

**GUIDE POUR LA PROPHYLAXIE  
POSTEXPOSITION (PPE)  
À DES  
LIQUIDES BIOLOGIQUES  
DANS LE CONTEXTE DU TRAVAIL**

**OCTOBRE 2011**

**RÉSUMÉ**



**GUIDE POUR LA PROPHYLAXIE  
POSTEXPOSITION (PPE)  
À DES  
LIQUIDES BIOLOGIQUES  
DANS LE CONTEXTE DU TRAVAIL**

**OCTOBRE 2011**

**RÉSUMÉ**

## Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et peut être consulté en version PDF sur le site suivant :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-62034-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-62035-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Ce document est une mise à jour du guide *Exposition accidentelle aux liquides biologiques : Prophylaxie postexposition* produit en 2007 par la Direction de santé publique Gaspésie–Îles–de-la-Madeleine, sous la direction de Lyne Judd. Il intègre et résume les nouvelles recommandations du *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail* publié par le MSSS en 2011, à l'adresse [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), section Documentation, rubrique Publications. Le contenu de ce document a été approuvé par le Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. Pour la liste des membres de ce Comité ainsi que la liste des autres personnes ayant contribué aux versions antérieures de ce document, il est suggéré de consulter la version complète du guide à l'adresse susmentionnée.

Ces recommandations visent à améliorer l'évaluation et le suivi des personnes exposées et à uniformiser les approches dans ce domaine. Elles sont destinées aux intervenants du réseau de la santé qui auront à apprécier les risques associés à ces expositions et à appliquer les mesures en postexposition. Elles visent d'abord et avant tout la prise en charge des personnes exposées accidentellement à des liquides biologiques dans le contexte de leurs activités professionnelles. Les indications pour l'intervention auprès des personnes exposées en milieu communautaire sont présentées dans le *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel* publié par le Ministère en 2010 à l'adresse [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), section Documentation, rubrique Publications.

## COMITÉ DE RÉDACTION ET DE RÉVISION

### **D<sup>re</sup> Anne Bruneau**

Présidence et rédaction

*Médecin*

Centre de référence de prophylaxie post-exposition professionnelle aux liquides biologiques de Montréal

Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

### **D<sup>r</sup> Jean-Guy Baril**

*Médecin*

Clinique médicale du Quartier Latin  
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux

### **D<sup>re</sup> Michèle Dupont**

*Médecin-conseil*

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique

### **D<sup>r</sup> Claude Fortin**

*Microbiologiste infectiologue*

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Notre-Dame

### **D<sup>r</sup> Richard Lalonde**

*Interniste infectiologue*

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre universitaire de santé McGill, Hôpital Royal Victoria

### **D<sup>r</sup> Normand Lapointe**

*Pédiatre et immunologue*

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Centre maternel et infantile sur le sida, Montréal

### **D<sup>r</sup> Bernard Lessard**

*Médecin*

Clinique médicale du Quartier Latin  
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

### **M<sup>me</sup> Marie-France Matte**

*Secrétaire documentaliste*

Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH  
Programme national de mentorat sur le VIH-Sida (PNMVS)

### **D<sup>re</sup> Tuyen Nguyen**

*Microbiologiste infectiologue*

Centre de référence en prophylaxie postexposition aux liquides biologiques de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

### **M<sup>me</sup> Rachel Therrien**

*Pharmacienne*

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital l'Hôtel-Dieu de Montréal

### **M<sup>me</sup> Irina Tsarevsky**

*Agente de recherche et de planification*

Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux

### **M. Louis-Philippe Vézina**

*Secrétaire documentaliste*

Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH  
Programme national de mentorat sur le VIH-Sida (PNMVS)

### **D<sup>r</sup> Jean Vincelette**

*Microbiologiste infectiologue*

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal



## Table des matières

Évaluation au temps 0 : personne exposée.....	1
Évaluation au temps 0 : personne-source .....	3
Suivi à 48 heures .....	4
Suivi à 6 semaines, 3 mois et 6 mois .....	6
Sujets à aborder à chaque visite .....	7
Recommandations de prophylaxie anti-VIH .....	8
Expositions percutanées .....	8
Expositions sur une muqueuse et une peau non saine.....	9
Hépatite B : source infectée (HBsAg+) ou source à haut risque .....	10
Hépatite B : source non infectée (HBsAg-) ou source à faible risque .....	12
Risque de transmission des virus selon le type d'exposition .....	13
Les antirétroviraux .....	14
Inhibiteurs nucléos(t)idiques de la transcriptase inverse (INTI).....	14
Inhibiteurs de la protéase virale (IP) .....	16



## Évaluation au temps 0 : personne exposée

Évaluation de la personne exposée aux liquides biologiques	Commentaires / Conduite
<p><b>Administrer les premiers secours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirer les vêtements et les objets souillés;</li> <li>• Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon ou une solution antiseptique sans broser;</li> <li>• Rincer avec de l'eau ou du sérum physiologique;</li> <li>• Rincer les yeux abondamment avec de l'eau ou du sérum physiologique.</li> </ul>	<p>Ne pas utiliser d'alcool, d'iode ou d'autres produits irritants et ne pas broser, car ces processus peuvent augmenter la perméabilité des vaisseaux sanguins, donc possiblement le risque de transmission du VIH, du VHB et du VHC. Il n'est plus indiqué de faire saigner la plaie.</p>
<p><b>Évaluer le potentiel infectieux de l'exposition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition percutanée (risque VIH, VHB, VHC);</li> <li>• Éclaboussure ou contact avec une muqueuse ou une peau non intacte (risque VIH, VHB, VHC);</li> <li>• Morsure avec bris de peau si l'agresseur ne saigne pas dans la bouche (risque VHB);</li> <li>• Morsure avec bris de peau si l'agresseur saigne dans la bouche (risque VIH, VHB, VHC);</li> <li>• Contact avec une peau saine (aucun risque pour VIH, VHB, VHC).</li> </ul> <p><b>Évaluer le potentiel infectieux du liquide impliqué</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sang ou tout autre liquide teinté de sang (risque VIH, VHB, VHC);</li> <li>• Salive non teintée de sang (risque VHB);</li> <li>• Liquide pleural, d'ascite, amniotique, péricardique, synovial, LCR (risque VIH, VHB, VHC);</li> <li>• Sécrétions vaginales et sperme (risque VIH et VHB);</li> <li>• Spécimens de laboratoire contenant des concentrés viraux (risque VIH, VHB, VHC, selon le concentré viral en question);</li> <li>• Selles, urines, sécrétions nasales, expectorations, vomissements, larmes, sueur, non teintées de sang (aucun risque pour VIH, VHB, VHC).</li> </ul>	<p>Il faut à la fois que le type d'exposition et le liquide impliqué puissent permettre la transmission d'une infection pour considérer que la personne présente un risque pour l'infection en question.</p> <p>Pour les piqûres d'aiguille, il faut tenir compte que les éléments suivants augmentent le risque d'acquisition d'une infection : utilisation d'une aiguille creuse, profondeur de l'injection, présence d'un liquide contaminant, contact de l'aiguille avec un vaisseau sanguin, présence visible de liquide sur l'instrument avant l'exposition, intervalle de temps entre la contamination de l'instrument et l'exposition.</p>

