



# Prophylaxie post-exposition au VIH

Dr Camelia Rossi  
Médecine interne - Maladies infectieuses

CHU Ambroise Paré, Mons  
23 avril 2009





**Post**

= after

**Exposure**

= a situation where HIV has a chance to get into someone's bloodstream

**Prophylaxis**

= a treatment to stop an infection happening

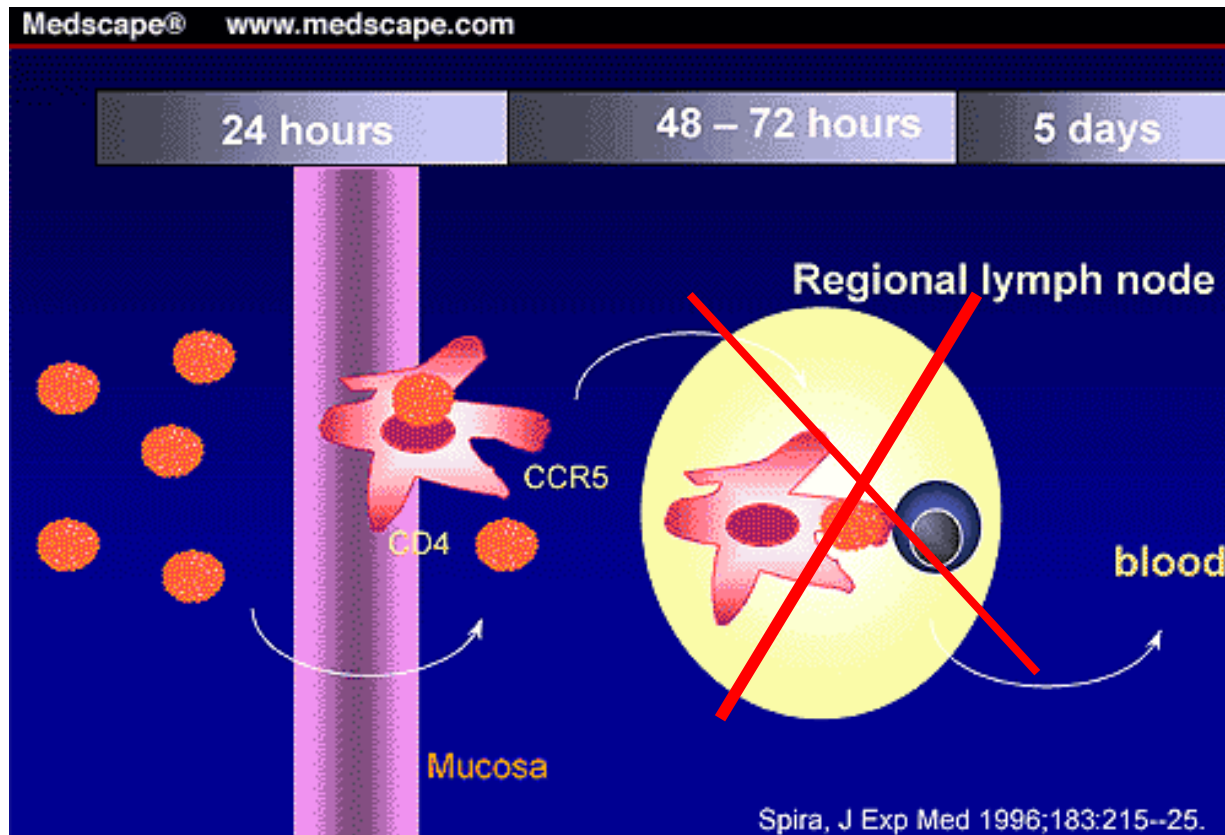
So...

