

INFECTIONS CONGENITALES A CMV

Date de la diffusion : 22 juin 2002

Version : 1

Rédaction : Pédiatres réseau PS

Validation : Pédiatres réseau PS

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

1. OBJECTIF

PEC nouveau-nés infectés par le CMV

2. PROTOCOLE

A. Introduction

- L'homme est le seul réservoir du virus.
- Sources de transmission : Sécrétions oro-pharyngées, urine, sécrétions cervicales et vaginales, sperme, lait maternel, sang et larmes.
- L'infection congénitale à Cytomégalovirus est la principale cause infectieuse de lésions cérébrales, de troubles de l'audition de l'enfant, essentiellement en cas de primo-infection.
- En faire le diagnostic chez le nouveau-né est important pour la surveillance de ces séquelles, moins pour un éventuel traitement (Ganciclovir) souvent décevant.
- Transmission de la mère au fœtus : 0,2 à 2,5%
- Risque de primo-infection pendant la grossesse : 1 à 4 %
- Risque de transmission +++ 30 à 50%

B. Modes de transmission

- Transplacentaire : le placenta sert de réservoir viral durant l'infection primaire, le liquide amniotique est infecté à la faveur d'une placentite
- Filière génitale
- Post-natal : allaitement ++

C. Situations cliniques

- Diagnostic discuté pendant la grossesse

Diagnostic effectué au décours :

- d'un dépistage sérologique systématique

- d'une symptomatologie maternelle évocatrice (rare)
- d'une symptomatologie fœtale évocatrice en échographie (RCIU , microcéphalie , calcifications péri-ventriculaires , hépato-splénomégalie, hyperéchogénicité intestinale ...)

La prise en charge nécessite le diagnostic de transmission du virus au fœtus par la recherche du CMV dans le liquide amniotique (culture et PCR) 4 semaines après confirmation de la séroconversion et après vérification de la négativité de la virémie maternelle.

- ❖ Si CMV + , bilan complet à la naissance :

clinique : neurologique +++

paraclinique : NFS , Plaquettes

Bilirubine totale et conjuguée

ALAT,ASAT,

GammaGT

TP,TCA+/- Hémostase complète

Virurie CMV

+/PL (recherche CMV dans LCR (PCR))

Fond d'œil

ETF + Rx Crâne

Scanner cérébral ou IRM

Otoémissions acoustiques

- ❖ Si CMV – ou non recherché : à la naissance viruries et sérologie à la recherche d'IgM

Si virurie + , faire bilan complet (cf supra)

- Nouveau né porteur d'une symptomatologie évoquant une infection congénitale à CMV (10% des enfants contaminés in utero) :

RCIU

Hépato-splénomégalie

Pétéchies et/ou purpura

Microcéphalie , hypotonie , convulsions...

- Bilan complet à la naissance (cf supra)

Possibilités thérapeutiques

- Préventif :

Utilisation d'immunoglobulines hyperimmunes (150 mg/kg /15 j) dans des cas extrêmes (femme transplantée), réduirait la gravité de l'infection mais n'est pas envisageable chez la femme enceinte.

- Curatif

Gancyclovir : analogue de la guanine, agit par compétition avec la guanine dans la réplication de l'ADN viral.

Il n'est pas utilisé chez la femme enceinte : toxicité et tératogénicité
Chez le nouveau-né symptomatique : 6 mg/kg/12h pendant 6 semaines
On noterait une amélioration clinique à court terme mais le traitement interviendrait trop tardivement pour permettre de faire régresser les lésions déjà créées.

Dans tous les cas d'infections congénitales à CMV , même asymptomatique , informer les parents de la nécessité :
d'un suivi de l'audition jusqu'à 2-3 ans
d'un suivi ophtalmologique à la recherche d'une chorioretinite (jusqu'à la puberté ?)
d'un suivi du développement psychomoteur

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

Virus transmissibles de la mère à l'enfant
S.Ranger-Roger ; C.Venot ; Y.Aubard ; F.Denis ; F.Freymuth

Infections congénitales à Cytomégalovirus
B.Guillois ; P.Barjot ; Réalités Pédiatriques

Primo-infections à CMV
Protocoles Hôpital Antoine Béclère –Clamart – Janvier 2001

4. GLOSSAIRE

5. DIFFUSION

Tous les établissements du réseau PS