

22 – TRAITEMENT POST EXPOSITION SEXUELLE AU VIH, VHB ET VHC

***FJ. Timsit, Ch. Vernay-Vaisse, C. Derancourt, R. Viraben,
Ch. Chartier, N. Spenatto et la Section MST de la SFD***

La prescription d'une trithérapie antirétrovirale après une relation sexuelle à risque de transmission du VIH est devenue une pratique courante, après qu'elle ait été proposée pour la première fois en 1997. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du VIH et fait l'objet de recommandations régulièrement mises à jour dans le rapport d'experts. Le dépistage des hépatites B et C et d'autres MST y est associé.

Étapes de la prise en charge

Toute exposition sexuelle au risque de transmission des virus VIH, VHB et VHC doit faire l'objet, dans les meilleurs délais (toujours avant 48 H) d'une consultation médicale, soit aux urgences hospitalières, soit d'emblée auprès d'un médecin référent d'un service spécialisé. Cette consultation a pour objet d'évaluer le risque de transmission des virus VIH, VHC et VHB, de faire un bilan initial et de délivrer, si l'indication en est posée, une trithérapie à visée prophylactique pour une durée de 3 ou 5 jours. Ce traitement sera réévalué secondairement par un médecin référent qui prescrira le traitement de quatre semaines et mettra en place la surveillance, clinique, biologique et sérologique.

Dans tous les cas, il faut essayer de faire un contrôle sérologique au partenaire source s'il est connu. Ceci ne doit pas retarder la mise en route du traitement qui pourra être interrompu secondairement. Il est nécessaire d'insister sur l'urgence de ce traitement qui doit être pris le plus tôt possible au mieux dans les quatre premières heures. Si les deux partenaires consultent ensemble, un test Elisa dont le résultat peut être obtenu rapidement peut être proposé. S'il est négatif, il permettra d'éviter ou d'arrêter rapidement le traitement. Ce test doit toujours être couplé à un interrogatoire concernant les prises de risque dans les deux semaines précédentes. Les TROD n'offrent pas la même sécurité car ils ne permettent pas de dépister les primo infections VIH qui sont à l'origine de nombreuses contaminations aujourd'hui.

Ce temps de traitement post-exposition (TPE) doit être l'occasion d'un travail de prévention et d'information-conseil avec le ou les partenaires concernés par cet accident.

Évaluation du risque et indications thérapeutiques (tableau I)

Elle prend en compte le type d'exposition et le statut de la personne source. Les pénétrations anales et vaginales, insertives ou réceptives, non protégées ou avec rupture de préservatif sont considérées comme des risques majeurs pour lesquels des probabilités de transmission par acte sexuel (PTAS) ont été évaluées (Tableau I). Pour les fellations, le risque de transmission existe et doit être envisagé au cas par cas. Certains facteurs augmentent le risque de transmission : l'infectiosité du partenaire source, le saignement pendant les rapports sexuels, les règles, l'existence d'une MST ou d'une ulcération associée. Ils doivent être pris en compte.

Si le statut du partenaire source n'est pas connu, on doit considérer la prévalence théorique de l'infection VIH dans la population à laquelle appartient le partenaire source. On estime la prévalence de l'infection VIH à 0.1 % dans la population hétérosexuelle non toxicomane (UDI = usager de drogue injectable), à 18 % dans la population homosexuelle non UDI et à 17 % dans la population UDI. Si le partenaire source est séropositif pour le VIH non traité, le traitement est toujours indiqué en cas de pénétration et discuté en cas de fellation. S'il est traité depuis > 6 mois avec une charge virale indétectable et des CD4 > 500, le traitement peut se discuter ; la charge virale doit être contrôlée pour s'assurer de son indétectabilité au moment de l'accident.

En cas d'agression sexuelle, compte-tenu du caractère souvent traumatique du rapport et de la notion d'appartenance de l'agresseur à un groupe où la prévalence d'infection VIH est élevée (5 % environ selon les données recueillies auprès des urgences médico-judiciaires) le traitement est recommandé.

Traitement

Il faut informer le patient de l'efficacité démontrée de la zidovudine dans la prévention de la transmission mère enfant et de la contamination VIH après piqûre chez les soignants mais aussi du risque d'échec, des effets indésirables des traitements et de l'importance de l'observance. Chez la femme il faut demander un test de grossesse et proposer si besoin une contraception d'urgence. De même, il faut insister sur l'importance du suivi jusqu'à 3 mois après la fin du traitement

Le traitement sera délivré au départ pour une durée de 3 à 5 jours et réévalué par un médecin référent après ce délai.

Il se fait avec une combinaison triple. Le plus souvent on a recours à un traitement standardisé de 2 analogues nucléosidiques (Truvada* ou Combivir* en cas d'atteinte rénale préexistante) et d'une antiprotéase, le Kalétra* longtemps utilisé tend à être remplacé par l'association Norvir*-Prezista* beaucoup mieux toléré.

