



COMPRENDRE LES INDICATIONS D'ÉCHOGRAPHIE DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC
POUR QUELLE PATIENTE ?
A QUEL TERME ?
PAR QUEL PRATICIEN ?
**COMMENT AMÉLIORER LA QUALITÉ DU DÉPISTAGE PRÉNATAL
DES ANOMALIES FŒTALES**



Laurence GITZ
CHU Grenoble / référente CPDPN
Centre BelleCHO Saint-Martin-d'Hères



INTRODUCTION

- COMPRENDRE LA DIFFÉRENCE ENTRE UNE ÉCHO DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC

Échographie de dépistage

Trois échographies “de dépistage” sont proposées à chaque femme enceinte, une à chaque trimestre, dont la programmation, le contenu et les modalités sont pré-établies.

Cette proposition, recommandée par le rapport du Comité National Technique publié en 2005 a été reprise dans une recommandation de la Haute Autorité de Santé en 2007¹³, confirmée en 2016.

L’accent est mis tout particulièrement sur ces examens de dépistage qui constituent certainement la pierre angulaire de la politique de dépistage mise en place. Ces trois examens représentent à eux seuls la majorité (57%) des 4 000 000 d’échographies obstétricales et fœtales réalisées chaque année en France.

- Ils sont systématiquement proposés à toutes les femmes enceintes, pour autant qu’un risque identifié ne les fasse pas orienter d’emblée vers des échographies à visée diagnostique.
- Leurs conditions de réalisation, leur contenu et la manière dont il convient d’en exprimer les résultats sont décrits dans les chapitres spécifiques (XVIII, XIX et XX) de ce rapport.
- Ils sont soumis à l’information et l’accord de la patiente selon les modalités prévues par l’arrêté du 14 janvier 2014 relatif au consentement à la pratique de l’échographie obstétricale et fœtale.
- Ils sont réalisés par des médecins ou des sages-femmes dans les conditions précisées par l’arrêté du 20 avril 2018¹⁴.

En cas d’impossibilité ou de grande difficulté à fournir les éléments demandés (items textuels et iconographie) pour l’examen de dépistage, une échographie à visée diagnostique est proposée. Toutefois, si la difficulté paraît conjoncturelle (par exemple liée à la position fœtale) le praticien peut tenter de compléter son examen à un autre moment le même jour ou dans un délai court, respectant les périodes recommandées et n’entraînant pas de retard à une éventuelle prise en charge.

Échographie à visée diagnostique

Préambule

En cas d'aspect inhabituel (morphologique et/ou biométrique), de doute ou de difficulté persistante à fournir les éléments demandés pour l'examen de dépistage, une échographie à visée diagnostique est systématiquement proposée. Cet examen de deuxième rang est réalisé par des praticiens ayant une expérience et une expertise spécifiques et exerçant en relation avec un (ou plusieurs) Centre(s) Pluridisciplinaire(s) de Diagnostic Prénatal.

Il en va de même lorsque l'anamnèse ou le contexte fait évoquer un risque accru de pathologie fœtale.

Lorsque la pathologie fœtale suspectée est susceptible de nécessiter plus d'investigations ou, éventuellement, de demander l'organisation d'une prise en charge périnatale spécifique, le dossier de la patiente est présenté à un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN)¹⁵. Si l'échographie de dépistage met d'emblée en évidence une telle situation, la patiente peut être directement adressée au CPDPN.

Une pathologie suspectée peut justifier un suivi spécifique par des examens récurrents ou échographies "focalisées."

La réalisation des échographies à visée diagnostique est soumise à l'information et l'accord de la patiente selon les modalités prévues par l'arrêté du 14 janvier 2014 relatif au consentement à la pratique de l'échographie obstétricale et fœtale.

Les impératifs techniques de ces examens et leurs implications potentielles justifient que ces examens soient réalisés par des médecins aguerris, dont la pratique est plus particulièrement orientée vers la médecine fœtale. La pratique des échographies obstétricales et fœtales à visée diagnostique est réservée aux docteurs en médecine, sans exclusivité de spécialité ou discipline d'origine. Cette prescription est confirmée par l'arrêté du 20 avril 2018 qui stipule que :

- "Les sages-femmes ne réalisent pas d'échographies à visée diagnostique. En effet, conformément à l'article R. 4127-318 du CSP la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie".
- "Les médecins qui réalisent des échographies à visée diagnostique sont des praticiens très expérimentés qui sont membres d'un CPDPN ou sont en relation étroite avec un ou plusieurs CPDPN dont ils sont connus. Ces échographistes ont parfois développé une expertise portant spécifiquement sur un organe fœtal (par exemple le cœur)".

Malgré des contraintes majorées en termes de formation, d'équipement, de conditions d'exercice, de responsabilité professionnelle, ces examens ne sont pas actuellement distingués en tant que tels par la nomenclature (Classification Commune des Actes Médicaux) et n'ont pas de tarification spécifique et adaptée. Cette carence de la nomenclature CCAM ne permet pas de valoriser ces actes de manière adaptée.

Praticiens susceptibles de réaliser les échographies obstétricales et fœtales à visée diagnostique

La commission d'échographie au sein d'un CPDPN peut identifier un groupe de médecins susceptibles de pratiquer les échographies obstétricales et fœtales à visée diagnostique et avec lesquels ce CPDPN souhaite collaborer¹⁶.

