

Bilan des AEV en France et prophylaxies post exposition par antirétroviraux

Dr Clotilde FONTIER
Service de Dermato/VIH
Valenciennes
Le 19 Mars 2009

Définition

AEV=Accident d'Exposition aux
Virus

Tout contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique potentiellement contaminant suite à une effraction cutanée (piquûre, coupure, égratignure) ou une projection sur une muqueuse (œil, bouche, etc...) ou sur une peau lésée (dermatose, plaie, etc...)

En Pratique : 2 types d'accidents :

- Accidents « professionnels »
- Expositions non-professionnelles :
 - expositions sexuelles
 - expositions par blessure
 - partage de matériel d'injection

Historique

- Circulaire DGS/DHT/DRT n°666 (1996)
- Circulaire n°98/228 du 9 avril 1998
- Circulaire n°98/249 du 20 avril 1998
- Circulaire n°99/680 du 8 décembre 1999
- Circulaire n°2003/165 du 2 avril 2003
- Circulaire n°2008/91 du 13 mars 2008

Sur quoi reposent les recommandations de traitement préventif par ARV ?

- Des études chez l'animal
 - Difficiles + + +
 - Modèle simien essentiellement
- Des observations dans un autre contexte
 - Prévention de la transmission mère-enfant.
- Des enquêtes épidémiologiques et des études rétrospectives
 - Observation des séroconversions après exposition
 - Observation des effets protecteurs potentiels des traitements
 - 1^{ères} études avec l'AZT... 80% de réduction de risque
- Pas d'étude prospective...
 - Études comparatives « non éthiques »
- Des recommandations de « groupes d'experts »

Pourquoi la prophylaxie post exposition = PEP?

- Etudes animales :
 - analogues nucléosidiques et inhibiteur de protéases utilisés en PEP ralentissent l'évolution de l'infection.
 - le ténofovir donné dans les 24H suivant l'exposition et poursuivi 28 jours empêche la transmission virale.

Risque de transmission selon le virus

- VIH : 0,3 %
- VHC : 3 %
- VHB : 30 %
- Plus la charge virale du patient est élevée, plus le risque est grand.

Le dispositif

- Personnes concernées :
 - toute personne récemment exposée (<4H)
- 1ère consultation : prise en charge immédiate par un référent ou urgences ou médecine du travail
- Prise en charge du traitement ARV à 100%
- Durée du traitement : 4 semaines
- Suivi ultérieur : médecins référents
- Déclaration d'accident de travail par le soignant auprès de son employeur
- Suivi sérologique peut être assuré par le médecin du travail de l'établissement, suivi 4 mois.

Composition du traitement

- Trithérapie : 2 NRTI + 1 IP le plus souvent
- Pas d'abacavir (hypersensibilité), de névirapine (hépatite, toxidermie) ou éfavirenz (troubles psychiatriques aigus)
- Deux analogues nucléosidiques: pas de zérit + videx (acidose lactique)
- Pas d'indinavir (colique néphrétique)

Indications thérapeutiques revues à la baisse

- Le traitement post-exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission VIH
- Pour les autres situations, le groupe d'expert a considéré que la balance risque iatrogène/bénéfice n'est pas en faveur de la mise en route d'un traitement

Quelle quantification en France?

- Enquête INVS en France 1999-2000 :
 - Risque professionnel de santé :
 - 0,12/AES/IDE/Année d'activité
 - .risque max : sites implantés et PLV artériels
 - .2/3 des accidents surviennent à la phase d'élimination du matériel

- Evaluation nationale des consultations post-exposition

(juillet 1999-Décembre2000)

