

# Toxoplasmose (hors femme enceinte)

## INTRODUCTION

Zoonose.

Agent pathogène : *Toxoplasma gondii* (toxoplasme), parasite, embranchement des *Apicomplexa*.

Cycle parasitaire et modes de contamination : voir Item 15-1.

## TOXOPLASMOSE ACQUISE DU SUJET IMMUNOCOMPÉTENT

### PRÉSENTATION CLINIQUE

Primo-infection **asymptomatique** +++.

Si symptomatique :

- ▶ fièvre, asthénie, adénopathies préférentiellement cervicales;
- ▶ rares formes graves (souches virulentes originaires d'Amérique du Sud ou d'Afrique);
- ▶ rares formes oculaires (choriorétinite).

### DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

*Éléments d'orientation* : hyperlymphocytose avec cellules hyperbasophiles (anciennement syndrome mononucléotique); syndrome inflammatoire.

Sérologie : recherche IgG et IgM anti-*T. gondii*.

- ▶ Techniques immunoenzymatiques basées sur la méthode ELISA (ou dérivées).
- ▶ Règles générales d'interprétation : voir [Tableau 15.2.1](#).

Si atteinte oculaire :

- ▶ recherche d'ADN de *T. gondii* par biologie moléculaire (PCR) dans l'humeur aqueuse;
- ▶ recherche d'une synthèse intraoculaire d'anticorps spécifiques (sérologie) : western blots comparatifs sérum/humeur aqueuse, charge immunitaire (coefficient de Desmouts ou de Goldmann-Witner).

### TRAITEMENT

*Abstention thérapeutique* +++.

Si asthénie sévère : *spiramycine* ou triméthoprime-sulfaméthoxazole.

Si atteinte oculaire : *idem* traitement sujet immunodéprimé ou azithromycine-pyriméthamine.

## TOXOPLASMOSE DU SUJET IMMUNODÉPRIMÉ

### POPULATION A RISQUE

*Patients immunodéprimés avec déficit de l'immunité cellulaire T* : patients infectés par le VIH, transplantés d'organe solide, allogreffés de cellules souches hématopoïétiques, atteints d'hémopathies, de cancers, traités par biothérapie... Voir [Tableau 15.2.2](#).

### PHYSIOPATHOLOGIE

Infection le plus souvent secondaire à la *réactivation d'une primo-infection ancienne* : patient immunodéprimé immunisé vis-à-vis du toxoplasme, allogreffe de cellules souches.

**Tableau 15.2.1** Règles générales d'interprétation des résultats d'une sérologie toxoplasmose chez le sujet immunocompétent.

	IgM – IgG –	IgM – IgG +	IgM + IgG –	IgM + IgG +
<b>Interprétation</b>	Absence d'immunité	Immunité ancienne	Infection récente ? IgM non spécifiques ?	Infection récente ? IgM résiduelles ?
<b>Conduite à tenir</b>			À contrôler sur un 2 <sup>e</sup> sérum prélevé après 10-15 jours. Affirmation d'une primo-infection (séroconversion toxoplasmique) si apparition d'IgG sur le 2 <sup>e</sup> sérum	Datation de l'infection Contrôle sur un 2 <sup>e</sup> sérum prélevé après 15–21 jours : affirmation d'une infection récente (primo-infection) si augmentation significative du titre d'IgG +/- avidité des IgG : affirmation d'une infection ancienne (> 3–5 mois) si avidité forte

**Tableau 15.2.2** Toxoplasmose du sujet immunodéprimé : risque et mode de transmission.

	VIH +	Allogreffe CSH	TOS
<b>Risque de réactivation</b>	Oui, si dépistage sérologique positif vis-à-vis de la toxoplasmose	Oui, si dépistage sérologique positif (R+)	Oui, si dépistage sérologique positif (R+)
<b>Risque de primo-infection</b>	Oui, si dépistage sérologique négatif	Oui, si dépistage sérologique négatif (R-)	Oui, si dépistage sérologique négatif (R-)
<b>Via greffon (mismatch D +/R-)</b>	/	Risque faible	Cœur/poumon : risque élevé Autres organes : risque faible
<b>Via alimentation</b>	Risque <i>idem</i> population générale		

R : receveur, D : donneur.

CSH : cellules souches hématopoïétiques, TOS : transplantation d'organe solide.

Plus rarement due à une primo-infection : transmission *via* le greffon (kystes) ou alimentation (kystes ou oocystes).

Localisations les plus fréquentes :

- ▶ système nerveux central = *toxoplasmose cérébrale*;
- ▶ œil = *toxoplasmose oculaire*;
- ▶ poumon = *toxoplasmose pulmonaire*;
- ▶ *toxoplasmose disséminée* : atteintes multiviscérales secondaires.