Les Réseaux de Santé Périnatale, dans le cadre de l'organisation des parcours de soins, peuvent proposer les listes de ces médecins dans un espace réservé aux professionnels non destiné à être directement accessible aux patientes et aux familles.

Afin de guider la formation de ces praticiens et faciliter leur désignation, la Conférence Nationale de l'Echographie Obstétricale et Fœtale propose le processus décrit ci-dessous¹⁷:

Ces praticiens doivent répondre à certains critères en termes de diplômes, de formation pratique et de conditions d'exercice professionnel.

Les pré-requis

Diplômes :

- Diplôme de Docteur en Médecine.
- Diplôme Inter-Universitaire d'Echographie en Obstétrique et Gynécologie (ou son équivalence, dans les conditions éventuelles d'équivalence spécifiées par les textes réglementaires consacrés à l'échographie de dépistage et éventuellement, la réforme du troisième cycle). Cette condition ne s'applique pas pour les médecins ayant débuté une activité notoire en échographie obstétricale et fœtale à visée diagnostique avant 1997.
- Diplôme Inter-Universitaire de Médecine Fœtale ou de Fœto-Pathologie (ou leur équivalence¹⁸). Cette condition ne s'applique pas pour les médecins ayant débuté une activité notoire en échographie obstétricale et fœtale à visée diagnostique avant 1990.

avant 1990.

Formation pratique :

À compter de l'acquisition des Diplômes Inter-Universitaire d'Echographie en Obstétrique et de Médecine Fœtale, ou de leurs équivalences, un temps d'exercice professionnel spécifique minimal est nécessaire, tant pour permettre une connaissance étendue des pathologies fœtales qui sont rares en population que pour acquérir l'expérience des composantes relationnelles, humaines et éthiques.

Durant cette période, la formation de l'impétrant est placée sous l'égide d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN), qui en déterminera sa durée.

Cette formation pratique devra comporter :

- l'assistance à des vacations de médecine prénatale pluridisciplinaire (consultations de CPDPN, de conseil génétique, de chirurgie, d'imagerie fœtale spécialisée...)
- l'assistance à des échographies fœtales à visée diagnostique et d'expertise spécialisée. Eventuellement, ces échographies peuvent être réalisées hors du CPDPN si un accord spécifique du CPDPN est établi.

Échographies focalisées

Ces examens, aux objectifs spécifiques ont un contenu volontairement limité.

Ils interviennent généralement dans un contexte de pathologie connue et sur demande spécifique émanant du médecin responsable qui en établit la programmation et le contenu et qui peut orienter la patiente vers un praticien désigné, médecin ou sage-femme.



LA DATATION

UNE ÉCHOGRAPHIE DE DATATION PRÉCOCE (AVANT L'ÉCHOGRAPHIE DU 1ER TRIMESTRE VERS 11–13+6 SA) N'EST **PAS SYSTÉMATIQUE**.

ELLE EST PRESCRITE LORSQU'IL FAUT CONFIRMER OU PRÉCISER L'ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE, LA DATER CORRECTEMENT OU RECHERCHER UNE COMPLICATION.

LES PRINCIPALES INDICATIONS SONT :



- **DATE DES DERNIÈRES RÈGLES INCERTAINE**

- CYCLES IRRÉGULIERS
- ABSENCE DE RÈGLES FIABLES
- RETOUR DE COUCHES/ALLAITEMENT
- GROSSESSE SOUS CONTRACEPTION

- **DOULEURS PELVIENNES OU SAIGNEMENTS**

- MÉTRORRAGIES DU DÉBUT DE GROSSESSE
- SUSPICION DE FAUSSE COUCHE
- SUSPICION DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

