



Communauté Périnatale de l'Agglomération Versillaise
Association Loi 1901 n° 0784014641
29 rue de Versailles 78150 Le Chesnay
Tel : 01 39 43 12 04
Web : www.nat78.com
email: cpav@medical78.com

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PATIENTE antigène HBs + PENDANT LA GROSSESSE

Novembre 2004

PLAN

Rappel Général.....	p.3
I Préciser l'état actuel de l'Hépatite, et évaluer le risque maternel.....	p.6
II Evaluer le risque fœtal et néonatal en fonction de l'hépatite maternelle.....	p.7
III Accouchement.....	p.8
IV Conduite à tenir pour le nouveau-né.....	p.9
V Enquête et informations familiales.....	p.10

RAPPEL GENERAL

Le virus de l'hépatite B appartient à la famille des Hepadnaviridae, virus enveloppé à ADN bicaténaire.

Son tropisme concerne les hépatocytes et les cellules hématopoïétiques immatures.

Ses modes de transmission : sanguine, sexuelle, et foeto-maternelle.

Doté d'un très grand pouvoir d'infectiosité, on le retrouve dans la plupart des liquides biologiques : sang, sperme, salive, lait, LCR.

Dans le monde, 2 milliards d'individus sont ou ont été infectés par le virus de l'hépatite B, avec une répartition géographique inégale, selon le mode de contamination :

- * Pays de forte endémie (15%), à transmission verticale prédominante (foeto-maternelle) : Asie, Afrique et Moyen-Orient.
- * Pays de moyenne endémie (7%), à transmission horizontale : Europe de l'Est et Amérique du Sud.
- * Pays de faible endémie (0,5%), où la vaccination est plus répandue : Europe et USA.

La transmission périnatale est l'une des causes essentielles du maintien et du développement actuel du réservoir du virus dans le monde. Cette transmission se produit rarement in utero mais survient essentiellement pendant l'accouchement, au passage de la filière génitale, par contact avec le sang.

Ainsi, un nouveau-né de mère porteuse de l'antigène HBs risque d'être contaminé dans 90% des cas si le virus est en phase multiplicative.

Depuis le 14 Février 1992, le dépistage de l'antigène HBs est obligatoire au 6^e mois de grossesse.

La description du virus a permis de mettre en évidence différents antigènes qui ont chacun une cinétique propre d'apparition et de neutralisation par des anticorps spécifiques :

Les antigènes :

- **Antigène HBs** : antigène de l'enveloppe virale, premier à apparaître dans le sang et signant la présence du virus chez la patiente.
- **Antigène HBe** : antigène de la nucléocapside virale et détectable dans le sang pendant la phase multiplicative du virus (grande contagiosité du porteur). Aujourd'hui il est associé à la recherche de DNA viral circulant, plus représentatif de la virémie.
- **Antigène HBc** : antigène de la nucléocapside virale et uniquement détectable dans les hépatocytes (non détectable dans le sang).

Les anticorps :

- **Anticorps anti-HBc** : premier à apparaître, contemporain de l'antigène HBs, il peut persister pendant des années, voire toute la vie, et témoigne d'un contact avec le virus (IgM + contact récent).
- **Anticorps anti-HBe** : apparaît au moment de la disparition de l'antigène HBe et signe l'arrêt de la phase multiplicative du virus, en cas de virus dit « sauvage ».
- **Anticorps anti-HBs** : apparaît après la disparition de l'antigène HBs ; séparés par une phase de fenêtre, il signe la guérison de l'hépatite B.

Des données récentes différencient deux catégories d'hépatite :

- La première, telle que décrite précédemment, est l'**hépatite B à virus « sauvage »**, au cours de laquelle l'antigène HBs positif, associé à un anticorps anti-HBe positif, est habituellement le statut du porteur sain ou hépatite chronique non active ou hépatite chronique persistante.
- La seconde, de connaissance plus récente, est l'**hépatite B à virus « mutant »**. Cette mutation pré-core étant associée à la présence d'un anticorps anti-HBe positif, alors qu'elle entraîne un statut d'hépatite chronique active, avec une activité hépatitique faible, mais destructrice.

Dans ce second cas, le DNA viral circulant est positif et témoigne d'une patiente « virémique ».

La gravité de l'hépatite à virus « mutant » doit être appréciée par la recherche des signes d'activité hépatitique que sont, au premier chef, l'augmentation des transaminases (une valeur à deux fois la normale peut recouvrir une maladie évolutive lente, mais sévère), mais aussi la baisse du TP (inférieur à 75%), une leucopénie et une thrombopénie (cirrhose et hypersplénisme).

L'élément probablement le plus intéressant, en biologie, est la **mesure de la charge virale**, car il signe vraiment le risque, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, avec un risque de transmission materno-fœtale corrélé à la virémie.

Dans les deux cas, la disparition de l'antigène HBs et son remplacement par l'anticorps anti-HBs signent la guérison.

