



Accident d'exposition au sang (AES) Dr. Remili .S
Service des maladies infectieuses -CHU AE k HASSANI

I-Introduction :

Accident d'exposition au sang (AES) c'est tout contact avec du sang ou autre produit biologique qui contient du sang soit par :

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

Le sang et les liquides biologiques peuvent véhiculer des agents infectieux divers (bactéries, virus, parasites, et champignons).

La transmission est de type parentéral (Sanguine) et Les principaux virus transmis sont les Hépatites B (30%), VHC (3 %) et VIH(0.3%). .

-Le risque de transmission virale dépend :

- *le virus concerné
- *la charge virale au moment de l'accident
- *le mode d'exposition
- *le liquide biologique concerné

II- Conduite à tenir :

1) les soins locaux : ne pas faire saigner, nettoyer immédiatement

laver à l'eau et au savon puis rincer

- Si peau non lésée : Désinfecter avec un eau de javel ou Dakin®
- Si peau lésée : antiseptie à la Bétadine® ou Dakin®

-En cas de projection dans les yeux :

rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique.

2) prendre rapidement un avis médical : Dans les 2 heures qui suivent l'AES

3) Evaluation de l'importance du risque infectieux:

GRAVITÉ DE L'AES :

<i>Risque important</i>	<i>Risque intermédiaire</i>	<i>Risque faible</i>
-prélèvement veineux ou artériel, Plaie profonde -aiguille creuse, prélèvement veineux ou artériel	-injection sous cutanée ou intramusculaire. -aiguille pleine ex : une aiguille de suture, lame bistouri. - projection cutané-muqueuse et un temps de contact sup à 15 min	-Crachat, morsure ou griffure. -piqueure par aiguille abandonné

4) Le statut sérologique :

Toujours nécessaire lancer en urgence une sérologie : **VHB, VHC, VIH** chez le patient source et le soignant

5) Déclarer l'AES dans les 24-48 h :

Indispensable pour prise en charge comme accident du travail.

6) D'autres situations :

A/en cas d'exposition sexuelle :

-Il convient de déterminer la nature et l'heure du rapport à risque.

-Le risque de transmission est élevé en cas :

- *de pénétration anale réceptive non protégée.
- *infections et lésions génitales associées.
- *rapport sexuelle pendant les règles.
- *Saignement au cours les rapports.
- *Multiplicité des rapports

B/ En cas de partage de matériel d'injection :

Il convient de déterminer l'heure du partage, le type de matériel en cause.

III -Conduite thérapeutique :

A/Le traitement post exposition dans le VIH :

- Le traitement antirétroviral post exposition TPE est fait en **urgence** si possible dans les 4 h au plus tard avant 72 h aucun intérêt au-delà de ça.
- La décision de la TPE repose sur les critères de sévérité d'AES.
- Information de la victime risques infectieux, les modalités du TPE, incertitudes sur l'efficacité du TPE et ces effets secondaires.
- Prévoir une contraception mécanique (préservatif) ou chimique jusqu'à résultat de sérologie à semaines post exposition ou à la fin du TPE
- Pas de don du sang pdt 03 mois

* la prescription d'une trithérapie prophylactique :

Selon le guide national PEC des VIH 2021 : -Le traitement de base est la trithérapie : 02 inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) :

tenofovir (**TDF**) , emtricitabine (**FTC**) + inhibiteur de l'intégrase :

**** Truvada* (TDF+FTC) + dolutégravir (Raltégravir en alternative)**

***la durée : 28 jours sans interruption.**

***en cas de patient connu le choix des ARV selon : l'efficacité /résistance/échec sous TRT antérieure**

Selon EPILLY 2020	VIH + charge virale Déetectable	VIH + Charge virale Indéetectable	Statu sérologique Inconnu
RISQUE IMPORTANT	TPE Recommandé	TPE Non Recommandé	TPE Recommandé
RISQUE INTERMÉDIAIRE	TPE Recommandé	TPE Non Recommandé	TPE Non Recommandé
RISQUE FAIBLE	TPE Non Recommandé	TPE Non Recommandé	TPE Non Recommandé

