

	<b>Mère porteuse AgHBs ou statut hépatite B inconnu : prise en charge à la naissance</b>		
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	<a href="http://www.rp2s.fr">www.rp2s.fr</a> Protocoles Obst-NN	Création mars 2017
Validation : Comité scientifique RP2S du 28/03/2017			

## Objectif – Contexte - Domaine d'application

- Eviter la transmission materno-fœtale du virus de l'hépatite B (VHB) par anticipation et prise en charge systématique des enfants de mère AgHBs + ou de mère de statut inconnu vis à vis du VHB.
- Transmission par contamination materno-fœtale lors de l'accouchement : a lieu le plus souvent lors de l'accouchement par voie transplacentaire, ou par exposition de l'enfant aux sécrétions génitales ou au sang maternel.
- Sans séro vaccination à la naissance, en cas de virémie élevée chez la mère, le risque de contamination de l'enfant atteint 90%, avec risque de passage à la chronicité de 80 à 90%.
- Protocole applicable dans toutes les maternités du RP2S.

## Références

- Synthèse avis HCSP du 14/02/2017 et Instructions DGS du 2/03/2017
- Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique relatif à la vaccination des nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B, 2006
- Calendrier vaccinal 2016
- Rapport de recommandations 2014 : prise en charge des personnes infectées par les virus hépatite B et C (Lien : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Prise\\_en\\_charge\\_Hepatitis\\_2014.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf))

## 1 – Grossesse et accouchement

### Dépistage des mères :

- Recherche AgHBs obligatoire au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse (décret 92-143 JO du 14/02/1992), mais recommandée dès le début de grossesse au 1<sup>er</sup> examen prénatal (peut être répétée selon le risque).
- Le rapport de 2014 propose de mettre en place des modalités élargies de dépistage de l'hépatite B chez la femme enceinte, comportant, comme dans la population générale, la réalisation des 3 tests : AgHBs, anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc.

### En cours de grossesse :

- AgHBS + : la mère est porteuse, il faut quantifier l'ADN du VHB. Consultation avec un infectiologue ou un hépatologue. Un traitement peut se justifier en cas de charge virale maternelle très élevée.
- AgHBS - : la mère n'est pas porteuse ou est guérie. Pas de risque de transmission.

### Accouchement :

- Le résultat du dépistage de l'AgHBs doit être mis à disposition et systématiquement vérifié lors de toute admission en salle de pré-travail ou de naissance.
- En son absence, le dépistage de l'AgHBs doit être effectué en urgence et récupéré le plus tôt possible (voir plus bas).
- Electrode céphalique ou prélèvement au scalp : à discuter balance bénéfico-risque

## 2 – Découverte d'un Ag HBs + chez une femme enceinte

### Questions à aborder :

- La grossesse est-elle à risque (cirrhose ?)
- Facteurs de risques ? Contamination et vaccination dans l'entourage ?
- Rassurer sur le déroulement de la grossesse et sur le fait que la séro vaccination protège l'enfant
- Allaitement maternel possible
- Si charge virale élevée : traitement par analogue anti-VHB en fin de grossesse ?

### Attitude :

- Information de la patiente et de son entourage
- Dépistage et vaccination de l'entourage : conjoint et contacts sexuels ; enfants précédents ; personnes qui vivent sous le même toit
- Bilan minimal pour la patiente (à discuter avec infectiologue ou hépatologue) : Ag HBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc, Ag HBe, Ac anti HBe, TGO, TGP, TP, AFP, charge virale du VHB ; sérologies VIH, VHC et VHD ; échographie hépatique.
- **Consultation spécialisée** avec hépatologue ou infectiologue : point sur la maladie et décision éventuelle de la mise en route d'un traitement anti-viral

### 3 – Nouveau-né de mère Ag HBs +

**Séro vaccination le plus tôt possible après la naissance** (< H12 et au mieux, en salle de naissance) :

- Vaccin Anti-HBs ENGERIX B10 (au réfrigérateur) : 1 dose (0,5 ml) en IM
- Vaccin HBVAX5PRO possible si Engerix B10 non disponible
- Immunoglobulines spécifiques anti-HBs (Ig) 1ml = 100 UI : 1 ml soit 100 UI en IM, quel que soit le poids.

**Pratique des injections :**

- Les IM sont effectuées dans la partie supéro externe des cuisses (une de chaque côté)
- Mettre EMLA® en salle de naissance
- Les Ig et le vaccin peuvent être effectués par la sage-femme

**Vérification statut vaccinal fratrie**

### 4 – Nouveau-né de mère de statut inconnu vis à vis de l'hépatite B

**Enfant > 2000 gr, > 32 SA**

- Prélever la sérologie maternelle le plus rapidement possible (à l'entrée en salle de pré-travail ou naissance)
- Vaccin Anti-HBs ENGERIX B10 le plus tôt possible après la naissance (< H12)
- Immunoglobulines spécifiques dès que sérologie maternelle connue, si possible avant H24, et au cours des premiers jours de vie (avant J7)

**Enfant ≤ 2000 gr, ≤ 32 SA**

- Prélever la sérologie maternelle le plus rapidement possible (à l'entrée en salle de naissance) et la faire techniquer en urgence
- Si impossibilité d'obtenir les résultats avant H12 : vaccination + Ig selon paragraphe 3 ; sans attendre résultats sérologie
- Les enfants de moins de 2000 g ou prématurés, devront recevoir 3 doses supplémentaires, à 1 mois, 2 mois et 6 mois de vie, soit un schéma vaccinal en 4 injections.

### 8 – Nouveau-né dont un membre de la famille autre que la mère est porteur de l'hépatite B

- Le nouveau-né doit bénéficier d'une vaccination simple, avec la première injection avant la sortie de la maternité.

### 5 – Allaitement

- Aucun risque pour l'allaitement si séro-vaccination effectuée
- Don direct possible
- Lactarium : peut pasteuriser le lait d'une mère pour don uniquement pour son propre enfant si indication médicale (grande prématurité). Pas de don de lait anonyme possible.
- Stockage à l'hôpital : mettre en place ce qui diminue le plus le risque d'échange. En pratique, conserver les biberons à part des autres :
  - o soit dans une boîte de préférence fermée, qui accroche l'œil car très différente des autres
  - o soit dans un autre endroit quand cela est possible, mais avec respect de la chaîne du froid et conditions de surveillance identiques

### 6 – Suivi de l'enfant

**Vaccins suivants**, à prescrire avant la sortie (noter au crayon sur carnet de santé) :

- Enfant > 2000 gr, > 32 SA : 2<sup>ème</sup> dose à 1 mois de vie (Engerix B10) ; 3<sup>ème</sup> dose à 6 mois (Engerix B10)
- Enfant ≤ 2000 gr, ≤ 32 SA : 2<sup>ème</sup> dose à 1 mois de vie ; 3<sup>ème</sup> dose à 2 mois de vie (vaccin hexavalent) ; 4<sup>ème</sup> dose à 6 mois (Engerix B10).

**Sérologie systématique**, à prescrire :

- Ag HBs et Ac anti HBs vers 7-9 mois (1 à 4 mois après la dernière injection)

**Consultation pédiatrique** conseillée (hospitalière ou correspondant habituel) vers 9 mois pour vérifier la complétude de la vaccination et les résultats sérologiques.

### 7 – Suivi de la mère

- Pour toutes les patientes Ag HBs + : consultation spécialisée (infectiologue ou hépatologue) 3 mois après l'accouchement
- Découverte d'un Ag HBs + lors de l'accouchement : avis infectiologue ou hépatologue en post partum si possible. A défaut : prendre RV avant la sortie.