

TOXOPLASMOSE

Dr M Debbabi

Introduction

- C'est une parasitose cosmopolite, très fréquente, bénigne, voire asymptomatique dans la majorité des cas.
- Elle est due à un protozoaire *Toxoplasma Gondii* induisant une immunité durable
- Généralement **bénigne**,
- Femmes enceintes non immunisées = risque de **toxoplasmose congénitale**.
- Immunodéprimé = risque de **réactivation** avec localisations viscérales sévères

Epidémiologie 1

1. L'agent causal : Toxoplasma Gondii existe sous 3 formes

- ✓ L'oocyste: forme de résistance en milieu extérieur humide , libère les sporozoïtes
- ✓ Le kyste tissulaire: contient les bradyzoïtes et les tachyzoïtes (phase aigue de la maladie)

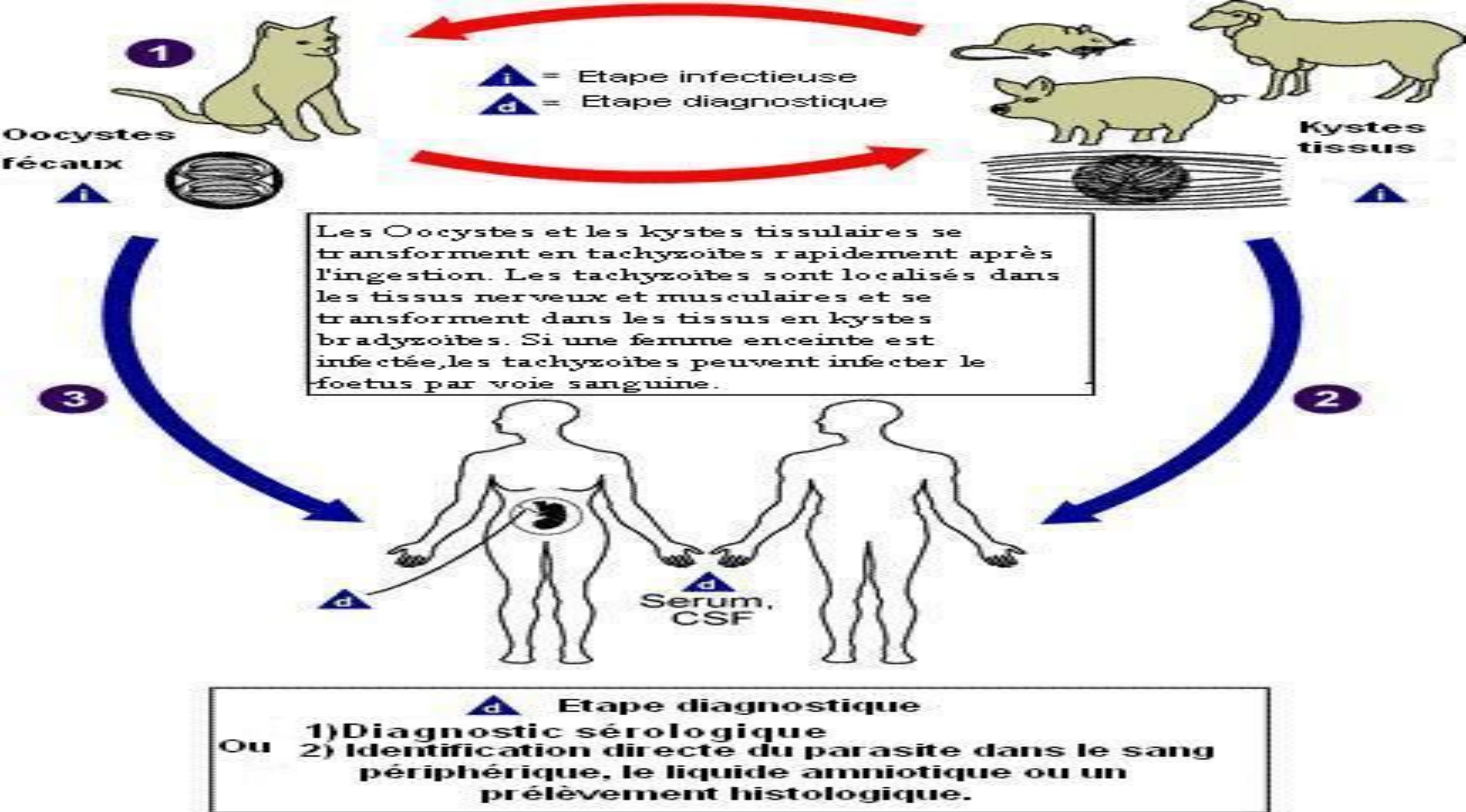
2. Réservoir :est représenté par:

