

EXPOSITION ACCIDENTELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

Prophylaxie postexposition

Réalisation et rédaction du document :
Lyne Judd, M.D.

Révision du contenu :
Denis Loiseau, M.D.

Révision linguistique et orthographique :
Nancy Dufresne, agente administrative
Mélanie Castilloux, agente administrative

Conception graphique :
Azentic

Impression :
Imprimerie du Havre

Production et diffusion :
Direction de santé publique Gaspésie–Îles–de-la-Madeleine
205-1, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W5
Tél. : 418 368-2443

Ce document est disponible sur le site Web de
l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-
de-la-Madeleine (www.agencesssgim.ca)

Note au lecteur :
La forme masculine utilisée dans le texte désigne,
lorsqu'il y a lieu, autant les hommes que les femmes et n'est
utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte.

Dépôt légal :
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-923129-47-1

Sources :

1. Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail, MSSS, 2006, (www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications).
2. Protocole d'immunisation du Québec, MSSS, 2004 (www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq).
3. Guide québécois de dépistage, infections transmissibles sexuellement et par le sang, MSSS, 2006 (www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications)

TABLE DES MATIÈRES

Évaluation au temps 0 : personne exposée	2
Évaluation au temps 0 : personne-source	3
Suivi à 48 heures	4
Suivi à 6 semaines, 3 mois et 6 mois	5
Sujets à aborder à chaque visite	6
Recommandations de prophylaxie VIH	7
Hépatite B : source infectée (HBsAg +) ou source à haut risque	8
Hépatite B : source non infectée (HBsAg -) ou source à faible risque	9

Évaluation au temps 0 : Personne exposée

Évaluation de la personne exposée aux liquides biologiques	Commentaires / Conduite
<p>Administrer les premiers soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Retirer les vêtements et les objets souillés; Faire saigner immédiatement la lésion sans traumatiser le pourtour de la plaie; Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon ou une solution antiseptique sans brosser; Rincer avec de l'eau ou du sérum physiologique; Rincer les yeux abondamment avec de l'eau ou du sérum physiologique. 	<p>Ne pas utiliser d'alcool, d'iode ou d'autres produits irritants et ne pas brosser, car ces processus peuvent augmenter la perméabilité des vaisseaux sanguins, donc le risque de transmission du VIH, du VHB et du VHC.</p>
<p>Évaluer le potentiel infectieux de l'exposition</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposition percutanée (risque VIH, VHB, VHC); Éclaboussure ou contact avec une muqueuse ou une peau non intacte (risque VIH, VHB, VHC); Morsure avec bris de peau si l'agresseur ne saigne pas dans la bouche (risque VHB); Morsure avec bris de peau si l'agresseur saigne dans la bouche (risque VIH, VHB, VHC); Contact avec une peau saine (aucun risque pour VIH, VHB, VHC). 	<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>
<p>Évaluer le potentiel infectieux du liquide impliqué</p> <ul style="list-style-type: none"> Sang ou tout autre liquide teinté de sang (risque VIH, VHB, VHC); Salive et crachats non teintés de sang (risque VHB); Liquide pleural, amniotique, péricardique, péritonéal, synovial, LCR (risque VIH, VHB, VHC); Sécrétions vaginales et sperme (risque VIH et VHB); Spécimens de laboratoire contenant des concentrés viraux (risque VIH, VHB, VHC, selon le concentré viral en question); Selles, urines, sécrétions nasales, expectorations, vomissements, larmes, sueurs non teintées de sang (aucun risque pour VIH, VHB, VHC). 	
<p>Vérifier la vaccination antérieure contre l'hépatite B</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaccination antérieure? Date de cette vaccination? Nombre de doses reçues? Dosage antérieur des anti-HBs documenté ≥ 10 UI/L? Si oui, immunité à vie (sauf si dans le contexte d'une prise d'immunoglobulines dans les 6 mois précédant le dosage des anti-HBs); Aucun dosage antérieur des anti-HBs ou dosage antérieur des anti-HBs < 10 UI/L : Doser les anti-HBs. Vérifier le résultat dans 48 h. Revoir le patient dans 48 h. 	<p>Un seul dosage des anti-HBs documenté ≥ 10 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>Suivi sérologique à prescrire dès la première consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> Anti-VIH : Au temps 0, à 6 semaines, à 3 mois et à 6 mois (exceptionnellement à 12 mois); Anti-HBs et HBsAg : Au temps 0, à 3 mois et à 6 mois; Anti-VHC et ALT : Au temps 0, à 3 mois et à 6 mois (exceptionnellement à 12 mois). 	<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