Certaines molécules sont contre indiquées en raison du risque d'effets indésirables : Ziagen*, les analogues non nucléosidiques de première génération (Sustiva*, Viramune*) ou faute d'évaluation dans cette indication (Edurant*, Intelence*)

L'Isentress* (anti-intégrase) a été évalué dans plusieurs essais. Beaucoup mieux toléré, il n'est pas recommandé de première intention du fait de son coût élevé.

Si le partenaire source est séropositif connu et traité le choix des molécules tient compte du traitement, du niveau de charge virale et de l'histoire thérapeutique du patient source (notamment de la connaissance de résistances à certaines molécules).

Un traitement anti-nauséeux et anti-diarrhéique peut être associé.

La durée totale du traitement est de 4 semaines.

Le traitement antirétroviral à visée prophylactique est délivré uniquement par les pharmacies hospitalières.

Chez la femme enceinte le choix thérapeutique prend en compte le risque de primo infection pendant la grossesse et celui lié à la toxicité possible des médicaments. Il n'y a pas de restriction à l'utilisation d'une trithérapie avec antiprotéase. La prescription se fait selon les règles usuelles en excluant les médicaments contre indiqués pendant la grossesse.

Transmission du VHB

Elle doit être considérée chez toute personne non vaccinée ou dont la réponse vaccinale n'est pas documentée (le taux protecteur d'anticorps anti-HBs est > 10 ui/l), après exposition sanguine ou sexuelle, sauf si le partenaire source n'est pas porteur de l'Ag HBs.

Elle est au mieux prévenue par la sérovaccination dans les 48 heures : injection de 500 UI d'immunoglobulines anti-HBs et d'une dose de vaccin anti HBV le même jour en deux sites différents.

Transmission du VHC

Elle concerne essentiellement les expositions au sang ou à des liquides biologiques contenant du sang. Récemment des cas de transmission sexuelle du virus de l'hépatite C ont été rapportés chez des homosexuels séropositifs incitant à une plus grande vigilance de dépistage chez ces patients. Il n'existe pas de traitement prophylactique, en revanche un traitement précoce au moment de la primo infection VHC permet la guérison dans un grand nombre de cas.

La surveillance sérologique après exposition se fait :

- Si le patient est traité pour le VIH à J0, 1 mois, 2 mois et 4 mois avec la sérologie VHC et les ALAT ; la PCR VHC est indiquée en cas d'élévation des ALAT.

- Si le patient n'est pas traité pour le VIH les contrôles sérologiques sont faits à J0 et à 6 semaines
- Si le patient source est virémique pour le VHC, on ajoute un contrôle de la PCR VHC à M1 ou 6 semaines selon que le patient a été traité pour le VIH ou non.

Suivi et surveillance pour les 3 infections

- Dans les 48 premières heures :
 - Sérologies VIH, VHB, VHC
 - Sérologie syphilis
 - NFS, ALAT
 - créatinine
 - test de grossesse
- Bilan à J15 pour les sujets traités :
 - NFS, ALAT, créatinine
- Bilan à M1 :
 - NFS, ALAT, créatinine
 - Sérologies VHB, VHC
 - Recherche des MST (syphilis, TAAN CT)
 - Sérologie VIH pour les patients non traités
- Bilan M2-3 :
 - Sérologie VIH, VHB, VHC
 - ALAT
- Bilan M4 :
 - Sérologies VIH, VHB, VHC
 - (3 mois après l'arrêt du traitement)

Exposition sexuelle au VIH, VHB et VHC
Les grandes étapes de la prise en charge :

- **Le plus rapidement possible (< 48 H)**
 - **Evaluer le risque de transmission**
 - **Contrôler la sérologie du partenaire source**
 - **Décider ou non d'un traitement**
- **Organiser :**
 - **la surveillance sérologique**
 - **le suivi thérapeutique**
- **Tenter un peu de prévention**

RÉFÉRENCES :

1. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : recommandations du groupe d'experts, Rapport 2013, sous la direction du Pr Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Tableau I : Indication du TPE après exposition sexuelle

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	VIH positif		VIH non connu	
	CV détectable	CV indétectable*	Groupe à prévalence élevée***	Groupe à faible prévalence
Rapport anal réceptif	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé**	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé**	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé**	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation	TPE recommandé	TPE non recommandé**	TPE recommandé	TPE non recommandé

* Personne source charge virale indétectable < 20 copies depuis plusieurs mois avec un taux de CD4 > 500

** envisager en cas de facteurs augmentant le risque de transmission : viol, saignement, IST ou ulcération associée...

*** HSH, UDI, hétérosexuels multi partenaires, personne originaire d'une région où la prévalence de l'infection VIH > 1 %