

Place de l'échographie dans l'infection materno- foetale à CMV

Dr Véronique AUBARD
Centre de DPN - HME
LIMOGES

Cela revient à envisager plusieurs questions

- L'Échographie peut-elle aider au dépistage des séroconversions ≠ CMV ?
- L'Échographie peut-elle prédire la transmission materno-foetale?
- L'Échographie peut-elle prédire la gravité de l'atteinte foetale ?

100 000 femmes enceintes

**50 000 séropositives pour CMV
Immunisées**

**50 000 séronégatives pour CMV
Non immunisées**

? Réinfections

49 500

500 séroconversions

Echo ?

Echo ?

300 non atteints

200 enfants viruriques

Echo ?

170 enfants asymptomatiques

30 enfants symptomatiques

75 à 90%

0 à 20%

0 à 9%

0 à 17%

25 à 44%

Aucune séquelle

Séquelles modérées

Séquelles sévères

Le dépistage des séroconversions aujourd'hui

- Signe d'appel Échographique

- Bilan infectieux
- Découverte séroconversion

Majorité aucun signe écho
Signes écho non spécifiques

- Signe maternel

- Syndrome pseudo grippe
- Bilan infectieux
- Découverte séroconversion

< 5% de mères symptomatiques
(Pass et Boppana 1999)

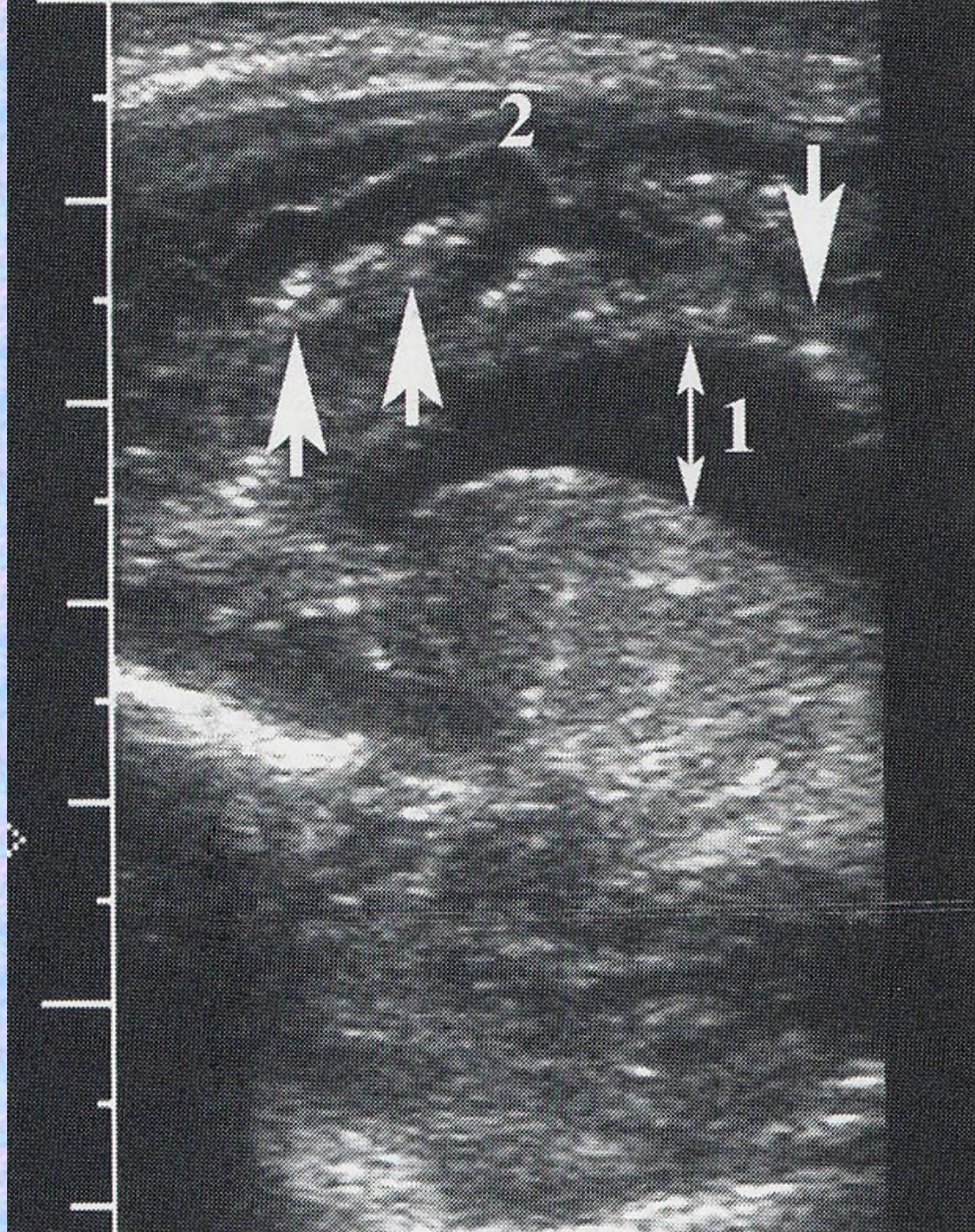
- ~~Dépistage sérologique systématique~~