### ÉLÉMENTS DE SÉMIOLOGIE D'ORIENTATION

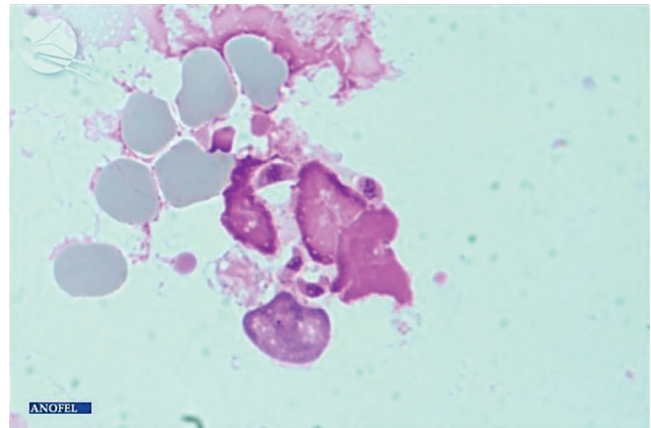
Variables selon localisation. Voir [Tableau 15.2.3](#).

### DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Voir [Tableau 15.2.3](#).

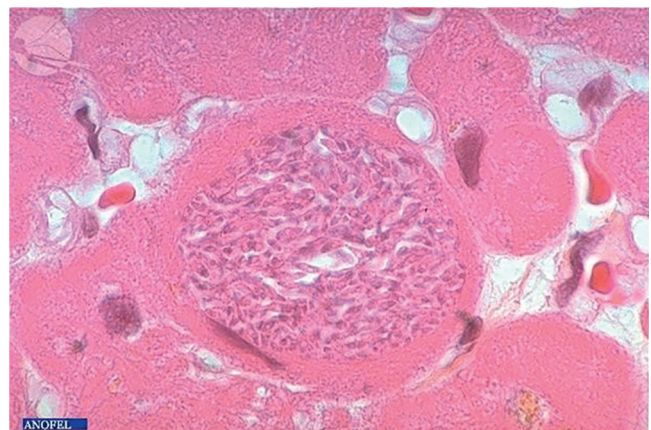
Diagnostic direct :

- ▶ recherche d'ADN de *T. gondii* par biologie moléculaire : PCR :
  - sang, LBA, LCS, humeur aqueuse, biopsie ou autre prélèvement selon localisation,
  - examen de choix : sensibilité variable selon prélèvement, spécificité +++;
- ▶ examen direct après coloration (May-Grünwald-Giemsa) sur LBA :
  - faible sensibilité,
  - mise en évidence de tachyzoïtes ([Figure 15.2.1](#)) ou de kystes ([Figure 15.2.2](#)).



**Figure 15.2.1** Tachyzoïtes *T. gondii*, LBA, en forme d'arc, 6–8 µm; coloration MGG.

Source : eAnofel P484.



**Figure 15.2.2** Kyste *T. gondii*, myocarde, contient des bradyzoïtes; coloration HES.

Source : eAnofel P074.

Diagnostic indirect : sérologie :

- ▶ recherche IgG et IgM anti-*T. gondii*;
- ▶ détermination du statut sérologique avant la greffe ou la transplantation +++;
- ▶ interprétation parfois délicate chez le patient immunodéprimé.

### TRAITEMENT

Traitement *indispensable*.

*Traitement curatif* (3–6 semaines) :

- ▶ pyriméthamine – sulfadiazine + acide folinique;

Tableau 15.2.3 Toxoplasmose du sujet immunodéprimé : éléments diagnostiques.

	Toxoplasmose cérébrale	Toxoplasmose oculaire	Toxoplasmose pulmonaire	Toxoplasmose disséminée
<b>Signes d'orientation</b>	Atteinte neurologique : déficit focal, troubles de la conscience, céphalées, épilepsie... Fièvre TDM/IRM : abcès cérébral, image typique en cocarde	Baisse d'acuité visuelle	Pneumopathie interstitielle Dyspnée Fièvre	Fièvre Défaillances d'organes
<b>Diagnostic biologique</b>	<b>PCR + : LCS</b> Sérologie positive	<b>PCR + : HA</b> Sérologie : sérum, HA (WB)	<b>PCR + : LBA, prélèvements respiratoires</b>	<b>PCR + : sang, biopsies...</b>
<b>Anatomocytopathologie</b>	<b>x</b>		<b>x</b>	<b>x</b>

LCS : liquide cébrospinal, HA : humeur aqueuse, LBA : lavage bronchiolo-alvéolaire.

► alternatives :

- VIH + : triméthoprime – sulfaméthoxazole,
- pyriméthamine – clindamycine,
- atovaquone.

Parfois traitement d'épreuve (notamment forme cérébrale).

### PROPHYLAXIE

*Prophylaxie primaire.*

Dépistage sérologique (dons d'organes/tissus/cellules) et patients VIH+ :

- Sérologie positive (IgG+) : patient à risque de réactivation :
  - suivi biologique : PCR dans le sang +/- sérologie;
  - chimioprophylaxie :

- VIH+ et CD4 < 100/mm<sup>3</sup>,
- greffe et transplantation : selon statut sérologique (donneur et receveur) et organe transplanté,
- triméthoprime-sulfaméthoxazole.

► Sérologie négative (IgG -) : patient à risque de primo-infection :

- suivi sérologique +/- PCR dans le sang;
- règles hygiéno-diététiques : *idem* femme enceinte séronégative.

*Prophylaxie secondaire :*

- Mêmes molécules que pour le traitement curatif, à plus faibles posologies.
- Tant que persiste une immunodépression profonde.