



Prophylaxie consécutive à une exposition au VIH : nouvelles recommandations

Même si le risque moyen d'infection par le VIH après une exposition percutanée à du sang infecté par le VIH n'est que de 0,3 %, les travailleurs du secteur de la santé ont été heureux d'apprendre qu'une prophylaxie à la zidovudine (AZT) après une exposition peut réduire le risque de jusqu'à 79,0 %. Les Centers for Disease Control

and Prevention (CDC)³ des États-Unis ont révisé leurs recommandations pour tenir compte de l'atout plus important que peut constituer une médication combinée, surtout après une exposition massive ou lorsqu'il peut y avoir pharmacorésistance (tableau 1).

L'évaluation consécutive à l'exposition devrait tenir compte de la nature de l'exposition, de la probabilité d'infection par le VIH chez le patient d'origine et, dans les cas d'infection connue, le titre de VIH et la probabilité de pharmacorésistance. Il est crucial que le travailleur exposé reçoive des conseils appropriés, et il faut peser le risque d'infection en regard de la toxicité possible des agents antirétroviraux. Lorsque qu'elle est administrée, la prophylaxie devrait commencer dans l'heure ou les 2 heures qui suivent l'exposition et se poursuivre pendant 4 semaines.

Il faut demander conseil à un expert en thérapie antirétrovirale en cas de pharmacorésistance possible. L'AZT prophylactique dans la dose recommandée est bien toléré, mais des doses plus fortes peuvent causer des symptômes gastro-intestinaux, la fatigue et des maux de tête. On établit un lien entre l'AZT administré au cours du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse et une anémie bénigne réversible chez le nourrisson, mais on n'a établi aucun lien avec des effets indésirables chez la mère. Son utilisation au cours du premier trimestre a été très peu étudiée³. La toxicité du 3TC et de l'IDV prophylactique est incertaine, et la sécurité de ces médicaments au cours de la grossesse n'a pas été établie.

Certains centres envisagent d'appliquer à d'autres situations, comme le cas d'agression sexuelle, les lignes directrices sur la prophylaxie consécutive à l'exposition. Tout comme l'utilisation d'une thérapie combinée que préconise le CDC, de telles extrapolations sont fondées sur des données scientifiques solides, mais elles sont difficiles à vérifier objectivement. Il est probable que des lignes directrices bien rédigées réduiront le risque d'infection par le VIH chez les travailleurs de la santé et d'autres personnes. Il faut appliquer de telles lignes directrices de façon intelligente afin d'éviter le gaspillage, les effets secondaires inutiles et le détournement de médicaments d'applications dont les avantages sont plus clairs. Les médecins devraient demeurer à l'affût des recommandations à mesure qu'elles évoluent et s'assurer d'avoir à portée de la main les médicaments nécessaires.

David M. Patrick, MD, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver

Tableau 1 : Sommaire des recommandations du CDC au sujet de la prophylaxie consécutive à une exposition au VIH^a

Type d'exposition	Intervention*
Exposition percutanée massive (p. ex., blessure profonde avec une aiguille de gros calibre auparavant plongée dans une veine ou une artère du patient) ou exposition à un volume moindre de sang de titre élevé de VIH	Recommandé : AZT (200 mg 3 fois par jour) et 3TC (150 mg 2 fois par jour) avec ou sans IDV†
Exposition percutanée massive (comme ci-dessus) à du sang de titre élevé de VIH	Recommandé : AZT (200 mg 3 fois par jour) et 3TC (150 mg 2 fois par jour) et IDV (800 mg 3 fois par jour)‡
Exposition percutanée à un volume moindre de sang de titre peu élevée, à un liquide contenant du sang visible ou à un autre tissu ou liquide qui peut être infectieux (sperme; sécrétions vaginales; liquide céphalo-rachidien, pleural, péritonéal, péricardique ou amniotique)	Offrir : AZT (200 mg 3 fois par jour) et 3TC (150 mg 2 fois par jour)
Exposition de membranes muqueuses ou de peau à risque élevé à du sang§	Offrir : AZT (200 mg 3 fois par jour) et 3TC (150 mg 2 fois par jour) avec ou sans IDV†
Exposition de membranes muqueuses ou de peau à risque élevé à un liquide contenant du sang visible ou à d'autres liquides ou tissus qui peuvent être infectieux	Offrir : AZT (200 mg 3 fois par jour) avec ou sans 3TC
Exposition percutanée de membranes muqueuses ou de peau à d'autres liquides corporels (p. ex., urine)	Ne pas offrir de prophylaxie

*AZT = zidovudine, 3TC = lamivudine, IDV = indinavir.

†Le risque de toxicité du médicament additionnel pourrait être plus grand que ses avantages.

‡Si l'on n'a pas d'IDV, on peut le remplacer par du saquinavir (600 mg 3 fois par jour).

§Exposition de peau à risque élevé = teneur élevée en VIH chez le patient d'origine; contact prolongé; superficie importante en cause; intégrité de la peau compromise.

Références

1. Tokars JI, Marcus R, Culver DH, Schable CA, McKibben PS, Bandea CI, et al, for the CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group. Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood. *Ann Intern Med* 1993;118:913-9.
2. Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood — France, United Kingdom, and United States, January 1988–August 1994. *MMWR* 1995;44:929-33.
3. Update: provisional public health service recommendations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. *MMWR* 1996;45:468-72.