

Service des maladies infectieuses

# Expositions accidentelles aux liquides biologiques chez l'enfant

## Protocole post-exposition



CHU Sainte-Justine  
*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*

Université   
de Montréal

Mai 2018

**Auteurs**

Denis Blais, infirmier clinicien, service des maladies infectieuses

Dre Fatima Kakkar, pédiatre-infectiologue, service des maladies infectieuses  
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida  
Centre maternel et infantile sur le sida,

Marie-Elaine Métras, pharmacienne, département de pharmacie

**Images page couverture**

Photos : Denis Blais, service des maladies infectieuses

Illustration : Michelle Delisle, infirmière, Université de Montréal, 2004

Mai 2018

Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine, Montréal  
<https://www.chusj.org/>

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Introduction .....                                       | 4  |
| Les objectifs .....                                      | 4  |
| Prise en charge de la personne exposée.....              | 5  |
| I. Premiers soins .....                                  | 5  |
| II. L'arrivée à l'urgence .....                          | 5  |
| III. La Prophylaxie Post-Exposition (PPE) .....          | 5  |
| Les types d'expositions et risques de transmission ..... | 6  |
| a) Les piqûres d'aiguilles accidentelles .....           | 7  |
| b) Les expositions muco-cutanées .....                   | 8  |
| c) Les morsures humaines .....                           | 8  |
| Prophylaxie post-exposition contre le VIH .....          | 9  |
| Prophylaxie post-exposition contre le VHC .....          | 10 |
| Prophylaxie post-exposition contre le VHB .....          | 11 |
| Le protocole : outils cliniques .....                    | 12 |
| Le suivi recommandé .....                                | 12 |
| Références .....   | 13 |

## Annexes

|  |    |
|--|----|
| Annexe 1 Formulaire post-exposition : enfant exposé .....                    | 15 |
| Annexe 2 Formulaire post-exposition : personne source .....                  | 18 |
| Annexe 3 FOPRE-1630 : antirétroviraux pour prophylaxie post-exposition ..... | 21 |
| Annexe 4 Tableau des antirétroviraux appliqué à la pédiatrie .....           | 23 |
| Annexe 5 Dépliant d'informations aux parents .....                           | 26 |

## Tableaux

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1 : Les nouvelles recommandations .....                                   | 6  |
| Tableau 2 : Types d'expositions et risques de transmission .....                  | 6  |
| Tableau 3 : Revue de la littérature sur les piqûres d'aiguille accidentelle ..... | 7  |
| Tableau 4 : Indication PPE anti-VIH en fonction du type d'exposition .....        | 9  |
| Tableau 5 : Prophylaxie antirétrovirale recommandée en fonction de l'âge .....    | 10 |
| Tableau 6 : Indication PPE anti-VHB en fonction du statut vaccinal .....          | 11 |
| Tableau 7 : Suivi recommandé et tests sanguins .....                              | 12 |

## Introduction

En 2001, afin de répondre aux cas de plus en plus fréquents d'enfants s'exposant accidentellement à des liquides potentiellement contaminés, principalement par piqûre d'aiguille accidentelle dans les lieux publics, le service des maladies infectieuses du CHU Sainte-Justine avait élaboré un protocole de prise en charge : *Exposition accidentelle à des liquides contaminés en milieu communautaire: protocole post-exposition appliqué à la Pédiatrie*<sup>1</sup>.

Le protocole était destiné à guider la prise en charge par les urgentologues sans avoir à discuter systématiquement de chacun des cas avec l'infectiologue de garde. Le protocole était accompagné de documentations utiles pour la discussion des risques avec les familles, des dépliants d'informations sur le risque et la prophylaxie antirétrovirale et d'une liste de pharmacies ciblées ayant des antirétroviraux en liquides ou comprimés sur place. Le protocole avait fait l'objet de mises à jour en 2006 et 2011.

Afin de diminuer ces accidents dans la communauté, le MSSS<sup>2</sup> avait mis en place une campagne de sensibilisation et des recommandations sur les seringues souillées dans la communauté. La Société Canadienne de Pédiatrie<sup>3-4</sup> avait également émis des recommandations à l'intention des médecins. Finalement, la communauté infirmière avait été sensibilisée par rapport aux blessures via des seringues souillées chez les enfants<sup>5</sup>.



Spectre de Rue :  
Seringue abandonnée  
rue Ontario, ruelle  
adjacente à une école  
primaire, été 2003



Matériel appartenant à un  
utilisateur de drogue  
injectable (UDI) à l'origine  
d'une piqûre d'aiguille  
accidentelle, 2002



Campagne de  
sensibilisation initiée par  
le M.S.S.S. :  
Affiches et dépliants  
d'informations, 2001

## Les objectifs

Les objectifs du présent protocole demeurent les mêmes et visent à optimiser la qualité des soins et services offerts à cette clientèle:

- Faciliter l'évaluation des risques infectieux et l'indication de prophylaxie post-exposition.
- Augmenter la rapidité de prise de décision.
- Uniformiser et faciliter la prise en charge par les intervenants de première ligne.
- Répondre aux inquiétudes des parents
- Assurer un suivi efficace en externe

## La prise en charge de l'enfant exposé

### I. Premiers soins

En cas d'exposition à des liquides biologiques, il faut donner les premiers soins recommandés le plus rapidement possible à la personne exposée afin de restreindre son temps de contact avec les liquides biologiques, ce qui permettra peut-être de réduire le risque de transmission d'une infection.

- Ne pas faire saigner la plaie.
- Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon.
- Éviter de brosser et d'utiliser une solution corrosive ou irritante (contenant de l'eau de Javel ou de l'alcool).

### II. L'arrivée à l'urgence

Lors de l'arrivée à l'urgence, l'enfant exposé accidentellement à des liquides biologiques doit être évalué par l'infirmière au triage selon l'échelle de triage en vigueur afin de procéder à une évaluation médicale de façon prioritaire. Un questionnaire pour la personne exposée et la personne source facilitera la collecte des données (annexes 1 et 2).

Il n'est pas recommandé d'analyser le liquide biologique sur ou dans l'objet en cause. Les aspects à évaluer par le médecin sont :

- La pertinence d'administrer une prophylaxie antirétrovirale contre le VIH (idéalement, dans les deux heures suivant l'événement). Il n'y a pas d'indication de prescrire la thérapie antirétrovirale plus de 72 heures après l'exposition.
- La pertinence d'administrer un vaccin et des immunoglobulines hyperimmunes contre l'hépatite B (HBIG) ; la prophylaxie contre l'hépatite B devrait quant à elle commencer le plus rapidement possible après le contact, de préférence dans les 48 heures mais le délai peut aller jusqu'à 7 jours en cas d'exposition percutanée.
- La pertinence de prescrire une antibioprofylaxie dans les cas de signes de surinfections cutanées de plaie suite à une morsure humaine.

### III. La Prophylaxie Post-Exposition (PPE)

Le MSSS a publié, en 2017, une mise à jour des recommandations sur les expositions accidentelles aux VHB, VHC et VIH. Les principaux changements depuis les dernières recommandations sont présentés dans le tableau 1. Il n'existe toujours pas de PPE contre le VHC. Les recommandations de la PPE anti-VIH et anti-VHB sont résumées dans les tableaux 4, 5 et 6.

