

1. PENDANT LA GROSSESSE

Le taux de portage maternel des anticorps anti-HCV est évalué en France à 1,5 % des femmes enceintes. **Il n’y a pas de dépistage systématique.** Celui-ci n’est actuellement recommandé que dans les populations à risque : personnel de santé, anciennes opérées, anciennes transfusées (avant 1990), hémodialysées, toxicomanes ou partenaires sexuelles de ces de ces populations.

La transmission materno-foetale a lieu probablement surtout en période périnatale. Seules les femmes en phase de réplication virale peuvent transmettre le virus HCV. La présence **d’ARN sérique viral circulant**, détecté par PCR, est positive dans 60% des cas. La présence d’ARN viral par PCR sur le sang du cordon n’est cependant pas prédictive de la future contamination éventuelle et ne peut être utilisée comme test de dépistage chez l’enfant. La quantité de virus présents dans le sérum maternel (charge virale) est le principal facteur associé à la transmission mère-enfant et le mesure du titre de l’ARN sérique peut évaluer ce risque (risque de 50% si la charge virale est $\geq 10^6$ /ml). Le génotype du virus C ne rentre pas en ligne de compte. Ce risque est par contre nettement majoré en cas de co-infection par le VIH, comme le montre le tableau suivant (O. Bernard, Hôpital Bicêtre) :

STATUT VIROLOGIQUE MATERNEL	NOMBRE DE COUPLES MERE-ENFANT	ENFANTS CONTAMINES
HCV + / HIV -	217	26 soit 11 %
HCV + / HIV +	48	17 soit 35 %

Lors de l’accouchement et en période néonatale, il est recommandé de **ne pas réaliser de manœuvres traumatiques pour le fœtus** pouvant devenir une porte d’entrée éventuelle : électrodes, prélèvements du scalp fœtal, ni ventouse si possible.

2. APRES LA NAISSANCE

Réaliser une toilette soignée du nouveau-né pour le débarrasser de toutes les sécrétions maternelles et **éviter toute geste invasif** qui réaliserait un risque d'effraction cutanée, muqueuse ou vasculaire (aspiration bucco-pharyngée et gastrique douce et atraumatique, pas de prise de température rectale, pas de Dextrostix immédiats).

Pas d'isolement de la mère ou du bébé mais règles d'hygiène (transmission par voie sanguine).

L'allaitement maternel est possible. On peut retrouver de l'ARN viral dans le lait (19% des cas) mais la transmission virale se fait par voie sanguine et non orale.

En cas de contamination, l'enfant développe une hépatite quasi-asymptomatique vers 2 à 3 mois. Ensuite, il peut rester porteur chronique du virus et guérir dans le courant de la deuxième année (un tiers des cas). Sinon le portage se prolonge avec des signes histologiques d'hépatite chronique souvent modérée et peu symptomatique. **Le bilan sérologique n'a aucune valeur en période néonatale et le suivi se fera dans les mois suivants.** Les anti-HCV d'origine maternelle sont toujours présents et ce, habituellement jusqu'à l'âge de plus d'un an.

A 6 mois : transaminases et recherche d'ARN viral par PCR. Son apparition, entre 1 et 6 mois, signe une contamination. La positivité de la sérologie anti-HCV à cet âge est sans valeur. En cas de positivité de l'ARN viral, les transaminases sont mesurées tous les trois à six mois ainsi que la PCR en espérant sa négativation. Si elle reste positive au-delà de l'âge de deux ans, il est probable que l'enfant restera porteur chronique.

En cas de négativité de la PCR initiale, il est prudent de **refaire un contrôle de la sérologie anti-HCV et une PCR après un an et à deux ans.**