

Traitements d'urgence

Traitement initial des réactions anaphylactiques sévères hors de l'hôpital.
Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à des produits biologiques.

Traitement initial des réactions anaphylactiques sévères

Hors de l'hôpital (fig. 1)

(d'après la revue *Prescrire* 2001 ; 21 : 297).

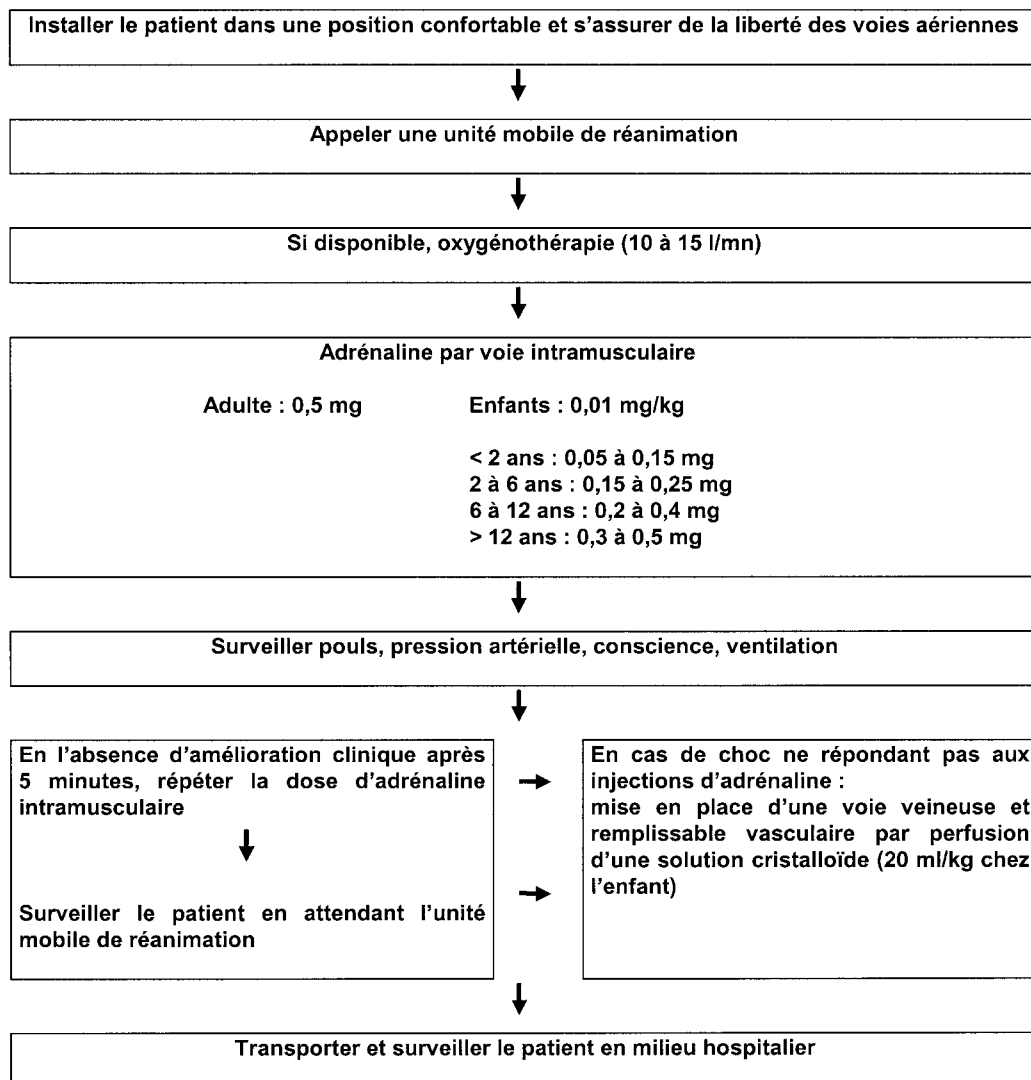


Fig. 1. Traitement initial des réactions anaphylactiques sévères hors de l'hôpital

Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang**Accidents d'exposition au sang**

Le risque de contamination par le VIH après un accident exposant au sang (AES) est faible, de l'ordre de 0, 3 p. 100 après piqûre.

Cependant, ce risque dépend de la gravité de l'accident (profondeur, inoculation de sang, nature de l'aiguille) et du statut infectieux du patient source (intensité de la charge virale).

