Inhibiteur de l'intégrase :
 - Raltégravir = Isentress* 1cp 2 fois / j (après repas)






AJANA/ SUMIV 2013



Isentress *+ truvada* (2^{de} intention)



	Matin	Soir
Isentress *	1 cp 	1 cp 
Truvada*	0	1 cp 



AJANA/ SUMIV 2013



Poursuivre ou non le traitement (Cs référent VIH)

1- Suivi patient non traité par antirétroviraux :

- ❖ Il arrive qu'un suivi soit nécessaire sans mise en route des antiviraux (
 - Faible risque d'exposition / source avec CV indétectable
 - Délai dépassé de mise sous traitement > 48 H ...
 - Le suivi est simplifié et dure six semaines

2- Suivi patient traité par antirétroviraux :

- ❖ Une discussion avec le médecin référent du service de maladies infectieuses est possible 24h/24h (un choix des antirétroviraux à optimiser en raison de possibles résistances).
- ❖ **Ne pas faire prendre systématiquement le même traitement antiviral que la source.**
- ❖ Vérifier le traitement habituellement pris, en raison du risque d'interactions médicamenteuses. La liste des interactions médicamenteuses (appel du médecin d'astreinte si besoin).
- ❖ Les éventuels effets indésirables des ARV :
 - Présents dans $\frac{3}{4}$ des cas, principalement légère altération de l'état général et troubles digestifs (médication symptomatique : Motilium, Imodium...).
 - L'arrêt du traitement pour effets indésirables survient dans à peu près 10 % des cas.

3- Enfants >2 ans: ordonnance Kaletra + Epivir + Retrovir)

Sous réserve de l'accord écrit des parents :

Rétrovir : Solution buvable à 10mg/ml : 20mg/kg en 2 prises.

Epivir : Solution buvable à 10mg/ml : 8mg/kg en 1 ou 2 prises.

Kaletra : Solution buvable à 80mg/20mg/ml :

- **Surface corporelle < 1,3 m²** : Lopinavir 230mg/m² 2 fois/jour et Ritonavir 57,5mg/m² 2 fois/jour.

Surface corporelle	Posologie X 2 par jour :Lopinavir/r	
0,25m ²	0,7ml	57,5/14,4mg
0,5m ²	1,4ml	115/28,8mg
0,75m ²	2,2ml	172,5/43,1mg
1m ²	2,9ml	230/57,5mg
1,25m ²	3,6ml	287,5/71,9mg
1,5m ²	4,3ml	345/86,3mg
1,75m ²	5ml	402,5/100,6mg

- **Surface corporelle > 1,3m²** : même posologie que l'adulte.

4- Adolescents :

- ❖ Le médecin doit éthiquement assurer les soins à un adolescent sans forcément en informer ses parents. Si l'adolescent le demande, il est possible d'en référer au juge des enfants ou au Procureur de la République pour obtenir l'autorisation de soin. Cependant, pour un jeune sous la couverture sociale de ses parents, on peut assurer l'anonymat en accord avec le pharmacien et le biologiste.

5- Cas particuliers

❖ Grossesse, enfants :

- L'avis spécialisé des pédiatres, gynécologues et référents VIH est d'emblée requis.

❖ Prisons :

- Il est recommandé d'avoir à disposition des traitements pour 4 jours (soit 2 kits) en raison des contraintes spécifiques.
- En fait, peu de déclarations d'accidents d'exposition aux virus en milieu carcéral . Attention à la - loi du silence,- notamment en cas de viol.

❖ Viols :

Prise en charge par le service de garde de gynécologie de l'hôpital Jeanne de Flandre à Lille sur réquisition de police (la nuit et le week-end) ainsi que par le service de médecine légale du CHU de Lille (le jour). Concernant la pédiatrie, le service de pédiatrie du **Docteur MAZINGUE** est le mieux adapté aux heures ouvrables. La prise en charge en urgence est réalisée aux urgences pédiatriques.

