



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

LE DEPISTAGE DU CMV PEDANT LA GROSSESSE : GUIDE PRATIQUE

Version soignants-Décembre 2025

COMMENT EXPLIQUER ET PRESCRIRE UN DEPISTAGE DU CYTOMEGALOVIRUS (CMV) EN PRECONCEPTIONNEL ET AU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

L'infection congénitale par le CMV représente la première cause de handicap neurosensoriel congénital d'origine infectieuse. Les données actuelles sur la prise en charge de l'infection à CMV pendant la grossesse montrent que la balance avantages/inconvénients justifie d'en parler aux couples.

Les patientes doivent être informées de l'existence du virus, des modalités de transmission et des moyens de diminuer les risques d'infection maternelle et fœtale.

La HAS, dans son communiqué du 17/06/2025 recommande de proposer un dépistage au premier trimestre de la grossesse, pour toutes les femmes enceintes dont le statut sérologique est inconnu ou négatif.

Rappels clés concernant l'infection à CMV :

- La population la plus à risque est constituée par les femmes séronégatives, qui représentent en France entre 40 et 50 % de la population des femmes de 15 à 45 ans et les femmes qui ont des contacts avec les enfants en bas âge (moins de 3 ans et fréquentant une collectivité) : jeunes mamans, professionnelles de la petite enfance ou de la santé.
- En cas d'exposition, le risque maternel de contracter l'infection est d'environ 10 % et, après infection maternelle, il existe un risque de 20 à 35 % de transmission au fœtus et donc d'infection congénitale.
- Au total, l'infection congénitale à CMV touche environ 4 nouveau-nés sur 1000 en France. La grande majorité des infections congénitales n'entraînent pas de séquelles. Les séquelles neuro-sensorielles sont liées à une infection fœtale contractée au 1^{er} trimestre, donc après une infection maternelle en période périconceptionnelle ou post conceptionnelle (en pratique de 8 semaines avant la conception à 14 semaines d'aménorrhée). Environ 20 % des nouveau-nés infectés au premier trimestre (soit environ 500 par an) développeront des séquelles de gravité variable : déficit moteur, troubles du neurodéveloppement, déficit de l'audition (atteinte cochléaire), trouble de l'équilibre (atteinte vestibulaire). Ces deux dernières atteintes ne sont dépistables par aucun examen prénatal (échographie ou IRM).
- L'immunité post infectieuse n'est pas totalement protectrice et une patiente séropositive (IgG seules présentes en début de grossesse) peut se réinfecter avec la même souche (réinfestation) ou une autre souche virale (réinfection). Il n'est pas possible actuellement de diagnostiquer facilement ces

infections maternelles non primaires. Une augmentation des IgG et/ou la réapparition d'IgM n'est pas synonyme d'une nouvelle infection.

- Les moyens de prévention de l'infection maternelle (mesures d'hygiène) sont donc à mettre en place pour toutes les femmes y compris chez les femmes séropositives, et le co-parent.
- Le dépistage sérologique n'est qu'une partie de la stratégie de prévention des conséquences d'une infection congénitale à CMV. Il est primordial d'informer les patientes sur les moyens de prévention et les enjeux des examens.

En Pratique

- ***En cas de projet de grossesse***, une sérologie CMV sera proposée aux femmes dont le statut CMV n'est pas connu.
 - Les femmes séronégatives ou de statut inconnu doivent être informées des enjeux du dépistage sérologique en début de grossesse.
 - Si la sérologie est positive (IgG positives et IgM négatives), il n'y a pas lieu de contrôler la sérologie en début de grossesse.
 - Si une séroconversion est diagnostiquée, le projet de grossesse sera différé de deux mois sans nécessité de contrôler le bilan
- ***En cas de grossesse***, la sérologie doit être réalisée le plus tôt possible chez les femmes séronégatives ou celles dont le statut n'est pas connu.
 - La prescription de sérologie devra contenir l'information sur la date du début de la grossesse (cf exemple d'ordonnance).
 - La première sérologie d'une patiente ne doit pas être prélevée après 14 SA en l'absence signes d'appel (risque de datation impossible de l'infection maternelle).
 - En cas de première sérologie négative (IgG et IgM négatives), la sérologie sera recontrôlée de façon mensuelle sans dépasser 14SA. En cas de sérologie réalisée proche de 14SA, celle-ci ne sera faite qu'une fois.
 - Si la sérologie est positive (IgG positives et IgM négatives en début de grossesse), il n'y a pas lieu d'envisager d'autre exploration ni de recontrôle de la sérologie.
 - L'apparition (et non l'existence) des IgG signe la séroconversion. Il existe de nombreux faux positifs avec les IgM. Ces dernières peuvent par ailleurs persister longtemps après une primo-infection.
 - En cas de doute sur une séroconversion ou de difficultés à interpréter une sérologie, il est conseillé immédiatement de se rapprocher d'un CPDPN ou d'un médecin ayant l'habitude de gérer ce type de situation.