De plus il ne faut pas oublier que le risque de transmission des virus des hépatites, en particulier B, lors d'un AES est supérieur à celui du VIH (20 à 30 p. 100 pour le VHB et de l'ordre de 3 p. 100 pour le VHC), soulignant l'importance de la vaccination contre l'hépatite B.

Malgré tous les efforts de prévention, des accidents peuvent toujours survenir. Conformément à la circulaire D65/DH/DRT/DSS du 9 avril 1998, un dispositif est en place dans les hôpitaux pour que toute personne exposée lors d'un accident à risque de contamination par le VIH puisse bénéficier rapidement d'un traitement anti-rétroviral adapté.

Ceci suppose une procédure disponible à tout moment pour accompagner la personne accidentée, faciliter les démarches, contacter le médecin du patient source etc.

Le circuit est résumé dans la *figure 2*.

QUI PRESCRIT ?

Ce sont les médecins référents, c'est à dire des médecins spécialisés en infectiologie ou familiers des traitements anti-rétroviraux (selon les sites hospitaliers dermatologues, urgentistes...). Il existe un service de garde dans chaque hôpital. La nuit l'appel se fait au senior des urgences puis un rendez-vous est habituellement fixé avec le médecin référent d'astreinte le lendemain si une décision thérapeutique est prise. C'est alors que le feuillet « consultation initiale » du dossier Institut National de Veille Sanitaire est rempli, dont un exemplaire sera adressé au médecin du travail. Il est indispensable de remplir le certificat initial d'accident du travail.

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS DE DÉCISION ?

La décision de traiter ou non est prise au cas par cas par le médecin référent et la personne accidentée en prenant en compte :

– la nature de la blessure : profondeur, type de matériel, présence ou non de sang, nature du geste en cours. Il est donc important de colliger tous ces éléments au moment de l'accident.

– le statut du patient source et son histoire médicale et thérapeutique si elle est connue et suivie. Il est donc important de prendre immédiatement contact avec le médecin traitant du patient pour remplir une fiche patient-source.

– La situation et le souhait de la personne exposée.

Le médecin potentiellement contaminé doit fournir toutes ces indications au médecin référent qui à son tour lui indique les risques de contamination, les possibilités thérapeutiques et les effets secondaires des traitements proposés. Le choix du traitement est fonction des éléments qui permettent de juger de l'importance de la charge virale du patient source, de la sensibilité aux anti-rétroviraux, de la population virale en cause.

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT

Lorsque le statut sérologique du patient source est inconnu, un test sérologique peut être pratiqué, avec son accord, le plus rapidement possible, sur prescription du médecin hospitalier ou du médecin référent. Un test rapide peut être réalisé 24 H/24 chez le patient source dans les laboratoires de virologie ou de garde hospitaliers (prendre accord téléphonique). Le résultat de ce test peut aider à prendre une décision de traitement en urgence, mais une confirmation par un test Elisa doit être pratiquée impérativement dans les 48 H au laboratoire de virologie.

Lorsque le statut virologique du patient source ne peut pas être connu (patient parti, décédé ou aiguille qui traîne...) la décision de traiter dépend : a) de la gravité de l'exposition ; b) de la possibilité épidémiologique et clinique de l'infection VIH chez le patient source. Cette estimation est faite au cas par cas par le médecin référent avec les indications des témoins de l'AES.

QUEL TRAITEMENT ?

Si une prophylaxie est indiquée, l'association d'anti-rétroviraux sera choisie au cas par cas en tenant compte des critères de gravité et des traitements reçus par le patient source.

Le délai de mise en route du traitement doit être le plus court possible, dans les 4 heures qui suivent l'accident. Il peut toutefois être institué jusqu'à 48 H après l'accident. La durée du traitement est de 4 semaines.

Un traitement peut être institué selon la gravité de l'accident sans connaissance sérologique du patient source : il est poursuivi ou interrompu après le résultat de la sérologie dont le résultat parvient au médecin référent. Les traitements sont délivrés en urgence par la pharmacie hospitalière sur la présentation d'une ordonnance pré imprimée et remplie par le médecin référent ou le médecin des urgences.

La personne exposée, qu'elle ait été traitée ou non, doit consulter en médecine du travail pour envisager un suivi sérologique (VIH, VHC), vérifier sa vaccination contre l'hépatite B et documenter l'accident. La personne exposée et traitée doit être également revue au moins une fois par le médecin référent à 15 jours de traitement puis en fin de traitement. Cela permet de vérifier l'observance du traitement, de répondre à d'autres questions éventuelles et d'évaluer la tolérance du traitement.

