 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small>	MATERIALE FORMATIVO/INFORMATIVO	Pag. 1 a 4
	MODULO INFORMATIVO PER PAZIENTI CON INFEZIONE DA HBV	Codice MF 27
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev 01 del 11/07/2025

INFORMATIVA HBV

Il virus dell'epatite B (HBV) è responsabile di un processo infettivo acuto a carico del fegato che può cronicizzarsi.

Il rischio di sviluppare una epatite cronica è inversamente proporzionale all'età della prima esposizione al virus; il rischio è maggiore del 90% nei soggetti esposti al virus alla nascita (senza vaccinazione) e di circa il 20-30% nei soggetti esposti in età infantile.

L'infezione cronica può causare cirrosi epatica ed epatocarcinoma.

L'infezione da virus dell'Epatite B (HBV) rappresenta un importante problema di salute pubblica mondiale, con una stima di circa 248 milioni di individui portatori cronici a livello globale e di circa 600.000 decessi dovuti a patologia epatica HBV correlata.

L'introduzione di campagne vaccinali a livello mondiale ha avuto il positivo effetto di un netto calo dell'incidenza (nuove diagnosi) sebbene questa infezione resti una importante causa di morbilità e mortalità.

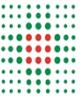
Dal 1991 in Italia la vaccinazione è stata resa obbligatoria per i nuovi nati (al terzo mese di vita) e per i dodicenni.

La vaccinazione è raccomandata ai neonati di madri positive e a persone ad alto rischio di contrarre l'infezione (conviventi di persone HBsAg positive, tossicodipendenti, personale sanitario, pazienti immunodepressi, persone con promiscuità sessuale).

Dati epidemiologici

La prevalenza globale è stimata del 3,6% ma esistono ampie variazioni a seconda dell'area geografica.

Alcune aree geografiche (Stati Uniti, Canada, Europa Occidentale) sono a bassa prevalenza (inferiore al 2%); altre regioni (Paesi del Mediterraneo, Asia Centrale, Giappone, Medio oriente, parte del Sud America) sono a prevalenza intermedia (2-7%); altre ancora (Africa dell'Ovest, Sudan) ad alta prevalenza (maggiore dell'8%).

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</p>	MATERIALE FORMATIVO/INFORMATIVO	Pag. 2 a 4
	<p>MODULO INFORMATIVO PER PAZIENTI CON INFEZIONE DA HBV</p>	Codice MF 27
<p>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA</p>		

In Italia il virus è molto diffuso; l'incidenza è in netto calo negli ultimi decenni e si è stabilizzata intorno a 0,6 casi / 100.000 nel 2015.

I soggetti maggiormente a rischio di contrarre l'infezione sono quelli di età compresa tra i 35 e i 54 anni. Negli ultimi 5 anni il 19% delle infezioni acute da HBV in Italia ha riguardato soggetti non italiani provenienti da aree ad alta endemia.

Trasmissione

Le principali vie di trasmissione dell'infezione sono la trasmissione verticale (da madre a figlio) che può avvenire in utero, al parto o dopo il parto; la trasmissione parenterale (attraverso il sangue, quindi attraverso trasfusioni, uso di droghe iniettive o strumenti contaminati); la trasmissione sessuale.

La trasmissione sessuale dell'epatite B tra coppie sierodiscordanti può essere prevenuta con la vaccinazione del coniuge sieronegativo. Dopo la vaccinazione, si può tentare il concepimento spontaneo naturale. La tecnologia di riproduzione umana assistita è riservata al trattamento dell'infertilità.

Il virus HBV può sopravvivere al di fuori dal corpo umano per lunghi periodi.

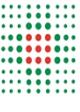
Sebbene il virus HBV sia stato isolato in molti fluidi biologici (saliva, latte) non esistono ferme evidenze riguardo la possibilità di trasmissione del virus attraverso il contatto con fluidi biologici diversi dal sangue o al liquido seminale.

Markers sierologici dell'HBV

Caratterizzare il profilo virologico del paziente è fondamentale per definire la fase di infezione, il rischio di evoluzione e l'eventuale indicazione al trattamento antivirale.

A tale scopo vengono determinati alcuni antigeni e l'acido nucleico del virus e la risposta immunologica umorale, cioè gli anticorpi, del soggetto infettato. Il profilo di questi marcatori deriva dall'equilibrio virus-ospite e varia nel corso dell'infezione e nel tempo nello stesso individuo.

