REPÈRES PRATIQUES
Obstétrique

Que faire devant une sérologie HBs positive au deuxième trimestre de la grossesse ?

→ C. BORIE
Service de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Robert Debré,
PARIS.

Conduite à tenir chez la femme enceinte

Le virus de l'hépatite B est un virus à ADN enveloppé appartenant à la famille des *Hepadnaviridæ*. La prévalence du portage de l'Ag HBs chez la femme enceinte est estimée de 0,21 à 0,65 %. Le virus de l'hépatite B n'induit pas d'embryo-fœtopathie mais peut provoquer une infection chronique (avec risque d'évolution vers la cirrhose ou l'hépatocarcinome dans 40 % des cas) chez l'enfant à la suite d'une transmission principalement pernatale (la transmission in utero est rare ; la transmission postnatale au cours de l'allaitement maternel est possible). Le risque de transmission est associé au statut antigénique maternel : la présence de l'Ag HBe indique une réplication virale dans le sang maternel. Ainsi, le taux de transmission atteint 90 % lorsque la mère est positive pour l'Ag HBe, alors que seuls 15 % des nouveau-nés sont contaminés en cas de négativité de l'Ag HBe chez la mère [1, 2]. La transmission verticale apparaît également très corrélée avec la charge virale. Par ailleurs, l'hépatite B est une pathologie potentiellement grave pour la femme et son dépistage au cours de la grossesse s'inscrit dans une démarche générale de prévention primaire (vis-à-vis de l'entourage familial) et secondaire de la maladie.

Si le dépistage de l'hépatite B est réalisé, c'est que le bénéfice de la sérovaccination des enfants nés de mères porteuses de l'Ag HBs est fermement établi [1, 2].

L'hépatite B fait partie d'un programme de dépistage prénatal obligatoire depuis la fin des années 1970 en France. Les examens de dépistage de l'hépatite B sont inscrits à la Nomenclature des actes de biologie médicale. Cette dernière prévoit ainsi la détection de l'Ag HBs au cours du 6e mois de grossesse par *Enzyme Immunoassay* (EIA) avec réalisation d'un contrôle sur un 2e prélèvement différent de celui ayant servi au dépistage, en cas de résultat positif ou douteux. Les examens obligatoires sont pris en charge à 100 % dans le cadre de l'assurance-maternité. Un dépistage de l'hépatite B peut éventuellement être renouvelé en fin de grossesse en cas de risque individuel patent [3].

Si le dépistage de l'Ag HBs est positif, il faut rechercher les co-infections possibles, notamment pour le VIH et le virus de l'hépatite C chez la patiente, et prévoir une consultation spécialisée chez un infectiologue ou un hépatologue. Il convient également de détecter s'il existe une réplication virale en recherchant l'Ag HBe, et en dosant les transaminases (ASAT, ALAT). Si l'Ag HBe est positif ou que les transaminases sont élevées, il faut réaliser une charge virale (PCR ADN VHB). Si cette dernière est très élevée (> 6 log copies UI), il existe un risque d'échec de la sérovaccination et l'administration d'un traitement antiviral (ténofovir/lamivudine/telbivudine) chez la mère pendant la grossesse peut être discuté en collaboration avec l'infectiologue et/ou l'hépatologue.

Le suivi obstétrical de la patiente porteuse de l'Ag HBs ne présente pas de spécificité particulière ; le dosage mensuel des transaminases est important car une élévation de ces dernières peut être le témoin d'une réplication virale débutante.

Après l'accouchement, il sera important d'adresser la patiente à l'infectiologue et/ou l'hépatologue avec des résultats récents de transaminases et de charge virale VHB.

Repères pratiques
Obstétrique

POINTS FORTS

- Dépistage obligatoire au cours du 6e mois de la grossesse, à renouveler en cas de facteurs de risque.
- Dépister les autres infections pouvant être associées (VIH, VHC).
- Vérifier le statut vaccinal de l'entourage (partenaires, enfants).
- Rechercher des signes de réplication virale (Ag HBe, transaminases ± charge virale) et discuter en collaboration avec l'infectiologue ou l'hépatologue le traitement antiviral en cas de réplication.
- Sérovaccination du nouveau-né.
- Allaitement maternel autorisé si nouveau-né correctement sérovacciné.

Conduite à tenir à l'accouchement

Le portage chronique de l'Ag HBs, même associé à une réplication virale avérée, n'est pas une contre-indication à l'accouchement par voie basse.

L'instauration précoce, c'est-à-dire dans les 12 heures suivant l'accouchement (au mieux en salle de naissance), d'une prophylaxie associant l'injection d'immunoglobulines spécifiques anti-HBs d'une part et la vaccination d'autre part chez le nouveau-né de mère porteuse de l'Ag HBs permet de prévenir la transmission périnatale du VHB de façon efficace. Le schéma actuel de sérovaccination prévoit trois injections vaccinales (naissance, 1 mois et 6 mois) et l'administration de 100 UI d'immunoglobulines spécifiques anti-HBs par voie intramusculaire, dans des sites différents. Un schéma à quatre doses est recommandé pour les prématurés de moins de 32 semaines ou de poids inférieur à 2 kg. Un contrôle sérologique avec recherche de l'Ag HBs et titrage des anticorps anti-HBs doit être réalisé un à quatre mois après la dernière injection vaccinale [4].

