

Prise en charge des expositions aux virus des hépatites B et C et au virus HIV

PD Dr Nicolas Troillet & Dr Gérard Praz, Centre de Maladies Infectieuses et Epidémiologie, ICHV, Sion

INTRODUCTION

Une exposition potentielle, sexuelle ou sanguine, aux virus des hépatites B et C ou au virus HIV nécessite une prise en charge urgente. En effet, chaque heure qui passe après la possible acquisition de ces agents infectieux réduit l'efficacité d'interventions capables de diminuer très significativement le risque de développer la maladie.

Il a effectivement été démontré qu'une prophylaxie après exposition pouvait prévenir l'infection, que ce soit par l'administration rapide de médicaments anti-HIV ou celle d'immunoglobulines spécifiques et du vaccin contre l'hépatite B. De plus, bien qu'aucune intervention immédiate ne soit reconnue à ce jour en cas d'exposition à l'hépatite C, le suivi de telles situations peut néanmoins aboutir à la reconnaissance et au traitement précoce d'une infection, une attitude qui améliore grandement les chances de guérison par rapport à un traitement plus tardif.

La prise en charge doit donc avoir lieu au plus tôt après l'exposition et elle doit suivre plusieurs étapes logiques qui peuvent aboutir à la décision d'entreprendre ou non une prophylaxie post-exposition et/ou un suivi médical de quelques mois. Ces étapes sont décrites ci-après.

PREMIERE ETAPE

Evaluation du genre d'exposition et du temps écoulé depuis celle-ci

Les liquides biologiques représentant un risque de transmission du virus HIV sont le sang, les sécrétions sexuelles et le lait maternel. Les autres liquides, tels que la salive, l'urine ou tout épanchement ne sont pas considérés comme des véhicules significatifs, à moins qu'ils soient visiblement contaminés par du sang. Hormis la salive qui peut jouer un rôle, l'hépatite B se transmet comme le HIV. L'hépatite C arrive essentiellement via le sang, mais le risque sexuel, quoique probablement faible, ne peut être exclu.

Pour que la situation soit considérée à risque potentiel, il faut qu'un de ces liquides biologiques soit entré en contact avec le sang de la personne exposée (par exemple lors d'une blessure percutanée ou par une lésion déjà présente et non cicatrisée) ou avec une muqueuse (par exemple lors de la projection de sang dans les yeux ou lors d'une relation sexuelle sans préservatif).

La durée de vie de ces virus en dehors du corps humain constitue une notion importante pour évaluer l'exposition. Le

virus HIV ne survit pas plus de 2 à 4 heures sur une surface ou un instrument. Passé un délai de 24 heures, un instrument souillé par du sang ne représente en tous les cas plus de risque de transmission pour les virus HIV et HCV. Ceux-ci peuvent par contre survivre significativement plus longtemps dans un milieu tel qu'un flacon de sérum ou de sang ou dans un corps après le décès. Le virus de l'hépatite B peut, lui, survivre plusieurs jours sur un instrument souillé.

De plus, l'initiation d'une prophylaxie après exposition n'est plus utile après 72 heures pour le HIV et après 7 jours pour l'hépatite B.

Cette première étape de la prise en charge permet par exemple d'écarter toute investigation complémentaire pour certaines situations telle que le contact d'une peau saine avec du sang ou de renoncer à l'instauration d'une prophylaxie et de se limiter à un suivi sérologique si le délai entre l'exposition et la consultation est trop grand.

DEUXIEME ETAPE

Evaluation du risque infectieux de la personne source

Si l'exposition est établie, la deuxième étape consiste à évaluer la personne à la source de l'exposition. La personne exposée sera donc incitée à venir si possible consulter immédiatement avec la personne source, de manière à pouvoir procéder le cas échéant et en accord avec celle-ci à un dépistage séro-

logique en urgence. Si l'accident est survenu en milieu hospitalier, le patient source sera systématiquement visité. Il convient cependant d'être conscient des limites de l'anamnèse pour s'assurer de l'absence d'infection, en particulier pour l'hépatite C. Un dépistage sérologique est donc conseillé de routine pour cette maladie et en cas d'anamnèse de risques ou de doutes pour l'hépatite B et le HIV.

Les tests sérologiques à pratiquer chez la personne source sont présentés dans le tableau 1. L'obtention en urgence du test HIV de dépistage et de l'Ag HBs permet d'éviter une anxiété et des mesures inutiles. Un test HIV rapide (diagnostic dans les 30 minutes) est disponible dans certains laboratoires, notamment dans les hôpitaux valaisans où il peut être effectué 24 h/24.

Lorsque la source est inconnue ou ne peut pas être vue, l'évaluation du risque se fait en fonction du type d'exposition et des circonstances dans lesquelles elle a eu lieu. Un rapport sexuel non protégé ne doit par exemple pas systématiquement motiver une prophylaxie anti-HIV, à moins que le partenaire soit connu pour ce problème ou qu'il y ait de bonnes raisons de le suspecter.

