

Sérologie de grossesse

Actualités et cas cliniques

Dre Eugénie GAY
Dre Laura RUMEBE

Plan de la présentation

1- Cytomégalovirus

2- Rubéole

3- Syphilis

4- Maladie de Chagas

CYTOMEGALOVIRUS (CMV)

Cytomégalovirus

➤ Cas clinique 1

- Madame M. 34 ans
- Enceinte 7+5 SA
- Demande à son gynécologue une sérologie CMV
- Petite fille de 18 mois ans gardée en crèche



CytomégaloVirus

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



Quantifying the Burden of Congenital Cytomegalovirus Infection With Long-term Sequelae in Subsequent Pregnancies of Women Seronegative at Their First Pregnancy

Marianne Leruez-Ville,^{1,2} Tiffany Guillemot,^{1,2} Julien Stirnemann,^{1,3} Laurent J. Salomon,^{1,2} Emmanuel Spaggiari,^{1,3} Valentine Faure-Bardon,^{1,3} Jean-Francois Magny,^{1,4} and Yves Ville^{1,3}

¹Paris Descartes University, Paris, France, ²Virology Laboratory, Reference Laboratory for Cytomegalovirus Infections, Assistance Publique-Hopitaux de Paris, Hospital Necker, Paris, France, ³Maternity, Assistance Publique-Hopitaux de Paris, Hospital Necker, Paris, France, and ⁴Neonatal Intensive Care Unit, Assistance Publique-Hopitaux de Paris, Hospital Necker, Paris, France

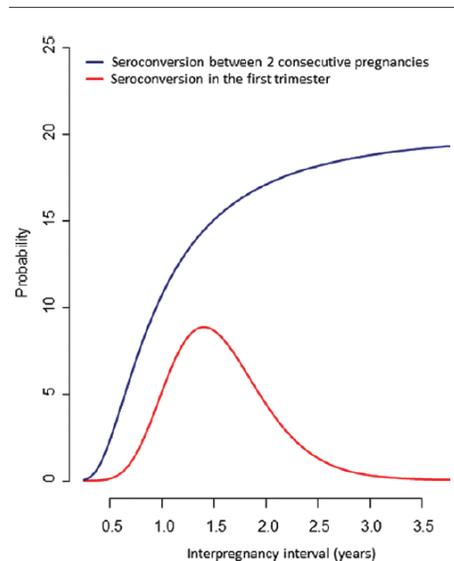


Figure 2. Model of the seroconversion rate and the primary infection rate in the first trimester, according to the inter-pregnancy interval.

- Risque séroconversion peri-conceptionnelles / T1 le + élevé (7%) si intervalle entre 2 grossesses entre 1-2 ans
- Risque cCMV à T1 **26 fois plus élevé** que dans la pop. générale si intervalle entre 2 grossesses 1-2 ans

CytomégaloVirus

➤ Cas clinique 1

Sérologie initiale le 06/11/20
Screening Cobas

CytomégaloVirus			
IgG (Cobas)	10.2	Positif+	U/mL
• IgM (Cobas)	6.36	Positif+++	Index

Rajout de tests complémentaires

Cytomégalovirus

➤ Cas clinique 1

Cytomégalovirus			
IgG (Cobas)	10.2	Positif+	U/mL
IgG (Abbott)	63.3	Positif++	UA/mL
▪ Avidité (IgG Abbott)	14.8	Faible*	%
▪ IgM (Abbott)	8.30	Positif+++	Index
▪ IgM (Cobas)	6.36	Positif+++	Index

IgM élevés et avidité faible → Infection récente



Nécessité de dater

Cytomégalo­virus

DOI: 10.1002/pd.4118

PRENATAL DIAGNOSIS

ORIGINAL ARTICLE

A series of 238 cytomegalovirus primary infections during pregnancy: description and outcome

O. Picone^{2*}, C. Vauloup-Fellous³, A. G. Cordier¹, S. Guillon², M. V. Senar^{4,5,6}, F. Fuchs^{4,5,6}, J. M. Ayoubi², L. Grangeot Keros³ A. Benachi¹

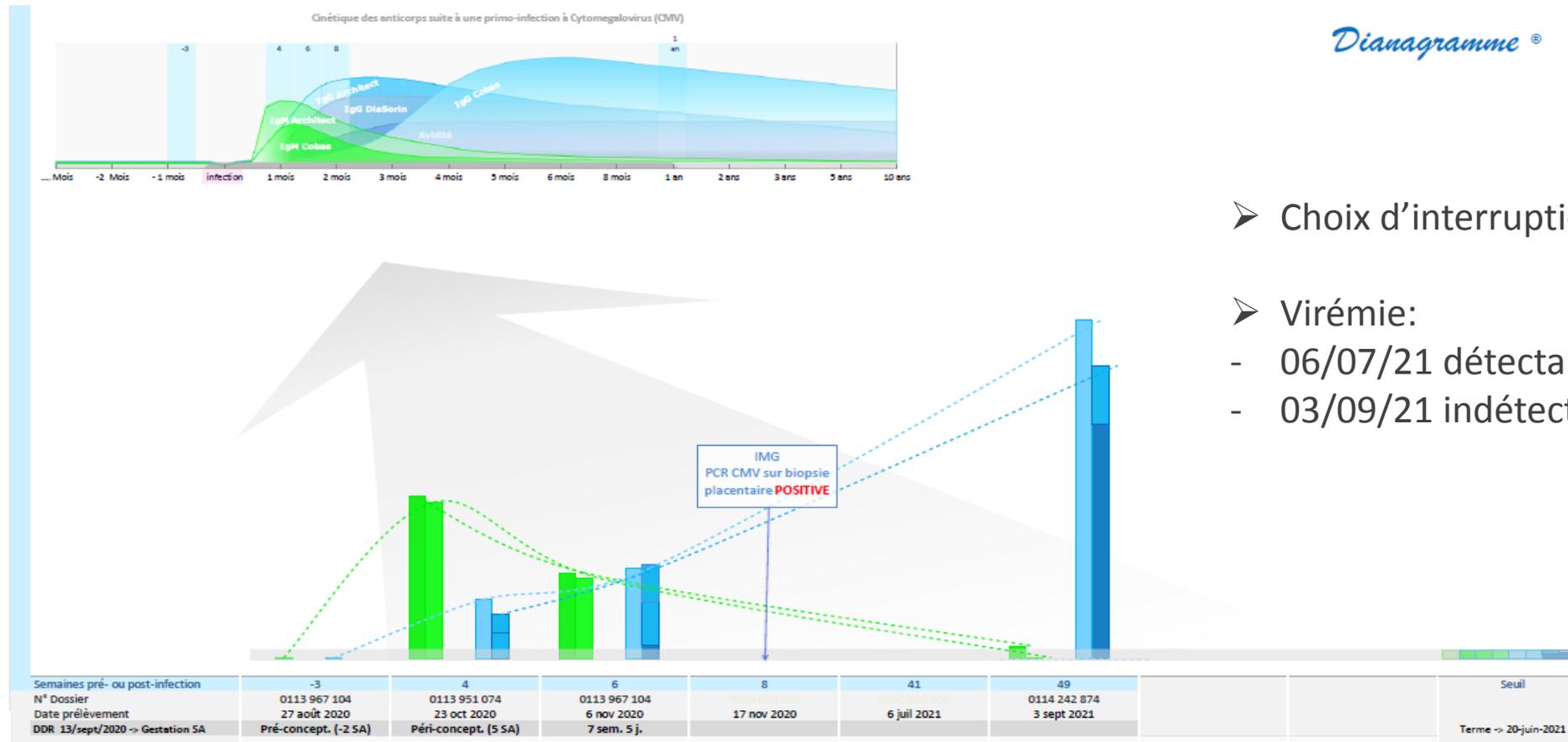
Prenatal diagnosis 2013, Picone and al.

