

Interventions effractives prénatales chez les femmes qui présentent des infections par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et/ou le virus de l'immunodéficience humaine

Avis: La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

La présente directive clinique a été rédigée par le comité sur la génétique, analysée par le comité sur les maladies infectieuses et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Alain Gagnon, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)
Gregory Davies, MD, FRCSC, Kingston (Ont.)
R. Douglas Wilson, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)

COMITÉ SUR LA GÉNÉTIQUE

R. Douglas Wilson (président), MD, Calgary (Alb.)
Francois Audibert, MD, Montréal (Québec)
Jo-Ann Brock, MD, Halifax (N.-É.)

Carla Campagnolo, MSc, CCGC, London (Ont.)
June Carroll, MD, Toronto (Ont.)
David Chitayat, MD, Toronto (Ont.)
Alain Gagnon, MD, Vancouver (C.-B.)
Jo-Ann Johnson, MD, Calgary (Alb.)
William MacDonald, MD, Halifax (N.-É.)
Lynn Murphy-Kaulbeck, MD, Moncton (N.-B.)
Nanette Okun, MD, Toronto (Ont.)
Melanie Pastuck, inf. aut., Cochrane (Alb.)

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Mots clés: Pregnancy, genetics, amniocentesis, chorionic villus sampling, viral hepatitis, human immunodeficiency virus, prenatal diagnosis

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.054>

Résumé

Objectif : Analyser le risque d'infection *in utero* attribuable aux interventions effractives prénatales chez les femmes qui présentent des infections par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et/ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Issues : Morbidité et mortalité foetales et néonatales.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans Medline, CINAHL et *The Cochrane Library* au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *amniocentesis* », « *chorionic villus sampling* », « *cordocentesis* », « *fetal and neonatal infection* ») et de mots clés (p. ex. « *hepatitis B* », « *hepatitis C* », « *HIV* ») appropriés. Les résultats ont été restreints

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S453–S460

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs³⁵.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs³⁵.

aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles publiés en anglais ou en français entre 2002 et 2012 (les études publiées entre 1966 et 2002 ont déjà fait l'objet d'une analyse dans le cadre de la directive clinique n° 123). Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en février 2014.

La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

ABRÉVIATIONS

ADN	acide désoxyribonucléique
AgHBe	antigène <u>e</u> de l'hépatite B
AgHBs	antigène de surface de l'hépatite B
ARN	acide ribonucléique
DPNE	dépistage prénatal moléculaire non effractif
PVC	prélèvement de villosités choriales
TARc	traitement antirétroviral combiné
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Recommandations

- Pour l'évaluation du risque prénatal chez les femmes infectées par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et/ou le virus de l'immunodéficience humaine, il est recommandé d'utiliser des méthodes non effractives qui font appel à des tests comptant une sensibilité élevée et un faible taux de faux positif (comme le dépistage sérique combiné [ou non] à la mesure de la clarté nucale, l'échographie anatomique et le dépistage prénatal moléculaire non effractif). (III-B)
- Dans le cas des femmes infectées par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et/ou le virus de l'immunodéficience humaine qui doivent subir une amniocentèse, aucun effort ne devrait être ménagé pour faire en sorte d'éviter d'insérer l'aiguille au travers du placenta ou très près de ce dernier. (II-2B)
- Nous ne disposons que de peu de données au sujet des autres interventions effractives prénatales diagnostiques et thérapeutiques; nous devrions donc procéder à l'analyse des risques et des avantages de telles interventions avant de les utiliser. (III-C)
- Le taux d'infection néonatale par le virus de l'hépatite B qui est attribuable à l'amniocentèse peut atteindre jusqu'à 1,4 % chez les nouveau-nés issus de mères séropositives pour l'antigène de surface de l'hépatite B. Toutefois, le taux d'infection néonatale attribuable à l'amniocentèse chez les nouveau-nés issus de mères séropositives pour l'antigène e de l'hépatite B pourrait atteindre pas moins de 16 %. Bien que l'on n'ait constaté aucune différence significative sur le plan statistique en matière de taux d'infection entre les nouveau-nés exposés à l'amniocentèse et ceux qui ne l'ont pas été, au sein de ces deux populations maternelles, le fait de connaître l'état sérologique de la mère quant à l'antigène e de l'hépatite B pourrait se révéler utile au moment de lui offrir des renseignements au sujet des risques associés à l'amniocentèse. (II-2A)
- Chez les femmes infectées par le virus de l'hépatite C, la tenue d'une amniocentèse ne semble pas entraîner une hausse significative du risque de transmission verticale; quoi qu'il en soit, les femmes devraient être avisées que très peu d'études se sont

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696045>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696045>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)