Si le patient source est connu pour être HIV positif, il est par ailleurs important de connaître les médicaments anti-rétroviraux qu'il a déjà reçus et leur effet sur la virémie en raison d'éventuelles résistances qui imposeraient une approche différenciée.

Maladie	Tests initiaux	Tests complémentaires	Remarques
HIV	Sérologie de dépistage en urgence	Ag P24 et/ou PCR si dépistage nég et risque d'infection récente Recherche résistances si personne virémique sous traitement	Les tests modernes de dépistage incluent l'Ag P24 Test de dépistage rapide (30 minutes) disponible dans certains laboratoires Risque infectieux (source HIV+): 0.3% par blessure percutanée ; 0.09% par contact sang-muqueuse ; 0.1-1.0% par relation sexuelle non protégée
Hép. B	Ag HBs en urgence Ac anti-HBc Ac anti-HBs	Ag HBe et Ac anti-HBe si Ag HBs positif	Dépistage inutile si personne exposée vaccinée avec anti-HBs >100 UI/L au moins 1 x ou >10 UI/L au moment de l'exposition ou dans les 12 derniers mois Risque infectieux par le sang : 30-40% si Ag HBs+/Ag HBe+ ; 2-6% si Ag HBs+/Ag HBe- ; faible si anti-HBc +/Ag HBs-/anti-HBs- ; nul si anti-HBs+.
Hép. C	Sérologie de dépistage (ALAT)	Ag HCV core et/ou PCR si dépistage négatif et risque d'infection récente (et ALAT élevée sans autre explication)	Dépistage pas nécessaire en urgence L'Ag HCV core n'est disponible que dans de rares laboratoires Risque infectieux (source HCV+) : env. 3%

Tableau 1 : Examens sanguins servant à déterminer le risque infectieux de la personne à la source d'une exposition

TROISIEME ETAPE

Evaluation des mesures à prendre en cas d'exposition avérée ou suspecte

Si l'exposition correspond à un risque avéré ou suspecté, les mesures de prophylaxie envers le HIV et/ou l'hépatite B doivent être initiées au plus vite. Lorsque les résultats des tests de dépistage de la personne source ne peuvent pas être obtenus rapidement et qu'il existe un doute fondé sur l'anamnèse, une prophylaxie sera initiée sans délai et éventuellement interrompue ensuite. Dans ces cas, l'attente avant l'initiation de la prophylaxie ne devrait idéalement pas dépasser 2 heures pour le HIV et 24 à 72 heures pour l'hépatite B, mais celle-ci reste justifiée respectivement jusqu'à 72 heures et 7 jours après l'exposition.

Pour le HIV, une prophylaxie post-exposition par une tri-thérapie en urgence est indiquée si la personne source est positive ou jusqu'à exclusion de la positivité en cas de doute. En cas d'indication, les médicaments nécessaires pour les premiers jours sont disponibles 24 h/24 dans les centres d'urgence des hôpitaux valaisans. Il s'agit de façon standard d'une association de 3 anti-rétroviraux pour une durée d'un mois :

Combivir (zidovudine 300 mg / lamivudine 150 mg), 1 cp chaque 12 heures.

Viracept (nelfinavir 250 mg), 5 cp chaque 12 heures.

Cette association doit être modifiée en cas de résistances chez la personne source ou d'intolérance chez la personne exposée .

Pour l'hépatite C, aucune mesure de prophylaxie après exposition n'est ac-

ment est entrepris de suite.

En règle générale, un suivi sérologique à 3 et 6 mois n'est pas considéré nécessaire si les tests de dépistage effectués chez la personne source sont négatifs. Un tel suivi est par contre indiqué si la personne source est positive et si elle est inconnue ou n'a pas pu être testée et qu'il existe un doute. Si des immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B sont administrées, le taux d'Ac anti-HBs n'est pas interprétable pendant 4 mois. Si une prophylaxie anti-HIV est entreprise, le suivi sérologique est souvent prolongé à 9 mois en raison du risque théorique de séroconversion retardée.

Si un suivi est initié, avec ou sans mesures prophylactiques post-exposition, une prise de sang de départ doit être effectuée chez la personne exposée, tenant compte des virus avec lesquels elle a effectivement pu être en contact ou pour lesquels des doutes existent. Ces tests (ALAT, dépistages HIV et HCV, Ag HBs) pourront n'être effectués qu'en cas de positivité ultérieure si le laboratoire a les moyens de conserver le sérum initial. Ils seront demandés d'emblée si cela n'est pas possible.

CONCLUSION

Bien que tous les efforts doivent être entrepris pour encourager une bonne prophylaxie primaire dans la communauté et dans les lieux de soins (informations et interventions portant sur les risques sexuels, l'échange de seringues, le matériel de sécurité pour les prises de sang, la vaccination contre l'hépatite B, etc.), la prise en charge en urgence des expositions potentielles aux virus des hépatites B et C et au virus HIV reste essentielle dans la mesure où elle peut aboutir à une importante réduction du risque de contracter des maladies graves et souvent incurables.