	Risque de transmission	Risque de fœtopathies
PRE-conceptionnel	8.8%	100%
PERI-conceptionnel	19%	60%
T1	30%	45.4%
T2	34%	7%
T3	40%	0%

- ➔ PREconceptionnel : 2 mois à 3 semaines avant la conception
- ➔ PERIconceptionnel : 3 sem avant et 3 sem après la conception

Cytomégalovirus

➤ Prise en charge



Cytomégalovirus

➤ Prise en charge

Proposition de traitement

Valaciclovir to prevent vertical transmission of cytomegalovirus after maternal primary infection during pregnancy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial



Keren Shahar-Nissan*, Joseph Pardo*, Orit Peled, Itzhak Krause, Efraim Bilavsky, Arnon Wiznitzer, Eran Hadari, Jacob Amir†

- Etude israélienne, randomisée en double aveugle (n=90)
- Valaciclovir 8g/j en 2 prises (4 prises? Accumulation rénale?)

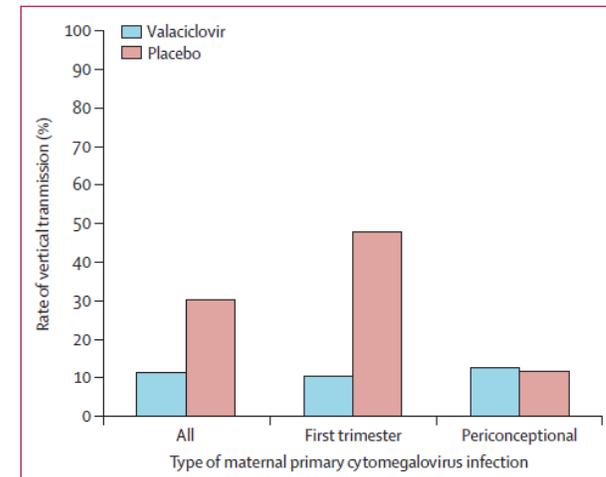


Figure 2: Rate of vertical transmission among study participants

11% vs 30% dans le groupe placebo

Cytomégalovirus

➤ Cas clinique 2

- Patiente de 23 ans
- Primipare, 7+2 SA début novembre
- Educatrice en crèche
- Consulte pour forte fatigue à T1, sans anémie



Cytomégalovirus

➤ Cas clinique 2

DDR : 26/08/2019

Sérologie le 12/10/2019

Cytomégalovirus			
IgG (Cobas)	0.150	Négatif	U/mL
IgM (Cobas)	0.63	Négatif	Index

Screening douteux en IgM
Rajout seconde méthode, plus précoce

Cytomégalovirus

➤ Cas clinique 2

DDR : 26/08/2019

Sérologie le 12/10/2019

Cytomégalovirus			
IgG (Cobas)	0.150	Négatif	U/mL
IgG (Abbott)	31.3	Positif++	UA/mL
Avidité (IgG Abbott)	27.5	Faible*	%
IgM (Abbott)	0.32	Négatif	Index
IgM (Cobas)	0.63	Négatif	Index

Présence d'IgG avec la seconde méthode

Cytomégalovirus

➤ Cas clinique 2 : comparaison avec un sérum antérieur

Cytomégalovirus

IgG (Cobas)	0.150	Négaatif	U/mL			
IgG (Abbott)	31.3	Positif++	UA/mL	26/08/2019	1.50	§
* Avidité (IgG Abbott)	27.5	Faible*	%			
IgM (Abbott)	0.32	Négaatif	Index	26/08/2019	0.07	§
IgM (Cobas)	0.63	Négaatif	Index		0.16	§

1

2

- 1 Véritable séroconversion : augmentation franche des IgG
- 2 Absence d'IgM à des taux significatifs

➔ Importance de la cinétique et des dosages en parallèle

Cytomégalovirus

➤ Cas clinique 2

Cytomégalovirus

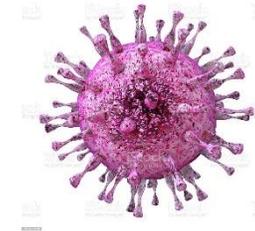
IgG (Cobas)	0.150	Négatif	U/mL				
IgG (Abbott)	31.3	Positif++	UA/mL	26/08/2019	1.50	§	
Avidité (IgG Abbott)	27.5	Faible*	%				
IgM (Abbott)	0.32	Négatif	Index	26/08/2019	0.07	§	
IgM (Cobas)	0.63	Négatif	Index		0.16	§	

