

41^e

RÉUNION INTERDISCIPLINAIRE DE
CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE

LUNDI 13 & MARDI 14
DÉCEMBRE 2021

PALAIS DES CONGRÈS • PARIS



HÉPATITES ET GROSSESSE

Pr Véronique LOUSTAUD-RATTI

CHU LIMOGES

Présidente de la Fédération Nationale des Pôles et des Réseaux Hépatites Virales

© RICAI 2021. Tous droits réservés.

© RICAI 2021. Tous droits réservés.

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.



RICAI 2018

38ème Réunion Interdisciplinaire
de Chimiothérapie Anti-Infectieuse

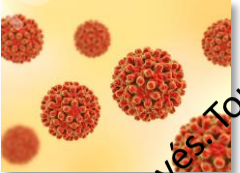
Liens d'intérêt

Speaker's name : Véronique Loustaud, Limoges

Nature	Financier (s)
Conférences/Boards	ABBVIE
Conférences/Boards	GILEAD
Conférences	IPSEN

© RICA I 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICA I 2021 Tous droits réservés.



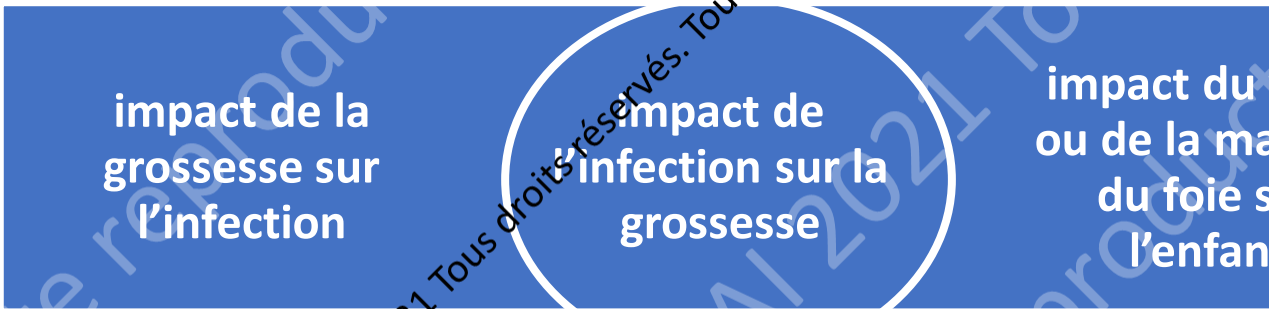
Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

INTRODUCTION

OMS
- 1,34 Millions de décès annuels
- Virus B,C,D 325 millions de personnes
96% des causes de décès pour HV

5 virus A, B, C, D, E
Grossesse
Post-partum

Prévention TME
Enjeu majeur épidémiologique
Socio-économique



impact de la grossesse sur l'infection

impact de l'infection sur la grossesse

impact du virus ou de la maladie du foie sur l'enfant

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

LE VHB DANS LE MONDE

257 M de porteurs du VHB

- 65 millions de femmes en âge de procréer
- 90% infections chroniques chez l'enfant

LE VHB EN FRANCE

Population Générale

● Ag HBs + : 0,30% [0,13-0,70]

17,5% [4,9-46,4] connaissent leur statut*

*Ces estimations ne sont pas robustes : très faible nombre de participants testés positifs, entraînant des intervalles de confiance très larges.

Populations précaires :