Cette prise en charge, dont un aperçu général est donné dans le tableau 2, peut rapidement devenir complexe aux plans diagnostique ou thérapeutique et nécessite habituellement l'intervention d'un spécialiste en maladies infectieuses, particulièrement lorsqu'elle aboutit à la mise en route d'une prophylaxie après exposition.

Contact : Infectiologue de piquet de l'ICHV (027 603 4700)

REFERENCES

- [1] Zysset F et al. Prise en charge pratique lors d'expositions aux liquides biologiques (I et II). Swiss-Noso 2002 ; 9 (1) : 1-3 et Swiss-Noso 2002 ; 9 (2) : 9-12 (accessible par www.swiss-noso.ch)
- [2] Cardo DM et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med 1997; 337: 1485-1490
- [3] Royce RA et al. Sexual transmission of HIV. N Engl J Med 1997; 336: 1072-1078
- [4] Jaeckel E et al. Treatment of Acute Hepatitis C with Interferon Alfa-2b. N Engl J Med. 2001; 345: 1452-1457

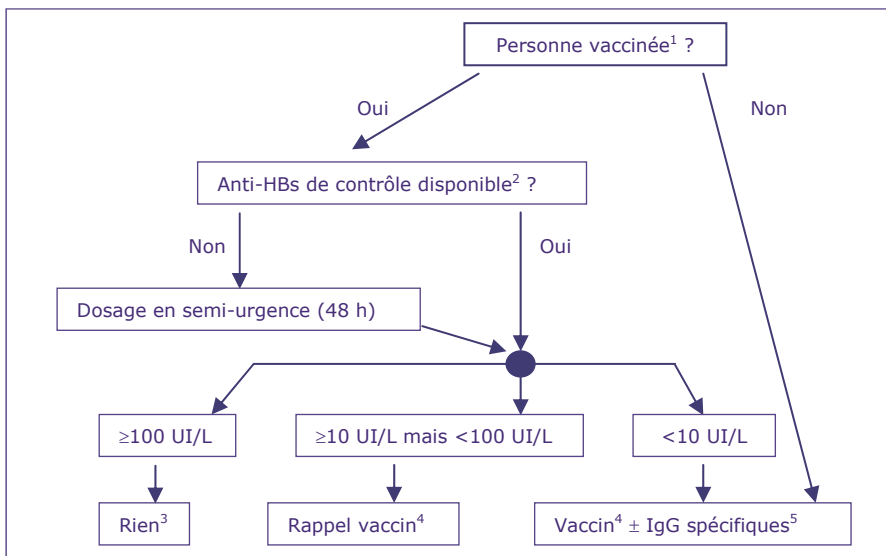


Figure 1 : Attitude envers une personne exposée au virus de l'hépatite B

Légendes

- ¹ L'immunité naturelle après une hépatite B guérie est définitive
- ² Dosage de l'Ac anti-HBs effectué 1 à 2 mois après la dernière dose de vaccin
- ³ La notion d'un taux d'Ac anti-HBs ≥ 100 UI/L une fois dans le passé garantit l'immunité
- ⁴ Une dose IM dans le deltoïde (rappel ou 1ère dose et suite selon schéma habituel)
- ⁵ 800 UI IM réparties en 2 doses (une dose dans chaque fesse) si source Ag HBs+ ou suspectée telle

L'attitude envers l'hépatite B dépend du status immunitaire de la personne exposée et est résumée dans la figure 1. Un dosage en urgence de l'Ac anti-HBs peut être nécessaire pour une personne vaccinée dont la réponse immunitaire n'est pas connue.

tuellement reconnue. Par contre, si la personne source était positive, un suivi de l'ALAT de la personne exposée à 1 ou 2 mois peut aboutir à un diagnostic précoce de l'infection (par une PCR, sans attendre la séroconversion) avec de très bonnes chances de guérison si un traite-

Virus	Délai pour l'initiation d'une PEP [1]	Traitement prophylactique ou précoce [2]
HIV	Idéal : ≤ 2 h ; justifiée ad 72 h	Combivir 300/150 mg 1cp 2x/j + Viracept 250 mg 5 cp 2x/j ou médicaments adaptés au virus de la source si possible Durée : 1 mois
HBV	Idéal : $\leq 24-72$ h ; justifiée ad 7 j	Selon figure 1
HCV	Pas de PEP, suivi ALAT et sérologie (meilleures chances de guérison si traitement de la phase aiguë)	Interféron pégylé 1x/semaine et ribavirine 2x/j Dosage selon choix d'interféron et poids Durée : 6 mois

Tableau 2 :

Aperçu général des attitudes en cas d'exposition avérée ou suspectée aux virus des hépatites B (HBV) et C (HCV) et au virus HIV !

Légendes

- [1] PEP=post-exposure prophylaxis
- [2] L'administration d'anti-rétroviraux ou d'interféron pégylé + ribavirine nécessite un suivi clinique e biologique serré