**Tableau 1 : Les nouvelles recommandations**

|   | <b>CDC, 2005<sup>6</sup></b>   | <b>CDC, 2016<sup>7</sup><br/>MSSS, 2017<sup>8</sup></b>  |
|---|--|--|
| <b>Prophylaxie post exposition (PPE anti-VIH)</b> | PPE base : bithérapie<br>PPE étendue : trithérapie   | PPE : trithérapie  |
| <b>Choix des antirétroviraux</b>                  | PPE base : Si < 13 ans ou 35 kg<br><i>Zidovudine (AZT)</i><br><i>Lamivudine (3TC)</i><br>Si ≥13ans ou 35 kg :<br><i>Combivir</i><br>PPE étendue : ajout <i>Kaletra</i> | Si < 12 ans ou 40 kg :<br><i>Zidovudine (AZT)</i><br><i>Lamivudine (3TC)</i><br><i>Kaletra</i><br>Si ≥12ans ou 40kg :<br><i>Truvada et Raltegravir</i> |
| <b>Suivi sérologique</b>                          | 6 mois   | 3 mois   |
|   | <b>PIQ 2005</b>  | <b>PIQ 2017<sup>9</sup></b>  |
| <b>Calendrier vaccinal au Québec (Hépatite B)</b> | 2 vaccins ct VHB à l'âge 10ans<br>(via <i>Twinrix-Jr</i> en milieu scolaire)   | 3 vaccins ct VHB à l'âge de 2, 4 et 18 mois ( <i>Infanrix-Hexa</i> )   |

## Les types d'expositions et risques de transmission

Les types d'expositions touchés par le présent protocole sont détaillés dans le tableau 2. Les risques de transmissions proviennent majoritairement des expositions professionnelles à des sources connues infectées par des maladies transmissibles par le sang.

Les expositions accidentelles par agression sexuelle n'ont pas été incluses dans ce protocole en raison des recommandations du MSSS, 2017<sup>10</sup>. Des trousse de dépistage et prise en charge des agressions sexuelles sont déjà en place aux urgences de plusieurs établissements dont le CHU Sainte-Justine.

**Tableau 2 : Types d'expositions et risques de transmission**

| Expositions                | Facteurs de risque  | Risque de transmission |                  |                  |
|----------------------------|---|------------------------|------------------|------------------|
|                            |   | VHB                    | VHC              | VIH              |
| Piqûre d'aiguille          | Présence de sang dans seringue<br>Aiguille creuse<br>Profondeur de la piqûre              | 1 à 31%<br>(si HBsAg+) | 0.5%             | 0.32%            |
| Coupure                    | Présence de sang sur l'objet<br>Profondeur de la coupure                                  | Risque Théorique       | Rare             | 0.09%            |
| Muqueuse ou peau non saine | Quantité importante de sang   | Risque Théorique       | Aucun            | Rare             |
| Morsure humaine            | Bris de peau avec présence sang dans la plaie (mordu) ET salive teintée de sang (mordeur) | Risque Théorique       | Risque Théorique | Risque Théorique |

### a) Les piqûres d'aiguilles accidentelles

Quelques études ont évalué le risque de transmission de VHC, VHB, et VIH suite à une piqûre d'aiguille accidentelle dans la communauté, dont la plus grande série pédiatrique publiée conjointement par le CHU Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour l'Enfant sur les piqûres d'aiguille accidentelle dans les lieux publics chez l'enfant entre 1988 et 2006 à Montréal<sup>11</sup>. Sur 274 cas documentés, aucun cas de transmission du virus immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) n'avait été observé après 6 mois de suivi.

Le tableau 3 représente le total des expositions rapportées (enfants et adultes) dans la littérature mondialement : sur plus de 1617 expositions accidentelles dans la communauté, il n'y a eu aucune transmission du VIH, 3 cas de transmission du VHB et 3 cas de transmission du VHC.

**Tableau 3 : Revue de la littérature sur les piqûres d'aiguille accidentelles dans la communauté (enfants et adultes)**

| Études rétrospectives <sup>12-13</sup><br>Cas rapportés <sup>12</sup>   | N    | PPE<br>anti-VIH | Transmission |        |       |
|---|------|-----------------|--------------|--------|-------|
|   |      |                 | VIH          | VHB    | VHC   |
| 1987 à 2017<br>18 études rétrospectives<br>(Transmission VHB : 1 adulte)                                      | 1612 | 220/1612        | 0/1034       | 1 /641 | 0/460 |
| 1997 à 2011<br>5 cas rapportés<br>(Transmission VHB : 1 enfant et 1 adulte)<br>(Transmission VHC : 3 adultes) | 5    | n/a             | 0            | 2      | 3     |

**PPE VIH :** La prophylaxie VIH est recommandée en cas de source connue porteuse du VIH. Si la source est inconnue (ex. : seringue dans une poubelle ou dans la rue, liquide biologique d'origine inconnue), la PPE n'est généralement pas recommandée. En présence de facteurs de risque tel que la présence de sang dans la seringue, ou dans un contexte où l'exposition à des personnes infectées par le VIH est probable, la prescription est *optionnelle* et doit être basée sur une décision prise en commun avec la personne exposée (et ses parents si enfant est mineur) et le médecin.

**PPE VHB:** Une PPE VHB est recommandée, à déterminer selon le statut vaccinal de la personne exposée

## b) Les expositions muco-cutanées

Dans les expositions muco-cutanées ou exposition à une muqueuse ou peau non saine, il existe un faible risque de transmission si la source est connue positive pour le VIH. Quelques cas de transmission intrafamiliale de VIH ont été rapportés dans la littérature, suite à des expositions significatives sur de la peau non saine.

**PPE VIH:** La PPE est recommandée en cas d'exposition de grand volume de sang (ex : éclaboussure majeure), sur une muqueuse ou une peau non saine, d'une source VIH connu, qu'importe la CV de la source. La PPE pourrait être considérée, mais n'est pas absolument recommandée en cas de faible exposition (quelques gouttes de sang) d'une source VIH connu.

**PPE VHB:** Une PPE VHB est recommandée et à déterminer selon le statut vaccinal de la personne exposée.

## c) Les morsures humaines

La salive impliquée dans les morsures humaines n'est pas considérée comme un liquide biologique potentiellement infectieux. Les facteurs de risque liés aux morsures humaines sont : la salive teintée de sang (mordeur) ET une personne porteuse d'une maladie transmissible par le sang (mordeur ou mordu).

**PPE VIH :** La PPE VIH est recommandée seulement dans le cas d'une exposition haut risque (Présence de sang dans la bouche du mordeur ou dans la plaie (avec bris profond de la peau) de la victime) **ET** source VIH connu, avec une charge virale détectable ou inconnue. Dans toutes autres situations, la PPE n'est pas recommandée.

**PPE VHB :** Il faut considérer l'immunisation contre l'hépatite B si la vaccination pour cet agent est inconnue ou incomplète.