CMUc : 1,98%

Afrique subsaharienne : 5,81%

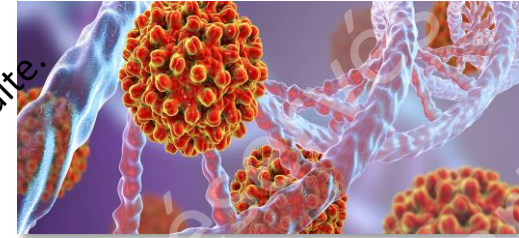
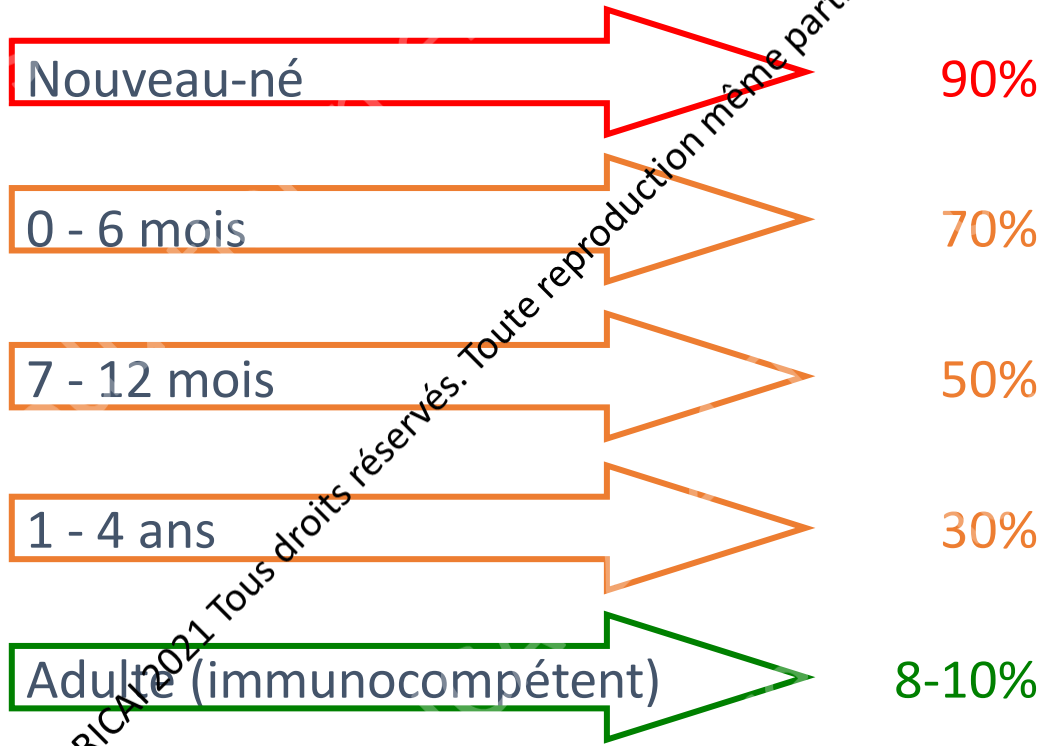
Femmes enceintes : 0,41%

