

## Hépatite B et grossesse

**Professeur Philippe SOGNI**

Université Paris-Descartes, Institut Cochin, CNRS (UMR 8104),  
INSERM U-1016  
Service d'Hépatologie, Hôpital Cochin, Paris

La transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B (VHB) reste une cause majeure du maintien de l'épidémie de VHB dans le monde. En effet, le risque de transmission mère-enfant du VHB est élevé lorsque la mère est AgHBs + et le risque de passage à la chronicité est également élevé en cas de contamination néo-natale.

La prévention de la transmission mère-enfant du VHB repose en France sur 3 recommandations :

- Dépistage obligatoire de l'AgHBs chez toute femme enceinte au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse.
- Recommandation d'une séro-vaccination de tout enfant né de mère AgHBs + débutée dans les premières 12 heures de vie : immunoglobulines antiHBs (100 UI) + vaccin enfant à 10 µg (vaccin répété à M1 et M6).
- Recommandation de la vérification de la sérologie VHB de l'enfant à partir du 7<sup>ème</sup> mois.

Malgré ces mesures, il persiste un risque résiduel de transmission mère-enfant du VHB. Ces échecs peuvent être dus :

- A la transmission d'un virus B mutant HBs et donc à la sensibilité diminuée aux Ig antiHBs ou au vaccin. Il s'agit d'un risque essentiellement théorique.
- A l'absence de suivi des recommandations.
- A la transmission du VHB *in utero*.

Le défaut de suivi des recommandations est un élément qui reste inquiétant dans les pays développés. En France par exemple, une enquête exhaustive en 2006 des maternités de Picardie a montré que le dépistage de l'AgHBs n'était pas réalisé dans 7 % des cas (1). Les données de sérovaccination et d'évaluation d'efficacité de celle-ci sont en revanche parcellaires mais probablement également non optimales.

Le risque de transmission *in utero* du VHB est associé à une charge virale (ADN du VHB) élevée chez la mère et apparaît donc comme le facteur de risque majeur d'échec d'une séro-vaccination bien conduite. Le seuil à partir duquel ce risque devient significatif n'est pas clairement établi. Une étude asiatique récente a trouvé un risque significatif à partir d'un ADN du VHB de 7 à 8 log UI/ml (2). Même si les données de la littérature sont essentiellement asiatiques, des données similaires viennent d'être rapportées en France avec un taux d'échec de sérovaccination de 11 % en cas d'ADN du VHB > 5 log UI/ml chez la mère (3).

En pratique, 2 axes doivent être envisagés pour diminuer le risque de transmission mère-enfant du VHB en 2013 en France (4) :

- Optimiser le suivi des recommandations en informant et en facilitant la chaîne d'information des différents acteurs de santé (sage-femme, obstétricien, hépatologue, virologue, médecin généraliste, pédiatre...).
- Chez une femme enceinte AgHBs +, évaluer l'ADN du VHB au 6<sup>ème</sup> mois et discuter la mise en route d'un traitement par analogue au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse chez les femmes ayant un ADN du VHB élevé (seuil à définir : > 7 log UI/ml ?). Les 3 analogues ayant des données de sécurité suffisantes chez la femme enceinte sont la lamivudine, la telbivudine et le ténofovir. L'arrêt de l'analogue après l'accouchement dépendra de la gravité de l'atteinte hépatique chez la mère.

#### Références

- 1) Braillon A. et al. Grossesse et hépatite B en Picardie : traçabilité du dépistage et prévalence. Gynecol Obstet Fertil 2010 ; 38 : 13-17.
- 2) Wen W.H. et al. Mother-to-infant transmission of hepatitis B virus infection: Significance of maternal viral load and strategies for intervention. J Hepatol 2013 (in press)
- 3) Sellier P. et al. Vertical hepatitis B virus transmission despite serovaccination of the newborn in highly viraemic mono-infected mothers from various ethnic origins : a retrospective study in Paris, France. J Hepatol 2013 ; 58 (Suppl. 1) : S175.
- 4) Sogni P, Bacq Y. Prévenir la transmission mère-enfant du VHB. La Revue du Praticien (Médecine Générale) 2012 ; 885 : 547-548.