RP2S Réseau Périnatal des 2 Savoie	Mère porteuse de l'AgHBs ou de statut hépatite B inconnu à la naissance			
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	www.rp2s.fr Protocoles Obst-NN	**Création mars 2017** **Mise à jour mars 2024**	3 pages
			Validation : Comité scientifique RP2S du 19/03/2024	

Objectifs – Contexte et points clé - Domaine d'application

- Éviter 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.
- Le VHB n'a pas d'effet tératogène.
- L'essentiel de la transmission verticale est per natale : lors de l'accouchement par voie transplacentaire, ou par exposition de l'enfant aux sécrétions génitales ou au sang maternel.
- Ce risque de transmission materno-fœtale est élevé (> 90%) en l'absence de sérovaccination, avec risque de passage à la chronicité de 80 à 90%. La sérovaccination du nouveau-né réduit le risque de transmission de plus de 90%.
- Il y a un risque persistant d'infection néonatale (5-15%) malgré une sérovaccination bien conduite en cas de charge virale maternelle élevée => intérêt du traitement antiviral durant la grossesse dans ces cas[1].
- Ce protocole est applicable dans toutes les maternités du RP2S.

1 – Grossesse et accouchement

Dépistage des femmes enceintes :

- Recherche AgHBs obligatoire au 6ème mois de grossesse (décret 92-143 JO du 14/02/1992), **mais recommandée dès le début de grossesse** au 1er examen prénatal et idéalement avant 10 SA (HAS 2016, OMS 2020). Le dépistage peut être répété selon le risque.
- Ce dépistage précoce est recommandé pour toutes les grossesses, y compris en cas de vaccination antérieure.
- Même si le dépistage a été réalisé au 1er trimestre, un contrôle au 6ème mois reste théoriquement obligatoire, y compris en cas d'antécédent vaccinal. Attention notamment si facteurs de risque pendant la grossesse, comme partenaire(s) n'ayant pas fait de test de son côté, venant d'un pays de plus forte endémie…
- Les rapports ministériel 2014 et HAS 2016 proposent 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. Cela permet, si patiente immunisée (naturellement ou par la vaccination), de ne pas refaire la recherche AgHBs pendant la grossesse, mais cela implique une interprétation de la sérologie complète.

Interprétation des résultats :

- 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.

Tableau récapitulatif simplifié des marqueurs du VHB :

Voir en annexe le tableau complet.

TABLEAU RECAPITULATIF Marqueurs VHB

Ag HBs -	Ac anti HBs -	Ac anti HBc -	Pas eu d'hépatite, pas eu de vaccin
Ag HBs -	Ac anti HBs +	Ac anti HBc -	Anticorps dus au vaccin
Ag HBs +	Ac anti HBs -	Ac anti HBc +	Hépatite chronique B
Ag HBs -	Ac anti HBs +	Ac anti HBc +	Hépatite B guérie

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).
- Électrode céphalique ou prélèvement au scalp contre indiqués.
- Voie d'accouchement non modifiée
- NB : amniocentèse, version : pas de contre-indication

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

Questions à aborder :

- La grossesse est-elle à risque (cirrhose ?)
- Facteurs de risque ? Contamination et vaccination dans l'entourage ?
- Rassurer sur le déroulement de la grossesse et sur le fait que la séro vaccination protège l'enfant.
- L'allaitement maternel sera possible.

[1] OMS Juillet 2020 : Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy.

- Si charge virale élevée ≥ 5,3 log (correspond à Ag HBs quantitatif ≥ 200 000 UI/ml) : traitement recommandé par Tenofovir (Viread®) dès 24-32 SA jusqu'à 4 à 12 semaines post natales. Ce traitement réduit la virémie maternelle et la transmission verticale au 3ème trimestre.

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 (pour confirmation), Ac anti HBs, Ac anti HBc, Ag HBe, Ac anti HBe, TGO, TGP, TP, AFP, charge virale ADN VHB ; sérologies VIH, VHC et VHD ; échographie hépatique.
- **Consultation spécialisée** avec hépatologue ou infectiologue **pour toute découverte d'Ag HBs +** durant la grossesse : 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 :