- ✓ le chat: hôte spécifique
- ✓ Homme et certains animaux (mouton, porc): hôtes intermédiaires qui hébergent des bradyzoïtes sous forme de kyste dans les muscles et le cerveau;

Epidémiologie 2

3. Modes de transmission :

- ✓ Ingestion d'oocytes matures: Crudités, eau contaminée; ou contact direct avec la litière d'un chat
- ✓ Ingestion des bradyzoïtes: consommation de viande crue ou mal cuite de mouton, de bœuf ou de porc contenant des kystes.
- ✓ Contamination materno-fœtale: par voie hématogène transplacentaire.



Manifestations cliniques: toxoplasmose acquise de l'immunocompétent 1

1. Forme bénigne : forme commune:

- ✓ Enfant, l'adolescent ou l'adulte jeune+++
- ✓ Rarement symptomatique: moins de 20% des cas
- ✓ L'atteinte ganglionnaire+++ fréquente cervicale et occipitale pouvant persister plusieurs semaines, voire un an.
- ✓ La fièvre est en règle modérée à 38°C
- ✓ Céphalées, arthralgies myalgies

Manifestations cliniques: toxoplasmose acquise de l'immunocompétent 2

- ✓ Une éruption maculo papuleuse non prurigineuse respectant le cuir chevelu, paumes des mains et les plantes des pieds .
- ✓ Une chorioretinite dans 5 à 10% des cas

L'évolution est bénigne et la guérison se fait sans complications.

Manifestations cliniques: toxoplasmose acquise de l'immunocompétent 2

2. les formes graves : sont exceptionnelles à type de

- ✓ Méningo-encéphalite
- ✓ Myosite
- ✓ Pneumonie interstitielle
- ✓ Myocardite

Manifestations cliniques de la toxoplasmose congénitale 1

1. Contamination fœtale précoce:

- ✓ Mort in utéro.
- ✓ Accouchement prématuré.
- ✓ Toxoplasmose polyviscérale nécrotico-hémorragique:
 - Anasarque fœto-placentaire
 - Hépatite
 - Rash cutané

Manifestations cliniques de la toxoplasmose congénitale 2

2. Contamination fœtale de la 2^{ième} moitié de la grossesse:

- ✓ Comitialité .
- ✓ méningo-encéphalite.
- ✓ Hydrocéphalie ou rarement microcéphalie
- ✓ Calcifications cérébrales localisées péri- ventriculaire ou des noyaux gris centraux
- ✓ Signes oculaires: microphthalmie, strabisme et surtout chorioretinite uni ou bilatérale.

3. formes inapparentes ou infra cliniques: (de traduction sérologique):
à type de retard psychomoteur ou chorioretinite isolée



Taille typique
de la tête

Bébé atteint de microcéphalie





Toxoplasmose congénitale
Enfant avec hydrocéphalie, microphthalmie

Manifestations cliniques de la toxoplasmose de l'immunodéprimé

- ✓ Dans ce cas: La toxoplasmose revêt une gravité particulière +++
- ✓ Elle survient lors d'une réactivation
- ✓ *Toxoplasma gondii* est responsable de graves lésions cérébrales , rétiniennes et myocardiques.
- ✓ L'immunodépression peut être liée:
 - Infection par le VIH
 - A une transplantation d'organes, de moelle osseuse,
 - Ou une autre affection: tumeurs solides, hémopathies malignes, cirrhose.....

