



# CMV & GROSSESSE

**DR LAFITTE (OBST)**  
**DR CANKAYA (VIRO)**  
**DR LECORPS (NEONAT)**

**30 JANVIER 2026**



# EPIDÉMIOLOGIE

CMV – très fréquent, contagieux++

**Symptomatologie aspécifique, ou absente (le + souvent)**

Primo-Infection / Infection Non Primaire (réactivation/réinf°)



## MODES DE TRANSMISSION

- Via sécrétions biologiques des personnes infectées :  
**Sécrétions nasales, salive, larmes, urines**
- Voie sexuelle
- Transfusion / transplantation
- Transplacentaire



# QUELQUES CHIFFRES

50% de femmes en âge de procréer ont été en contact avec le CMV - **Séro+**

Environ 1,5-2% de **Primo-Infection Maternelle (PIM)** en cours de grossesse

**TMF 30-40% au T1**

Soit 750-1500 nouveau-nés / an avec infection congénitale à **CMV**, dont 90% **asymptomatiques à la naissance**

Parmi les nouveaux-nés infectés :

- 50% s'infectent dans le cadre d'une PIM
- 50% suite à une **infection maternelle non primaire, non diagnosticable biologiquement**



# RISQUE / GROSSESSE

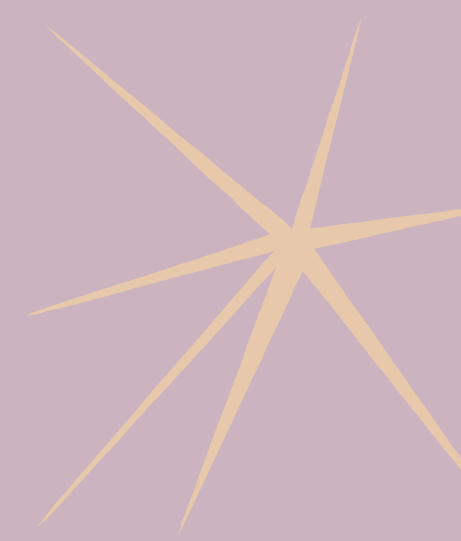


**RISQUE + IMPORTANT EN CAS DE PRIMO-INFECTION DU 1ER TRIMESTRE OU PERICONCEPTIONNELLE**

Terme à la PIM	Taux de transmission verticale	Risque de séquelles si le fœtus est infecté
Periconceptionnel	21.0% (95% CI, 8.4-33.6)	28.8% (95% CI, 2.4-55.1)
T1	36.8% (95% CI, 31.9- 41.6)	19.3% (95% CI, 12.2-26.4)
T2	40.3% (95% CI, 35.5-45.1)	0.9% (95% CI, 0-2.4)
T3	66.2% (95% CI, 58.2-74.1)	0.4% (95% CI, 0-1.5)

Seules les PIM du début de grossesse sont préoccupantes :  
intérêt d'une prévention secondaire pour ces cas là.

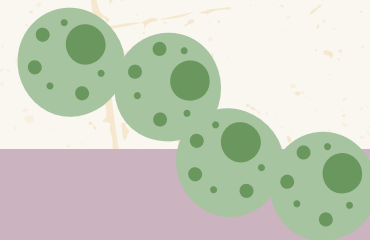
# RECOMMENDATIONS..?



PREVENTION?

DEPISTAGE?

TRAITEMENT?





# PREVENTION PRIMAIRE



## RECOMMANDÉE

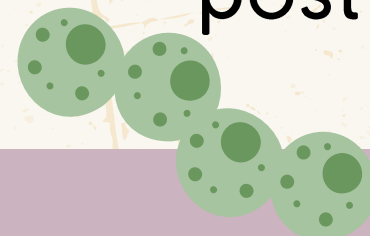
depuis des années :