Évaluation de la personne exposée aux liquides biologiques	Commentaires / Conduite
<p><b>Vérifier la vaccination antérieure contre l'hépatite B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccination antérieure? Date de cette vaccination? Nombre de doses reçues?;</li> <li>• Dosage antérieur des anti-HBs documenté <math>\geq 10</math> UI/L? Si oui, immunité à vie (sauf si dans le contexte d'une prise d'immunoglobulines contre l'hépatite B dans les 6 mois précédant le dosage des anti-HBs);</li> <li>• Aucun dosage antérieur des anti-HBs : doser les anti-HBs. Vérifier le résultat dans 48 h. Revoir le patient dans 48 h;</li> <li>• Dosage antérieur des anti-HBs <math>&lt;10</math> : donner un rappel de la vaccination contre l'hépatite B et doser les anti-HBs un mois plus tard. Selon le risque de l'exposition des immunoglobulines contre l'hépatite B peuvent être administrées et doser les Anti-HBs 6 mois plus tard. Suivre l'algorithme (page 10 ou 12) pour la conduite à tenir;</li> <li>• Effectuer les sérologies de base pour le suivi immunologique et biochimique : Anti-VIH, Anti-HBs, HBsAg, Anti-VHC, ALT;</li> <li>• D'autres analyses peuvent s'ajouter si une PPE anti-VIH est prescrite (FSC, AST, ALT, lipase, créatinine).</li> </ul>	<p>Un seul dosage des anti-HBs documenté <math>\geq 10</math> UI/L (dans le contexte autre qu'une administration d'immunoglobulines dans les 6 mois précédant le prélèvement) confirme une immunité contre l'hépatite B à vie. Dans ce cas, il est inutile de répéter le dosage des anti-HBs, de donner à nouveau le vaccin ni de donner des immunoglobulines contre l'hépatite B.</p> <p>Un résultat Anti-VIH, HBsAg ou Anti-VHC positif au temps 0 confirme qu'une infection au virus impliqué était présente avant l'exposition accidentelle au liquide biologique.</p>

## Évaluation au temps 0 : personne-source

<p align="center"><b>Évaluation de la personne-source</b> <b>(Autorisation de la source toujours requise</b> <b>ou de son représentant légal si inapte)</b></p>	<p align="center"><b>Commentaires / Conduite</b></p>
<p><b>Si source connue porteuse du VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dernière charge virale;</li> <li>• Résistance connue à la médication;</li> <li>• Stade de la maladie (primo-infection, asymptomatique, sida, inconnu);</li> <li>• Médicaments utilisés actuellement (noms, doses, date de début);</li> <li>• Médicaments utilisés par le passé et cessés (préciser si cessés pour résistance, mauvaise adhésion ou effets secondaires, durée du traitement, date de début et date de l'arrêt).</li> </ul> <p><b>Pour toute source, évaluer le risque d'être atteinte d'une infection au VIH, à l'hépatite B ou C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfusion sanguine ou de produits sanguins? (VIH avant 1985; VHB avant 1970 et VHC avant 1990);</li> <li>• Traitement d'hémodialyse? (VHC);</li> <li>• Ictère par le passé? (VHB, VHC);</li> <li>• ITS par le passé? (augmente le risque pour le VHB et le VIH);</li> <li>• Relations sexuelles non protégées? (VHB, VIH);</li> <li>• Partenaire sexuel à risque d'être infecté par l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH? (VHB, VHC, VIH);</li> <li>• Né dans un pays où l'infection est élevée? (VHB, VHC, VIH);</li> <li>• Voyage dans un pays où la prévalence de l'infection est élevée? (VHB, VHC, VIH);</li> <li>• Vivre sous le même toit qu'une personne infectée par l'hépatite B? (VHB);</li> <li>• Travail dans le domaine de la santé ou dans une institution pour déficients intellectuels? (VHB);</li> <li>• Séjour dans un milieu carcéral? (VHB, VHC);</li> <li>• Utilisation de drogues par injection? Partage de seringues? Partage de matériel d'injection ou d'une paille nasale? (VHB, VHC, VIH);</li> <li>• Tatouage, body piercing, acupuncture ou électrolyse? (VHB, VHC et VIH);</li> <li>• Exposition professionnelle à des liquides biologiques avec un suivi non terminé? (VHB, VHC et VIH);</li> <li>• Fièvre avec fatigue intense ou rash cutané dans les 6 derniers mois? (VIH);</li> <li>• <b>CONSIDÉRER LA PÉRIODE FENÊTRE POUR CHACUNE DES TROIS INFECTIONS.</b> La période fenêtre est généralement de 4 mois pour l'hépatite B et de 3 mois pour le VIH et l'hépatite C mais elle peut s'échelonner jusqu'à 6 mois.</li> </ul>	<p>La consultation du dossier du patient est possible seulement avec son accord (ou autorisation appropriée).</p> <p>Lorsque la source est porteuse du VIH et qu'elle présente des résistances à certains antirétroviraux, il est nécessaire de discuter avec un expert.</p> <p><b>• Ligne Consultation-Sida pour les médecins du Québec :</b> <b>1 800 363-4814 (garde 24/24)</b></p> <p>La vérification des facteurs de risque permet de classer la source comme étant à faible ou à haut risque.</p> <p><b>PPE VIH</b></p> <p>Voir les recommandations de prophylaxie anti-VIH (tableau page 8). Idéalement, débiter la PPE au VIH dans les 2 premières heures suivant l'exposition. Il n'y a pas d'indication de prescrire la PPE si l'exposition remonte à plus de 72 heures. Par contre, si la période d'exposition dépasse légèrement 72 heures, on consultera un expert afin d'évaluer la pertinence d'une prophylaxie.</p> <p><b>PPE VHB</b></p> <p>Voir les algorithmes « source infectée (HBsAg +) ou source à haut risque » (page 10) ou bien « source non infectée (HBsAg -) ou source à faible risque » (page 12).</p> <p><b>PPE VHC</b></p> <p>Il n'existe aucune PPE contre l'hépatite C. Par contre, un diagnostic rapide permet un traitement précoce et un bon taux de guérison.</p>