Métropole : 0,15%

Naissance hors de France : 2,56%

INFECTION VHB : PASSAGE À LA CHRONICITÉ

Tranches d'âge et chronicité

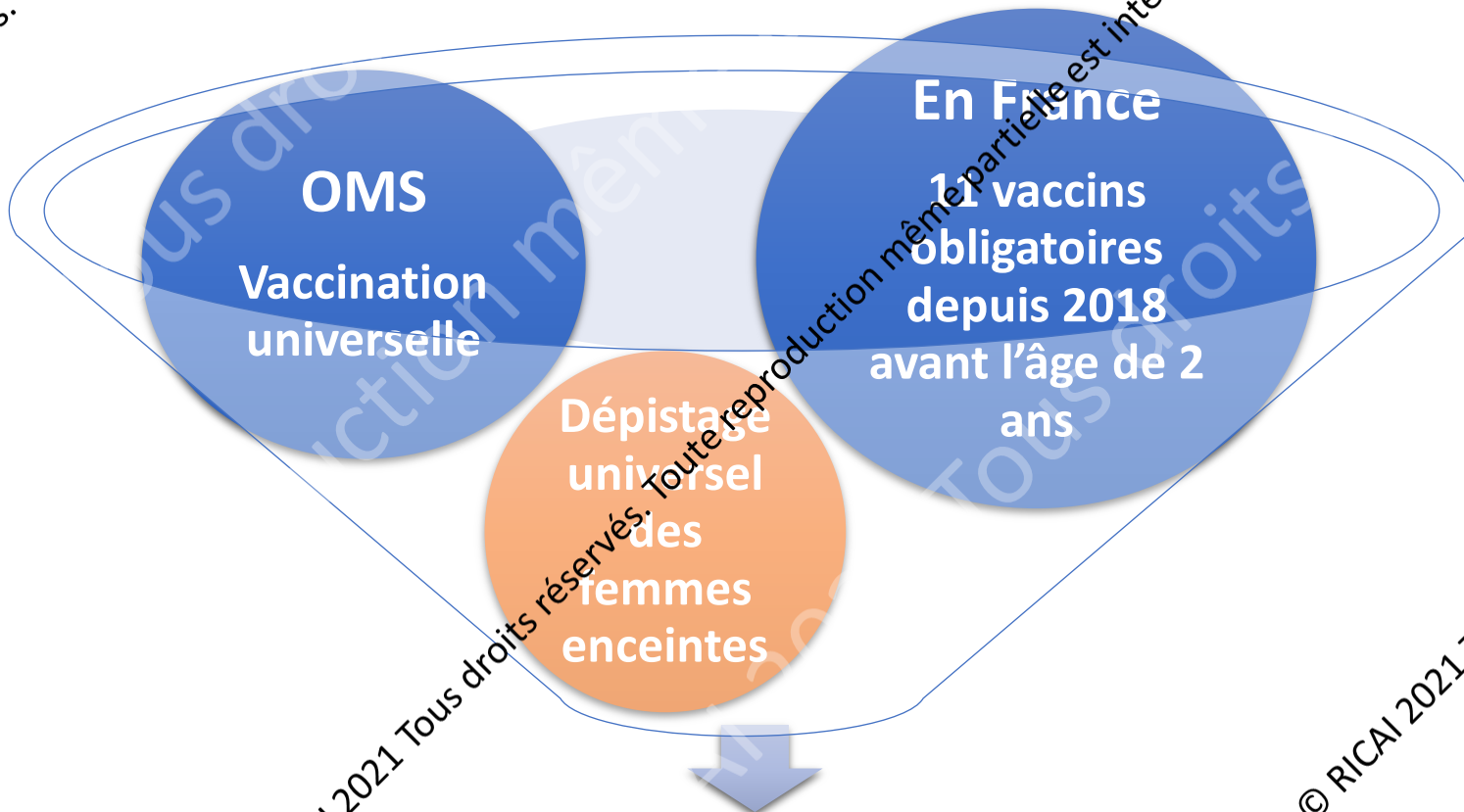


Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

L'ÉLIMINATION DU VHB



Pierre angulaire de l'élimination du VHB

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

DEPISTAGE DE L'AG HBS PENDANT LA GROSSESSE



Dépistage universel Ag HBs pendant la grossesse

1^{ère} consultation prénatale AVANT 11S d'amenorrhée (HAS 2016)



Ag HBe, DNA viral B, Ac Delta

NFLS +pI, TP, bilirubine, ASAT, ALAT, PA, GGT, IgM anti-HBc si suspicion d'hépatite aiguë,



Pays ressources limitées : pas d'ADN

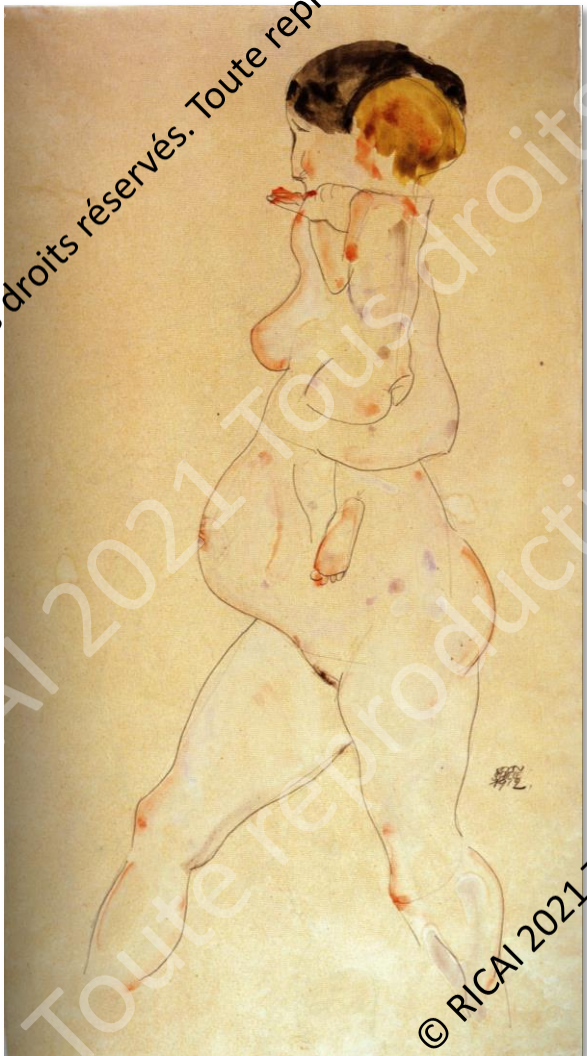
- Ag HBe+ : Se 88,2% et Spe 92,6% pour ADN $\geq 5,3 \log_{10}$ UI / ml¹⁶
- Quantification de l'AgHBs seuil 4,0 \log_{10} UI/ml recommandé par l'EASL¹⁷
- Ag HBc : Se 91,4% et Spé 93,2% pour taux d'ADN $\geq 200\ 000$ UI / ml¹⁸

CAT EN CAS DE DÉCOUVERTE D'UN AG HBS CHEZ UNE FEMME ENCEINTE

- Informer la future mère de la nécessité d'une sérovaccination de son enfant dès la naissance
- Mentionner clairement séropositivité Ag HBs dans dossier de maternité
- Proposer systématiquement une enquête sérologique dans l'entourage familial

Prévoir une consultation d'Hépatologie ou d'Infectiologie

- Avant le 6^{ème} mois
- Après l'accouchement



HÉPATITE B ET IMPACT SUR LA GROSSESSE

Risque accru d'accouchement prématuré

- 16%
- 21% si la femme est AgHBe+ *^{19,20}

Risque accru de diabète sucré gestationnel

- 6,5% si Ag HBs+
- vs 3,4% Ag HBs- **²¹

*méta-analyse chiffres possiblement surévalués
19 Liu, J. et al. *Lancet Glob. Health* 2017
20 Ma, X. et al. *J. Med. Virol.* 2018

**méta-analyse 23 études de cohorte portant sur 3 529 223 participants
21 Tan, J. et al. *J. Viral Hepat.* 2018

IMPACT DE LA GROSSESSE SUR L'HÉPATITE B

Hépatite aiguë B pendant la grossesse

- Moins de signes cliniques
- Délai de perte d'Ag HBs et de séroconversion augmenté²²

