



Toxoplasmose et grossesse

N. Troillet, R. Tabin et D. Aymon, Institut Central des Hôpitaux Valaisans et Centre Hospitalier du Valais Central, Sion

La prévalence de la toxoplasmose et les attitudes face à cette zoonose diffèrent grandement d'un pays à l'autre. En 2008, un groupe de travail de l'Office fédéral de la santé publique a publié un document de consensus recommandant une nouvelle approche de la toxoplasmose chez la femme enceinte et le nourrisson en Suisse [1]. Ces nouvelles recommandations sont résumées ci-après.

Cycle et pathogénèse de la toxoplasmose

Toxoplasma gondii est un protozoaire dont le cycle de vie comprend 4 stades [2]. Les **mérozoïtes** donnent naissance par reproduction sexuée dans le tube digestif du chat et d'autres félins à des **sporozoïtes** contenus dans des oocystes. Ceux-ci, disséminés par les fèces, peuvent être ingérés par des mammifères, dont des humains, dans l'intestin desquels ils se transforment en **tachyzoïtes**. Ces derniers envahissent la circulation et infectent divers organes tels que le système nerveux central, les yeux, les musculatures squelettique et cardiaque et le placenta. Sous la pression de la réponse immunitaire, les tachyzoïtes se transforment en **bradyzoïtes** regroupés à l'intérieur de kystes où ils survivent aussi longtemps que leur hôte, pouvant infecter un félin ou un autre mammifère lors de la consommation de viande (Figure 1).

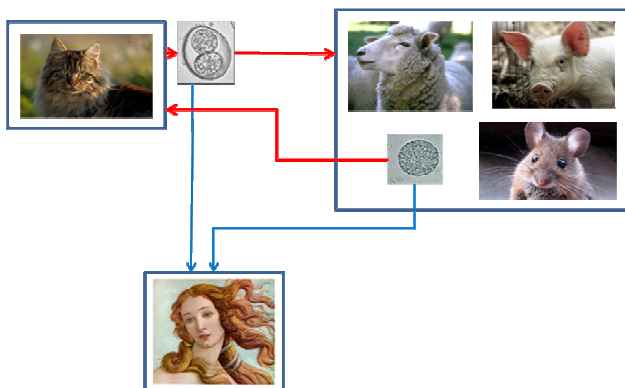


Figure 1 : Cycle de *Toxoplasma gondii*

La toxoplasmose aiguë n'est symptomatique que dans 10% des cas, le plus souvent de façon bénigne et limitée dans le temps (fièvre, fatigue, lymphadénite). Une chorioretinite, une myocardite ou une myosite surviennent rarement et nécessitent un traitement spécifique. Toutefois, en cas d'immunodéficience, notamment lors de SIDA ou après une greffe d'organe, les bradyzoïtes peuvent être relâchés des kystes, redevenir des tachyzoïtes et causer des lésions graves [2].

Risques durant la grossesse

Vingt-neuf pourcent des toxoplasmoses aiguës de la grossesse sont transmises verticalement. Cette transmission est rare lorsque *T. gondii* est acquis durant le premier trimestre (8%) et fréquente si cela arrive à proximité du terme (81%). Au contraire, le risque de toxoplasmose symptomatique chez le fœtus et le nouveau-né est plus important lors de transmission précoce que tardive (61% à 13 semaines vs. 9% à 36 semaines) [2].

Des études réalisées à Bâle et à Lausanne entre 1982 et 2006 ont montré une diminution de la séroprévalence de la toxoplasmose de 53% en 1982-85 à 39% en 1999. Durant ces études, Bâle a objectivé une incidence de 0.17% de toxoplasmoses aiguës en cours de grossesse. Sur 28 toxoplasmoses congénitales détectées (1/2'300 naissances), 4 furent symptomatiques (1/16'250 naissances). A Lausanne, 37 toxoplasmoses congénitales (1/2'270) ont donné lieu à 6 cas symptomatiques (1/14'000) [1].

