

نحوه ی برخورد با خانم باردار ۳۴ ساله با HBSAg مثبت در درمانگاه پزشکی خانواده

استاد راهنما: سرکار خانم دکتر صیامی

ارائه دهنده: بهار پارسیان مهر

Chief complaint

خانم باردار ۲۹ هفته با شکایت HBSAg مثبت detect شده طی آزمایشات بارداری

Present illness

- بیمار خانم ۳۴ ساله اتباع افغانستان باردار گراوید پنجم با سن بارداری ۲۹ هفته که طی مراقبت بارداری HBSAg مثبت از ایشان detect شده است.
- G5L3Ab1(D&C -) , (NVD3)
- بیمار در حال حاضر شکایتی از زردی، خارش، افت هوشیاری، تاری دید ندارد. کاهش حرکات جنین را ذکر نمیکند. تب و لرز ندارد.
- شکایتی از درد شکم، خونریزی، ابریزش، سوزش و تکرر ادرار نیز نمیدهد.

- PMH: neg
- PSH: neg
- DH: neg
- AH: neg
- FH: neg

Physical Exam

- بیمار خانم جوان، هوشیار و اورینته میباشد. - toxic , ill - , کاشکتیک -
- ملتحمه pale نیست. اسکلرا ایکتریک نیست.

Vital sign: PR:74 BP:125/80 RR:17 T: 36.7 O2sat: 95% •

- در معاینه ی پوست: ضایعه، راش، پتشی، پورپورا دیده نمیشود.
- سمع ریه: clear است. ویز و رال شنیده نمیشود.
- سمع قلب: s1 و s2 بدون سوفل شنیده میشود.
- شکم: نرم است. ارتفاع رحم مطابق با سن بارداری ۲۹ هفته است. ارگانومگالی ندارد. تندر نس ندارد.
- اندام ها: فورس اندام ها نرمال است. نبض هر ۴ اندام پر و قرینه لمس میشود.

ازمایشات تکمیلی Lab Data

LAB	RESULT	LAB	RESULT
WBC	9.2	HBsAg	reactive
Hb	11.4	Anti HIV	Non reactive
PLT	115	Anti HCV	negative
FBS	81	Hbe Ag	0.57
Cr	0.7	Hep B viral Load	41,030,012
urea	22		
AST	65	U/A	normal
ALT	51	Bili T	0.7
ALP	261	Bili D	0.5

اپروچ قدم به قدم به HBV

• در صورتی که در آزمایشات پیش از بارداری HBsAg مثبت از مادر detect شود باید:

1. تمامی اعضای خانواده از نظر ابتلا به بیماری یا حامل ویروس بودن بررسی شوند و در صورت منفی بودن HBsAg توصیه به ایمن سازی خانواده میشود.
2. همچنین مادر باید ارجاع غیرفوری به متخصص عفونی شود.

اپروچ قدم به قدم به HBV

قدم اول:

- در سه ماهه ی اول بارداری HBsAg چک میشود:

LAB	RESULT
HBsAg	reactive

اپروچ قدم به قدم به HBV

قدم دوم:

1. در صورت منفی بودن نتیجه ی HBsAg، واکسیناسیون نوزاد بدو تولد انجام میشود.
2. در صورت مثبت بودن نتیجه ی HBsAg، باید آزمایشات تکمیلی درخواست شود:

Liver panel, HBV DNA, HBeAg and Anti-HBe

test	result
HBe Ag	0.57
HBV DNA PCR	Is included
AST	65
ALT	51
ALK	261
Bili T	0.7
Bili D	0.5

اپروچ قدم به قدم به HBV

قدم سوم:

- آزمایشات HBV DNA , liver panel , باید در انتهای سه ماهه ی دوم (یعنی 26 تا 28 هفتگی) تکرار شود.

اپروچ قدم به قدم به HBV

قدم چهارم:

- در صورتی که HBV DNA بیشتر از $200,000 \text{ unit/mL}$ باشد، برای مادر درمان ضدویروس آغاز میگردد. همچنین طی ۱۲ ساعت اول بدو تولد، نوزاد باید واکسن Hep B و HBIG دریافت کند.

اړوچ قدم به قدم به HBV

قدم چهارم:

- در صورتی که HBV DNA کمتر از $200,000 \text{ unit/mL}$ باشد، طی ۱۲ ساعت اول بدو تولد، نوزاد باید واکسن Hep B و HBIG دریافت کند.

