

# TOXOPLASMOSE

# Introduction

- C'est une parasitose cosmopolite, très fréquente, bénigne, voire asymptomatique dans la majorité des cas
- Due à un protozoaire **toxoplasma gondii**, induisant une immunité durable
- Il s'agit d'une maladie bénigne **sauf** chez l'immunodéprimé et les femmes enceintes non immunisées en raison du risque de toxoplasmose congénitale

# Epidémiologie

## 1- Agent causal :

Toxoplasma Gondii existe dans la nature sous trois formes:

- L'**oocyte** forme de résistance dans le milieu extérieur( libère les sporozoites)
- Le **kyste tissulaire**( qui contient les bradyzoites)
- Tachyzoite**

### 3-Réservoir :

**Chat** : hôte spécifique

**Homme et certains animaux** (mouton, porc): hôte intermédiaire

### 4-Mode de transmission :

- **Ingestion d'oocytes matures:**

- ❖ Crudités, eau contaminée
- ❖ Contact direct avec la litière d'un chat

- **Ingestion des bradyzoites:**

- ❖ consommation de viande crue contenant de kyste

- **Contamination maternofoetale**

# Clinique

On distingue trois grandes entités cliniques :

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

# 1-Toxoplasmose acquise du sujet immuno-compétant

## A/forme bénigne : forme commune:

- l'enfant, l'adolescent ou l'adulte jeune
- rarement symptomatique( moins de 20% des cas)
- l'atteinte ganglionnaire est plus fréquente qui peuvent persister plusieurs semaines parfois un an.
- une fièvre en règle modérée à 38°C,
- une asthénie
- une éruption maculo papuleuse non prurigineuse respectant le cuir chevelu, paumes et plantes

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

## B/les formes graves :

méningo encéphalite, myosite , pneumonie interstitielle sont exceptionnelles

## 2-toxoplasmose congénitale:

### Contamination fœtale précoce:

- Mort in utéro.
- Accouchement prématuré.
- toxoplasmose poly viscérale nécroticohémorragique.

### Contamination fœtale de la 2<sup>ième</sup> moitié de la grossesse:

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

**formes inapparentes ou infra cliniques:** n'ont qu'une traduction sérologique il faut les dépister pour les traiter et éviter le passage à la forme précédente,

### 3/ Toxoplasmose de l'immunodéprimé:

- La toxoplasmose revêt **une gravité particulière** chez l'immuno déprimé ou le toxoplasma gondii responsable de graves lésions cérébrales , rétiniennes et myocardiques.
- Ce terrain immuno déprimé peut être :
  - Infection par VIH
  - Transplanté d'organe
  - Ou autre maladie: tumeur, hémopathie, cirrhose.....



## **A-Infection à HIV :**

### **a-La localisation cérébrale:**

C'est l'infection parasitaire la plus fréquente de SNC, survient tardivement au cours de l'évolution de la maladie (CD4 < 200 elts /mm<sup>3</sup>).

- Elle est secondaire à une réactivation endogène des kystes

### ***La clinique :***

Associe progressivement en fonction de la localisation des abcès :

- des troubles de la conscience et du comportement, crise comitiale
- Syndrome déficitaire d'intensité variable et d'installation habituellement progressive : hémiparésie ou hémiplégie, déficit sensitivomoteur ; syndrome cérébelleux; hémianopsie.

## ***Le diagnostic :***

suspecte devant toute anomalie neurologique centrale chez un sujet séro positif doit faire pratiquer **en urgence** une TDM ou IRM(images d'abcès cérébraux multiples)

## **b-Toxoplasmose extra-cérébrale :**

- *localisation oculaire* : Réalisant un aspect de chorioretinite, lésions nodulaires inflammatoires avec un centre grisâtre de nécrose, associé à une uvéite
- *la toxoplasmose pulmonaire* : pneumopathie fébrile dyspnéisante
- *la toxoplasmose cardiaque* : myocardite, péricardite

## **B-transplanté non immunisé:**

- Une primo-infection souvent secondaire à une transmission par le greffon lors de la greffe d'un organe plein d'un donneur séropositif pour toxoplasmose vers un receveur séronégatif en pré-greffe.
- L'organe le plus souvent en cause est le myocarde, rarement rein ou foie, réalisant des formes poly viscérales quelques semaines après la transplantation et la mise en route du TRT immunosuppresseur.

**C-greffes de moelle osseuse et greffes d'organes chez les sujets immunisés** : vis avis de TG sont exposés au risque de réactivation de leurs propres kystes présents dans les tissus à cause de l'immunodépression ; une chimio prophylaxie doit être systématique.

**D- peuvent également être concernés** : les cancers ou de syndromes lymphoprolifératif ; les chimiothérapies anticancéreuses et la corticothérapie sont des éléments favorisants, même à distance du traitement, une réactivation peut se produire en particulier au niveau cérébral.