- Vaccins : ENGERIX B10 (au réfrigérateur) : 1 dose (0,5 ml) en IM. HBVAX5PRO possible si ENGERIX B10 non disponible.
- Immunoglobulines spécifiques anti-HBs (Ig) 1ml = 100 UI, en IM.
- Sérovaccination selon poids et âge gestationnel :
  - Enfant > 2 Kg et > 32 SA : Ig 100 UI à J0 + vaccin 10 µg 1 dose (avec schéma vaccinal J0 M1 M6)
  - Enfant < 2Kg et/ou < 32 SA : Ig 30 UI/Kg + Vaccin 10 µg 1 dose (avec schéma vaccinal 4 doses, J0, M1, M2, M6)

Pratique des injections

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

NB : Vérification du statut vaccinal de la fratrie

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

Enfant > 2000 gr et > 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 et/ou ≤ 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

5 – Allaitement

- Aucun risque pour l'allaitement si séro-vaccination effectuée.
- Pour les femmes sous Tenofovir (Viread®) : allaitement autorisé. Cet antiviral est présent en très faible quantité dans le lait maternel et sous forme phosphorylée, non absorbée par la muqueuse intestinale de l'enfant.
- Don direct possible.
- Lactarium : peut pasteuriser le lait d'une mère pour don uniquement pour son propre enfant si indication médicale (grande prématurité par exemple). Pas de don de lait anonyme possible.
- Stockage à l'hôpital : mettre en place ce qui diminue le plus le risque d'échange/intervertion. En pratique, conserver les biberons à part des autres :
  - soit dans une boite de préférence fermée, qui accroche l'œil car très différente des autres
  - soit dans un autre endroit quand c'est possible, mais avec respect de la chaine 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 et > 32 SA : 2ème dose à 1 mois de vie (Engerix B10) ; 3ème dose à 6 mois (Engerix B10)
- Enfant ≤ 2000 gr ou ≤ 32 SA : 2ème dose à 1 mois de vie ; 3ème dose à 2 mois de vie (vaccin hexavalent) ; 4ème 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) dans les 3 mois après l'accouchement, avec bilan ASAT, ALAT, ADN VHB.
- Découverte d'un Ag HBs + lors de l'accouchement : avis infectiologue ou hépatologue durant le séjour en suites de naissance si possible. A défaut : prendre RV avant la sortie.

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 (sans immunoglobulines), avec la première injection avant la sortie de la maternité.

Annexe : interprétation sérologies maternelles et attitude pratique chez le nouveau-né (document CHMS)

***Annexe 1 :* Tableau d'interprétation de la sérologie maternelle de l'hépatite B et attitude pratique chez le nouveau-né**

CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE	Annexe rattachée à la procédure : « Sérologie maternelle de l'hépatite B : interprétation et conduite à tenir auprès du nouveau-né » Classeur de rattachement : Gestion de la qualité et des risques / Sous thème : Risques infectieux Site concerné : CHY	Version n°1	**ANNEXE**
		Diffusé en : 10/2015	**CODE** (facult)
			Page 1 sur 1

Ag HBs	AgHBe Ou charge virale	Ac HBc	Ig M Ac HBc	AcHBs	Contagiosité	Interprétation	Attitude pratique Chez le nouveau-né
-	-	-	-	-	-	Mère non infectée non vaccinée	Pas de risque Vaccination selon calendrier vaccinal classique
+	+/-	-	+	-	++	Hépatite aigue recente Réplication virale active	Ig 1 ml avant H 12 + vaccination J0-M1-M6 +/-M2 si poids < 2 kg ou terme < 32 SA)
+	+	+	+/-	-	+++	Hépatite aigue ou chronique avec Réplication virale active	Ig 1 ml avant H 12 + vaccination J0-M1-M6 +/-M2 si poids < 2 kg ou terme < 32 SA)
+	-	+	-	-	+	Hépatite chronique	Ig 1 ml avant H 12 + Vaccination J0-M1-M6 +/-M2 si poids < 2 kg ou terme < 32 SA)
-	-	+	-	+/-	+/-	Guérison récente aigue ou hepatite chronique sans replication virale	Pas de risque Vaccination selon calendrier vaccinal classique
-	-	-	-	+	-	Immunité post-vaccinale	Pas de risque Vaccination selon calendrier vaccinal classique

Les MARQUEURS diagnostiques DE L'HEPATITE B :

- **Pour le diagnostic direct :**
  - Ag HBs : signe d'infection évolutive
  - Ag HBe ou charge virale ADN par PCR : signe de réplication virale
- **Pour le diagnostic de la réponse immune :**
  - Ac HBs : signe de guérison ou de protection
  - Ac HBc : réponse de l'organisme à l'infection sans signification évolutive