

Toxoplasmose (Evaluations)

Date de création du document 2008-2009

QCM

QUESTION 1/4 :

Parmi les propositions suivantes concernant la toxoplasmose, la ou lesquelles sont vraies ?

- A - La présence d'IgM spécifiques permet d'affirmer une infection récente.
- B - Chez l'immunocompétent, le diagnostic repose sur la sérologie.
- C - Le dépistage sérologique est obligatoire pour le certificat prénuptial.
- D - Le dépistage sérologique peut se limiter à la recherche des seules IgG.

(Réponse : BC)

QUESTION 2/4 :

Parmi les propositions suivantes concernant les femmes enceintes séronégatives pour la toxoplasmose, la ou lesquelles sont vraies ?

- A - La surveillance sérologique doit se faire chaque mois.
- B - Le dernier contrôle doit être fait plus d'une semaine après l'accouchement.
- C - Le facteur de risque principal d'acquisition de la toxoplasmose chez la femme enceinte séronégative en France est la présence d'un chat au domicile.
- D - Un dernier contrôle sérologique négatif à l'accouchement permet d'écartier le risque de toxoplasmose congénitale pour l'enfant.

(Réponse : AB)

QUESTION 3/4 :

Parmi les propositions suivantes relatives au diagnostic biologique de la toxoplasmose, la ou lesquelles sont vraies ?

- A - Pour l'évolution des titres sérologiques chez un patient, on peut comparer les résultats obtenus dans deux laboratoires différents.
- B - La séroconversion est définie par le passage d'une sérologie négative à une sérologie positive.
- C - Le biologiste doit rédiger une conclusion argumentée.
- D - L'étude du placenta peut apporter des arguments au diagnostic de toxoplasmose congénitale.

(Réponse : BCD)

QUESTION 4/4 :

Vous recevez en consultation une jeune maman et son nouveau-né de 15 jours. L'histoire sérologique de la mère au cours de la grossesse est confuse avec une sérologie faite très tardivement, au sixième mois, montrant la présence d'IgG et d'IgM antitoxoplasmiques. Il n'y a aucune donnée antérieure écrite. L'enfant est cliniquement parfaitement bien portant ; une sérologie faite chez l'enfant à la sortie de la maternité montre la présence isolée d'IgG antitoxoplasmiques. Parmi les propositions suivantes lesquelles sont correctes ?

A - Vous rassurez la maman et ne prévoyez aucune mesure particulière.

B - Vous traitez l'enfant par une association pyriméthamine et sulfamides.

C - Vous ne traitez pas l'enfant mais vous organisez un suivi clinique et sérologique mensuel les trois ou quatre premiers mois puis plus espacé jusqu'à l'âge de 1 an.

D - Vous organisez le même suivi qu'en C mais vous prescrivez en plus un traitement par spiramycine.

(Réponse : C)

CAS CLINIQUE

Scénario :

Vous recevez en consultation une jeune femme de 24 ans, sans antécédents particuliers, pour sa déclaration de grossesse. L'échographie est cohérente avec la notion d'une aménorrhée de 6 semaines. Elle a avec elle les résultats des examens biologiques obligatoires et/ou recommandés : elle est immunisée vis à vis de la rubéole et de l'hépatite B, son dépistage du VIH est négatif, le groupe sanguin est O rhésus positif. La sérologie de toxoplasmose est négative.

QUESTION 1/5 :

Quelles sont les informations, recommandations et prescriptions que vous devez lui prodiguer ?

Réponse attendue :

Lui expliquer qu'étant séronégative pour la toxoplasmose des mesures doivent être prises pour éviter qu'elle ne contracte cette maladie durant la grossesse, ce qui exposerait son enfant au risque de toxoplasmose congénitale et de séquelles neurologiques.

Il faut :

- Lui exposer les mesures prophylactiques de la circulaire de 1983 : ne pas consommer de crudités ou de viande saignante, bien veiller à l'hygiène des mains, des ustensiles de cuisine, des plans de travail et du réfrigérateur, mettre des gants pour jardiner ou nettoyer la litière des chats et bien se laver les mains ensuite.
- Prescrire une surveillance sérologique mensuelle, avec un dernier contrôle à pratiquer plus d'une semaine après l'accouchement (ce dernier point sur lequel tous les parasitologues sont d'accord ne figure pas dans la législation).

QUESTION 2/5 :

Au cinquième mois de la grossesse, alors que les contrôles sérologiques mensuels étaient négatifs jusque là, le biologiste signale une apparition d'IgM antitoxoplasmiques, confirmée en ISAgA, sans IgG. Que faites vous ?

Réponse attendue :

La question posée est celle d'un éventuel début de séroconversion qui ne pourra être affirmée que sur l'apparition des IgG; il faut donc prescrire une nouvelle sérologie de la toxoplasmose à prélever 10 à 15 jours plus tard.

QUESTION 3/5 :

Le prélèvement suivant confirme la présence d'IgM et signale l'apparition d'IgG spécifiques antitoxoplasmiques. Quelle information allez-vous délivrer à cette patiente et quelles seront vos prescriptions et décisions ?

Réponse attendue :

La patiente est en train de faire une primo-infection toxoplasmique. Il faut lui prescrire de la spiramycine (Rovamycine®) à la posologie de 3 millions d'unités trois fois par jour et

l'adresser à une consultation d'obstétrique à même de pratiquer un diagnostic anténatal. Celui-ci repose sur une surveillance échographique et la réalisation d'une amniocentèse à programmer un mois après la séroconversion. L'interruption systématique de la grossesse ne peut être proposée compte-tenu à la fois du risque de supprimer un fœtus indemne et d'autre part des modalités actuelles de prise en charge de la toxoplasmose congénitale qui permettent un développement psychomoteur normal de la très grande majorité de ces enfants.

QUESTION 4/5 :

L'échographie morphologique est normale, la recherche du toxoplasme dans le liquide amniotique est négative par PCR, le résultat de l'inoculation à la souris (délai de réponse 4 à 6 semaines) est en attente. Quelle est la conduite à tenir ?

Pour votre réponse, considérez que l'inoculation à la souris sera également rendue négative.

Réponse attendue :

Il faut maintenir le traitement par spiramycine en continu jusqu'à l'accouchement et poursuivre la surveillance échographique. Lors de l'accouchement prévoir de transmettre le placenta ainsi que du sang de la mère et de l'enfant au laboratoire de parasitologie.

QUESTION 5/5 :

La grossesse est poursuivie jusqu'au terme sans problème nouveau. Lors de l'accouchement, l'examen clinique du nouveau-né est strictement normal. Que faut-il faire ?

Réponse attendue :

Mettre en route les modalités du diagnostic néonatal : recherche du toxoplasme dans le placenta (inoculation à la souris et/ou PCR), sérologie de la mère et de l'enfant pour profil immunologique comparé ; prévoir le suivi sérologique du nouveau-né entre J5 et J10, puis à M1, M2, M3, M4, M6, M9 et M12 pour s'assurer de la disparition des anticorps maternels transmis. Ne pas traiter l'enfant sauf si à un moment quelconque de ce suivi sont apportés des arguments en faveur du diagnostic de toxoplasmose congénitale.