Toxoplasmose cérébrale du patient VIH

-Secondaire à une réactivation endogène des kystes, infection parasitaire la plus fréquente de SNC, survient tardivement au cours de l'évolution de la maladie ($CD4 < 200$ éléments /mm³).

Cliniquement: selon la localisation des abcès :

- ✓ Troubles de la conscience et du comportement, crises comitiales
- ✓ Syndrome déficitaire d'intensité variable et d'installation habituellement progressive : hémiparésie ou hémiparésie, déficit sensitivomoteur ; syndrome cérébelleux; hémianopsie.

Le diagnostic : devant toute anomalie neurologique centrale chez un PVVIH pratiquer une TDM ou une IRM en urgence.

Toxoplasmose extra-cérébrale du patient VIH

1. Localisation oculaire : Réalisant un aspect de chorioretinite
2. Localisation pulmonaire: pneumopathie fébrile dyspnéisante
3. Localisation cardiaque : myocardite, péricardite

Toxoplasmose de l'immunodéprimé hors VIH

1. La greffe d'un organe plein tel que myocarde, rein ou foie d'un donneur séropositif pour toxoplasmose vers un receveur séronégatif en pré-greffe ⇒

Primo-infection toxoplasmique avec atteintes polyviscérales graves quelques semaines après la transplantation.

2. Les allogreffés de moelle osseuse immunisés sont exposés à la réaction de leurs propres kystes tissulaires.

Diagnostic positif 1

1. Arguments épidémiologiques :

- ✓ Notion d'ingestion de viande crue ou mal cuite contaminée par les kystes
- ✓ Profession exposée: travailleurs d'abattoirs, bouchers, charcuteries, cuisiniers...
- ✓ Ingestion de crudités mal lavées.
- ✓ Contact avec la litière des chats.
- ✓ Notion de greffe d'organe ou d'autre immunodépression.

2. Arguments cliniques :

Seule la forme avec polyadénopathies est évocatrice de toxoplasmose acquise.

Diagnostic positif 2

1. Arguments d'orientation:

- ✓ Syndrome mononuléosique à la FNS
- ✓ ASAT et ALAT: modérément augmentées

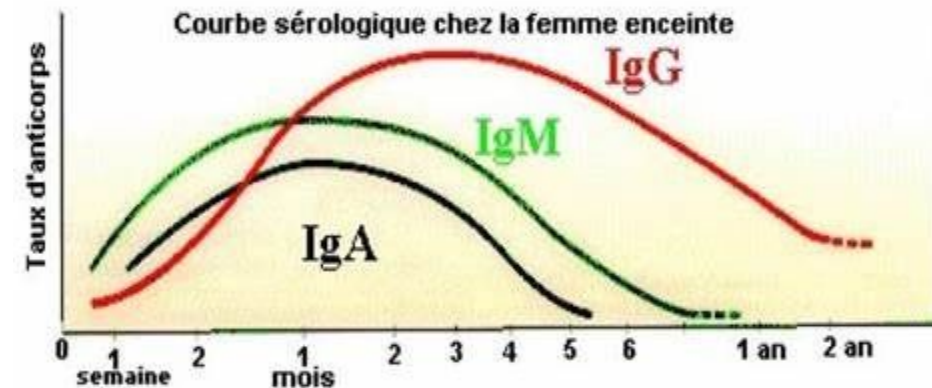
2. Sérologie essentielle au diagnostic:

- ✓ Chez l'immunocompétent symptomatique
- ✓ Chez la femme enceinte séronégative: dépistage de la primo-infection par des sérologies (IgM, IgG).