**Antibioprophylaxie :** Le médecin doit évaluer la pertinence d'une antibioprophylaxie<sup>14</sup> si des signes de surinfection ou cellulite sont présents. Si indiqué, l'antibioprophylaxie doit être orientée contre les germes gram-positif, *Eikenella corrodens* et les germes anaérobies que l'on retrouve dans la bouche. L'association *Amoxicilline* et *Acide clavulanique* (>40 kg= 875/125 mg PO q 12 h; >3 mois et <40 kg= 45 mg/kg/j PO divisé q 12 h) pendant 3 à 5 jours est un bon choix.



Morsure humaine au bras avec bris cutané, 2008



Morsure humaine au lobe d'oreille avec bris cutané, 2008



Cellulite/morsure humaine à la main nécessitant ATB iv, 2009



## Prophylaxie post-exposition contre le VIH

La prophylaxie antirétrovirale (PPE anti-VIH) recommandée est une trithérapie. L'indication de la PPE anti-VIH en fonction des types d'expositions et le choix des molécules (dépend de la capacité de l'enfant à avaler ou non des comprimés) est représenté dans les tableaux ci-joints. L'efficacité d'une PPE est de 81% chez les travailleurs de la santé ayant pris l'AZT seul pendant 28 jours.

Afin de faciliter la prescription des antirétroviraux, une feuille d'ordonnance prérédigée externe (FOPRE) a été créée (annexe 3). Le tableau des antirétroviraux appliqué à la pédiatrie<sup>15-16</sup> (annexe 4) détaillera la prise des antirétroviraux : posologie, format disponible, effets secondaires, interactions et administration chez l'enfant. Le médecin devrait discuter de plusieurs aspects de la PPE anti-VIH avec la personne exposée et la famille :

- ❖ L'efficacité d'une telle PPE
- ❖ Les effets secondaires (voir tableau annexe 4)
- ❖ L'adhérence pendant les 28 jours de traitement
- ❖ Le coût des médicaments

**Tableau 4 : Indication PPE anti-VIH en fonction du type d'exposition**

| Expositions                                 | Statut VIH source | Indication PPE anti-VIH chez la personne exposée |                |
|---|-------------------|--|----------------|
|   |                   | Recommandé                                       | Non Recommandé |
| Percutanée<br>(Piqûre d'aiguille, coupure)  | Négatif           |  | X              |
|   | Positif           | X  |                |
|   | Inconnu           |  | X <sup>1</sup> |
| Muco-cutanée<br>(Sang sur peau ou muqueuse) | Négatif           |  | X              |
|   | Positif           | X <sup>2</sup>                                   |                |
|   | Inconnu           |  | X              |
| Morsure Humaine                             | Négatif           |  | X              |
|   | Positif           | X <sup>3</sup>                                   |                |
|   | Inconnu           |  | X              |

1 Si la source est inconnue (ex. : seringue dans une poubelle ou dans la rue, liquide biologique d'origine inconnue), la PPE n'est généralement pas recommandée. En présence de facteur de risque tel que la présence de sang dans la seringue ou dans un contexte où l'exposition à des personnes infectées par le VIH est probable, la prescription est optionnelle et doit être basée sur une décision prise en commun avec la personne exposée (et ses parents si enfant est mineur) et le médecin.

2 Seule l'exposition muco-cutanée avec un volume important de sang est une indication de PPE. En présence d'un contact avec quelques gouttes de sang, la PPE n'est généralement pas recommandée.

3 La PPE est indiquée dans les cas de morsure humaine AVEC présence de sang dans la bouche du mordeur ET avec un bris profond de la peau de la personne mordue ET une charge virale détectable ou inconnue.

**Tableau 5 : Prophylaxie antirétrovirale recommandée en fonction de l'âge**

| <b>Prophylaxie antirétrovirale recommandée (PPE anti-VIH)</b>  |                                    |   |                         |
|--|------------------------------------|---|-------------------------|
| <b>Si &lt; 35 kg ou incapable d'avaler des comprimés</b>   |                                    |   |                         |
| <b>Médicament</b>  | <b>Formulation</b>                 | <b>Dose</b>   | <b>Maximum</b>          |
| <b>Zidovudine (AZT)</b>  | <b>10 mg/ml</b>                    | <b>4-9 kg : 12 mg/kg/dose BID<br/>9-30 kg : 9 mg/kg/dose BID<br/>≥30kg : 300 mg BID</b>               | <b>300mg (30ml) BID</b> |
| <b>Lamivudine (3TC)</b>  | <b>10 mg/ml</b>                    | <b>4 mg/kg/dose BID</b>   | <b>150mg (15ml) BID</b> |
| <b>Kaletra<br/>(Lopinavir (LPV)/<br/>ritonavir (RTV))</b>  | <b>80 mg LPV- 20<br/>mg RTV/ml</b> | <b>&lt; 15 kg : 12 mg LPV/kg/dose<br/>15-40 kg : 10 mg LPV/kg/dose<br/>&gt;40 kg : 400 mg LPV BID</b> | <b>400mg (5ml) BID</b>  |
| <b>Si ≥ 35 kg et capable d'avaler des comprimés</b>  |                                    |   |                         |
| <b>TRUVADA (TÉNOFOVIR 300 MG/EMTRICITABINE 200 MG) 1 comprimé po DIE</b>   |                                    |   |                         |
| <b>ISENTRESS (RALTÉGRAVIR 400 MG) po BID</b>   |                                    |   |                         |
| <p>Prescrire les antirétroviraux pour 28 jours (<b>voir FOPRE – 1630, annexe 3</b>)</p> <p>Disponibilité des antirétroviraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient doit être dirigé vers une pharmacie qui peut rapidement lui servir les antirétroviraux. À noter, ce ne sont pas toutes les pharmacies qui ont ces médicaments en stock. La pharmacie Jean Coutu du CHU Sainte-Justine (étage A, aire centrale, ancien bâtiment, p.2191) conserve tous les antirétroviraux inscrits sur la FOPRE. Les heures d'ouvertures sont du lundi au vendredi de 8h à 18h.</li> <li>En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie Jean Coutu, le patient peut être référé à la pharmacie centrale du CHU Sainte-Justine. Le pharmacien pourra alors lui remettre 4 jours d'antirétroviraux. La pharmacie centrale (étage B bloc1, ancien bâtiment, p.4603) est ouverte de 8h à 23h30 du lundi au vendredi et de 8h à 21h le samedi et dimanche.</li> <li>En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie centrale, 4 jours d'antirétroviraux doivent être remis au patient. Les solutions orales (<i>kaletra, lamivudine et zidovudine</i>) sont disponibles dans les communs de l'urgence. Pour les comprimés, des kits de 4 jours déjà préparés sont aussi disponibles à l'urgence (sous le nom « kit trithérapie » dans le cabinet).</li> <li>En cas d'intolérance des antirétroviraux ou si la personne exposée est enceinte, communiquer avec le médecin de garde en maladies infectieuses pour discuter d'un traitement alternatif.</li> </ul> |                                    |   |                         |

## **Prophylaxie post-exposition contre le VHC**

Il n'y a pas de prophylaxie post-exposition contre le l'hépatite C. Un suivi sérologique est recommandé sur une période de 3mois.

