

1 Pendant la grossesse :

La fréquence des femmes séronégatives françaises pour le CMV est d'un peu plus de 40%. Une primo-infection à ce virus durant la grossesse survient chez 0.6% et 1.4% d'entre elles et ceci de façon habituellement asymptomatique. La transmission materno-fœtale est estimée à 47%. En ce cas de réinfection virale, le risque de transmission et de fœtopathie est beaucoup plus faible mais des atteintes sévères ont été rapportées ; On considère donc au total qu'environ 1% des nouveau-nés naissent porteurs et excréteurs de ce virus.

Le diagnostic repose sur la sérologie Elisa : IgM, IgG, taux d'avidité des IgG qui est inférieur à 30% en cas de primo-infection.

Le dépistage systématique de l'infection maternelle n'est pas recommandé du fait des conséquences négatives qu'il risquerait d'avoir et l'absence de prise en charge thérapeutique efficace et sans risque de cette infection in utero à l'heure actuelle.

En cas d'infection maternelle à CMV, il est nécessaire de faire une amniocentèse pour rechercher la présence de virus par PCR dans le liquide amniotique (sensibilité à 95%). Sa positivité témoigne de l'infection fœtale. Une interruption médicale de grossesse se discute s'il existe des lésions cérébrales aux échographies fœtales et sur l'IRM qui doit être demandée pour affiner le diagnostic lésionnel et, notamment, pour voir les anomalies de giration.

2 A la naissance :

Les nouveau-nés asymptomatiques, porteurs simples du virus, représentent environ 90% des cas.

Les 10% de formes symptomatiques sont responsables :

- Soit d'une fœtopathie aiguë évolutive associant hypotrophie, purpura thrombopénique, hépato-splénomégalie avec ictère (à bilirubine conjuguée) et syndrome hémorragique.
- Soit une infection ancienne avec hypotrophie, atteinte cérébrale (microcéphalie, calcifications cérébrales, atrophie cérébrale, porencéphalie, hydrocéphalie,...) et/ou

oculaire (choriorétinite, atrophie optique). La moitié de ces enfants présente une forme plus mineure, pauci symptomatique, pouvant passer inaperçue initialement.

Les séquelles sont plus fréquentes et plus graves en cas d'infection symptomatique qu'en cas d'infection asymptomatique. Des séquelles existent dans 90% des formes sévères. Les formes pauci symptomatiques donnent lieu à 55% de séquelles neurosensorielles. Quant aux formes asymptomatiques, elles ne se compliquent habituellement que d'atteintes auditives (dans 10% des cas).

L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué chez une femme infectée durant la grossesse. Le virus peut passer dans le lait en cas de virémie maternelle mais une infection post-natale serait sans conséquence chez un enfant à terme. Par contre ceci peut être sévère chez le prématuré où le lait maternel doit alors être pasteurisé ou congelé.

3 Diagnostic et prise en charge :

La sérologie est sans intérêt : La présence des IgG traduit le passage passif des anticorps maternels ; Celle d'IgM spécifiques est inconstante (60 à 80% des cas) d'autant que l'infection peut être elle même responsable d'un déficit immunitaire et n'a aucune valeur pronostic.

Recherche du virus : Virurie : Le diagnostic d'infection congénitale est facilement affirmé par la mise en évidence du virus (culture et PCR) dans les urines. Prélever les premières urines ou des 1ères 24h et les envoyer en virologie.

- Si le résultat est négatif : aucun traitement ni autre prélèvement chez le nouveau-né
- S'il y a présence de CMV dans les urines :

Bilan et surveillance à J4 (ou période néonatale immédiate) : En cas d'infection même asymptomatique, un bilan initial est pratiqué afin de procéder à une évaluation pronostique comportant :

- NFS plaquettes
- Transaminases
- Echographie TransFontanelle
- Examen du fond d'œil
- Recherche des oto-émissions provoquées

Ultérieurement, une surveillance prolongée du développement neurologique (spasticité, retard psychomoteur apparaissant à l'âge d'un an), une surveillance ophtalmologique jusqu'à 2ans, et un dépistage répété des troubles de l'audition (potentiels évoqués auditifs à partir de 4 mois – 9 et 18 mois puis bilan auditif jusqu'à l'âge de 5 ans) sont indispensables même en absence d'anomalies décelées en période néonatale. Si possible, ces enfants sont à confier au Pr Guillois qui se charge de centraliser la surveillance ultérieure.