- **FACTEURS DE RISQUE DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE**

- ANTÉCÉDENT DE GEU
- CHIRURGIE TUBAIRE
- DIU EN PLACE
- INFECTION TUBAIRE CONNUE

- **ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX PARTICULIERS**

- FAUSSES COUCHES RÉPÉTÉES
- GROSSESSE MOLAIRE ANTÉRIEURE
- ANTÉCÉDENTS DE COMPLICATIONS PRÉCOCES IMPORTANTES

- **BESOIN DE VÉRIFIER LA VITALITÉ EMBRYONNAIRE**

- B-HCG POSITIVES MAIS ÉVOLUTION DOUTEUSE
- SYMPTÔMES ATYPIQUES
- ANXIÉTÉ IMPORTANTE DANS CERTAINS CONTEXTES À RISQUE

- **SUSPICION DE GROSSESSE MULTIPLE**

- **DISCORDANCE CLINIQUE**

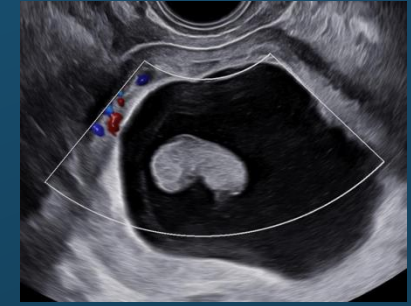
- HAUTEUR UTÉRINE INHABITUELLE
- TAUX DE B-HCG DISCORDANTS

- **APRÈS AMP/PMA**

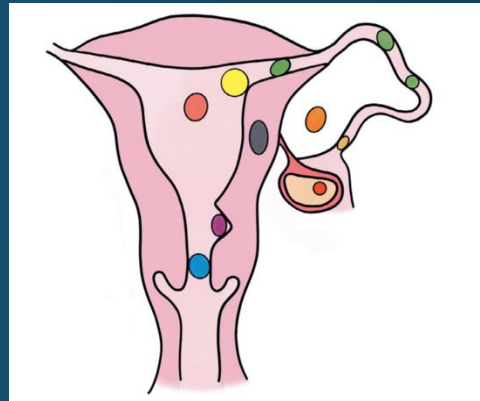
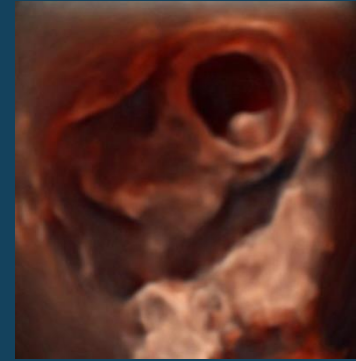
- POUR LOCALISATION ET ÉVOLUTION INITIALE



ECHO DE DATATION PRÉCOCE

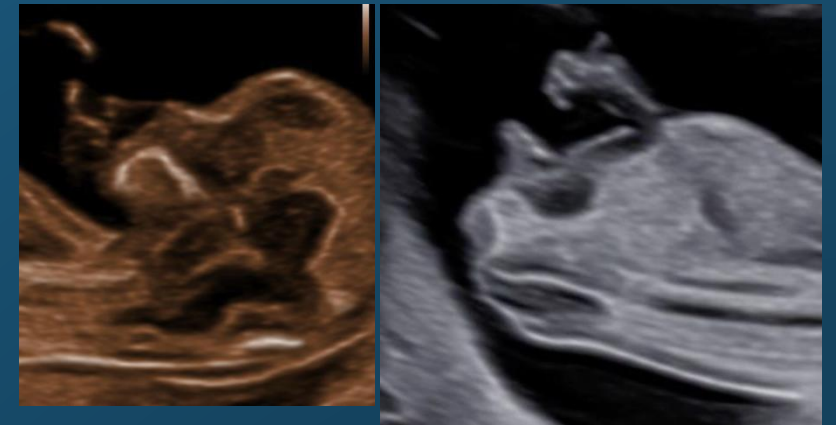


- IDÉALEMENT CETTE ÉCHOGRAPHIE EST SOUVENT RÉALISÉE ENTRE **7 ET 9 SA** :
- VISUALISATION DU SAC GESTATIONNEL DÈS ~5 SA OU 1500 HCG,
- ACTIVITÉ CARDIAQUE EMBRYONNAIRE GÉNÉRALEMENT VISIBLE À PARTIR DE 6–7 SA
- EN REVANCHE, CHEZ UNE PATIENTE ASYMPTOMATIQUE AVEC RÈGLES FIABLES ET SANS FACTEUR DE RISQUE, ON PEUT ATTENDRE DIRECTEMENT L'ÉCHOGRAPHIE DU 1^{ER} TRIMESTRE.



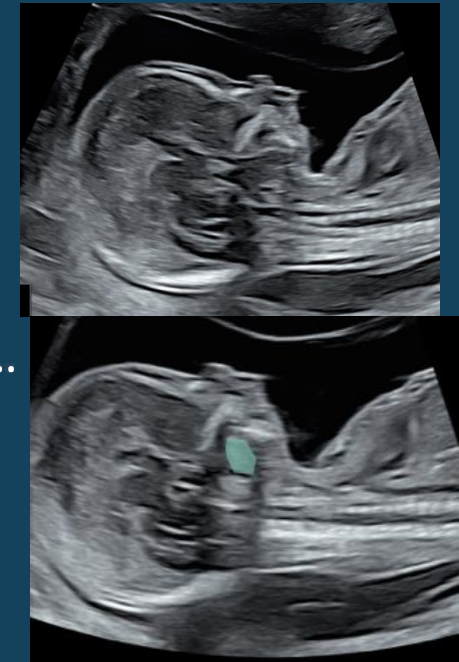


ECHO T1 EN DIAGNOSTIC



12 sa

- ATCD MALFORMATIF DU 1^{ER} DEGRÉ
 - SYNDROME POLY MALFORMATIF, CARDIOPATHIE
- INFECTION CONGÉNITALE DU 1^{ER} TRIMESTRE : RUBÉOLE, TOXO, VARICELLE, CMV...
- TÉRATOGÈNE : VALPROATE DEPAKINE, CARBAMAZEPINE, AC RÉTINOÏQUE, AVK, ALCOOL, COCAINE...
- DIABÈTE DÉSÉQUILIBRÉ EN PRÉ CONCEPTIONNEL (HBA1C > 6,5%, SI SUP À 8%)



