

## DIAGNOSTIC PRENATAL ET PRISE EN CHARGE PÉRINATALE DE LA TOXOPLASMOSE

La toxoplasmose est une infection due à un parasite (*Toxoplasma gondii*) qui s'ingère en mangeant la viande des herbivores trop crue, les légumes mal lavés, ou au contact des chats (hôte intermédiaire du parasite) ou par l'intermédiaire de mains sales. Le plus souvent l'origine précise d'une contamination est inconnue.



*Toxoplasma gondii*

La toxoplasmose est habituellement anodine pour l'adulte mais, lorsqu'elle survient en cours de grossesse, elle peut être transmise au fœtus à travers le placenta et provoquer des conséquences variables.

### **1) La première étape est de savoir si l'infection a été acquise pendant la grossesse**

C'est une étape indispensable.

- Le diagnostic d'infection en cours de grossesse est facile si le premier sérodiagnostic réalisé en cours de grossesse était négatif (absence d'anticorps) et si la sérologie maternelle devient positive avec présence d'anticorps IgG et IgM lors d'une des sérologies mensuelles suivantes. Cette primo-infection peut être accompagnée ou non de fièvre, d'adénopathies cervicales ou occipitales, de fatigue, de céphalées, ou de torticolis.

Un traitement par Rovamycine®, 9 millions d'unités par jour à visée préventive, est alors débuté et le diagnostic prénatal est organisé.

- La situation est plus délicate si la première sérologie de début de grossesse montre déjà l'existence d'IgG et d'IgM de façon conjointe.

Il est alors nécessaire de contrôler cette sérologie à 3 semaines d'intervalle dans le même laboratoire avec la même technique, ou mieux de refaire tester dans un laboratoire spécialisé le premier sérum conjointement à un second prélevé à 3 semaines d'intervalle.

En effet la législation française prévoit que les sérodiagnostics des femmes enceintes (quelle que soit la maladie étudiée) soient conservés pendant un an pour qu'ils puissent être réétudiés secondairement.

Seule une étude approfondie de ce type permettra d'apprécier au mieux la date de l'infection par rapport à la date du début de la grossesse.

Des contrôles spécialisés peuvent être demandés pour cela au laboratoire de la Toxoplasmose (Dr Thulliez Institut de Puériculture et de Périnatalogie, 01 40 44 39 41, [ipp.thulliez@free.fr](mailto:ipp.thulliez@free.fr)).

**Plus l'infection maternelle est survenue tôt dans la grossesse, plus le passage transplacentaire du parasite, et donc l'infection du fœtus, est rare.  
Par contre, plus le fœtus est infecté tôt dans la grossesse, plus les conséquences pour lui risquent d'être sévères.**

De façon très schématique :

**Lors des infections maternelles de début de grossesse, le risque fœtal est rare et grave.**

**Lors les infections maternelles de fin de grossesse, le risque fœtal est fréquent et peu grave.**

## **2) Le diagnostic prénatal**

Le diagnostic prénatal permet de savoir si le fœtus est infecté ou non.

Il n'est indiqué que si l'on a la certitude (ou une forte conviction) que l'infection a pu survenir en cours de grossesse.

Il repose sur l'amniocentèse (prélèvement de liquide amniotique) réalisée au moins quatre semaines après l'infection toxoplasmique maternelle et toujours après 18 semaines d'aménorrhée.

Ce geste est réalisé sous contrôle échographique. Il n'est pas douloureux et comporte un risque très faible (pour plus de détail voir la rubrique : amniocentèse).

Le parasite est recherché dans le liquide amniotique par deux méthodes biologiques :

- La biologie moléculaire (PCR) qui donne des résultats rapides en quelques jours
- Et l'inoculation à la souris dont les résultats sont disponibles en quelques semaines.

En cas de négativité de la biologie moléculaire, il est très rare que l'inoculation soit positive.