Il periodo di incubazione dell'infezione è di 50-180 giorni, durante i quali si positivizzano prima l'HBsAg, poi l'HBcAg e l'HBV-DNA, successivamente con l'inizio dei sintomi gli anticorpi anti-

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</p>	MATERIALE FORMATIVO/INFORMATIVO	Pag. 3 a 4
	MODULO INFORMATIVO PER PAZIENTI CON INFEZIONE DA HBV	Codice MF 27
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev 01 del 11/07/2025

HBc; all’acme dei sintomi si riducono fino a negativizzarsi l’HBsAg e l’HBV-DNA, che tendono a scomparire al momento della guarigione quando compaiono gli anticorpi anti- HBe; alcune settimane dopo compaiono gli anticorpi anti-HBs che possono restare positivi per tutta la vita.

Nel 5-10 % dei casi con infezione da HBV non si verifica sierconversione da HBsAg ad anticorpi anti- HBs per cui si instaura lo stato di “portatore cronico”.

Esiste poi la condizione di “portatore cronico sano “con HBeAg negativo e HBV-DNA non determinabile o con valori compresi tra 10^1 e 10^5 copie/ml (oltre che indici di funzionalità epatica normali e un quadro istologico normale alla biopsia epatica).

Terapia

Le opzioni terapeutiche sono rappresentate dall’ Interferone pegilato e da agenti ad azione antivirale diretta di nuova generazione.

Infezione da HBV e gravidanza

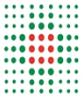
Per ridurre il rischio di trasmissione perinatale è raccomandato testare per HbsAg ogni donna in gravidanza, indipendentemente da precedenti test o vaccinazioni. Il test deve essere eseguito a inizio gravidanza e ripetuto nel terzo trimestre nei soggetti a rischio.

L’infezione acuta da HBV durante la gravidanza non è generalmente severa e non è associata con aumentata mortalità o teratogenicità, ma è associata al rischio di trasmissione materno-fetale.

Identificare le donne in gravidanza con infezione da HBV rimane il modo più efficace per prevenire la trasmissione dell’HBV ai neonati, attraverso la profilassi passiva (immunoglobuline) /attiva (vaccinazione per epatite B) eseguita entro 12 ore dal parto, procedura in grado di ridurre il tasso di trasmissione dal 90 % al 5-10%. Il neonato completerà poi tutti i richiami vaccinali successivi nel tempo come previsto dalla legge.

Il più importante fattore di rischio di trasmissione, a prescindere dalla profilassi, sembra essere una carica virale materna elevata o la presenza di positività dell’HBeAg.

In alcuni casi (es. donna con elevata carica virale) è possibile che il neonato contragga l’infezione nonostante la profilassi passiva /attiva, probabilmente per trasmissione intrauterina; in questi casi può essere necessario iniziare un trattamento antivirale dal terzo trimestre di gravidanza.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small>	MATERIALE FORMATIVO/INFORMATIVO	Pag. 4 a 4
	MODULO INFORMATIVO PER PAZIENTI CON INFEZIONE DA HBV	Codice MF 27
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		

In gravidanza è vietato l'uso dell'Interferone pegilato in quanto teratogeno; esistono dati di sicurezza sull'utilizzo di alcuni tipi di farmaci antivirali ad azione diretta (es. Tenofovir, Lamivudina) in gravidanza.

Le donne in gravidanza con epatite cronica sono a maggior rischio di complicazioni perinatali e di complicanze della gravidanza quali rallentamento della crescita fetale, infezioni intrauterine, parto pretermine.

Le donne in gravidanza con infezione da HBV devono essere strettamente monitorate durante la gravidanza e il post partum.

L'allattamento non è controindicato nelle pazienti HBV positive se il neonato ha ricevuto la profilassi passiva/ attiva alla nascita; non è raccomandato invece nelle pazienti che assumono farmaci antivirali.

Non vi è chiara evidenza che il taglio cesareo in elezione (cioè prima del travaglio) riduca il rischio di trasmissione materno-fetale se comparato al parto per via vaginale.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

-Bollettino SEIEVA 2017- Istituto Superiore di Sanità

-SIMIT 2016, Terapia della Epatite Cronica B: aggiornamento 2015 delle raccomandazioni Italiane.

-Perricone G, Vinci M Hepatitis B infection and Pregnancy: disease management and prevention of perinatal transmission. Reviews in Health care 2014; 5 (1): 5-18.

-EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal of Hepatology 2017 (article in press).