ACUTE HEPATITIS B VIRUS INFECTION

- Acute hepatitis B virus (HBV) infection during pregnancy is usually mild and not associated with increased mortality or teratogenicity.
- Acute HBV infection occurring early in the pregnancy has been associated with a **10 percent perinatal transmission rate**.
- Thus, serial monitoring should be performed throughout pregnancy, and if the mother remains hepatitis B surface antigen (HBsAg) positive or has detectable serum HBV DNA, the infant should receive hepatitis B immune globulin in addition to the first dose of the hepatitis B vaccine at birth.
- Antiviral therapy to reduce maternal viral load should also be considered if the mother has high serum HBV DNA levels near the time of delivery.

ACUTE HEPATITIS B VIRUS INFECTION

- **Treatment:**

1. Treatment of acute infection is mainly supportive. Liver biochemical tests and prothrombin time should be monitored. Antiviral therapy is usually unnecessary, except in women who have acute liver failure or protracted severe hepatitis.
2. **Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)** (300 mg daily) or **lamivudine** (100 mg daily) are both suitable options in this setting because both have been safely used during pregnancy, and the risk of developing resistance is low since the duration of treatment is expected to be short

CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION

- Pregnancy is generally well tolerated in women with chronic hepatitis B virus (HBV) infection who do not have advanced liver disease.
- Thus, the following clinical manifestations may be seen in pregnant women with chronic HBV:
 1. Hepatic flares
 2. Progression of liver disease
 3. HBV DNA

CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION

- **Do all women with chronic HBV require antiviral therapy??**
 1. Indications for antiviral therapy depends upon the presence or absence of **cirrhosis**, **HBeAg**, and **hepatitis B e antibody (anti-HBe)**, as well as the **HBV DNA** and **aminotransferase levels**.
 2. Women who are not on antiviral therapy during pregnancy should be monitored closely to evaluate for a flare.

CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION

- **Breastfeeding**

Infants who received hepatitis B immune globulin (HBIG) and the first dose of hepatitis B vaccine at birth can be breastfed . However, it is important that the infant complete the hepatitis B vaccine series.

Mothers with chronic hepatitis B who are breastfeeding should also exercise care to prevent bleeding from cracked nipples. Carrier mothers should not participate in donating breast milk.

MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION

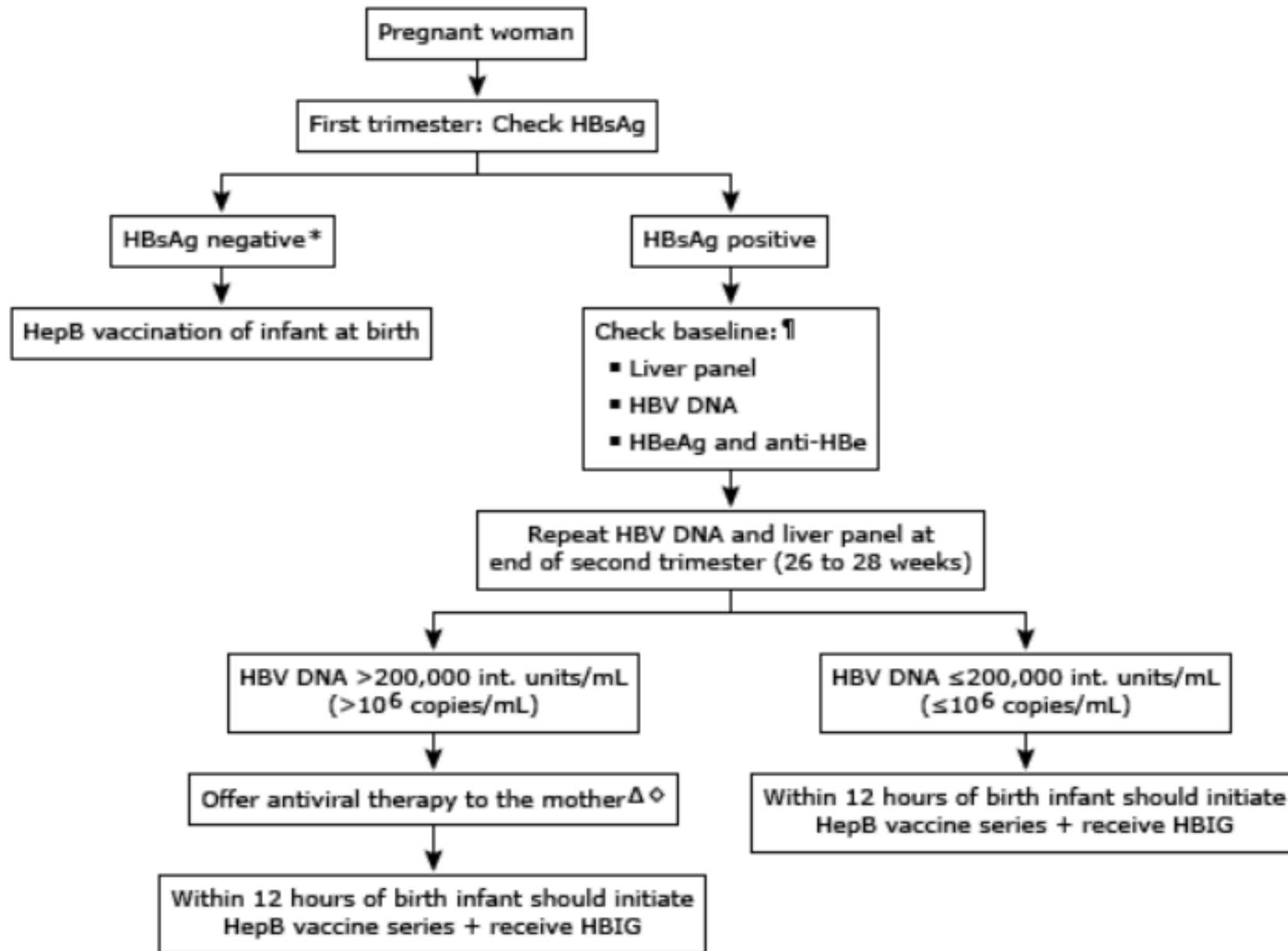
- The risk of mother-to-child transmission of hepatitis B virus (HBV) from (HBsAg)-positive mothers to their infants is as high as 90 percent without the use of active and passive immunization .
- Transmission can occur in utero, at birth, or after birth.
- The high protective efficacy of neonatal vaccination suggests that most infections occur at birth when maternal secretions and blood in the birth canal come into contact with the infant's mucosal membranes.