13 sa

L'ECHO MORPHOLOGIQUE PRÉCOCE PAR DÉFINITION : DIAGNOSTIQUE



- TOUTES LES INDICATIONS PRÉCÉDENTES
 - ATCD MALFORMATIF DU 1^{ER} DEGRÉ OU CONSEIL GÉNÉTIQUE
 - SYNDROME POLY MALFORMATIF, CARDIOPATHIE
 - INFECTION CONGÉNITALE DU 1^{ER} TRIMESTRE : RUBÉOLE, TOXO, VARICELLE, CMV...
 - TÉRATOGENE : VALPROATE DEPAKINE, CARBAMAZEPINE, AC RÉTINOÏQUE, AVK, ALCOOL, COCAINE...
 - DIABÈTE DÉSÉQUILIBRÉ EN PRÉ CONCEPTIONNEL (HBA1C > 6,5%, SI SUP À 8%)
- ANOMALIE À L'ECHO T1
 - HCN SUP AU 95^{EME} (1,5MOM)
- MARQUEURS SÉRIQUES (DIAPO SUIVANTES)

L'ECHO MORPHOLOGIQUE PRÉCOCE PAR DÉFINITION DIAGNOSTIQUE



QUEL TERME ? ET PAR QUI?

CONNAITRE LE RÉSEAU DE SOIN : DIAGNOSTICIEN ET RÉFÉRENT (PORTABLE, MAIL, PLATEFORME

- PASSER PAR OMNIDOC OU SISRA OU AUTRE TÉLÉEXPERTISE EN INDIQUANT LE CONTEXTE COMPLET
- CAR CHAQUE SITUATION DIFFÉRENTE SELON CE QUE L'ON CHERCHE (SE/SP, BÉNÉFICE ATTENDU POUR LE COUPLE)
- À DÉFINIR AVEC LE DIAGNOSTICIEN OU CPDPN: SELON LES CONDITIONS TECHNIQUES, LES MALFORMATIONS VUES: DÈS 13/14 OU VERS 16/18sa,

MARQUEURS SÉRIQUES ET ECHOGRAPHIE

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels : justification des commentaires appliqués par les biologistes

Down syndrome maternal serum screening: Results' comments recommended by the accredited biologists

F. Muller^{a,*}, S. Dreux^a, I. Czerkiewicz^a, M. Bernard^b, J. Guibourdenche^c, I. Lacroix^c, M.-P. Moineau^c, M.-H. Read^c, C. Sault^c, D. Thibaud^c, B. Veyrat^c, L. Bidat^d, ABA¹

^a Service de biochimie-hormonologie, hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

^b Service de biochimie, CHU Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

^c Bureau ABA, hôpital Robert-Debré, 75019 Paris, France

^d Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal Léonard-de-Vinci (Pontoise-Argenteuil-Colombes), 95300 Pontoise, France

Reçu le 13 novembre 2013 ; avis du comité de lecture le 30 avril 2014 ; définitivement accepté le 14 mai 2014

Tableau 2 Résumé des profils atypiques et de leurs étiologies les plus fréquentes et de la conduite à tenir.
Summary of abnormal profiles, of their most frequent etiologies and of pregnancy management.

	Étiologies à évoquer et Causes d'erreurs
AFP élevée ($\geq 2,50$ MoM)	Causes d'erreurs : Grossesse multiple non prise en compte, jumeau évanescent, réduction embryonnaire Saignements fœto-maternels Défaut de fermeture du tube neural ; omphalocèle, laparoschisis ; MFIU Syndrome néphrotique finlandais ; épidermolyse bulleuse
AFP basse ($< 0,25$ MoM)	Trisomie 21 avec AFP isolément basse Si AFP proche de zéro : déficit génétique en AFP
Estriol bas ($< 0,30$ MoM)	Trisomie 21 ; triploïdie ; trisomie 18 ; MFIU ; déficit en sulfatase ou aromatasé placentaire ; syndrome de Smith-Lemli-Opitz
hCG β /hCG totale (> 10 MoM)	<i>Cause d'erreur : grossesse multiple non prise en compte ; insuffisance rénale maternelle</i> Trisomie 16 confinée au placenta ; triploïdie Choriocarcinome, môle Dysfonctionnement placentaire : HTA gravidique, pré-éclampsie
hCG/hCG β ($< 0,25$ MoM)	Trisomie 18 ; Triploïdie MFIU récente
PAPP-A élevée ($\geq 2,50$ MoM)	<i>Causes d'erreurs : Grossesse multiple non prise en compte, jumeau évanescent, réduction embryonnaire</i> Aucune pathologie fœtale
PAPP-A basse ($< 0,25$ MoM)	Trisomie 18 ; triploïdie ; trisomie 21 PAPP-A proche de zéro : Syndrome de Cornelia de Lange Risque de pré-éclampsie
2 marqueurs ($< 0,50$ MoM)	<i>Causes d'erreurs : Une erreur pré-analytique doit être exclue</i> Trisomie 18 ; triploïdie ; MFIU
2 marqueurs ($\geq 2,50$ MoM)	<i>Cause d'erreur : Grossesse multiple non prise en compte</i> Insuffisance placentaire : RCIU, pré-éclampsie ; triploïdie

MFIU : mort fœtale *in utero* ; MoM : multiple de la médiane ; RCIU : retard de croissance intra-utérin.
Les conduites à tenir sont à discuter au niveau des CPDPN. Elles sont évoquées dans le texte.