Hépatite chronique B pendant la grossesse

- Stabilité basse de l'ALAT, poussées d'ALAT signalées^{23,24}
- Stabilité de l'ADN VHB et des Ag viraux (Ag HBs, Ag HBe)

Hépatite chronique B en post-partum

- Surveillance de l'ALAT post-partum (reco AASLD)
- Augmentation modérée de l'ALAT peu efficace pour séroconversion HBe²⁵⁻²⁷

22 Han, Y.-T. et al. *BMC Infect. Dis.* 2014

23 Bzowej, N. H. et al. *Am. J. Gastroenterol.* 2019

24 Soderstrom, A., Norkrans, G. & Lindh, M. *Scand. J. Infect. Dis.* 2003

25 Ter Borg, M. J. et al. *J. Viral Hepat.* 2008

26 Lin, H. H. et al. *J. Med. Virol.* 1989

27 Joshi, S. S. et al. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2017

TMF ET HÉPATITE AIGUË B

Hépatite aiguë B (rare)

- **Risque transmission verticale faible si premier T (10%)**
- **Risque bcp plus élevé si H aiguë en fin de Grossesse (65 à 100%)**
- **Sérovaccination à la naissance** même si disparition de l'Ag HBs chez la mère durant la grossesse

LE TRAITEMENT ANTIVIRAL PROPHYLACTIQUE

- Traiter si ADN > 5,3 log 10 UI / ml
= précautions maximales

- 28–32 semaines de gestation
- Si CV > 8,0 log10 UI / ml, démarrer au 2^{ème} trimestre^{44,45}

- **Interrompre le ttt à l'accouchement** jusqu'à 3 mois après, sauf indication maternelle

39 Stevens, C. E. et al. J. Med. Virol. 1979

40 Zou, H. et al. J. Viral Hepat. 2012

41 Wen, W. H. et al. J. Hepatol. 2013

42 Cheung, K. W. et al. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2018

43 Wiseman, E. et al. Med. J. Aust. 2009

44 Pan, C. Q. et al. N. Engl. J. Med. 2016

45 Han, G. R. et al. J. Hepatol. 2011

FDR TMF ET HEPATITE B CHRONIQUE

Le statut Ag HBe

- risque 5-30%

(Afrique Ag HBe-, Asie Ag HBe+)

La période à risque

1) Peri-partum +++

pas d'influence du mode d'accouchement

2) **In utero** : prévalence (10% ?) : infection des cellules germinales ? Décrite en Chine²⁸

La co-infection par le VIH

~~Pas d'influence~~²⁹⁻³¹

L'amniocentèse, +++

Si ADN du VHB $\geq 7,0 \log_{10}$ UI / ml^{32,33}

Traitement antiviral (évaluation)

Eviter la surveillance fœtale interne

intra-partum³⁴

7 World Health Organization. Global hepatitis report, 2017

28 Pol S. Clin Res Hepatol Gastroenterol 2014; 35:618-22

29 Benhammou, V. et al. J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 2018

30 Mave, V. et al. HIV. Med. 2014

31 Chotun, N. et al. Vaccine 2015

32 Han, Z. et al. Prenat. Diagn. 2019

33 Yi, W. et al. J. Hepatol. 2014

34 Dunkelberg, J. C. et al. J. Perinatol. 2014

QUELS ANTIVIRAUX ?

CE QUE L'ON SAIT

- *Lamivudine et TDF non tératogènes : autorisés au premier trimestre*^{16,46,47}
- *TDF : pas de mutant de R*
- *TAF : les études de tolérance pendant la grossesse sont limitées*⁴⁷

TDF est privilégié

16 Funk, A. et al. Lancet Infect Dis. 2020

46 Brown, R. S. Jr et al. Hepatology 2016

47 Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee, Registry Coordinating Center, 2020

LA SÉROVACCINATION À LA NAISSANCE

Vaccin et Ig : les deux sont indispensables

	Pas de vaccin	Vaccin	Vaccin et Ig
Mère Ag HBe+ TMF	75%	21%	6%
Mère Ag HBe- TMF ³⁵	10%	3%	1%

Importance du délai d'administration de la sérovaccination

- Dans l'heure risque TMF 2% max
- Risque très élevé au-delà de 24H^{36,37}

Remarque : pas acquis dans les pays endémiques : difficulté d'approvisionnement, conservation au froid...



³⁵ Isaacs, D. et al. Vaccine 2011
³⁶ Wang, C. et al. Medicine 2016
³⁷ Kang, W. et al. Vaccine 2014

SÉROVACCINATION DU NOUVEAU-NÉ

MODALITÉS PRATIQUES



- **Le jour de la naissance (<12h)**
 - ✓ 1 dose de vaccin anti VHB IM.
EngerixB® (5µg/0,5ml) ou
GenhevacB® (20µg/0,5ml)
 - ✓ 100 (mère Ag HBe-) à 200 (Ag HBe+) UI d'Ig anti-HBs en un site différent en IM.
- **Répéter le vaccin à 1 et 6 mois.**
- **1 dose supplémentaire si prématuré moins de 32 SA ou < 2 kg.**
- **Recherche AgHBs et anti-HBs 1 à 4 mois après la dernière injection (9 à 12 mois de vie).**

QUID DE L'ALLAITEMENT ?