- HAS
- HCSP
- CNGOF
- Académie de Médecine

## QUAND?

TÔT +++

Idéalement en  
**pré-conceptionnel** ou  
post-partum



## RECOMMANDÉE

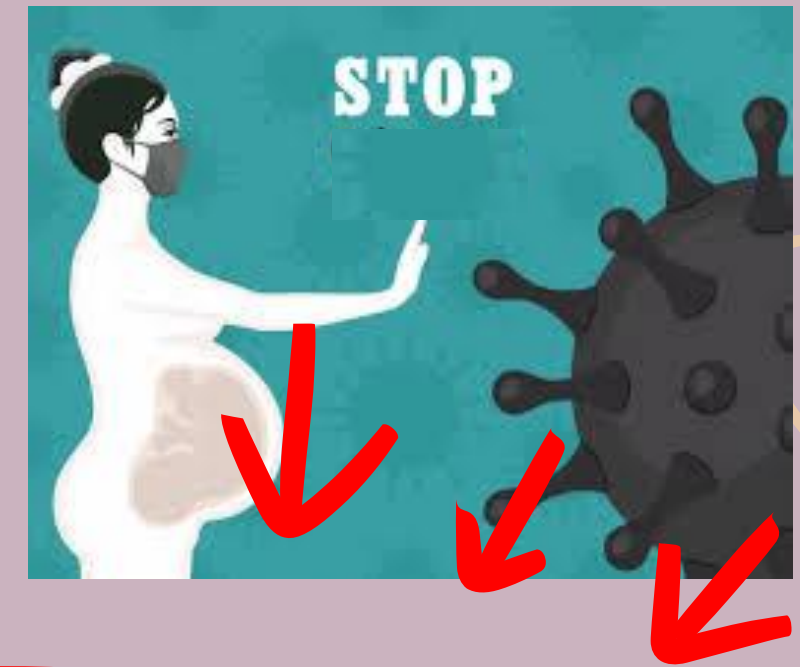
FACILE

ACCEPTABLE

EFFICACE



# PREVENTION PRIMAIRE



## RECOMMANDÉE

depuis des années :

- HAS
- HCSP
- CNGOF
- Académie de Médecine

## QUAND?

TÔT +++

Idéalement en  
**pré-conceptionnel** ou  
post-partum

**Information pour toutes  
les patientes +++  
ET leur conjoint(e)**

Que son statut  
sérologique soit connu  
ou non, en quel qu'en  
soit le résultat.

# PREVENTION PRIMAIRE


Information pour toutes les patientes +++  
ET le co-parent

**PREVENTION**



- Wash your hands often with soap and water for 15-20 seconds
- Do not share food, drinks, or eating utensils with young children
- Do not put a child's pacifier in your mouth
- Do not share a toothbrush with a young child
- Avoid contact with saliva by kissing a young child on the forehead instead of the lips
- Clean toys, countertops and other surfaces that come in contact with children's urine or saliva

**PROTECT**  
your **BABY** from CMV  
during pregnancy



**STOP CMV**



**DO WEAR**



Use condoms during sex after conception

# DEPISTAGE

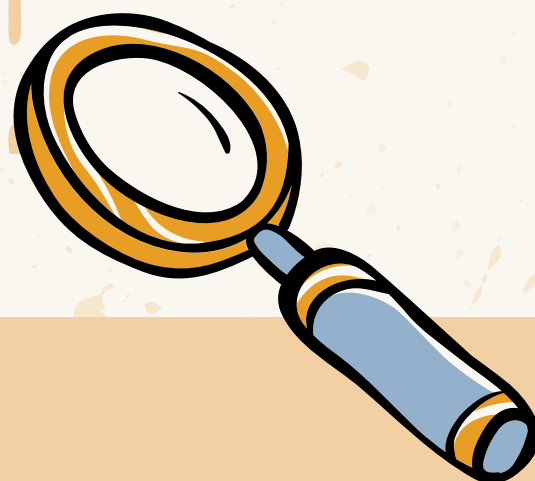
**RECOMMANDATIONS HAS  
JUN 2025**

**A qui doit  
s'adresser le  
dépistage  
sérologique CMV  
en début de  
grossesse?**

**Aux femmes  
enceintes  
SERONEGATIVES**

Mais pour le savoir, il faut faire une sérologie à toutes les patientes qui ne connaissent pas leur statut sérologique

**Donc intérêt de la sérologie préconceptionnelle!? Mais encore faudrait il voir toutes ces patientes et connaître leur délai de conception..**

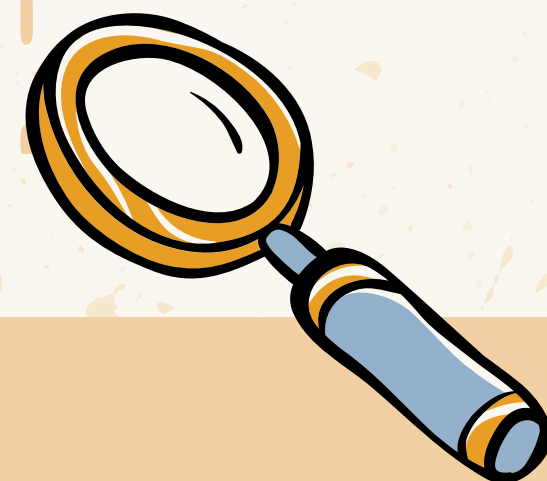


# DEPISTAGE

**RECOMMANDATIONS HAS  
JUN 2025**

**A qui doit  
s'adresser le  
dépistage  
sérologique CMV  
en début de  
grossesse?**

**Aux femmes  
enceintes  
SERONEGATIVES**



Mais pour le savoir, il faut faire une sérologie à toutes les patientes qui ne connaissent pas leur statut sérologique

