

PROPHYLAXIE

Traitement post-exposition au VIH après contact sexuel ou utilisation de drogue injectable

Elisabeth Bouvet

Unité de médecine infectieuse, Groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard (Paris)

Post exposure treatment of people exposed to the HIV through sexual contact or injection-drug use
Katz M.H.,
Gerberding J.L.
New England Journal of Medicine,
1997, 336, 15, 1097-1100

Dans une tribune publiée dans le New England Journal of Medicine, M. Katz et J. Gerberding analysent les risques liés aux différents types d'exposition et les possibilités d'intervention prophylactique et proposent une politique de santé publique cohérente en la matière. L'occasion de soulever des questions délicates sur les aspects éthiques et économiques d'un tel traitement.

Les études épidémiologiques ont montré que la probabilité d'être infecté par le VIH après une piqûre avec une aiguille contaminée était du même ordre que celle d'être contaminé après un rapport sexuel réceptif non protégé, anal ou vaginal, avec un partenaire infecté ou après une injection de drogue avec du matériel contaminé.

Un traitement prophylactique par des antirétroviraux est maintenant proposé aux personnels de santé exposés. Cette pratique s'est avérée efficace, réduisant le risque de contamination de 80 % selon une étude cas-témoin du CDC (1).

M. Katz et J. Gerberding, de San Francisco, analysent, dans une tribune publiée dans le *New England Journal of Medicine*, les risques liés aux différents types d'exposition et les possibilités d'intervention prophylactique. Ces réflexions conduisent les auteurs à proposer une politique de santé publique cohérente et responsable quant à cette possibilité de prévention. Ils soulèvent à cette occasion des questions délicates sur les aspects éthiques et économiques d'un traitement après exposition lors d'une pratique sexuelle ou toxicomaniaque moralement évaluable.

La probabilité de transmission du VIH après pénétration anale non protégée est de l'ordre de 0,008 à 0,032, et, après pénétration vaginale, de 0,0005 à 0,0015, alors qu'elle est de 0,0032 après piqûre accidentelle avec une aiguille contaminée. Les estimations sont inférieures en cas de rapport vaginal insertif (0,0003 à 0,0009). Le risque de transmission après une injection de drogue avec une seringue contaminée est plus élevé qu'après une exposition percutanée professionnelle (0,0067), du fait probablement de la plus grande quantité de sang transférée quand les aiguilles sont partagées et que l'injection intraveineuse est recherchée.

Les mécanismes immunologiques impliqués dans la réponse de l'hôte après exposition sexuelle sont probablement assez voisins de ceux qui succèdent à une exposition percutanée. Les cellules de Langerhans et d'autres cellules de la lignée monocyte macrophages sont les premières à être pénétrées par le virus et présentent ensuite le virus ou l'antigène viral aux cellules cibles lymphocytaires. Ce délai représente une période de latence pendant laquelle un traitement

prophylactique est susceptible d'empêcher l'infection des cellules cibles. Un traitement antirétroviral est probablement susceptible d'agir aussi plus tard, lorsque les défenses locales ont été dépassées, en interrompant le début du processus d'infection.

Dans la contamination par partage de seringue chez les toxicomanes, il existerait habituellement une inoculation transcutanée d'une petite quantité de sang mais il y aurait souvent injection intraveineuse directe. Dans ce cas, la chimioprophylaxie pourrait agir en réduisant la réplication virale et donc en faisant tourner court un début d'infection.

M. Katz et J. Gerberding considèrent donc que, même s'il existe un risque théorique de relâchement de la prévention en raison de l'existence d'une prophylaxie post-exposition, ce risque peut être minimisé par l'information et les conseils prodigués aux personnes à risques. La possibilité de prévenir l'infection ne doit pas être refusée à toutes les personnes exposées sous prétexte que quelques-unes ont pu relâcher leur comportement préventif. L'exposition accidentelle, due par exemple à une rupture de préservatif, peut toujours survenir parmi des couples pratiquant habituellement le *safer sex*.