CE QUE L'ON SAIT

- *L'allaitement possible sans délai si enfant immunisé à la naissance⁴⁸*
- *L'exposition des nourrissons au TDF est négligeable, estimée à 0,03% d'une dose orale⁴⁹*
- *Risque limité d'ostéoporose chez la femme allaitante*
- *Pas d'études pharmacocinétiques sur le TAF dans le lait maternel*

Allaitement possible sans délai si enfant immunisé à la naissance⁴⁸

L'allaitement est possible sous TDF

⁴⁸ Shi, Z. et al. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2011

⁴⁹ Benaboud, S. et al. Antimicrob. Agents Chemother. 2011

HEPATITE C OÙ EN EST-ON ?

OBJECTIF ÉLIMINATION

2025 France // 2030 OMS

Le VHC reste un défi de santé publique majeur dans le monde

- prévalence mondiale estimée à 2,5% (177,5 millions)
- **les femmes représentant environ un tiers des cas**^{57,58}

Pratique en évolution
dans le contexte de
l'élimination du VHC

**En France, dépistage
femmes enceintes
sur facteurs de
risques**

**Aux USA, dépistage
systématique du VHC
chez les femmes
enceintes
recommandé** en 2019
par l'AASLD⁵⁹

Rentabilité si prévalence
> 0,03%⁶⁰

57 Petruzziello, A. et al. World J. Gastroenterol. 2016

58 DeMaria, A. Jr Ann. Intern. Med. 2017

59 American Association for the Study of Liver AASLD/IDSA, 2020

60 Waruingi, W. et al. J. Neonatal Perinat. Med. 2015



IMPACT DE L'HÉPATITE C CHRONIQUE SUR LA GROSSESSE

MERE

➔ **Cholestases intrahépatiques**
méta-analyse (3 études Europe)

OR 20 fois plus élevé⁶¹

*Diminution de l'activité du transporteur
MRP2 et bain hormonal :*

DEPISTAGE SYSTEMATIQUE

➔ hémorragies ante-partum

- post-partum
- rupture prématurée des membranes
- admission en USI
- mortalité maternelle (maladies hépatiques avancées)⁶²

ENFANT

➔ **Naissances prématurées** **OR 1.62**
indépendamment des autres FDR⁶³

➔ **Décès in utero**
(3,4%)⁶⁴

61 Wijarnpreecha, K. et al. Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol. 2017

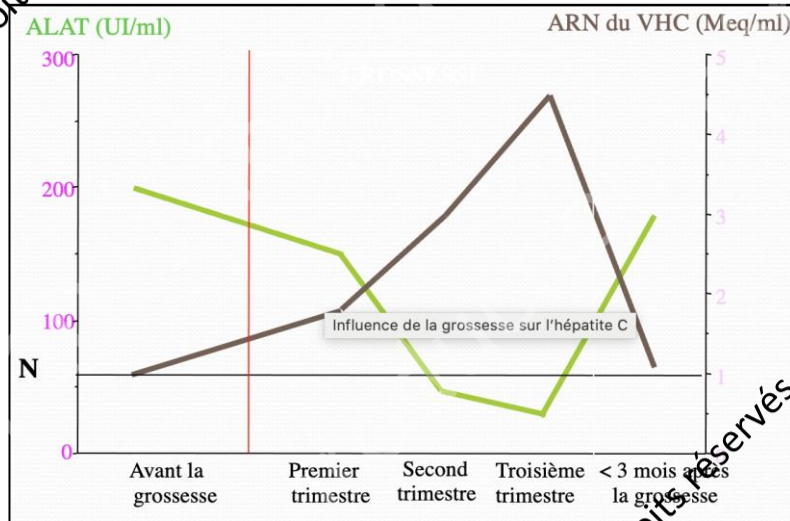
62 Rezk, M. & Omar, Z. Arch. Gynecol. Obstet. 2017

63 Huang, Q. T. et al. J. Viral Hepat. 2015

64 Money, D. et al. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2014

EFFET DE LA GROSSESSE SUR L'ÉVOLUTION DE L'HÉPATITE C

2/3 des patientes



- 1/3 sans changement⁶⁵

65 Conte, D. et al. *Hepatology* 2000

66 Benova, L. et al. *Clin. Infect. Dis.* 2014

67 Freriksen, J. J. M. et al. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2019

68 El-Sayed, M. et al. *J. Hepatol.* 2019

TME

- **Modalités TME mal connues** : intra-utérine (40%), postpartum (faible)
 - **Morbidité infection VHC** : **5,8%** (IC à 95% 4,2–7,8%)
 - **Morbidité infection** : **10,8%** (IC à 95% 7,6–15,2%)⁶⁶
- Corrélation avec le niveau de virémie seuil ?**

Traiter avant la grossesse !



