



PROTOCOLE COREVIH

Centre Hospitalier Andrée Rosemon
Avenue des flamboyants - B.P. 6006 97300 CAYENNE

Référence :	Hépatite B et grossesse	
Document organisationnel : Document opérationnel : x	SECTEUR EMETTEUR : COREVIH GUYANE	PAGE : 1/4
		Date d'émission : 09/05/2022 Date de révision :
Rédaction : Nom : BOUTROU Mathilde Fonction : Médecin UMIT	Vérification : Nom : ABBOUD Philippe Fonction : Médecin CRAIG	Approbation : Nom : LUCARELLI Aude Fonction : Médecin COREVIH
Ont collaboré à l'écriture : Guillamme ICHER, Céline MICHAUD, Richard NALDJINAN, Sya PASSARD, Sandrine PEUGNY, Deborah POREZ, Justine RACLOT, Fouzia SARIAK, Camille THOREY, Nicolas VIGNIER.		



OBJET

Dépistage et prise en charge de l'hépatite B chez les femmes par le biais du suivi de grossesse.
Prévention de la transmission materno-fœtale dans la période périnatale et post-natale de l'hépatite B.

TEXTE DE REFERENCE

- HAS : dépistage prénatal de l'hépatite B (2008).
- Recommandations pour le diagnostic et le suivi non invasif des maladies chroniques du foie. Association française pour l'étude du foie. Juillet 2020.
- Protocole « hépatite B et grossesse » des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine (2018).
- Protocoles en Gynécologie Obstétrique du CNGOF, 3^e édition, 2015.
- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_090721.pdf
- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

PRE REQUIS

L'hépatite B est une maladie dont la forme chronique peut évoluer vers une cirrhose hépatique ou un carcinome hépato-cellulaire.



La transmission materno-foetale existe, le risque est majeur en per et post partum. Elle dépend de la contagiosité de la mère, qui est dépendante de la présence d'Antigène HBe et de la charge virale VHB. Plus ces derniers sont élevés, plus la contagiosité est importante (risque de transmission jusqu'à 90% en l'absence de sérovaccination de l'enfant).

Une infection symptomatique du nouveau-né est rare (ictère), mais peut provoquer une hépatite aiguë sévère, et l'évolution vers une infection chronique par le VHB (portage chronique de l'Antigène HBs) qui est plus fréquente que chez l'adulte (80 à 90%).

PRISE EN CHARGE DES PATIENTES ENCEINTES

1. Dépistage

Le dépistage du VHB doit se faire chez toutes les patientes, lors du bilan de début de grossesse et au 6^{ème} mois. Il doit être renouvelé en cas de cytolyse hépatique. En cas d'absence de suivi durant la grossesse, un dépistage en urgence doit être effectué à l'arrivée de la patiente en salle de travail.

Il consiste en une sérologie VHB qui associe le dosage de l'antigène HBs, de l'Anticorps anti-HBs (Ac anti-HBs) et de l'Anticorps anti-HBc (Ac antiHBc).

Les différentes situations rencontrées à l'issue du dépistage sont :

Statut	Ag HBs	Ac Anti-HBs	Anti-HBc
Hépatite B Guérie	-	+	+
Vaccination contre le VHB	-	+	-
Infection chronique par le VHB	+	-	+

2. En cas d'Antigène HBs positif

La présence de l'Ag HBs évoque soit une infection aiguë, soit une infection chronique.

Elle est à confirmer par un deuxième prélèvement d'Ag HBs, et à compléter, sans attendre cette confirmation, par la recherche d'Ag HBe, d'Ac anti HBe, et de la charge virale VHB (ADN VHB sérique) pour évaluer le statut complet immunovirologique.

Pour l'évaluation du retentissement hépatique, il faut également réaliser : NFS, ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine, albumine, TP. L'aphafoetoprotéine est augmentée au cours de la grossesse et ne sera contrôlée qu'en post partum. L'échographie hépatique et l'évaluation de la fibrose hépatique sera également réalisée après la fin de la grossesse.

Des sérologies VIH, hépatite C et hépatite Delta doivent systématiquement être effectuées pour éliminer une co-infection virale.

Un dépistage et la vérification du statut vaccinal de l'entourage doit être proposé.

La patiente sera adressée en consultation d'infectiologie ou d'hépatologie avec le résultat de son bilan complet.