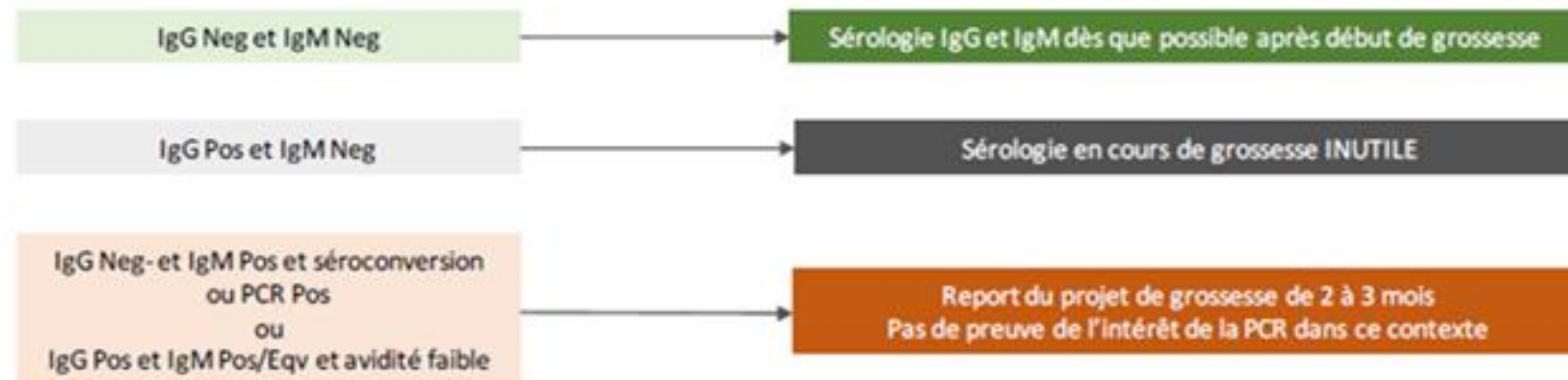
Donc intérêt de la sérologie préconceptionnelle!? Mais encore faudrait il voir toutes ces patientes et connaître leur délai de conception..

**NE JAMAIS REFAIRE DE  
SÉROLOGIE À UNE FEMME  
CONNUE PRÉ-IMMUNE**

# DEPISTAGE

RECOMMANDATIONS HAS  
JUN 2025

## Interprétation de la sérologie effectuée avant la conception



## Femme connue séropositive pour le CMV avant la grossesse

Pas de suivi sérologique ni moléculaire

# DEPISTAGE

RECOMMANDATIONS HAS  
JUN 2025

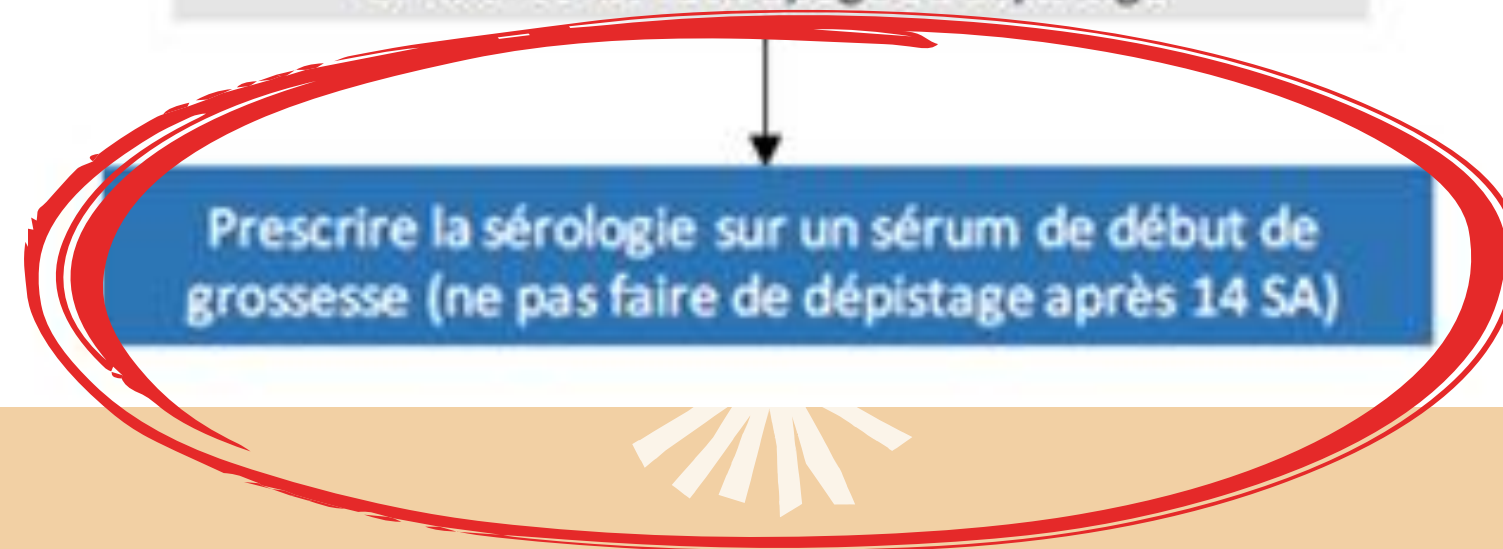
Femme > 14 SA statut CMV négatif ou inconnu

