

Lettre d'experts No 31

Commission d'assurance de qualité
Président Prof. Dr. Daniel Surbek

Abandon du screening de la toxoplasmose pendant la grossesse – résumé bref de la justification

Groupe de travail suisse de la toxoplasmose congénitale*

***K. Boubaker, H. U. Bucher, J. G. Garweg, I. Hoesli, P. Hohlfeld, C. Kind, P. A. Raeber, C. Rudin, B. Vaudaux**

Jusqu'en décembre 2008, la Suisse a connu un screening «sauvage» de la toxoplasmose pendant la grossesse. Cela veut dire qu'il n'existait pas de recommandation officielle pour un screening pendant la grossesse ou lors d'un accouchement dans le passé. En conséquence, on testait (et on teste encore aujourd'hui) une grande partie des femmes enceintes pour la toxoplasmose sans disposer d'une méthode commune pour autant.

Aucune des techniques de laboratoire, dont nous disposons aujourd'hui, pour diagnostiquer une infection récente par le toxoplasme ne fait preuve d'une sensibilité haute pour les anticorps spécifiques de la toxoplasmose, et leur spécificité est souvent loin d'être optimale. Ainsi environ 6% des résultats positifs pour la présence d'IGM par le test ISAGA sont faux. En conséquence, de nombreuses femmes enceintes ne sont pas testées ou bien elles le sont de manière insuffisante. Ainsi aujourd'hui beaucoup de femmes enceintes subissent un traitement médicamenteux à cause d'une infection récente supposée. En effet, le test d'avidité, qui est très répandu de nos jours, n'est pas standardisé et il indique une infection récente souvent trop longtemps.

Il va de même avec le test PCR que l'on pratique dans le liquide amniotique pour le diagnostic fœtal: Sa standardisation est insuffisante et sa sensibilité et sa spécificité ne sont que mal définies. C'est pour cela que les résultats varient selon les laboratoires et selon le moment choisi pour l'examen. Ainsi il est impossible de se baser sur les résultats de laboratoire si on doit prendre la décision pour un traitement ou encore pour une interruption de la grossesse.

Une analyse internationale très détaillée de toutes les données de la littérature des dernières années (EUROTOXO) a mené à la conclusion suivante: Il n'existe pas de preuve scientifiquement utilisable qu'un traitement des femmes enceintes atteintes d'une toxoplasmose aiguë pendant leur grossesse ait un effet favorable pour prévenir la transmission verticale de l'infection à l'enfant. Le même constat est valable pour la morbidité d'un enfant infecté. En plus, l'effet thérapeutique sur la fréquence des récurrences de la manifestation de la toxoplasmose oculaire n'est pas mesurable. La recommandation de traiter un nouveau-né (ou un enfant < 12 mois) avec une infection confirmée ou symptomatique reste néanmoins valable.

Deux régions de la Suisse (Bâle et Lausanne) fournissent aujourd'hui des informations identiques sur la séroprévalence de la toxoplasmose chez les femmes enceintes et sur l'incidence de la toxoplasmose congénitale. Ces informations correspondent aux résultats concernant l'incidence de la toxoplasmose symptomatique congénitale publiés par la Swiss Pediatric Surveillance Unit (SPSU) pour les années 1995 - 1998. Ces données ont montré que la séroprévalence pour les anticorps toxoplasmiques chez les femmes enceintes en Suisse a diminué de >50% dans les années huitante à, à peine plus que 30% actuellement. Aujourd'hui, la toxoplasmose congénitale ne frappe plus qu'un enfant sur 2300 (nés vivants) et on ne trouvera une infection symptomatique que chez un enfant sur 14'000 (nés vivants). Parmi les 73'000 femmes enceintes chaque année en Suisse, 130 au grand maximum souffriront d'une toxoplasmose aiguë pendant leur grossesse.