QUE FAIRE EN CAS DE DIAGNOSTIC DE SEROCONVERSION CYTOMEGALVIRUS (CMV) AU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE ?

Que faire si suite à la prescription de la sérologie CMV, celle-ci met en évidence une séroconversion CMV du premier trimestre (cf algorithme du CNR) ?

L'annonce d'une primo-infection du début de grossesse (périconceptionnelle ou du premier trimestre) de la grossesse devra faire l'objet d'une consultation dédiée permettant de délivrer à la patiente les informations sur les conséquences potentielles de l'infection et la prise en charge proposée. En particulier, il est important de donner les informations suivantes:

- une infection maternelle ne signifie pas qu'il y a une infection fœtale, le passage transplacentaire du virus à l'origine d'une infection fœtale concerne 20 à 35% des infections maternelles au 1er trimestre
- une infection fœtale ne signifie pas qu'il y aura des conséquences pour la santé de l'enfant : des conséquences neuro-sensorielles de sévérité variables concernent 20% des fœtus infectés
- le traitement antiviral par valaciclovir a pour objectif de diminuer la transmission materno-fœtale d'environ 70%
- l'amniocentèse permet de déterminer si une transmission materno-fœtale a eu lieu au cours du 1er trimestre
- la surveillance échographique a pour objectif de rechercher les conséquences graves de l'infection fœtale. Le rythme de surveillance dépendra des résultats de l'amniocentèse.

Il conviendra de rapidement se mettre en lien avec une équipe ayant une expertise de cette infection (notamment les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN)). Si vous ne connaissez pas les coordonnées du CPDPN le plus proche, vous pouvez consulter le site de la fédération française des CPDPN : <https://www.cpdpn.fr>

En l'absence de possibilité d'un rendez-vous rapide avec l'équipe ayant une expertise sur le CMV, il conviendra également de prescrire à la femme un traitement par Valaciclovir 8g/jour (cf fiche pratique Valaciclovir). Il est bien d'informer les femmes du risque d'étonnement des pharmaciens sur la dose prescrite mais qu'il s'agit bien de 8g/jour. La prise doit obligatoirement être fractionnée en 4 comprimés toutes les 6 heures. Il faut préconiser une bonne hydratation.

Selon les organisations et parcours locaux, la prescription sera faite en lien avec le CPDPN ou l'équipe ayant une expertise sur le CMV. En raison d'effets indésirables rares (insuffisance rénale aiguë essentiellement), une surveillance biologique est nécessaire pendant le traitement (Cf fiche pratique Valaciclovir). En cas de modification de la fonction rénale, un avis spécialisé est nécessaire pour l'initiation ou le maintien du traitement (Clairance de la créatinémie initiale < à 50 ml/min ou en cas d'élévation de la créatinémie > 26,5 µmol/L (= 0,3mg/dl) en 48h ou ↑ de ≥ 1,5x la valeur initiale (dans les 7 jours)).

Une déclaration des infections CMV en cours de grossesse au centre national de référence des Herpès virus permettra de mieux suivre l'implémentation du dépistage :

<https://www.unilim.fr/cnr-herpesvirus/surveillances/recensement-maternofoetal/infection-congenitale-a-cmv/>

Une amniocentèse est-elle nécessaire après la mise sous traitement ?

Une amniocentèse sera proposée et réalisée à 18SA pour savoir si le fœtus a été infecté par le CMV en début de grossesse. Il n'est pas nécessaire de prescrire une virémie CMV par PCR avant le geste. Cet examen est utile qu'un traitement ait été instauré ou non.

Quel suivi sera instauré selon le résultat de la PCR CMV dans le liquide amniotique ?

En cas de PCR CMV négative dans le liquide amniotique, le risque d'atteinte fœtale grave est écarté. Il convient de rassurer la femme et de reprendre un suivi classique de la grossesse. Un dépistage néonatal du CMV non invasif (écouvillon salivaire ou PCR dans les urines dans les premiers jours de vie) permettra de s'assurer de l'absence de transmission retardée du CMV. Les cas de discordance entre résultats de l'amniocentèse et test néonatal concernent environ 8% des cas et correspondent à une survenue de l'infection fœtale après l'amniocentèse, c'est à dire au cours du 2ème ou 3ème trimestre. Ces infections tardives ne sont pas à risque de séquelles neuro-auditives.

En cas de PCR CMV positive dans le liquide amniotique, la poursuite ou non du traitement sera discuté dans chaque CPDPN. Des examens d'imagerie (échographie +/- IRM cérébrale) seront réalisés afin d'évaluer le pronostic fœtal. Le rythme de surveillance sera défini par chaque CPDPN. Une amniocentèse positive montre que le fœtus est infecté. Cependant, le pronostic de l'infection fœtale ne dépend pas de ce résultat mais permettra d'orienter la surveillance.