

# Infection congénitale à CMV

Alexandra Fortier

Interne au CHU de Nice

# HDLM

- Ilyasse, naissance à 36 SA +5j, grossesse sans particularité
- Accouchement voie basse (liquide méconial)
- Apgar 5-7-8
- Broncho-aspiration
- PN:2000g, TN:43cm, PCN:31cm
- Hospitalisation en réanimation néonatale pour purpura pétéchiial diffus

# Examen clinique

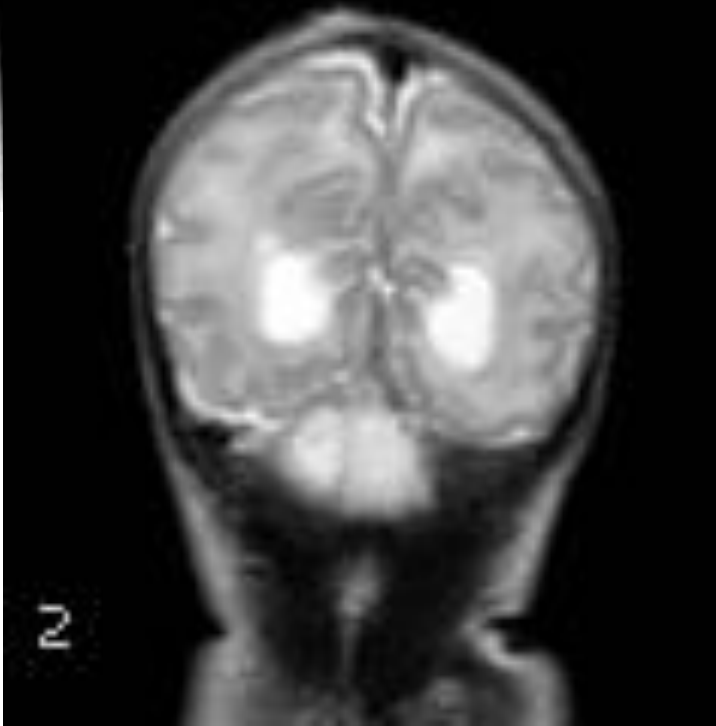
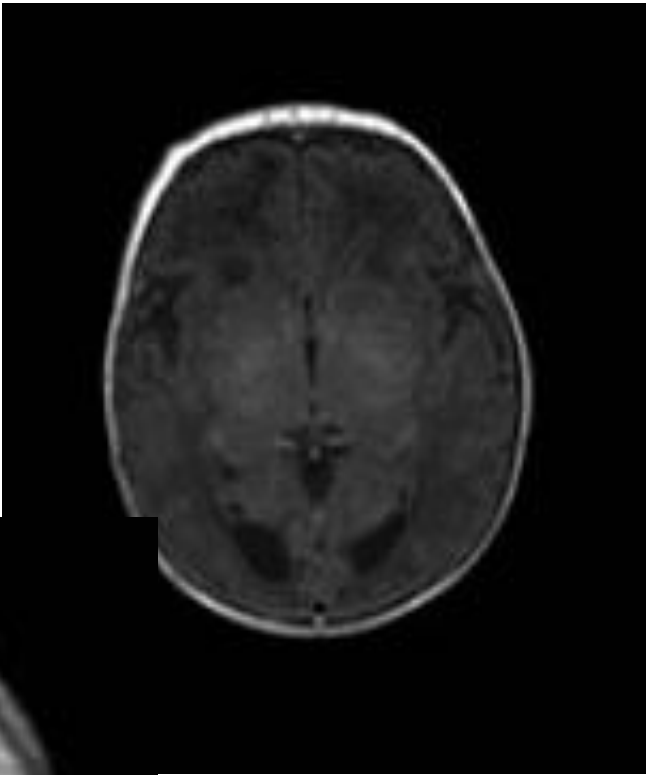
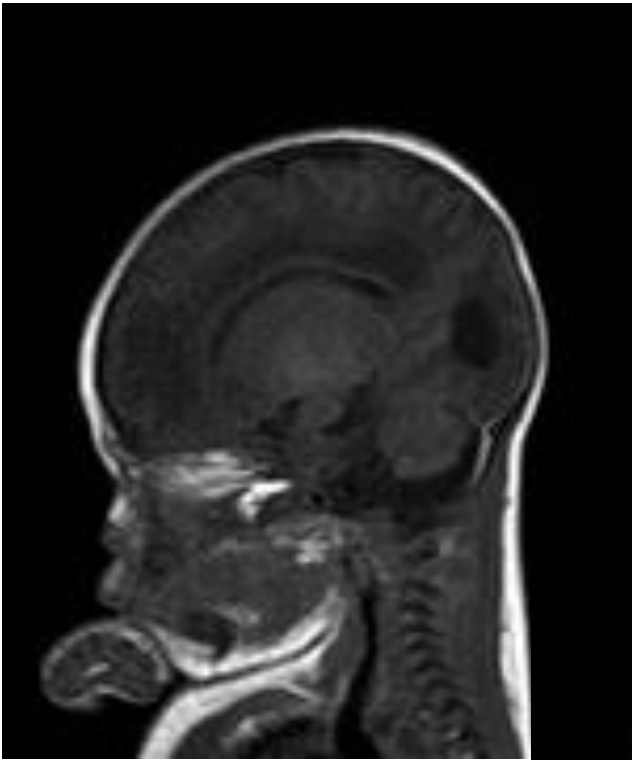
- RCIU harmonieux: P et T < -2DS, PC = -2DS
- Pétéchies initialement cervico faciales puis extension rapide à l'ensemble du corps
- Débord hépatique et splénique
- Hypotonie axiale
- Reste de l'examen sans particularité
- Apparition secondaire d'une oxygénodépendance à J8 de vie