L'allaitement maternel est possible chez les patientes porteuses de l'Ag HBs si leur nouveau-né a été correctement sérovacciné.

Si une patiente dont le statut est inconnu concernant l'Ag HBs se présente en travail, il faut envoyer un prélèvement en urgence. Lorsque les résultats sont disponibles dans les 12 heures suivant l'accouchement, il faut les attendre avant d'envisager une éventuelle sérovaccination. Si les résultats ne sont pas récupérables dans les 12 heures, une 1re dose de vaccin est administrée au nouveau-né par voie intramusculaire dans les 12 heures suivant la naissance ; si l'Ag HBs s'avère positif pour la mère, l'injection de 100 UI d'immunoglobulines spécifiques anti-HBs par voie intramusculaire est réalisée dans la semaine suivant l'accouchement. Concernant les enfants de moins de 32 semaines ou de poids inférieur à 2 kg, une sérovaccination précoce est réalisée [4].

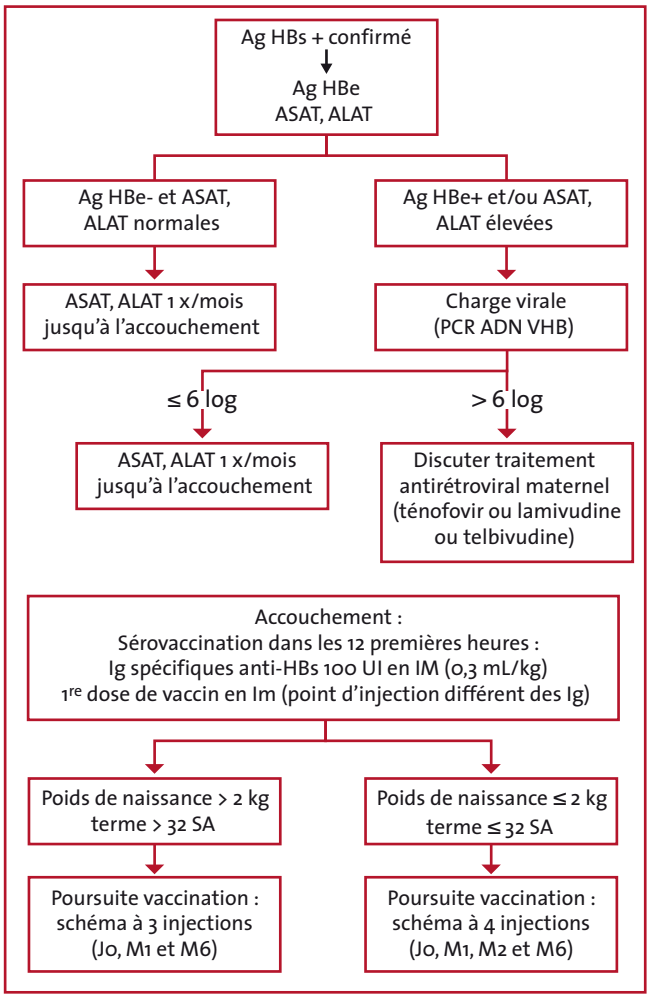

Fig. 1 : Conduite à tenir chez la patiente porteuse de l'Ag HBs au cours de la grossesse.

La prise en charge des patientes porteuses de l'Ag HBs au cours de la grossesse est résumée dans la ***figure 1***.

Conduite à tenir dans l'entourage de la patiente

Dans l'entourage de la patiente, c'est-à-dire chez le partenaire, les autres enfants et l'entourage proche, il faut s'assurer du

statut vaccinal à partir du carnet de santé ou du carnet de vaccination. En cas de doute, il faut prescrire une sérologie VHB (Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs) [5]. Si le sujet n'est pas immunisé, il faut réaliser la vaccination selon le schéma vaccinal habituel. Si l'Ag HBs s'avère positif, il faut adresser le patient chez l'infectiologue ou l'hépatologue.

Bibliographie

1. Denis F, Ranger-Rogez S, Tabaste JL *et al.* Virus de l'hépatite B. *In :* Denis F, ed. Les virus transmissibles de la mère à l'enfant. Montrouge, John Libbey Eurotext ; 1999. pp. 85-103.
2. Broue P. Hépatite B et grossesse. *In :* Berrebi A, Assouline C, Rolland M, ed. Maladies infectieuses courantes à transmission maternofœtale. Paris : Doin ; 2000. pp. 65-86.
3. Haute Autorité de Santé : Rapport d'orientation ; Dépistage prénatal de l'hépatite B : Pertinence des modalités actuelles de réalisation ; HAS octobre 2009.
4. Institut de veille sanitaire. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2009 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidémiol Hebdo, 2009 (16-17).
5. Haute Autorité de Santé : Stratégie de dépistage des hépatites virales B et C ; HAS mars 2011.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.