I Préciser l'état actuel de son hépatite et évaluer le risque maternel

Recherche de signes cliniques d'hépatite aigue à l'interrogatoire :

Syndrome grippal, troubles digestifs, urticaire, arthralgies, ictère, anorexie, asthénie, céphalées, prurit, douleurs de l'hypocondre droit, palpation abdominale.

Bilan sanguin complémentaire :

- Antigène HBe et recherche de DNA viral circulant
- Anticorps anti-HBc avec dosage IgM
- Anticorps anti-HBe
- Autres sérologies virales (VHC et HIV)
- Transaminanes, TP, NFS, plaquettes

Echographie hépatobiliaire

Statut virologique

<u>Patiente Ag HBs +</u>	<u>Ac anti HBc IgM</u>	<u>Ag HBe</u>	<u>DNA viral circ.</u>	<u>Ac anti HBe</u>
Hépatite aigue	+	+	+	-
Hépatite chronique active (à virus sauvage)	-	+	+	-
Hépatite chronique non active (à virus sauvage)	-	-	-	+
Hépatite chronique active (à virus mutant)	-	-	+	+

Les nouvelles données concernant le virus B (mutant), conduisent à conseiller une consultation en hépatologie chez toute patiente identifiée comme AgHBs positive.

II Evaluer le risque foetal et néonatal en fonction de l'hépatite maternelle

II-1 Conséquences sur le déroulement de la grossesse :

Hépatite aigue :

Augmentation du risque de :

- retard de croissance foetale intra-utérin ;
- accouchement prématuré ;
- mort foetale in utero en cas d'hépatite fulminante

risque d'autant plus important que l'hépatite aigue survient près du terme.

Hépatite chronique : pas de conséquences sur le déroulement de la grossesse (exceptés les rares cas de cirrhose hépatique)

II-2 Contamination néonatale :

Hépatite aiguë avant 30 SA : Surveillance sérologique dans 7 semaines.

- AgHBs neg et Ac anti-HBs pos et AgHBe neg et Ac anti-HBe pos > patiente guérie > pas de risque de contamination néonatale.
- AgHBs pos et Ac anti-HBs neg > risque d'hépatite chronique > surveillance sérologique.

Hépatite aiguë après 30 SA : Risque de contamination néonatale d'autant plus important que l'hépatite survient près du terme.

Hépatite chronique :

Active (DNA viral circulant positif)

- risque de contamination néonatale important : 90 à 100%.

Non active (DNA viral circulant négatif)

- la contamination néonatale est rare : 10 à 20%.

III Accouchement

- Pas de mesure obstétricale particulière ;
- Mesures d'hygiène ;
- Décontamination minutieuse du nouveau-né ;

PRELEVEMENTS :

- Recherche de l'antigène HBs dans le sang du cordon ;
- Recherche du DNA viral dans le sang du cordon ;
- Bilan maternel pour rechercher une éventuelle modification du statut sérologique initial : AgHBe, Ac anti-HBe et DNA viral circulant.
- Sérologie Antigène HBs systématique pour toute patiente dont le statut sérologique est inconnu

IV Conduite à tenir pour le nouveau né

IV-1 Prévention de la contamination verticale par immunoprophylaxie

Elle est impérative chez les enfants nés de mères antigène HBs positives :

Vaccination :

- Le jour de la naissance
- A 1 mois
- A 6 mois

Immunoglobulines spécifiques anti-VHB

- Une injection IM de 30 UI/kg (100 UI) d'Ig anti-VHB le jour de la naissance (dans un site corporel différent de celui du vaccin) : impérativement dans les toutes premières heures de la vie.
- Si la mère a présenté une hépatite aiguë du 3^e trimestre, ou si elle présente une hépatite chronique active (DNA viral circulant positif) : une injection IM de 200 UI d'Ig anti-VHB est préconisée le jour de la naissance, et à 1 mois.

Le même protocole de vaccination est indiqué pour les enfants nés de mère antigène HBs inconnu et immunoglobulines spécifiques anti-VHB dans la semaine si mère Antigène HBS+

IV-2 Prévention de la contamination horizontale du nouveau né

Le même protocole de vaccination est fortement recommandé chez les enfants nés de mères antigène HBs négatives mais appartenant aux groupes à risque : hépatite B guérie, toxicomanie intraveineuse, dialyse, transfusion, prostitution.

Conseils d'hygiène à la mère

Allaitement maternel autorisé dans tous les cas

V Enquête et informations familiales

V-1 Dépistage sérologique des porteurs Ag HBs de l'entourage familial

- Vaccination des personnes AgHBs neg et Ac anti-HBs neg.
- Surveillance des personnes AgHBs pos et Ac anti-HBs neg.

V-2 Information sur les mesures préventives de contamination horizontale

- Rapports sexuels avec préservatif.
- Mesures d'hygiène (pas de partage d'objets souillés : brosses à dent, rasoirs...).

La CPAV remercie pour leur contribution ainsi que pour la direction et la synthèse de ce protocole les :

Dr Laurence ANNE
Gynécologue Obstétricien

Dr Bruno GURY
Gastro-entérologue