Évaluation de la personne-source (Autorisation de la source toujours requise ou de son tuteur si inapte)	Commentaires / Conduite
Si source connue porteuse du VIH	La consultation du dossier du patient est possible seulement avec son accord (ou autorisation appropriée).
<ul style="list-style-type: none">• Dernière charge virale;• Dernier résultat CD4;• Stade de la maladie (primo-infection, asymptomatique, SIDA, inconnu);• Médicaments utilisés actuellement (noms, doses, date de début);• Médicaments utilisés par le passé et cessés (préciser si cessés pour résistance, mauvaise compliance ou effets secondaires, durée du traitement, date de début et date de l'arrêt).	Lorsque la source est porteuse du VIH et qu'elle présente des résistances à certains antirétroviraux, il est nécessaire de discuter avec un expert.
Si source connue pour hépatite B ou hépatite C	<ul style="list-style-type: none">• Ligne Consultation-SIDA pour les médecins du Québec 1 800 363-4814 (garde 24/24);• Centre maternel et infantile sur le SIDA, Hôpital Ste-Justine 514 345-4788.
• Traitement en cours? Maladie guérie? Infection chronique?	
Pour toute source, évaluer le risque d'être atteinte d'une infection au VIH, à l'hépatite B ou C	
<ul style="list-style-type: none">• Transfusion sanguine ou de produits sanguins? (VIH 1978 à 1985; VHB avant 1970 et VHC avant 1990);• Traitement d'hémodialyse? (VHC);• Ictère par le passé? (VHB, VHC);• ITS par le passé? (augmente le risque pour le VHB et le VIH);• Tatouage, « body piercing », acupuncture ou électrolyse dans des conditions non stériles? (VHB, VHC et VIH);• Itinérance? Jeune de la rue? Vécu dans la rue? (VHB);• Relations sexuelles avec partenaires anonymes (rencontrés par Internet, dans un sauna, un party rave, etc.)? (VHB, VIH);• Travailleur du sexe ou client de travailleur du sexe? (VHB, VIH);• Voyage dans un pays où l'infection est élevée (relations sexuelles non protégées, exposition percutanée, partage de matériel de toxicomanie, etc.)? (VHB, VHC, VIH);• Vivre sous le même toit qu'une personne infectée par l'hépatite B? (VHB);• Travail dans une institution pour déficients intellectuels ou séjour dans un milieu carcéral? (VHB);• Utilisation de drogues par injection? Partage de seringues? Partage de matériels d'injection ou d'une paille nasale? ... même si ce n'est qu'une seule fois! (VHB, VHC, VIH);• Partenaire sexuel ayant déjà eu hépatite B ou VIH ou partenaire qui utilisait des drogues par injection et avec qui il y a eu des relations sexuelles non protégées? (VHB, VIH);• Exposition professionnelle à des liquides biologiques avec un suivi non terminé? (VHB, VHC et VIH);• Homme ayant des relations sexuelles (non protégées) avec des hommes? (VHB, VIH);• CONSIDÉRER LA PÉRIODE FENÊTRE POUR CHACUNE DES TROIS INFECTIONS. La période fenêtre est de 3 mois pour l'hépatite B et de 6 mois pour le VIH et l'hépatite C.	La vérification des facteurs de risque permet de classer la source comme étant à faible ou à haut risque. PPE VIH Voir les recommandations de prophylaxie VIH (tableau page 7). Idéalement, débiter la PPE au VIH dans les 2 premières heures suivant l'exposition. Rien n'indique qu'il existe un bénéfice de la prophylaxie au-delà de 72 h après l'exposition. Dans ces cas, il vaut mieux consulter un expert pour discuter de la décision à prendre quant à une prophylaxie postexposition. PPE VHB Voir les algorithmes « source infectée (HBsAg +) ou source à haut risque » (page 8) ou bien « source non infectée (HBsAg -) ou source à faible risque » (page 9). PPE VHC Il n'existe aucune PPE contre l'hépatite C. Par contre, un diagnostic rapide permet un traitement précoce et un bon taux de guérison.
Sérologie à prescrire à la personne-source au temps 0	
<ul style="list-style-type: none">• Anti-VIH, HBsAg et Anti-VHC;• Si la source est déjà connue porteur du VIH, ajouter : charge virale et CD4.	