Diagnostic positif 3

3. Cinétique des anticorps:

- ✓ Les IgM et les IgA: apparaissent 1^{ère} semaine de la primo-infection et disparaissent en 3 à 6 mois pour les IgA, et en 12 mois pour les IgM.
- ✓ Les IgG : 1 à 3 semaines après les IgM et persistent indéfiniment.
- ✓ La mesure de l'avidité des IgG: dater l'infection ; importance femme enceinte et transplantés
- ✓ **Au total: primo-infection toxoplasmique= présence d'IgM et d'IgG avec un test d'avidité bas.**



Diagnostic positif 4

4. Mise en évidence du toxoplasme: diagnostic direct

- ✓ Utiles chez l'immunodéprimé (formes multiviscérales) et la femme enceinte
- ✓ Recherche de l'ADN par PCR: LCS, sang, lavage broncho-alvéolaire, liquide amniotique, placenta et humeur aqueuse
- ✓ Identification directe du parasite sur fragments biopsiques et liquide biologiques (LCS, LBA, moelle et épanchement divers): coloration, immuno-marquage (IFD)

5. Surveillance échographique, IRM ou TDM cérébrales, examen ophtalmologique

Sérologie de la toxoplasmose chez la femme enceinte

1. Si sérologie de début de grossesse **négative**: rechercher une séroconversion en cours de grossesse; apparition d'IgM et d'IgG.
2. Si 1^{ère} sérologie positive **IgM et IgG +**: Refaire la sérologie 3 semaines plus tard avec les mêmes techniques et dans le même laboratoire.
3. En cas de **doute** faire un test d'avidité des IgG pour dater l'infection
4. Rechercher si le fœtus est infecté par recherche de l'ADN du parasite dans le liquide amniotique (amniocentèse)
5. Sérologie tous les mois jusqu'à l'accouchement et après accouchement

Traitement : les moyens-1

1. Macrolides et apparentés:

- Spiramycine (Rovamycine) : 06M/j en 2 prises.
- Roxithromycine , Azithromycine, Clarithromycine
- Lincosamides : Clindamycine

Traitement : les moyens-2

2. Antifoliques:

- Sulfamides rapides : sulfadiazine (Adiazine) : les plus utilisés : 4-6 g/j soit 100 mg/kg/j.
- Les sulfamides semi-retard : (Bactrim).
- Les sulfamides retards : sulfadoxine + pyriméthamine (Fansidar)

3. Antifoliniques :

- La pyriméthamine (Malocide) : diffusion tissulaire, placentaire et méningée.
- Effets secondaires : hématologiques : réversibles.

Traitement 3- Indications

1. Toxoplasmose acquise de l'immunocompétent :

Rovamycine : 6-9M/j chez adulte, 150.000/kg chez l'enfant

2. Toxoplasmose viscérale et/ou grave chez l'immunocompétent :

Malocide : 50-100mg/j.

Sulfadiazine : 4-6g/j.

Durée du traitement: 3 à 4 semaines

Traitement 4- Indications

3. Toxoplasmose de la femme enceinte et congénitale:

- En cas de séroconversion :

- Rovamycine 9 MUI/J jusqu'à l'accouchement

- En cas de confirmation de l'atteinte fœtale :

Association : pyriméthamine, sulfadiazine et acide folinique.

- Traitement du nouveau-né infecté :

Traitement continu par pyriméthamine, sulfadiazine et acide folinique, ou Fansidar et acide folinique au moins jusqu'à l'âge de 1 an.

Traitement 4- Indications

4. Toxoplasmose de l'immunodéprimé :

- ✓ Le traitement de la toxoplasmose cérébrale : association pyriméthamine, sulfadiazine, pendant 6 semaines associés à l'acide folinique
- ✓ L'utilisation du cotrimoxazole IV dans les formes comateuses est possible.

Prophylaxie

1. La sérologie de la toxoplasmose est systématique devant toute grossesse
2. Précaution d'hygiène chez la femme enceinte non immunisée
 - Ne consommer que la viande bien cuite
 - Eviction des chats dans l'environnement
 - Lavage des fruits et des légumes
 - Lavage des mains après manipulation de viande crue et de terre
3. Surveillance sérologique mensuelle chez la femme enceinte séronégative