

 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	Contrôle National de Qualité des examens de biologie médicale – Parasitologie 16PAR1
	Muriel FROMAGE (ANSM) Guy GALEAZZI (Nanterre)
Expédition - Clôture	14/09/2016 – 10/10/2016

RESULTATS ATTENDUS

SELLES FORMOLEES

Identification des échantillons	Parasites	Stades	Richesse
CHAVRIA ou SEDDI	<i>Ascaris lumbricoides</i>	oeufs	3 à 5 œufs / lamelle
	<i>Giardia intestinalis</i>	kystes	1 à 2 champs (obj 40) pour trouver un kyste
	<i>Trichuris trichiura</i>	oeufs	Très rares
BLACHET ou GOUBIN	<i>Taenia saginata</i>	oeufs et embryophores	1 à 3 œufs et 5 à 6 embryophores / lamelle
	<i>Endolimax nanus</i>	kystes	2 à 3 champs (obj 40) pour trouver un kyste
DIALO ou MBALA	<i>Necator americanus</i> (ankylostomides)	oeufs	5 à 6 œufs / lamelle
	<i>Endolimax nanus</i>	kystes	2 à 3 champs (obj 40) pour trouver un kyste

SEROLOGIE TOXOPLASMOSE

Valeurs cibles des résultats des participants tous réactifs confondus :

Echantillons	Conclusion titrage IgG	Conclusion recherche IgM
1601 - 1602 - 1603 - 1604	positif	négatif
1605 - 1606 - 1607 - 1608	positif	négatif

Echantillons	Conclusions attendues
1601 - 1602 1603 - 1604	Immunité ancienne probable. A confirmer par une nouvelle sérologie (ou Sérologie à contrôler dans 3 semaines).
1605 - 1606 1607 - 1608	Immunité ancienne probable. A confirmer par une nouvelle sérologie (ou Sérologie à contrôler dans 3 semaines).

SEROLOGIE PALUDISME

Echantillons	Conclusion attendue
P161 ou P162	Sérologie positive

QUESTIONNAIRE TOXOPLASMOSE

Ce questionnaire élaboré par le Groupe de Travail du Pôle Sérologie du CNR Toxoplasmose comporte 20 questions avec réponse de type VRAI/FAUX.

Les questions ayant recueilli moins de 85% de bonnes réponses font l'objet d'un commentaire des experts.

Q1. Un titre faible et stable d'IgG spécifiques observé avec la même technique sur deux prélèvements espacés d'un mois, sans IgM spécifiques, permet de conclure à une infection ancienne en dehors de tout contexte d'immunosuppression.

Réponse attendue : VRAI

Q2. La présence d'IgM spécifiques associées à des IgG spécifiques est en faveur du caractère évolutif d'une infection toxoplasmique.

Réponse attendue : FAUX

La présence d'IgM n'est pas un marqueur de l'évolutivité de l'infection. On observe très fréquemment la persistance d'IgM au-delà d'un an après une contamination. En présence d'IgG et d'IgM positives sans antériorité sérologique, la détermination de l'avidité des IgG et leur cinétique permettront une datation plus précise de l'infection.

Q3. La présence d'IgM spécifiques dans le sang du cordon à l'accouchement affirme une toxoplasmose congénitale chez l'enfant.

Réponse attendue : FAUX

Des IgM d'origine maternelle peuvent contaminer le sang du cordon lors de l'accouchement. En présence d'IgM dans un sérum de cordon, il convient de réaliser un Western blot comparatif des IgM mère/enfant. La présence de profil différent permet de confirmer la présence d'IgM synthétisées par l'enfant. Les IgM d'origine maternelle ne sont plus présentes dans le sérum de l'enfant à 10 jours de vie.

Q4. La mise en évidence de *T gondii* dans le liquide amniotique, lors du diagnostic anté-natal, permet d'affirmer la toxoplasmose congénitale.

Réponse attendue : VRAI

Q5. Une toxoplasmose congénitale peut être affirmée par la présence d'IgM spécifiques chez l'enfant à 10 jours de vie.

