

 <p>Aux portes de la vie</p>	CYTOMEGALOVIRUS et GROSSESSE	Protocole obstétrical n°17 version 1 page 1/3
---	---	---

Référence : RSN/PR/REA.O/017/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 :

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction : Dr C.AMIEL / Dr C. LAFFONT / MC.BERRAFATO	Nom et fonction	Nom et fonction : DR C.DAGEVILLE	Nom et fonction : CMS DR JC.PICAUD
Date : 24/10/2012	Date :	Date :	Date : 24/10/2012
Signature : signé	Signature :	Signature :	Signature :

1-Introduction

- Le dépistage sérologique systématique non justifié. ANAES (2004)
- Le dépistage préconceptionnel ou lors d'un bilan contraception chez les jeunes femmes semblerait plus judicieux. Si le praticien souhaite faire un contrôle et si ce dépistage est fait : ne demander que les IgG (en informant la patiente de conserver précieusement les résultats pour une grossesse future).
- L'information concernant les mesures d'hygiène universelles doit être donnée aux femmes enceintes (surtout les séro négatives) et si plusieurs dépistages sérologiques ont été réalisés, un diagnostic de séroconversion chez la femme enceinte doit conduire à une prise en charge spécialisée par un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

2- Rappel pour les patientes séronégatives : La prévention (tableau joint)

- Principaux facteurs de risque :
 - ↪ Les professions en contact avec les enfants ou les malades à risques (institutrices, personnels de crèches, services de pédiatrie, de réanimation, de greffe....)
 - ↪ Les mères ayant à la maison des enfants jeunes, de moins de trois ans, surtout si ces enfants vont en crèche ou à l'école maternelle.
 - ↪ Le bas niveau socio économique et la promiscuité.
 - ↪ Le jeune âge, inférieur à 20 ans.

↪ Les antécédents de maladies sexuellement transmissibles ou une infection CMV chez le partenaire.

- **Mode de transmission inter humaine stricte:**

↪ Transmission par l'intermédiaire des gouttelettes de sécrétions oro-pharyngées le plus souvent

↪ Par contact des muqueuses avec des mains souillées par des liquides biologiques infectés (urines, salive..) ou plus rarement, par un support inerte fraîchement souillé

↪ Transmission parfois sexuelle (sperme, glaire)

↪ Transmission materno- fœtale

Les principales sources étant : salive, urines, sécrétions des voies aériennes supérieures, sécrétions génitales, lait, larmes, sang.

3- Infection à cytomégalovirus

- Chez la mère, moins de 10 % des primo-infections sont symptomatiques sous la forme d'un syndrome grippal.
- Chez l'enfant (voir protocole pédiatrique)