Suivi à 48 heures

Prophylaxie postexposition (PPE)	Commentaires / Conduite
<p>PPE au VIH</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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, sauf si l'on estime que la source peut se trouver en période fenêtre (en présence de facteurs de risque au cours des derniers 6 mois). 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); 2. Si aucune PPE n'était justifiée au temps 0, procéder au suivi sérologique (anti-VIH), au suivi de l'apparition des symptômes et au suivi de l'aspect psychologique à 6 semaines, 3 et 6 mois (exceptionnellement à 12 mois). 	<p>PPE VIH</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 VIH (page 7).</p>
<p>PPE contre l'hépatite B</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si source infectée (HBsAg +) ou source à haut risque, consulter l'algorithme (page 8) et prendre les décisions en fonction de l'état vaccinal du travailleur; 2. Si source non infectée (HBsAg -) ou source à faible risque, consulter l'algorithme (page 9) et prendre les décisions en fonction de l'état vaccinal du travailleur; 3. Dans le cas où le travailleur a déjà eu un dosage des anti-HBs ≥ 10 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; 4. Dans le cas où le travailleur n'a pas d'anti-HBs ≥ 10 UI/L documenté par le passé, vérifier les résultats actuels. Si les anti-HBs sont ≥ 10 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 < 10 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 8 ou 9) pour la conduite à tenir; 5. Doser les anti-HBs et les HBsAg à 3 et 6 mois et faire le suivi de l'apparition des symptômes et le suivi de l'aspect psychologique. 	<p>Pour obtenir les résultats des HBsAg à 48 h, il faut contacter le laboratoire à Rimouski (1 418 723-7851).</p> <p>Des anti-HBs ≥ 10 UI/L dans un contexte où la personne a pris des immunoglobulines au cours des 6 mois précédant le prélèvement ne permet 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>PPE VHB Voir les algorithmes « source infectée (HBsAg +) ou source à haut risque » (page 8) ou « source non infectée (HBsAg -) ou source à faible risque » (page 9).</p>
<p>PPE contre l'hépatite C</p> <p>Il n'existe aucune PPE contre l'hépatite C. Il faut procéder au suivi sérologique (anti-VHC et ALT), au suivi de l'apparition des symptômes et au suivi de l'aspect psychologique à 3 mois et 6 mois (exceptionnellement à 12 mois).</p>	<p>PPE VHC</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 6 semaines, 3 mois et 6 mois

