

## Prise en charge de la toxoplasmose chez l'enfant

Bernard Vaudaux\*, Christoph Rudin\*\*, Thomas Ferry\*, Christian Kind\*\*\*

### Introduction

Le risque de séroconversion toxoplasmique en cours de grossesse a considérablement diminué en Suisse au cours des deux dernières décennies, passant de 1.2% au début des années 1990 à 0.13% actuellement<sup>1)</sup>. Ce constat a amené l'Office fédéral de la santé publique à publier, en décembre 2008, une recommandation de ne plus effectuer de dépistage sérologique de la toxoplasmose durant la grossesse<sup>2)</sup>. Cette recommandation est confortée par le fait que, malgré une période d'observation d'une vingtaine d'années, il n'existe aucune évidence que le traitement antiparasitaire de la séroconversion chez la femme enceinte réduise le risque de transmission transplacentaire ou que le traitement postnatal préemptif dès la naissance de l'enfant asymptomatique réduise le nombre de manifestations aiguës ultérieures<sup>3)</sup>.

Cela étant, le risque de toxoplasmose aiguë gestationnelle n'est pas nul et, sur l'ensemble du pays, on s'attend à observer annuellement environ 33 enfants avec une infection congénitale dont 4 ou 5 présenteront des manifestations dès la naissance<sup>4)</sup>. Les pédiatres sont donc susceptibles de s'occuper d'enfants suspects de toxoplasmose congénitale et le présent travail leur suggère une attitude différenciée selon les circonstances du diagnostic et l'âge de l'enfant.

D'un point de vue pragmatique, il est utile de distinguer trois catégories de patients, appelant chacune une attitude différente:

1. Les nouveau-nés et nourrissons < 12 mois suspects d'infection prénatale en raison d'une toxoplasmose chez leur mère en cours de grossesse
2. Les nouveau-nés et nourrissons < 12 mois chez qui le diagnostic est évoqué en raison d'une manifestation clinique

ou d'une sérologie IgM (ou IgA) spécifique positive

3. Les enfants ≥ 12 mois chez qui le diagnostic est évoqué en raison d'une manifestation clinique.

### Nouveau-nés et nourrissons < 12 mois suspects d'une infection prénatale en raison d'une toxoplasmose chez leur mère en cours de grossesse

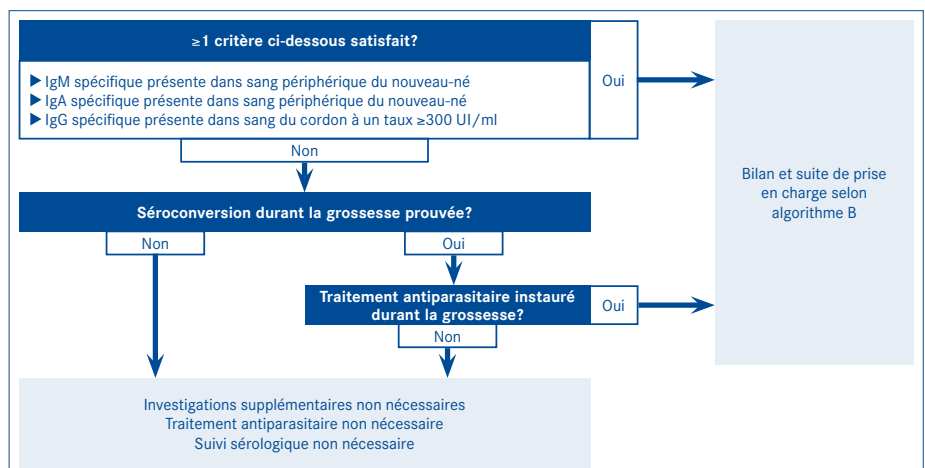
Cette catégorie comprend les enfants dont la mère a fait une toxoplasmose aiguë confirmée ou suspectée durant la grossesse. L'infection maternelle est considérée comme confirmée si une séroconversion (IgG, IgM ou IgA) est documentée durant la grossesse. Le terme de séroconversion implique obligatoirement la détection d'une classe d'anticorps dont l'absence était documentée auparavant. Dans tous les autres cas de figure, et notamment si on détecte durant la grossesse la présence d'IgM (et/ou IgA) sans notion de séroconversion, l'infection maternelle ne peut être que suspectée. En effet, compte tenu de la grande sensibilité des méthodes sérologiques actuelles et de la faible probabilité de survenue en Suisse d'une toxoplasmose aiguë en cours de grossesse, la seule présence

d'IgM et/ou IgA chez une femme enceinte n'indique pas nécessairement une infection gestationnelle.