**PEP**

= a treatment to stop a person becoming infected with HIV after it's got into their body



# Dynamique du VIH après exposition





# PRO PEP

- Etudes chez l'animal:
  - Résultats mixtes mais plusieurs études ont montré qu'un traitement précoce (< 24 heures après l'exposition) et pendant 28 jours peut interrompre la dissémination du virus
- Prophylaxie néo-natale
  - Il est bien démontré que la diminution de la charge virale en fin de grossesse, pendant le travail et au moment de la délivrance diminue fortement le risque de transmission du virus au nouveau-né
  - Cependant, si une prophylaxie est donnée au nouveau-né, le risque de transmission du VIH est encore diminué



# PRO PEP

- Etudes observationnelles chez professionnel de la santé :
  - Une étude cas-témoin avec AZT initié rapidement a montré une ↓ du taux d'acquisition de 81% (*Cardo et al, NEJM 1997*)
- Etudes dans expositions non professionnelles
  - Étude brésilienne, MSM: 201 hommes reçoivent des kits de médicaments à débiter si risque;
    - 1/3 n'ont pas pris de risque,
    - 1/3 ont pris un risque et ont pris traitement, 1 infection aigue,
    - 1/3 ont pris un risque et pas de traitement: 10 infection aigue
  - San Francisco: 877 sujets prise de risque sexuel ou drogue iv, 702 évaluables 12 sem après PEP: 7 HIV + (4/7 exposition ultérieures, 3/7 beaucoup de doses manquées, 7/7 2 antiviraux (*Roland ME, CID 2005*))



# *PRO* PEP

Toutes ces données cumulées démontrent qu'une thérapie antirétrovirale initiée rapidement après l'exposition et poursuivie pendant 28 jours peut réduire le risque d'acquisition du VIH.



# CONTRA PEP

- Effets secondaires et toxicité médicamenteuse
- Sélection de virus résistant
- Pas d'efficacité à 100%
  - Diminution efficacité si non adhérence
  - Augmentation du risque avec le délai d'instauration
- Du point de vue du patient,
  - risque de diminuer la prévention (utilisation préservatifs) vu qu'il existe un traitement post-exposition
    - dont l'importance capitale du follow-up et du counselling
- Coût et modalités de remboursement
  - Différent selon exposition professionnelle ou non
  - Différent selon pays



# Types de transmission

1. Professionnelle
2. Non-professionnelle





# Exposition professionnelle





# Exposition professionnelle

- Personnel soignant (personnel de maintenance, infirmières, médecins, étudiants, biologistes) confronté au risque de contamination: **Virus VIH, Hépatite B et C**
- Accidents fréquents malgré recommandations et diverses mesures de précaution.



# Exposition professionnelle

- Risque de transmission du VIH varie en fonction du type d'exposition:
  - **0.32%** pour exposition percutanée:
    - Augmentation du risque si :
      - » aiguille de gros calibre, creuse, contenant du sang
      - » Plaie profonde, présence visible de sang sur l'instrument, utilisation d'un instrument ayant été en contact avec un vaisseau sanguin
      - » temps d'exposition
      - » Patient « source » en phase SIDA, CV > 1500 copies, primo-infection
  - **0.09%** pour contact muqueuse
  - **0.00..%** pour contact avec peau lésée



# Exposition professionnelle

- Risque de transmission:
  - Hépatite B : **30 %** si AgHBe et AgHbs +
    - Tous les travailleurs de la santé devraient être vaccinés.
  - Hépatite C: **0.5% à 3%** si PCR +



# Exposition non professionnelle





# Risque de contamination

Type de contamination (si personne source HIV +)	Risque de contamination (sur 10 000 expositions)
Transfusion de sang	9000
Partage d'aiguille	67
Rapport!anal réceptif	50
Piqûre aiguille	30
Rapport!vaginal réceptif	10
Rapport!anal insertif	6.5
Rapport!vaginal insertif	5
Rapport!oral réceptif	1
Rapport!oral insertif	0.5



# Facteurs de risque

- Haute prévalence (groupe à risque)
  - Homo/bisexualité masculine
  - Toxicomanie IV
  - Prostitution
  - Partouze
  - En provenance d'un pays à haute prévalence
- Facteurs de risque
  - Ulcération
  - Autre IST (Infection Sexuellement Transmise)
  - Viol
  - Sang > traumatisme et/ou menstruations



