

 www.ffadan.org	<b>Propositions pour la pratique du dépistage auditif néonatal</b>	
	<b>Dépistage ciblé du CMV congénital en maternité</b>	Rédaction FFADAN GT CMV Proposition 20 février 2024 Validation CA FFADAN du 4 avril 2024
		5 pages

Ces propositions sont formulées par le groupe de travail transversal « CMV » (GT CMV), dans le cadre de la Fédération Française des Acteurs du Dépistage Auditif Néonatal (FFADAN).  
Membres du GT CMV en annexe.

L'objectif est de discuter l'adoption de la recommandation du HCSP<sup>1</sup> (avis du 18/05/2018), qui préconise le dépistage de l'atteinte congénitale liée au cytomégalovirus (cCMV) ciblé chez les nouveau-nés en alerte auditive uni ou bilatérale lors des dépistages en maternité.

Ces propositions ont pour but d'exposer la position de la FFADAN vis à vis du dépistage du cCMV ciblé sur les résultats du dépistage auditif néonatal et d'en constituer un guide pratique.

La condition préalable minimale à la mise en place de ce dépistage ciblé est d'élargir la nature de la surdité à dépister aux surdités unilatérales. Le GT considère que les conditions devraient être rapidement réunies pour adopter sur l'ensemble du territoire le dépistage ciblé du cCMV sur les tests auditifs néonataux. Proposer le dépistage de la surdité unilatérale et bilatérale sur l'ensemble du territoire national est une recommandation de la FFADAN<sup>2</sup>, et fait l'objet de la note de cadrage du travail de la HAS de septembre 2023<sup>3</sup>.

Documents associés :

- Comment établir un diagnostic rétrospectif d'infection congénitale à CMV ? (FFADAN)

### Quel est l'objectif de ce dépistage ciblé du cCMV ?

L'objectif principal est de répondre "à temps" à la question étiologique si le nouveau-né est confirmé sourd (à la demande des ORL et des parents).

Les objectifs secondaires visent à optimiser la prise en charge des enfants avec cCMV.

- Permettre le bilan initial spécifique (imagerie, bilan visuel, bilan biologique)
- Mettre en place un suivi ORL spécifique (suivi prolongé auditif et vestibulaire)
- Permettre un suivi développemental (pédiatrique) spécifique (neuro sensoriel, apprentissages ...)
- Poser à temps (avant un mois de vie) la question du traitement antiviral selon le contexte et les résultats du bilan initial.

Le GT précise que ce dépistage conduit à une modification de la prise en charge de l'enfant atteint, même s'il n'y a pas de mise en place de traitement antiviral.

### A quelle étape du dépistage de la surdité peut-on associer le dépistage du cCMV ?

Deux étapes peuvent être envisagées : à l'issue d'un retest non concluant en maternité (T2) ou à l'issue d'un test ambulatoire différé (T3).

L'étape diagnostique (ORL experts) intervient hors délai (voir plus bas). Une recommandation spécifique FFADAN répond à la question « Comment établir un diagnostic rétrospectif d'infection congénitale à CMV ? ».

**Étape T3** (ou test ambulatoire différé) : le choix de l'étape T3 réduirait notablement le nombre d'enfants ciblés pour le dépistage du cCMV. Cependant, cette étape n'est pas à ce jour mise en place sur l'ensemble du territoire (ce point fait l'objet de la note de cadrage du travail de la HAS), et elle est souvent trop tardive (voir fenêtre de réalisation de la PCR ci-dessous). De plus, sa réalisation en ambulatoire n'est pas homogène sur le territoire (acteurs, lieu), et la réalisation pratique des prélèvements est difficile hors établissement et en consultation ORL, la traçabilité plus difficile.

