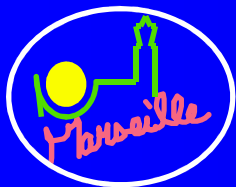


Transmission materno-fœtale du VHC

Pr. Ludovic CRAVELLO

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de La

Conception, 147 Bd Baille, 13005 Marseille



Prévalence VHC et Grossesse

- **Prévalence VHC+ chez la femme enceinte sur 32 études publiées : 0 à 13,7%**
- **Etudes multicentriques sur plus de 3 000 cas dans les pays industrialisés (Japon, Italie, Espagne) : 0,4 à 2,4%**
- **Etudes africaines : 0,2 à 9,4% (taux très élevés en Egypte, à Oman)**
- **Diverses études françaises : 0,3 à 3,9%**
 - ◆ **Echantillon aléatoire régions Ile-de-France + PACA : 1,2%**
 - ◆ **Limoges : 1,47%**
 - ◆ **La Réunion : 0,14%**
 - ◆ **Clichy : 1,94%**

Prévalence VHC et Grossesse

- Moyenne estimée en France : **voisine de 1%**
- Soit pour 800 000 naissances / an : environ 8 000 cas / an
- Taux plus élevés dans certains sous-groupes de populations : co-infection VIH-VHC (jusqu'à 40%), patientes toxicomanes

Modalités du dépistage du VHC / G

- Sérologie obligatoire (idem : rubéole, toxoplasmose, VHB, syphilis) : NON
- Obligation de proposition systématique du test (idem : VIH) : NON
- A proposer systématiquement aux groupes à risque (ANAES 2005)
- Estimation de Santé-Canada : par une telle approche, 40 à 60% des femmes réellement infectées échappent au diagnostic
- Bien entendu, tester systématiquement tous les enfants nés de mère VHC+ (comment les sélectionner si on ne dépiste pas les mères avant ??)

Interactions VHC - G

- Influence de la G sur l'infection virale C chronique : négligeable ou très faible
- Influence sur VHC sur le fœtus : pas de risque accru de malformation congénitale, de souffrance fœtale, de mort in utero, de prématurité
- Influence du VHC sur le déroulement de la G : nulle, pas de morbidité maternelle accrue
- Le problème lié au VHC = transmission verticale du virus
- Les traitements anti-VHC sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse
 - ◆ Respecter un délai de clairance avant la conception de 4 à 5 mois chez la femme (métabolisme de la ribavirine)
 - ◆ Délai de 7 mois chez l'homme (idem)

TMF du VHC

- Taux qui varient de 0 à 30% selon les pays et les années
- En combinant plusieurs études : $179 \text{ cas} / 2\,264 = 7,9\%$
- Estimation du taux moyen en Europe
 - ◆ valeur retenue par tous les auteurs = **5 à 6%**
- Moment de la contamination : in utero tardive (en fin de grossesse), au moment de l'accouchement
- Facteurs de risques identifiés dans l'augmentation de la TMF :
 - ◆ PCR ARN+ : facteur principal
 - ◆ Co-infection par le VIH
 - ◆ Utilisation de drogues injectables

TMF du VHC

- Revue de la littérature sur 77 études
- Analyse des facteurs de risque de la TMF

Population	Taux de transmission %
Virémie (+ / -)	4,3 versus 0,3
Co-infection VIH (oui / non)	19,4 versus 2
Toxicomanie IV (oui / non)	8,5 versus 3,4
Allaitement maternel (oui / non)	3,7 versus 3,9

Influence de la charge virale VHC

- Le principal facteur influençant le risque de TME du VHC est le niveau de charge virale C de la mère au moment de l'accouchement. Il n'est pas possible d'établir un seuil de charge virale chez la mère qui soit prédictif de transmission à l'enfant
- Le risque est proche de 0 en cas de charge virale indétectable, mais pas de valeur minimale protectrice systématiquement

Les modalités de l'accouchement

- Césarienne systématique : n'est pas recommandée comme prévention de la transmission verticale
- Pas de preuve d'un bénéfice statistiquement significatif à large échelle
- S'en tenir aux indications obstétricales
- Eviter dans tous cas les gestes dangereux suivants :
monitorage interne, pH au scalp, électrode de scalp
- Eviter autant que possible : épisiotomie, application de forceps (spatules, ventouses), rupture des membranes prolongées (> 6 h), travail long

L'allaitement

- L'allaitement maternel ne semble pas être un facteur supplémentaire de transmission. La présence d'ARN du VHC dans le colostrum et le lait est discutée (de l'ordre de 15%) ; lorsqu'il est retrouvé, c'est en quantité 100 à 1 000 fois plus faible que dans le sang
- Prudence :
 - ◆ En cas de CV très élevée
 - ◆ En cas de crevasses ou d'érosions du mamelon

Les amniocentèses

- Aucune indication de diagnostic prénatal dans le cadre de l'infection materno-fœtale VHC pour elle-même
- Que faire en cas d'indication d'amniocentèse pour un autre motif ?
- Le liquide amniotique a été rarement observé positif pour l'ARN du VHC ; cependant, le risque de contamination à l'occasion de la ponction ne peut être totalement exclu. Il paraît donc raisonnable d'évaluer pour chaque femme le bénéfice attendu de l'amniocentèse, compte tenu du risque d'anomalie chromosomique, *versus* le risque potentiel, non connu, de transmission du VHC à l'enfant (ex : x 3 de la TME du VIH hors traitement ARV)

La co-infection VIH-VHC

- TMEF du VHC = 5 à 6%
- Si VIH associé : x 3 (16-20%)
- De même, le VHC augmente le risque de transmission du VIH (potentialisation des 2 virus) : vrai hors traitement ARV
- Chez la patiente VIH+ traitée efficacement, le VHC n'est plus un facteur de risque transmission du VIH (il est en reste 3 : absence de traitement ARV ou traitement trop court, CV non contrôlée, grande prématurité)
- A l'époque des trithérapies ARV, il semble que le traitement du VIH diminue le sur-risque de transmission du VHC. Néanmoins, l'enfant né d'une mère co-infectée a aujourd'hui plus de risques d'être contaminé par le VHC que par le VIH, et aucun moyen de prévention n'est validé

Conclusion

- **VHC+ : 1% des grossesses en France**
- **TMF : 5-6%**
- **Facteurs de risques de la TMF : PCR+ / VHC+VIH+**
- **Pas de stratégie de prévention de la TMF actuellement validée**
- **Dépistage des enfants à la naissance + suivi régulier**