Les auteurs recommandent une prophylaxie post exposition en cas d'exposition à risque élevé, défini par un rapport vaginal ou anal non protégé, un rapport oral avec éjaculation ou un partage de seringue avec un sujet infecté par le VIH quand cette exposition survient de façon isolée ou concerne quelqu'un qui veut arrêter ce type de comportement à risques. Si le statut VIH du partenaire est inconnu et que celui-ci est d'accord pour être testé, le traitement peut être débuté puis interrompu si la sérologie est négative. Si le partenaire ne peut pas ou ne veut pas être testé, la décision de traiter dépend du type d'exposition et de la probabilité que celui-ci soit infecté. En cas de viol, une prophylaxie est systématiquement envisagée.

Le délai de mise en route de la prophylaxie ne doit pas excéder 72 heures. Étant donné les risques d'effets indirects indésirables sur la prévention de la chimioprophylaxie, il est fermement rappelé que les médecins ne sont en aucun cas obligés de prescrire une chimioprophylaxie qui risque de se révéler dangereuse ou inefficace.

Le traitement proposé est le même que lors d'une exposition professionnelle : association de zidovudine et de lamivudine pendant 4 semaines et adjonction éventuelle d'une antiprotéase (en général l'indinavir) en cas de charge virale très élevée ou risque de résistance aux nucléosides.

Les auteurs demandent aux autorités sanitaires qu'une réponse de santé publique soit apportée, prenant en compte une évaluation économique de la prophylaxie et du bénéfice lié aux infections VIH évitées.

La question de la chimioprophylaxie après exposition sexuelle semble commencer à émerger en France. Les demandes auprès des urgences hospitalières, des CDAG et des dispensaires anti-vénériens, mais aussi les appels à Sida Info Service et aux médecins référents hospitaliers prenant en charge la prophylaxie chez le personnel soignant en font foi.

Cette demande existe, mais n'est pas encore quantifiée ni précisée. Emane-t-elle surtout de partenaires sexuels de sujets infectés ou appartenant à un groupe à risque bien identifié ? Ou bien vient-elle de personnes ayant des rapports sexuels non protégés sans autre facteur de risques ? S'agit-il surtout d'homosexuels masculins ou d'hétérosexuels ? Des prophylaxies ont déjà été certainement prescrites.

La réalité des demandes, la connaissance de l'efficacité d'une méthode de prophylaxie, et la similitude des mécanismes d'infection et des taux de transmission dans les situations d'exposition sexuelle et sanguine appellent une réponse cohérente et responsable de la part des instances nationales qui sont en charge de la politique de santé publique en France. La possibilité de traitement prophylactique après exposition sexuelle doit certainement exister, et ce dans un cadre bien défini et planifié.

L'existence en France d'un réseau de médecins référents hospitaliers, habilités à prescrire en urgence une prophylaxie antirétrovirale en cas d'exposition professionnelle au VIH, doit pouvoir être mise à profit pour répondre dans l'urgence et en permanence à la demande.

La véritable question sera de bien définir les modes de

réponses possibles, et de former les médecins référents à ce nouveau type de demande. Les difficultés viennent ici de la nature même de l'exposition, qui est difficile à documenter et à vérifier, du fait que le statut du partenaire est souvent impossible à connaître, du risque aussi d'avoir à traiter plusieurs fois une personne dont l'exposition se répète... Cela conduira certainement les médecins prescripteurs, habituels somaticiens, à modifier leur relation avec leurs patients et à s'impliquer dans le domaine très complexe de la sexualité.

Le volet concernant la prophylaxie post-exposition par la seringue n'est pas du tout développé dans l'article de Gerberding. L'évaluation du risque de transmission après échange de seringues provient d'une seule étude réalisée par modélisation mathématique à partir de données sur le comportement des toxicomanes de New Haven (2). En outre, la demande n'est pas documentée et paraît plus théorique et difficile à cerner. Les possibilités d'intervention prophylactiques paraissent, elles aussi, plus hypothétiques, tant pour des raisons de mode de contamination que de moindre réalité des besoins. – Elisabeth Bouvet

Références :

1 – "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

2 - Kaplan EH, Heimer R

"A model based estimate of HIV infectivity via needle sharing"

J of AIDS, 1992, 5, 1116-8