

TOXOPLASMOSE

→ Protozoaire de classe coccidie.

I) Généralités

- Habituellement bénigne voir inapparente
- Elle peut être **acquise, congénitale, réactivées** chez l'immunodéprimé

II) Le Parasite

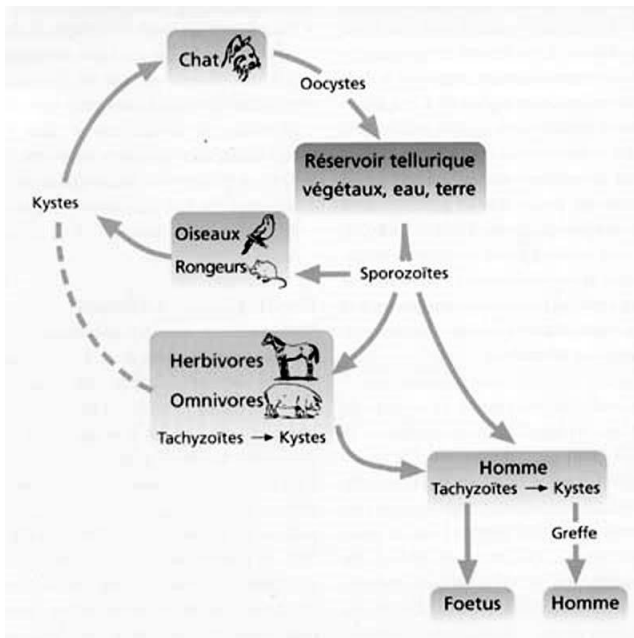
Il existe sous 3 formes :

- Tachyzoites : intracellulaire, infestants mais détruits par l'acidité gastrique
- Bradyzoites : intratissulaire sous forme de kyste, persistant toute la vie, infestant (résiste à l'acidité gastrique, détruit par la cuisson + froid)
- Sporozoites : milieu ext (oocystes), présent dans les déjections du chat, résistent plusieurs mois dans le ME, infestant (// Bradyzoites)

III) Transmission

- **Transfusion de tachyzoites** : forme fragile, qui se transmet de manière transplacentaire, responsable de la T. congénitale
- **absorption de kystes** : consommation de viande (cheval, porc) mal cuit + personne séro-négative qui se fait greffer un cœur de séro-positif.
- **absorption d'oocystes** (légumes crus, eaux souillées, mains sales (jardinage))

IV) Cycle biologique



HD : chat HI : oiseaux, rongeurs

Le chat chasse les HI et va ainsi se contaminer, il va excréter dans ses selles des oocystes qui souillent le milieu ext. et qui seront susceptibles de contaminer l'homme, les ovins et les bovins.

V) Evolution chez l'homme

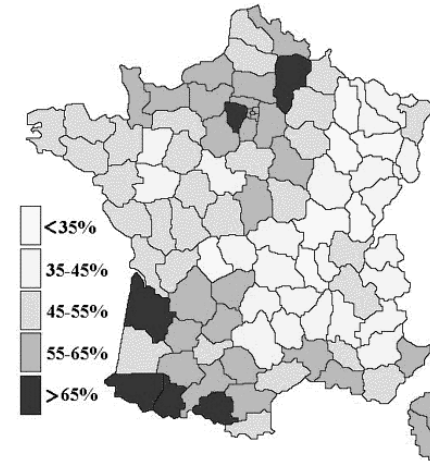
Φ **parasitemique** : Les tachyzoites vont se retrouver dans le sang pdt 1/2 semaines → risque de T. congénitales

Φ **immunitaire** : la réponse immunitaire se met en place en 2/3 mois. Les tachyzoites sont éliminés et le parasite pour persister se met sous forme de kyste → toxoplasmose acquise.

Φ **chronique de réactivation** : Si le sujet est immunodéprimé, la RI ne peut plus jouer son rôle et les kystes se réactivent entraînant la toxoplasmose cérébrale.

VI) Epidémiologie

- Cosmopolite
- Prévalence varie de 10 à 70% selon :
 - Climat (risque diminué dans les régions froides)
 - Habitude alimentaire (congélation des aliments)
- Tendance à la baisse.



VII) Toxoplasmose acquise

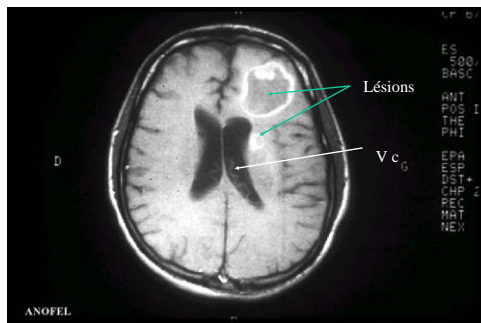
- **Asymptomatique dans 80% des cas**
- Forme ganglionnaire :
 - Fièvre (38°-38°5)
 - Asthénie
 - Adénopathie
 - \$ mononucleosique
 - Guérison sans traitement
- Formes viscérales graves chez les immunodéprimées et les greffés

VIII) Toxoplasmose de réactivation

→ Atteinte grave, constamment mortelle.

