

EN CAS DE SEROCONVERSION DE TOXOPLASMOSE AU COURS DE LA GROSSESSE

Deux modes d'exploration contribuent au diagnostic prénatal de toxoplasmose foetale :

- les examens échographiques répétés
- le prélèvement de liquide amniotique dès la 18^{ème} semaine d'aménorrhée (en fait 2 semaines après la séroconversion)

Il permet deux méthodes de recherche du parasite :

- PCR Résultat en 48 heures
- Inoculation aux souris du culot cellulaire

Le diagnostic est <u>positif</u> La grossesse est poursuivie	Le diagnostic est <u>négatif</u>
Administration à la mère de : Pyriméthamine Sulfadiazine pendant 3 semaines Acide folinique Surveillance de la NFS Relais pris par Spiramycine pendant 6 semaines Cures renouvelées jusqu'à l'accouchement	Administration à la mère de : Spiramycine jusqu'à l'accouchement. Contrôle échographiques mensuels

1 A LA NAISSANCE ET DANS TOUS LES CAS

En salle de travail :

- Prélèvement de placenta pour inoculation à une série de souris
- Envoi du placenta pour examen en ana pathologie
- Prélèvement de liquide amniotique pour PCR si séroconversion tardive.

Chez le nouveau-né en suites de couches :

- Examen clinique (signe de foetopathie, mesure du PC, tonus, microphthalmie)
- Sérologie au nouveau-né IgG + IgM, prélèvement veineux
- NFS avec numération des plaquette (thrombopénie à J3)
- Examen du FO (choriorétinite)
- Echographie transfontanellaire (calcifications, dilatation ventriculaire).

2 CONDUITE A TENIR

En fonction des résultats, de la date de séroconversion, du traitement ou non de la mère.

I - TOXOPLASMOSE CONGENITALE CERTAINE

1) Forme sévère

Diagnostic anténatal positif – PCR positive.

IgM spécifiques chez le nouveau-né dès le premier examen.

Toxoplasmose patente : signes neurologiques, chorioretinite, calcifications intracrâniennes.

→ compléter le bilan par une PL (recherche d'une hypercytose > 100 éléments/mm³, protéinorachie > 1 g/l, IgM spécifiques)

→ instaurer le traitement (voir tableau)

2) Forme infraclinique ou modérée

Pas de PL

Traitement (cf. tableau)

II – PRESENCE ISOLEE D'IgG

Contrôle de la décroissance et de la disparition des IgG par des sérodiagnostics de toxoplasmose (IgG et IgM) tous les 2 ou 3 mois

3 TRAITEMENT TOXOPLASMOSE CONGENITALE

TRAITEMENT	FORME INFRACLINIQUE OU MODEREE	FORME SEVERE
MALOCIDE * cp à 50 mg	1mg/kg/j les deux premiers mois	1mg/kg/j les 6 premiers mois
	Puis 0,5mg/kg/j le reste de l'année	
ADIAZINE * gélules à 500mg	cp 100mg/kg/j en 2 prises/j	
ACIDE FOLINIQUE	50 mg/ semaine (lyophilisat à 50 mg)	
SPECIAFOLDINE à 5 mg	cp	

Relais possible à 5 kg par FANSIDAR * = ¼ cp/5kg 7 à 15 jours/mois jusqu'à un an.

MALOCIDE : comprimé à 50 mg (à déconditionner et faire préparer en gélules adaptées au poids).

Le traitement impose une surveillance de la NFS 1 fois par semaine au début.

Une surveillance clinique, sérologique, ophtalmique sera faite à 2 mois, 4 mois, 6 mois, 12 mois, 24 mois puis 1 fois par an jusqu'à l'adolescence.

+ ordonnance déconditionnement.