Grossesse non évolutive: perte foétale à 8 SA

Cytomégalovirus

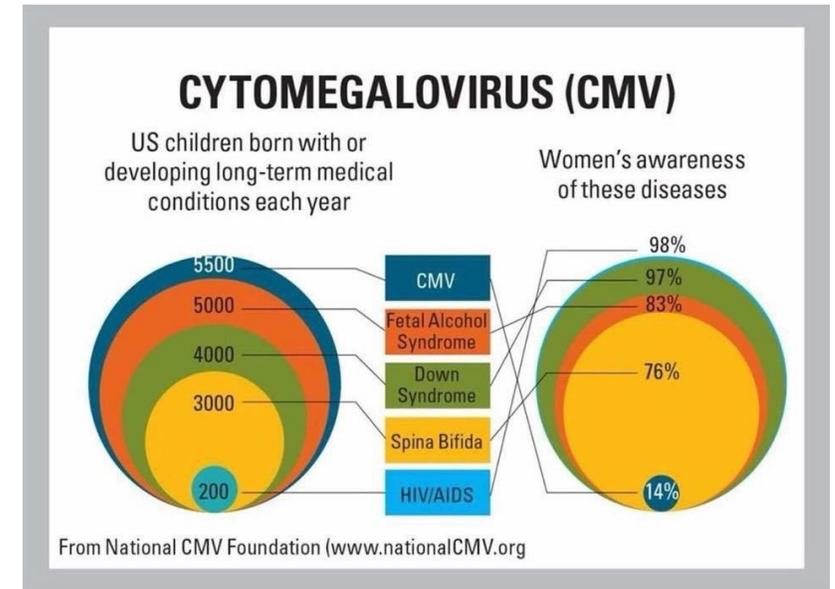
➤ Rappels

- *Herpesviridae*
- Strictement humain
- Asymptomatique (50-80%), fièvre
- Population à risque: IMDP, femmes enceintes



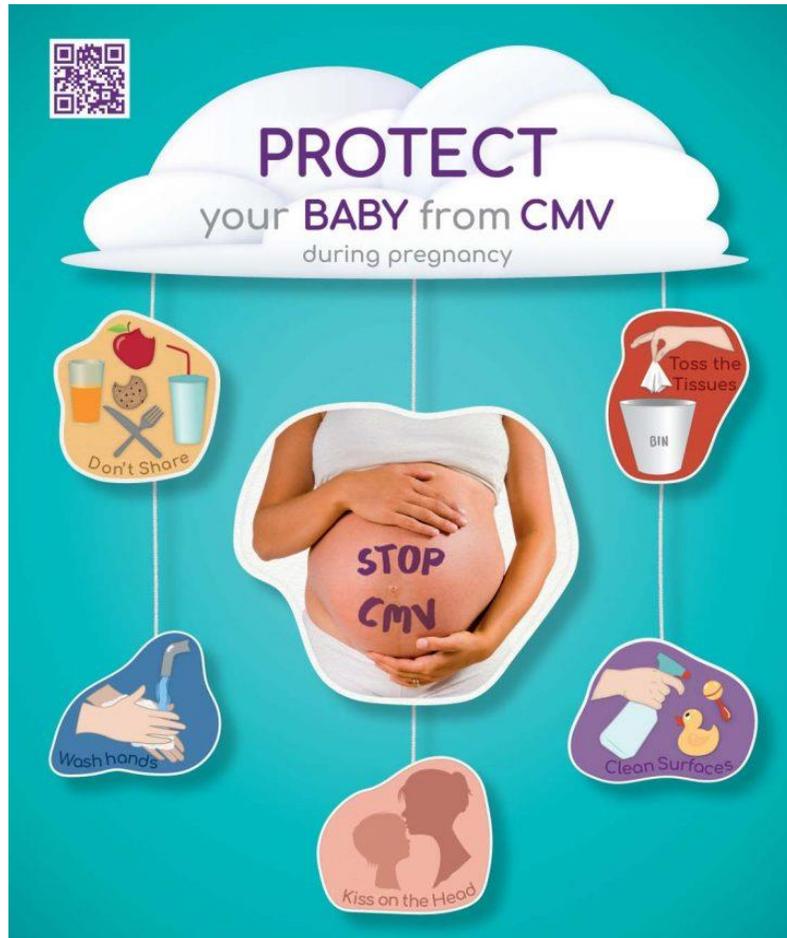
Cytomégalovirus

- Mode de transmission
 - Virus strictement humain
 - Urines, salive, respiratoire
- Méconnu de la population générale
- MAIS première cause de fœtopathies



Cytomégalovirus

➤ Rôle de la prévention



THE 5 STEPS TO REDUCE YOUR RISK OF INFECTION



Wash your hands after activities like changing nappies



Don't share food, drinks, utensils, and avoid putting a child's dummy or toothbrush in your mouth



Avoid contact with saliva, kiss children on their forehead instead of the lips



Carefully dispose of nappies, used wipes and tissues



Clean toys that children have had contact with

Future mère ET conjoint

Cytomégalovirus

➤ Outils diagnostiques

- Femme enceinte: sérologie (sérothèque et avidité)
- Infection fœtale: recherche directe virus (PCR liquide amniotique)
- Néonatal: recherche directe virus urine ou salive dans les premiers jours de vie
- Postnatal: PCR Guthrie

Cytomégalovirus

gynécologie suisse Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia

Avis d'experts N° 73 (remplace le N°47)

Commission Assurance Qualité

Président Prof. Dr Daniel Surbek

Cytomégalovirus (CMV) et grossesse

L. Schäffer, N. Ochsenbein, M. Boulvain, D. Baud, L. Raio, A. Duppenhaler^a, B. Martinez de Tejada, S. Iff^b, S. Tercanli, D. Surbek

Académie de médecine foeto-maternelle, SSGO

^aInfectiologie pédiatrique, Inselspital Berne, ^bSecrétariat d'Etat à l'Economie SECO

Avis du
22/02/2021

Evaluation du statut sérologique au CMV au début de la grossesse

Toutes les femmes devraient être informées dans les plus brefs délais, idéalement avant la survenue de la grossesse, des enjeux de l'infection à CMV pendant la grossesse et de la possibilité de déterminer le statut sérologique au CMV. Ceci concerne particulièrement les femmes à risque accru d'exposition. La détermination du statut sérologique doit se limiter à la période préconceptionnelle et au premier trimestre, le risque de lésion fœtale étant considéré comme très faible au-delà de cette période (voir ci-dessus). L'existence d'une sérologie initiale préconceptionnelle peut aider à interpréter des résultats ambigus au début de la grossesse ou à planifier le moment d'une FIV en cas de détection d'une primo-infection.

