

Toxo congénitale .

La toxoplasmose est une maladie causée par un parasite, *Toxoplasma gondii*, que l'on contracte essentiellement par ingestion de viande, de légumes ou de fruits contaminés, ou au contact d'un chat .

Mais on peut l'avoir sans tout ça

Chez un individu sain, l'infection toxoplasmique passe le plus souvent inaperçue et laisse une immunité durable qui se manifeste par la présence d'anticorps dans le sang.

Chez le fœtus contaminé par voie transplacentaire au décours d'une infection maternelle acquise pendant la grossesse, la maladie peut être sans aucune conséquence, ou au contraire être extrêmement grave.

- mort in utero,
- lourdes malformations neurologiques SNC ,
- lésions oculaires immédiates ou retardées .et récidivante

Fréquence

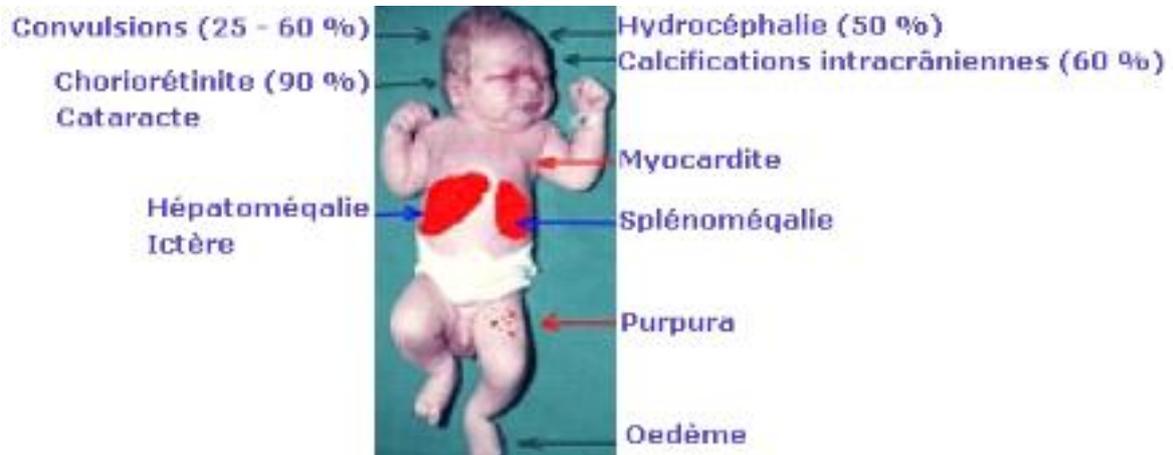
Toxo congénitale : 1/3.000 naissances .

Toxo avec complications : 1/30.000 naissances

Toxo foetale pour Toxo maternelle : 25 % des cas

Manifestations à la naissance :

- Rash maculopapulaire
- lymphadenopathie généralisée,
- organomégalie



Délais et gravité :

La transmission parasitaire du placenta au fœtus n'est pas immédiate : il y a toujours un délai au cours duquel le placenta est infecté et le fœtus encore indemne d'où les possibilités de sa prévention par le traitement médical et l'importance de la surveillance des sérologies.

L'infection foetale n'est pas toujours grave : sa sévérité dépend du nombre et de la virulence des parasites transmis et de l'immaturité immunitaire du fœtus. L'âge foetal au moment de la transmission est donc fondamental ; plus le toxoplasme est transmis tard, moins les lésions sont graves.

Quand l'infection est antérieure à la conception (plus de 6 mois), il n'y a pas de risque de toxoplasmose congénitale.

Quand l'infection maternelle s'est produite dans les semaines qui ont précédé la conception ou avant la 10^e semaine d'aménorrhée, le risque de contamination foetale est très faible (environ 1%) mais les lésions, lorsqu'elles existent sont graves.

Le risque de toxoplasmose congénitale est maximal quand l'infection maternelle se produit entre la 10^e et la 16^e semaine.

Le risque, non pas de maladie, mais de transmission du parasite est maximal pour les infections maternelles acquises après la 16^e semaine mais la maturation immunitaire du fœtus a progressé et les infections congénitales sont alors bénignes ou inapparentes.