3. En cas de charge virale VHB élevée (> 200 00UI/ml)

Il y a un risque élevé de transmission materno-foetale du VHB. Un traitement antiviral doit être discuté afin de réduire la charge virale maternelle pour prévenir la transmission materno-foetale

en plus de la sérovaccination du nouveau-né. Le traitement doit être instauré à partir du 3^{ème} trimestre de grossesse (28 SA) et n'a pas montré de bénéfice au 1^{er} et 2^{ème} trimestre. Il consiste en un comprimé quotidien de tenofovir. L'Entecavir est contre indiqué au cours de la grossesse.

Dans ce cas, il faut prévoir un rendez-vous avec un infectiologue ou un hépatologue rapidement. La poursuite du traitement au-delà de l'accouchement sera à discuter au cas par cas.

4. Amniocentèse chez une femme vivant avec le VH

Le virus de l'hépatite B ne traverse pas la barrière placentaire. Le risque d'infection du fœtus par l'hépatite B lors d'une amniocentèse est faible.

Si la CV > 200 00UI/L et indication d'un test invasif (amniocentèse ou prélèvement de villosités choriales) le dossier doit être discuté avec l'infectiologue en amont du geste ; Le geste sera réalisé après la mise sous traitement anti-rétroviral. NB Eviter la ponction transplacentaire.

En cas d'hépatite B chronique avec dépistage positif de trisomie 21, préférer un dépistage de trisomie 21, 13 et 18 par ADN libre circulant.

5. Résumé

Logigramme en annexe

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT SELON STATUT DE LA MERE

1. Nouveaux né de mère avec Ag HBs positif

a) Sérovaccination précoce

Dans les 12 premières heures, au mieux en salle de naissance :

- Immunoglobulines spécifiques anti HBs (1ml=100 UI ou 30 ui/kg) : injection Intramusculaire (partie supéro-externe de cuisse)
- Vaccin Engerix B10 : 1^{ère} dose (0.5ml) : injection Intramusculaire (partie supéro-externe de cuisse controlatérale)

b) Allaitement maternel

Autorisé si nouveau-né correctement séro-vacciné.

c) Suivi sérologique

Un contrôle sérologique à la recherche de l'antigène HBs et un titrage des anticorps anti-HBs, est préconisé à partir de l'âge de 9 mois (minimum un mois après la dernière dose vaccinale).

2. Nouveaux né de mère au statut inconnu, si impossibilité d'obtenir les résultats dans les 12 premières heures de vie

a) Sérovaccination précoce

Dans les 12 premières heures, au mieux en salle de naissance :

- Vaccin Enderix B10 : 1^{ère} dose (0.5ml) : injection Intramusculaire (partie supéro-externe de cuisse controlatérale)
- Immunoglobulines spécifiques anti HBs (1ml=100 IU) : injection Intramusculaire (partie supéro-externe de cuisse)

b) Allaitement maternel

Autorisé si nouveau-né correctement séro-vacciné.

3. Vaccination chez les nouveaux nés en Guyane

Elle est obligatoire en France.

Elle est recommandée à la naissance en Guyane au vue la forte prévalence.

Schéma vaccinal

Population générale guyanaise : une dose à 2 mois, 4 mois et 11 mois (combiné sous forme DTCaPHibHepB)

Enfant né de mère porteuse d'antigène Hbs positif :

- Si > 32 SA et > 2kg : 1 dose à la naissance (Enderix B10 + immunoglobulines), à 2 mois et à 11 mois (combiné DTPc).
- Si ≤32 SA et/ou ≤ 2 Kg : schéma à 4 doses : 1 dose à la naissance (Enderix B10 + immunoglobulines), à 1 mois, à 2 mois et à 6 mois (Enderix B10).

RATTRAPAGE VACCINALE DE L'HEPATITE B DANS LA POPULATION GENERALE

Elle n'est pas obligatoire mais recommandée en Guyane chez tous les enfants et adultes. Il est recommandé de proposer une mise à jour de la vaccination VHB en cas de négativité de celle-ci à n'importe quel moment de la prise en charge. Le vaccin n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse.

- Schéma en 3 doses : M0-M1-M6

Si Ac HBS < 10UI/ml et schéma vaccinal complet : proposer un rappel contrôle de la sérologie à 1 mois.

PATIENT NON REPONDEUR

Ac anti HBS < 10UI/ml malgré 6 doses au total (vaccination initiale + 3 rappels).

ANNEXES

Annexe 1 : logigramme de prise en charge des femmes enceintes

Annexe 1 : logigramme de prise en charge des femmes enceintes

