

TOXOPLASMOSE

Pr. D.E ABDENNOUR

Service des Maladies Infectieuses CHUC

Parasitose cosmopolite, due à toxoplasme gondii. Généralement bénigne chez le sujet immunocompétent, elle peut être grave chez la femme enceinte séronégative en raison des conséquences chez l'enfant.

I CYCLE DU TOXOPLASME : cf cours parasitologie.

II PATHOGENIE :

L'ingestion par le chat de formes kystiques du parasite, aboutit dans son intestin à des gamétocytes dont la fusion donne des oocystes éliminés par les selles. Lors de l'ingestion par le mouton, le bœuf... ils se transforment en sporocystes puis en sporozoïtes infectants. Du tube digestif, le parasite gagne divers tissus sous forme trophozoïte, se multiplie dans les macrophages et survit dans les muscles, le cerveau, sous forme de kystes (contenant des bradyzoïtes), entretenant l'immunité.

III MODALITES DE CONTAMINATION HUMAINE :

1- La primo infestation se fait par :

- Ingestion d'oocystes : en consommant des crudités ou de l'eau contaminée par les déjections de chat ou par contact direct avec un chat et surtout sa litière.
- Ingestion de bradyzoïtes : en consommant de la viande mal cuite de mouton, de bœuf. Les bradyzoïtes sont détruits à 65°C pendant 3 mn et par la congélation.
- Transmission de tachyzoïtes présents dans le sang et les macrophages. Cela explique la transmission materno-fœtale.

2- La réactivation : s'observe chez les sujets immunodéprimés (SIDA). Il y a un « réveil » des bradyzoïtes contenus dans les kystes qui se transforment en tachyzoïtes qui se multiplient localement et peuvent se disséminer dans le sang.

3- La réinfestation : exceptionnelle chez le sujet immunisé.

IV CLINIQUE :

1- Toxoplasmose acquise du sujet immunocompétent : C'est la forme habituelle chez l'enfant et l'adulte jeune. Dans 80 % des cas, cette forme est asymptomatique. Quand elle est apparente, elle se manifeste par une fièvre modérée aux environs de 38°C, une asthénie et des polyadénopathies surtout de la région cervicale. Les ganglions restent cependant peu volumineux, fermes, légèrement ou non douloureux, n'adhérant pas au plan profond, persistant longtemps.

Il y a parfois une pharyngite et une éruption maculo-papuleuse disséminée.

Il existe un syndrome mononucleosique sanguin qui oriente vers le diagnostic.

Les autres formes sont plus rares notamment les formes graves à type d'atteinte multi-viscérale.

2- Toxoplasmose du sujet immunodéprimé :

- SIDA.
- Transplanté non immunisé contaminé par le greffon.

3- Toxoplasmose congénitale :

due au passage transplacentaire des trophozoïtes au cours de la primo-infection maternelle.

Le risque d'infection de l'enfant dépend de l'âge de la grossesse : 17 % au premier trimestre, 50 % au second et 65 % au troisième.

Par ordre de gravité décroissante, on observe :

- Des morts fœtales.
- L'encéphalomyélite avec hydrocéphalie et calcifications cérébrales péri-ventriculaire, des signes oculaires (choriorétinite) et des signes neurologiques de souffrance cérébrale.
- Des atteintes viscérales.
- Des formes paucisymptomatiques avec retard psychomoteur ou choriorétinite isolée.

V TRAITEMENT :

Curatif : les molécules actives sont la spiramycine (Rovamycine®), la clindamycine (Dalocine®), les sulfamides comme la sulfadiazine (Adiazine®) ou la sulfadoxine + pyriméthamine (Fansidar®), la pyriméthamine (Malocide®).

Les indications sont :

- Toxoplasmose acquise commune du sujet immuno-compétent :
Rovamycine® : 6 à 9 M UI/j chez l'adulte.
150 000 UI/kg/j chez l'enfant.
Durée : 3 semaines.
- Toxoplasmose viscérale : Malocide® – Fansidar® pendant 3 à 4 semaines.
- Choriorétinite : Fansidar® et Corticoïdes.

VI CONDUITE A TENIR DEVANT UNE FEMME ENCEINTE EXPOSEE AU RISQUE DE TOXOPLASMOSE :

Le but du traitement et de la prévention est de diminuer le risque de complications oculaires qui est de 35 à 80 % des toxoplasmoses congénitales.

Chez la femme : sérologie toxoplasmique prénuptiale.

Chez la femme non immune :

- Surveillance mensuelle de la sérologie pour dépister et traiter une séroconversion.
- Ne consommer que la viande très bien cuite.
- Pas de contacts avec les chats.
- Lavage des fruits et légumes.
- Lavage des mains après manipulation de viande crue et de terre.
-

En cas d'infection confirmée chez la mère :

- Traitement par spiramycine (Rovamycine®) 6 M UI/j jusqu'à l'accouchement (ceci diminue de moitié le risque de contamination fœtale).
- Diagnostic d'atteinte fœtale possible par amniocentèse ou ponction des vaisseaux ombilicaux de la 25^{ème} à la 29^{ème} semaine. Seule la confirmation d'infection fœtale peut autoriser l'interruption de grossesse. En l'absence d'interruption de grossesse, traiter au Fansidar® et suivre la grossesse par échographie.

Chez le nouveau-né :

Confirmation par isolement du parasite ou élévation des IgM ou augmentation des IgG à partir du 6^{ème} mois .

Si infection : traitement jusqu'à l'âge de 1 an minimum en 4 cures de 3 semaines avec du Fansidar®, la Spiramycine (Rovamycine®) étant prescrite dans l'intervalle de ces cures.