

COURS DE COLLEGE DE MALADIES INFECTIEUSES

MICROBIOLOGIE – PARASITOLOGIE



Diagnostic biologique de la toxoplasmose

26 Janvier 2012 Faculté de Médecine de Sousse

CAS CLINIQUE N° 2

Pr.Ag Fathallah Akila

Faculté de Médecine de Sousse

CHU F. Hached de Sousse

26 Janvier 2012 Faculté de Médecine de Sousse

Une jeune femme de 35 ans épouse d'un entrepreneur en travaux routiers est admise dans le service de Médecine Interne pour suspicion d'un abcès cérébral. Dans ces ATCD : on note une hémorragie de la délivrance lors de son dernier accouchement datant de 4 ans ayant nécessité plusieurs transfusions sanguines. Son mari était à l'époque en mission en Ethiopie .

Depuis quelques mois, elle présente un amaigrissement notable, un muguet buccal traité par amphotéricine B (FUNGIZONE®) orale, récidivant à l'arrêt du traitement.

A l'examen, la température est à 39°2C. La malade est obnubilée, elle répond difficilement aux questions. On note un déficit de l'hémicorps droit et une paralysie du nerf facial droit Le reste de l'examen est sans particularité.

Examens para-cliniques :

VS à 78 mm à la première heure

NFS : globules rouges : 4 000 000/mm³,

Taux d'Hb : 12 g/l

Globules blancs : 3 200/mm³,

polynucléaires neutrophiles : 88%,

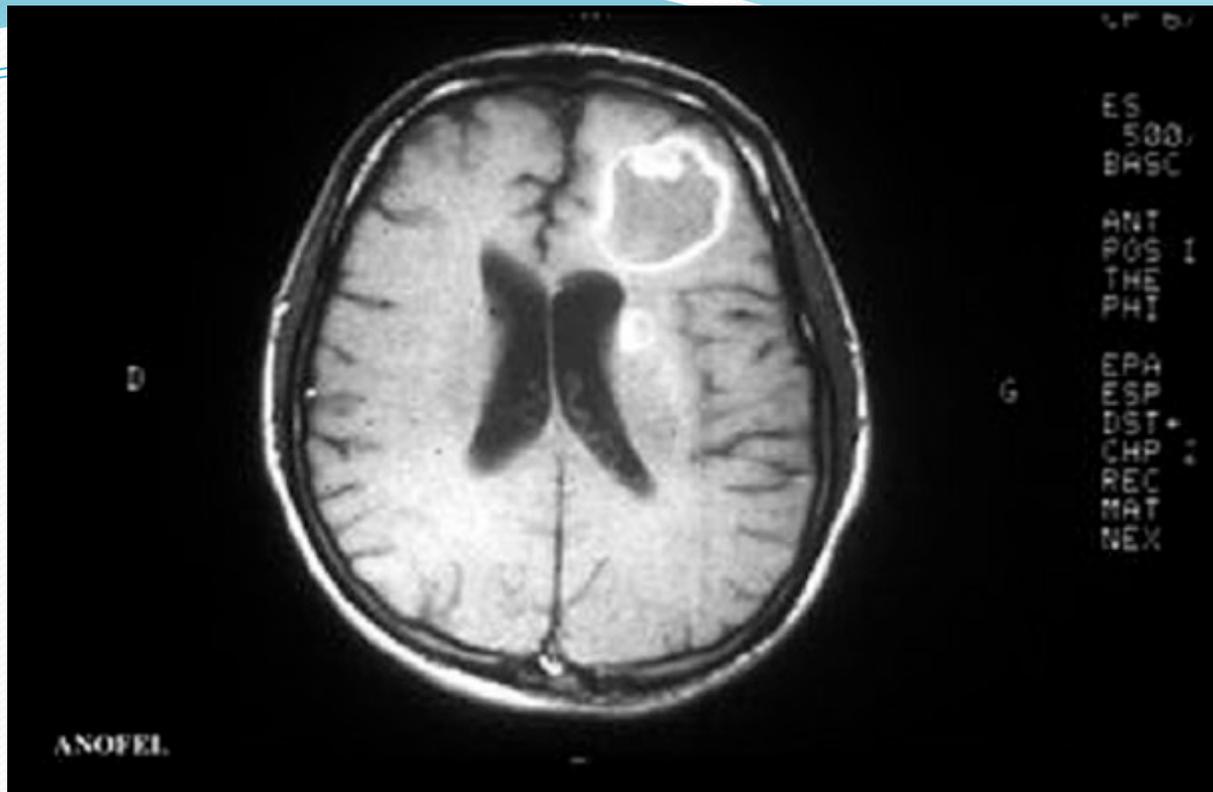
lymphocytes : 6%, monocytes : 6%.

