

Abandon du dépistage sérologique de la toxoplasmose durant la grossesse Quelles conséquences pour le pédiatre?

Bernard Vaudaux, Lausanne et Christoph Rudin, Bâle

Un regard sur le passé

A la fin des années 1980, le risque de séroconversion toxoplasmique durant la grossesse était susceptible de générer environ 550 infections foetales par année, dont une soixantaine présentant des manifestations cliniques précoces. Parallèlement, les observations faites au cours des décennies 1970 et 1980, comparant des cohortes différentes (comparaisons historiques), suggéraient que le traitement de l'infection maternelle aiguë réduisait l'incidence des manifestations cliniques précoces chez l'enfant. L'existence d'un nombre important de cas potentiels et les espoirs mis dans une intervention thérapeutique simple ont alors suscité un grand intérêt pour le dépistage et le traitement de la toxoplasmose en cours de grossesse. L'un et l'autre ont été largement adoptés par les obstétriciens tandis les pédiatres publiaient un texte de consensus sur la prise en charge du nouveau-né infecté ou suspect d'infection¹. Or, la situation a beaucoup changé depuis lors.

1. L'incidence de l'infection toxoplasmique primaire chez l'adulte, et chez la femme enceinte en particulier, a considérablement diminué au cours des vingt dernières années en Suisse, entraînant du même coup à la baisse le nombre total d'infections foetales et le nombre d'infections symptomatiques chez le nouveau-né ou le nourrisson. Les observations faites dans les régions bâloise et lausannoise sont concordantes pour indiquer que le risque d'infection congénitale est actuellement de 1/2300 naissances vivantes, et celui d'infection symptomatique précoce de 1/14000–16000 naissances vivantes². L'extrapolation de ces données à l'ensemble du pays prédit une trentaine de cas d'infection congénitale par année, dont 4 à 5 présenteront une symptomatologie précoce.

Cette prédiction est en accord avec les observations du réseau Swiss paediatric surveillance unit (SPSU) qui a identifié, en moyenne annuelle, 4 cas d'infection symptomatique précoce³.

2. Malgré une vingtaine d'années d'expérience avec la stratégie de dépistage et traitement en cours de grossesse, et ce dans plusieurs pays européens, nous n'avons toujours aucune évidence de l'utilité de cette stratégie. Les nombreuses études effectuées sur le sujet, revues par le groupe Eurotox⁴, n'apportent aucune preuve que cette stratégie ait le moindre impact favorable sur le risque de transmission transplacentaire ni sur le risque pour l'enfant de développer une infection symptomatique.

3. L'absence d'évidence de l'efficacité du traitement s'applique aussi au traitement postnatal de l'enfant visant à prévenir les réactivations aiguës⁴. Pour cette raison, le Groupe suisse de travail sur la toxoplasmose congénitale préconise de ne pas traiter systématiquement les infections toxoplasmiques congénitales strictement asymptomatiques². Le traitement est restreint aux enfants présentant une manifestation inflammatoire aiguë (rétino-choroïdite, méningo-encéphalite) ou, mais uniquement au cours de la première année, une manifestation séquellaire de leur infection prénatale (cicatrices rétinienne, calcifications cérébrales).

Les raisons du changement

Une recommandation de santé publique, telle que dépister la séroconversion toxoplasmique durant la grossesse et traiter les conversions dépistées, se doit d'être fondée sur des évidences chiffrées solides qui, en l'occurrence et malgré le recul, sont totalement absentes. Pour cette raison, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP),

sur conseil du Groupe suisse de travail sur la toxoplasmose congénitale, a récemment recommandé l'arrêt du dépistage sérologique de la toxoplasmose avant ou durant la grossesse⁵.

Ces changements de recommandation radicaux ne seront pas sans soulever quelques questions ou inquiétudes, tant chez la femme enceinte «habituee» au dépistage que chez l'obstétricien ou le pédiatre. De plus, bien que la primo-infection toxoplasmique en cours de grossesse ait considérablement diminué au cours des dernières décennies, elle n'a pas totalement disparu, de sorte que des séroconversions continueront de se produire en cours de grossesse aboutissant parfois à une infection foetale et exceptionnellement à une maladie symptomatique précoce selon les prédictions statistiques mentionnées plus haut.

Ce qui change pour le pédiatre

L'abandon du dépistage va modifier la prise en charge dès la naissance en raison de la forte réduction attendue des suspicions de toxoplasmose congénitale régulièrement générées par des sérologies maternelles incomplètes ou d'interprétation délicate. En conséquence, le pédiatre ne sera (presque) plus amené à effectuer de suivi sérologique pour faire la distinction entre anticorps propres et anticorps d'origine maternelle. En outre, dans les circonstances où le diagnostic d'infection prénatale serait tout de même clairement établi, le pédiatre pourra abandonner le traitement d'une durée de 12 mois, à visée préventive, chez l'enfant strictement asymptomatique.

