

La surveillance

Surveiller un éventuel traitement
ET surveiller une éventuelle contamination
(qu'il y ait ou non un T.P.E.)

En cas de traitement :

Pour une efficacité optimale, bien respecter les prescriptions : éviter les oublis, respecter les horaires des prises et les doses de médicaments .

Attention aux interactions entre les médicaments

Il faut impérativement signaler au médecin les traitements que vous prenez habituellement ou occasionnellement (ex : médicaments pour dormir, pour le cœur, pilule contraceptive...).

Contactez votre médecin traitant ou le médecin référent en cas de réactions ou d'effets indésirables, et pour arrêter le traitement avant la durée prévue.

Des bilans de surveillance biologiques sont prévus: bilan hépatique, rénal et numération globulaire.

Dans tous les cas :

- **La surveillance biologique** est nécessaire pour vérifier l'absence de contamination.
- La **confidentialité** est assurée.
- La gratuité des soins n'est effective que pour les traitements.

Les dates et heures des RDV vous seront communiquées dès la 1^e visite avec le médecin référent. Ce suivi est organisé soit par le médecin référent, soit par votre médecin généraliste.

Un accompagnement par un psychologue peut vous être proposé si vous le désirez.

Pendant toute la durée de la surveillance médicale, **protégez-vous**, protégez votre partenaire sexuel (préservatif) et évitez les dons de sang.

Respectez scrupuleusement les dates des consultations. Le médecin est aussi à votre disposition si vous avez des questions à poser.

CALENDRIER DE SUIVI

	Exposition au sang	
	Traitée	Non traitée
J0	- NFS, ALAT, créatinine, test de grossesse - sérologies VIH et VHC - anticorps anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu - anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non vacciné ou non répondeur	- sérologie VIH - sérologie VHC + ALAT - anticorps anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu - anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag si non vacciné ou non répondeur
J15	ALAT, créatinine NFS si zidovudine	
J30	NFS, créatinine –ALAT et PCR VHC si PCR VHC + chez le patient source	
S6		- sérologie VIH - ALAT et PCR VHC si PCR VHC + chez le patient source
M2	sérologie VIH	
M3		- ALAT + sérologie VHC si PCR VHC + chez le patient source - Anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non vacciné ou non répondeur
M4	- Sérologie VIH - ALAT + sérologie VHC si PCR VHC + chez le patient source - Anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non vacciné ou non répondeur	

*Inutile chez un non répondeur



**ACCIDENT
D'EXPOSITION
AU RISQUE VIRAL**
Risque Sanguin

**Livret d'information et
d'accompagnement au
suivi**

Centre de Référence en Auvergne :

**Consultation de Maladies Infectieuses
Hôpital Gabriel Montpied
58 rue Montalembert
63000 Clermont-Fd**

Contact le jour : 04 73 75 49 31
Contact la nuit : 04 73 75 49 35

www.corevih-auvergne Loire.org

On appelle **accident d'exposition au sang** (AES) tout contact **percutané** (piqûre ou coupure avec une aiguille, lame de bistouri...) ou **cutanéomuqueux** (projection sur une peau lésée/muqueuse), avec du liquide biologique potentiellement contaminant.

Quels sont les risques après un AES ?

Les agents infectieux transmissibles après un AES sont les virus **VIH, VHB et VHC**.

Comment réduire ces risques

Le risque de transmission du VIH est évalué grâce à la grille ci après. **Si nécessaire, le traitement post exposition (TPE) doit être instauré rapidement**, au mieux dans les 2 à 4 heures suivant l'exposition (au plus tard dans les 48h), pour une durée de 28 jours.

Le risque de transmission du VHC n'existe que si le patient source a une sérologie VHC et une PCR positive. Il n'y a pas de TPE.

La surveillance de votre bilan hépatique et de votre sérologie permettra de déceler une éventuelle transmission. Cette hépatite guérit souvent spontanément ; dans le cas contraire, un traitement spécifique est administré.

Le risque de transmission du VHB est nul si votre taux d'anticorps (Ac) Anti-HBs vous protège (Ac>10mUI/mL).

La vaccination anti VHB est obligatoire pour le personnel de santé. Toutefois certaines personnes ne sont pas immunisées malgré une ou plusieurs injections de vaccins.

Il est donc important que chaque professionnel de santé connaisse son taux d'Ac anti-VHB. En l'absence d'immunisation et en cas d'AES (patient

source porteur du VHB et votre taux d'Ac insuffisant), une injection IM d'immunoglobulines et une revaccination vous seront proposées dans les 72h suivant l'accident.

Analyser l'AES et prévenir sa récurrence

Médecin du travail, médecins référents, équipe opérationnelle d'hygiène, CLIN... sont à votre disposition pour discuter de l'accident et des mesures de prévention à mettre en place éventuellement.

VIH : RISQUE ET INDICATION DE PROPHYLAXIE

EVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION

Virus	Risque après accident per cutané	Existence d'un accin	Possibilité d'un traitement post-exposition
VIH	0,3%	Non	Oui, immédiatement
VHC	1 à 3%	Non	Non
VHB	5 à 30%	Oui	Oui, dans les 72 h

Expositions au sang et aux liquides biologiques				
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV indétectable ¹	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Important : <ul style="list-style-type: none"> • piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse) 	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Intermédiaire : <ul style="list-style-type: none"> • coupure avec bistouri • piqûre avec aiguille IM ou SC • piqûre avec aiguille pleine • exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact >15 mn 	TPE recommandé	TPE non recommandé***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Minime : <ul style="list-style-type: none"> • piqûre avec seringues abandonnées • crachats, morsures ou griffures • autres cas 	TPE non recommandé			

¹CV indétectable : <50 copies/mL

*Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

**Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaires de région à prévalence du VIH >1% ou usager de drogue injectable.

***Un TPE peut néanmoins être envisagé au cas par cas en présence de facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou buccale, IST associée, saignement).