## Prophylaxie post-exposition contre le VHB

La PPE anti-VHB est détaillé dans le tableau 6. Le virus de l'hépatite B peut survivre plus de sept jours dans l'environnement et pendant plusieurs semaines dans du sang séché. Depuis le 1<sup>e</sup> avril 2013, le Québec a implanté le programme de vaccination contre l'hépatite B chez les nourrissons avec 3 doses (2, 4 et 18 mois) via le vaccin *Infanrix-Hexa*. Il existe plusieurs calendriers de vaccination contre l'hépatite B : consulter le PIQ (protocole d'immunisation du Québec):

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>

**Tableau 6 : Indication PPE anti-VHB en fonction du statut vaccinal**

| <b>Indication PPE anti-VHB chez la personne exposée par voie percutanée ou muco-cutanée</b> |  |   |
|---|--|---|
| <b>PERSONNE EXPOSÉE<sup>1</sup></b>   | <b>SOURCE</b>                                  |   |
| <b>Statut vaccinal<sup>2</sup></b>  | <b>VHB positif ou haut risque<sup>3</sup></b>  | <b>VHB inconnu</b>  |
| <b>Vaccination complète</b>   | Dosage Anti-HBs <sup>4-5</sup>                 | Dosage Anti-HBs   |
| <b>Vaccination incomplète</b>   | Dosage Anti-HBs<br>Vaccin<br>HBIG <sup>6</sup> | Dosage Anti-HBs<br>Vaccin<br>Considérer HBIG <sup>7</sup> |
| <b>Non-vaccinée ou<br/>Connue non-répondeur<br/>(anti-HBs &lt; 10)</b>                      | Dosage Anti-HBs<br>Vaccin<br>HBIG              | Dosage Anti-HBs<br>Vaccin<br>Considérer HBIG <sup>7</sup> |

1 Les personnes ayant acquis une immunité naturelle à la suite d'une infection antérieure par le VHB et celles chez qui l'anti-HBs est  $\geq 10$  n'ont besoin d'aucune intervention au regard du VHB

2 Le statut vaccinal est validé par le carnet de vaccin ou une histoire de vaccin reçu à un âge précis rapporté par un des parents. On considérera une vaccination incomplète lors de l'absence d'information précise ou une histoire floue

3 Une source est à haut risque si elle provient d'une région où le niveau d'endémicité de l'hépatite B est élevé. La provenance d'une source inconnue (ex. : seringue trouvée dans la rue, dans une clinique pour ITS, une clinique de désintoxication) constitue un indicateur utile du niveau de risque

4 Le dosage des anti-HBs doit être obtenu le plus rapidement possible afin d'éviter l'administration inutile du vaccin ou des HBIG. Un suivi RAPIDE des résultats doit être assuré : contactez l'infirmier clinicien en maladies infectieuses (p.3937).

5 Si le dosage des anti-HBs est < 10 UI/L, administrer une dose du vaccin contre l'hépatite B, Chez les personnes immunosupprimées, une double dose de vaccin sera nécessaire. Consulter le PIQ en ligne,

6 Immunoglobulines hyper immunes contre l'hépatite B (0,06 ml/kg, minimum de 0.5ml intramusculaire) administrées de préférence dans les 48 heures qui suivent l'exposition. L'efficacité décroît avec le temps et elle est inconnue pour un délai supérieur à 7 jours

7 Considérer l'administration des HBIG lors d'expositions significatives : présence de sang dans la seringue ou sur l'objet, blessure profonde, volume important de sang sur une muqueuse ou peau non saine. Considérer les morsures humaines si la salive est teintée de sang (mordeur) ET que la morsure est profonde avec bris cutané ET qu'une des personnes est porteuse confirmée de l'hépatite B (mordeur ou mordu).

## Le protocole : outils cliniques

Le présent protocole contient les outils cliniques suivants :

- Questionnaire « Exposition accidentelle aux liquides biologiques chez l'enfant– enfant exposé » (voir annexe 1)
- Questionnaire « Exposition accidentelle aux liquides biologiques chez l'enfant– personne source » (voir annexe 2)
- FOPRE- 1630 : Prophylaxie antirétrovirale (voir annexe 3)
- Tableau des antirétroviraux appliqué à la pédiatrie (voir annexe 4)
- Dépliant d'information destinée aux parents (voir annexe 5)

## Le suivi recommandé

Le suivi recommandé des expositions accidentelles est maintenant sur une période de 3 mois (tableau 7). Les personnes qui font l'objet d'une PPE anti-VIH devrait être revues 1 à 2 semaines après le début du traitement pour s'assurer de la tolérance des antirétroviraux et offrir le counseling approprié. Une demande de consultation médicale en maladies infectieuses sera nécessaire.

**Clinique externe des maladies infectieuses (étage 2, bloc 5)**  
**Mardi et Jeudi entre 13hr et 15h30**  
**T : (514) 345-4931 p.3937**  
**F : (514) 345-4908**

**Tableau 7 : Suivi recommandé et tests sanguins**

| Temps post-exposition (semaines)  | Lieu    | Exposition à risque élevé (PPE, tests sanguins)   | Exposition à risque faible (PPE, tests sanguins)                          |
|---|---------|---|---|
| 0   | Urgence | PPE anti-VIH<br>PPE anti-VHB<br>HBsAg <sup>1</sup> , Anti-HBs, anti-HCV, VIH<br>Fsc, urée, créat, alt | PPE anti-VHB <sup>2</sup><br>HBsAg, anti-HBs <sup>3</sup> , anti-HCV, VIH |
| 1 à 2   | Externe | Tolérance des antirétroviraux<br>Fsc, urée, créat, alt  |   |
| 4   |         | Tolérance des antirétroviraux<br>Fsc, urée, créat, alt, VIH   | VIH   |
| 12  |         | HBsAg, anti-HCV, VIH  | HBsAg <sup>1</sup> , anti-HCV, VIH  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le dosage des HBsAg et des anti-HBs n'est pas nécessaire si au temps 0 la personne exposée est immune contre l'hépatite B (anti-HBs ≥ 10 UI/L) ou si elle a déjà des marqueurs d'infection par le VHB (HBsAg)</li> <li>2. Un calendrier vaccinal contre l'hépatite B à 2 doses (0-6mois) est en vigueur chez les enfants de 1 à 19 ans depuis septembre 2017 (voir PIQ en ligne, chapitre 10.4)</li> <li>3. Si la personne reçoit une primo-immunisation contre l'hépatite B ou si elle a reçu des immunoglobulines, le contrôle des anti-HBs devrait être fait entre un et deux mois après la deuxième dose de vaccin ou au moins six mois après l'administration des immunoglobulines.</li> </ol> |         |   |   |

