

Séroconversion toxoplasmique : prise en charge formulée d'après les données de la littérature (1-4)

Séroconversion toxoplasmique : prise en charge formulée d'après les données de la littérature (1-4)

Date présumée de l'infection/Terme	Datation présumée de l'infection	Traitement après l'infection	Amniocentèse et PCR Liquide Amniotique (LA)	Fréquence des échographies	Traitement après amniocentèse jusqu'à l'accouchement	Bilan néonatal et suivi de l'enfant
Anté-conceptionnelle (en l'absence de symptômes persistants ou d'immunodépression ou de contexte épidémiologique particulier ¹)	Dans le mois avant la conception	Non	Non	Habituelle	Non	Non
Post-conceptionnelle précoce non exclue (IgG+IgM+ dès la première sérologie)	Impossible à dater et < 6 SA	Non ou Spiramycine ² (après discussion)	Non (après discussion)	Suivi rapproché (4-5 semaines)	Non	Oui
Post-conceptionnelle certaine (apparition d'IgG)	0 à 13 SA	Spiramycine ²	Oui à 18 SA ³	Mensuel Si PCR LA neg. : trimestriel voire mensuel Si PCR LA+ : toutes les 2 à 4 semaines	PCR LA neg. : Spiramycine ² (arrêt envisageable après une durée de traitement prophylactique > 4 semaines) PCR LA+ : Pyriméthamine-Sulfadiazine ^{2,4}	Oui
	14 SA à 32 SA	Pyriméthamine-Sulfadiazine ^{2,4}	Oui à partir de 18 SA et 4 semaines après la date présumée de l'infection ³	Mensuel Si PCR LA neg. : mensuel Si PCR LA+ : toutes les 2 semaines	PCR LA neg. : 4 semaines de Pyriméthamine-Sulfadiazine puis Spiramycine ^{2,4} PCR LA+ : Pyriméthamine-Sulfadiazine ^{2,4}	Oui
	≥ 33 SA	Pyriméthamine-Sulfadiazine ^{2,4}	Oui ⁵	Au minimum mensuel	Pyriméthamine-Sulfadiazine ^{2,4}	Oui

¹Voyage dans les mois précédents en Guyane ou autre pays d'Amérique du Sud ou en Afrique (géotypes atypiques).

²Si rupture de stock ou intolérance, possibilité de prescrire du Cotrimoxazole (Bactrim Forte) 1 cp matin et soir + acide folinique 25 mg 2 par semaine, en l'absence de contre-indication et après 14 SA.

³Si PCR LA neg. : prélever si possible du liquide amniotique à l'accouchement : Filisetti *et al.* Contribution of neonatal amniotic fluid testing to diagnosis of congenital toxoplasmosis. J Clin Microbiol. 2015 May;53(5):1719-21. doi: [10.1128/JCM.02358-14](https://doi.org/10.1128/JCM.02358-14).

⁴NFS en début de traitement puis tous les 15 jours.

⁵Recommandé par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et si possibilité pratique et acceptation par la parturiente.

Validation 22/01/2025

Séroconversion toxoplasmique : prise en charge formulée d'après les données de la littérature (1-4)

Références

1. Mandelbrot L, Kieffer F, Wallon M, Winer N, Massardier J, Picone O, Fuchs F, Benoist G, Garcia-Meric P, L'Ollivier C, Paris L, Piarroux R, Villena I, Peyron F. Toxoplasmose pendant la grossesse : proposition actuelle de prise en charge pratique [Toxoplasmosis in pregnancy: Practical Management]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2021 Oct;49(10):782-791. French. doi: 10.1016/j.gofs.2021.03.003. PMID: [33677120](#).
2. Peyron F, L'ollivier C, Mandelbrot L, Wallon M, Piarroux R, Kieffer F, Hadjadj E, Paris L, Garcia-Meric P. Maternal and Congenital Toxoplasmosis: Diagnosis and Treatment Recommendations of a French Multidisciplinary Working Group. *Pathogens.* 2019 Feb 18;8(1):24. doi: 10.3390/pathogens8010024. PMID: [30781652](#).
3. Mandelbrot L. Congenital toxoplasmosis: What is the evidence for chemoprophylaxis to prevent fetal infection? *Prenat Diagn.* 2020 Dec;40(13):1693-1702. doi: 10.1002/pd.5758. PMID: [32453454](#).
4. Mandelbrot L, Kieffer F, Sitta R, Laurichesse-Delmas H, Winer N, Mesnard L, Berrebi A, Le Bouar G, Bory JP, Cordier AG, Ville Y, Perrotin F, Jouannic JM, Biquard F, d'Ercole C, Houfflin-Debarge V, Villena I, Thiébaud R; TOXOGEST Study Group. Prenatal therapy with pyrimethamine + sulfadiazine vs spiramycin to reduce placental transmission of toxoplasmosis: a multicenter, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Oct;219(4):386.e1-386.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2018.05.031. PMID: [29870736](#).