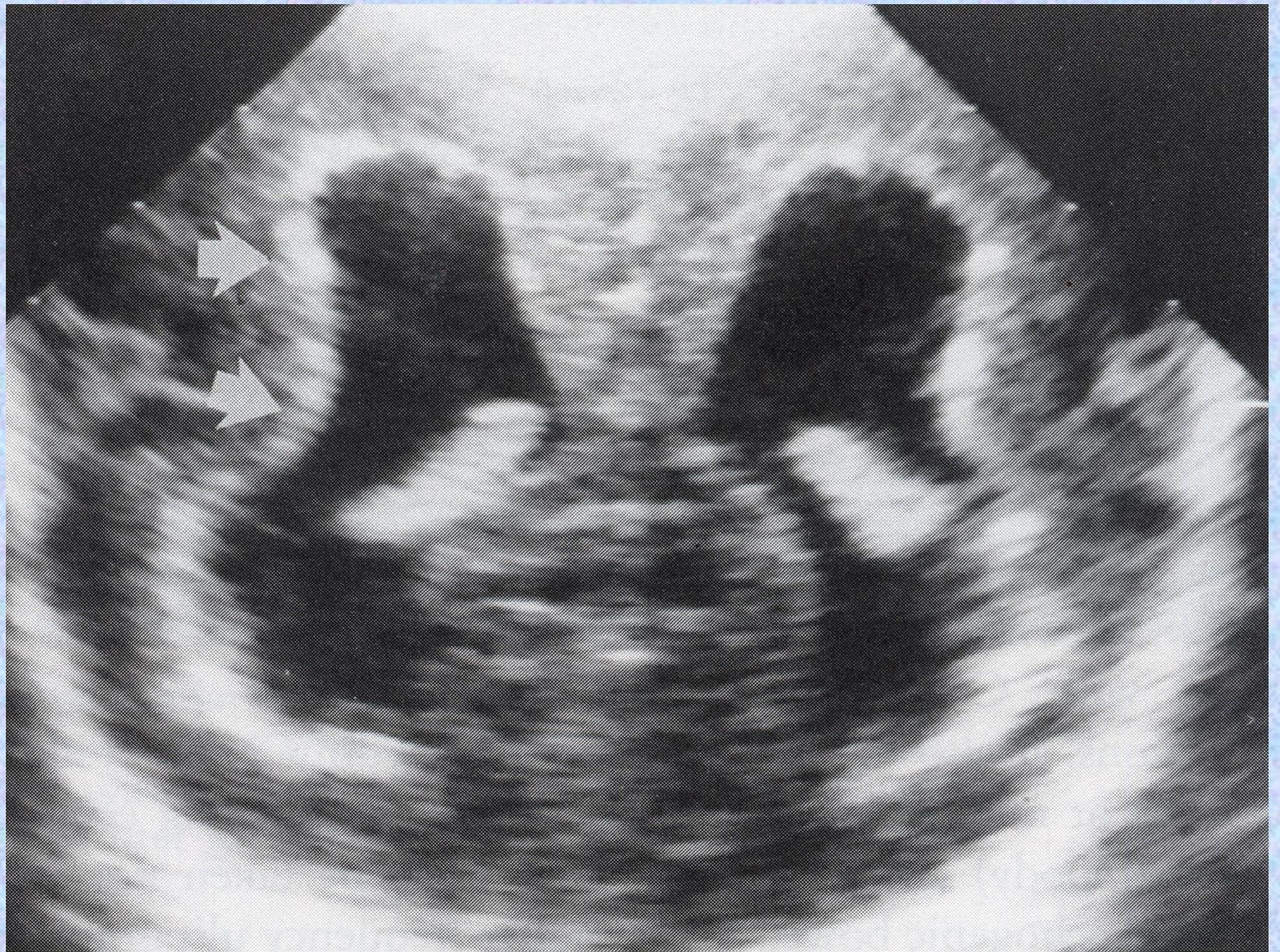
Non recommandé
(ANAES 2004)