VIH	VHB	VHC
<p>Si Anti-VIH - : Répéter anti-VIH à 3 et 6 mois.</p> <p>Si Anti-VIH + :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de confirmation requis; • Considérer les tests suivants : P24, CD4 et charge virale; • Consulter un expert. <p>* 80 % des séroconversions sont détectables à 6 semaines postexposition.</p>	<p align="center">Suivi à 6 semaines</p> <p>Normalement, aucun suivi de l'hépatite B n'est requis à 6 semaines.</p>	<p>Normalement, aucun suivi de l'hépatite C n'est requis à 6 semaines.</p>
<p>Si Anti-VIH - : Répéter anti-VIH à 6 mois.</p> <p>Si Anti-VIH + :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de confirmation requis; • Considérer les tests suivants : P24, CD4 et charge virale; • Consulter un expert. <p>* Plus de 90 % des séroconversions sont détectables à 3 mois.</p>	<p align="center">Suivi à 3 mois</p> <p>Si HBsAg - : Répéter HBsAg à 6 mois.</p> <p>Si HBsAg + :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirme une infection au VHB; • Consulter un expert. <p>Si anti-HBs < 10 UI/L :</p> <p>Absence d'immunité, immunité partielle au vaccin ou taux d'anticorps non détectable avec mémoire immunologique. Doser anti-HBs et HBsAg à 6 mois.</p> <p>Si anti-HBs ≥ 10 UI/L :</p> <p>Immunité due au vaccin, à une infection aiguë résolue ou aux immunoglobulines.</p>	<p>Si anti-VHC - : Répéter anti-VHC à 6 mois.</p> <p>Si anti-VHC + :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirme une infection au VHC; • Consulter un expert. <p>ALT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si résultat ALT normal ou < 2,5 fois la normale : répéter ALT à 6 mois. Considérer diagnostic différentiel; • Si résultat ≥ 2,5 fois la normale : ARN-VHC (dosage quantitatif) et consulter un expert si positif; • Investiguer ALT en fonction du diagnostic différentiel envisagé.
<p>Si Anti-VIH - :</p> <p>Cesser suivi VIH sauf, si la source est co-infectée au VIH et au VHC et que la personne exposée a fait une séroconversion au VHC. Dans ce cas exceptionnel, répéter anti-VIH à 12 mois.</p> <p>Si Anti-VIH + :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de confirmation requis; • Considérer les tests suivants : P24, CD4 et charge virale; • Consulter un expert. <p>* La quasi-totalité des cas sont détectables à 6 mois.</p>	<p align="center">Suivi à 6 mois</p> <p>Si HBsAg - :</p> <p>Absence d'hépatite B aiguë. Cesser le suivi hépatite B.</p> <p>Si HBsAg + :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirme une infection au VHB; • Consulter un expert. <p>Si Anti-HBs < 10 UI/L :</p> <p>Absence d'immunité, immunité partielle au vaccin ou taux d'anticorps non détectable avec mémoire immunologique.</p> <p>Si anti-HBs ≥ 10 UI/L :</p> <p>Immunité due au vaccin, à une infection aiguë résolue ou aux immunoglobulines.</p> <p>* Au-delà de 6 mois, les immunoglobulines ne sont plus détectables dans le sang.</p>	<p>Si Anti-VHC - :</p> <p>Cesser suivi hépatite C sauf si ALT anormaux (alors investiguer en fonction du diagnostic différentiel).</p> <p>Si Anti-VHC + :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirme une infection au VHC; • Consulter un expert. <p>ALT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si résultat ALT normal et anti-VHC négatif, cesser suivi pour hépatite C; • Si résultat anormal et inférieur à 2,5 fois la normale, investiguer selon le diagnostic différentiel envisagé; • Si résultat ≥ 2,5 fois la normale, poursuivre exceptionnellement le dosage anti-VHC au-delà de 6 mois (par exemple à 12 mois) et consulter un expert.

Sujets à aborder à chaque visite

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

Rechercher les symptômes liés à la maladie

VIH

Syndrome de séroconversion

(50 à 80 % des patients)

- Si présent, survient environ de 2 à 8 semaines après la transmission du VIH et peut durer de 1 à 4 semaines;
- Fatigue importante, fièvre > 38°C, adénopathies, céphalée, mal de gorge, myalgies, éruption cutanée.

Phase asymptomatique

- Plusieurs années.

Phase SIDA

- Infections ou cancers opportunistes, anémie, thrombocytopenie, etc.

VHB

Phase aiguë

- Asymptomatique (50 à 70 % des adultes), début insidieux, anorexie, nausées, malaise abdominal diffus, ictère, selles pâles et urines foncées, éruption cutanée (occasionnelle), arthralgies (occasionnelles).

Porteur chronique

- Souvent asymptomatique.

VHC

- Asymptomatique (90 % des cas), fatigue, anorexie, malaises généraux, rarement ictère.

Discuter des résultats de laboratoire

- Expliquer la signification d'un résultat positif ou négatif;
- Insister sur la nécessité d'un suivi d'une durée de 6 mois (et exceptionnellement plus longtemps);
- Discuter de la tolérance aux antirétroviraux en prophylaxie post-exposition (effets secondaires) et de la compliance. Motiver la personne, au besoin, à poursuivre la thérapie postexposition;
- Discuter de la pertinence d'entreprendre ou de compléter une vaccination contre l'hépatite B;
- Discuter de la pertinence d'administrer des immunoglobulines contre l'hépatite B;
- 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;
- 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.