Radiographie thoracique normale.

Hémocultures : négatives.

1- Quels est le premier examen complémentaire à faire chez cette patiente ?

R = Scanner cérébral ou IRM



L'examen par imagerie magnétique (IRM) met en évidence après injection de produit de contraste deux zones d'hypodensité dans la région frontale gauche avec images en cocarde entourées d'œdème (une volumineuse prise de contraste annulaire et une petite plus postérieure).

2- Quel est le diagnostic le plus probable responsable de l'atteinte cérébrale ?

Quel est la pathologie sous-jacente à laquelle il faut y penser ? Argumentez

R= Le diagnostic d' «Abscess cérébral toxoplasmique» ou neuro-toxoplasmose est probable

Pathologie sous-jacente : patiente

immunodéprimée atteinte d'une infection à

VIH/SIDA avec une infection opportuniste révélant

le SIDA

Arguments en faveur de l' infection à VIH/SIDA

- ♣ Polytransfusion sanguines il ya 4 ans probablement sans contrôle sérologique préalable du sang transfusé (en Ethiopie)**
- ♣ La candidose oro-pharyngée récidivante**
 - ♣ L'amaigrissement notable**
- ♣ La leucopénie**

3- Quels sont les autres examens complémentaires à faire à cette patiente ?

♣ Diagnostic du SIDA

Sérologie à la recherche des AC anti-VIH.

Taux des CD4+

♣ Diagnostic de toxoplasmose grave

1- Diagnostic parasitologique direct :

▶ Mise en évidence des toxoplasmes dans les préparations colorées par le Giemsa (biopsies, LCR)

▶ PCR ++

2- l'épreuve thérapeutique

3- Le calcul du coefficient de charge immunitaire CCI (LCR/Sérum)

4- Sérodiagnostic anti-toxo

Résultats

♣ **Diagnostic du SIDA Sérologie VIH (+) , CD4 = 100/mm³**

♣ **Diagnostic de toxoplasmose grave**

1- La preuve parasitologique de la toxoplasmose ne peut être apportée que par une biopsie cérébrale ou par PCR

2-L'épreuve thérapeutique: mettre La malade sous TTT par sulfadiazine-pyriméthamine. L'évolution clinique favorable dès le 10^{ème} jour confirmera le diagnostic de toxoplasmose cérébrale.

3- Le calcul du Coefficient de charge immunitaire

Sérum : IgG Totaux = 12,5 g/L
IgG anti toxo= 100 UI/ml
IgM : Négative

LCR : IgG Totaux LCR = 0,2 g/L
IgG anti toxo LCR = 5,8 UI/ml
IgM : Négative

Calcul des Charge immunitaire (CI)

CI Sérum = IgG anti toxo S /IgG Totaux S = 100/ 12,5 = 8

CI LCR = IgG anti toxo LCR /IgG Totaux LCR =5,8/0,2 = 29

Coefficient de charge immunitaire (CCI):

CCI = CI LCR/ CI Sérum 29 / 8 = 3,6

Résultat en faveur d'une production locale d'IgG spécifique anti-toxoplasmique

Conclusion : Résultat en faveur d'une toxoplasmose cérébrale

4-Sérodiagnostic anti-toxo:

ELISA Titre des IgG = 100 UI/ml ; ELISA : IgM négatif.

La sérologie anti-toxo est peu contributive sachant que la toxoplasmose viscérale de l'immunodéprimé est surtout issue d'une réactivation endogène plutôt que d'une primo-infection grave .

La négativité de la sérologie toxoplasmique est classique chez l'immunodéprimé (disparition des Ac).