Exposition sexuelle à risque

Le Dr Claude Fortin, MD, FRCPC

Un patient séronégatif appelle son omnipraticien [illegible] inquiet, car il a eu des relations non-pro[illegible] personne peut-être séropositive [illegible]

Que faire?

Quelle est l[illegible]

Copyright©
Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer une copie pour leur usage personnel

[illegible] au VIH fait l'ob-[illegible] données cliniques prospectives. [illegible] sur des bénéfices possibles d'une prophy-[illegible] (PPE) antirétrovirale extrapolés à partir d'éviden-ces [illegible] études animales, de l'expérience de la prophylaxie post-natale, de petites études observationnelles et de quelques cas cliniques.

Évidemment, tous ces bénéfices sont à mettre dans la balance avec les effets adverses potentiels d'une thérapie antirétrovirale; le niveau de risque d'une exposition doit donc être suffisamment élevé pour que les bénéfices d'administrer une PPE surpassent les risques de toxicité.

L'évaluation

Les points importants à évaluer immédiatement lorsqu'un patient se présente suite à une exposition sexuelle à risque sont les suivants :

1. L'exposition a-t-elle eu lieu il y a moins ou plus de 72 heures?

Les données disponibles indiquent que la PPE est moins susceptible d'être efficace lorsqu'elle est débutée plus de 72 heures après l'expo-sition au VIH.

2. De quelle type de relation sexuelle s'agit-il?

Le risque d'acquisition de l'infection par le VIH diffère selon le type d'exposition sexuelle. Le plus haut risque se retrouvant avec la relation anale réceptive. Les autres types

Le Dr Claude Fortin est microbiologiste-infectiologue, membre actif de l'Unité Hospitalière de Recherche, d'Enseignement de Soins pour le SIDA (UHRESS), CHUM Hôpital Notre-Dame.

de relations, soit la relation anale insertive, la relation vaginale et les relations orales sont à un niveau de risque considérablement plus bas. Il va sans dire que l'utilisation d'un condom diminue le risque de façon telle que la PPE n'est jamais recommandée dans de tels cas, à moins d'un bris du condom.

3. La source est-elle séropositive pour le VIH?

Si la source est séropositive, l'exposition est à risque substantiel. Si le statut de la source est inconnu, le risque est considéré comme pouvant être accru si cette personne fait partie d'un groupe épidémiologique à risque d'infection par le VIH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, utilisateurs de drogues intraveineuses ou les travailleurs de l'industrie du sexe. Si la source est disponible pour subir un test de dépistage VIH, une PPE peut être débutée en attendant le résultat de la sérologie et cessée, ou continuée, lorsque le résultat de la sérologie est connu.

Le traitement

Une PPE de 28 jours est donc recommandée pour les personnes consultant moins de 72 heures après une exposition sexuelle avec un individu infecté par le VIH, lorsque l'exposition représente un risque substantiel de transmission du VIH.

Le risque d'acquisition de l'infection par le VIH diffère selon le type d'exposition sexuelle; le plus haut risque se retrouvant avec la relation anale réceptive.

Aucune recommandation générale ne peut être émise pour les personnes consultant moins de 72 heures après une exposition sexuelle avec un individu dont le statut VIH est inconnu. Les cliniciens doivent évaluer sur une base « cas par cas » chaque situation.

Une relation anale réceptive et/ou une personne source faisant partie d'un groupe épidémiologique à risque d'infection par le VIH devraient inciter à l'administration d'une PPE, alors qu'une relation orale et/ou une personne source ne faisant pas partie d'un groupe à risque devraient inciter à ne pas admi-nistrer de PPE.

Aucune PPE n'est en général recommandée pour les personnes consultant plus de 72 heures après une exposition sexuelle à risque d'acquisition de l'infection par le VIH.

Le régime antirétroviral

Le choix du régime antirétroviral à prescrire est basé sur :

- la disponibilité des médicaments au Québec
- leur profil de toxicité et leur activité antirétrovirale contre certaines souches de VIH arborant des mutations de résistance.

Le choix optimal actuel semble être l'association d'AZT et de 3TC; 1 comprimé deux fois par jour par voie orale et l'association de lopinavir potentialisé avec ritonavir; 3 comprimés deux fois par jour par voie orale. Une trithérapie est le choix théorique logique, compte tenu de la plus grande puissance d'un tel régime.

Lorsque le médecin a des incertitudes sur l'adhérence du patient au traitement, ou lorsque le patient a des inquiétudes concernant la toxicité, une bithérapie avec AZT-3TC seul peut être raisonnablement prescrite.

La PPE sexuelle n'étant pas considérée comme le traitement d'une MTS, il n'y a donc pas de code particulier à inscrire sur la prescription qui sera vue par les yeux de la RAMQ, comme n'importe quelle autre prescription.

Ligne directe « Consultation SIDA »

Si vous avez des questions concernant la prise en charge d'une situation d'exposition spécifique à laquelle vous faites face, sachez qu'il existe une ligne téléphonique « Consultation SIDA » à l'intention des médecins du Québec. Vous avez la possibilité via cette ligne téléphonique de parler à un médecin du réseau des UHRESS, qui pourra répondre à vos questions concernant la PPE sexuelle.

Le numéro pour la région de Montréal est le 849-5520 et pour le reste du Québec le 1-800-363-4814.

Le suivi

Il est important ensuite d'assurer le suivi du patient à qui l'on prescrit une PPE pour la prise en charge des effets secondaires clini-ques et paracliniques potentiels, pour les contrôles sérologiques requis à trois et six mois, ainsi que pour la réassurance et le support psychologique. *Clin*

Référence :
Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupationnal Exposure to HIV, Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Servises, MMWR, January 21, 2005, 54 (rr02) : 1-20