En cas d'évaluation du statut sérologique au premier trimestre, l'examen devrait être effectué le plus tôt possible et inclure les IgG et les IgM anti-CMV. En cas de positivité des IgG et des IgM, l'avidité des IgG anti-CMV doit être mesurée pour estimer la date de l'infection (une faible avidité correspond à une infection récente, une avidité élevée à une infection plus ancienne). En cas de résultat négatif aux IgG et positif aux IgM, le test doit être répété après 2 semaines, les IgM pouvant être élevés de manière non spécifique (réaction croisée). En cas de positivité des IgG et de négativité des IgM, la patiente a déjà eu une infection à CMV par le passé. Mais elle n'est pas pour autant protégée contre une réinfection ou une réactivation.

En cas de résultat négatif pour les IgG et les IgM, une seconde sérologie peut être réalisée à 12-14 semaines d'aménorrhée (SA) pour exclure une séroconversion dans l'intervalle. Au terme de cette période, l'évaluation du statut sérologique au moyen d'un dépistage n'est pas recommandée. La sérologie ne permet pas d'établir un diagnostic fiable de la réactivation ou de la réinfection.

Etant donné qu'il est difficile d'établir la date de la séroconversion, des résultats ambigus doivent être discutés avec un spécialiste en médecine foeto-maternelle pour guider la prise en charge ultérieure et éviter des interruptions de grossesse superflues.

RUBEOLE

25.05.2022

22

Rubéole

➤ Cas clinique 1 :

- Mme T., 29 ans, G3P0
- Rash cutané à 5 SA
- Sérologies à 6 SA



Rubéole

➤ Cas clinique 1

Rubéole		
IgG (Cobas)	3.00 Négatif	IU/mL
• IgM (Cobas)	2.30 Positif++	Index
• IgM (Abbot)	3.20 Positif	Index

Toxoplasmose		
IgG (Cobas)	250 Positif++	IU/mL
• IgM (Abbot)	3.80 Positif+++	Index
• IgM (Cobas)	5.20 Positif+++	Index

1

2

1 Rubéole : Présence d'IgM sans IgG. Absence d'immunité.

2 Toxoplasmose: IgG et IgM. Avidité ?

➔ **Contrôle indispensable dans 2 à 3 semaines**

Rubéole

➤ Cas clinique 1

- Sérologie de contrôle à 16 SA
- Echographie normale

Dosage			
Rubéole			
IgG (Cobas)	181	Positif++	IU/mL
• IgM (Cobas)	1.20	Positif limite	Index
• IgM (Abbott)	1.70	Positif	Index
Toxoplasmose			
IgG (Cobas)	277	Positif++	IU/mL
• Avidité (IgG Bio-Rad)	87.0	Élevé*	%
• IgM (Abbott)	3.10	Positif+++	Index
• IgM (Cobas)	5.02	Positif+++	Index

1

2

1 Apparition d'IgG et diminution des IgM: séroconversion

2 Avidité élevée, avec IgG et IgM stables → infection ancienne

Rubéole

➤ Cas clinique 1

- 18 SA : PCR rubéole POSITIVE sur liquide amniotique
- 19 SA : anomalies échographiques
- 20 SA : ITG, virus retrouvé dans foie et cerveau



Cataracte

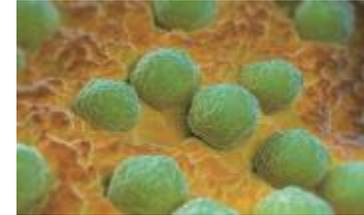


Pointillés : dilatation - Pleine: calcification

Rubéole

➤ Rappels

- *Togaviridae*
- Strictement humain
- Asymptomatique (50-80%), fièvre, éruption cutanée
- Population à risque: femmes enceintes



Rubéole

➤ Syndrome de Rubéole Congénitale

- Pour des P.I maternelles entre 5 et 18 SA
- Cataracte +/-cardiopathie+/-surdité +/- atteinte neurologique
- Efficacité ++ de la vaccination maternelle



Rubéole

➤ Cas clinique 2

- Mme D., 31 ans
- Née et vit en Suisse
- G2P1, DDR 27/03/2019



Rubéole

➤ Cas clinique 2

11+5 SA

Rubéole			
IgG (Cobas)	433	Positif++	IU/mL
IgG (Bio-Rad)	142	Positif++	IU/mL
• IgM (Cobas)	2.71	Positif++	Index
IgM (Abbott)	1.07	Négatif	Index

1

2

1

Présence d'IgG

2

IgM positives avec une méthode. Infection récente ?

➔ Avidité et contrôle indispensable dans 2-3 semaines

Rubéole

➤ Cas clinique 2

Rubéole					
IgG (Cobas)	433	Positif++	IU/mL	17/06/2019	449
IgG (Bio-Rad)	142	Positif++	IU/mL		138
• Avidité (IgG Bio-Rad)	90.0	Elevé*	%		89.0
• IgM (Cobas)	2.71	Positif++	Index		2.80
IgM (Abbott)	1.07	Négatif	Index		Négatif

