

Embryopathie à cytomégalovirus

Auteur : Dr Elisabeth Robert-Gnansia^{1,2}

Creation date : octobre 2003

¹membre du comité éditorial de l'encyclopédie Orphanet

² Institut Européen des Génomutations, 86 Rue du docteur Edmond Locard, 69005 Lyon, France.
elisabeth.robert@ieg.asso.fr

Résumé

Mots-clés

Nom de la maladie et ses synonymes

Critères diagnostiques/définition

Incidence

Diagnostic prénatal et conduite à tenir

Références

Résumé

L'infection à cytomégalovirus durant la grossesse est la plupart du temps asymptomatique. En France, 60% des femmes en âge de procréer sont immunisées. La gravité de l'infection à cytomégalovirus dépend peu de l'âge de la grossesse auquel survient l'infection maternelle mais le risque de handicap majeur semble plus élevé durant les 20 premières semaines. Lors de récurrence d'infection chez la mère, le risque de lésion fœtale est probablement beaucoup plus faible, mais non nul. Environ 1 à 4% des femmes séronégatives développent une primo-infection durant la grossesse et l'incidence des infections congénitales varie de 0,2 à 2% des naissances. Le diagnostic d'infection fœtale est posé grâce à la mise en évidence du virus dans le liquide amniotique par biologie moléculaire et/ou par culture cellulaire. Cependant, en cas de diagnostic positif, la prise en charge reste difficile car aucun traitement efficace n'est encore disponible. C'est pourquoi la recherche systématique d'une séroconversion chez toutes les femmes enceintes n'est pas souhaitable, et elle est déconseillée par le Collège français des gynécologues-obstétriciens.

Mots-clés

Foetopathie au cytomégalovirus, grossesse, primo-infection, séroconversion

Nom de la maladie et ses synonymes

- Infection à cytomégalovirus durant la grossesse
- Foetopathie au cytomégalovirus
- Foetopathie des inclusions cytomégaliques

Critères diagnostiques/définition

Le cytomégalovirus (CMV) fait partie des herpes virus. Il a la particularité de pouvoir être latent et il peut être transmis par tous types de contacts interhumains (sexuellement, par des contacts étroits entre mère et enfant, etc.) ou lors d'actes de transplantation (transfusions ou greffes d'organes), et tous les liquides biologiques sont des vecteurs potentiels.

En France, 60% des femmes en âge de procréer sont immunisées.

L'infection à cytomégalovirus durant la grossesse est la plupart du temps asymptomatique. Certaines professions sont à

risque accru de contagion : femmes travaillant en milieu hospitalier ou dans des établissements accueillant des enfants petits tels les crèches, jardins d'enfants. Le risque est également accru pour les femmes enceintes ayant déjà un petit enfant.

Le risque de transmission du cytomégalovirus de la mère au fœtus ne dépend pas du terme de la grossesse, mais le risque de handicap majeur semble plus élevé durant les 20 premières semaines. Lors d'une réinfection, le risque d'atteinte fœtale est très faible, mais non nul.

Les enfants atteints de foetopathie à CMV ont des signes cliniques de gravité variable; le CMV peut entraîner à la naissance un retard de croissance, et se localiser au niveau du cerveau (microcéphalie, microcalcifications, retard mental), des yeux (choriorétinite et atteinte visuelle), du foie (hépatomégalie, insuffisance hépatique, hyperbilirubinémie), de la rate

(splénomégalie), du sang (anémie hémolytique, coagulation intravasculaire disséminée. CIVD), ou de la peau (purpura). A long terme, le risque est celui de retard mental, de surdité de perception, d'atteinte visuelle et de retard de développement.

Incidence

Environ 1 à 4% des femmes séronégatives développent une primo-infection durant la grossesse. Le taux de transmission au fœtus est difficile à évaluer, puisque selon les études il est de 24 à 75 %, mais il est en moyenne de 40%. Parmi ces 40% de fœtus infectés, environ 10% vont présenter une foetopathie à CMV à la naissance. En cas d'absence de symptômes à la naissance (90% des nouveau-nés infectés in utero), il est rare, mais possible d'observer des effets retardés, à type d'atteinte neuro-sensorielle. Au total, le risque de foetopathie à CMV symptomatique pour l'enfant d'une femme séronégative est de l'ordre de 1 pour 1000.