Pas de suivi sérologique ni moléculaire

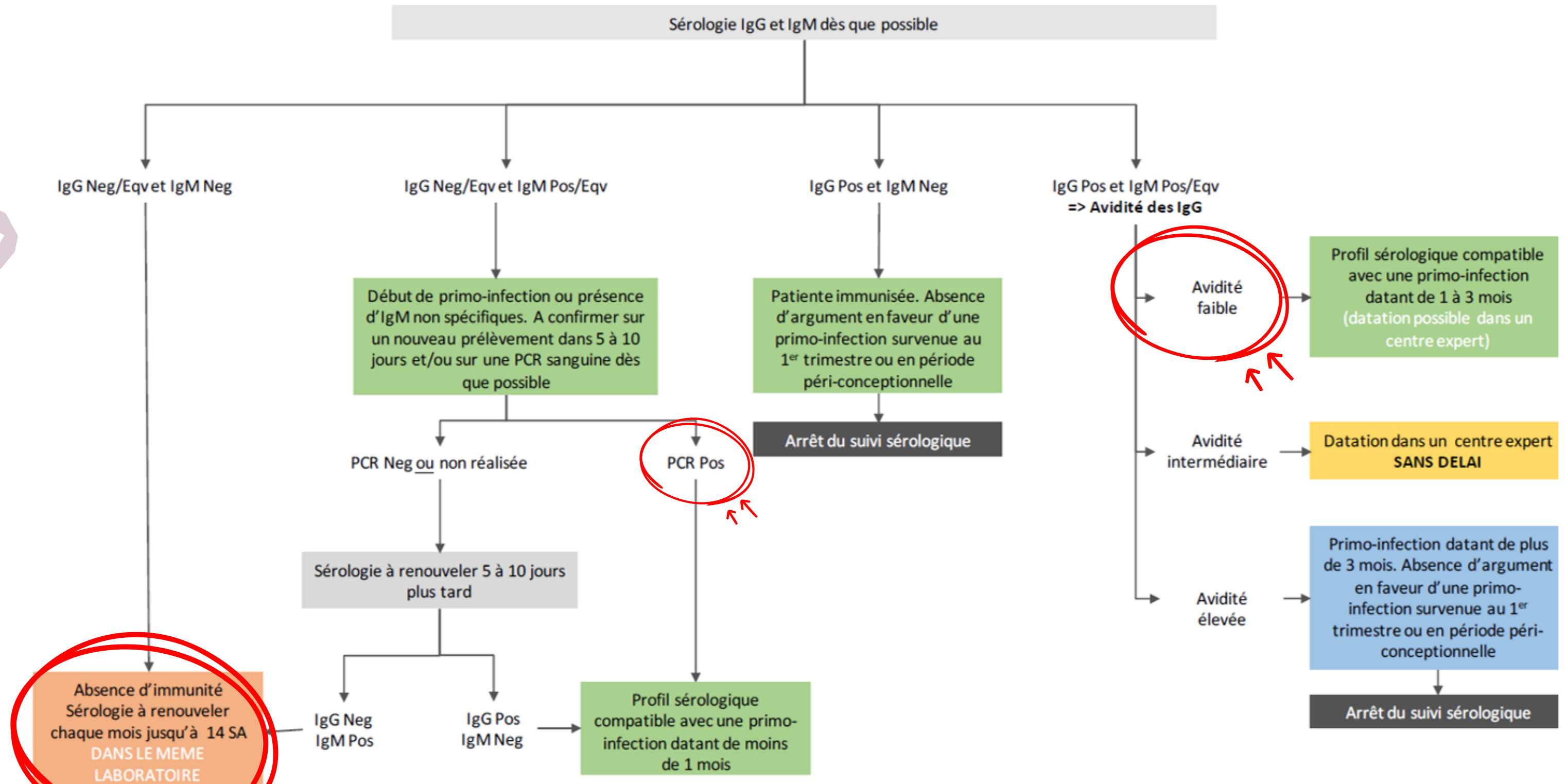
Une sérologie CMV faite après 14 SA ne permet pas d'exclure avec une sensibilité suffisante la survenue d'une primo-infection du 1<sup>er</sup> trimestre ou en période péri-conceptionnelle

Si volonté de rattrapage du dépistage

Prescrire la sérologie sur un sérum de début de grossesse (ne pas faire de dépistage après 14 SA)