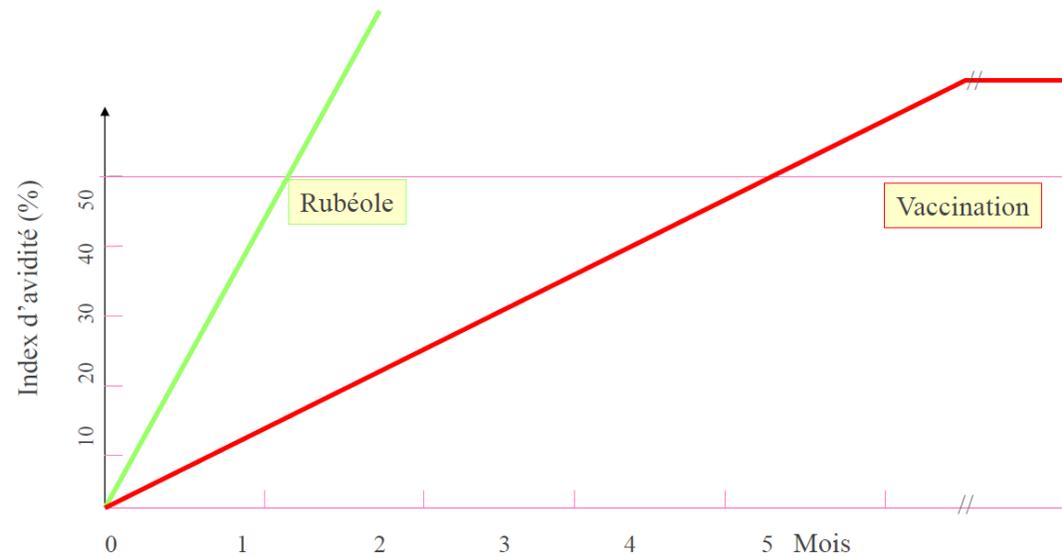
Avidité \geq 80%

➔ Infection \geq 2 mois avant

Rubéole

➤ Cas clinique 2

Mesure de l'avidité des IgG



Rubéole

➤ Cas clinique 2

15 SA

Sérologie			
	Dosage	Normales	Antécédents
Rubéole			
IgG (Cobas)	433 Positif++	UI/ml	17/06/2019 449 +
IgG (Bio-Rad)	142 Positif++	UI/ml	135 +
- Avidité (IgG Bio-Rad)	90.0 Elevé*	%	89.0 +
- IgM (Cobas)	2.71 Positif++	Index	2.00 +
IgM (Abbott)	1.07 Négatif	Index	Négatif

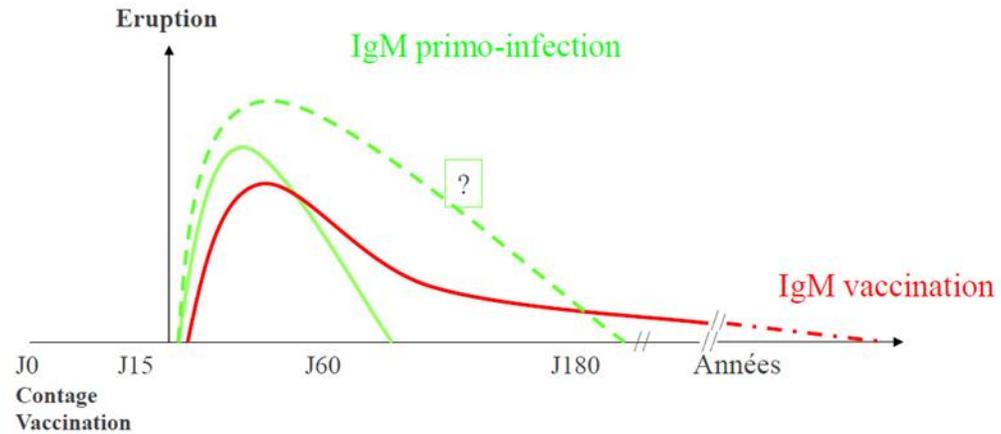
Absence d'évolution sérologique

A l'interrogatoire : notion de vaccination en post-partum de la grossesse précédente

➔ Persistance d'IgM spécifiques

Rubéole

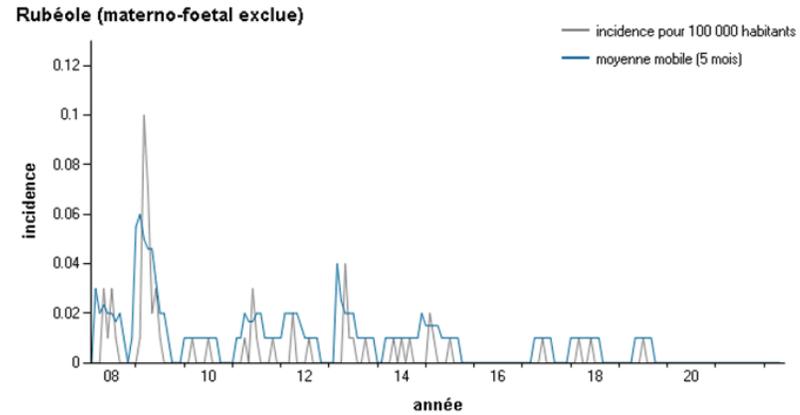
Persistance des IgM spécifiques



Rubéole

Statistiques suisses

Incidences mensuelles pour 100 000 habitants



BAG OFSP UFSP SFOPH

Etat 06.05.2022

Déclarations de cas annuelles et incidences des 10 dernières années ainsi que pour l'année en cours jusqu'à la semaine 17/2022

* année en cours avec incidence annualisée

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Déclarations de cas	3	6	3	4	0	1	2	1	0	0	0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Incidences pour 100 000 habitants	0.04	0.07	0.04	0.05	0	0.01	0.02	0.01	0	0	0

Rubéole

➤ Recommandations



Journal of Clinical Virology
Volume 102, May 2018, Pages 34-38



Standardization of rubella immunoassays

C. Vauloup-Fellous ^{a, b, c, d, e}

Additionally, as recommended by WHO, women who received 2 doses of rubella-containing vaccine should be considered immune and should not be subsequently tested for RV-IgG.

