

## Hépatite B et grossesse

Version 2	Rédaction : Dr Marie-Noëlle HILLERET, Clinique Universitaire d'Hépatogastro-entérologie CHU de GRENOBLE, Prométhée Alpes réseau
Date : 30/11/2010	Validation : Dr Valérie BELIN, Clinique Universitaire de médecine Néonatale et de réanimation pédiatrique CHU de GRENOBLE Dr Cécile BOST-BRU, Clinique Universitaire de Pédiatrie CHU de GRENOBLE Dr B FROISSART, Hépatogastroentérologue, Prométhée Alpes réseau Pr JP ZARSKI, Pr V LEROY Clinique Universitaire d'Hépatogastro-entérologie CHU de GRENOBLE, Prométhée Alpes réseau <i>Réseau Périnatal Alpes-Isère, bureau exécutif du 24.01.2011</i>

### Quelques rappels :

Le virus de l'hépatite B est transmis par voie **sanguine** et par voie **sexuelle**.

#### **Accueil d'une patiente porteuse d'une hépatite B :**

- Cette infection ne nécessite ni isolement, ni vaisselle jetable.
- Une chambre avec toilettes particulières (liée aux pertes de sang en suites de couches) est cependant souhaitable.
- Les règles d'hygiène universelles sont à appliquer comme pour toute autre patiente.
- Le séjour en nursery de l'enfant, les visites et les promenades sont autorisées.

**Ce protocole concerne toutes les patientes porteuses de l'Ag HBs + ou dont le statut sérologique pour l'hépatite B est inconnu.**

## Conduite à tenir pendant la grossesse

**Au 6<sup>ème</sup> mois :** Recherche systématique de l'Ag HBs chez toute femme enceinte même les patientes a priori vaccinées.

Seule la présence d'Anticorps(Ac) anti HBs, marqueur de la protection peut en dispenser.

### **Si le résultat revient positif :**

→ **Adresser la patiente en consultation spécialisée d'hépatologie à la fin du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse** et au réseau de suivi des patients porteurs d'Hépatite B ou C (Réseau Prométhée : 04 76 76 88 36). Cette consultation avec un hépatologue doit avoir lieu impérativement 2 mois avant le terme.

→ **Prélever ADN VHB (charge virale) + sérologie complète :** Ac antiHBc, AgHBe, Ac antiHBe + **Transaminases** avant la consultation spécialisée et **au dernier mois** de la grossesse

→ **Si la charge virale est élevée, soit >7 log UI/ml** (recommandations d'experts, absence d'essai thérapeutique validant ce seuil), il pourra être proposé à la patiente un traitement antiviral durant le 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse dans le but de prévenir la contamination du nouveau né. Le choix préférentiel actuel est le Tenofovir (VIREAD®) (recommandations FDA) mais un autre traitement pourra être éventuellement proposé.

→ **L'allaitement maternel sera autorisé**, sauf avis contraire suite à la consultation spécialisée avec l'hépatologue.

## CAT à l'admission en salle de travail

**Vérifier si la charge virale et les transaminases ont été prélevées : elles permettront une meilleure prise en charge de la mère.**

Sinon le faire à l'admission.

**Si l'Ag HBs est inconnu** : prélever Ag HBs à l'admission

**Ne pas proposer l'allaitement** tant que la sérologie n'est pas connue (délai de 24h environ) ou si la sérovaccination n'a pas été effectuée.

## CAT à la naissance

**SERO VACCINATION** : Elle associe l'injection d'immunoglobulines anti-HBs et une première injection vaccinale. La sérovaccination protège le nouveau né d'une contamination par l'hépatite B dans plus de 95% des cas.

### Indications

- Enfant de mère Ag HBs positif
- Enfant né de parents usagers de drogues intra-veineuses.

### Sérovaccination :

**Immunoglobulines spécifiques anti-hépatite B : 1 ml = 100 UI**

Injection intramusculaire dans la partie antéro-externe de la cuisse

- Avant la première mise au sein (dans les 12 premières heures de vie).
- Associée à la première injection de vaccin anti-hépatite B (IM dans l'autre cuisse)
- Une dose à 200 UI peut être proposée par l'hépatologue en cas de charge virale élevée (soit 1 injection de 100 UI dans chaque cuisse).

Les Immunoglobulines anti-HBs sont délivrées par la pharmacie sur ordonnance nominative spécifique (imprimé jaune).

### Vaccination:

**Vaccin ENGERIX B 10 (10 µg = 0,5 ml)**

**Vaccin GenHevac B (20 µg = 0,5 ml)**

Injection intramusculaire dans la partie antéro-externe de la cuisse (autre cuisse que les Immunoglobulines).

### Cas du prématuré ou poids de naissance < 2000g

**Immunoglobulines spécifiques anti-hépatite B : 30 UI/kg**

**Schéma vaccinal 4 injections : 0, 1, 2, 6 mois**

**La recommandation de deuxième injection d'Immunoglobulines à 1 mois** pour les enfants nés de mère dont le profil virologique associe : Ag HBe +, charge virale > 7 log **est supprimée.**

## Allaitement

Il n'existe pas d'arbre décisionnel simple pour décider de l'allaitement maternel. L'absence d'Ag HBe et/ou la présence d'Ac anti HBe ne peuvent être considérées comme l'argument de protection, compte tenu de la fréquence importante de virus dits mutants pré-core répliquants (profil : Ag HBs+, AgHBe-, Ac anti HBe+, ADN ++).