La prise en charge par l'assurance maladie présente des limites, notamment pour l'exonération du ticket modérateur :

*PCR CMV inscrite à la nomenclature des actes de biologie (NABM), et cotée B150 soit 40,50 euros (JO du 11/01/2019).*

*Conditions de la prise en charge à 100% par l'assurance maladie (exonération du ticket modérateur) :*

- dans tous les cas si réalisé avant 12 jours de vie (assurance maternité),

<sup>1</sup> <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=703>

<sup>2</sup> <https://www.ffadan.org/nos-recommandations>

<sup>3</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3458472/fr/evaluation-du-programme-national-de-depistage-de-la-surdite-permanente-neonatale-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3458472/fr/evaluation-du-programme-national-de-depistage-de-la-surdite-permanente-neonatale-note-de-cadrage)

- ainsi que dans les 30 premiers jours de vie si réalisé en établissement de santé.  
Voir AMELI.FR

**Étape T2** (test auditif contrôlé non concluant en maternité) : le choix de l'étape T2 permet un timing au plus proche de la naissance, en lien avec les recommandations (voir plus bas). A ce moment du parcours, le nouveau-né est présent en établissement de santé, auprès d'un personnel habitué aux prélèvements du nouveau-né, avec un circuit avec le laboratoire bien identifié, une facilité de reconvoquer sur place si nécessité d'un contrôle, et une traçabilité organisée.

Le choix de cette étape contribue à inciter à optimiser les tests auditifs en maternité.

Optimiser la réalisation des tests en maternité a pour objectif d'obtenir un taux de nouveau-nés avec T2 non concluants contenu. Dans cette optique, le GT s'appuie sur la recommandation de la FFADAN d'utiliser la modalité PEAA si possible dès le premier test de l'audition (T1) et dans tous les cas pour le retest<sup>2</sup> (contrôle en maternité ou T2).

Le GT se positionne pour un dépistage à l'étape T2, c'est à dire après la réalisation d'un retest en maternité.

Si la recherche du CMV n'a pas été effectuée en maternité, il est possible de considérer un rattrapage à l'étape T3 (au cas où le test auditif reste non concluant). Il est alors souhaitable que cette étape soit organisée avant J15.

## Par quel examen dépister le cCMV ?

La recherche du cCMV repose sur une PCR CMV chez le nouveau-né. Les sérologies chez le nouveau-né n'ont aucun intérêt pour le diagnostic des cCMV et ne doivent pas être demandées.

L'examen PCR peut être réalisé à partir d'un échantillon de salive (écouvillon bucal) ou d'urine.

La PCR sur le sang n'est pas assez fiable dans ce contexte en raison de faux négatifs chez des nouveau-nés atteints, mais non virémiques.

### Quel type de prélèvement choisir ?

La PCR salivaire est un examen non invasif et très simple. Il existe un faible risque de faux positifs, quand le prélèvement est contaminé par le lait maternel si on n'est pas à distance de la tétée, ou par le passage dans les voies génitales et par l'environnement.

Réalisation du prélèvement salivaire : à distance d'une tétée (1 heure après), vérifier qu'il n'y a pas de lait dans la bouche (essuyer avec une compresse), appliquer l'écouvillon 20-30 secondes face interne de la joue pour qu'il s'imbibe de salive.

La PCR urinaire est considérée comme l'examen de référence. S'il n'est pas invasif, le recueil urinaire n'est pas toujours aisé chez le nouveau-né (compresse dans la couche), et recueillir l'urine peut retarder la sortie de maternité de quelques heures.

Pour des raisons de faisabilité, le GT se positionne pour recommander, dans le cadre du dépistage ciblé, une PCR sur prélèvement salivaire.

### Contrôle des résultats de PCR salivaire positifs

En cas de cCMV, les charges virales sont généralement très élevées, > 1000 copies/ml.

Le plus souvent, les charges virales < 1000 copies/ml sont des faux positifs.

Il est toutefois difficile de proposer un seuil en raison de techniques différentes entre les laboratoires.

Le GT recommande un contrôle systématique de toutes les PCR salivaires positives par une PCR urinaire.

