

# Le traitement post exposition après exposition au sang (GERES)

## INDICATIONS DE TPE APRÈS EXPOSITION AU SANG (HORS PARTAGE DE MATÉRIEL D'INJECTION) OU LIQUIDE BIOLOGIQUE

(extrait du rapport Morlat 2017)

	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
Risque et nature de l'exposition	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
<b>Risque important :</b> piqûre profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artériel ou veineux)	TPE recommandé	TPE non recommandé *	TPE recommandé
<b>Risque intermédiaire :</b> - coupure avec bistouri - piqûre avec aiguille IM ou SC - piqûre avec aiguille pleine - exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > à 15 minutes	TPE recommandé	TPE non recommandé *	TPE non recommandé
<b>Risque faible :</b> - piqûres avec seringues abandonnées - crachats, morsures ou griffures, autres cas	TPE non recommandé		
* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivi et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de 6 mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra 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)			

## INDICATIONS DE LA SÉROVACCINATION VHB

(extrait du rapport Morlat 2017)

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) de la personne source	
	Positif	Inconnu
<b>Vacciné répondeur</b> (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien
<b>Vacciné non répondeur</b> (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
<b>Non vacciné</b>	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**
* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE		
** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique sub-saharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples		

# Suivi sérologique et TPE

## SUIVI BIOLOGIQUE EN CAS D'EXPOSITION AU SANG OU LIQUIDE BIOLOGIQUE

Voir le tableau ci-dessous (d'après des recommandations du groupe d'experts)

- **Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant** (septembre 2017) en ligne sur le site du CNS (conseil national du sida et des hépatites virales)

J1-J7	- Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (si non-vacciné) - ALAT - créatinine, test de grossesse (si indication de TPE)
S2	- ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie)
S6	Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable) ALAT et ARN VHC (si ARN VHC+ chez sujet source)
S12	- Sérologie VIH* - Sérologie VHC - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu)
* la sérologie VIH à S12 n'est à réaliser qu' en cas de TPE ; elle est supprimée en l'absence de TPE depuis l'arrêté du 26 mai 2019	