Femme < 14 SA statut CMV négatif ou inconnu



# PREVENTION SECONDAIRE

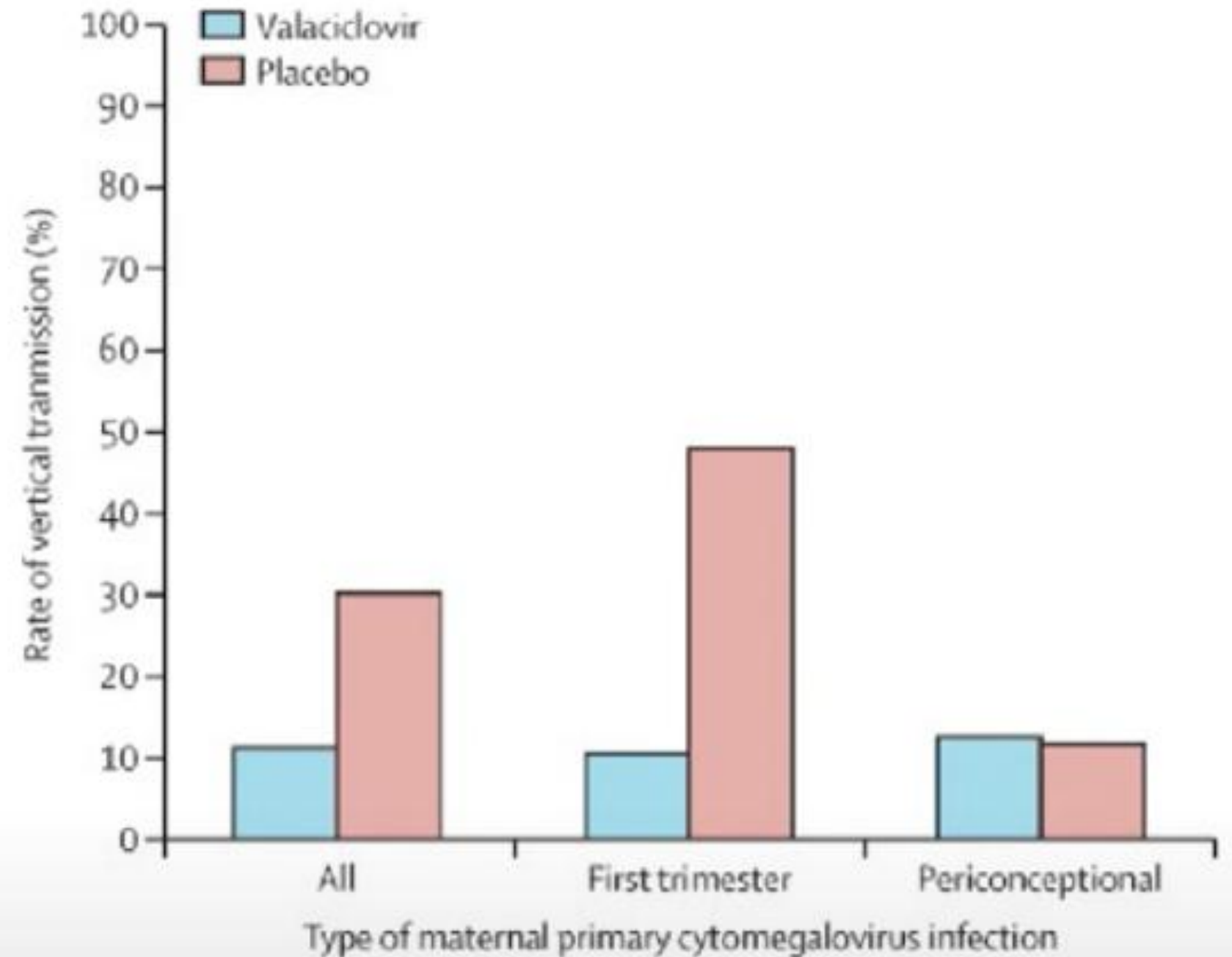
## Utilisation du Valaciclovir après séroconversion maternelle < 14SA :

- Etude israélienne, randomisée, double aveugle, valaciclovir vs placebo
- 100 inclusions, 90 randomisations
- Débuter traitement antiviral dès que séroconversion maternelle identifiée +++, jusqu'à l'amniocentèse

**Diminution risque de transmission verticale de 29 à 11% en cas de PIM**

OR 0,29 (95% CI 0,09-0,9)

Shahar-Nissan, Lancet, 2020  
Faure-Bardon V, UOG 2021



## Infection foetale symptomatique

OR 0,38 (95% CI 0,09-1,56)

- 7% groupe valaciclovir (3/44)
- 16% groupe placebo (7/43)