1. Nettoyage immédiat de la plaie + antiseptie

* Tout accident survenant en contact avec du sang, comportant une effraction cutanée (piqûre, coupure) ou une projection sur muqueuse ou peau lésée *

2. Contact :

Identification du médecin référent :

Service :

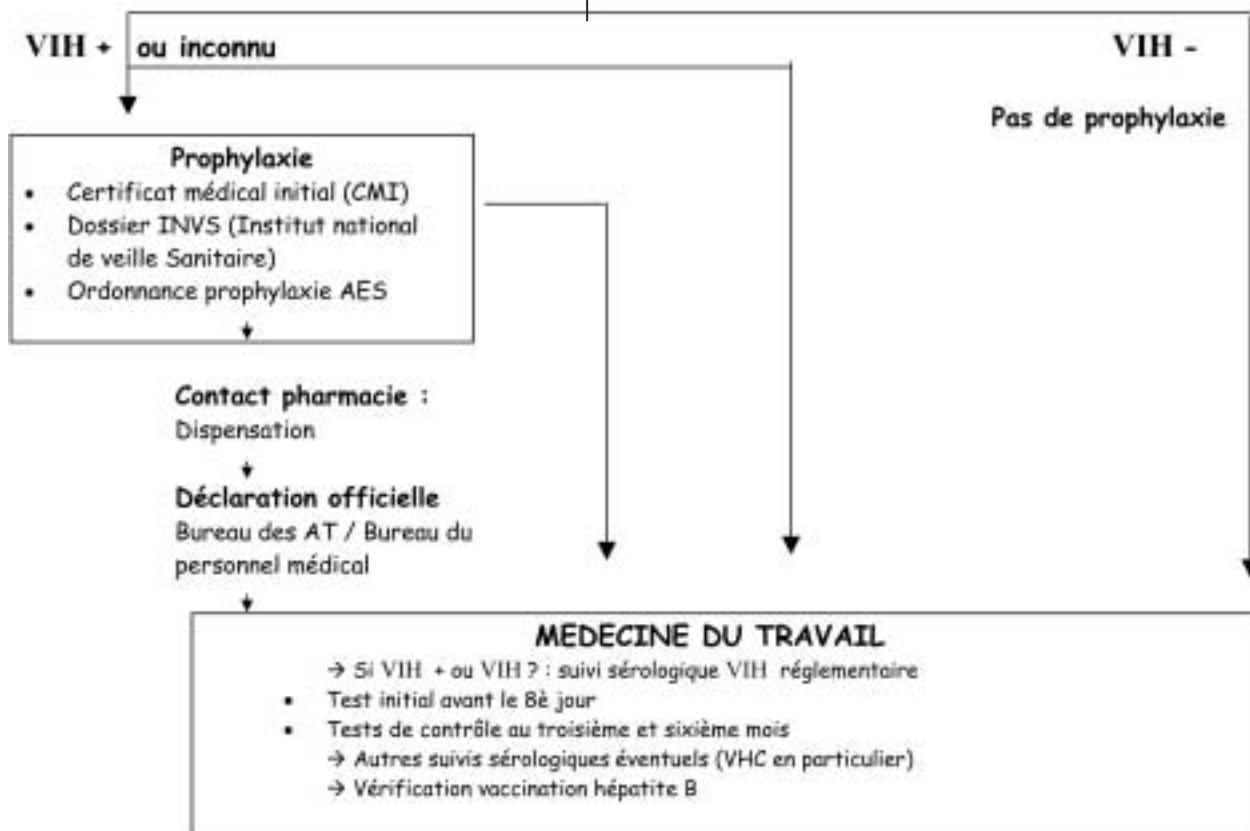
Téléphone :

CISIH :

- Notification de l'AES au cahier des accidents (cahier d'infirmier)
- Description précise : nature, blessure, profondeur, présence de sang ou non.
- Liaison avec le médecin traitant ou du service : identification du statut sérologique du patient (VIH VHC, VHB)

Fiche patient source
Anonymisée et en double exemplaire (1 exemplaire remis à l'agent blessé pour le médecin référent)
Statut viral - Traitements reçus ou en cours - charge virale.
Contact médecin référent infectiologues/dermatologue ou senior des urgences
Ouverture fiche médicale post exposition (document INVS)

Recherche statut VIH + VHC (+VHB si nécessaire*)
du patient contaminant potentiel



* si agent exposé non vacciné ou non répondeur à la vaccination

Fig. 2. Procédure à suivre post exposition au sang contaminé et prophylaxie.