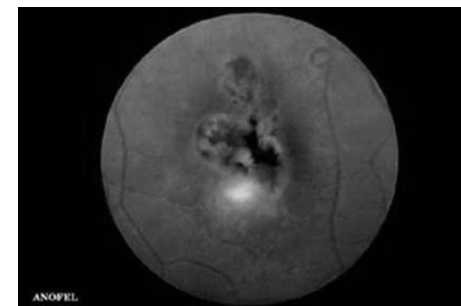
Localisation **cérébrale** (30% des SIDA)

- ▶ Fièvre
- ▶ Souffrance cérébrale (céphalées, confusion, troubles psychiques, torpeur, coma, convulsions, paralysies, troubles visuels)
- ▶ LCR : RAS
- ▶ Imagerie : tableau d'abcès cérébral : lésions unique ou multiples hypodenses



Localisation extra-cerebrale (peu fréquent)

- ▶ Moelle osseuse
- ▶ Pulmonaire
- ▶ Chorioretinite :



IX) Toxoplasmose congénitale

- ➔ Résulte de la contamination du fœtus au cours de la grossesse
- ➔ Due soit à une primo-infection chez la femme enceinte, soit à une T. de réactivation chez la femme enceinte immunodéprimée.
- ➔ **La fréquence de la maladie augmente avec l'âge de la grossesse** (placenta + gros et + fragile)
- ➔ **La gravité diminue avec l'âge de la grossesse**

➔ Encéphalo-meningo-myélite toxoplasmique :

- Rare, infection en début de grossesse
- Hydrocéphalie (aqueduc de Sylvius bouché)
- Calcifications intracrâniennes
- Signes oculaire : chorioretinite (+++), microphthalmie
- Evolution : mort en qq semaine ou mois, voir in utero sinon séquelle graves (oculaires et psychomotrices)

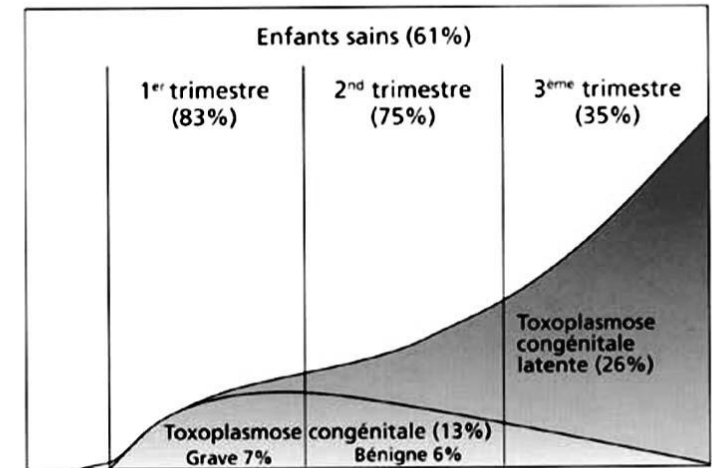
➔ Forme viscérale :

- Contamination + tardive
- Ictère néonatal
- Hépatosplénomégalie
- Hémorragies muqueuses
- Evolution grave, souvent mortelle

➔ Forme infraclinique à la naissance :

- Très fréquente (contamination en fin de grossesse)
- **A dépister par la sérologie et à traiter car complications retardées possibles**
- Hydrocéphalie, retard psychomoteur, convulsions, chorioretinite.

Risque de transmission et gravité de la toxoplasmose congénitale en fonction du terme de la grossesse



X) Diagnostic parasitologique de la toxoplasmose

→ Indications restreintes (diagnostic prénatal et néonatal + **T. de réactivation**)

On recherche la présence du parasite dans le liquide amniotique, le placenta, le sang du cordon, le sang, la moelle osseuse...

XI) Diagnostic sérologique

→ Indications + larges :

- Statut sérologique lors de la première visite prénatale (**obligation légale**)
- Statut sérologique du VIH+
- Statut sérologique du donneur + receveur de greffe
- Suivis de la ♀ enceinte (tous les mois si seronegativité)
- Diagnostic de la **T. acquise + T congénitale**

Toxoplasmose récente	Toxoplasmose ancienne
<ul style="list-style-type: none"> - Séroconversion vraie (=passage des IgG de négatif à positif) - ↑ des IgG à 3 semaines d'intervalle - Faible avidité des IgG - Présence d'IgM, IgA 	<ul style="list-style-type: none"> - Titre IgG faible ou modéré, STABLE - Avidité des IgG forte - Habituellement ni IgM, ni IgA