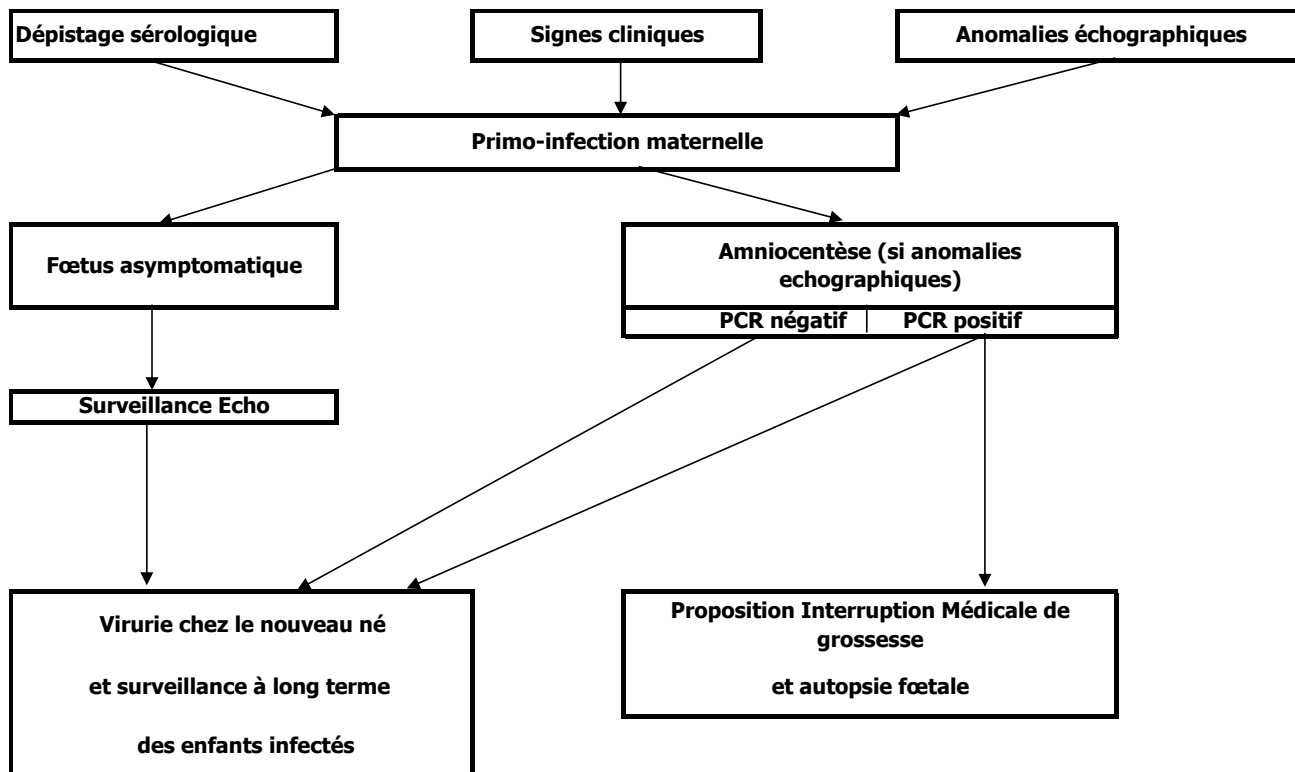
4-Interprétations des sérologies maternelles/Diagnostic de l'infection

La présence d'IgM ne veut pas dire systématiquement qu'il y a primo-infection, il faut réaliser un test d'avidité des IgG après avoir recherché une éventuelle sérologie antérieure. Le test d'avidité permettra de préciser le caractère récent ou ancien de la primo-infection au virus. Une faible avidité des IgG anti CMV indique que l'infection date de moins de 3 mois, alors qu'une forte avidité indique une infection de plus de 3 mois.

Il reste très difficile de déterminer la date exacte du début de la primo-infection sauf s'il existe une symptomatologie chez la patiente : Fièvre isolée en plateau entre 38° et 40° avec ou sans frisson, prolongée (entre 15 jours et trois mois), accompagnée d'une asthénie, d'arthralgies, de céphalées, d'une pharyngite et d'amaigrissement. Biologiquement : syndrome mononucléosique associé à une thrombopénie et cytolysé hépatique.

NB : si souci d'interprétation des résultats sanguins, contacter le laboratoire de virologie du CHU (tel : 04 92 03 61 84).

5- Prise en charge de l'infection CMV



Attention: le délai entre le début de la primo-infection et la réalisation de l'amniocentèse doit être de 6 à 8 semaines.

Avant la réalisation de l'amniocentèse, il doit être fait un contrôle de la négativité de la PCR CMV dans le sang maternel.(le contrôle de l'antigène pp65 ne se fait plus)

6- Conclusion

Gestion délicate des authentiques primo infections de la première moitié de la grossesse puisqu'elles peuvent n'entraîner aucune pathologie et que inversement certaines pathologies sont difficiles à détecter

Attention à ne pas qualifier de primo infections de simples sérologies avec présence d'IgM. D'où l'intérêt d'avoir une sérologie antérieure à la grossesse !

(Voir si sérologie antérieure toxo conservée au laboratoire, voir carte de groupage ou voir si carte de don du sang)