

## PROTOCOLE PÉDIATRIQUE

# NOUVEAU-NÉ DE MÈRE PORTEUSE DE L'Ag HBs

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
1	23/02/2021	Dr Anne-Marie MAILLOTTE Dr Clotilde DES ROBERT	Groupe de travail régional	Conseil scientifique

**MENTION RESTRICTIVE** : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

# PROTOCOLE PÉDIATRIQUE

## NOUVEAU-NÉ DE MÈRE Ag HBs POSITIF

### 1. OBJECTIF

Prévenir la transmission au nouveau-né en cas de mère Ag HBs positif

### 2. POINTS ESSENTIELS

- Le dépistage de l'Ag HBs est **OBLIGATOIRE** au cours du 1<sup>er</sup> trimestre (recommandé avant 10 SA), pour **TOUTES** les grossesses même si vaccination antérieure (recommandations HAS 2016)
- Le risque de transmission du virus de l'hépatite B est présent si la mère est **Ag HBs positif**
- La transmission est essentiellement **périnatale**
- Risque élevé de transmission materno-fœtale (> 90%) **en l'absence de sérovaccination**
- Risque persistant d'infection néonatale malgré une sérovaccination bien conduite en cas de charge virale maternelle élevée (5-15%)
- Un traitement antiviral est recommandé pendant la grossesse si CV > 200 000 UI/ml pour réduire la transmission maternofoetale

### 3. ÉPIDÉMIOLOGIE

- La transmission du virus de la mère à l'enfant survient principalement au moment de l'accouchement par exposition aux liquides biologiques de la mère (mais parfois après la naissance)
- Ce mode de transmission mère-enfant est la principale cause de portage chronique de l'Ag HBs dans le monde
- Le taux de prévalence du portage de l'Ag HBs chez les femmes enceintes est très variable en France selon les maternités (origine géographique des patientes). En moyenne il naît en France 6000 nouveau-nés de mères Ag HBs + par an.

### 4. TRANSMISSION DU VHB ET RISQUE DE PORTAGE CHRONIQUE

- La plupart des nouveau-nés contaminés à la naissance restent porteurs chroniques (90%) **avec un risque significatif de développer une cirrhose ou un adénocarcinome hépatique**
- Le risque de transmission mère-enfant est lié à la charge virale (CV) de la mère :
  - Ag HBs positif et CV négative : peu de risque de transmission
  - Ag HBs positif et CV positive : tableau d'hépatite chronique active et risque important de transmission à l'enfant surtout si **CV > 200 000 UI/ml**
- Un traitement par tenofovir (Viread®) est indiqué chez les patientes avec une CV supérieure à 200 000 UI/ml à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre jusqu'à l'accouchement, permettant ainsi de diminuer le risque de transmission. Ce traitement relève d'une prise en charge spécialisée par les gastro-entérologues.

# PROTOCOLE PÉDIATRIQUE

## NOUVEAU-NÉ DE MÈRE Ag HBs POSITIF

### 5. INTERPRÉTATION DE LA SÉROLOGIE MATERNELLE

- Il est obligatoire de dépister au cours du 1<sup>er</sup> trimestre (idéalement avant 10 SA) l'Ag HBs du virus de l'hépatite B pour **TOUTES** les grossesses même si vaccin antérieur.
- Un bilan complet comportant Ag HBs, Ac anti HBc et Ac anti HBs permet de préciser rapidement le profil des patientes séro-positives et d'optimiser leur prise en charge.
- Si la mère est Ag HBs positive, il est impératif de compléter le bilan\*

Penser à dépister le conjoint et la fratrie.

\* **Charge virale, Ag HBe, Ac anti HBe, bilan hépatique, sérologies VHC et VIH si non faites, sérologie hépatite delta.**

### 6. AVANT L'ACCOUCHEMENT

- Le résultat de la recherche de l'Ag HBs doit être disponible+++
- En son absence, appel au laboratoire ayant réalisé l'analyse pour récupérer les résultats
- En dehors des heures ouvrables ou en cas d'analyse non réalisée, recherche en urgence de l'Ag HBs
- En l'absence de résultat obtenu avant l'accouchement, vacciner le nouveau-né dans les 12 premières heures. L'administration des immunoglobulines spécifiques peut être retardée dans les 7 jours (fonction des résultats de l'Ag HBs maternel).

### 7. CONDUITE À TENIR

#### Sérovaccination chez tout enfant né de mère Ag HBs +

- À débiter dans les 12 à 24h après la naissance (au mieux en salle de naissance)
- Injection IM en 2 sites différents après application de crème EMLA® de 100 UI d'immunoglobulines anti-HBs\* (1 ml = 100 UI) à la dose de 0,3 ml/kg maximum 1 ml soit 100 UI et d'un vaccin type Engerix B<sub>10</sub>® ou HBvax pro® 5 Vaccins à 1 et 6 mois
- Sérologie avec recherche de l'Ag HBs et dosage quantitatif des Ac anti-HBs (> 10 mUI/ml) 2 mois après la dernière injection. Si le taux des Ac est < 10 UI, proposer un rappel par Hexavalent à 11 mois (Cf. Annexe 1)
- Chez l'enfant né avant 32 SA et/ou avec un poids de naissance inférieur à 2 kg, une injection vaccinale supplémentaire est nécessaire à 2 mois (Cf. Annexe 1)
- Statut maternel inconnu vis-à-vis de l'hépatite B : Cf. chapitre précédent
- L'allaitement est autorisé dès la naissance et poursuivi si sérovaccination correctement réalisée. Un traitement par tenofovir ne contre-indique pas l'allaitement
- Penser à alerter le médecin référent de l'enfant sur le schéma vaccinal (carnet de santé)