Quid des DAA pendant la grossesse ?

- Animal : pas de signal⁶⁷
- Grossesses non planifiées sous DAA : pas de signal⁶⁸
- *Essai chez la femme au 3^{ème} T ?*
- *Traitement des enfants de moins de 3 ans ?*

GROSSESSE ET POST-PARTUM

Amniocentèse non associée à la TME

Données limitées⁶⁹
Préférer au prélèvement de villosités choriales et du sang fœtal⁷⁰

Éviter l'épisiotomie et la rupture prolongée des membranes (> 6h OR 9.3⁷¹)

Prise en charge

Pas d'indication spécifique de césarienne^{72,73}

Pas de restriction de l'allaitement sauf lésion du mamelon⁷²
Activité antivirale du lait maternel⁷⁴

Diagnostic du VHC chez le nouveau-né

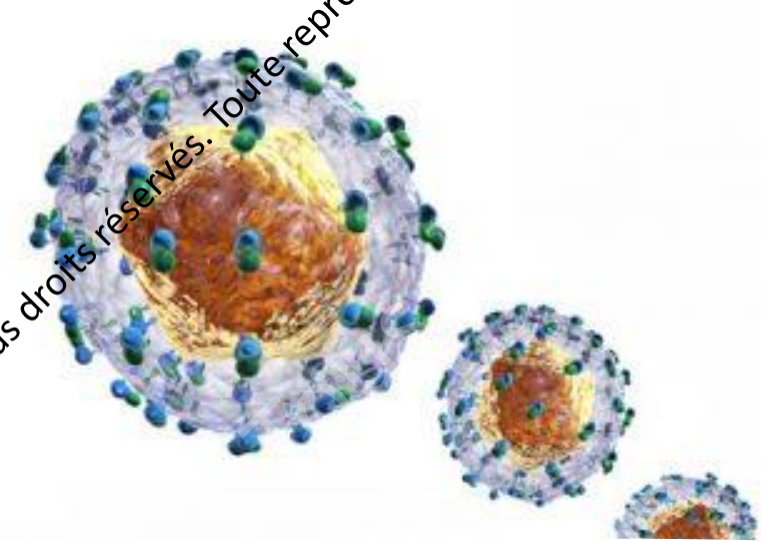
- Les **anti-VHC** peuvent persister jusqu'à **18 mois⁷⁵**
- La mesure précoce de l'ARN du VHC est **imparfaite** : virémie transitoire possible entre 4 et 6 mois⁷⁶
VPP 78% et VPN et 99% à 9 mois⁷⁷



Attendre au moins 2 mois pour ARN VHC
Contrôle à 18 mois Ac et ARN VHC

69 Gagnon, A. et al. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2004
70 Society for Maternal-Fetal Medicine, A. Am. *J. Obstet. Gynecol.* 2017
71 Mast, E. E. et al. *J. Infect. Dis.* 2005
72 Cottrell, E. B. et al. *Ann. Intern. Med.* 2013
73 Garcia-Tejedor, A. et al. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2015

74 Pfaender, S. et al, *J. Infect. Dis.* 2013
75 Hillemanns, P. et al. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2000
76 Bal, A. & Petrova, A. *Open Forum Infect. Dis.* 2016
77 Polywka, S. et al. *J. Med. Virol.* 2006

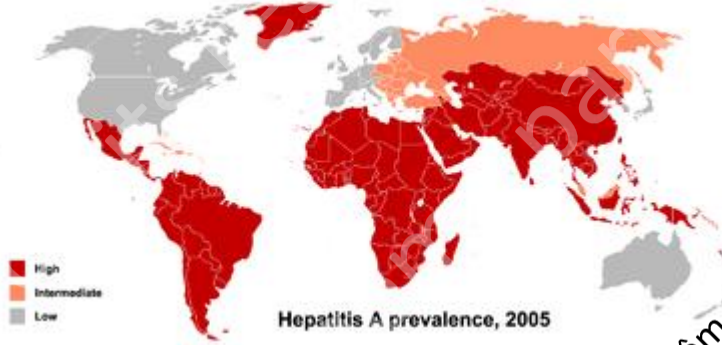
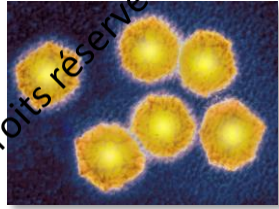


LEVER LES OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉVENTION DE LA TMF DU VHC