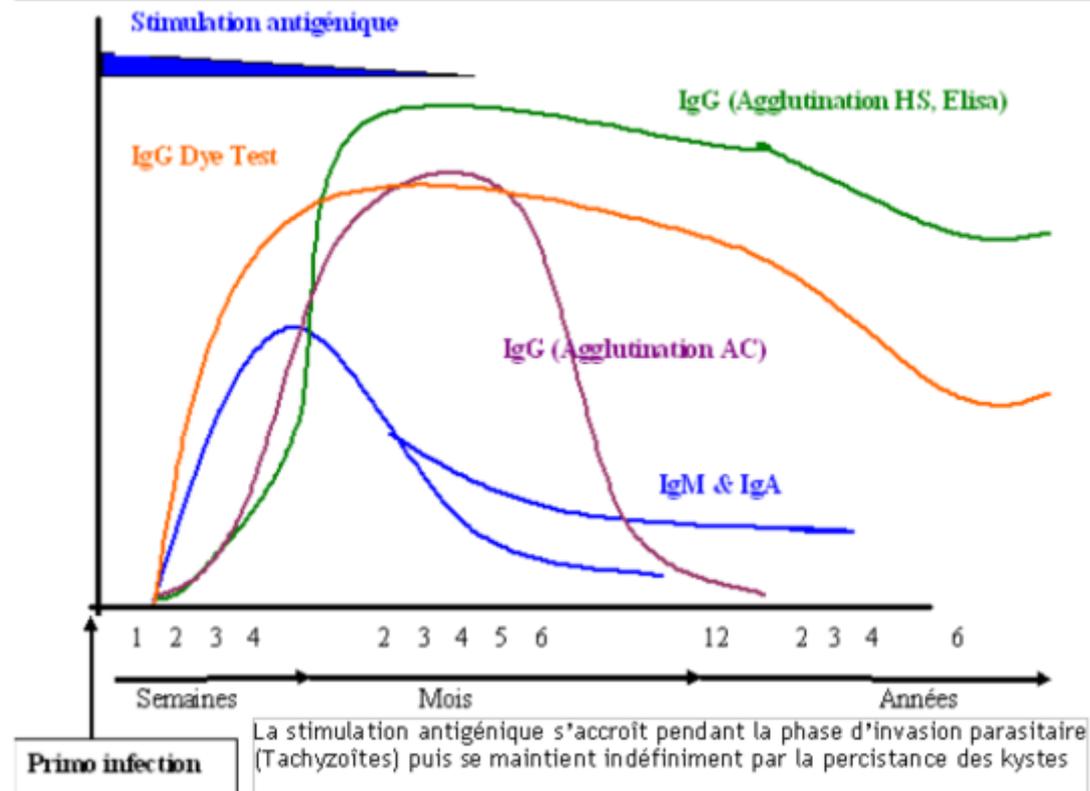
Les enfants doivent toutefois être traités car ces formes torpides d'infection peuvent se réactiver plusieurs années plus tard et laisser des séquelles.

Diagnostic « certain » :

Les tests les plus performants consistent en la détermination des réplifications ADN virale par PCR .

La biologie 'effectue chez la mère et dans le liquide amniotique 4 sem après la découverte chez la mère

Serologie :



Attitude :

IgM	IgG	Interprétation et commentaires
+	-	<ul style="list-style-type: none">• Possibilité d'une infection récente (les premiers jours de l'infection) ou d'IgM non spécifiques• A contrôler sans traitement et sans délais : si IgG deviennent +, il s'agit d'une séroconversion.
+	+	<ul style="list-style-type: none">• Infection récente possible, pas d'indication sur l'évolutivité de l'infection (il faut compléter par le test d'avidité)• Possibilité d'IgM persistantes.• Contrôle sérologique dans 2 à 3 semaines
-	+	<ul style="list-style-type: none">• Infection ancienne probable• Contrôle sérologique 2 à 3 semaines plus tard
-	-	<ul style="list-style-type: none">• Absence d'immunisation• Surveillance mensuelle des sérologies et règles d'hygiène

Traitement :

Un traitement par spiramycine (Rovamycine) par cure de 10 jours jusqu'à l'accouchement limite de 60 % les transmissions mère-enfant . .

La combinaison pyriméthamine-sulphonamide est recommandée si l'infection foetale est confirmée.

Atteinte oculaire .

L'atteinte oculaire la plus fréquente est une chorioretinite, On retrouve aussi une microphthalmie et un strabisme qui peut survenir après des mois ou des années.

L'atteinte visuelle est dépendante du génotype du parasite, et surtout des traitements pré- et postnataux..

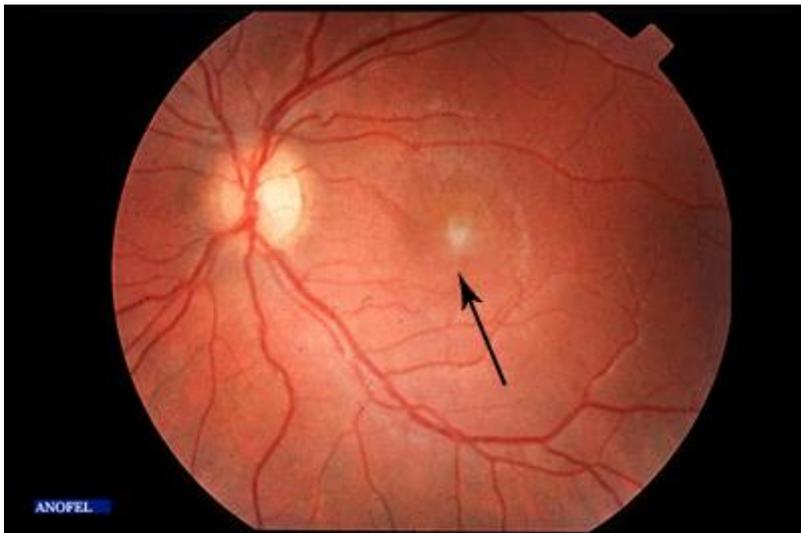
Les conséquences sur la vision seront extrêmement variables.