# PREVENTION SECONDAIRE

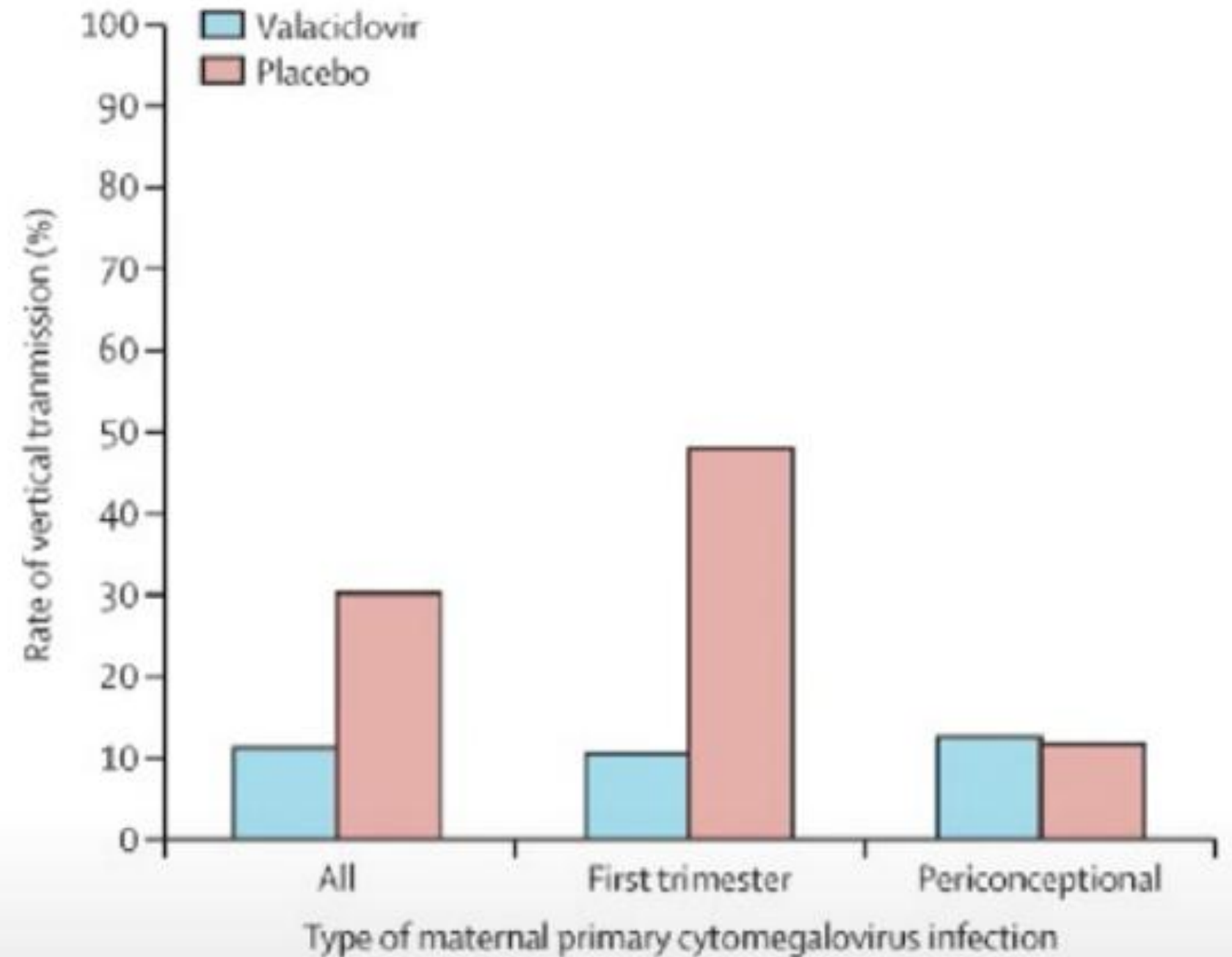
## Utilisation du Valaciclovir après séroconversion maternelle < 14SA :

- Etude israélienne, randomisée, double aveugle, valaciclovir vs placebo
- 100 inclusions, 90 randomisations
- Débuter traitement antiviral dès que séroconversion maternelle identifiée +++, jusqu'à l'amniocentèse

**Diminution risque de transmission  
verticale de 29 à 11% en cas de PIM**

OR 0,29 (95% CI 0,09-0,9)

Shahar-Nissan, Lancet, 2020  
Faure-Bardon V, UOG 2021



## Infection foetale symptomatique

OR 0,38 (95% CI 0,09-1,56)

- 7% groupe valaciclovir (3/44)
- 16% groupe placebo (7/43)

Prescription CPDPN Caen depuis 2023

# PREVENTION SECONDAIRE

Impossible pour les  
inf° non primaires :

- pas de dépistage biologique possible
- seul dépistage / écho, qui a une sensibilité médiocre pour le dépistage des inf° foetales à CMV

## FAISABLE UNIQUEMENT POUR PRIMO-INFECTIONS T1 OU PÉRICONCEPTIONNELLES

A INITIER LE + TÔT  
POSSIBLE, EN  
CONSULTATION DE  
MEDECINE FOETALE

SI PRIMO-INF°  
PÉRICONCEPTIONNELLE  
( < 2 MOIS ) OU < 14SA

VALACICLOVIR 8G/J  
EN 4 PRISES

JUSQU'A AMNIO  
> 18SA

SURVEILLANCE BIO HEBDO

HYPERHYDRATATION  
ORALE



# RISQUE / GROSSESSE



## A partir d'un dépistage sérologique

Datation de l'infection maternelle (QS)

- Périconceptionnelle ou 1<sup>er</sup> trimestre

**URGENCE**

- Diagnostique
- Thérapeutique
- Pronostique

- 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre

Aucune évaluation sauf surveillance de la croissance foetale.