- **DEPISTAGE UNIVERSEL DE LA FEMME ENCEINTE
COMME POUR LE VHB**

**AUGMENTER LE DEPISTAGE DES NOUVEAUX NÉS DE
MERE VHC+ (9-16% AUX USA) POTENTIELLEMENT
TRAITABLES**

HEPATITE A



Incidence dans les pays développés
Renforcer la vaccination

- **Risques maternels**

Travail prématuré, décollement placentaire et rupture des membranes

Pas d'augmentation du risque d'IHA^{1,2} Transplantation exceptionnelle¹

- **Risques fœtaux**

Cas rares de lésions hépatiques fœtales³

- **Risque de TMF**

Très rare; facteurs de risque non évaluables³

- **Prévention TMF**

0 requise

- **Suivi maternel**

Exposition pendant la grossesse :
Ig post-exposition si non immunisée⁴

- **Suivi des nourrissons**

Aucun

Vaccin A inactivé autorisé pendant la grossesse^{4,5,6}

1 Simsek, Y. et al, J. Obstet. Gynaecol. Rep., 2012

2 Casey, L. C. et al, Hepatology, 2020

3 Leikin, E. et al., Obstet. Gynecol., 1996

4 Advisory Committee on Immunization Practices, MMWR Recomm. Rep., 2006

5 Moro, P. L. et al., Am. J. Obstet. Gynecol., 2014

6 Groom, H. C. et al., Vaccine, 2019

HEPATITE D

Fibrose sévère vs VHB

Donc ↗ césariennes,
↗ accouchements prématurés
Petit poids de naissance⁵⁰

TME :
exceptionnelle⁵¹
Pas de Cind à l'allaitement

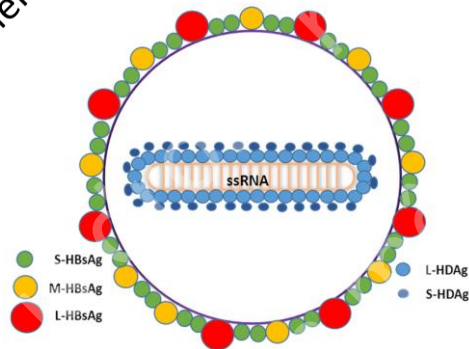
CE QUE L'ON SAIT

OU PAS

Manque de data sur l'impact du VHD sur la grossesse et de la grossesse sur le VHD

L'interféron et le Myrcludex ne sont pas recommandés pendant la grossesse⁵²

- Environ 5% des porteurs Ag HBs+ sont VHD+
12 millions de personnes dans le monde⁵³
- Femmes enceintes : manque de données
14,7% en Mauritanie, 20,3% au Pakistan^{54,55}



Dépistage systématique VHD si Ag HBs+ avec VHC et VIH
Si VHD+ : ARN VHD⁵⁶

Prévention de la TME VHD = prévention de la TME VHB

50 Hagstrom, H. et al. Hepatol. Commun. 2018

51 Sellier, P. O. et al. Liver Int. 2018

52 Dusheiko, G. Liver Int. 2013

53 Stockdale, A. J. et al. J. Hepatol. 2020

54 Mansour, W. et al. J. Med. Virol. 2012

55 Aftab, M. et al. Viral Immunol. 2019

56 EASL Asian Pacific Guidelines

HEPATITE E

↑ Mortalité femme
(15-25% jusqu'à 70%)
notamment 3^{ème} T⁸¹
Rôle des G 1 et 2 mais
surtout 1 +++^{82,83}

Taux
médiants de
mortalité
fœtale 33%
et néonatale
8%⁸¹

**L'HÉPATITE E
ENDÉMIQUE**

TME :
33% à
100%^{84,85}

↑ avortement
spontané, mort
intra- utérine et
travail prématuré

- L'hépatite E, une causes des plus fréquentes d'HA dans le monde
- Endémique Asie, Afrique, Moyen-Orient Amérique centrale⁷⁸ (G1,2).
- Pays industrialisés (G1,3)= zoonose, cas sporadiques^{79,80}

En Europe :

- 0,67% des femmes IgM anti-VHE+ au 1^{er} T Cohorte espagnole récente⁸⁶
- 1^{er} cas G3 récent sud de la France⁸⁷ : virémie brève, mais suivi d'une cholestase gravidique
- **Un pronostic vraisemblable**

Sous-estimation
Penser à tester si ALAT ↑
(IgM et ARN, suivi de
l'enfant)

Traitements
- Ribavirine tératogène,
- Transplantation si ALAT ↑
- Vaccin : 1 vaccin autorisé
en Chine⁸⁸
Phase IV Bangladesh