8736 expositions

dont 39 % professionnelles

58 % de traitement

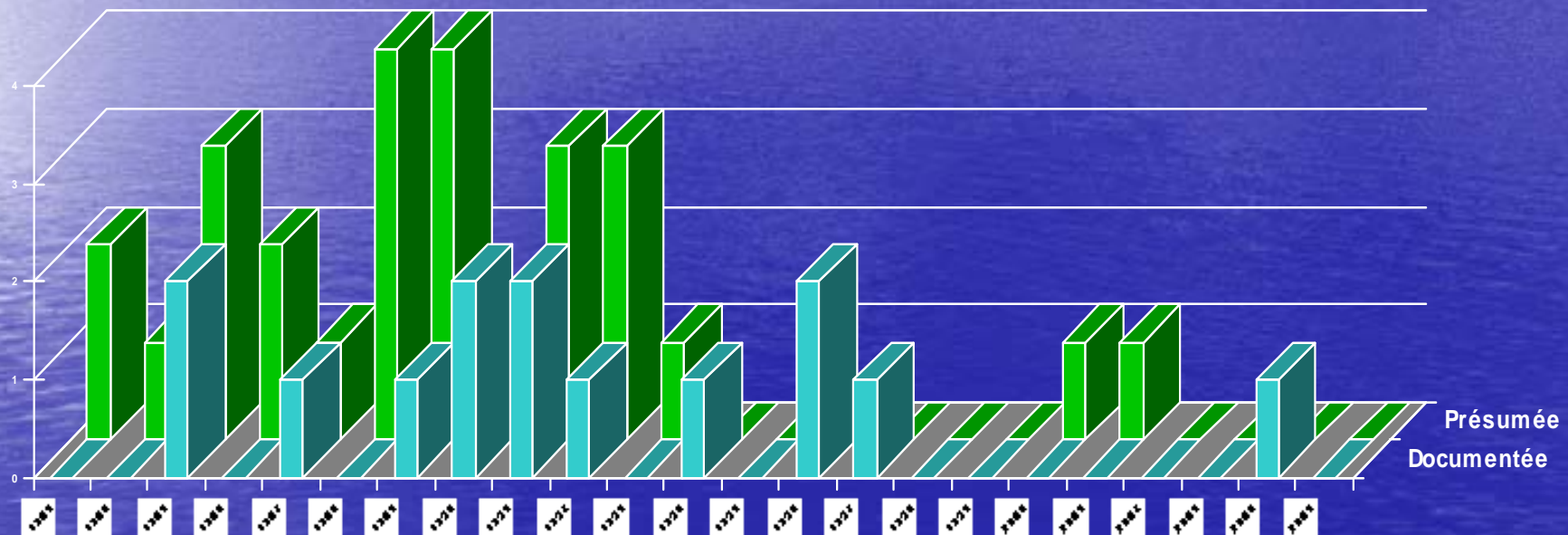
Premières déclarations

VIH	30/06/93	31/12/97	30/06/2001
Présumés	20	29	29
Prouvés	9	13	13
Total	29	42	42
SIDA	8	15	15 (NC*)

Réseau national de surveillance depuis 2002

- GERES : groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux.
- RAISIN : réseau d'alerte et d'investigation de surveillance des infections nosocomiales

Données INVS au 31/12/2005



Etat des lieux en 2006

- 14 876 AES dans 518 établissements
- Couverture : 18% d'établissements de santé et 42 % des lits
- Forte progression/2005 : 13% et 34.3%
- Incidence = 8/100 lits d'hospitalisation
- Cette incidence est de 17/100 lits en CHU (gestes invasifs)

- Base de 444 000 lits en France
- Estimation de 35 418 AES
- Source statut sérologique inconnu : 20%
- Délai de prise en charge 1H
- $1\text{AES}/2 = \text{IDE}$ soit une incidence annuelle de 7 pour 100 ETP
- Médecins : incidence = 2.5/100 ETP (sous déclaration notamment les chirurgiens)
- Majorité après le geste lors de l'élimination du matériel (48%)

Données INVS/RAISIN au 31 décembre 2007

Pas de modification depuis 2004

- 48 cas (effectifs cumulés)
- 34 cas présumés
- 14 cas documentés

Cas Présumés

- 25 infirmières et élèves IDE
- 6 médecins dont internes et externes
- 4 biologistes et laborantins
- 3 agents hospitaliers
- 2 aides-soignantes
- 1 chirurgien
- 1 aide opératoire
- 2 dentistes et 1 assistant dentaire
- 1 secouriste
- 2 inconnus

Cas documentés

- 12 IDE, 1 interne en médecine, 1 secouriste (2004)
- Tâche en cours : prélèvement IV (7), Recapuchonnage aiguille (ponction pleurale, gaz) (2), PLV sur chambre implantable (1), élimination sac de déchets septiques (1), projection de sang massive visage et yeux (1)
- Patient source VIH + dont 10 stade SIDA et 1 en séroconversion post-transfusionnelle
- Prophylaxie anti VIH dans 6 cas, échec dans 4 cas où ttt bien conduit

Quelles prophylaxies?

- Etudes multicentriques prospectives descriptives réalisées de façon successives essentiellement par le CISIH Nancy Lorraine Champagne Ardenne

1998-2001 : Combivir + Viracept

78% diarrhée

61% nausées

2002 : Combivir + Kaletra

67% nausées, vomissements

66 % diarrhée

47 % asthénie

2003 : Combivir + Viread

83 % nausées, vomissements

78 % asthénie, vertiges

40 % diarrhée

2004 : Viread + Epivir + Reyataz boosté

84 % asthénie, vertiges

69 % nausées, vomissements

43 % diarrhée

66 % ictère

2006 : Combivir + Telzir boosté

Arrêt précoce pour effets secondaires cutanés et hépatiques

2007 : Truvada + Kaletra en cours d'étude

Conclusions

- Risque avéré
- Le traitement ARV préventif est potentiellement efficace
- La précocité du traitement est probablement l'élément clé
- La prévention primaire reste le principal élément protecteur : matériel sécurisé, préservatif

Bibliographie

- [www. Invs.sante.fr/raisin](http://www.Invs.sante.fr/raisin)
- www.geres.org
- Recommandations du groupe d'experts :
Prise en charge médicale des personnes
infectées par le VIH, Rapport YENI 2008
- www.santé.gouv.fr

Merci de votre attention