Si on analyse les données mentionnées ci-dessus dans le contexte d'une analyse du coût bénéfique, on doit douter de l'attitude pratiquée jusqu'à maintenant. Il ne semble plus défendable de maintenir la politique pratiquée jusqu'à présent si on tient compte qu'aucune des thérapies jugées efficaces auparavant ne fait preuve d'efficacité favorable, scientifiquement documentée, ni pour la grossesse, ni pour le nouveau-né. Il convient aussi de prendre en considération le fait qu'en pratiquant ces examens, on soumet un bon nombre de parents à des soucis et des angoisses considérables pendant la grossesse. Last but not least il faut souligner que l'investigation intra-utérine expose l'enfant à un risque potentiel plus élevé (risque de mort intra-utérine lors d'une amniocentèse: Environ 1%).

La stratégie nouvelle, valable depuis décembre 2008

Le projet EUROTOXO a attribué un certain potentiel d'efficacité à la prévention primaire comme seule stratégie préventive. Le contact avec les chats n'est que d'une importance faible. En revanche, la consommation de viande rouge et de volaille, crue ou peu cuite, semble jouer un rôle capital. Aussi nous aimerions transmettre des messages de prévention unifiés et actualisés aux femmes enceintes en Suisse. A cette fin, l'information au public dans les documents ci-joints a été actualisée.

Les modifications suivantes ont été recommandées:

1. Sans raisons cliniques, on ne devrait plus pratiquer les tests d'une séroconversion des anticorps spécifiques pour la toxoplasmose, car il manque l'évidence que des interventions thérapeutiques apportent plus de profits que de nuisances. En plus, le diagnostic est grevé d'incertitudes.
2. En l'absence de données évidentes en faveur de l'utilité d'une thérapie de la toxoplasmose chez les femmes enceintes toute l'attention doit se diriger sur la prévention: Il faut renoncer absolument à la consommation de viande rouge et de volaille, crue ou peu cuite. Sur le site www.bag.admin.ch/themen/medizin (> maladies infectieuses > toxoplasmose), où on peut choisir la langue qui convient, on trouve toutes les informations importantes pour les femmes enceintes ou celles qui ont un désir de grossesse.
3. Lors d'une suspicion clinique et/ou sonographique d'infection par le toxoplasme, l'analyse de la sérologie pour la toxoplasmose reste partie intégrante des investigations.
4. Les programmes de surveillance qui sont en cours à Bâle, à Lausanne et à la SPSU seront maintenant pour quelques années encore afin de constater une éventuelle influence de ce changement d'attitude sur l'incidence et sur la morbidité de la toxoplasmose congénitale le plus vite possible.
5. Il faut éviter que les femmes enceintes soient inquiétées d'avantage par l'abandon du screening de la toxoplasmose. Pendant la période du changement d'attitude, il incombe au médecin traitant d'informer les femmes enceintes sur les avantages et les désavantages d'un screening, d'expliquer les mesures de prévention primaires et de définir la marche à suivre avec elles.

Dans ce contexte, il faut savoir si la connaissance du status sérologique de la toxoplasmose de la femme enceinte offre des avantages. Une sérologie initialement positive - qu'on peut attendre chez un tiers des femmes enceintes - rend inutile les mesures de prévention spécifiques. Il est en revanche possible qu'un résultat initialement négatif motive mieux une femme enceinte à respecter les mesures de prévention.

Pour conclure, nous sommes de l'opinion que notre excellent système de santé permettra de saisir les enfants atteints d'une toxoplasmose congénitale asymptomatique tout en renonçant au screening. Vous trouverez d'avantage d'informations de fond concernant la stratégie dans le supplément du Swiss Medical Weekly du 13 décembre 2008: *Toxoplasmosis during pregnancy and infancy: a new approach for Switzerland.*

Littérature: chez les auteurs

Date: 11.3.2010

Pour la traduction française: Dr Ueli Stoll / Dr Jacques Seydoux