



Proiect cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Axa prioritară: Incluziunea social și combaterea sărăciei

Operațiunea: Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical

Titlu: „Optimizarea prevenției și tratamentului Hepatitelor cronice B și C prin creșterea competențelor personalului medical din România”

Contract: POCU 91/4/8/106781

SA 1.3 Modul on-line

August 2019

- **INFECTIA CU VHB LA GRAVIDE**

- Autor: **MONICA MUNTEAN**

Transmiterea verticala

- în timpul nașterii / după naștere/ rar “in utero” - risc între 10 – 20%

- dependenta de:

- valoarea ADN-VHB matern,
- prezența AgHBe - 90% - AgHBe pozitiv
- < 15% AgHBe negativ

- trimestrul II – rata de transmitere a infecției VHB 10-25%
- trimestrul III – risc de transmitere 80 - 90%
- nașterea prematură - factor de risc pentru transmiterea VHB

Consecinte ale infecției VHB

- fără efect teratogen
- greutate scăzută la naștere, naștere prematură
- factor de risc - diabetul gestațional, hemoragia antepartum
- nu există dovezi solide care să indice ca nașterea vaginală crește riscul de transmitere a infecției comparativ cu nașterea prin secțiune cezariană

Recomandari EASL 2018

Screening AgHBs – primul trimestru de sarcină



- Infecție cu VHB, fără fibroză – terapia antivirală temporizată
- Hepatită cronică cu fibroză avansată/ ciroză – inițiere terapie antivirală cu Tenofovir
- Hepatită cronică, pacienta aflata sub terapie antivirală cu Entecavir – schimbarea terapiei cu Tenofovir

Antivirale premise în sarcină:

- Lamivudina
- Tenofovir
- Telbivudina

Recomandări:

- ADN VHB > 200.000 UI/ml sau
- Ag HBs > 4 log₁₀ UI/ml
- Terapie inițiată - săptămâna 24 - 28 gestație, continuată 3 luni postnatal

Protocolul National de Tratament al Hepatitei Cronice și Cirozei Hepatice cu Virus Hepatic B – 2017

- Toate gravidele trebuie testate pentru AgHBs în primul trimestru de sarcină
- Gravidele neimunizate VHB și cu factori de risc:
 - vaccinate și
 - re-testate pentru AgHBs la momentul internării pentru a naște
- Fără fibroză și cu valori normale/ ușor crescute ale ALAT, care doresc o sarcină -- preferabil ca tratamentul să se facă după naștere
- Aflute sub tratament antiviral și devin gravide în mod neașteptat - tratamentul reconsiderat:
 - IFN Pegalpha2a și fibroză semnificativă - tratamentul va fi continuat cu Tenofovir
 - Entecavir / Adefovir – tratament schimbat pe Tenofovir

Profilaxia transmiterii infecției la făt



- Mama AgHBe pozitiv sau cu ADN-VHB > 200. 000 IU/mL – beneficiaza de terapie antivirala (lamivudina, tenofovir, telbivudina) - în ultimul trimestru de sarcină, continuată 3 luni postnatal
- Imunizarea activă și pasivă a nou-născutului la naștere cu Ig specifice anti-VHB și vaccinare în primele 12 ore de la naștere, cu completarea ulterioara a calendarului vaccinal recomandat
- Copii născuți din mame AgHBs pozitive – vor fi testați pentru AgHBs și Ac HBs la vârsta de 9-12 luni.

Bibliografie

1. EASL, J Hepatol, 2017, 67: 370-398.
2. Protocol terapeutic in hepatita cronica si ciroza hepatica cu VHB (LBO1B), MS, 2017.