

TOXOPLASMOSE

Dr.Y.Badla
service des maladies infectieuses
CHU Tlemcen

Introduction

- Parasitose très fréquente et cosmopolite
- 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 :

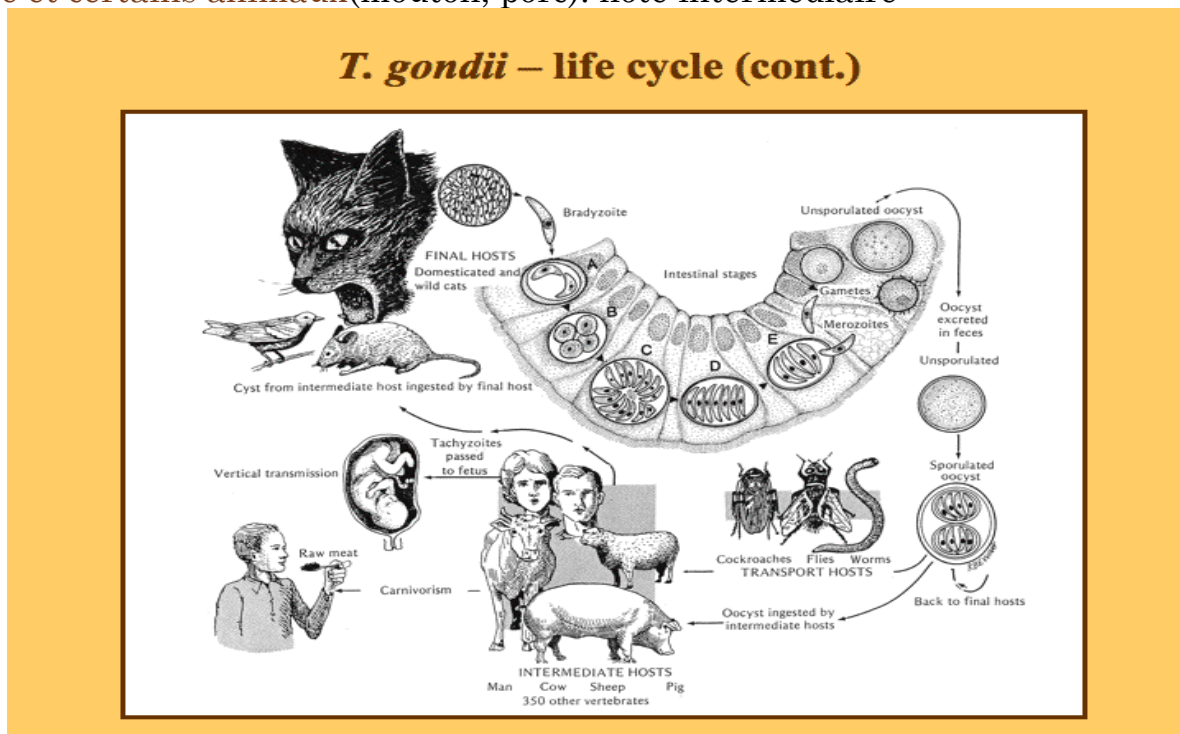
Toxoplasma Gondii existe dans la nature sous trois formes:

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

2-Réservoir :

Chat : hôte spécifique

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



Epidémiologie

3-Mode de transmission :

- Ingestion d'oocystes matures:
- ❖ Crudités, eau contaminée
- ❖ Contact direct avec la litière d'un chat
- Ingestion des bradyzoites:

- ❖ consommation de viande crue contenant de kyste
- Contamination materno-foetale
- -contamination endogène: immuno-deprimé

clinique

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 :

- exceptionnelles
- méningo encéphalite,
- myosite ,
- pneumonie interstitielle
- atteinte oculaire

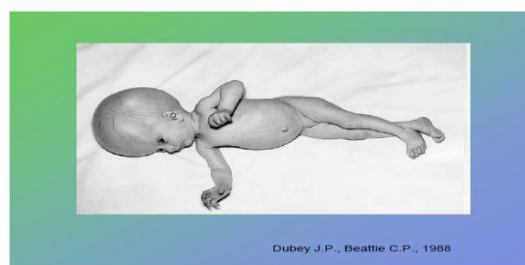
2-toxoplasmose congénitale:

Contamination foetale précoce:

- Mort in utéro.
- Accouchement prématuré.
- toxoplasmose poly viscérale nécrotico-hémorragique.

Contamination foetale de la 2^{ème} 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.



