



Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise

Association Loi 1901 n° 0784014641

29 rue de Versailles 78150 Le Chesnay

Tel : 01 39 43 12 04

Email : cpav@wanadoo.fr/cpav@medical78.com

Web: www.nat78.com

**CONDUITE A TENIR
DEVANT UNE SEROCONVERSION
TOXOPLASMIQUE
PENDANT LA GROSSESSE**

Novembre 2004

PLAN

- I Rappel Général.....p. 3**
- II Confirmer une primo-infection toxoplasmique.....p.4**
- III Conduite à tenir devant une primo-infection toxoplasmique.....p.5**
- IV Conduite à tenir devant une infection fœtale peu probable.....p.6**
- V Conduite à tenir devant une infection fœtale certaine.....p.6**
- VI Conduite à tenir à la naissance.....p.7**

I Rappel Général

Fréquence : 6000 séroconversions par an.

La contamination humaine se fait par voie orale, par ingestion d'oocystes (chats, litière de chats, légumes et crudités souillés de terre, viandes crues, œufs et lait crus, jambon cru).

Le dépistage sérologique est une obligation légale, lors de l'établissement du certificat prénuptial et au moment de la déclaration de grossesse.

La recherche d'anticorps spécifiques constitue la base du dépistage de la toxoplasmose chez la femme enceinte :

- **IgM** : Premières immunoglobulines à apparaître dans les jours qui suivent l'infection, détectées par ISAGA ou ELISA de 2^{ème} génération, elles atteignent un plateau en quelques jours, et sont détectables 6 mois, voire 1 an et plus, après l'épisode infectieux initial.
- **IgG** : Elles apparaissent dans les 2 ou 3 semaines qui suivent l'infection, détectées par Dye-test ou IFI, elles atteignent un plateau 2 mois après l'épisode infectieux initial.

Le risque d'infection foetale augmente avec l'âge gestationnel de l'infection maternelle. Si infection foetale il y a, la gravité de l'infection est maximale avant 16 SA, et diminue après 16 SA.

La période la plus dangereuse se situe entre la 10^e et la 24^e SA, moment où fréquence et gravité se conjuguent (atteintes multi viscérales, oculaires et cérébrales).

II Confirmer la primo-infection toxoplasmique en cours de grossesse, devant une patiente présentant une sérologie toxoplasmose IgG+ et IgM+.

II-1 Sérologie avant grossesse connue IgG+ :

Ce n'est pas une primo-infection.

Pas de risque fœtal > pas de traitement > pas de surveillance spécifique (sauf cas particuliers : patientes immunodéprimées, toxoplasmose pré-conceptionnelle avec adénopathies persistantes).

II-2 Sérologie de début de grossesse connue négative

Infection récente confirmée.

II-3 Antériorité inconnue et absence de signe clinique

- Test d'avidité des IgG sur la première sérologie ;
- 2^e prélèvement sérologique, 3 semaines après le premier, avec test d'avidité et reprise du premier prélèvement :
 - * Un taux stable d'IgG permet d'affirmer une contamination maternelle au moins 2 mois avant la première sérologie.
 - * Un test d'avidité des IgG élevé > 70% exclut une infection de moins de 4 mois.
 - * Un test d'avidité des IgG faible < 50% confirme une infection récente datant de moins d'un mois.

III Conduite à tenir devant une primo-infection toxoplasmique en cours de grossesse.

- 1.** Prescrire un traitement par spiramycine (rovamycine), à la dose de 9 millions d'unités (ou 3 grammes) par jour, en 3 prises, en attendant le résultat du diagnostic anté-natal.
- 2.** Rechercher une infection fœtale par la réalisation d'une amniocentèse à partir de 18 SA, en respectant un délai d'au moins 4 semaines entre le moment du diagnostic de primo-infection toxoplasmique maternelle et l'amniocentèse.

- Recherche du génome de toxoplasma gondii par PCR ;

- Inoculation à la souris du culot cellulaire de liquide amniotique ;

La présence de toxoplasme dans le liquide amniotique signe l'infection fœtale certaine ;

L'absence de toxoplasme dans le liquide amniotique rend l'infection fœtale peu probable ;

La ponction de sang fœtale a été abandonnée ;

IV Conduite à tenir devant une infection fœtale peu probable

Continuer le traitement par spiramycine déjà institué, jusqu'à l'accouchement (pour éviter les contaminations fœtales ultérieures)

Surveillance échographique mensuelle

V Conduite à tenir devant une infection fœtale certaine

L'infection fœtale nécessite une consultation spécialisée, afin de décider avec le couple, de la décision à prendre, entre la poursuite de la grossesse et une interruption médicale de la grossesse, en fonction de différents critères pronostics :

- âge gestationnel au moment de la primo-infection maternelle ;
- signes échographiques d'atteinte fœtale (hydrocéphalie)

Si la poursuite de la grossesse est décidée :

Traitement en alternance :

* Pyriméthamine (malocide) 0,5 à 1 mg/kg/j + sulfadiazine (adiazine) 50 à 80 mg/kg/j, pendant 4 semaines ;

* Spiramycine (rovamycine) 3 millions d'unités X3/j pendant 2 semaines ;

* Acide folinique 50 mg/semaine ;

Surveillance régulière NFS Plaquettes.

Surveillance échographique fœtale bimensuelle.

VI Conduite à tenir à la naissance

1.Bilan clinique du nouveau-né

- examen neurologique ;
- fond d'œil ;
- échographie transfontanellaire.

2.Bilan biologique

- recherche de toxoplasme : placenta et sang du cordon, en laboratoire spécialisé (par exemple : Institut de Puériculture de Paris).
- sérologies du nouveau-né : IgG IgM et IgA spécifiques.

3.Traitement du nouveau-né

- Nouveau-né considéré comme infecté pendant la grossesse : traitement immédiat ;
- Nouveau-né considéré comme non infecté pendant la grossesse :
 - > Pas de traitement si le bilan biologique est négatif et surveillance sérologique mensuelle jusqu'à disparition définitive des IgG antitoxoplasmiques.
 - > Traitement si le bilan biologique est positif.

4. Le traitement

- Malocid 1 mg/kg/jour jusqu'à 2 mois si atteinte latente ou modérée, jusqu'à 6 mois si atteinte sévère.
Puis 1mg/kg 3 fois par semaine jusqu'à 1 an.
- Adiazine 100 mg/kg/jour jusqu'à 1 an
- Acide folinique 50 mg/semaine per os jusqu'à 1 an

Surveillance par NFS Plaquettes

- tous les 15 jours pendant le traitement par Malocid 1mg/kg/jour
- mensuelle pendant le traitement par Malocid 1 mg/kg 3 fois par semaine

Arrêt Malocid et Adiazine si neutropénie $< 1000/\text{mm}^3$
Reprise du traitement dès que $> 1000/\text{mm}^3$

La CPAV remercie pour sa contribution ainsi que pour la direction et la synthèse de ce protocole le :

Dr Laurence ANNE
Gynécologue Obstétricien