Marqueurs sériques	Seuil	Pathologie fœtale à évoquer	Risques obstétricaux à évoquer	Proposition de suivi
B-HCG	< 0,25 MoM	Trisomie 18 Triploïdie RCIU MFIU		Echographie morphologique entre 16 et 18+6 SA. Surveillance croissance fœtale et dopplers. Discussion DPNI ou caryotype (surtout si < 0,1 MoM).
	> 5 MoM	Trisomie 21	Prééclampsie	Discussion DPNI. Surveillance croissance fœtale et dopplers.
	> 10 MoM *	Triploïdie Trisomie 16 confinée au placenta RCIU MFIU	Choriocarcinome Môle Prééclampsie Insuffisance rénale maternelle	Dosage créatinine maternelle et contrôle des β -hCG et hCG sur 2 nd sérum. Echographie morphologique entre 16 et 18+6 SA (fœtale et placentaire) et ovarienne maternelle. Discussion DPNI ou caryotype. Surveillance rapprochée croissance fœtale. Surveillance clinique maternelle : signes de prééclampsie.

Marqueurs sériques	Seuil	Pathologie fœtale à évoquer	Risques obstétricaux à évoquer	Proposition de suivi
PAPP-A	< 0,25 MoM	Trisomie 18, 21 Triploïdie	Prééclampsie	Echographie morphologique entre 16 et 18+6 SA.
		Syndrome de Cornelia de Lange (si $\cong 0$)		Discussion DPNI ou caryotype (surtout si < 0,1 MoM).
	> 2,5 MoM		Grossesse multiple Jumeau évanescent	Aucune
B-HCG + PAPPA-A	< 0,25 MoM	Trisomie 18 Triploïdie		Echographie morphologique entre 16 et 18+6 SA.
		MFIU		Discussion DPNI ou caryotype (surtout si < 0,1 MoM).
	> 2,5 MoM	Triploïdie	Prééclampsie	Echographie morphologique entre 16 et 18+6 SA.
		RCIU MFIU		Surveillance croissance et dopplers.

Marqueurs sériques	Seuil	Pathologie fœtale à évoquer	Risques obstétricaux à évoquer	Proposition de suivi
AFP	< 0,25 MoM	Trisomie 18, 21 Déficit congénital en AFP (si $\cong 0$)		Echographie morphologique entre 16 et 18+6 SA. Discussion DPNI.
	> 2,5 MoM	Défaut de fermeture du tube neural, de la paroi abdominale. Syndrome néphrotique finlandais (rare) Epidermolyse bulleuse (rare) MFIU	Métrorragies	Echographie morphologique entre 16 et 18+6 SA. Contrôle AFP à distance : si toujours élevé, discussion caryotype.