# Prise en charge médicale





# Exposition professionnelle

- URGENCE MEDICALE
- Attitude:
  - Faire saigner la plaie
  - Nettoyer à l'eau et à isobétadine savon
    - pas d'alcool car risque d'irritation et/ou de brûlures et donc de perméabilité des vaisseaux
    - Ne pas brosser
  - Rincer à l'eau
- Se rendre aux urgences de hôpital cf procédure « Accident de ponction »



# Exposition non professionnelle

- Risque de grossesse?
- Tester les autres IST (HCV, HBV, syphilis)
- Si la personne source est connue: faire une sérologie HIV (et les autres IST si possible)
- Si la personne source est connue et prend des antirétroviraux: quels sont-ils?



# Sérologie du patient source

- L'intérêt de connaître la sérologie du patient source est:
  - D'éviter un stress psychologique important pendant plusieurs mois
  - D'éviter un coût inutile (consultations et prise de sang) et une perte de temps
  - D'éviter des effets secondaires potentiellement toxiques
- Tester la sérologie HIV du patient source, si celle-ci est inconnue, diminue de  $> 70\%$  la prescription d'antirétroviraux!
- Donc, il faut quand, c'est possible, tester le patient source!!!



# Charge virale

- Il n'existe **pas de lien** entre:
  - la charge virale plasmatique (dans le sang) et celle retrouvée dans le sperme et les sécrétions vaginales.
- Donc une personne avec une charge virale indétectable ( $< 50$  copies/mm<sup>3</sup>) peut être très contaminante lors d'un rapport sexuel.



# Et le plus important

- Le counselling!!

Càd discuter de la prise de risque. Une prise de risque n'est pas à banaliser. Il faut trouver, si possible, les moyens d'éviter une récurrence.

- Le suivi en consultation



# Indications de PEP



# Indications d'1 PEP si risque professionnel

- Accident post-exposition au sang: personnel soignant en fonction statut patient (si connu), taille lésion et temps d'exposition.
- Augmentation du risque si :
  - aiguille de gros calibre, creuse, contenant du sang
  - Plaie profonde, présence visible de sang sur l'instrument, utilisation d'un instrument ayant été en contact avec un vaisseau sanguin
  - temps d'exposition
  - Patient « source » en phase SIDA, CV > 1500 copies, primo-infection.



# Indications d'1 PEP si risque non professionnel

- Viol
- Rapports anaux non protégés chez hommes homosexuels
- Rapport!avec usager de drogues IV et/ou partage d'aiguilles
- Présence de lésions génitales ulcérantes et rapports non protégés
- Rapport!avec personne originaire de pays à haute prévalence (Afrique sub-saharienne).
- Couple séro-discordant





# Pas d'indication de PPE

- Patient déjà connu comme étant HIV +
- Exposition chronique
- Risque pris il y a  $> 72$  heures
- Exposition à liquide corporel sur peau intacte
- Utilisation condom non abîmé
- Contact avec liquide non contaminant (urine, salive, selles, ..)



