



Prise en charge des accidents d'exposition au sang

**Dr HADJAISSA
Faculté de médecine
Service des maladies infectieuses**

Définition

Un accident exposant au sang (AES) est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant:

- soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure)
- soit une projection sur muqueuse (œil, bouche) ou sur peau lésée



La prévention

La prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé

- La vaccination des personnels contre l'hépatite B
- **La formation**
- Le respect des précautions standard d'hygiène lors des soins exposant le personnel ou le patient à des produits biologiques
- **La surveillance**
- L'utilisation rationnelle de matériel de sécurité
- **L'évaluation** des actions entreprises



Les matériels de sécurité

Seuil de sécurité minimal = Respect des précautions standard

Matériels sécurisés: établissent une barrière entre le soignant et le matériel ou le produit biologique à risque: dispositifs pourvus d'un système de protection intégré permettant la **neutralisation** de l'aiguille ou de la lame du dispositif après le geste



L'accident le plus à risque de contamination

- Piqûre avec une aiguille souillée (geste en intravasculaire direct +++)
- Dans la majorité des cas, piqûre
 - Après le geste
 - Au retrait de l'aiguille
 - Lors de son re-capuchonnage
 - Avec un matériel traînant ou déposé transitoirement



Exposition sanguine professionnelle et Risque de transmission du VIH, du VHC et du VHB

Risque de transmission lors d'une blessure par matériel souillé estimé à :

- 0,32 % (0,18-0,45%) pour le VIH en l'absence de traitement ARV chez la personne source
- 1,8 % (0-7%) pour le VHC
- Jusqu'à 30 % pour le VHB en l'absence de vaccination ou d'immunisation antérieure

Exposition sanguine professionnelle et Risque de transmission du VIH, du VHC et du VHB

□ Facteurs qui augmentent ce risque :

- Profondeur de la blessure
- Calibre de l'aiguille
- Présence de sang frais dans l'aiguille

□ À l'inverse,

- Le port de gants
- Une charge virale indétectable chez le patient

Diminuent le risque de transmission

PRISE EN CHARGE D'UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

Circuit hospitalier de prise en charge

□ Prise en charge initiale

La qualité de la prise en charge initiale nécessite :

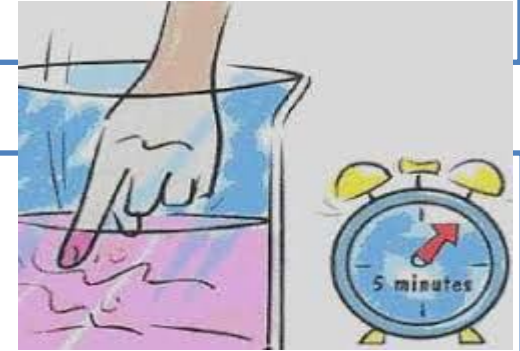
- La rédaction de procédures d'orientation dès l'accueil
- La formation des équipes soignantes
- Le respect des conditions de confidentialité
- Le développement de liens de travail avec la pharmacie hospitalière, la médecine du travail et les services référents pour le VIH assurant le suivi

□ Orientation vers les services référents (VIH) pour :

- Réévaluation de la prescription initiale
- Suivi ultérieur

□ La médecine du travail si nécessaire

Premiers gestes urgents après une exposition professionnelle



- ❑ **Interrompre** le geste
- ❑ **Le signaler** aux collègues
- ❑ **Nettoyer** la plaie (eau + savon/5mn) et rincer
- ❑ **Antiseptie** (temps de contact > 5mn)
 - dérivé chloré (Javel à 9° diluée au 1/5 ou 1/10 - Dakin)
 - alcool à 70°
 - polyvidone iodée
- ❑ Si projection muqueuse/peau lésée : **lavage abondant** au sérum physiologique (5mn) dans un délai < 15 min

AES: Évaluation du risque de transmission

- **Délai** entre l'exposition et la prise en charge le plus court possible : pris en compte à l'accueil de la personne exposée
- **Type d'exposition** (sévérité) :
profondeur-matériel
- **Statut sérologique** de la personne source

Évaluation du risque de transmission virale le type d'exposition et sa sévérité

□ **Profondeur** de la blessure

□ **Type de matériel** en cause

- **Risque important** avec une aiguille de prélèvement (veineux ou artériel) contenant du sang.
- **Risque intermédiaire** avec une aiguille pour injection souscutanée ou intramusculaire, ou une aiguille pleine (aiguille à suture).
- **Risque plus faible** en cas de projection cutanéomuqueuse.

Risque réduit en cas de piqûre au travers de gants

Évaluation du risque de transmission du VIH

Le statut du patient source

□ Appartient-il à un groupe de prévalence élevée ?

- Homosexuels
- Partenaires sexuels multiples
- Originaire d'un pays de forte endémie
- Usagés de drogue IV

□ En cas d'infection VIH connue

- Charge virale plasmatique (CV) : indétectable ou non

Bilan chez le patient source demandé en urgence

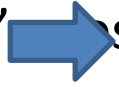
- Sérologie VIH (avec son consentement)
- Sérologie VHB (AgHBs + Ac anti-HBc)
- Sérologie VHC

Décision de Traitement Post-Exposition (TPE) en cas d'infection VIH connue chez le patient source

- **Préciser :**

- Le résultat de la dernière CV VIH +++
- La nature des traitements antirétroviraux antérieurs et en cours
 - 1) **Patient source VIH+ non traité ou traité avec une CV détectable** sur les 6 derniers mois : TPE recommandé sauf si le risque de transmission est faible (ex : blessure superficielle avec aiguille à suture)
 - 2) **Patient source VIH+ traité avec une CV indétectable** depuis plusieurs mois : risque de transmission très faible



MAIS la certitude que la CV soit toujours inférieure au seuil de détection le jour de l'AES est une information qui n'est disponible qu' posteriori.