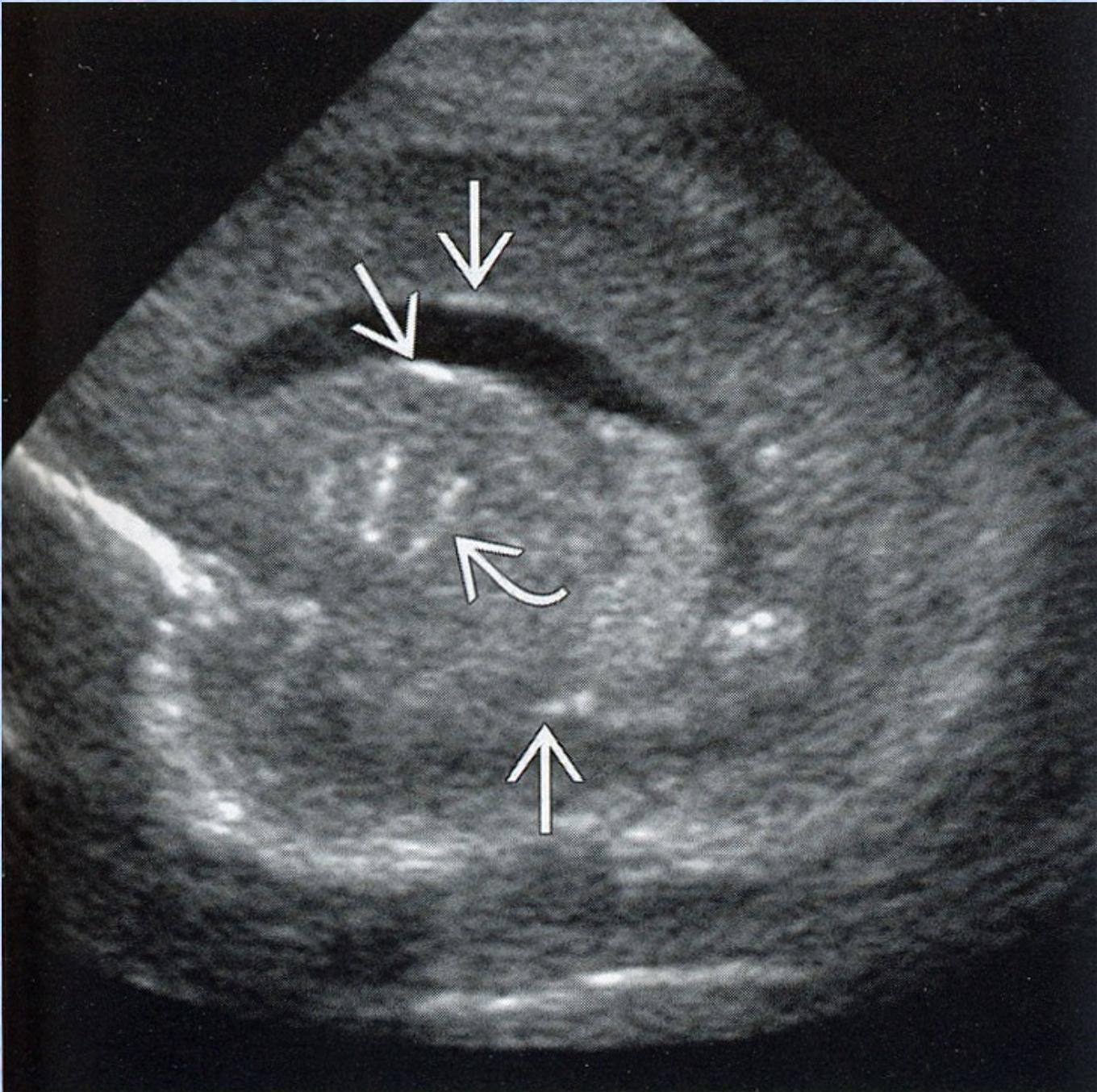
L'échographie n'est pas un bon examen pour dépister les séroconversions
Aujourd'hui on méconnaît la majorité des séroconversions