# Cas intermédiaires

- Discussion au cas par cas
- Revu dans tous les cas par l'infectiologue



## Caractéristique du patient source

### Source VIH +

non traité et/ou charge virale détectable

Anal R	Vaginal R	Anal/vag I	Oral R+ Ej	Oral R/Ej-
■	■	■	■	■

### Source VIH+

traité/indétectable

■	■	■	■	■
---	---	---	---	---

### Source VIH inconnu

Haute prévalence<sup>1</sup>/ facteurs de risques +

■	■	■	■	■
---	---	---	---	---

### Source VIH inconnu

Haute prévalence<sup>1</sup>/ facteurs de risques -

■	■	■	■	■
---	---	---	---	---

### Source VIH inconnu

Basse prévalence<sup>2</sup>/facteurs de risques +

■	■	■	■	■
---	---	---	---	---

### Source VIH inconnu

Basse prévalence<sup>2</sup>/ facteurs de risques -

■	■	■	■	■
---	---	---	---	---

■ Recommander

■ Considérer

■ Décourager



# Médicaments post-exposition



# Médicaments post-exposition

- Choisis en fonction
  - Coût (+/- 1000 euros)
  - Adhérence
  - Toxicité



# Médicaments post-exposition

- A débiter au mieux dans les 4 heures, au plus tard dans les 72h post-exposition (**au plus tôt, au mieux**).
- Traitement lourd au niveau des effets secondaires (nausées, vomissements, diarrhées, fatigue, toxicités hépatique et rénale)
- Durée: 28 jours
- Proposition de 2 INTI + 1 IP
  - Emtriva® + Viread® + Kaletra®
  - Combivir ®+ Kaletra®
- A adapter si possible en fonction du patient contaminant.
- Théoriquement, disposition aux urgences de 'kit anti-HIV' pour 4 jours.



# Médicaments post-exposition

- Si un traitement s'avère nécessaire, il est vital de le prendre tous les jours pendant 28 jours.
- En effet, oublier des prises augmente le risque d'échec et peut induire des résistance du virus envers les antirétroviraux.



# Importance du suivi en consultation d'infectiologie

- Discussion de la prise de risque et moyen de l'éviter si possible.
- Revoir la nécessité du traitement.
- Si traitement poursuivi: médicaments délivrés tous les 15 jours maximum
- Effets II et leur prise en charge.
- **Patient revu à J15, J30 et 1\*/mois jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois**
- Contrôle
  - sérologie HIV mensuelle jusqu'au 4<sup>ème</sup> mois (on ne sera certain de la non contamination qu'à ce moment).
  - Sérologie HCV et syphilis, enz. hép.





# Que faire en cas de risque?

- Réagir le plus vite possible pour diminuer le risque de contamination (plus on réagit vite, plus les chances de réussite du traitement sont grandes) et au maximum dans les 72h.
- Contacter ou vous rendre dans le service des urgences d'un centre de référence HIV.



# La prophylaxie post-exposition HIV n'est pas :

- Agréable à prendre
- Ne garantit pas que l'infection par le HIV sera évitée, mais elle en diminue le risque
- Une 'pilule du lendemain'.
- N'immunise pas les personnes de futures expositions HIV. Elles devront toujours utiliser le préservatif et du matériel d'injection stérile en cas d'utilisation de drogues intraveineuse.



# La prophylaxie PRE-exposition HIV

- Elle n'est **pas** prouvée **efficace!!!**
- Donc, être sous antirétroviraux ne prémunit pas d'être contaminé!



# Bonne nouvelle

**« La trithérapie prophylactique  
remboursée début 2009 »**

**Le Soir 29/11/2008**

**ATTENTION  
PAS ENCORE PARU AU MONITEUR!**



# Conclusion

- Le **préservatif** reste toujours la méthode la **plus efficace** d'éviter d'être infecté par le VIH.
- La PEP est une bouée de secours et elle reste une solution d'urgence.
- L'instauration d'une PEP doit être l'occasion de réévaluer les prises de risque avec le patient.



# Références

- European AIDS Clinical Society guidelines, octobre 2008, [www.eacs.eu/guide](http://www.eacs.eu/guide)
- Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use or orther nonoccupational exposure to HIV in United States, Morbidity and Mortality Weekly Report, CDC, jan 21, 2005
- Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposures t HIV and recommandations for postexposure prophylaxis, Morbidity and Mortality Weekly Report, CDC, sep 30 2005
- Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection, WHO guidelines, 2007
- Guide pour la prophylaxie post exposition aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail, santé et services sociaux Québec, 2006
- PEP after occupational and non-occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European countries. Rey D, AIDS Care, 2000, vol 12, n°6, 695-701.
- Greuba G, Gallanta S, Zurn P et al. Spare non-occupational HIV post-exposure prophylaxis by active contacting and testing of the source person. AIDS 2002, 16:1171±1176



**Merci de votre attention**