

**Avais :** Cette directive clinique a été approuvée par le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

N° 285, janvier 2013 (réaffirmée août 2018)

## N° 285 - Toxoplasmose pendant la grossesse : Prévention, dépistage et traitement

La présente directive clinique a été rédigée par le comité sur les maladies infectieuses, analysée par le comité consultatif sur la pratique familiale et le comité de médecine fœtomaternelle, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Caroline Paquet, sage-femme aut., Trois-Rivières (Québec)  
Mark H. Yudin, MD, Toronto (Ontario)

**Comité sur les maladies infectieuses :** Mark H. Yudin, MD (président), Toronto (Ont.); Victoria M. Allen, MD, Halifax (N.-É.); Céline Bouchard, MD, Québec (Qc); Marc Boucher, MD, Montréal (Qc); Sheila Caddy, MD, Edmonton (Alb.); Eliana Castillo, MD, Calgary (Alb.); Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.); Kellie E. Murphy, MD, Toronto (Ont.); Gina Ogilvie, MD, Vancouver (C.-B.); Caroline Paquet, sage-femme aut., Trois-Rivières (Qc); Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver (C.-B.); Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.). Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

**Mots clés :** Toxoplasmose, grossesse, congénitale, prénatal, transmission de maladies, dépistage, counseling

### Résumé

**Contexte :** Chez les femmes enceintes, la transmission verticale au fœtus constitue l'une des conséquences majeures de l'infection à

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(8):e694–e702

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.05.037>

Copyright © 2018 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

*Toxoplasma gondii*. Bien que rare, la toxoplasmose congénitale peut être à l'origine d'une maladie neurologique ou oculaire (menant à la cécité) grave, ainsi qu'à des anomalies cardiaques et cérébrales. Les soins prénataux doivent comprendre la sensibilisation des patientes à la prévention de la toxoplasmose. La faible prévalence de la maladie au sein de la population canadienne et les contraintes en matière de diagnostic et de traitement limitent l'efficacité des stratégies de dépistage. Ainsi, la mise en œuvre d'un dépistage systématique n'est pas recommandée à l'heure actuelle.

**Objectif :** Analyser la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la toxoplasmose pendant la grossesse.

**Issues :** Parmi les issues évaluées, on trouve l'effet du dépistage sur le diagnostic de la toxoplasmose congénitale, ainsi que l'efficacité de la prophylaxie et du traitement.

**Résultats :** Des recherches ont été menées dans *The Cochrane Library* et Medline en vue d'en tirer les articles publiés en anglais, entre 1990 et aujourd'hui, traitant de la toxoplasmose et de la grossesse. Des articles additionnels ont été identifiés par l'intermédiaire des références que contenaient ces articles.

**Valeurs :** La qualité des résultats est évaluée et les recommandations sont formulées conformément aux lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

**Avantages, désavantages et coûts :** La mise en œuvre de la présente directive clinique devrait aider le praticien à élaborer une approche pour le dépistage et le traitement de la toxoplasmose pendant la grossesse. Les patientes tireront avantage de la prise en charge appropriée de cette pathologie.

**Commanditaire :** La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

**Recommandations :**

1. Un dépistage universel ne devrait pas être mis en œuvre de façon systématique en ce qui concerne les femmes enceintes n'étant

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

exposées qu'à de faibles risques. Le dépistage sérologique ne devrait être offert qu'aux femmes enceintes considérées comme étant exposées à un risque d'infection primaire à *Toxoplasma gondii* (II-3E).

2. La présence soupçonnée d'une infection récente chez une femme enceinte devrait être confirmée, avant la tenue d'une intervention, en soumettant des prélèvements à un laboratoire de référence en matière de toxoplasmose à des fins d'analyse (au moyen de tests aussi précis que possible et dont les résultats pourront être correctement interprétés) (II-2B).
3. Lorsque la présence d'une infection aiguë est soupçonnée, un deuxième dépistage devrait être mené dans un délai de deux à trois semaines et la mise en œuvre immédiate (sans attendre les résultats du deuxième dépistage) d'un traitement à la spiramycine devrait être envisagée (II-2B).
4. Une amniocentèse devrait être offerte aux fins de l'identification de *Toxoplasma gondii* dans le liquide amniotique au moyen de l'amplification en chaîne par polymérase (a) lorsqu'une infection primaire maternelle est diagnostiquée; (b) lorsque l'analyse sérologique ne peut confirmer ou exclure la présence d'une infection aiguë; ou (c) en présence de constatations échographiques anormales (calcification intracrânienne, microcéphalie, hydrocéphalie, ascite, hépatosplénomégalie ou grave retard de croissance intra-utérin) (II-2B).
5. L'amniocentèse visant l'identification de l'infection à *Toxoplasma gondii* ne devrait pas être offerte aux patientes se trouvant à moins de 18 semaines de gestation et ne devrait également pas être offerte avant qu'au moins quatre semaines ne se soient écoulées depuis la manifestation soupçonnée de l'infection maternelle aiguë, et ce, afin d'atténuer la fréquence des résultats faux négatifs (II-2D).
6. La présence d'une infection à *Toxoplasma gondii* devrait être soupçonnée chez les femmes enceintes qui présentent des constatations échographiques conformes à la présence possible d'une infection TORCH (toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus, herpès et autres), y compris, entre autres, la calcification intracrânienne, la microcéphalie, l'hydrocéphalie, l'ascite, l'hépatosplénomégalie ou le grave retard de croissance intra-utérin; de plus, un dépistage devrait leur être offert (II-2B).
7. Chaque cas mettant en cause une femme enceinte chez qui l'on soupçonne la présence d'une infection aiguë à *Toxoplasma gondii* acquise pendant la grossesse devrait faire l'objet d'une discussion avec un spécialiste de la prise en charge de la toxoplasmose (III-B).
8. Lorsque la présence d'une infection maternelle a été confirmée, mais que l'on ne sait toujours pas si le fœtus est infecté, de la spiramycine devrait être offerte à des fins de prophylaxie fœtale (en vue de prévenir la propagation d'organismes de la mère au fœtus par l'intermédiaire du placenta) (I-B).
9. L'utilisation combinée de pyriméthamine, de sulfadiazine et d'acide folinique devrait être offerte à titre de traitement aux femmes chez qui la présence d'une infection fœtale a été confirmée ou est fortement soupçonnée (habituellement à la suite de l'obtention de résultats positifs issus d'une amplification en chaîne par polymérase du liquide amniotique) (I-B).
10. La mise en œuvre d'un traitement antitoxoplasmique chez les femmes enceintes immunocompétentes ayant déjà connu une infection à *Toxoplasma gondii* ne devrait pas être nécessaire (I-E).
11. Un dépistage devrait être offert aux femmes qui sont immunodéficientes ou séropositives pour le VIH, en raison du risque de réactivation et d'encéphalite toxoplasmique (I-A).
12. Une femme n'étant pas enceinte qui reçoit un diagnostic d'infection aiguë à *Toxoplasma gondii* devrait se voir conseiller d'attendre six mois avant de tenter de devenir enceinte. Chaque cas devrait être pris en considération de façon distincte, en consultation avec un spécialiste (III-B).
13. Des renseignements sur la prévention de l'infection à *Toxoplasma gondii* pendant la grossesse devraient être mis à la disposition de toutes les femmes qui sont enceintes ou qui planifient le devenir (III-C).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781523>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781523>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)