## Suivi à 48 heures

Prophylaxie postexposition (PPE)	Commentaires / Conduite
<p><b>PPE anti-VIH</b></p> <p>Si une PPE a été débutée au temps 0 et que le résultat des anti-VIH chez la source est disponible et négatif, cesser la PPE contre le VIH. Si la personne-source présente des signes et symptômes apparentés à une primo-infection au VIH (syndrome mononucléosique), continuer la PPE (trithérapie recommandée). Si le résultat des anti-VIH de la source est positif, continuer la médication, vérifier la résistance aux antirétroviraux et ajuster le traitement au besoin. Dans ce cas, suivi de l'apparition des symptômes, suivi de l'aspect psychologique et anti-VIH à 6 semaines, 3 et 6 mois (exceptionnellement à 12 mois si séroconversion au VHC).</p>	<p><b>PPE VIH</b></p> <p>Dans certaines circonstances, l'évaluation de la source peut avoir été partielle au temps 0 et être complétée à 48 h. Dans ce cas, réévaluer la pertinence de poursuivre une bithérapie ou une trithérapie pour une période de 28 jours.</p> <p>Voir recommandations de prophylaxie anti-VIH (page 8).</p> <p>Consulter un expert au besoin : <b>Ligne Consultation-Sida pour les médecins du Québec : 1 800 363-4814 (garde 24/24)</b></p>
<p><b>PPE anti-VHB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si source infectée (HBsAg +) ou source à haut risque, consulter l'algorithme (page 10) et prendre les décisions en fonction de l'état vaccinal du travailleur;</li> <li>2. Si source non infectée (HBsAg -) ou source à faible risque, consulter l'algorithme (page 12) et prendre les décisions en fonction de l'état vaccinal du travailleur;</li> <li>3. Dans le cas où le travailleur a déjà eu un dosage des anti-HBs <math>\geq 10</math> UI/L par le passé suite à une vaccination ou encore à une hépatite B aiguë guérie, la vaccination contre l'hépatite B et les immunoglobulines ne sont pas requises en PPE;</li> <li>4. Dans le cas où le travailleur n'a pas d'anti-HBs <math>\geq 10</math> UI/L documenté par le passé, vérifier les résultats actuels. Si les anti-HBs sont <math>\geq 10</math> UI/L (prélèvement au jour 0), sans prise d'immunoglobulines au cours des 6 mois précédant le prélèvement, alors la personne est immunisée à vie contre l'hépatite B.  S'ils sont <math>&lt; 10</math> UI/L, on ne peut conclure à une immunité, car la personne est soit non répondeur, soit elle se trouve en situation où les anti-HBs ne sont plus détectables et qu'il persiste une mémoire immunologique. Suivre l'algorithme (page 10 ou 12) pour la conduite à tenir;</li> <li>5. Doser les HBsAg à 3 et 6 mois et faire le suivi de l'apparition des symptômes et le suivi de l'aspect psychologique.</li> </ol>	<p>Des anti-HBs <math>\geq 10</math> UI/L dans un contexte où la personne a pris des immunoglobulines au cours des 6 mois précédant le prélèvement ne permettent pas de conclure à une immunité à vie car ces anti-HBs sont alors fournis par les immunoglobulines et ne procurent pas une protection au-delà de cette période de 6 mois.</p> <p><b>PPE VHB</b></p> <p>Voir les algorithmes « source infectée (HBsAg +) ou source à haut risque » (page 10) ou « source non infectée (HBsAg -) ou source à faible risque » (page 12).</p>

<b>Prophylaxie postexposition (PPE)</b>	<b>Commentaires / Conduite</b>
<p><b>PPE anti-VHC</b></p> <p>Il n'existe pas de PPE anti-VHC. Il faut procéder au suivi des ALT à 6 semaines, 3 et 6 mois et de la sérologie anti-VHC à 3 mois et 6 mois. Si les ALT sont élevés de 1,5 fois la normale à 6 semaines, demander une sérologie anti-VHC. Le dosage de l'ARN pour le VHC n'est pas indiqué pour le suivi habituel.</p>	<p><b>PPE VHC</b></p> <p>Il n'existe aucune PPE contre l'hépatite C. Par contre, un diagnostic rapide permet un traitement précoce et un bon taux de guérison.</p> <p>Le taux de guérison est de 80% lorsque le traitement est débuté dans les 6 mois suivant la séroconversion au VHC.</p> <p>Consulter un expert.</p>

Lorsque la personne source ne présente aucun facteur de risque pour l'acquisition du VHC, VHB ou du VIH et que les sérologies sont négatives pour les trois virus, le suivi n'est pas indiqué, sauf à la demande de la personne exposée pour la rassurer ou pour documenter l'absence de séroconversion.