**L'allaitement maternel est autorisé sous réserve d'une sérovaccination bien conduite.**

Dans deux études chinoise et américaine sur respectivement 230 et 369 enfants, évaluant allaitement artificiel versus allaitement maternel, chez des enfants ayant reçus une immunoprofylaxie anti-VHB, **il n'a pas été démontré un risque supérieur de contamination chez les enfants allaités et ce, quelle que soit la charge virale<sup>1, 2</sup>.**

**L'allaitement maternel peut être contre-indiqué à titre exceptionnel et toujours après avis d'un hépatologue :**

- Lorsque la **charge virale maternelle** par des techniques sensibles de biologie moléculaire montre un risque de transmission qui reste très élevé
- Si la sérovaccination dans ce contexte de charge virale élevée n'a pas été optimum (doublement de la dose)
- Lorsque la mère est sous **traitement antiviral par analogue nucléosidique ou nucléotidique (adefovir ou Hepsera®, entécavir ou Baraclude®, ténofovir ou Viread®/Truvada®)** compte tenu de la toxicité potentielle de ces traitements pour lesquels les données de pharmacovigilance sont à ce jour, insuffisantes.

## Protocole de vaccination des nouveaux nés

### SCHEMA VACCINAL :

- **Standard** : rappel à 1 mois puis rappel 6 mois après la première injection.
- **Si prématurité** : Schéma vaccinal 4 injections : 0, 1, 2, 6 mois

Noter les injections et les numéros de lot dans le dossier médical de l'enfant et dans son carnet de santé (pages réservées à cet effet à la fin du carnet).

Traçabilité : noter les injections sur les imprimés spécifiques.

### CONTROLE DE L'EFFICACITE VACCINALE :

**Prévoir une sérologie au mieux entre 1 et 4 mois post vaccination ou lors du bilan à 1 an comportant :**

- Ag HBs
- Anticorps anti HBs

## Après l'accouchement

Une cytolyse est fréquemment observée dans les jours/semaines suivants l'accouchement. Celle-ci correspond à la rupture de l'état de tolérance induit par la grossesse. Si le portage de l'hépatite B est découvert au cours de la grossesse  
 → Il convient de s'assurer que la patiente bénéficie dans les mois suivants l'accouchement d'une surveillance biologique (transaminases) et virologique et d'une consultation spécialisée à 3 mois de l'accouchement.

→ Orienter les patientes vers le réseau de suivi des porteurs d'Hépatite B et C pour le secteur sanitaire 4 : **Réseau ville-hôpital hépatites virales B ou C, hépatopathies et transplantation hépatique.**

**Pavillon E- CHU de Grenoble**

**38043 Grenoble Cedex 09**

**☎ :04 76 76 88 36**

Fax : 04 76 76 72 13

Internet : [www.hepatites-promethee.org](http://www.hepatites-promethee.org)

Mail : [promethee@chu-grenoble.fr](mailto:promethee@chu-grenoble.fr)

## Récapitulatif de prise en charge

Grossesse		Action
<b>Dépistage positif Ag HBs (connu ou 6<sup>ème</sup> mois de grossesse)</b>	SA 20-SA 24	Consultation hépatologique RAPIDE Prescrire :transaminases, Ag HBe, Ac anti HBe, ADN VHB en PCR
<b>Consultation hépatologie</b>	SA 24-SA 28	Proposition CAT quant au traitement antiviral et consignes quant à l'allaitement
<b>Suivi avant terme</b>	SA28-SA 40	Transaminases mensuelles Dernier mois de grossesse : ⇒ ADN VHB, ⇒ Ag HBs, Ac anti HBe, Ag HBe, ⇒ Transaminases
<b>Accouchement</b>		Sérovaccination dans les 24ères heures : Ig Anti HBs 100 UI ou 30UI/kg (poids<2000g) IM 1 <sup>ère</sup> injection vaccinale IM dans l'autre cuisse
<b>Suivi enfant</b>	1 <sup>ère</sup> année	Vaccination M1-M6 Si prématurité : M1 M2 M6 Prévoir une sérologie au mieux entre 1 et 4 mois post vaccination ou lors du bilan à 1 an comportant : • Ag HBs • Anticorps anti HBs
<b>Suivi maternel</b>	Accouchement – M6	Transaminases mensuelles, ADN VHB a 3 mois et consultation hépatologie 3 mois après l'accouchement. Si Traitement en cours : suivi habituel par le spécialiste

## Bibliographie

- 1. Breastfeeding does not pose any additional risk of immunoprophylaxis failure on infants of HBV carrier mothers.** Wang JS, Zhu QR, Wang XH. *Int J Clin Pract.* 2003 Mar; 57(2):100-2.
- 2. Risk of hepatitis B transmission in breast-fed infants of chronic hepatitis B carriers.** James B. Hill, Jeanne S. Sheffield, Matthew J. Kim, James M. Alexander, Barbara Sercely and George D. Wendel, Jr. *Obstet Gynecol.* 2002 Jun;99(6):1049-52.
- 3. Special populations with hepatitis B virus infection.** Marion G. Peters, *Hepatology*, Vol.49, N°5, Suppl.2009