## **3) Le suivi de la grossesse**

A l'issue de l'amniocentèse deux situations sont possibles :

- **Le bilan prénatal montre une infection fœtale.**

Après avis de médecins spécialistes, il peut être discuté :

- soit une poursuite de la grossesse avec mise en route d'un traitement à visée thérapeutique fœtale par l'administration à la mère de Pyriméthamine et d'un Sulfamide, associés à de l'acide folinique. (en général : Malocid® 1 cp à 50mg/j, Adiazine® 6cp / j et Lederfoline® 1 gel à 5mg/j).  
Ce traitement devra être poursuivi quotidiennement jusqu'à la fin de la grossesse.  
Dans cette situation, une surveillance échographique spécialisée doit être réalisée tous les 15 jours et un bilan très complet doit être organisé au moment de la naissance.  
Ce traitement nécessite une surveillance régulière de la tolérance clinique et biologique maternelle par la réalisation d'une numération formule sanguine tous les 15 jours. Il peut provoquer (rarement) des effets secondaires à type d'allergie ou d'anémie. Il doit alors être immédiatement arrêté et rediscuté.
- soit une interruption médicale de la grossesse si le fœtus a une forte probabilité d'être atteint d'une infection particulièrement grave.

Ces deux démarches dépendent pour une part importante :

- du terme de la grossesse au moment de l'infection fœtale,
- des résultats du bilan fœtal,
- de la position des parents.

- **Les analyses ont montré une absence d'infection fœtale lors de l'amniocentèse :**

Le traitement par Rovamycine® sera alors poursuivi sans interruption jusqu'à la naissance, associé à une surveillance échographique mensuelle spécialisée qui ne doit en aucun cas être interrompue.

#### **4) Le bilan à la naissance**

**Dans tous les cas**, le bilan néonatal comprendra une analyse parasitologique du placenta qui sera gardé sans produit conservateur à 4°C et envoyé (par Chronopost), **non congelé, non formolé.**

Le placenta (entier ainsi que 10ml de sang du cordon et 10ml de sang maternel seront à adresser au laboratoire de la toxoplasmose (Dr Ph Thulliez) à l'Institut de Puériculture et Périnatalogie de Paris, 26 Bd Brune, 75014, Paris. Tel : 01 40 44 39 40.

Le bilan de l'enfant comprend toujours un examen du fond d'œil et une échographie transfontanellaire.

Un contrôle des sérologies de l'enfant et de la mère sont réalisées au moment de la naissance.

#### **5) Le traitement et la surveillance après la naissance**

La prise en charge pédiatrique est toujours très spécialisée et un avis peut être demandé aux pédiatres de l'Institut de Puériculture et Périnatalogie de Paris, 26 Bd Brune, 75014, Paris. Des consultations spécialisées sont organisées par les Drs François Kieffer, Marie Kassis ou Jean François Magny. Tel : 01 40 44 39 07.

- **Si le bilan prénatal avait révélé une infection fœtale :**

Le traitement par : Malocid® et Adiazine® est poursuivi, associé à de l'acide folinique. Il est adapté au poids de l'enfant. Il sera poursuivi pendant environ un an et sera accompagné d'une surveillance pédiatrique spécialisée.

- **Si le bilan prénatal s'était avéré négatif :**

L'enfant ne recevra aucun traitement jusqu'aux résultats des cultures placentaires et des contrôles sérologiques qui lui seront fait à la naissance.

- Si ces sérologies ne montrent pas de production d'anticorps IgM ou IgA et si la culture placentaire est négative, un simple contrôle sérologique sera réalisé tous les mois ou tous les deux mois pour surveiller la disparition dans le sang de l'enfant des anticorps de type IgG transmis par sa mère à travers le placenta. Ces anticorps disparaissent totalement en 6 à 10 mois.
- Dans le cas contraire un traitement par Malocid® et Adiazine® sera institué secondairement sous stricte surveillance pédiatrique pendant un an.