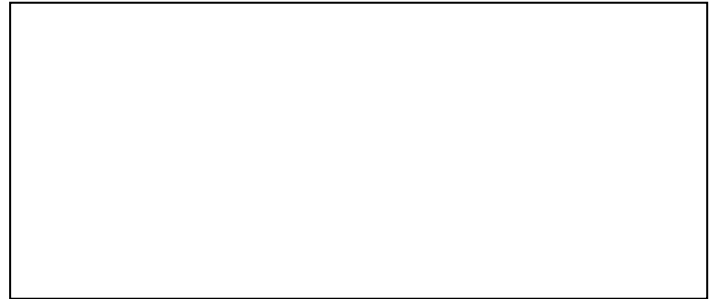
## Références:

1. LAFERRIÈRE C., BLAIS D., *Exposition accidentelle à des liquides contaminés en milieu communautaire: protocole post-exposition appliqué à la Pédiatrie*, Document interne, CHU Sainte-Justine, Montreal, Mai 2001.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La récupération des seringues et des aiguilles usagées: une responsabilité à partager. Rapport et recommandations du Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec*, Québec, MSSS, 2005  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001331/>
3. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *Les blessures par piqûre d'aiguille dans un lieu public*, Mars 2008, maj 2017  
<https://www.cps.ca/fr/documents/position/blessures-par-piqûre-aiguille>
4. Société Canadienne de Pédiatrie. *Les soins de nos enfants - Lorsqu'un enfant mord : Quels sont les risques?* Février 2006  
<http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/securite/mordent.htm>
5. BLAIS D.(2005) *Un enfant s'est blessé avec une seringue*. Perspective infirmière, vol.3, no1, sept-oct., p. 27-8
6. CENTERS FOR DISEASE CONTROL, CDC. *Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States*. *MMWR*, 2005; 54(RR02)  
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>
7. CENTERS FOR DISEASE CONTROL, CDC. *Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV— United States, 2016*  
<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au virus immunodéficience humaine (VIH) , à l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC*. Québec, MSSS, 2017 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>
9. COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC, *Protocole d'immunisation du Québec*, 6e édition Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mise à jour avril 2016  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105>

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide québécois de dépistage: infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, MSSS, mise à jour 2017  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>
11. PAPPENBURG et al.(2008) *Pediatric injuries from needles discarded in the community: epidemiology and risk of seroconversion*. *Pediatrics*, vol. 122, no 2, p.487-492. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18676535>
12. JOSHUA OSOWICKI AND NIGEL CURTIS (2014). *A pointed question: is a child at risk following a community-acquired needlestick injury?* *Arch Dis Child* December, Vol 99 No 12  
<http://adc.bmj.com/content/archdischild/99/12/1172.full.pdf?legid=archdischild%3B99/12/1172>
13. FAISAL KORDY, et al.(2017) *Childhood exposures to discarded needles and other objects potentially contaminated with blood-borne pathogens in Toronto, Canada* *Paediatrics & Child Health*, October,2017, 372–376  
<https://academic.oup.com/pch/article/22/7/372/4211018>
14. PRADNYA et al.( 2009) *Managing human bites*. *Journal of emerging trauma shock*, Sep-Dec; 2(3): 186–190  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2776367/>
15. UHRESS du CHUM, *Guide thérapeutique VIH, 7<sup>e</sup> édition*, Québec, 2012 ;  
<http://www.guidetherapeutiquevih.com/pdf/GuideAR2006.pdf>
16. NIH *AIDSinfo*, U.S. Department of Health and Human Services, 2018;  
<https://aidsinfo.nih.gov/drugs>

## Annexe 1

Formulaire post-exposition : enfant exposé



**ENFANT EXPOSÉ**  
**EXPOSITION ACCIDENTELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES CHEZ L'ENFANT**  
**PROTOCOLE POST-EXPOSITION**

**ENQUÊTE-ACCIDENT**

Date(heure): De l'exposition: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Délai depuis l'exposition (heure ou jour) : \_\_\_\_\_

Type :  Piqûre d'aiguille  Morsure humaine  Autres : \_\_\_\_\_

Lieu géographique :  Lieux publics (parc, ruelle) : \_\_\_\_\_  
 Lieux *sécuritaires* (domicile, école, garderie) : \_\_\_\_\_  
 Non-communautaire (établissement de santé) : \_\_\_\_\_

Objet disponible lors de l'évaluation :  Non  Oui Type : \_\_\_\_\_

Description de l'accident (circonstances, site de blessure, liquide biologique impliqué,...) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SÉVÉRITÉ DE L'EXPOSITION**

**HAUT RISQUE**

- Sang VISIBLE dans la seringue-objet
- Contact per-cutané AVEC  
bris visible de la barrière cutanée  
(autre que lésion ponctiforme)
- Contact muco-cutané AVEC  
volume de sang important

**FAIBLE RISQUE**

- Sang NON-visible dans la seringue-objet
- Contact per-cutané SANS  
bris visible de la barrière cutanée
- Aiguille SANS orifice (pleine)
- Contact muco-cutané SANS  
volume de sang important

**INCERTAIN**

- Présence de sang incertain
- Contact per-cutané incertain
- Aiguille ou objet incertain
- Contact muco-cutané incertain
- Histoire non confirmée par un adulte

**STATUT SÉROLOGIQUE ET VACCINAL CHEZ L'ENFANT EXPOSÉ**

Statut de porteur chronique de maladies transmissibles par le sang:

- Inconnu  Connu non-porteur
- Connu porteur (Hépatite B, Hépatite C, Virus Immunodéficience Humaine) : \_\_\_\_\_

Vaccination contre Hépatite B:

Avant le 1<sup>er</sup> avril 2013, le vaccin contre l'hépatite B était inclus dans le *Twinrix-Jr* et administré en 2 doses en milieu scolaire à l'âge de 10ans (niveau 4<sup>e</sup> année primaire). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, le Québec a implanté le programme de vaccination contre l'hépatite B chez les nourrissons avec 3 doses (2, 4 et 18 mois d'âge) via le vaccin *Infanrix-Hexa*

- Complète  Incomplète  Enfant non-vacciné contre l'Hépatite B

Vaccination contre tétanos:

Le vaccin contre le tétanos est administré au Québec à l'âge de 2, 4, 6, et 18 mois. Un rappel est administré entre l'âge de 4-6 ans (*Adacel-polio ou Boostrix-polio*) et en 3<sup>e</sup> année du secondaire entre 14 et 16ans (*Adacel ou Boostrix*).

