

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

## INFECTION néonatale à CMV

### CYMEVAN (Ganciclovir) et valganciclovir (Rovalcyte)

#### 1. – **Indications du traitement antiviral :**

- absence de consensus car n'ayant pas fait l'objet d'évaluation prospective sur la tolérance à moyen/long terme
- en cas de concentration virale élevée, le traitement réduit le risque de surdité sévère et le retentissement neurologique;
- infections à CMV (en dehors de la foetopathie "fixée" avec atteinte neurologique) avec localisation menaçante
  - Indications certaines : rétinite, hépatite (surtout dans sa forme cholestatique) et pneumopathie à CMV, primitives et nosocomiales
  - Indications possibles : thrombopénie, PEA altérés, vasculopathie lenticulo-striée, pseudokystes cérébraux, CV entre 3000 et 10000 copies/ml et RCIU < 3percentile (Les RCIU rapportés à l'infection à CMV sont à ranger dans les formes symptomatiques avec un risque x 10 de séquelles neuro- sensorielles) ; CV > 10 000 copies même si patient asymptomatique.
  - Indication à discuter avec les parents : dans les formes asymptomatiques, si nbre élevé de copies dans le sang : entre 3000 et 10 000 copies /ml de sang total (PCR quantitative, labo de virologie Saint-Louis).

#### 2. **Posologies :**

**CYMEVAN (ganciclovir) (IV) : 7.5 mg/Kg x 2/24 heures** si intolérance digestive

Perfusion périphérique d'une heure avec concentration maxima de 10 mg/ml

Si insuffisance rénale, organique réduction des doses et adaptation en fonction des dosages sériques

**ROVALCYTE (valganciclovir) (per os)** si pas d'intolérance digestive

- à diluer au 1/3 dans du glucosé
- biodisponibilité = 50 % donc posologie : **15 mg /kg x 2/j**
- concentration 50 mg /ml donc posologie 0,3 ml/kg x 2/j
- dose à adapter au poids de l'enfant sur les 6 semaines ou 6 mois de traitement

#### – **Surveillance :**

- **NFS** → GB 1 fois/ 10j jusqu'à 6 semaines de traitement (risque leucopénie) : arrêt si  $PN \leq 500/mm^3$  ; au delà de 6 semaines, NFS si fièvre (pas de risque majoré par rapport à un traitement en 6 semaines)
- **Ionogramme/créatinine** : à faire avant l'instauration du traitement pour éliminer une Insuf rénale
- **ORL** : PEA/OEA avant la sortie + RDV Pr Teissier 1mois après sortie
  - 4 mois OEP et ROI (Réflexe d'Orientation Investigation)
  - 9 mois OEP et ROI
  - 15 mois (vérifier l'âge de la marche, éventuellement demande d'ex vestibulaire) (Dr Sylvette Wiener-Vacher en ORL)
  - 20-24 mois (si ne marche pas : ex vestibulaire)
  - 30-36 mois pour une vocale au casque
  - 4 à 6 ans tonale et vocale au casque (1 fois/an)
  - Si seuil auditif sur une oreille entre 40 et 90 dB, discuter protocole GANCIMVEAR (6 semaines de traitement)
- **ophtalmo** : à 1 mois, 6 mois, 1 an, 3 ans, 6 ans

## 2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- **Suivi néonatal/mater** 1 fois/an initialement (si traitement antiviral, 1 RDV initial, 1 RDV à 6 semaines, puis 1 fois/mois pour adapter le traitement) ; un bilan neuro-psy est effectué à 2 ans (Brunet Lézine) et à 5 ans. A partir de 2 ans, l'enfant sera vu 1 fois par an si pas de problème et tous les 6 mois en alternance en néonatal et en neuro jusqu'à l'âge de 6-7 ans pour une évaluation du retentissement scolaire. Puis suivi en ville par pédiatre si pas de problème et par neuro si problème ;
- **Avis psychologue** (B Virole/neuropsy de néonatal) : bilan initial à 2 ans- en privilégiant les enfants avec surdité pour B Virole et à 5 ans
- **imagerie** :
  - ETF avant la sortie d'hospitalisation
  - IRM avant l'âge de 3 mois si symptomatique, 1 an si asymptomatiqueSi une IRM a été faite en cours de grossesse, on maintient l'IRM à 3 mois. Si le tableau neurologique le justifie, une nouvelle IRM sera effectuée une fois la myélinisation terminée.

–**PAS d'association** avec le TIENAM (risque convulsion)

- Toxicité à moyen / long terme inconnue chez l'homme. Chez l'animal K testicules / ovaires + génotoxicité (cf article Arch Pédiatrie 2014)

### 3. Durée du traitement :

- Traitement préventif surdité
  - patient asymptomatique et/ou hypotrope CV > 3000-10 000 copies/ml : 6 semaines de ttt
  - patient asymptomatique avec CV > 10 000 copies/ml : 6 semaines de ttt
  - patient symptomatique : 6 mois de ttt
- Traitement curatif : plus prolongée et fonction de l'évolution clinico-biologique de l'atteinte locale (choriorétinite, pneumopathie, éventuellement hépatite cholestatique).

Durée voie IV imprécise mais la plus courte possible. Les données accumulées sur le Rovalcyte ces 3 dernières années sont en faveur de son utilisation la plus précoce possible. Le risque de neutropénie est majoré sous Cymévan. Après une semaine de traitement, refaire une **PCRq** : si baisse notable, poursuivre le traitement ; si peu ou pas de changement, demander au labo de viro de déterminer la sensibilité de la souche ++

**Dosages sériques** du (val)ganciclovir (J3-J4 après le début du traitement, IV ou per os ) puis tous les 15 j en raison de la variabilité intra et inter individuelle.:

à Robert Debré au laboratoire de pharmacologie clinique pour taux résiduel compris entre 0.4 à 1 µg/ml ; au delà de 1,5, il faut réduire la dose unitaire plutôt que d'espacer l'intervalle.

### 3. En maternité :

- Indications du dépistage :
  - Nouveau-né de maman HIV+
  - RCIU <3<sup>ème</sup>p symétrique quelque soit l'étiologie
  - RCIU <3<sup>ème</sup>p asymétrique inexplicé
  - PEA de dépistage -/- symétrique
  - Thrombopénie < 150 000/mm<sup>3</sup>
- Méthode :
  - PCR salivaire (à faire après J2, risque de faux + maternel)
  - Si positif : PCR dans le sang
- Bilan complémentaire et suivi
  - NFS, plaquettes, ionon, ASAT, ALAT
  - Consultation pédiatrique selon protocole ci-dessus
  - Consultation ORL selon protocole ci-dessus

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- Consultation ophtalmo selon protocole ci-dessus
- IRM cérébrale à 1 an si asymptomatique (3 mois si symptomatique)
- Indications thérapeutiques et durée selon protocole ci-dessus

### INFECTION CONGENITALE à CMV-SUIVI

	néonate	1mois	4mois	6mois	9mois	1 an	15 mois	2 ans	3 ans	6 ans
Biologie : NFS plaq ; iono B hépatique	x									
ETF	x									
IRM c			X si symptomatique				X si asymptomatique			
ORL	x			x	x		x	x	x	x
Ophtalmo		x		x		x		x		
Cs Neonat		x				x		x	x	x
Bilan neuropsychy								x		x