Gynécologie Obstétrique & Fertilité 40 (2012) 591–598

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue générale

Prévention de la transmission mère-enfant de la toxoplasmose : perspectives

Prevention of mother-to-child transmission of toxoplasmosis: Perspectives

L. Mandelbrot

Pôle Femme/Enfant, service de gynécologie-obstétrique, université Paris-Diderot, hôpital Louis-Mourier, AP–HP, HUPNVS, 178, rue des Renouillers, 92700 Colombes, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 19 février 2012
Accepté le 5 juillet 2012
Disponible sur Internet le 13 septembre 2012

Mots clés :
Toxoplasmose
Transmission mère-enfant
Fœtopathies
Diagnostic anténatal
Prophylaxie
Traitement in utero

RÉSUMÉ

En France, le dépistage de la toxoplasmose est obligatoire pendant la grossesse, alors que cette pratique est peu répandue dans d'autres pays. Le rationnel pour le dépistage repose sur plusieurs niveaux d'intervention : les règles hygiénodiététiques pour les femmes séronégatives ; en cas de séroconversion, un traitement prophylactique ; un diagnostic anténatal par amniocentèse ; le recours possible à l'interruption médicale de grossesse (IMG) en cas de pronostic défavorable ; dans les autres cas d'infection fœtale, le traitement anténatal et post-natal. Or, la Haute Autorité de santé (HAS) a remis en cause le dépistage, le maintenant pour cinq ans en attendant la réalisation d'essais thérapeutiques pour prouver l'efficacité de ces stratégies. Les données récentes sont contrastées. La sensibilité du diagnostic anténatal a progressé alors que la place de l'IMG s'est réduite. L'incidence de la toxoplasmose dans la population française a chuté. Surtout, la place du traitement anténatal est contestée. Certaines études sont en faveur du traitement in utero pour les fœtus ayant une toxoplasmose congénitale. En revanche, les études sur la prophylaxie sont décevantes. Ces données sont observationnelles et concernent surtout la spiramycine. Pour la première fois, un essai thérapeutique randomisé multicentrique est mené sur la prévention de la transmission mère-enfant, l'étude TOXOGEST. La HAS recommande une prise en charge experte en cas de séroconversion : en cas de doute sur une séroconversion, les sérums doivent être contrôlés dans un laboratoire expert ; en cas de séroconversion confirmée, la femme doit être orientée sans retard vers un centre expert. Il n'est pas recommandé de prescrire de traitement avant ces avis biologique et clinique. C'est à l'équipe référente de décider avec la femme, après bilan et information complète, de prescrire un éventuel traitement et d'organiser un diagnostic anténatal.
© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Toxoplasmosis
Mother-to-child transmission
Fetal infections
Prenatal diagnosis
Prophylaxis
Fetal therapy

ABSTRACT

In France, screening for toxoplasmosis is mandatory during pregnancy, whereas it is not performed in most other countries. The rationale for prenatal screening is to allow for several levels of intervention: primary prevention by health education; in case of seroconversion, prophylactic therapy; prenatal diagnosis using amniocentesis; the possibility of termination of pregnancy (TOP) in case of severe cerebral lesions at ultrasound; in most cases of fetal infection, antiparasitic therapy prenatally as well as postnatally. The French Health Authority (Haute Autorité de santé [HAS]) called into question the screening policy, but maintained it for 5 years pending randomized clinical trials. Recent data is available to answer some of the questions, but not the place of prenatal therapy. The sensitivity of prenatal diagnosis has progressed, while the place of TOP has decreased. The incidence of toxoplasmosis in the French population has fallen. Some studies have shown evidence in favor of prenatal therapy for infected fetuses. However, studies of prophylactic therapy are disappointing. These studies are purely observational and concern mostly spiramycine. For the first time, a multicenter randomized clinical trial of prevention of mother-to-child transmission of *Toxoplasma gondii* is underway (the TOXOGEST study). The HAS guidelines are that any suspected toxoplasmosis seroconversion should be confirmed in a reference laboratory, and that patients should be referred to expert centers without delay. It is not recommeded to start therapy before such expert consultation. The reference centers should provide counseling and access to prenatal diagnosis and therapy options.
© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : laurent.mandelbrot@lmr.aphp.fr

1297-9589/$ – see front matter © 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.07.033

1. Introduction

Après avoir été banalisée à tort pendant des années, la prévention de la toxoplasmose congénitale est devenue récemment un sujet d'actualité. D'une part, l'incidence de la toxoplasmose diminue en France. D'autre part, l'efficacité des stratégies de traitement est remise en cause. Ainsi, malgré les progrès des techniques de dépistage et de diagnostic anténatal, le programme de dépistage systématique est lui aussi remis en cause.

En effet, la prévention de la toxoplasmose congénitale en France est un paradoxe unique en médecine prénatale. Le dépistage sérologique mensuel est obligatoire. À la moindre suspicion de séroconversion, la prescription de spiramycine est ancrée dans nos habitudes depuis 30 ans, au point d'être exigée de l'étudiant aux examens et d'être un dogme médicolégal pour le praticien. Or, elle ne repose sur aucune recommandation d'une société savante française ou internationale ou de la Haute Autorité de santé (HAS). Au contraire, en 2009, la HAS [1] a émis des doutes sur l'intérêt de cette approche et demandé que des réponses soient apportées dans un délai de cinq ans à certaines interrogations à travers la réalisation d'essais randomisés. Une telle étude est en cours, TOXOGEST.