# Examens complémentaires

- **BIOLOGIE:**
  - ✓ thrombopénie à 36 000 G/l (incompatibilité système HPA-5 entre mère et bébé, incompatibilité potentielle HPA-5 entre père et bébé)
  - ✓ Cytolyse et cholestase hépatiques
  - ✓ CMV urinaire positif
  - ✓ PL: PCR CMV négative
  - ✓ Chez la mère: CMV- en début de grossesse, CMV +(IgG) en fin de grossesse
- **EEG:** altération diffuse de l'électrogénèse

# Examens complémentaires (2)

- **IMAGERIE:**
- ✓ **ETF:** calcifications linéaires lenticulo-striées bilatérales, au niveau du genou du corps calleux, intraparenchymateuses
  - kystes bi-occipitaux
  - hyperéchogénicité SB péri ventriculaire au niveau occipital
- ✓ **Échographie abdo:** pas d'HSMG, lame d'épanchement péricapnénique
- ✓ **IRM cérébrale:** kystes temporo-occipitaux, hypersignal de la substance blanche, petit cervelet
- ✓ **Échographie cardiaque** normale
- ✓ **Radio thorax:** infiltrat bilatéral en faveur d'une pneumopathie à CMV



# Consultations spécialisées

- **Cs ophtalmologique**: séquelle atrophique de chorioretinite de l'œil gauche in utero
- Cs ORL: otoémissions absentes. PEA douteux, à reconrôler

# TRAITEMENT

- Devant l'atteinte neurosensorielle décision de traitement par **ganciclovir IV** pendant 15 jours (5mg/kg/H12) puis **valganciclovir per os** pendant 6 mois (5mg/kg/j)
- Traitement initial de la thrombopénie par transfusion plaquettaire et immunoglobulines (suspicion d'allo-immunisation plaquettaire)



# EVOLUTION dans le service

- Bonne prise du sein et des biberons
- Persistance d'une hypotonie axiale
- Disparition de l'hépatosplénomégalie
- Disparition de l'oxygénodépendance
- Sortie au domicile autorisée