$\text{IgG} \geq 10 \text{ IU/ml}$: seuil protecteur

Date Datum	Polio- myelitis (oral) Polio- myélite	Diph- theria Diph- térie Diph- therie	Tetanus Tétanos	Pertussis Coque- luche	Haem influe (H)
29.1. 92	X	X	X	X	
11.3. 92		X	X	X	
15.4. 92	X	X	X	X	
22.1. 93	X	X	X	X	

Rubéole

➤ Take home message

- Preuve écrite schéma vaccinal bien conduit
- Sérologie antérieure avec IgG ≥ 10 IU/ml
- PAS DE SEROLOGIE SUPPLEMENTAIRE

SYPHILIS

Syphilis

➤ Cas clinique

- Patiente de 24 ans
- DDR: 02/01/2022
- Consulte pour métrorragies

Syphilis

➤ Cas clinique

Renseignements cliniques (RC)

Terme présumé (TP) 28/10/2022
Age gestationnel selon TP (SA) 15 semaines

	Dosage	Normales	
Tréponématoses			
VDRL/RPR	16 Positif++	Titre	<1
• Ig (Cobas)	28.00 Positif++	Index	<0.90-0.99
• IgM (Dia.Pro)	8.20 Positif+++	Index	<1.00-1.20

**Sérologie syphilitique
positive**

Syphilis

- Cas clinique
 - Sérum antérieur pour connaître statut avant la grossesse

Renseignements cliniques (RC)

Terme présumé (TP) 28/10/2022
Age gestationnel selon TP (SA) 15 semaines

	Dosage	Normales	Antériorité 1	Antériorité 2
Tréponématoses				
VDRL/RPR	16 Positif++	Titre <1	08/12/2021 <1	&
• Ig (Cobas)	28.00 Positif++	Index <0.90-0.99	0.02	&
• IgM (Dia.Pro)	8.20 Positif+++	Index <1.00-1.20	0.08	&

Sérologie négative en décembre 2021

Syphilis

➤ Cas clinique

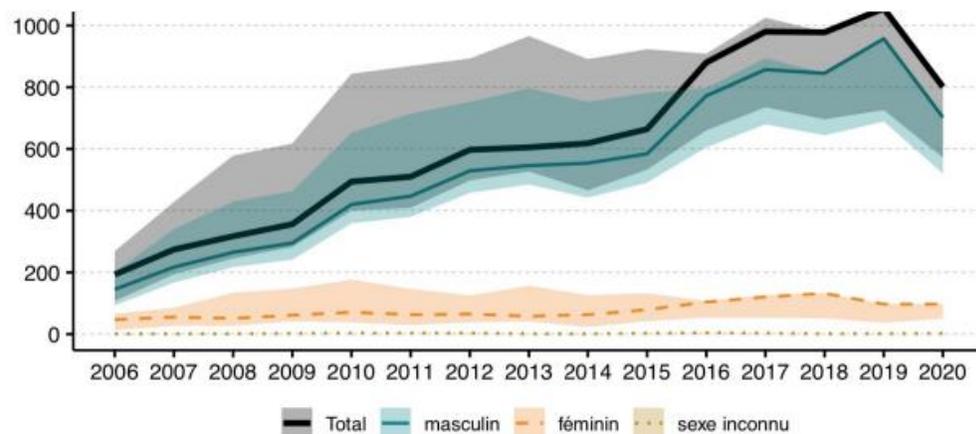
- Contact clinicien
- Séroconversion en cours de grossesse
- Grossesse évolutive, pas de mise en évidence chancre
- Traitement Benzathine penicilline 2 injections 2.4 M unités à 7j intervalle
- Suivi maternel et fœtal spécialisé

Syphilis

La syphilis en Suisse, situation en 2020

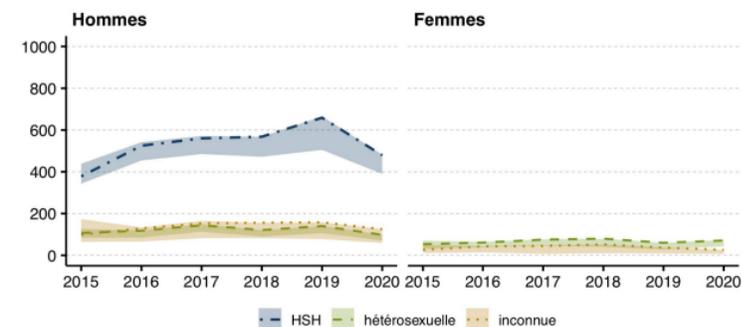
En 2020, les médecins suisses ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique 801 nouveaux cas de syphilis. L'incidence de la syphilis en Suisse, avec 6,6 cas pour 100 000 personnes, était nettement plus basse que les années précédentes. Les personnes touchées étaient pour l'essentiel des hommes gays et bisexuels ainsi que des travailleuses du sexe.

Figure 1
Nouveaux cas de syphilis, par sexe et par année de diagnostic, depuis le début du relevé, 2006–2020



Lignes: diagnostics de nouvelles infections ou de réinfections [d'après les estimations des médecins déclarants]. Bord supérieur de la zone ombrée colorée correspondante: nombre extrapolé de cas de syphilis, y compris les cas non classifiables (visibles surtout avant 2016). Bord inférieur de la zone ombrée colorée correspondante: cas de syphilis qui remontaient à moins d'une année au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire ou de latence précoce), sur la base de la définition de cas de l'UE (ECDC)

Figure 3
Nouveaux cas de syphilis chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2015–2020



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Lignes: diagnostics de syphilis, nouvelles infections ou réinfections [d'après l'évaluation des médecins déclarants].
Bord supérieur de la zone ombrée colorée correspondante: nombre extrapolé de cas de syphilis, y compris les cas non classifiables (visibles surtout avant 2016).
Bord inférieur de la zone ombrée colorée correspondante: cas de syphilis qui remontaient à moins d'une année au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire et de latence précoce), sur la base de la définition de cas de l'UE (ECDC).

Syphilis

Review > Prenat Diagn. 2020 Dec;40(13):1703-1714. doi: 10.1002/pd.5728. Epub 2020 Jul 20.

Congenital syphilis: A contemporary update on an ancient disease

Martha W F Rac ¹, Irene A Stafford ¹, Catherine S Eppes ¹

Affiliations + expand

PMID: 32362058 DOI: 10.1002/pd.5728

Abstract

Congenital syphilis (CS) rates reached a 20-year high in the United States in 2018. Unlike previous years, most babies diagnosed with CS were born to mothers who received prenatal care, indicative of the need for better provider education and guideline adherence. Current rates suggest that screening for syphilis should be performed at the first prenatal care visit and twice during the third trimester.

