

 <p>Aux portes de la vie</p>	CMV ET NOUVEAU-NE	Protocole pédiatrique n°27 version 2 page 1/3
---	--------------------------	---

Référence : RSN/PR/REA.P/027/A	Date de 1^{ère} mise en service : 24/10/2012
---------------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :
1	13/01/2015	MISE A JOUR	Dr AM. MAILLOTTE

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction: Dr C.DAGEVILLE Dr AM. MAILLOTTE	Nom et fonction: Dr AM. MAILLOTTE	Nom et fonction : Dr C. DAGEVILLE	Nom et fonction : CMS
Date : 24/10/2012	Date : 10/01/2015	Date :	Date : 13/01/2015
Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé

La majorité des enfants atteints d'une infection congénitale à CMV sont asymptomatiques à la naissance et seuls 10% d'entre eux présentent des signes cliniques. L'apport de la PCR sanguine est un élément intéressant notamment dans les nouvelles indications du Ganciclovir. Deux types de situation se présentent en période néonatale.

1- Le diagnostic a été évoqué au cours de la grossesse :

Quelque soit le résultat du diagnostic anténatal et le tableau clinique retrouvé à la naissance, une infection congénitale doit être recherchée.

- **1^{ère} étape : recherche du CMV dans les urines**
 - Soit technique de PCR (validée au CHU) : nécessité d'un volume minimum de 1,5 ml mais un seul envoi suffit. Les urines peuvent être conservées au frigo et l'envoi différé.
 - Soit technique par culture : 3 prélèvements nécessaires (peuvent être réalisés dans la même journée). Nécessité d'acheminer rapidement au laboratoire (< 6h).
 - Réponse rapide si positivité
 - Le recueil se fait à partir de compresses imbibées d'urines (le contact avec des selles n'a aucune importance).
 -
- **Bilan d'extension si CMV urinaire positif :**
 - Examen clinique et mesure du PC
 - Aucun intérêt à la sérologie
 - Biologie : NFS plaquettes, transaminases, coagulation, créatininémie, PCR sanguine
 - Si signes d'appel neurologique : LCR avec PCR
 - Si IRM anténatale normale, ne pas la refaire
 - Sinon ETF ou mieux IRM cérébrale à 4 mois
 - FO et PEA

 <p>Aux portes de la vie</p>	CMV ET NOUVEAU-NE	Protocole pédiatrique n°27 version 2 page 2/3
---	--------------------------	---

2- Découverte de signes cliniques évocateurs à la naissance chez un nouveau-né dont le diagnostic n'a pas été évoqué en anté-natal :

- Les signes évocateurs :
 - le RCIU classiquement harmonieux et précoce (3^e percentile)
 - microcéphalie, calcifications intra-craniennes
 - hépatite (choléstase)
 - atteinte hématologique (thrombopénie non immune) ou rénale
 - syndrome septique, pneumopathie inexplicée
- recherche de CMV urinaire
- reprise des sérologies maternelles
- bilan d'extension si CMV urinaire positif.

3- Suivi des enfants infectés :

- Suivi jusqu'à 6 ans
- Suivi du développement psychomoteur et **courbe du PC**
- Si anomalies initiales ou si signes d'appel neurologique contrôle de l'IRM cérébrale
- FO et audiométrie **tous les 6 mois** car évolutivité des lésions

4- Place du traitement : Ganciclovir

- 2 présentations :
 - a. Cymevan® : forme IV en flacons de 500 mg (lyophilisat) ; posologie de 6 à 7,5 mg/kg/H12 en perfusion d'une heure
 - b. Rovalcyte® : forme orale en suspension 50 mg/ml ; posologies à doubler car biodisponibilité de 50%
- indications :
 - a. établies : localisations rétinienne ou pulmonaires
 - b. à discuter : hépatites dans leur forme choléstatique, surdité
 - c. à visée préventive : nouveau-nés asymptomatiques avec une CV > 12 000 UI/ml (diminution de 50% du risque de surdité)
- forme : utilisation de la forme IV si CI à la forme orale ou si choléstase (malabsorption)
- durée du traitement : 6 semaines..
- surveillance :
 - contrôle de la charge virale 10 jours après le début du traitement pour éliminer une résistance
 - si possible, réaliser un dosage résiduel (objectif >0,4 µg/ml) 48 à 72 h après le début du traitement

Surveillance régulière de la NFS : risque essentiellement d'une neutropénie (suspension du traitement si PNN < 500/mm³)

 <p>Aux portes de la vie</p>	CMV ET NOUVEAU-NE	Protocole pédiatrique n°27 version 2 page 3/3
---	--------------------------	---

❖ **Références :**

Aujard Y. Infections congénitales à cytomégalovirus. Place du Ganciclovir chez le nouveau-né. Arch Pediatr. 2014 Fev ; 21(2) : 121-4.

Mitanchez D et al. Infection périnatale à CMV. Médecine thérapeutique/pédiatrie. 3(6) : 450-6.

Quesnel S et al. Physiopathologie de l'atteinte auditive neurosensorielle congénitale par le CMV. 9^{ème} congrès de médecine foetale.

Nassetta L et al. Treatment of congenital cytomegalovirus infection : implications for future therapeutics. J Antimicrob Chemother. 2009 May; 63 (6) : 862-867.