78 Aggarwal, R. Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2013

79 Li, R. C. et al. Emerg. Infect. Dis. 2006

80 Khuroo, M. S. et al. Viruses 2016

81 Berglov, A. et al. J. Viral Hepat. 2019

82 Gouilly, J. et al. Nat. Commun. 20

83 Knegendorf, L. et al. Hepatol. Commun. 2018

84 El Sayed Zaki, M. et al. J. Clin. Transl. Hepatol. 2014

85 Gurley, E. S. et al. Am. J. Public Health 2012

86 12 papier 2

87 ref

88 Cao, Y. et al. Hum. Vaccin. Immunother. 2018

HEPATITE B

TAKE HOME MESSAGES

- **Dépistage universel femmes enceintes 1^{ère} cs prénatale**
- Vaccination universelle
- Risque accru **d'accouchement prématuré et diabète gestationnel**
- Flares en post-partum
- **TMF péri-partum**
- **90% infections chroniques** chez l'enfant
- **Sérovaccination précoce** naissance
- **Traitement TDF**
 - à 28–32 semaines de gestation **ADN > 5,3 log₁₀ UI / ml**
 - si amniocentèse et ADN du VHB $\geq 7,0 \log_{10}$ UI / ml
- **Allaitement sans délai** si sérovaccination
Allaitement possible sous TDF

HEPATITE C

TAKE HOME MESSAGES

- **Dépistage systématique**
- **Dépister les cholestases gravidiques +++**
- **TMF Monoinfection : 5,8%, coinfection : 10,8%**
- **Corrélation avec le niveau de virémie**
- **Pas de restriction de l'allaitement**
 - Attendre **2 mois pour contrôler l'ARN VHC** chez le nourrisson
- **Contrôle à 18 mois** Ac et ARN VHC
- **Traiter avant la grossesse**

TAKE HOME MESSAGES

HEPATITE A

- Pas de signal fort
- Ig post-exposition si non immunitaire
- Renforcer la vaccination

HEPATITE D

- **TME exceptionnelle**
- Prévention de la TME VHD = prévention de la TME VHB

HEPATITE E

- **Zone d'endémie G1,2 +++ 1**
- **Mortalité femme 15-25% ++ 3^{ème} T**
- **Mortalité fœtale 33%**
- **Infections sporadiques G3**
- **Pas de signal**
- **Sous-estimation** : penser à tester si cytololyse inexpliquée

Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

QUIZZ

© RICAI 2021 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2021 Tous droits réservés.

QUIZZ 1

Vous recevez en consultation Mme X 29 ans d'origine camerounaise enceinte de 2 mois et qui a été dépistée Ag HBs+ par son médecin traitant car son mari était lui-même suivi pour une hépatite chronique B. Elle est Ag Hbe+ avec un ADN viral B à 8 log. Ses transaminases sont normales. D'après vous :

- 1- Le risque de diabète gestationnel est accru
- 2- Son statut permettra d'avoir une séroconversion Hbe en post partum du fait du rebond immunologique attendu avec flares d'ALAT
- 3- Si une amniocentèse est indiquée par mes collègues gynécologues je la contre-indique
- 4- Je propose un traitement par entécavir si la virémie est toujours à 7 logs à 6 mois de grossesse
- 5- Je propose une sérovaccination de l'enfant dans les 48H qui suivent la naissance

QUIZZ 1

Vous recevez en consultation Mme X 29 ans d'origine camerounaise enceinte de 2 mois et qui a été dépistée Ag HBs+ par son médecin traitant car son mari était lui-même suivi pour une hépatite chronique B. Elle est Ag Hbe+ avec un ADN viral B à 8 log. Ses transaminases sont normales. D'après vous

- **1- Le risque de diabète gestationnel est accru**
- 2-Son statut permet tra d'avoir une séroconversion Hbe en post partum du fait du rebond immunologique attendu avec flares d'ALAT
- 3 - Si une amniocentèse est indiquée par mes collègues gynécologues je la contre-indique
- 4- Je propose un traitement par entécavir si la virémie est toujours à 7 logs à 6 mois de grossesse
- 5- Je propose une sérovaccination de l'enfant dans les 48H qui suivent la naissance

QUIZZ 2

Vous recevez une patiente de 25 ans ancienne usager de drogue, enceinte de 3 mois et porteuse d'une hépatite chronique C virémique jamais traitée. Quelles sont les assertions vraies ?

- 1- Le risque de cholestase gravidique est accru
- 2- L'allaitement est possible
- 3- Je dépisterai l'infection de l'enfant par recherche d'Ac VHC dès le 3^{ème} mois de naissance
- 4- La présence de l'ARN VHC chez l'enfant à 3 mois de vie signe la contamination
- 5- Le traitement de l'hépatite C est possible chez l'enfant contaminé à la naissance, à partir de l'âge de 3 ans

QUIZZ 2

Vous recevez une patiente de 25 ans ancienne usager de drogue, enceinte de 3 mois et porteuse d'une hépatite chronique C virémique jamais traitée. Quelles sont les assertions vraies ?

- 1- Le risque de cholestase gravidique est accru
- 2- L'allaitement est possible
- 3- Je dépisterai l'infection de l'enfant par recherche d'Ac VHC dès le 3^{ème} mois de naissance
- 4- La présence de l'ARN VHC chez l'enfant à 3 mois de vie signe la contamination
- 5- Le traitement de l'hépatite C est possible chez l'enfant contaminé à la naissance, à partir de l'âge de 3 ans