- Complète  Incomplète  Enfant non-vacciné contre le tétanos



Nom, prénom: \_\_\_\_\_

# Dossier: \_\_\_\_\_

### STATUT SÉROLOGIQUE ET VACCINAL CHEZ LA PERSONNE-SOURCE

Personne- source :  Inconnue  Connue (compléter questionnaire « Personne-source »)  
Statut de porteur chronique de maladies transmissibles par le sang:  Inconnu  Non  Oui  
 Hépatite B (VHB)  Hépatite C (VHC)  Virus Immunodéficience Humaine (VIH)  
Statut vaccinal contre Hépatite B:  Inconnue  Complète  Incomplète

### INTERVENTIONS post-exposition accidentelle aux liquides biologiques

- Soins de la plaie
- Objet en cause : Ne pas faire analyser au laboratoire et disposer de manière sécuritaire.
- Analyse de laboratoire: HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, VIH , Fsc, alt, urée, créatinine
- Prophylaxie antitétanique (Vaccin dCaT : Boostrix ou Adacel 0.5 ml I.M.)
- Antibio prophylaxie (morsure humaine)  
*Amoxicilline - clavulanique* pendant 3 à 5 jours  
>40 kg= 875/125 mg PO q 12 h; <40 kg et >3 mois= 45 mg/kg/j PO divisé q 12 h
- Prophylaxie anti-hépatite B** (voir Protocole, tableau page 11)
  - Immunoglobulines hyper immunes contre l'hépatite B (HBIG 0.06 ml/kg I.M. dose: \_\_\_\_\_)
  - Vaccin contre hépatite B (Engerix ou Recombivax 0.5 ml I.M.)
- Prophylaxie anti-VIH** (voir Protocole, tableau page 9)
  - Si < 35 kg ou incapable d'avaler des comprimés**

|                               |  |       |
|-------------------------------|--|-------|
| Zidovudine (AZT)              | 4-9 kg : 12 mg/kg/dose BID ; 9-30 kg : 9 mg/kg/dose BID    | _____ |
|                               | ≥30kg : 300 mg BID (maximum 300mg)                         | _____ |
| Lamivudine (3TC)              | 4 mg/kg/dose BID, maximum 150 mg                           | _____ |
| Kaletra (lopinavir/ritonavir) | < 15 kg : 12 mg LPV/kg/dose ; 15-40 kg : 10 mg LPV/kg/dose | _____ |
|                               | >40 kg : 400 mg LPV BID, (maximum 400 mg)                  | _____ |
  - Si ≥ 35 kg et capable d'avaler des comprimés**  
TRUVADA (TÉNOFOVIR 300 MG/EMTRICITABINE 200 MG) 1 comprimé po DIE  
ISENTRESS (RALTÉGRAVIR 400 MG) po BID
  - Disponibilités des antirétroviraux (voir Protocole, tableau 10)
  - Prescrire les antirétroviraux pour **28 jours** (voir FOPRE –1630, annexe 3)
  - En cas d'intolérance des antirétroviraux ou si la personne exposée est enceinte, communiquer avec le médecin de garde en maladies infectieuses pour discuter d'un traitement alternatif.

### Suivi en clinique externe des maladies infectieuses

- Si prophylaxie antirétrovirale débutée, rendez-vous dans 3-7 jours
- Si aucune prophylaxie antirétrovirale, rendez-vous dans 4 semaines
- Aviser l'infirmier(e) en maladies infectieuses T (514) 345-4931 p.3937 F (514) 345-4908

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Date et heure: \_\_\_\_\_

## Annexe 2

Formulaire post-exposition : personne source

Nom, prénom: \_\_\_\_\_

# Dossier: \_\_\_\_\_

**PERSONNE-SOURCE**

**EXPOSITION ACCIDENTELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES CHEZ L'ENFANT**

**PROTOCOLE POST-EXPOSITION**

La personne-source est-elle connue ?  Oui  Non

**PERSONNE-SOURCE : COORDONNÉES**

Nom-Prénom- Téléphone : \_\_\_\_\_

Autres informations pertinentes (Lien de parenté, md traitant-clinique, no dossier médical) :

**PERSONNE-SOURCE : EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE**

Comportement sexuel à risque élevé  Oui  Non  Inconnu

Contact sexuel d'une personne connue infectée  Oui  Non  Inconnu

Utilisateur de drogues injectables  Oui  Non  Inconnu

Tatouage / "body piercing"  Oui  Non  Inconnu

Personne sous dialyse  Oui  Non  Inconnu

Originaire d'un pays endémique  Oui  Non  Inconnu

Receveur de produits sanguins  Oui  Non  Inconnu

(entre les années 1978 à 1985 -VIH ou < 1990 -VHC)

**PERSONNE-SOURCE : STATUT SÉROLOGIQUE**

**Hépatite B** HBsAg  positif  négatif  Inconnu Date : \_\_\_\_\_

HBeAg  positif  négatif  Inconnu Date : \_\_\_\_\_

**Hépatite C** Anti VHC  positif  négatif  Inconnu Date : \_\_\_\_\_

Alt/Ast  élevé  normal  Inconnu Date : \_\_\_\_\_

**VIH** Anti VIH  positif  négatif  Inconnu Date : \_\_\_\_\_

Charge virale  élevé  normal  Inconnu Date : \_\_\_\_\_

**Autres informations pertinentes dans le cas d'une personne source connue VIH positif**

(Charge virale (# copie/ml), Décompte des CD4, Résistance de la souche du VIH, Traitement actuel) :

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Date et heure: \_\_\_\_\_

Nom, prénom: \_\_\_\_\_

# Dossier: \_\_\_\_\_

### PERSONNE-SOURCE : CONSULTATION DU DOSSIER MÉDICAL

Je reconnais avoir été informé du motif de la demande de consultation de mon dossier médical, à la suite de l'exposition accidentelle d'une personne à mon sang ou autre liquide biologique comportant risque de transmission de l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH.

Je comprends que la consultation de mon dossier ne vise que les informations pertinentes soit la possibilité que je sois infecté par les virus des hépatites B et C et du VIH.

- J'autorise la consultation de mon dossier médical dans ce contexte.
- Je refuse toute consultation de mon dossier médical en regard le l'accident.

Signature personne source ou du parent ou tuteur légal: \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### PERSONNE-SOURCE : CONSENTEMENT AUX PRÉLÈVEMENTS SANGUINS

Je comprends que les résultats de mes prélèvements sanguins serviront à déterminer mon statut quant à l'infection par le VIH et aux hépatites B et C. Le médecin prendra les dispositions nécessaires pour que j'aie accès aux résultats.

- J'autorise l'Hôpital Ste-Justine à procéder à une prise de sang.
- Je refuse tout prélèvement en regard de l'accident.

Signature personne source ou du parent ou tuteur légal: \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### PERSONNE-SOURCE : SUIVI DES RÉSULTATS

Date : \_\_\_\_\_ Lieu du prélèvement : \_\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_

RÉSULTATS : HBsAg: \_\_\_\_\_ Anti-HBs: \_\_\_\_\_ Anti HCV: \_\_\_\_\_ Anti VIH: \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Annexe 3

#### Feuille d'Ordonnance Pré-Rédigée Externe

FOPRE-1630 : antirétroviraux pour prophylaxie post-exposition



**ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES**

Aucune allergie connue : [ ]

Allergies : \_\_\_\_\_

Intolérances : \_\_\_\_\_

|            |             |                                      |
|------------|-------------|--------------------------------------|
| Poids (kg) | Taille (cm) | Surface corporelle (m <sup>2</sup> ) |
|------------|-------------|--------------------------------------|

**Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE**

FOPRE – 1630 – Antirétroviraux pour prophylaxie post-exposition (1 de 1)

**N.B.** La présence de cases (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable. Veuillez cocher et inscrire la date pour valider le choix.  
 Les ordonnances non cochées (non cochées) sont retenues par le médecin prescripteur afin de confirmer leur non validité (à ne pas remettre au patient).  
 L'absence de case devant une ordonnance indique que celle-ci est valide pour le patient et doit être servie.