There are two diagnostic algorithms available for use in the United States (traditional and reverse) and providers must understand how to perform each algorithm. Treatment should be administered according to stage of syphilis per Centers for Disease Control recommendations with best neonatal outcomes seen when treatment is initiated >30 days before delivery. Benzathine Penicillin G remains the only recommended treatment of syphilis during pregnancy. In viable pregnancies, a pretreatment ultrasound is recommended to identify sonographic evidence of fetal infection and treatment should be initiated with continuous fetal monitoring to evaluate for the Jarisch-Herxheimer reaction which can cause preterm labor and fetal distress. After adequate syphilotherapy, a fourfold decline in maternal nontreponemal titers may not be observed by delivery and does not correlate with rates of CS.

© 2020 John Wiley & Sons, Ltd.

Fetal and neonatal abnormalities due to congenital syphilis: a literature review

Marion David 1*, Najeh Hcini 5*, Laurent Mandelbrot 1,2,3,4, Jeanne Sibiude 1,2,3,4, Olivier Picone 1,2,3,4

USA ↑ de 154% entre 2014 et 2018 nombre de cas de syphilis congénitale

Syphilis

- Due à une bactérie, *Treponema pallidum*
- Réservoir humain strict
 - Transmission sexuelle
 - Transmission verticale (mère-enfant, TME)



Syphilis

➤ Syphilis congénitale (+++)

- Cause majeure morbi-mortalité dans le monde
- Perte fœtales et décès néonatal précoce (50%)
- Prématurité (25%)
- Séquelles graves chez enfants (20%)

Toute perte fœtale avant 20SA doit être explorée par une sérologie syphilitique

Syphilis

➤ Transmission mère-enfant

- Anténatal
- Terme : Risque de transmission // terme
A partir de 16 SA puis tout au long de la grossesse
- Stade maladie: syphilis primaire >>> autres stades

Syphilis et grossesse

Caroline Charlier^{1,2}, Nadjet Benhaddou³, Nicolas Dupin³

Transmission mère-enfant en fonction du stade [2,3]

Stade de la syphilis	Taux de transmission mère-enfant
Syphilis primaire ou secondaire précoce	60-100 %
Syphilis latente précoce (< 1 an)	40 %
Syphilis latente tardive (> 1an)	8 %

Syphilis

➤ Clinique

MATERNELLE

- I^{re} : Chancre indolore, ADP
- II^{re} : Dissémination, éruption, roséole



FCÆTUS – NOUVEAU-NE

- MFIU
- Prématurité
- Lourdes séquelles

Syphilis



Triade de Hutchinson: dents + kératite + surdité

TABLEAU II
Présentation clinique de la syphilis congénitale

Signes cliniques	Pourcentage
Syphilis congénitale précoce (premier signe avant l'âge de 2 ans)	
Ostéochondrite ou arthrite	61 %
Hépatomégalie	51-100 %
Splénomégalie	49 %
Pétéchies	41 %
Autres lésions cutanées (contagieuses) Lésions planes ou nodulaires du tronc Lésions bulleuses palmo-plantaires	35 %
Méningite atteinte neurologique centrale, dont pseudoparalyse d'un membre	15-25 %
Adénopathies	32 %
Ictère	30 %
Anémie et autres cytopénies apparaissant souvent entre 2 et 8 semaines de vie	30 %
Rhinorrhée	23 %
Syndrome néphrotique	20 %
Syphilis congénitale tardive (premier signe après l'âge de 2 ans)	
Déformation frontale (bosses) et déformations faciales (maxillaires courts, nez en selle)	30-87 %
Déformation palatine et rhagades (fentes cutanées périorificielles)	76 %
Lésions dentaires (dent de Hutchinson)	55 %
Kératite interstitielle	20-50 %
Lésions osseuses cicatricielles	30-46 %
Déformation nasale	10-30 %

Syphilis

➤ Prise en charge maternelle

- Dépistage systématique avant 16 SA
- Traitement par Benzathine Penicilline
 - ✓ Au T1, réduction >90% mortalité périnatale
 - ✓ T3, risque accru perte fœtale/néonatale (OR: 2.24)

ENJEU: dépister et traiter avant 16 SA

Syphilis

➤ Prise en charge pédiatrique

- Ancienneté infection maternelle
- Signes échographiques et PCR syphilis sur cotylédon placentaire
- Traitement par Benzathine Penicilline
- Prise en charge multidisciplinaire

MALADIE DE CHAGAS

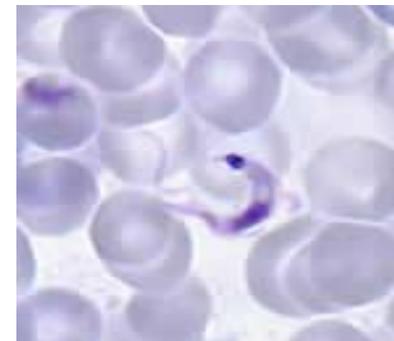
Maladie de Chagas – Trypanosomiase américaine

➤ De qui s'agit-il?

- Parasite protozoaire
- *Trypanosoma cruzi*



Triatome (réduve) femelle



T.cruzi, promastigote (DPDx)

Maladie de Chagas – Trypanosomiase américaine

➤ De qui s'agit-il?

- Amérique du Sud
- Incidence variable



Jannin& Salvatella (PAHO, 2006)

Maladie de Chagas – Trypanosomiase américaine

➤ De qui s'agit-il?

- Modes de transmission
 - Directe
 - Mère enfant



Maladie de Chagas – Trypanosomiase américaine

➤ Clinique biphasique

- Phase **aiguë** : souvent asymptomatique
- Phase **chronique** ou indéterminée
 - 25-30% des patients
 - Atteintes cardiaques et digestives

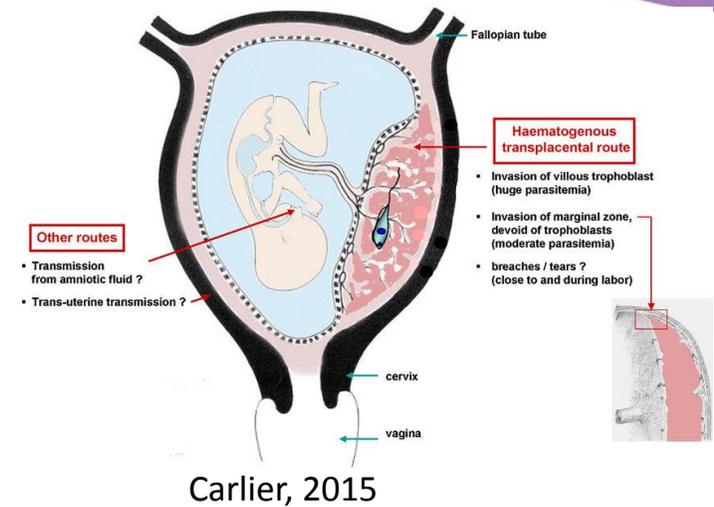


Œdème de Romania

Maladie de Chagas – Trypanosomiase américaine

➤ Pourquoi la femme enceinte ?