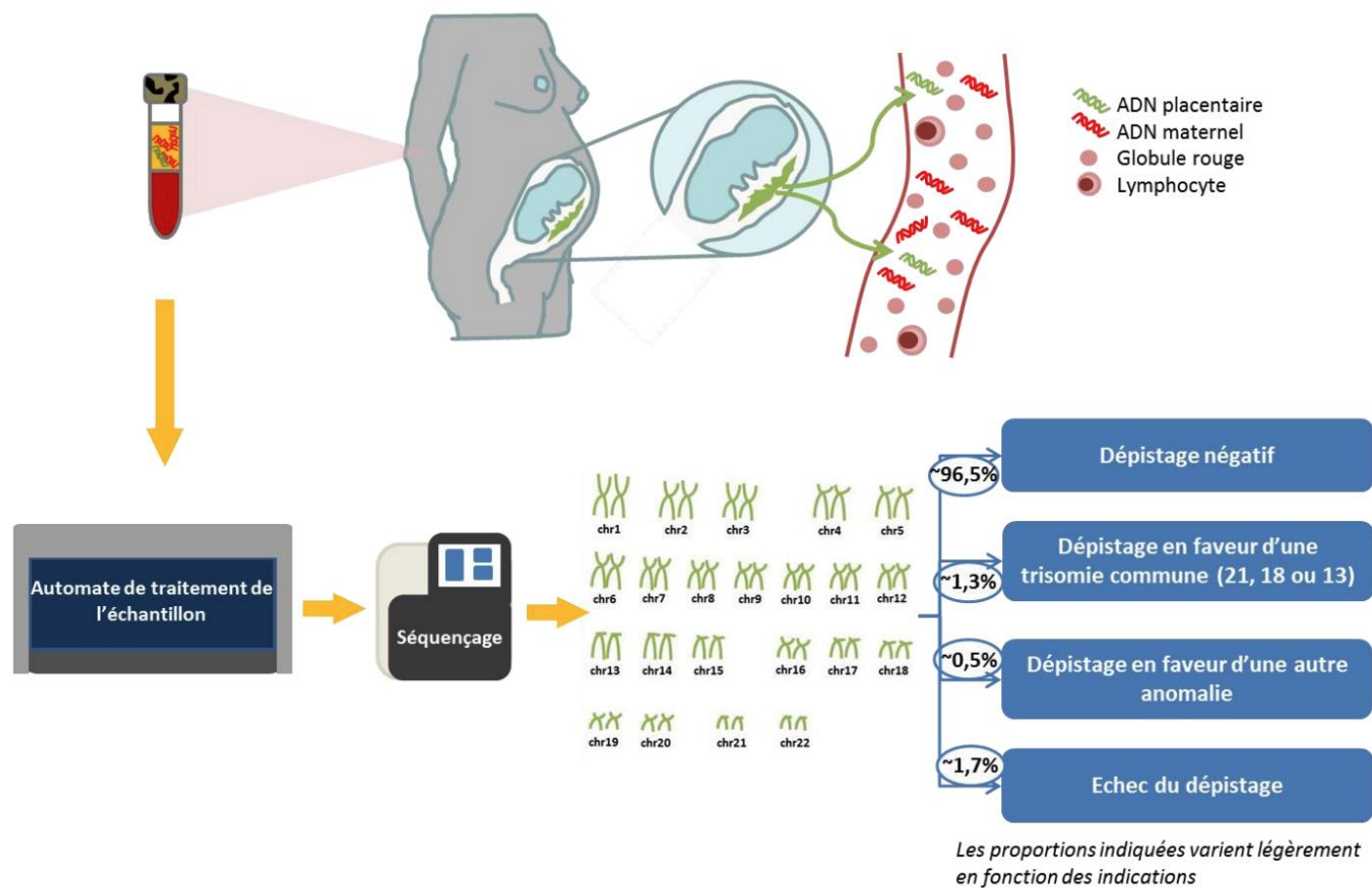
DPNI ÉTENDU

RECOMMANDER
DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

ARGUMENTAIRE

Examens basés sur l'ADN libre circulant réalisés dans le cadre du dépistage de la trisomie 21

Opportunité du repérage d'autres
anomalies chromosomiques



LE DPNI EST PRIS EN CHARGE À 100 % SI

- LE DÉPISTAGE COMBINÉ (MARQUEURS SÉRIQUES + CLARTÉ NUCALE) DONNE UN **RISQUE INTERMÉDIAIRE DE TRISOMIE 21** :
 - ENTRE **1/51** ET **1/1000**
 - **GROSSESSE GEMELLAIRE (JUMENT EVANESCENT 10 SEMAINES)**
 - **ATCD T21**
 - **TRANSLOCATION 21**
 - EN CAS D'ANTÉCÉDENT D'UNE AUTRE ANEUPLOÏDIE, LA FEMME DOIT ÊTRE ADRESSÉE À UN CPDPN

DPNI STANDARD VERSUS DPNI ÉTENDU

DPNI STANDARD

DPNI STANDARD

- TRISOMIE 13, 18, 21 ;

DPNI ÉTENDU

- TRISOMIES 2, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 18, 22
- DES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES SEGMENTAIRES (MICRODÉLÉTIONS OU MICRODUPLICATIONS DE PLUS DE 7 MEGA BASES)

POURQUOI CETTE ÉVOLUTION ?

- DEPUIS L'INTRODUCTION DU DPNI EN 2018, LE NOMBRE D'AMNIOCENTÈSES ET DE CARYOTYPES A FORTEMENT DIMINUÉ. CONSÉQUENCE INATTENDUE : CERTAINES ANOMALIES CHROMOSOMIQUES AUTRES QUE LA T21 SONT MOINS SOUVENT DÉTECTÉES QU'À L'ÉPOQUE OÙ DAVANTAGE DE CARYOTYPES ÉTAIENT RÉALISÉS. LA HAS A DONC RÉÉVALUÉ L'INTÉRÊT DE RECHERCHER CES ANOMALIES PAR ADN LIBRE CIRCULANT.
- LES BIOLOGISTES ONT ACCÈS À L'INFORMATION DONT LA DÉCOUVERTE PEUT MODIFIER LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE.

ATTENTION

- PRESCRIPTION CLAIRE DPNI AVEC LA MENTION ETENDU SUR L'ORDONNANCE
- CONSENTEMENT DE LA PATIENTE AVEC LE BON FORMULAIRE ET LA CASE COCHÉE
- PAS POSSIBLE EN RÉTROACTIF (A LA CHARGE DE LA PATIENTE)
- MÊME PRIX QUE DPNI 13/18/21 (380 EUROS)
- MÊMES INDICATIONS DE REMBOURSEMENT QUE DPNI T21
- INFORMATION AU COUPLE POSSIBILITÉ DE RÉALISATION HORS NOMENCLATURE