2. Contexte historique et international

La prévention de la toxoplasmose congénitale a malheureusement donné lieu à une succession de contre-exemples. D'abord, les grossesses ont été interrompues du seul fait d'une séroconversion, voire de présence d'IgM à la sérologie du premier trimestre (rappelons la formule choc IgM = interruption médicale de grossesse [IMG]), jusqu'à ce que F. Daffos mette au point au début des années 1980 le premier diagnostic anténatal [2]. Ensuite, elles ont été interrompues pour simple infection fœtale jusqu'à ce que certaines équipes [3] osent poursuivre des grossesses avec fœtus infectés et qu'on définisse des éléments pronostiques assez fiables.

À l'étranger, le dépistage est peu répandu. Dans la plupart des pays, comme en Amérique et en Grande-Bretagne, il n'y a jamais eu de dépistage du tout. En Suisse, le dépistage a été supprimé en 2008 [4]. Certains pays européens font un dépistage néonatal, avec par définition aucun traitement prénatal (Scandinavie, Pologne). Le dépistage prénatal est courant (mais le plus souvent trimestriel vs mensuel) en Italie du Nord, en Belgique, et en Autriche.

3. Épidémiologie

La proportion de femmes enceintes ayant des anticorps antitoxoplasmose a chuté de 84 % dans les années 1960 à 54 % en 1995 à 44 % en 2003 [5], avec des différences nettes entre les régions. Un total de 272 cas de toxoplasmose congénitale (dont 261 enfants nés vivants) a été enregistré en 2007 dans l'enquête de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et du Centre national de référence (CNR) de la toxoplasmose, comportant 31 laboratoires [5]. L'incidence est donc de l'ordre de 3 pour 10 000 naissances. En 2009, il y a eu 1117 amniocentèses pour séroconversion de toxoplasmose (données de l'Agence de la biomédecine) [6], dont 105 résultats positifs et 17 IMG.

4. Prévention primaire de la toxoplasmose

En l'absence de vaccin contre la toxoplasmose, la prévention repose sur les règles hygiénodiététiques : consommer la viande et volaille cuite à cœur et/ou surgelée (bradyzoïtes dans les muscles de l'hôte), éviter le contact avec la litière de chat, se laver les mains et laver ou éplucher les fruits et légumes crus souillés de terre. Le niveau d'information des femmes est assez bon, mais son effet réel sur le taux de primo-infection chez les femmes enceintes est toujours peu documenté [7,8]. En pratique, c'est l'amélioration générale de l'hygiène qui a permis de diminuer l'incidence de la toxoplasmose.

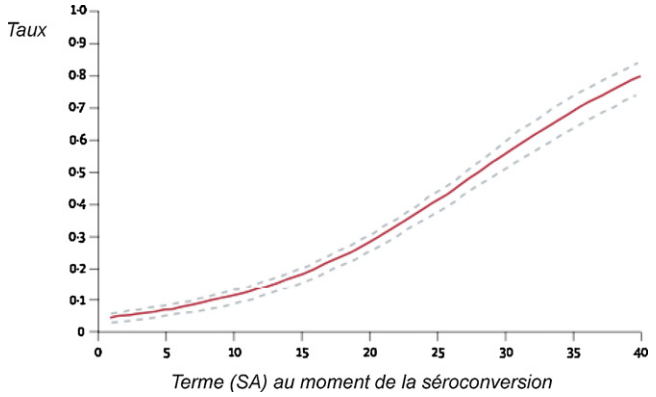

Fig. 1. Risque de transmission mère-enfant du toxoplasme selon le terme (en SA) à la séroconversion (Étude SYROCOT) [43].

5. Transmission mère-enfant

En cas de séroconversion maternelle, le risque de transmission dépend très fortement de l'âge gestationnel (Fig. 1). Par exemple, la transmission est de l'ordre de 1 % en cas d'infection périconceptionnelle, 10 % au premier trimestre et dépasse 70 % au troisième trimestre.

6. Toxoplasmose congénitale

Les formes sévères de toxoplasmose congénitale sont associées dès la naissance (en l'absence de mort fœtale ou d'IMG) à une fœtopathie ou une atteinte cérébrale (Fig. 2). Le décès est possible, mais le plus souvent l'évolution se fait vers une hydrocéphalie nécessitant souvent une dérivation ou une microcéphalie, avec un retard mental, une infirmité motrice cérébrale, des convulsions. La plupart des toxoplasmoses congénitales sont asymptomatiques à la naissance, ou bien se manifestent par une choriorétinite. Les atteintes oculaires peuvent se révéler de façon retardée, dans l'enfance, voire à l'adolescence.

De grandes séries françaises permettent aujourd'hui de rassurer les parents sur le devenir des enfants ayant une toxoplasmose congénitale sans signes majeurs à l'échographie lorsqu'ils sont bien pris en charge [9], et même jusqu'à l'âge adulte malgré la présence fréquente de lésions rétiniennes [10].

Le pronostic de la toxoplasmose congénitale est multifactoriel. Le moment de la contamination est un facteur de risque, les atteintes cérébrales étant plus fréquentes lorsqu'elle a lieu en début de grossesse (Fig. 3). Quant aux lésions de choriorétinite, leur incidence est moins liée à l'âge gestationnel lors de l'infection (Fig. 4).

La souche de *Toxoplasma gondii* est un autre facteur de risque. La souche II, responsable de la plupart des cas en France métropolitaine, est moins pathogène que d'autres souches [11,12], retrouvées en Amérique du Sud, y compris en Guyane. La relation entre le parasite et l'hôte fait aussi intervenir des facteurs immunitaires et génétiques [13,14].

7. Diagnostic anténatal de la toxoplasmose congénitale

Le dépistage de la toxoplasmose chez la femme enceinte est simple dans l'ensemble, mais de nombreuses erreurs sont encore

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3949073

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3949073

Daneshyari.com