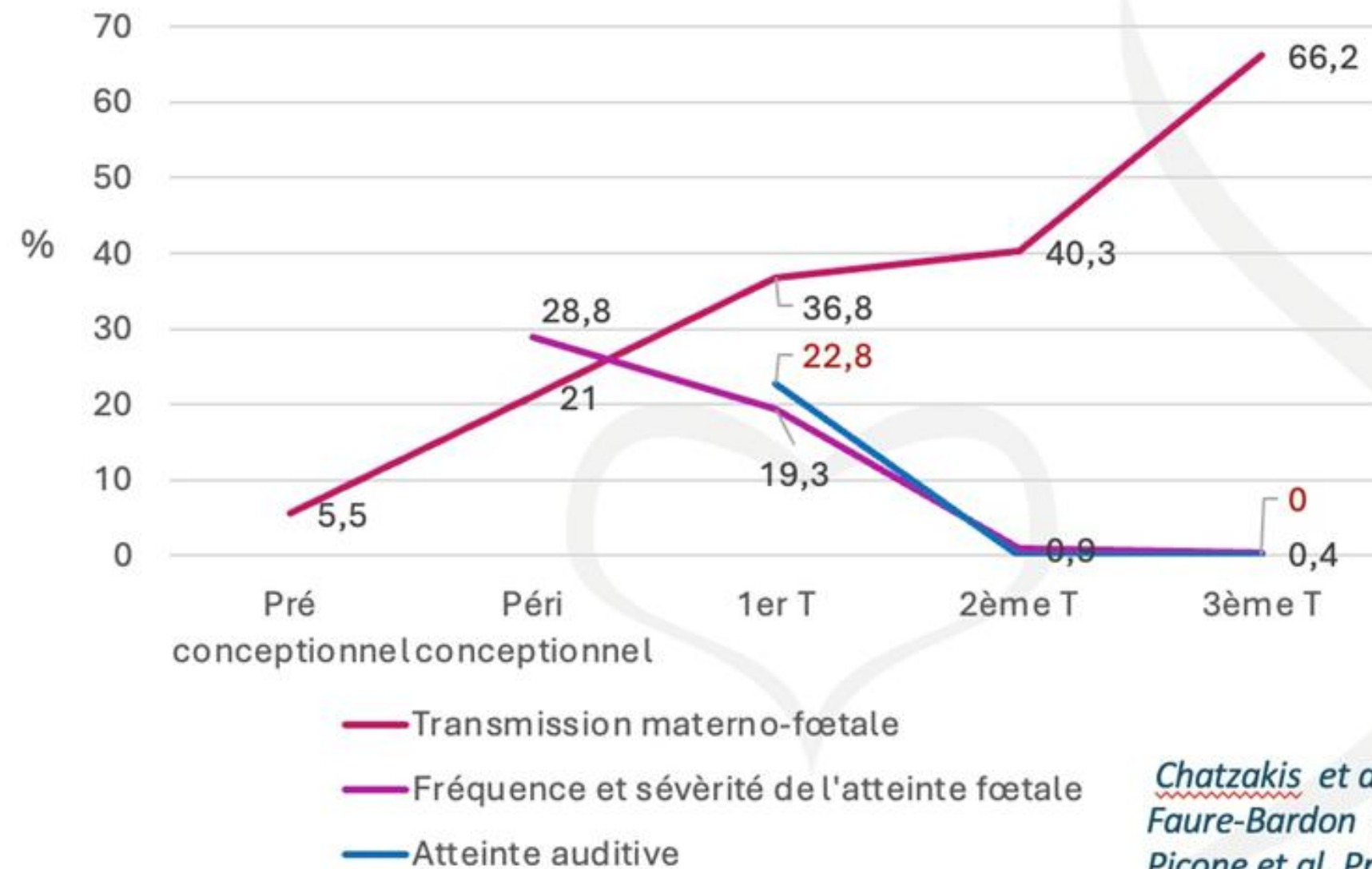
Pas de DAN  
Bilan néonatal



# RISQUE / GROSSESSE



Transmission materno-fœtale, fréquence et sévérité de l'atteinte fœtale en cas de primo-infection



*Chatzakis et al. Am J Obstet Gynecol. 2020*  
*Faure-Bardon et al. Clin Infect Dis. 2019*  
*Picone et al. Prenat Diagn 2012*

# DIAGNOSTIC DE L'INFECTION FOETALE

*8-10% de nouveaux nés infectés  
après une PCR nég / LA (amnio  
réalisée au bon moment) : aucune  
séquelle à 2-3 ans*

*Chatzakis, UOG, 2023*

## AMNIOCENTÈSE

**> 8SEM APRÈS LA  
PRIMO-INFECTION  
MATERNELLE**

**> 18SA**



**RISQUE 1/1000**

**PAR PCR DANS LABO  
AGRÉÉ POUR LE DPN**

# ET APRES L'AMNIO?

## PCR NEG

Arrêt traitement

Echo de croissance  
en dépistage

Bilan néonatal  
(PCR urines)