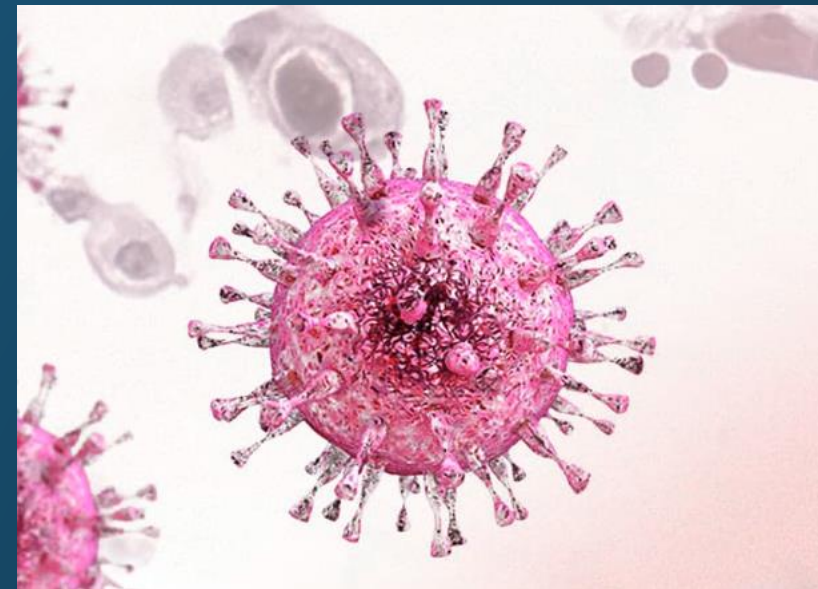
- QUESTION CANCER (SI TEST ININTERPRÉTABLE (FRACTION FCÉTALE, FIBROMES, K HEMATO OU SOLIDE) TEL BIOLOGISTE. PROBLÈME CONSENTEMENT

LIMITES

- TEST DE DEPISTAGE
- ANALYSE DES CELLULES TROPHOBLASTES
- SI + : DIAGNOSTIC IMPERATIF D'AMNIOCENTÈSE
 - JAMAIS D'IMG SUR DPNI
 - PAS DE DPNI SI SIGNE ÉCHO HORS ACCORD CPDPN (AOU, OPN....)
 - MOSAÏQUE CONFIRMÉE AU PLACENTA : MISE EN PLACE DE LA SURVEILLANCE OBSTÉTRICALE ET ECHO 28 ET 36SA
 - JAMAIS D'ANALYSE DES GONOSOMES / PAS LES DELECTIONS < 7 MEGA BASES
- SI - : N'ÉLIMINE PAS FORMELLEMENT D'ABSENCE D'ANEUPLOIDIE : ECHO SELON LES AUTRES ÉLÉMENTS (HCN, MARQUEURS)

INFECTIONS

- PARLONS DU CMV





1. CHANGEMENT HISTORIQUE DES RECOMMANDATIONS HAS

JUSQU'EN 2025, LA FRANCE NE RECOMMANDAIT PAS LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DU CMV PENDANT LA GROSSESSE.

LA HAS RECOMMANDE Désormais :

UN DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE AU 1^{ER} TRIMESTRE

- CHEZ TOUTES LES FEMMES ENCEINTES :
 - **SÉRONÉGATIVES**, OU
 - DONT LE STATUT CMV EST INCONNU ;

AVEC UNE RÉÉVALUATION DU PROGRAMME APRÈS 3 ANS.



2. POURQUOI CE CHANGEMENT ?

- MEILLEURE CONNAISSANCE DU RISQUE FŒTAL
- DIFFUSION DÉJÀ IMPORTANTE DU DÉPISTAGE EN PRATIQUE
- DONNÉES PLUS SOLIDES SUR L'INTÉRÊT DU **VALACICLOVIR** POUR RÉDUIRE LA TRANSMISSION MATERNO-FŒTALE
- BESOIN D'HARMONISER LES PRATIQUES EN FRANCE
- LE CMV EST SOUVENT ASYMPTOMATIQUE CHEZ LA MÈRE MAIS PEUT PROVOQUER CHEZ L'ENFANT:
 - SURDITÉ CONGÉNITALE / SN VESTIBULAIRE
 - TROUBLES NEUROLOGIQUES
 - RETARD DU DÉVELOPPEMENT

3. ALGORITHME PRATIQUE DE DÉPISTAGE



LE GRIG, LE CNR HERPESVIRUS ET CDPDN ONT DÉTAILLÉ LA STRATÉGIE PRATIQUE :

- **AU PREMIER TRIMESTRE : SÉROLOGIE CMV**
 - IGG
 - IGM
 - AVIDITÉ DES IGG SI IG M + (SI QUE IG M VIRÉMIE, OU SERO À 5J)
 - 1/MOIS JUSQU'À 14SA (ET PAS APRÈS 14SA!! SI RATRAPAGE, SERUM DE DEBUT DE GROSSESSE)

SI SUSPICION DE PRIMO-INFECTION :

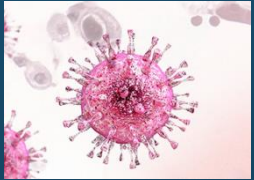
- CONFIRMATION BIOLOGIQUE SPÉCIALISÉE (VIREMIE, SERUM À 5J SI DOUTE) DR ARATA-BARDET / CDPDN
- ÉVALUATION DU TERME DE CONTAMINATION
- DISCUSSION D'UN TRAITEMENT PAR VALACICLOVIR
- ÉVENTUELLE AMNIOCENTÈSE APRÈS 18 SA ET ≥ 8 SEMAINES APRÈS INFECTION
- SUIVI ÉCHOGRAPHIQUE RENFORCÉ TOUS LES 5 SEMAINES EN DIAGNOSTIC, PUIS TOUTES LES 4 SEMAINES SI PCR – ET TOUS LES 15J SI SIGNES ECHOGRAPHIQUES PAR RÉFÉRENT.