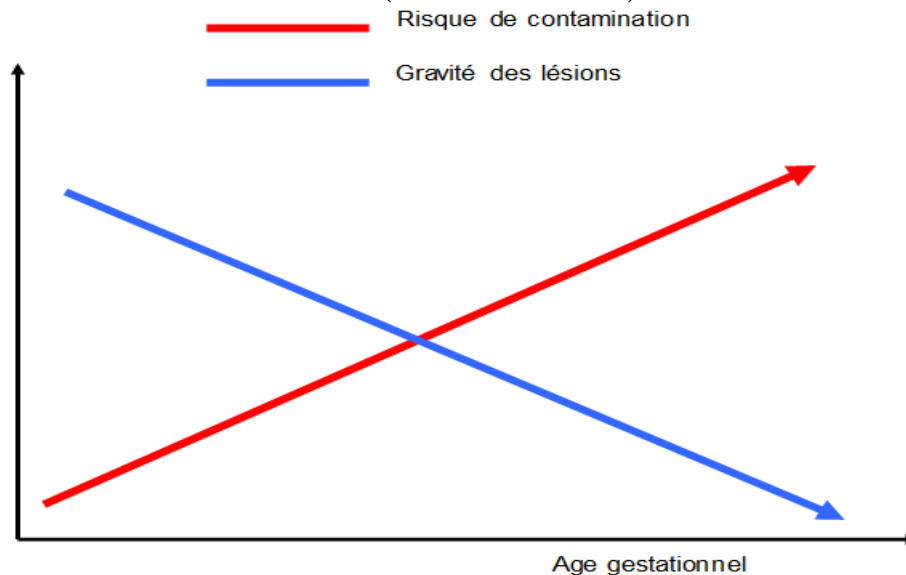
Calcifications
intracrâniennes



2-toxoplasmose congénitale:

- formes inapparentes ou infra cliniques:

plus fréquentes, de révélation tardive (choriorétinite)



3/ Toxoplasmose de l'immunodéprimé:

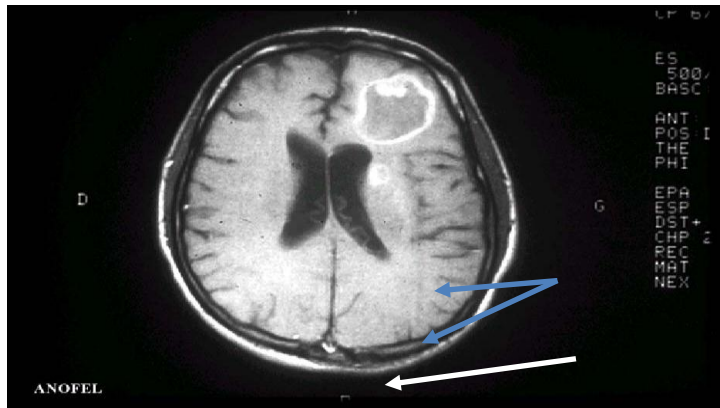
- La toxoplasmose revêt **une gravité particulière** chez l'immuno déprimé ou le toxoplasma gondii responsable de graves lésions cérébrales , rétiniennes et myocardiques.
- Ce terrain immuno déprimé peut être :
 - **Infection par VIH**
 - Transplanté d'organe
 - Ou autre maladie: tumeur, hémopathie,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

Les symptômes de la toxoplasmose cérébrale :

céphalées, fièvre, somnolences, Désorientation, crises comitiales, syndrome déficitaires variables selon la localisation des lésions.

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

Secannr cérébral



Diagnostic positif

- Le **DG clinique**: difficile, **diversité** des manifestations et extrême **latence** des formes cliniques
- Le **sérodiagnostic** : l'élément **essentiel** de DG
- en pratique il **est indispensable**:
 - 02 techniques complémentaires.
 - même laboratoire.
 - 3 _ 4 semaines d'intervalle.

Evolution des Ac:

- **IgM**: premiers jours, le taux augmente jusqu'à la 2^{ième} ou 3^{ième} semaine puis diminue pour disparaître vers le 4^{ième} mois après l'infection.
- **IgG**: apparaissent vers le 12^{ième} à 15^{ième} jour, taux max vers le 2^{ième} 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
- Test d'avidité

DIAGNOSTIC DE LA TOXOPLASMOSE FOETALE

Les prélèvements

- Liquide amniotique, placenta, sang du cordon
- Sang, Moelle osseuse, LBA, biopsies...

Chez l'immunodéprimé VIH

- Critères cliniques
- Critères radiologique
- La sérologie: élément d'orientation
- Test thérapeutique
- Biopsie cérébrale

Traitement

Les moyen:

- La spiramycine 150.000UI/kg/j pdt 03 semaine.
- sulfadiazine et pyriméthamine en cure 06 sem.
- + surveillance hématologique
- Sulfadoxine et pyriméthamine

Indications:

-Toxoplasmose acquise chez l'immunocompétent:

Rovomycine pdt 03S sans efficacité prouvée

-Toxoplasmose viscérale et/ou grave :

pyriméthamine+sulfamide pdt 03à04 S

:

-Toxoplasmose de la femme enceinte:

la spiramycine jusqu'à l'accouchement

-Toxoplasmose congénitale: jusqu'à l'âge d'un an

04 cures de 03 S de pyriméthamine, sulfadiazine et l'acide folinique, spiramycine ds l'intervalle de ces cures

Toxoplasmose de 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

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 chez la femme enceinte séronégatif