XII) Diagnostic de la toxoplasmose congénitale

A) suivi clinique et paraclinique

- ➔ Périmètre crânien
- ➔ Echographie transfontanelle ou imagerie (calcifications)
- ➔ FO (chorioretinite)

B) bilan parasitologique

- ➔ Recherche de toxoplasmose dans le placenta

C) suivi sérologique

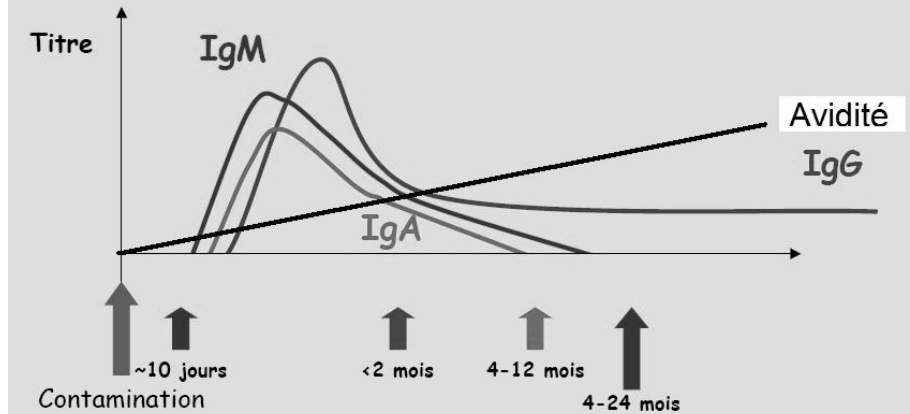
- ➔ IgG : soit neoanticorps, soit neoanticorps + Ac maternels transmis. →
 - ➔ IgM, IgA : neoanticorps
- La présence de neoanticorps chez l'enfant signe une toxoplasmose congénitale, en effet la seule présence d'IgG maternels transmis ne suffit pas à déclarer que l'enfant est atteint, puisque les IgG traverse le placenta.
- ➔ Profils immunologiques comparés entre la mère et l'enfant (PIC-ELIFA et PIC Western Blot)

XIII) Traitement

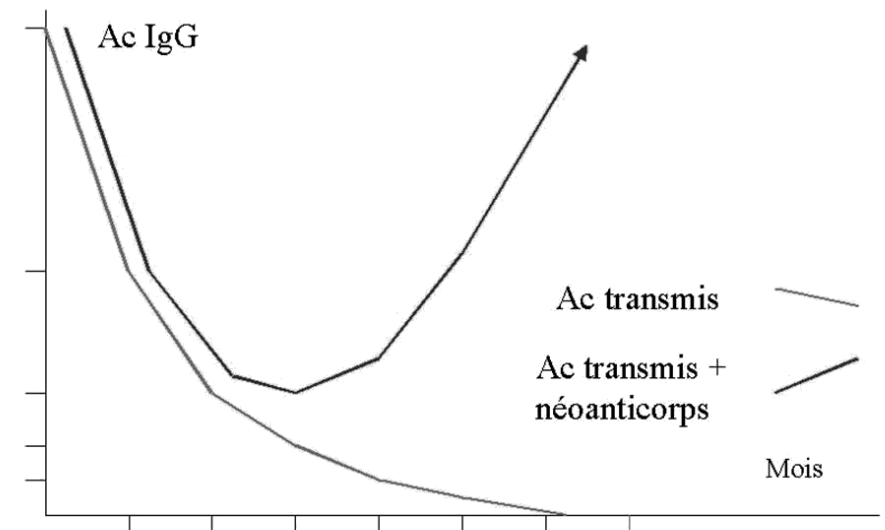
Chez la ♀ enceinte : Rovamycine

Pour la T. congénitale et de réactivation : Malocide + Adiazine

Cinétique des anticorps anti-toxoplasmiques



Cinétique des anticorps IgG chez le nouveau-né



XIV) Prophylaxie

Chez la femme enceinte seronegative, il faut faire un suivi sérologique (mensuel, à l'accouchement, 1 mois après).

Mesures Hygiéno-diététique :

- Viande bien cuite +++
- Légumes crus bien lavés ++
- Hygiène des mains
- Chat : (soins par une tierce personne, alimentation en boite, interdiction de vagabondage !!) En effet les chats dangereux pour la ♀ enceinte sont ceux qui chassent pour se nourrir, un chat urbain, nourri par des aliments industriels, ne représente pas un danger toxoplasmique

Gestion de la toxoplasmose pergestationnelle

- S'assurer de la réalité de la contamination
 - bilan sérologique complet: cinétique, avidité, (IgM, IgA)
- Prophylaxie par spiramycine (rovamycine)
 - pdt toute la grossesse
- Amniocentèse après 18 ème semaine
 - PCR
 - Si + : traitement prénatal maternel par malocide-adiazine
- Echographie détaillée mensuelle
 - Si lésions : Centre de Diagnostic Prénatal (indication éventuelle d'interruption de grossesse)