- Il arrive que les victimes de viol viennent dans les hôpitaux de proximité. :
 - Une concertation avec les gynécologues et référents VIH est nécessaire pour limiter les intervenants auprès de personnes éprouvés
- La sérologie du sujet source est souvent difficile à obtenir lorsqu'il est en garde à vue.
- **Le traitement antiviral doit être commencé +++**
- **Au kit anti-VIH dont ajoutées:**
 - **La pilule du lendemain**
 - **La prophylaxie anti-chlamydia (Azythromicine 1g)**
 - **Et toujours rappeler la nécessité d'une sérologie syphilis à S6- S8 du suivi.**

VIII- Exposition aux virus VHC et VHB

1- Virus de l'hépatite B : VHB

- ❖ La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les soignants.
- ❖ Le niveau de protection vaccinale contre le VHB doit être connu par le personnel soignant.
 - Le taux de protection antiHBs exigé du personnel de santé car variable selon l'âge de la vaccination.
- ❖ Un taux d'antiHBs est considéré protecteur si $\geq 10\text{UI/l}$ dans la population générale.
- ❖ Le statut VHB de la personne source est à documenter après information

Le virus VHB circule en France .L'exposition à une source VHB + est à haut risque de transmissibilité et impose une prophylaxie post-exposition dans les 72 heures par la vaccination associée ou non à la sérothérapie.

Séro - vaccination VHB : Indications

Type d'exposition et statut de la personne exposée		Statut VHB de la personne source		
		VHB positif	Inconnu / groupe à risque	
			Elevé *	Faible
AES	Non vacciné	Immunoglobulines (Ig) + vaccin	Vaccin	
	Vacciné non répondeur	Immunoglobulines (Ig)	Rien	
Exposition sexuelle	Non immunisés	Immunoglobulines (Ig) + vaccin	Vaccin	

* groupe à haut risque de VHB+ : Partenaires sexuels multiples , pays forte prévalence VHB > 2 % , UDIV et circonstances de viol , d'ulcération génitale ou d' IST associée chez la victime



AJANA/ SUMIV 2013



2- Virus de l'hépatite C : VHC

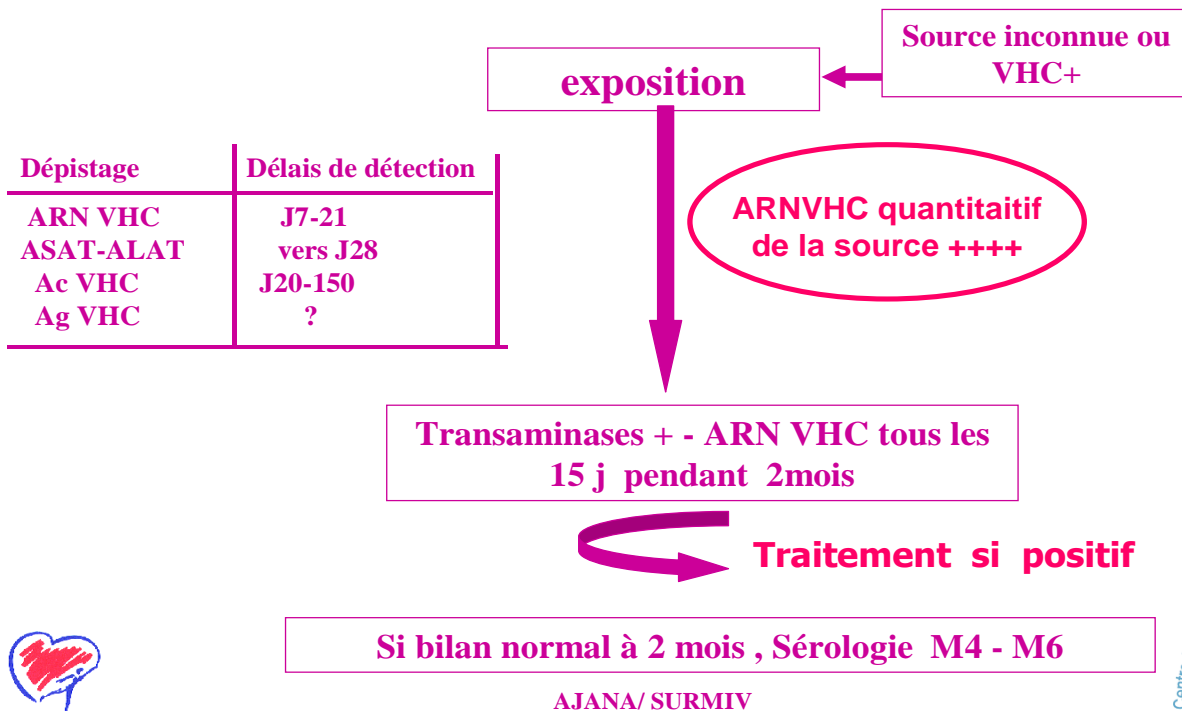
- ❖ Plus que pour le VIH ou le VHB le maintien des mesures de prévention standard est primordial. On estime à 600 000 le nombre de personnes infectés par le VHC et 30-40 % ignorent leur infection.
- ❖ Les gestes les plus exposants sont la piqûre IV ou IA mais aussi après injection sous cutanée.
- ❖ Il n'y a pas de prophylaxie post exposition immédiate mais un suivi biologique vigilant permet de dépister le début d'une séroconversion pour débiter le peginterféron + ribavirine. Et favoriser l'élimination et la guérison du VHC