Globalement considérés, les enfants de cette catégorie ont une faible probabilité d'être infectés. En conséquence, il est utile de rechercher chez eux un éventuel «facteur de risque» (*algorithme A*) signalant une probabilité accrue d'infection et justifiant un bilan plus poussé à la recherche d'anomalies non détectables par le simple examen clinique. Les facteurs de risque reconnus sont la présence d'IgM et/ou IgA spécifique dans le sang périphérique, un taux d'IgG spécifique dans le sang du cordon\* ≥ 300 UI/mL et une séroconversion maternelle IgG documentée en cours de grossesse. Le traitement antiparasitaire durant la grossesse figure comme facteur de risque en raison de sa capacité à atténuer la réponse immune chez la femme enceinte, avec pour conséquence une sous-estimation de la probabilité d'infection chez le nouveau-né quand celle-ci est fondée sur la seule mesure du taux des IgG spécifiques. Les enfants sans aucun facteur de risque ont une probabilité d'infection congénitale très faible et ne requièrent pas d'investigations supplémentaires, ni de traitement, ni même un suivi sérologique (*algorithme A*).

A l'inverse, les enfants avec un facteur de risque doivent subir un bilan complémentaire. Ce bilan est toujours indiqué car la plupart des manifestations de l'infection toxoplasmique prénatale sont infra-

\* Si le taux des anticorps IgG antitoxoplasmiques dans le sang du cordon n'a pas été mesuré, la mesure dans le sang périphérique est représentative de celle du sang du cordon jusqu'à la fin de la deuxième semaine de vie



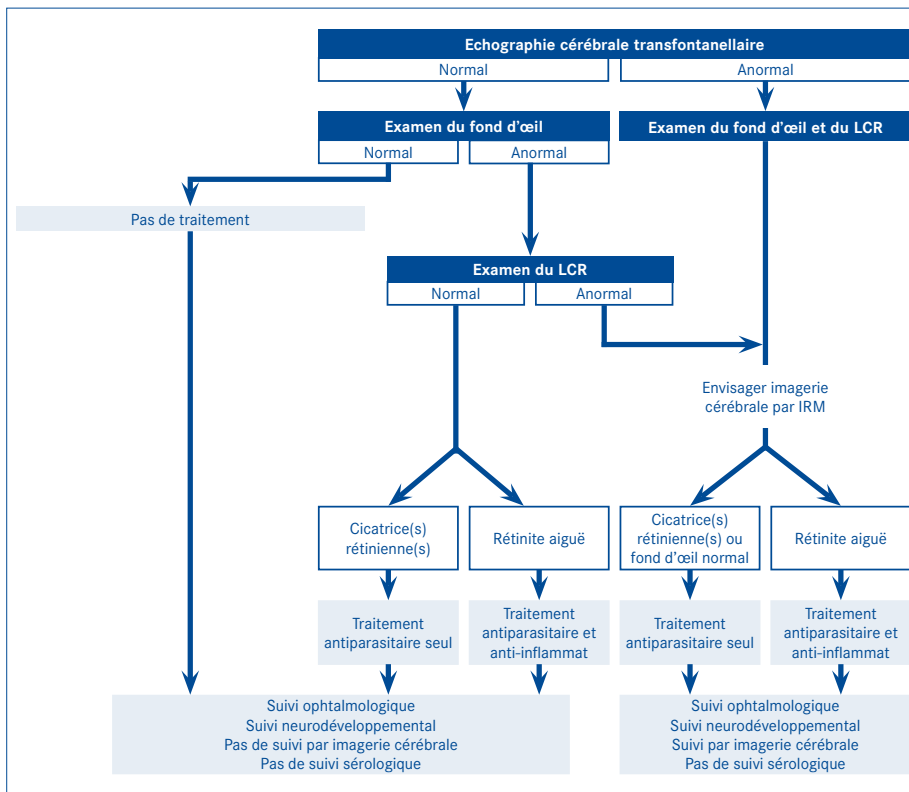
**Algorithme A:** Evaluation des facteurs de risque chez l'enfant suspect d'infection prénatale en raison d'une toxoplasmose maternelle en cours de grossesse

\* Département médico-chirurgical de pédiatrie, CHUV, Lausanne

\*\* Universitätskinderhospital beider Basel, Basel

\*\*\* Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen





**Algorithme C:** Bilan et prise en charge chez l'enfant suspect d'infection prénatale en raison d'une manifestation clinique ou d'une sérologie IgM (ou IgA) antitoxoplasmique positive

loppemental alors que, chez les autres, la suspicion de toxoplasmose congénitale peut être définitivement abandonnée. Le suivi sérologique pose toutefois un problème pratique important dans la mesure où l'observation d'une modification de taux interprétable avec sécurité requiert passablement de temps et peut constituer une assez longue période d'incertitude.\*\*\*