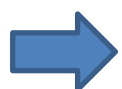
Une CV est réalisée en urgence chez le patient source et le TPE est initié dans l'attente des résultats

Décision de TPE si statut sérologique VIH du patient source inconnu



Réaliser une sérologie VIH :

- Avec son accord (hormis les cas où ce consentement ne peut être exprimé)
- Si possible avec un test rapide (TROD) pour éventuellement débiter le plus rapidement possible un TPE



Si le statut sérologique du sujet source ne peut être obtenu et qu'il appartient à un groupe à prévalence élevée pour le VIH :

- un TPE doit être systématiquement proposé sans délai

Bilan chez la personne « victime » de l'AES

- VIH (dans les jours > AES)
- VHB : Ac anti-HBs
- VHC
- TEST DE GROSSESSE

Décision de mise en route d'un Traitement Post Exposition (TPE)

- Dans les 4 heures suivant l'accident (avant 48h)
- Prise en compte du rapport **bénéfice/risque** d'effets indésirables liés au traitement
- Le TPE doit être réservé aux situations à **risque identifiable** de transmission du VIH
- L'explication du risque à la personne exposée est importante pour que **l'observance** du traitement pendant la durée requise de quatre semaines soit optimale

Information de la personne exposée

- ❑ **Risques** liés au VIH et aux autres agents infectieux
- ❑ Modalités du TPE, de ses effets indésirables et des interactions possibles avec d'autres médicaments, au mieux à l'aide de **brochures**
- ❑ Le TPE, même administré dans les suites immédiates d'un AES, est susceptible de réduire le risque d'infection VIH sans toutefois totalement le supprimer (des **échecs** ont été rapportés).
- ❑ Expliquer et recommander l'utilisation de **préservatif**
- ❑ **Exclusion du don du sang** jusqu'à la connaissance définitive du statut sérologique en fin de suivi

Modalités de prescription du TPE

□ **TPE d'autant plus efficace que son délai d'initiation est court**

- Dans les 4 heures

- Au plus tard jusqu'à 48 heures après l'exposition

□ **Accessible** (services hospitaliers de prise en charge des populations exposées)

Autres traitements post-exposition : HEPATITE B

Risque de transmission du VHB (sang/sexe) nettement plus élevé que celui du VIH

□ Personne exposée non vaccinée et/ou non immunisée (Ac anti-HBs < 10) :

- Immunoglobulines spécifiques dans les 72 heures suivant l'exposition par voie IM, à la posologie de 500 UI.

- Vaccination anti-VHB à débiter dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7 :

➡ 1^{ère} injection IM (dans le deltoïde) d'une dose de 20 µg de vaccin, complétée par deux injections de 20 µg à M1 et M6

Efficacité préventive de la sérovaccination > celle du vaccin seul

Autres traitements post-exposition : HEPATITE C

En cas d'exposition professionnelle au VHC

- Patient source infecté par le VHC et virémique
- Patient source de sérologie inconnue

Le traitement préventif anti-VHC **n'est pas recommandé** en post-exposition, aucune étude n'ayant évalué son efficacité

Traitement de l'hépatite C aigue

Déclaration d'accident du travail

Suivi sérologique VIH

- Sujet source séronégatif pour le VIH :
 - Surveillance ultérieure inutile
 - Sauf s'il existe un risque de primo-infection en cours chez le sujet source (appartenance à un groupe à risque élevé pour le VIH)
- Sujet source infecté par le VIH ou de statut inconnu :
 - Sans TPE : Sérologie à 6S
 - Si TPE : Sérologie à M 2 (soit 1 M après l'arrêt du TPE) et à M4
 - ➡ AES chez un soignant : contrôle sérologique tardif
 - à M3 (sans TPE)
 - ou M4 (si TPE)

Suivi sérologique VHC

Suivi sérologique pour dépister rapidement une hépatite aiguë = indication d'un traitement anti-VHC

- Patient source de statut VHC inconnu : sérologie VHC/ALAT (J0, S4-S6, M3-4)
- Patient source virémique pour le VHC : PCR-VHC à 1M

Suivi sérologique VHB

- Personnels de santé vaccinés et répondeurs à la vaccination (Anti-HBs > 10UI) : pas de suivi pour le VHB
- Taux des anti-HBs inconnu chez le soignant au moment de l'AES :
 - à J0 : AgHBs, anti-HBc et anti-HBs, ALAT
 - patient source porteur du VHB ou de statut inconnu : ALAT et marqueurs du VHB à 3-4 M
- Exposition sexuelle : schéma de suivi identique
- Primo vaccination après l'AES : anti-HBs à 1M

AES

PREMIERS SOINS EN URGENCE (0 – 5 mn)

CONSULTER EN URGENCE (0 - 4 heures)

SEVERITE DE L'EXPOSITION

STATUT PERSONNE SOURCE

TPE +/- SEROVACCINATION HBV

AU MIEUX DANS LES 4h (48h – 72h)

DECLARER L'ACCIDENT (48h)

AVIS REFERENT VIH

SUIVI SEROLOGIQUE