**Enfant < 35 kg ou incapable d'avaler des comprimés :**

- Lamivudine** \_\_\_\_\_ mg PO BID pour 28 jours **Non ren.**  
 ET  
**Zidovudine** \_\_\_\_\_ mg PO BID pour 28 jours **Non ren.**  
 ET  
 **Lopinavir 80 mg/mL + ritonavir 20 mg/mL (Kaletra<sup>MD</sup>)**, \_\_\_\_\_ mg de lopinavir PO BID pour 28 jours **Non ren.**  
 **Lopinavir 100 mg + ritonavir 25 mg (Kaletra<sup>MD</sup>)** \_\_\_\_\_ comprimés pédiatriques PO BID pour 28 jours **Non ren.**  
 **Lopinavir 200 mg + ritonavir 50 mg (Kaletra<sup>MD</sup>)** \_\_\_\_\_ comprimés PO BID pour 28 jours **Non ren.**

Autre : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Enfant ≥ 35 kg et capable d'avaler des comprimés :**

- Tenofovir/emtricitabine (Truvada<sup>MD</sup>)** 1 comprimé PO DIE pour 28 jours **Non ren.**  
 ET  
**Raltegravir 400 mg PO BID pour 28 jours** **Non ren.**

Autre : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Renouvellements : 1 2 3 4 5 6 11

|  |                                      |             |
|--|--------------------------------------|-------------|
| <b>Prescripteur</b><br>(nom en lettres majuscules) | <b>Signature et numéro de permis</b> | <b>Date</b> |
|--|--------------------------------------|-------------|

**Autres informations**

Le traitement doit être débuté le plus rapidement possible, dans les premières 72 heures suivant l'exposition  
 Si intolérance, faire signaler l'infectiologue de garde pour vérifier la possibilité de régime de trithérapie alternatif

**Transmission confidentielle par télécopieur** (SAR-2010.01-010)

**Avis de confidentialité:** Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur.  
**Certification du prescripteur:** Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'original N'EST PAS UTILISÉ, il est conservé au dossier-patient du CHU Sainte-Justine.

**Expéditeur - Nom :** \_\_\_\_\_ **No. Télécopieur :** \_\_\_\_\_ **No. Téléphone :** \_\_\_\_\_  
**Télécopié au pharmacien (Nom) :** \_\_\_\_\_ **No. télécopieur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Ce formulaire d'ordonnance externe vise à établir un bilan comparatif au départ du patient et constitue le seul autorisé au CHU Ste-Justine.  
 Si ce formulaire est télécopié : ORIGINAL/BLANC – Dossier CHU Sainte-Justine COPIE/ROSE – A jeter  
 Si ce formulaire n'est pas télécopié : ORIGINAL/BLANC – Pharmacien d'officine (remis au patient) – COPIE/ROSE – Dossier CHU Sainte-Justine

FOPRE-2630 GRM : 30010039

Classe : Maladies infectieuses  
 Maladies transmissibles – Externe (Région)

Annexe 4  
Tableau des antirétroviraux appliqué à la pédiatrie

**Tableau des antirétroviraux appliqué à la pédiatrie**

|                              | <b>Lamivudine</b>   | <b>Zidovudine</b>  | <b>Kaletra</b>   |
|------------------------------|---|--|--|
| <b>Posologie pédiatrique</b> | <p>4 mg/kg/dose PO BID (dose max = 150 mg/dose)</p> <p>Dose ajustée pour comprimés :</p> <p>14 - &lt; 20 kg : 75 mg (1/2 co) PO BID</p> <p>20 kg - &lt; 25 kg : 75 mg PO AM et 150 mg PO PM</p> <p>≥ 25 kg : 150 mg PO BID (dose max)</p> | <p>4- &lt; 9 kg : 12 mg/kg PO BID</p> <p>9 - &lt; 30 kg : 9 mg/kg PO BID</p> <p>≥ 30 kg : 300 mg PO BID (dose max)</p>   | <p>14 jours - &lt; 12 mois : 16 mg/kg/dose PO BID</p> <p>&gt; 12 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 15 kg : 12 mg/kg lopinavir PO BID</li> <li>• 15 kg – 40 kg: 10 mg/kg lopinavir PO BID</li> <li>• &gt; 40 kg: 400 mg lopinavir PO BID (dose max)</li> </ul> <p>Dose ajustée pour comprimés pédiatriques :</p> <p>15-25 kg: 2 comprimés PO BID</p> <p>&gt; 25-35 kg: 3 comprimés PO BID</p> <p>&gt; 35 kg : 4 comprimés PO BID (ou 2 cos adultes) (dose max)</p> |
| <b>Posologie adulte</b>      | ≥ 25 kg: 150 mg PO BID  | ≥ 30 kg : 300 mg PO BID  | > 35 kg : 400 mg lopinavir/100 mg ritonavir PO BID   |
| <b>Formats disponibles</b>   | <p>Solution orale à 10 mg/mL</p> <p>Comprimés sécables de 150 mg et 300 mg</p>  | <p>Solution orale à 10 mg/mL</p> <p>Capsule de 100 mg</p>  | <p>Solution orale : Lopinavir 80 mg/mL + ritonavir 20 mg/mL (contient 42,4% d'alcool)</p> <p>Comprimé pédiatrique : Lopinavir 100 mg + ritonavir 25 mg</p> <p>Comprimé : Lopinavir 200 mg + ritonavir 50 mg</p>  |
| <b>Effets secondaires</b>    | <p>Plus fréquents : fatigue, céphalées, nausées, vomissements, rash</p> <p>Plus rares : pancréatite, neutropénie, anémie, neuropathie périphérique, hépatotoxicité, paresthésies</p>  | <p>Plus fréquents : nausées, vomissements, céphalées, insomnie, myélosuppression</p> <p>Plus rares : acidose lactique avec hépatomégalie et hépatotoxicité</p> | <p>Plus fréquents: nausées, vomissements, diarrhée, rash</p> <p>Plus rares : hépatite, pancréatite, allongement de l'intervalle QT</p>   |
| <b>Interactions</b>          | N/A   | Clarithromycine, acide valproïque, méthadone, fluconazole  | <b>PLUSIEURS!</b><br>Vérifier avec un pharmacien la prise d'autres médicaments   |
| <b>Administration</b>        | <p>Peut être pris avec ou sans nourriture</p> <p>Comprimé peut être coupé et/ou écrasé</p>  | <p>Peut être pris avec ou sans nourriture</p> <p>Capsule peut être ouverte et mélangée avec un peu d'eau ou de nourriture molle</p>                            | <p>Doit être pris avec nourriture</p> <p>On ne peut pas couper ou écraser les comprimés, ni les comprimés pédiatriques</p>   |