## Suivi à 6 semaines, 3 mois et 6 mois

VIH	VHB	VHC
<b>Suivi à 6 semaines</b>		
<p><b>Si Anti-VIH -</b> : répéter anti-VIH à 3 et 6 mois.</p> <p><b>Si Anti-VIH +</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• test de confirmation requis;</li> <li>• consulter un expert.</li> </ul> <p>80 % des séroconversions sont détectables à 6 semaines postexposition.</p>	<p>Normalement, aucun suivi de l'hépatite B n'est requis à 6 semaines.</p>	<p>Doser les ALT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si résultat <math>\geq 1,5</math> fois la normale : ARN-VHC et consulter un expert si positif.</li> </ul>
<b>Suivi à 3 mois</b>		
<p><b>Si Anti-VIH -</b> : répéter anti-VIH à 6 mois.</p> <p><b>Si Anti-VIH +</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• test de confirmation requis;</li> <li>• consulter un expert.</li> </ul> <p>Plus de 95 % des séroconversions sont détectables à 3 mois.</p>	<p><b>Si HBsAg -</b> : répéter HBsAg à 6 mois.</p> <p><b>Si HBsAg +</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• confirme une infection au VHB;</li> <li>• consulter un expert.</li> </ul> <p>Il n'est pas nécessaire de doser les anti-HBs à 3 mois.</p>	<p><b>Si anti-VHC -</b> : répéter anti-VHC à 6 mois.</p> <p><b>Si anti-VHC +</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• confirme une infection au VHC;</li> <li>• consulter un expert.</li> </ul> <p><b>ALT</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si résultat <math>\geq 1,5</math> fois la normale : ARN-VHC et consulter un expert si positif.</li> </ul>
<b>Suivi à 6 mois</b>		
<p><b>Si Anti-VIH -</b> :</p> <p>cesser suivi VIH sauf si la personne exposée a fait une séroconversion au VHC. Dans ce cas exceptionnel, répéter anti-VIH à 12 mois.</p> <p><b>Si Anti-VIH +</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• test de confirmation requis;</li> <li>• consulter un expert.</li> </ul> <p>La quasi-totalité des cas sont détectables à 6 mois.</p>	<p><b>Si HBsAg -</b> :</p> <p>absence d'hépatite B aiguë. Cesser le suivi hépatite B.</p> <p><b>Si HBsAg +</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• confirme une infection au VHB;</li> <li>• consulter un expert.</li> </ul> <p><b>Si Anti-HBs &lt; 10 UI/L</b> :</p> <p>absence d'immunité, immunité partielle au vaccin ou taux d'anticorps non détectable avec mémoire immunologique.</p> <p><b>Si anti-HBs <math>\geq 10</math> UI/L</b> :</p> <p>immunité due au vaccin, à une infection aiguë résolue ou rarement aux immunoglobulines.</p> <p>Au-delà de 6 mois, les immunoglobulines ne sont plus détectables dans le sang.</p>	<p><b>Si Anti-VHC -</b> :</p> <p>cesser suivi hépatite C sauf si ALT anormaux (alors investiguer en fonction du diagnostic différentiel).</p> <p><b>Si Anti-VHC +</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• confirme une infection au VHC;</li> <li>• consulter un expert.</li> </ul> <p><b>ALT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si résultat ALT normal et anti-VHC négatif, cesser suivi pour hépatite C;</li> <li>• si résultat anormal et inférieur à 1,5 fois la normale, investiguer selon le diagnostic différentiel envisagé;</li> <li>• si résultat <math>\geq 1,5</math> fois la normale, doser l'ARN-VHC et consulter un expert.</li> </ul>

## Sujets à aborder à chaque visite

(temps 0, 6 semaines, 3 mois et 6 mois)

Rechercher les symptômes liés à la maladie	Discuter des résultats de laboratoire	Donner les conseils appropriés (période de 6 mois)	Évaluer l'aspect psychosocial
<p><b>VIH</b></p> <p><b>Syndrome de séroconversion</b> (50 à 80 % des patients)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si présent, survient environ de 2 à 8 semaines après la transmission du VIH et peut durer de 1 à 4 semaines;</li> <li>• Fatigue importante, fièvre &gt; 38°C, adénopathies, céphalée, mal de gorge, myalgies, éruption cutanée.</li> </ul> <p><b>VHB</b></p> <p><b>Phase aiguë</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asymptomatique (50 à 70 % des adultes), début insidieux, anorexie, nausées, malaise abdominal diffus, ictère, selles pâles et urines foncées, éruption cutanée (occasionnelle), arthralgies (occasionnelles).</li> </ul> <p><b>Porteur chronique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Souvent asymptomatique.</li> </ul> <p><b>VHC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asymptomatique (90 % des cas), fatigue, anorexie, malaises généraux, rarement ictère.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer la signification d'un résultat positif ou négatif;</li> <li>• Insister sur la nécessité d'un suivi d'une durée de 6 mois (et exceptionnellement plus longtemps);</li> <li>• Discuter de la tolérance aux antirétroviraux en prophylaxie postexposition (effets secondaires) et de l'adhésion. Motiver la personne, au besoin, à poursuivre la thérapie postexposition;</li> <li>• Discuter de la pertinence d'entreprendre ou de compléter une vaccination contre l'hépatite B;</li> <li>• Discuter de la pertinence d'administrer des immunoglobulines contre l'hépatite B;</li> <li>• Discuter du fait qu'il n'existe pas de PPE contre l'hépatite C mais qu'un diagnostic rapide permet un traitement précoce et un bon taux de guérison;</li> <li>• Discuter de la pertinence de consulter un expert (résultats anormaux) ou d'entreprendre une thérapie en présence d'une infection au VIH, à l'hépatite B ou à l'hépatite C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser, comme toujours, des méthodes et des instruments de travail sécuritaires (lavage des mains, gants, lunettes, etc.);</li> <li>• Adopter des pratiques sexuelles sécuritaires (condom, abstinence). À noter que la possibilité de transmission sexuelle du VHC existe mais elle est improbable en dehors de relations sexuelles traumatiques ou lors de menstruations. Elle est plus élevée pour le VHB et le VIH;</li> <li>• S'abstenir de donner du sang, du plasma, des organes, des tissus ou du sperme;</li> <li>• Éviter la grossesse (VIH, VHB, VHC) et éviter l'allaitement (VIH);</li> <li>• Ne pas partager de rasoir, de brosse à dents, de seringues, comme toujours;</li> <li>• Réduire les méfaits liés à la toxicomanie, comme toujours : non-partage du matériel de consommation, solutions de rechange à l'injection, abstinence;</li> <li>• S'assurer que le tatouage, le perçage et l'électrolyse sont faits dans des conditions stériles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer la possibilité de détérioration de l'état psychologique et les difficultés à répondre à la crise provoquée par l'exposition accidentelle et par le suivi postexposition (peur de mourir, peur de contaminer l'entourage, symptômes anxieux ou dépressifs, troubles du sommeil, abus d'alcool, de médicaments ou de drogues);</li> <li>• Rechercher les idéations suicidaires et les symptômes psychotiques;</li> <li>• Évaluer les difficultés psychologiques associées au plan de traitement, aux mesures de prévention et aux effets indésirables des antirétroviraux;</li> <li>• Évaluer les répercussions de l'événement sur la qualité de vie et sur la capacité de retourner au travail;</li> <li>• Évaluer l'isolement social et les difficultés relationnelles;</li> <li>• Évaluer la capacité à s'organiser, à mener à terme les tâches personnelles et professionnelles et à s'occuper de ses besoins de base;</li> <li>• Évaluer les troubles de santé mentale comorbides précipités ou exacerbés par l'exposition (état de stress aigu, réaction de stress post-traumatique, phobie particulière, etc.).</li> </ul>