NB : Une PCR urinaire positive affirme le diagnostic, sans contrôle nécessaire.

### Intérêt des PCR quantitatives

Les PCR quantitatives sont possibles sur les prélèvements urinaires et salivaires.

Des PCR avec une charge virale confirmée basse pourraient correspondre à des cCMV tardifs (de fin de grossesse), donc avec une dynamique d'évolution péjorative moindre.

Le GT se prononce pour la réalisation de PCR quantitatives.

## Quelle est la fenêtre de réalisation des PCR ?

La primo-infection par le CMV est très fréquente chez le jeune nourrisson. Hormis en cas de grande prématurité ou de déficit immunitaire, cette primo-infection post natale est toujours bénigne, sans conséquences neurosensorielles.

Une infection post-natale ne peut être différenciée d'une infection congénitale si le prélèvement pour réaliser la PCR est effectué trop tard.

Il est donc impératif d'attester le caractère anténatal de l'infection par une PCR post natale suffisamment précoce.

Le GT se prononce pour un seuil à 15 jours de vie. Le GT préconise la réalisation de tout prélèvement salivaire ou urinaire (première PCR ou PCR de contrôle) avant 15 jours de vie.

Le second argument pour un prélèvement précoce est celui de l'éventuelle indication d'un traitement antiviral. Le cas échéant, celle-ci doit être discutée pour débiter le traitement idéalement au cours du premier mois de vie.

En cas de prélèvement plus tardif (après 15 jours de vie)

Une PCR salivaire ou urinaire négative exclut le diagnostic de cCMV.

Une PCR positive (urines/salive) peut correspondre à une infection congénitale ou post natale.

La PCR rétrospective sur le buvard Guthrie peut aider à la démarche diagnostique. Une PCR Guthrie positive confirme le cCMV, un résultat négatif ne peut l'exclure. Voir document : « Comment établir un diagnostic rétrospectif d'infection congénitale à CMV ? ».

## **Quelle information parentale, quel consentement, quelle restitution des résultats ?**

### Information des parents

Le GT se positionne pour inclure une information sur les plaquettes du dépistage auditif utilisées en routine, en citant l'éventuelle recherche du CMV en cas de test auditif non concluant en maternité.

NB : ces documents sont actuellement régionaux. La FFADAN se positionne pour la co-construction d'une plaquette nationale dédiée au dépistage auditif dans les suites des futures recommandations de la HAS (voir note de cadrage de la HAS de septembre 2023).

L'information est sous la responsabilité du pédiatre de maternité comme pour tout examen biologique réalisé chez le nouveau-né.

### Consentement

Le GT recommande que le consentement parental soit tracé dans le dossier médical. Il se prononce pour un consentement oral simple, mais explicite.

NB : en cas de recours au buvard Guthrie pour une PCR sur sang séché, un consentement écrit est nécessaire, voir document : « Comment établir un diagnostic rétrospectif d'infection congénitale à CMV ? ».

### Transmission des résultats

Actuellement, et pour le dépistage néonatal biologique, les parents ne sont informés que des résultats positifs (c'est à dire en cas d'anomalie).

Pour la recherche de CMV, le GT émet les propositions suivantes :

- Les résultats positifs doivent être transmis sans délai aux parents, directement par le pédiatre de maternité, qui doit proposer un rendez-vous spécifique (voir ci-dessous).
- Les résultats positifs et négatifs sont transmis au pédiatre et/ou au médecin traitant de l'enfant.
- En cas de prélèvement négatif, un courrier type pourrait être mis en place par les maternités, adressé aux parents à réception du résultat, et conservé par les parents dans le carnet de santé, afin de pouvoir compléter l'information et l'inscrire sur le carnet de santé lors d'une consultation médicale.
- Les résultats positifs et négatifs sont archivés dans le dossier patient.
- Tous les résultats doivent être accessibles aux parents à leur simple demande et sans délai.