Donner les conseils appropriés

(période de 6 mois)

- Utiliser, comme toujours, des méthodes et des instruments de travail sécuritaires (lavage des mains, gants, lunettes, etc.);
- Adopter des pratiques sexuelles sécuritaires (condom, abstinence). À noter que la possibilité de transmission sexuelle du VHC existe, mais semble faible. Elle est plus élevée pour le VHB et le VIH;
- S'abstenir de donner du sang, du plasma, des organes, des tissus ou du sperme;
- Éviter la grossesse (VIH, VHB, VHC) et éviter l'allaitement (VIH);
- Ne pas partager de rasoir, de brosse à dents, de seringues, comme toujours;
- Réduire les méfaits liés à la toxicomanie, comme toujours : non-partage du matériel de consommation, solutions de rechange à l'injection, abstinence;
- S'assurer que le tatouage, le perçage et l'électrolyse sont faits dans des conditions stériles.

Évaluer l'aspect psychosocial

- 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);
- Rechercher les idéations suicidaires et les symptômes psychotiques;
- Évaluer les difficultés psychologiques associées au plan de traitement, aux mesures de prévention et aux effets indésirables des antirétroviraux;
- Évaluer les répercussions de l'événement sur la qualité de vie et sur la capacité de retourner au travail;
- Évaluer l'isolement social et les difficultés relationnelles;
- Évaluer la capacité à s'organiser, à mener à terme les tâches personnelles et professionnelles et à s'occuper de ses besoins de base;
- 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.).