## Recommandations de prophylaxie anti-VIH

### Expositions percutanées

Statut de la source					
	Anti-VIH positif classe 1 <sup>1</sup>	Anti-VIH positif classe 2 <sup>2</sup>	Statut anti-VIH inconnu <sup>3</sup>	Source inconnue <sup>4</sup>	Anti-VIH négatif
<b>Risque de transmission non accru<sup>5</sup></b>	Bithérapie	Trithérapie	Généralement, PPE non justifiée. Considérer une bithérapie si source avec des facteurs de risque pour le VIH <sup>7-8</sup>	Généralement, PPE non justifiée <sup>8</sup>	PPE non justifiée sauf si présence de symptômes compatibles avec une primo-infection. En ce cas : trithérapie
<b>Risque de transmission accru<sup>6</sup></b>	Trithérapie	Trithérapie	Généralement, PPE non justifiée. Considérer une bithérapie si source avec des facteurs de risque pour le VIH <sup>7-8</sup>	Généralement, PPE non justifiée <sup>8</sup>	PPE non justifiée sauf si présence de symptômes compatibles avec une primo-infection. En ce cas : trithérapie

**Bithérapie : Combivir<sup>®</sup> (zidovudine et 3TC) deux fois par jour pour 28 jours.**

**Trithérapie : Combivir<sup>®</sup> et Kaletra<sup>®</sup> deux fois par jour pour 28 jours.**

**En présence d'une primo-infection chez la source, une trithérapie doit être prescrite.**

1. Infection sans symptômes et avec une faible charge virale (< 1500 copies/ml).
2. Infection avec des symptômes, primo-infection, charge virale élevée (> 1500 copies/ml), sida, spécimen de culture virale.
3. Source non testée ou décédée.
4. Par exemple : seringue trouvée dans la rue, dans une poubelle, liquide biologique d'origine inconnue.
5. Par exemple : aiguille pleine, blessure superficielle (égratignure), seringue avec aiguille de dérivation, coupure superficielle (égratignure).
6. Par exemple : aiguille creuse, coupure ou blessure profonde, présence visible de sang sur l'instrument, aiguille utilisée dans un vaisseau sanguin.
7. Considérer indique que la prescription des antirétroviraux est optionnelle et doit être basée sur une décision individualisée entre la personne exposée et le médecin. Si les anticorps anti-VIH de la source se révèlent ultérieurement négatifs, la PPE peut être interrompue, sauf si la source présente des signes et symptômes de primo-infection. En ce cas, une trithérapie doit être prescrite.
8. Une bithérapie peut cependant être envisagée dans un contexte où l'exposition à des personnes infectées par le VIH est probable. La prescription est optionnelle et doit être basée sur une décision individualisée entre la personne exposée et le médecin.

## Expositions sur une muqueuse et une peau non saine

Statut de la source					
	Anti-VIH positif classe 1 <sup>1</sup>	Anti-VIH positif classe 2 <sup>2</sup>	Statut anti-VIH inconnu <sup>3</sup>	Source inconnue <sup>4</sup>	Séronégatif
Petit volume <sup>5</sup>	Considérer une bithérapie <sup>7</sup>	Bithérapie	Généralement, PPE non justifiée. Considérer une bithérapie si source avec des facteurs de risque pour le VIH <sup>7-8</sup>	Généralement, PPE non justifiée <sup>8</sup>	PPE non justifiée sauf si présence de symptômes compatibles avec une primo-infection. En ce cas : trithérapie
Grand volume <sup>6</sup>	Bithérapie	Trithérapie	Généralement, PPE non justifiée. Considérer une bithérapie si source avec des facteurs de risque pour le VIH <sup>7-8</sup>	Généralement, PPE non justifiée <sup>8</sup>	PPE non justifiée sauf si présence de symptômes compatibles avec une primo-infection. En ce cas : trithérapie