## Tableau des antirétroviraux appliqué à la pédiatrie

|                              | Truvada   | Raltegravir  |
|------------------------------|---|--|
| <b>Posologie pédiatrique</b> | N/A   | Comprimé croquable disponible, mais <b>médicament d'exception à la RAMQ</b><br>Consulter l'infectiologue de garde si ce traitement est désiré  |
| <b>Posologie adulte</b>      | ≥ 35 kg : 1 comprimé PO DIE   | Comprimé régulier : ≥ 25 kg : 400 mg PO BID<br>Comprimé croquable : 300 mg PO BID  |
| <b>Formats disponibles</b>   | Comprimé combiné : emtricitabine 200 mg + tenofovir 300 mg  | Comprimés croquables de 25 mg et 100 mg ( <b>Médicament d'exception à la RAMQ</b> )<br>Comprimé enrobé de 400 mg   |
| <b>Effets secondaires</b>    | Plus fréquents : nausées, vomissements, diarrhées, rash, céphalées<br>Plus rares : hyperpigmentation de la paume des mains et de la plante des pieds, insuffisance rénale | Plus fréquents : nausées, diarrhées, insomnie, céphalées<br>Plus rares : rash, incluant syndrome de Stevens-Johnson, augmentation des CK, rhabdomyolyse, myalgies  |
| <b>Interactions</b>          | N/A   | Peu d'interactions significatives<br>Antiacides ou multivitamines contenant du calcium ou du magnésium peuvent diminuer l'absorption du raltegravir  |
| <b>Administration</b>        | Peut être pris avec ou sans nourriture<br>Comprimé peut être coupé et/ou écrasé<br>Ajustement de la dose nécessaire en présence d'insuffisance rénale                     | Peut être pris avec ou sans nourriture<br>La solution orale, les comprimés croquables et enrobés ne sont pas bioéquivalents<br>Les comprimés croquables peuvent être croqués ou avalés.<br>Les comprimés enrobés ne peuvent pas être écrasés |

### Sources :

UHRESS du CHUM, *Guide thérapeutique VIH*, 7<sup>e</sup> édition, Québec, 2012 ;  
<http://www.guidetherapeutiquevih.com/pdf/GuideAR2006.pdf>

NIH *AIDSinfo*, US, 2018; <https://aidsinfo.nih.gov/drugs>

MSSS, *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au virus immunodéficience humaine (VIH), à l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC)*. Québec, 2017;  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000319/>

## Annexe 5

### Dépliant d'informations aux parents

## VIH

Le virus d'immunodéficience humaine est l'infection que votre enfant risque le moins de contracter suite à une piqûre d'aiguille ou autre exposition accidentelle. Elle suscite beaucoup d'inquiétude dans la population.

Dans certains cas lorsque le risque de transmission est jugé important et que le délai après l'exposition le permet, une prophylaxie antirétrovirale pourra être envisagée et débutée le plus tôt possible.

### PROPHYLAXIE ANTIRÉTROVIRALE

Cette prophylaxie vise à réduire le risque de transmission du VIH. Elle comporte une combinaison de 3 antirétroviraux et sera prescrite pour une durée de 28 jours. Elle peut comporter certains effets secondaires bien connus qui nécessiteront un suivi hebdomadaire.



Le médecin discutera avec vous des bénéfices et risques reliés à cette prophylaxie.

## LE SUIVI DE VOTRE ENFANT

Votre enfant sera suivi au cours des 3 prochains mois à la clinique de maladies infectieuses afin de compléter la vaccination et d'effectuer les tests de dépistage face aux hépatites B, C et au VIH.



### POUR PLUS D'INFORMATIONS

Si des questions ou des inquiétudes n'ont pas été répondues par ce dépliant, n'hésitez pas à nous rejoindre :

Clinique des maladies infectieuses  
Les mardis et jeudis pm, 2<sup>e</sup> bloc 5  
T : (514) 345-4931 p.3937

### Image page couverture

Photos : Denis Blais, inf. CHU Sainte-Justine  
Illustration : Michelle Delisle, inf., U de MtL, 2004

### Réalisation

Denis Blais, infirmier clinicien  
Dr Fatima Kakkar, pédiatre-infectiologue  
Marie-Élaine Métras, pharmacienne

Créé mars 2018

F-4932

## PIQÛRE D'AIGUILLE ACCIDENTELLE ET MORSURE HUMAINE CHEZ L'ENFANT



### INFORMATIONS DESTINÉES AUX PARENTS



SERVICE DES  
MALADIES INFECTIEUSES

Votre enfant a eu une exposition accidentelle à des liquides biologiques par piqûre d'aiguille, morsure humaine ou autres expositions. Ce dépliant vous informera sur les risques d'infections.

### LA PIQÛRE D'AIGUILLE

Lorsqu'un enfant se blesse avec une aiguille abandonnée dans un lieu public (parc, rue), on ne sait pas si l'utilisateur de cette aiguille était infecté par une maladie transmissible par le sang tel que l'hépatite B, l'hépatite C et le virus d'immunodéficience humaine (VIH).

Les piqûres d'aiguilles engendrent beaucoup de stress chez les familles face aux risques de transmission.

### LA MORSURE HUMAINE

Les morsures humaines surviennent fréquemment entre enfants mais ce sont les morsures avec bris cutané ou provoquant un saignement qui nécessiteront une évaluation. Les morsures humaines représentent un risque très faible de transmission puisque le contact est majoritairement un contact entre la salive du mordeur et le sang du mordu.

Les deux personnes impliquées devraient être évalués par un médecin pour s'assurer qu'elles ne sont pas porteuses de maladie transmissible par le sang.

### LE RISQUE D'INFECTION

Le risque que votre enfant soit infecté par l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH dépend de plusieurs facteurs :



- ☞ Du nombre de personnes infectées qui se servent de seringues et aiguilles là où s'est produit l'accident.
- ☞ Du temps que l'aiguille a passé au sol : en effet, le virus de l'hépatite C et le VIH ne peuvent survivre plusieurs jours à l'extérieur.
- ☞ S'il s'agit d'une blessure profonde ou d'une éraflure.
- ☞ Du fait qu'il y avait présence de sang frais dans la seringue fixée à l'aiguille et que du sang a été injecté.
- ☞ De l'état vaccinal antérieur de votre enfant contre l'infection.

### HÉPATITE B



L'hépatite B est l'infection que votre enfant risque le plus de contracter suite à une piqûre d'aiguille accidentelle.

Le médecin vérifiera, au moyen d'une analyse sanguine ou du carnet de vaccins, si votre enfant a reçu antérieurement les vaccins contre l'hépatite B et s'il est bien protégé par une quantité d'anticorps suffisante.

S'il n'a pas reçu de vaccin ou qu'il est insuffisamment protégé, votre enfant pourra recevoir une injection d'immunoglobuline et le vaccin contre l'hépatite B afin de prévenir l'infection.

L'immunoglobuline contient des anticorps qui le protégeront jusqu'à ce que son corps produise ses propres anticorps en réaction au vaccin.

### HÉPATITE C

Le risque de contracter l'hépatite C est très faible suite à une piqûre d'aiguille accidentelle.

Malheureusement, il n'existe aucun vaccin ni aucun médicament pouvant prévenir cette maladie.

Des analyses sanguines seront faites régulièrement afin de confirmer l'absence d'infection.