Risque après exposition au VHC :

Sujet exposé	Sujet source		
Statut VHC	VHC négatif et sans FDR	VHC positif Inconnu	VHC négatif, mais UD, ATCD de transfusion
VHC négatif	Pas de risque	Risque possible* suivi des transaminases et de ARN VHC pendant 2 mois	
Anticorps anti-VHC présents	Service spécialisé		

*l'augmentation des transaminases ou l'apparition d'ARN VHC : service spécialisé pour traitement.
UD = Usager de Drogue, FDR = Facteur de risque

VHC : prévention post exposition



Suivi biologique en cas d'AES

Personne TRAITEE	
J0	- NFS , ALAT , créatinine - Test de grossesse - - Sérologies VIH, VHC - Ac antiHBs /vacciné et Ac antiHBs + Ac antiHBc + Ag HBs si non vacciné ou non répondeur
J15	- ALAT, créatinine - et NFS si Retrovir*
J30	- NFS ,créatinine, ALAT et PCRVHC si source VHC +
M2	- Sérologie VIH
M4	- Sérologie VIH, ALAT et sérologie VHC si Source PCRVHC+ - Ac antiHBs et si non vacciné ou non répondeur Ag HBs, AntiHBc



AJANA/ SUMIV 2013



Suivi biologique en cas d'AES

Personne NON TRAITEE	
J0	- Sérologies VIH, - Serologie VHC + ALAT - Ac antiHBs /vacciné et Ac antiHBs + Ac antiHBc + Ag HBs si non vacciné ou non répondeur
S6	- Sérologie VIH - ALAT et PCRVHC si source PCRVHC+
M3	-ALAT et sérologie VHC si source PCRVHC+ - Ac antiHBs et si non vacciné ou non répondeur Ag HBs , AntiHBc



AJANA/ SUMIV 2013



Suivi biologique en cas d'Exposition sexuelle

Morlat 2013

Personne TRAITÉE	
J0	- NFS , ALAT , créatinine - Test de grossesse - - Sérologies VIH, VHC (si rapport à risque) , Syphilis - Ac antiHBs /vacciné et Ac antiHBs + Ac antiHBc + Ag HBs si non vacciné ou non répondeur
J15	- ALAT, créatinine - et NFS si Retrovir*
J30	- NFS ,créatinine, ALAT et PCRVHC/ rapport à risque et source VHC +
M2	- Sérologie VIH , sérologie syphilis
M4	-Sérologie VIH, ALAT et sérologie VHC si Source PCRVHC+ - Ac antiHBs et si non vacciné ou non répondeur Ag HBs, AntiHBc