Diagnostic prénatal et conduite à tenir

Dans la mesure où, en cas de diagnostic positif, aucun traitement efficace n'est encore disponible, il est conseillé de limiter la recherche d'une séroconversion CMV aux cas où il existe un signe d'appel échographique tels que retard de croissance, dilatation ventriculaire cérébrale, microcalcifications, oligoamnios, ou encore intestin hyperéchogène.

Si la séroconversion maternelle est affirmée, l'approche diagnostique sur sang foetal a été abandonnée au profit de la mise en évidence du virus dans le liquide amniotique par biologie moléculaire. Afin de limiter le risque de transmission materno-foetale du virus, l'amniocentèse ne devra être faite que 4 semaines après la certitude d'une virémie maternelle négative. Si le virus n'est pas retrouvé dans le liquide amniotique, les parents peuvent être rassurés. Si la recherche est positive, une surveillance échographique peut être proposée. En cas de signe d'appel, une interruption de la grossesse peut être discutée.

Références

Arav-Boger R, Pass RF. Diagnosis and management of cytomegalovirus infection in the newborn. *Pediatr Ann.* 2002;31:719-25.
Bravo FJ, Bourne N, Schleiss MR, Bernstein DI. An animal model of neonatal cytomegalovirus infection. *Antiviral Res.* 2003 Sep;60(1):41-9.
Daley AJ, Gilbert GL. Cytomegalovirus infection in pregnancy. *J Paediatr Child Health.* 2001 ;37:589-91.

Eggers M, Radsak K, Enders G, Reschke M. Use of recombinant glycoprotein antigens gB and gH for diagnosis of primary human cytomegalovirus infection during pregnancy. *J Med Virol.* 2001;63:135-42.

Enders ,G Bader U, Lindemann L, Schalasta G, Daiminger A. Prenatal diagnosis of congenital cytomegalovirus infection in 189 pregnancies with known outcome. *Prenat Diagn.* 2001;21:362-77. Erratum in: *Prenat Diagn* 200;21:605.

Gaytant MA, Rours GI, Steegers EA, Galama JM, Semmekrot BA. Congenital cytomegalovirus infection after recurrent infection: case reports and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 2003;162:248-53.

Griffiths PD. Strategies to prevent CMV infection in the neonate. *Semin Neonatol.* 2002;7:293-9.

Henrich W, Meckies J, Dudenhausen JW, Vogel M, Enders G. Recurrent cytomegalovirus infection during pregnancy: ultrasonographic diagnosis and fetal outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;19:608-11.

Jones CA. Congenital cytomegalovirus infection. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2003 ;33:70-93.

Leung AK, Sauve RS, Davies HD. Congenital cytomegalovirus infection. *J Natl Med Assoc.* 2003;95:213-8.

Lipitz S, Achiron R, Zalel Y, Mendelson E, Tepperberg M, Gamzu R. Outcome of pregnancies with vertical transmission of primary cytomegalovirus infection. *Obstet Gynecol.* 2002;100:428-33.

Revello MG, Gerna G. Diagnosis and management of human cytomegalovirus infection in the mother, fetus, and newborn infant. *Clin Microbiol Rev.* 2002 Oct;15(4):680-715.

Roseff SD, Luban NL, Manno CS. Guidelines for assessing appropriateness of pediatric transfusion. *Transfusion.* 2002 ;42:1398-413

Schlesinger Y, Halle D, Eidelman AI, Reich D, Dayan D, Rudensky B, Raveh D, Branski D, Kaplan M, Shefer V, Miron D. Urine polymerase chain reaction as a screening tool for the detection of congenital cytomegalovirus infection. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2003;88:F371-4.

Wen LZ, Xing W, Liu LQ, Ao LM, Chen SH, Zeng WJ. Cytomegalovirus infection in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 ;79:111-6.

Zucca C, Binda S, Borgatti R, Triulzi F, Radice L, Butte C, Barkhaus PE, Barbi M. Retrospective diagnosis of congenital cytomegalovirus infection and cortical maldevelopment.