4. IMPORTANCE DE L'INFORMATION DES PATIENTES ET DE LA FORMATION DES PRATICIENS

- LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
- L'EXPLICATION DES LIMITES DU DÉPISTAGE EN COURS DE GROSSESSE : IDÉAL **PRÉCONCEPTIONNEL**
- LES MESURES D'HYGIÈNE PRÉVENTIVE POUR LES **2 MEMBRES DU COUPLE** DÈS LE PERICONCEPTIONNEL
 - LAVAGE DES MAINS
 - ÉVITER PARTAGE DE COUVERTS/TÉTINES AVEC JEUNES ENFANTS
 - PRUDENCE AVEC LA SALIVE ET LES URINES DES ENFANTS EN BAS ÂGE
- REAGIR TOT POUR TRAITER AU PLUS VITE
- CPDPN@CHU-GRENOBLE.FR
- JBARDET@CHU-GRENOBLE.FR
- JLUPO@CHU-GRENOBLE.FR

[HTTPS://WWW.INFECTIONS-GROSSESSE.COM/](https://www.infections-grossesse.com/)



TUTO' DE LA GROSSESSE

COMPRENDRE ET SE PROTÉGER DU CYTOMÉGALOVIRUS

VIDÉO 1
LE CYTOMÉGALOVIRUS C'EST QUOI ?

VIDÉO 2
LES CONSÉQUENCES DU CYTOMÉGALOVIRUS

VIDÉO 3
COMMENT RÉDUIRE LES RISQUES D'ATTRAPER LE CYTOMÉGALOVIRUS

Ces vidéos ont été réalisées grâce au soutien conjoint du Collège national des gynécologues et obstétriciens français et du Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, et des Familles.
©2025 Association TutoTour

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles | CNGOF | @tutogrossesse | TutoTour de la Grossesse | TutoTour de la Grossesse

[HTTPS://CNGOF.FR/CMV/](https://cngof.fr/cmV/)



CMV (9)

-  2025 - CMV- Prévention primaire de l'infection pendant la grossesse
-  2025 - CMV-Arbre décisionnel Algorithmes-biologistes
-  2025 - CMV-Arbre décisionnel Algorithmes-clinicien
-  2025 - CMV-Fiche Info Patientes-Dépistage
-  2025 - CMV-Fiche Info Patientes-Diagnostic
-  2025 - CMV-Guide pratique soignants dépistage
-  2025 - CMV-Ordonnance Bilan Préthérapeutique
-  2025 - CMV-Ordonnance depistage
-  2025 - CMV-Ordonnance Prescription VALACICLOVIR

PATHOLOGIES MATERNELLES

- DYSTHYROIDIE: UNIQUEMENT TRACK + OU ATS (18SA SI TTT, 22SA SI JUSTE TRACK, 1/MOIS)
- RAI + : SELON DE RISQUE (AVIS CPDPN) TYPE D'ANTICORPS ET TAUX, ACM 1/SEM

MALADIE DE SYSTÈME ET ECHO

- SUIVI CROISSANCE
- TÉRATOGENICITÉ DES TTT
- ATTEINTES FŒTALES DES ANTICORPS MATERNELS
 - ANTICORPS SSA SS : BAV SUIVI TAV
 - MYASTHESNIE : ECHO SIGNE FŒTAUX
 - TRACK + : ECHO THYROIDIE FŒTALE 1/MOIS (ATTENTION ATS EFFET FŒTAUX ++)

PATHO ENDOCRINIENNES ET ECHO

- THYROÏDE : QUE BASEDOW (ATTENTION MÊME SI THYROÏDECTOMIE OU IRA TTT)
- DIABÈTE : HÉMOGLOBINE GLYQUÉE POUR MALFO, CROISSANCE

ECHO ET PATHO REIN/FOIE/DIGESTIVE/HÉMATO...

- ÉVALUATION PRÉCONCEPTIONNELLE++ POUR LES TTT À RISQUE FŒTAUX
- SUIVI DE CROISSANCE (MALADIE VASCULAIRE/INFLAMMATOIRE ET PLACENTA)

ECHO ET AUTRES SITUATIONS FRÉQUENTES

- TABAC, ALCOOL, AUTRE ADDICTION
- AGE
- OBÉSITÉ

CAUSE FOETALE

- GÉMELLITÉ (RAPPEL MONOBI À PARTIR DE 16SA TOUS LES 15J ET BIBI 1/MOIS À PARTIR DE 18 SA)
- MALFORMATION
- RCIU
- HYDRAMNIOS

EN CONCLUSION:
AMÉLIORER LA QUALITÉ DU DÉPISTAGE
DES ANOMALIES FŒTALES DEMANDE:

AUGMENTER LES SE SP INDIVIDUELLES DE CHAQUE
ECHOGRAPHISTE EN DÉPISTAGE ET EN DIAGNOSTIC

PRESCRIRE LES BONS EXAMENS AU BON MOMENT
DANS LE PARCOURS DE SOIN DÉDIÉ
ET DONC CONNAITRE LES FACTEURS DE RISQUES ET LES
PROTOCOLES DE SURVEILLANCE EN ACCORD AVEC LES
RECOMMANDATIONS NATIONALES

CONNAITRE LE RÉSEAU DE SOIN LOCAL ET DONC LE CPDPN.