AJANA/ SUMIV 2013



Suivi biologique en cas d'exposition sexuelle

Morlat 2013

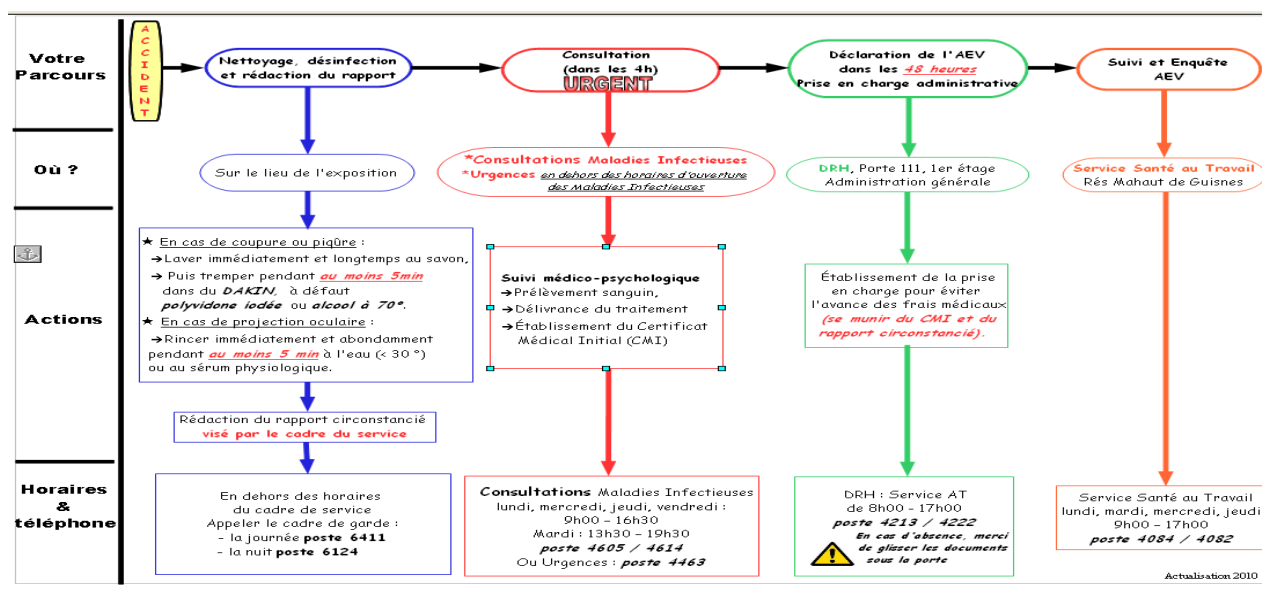
Personne NON TRAITÉE	
J0	-Sérologies VIH, - Sérologie syphilis - Sérologie VHC (si rapport à risque anal ..) , ALAT - Ac antiHBs /vacciné et Ac antiHBs + Ac antiHBc + Ag HBs si non vacciné ou non répondeur
S6	-Sérologie VIH , - Sérologie syphilis - ALAT et PCRVHC (rapport à risque) si source PCRVHC+
M3	-ALAT et sérologie VHC (rapport à risque) et si source PCRVHC+ - Ac antiHBs et si non vacciné ou non répondeur Ag HBs , AntiHBc



AJANA/ SUMIV 2013



IX- Déclaration d'un accident de travail (circuit CH Tourcoing)



X- Coordonnées des référents pour l'évaluation en urgence pour le VIH/VHB/VHC

Consultation avec un médecin référent en cas de prescription d'un Kit de traitement :

- ❖ Médecin référent VIH ou médecin du COREVIH 59/62
- ❖ Pour les prisons : médecin de l'UCSA en concertation avec médecin référent prison du COREVIH 59/62

1- Service référent régional VIH

Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur (SUMIV), CH Tourcoing/CIFASSIH/COREVIH 59/62

Jours ouvrables : CIFASSIH: ☎ 03.20.69 49 02

Nuit, Samedi, Dimanche et Jours Fériés : ☎ 0 805 400 910* (mise en contact immédiat avec le médecin infectiologue d'astreinte).