# Diagnostic positif

## A- Arguments épidémiologiques :

- notion d'ingestion de toute viande crue ou mal cuite contaminée par les kystes, contact des mains et des ustensiles de cuisine avec la viande crue.
- profession (abattoirs, bouchers, charcuteries, cuisiniers...)
- ingestion de crudités souillés par les oocystes.
- contact avec la litière des chats.
- notion de greffe d'organe ou d'autre immunodépression.

## B- Arguments cliniques :

Seule la forme polyadénopathie est évocatrice de toxoplasmose acquise.

## C- Arguments paracliniques :

- NFS : Syndrome mononucléosidique.
- ASAT, ALAT modérément augmentées.

**Le sérodiagnostic** : l'élément **essentiel** de DG

en pratique il **est indispensable**:

- 02 techniques complémentaires.
- même laboratoire.
- 3 à 4 semaines d'intervalle.

## Evolution des Ac:

- **IgM**: premiers jours, le taux augmente jusqu'à la 2<sup>ième</sup> ou 3<sup>ième</sup> semaine puis diminue pour disparaître vers le 4<sup>ième</sup> mois après l'infection.
- **IgG**: apparaissent vers le 12<sup>ième</sup> à 15<sup>ième</sup> jour, taux max vers le 2<sup>ième</sup> mois, puis reste en plateau qlq semaines puis diminue lentement pour persister définitivement à un taux faible

## Techniques

- Dye-test de sabin et feldman.
- Réaction d'immuno fluorescence
- Test d'agglutination directe

# Diagnostic différentiel :

## 1-Forme ganglionnaire :

### En cas de poly ADP :

- La présence d'un syndrome mononucléosique fait discuter une MNI, CMV.
- TBC, HIV, rubéole, tularémie,
- un lymphome, leucose, sarcoïdose.

**En cas d'une atteinte mono ganglionnaire** : adénite bactérienne, une maladie des griffes de chat voir un lymphome.



# Diagnostic différentiel

## 2-Autres formes :

- **La toxoplasmose généralisée grave** : septicémie bactérienne ou mycosique, une rickettsiose, une virose grave
- **Encéphalite toxoplasmique** : tuberculose, mycoses (candida, aspergillose, cryptococcose), vascularite, LEMP, abcès cérébral, tumeur cérébrale, encéphalite virale (herpès)...
- **L'atteinte oculaire** : quand elle est isolée, fait discuter autres chorioretinites, infection tuberculeuse, infection à CMV, histoplasmose oculaire, syphilis.
- **La toxoplasmose congénitale** : rubéole, cytomégalovirus, Herpès simplex, syphilis, listéria, infection bactérienne.

# Traitement

Les moyens :

## **a/-Macrolides oraux et apparentés :**

- Spiramycine (Rovamycine) : 06M/j en 2 prises.
- Les nouveaux macrolides : Roxithromycine , Azithromycine, Clarithromycine.
- Lincosamide : Clindamycine

## **b/-Antifoliques:**

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

## **c/-antifoliniques :**

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

## **Indication:**

### **1-toxoplasmose acquise de l'immunocompétent :**

Rovamycine : 6-9M/j chez adulte, 150000M/kg chez l'enfant.

durée de TRT: 3 semaines.

### **2-toxoplasmose viscérale et/ou grave chez**

### **l'immunocompétent :**

Malocide : 50-100mg/j.

Sulfadiazine : 4-6g/j.

durée de TRT: 3-4 semaines.

### 3-Toxoplasmose de la femme enceinte et toxoplasmose congénitale :

- *En cas de séroconversion :*

la Rovamycine (9 MUI/J) doit être prescrite pendant toute la grossesse, jusqu'à l'accouchement

- *En cas de confirmation de l'atteinte foétale :*

traitement par l'association : pyriméthamine, sulfadiazine et acide folinique.

- *traitement du nouveau-né infecté :*

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

## 4-Toxoplasmose de l'immunodéprimé :

Le traitement de la toxoplasmose cérébrale repose sur l'association de pyriméthamine, sulfadiazine, pendant 6 semaines associés à l'acide folinique.

En cas d'intolérance on utilise l'association pyriméthamine, clindamycine ou l'atovaquone. L'utilisation du cortimoxazole IV dans les formes comateuses est possible.

# Prophylaxie

- La recherche d'une toxoplasmose de façon systématique avant toute grossesse
- Précaution d'hygiène chez la femme enceinte non immunisée
  - Ne consommer que la viande bien cuite
  - éviction des chats dans l'environnement
  - lavage des fruits et des légumes
  - lavage des mains après manipulation de viande crue et de terre
- Surveillance sérologique mensuelle chez la femme enceinte séronégatif