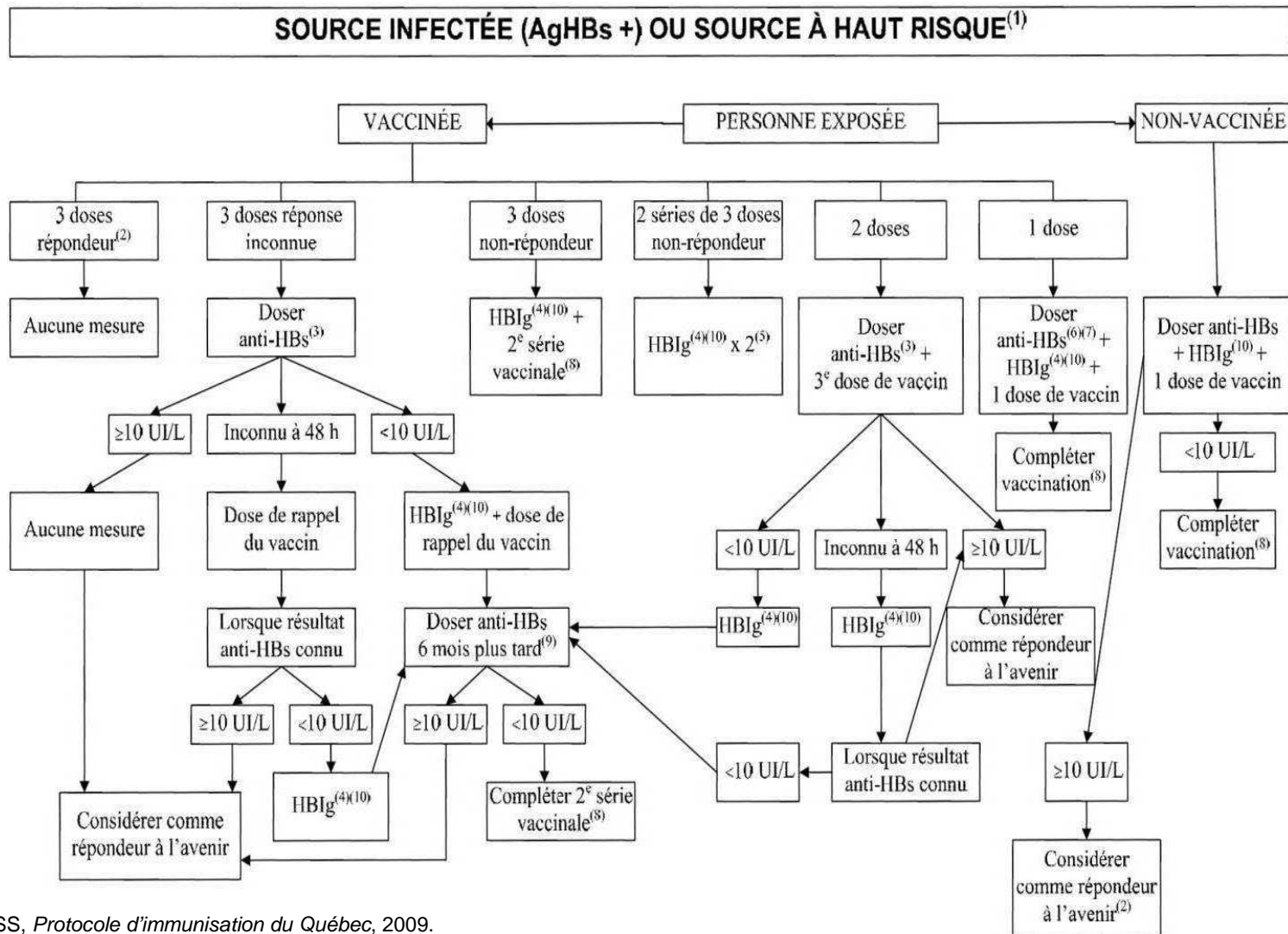
**Bithérapie : Combivir<sup>®</sup> (zidovudine et 3TC) deux fois par jour pour 28 jours.**

**Trithérapie : Combivir<sup>®</sup> et Kaletra<sup>®</sup> deux fois par jour pour 28 jours.**

**En présence d'une primo-infection chez la source, une trithérapie doit être prescrite.**

1. Infection sans symptômes et avec une faible charge virale (< 1500 copies/ml).
2. Infection avec des symptômes, primo-infection, charge virale élevée (> 1500 copies/ml), sida, spécimen de culture virale.
3. Source non testée ou résultats non disponibles.
4. Par exemple : liquide d'origine inconnue et non testé, éclaboussure à partir de sang entreposé de façon inapproprié.
5. Par exemple : quelques gouttes.
6. Par exemple : éclaboussure majeure.
7. Considérer indique que la prescription des antirétroviraux est optionnelle et doit être basée sur une décision individualisée entre la personne exposée et le médecin. Si les anticorps anti-VIH de la source se révèlent ultérieurement négatifs, la PPE peut être interrompue, sauf si la source présente des signes et symptômes de primo-infection. En ce cas, une trithérapie doit être prescrite.
8. Une bithérapie peut cependant être prescrite dans un contexte où l'exposition à des personnes infectées par le VIH est probable. La prescription est optionnelle et doit être basée sur une décision individualisée entre la personne exposée et le médecin.

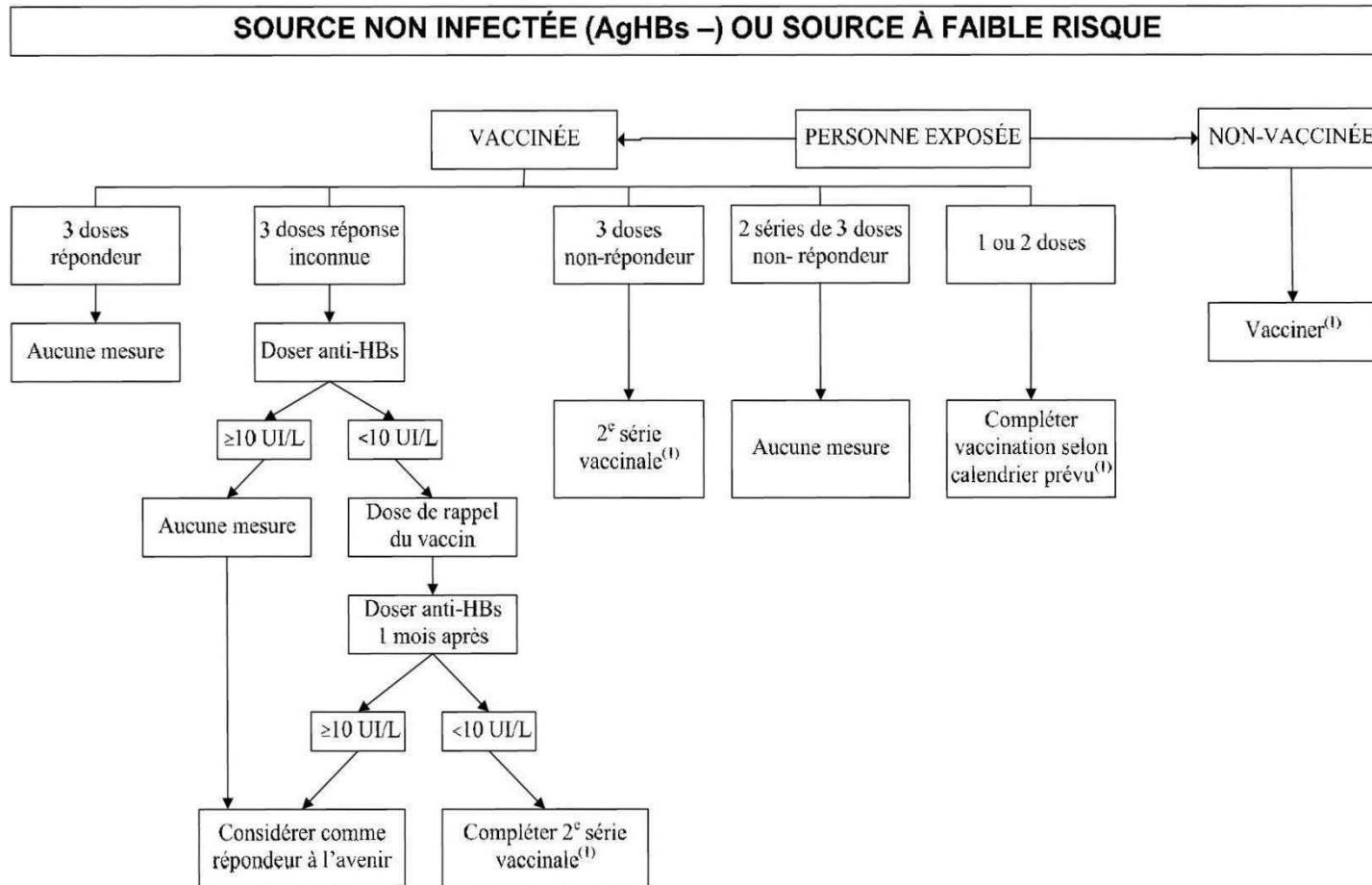
## Hépatite B : source infectée (AgHBs+) ou source à haut risque