La transmission systématique de tous les résultats négatifs et positifs aux parents devra être envisagée si cette évolution est retenue pour les dépistages biologiques.

## **Traçabilité de la recherche de cCMV**

### A l'échelle du patient

Le GT recommande une traçabilité à la fois sur le dossier patient, et sur le carnet de santé du nouveau-né.

Il est proposé d'inscrire sur la page des dépistages « PCR CMV prélevée ».

Il est souhaité que cette information soit prise en compte lors de l'édition d'une prochaine version du carnet de santé (case à cocher par exemple).

### A l'échelle régionale ou nationale

Le GT ne se positionne pas. La traçabilité par les opérateurs régionaux du dépistage est une contrainte lourde et nécessiterait des moyens alloués.

Toutefois, il y a un intérêt certain à disposer d'indicateurs permettant d'évaluer la mise en œuvre de ce dépistage ciblé.

### Base de données nationale

Pour les enfants diagnostiqués atteints de cCMV à l'issue du dépistage, il est possible et recommandé de renseigner le registre national de enfants porteurs d'infections congénitales à CMV du Centre national de référence des Herpes virus. Il s'agit d'une base de données nationale validée par la CNIL, accessible sur demande à tous les praticiens<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> <https://www.unilim.fr/cnr-herpesvirus/surveillances/recensement-maternofoetal/infection-congenitale-a-cmv/>

## Conduite à tenir chez le nouveau-né en cas de cCMV confirmé

Proposer des recommandations sur la conduite à tenir en cas de cCMV confirmé chez un nouveau-né n'appartient pas au champ de la FFADAN.

Néanmoins, le GT souhaite que des lignes directrices nationales soient proposées, avec le double objectif d'harmoniser les pratiques d'une part, et (essentiellement) de pouvoir fournir aux parents une information consensuelle minimale sur le suivi adapté.

L'information doit également porter sur les précautions à prendre pour limiter la diffusion du CMV dans l'entourage de l'enfant atteint, et notamment en direction de femmes enceintes.

Dans l'attente d'un consensus national, le GT propose de s'appuyer sur les recommandations européennes<sup>5</sup>, en cours de mise à jour, et les outils du Groupe de recherche sur les infections pendant la grossesse (GRiG)<sup>6</sup>.

**Le GT recommande de référer à un pédiatre spécialiste/infectiologue tout nouveau-né avec cCMV confirmé, idéalement avec les résultats du bilan initial, **et** avant la fin du premier mois de vie.**

Le bilan initial concerne tout nouveau-né avec cCMV confirmé, c'est à dire avec une PCR salivaire contrôlée par une PCR urinaire.

### **1 - Le bilan initial pédiatrique classique comprend :**

- Examen clinique : biométrie (poids, taille, PC : microcéphalie ?), hépatosplénomégalie ? pétéchies ? examen neurologique.
- Biologie :
  - NFS, plaquettes
  - Fonction hépatique (bilirubine libre et conjuguée, enzymes hépatiques)
  - A noter :
    - La sérologie CMV IgG ou IgM chez l'enfant n'a aucun intérêt diagnostique ni pronostique pour le cCMV
    - La PCR CMV sang n'a d'intérêt que dans les rares cas où se pose la question d'une indication de traitement anti viral
    - Fonction rénale : uniquement en cas d'indication de traitement anti viral
- Examen ophtalmologique systématique
  - Dès que possible, dont fond d'œil (FO) avec recherche notamment de chorioretinite.
  - NB : des anomalies ophtalmologiques sont retrouvées chez 1 à 2% des nouveau-nés asymptomatiques.
- Imagerie :
  - Échographie transfontanellaire (TF) systématique : recherche dilatation ventriculaire, calcifications ...
  - En cas d'anomalie de l'écho TF ou microcéphalie ou signes cliniques neurologiques ou d'anomalie sur les imageries anténatales : concertation avec le radiologue pour compléter l'imagerie avec IRM et/ ou IRM d'emblée

### **2 – Le bilan ORL :**

Tous les enfants avec une PCR CMV positive doivent bénéficier d'un bilan en centre ORL expert, tel que défini pour l'étape diagnostique du dépistage. Cela même si un test différé (T3) a été réalisé et est concluant. La première consultation comprend au minimum un PEA seuil et des OEA.

