

Il n'est pas recommandé de déterminer le statut sérologique en début de grossesse.
Il n'existe ni vaccin ni traitement spécifique à l'heure actuelle.

Informez au début de la grossesse et donnez les **règles d'hygiène simples** (cf fiche patient), à appliquer **quel que soit le statut sérologique** de la femme enceinte vis-à-vis du CMV (50% des nouveau-nés présentant une infection congénitale à CMV naissent de mères déjà séropositives pour le CMV avant la grossesse). À appliquer **aussi par le père**.

La contamination materno-foetale peut être liée soit à une **primo-infection** soit à une **infection secondaire** (réactivation du même virus chez une femme déjà séropositive pour le CMV, ou réinfection à un autre CMV).

L'interprétation des sérologies est extrêmement difficile (cf conduite à tenir).

Ne pas hésiter à contacter un Centre National de Référence :

<http://www.unilim.fr/cnr-cytomegalovirus/>

- Limoges (Pr Sophie Alain) : 05 55 05 67 28 ; sophie.alain@chu-limoges.fr
- Necker (Dr Marianne Leruez-Ville) : 01 44 49 49 62 ou 01 44 49 40 00 ; marianne.leruez@nck.aphp.fr
- La Pitié-Salpêtrière (Dr David Boutolleau, Dr Sonia Burrel) : 01 42 17 74 01 ; david.boutolleau@psl.aphp.fr
- Grenoble (Dr Raphaële Germe et Dr Julien Lupo) : 04 76 76 56 04 ; Raphael.Germe@univ-grenoble-alpes.fr

▪ **Durée d'incubation**

4 à 8 semaines

▪ **Circonstances diagnostiques**

- Contage (difficile à identifier)
- Arguments échographiques
- Forme clinique (<10%) : fièvre en plateau, bien tolérée, persistant en moyenne 3 semaines (jusqu'à 7 semaines). Signes associés : céphalées et myalgies diffuses, plus rarement toux sèche, troubles digestifs, éruption rubéoliforme. Biologie : cytolysse, thrombopénie, syndrome mononucléosique.

▪ **Risque de transmission materno-foetale**

Proportion inconnue en cas d'infection secondaire

En cas de primo infection, transmission materno-foetale dans 30 à 38% des cas aux 2 premiers trimestres, jusqu'à 70% au 3^{ème} trimestre.

▪ Complications fœtales

La fréquence des anomalies congénitales et le risque de séquelles persistantes sont similaires qu'il s'agisse d'une primo infection ou d'une infection secondaire.

- Mort fœtale in utero / décès néonatal précoce : 4%
- 13% de nouveau-nés symptomatiques, dont 30-40% développeront des séquelles lourdes (déficit mental, surdité sévère, cécité).
- Parmi les 87% de nouveau-nés asymptomatiques, 13% développeront des séquelles (surdité), parfois tardives.

▪ Conduite à tenir si suspicion de contagage / infection

cf algorithme ci-dessous

Remarques :

- **Ne jamais interpréter des résultats obtenus dans des laboratoires différents.**
 - Il est impossible de faire la différence entre primo-infection et infection secondaire.
 - **IgM** : apparition 3 à 5 jours après le début des signes cliniques / disparition en général en 4 à 18 semaines.
Les IgM sont toujours détectables en cas de primo-infection récente, mais **plus de 50% des cas où des IgM sont positives ne correspondent pas à une primo-infection.**
En effet, les IgM peuvent :
 - persister plusieurs mois chez certains patients après la primo-infection
 - correspondre à une infection secondaire (réactivation ou réinfection)
 - être la conséquence d'une réactivité croisée (Parvovirus B19, EBV)
 - être observés du fait d'une stimulation polyclonale du système immunitaire
 - **IgG** : apparition 5 à 8 jours après le début des signes cliniques / plateau en 3 jours à 3 semaines.
L'interprétation quantitative des IgG est inutile :
 - Un titre élevé d'IgG n'est pas en soi un marqueur de primo-infection récente
 - Un titre stable d'IgG ne permet pas d'exclure une primo-infection
 - **Test d'avidité des IgG** : permet de différencier une primo-infection datant de moins de 3 mois (avidité faible), ou de plus de 3 mois (avidité élevée). A réaliser idéalement sur un **prélèvement datant du 1^{er} trimestre de la grossesse** :
 - Un indice d'avidité élevé au 1^{er} trimestre correspond à une primo-infection maternelle antérieure au début de grossesse, donc à un faible risque de transmission materno-fœtale.
 - Un indice d'avidité faible au 1^{er} trimestre suggère une primo-infection maternelle survenue en péri ou post-conceptionnel, donc un risque plus élevé de transmission materno-fœtale.
- NB : Le test d'avidité n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

Sources :

[1] Avis relatif à la prévention de l'infection à cytomégalo virus chez la femme enceinte et chez le nouveau-né. HCSP. 18 mai 2018

[2] Avis du CNGOF sur le dépistage systématique en prénatal du CMV. CNGOF. 21 février 2018

**En cas de difficulté d'interprétation,
ne pas hésiter à contacter un Centre
National de Référence**

Sérologie CMV (IgM + IgG)