Source : MSSS, *Protocole d'immunisation du Québec*, 2009.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

- (1) Une source connue est à haut risque si elle provient d'une région à niveau élevé d'endémicité pour le VHB, si elle a des relations sexuelles avec de multiples partenaires, avec un partenaire qui est infecté par le VHB ou qui est à haut risque de l'être, si elle est un contact familial étroit d'une personne infectée, si elle est utilisatrice de drogues par injection, si elle a reçu du sang ou des produits sanguins avant 1970. Dans la mesure du possible, il faut tester la source. La provenance d'une source inconnue (ex. : seringue trouvée dans la rue, dans une clinique pour ITS, une clinique de désintoxication ou une clinique de nourrissons à haut risque) constitue un indicateur utile du niveau de risque.
- (2) Il n'y a pas de mesure à prendre si la personne a une immunité acquise à la suite d'une infection au VHB.
- (3) Le dosage des anti-HBs doit être obtenu le plus rapidement possible afin d'éviter l'administration inutile des HBIg. L'efficacité des HBIg est inconnue si le délai dépasse 7 jours.
- (4) L'administration des HBIg peut être omise si la source à haut risque peut être testée dans un délai de 48 heures et que le résultat s'avère négatif. On suit alors la démarche de l'algorithme de la source non infectée.
- (5) La 2<sup>e</sup> dose des HBIg doit être donnée 1 mois après la 1<sup>re</sup> dose.
- (6) Ce dosage ne modifie pas la conduite à tenir dans la poursuite de la vaccination mais peut servir à rassurer la personne exposée quant à son risque immédiat d'infection.
- (7) Si on peut obtenir rapidement le résultat du dosage des anti-HBs et qu'il s'avère  $\geq 10\text{UI/L}$ , on peut omettre l'administration des HBIg.
- (8) Doser les anti-HBs entre 1 et 6 mois après la fin de la série vaccinale.
- (9) Il faut attendre 6 mois pour faire le dosage des anti-HBs en raison d'une interférence possible avec les HBIg qui contiennent des anti-HBs en quantité suffisante pour être détectés.
- (10) Dans le cas d'exposition sexuelle à une personne source porteuse chronique du VHB ou à une personne à risque élevé d'être infectée, administrer le vaccin seul. L'ajout des HBIg sera envisagé pour les nouveaux partenaires avec exposition sexuelle récente (moins de 14 jours) lorsque la présence de sang est probable (menstruations, pratiques sexuelles à risque de traumatisme, présence d'ITS ou d'ulcération génitale) ou lorsque la personne source est connue AgHBe positive ou est en phase de réactivation.

## Hépatite B : source non infectée (AgHBs-) ou source à faible risque



(1) Doser les anti-HBs entre 1 et 6 mois après la fin de la série vaccinale.

Source : MSSS, *Protocole d'immunisation du Québec*, 2009.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

## Risque de transmission des virus selon le type d'exposition

TYPE D'EXPOSITION	VHB	VHC	VIH
Piqûre	1-31 %	0,5 %	0,32 %*
Muqueuse et sang	Non quantifié. Risque plus élevé pour le VHB que pour le VIH	Rare	0,03 %-0,09 %
Peau non saine et sang	Non quantifié. Risque plus élevé pour le VHB que pour le VIH et le VHC	Non démontré à ce jour	Rare
Morsure	Rare	Rare (si sang dans la bouche de l'agresseur)	Rare (si sang dans la bouche de l'agresseur)

\* Certains facteurs peuvent modifier ce risque : présence de sang sur l'instrument, blessure profonde, instrument provenant directement d'un vaisseau sanguin, patient-source en phase terminale.

Pour le VIH :

- si un facteur : 0,09-0,32 %;
- si deux facteurs : 0,5-1,9 %;
- si trois facteurs : 3-9,2 %;
- si quatre facteurs : 24,6 %.

## Les antirétroviraux

### Inhibiteurs nucléos(t)idiques de la transcriptase inverse (INTI)

	Combivir <sup>MD</sup>	Truvada <sup>MD</sup>
<b>Présentation</b>	Comprimé combinant lamivudine 150 mg et zidovudine 300 mg	Comprimé combinant emtricitabine 200 mg et ténofovir 300 mg
<b>Coût mensuel</b>	602 \$*	751 \$**
<b>Posologie adulte</b>	1 co BID avec ou sans nourriture	1 co DIE avec ou sans nourriture
<b>Ajustement de la dose</b>	Nécessite un ajustement si fonction rénale altérée (clairance de la créatinine < 50 ml/min).  La lamivudine et la zidovudine devront alors être prises séparément.	Nécessite un ajustement si fonction rénale altérée (clairance de la créatinine < 50 ml/min).
<b>Effets indésirables</b>	<b>Effets généraux :</b> Asthénie, myalgie, céphalées et insomnie.  <b>Effets gastro-intestinaux :</b> Anorexie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée.  <b>Effets hématologiques (rares) :</b> Anémie et neutropénie.	Généralement bien toléré.  <b>Effets généraux :</b> Asthénie, céphalées.  <b>Effets gastro-intestinaux :</b> Nausées, vomissements, diarrhée, flatulences, anorexie, douleurs abdominales.  <b>Effets rénaux :</b> Des atteintes rénales incluant des cas d'insuffisance rénale aiguë et des syndromes de Fanconi (atteinte du tubule rénal proximal avec hypophosphatémie grave) ont été rapportés avec le ténofovir. Certains cas seraient survenus chez des patients présentant une atteinte rénale sous-jacente ou une condition médicale augmentant le risque d'atteinte rénale.

