

GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE Service de gynécologie Obstétrique Professeur DOMMERGUES	Auteurs : Jacky NIZARD (GO) Laurence FOIX L'HELIAS (P) Pascal LEBRAY (hépatologue) Date rédaction : 2012 Date révision : 02/2015
<b>HEPATITE C ET GROSSESSE</b>	

### Epidémiologie

- Des données épidémiologiques anciennes ont rapporté une prévalence chez les femmes enceintes d'une sérologie VHC positive de l'ordre de 1,2% en Ile-de-France comme en région PACA. Le pourcentage de virémie positive chez les femmes enceintes ayant des anticorps anti-VHC (ARN du VHC mesuré par PCR) n'est pas connu mais pourrait être proche de celui de la population générale (65%)
- 80% de forme chronique (< 70% chez la femme jeune ou l'enfant) → 2/3 des cas asymptomatique → 20-30% de cirrhose → 3,3% de risque annuel d'hépatocarcinome.

### Facteurs de risque d'infection chronique par le VHC

Risque >2%

- Infection par le VIH
- Antécédent de toxicomanie intraveineuse
- Transfusion/greffe/transplantation avant 1992
- Patiente hémodialysée
- Etre originaire ou ayant reçu des soins à risque dans des pays à forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud)
- Séjour en milieu carcéral ?

Risque <2%

- Avoir un partenaire infecté par le VHC
- VHC dans l'entourage familial proche (dont sa propre mère)
- Tatouage ou piercing réalisé avec du matériel non à usage unique
- Mésothérapie/acupuncture réalisée avec du matériel non personnel ou non à usage unique
- AES en milieu médical
- Taux d'ALAT élevé

### Influence de la grossesse sur l'HVC

Amélioration/normalisation le plus souvent des transaminases au cours de la grossesse, puis risque de ré-ascension après l'accouchement. Pas de corrélation avec la charge virale.

### Influence du VHC sur la grossesse

Augmentation du risque de cholestase gravidique, qui elle-même augmente le risque de prématurité. Traitement possible par ursodésoxycholique.

Il persiste des doutes sur le sur-risque de travail prématuré, d'hémorragies antepartum et de RCIU en cas d'hépatite C.

### **Facteurs de risque de TMF**

Il semble y avoir une corrélation entre la charge virale et le risque de TMF.  
Ce risque est nul si la mère est ARN HCV négatif (Anticorps anti-VHC isolé)  
Le taux de transmission materno-fœtale (TMF) est <2%.  
La co-infection par le VIH double le risque de transmission du VHC.  
La césarienne programmée ne réduit pas le risque de TMF.

### **Allaitement**

Le VHC passe dans le colostrum en faible quantité. La contamination par l'allaitement maternel n'a pas été prouvée, sauf en cas de co-infection VIH.

### **Diagnostic d'infection par le VHC chez l'enfant**

Si l'ARN du VHC persiste dans le sang de l'enfant quatre mois après la naissance, l'infection de l'enfant est probable. Mais pour affirmer la contamination de l'enfant, il est nécessaire d'observer la persistance de l'ARN du VHC sur au moins deux échantillons avec un suivi de 18 mois.

### **Recommandations depuis 2014 (pas obligatoire) (1)**

Sérologie anti-VHC dès la première consultation prénatale ; pas d'influence sur le terme et les modalités d'accouchement ; allaitement maternel « non déconseillé » ; dépistage de l'enfant de mère VHC+ par sérologie à 18 mois.

### **Protocole de service**

Si diagnostic de sérologie hépatite C + : Faire un ARN VHC.  
Dans tous les cas, s'assurer d'une prise en charge par hépatologue.

#### *En préconceptionnel :*

Si porteuse connue, encourager la consultation préconceptionnelle avec l'hépatologue pour

1. Evaluer le niveau de sévérité,
2. Discuter du traitement avant (grossesse contre-indiquée jusqu'à 6 mois après l'arrêt du traitement antiviral) ou après la grossesse,
3. Evaluer le risque de transmission materno-foetale

#### *Au cours de la grossesse :*

- Dépistage par anticorps anti-VHC recommandé en début de grossesse
- Si anticorps anti-VHC+, faire une charge virale en cours de grossesse
- Rappeler la nécessité d'une absence de prise d'alcool ou de médicaments hépatotoxiques
- Faire une recherche de la charge virale au troisième trimestre.

#### *Mode d'accouchement :*

- Le portage du VHC n'influence pas le mode d'accouchement.
- Prélèvement au scalp possible si CV indétectable au troisième trimestre
- Pas d'électrode de scalp / capteur intra-utérin

#### *Allaitement maternel :*

- Pas de contre-indication à l'allaitement maternel.
- Eviter le traitement anti-VHC durant l'allaitement.

*Soins aux nouveau-nés :*

*Prescription d'une PCR VHC après deux mois de vie.*

- Prescription d'une sérologie VHC à réaliser vers 12 mois
- Si anticorps anti-VHC +, refaire une PCR VHC et si + avis hépato-pédiatre
- Résultats à montrer au médecin traitant.