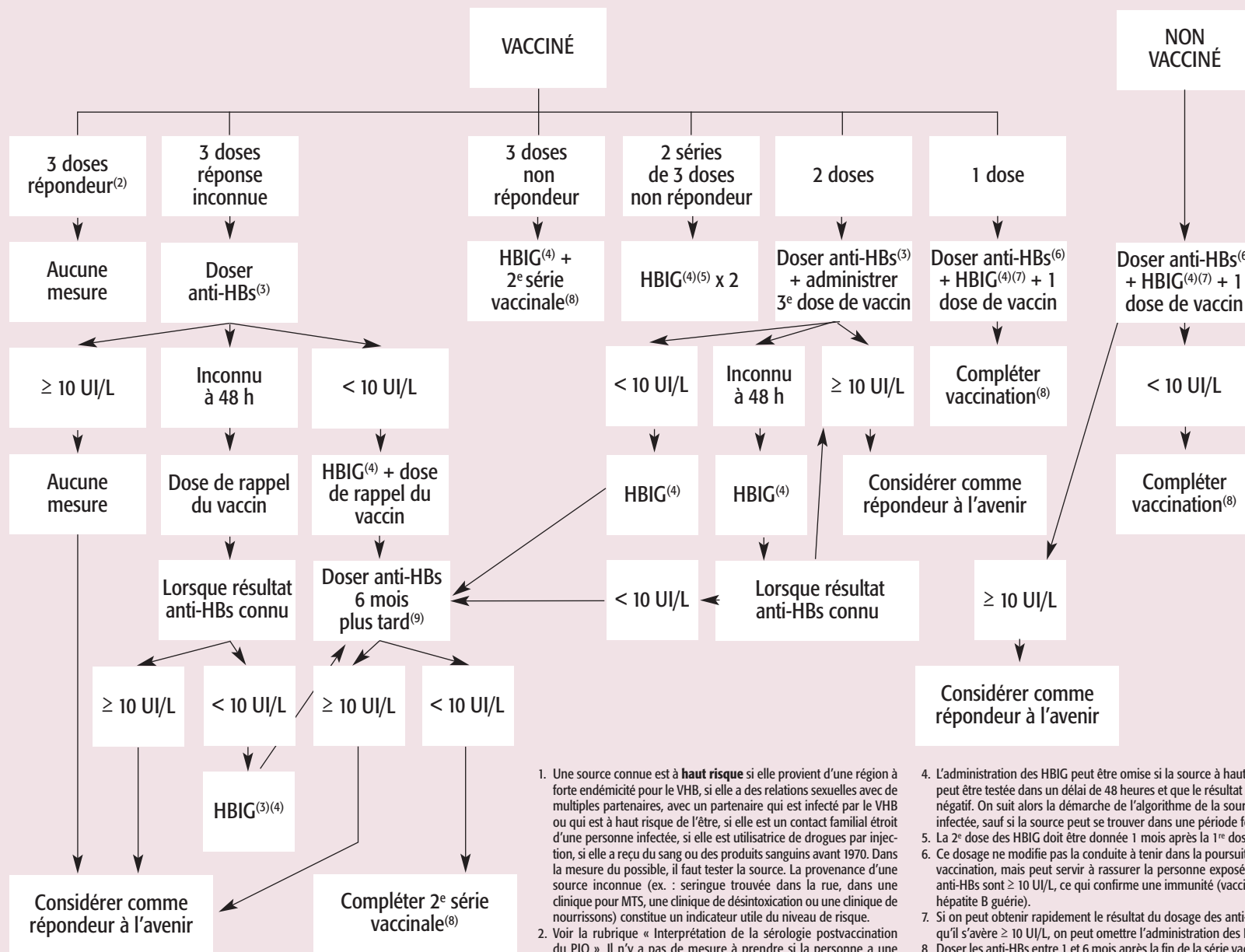
Recommandations de prophylaxie VIH

(pour des expositions percutanées, sur une muqueuse ou une peau non saine et selon le statut de la source)

	VIH positif (classe 1) < 1500 copies/ml	VIH positif (classe 2) >1500 copies/ml	Statut VIH inconnu Source non testée ou résultat non disponible	Source inconnue Liquide d'origine inconnue et non testé	VIH négatif
Risque de transmission non accru ¹ (expositions percutanées)	Recommander une bithérapie ²	Recommander une trithérapie ²	Généralement, PPE non justifiée. Considérer une bithérapie ² pour une source avec des facteurs de risque au VIH. La PPE doit être interrompue advenant un résultat négatif de l'anti-VIH chez la source ³ .	Généralement, PPE non justifiée. Une bithérapie ² pourrait être décidée conjointement entre le médecin et la personne exposée.	PPE non justifiée S'il y a lieu, prendre en considération la possibilité d'une période fenêtre chez la source.
Risque de transmission accru ¹ (expositions percutanées)	Recommander une trithérapie ²	Recommander une trithérapie ²	Généralement, PPE non justifiée. Considérer une bithérapie ² pour une source avec des facteurs de risque au VIH. La PPE doit être interrompue advenant un résultat négatif de l'anti-VIH chez la source ³ .	Généralement, PPE non justifiée. Une bithérapie ² pourrait être décidée conjointement entre le médecin et la personne exposée.	PPE non justifiée S'il y a lieu, prendre en considération la possibilité d'une période fenêtre chez la source.
Petite surface (exposition sur une muqueuse ou une peau non saine)	Recommander une bithérapie ²	Recommander une bithérapie ²	Généralement, PPE non justifiée.	Généralement, PPE non justifiée.	PPE non justifiée
Grande surface (exposition sur une muqueuse ou une peau non saine)	Recommander une bithérapie ²	Recommander une trithérapie ²	Généralement, PPE non justifiée. Si l'exposition à une personne infectée au VIH est probable, une bithérapie ² pourrait être décidée conjointement entre le médecin et la personne exposée.	Généralement, PPE non justifiée. Une bithérapie ² pourrait être décidée conjointement entre le médecin et la personne exposée.	PPE non justifiée

1. Le risque de transmission est **accru** dans les situations suivantes pour une exposition percutanée : présence de sang visible sur l'instrument, aiguille creuse, instrument ayant été directement en contact avec un vaisseau sanguin, blessure profonde chez la personne exposée, source en phase sida ou symptomatique.
2. **Bithérapie** (Combivir[®], 1 comprimé 2 fois par jour pour 28 jours); **trithérapie** (Combivir[®], 1 comprimé 2 fois par jours pour 28 jours + Kaletra[®], 3 comprimés deux fois par jour pour 28 jours).
3. Cette PPE sera toutefois poursuivie si l'on estime que la source peut se trouver dans une période fenêtre.