\* 715 \$ si assurance privée.

\*\* 960 \$ si assurance privée.

	Combivir <sup>MD</sup>	Truvada <sup>MD</sup>
Gestion des effets indésirables	<p>Encouragements, car les effets indésirables tendent à s'amoin­drir et à disparaître avec le temps.</p> <p>Les céphalées et myalgies peuvent être soulagées avec la prise d'acétaminophène ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).</p> <p>Pour prévenir les effets gastro-intestinaux : suggérer de prendre le médicament au milieu ou à la fin d'un repas.</p> <p>Les conseils nutritionnels, le Graval<sup>MD</sup> et l'Imodium<sup>MD</sup> peuvent parfois être utiles.</p> <p>Suivi de la FSC et enseignement des signes et symptômes d'anémie (essoufflement, anorexie, peau pâle, fatigue ou faiblesse inhabituelle, etc.).</p>	<p>Encouragements, car les effets indésirables tendent à s'amoin­drir et à disparaître avec le temps.</p> <p>Les céphalées peuvent être soulagées avec la prise d'acétaminophène.</p> <p>Pour prévenir les effets gastro-intestinaux : suggérer de prendre le médicament au milieu ou à la fin d'un repas.</p> <p>Les conseils nutritionnels, le Graval<sup>MD</sup> et l'Imodium<sup>MD</sup> peuvent parfois être utiles.</p> <p>Suivi de la créatinine sérique.</p>
Interactions médicamenteuses	<p>Agents hématotoxiques : sulfamidés, ganciclovir, certains antinéoplasiques, etc.</p>	<p>Agents néphrotoxiques : aminosides, foscarnet, vancomycine, amphotéricine B, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), etc.</p> <p>A éviter ou faire un suivi étroit de la fonction rénale.</p>
Conservation	<p>Combivir<sup>MD</sup> : dans un endroit sec, à la température ambiante (2-30 °C).</p> <p>3TC (Lamivudine) : dans un endroit sec, à la température ambiante.</p> <p>Retrovir<sup>MD</sup> (zidovudine) : dans un endroit sec, à la température ambiante.</p>	<p>Dans un endroit sec, à la température ambiante (15-30 °C).</p>

**PRÉCAUTION :**

Le ténofovir doit être utilisé avec prudence chez les femmes enceintes principalement à cause du risque de toxicité potentielle, mais mal connu, sur la croissance osseuse chez le fœtus. Les bienfaits doivent être supérieurs au risque chez le fœtus dans un contexte où le risque de transmission est faible.

Faire une histoire médicamenteuse complète (médicaments sous ordonnance, médicaments en vente libre, produits naturels et drogues à usage récréatif) et conseiller de consulter le médecin ou le pharmacien avant de prendre un nouveau médicament.

## Inhibiteurs de la protéase virale (IP)

	Kaletra <sup>MD</sup>
Présentation	Comprimé de lopinavir 200 mg et de ritonavir 50 mg
Coût mensuel	629 \$*
Posologie adulte	2 co BID avec ou sans nourriture
Ajustement de la dose	Utiliser avec précaution en présence d'une insuffisance hépatique.
Effets indésirables	<b>Effets gastro-intestinaux :</b> Nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, flatulences
Gestion des effets indésirables	Encouragements, car les effets indésirables tendent à s'amoinrir et à disparaître avec le temps. Pour prévenir les effets gastro-intestinaux : suggérer de prendre le Kaletra au milieu ou à la fin d'un repas. Les conseils nutritionnels, le Graval <sup>MD</sup> et l'Imodium <sup>MD</sup> peuvent parfois être utiles.
Interactions médicamenteuses	De nombreuses interactions peuvent survenir.  Benzodiazépines et zopiclone (Imovan <sup>MD</sup> ) Bloqueurs des canaux calciques Antiarythmiques (quinidine) Antifongiques Corticostéroïdes Fentanyl (Duragesic <sup>MD</sup> ) : prudence extrême. Un cas de décès a été rapporté à Santé Canada. Inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (tadalafil, vardénafil, sildénafil) Antidépresseurs (trazodone, sertraline, néfazodone, désipramine, bupropion, etc.) Hypolipidémiants oraux Clarithromycine (Biaxin <sup>MD</sup> ) Rifabutine (Mycobutin <sup>MD</sup> ), rifampicine Cannabinoïdes Immunosuppresseurs Carbamazépine (Tegretol <sup>MD</sup> )

\* 750 \$ si assurance privée.

	Kaletra <sup>MD</sup>
	Phénytoïne (Dilantin <sup>MD</sup> ) Testostérone Dérivés de l'ergotamine Warfarine Antipsychotiques (quétiapine, clizapine, halopéridol) Narcotiques (morphine, codéine, mépéridine, oxycodone) Bêta-bloqueurs Dextrométhorphan Voriconazole AINS (diclofénac, ibuprofène, naproxène) IPP (oméprazole, lansoprazole, rabéprazole, pantoprazole) Méthadone Théophylline Fluvoxamine Zolmitriptan Cyclophosphamide Ifosphamide Propofol Nicotine Contraceptifs oraux Acide valproïque Lamotrigine Lévothyroxine Atovaquone
<b>Conservation</b>	Dans un endroit sec, à la température ambiante (15-30 °C).

**PRÉCAUTION :**

Faire une histoire médicamenteuse complète (médicaments sous ordonnance, médicaments en vente libre, produits naturels et drogues à usage récréatif) et conseiller de consulter le médecin ou le pharmacien avant de prendre un nouveau médicament.

Voir aussi les sites Internet suivants :

[www.tthivclinic.com](http://www.tthivclinic.com)

[www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org)

[www.guidetherapeutiqueVIH.com](http://www.guidetherapeutiqueVIH.com)

[www.hopkins-hivguide.org](http://www.hopkins-hivguide.org)

[www.hivinsite.com](http://www.hivinsite.com)

[www.medscape.com/druginfo/druginterchecker](http://www.medscape.com/druginfo/druginterchecker)

[www.clinicaloptions.com](http://www.clinicaloptions.com)