- Transmission à tout stade de la grossesse et de la maladie
- Conséquences possiblement fatales chez le nouveau-né
- Sous-diagnostiquée en Suisse



Maladie de Chagas – Trypanosomiase américaine

➤ Pourquoi la femme enceinte ?

- Traitement
 - ✓ Efficace
 - ✓ Bien toléré chez le nouveau-né



Maladie de Chagas – Trypanosomiase américaine

➤ Take Home message

Proposer dépistage de la maladie +/- traitement à toute femme d'origine Sud-Américaine ou ayant vécu plus de 12mois en zone d'endémie

ARTICLES THÉMATIQUES : GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Dépistage et prise en charge de la maladie de chagas congénitale à Genève

Olivier Irion, Begoña Martínez de Tejada, Céline Paccolat, Yves Jackson

Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society

INVITED REVIEW



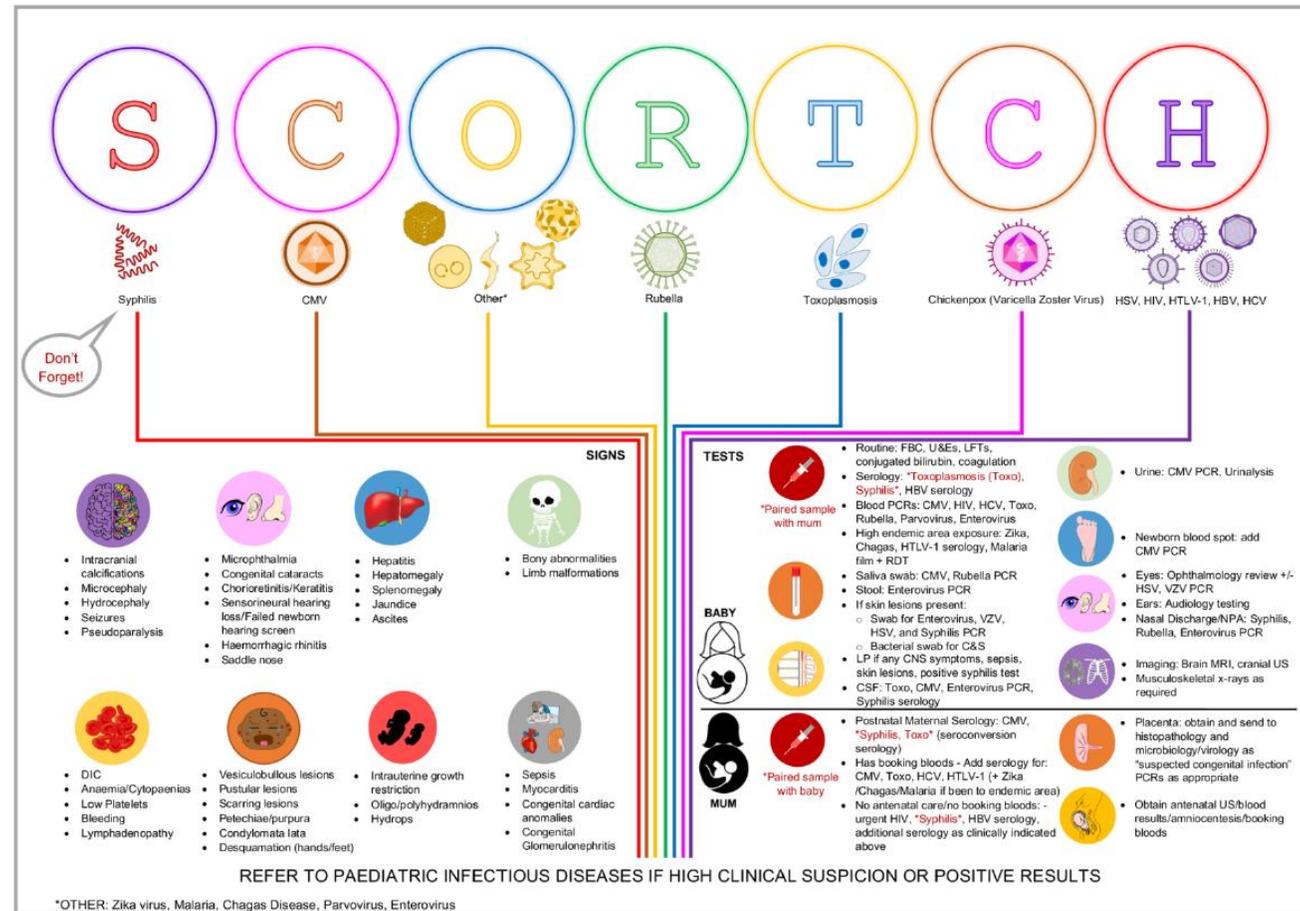
Evaluation and Management of Congenital Chagas Disease in the United States

Morven S. Edwards,¹ Kelly K. Stimpert,^{2,3} Stephanie R. Bialek,³ and Susan P. Montgomery³

¹Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, Texas; ²IHRC, Inc, Atlanta, Georgia; and ³Division of Parasitic Diseases and Malaria, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

Stop, think SCORTCH: rethinking the traditional 'TORCH' screen in an era of re-emerging syphilis

Justin Penner ¹, Hayley Hernstadt ¹, James Edward Burns ², Paul Randell ³,
Hermione Lyall ¹



Merci pour votre attention

eugenie.gay@dianalabs.ch

laura.rumebe@dianalabs.ch