Dans la perspective éventuelle d'une indication du traitement antiviral, le GT recommande que ce bilan ORL puisse avoir lieu rapidement après la naissance, afin de pouvoir établir une synthèse pluri professionnelle pour l'enfant cCMV avant la fin du premier mois de vie.

### **3 - La datation de l'infection congénitale :**

La datation de l'infection maternelle au cours de la grossesse a pour objectif principal d'évaluer le pronostic :

- La période de l'infection est déterminante pour le pronostic de l'enfant. Les infections survenues avant 20 SA sont celles pour lesquelles le risque d'atteinte fœtale avec séquelles est le plus important.
- Chez les nouveau-nés avec cCMV de survenue tardive (après 20 SA), le bilan étiologique, en cas de surdité confirmée, devra être étendu hors CMV.

Comment dater l'infection à CMV anténatale : par l'analyse des sérologies maternelles.

- En cas de cCMV confirmé et en concertation avec les virologues, prélever chez la mère une sérologie CMV avec analyse des sérums antérieurs disponibles, y compris ceux des bêta-hCG. Ces sérums sont conservés un an. Demander sérologie CMV avec IgG, IgM et avidité des IgG. Pour ce faire : adresser une ordonnance au laboratoire pour reprise des sérums de grossesse (notamment du premier trimestre), et/ou faire rapatrier les prélèvements<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Luck SE, Wieringa JW, Blázquez-Gamero D, et al. Congenital Cytomegalovirus: A European Expert Consensus Statement on Diagnosis and Management. *Pediatr Infect Dis J.* 2017;36(12):1205-1213. doi:10.1097/INF.0000000000001763

<sup>6</sup> <https://www.infections-grossesse.com/cytomegalovirus-cmv>

<sup>7</sup> Lettre de la société française de microbiologie : <https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2024/01/Lettre-du-GT-PEPs-pour-la-conservation-des-serums-de-grossesse.pdf>

- Se référer aux recommandations du Centre national de référence (CNR) des Herpes virus<sup>8</sup>. Le CNR peut être consulté pour des avis spécialisés.

#### **4 - Comment faire le point à l'issue du bilan initial**

**A - Définir et classer la symptomatologie**, ce qui aidera à repérer s'il existe une indication au traitement néonatal. Des définitions ont été proposées par le *International Congenital Cytomegalovirus Recommendations Group*<sup>9</sup> et le *European Expert Consensus Statement on Diagnosis and Management*<sup>5</sup>.

- **Formes « moyennes à sévères »** avec plus de 2 atteintes attribuables à une infection congénitale par le CMV, ou atteinte sévère avec défaillance mettant en jeu le pronostic vital :
  - Thrombopénie, pétéchies, hépato ou splénomégalie, RCIU, hépatite (augmentation des transaminases ou bilirubine)
  - Atteintes du système nerveux central : microcéphalie ; anomalies de l'imagerie compatibles avec atteinte cCMV (ventriculomégalie, calcifications intra cérébrales, hyper échogénicité périventriculaire, malformations corticales ou cérébelleuses) ; si ponction lombaire réalisée dans le cadre d'une symptomatologie neurologique : anomalies du LCR ou détection du CMV dans le LCR (NB : *PL non recommandée en routine*) ; choriorétinite ; surdité neuro sensorielle associée à un autre signe d'atteinte cérébrale.
- **Formes légères**
  - Une ou deux manifestations isolées, peu importantes et transitoires. Par exemple, hépatomégalie, élévation transitoire des transaminases, thrombopénie.
  - NB : Ces signes existent dans les formes plus graves, mais sont ici isolés et transitoires.
- **Formes asymptomatiques avec surdité neuro sensorielle isolée**
  - Perte auditive confirmée > 20 dB (uni ou bilatérale)
- **Formes totalement asymptomatiques**
  - Aucune anomalie apparente et audition normale

