

TOXOPLASMOSE

I. INTRODUCTION

La toxoplasmose est une parasitose cosmopolite, immunisante, causée par un protozoaire : *Toxoplasma gondii*. Elle est bénigne chez l'immunocompétent, grave chez la femme enceinte séronégative et les sujets immunodéprimés. Sa prévalence augmente avec l'âge, elle est fonction des habitudes alimentaires. A Sétif-Algérie, 60% des femmes âgées entre 15 et 50 ans sont immunisées

II. EPIDEMIOLOGIE

1. Agent causal - Pathogénie

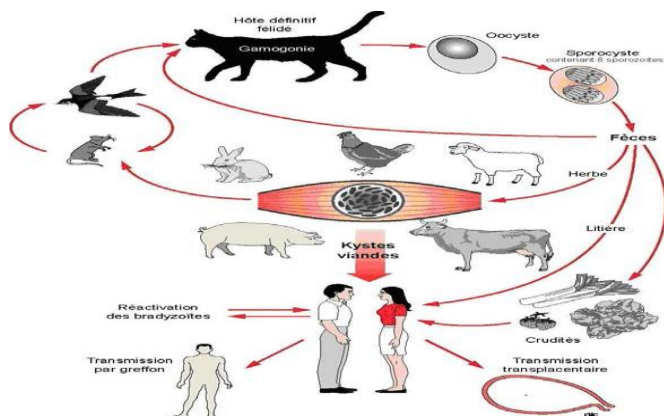
Le cycle évolutif du parasite : 3 stades évolutifs

- l'ingestion par le chat et les autres félinés de «**kystes**», aboutit dans son intestin à la formation de «**gamétocytes**» qui fusionnent pour donner des «**oocystes**» qui sont éliminées avec les selles dans le milieu extérieur.
- Une fois à l'extérieur, elles résistent longtemps et se transforment secondairement en «**sporocystes**» puis en «**sporozoïtes**» infectants pour les herbivores.
- du tractus digestif, le parasite «**trophozoïte**» gagne divers tissus, se multiplie dans les Macrophages et survie dans les muscles et le cerveau sous forme de «**bradyzoïtes**» enfermés dans des kystes qui entretiennent l'immunité. Ces kyste peuvent réactivés en cas d'ID.

2. Transmission

La contamination s'effectue selon 3 modalités :

- Contamination digestive : correspond à l'ingestion de kystes ou d'oocystes : l'ingestion de viande crue ou mal cuite contenant des kystes ou l'ingestion de crudités ou d'eau contaminées par les oocystes ou par contact direct avec la litière d'un chat.
- Contamination foétale : secondaire à une parasitémie, le plus souvent concomitante d'une primo-infection toxoplasmique.
- Contaminations accidentelles : l'inoculation accidentelle de *T. gondii* après greffe de moelle, transfusions de leucocytes et transplantation d'organe.



II. ÉTUDE CLINIQUE

On distingue trois grandes entités cliniques :

1. La toxoplasmose acquise post-natale du sujet immunocompétent
2. La toxoplasmose du sujet immunodéprimé.
3. La toxoplasmose congénitale

1. Toxoplasmose acquise de l'immunocompétent

- Forme latente (primo-infection asymptomatique) : 80%
- La forme patente : enfant, adolescent, adulte jeune :
 - o Fièvre en règle modérée à 38 °c ;
 - o Asthénie
 - o Poly adénopathies : petits ganglions sans péri-adénite, cervicales et occipitales persistent plusieurs semaines

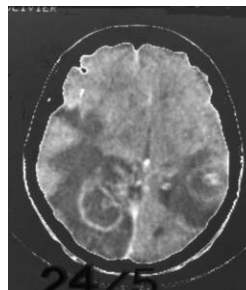
- Parfois éruption maculopapuleuse.
- Splénomégalie modérée exceptionnelle
- Évolution : souvent bénigne. Les formes graves sont exceptionnelles

2. Toxoplasmose de l'immunodéprimé

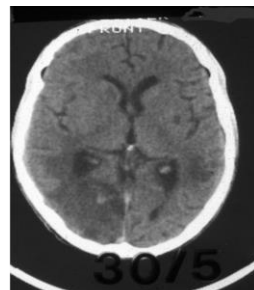
- **Les formes focalisées** : correspondent à la réactivation des kystes latents avec libération des trophozoïtes en cas d'ID cellulaire : patients VIH +++ ou autre