Rapportées aux quelques 73'000 naissances annuelles en Suisse, ces données ont fait réviser à la baisse les estimations

précédentes. Ainsi, sur les 130 toxoplasmoses aiguës censées survenir chaque année en Suisse en cours de grossesse, 32 aboutiraient à une toxoplasmose congénitale, dont 4 à 5 seraient symptomatiques.

Problèmes diagnostiques et thérapeutiques

L'interprétation des tests sérologiques de screening peut être complexe lors de grossesse et n'aboutir qu'à une suspicion plus ou moins fondée de toxoplasmose aiguë. De nombreux faux positifs sont possibles, en particulier pour les IgM qui sont surtout utiles lorsqu'elles sont négatives, afin d'exclure ce diagnostic. En cas de sérologie positive, l'avidité des IgG peut être déterminée par le laboratoire. Une avidité élevée exclut une infection récente, datant de moins de 3 ou 4 mois, mais une faible avidité peut persister au-delà de 3 mois. Le dosage sanguin des IgA, combiné à celui des IgM, est surtout utilisé chez le nouveau-né. L'amniocentèse, pratiquée pour la recherche de *T. gondii* par PCR, peut générer des complications pouvant aller jusqu'à la perte fœtale dans 0.6% des cas [1,2].

Par ailleurs, les preuves scientifiques de l'efficacité d'un traitement prénatal ou postnatal, afin de prévenir la transmission au fœtus, le développement d'une infection symptomatique ou la réactivation de lésions aiguës, font défaut [1,2].

Recommandations suisses 2008

Etant données la faible incidence de toxoplasmoses congénitales symptomatiques, les incertitudes diagnostiques pouvant aboutir à des traitements injustifiés ou à des cas manqués, et l'absence de preuve d'efficacité de ces traitements, les experts jugent qu'il est très improbable qu'un screening en cours de grossesse puisse contribuer à prévenir des cas en Suisse. Les changements qui en découlent pour la pédiatrie ont été récemment détaillés [3].

En conséquence, les recommandations présentées dans le tableau 1 ont été formulées.

1. Publication d'un article de consensus (cf. référence 1)
2. Rédaction d'une brochure nationale mise à disposition des obstétriciens et des femmes enceintes ou désirant l'être et décrivant les précautions pour éviter l'exposition à la toxoplasmose durant la grossesse
3. Abandon du screening sérologique avant et durant la grossesse
4. Maintien des systèmes de surveillance en place à Bâle et Lausanne afin de mesurer l'éventuel impact de ces changements
5. Réactivation de l'Unité suisse de surveillance pédiatrique (SPSU) pour la toxoplasmose congénitale
6. Traitement des enfants présentant une toxoplasmose congénitale symptomatique uniquement, au mieux dans le cadre d'études cliniques.

Tableau 1 : Recommandations du groupe d'experts suisses

Conclusion

Il est probable que, malgré leur fondement scientifique, ces recommandations prennent du temps pour être appliquées largement en raison des changements majeurs d'attitude qu'elles impliquent non seulement pour les obstétriciens et les pédiatres, mais également pour les femmes enceintes habituées au screening sérologique de la toxoplasmose.

Références

- [1] Rudin C, Boubaker K, Raeber PA, et al. Toxoplasmosis during pregnancy and infancy. A new approach for Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2008;138 (Suppl 168):1-8
- [2] Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. *Lancet* 2004;365:1965-76.
- [3] Vaudaux B, Rudin C. Abandon du dépistage sérologique de la toxoplasmose durant la grossesse. Quelles conséquences pour le pédiatre ? *Paediatrica* 2009;20:25-6.

Personnes de contact

Infectiologie : Dr Nicolas Troillet, PD nicolas.troillet@ichv.ch
Microbiologie: Dr Olivier Péter olivier.peter@ichv.ch