B/ le traitement post exposition dans le VHB :

- Les personnels soignants et de laboratoire doivent être vaccinés contre l'hépatite B.
- Le risque de transmission du VHB au cours d'un AES est alors nul chez les **répondeurs** à la **vaccination**: un taux d'anticorps **anti-HBs > 10 UI/ml**

- une injection IM de 500 UI d'immunoglobulines humaines anti-hépatite B est recommandée le plus tôt possible (dans les 72 heures).

Si la personne n'est pas vaccinée :

-débuter le même jour la vaccination anti-hépatite B selon un schéma **J0, M1, M6**.

-surveiller la réponse vaccinale (**Ac anti-HBs**) 1 à 2 mois après la 3e injection vaccinale.

- L'administration d'immunoglobulines, n'est pas nécessaire si la personne source a un taux d'ADN VHB plasmatique indétectable.

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
	Positif	Inconnu
Non vacciné	Immunoglobulines+ vaccin	Immunoglobulines+ vaccin
Vacciné non répondeur Anti HBs < 10 mUI/mL	Immunoglobulines	Immunoglobulines
Vacciné répondeur Ac anti HBs > 10 mUI/mL	Rien	rien

C / Le traitement post exposition dans le coïnfection VIH /VHB :

-En cas d'exposition sanguine ou sexuelle au VHB /VIH une trithérapie post-exposition (TPE) doit compris le ténofovir.

-Pas d'indication d'immunoglobulines anti-hépatite B .

D/ Le traitement post exposition dans le VHC :

-Il n'existe pas de traitement prophylactique vis-à-vis du risque VHC.

-Un suivi clinico-biologique s'impose donc dès lors qu'un soignant s'est blessé au contact d'un patient VHC+ virémique.

-Si la victime de l'AES apparaît virémique dans les semaines qui suivent l'accident et qu'un contrôle de cette virémie dans les semaines qui suivent montre une persistance de celle-ci.

- la mise en route d'une bithérapie anti-VHC :

(Sofosdac : sofosbuvir/daclatasvir) .

IV- Le suivi biologique d'AES :

J1	Sérologie VIH, VHB, VHC, ASAT/ ALAT, Urée, créât Test de grossesse si l'indication de TPE.
S2	ASAT/ ALAT, Urée, créât.
S6	Sérologie VIH si TPE, Charge virale VHC si patient source VHC+, ASAT/ ALAT, Urée, créât.
M3	Sérologie VIH, Charge virale VHC si patient source VHC+ Sérologie VHB: les marqueurs (AC anti HBC, AC anti HBS, Ag HBS) si Patient source VHB+ /ou inconnu

v- Prévention des accidents d'expositions au sang :

Elle repose sur les précautions standards :

- Porte des gants ; lavage des mains.
- Précaution lors de manipulation d'instrument. Potentiellement contaminés
- Ne pas recapuchonner les aiguilles.
- Contenants spéciaux imperforables pour les objets piquants et coupants.
- décontamination des instruments et surface souillés par le sang.
- la mise à disposition des soignants de matériels de sécurité :
Aiguilles protégé, seringue de sécurité.
- la vaccination des professionnelles de santé.

VI- Conclusion :

La plupart des AES auraient pu être évités par la seule observance des précautions « standard ».

Tous les patients doivent être considérés comme potentiellement contaminés.

La conduite à tenir doit être maîtrisée par tous pour être efficace quand l'AES arrive...

Accident d'exposition au sang (AES) Dr. Remili .S
Service des maladies infectieuses -CHU AE k HASSANI

Merci et bon courage

Dr. REMILI Souleymane
Médecin Résident
En Infectiologie

