

TOXOPLASMOSE

Définition

La toxoplasmose (maladie de litière) : anthropozonose, cosmopolite ubiquitaire
Due à un Protozoaire : *T. gondii* parasite à multiplication intracellulaire obligatoire
Infection bénigne latente chez l'enfant et l'adulte Immunocompétent
Redoutable chez le sujet immunodéprimé (VIH) ou chez la femme enceinte
Le réservoir est double tellurique et animal (chat)

Agent pathogène

T. gondii existe sous trois formes :

- La forme végétative (**tachyzoïte**) a une forme d'arc.
Elle se multiplie dans les cellules de l'hôte (la lignée macrophagique).
Les tachyzoïtes sont les formes du parasite à l'origine des lésions cliniques.
- **Le kyste** est sphérique ou ovoïde. Il résulte de nombreuses multiplications d'une forme végétative qui a colonisé une cellule hôte. Le kyste contient plusieurs centaines ou milliers de **bradyzoïtes**, formes à division lente, non pathogènes. Les kystes sont localisés principalement dans le tissu nerveux et les muscles, et représentent la principale forme de dissémination du parasite .
Ils entretiennent l'immunité de l'hôte immunocompétent.
- **L'oocyste** est le fruit de la multiplication sexuée du parasite dans l'intestin du chat. Il peut être responsable de la contamination humaine par les aliments souillés par les fèces des chats. .

Transmission

- par absorption d'oocystes sporulés contenus dans les déjections de félinés, notamment des jeunes chats contaminant l'eau, les fruits ou les légumes ;
- plus généralement, par absorption de bradyzoïtes (kystes) contenus dans la viande (muscles) provenant d'animaux contaminés (moutons, chèvres...) et non détruits par une cuisson insuffisante
 - Materno foétale (transplacentaire)
 - Ré infestation endogène (Immunodéprimé)
 - Rarement accidentelle (laborantins)

Clinique

1. Toxoplasmose acquise

Elle est le plus souvent inapparente. Lorsque des symptômes cliniques sont présents, il s'agit de la triade symptomatique : fièvre, adénopathies (cervicales) et asthénie.
Les formes cliniques graves sont extrêmement rares: myosites ; méningo-encéphalites et atteinte cardiaque

2. Toxoplasmose congénitale

Plus grave (risque d'avortement, de troubles majeurs du développement, d'hydrocéphalie, de calcifications cérébrales, de syndrome hémorragique néonatal, évolutif et gravissime) que l'infestation du fœtus a lieu précocement

**** Forme majeure : encéphalo-méningo-myélite toxoplasmique.**

Elle est devenue très rare depuis la mise en place du dépistage au cours de la grossesse.

Elle associe une modification de la taille de crâne, des signes neurologiques, des calcifications intracrâniennes et des signes oculaires (choriorétinite ++).

L'évolution est sévère.

****Formes viscérales : ictère néo-natal, hépato-spléno-mégalie, anasarque.**

****Formes retardées : les signes en sont un retard psychomoteur, une macrocéphalie, des crises convulsives, une chorioretinite.**

****Formes inapparentes ou infra-cliniques : ce sont actuellement les plus fréquentes (80% des cas). Elles sont aussi appelées « formes sérologiques » car seule la sérologie de l'enfant prouve qu'il est infecté. Le risque clinique principal est l'apparition de chorioretinites dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte.**

3. Toxoplasmose de l'immunodéprimé

Il s'agit le plus souvent d'une encéphalite (fièvre, céphalées, troubles de la conscience, signes de focalisation). La dissémination de *T. gondi* (parasitémie) peut conduire à des localisations viscérales divers (poumon, foie...)

Diagnostic

1. Imagerie

Elle a surtout sa place dans la toxoplasmose congénitale et chez l'immunodéprimé.

En cas d'infection congénitale, **l'échographie obstétricale** permet de diagnostiquer les éventuelles lésions fœtales in utero (lésions neurologiques, organomégalies...)

Après la naissance, les techniques d'imagerie sont utiles pour évaluer les lésions neurologiques et la présence de calcifications cérébrales.

Chez les patients immunodéprimés, l'imagerie est, avec la clinique et l'évolution sous traitement, l'élément clé pour le diagnostic de la toxoplasmose cérébrale.

2. Diagnostic biologique

La démarche biologique, ainsi que les techniques utilisées, sont différentes selon la situation clinique considérée.

Schématiquement :

- La toxoplasmose acquise de l'immunocompétent est diagnostiquée par la sérologie (IgG et IgM spécifiques) .

En cas de séroconversion, (apparition d'IgM et d'IgG) chez la femme enceinte ; il faudra dater avec le plus de précision possible l'infection maternelle

-La toxoplasmose fœtale est mise en évidence par l'étude du liquide amniotique par amniocentèse (mise en évidence du parasite par biologie moléculaire PCR, cultures ou par inoculation à la souris).

- A la naissance, l'infection congénitale peut être diagnostiquée par les techniques sérologiques permettant la comparaison des profils immunologiques de la mère et de l'enfant.

- Chez l'immunodéprimé, la sérologie permet d'affirmer l'existence d'une infection ancienne et donc le risque de réactivation.

Schémas thérapeutiques

Il existe peu de médicaments indiqués, et validés, pour le traitement de la toxoplasmose.

Il s'agit principalement de :

La spiramycine (Rovamycine®)

L'association **pyriméthamine-sulfadoxine** (Fansidar®)

L'association **pyriméthamine-sulfadiazine** (Malocide®-Adiazine®)

Effet secondaire principal : toxicité hématologique

1. Toxoplasmose acquise

La toxoplasmose acquise chez l'immunocompétent, hors grossesse ne nécessite pas de traitement.

La Rovamycine® peut être prescrite en cas de persistance de signes cliniques.

2. Toxoplasmose acquise pendant la grossesse

En cas de séroconversion la Rovamycine® (9 MUI/J) doit être prescrite, pour diminuer la transmission materno-fœtale, pendant toute la grossesse.

Si la séroconversion survient au 2ème trimestre de grossesse, et si le résultat de l'amniocentèse est négatif, le traitement par Rovamycine® sera poursuivi.

S'il est positif (toxoplasmose congénitale prouvée), le traitement par pyriméthamine-sulfadoxine (associés à de l'acide folique per os) est indiqué

3. A la naissance

Si l'infection du nouveau-né n'est pas prouvée, aucun traitement n'est prescrit pendant la durée du suivi clinique et sérologique.

En cas de toxoplasmose congénitale un traitement par pyriméthamine-sulfadoxine ou sulfadiazine en alternance avec la Rovamycine sera instauré pour un an (selon protocoles).

4. Toxoplasmose chez l'immunodéprimé : sulfadiazine et pyriméthamine pdt 06S + une prophylaxie secondaire à vie doit être maintenue en raison du risque de rechute: la moitié de la dose

5. Chorioretinite:

sulfamide et pyriméthamine +prédnisone

Prophylaxie

La recherche d'une toxoplasmose de façon systématique avant toute grossesse

-Intérêt du bilan prénuptial

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

- **Le Bactrim@** est prescrit dans le cadre de la prophylaxie primaire des réactivations toxoplasmiques chez les patients VIH + (si le taux des CD4 reste inférieur à 200)

-Chez les patients VIH+ et sero négatifs pour T. gondii, les mêmes mesures hygiéno-diététiques que chez les femmes enceintes peuvent être appliquées.