La prise en charge médicale d'enfant atteint de toxoplasmose congénitale se fait dans un contexte difficile lié à l'angoisse des parents, à l'évolution imprévisible de la maladie et à la lourdeur du traitement.

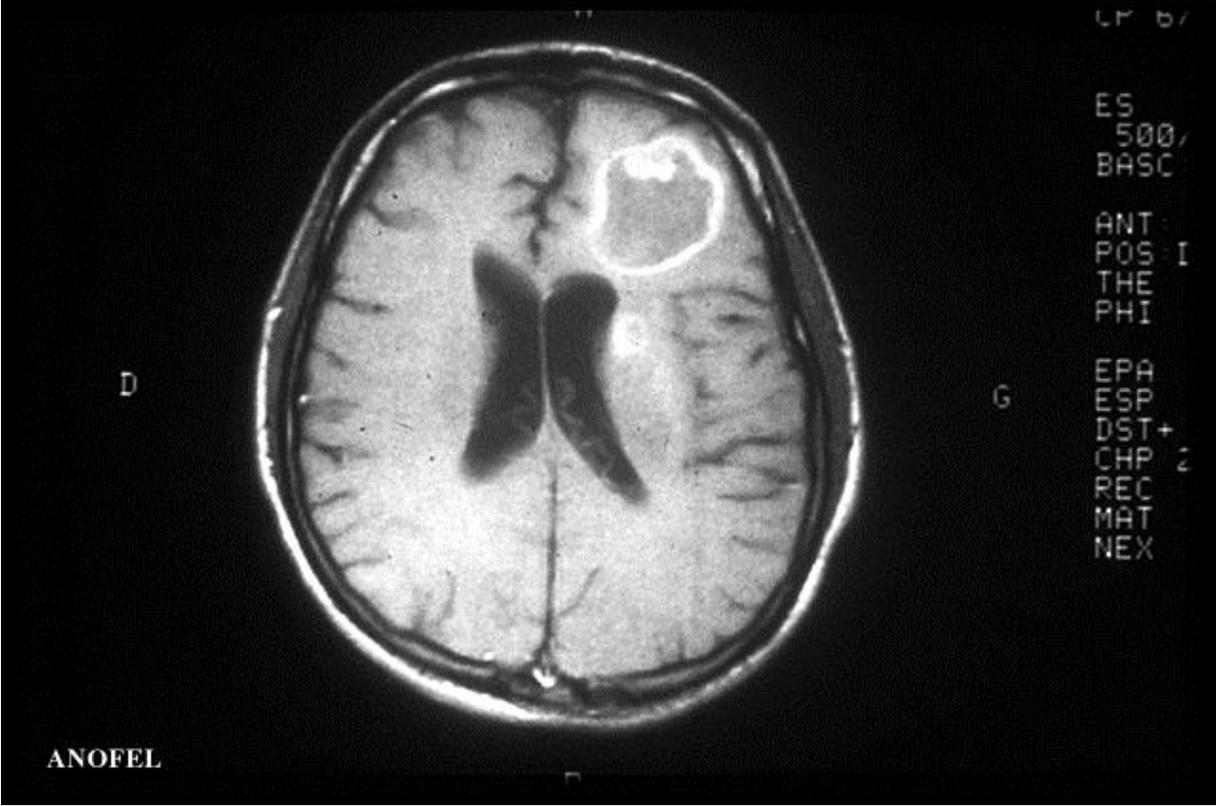
Dès la naissance, l'enfant contaminé bénéficie pendant une période minimum de 14 mois d'une thérapeutique par Fansidar® associé à l'acide folique

Pendant la durée du traitement, un hémogramme est pratiqué tous les mois ;

L'enfant bénéficie d'un contrôle clinique sérologique et ophtalmologique trimestriel.



Atteinte cérébrale :



Le problème du Fansidar :

Le Fansidar® est commercialisé pour le traitement du paludisme chez l'adulte. Il se présente sous forme de comprimés et n'est donc pas du tout adapté à l'utilisation chez les nouveau-nés et jeunes enfants.

La posologie est d'un quart de comprimé pour la première année de vie .

Les parents doivent couper les comprimés en 4

Ce quart de comprimé doit être écrasé afin d'être mélangé dans un biberon.

Cette dose de comprimé est la même que l'enfant pèse 5 ou 9 kg, c'est-à-dire entre 2 mois et environ 1 an, alors que son poids a presque doublé pendant cette période ;