#### **B- dater l'infection congénitale**

- C'est un élément important à prendre en compte pour établir un pronostic et organiser le suivi.
- Le caractère précoce ou tardif de l'infection fœtale se réfère au seuil de 20 SA.
- Les infections tardives ne sont pas pourvoyeuses de séquelles neuro sensorielles. Leur suivi peut donc être allégé. A l'inverse, le suivi doit être prolongé pour les enfants infectés avant 20 SA.

#### **5 - Les indications de traitement antiviral (Valganciclovir) :**

Le GT rappelle que les indications restent aujourd'hui discutées. Il n'y a pas de consensus car le traitement antiviral n'a pas fait l'objet d'évaluation prospective notamment sur sa tolérance à moyen/long terme. Le traitement peut réduire le risque de surdité sévère à court terme et le retentissement neurologique.

Cette efficacité a été rapportée lorsque le traitement est débuté avant un mois. Entre 1 et 3 mois de vie, l'indication de traitement peut être discutée au cas par cas.

Une attitude pratique nuancée est ainsi nécessaire, tenant compte de la symptomatologie.

Pour chaque enfant, une discussion de la balance bénéfique risque par l'infectiologue pédiatre et les intervenants, dont l'ORL, avec la famille est indispensable.

- Selon le *International Congenital Cytomegalovirus Recommendations Group*<sup>9</sup>, le traitement antiviral ne doit pas être administré à un nouveau-né avec une forme asymptomatique de cCMV. Il ne doit pas être utilisé en routine chez les nouveau-nés asymptomatiques avec surdité isolée ou nouveau-nés avec formes légères.
- Selon le *European Expert Consensus Statement on Diagnosis and Management*<sup>5</sup>, il n'y a pas de consensus, mais la majorité des experts incluraient la surdité en tant que critère d'inclusion de traitement, sachant que le principal bénéfice du traitement réside dans la préservation de l'audition plutôt que dans l'amélioration de l'audition une fois les dommages constatés.
- La pertinence de traitement antiviral chez un nouveau-né avec surdité isolée dépend aussi du degré d'atteinte sensorielle. Le traitement a pour effet de ralentir/modérer l'évolution ou d'éviter qu'elle ne se bilatéralise. Les attentes/bénéfices sur le plan ORL sont donc modérés en cas de surdité néonatale déjà bilatérale et sévère/profonde. La question du traitement se discutera essentiellement en cas de perte auditive modérée (30 à 80 dB), ou unilatérale.

**La FFADAN considère que l'avis d'un pédiatre référent ou infectiologue pédiatre est impératif pour établir l'indication et les modalités du traitement anti viral, dans le cadre d'une concertation pluri disciplinaire.**

<sup>8</sup> <https://www.unilim.fr/cnr-herpesvirus/recommandations/recommandations-du-cnr/>

<sup>9</sup> Rawlinson WD, Boppana SB, Fowler KB, et al. Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy and the neonate: consensus recommendations for prevention, diagnosis, and therapy. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(6):e177-e188. doi:10.1016/S1473-3099(17)30143-3

## La question des enfants dont le dépistage auditif néonatal est retardé

Voir également le document « Comment établir un diagnostic rétrospectif d'infection congénitale à CMV ? ».

Chez certains enfants, notamment hospitalisés en néonatalogie ou spécialités néonatales, la réalisation des tests auditifs peut être retardée de plusieurs semaines du fait de leur prématurité, de leur petit poids de naissance ou de leurs conditions de soins (ventilation avec bruit et interface nasale...).