\* les immunoglobulines anti-Hbs comme tout produit dérivé du sang, nécessitent une prescription nominative, la traçabilité au niveau du dossier transfusionnel et du carnet de santé

# PROTOCOLE PÉDIATRIQUE

## NOUVEAU-NÉ DE MÈRE Ag HBs POSITIF

### 8. ANNEXES

#### Annexe 1 : Schéma vaccinal

- Schéma de vaccination du nouveau-né grand prématuré et/ou pesant moins de 2000g de mère Ag HBs+

Naissance	1 mois	2 Mois	3 Mois	4 Mois	6 Mois	11 Mois Taux Ac anti-HBs
Hep B + Ig	Hep B	Hexavalent Prevenar®	Prevenar®*	Pentavalent** Prevenar®	Hep B	>10 UI/l Pentavalent** + Prevenar® < 10 UI/l Hexavalent + Prevenar®

Recherche de l'Ag HBs et dosage quantitatif des Ac anti-HBs à **8 mois**

- Schéma de vaccination du nouveau-né à terme et avec un PN > 2000g de mère Ag Hbs +

Naissance	1 mois	2 Mois	3 Mois Si terme < 37 SA	4 Mois	6 Mois	11 Mois Taux Ac anti-HBs
Hep B + Ig	Hep B	Pentavalent** Prevenar®	Prevenar®	Pentavalent** Prevenar®	Hep B	>10 UI/l Pentavalent ** + Prevenar® <10 UI/l Hexavalent + Prevenar®

Recherche de l'Ag HBs et dosage quantitatif des Ac anti-HBs à **8 mois**

\*Ce schéma correspond aux dernières recommandations ministérielles de mars 2020. Le GPIIP et Infovac recommandent de conserver l'injection à M3 (Pentavalent) dans cette population

\*\*si Pentavalent indisponible aucune CI à l'Hexavalent

# PROTOCOLE PÉDIATRIQUE

## NOUVEAU-NÉ DE MÈRE Ag HBs POSITIF

### 9. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection\*  
\*European Association for the Study of the Liver. Journal of Hepatology 2017 vol.67: 370-398.
- O'Donovan D: Hepatitis viruses and the newborn: Clinical manifestations and treatment. UpToDate Jan 24, 2020.
- Drutz J: Hepatitis B virus immunization in infants, children and adolescents. UpToDate Feb 11, 2020.
- Suivi et Orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour HAS mai 2016.
- Bacq Y, Gaudy-Graffin C : Prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B:nouveaux concepts. Virologie 2013, 17(4) : 243-52.
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2020. Ministère des solidarités et de la santé.
- Funk AL, Lu Y, Yoshida K, Zhao T, Boucheron P, Van Holten J, Chou R, Bulterys, Shimakawa Y. Efficacy and safety of antiviral prophylaxis during pregnancy to prevent mother-to-child transmission of hepatitis B virus:a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2020 Aug 14:S1473-3099 (20)30586-7.
- Gaudelus J, Pinquier D, Romain O et al. Le nouveau calendrier vaccinal est-il adapté à l'ancien prématuré ? Arch Pediatr. 2014 Sep;21(9):1062-70.

# PROCOLE PÉDIATRIQUE

## NOUVEAU-NÉ DE MÈRE Ag HBs POSITIF

### Groupe de travail

#### Rapporteurs :

Dr Anne-Marie MAILLOTTE, pédiatre, Médecine néonatale, CHU Nice

#### Participants :

Dr Clotilde DES ROBERT, pédiatre, Médecine néonatale, APHM

Dr Cynthia TRASTOUR, gynécologue obstétricien, CHU Nice

Pr Rodolphe ANTY, gastro-entérologue, CHU Nice

### Membres de droit du conseil scientifique

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale APHM

Pr Florence BRETTELL (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM

Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHPG Monaco

Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM

Pr Jérôme DELOTTE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Sergio ELENi DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice

Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM

Pr François POINSO (et/ou suppléant) pédopsychiatre APHM

### Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Caroline ADRADOS gynécologue obstétricien CHU Nice

Dr Julie BLANC gynécologue obstétricien APHM

Dr Michel DUGNAT pédopsychiatre APHM

Dr Isabelle LECLAIR médecin généraliste (Var), représentant des URPSML

Dr Caroline PEYRONEL gynécologue obstétricien CH La Ciotat

Dr Jean-Claude PICAUD pédiatre CH Cannes

Dr Cynthia TRASTOUR, gynécologue obstétricien, CHU Nice

Dr Jean VOISIN médecin généraliste, directeur en retraite du CAMSP d'Avignon