* Libre Appel : Numéro gratuit réservé aux pharmaciens et aux médecins 24h/24h : **0 805 400 910**.

2- Services Référents Régionaux des hépatites aiguës

- ❖ Service de Gastro-entérologie du CHR de Lille, Dr Valérie CANVA : 03.20.44.55.97
- ❖ Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur (SUMIV) : 03 20 69 46 04
- ❖ Tout Service de Gastro-entérologie du réseau VHB/VHC peut prendre également en charge une hépatite aiguë post-exposition. (traitement précoce +++)

3- Services référents locaux

Pour le moment, les référents AEV sont les services d'urgences des hôpitaux de la région. En cas d'AEV dont la prise en charge peut être considérée compliquée, les référents AEV pour chaque bassin sont :

- **Les urgences d'Armentières, Hazebrouck, Lille (CHU), Roubaix, St Vincent, St Philibert, Seclin, Tourcoing se réfèrent aux :**

CIFASSIH/SURMIV/COREVIH 59/62, Professeur SENNEVILLE et ses collaborateurs.

(03.20.69.49.02 jours ouvrables)

(0 805 400 910) nuit, week-end, férié)

- **Les urgences de Cambrai, Denain, Douai, Fourmies, Le Cateau, Maubeuge, Clinique Tessier, Valenciennes, se réfèrent aux :**

Dr Annie VERMERSCH et ses collaborateurs (Centre Hospitalier de Valenciennes)

(03.27.14.50.58)

Dr Gérard CARDON et ses collaborateurs (Centre Hospitalier de Douai) (03.27.94.71.90)

Dr Philippe LECOCQ et ses collaborateurs (Centre Hospitalier de Denain) (03.27.24.31.01)

- **Les urgences de Dunkerque, Grande-Synthe se réfèrent au :**

Dr Luca INCHIAPPA service d'Hématologie (03 28 28 56 33)

Dr Maxime SAMSON service de réanimation médicale (03 28 28 56 13)

- **Les urgences de Boulogne, Calais, Montreuil, St Omer se réfèrent au :**

Docteur Pierre BATAILLE et ses collaborateurs (03.21.99.30.51 poste 46.36 ou 46.31)

- **L'Hôpital de Zuydcoote se réfère au :**

Dr Frédérique BONNEVIE, Dr Christine BOUTTEMENT (respectivement 03 28 26 22 99 et
03 28 26 20 82)

- **Les urgences d'Arras, Béthune, Lens se réfèrent au :**

Docteurs Emmanuelle AISSI, Nicolas VANGRUNDERBEECK et ses collaborateurs
(Centre Hospitalier de Lens) (03.21.69.10.94)

- **Pour les viols :**

- *Des adultes*

Médecine légale CHR de Lille (03.20.44.66.46 heures ouvrables)

Hôpital Jeanne de Flandre (nuit et week-end) (03.20.43.75.30)

Urgence de l'hôpital B (03.20.44.61.40)

- *Des enfants:*

Service Pédiatrie (Docteur Mazingue) du CHR Lille (03.20.44.46.62)

XI- Le registre

- ❖ Il est recommandé de tenir un registre de toute personne consultant pour un AES/ Exposition sexuelle dans les services référents (Tourcoing, Lille (pédiatrie et gynécologie), Valenciennes, Lens, Boulogne, Dunkerque).
- ❖ Dans chaque Service de Médecine du Travail : registre de toutes les personnes consultant pour un AES avec ou sans prescription - enquête RAISIN.
- ❖ Dans certains services d'urgences, une codification spéciale au sein du DIEM a été réalisée afin de pouvoir retrouver rapidement les dossiers AEV. (Z 57.8 / Z 20.8)