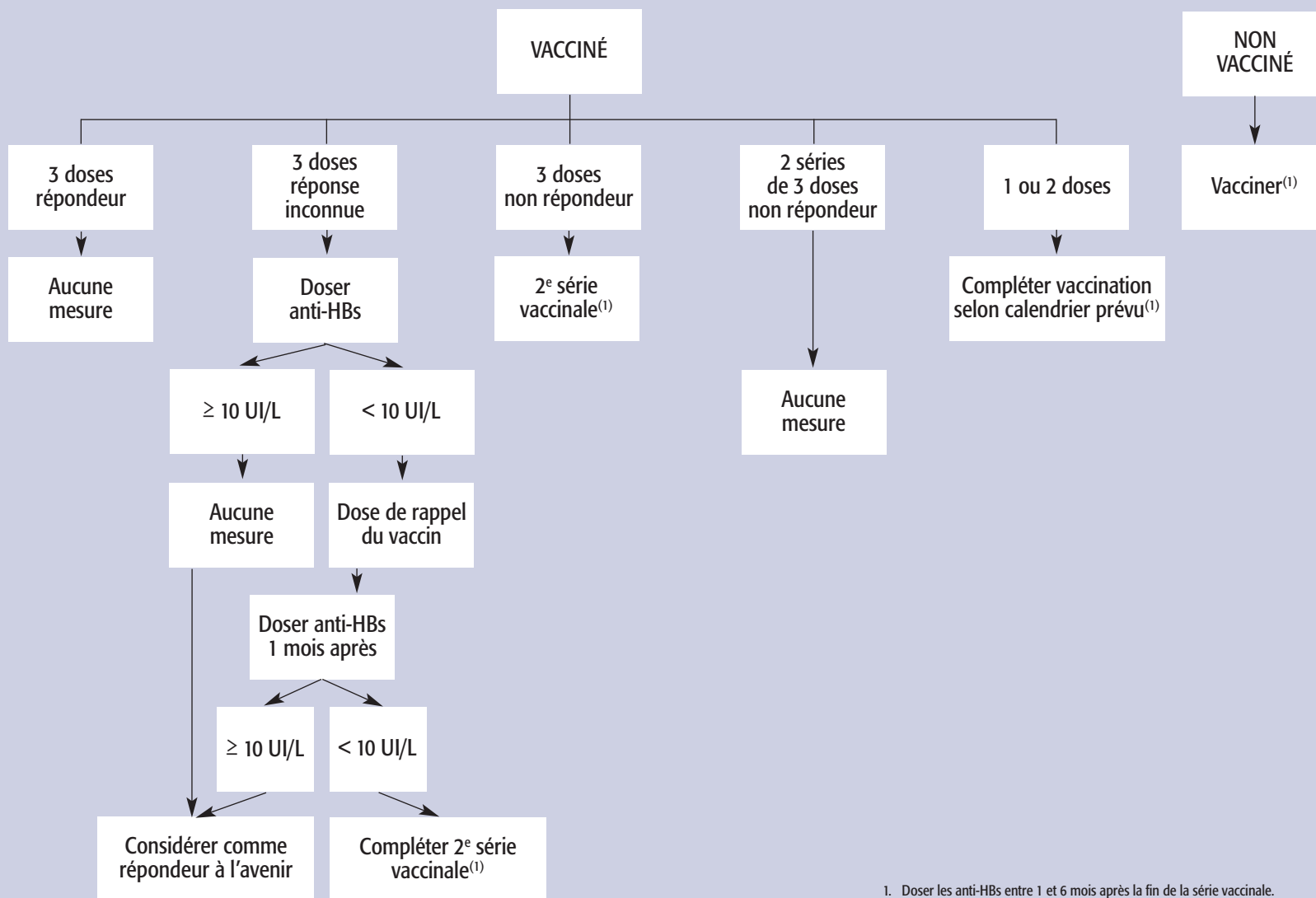
Hépatite B : source infectée (HBsAg +) ou source à haut risque⁽¹⁾



1. Une source connue est à **haut risque** si elle provient d'une région à forte 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 MTS, une clinique de désintoxication ou une clinique de nourrissons) constitue un indicateur utile du niveau de risque.
2. Voir la rubrique « Interprétation de la sérologie postvaccination du PIQ ». 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, sauf si la source peut se trouver dans une période fenêtre.
5. La 2^e dose des HBIG doit être donnée 1 mois après la 1^{re} 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 si les anti-HBs sont ≥ 10 UI/L, ce qui confirme une immunité (vaccination, hépatite B guérie).
7. Si on peut obtenir rapidement le résultat du dosage des anti-HBs et qu'il s'avère ≥ 10 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.

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



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

*Agence de la santé et
des services sociaux
de la Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine*

Québec 