**Nouveau-nés et nourrissons < 12 mois chez qui le diagnostic est évoqué en raison d'une manifestation clinique ou d'une sérologie IgM (ou IgA) spécifique positive**

Dans cette tranche d'âge, l'évocation du diagnostic de toxoplasmose correspond *ipso facto* à une suspicion d'infection congénitale car la probabilité d'infection acquise est quasiment nulle compte tenu des conditions épidémiologiques actuelles en Suisse. La présence d'IgM (ou IgA) antitoxoplasmique dans le sang périphérique de l'enfant

\*\*\* Le calcul de la charge immunitaire permet souvent d'apprécier plus rapidement la baisse du taux des IgG antitoxoplasmiques sériques. La charge immunitaire est calculée par la formule suivante: «quantité d'IgG spécifiques (UI/mL)» divisée par «quantité totale d'IgG (mg/mL)». Elle est exprimée en UI/mg.

est une preuve irréfutable de l'infection. L'existence d'une manifestation clinique compatible en présence d'une sérologie IgG spécifique positive est considérée comme un critère diagnostique suffisant car l'absence d'IgM et d'IgA n'exclut pas le diagnostic d'infection prénatale.

Dans l'une ou l'autre situation, il est indispensable d'effectuer systématiquement une échographie cérébrale transfontanelle (ou une IRM selon les circonstances) et un examen du fond d'œil. En cas d'anomalie à l'un ou l'autre, un examen du liquide céphalorachidien est également indiqué. L'analyse du bilan (*algorithme C*) permet de déterminer l'indication au traitement, sa nature et le type de suivi. L'absence de toute anomalie justifie de ne pas entreprendre de traitement mais appelle tout de même un suivi ophtalmologique et neurodéveloppemental. Toutefois, prenant en compte la nécessité d'un suivi très prolongé et la faible probabilité de résultat IgM faussement positif, si la décision repose sur la seule présence d'IgM, il est raisonnable d'en vérifier la positivité sérologique sur un deuxième échantillon sanguin obtenu peu après le premier. A l'inverse, la présence d'une anomalie justifie un traitement antiparasitaire (*tableau 1*), un suivi ophtalmologique et

neurodéveloppemental (et, uniquement en cas d'anomalie à l'imagerie cérébrale, un suivi par imagerie cérébrale). L'observation d'un processus inflammatoire aigu appelle un traitement anti-inflammatoire associé à la thérapie antiparasitaire (*tableau 1*).

**Enfants ≥ 12 mois chez qui le diagnostic est évoqué en raison d'une manifestation clinique**

La problématique de la toxoplasmose au-delà du premier anniversaire est beaucoup plus diverse que chez l'enfant plus jeune. Les grandes lignes de la prise en charge de la toxoplasmose chez l'enfant immunocompétent sont résumées ci-dessous.

- 1) La toxoplasmose peut être une infection acquise aiguë, une réactivation d'infection acquise ancienne ou encore une réactivation d'infection congénitale. L'infection acquise aiguë se manifeste couramment sous forme d'état grippal, d'adénopathies cervicales, de syndrome mononucléosique ou de foyer(s) de chorioretinite active. La réactivation d'une infection acquise ancienne, de même que celle d'une infection congénitale, se manifeste quasi-exclusivement sous forme de foyer(s) de chorioretinite active.
- 2) La chorioretinite active est la seule manifestation inquiétante de la toxoplasmose chez l'enfant immunocompétent. Elle est associée à une morbidité importante et, selon la localisation et l'étendue du foyer, est susceptible d'avoir des séquelles fonctionnelles sérieuses.
- 3) Le pédiatre n'a habituellement pas les moyens de diagnostiquer une chorioretinite mais peut en déceler des signes d'alerte et référer l'enfant à l'ophtalmologue au premier signe:
  - Strabisme d'apparition récente
  - Plainte de vision floue, baisse de l'acuité visuelle
  - Myodésopsies (mouches volantes, corps flottants...)
 Ces signes ne sont pas spécifiques. Leur présence ne correspond donc pas nécessairement à une chorioretinite active mais justifie toujours amplement un avis ophtalmologique.
- 4) La morphologie des foyers de chorioretinite active permet le plus souvent d'en déterminer la nature toxoplasmique mais ne permet pas de déterminer l'origine