# SURVEILLANCE

- **Biologique:**

- ✓ Neutropénie  
( $10^9/L$ )

06/04	12/04	16/04	26/04	03/05	16/05	01/06
3.4	2.4	1.1	1.2	1	0.3	0.2

- ✓ Thrombopénie  
( $10^9/L$ )

01/04	02/04	05/04	06/04	08/04	19/04	16/05
36 000	55 000	48 000	32 000	70 000	173 000	428 000

- ✓ Fonction rénale  
maintenue

- ✓ Ag pp65 (-) à J20 de  
ttt

- **Neurosensorielle:**

- ✓ Cs ophtalmo et ORL

# SURVEILLANCE (2)

- À 2 mois de vie:
  - ✓ toujours petite hypotonie axiale,
  - ✓ tendance à l'hyperextension axiale
  - ✓ Suivi oculaire pauvre
  - ✓ Absence de sourire réponse
  - ✓ Otoémissions absentes, PEA difficiles
  - ✓ Devant la neutropénie à  $200/\text{mm}^3$  décision d'arrêt du traitement

# Traitement du CMV congénital

# INTRODUCTION

- CMV: famille des herpes virus, agent ubiquitaire présent chez plus de 50% des adultes sains
- **1ère cause non génétique de surdité congénitale**, cause importante de retard psychomoteur
- Prévalence: 7‰. 12.7% symptomatiques
- Transmission in-utero (voie hématogène ou ingestion de cellules amniotiques), par la filière génitale ou le lait maternel

# DIAGNOSTIC

## • Signes cliniques:

- ✓ Pétéchies
- ✓ RCIU
- ✓ Hépatosplénomégalie
- ✓ Ictère
- ✓ À plus long terme: surdité, difficultés d'apprentissage, microcéphalie, cécité

## • Signes biologiques:

- ✓ Cholestase/cytolyse
- ✓ Thrombocytopénie
- ✓ Urine/salive: culture ou PCR

## • Signes

## échographiques:

calcifications, dilatations ventriculaires,...

# TRAITEMENT

- Seulement chez les nouveau-nés symptomatiques avec atteinte sévère d'organe ou atteinte neurologique
- GANCICLOVIR 6mg/kg/H12 IV pendant 15 jours à 6 semaines selon les études
- Puis VALGANCICLOVIR 6mg/kg/j per os pendant 6 mois à 1 an

# SURVEILLANCE(1)

- **Biologique:**

- ✓ **1 NFS/semaine:** si  $PNN < 0.5 \times 10^9/l$  arrêt du traitement puis reprise quand  $> 0.75$

$10^9/l$

si thrombopénie  $< 50\ 000$

idem et reprise si  $> 50\ 000$

- ✓ **Bilan rénal:** adapter la posologie à la clairance de la créatinine

- ✓ **Bilan hépatique**



# SURVEILLANCE (2)

- **ORL**: tous les 3-6 mois la 1ère année puis chaque année jusqu'à 6 ans
- **Neurodéveloppementale**: 1 fois par an jusqu'à 6 ans
- **Ophthalmo**: contrôle annuel seulement si anomalie au diagnostic

# Bibliographie

- *S. Kadambari, E.J. Williams, S. Luck, P.D. Griffiths, M. Sharland. Evidence based management guidelines for the detection and treatment of congenital CMV. Early Hum Dev (2011) 87:723-728*
- *K. Smets, K. De Coen, I. Dhooge et al. Selecting neonates with congenital cmv infection for ganciclovir therapy. Eur J Pediatr (2006) 165:885-890*
- *J. Amir, D.G. Wolf, I. Levy. Treatment of symptomatic congenital CMV infection with intravenous ganciclovir followed by long-term oral valganciclovir. Eur J Pediatr (2010) 169:1061-1067*
- *I. Fusier, M.C. Husson, et al. Valganciclovir dans le traitement de la rétinite à CMV: intérêt par rapport au ganciclovir. Dossier du CNHIM (2003) XXIV:26-40*