Toxoplasmose cérébrale :

- . La plus fréquente des infections opportunistes du SNC
- . Permet de classer le malade au stade SIDA
- . Survient tardivement ($CD4 < 100/mm^3$).
- . À évoquer devant toute anomalie neurologique centrale chez un sujet VIH+ : céphalées, désorientation, convulsion ...
- . TDM et IRM cérébrales : image d'abcès uniques ou multiples avec l'aspect typique en cocarde.
- . Evolution favorable sous traitement.
- . Diagnostic : évolution favorable sous traitement (test diagnostic)



AVANT TRAITEMENT



APRES TRAITEMENT

Toxoplasmose extra cérébrale : rétinienne (2^e localisation), pulmonaire...

- **Formes généralisées** (Transplantés) : correspond à une primo-infection le plus souvent secondaire à une transmission par le greffon lors de la greffe d'un organe solide d'un donneur séropositif pour la toxoplasmose vers un receveur négatif en pré-greffe. elle survient quelques semaines après la greffe et le traitement immunosuppresseur, réalise une forme disséminée avec atteinte poly viscérale grave

3. **Toxoplasmose congénitale** : liée au passage transplacentaire de tachyzoïtes au fœtus au cours d'une primo-infection maternelle. Le risque de transmission est de 17% au 1^{er} trimestre, 50% 2^{ème} trimestre et 65 % 3^{ème} trimestre. Contrairement, la gravité diminue quand l'âge de la grossesse avance ; il peut s'agir de :

Mort in utero

Encéphalo-méningo-myélite (convulsions, hypertonie, macrocephalie, calcifications cérébrales, microphthalmie...),

Forme viscérale (anasarque, ictère, HSPM, purpura, myocardite ...

Formes tardives : retard psychomoteur, chorioretinite pigmentaire.

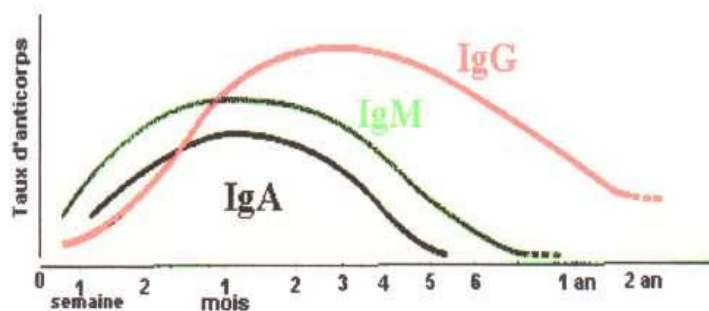
Formes latente : traduction sérologique

III. DIAGNOSTIC

1. Diagnostic positif

- **Arguments anamnestiques** :
 - Présence de chat dans l'entourage
 - Consommation de viande saignante
 - Consommation de fruits ou de légumes non lavés
 - Etat d'immunodépression (HIV ou autre).

- **Arguments cliniques :**
 - Adénopathies cervicales postérieures persistantes avec asthénie trainante.
 - Abscès du cerveau (rechercher une ID notamment l'infection par le VIH)
- **Arguments para cliniques :**
 - D'orientation : FNS : syndrome mononucléosique, hyperéosinophilie discrète
 - De certitude :
 - ✓ Diagnostic direct :
 - PCR : recherche d'ADN toxoplasmique : LCR, sang et liquide amniotique m.e.e du toxoplasme sur les fragments de biopsie, LBA, moelle osseuse, LCR, par IFD, technique de coloration (Giemsa) et d'immunomarquage (IF et IPéroxydase)
- Ces méthodes diagnostiques représentent les techniques de choix pour le diagnostic anténatal de la toxoplasmose congénitale (par amniocentèse entre 18 et 22 semaines d'aménorrhée) et chez le sujet immunodéprimé.
 - ✓ Diagnostic indirect (sérologie): constitue l'élément essentiel du diagnostic de la primo-infection chez l'immunocompétent et femme enceinte) : IFI, ELISA, ISAGA, techniques d'immunoprécipitation..etc