ASSO° ECHO & IRM NORMALES :  
RISQUE RÉSIDUEL HYPOACOUSIE LÉGÈRE 17%

## PCR +

Prévention Tertiaire à discuter  
Pour diminuer le risque de  
séquelles graves

Poursuite Valaciclovir

*Chatzakis et al, AJOG, 2023*

RDM° Valaciclovir / Letermovir

*CYMEVAL III - Necker*

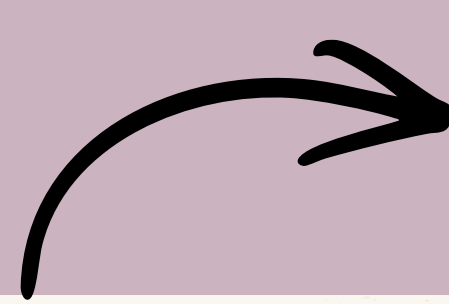
Suivi écho réf / 15j

IRM Cérébrale foetale (32SA)  
- 26% anormales quand écho normale

Cs néonat

Bilan néonatal + suivi

# BILAN NÉONATAL



PCR avant J15  
(urinaire ou salivaire)

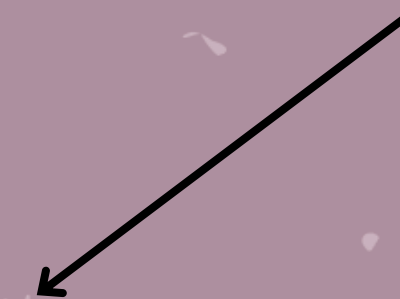
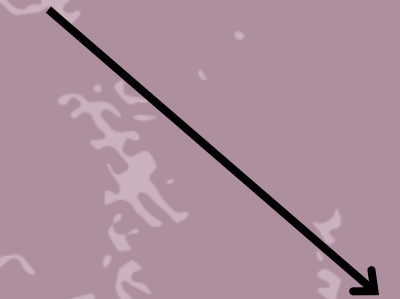


NFS, BH  
PCR CMV quantitative

ETF

FO

PEA



- Pour toutes les séroconversions en cours de grossesse, et ce qqsoit le résultat de l'amnio
- Sur signe d'appel clinique :
  - Microcéphalie < 3<sup>e</sup> p
  - Dépistage auditif / PEAA nég
  - Atteintes dig ou hépatq inexplicées
  - Cytopénies inexplicées ou persistantes
  - Pétéchies
  - convulsions

Si asymptomatique  
et examens  
complémentaires RAS

- Pas de traitement
- **Suivi péd CHU + ORL jusqu'à 6 ans**

Si symptomatique ou  
anomalie du bilan  
complémentaire

- Antiviral + surveillance bio
- PCR CMV quantitative après 10-15j traitement
- **Suivi péd + ORL + Ophtalmo**

# CONCLUSIONS



**PREVENTION PRIMAIRE**  
pour tous les couples !



**DEPISTAGE** ciblé seulement sur  
les PRIMO-INF° PRECOCES  
→ ne pas faire si déjà immunisée



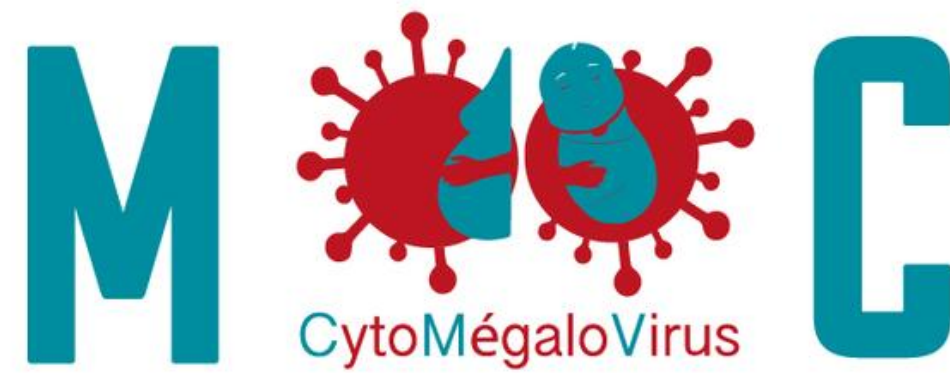
PEC DAN pour  
toutes les primo-  
infections  
maternelles péri-  
conceptionnelles  
ou T1

**INCITATION A ACTIONS DE COMMUNICATION EN DIRECTION PROFESSIONNELS DE SANTÉ**



Nécessité de **déclaration de tous les cas** sur le plan national, à  
tous les niveaux (primo-infection maternelle pdt grossesse /  
infection congénitale)  
→ déclarations centralisées par le CPDPN : [cmv@chu-caen.fr](mailto:cmv@chu-caen.fr)

**RÉÉVALUATION À 3 ANS DE LA STRATÉGIE DE DÉPISTAGE**



<https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/30/presentation>





**MERCI DE VOTRE  
ATTENTION**

