

TOXOPLASMOSE CONGENITALE : PRISE EN CHARGE

Date de la diffusion : 22 juin 2002

Version : 1

Rédaction : Pédiatres du réseau PS

Validation : Pédiatres du réseau PS

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

1. OBJECTIF

Prise en charge harmonisée sur la toxoplasme congénitale sur le réseau PERINAT-SUD.

2. PROTOCOLE

A. PREVALENCE :

50% femmes en âge de procréer non immunisées

1.5% risque de contamination

1 à 2 cas/1000 naissances

RISQUE de contamination fœtale variable selon date séroconversion : 1^{er} trimestre < 5 %, 2^{ème} trimestre 30 %, 3^{ème} trimestre > 50 %, les 2 dernières semaines 90 %.

CONSEILS à femme enceinte pour éviter contamination

B. Sérologie maternelle négative dernier mois

Sérologie maternelle à l'accouchement et à 1 mois

C. Séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse

1. Séroconversion pendant la grossesse :

Traiter par Rovamycine*

Confirmer le diagnostic (laboratoire de référence) :

a) Si diagnostic non confirmé,

Arrêter traitement

b) Si diagnostic confirmé, dater la contamination maternelle :

- 2^{ème} à 29^{ème} SA : consultation pédiatrique et amniocentèse 4 semaines après contamination et pas avant 18^{ème} SA :
 - si négative, poursuite Rovamycine*, contrôle échographique mensuel ;
 - si positive, traitement maternel par Fansidar* (arrêt Rovamycine*), contrôle échographique tous les 15 jours, IRM fœtale (proposition ITG ou poursuite grossesse)
- Après 30^{ème} SA : consultation pédiatrique, amniocentèse sans délai ; si négative, mise sous Fansidar* jusqu'à accouchement (arrêt Rovamycine*) et contrôle

échographique mensuel ; si positive, c'est une toxoplasmose congénitale, arrêt Rovamycine*, mise sous Fansidar* et contrôle échographique régulier avec IRM foetale

2. A la naissance :

- Envoyer laboratoire parasitologie Pr DUMON Timone placenta dans pot stérile sans conservateur sauf si amniocentèse positive +
- Sérologie maternelle 10 cc tube sec +
- Sérologie sang du cordon 5cc tube sec (profil comparatif anticorps mère-enfant par Western Blot)
- Fond d'œil
- Radio crâne et ETF
- IRM cérébrale à programmer si toxoplasmose congénitale avérée

a) **Bilan naissance négatif :**

- FO, ETF et radio crâne : RAS + sérologie positive en G et négative en M et A avec profils identiques : surveillance sérologique enfant pendant les 12 premiers mois.
- Négativisation des anticorps (2 sérums successifs) : enfant indemne
- Réascension des anticorps avec ou sans apparition de M et/ou de A : toxoplasmose congénitale à traiter

b) **Bilan naissance positif :**

- Sérologie positive avec IgM et/ou IgA et profils différents + LA positif et/ou placenta positif et/ou chorioretinite et/ou anomalie ETF ou radio crâne : toxoplasmose congénitale à traiter
- Sérologie positive avec IgM et/ou IgA et profils identiques : contrôle à j15
 - soit disparition IgM et IgA et on surveille jusqu'à négativation
 - soit augmentation IgM et/ou IgA, traiter

3. Cas particuliers

Contamination maternelle 9ème mois : sérologie maternelle à l'accouchement, sérologie sang du cordon et suivi sérologique enfant prolongé si sérologie maternelle positive

Mère traitée par fansidar* pour séroconversion après 30 SA avec amniocentèse négative, bilan enfant peut être faussement négatif : surveillance sérologique rapprochée et bilan habituel

4. Traitement

- Fansidar* : ¼ cp/5kg/semaine (pyriméthamine- sulfadoxine) ou gélule adaptée au poids
- Lederfoline : 1 ampoule injectable 50mg/semaine à boire ou 2 gélules 25mg d'Osfolate*
- Demande 100% affection hors liste
- Surveillance NF plaquettes / 2mois (arrêter si PN < 1000/mm³), sérologie/3 à 6 mois
- FO /2 à 3 mois 1^{ère} année puis/ 6mois 2^{ème} année et tous les ans jusqu'à la puberté
- Durée : 1 à 2ans

- Intérêt des dosages sanguins
- Contrôler sérologie 3 mois après arrêt traitement et si rebond, ne pas reprendre traitement mais surveiller FO plus étroitement

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

1. Toxoplasmose congénitale : prévention chez la femme enceinte et prise en charge du nouveau-né , H.Pelloux et col., Arch Pédiatr 2002 ;9 :206-12
2. Nouvelle approche du diagnostic prénatal de la toxoplasmose congénitale, P. Hohlfeld et col., journal de pédiatrie et puériculture 1993 ; 6 :341-6. En cours de publication, A. Berrebi et col.
3. Diagnostic prénatal des embryofœtopathies infectieuses, biologie moléculaire, L.Grangerot-Kéros et col.,1997 : 259-65
4. Traitement de la toxoplasmose congénitale non sévère par sulfadiazine et pyriméthamine en continu pendant 1 an : à propos de 46 cas, F.Kieffer et col. Arch Pédiatr 2002 ; 9 :7-13
5. Sensibilité et valeur prédictive négative de la PCR dans le liquide amniotique pour le diagnostic anténatal de la toxoplasmose congénitale, S.Romand et col., Médecine fœtale et échographie en gynécologie ; 2001 :48 : 20-3
6. Intérêt de la sérologie toxoplasmique à l'accouchement chez les femmes séronégatives pendant la grossesse, M.Wallon et col., J Gynécol Biol Reprod 2001 ; 30 :697-9
7. Serological rebound in congenital toxoplasmosis : long-term follow-up of 133 children,M.Wallon and al, Eur J pediatr 2001 ; 160 :534-40
8. Toxoplasmose congénitale : prise en charge pédiatrique, B.Leroux et col, SFMP 2000

4. GLOSSAIRE

5. DIFFUSION

Tous les établissements du réseau PS