En contrepartie, chaque année, l'ensemble des pédiatres exerçant en Suisse côtoieront une trentaine de nouveaux cas d'infection congénitale chez les petits enfants, dont la plupart resteront asymptomatiques et méconnus dans l'enfance et dont un petit nombre (4–5) manifesteront une symptomatologie précoce associée à une réactivation aiguë de l'infection. La difficulté pour le pédiatre sera alors [1] d'identifier les manifestations aiguës, qui se présenteront surtout sous forme de rétinopathie, et [2] d'interpréter correctement les sérologies toxoplasmiques positives découvertes plus ou moins fortuitement à l'occasion d'investigations sérologiques «larges».

La plupart des épisodes de rétino-choroïdite du petit enfant affectent la périphérie rétinienne et passent inaperçus du pédiatre car le petit enfant a difficilement conscience d'un trouble visuel et n'a aucun moyen de le verbaliser clairement. Les séquelles morphologiques de ces épisodes sont habituellement détectées lors d'un examen du fond d'oeil effectué ultérieurement (dans le cadre d'un contrôle ophtalmologique pour un problème autre que la toxoplasmose) et sont heureusement sans conséquence fonctionnelle importante. Les épisodes que le pédiatre se doit de ne pas ignorer sont ceux qui affectent la macula car ils sont grevés de séquelles fonctionnelles potentiellement majeures. En cas d'atteinte maculaire, l'enfant est susceptible de présenter un **strabisme, qui constitue le seul et unique signe d'appel pour le pédiatre**. La lésion rétinienne toxoplasmique a un aspect caractéristique et est facilement reconnaissable par l'ophtalmologue. Lorsqu'elle est aiguë, elle résulte de la réactivation d'une infection pré-existante, qui peut être congénitale mais est souvent postnatale. La distinction entre infection congénitale et postnatale est pratiquement sans importance à partir du premier anniversaire puisque le traitement prolongé au-delà de l'épisode aigu n'a plus cours dès cet âge. Il peut ne pas y avoir de réponse sérologique détectable (ou facilement interprétable) en présence d'une lésion exclusivement oculaire. Pour cette raison, une lésion aiguë présentant les caractéristiques de la toxoplasmose doit être considérée et traitée comme telle, même en l'absence d'évidences sérologiques suffisantes.

Par ailleurs, le pédiatre se trouvera assez souvent confronté à une situation de sérologie toxoplasmique IgG positive chez un nourrisson ou petit enfant, sans aucune information toutefois sur ce qu'était la sérologie maternelle durant la grossesse. Une telle situation est toujours complexe car elle peut refléter 1) une infection postnatale asymptomatique, 2) une infection congénitale ou 3) la présence d'anticorps d'origine maternelle. La présence, ou non, d'IgM ou IgA spécifiques n'aide guère à faire une distinction formelle entre les deux premières hypothèses. Quant à l'avidité des anticorps anti-toxoplasmiques, une valeur faible va dans le sens d'une infection postnatale récente mais une avidité forte laisse les deux autres hypothèses largement ouvertes (en

se souvenant que les anticorps maternels persistent exceptionnellement au-delà de l'âge de 9 mois et que l'infection postnatale n'est pas courante au cours de la première année de l'existence).

Ce qui ne change pas pour le pédiatre

Les investigations¹⁾ (US ou CT scan cérébral, examen du fond d'œil) restent nécessaires dans les circonstances où une toxoplasmose congénitale serait tout de même diagnostiquée, notamment lorsque que la mère aura présenté une symptomatologie amenant au diagnostic précis de toxoplasmose en cours de grossesse.

Le traitement long (jusqu'à l'âge de 12 mois), combinant pyriméthamine et sulfadiazine alternées avec spiramycine,¹⁾ reste indiqué chez les enfants infectés exprimant une anomalie au bilan initial ou développant un signe clinique au cours de la première année.

Indépendamment de l'âge, le traitement court (4-6 semaines), associant médicaments anti-toxoplasmiques et anti-inflammatoires stéroïdiens, est nécessaire chez les enfants développant un épisode aigu de rétino-choroïdite. Cette situation doit être gérée conjointement avec un ophtalmologue.

Références:

- 1) Vaudaux B, Rudin C, Kind C, Schaad UB, Gnehm Hp, Nadal S & al. Schweiz Med Wschr 1995; 125 (Suppl 65): 70S-80S
- 2) Rudin C, Boubaker K, Raeber PA, Vaudaux B, Bucher HC, Garweg JG & al. Swiss Med Weekly 2008; 138 (Suppl 168): 1-8
- 3) Kind C and Swiss Paediatric Surveillance Unit. Swiss Med Weekly 1996; 126 (Suppl 87): 5S
- 4) eurotox.isped.u-bordeaux2.fr
- 5) www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/05571/index.html?lang=fr
www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/05571/index.html?lang=de

Correspondance:

Prof. Bernard Vaudaux
Département de Pédiatrie
CHUV
1011 Lausanne
Bernard.Vaudaux@chuv.ch