Réponse attendue : VRAI

Les IgM détectées dans le sérum à 10 jours de vie sont des IgM synthétisées par l'enfant et leur mise en évidence permet d'affirmer une toxoplasmose congénitale.

Q6. La négativation de la sérologie toxoplasmique de l'enfant, après un traitement spécifique bien conduit élimine le diagnostic de toxoplasmose congénitale.

Réponse attendue : FAUX

Le traitement spécifique de la toxoplasmose congénitale (sulfamides-pyriméthamine et acide folique) peut négativer entièrement la sérologie. Ainsi, un suivi itératif d'un enfant, dont le diagnostic de toxoplasmose congénitale a été posé et qui est traité, peut conduire à tort à conclure à une absence d'infection. Un contrôle sérologique à distance du traitement peut permettre d'objectiver un rebond sérologique.

Q7. Une sérologie négative (IgG et IgM spécifiques) chez la mère à l'accouchement exclut formellement un risque d'infection de l'enfant.

Réponse attendue : Réponse attendue : FAUX

Lors d'une contamination tardive au cours du dernier mois de grossesse, les IgM peuvent apparaître après l'accouchement. Il est donc indispensable d'effectuer un contrôle sérologique chez la mère 1 mois après l'accouchement.

Q8. Une avidité basse des IgG spécifiques est toujours en faveur d'une toxoplasmose évolutive.

Réponse attendue : FAUX

Une avidité basse des IgG peut être observée dans des toxoplasmoses anciennes. La maturation des IgG n'est pas toujours complète et seule une avidité élevée permet de conclure à une infection de plus de 20 semaines ou 4 mois selon les réactifs.

Q9. Lors d'un dépistage sérologique de la toxoplasmose, réalisé dans un contexte de grossesse, la mise en évidence d'IgM spécifiques associées à des IgG spécifiques doit conduire à réaliser une avidité des IgG spécifiques.

Réponse attendue : VRAI

Q10. L'absence d'IgM spécifiques chez un enfant à la naissance, avec une séro conversion toxoplasmique au cours de la grossesse, dispense de tout suivi sérologique de l'enfant.

Réponse attendue : FAUX

Q11. Un suivi sérologique mensuel est recommandé et pris en charge par l'assurance maladie pour toutes les femmes enceintes négatives lors du dépistage de la toxoplasmose.

Réponse attendue : VRAI

Q12. Une présence isolée d'IgM spécifiques permet d'exclure une contamination récente.

Réponse attendue : FAUX

Q13. La cinétique des IgM spécifiques permet une datation précise d'une infection toxoplasmique.

Réponse attendue : FAUX

Q14. L'absence de *T. gondii* dans le liquide amniotique lors du diagnostic anténatal exclut formellement une atteinte du fœtus.

Réponse attendue : FAUX

La sensibilité du diagnostic anténatal (recherche de *T. gondii* dans le liquide amniotique) est globalement de 90% (données CNR Toxoplasmose). De plus, le passage placentaire du parasite peut se faire après l'amniocentèse et conduire à une infection fœtale. Seul le suivi sérologique jusqu'à la négativation des anticorps chez l'enfant permettra alors d'exclure une infection congénitale.

Q15. La présence d'IgG anti toxoplasmiques chez un enfant à la naissance est en faveur d'une infection toxoplasmique survenue au cours de la grossesse.

Réponse attendue : FAUX

Q16. Une avidité basse des IgG spécifiques permet d'exclure une infection de plus de 4 mois.

Réponse attendue : FAUX (cf commentaire Q8)

Q17. La séroprévalence de la toxoplasmose en France est d'environ 40%.

Réponse attendue : VRAI

Q18. Une absence de signes cliniques chez l'enfant à la naissance est majoritairement observée lorsque la contamination toxoplasmique est survenue en fin de grossesse.

Réponse attendue : VRAI

Q19. La détection d'IgM anti-toxoplasmiques est possible au-delà d'un an après une infection toxoplasmique.

Réponse attendue : VRAI

Q20. Le doublement du titre des IgG spécifiques en présence d'IgM spécifiques observé à 3 semaines d'intervalle, est évocateur d'une infection toxoplasmique évolutive.

Réponse attendue : VRAI