On retrouve chez les enfants hospitalisés en néonatalogie des taux de surdité plus élevés que pour les enfants testés en maternité, et on peut s'attendre à une incidence plus élevée du cCMV chez ces enfants avec symptomatologie néonatale.

Comme pour les autres nouveau-nés, il est important de dépister les infections congénitales à CMV chez ces enfants, de façon à proposer un suivi adapté sur le plan ORL (suivi vestibulaire et auditif prolongé) et développemental, le cCMV constituant un facteur supplémentaire de vulnérabilité.

Le problème est alors à la fois de ne pas passer à côté d'une infection congénitale et de ne pas s'exposer à un faux positif (lié à une infection post natale) si le prélèvement pour la recherche du CMV est effectué à distance de la naissance. Les pratiques actuellement recommandées d'alimentation précoce des prématurés avec du lait maternel cru, pourraient augmenter ce risque de faux positif en raison d'une contamination/infection post natale au CMV (sans risque évolutif neuro sensoriel).

La littérature ne rapporte pas de procédure spécifique aux enfants hospitalisés, pour le dépistage ciblé du cCMV. Les pratiques sont actuellement diverses, avec dans certains centres la réalisation d'une PCR CMV systématique à l'admission, sans lien avec les tests de dépistage auditif.

Cette option soulève de nombreuses questions de la part d'autres pédiatres néonatalogistes, puisqu'il s'agit alors d'un dépistage CMV non ciblé et *a priori* chez des nouveau-nés recevant des soins lourds, et au-delà de la recommandation du HCSP.

La procédure de prélèvement urinaire systématique et biothèque en vue de PCR ultérieure en cas de dépistage positif de surdité pourrait être une option pour ces enfants. Elle reste néanmoins plus complexe et à évaluer en fonction de l'organisation locale.

Le GT suggère que les sociétés savantes (SFN, SFP) se saisissent de cette question, ou qu'un groupe de travail national soit constitué, voire solliciter la HAS dans l'objectif d'élaborer un Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS).

## Suivi des enfants avec cCMV

### Suivi ORL

Le GT a constaté des pratiques différentes dans les centres français, en termes de calendrier de suivi, de durée du suivi, d'outils et de techniques pour les bilans auditifs et vestibulaires.

Le GT suggère que les sociétés savantes (SFORL, AFOP, SFA) se saisissent de cette question, et/ou qu'un groupe de travail national soit constitué, afin de fournir un guide pour la pratique (ou des recommandations) permettant d'harmoniser le suivi de ces enfants.

Dans l'attente des recommandations des sociétés savantes, le GT précise que :

- L'atteinte ORL dans le cadre du cCMV est audio vestibulaire. Elle se caractérise par son caractère évolutif sur le moyen et long terme, souvent asymétrique et dissociée. Elle n'atteint pas le nerf (surdité cochléaire sans neuropathie auditive). De ce fait, les OEA peuvent être utilisées, en surveillance de l'audition oreilles séparées, couplées à un examen champ libre.
- Les points clé du suivi sont les suivants :
  - o Envisager des parcours pondérés selon la date de l'infection au cours de la grossesse (avant ou après 20 SA).
  - o Suivi pluri annuel au moins les deux premières années.
  - o Le suivi ORL doit être prolongé plusieurs années.
  - o Le bilan vestibulaire devrait être systématiquement associé et au minimum effectué sur point d'appel (difficultés psychomotrices par exemple).
  - o Si un déficit auditif ou vestibulaire est mis en évidence, la surveillance et la prise en charge adaptées seront prolongées tout au long de l'enfance.
  - o Devant une surdité confirmée en période néonatale, la présence d'une PCR positive à CMV ne dispense pas d'un bilan étiologique plus large.