Risk factors for transmission

- The most important risk factors for mother-to-child transmission, is a **positive HBeAg and/or a high HBV DNA level** in the mother.
- The risk of HBV transmission is rare when maternal HBV DNA is $<10^5$ to 10^6 international units/mL.
- Transplacental transmission and transmission due to obstetrical procedures are infrequent causes, and breastfeeding does not appear to pose a substantial risk. In addition, the benefit of cesarean delivery in protecting against transmission has not been clearly established.

Prevention of mother-to-child transmission

- Preventing mother-to-child transmission involves:
 1. screening pregnant women,
 2. providing antiviral therapy to women with high HBV DNA levels,
 3. administering passive-active immunization to newborns of mothers who are HBsAg positive.



سطوح پیشگیری

Primordial prevention

Primary prevention

Secondary prevention

Tertiary prevention

Quaternary prevention

Primordial prevention

1. آموزش صحیح به پزشکان و مراقبین سلامت جهت برخورد صحیح با مادران باردار با HBsAg مثبت
2. آموزش های لازم در سطح جامعه در مورد اهمیت ابتلای مادران باردار به هیپاتیت B و خطرات آن
3. اطلاع رسانی به تمام افراد جامعه برای تشکیل پرونده الکترونیک سلامت جهت ثبت اطلاعات و سوابق شخصی و خانوادگی

Primary prevention

1. آموزش چهره به چهره مادران باردار جهت مراجعه به پزشک در صورت علائم هیپاتیت B مثبت یا تست مثبت آن
2. توصیه به مادران باردار جهت عدم انجام رفتارهای پرخطر منتقل کننده ی هیپاتیت B

Secondary prevention

1. انجام واکسیناسیون هپاتیت B قبل از بارداری
2. بررسی خانم های در سنین باروری از نظر وجود HBsAg مثبت و سابقه ی واکسیناسیون

Tertiary prevention

1. درمان و پیگیری مناسب مادران باردار مبتلا به هیپاتیت B
2. ارجاع به متخصص داخلی جهت اقدامات درمانی مناسب
3. شروع درمان آنتی وایرال در صورت وجود اندیکاسیون
4. سریال مانیتورینگ منظم مادر

Quaternary prevention

1. عدم انجام اقدامات تشخیصی و درمانی اضافی
2. جلوگیری از بستری بی مورد در مورد مادران باردار مبتلا به هیپاتیت B
3. عدم تجویز نامناسب دارو، ایمونوپروپرفیلاکسی و واکسن

با تشکر فراوان از توجه شما