

Madame P., jeune femme de 22 ans, nullipare, consulte pour un retard de règles avec un test de grossesse positif sur prélèvement d'urine. Le médecin confirme la grossesse.

L'échographie est cohérente avec la notion d'une aménorrhée de 8 semaines. Elle est immunisée vis-à-vis de la rubéole et de l'hépatite B, son dépistage VIH est négatif et son groupe sanguin est O rhésus positif.

Elle ne connaît pas son statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose.

Q1 : Pour une personne dont le statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose n'est pas connu, à quel moment de la grossesse une première sérologie toxoplasmose doit-elle être faite?

Réponse : Une première détermination de la sérologie toxoplasmose doit être faite au plus tard avant la fin du premier trimestre de la grossesse. (5 pts)

Une sérologie toxoplasmose est pratiquée dont les résultats sont les suivants :

IgG anti-*Toxoplasma gondii* (ELISA) : 2 UI/mL (seuil de positivité : 8 UI/mL)

IgM anti-*Toxoplasma gondii* (ELISA) : 0 (index) (seuil de positivité : 0,65)

Q2: Commenter ces résultats et donner les modalités du suivi sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose à effectuer pour cette grossesse.

Réponse : Sérologie négative (3 pts). Pratiquer une sérologie mensuelle jusqu'à l'accouchement (2 pts), puis une dernière sérologie 2 à 3 semaines après l'accouchement (1 pt).

Q3 : Quelles mesures doit prendre Mme P. pour éviter de s'infecter durant sa grossesse ?

Réponse : Éviter la contamination par le parasite :

Soit par les oocystes (1 pt) de *Toxoplasma gondii* (1 pt) éliminées par les fèces du chat (Hôte définitif et réservoir du parasite) (1 pt). Ces oocystes renferment la forme infectante, les sporozoïtes => bien laver les crudités et fruits (1 pt), mettre des gants pour jardiner ou éliminer quotidiennement la litière des chats et bien se laver les mains ensuite (1 pt).

Soit par la consommation de viande crue ou peu cuite (3 pts) contaminée par des formes bradyzoïtes (1 pt) contenues dans des « kystes viscéraux » formés par le parasite dans les muscles de l'animal (+++mouton, bœuf) (1 pt). Une mesure efficace pour éviter l'infection est la consommation de viande préalablement congelée ou bien cuite (1 pt).

A la 20ème semaine d'aménorrhée, le biologiste signale une apparition d'IgM spécifiques du toxoplasme, puis 10 jours plus tard, une nouvelle sérologie montre l'apparition d'IgG spécifiques.

Q4 : Comment interprétez-vous ces résultats ? Quelles informations allez-vous délivrer à cette patiente et quelles seront les répercussions, en termes de prise en charge, pour Mme P.?

Réponse : Il y a présence d'IgM puis 10 jours plus tard les Ig G spécifiques de *T. gondii* apparaissent chez la patiente => il y a donc séroconversion toxoplasmique (3 pts), Mme L. fait une toxoplasmose acquise. A ce stade, on lui informe qu'il y a risque de toxoplasmose congénitale, c'est à dire un risque de passage transplacentaire de *T. gondii* et infection du fœtus (3 pts).

On débute alors très rapidement un traitement par spiramycine (Rovamycine®) (3 pts) à 9MUI/jour jusqu'à la fin de la grossesse ou par l'association pyriméthamine + sulfadiazine + acide folinique (3 pts) puisque la grossesse est > premier trimestre. Le but est de limiter le passage materno-fœtal de *T. gondii*.

S'ajoute à ce traitement une surveillance attentive du fœtus pour rechercher des signes de contamination et, si c'est le cas, affirmer le diagnostic d'une toxoplasmose congénitale :

1- le fœtus est surveillé par des échographies mensuelles => recherche de zones hyperéchogènes (dilatation ventriculaire, calcifications intracrâniennes, hépatosplénomégalie etc.)

(5 points)

2- une amniocentèse (prélèvement du liquide amniotique) (3 pts) est proposée à la mère. Si le fœtus est atteint par *T. gondii* (protiste *Apicomplexa* à développement intracellulaire), celui-ci provoque des lyses cellulaires et se retrouve dans le liquide amniotique et pourra ainsi être détecté. Ce prélèvement se réalise après la 18ème semaine d'aménorrhée (1 pt) et 4 semaines après la séroconversion (1 pt) ; ce qui signifie que pour Mme L., le prélèvement peut se réaliser dans 4 semaines. Deux recherches sont réalisées sur ce prélèvement :

Diagnostic direct : détection par PCR (3 pts) de *T. gondii*. L'inoculation à la souris peut également être utilisée, mais le rendu des résultats est beaucoup plus long (\pm 45 jours) (1 pt bonus).

Tous les résultats concernant la prise en charge de Mme P. et de son foetus sont négatifs. La grossesse est poursuivie jusqu'au terme, sans souci concernant la toxoplasmose.

Q5 : Quels sont les anticorps maternels qui passent la barrière transplacentaire pour se retrouver dans la circulation foetale ?

Réponse : Seules les immunoglobulines G passent de la mère à l'enfant. (3 points)

Q6 : Quels sont les risques vis-à-vis de la toxoplasmose pour une grossesse ultérieure ?

Réponse : Une personne immunisée pour le toxoplasme, l'est pour toute la vie. Elle renferme dans ses tissus profonds (muscles, cerveau) des « kystes viscéraux » contenant des formes bradyzoïtes qui entretiennent l'immunité. Si cette personne se réinfecte avec *T. gondii*, les formes de prolifération rapides (tachyzoïtes) sont détruites très rapidement. Il n'y aura donc pas de risque de transmission au fœtus lors des grossesses futures (mais des exceptions sont possibles).

(5 points)

Q7. Outre le fœtus, pour quelles catégories de patients *Toxoplasma gondii* peut-il présenter un risque sanitaire ?

Réponse : Patients immunodéprimés (2 pts), SIDA ou autres immunodépressions (1 pt) y compris thérapeutiques (1 pt)

Transplantations (2 pts)