### Suivi hors ORL

De même, le GT se prononce pour un guide pour la pratique ou un consensus national rédigé par les sociétés savantes. Les points suivants sont habituellement proposés :

- **Suivi ophtalmologique :**
  - o Si le fond d'œil (FO) est normal à la naissance : arrêt du suivi systématique. NB : le contrôle du FO à 1 mois est réservé aux enfants pour lesquels le FO précoce n'est pas suffisamment informatif (exemple : hémorragie vitrénne secondaire à l'accouchement).
  - o Si anomalies à la naissance : suivi ophtalmologique selon avis du spécialiste.
- **Suivi développemental :**
  - o Le cCMV est un facteur de haut risque de troubles du neuro développement (TND), même si une majorité d'enfants ne présenteront aucun problème dans leur suivi.
  - o Il est souhaitable d'organiser un suivi pédiatrique en s'appuyant sur les examens aux âges clé proposés par les réseaux de suivi des enfants vulnérables, en lien avec le pédiatre et le médecin traitant, jusqu'à 7ans.
  - o Il peut être fait recours aux Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO-TND). Les signes d'appel détaillés et les grilles de repérage selon l'âge sont disponibles en ligne<sup>10</sup>.

## Information générale des parents et des professionnels à propos du CMV

Le GT souligne la méconnaissance des professionnels, des mères d'enfants atteints et des parents en général sur la question de l'atteinte congénitale par le virus CMV, et la mauvaise application des précautions de prévention.

Le GT se positionne pour une information claire des parents et des professionnels, avec des supports nationaux concertés, corédigés avec la contribution d'associations d'usagers (usagers de périnatalité au sens large et associations de parents d'enfants atteints), de sociétés savantes (SFN, SFP, SFMP, CNSF, CNGOF...), de la Fédération française des réseaux de périnatalité.

Dans un premier temps, le GT recommande la diffusion large des supports édités par le GRIG, et propose d'y apporter sa contribution dans son champ de compétence.

## Annexe : composition du groupe de travail CMV de la FFADAN et du groupe relecteurs

Proposition de recommandation élaborée avec la collaboration de :



Groupe de recherche  
sur les infections pendant la grossesse



Centre national de référence  
sur les herpes virus



Société française de néonatalogie  
(relecture par membres du Comité scientifique)

### Groupe de travail

Pr ALAIN Sophie°	Virologue	Limoges
Dr BALADI Blandine*	ORL	Toulouse
Pr BIRAN Valérie°	Pédiatre	Paris Robert Debré
Pr BUTIN Marine°+	Pédiatre	Lyon HFME
Dr GOASGUEN-PARODI Marine*	ORL	Paris Necker
Dr LERUEZ-VILLE Marianne °	Virologue	Paris Necker
Dr MAGNY Jean-François°	Pédiatre	Paris Necker
Dr MAILLOTTE Anne-Marie*	Pédiatre	Nice
Pr MONDAIN Michel*	ORL	Montpellier
Dr OHL Christine*	ORL	Besançon
Dr RAMFUL Duksha*	Pédiatre	La Réunion
Pr TEISSIER Natacha°	ORL	Paris Robert Debré
Pr VAULOUP FELLOUS Christelle°	Virologue	Paris Paul Brousse

#### Coordination et secrétariat du groupe de travail :

Dr DURAND Catherine *	Pédiatre	Chambéry
-----------------------	----------	----------

### Groupe de relecture

Pr ROMAN Stéphane*	ORL	Marseille
Dr GUELLEC Isabelle+	Pédiatre	Nice
Dr NUYTEN Alexandra+	Pédiatre	Lille
Dr ZORES Claire+	Pédiatre	Strasbourg
Dr PILLET Sylvie	Biologiste	Saint-Etienne

\* Membres de la FFADAN

° Membres invités permanents du groupe de travail

+ Membres du comité scientifique de la Société Française de Néonatalogie

<sup>10</sup> <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2024-04/Brochure-reperage-precoce-TND-moins-de-7-ans-version-a-remplir.pdf>