Lors d'une primo infection les IgM apparaissent précocement les premiers jours suivis des IgA puis les IgG entre 12^e -15^e jour

Par la suite, les IgA disparaissent après 3 à 4 mois parfois plus pour les IgM (jusqu'à 1 an)

Les IgG atteignent leur maximum au 2^e mois, puis reste indéfiniment à un taux faible

- IgG - et IgM - : personne non immunisée : surveillance si grossesse
- IgM+ et IgG - : refaire après 15 jours, il peut s'agir d'une toxoplasmose évolutive
- IgM - et IgG+ : personne immunisée
- IgM+ et IgG+ : infection récente (test d'avidité pour dater l'infection)
si le taux du test est élevé = infection datant de plus de 3mois

2. Diagnostic différentiel

- Toxoplasmose aiguë: MNI, CMV, Rubéole, VIH, Lymphome, Tuberculose...
- Toxoplasmose cérébrale : Abscès cérébral à pyogène, Tuberculose, Tumeur cérébrale...
- Toxoplasmose congénitale : les autres membres du TORCH syndrome (rubéole, cytomégalovirus, Herpès simplex)
- Toxoplasmose oculaire : tuberculose, syphilis

IV. TRAITEMENT

1. Molécules actives :

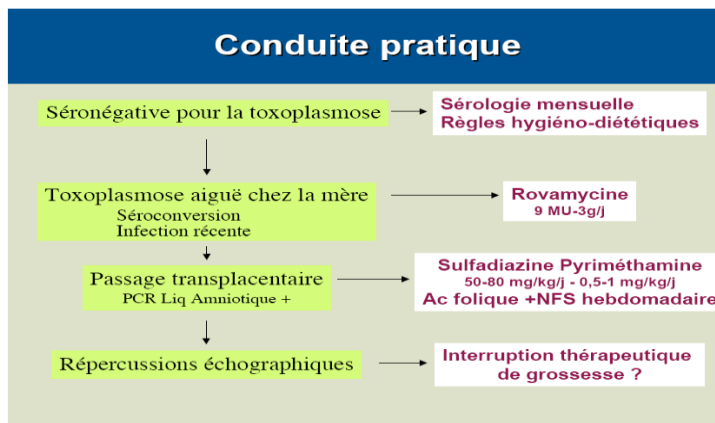
- La spiramycine (Rovamycine®)
- L'association pyriméthamine-sulfadoxine (Fansidar®)
- L'association pyriméthamine (Malocide®) et sulfadiazine (Adiazine®)
- Sulfamethoxazole +Triéthoprime : Cotrimoxazole : Bactrim®
- clindamycine

2. Les indications

- Toxoplasmose acquise

- La toxo acquise de l'immunocompétent, hors grossesse ne nécessite généralement pas de traitement.
- La Rovamycine® : 9 MUI/J pendant 03 semaines peut être prescrite en cas de persistance de signes cliniques.
- **Toxo acquise pendant la grossesse,**

En cas de séroconversion : Rovamycine : 9 MUI/J jusqu'à l'accouchement (pour diminuer transmission materno-fœtale) et rechercher une contamination fœtale.



- Autres indications :

- Femme enceinte en cas d'atteinte fœtale
- Nouveau-né en cas d'infection prouvée
- Immunodéprimé
- Chorioretinite

Malocide® + l'Adiazine® +
ac folinique
La durée de trt varie en
fonction de chaque situation
Cotrimoxazole en cas
d'intolérance

3. Prophylaxie

- Dépistage sérologique avant la grossesse (IgG)

- Femme séronégative en début de grossesse :

- Surveillance mensuelle de la sérologie (dépister et traiter précocement une séroconversion)
- Éviction des chats de l'entourage
- Laver les fruits et légumes
- Se laver les mains après manipulation de viande crue, de terre et de légumes
- Ne manger que de la viande bien cuite ou cuite après congélation.
- Nettoyage régulier du réfrigérateur

- Immunodéprimé : SIDA

- En cas de sérologie négative : mesure d'hygiène + surveillance sérologique
- En de sérologie positive : Prophylaxie primaire (pour éviter la réactivation des kystes) ou secondaire après un épisode initial (Bactrim forte 1cp/j)