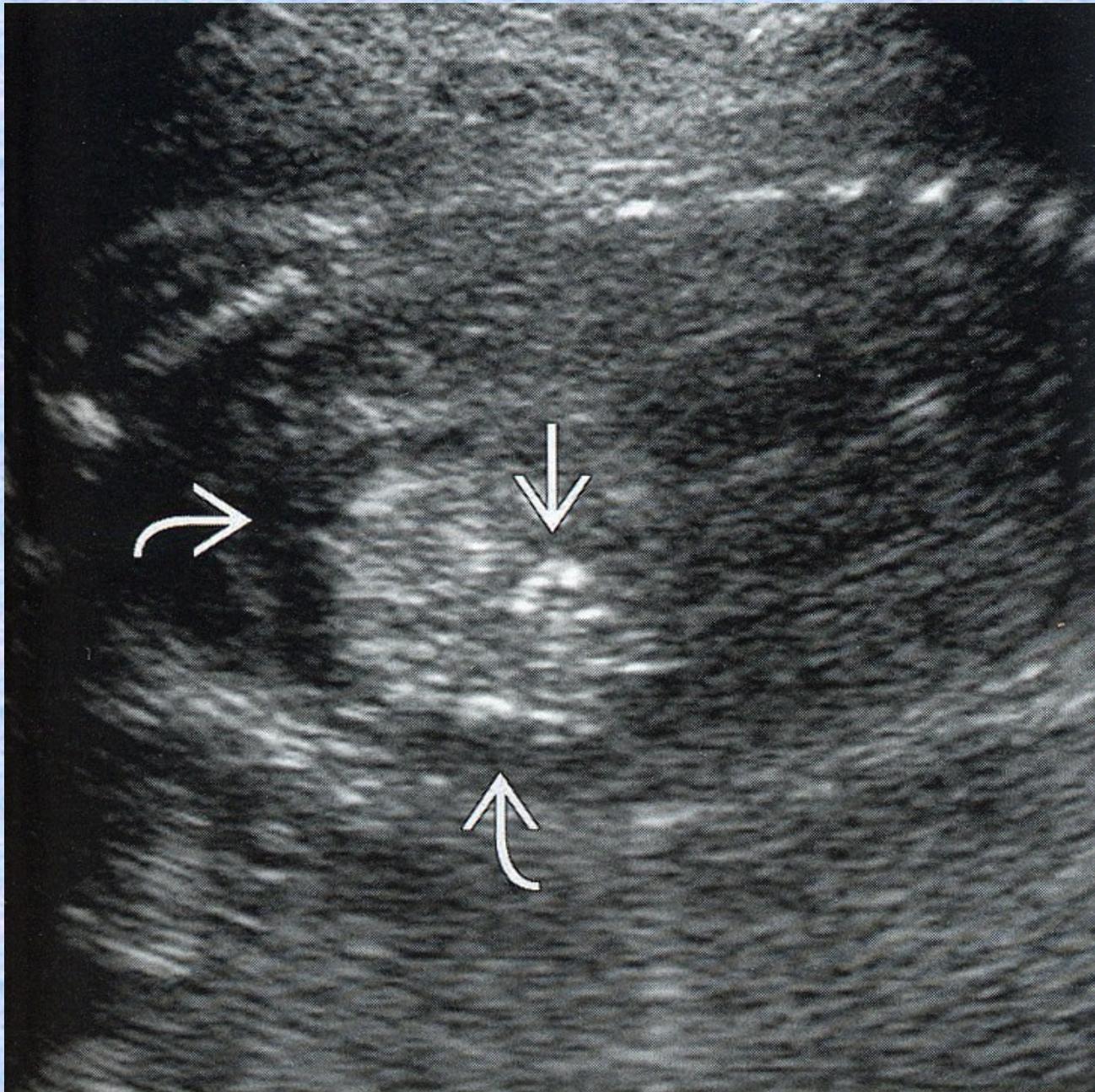
Quels sont les signes échographiques?

- Anomalies biométriques
 - Microcéphalie , RCIU
- Anomalies morphologiques
 - Cérébrales
 - Ventriculomégalie (5% d'origine infectieuse)
 - Lissencéphalie, anomalies de migration, polymicrogyrie
 - Anomalies clastiques ou destructives : calcifications
 - Kystes, hyperéchogénicité péri-VL et des vaisseaux thalamo-striés...
 - Anomalie de la ligne médiane : hypoplasie du corps calleux
 - Extra-cérébrales :
 - Intestin hyperéchogène
 - Calcifications hépatiques, ascite, anasarque
 - Hydramnios
 - Augmentation de l'épaisseur du placenta









L'échographie peut-elle dépister les fœtus atteints par le CMV ?

- Revient ≠ dépister les futurs viruriques
- Oui si infection fœtale = anomalie Échographique
- Données de la littérature
 - Guerra (AJOG 2008)
 - Sensibilité : 15% - Spécificité : 94%
 - VPP : 45% - VPN : 76%

– Autres publications

Auteur	Année	Sensibilité
Ville Y	1998	5 %
Liesnard C	2000	9,1 %
Enders G	2001	11,8 %
Azam AZ	2001	19,2%
Lipitz S	2002	21,5%

**L'échographie n'est pas très performante
pour déterminer la transmission materno-foetale**

L'échographie peut-elle prédire la gravité de l'atteinte foetale?

- Oui, si tableau de foetopathie infectieuse généralisée
 - Hypotrophie, oligoamnios, placenta épais, microcéphalie, hétérosplénomégalie, images hyperéchogènes intra-hépatiques +/- ascite
- Mais souvent signes mineurs et aspécifiques
 - Infléchissement modéré de la croissance avec discrète dilatation ventriculaire
 - Signes isolés
 - « Petits signes » c'ébraux : valeur de l'association
 - Apparition tardive des signes d'infection foetale
 - Evolutivité de certains signes (ventriculomégalie)
- L'échographiste plus performant s'il est orienté
 - Contexte de séroconversion connu
 - Contexte de transmission materno-foetale connu

L'échographie peut-elle prédire la gravité de l'atteinte fœtale?

- Données de la littérature (Guerra, AJOG 2008)
 - En cas de primo-infection connue
 - Sensibilité : 21% - spécificité 94%
 - VPP : 35% - VPN 87%
 - Sur les fœtus infectés
 - VPP : 78%
 - Donc Écho plus performante si transmission

« L'échographie de dépistage standard n'est donc manifestement pas suffisante pour pouvoir assurer que les foetopathies graves à CMV sont toujours dépistables à l'échographie »

F. Jacquemard

En conclusion

- L'intérêt de l'Échographie est :
 - Repérer les fœtus gravement atteints
 - Suivi régulier et minutieux des séroconversions
 - Et donc d'être une aide ≠ l'information parentale
- Mais
 - Elle ne peut les repérer tous
 - Sa normalité n'exclut pas un fœtus gravement atteint
 - Elle est d'autant plus performante qu'elle est orientée
 - Elle induit la réalisation de nombreux bilans