

La toxoplasmose

Qu'est-ce que la toxoplasmose?

La toxoplasmose est une maladie infectieuse causée par le parasite *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*). Il est possible de l'attraper en mangeant des viandes pas assez cuites, dont le porc, l'agneau, le bœuf, la viande de gibier sauvage (chevreuil, etc.), mais aussi la chair crue de fruits de mer comme les huîtres, les palourdes et les moules qui ont été contaminés par ce parasite. Les chats sont des porteurs naturels de ce parasite et peuvent donc le transmettre aux humains qui entrent accidentellement en contact avec leurs matières fécales.

La toxoplasmose touche, dans bien des cas, le cerveau et la moelle épinière, mais peut aussi se loger dans d'autres parties de l'organisme, dont les yeux, le cœur, les poumons, la peau, le foie et le tube digestif. Lorsque la toxoplasmose se déclare chez une personne vivant avec le VIH en Amérique du Nord, elle est d'ordinaire attribuable à la réactivation d'une ancienne infection jusqu'alors inactive. En règle générale, le parasite ne provoque aucun symptôme au début de l'infection, car le système immunitaire est encore capable de le contenir. Cependant, si l'infection par le VIH n'est pas traitée, le système immunitaire se dégrade et perd la capacité de contrôler le parasite. Lorsque votre compte de CD4+ baisse sous la barre des 200 cellules/mm³, votre risque de voir apparaître des symptômes de toxoplasmose et de contracter d'autres infections liées au sida augmente. La prise du traitement contre le VIH (communément appelé TAR pour *traitement antirétroviral*) exactement de la manière prescrite contribue à maintenir un compte de CD4+ élevé et permet d'éviter une (ré)apparition de la toxoplasmose.

Symptômes

Les symptômes de la toxoplasmose peuvent comprendre les suivants :

- maux de tête constants et diffus
- épisodes de fièvre
- confusion

Les symptômes peuvent également inclure des déficits neurologiques focaux, tels que :

- faiblesse, voire paralysie, limitée à un côté du corps
- troubles de la parole, notamment une difficulté à prononcer les mots
- faiblesse ou perte de sensation dans les extrémités
- perte d'une partie du champ visuel

FEUILLET
D'INFORMATION

Publié en
2021

**COMMUNIQUEZ
AVEC NOUS**

par courriel
info@catie.ca

par la poste
555, rue Richmond Ouest
Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1

Les déficits neurologiques focaux sont causés par des complications (lésions, tumeurs, infections, accidents vasculaires cérébraux) survenant dans une région du cerveau. Ces déficits provoquent la perte d'une fonction motrice ou sensorielle spécifique, selon la région. Par exemple, une lésion de toxoplasmose située sur le tronc cérébral peut causer des difficultés à parler ou à avaler; une lésion sur la partie du cerveau responsable de la vue peut amener la perte d'une partie du champ visuel.

Diagnostic

Les symptômes de la toxoplasmose ressemblent à ceux de plusieurs autres affections du cerveau et de la moelle épinière. Pour confirmer le diagnostic, il faut donc effectuer des examens physiques, des tests en laboratoire et des examens d'imagerie (tomodensitométrie [TDM] et imagerie par résonance magnétique [IRM]).

Une personne présentant l'un des symptômes énumérés ci-dessus doit subir un examen physique comportant plusieurs tests conçus pour évaluer l'état du système nerveux. Si la présence d'un trouble neurologique est soupçonnée, la personne sera dirigée vers un-e neurologue (médecin spécialisé-e dans les maladies du cerveau et du système nerveux).

Des échantillons de sang sont prélevés et analysés pour détecter le parasite responsable de la toxoplasmose ou tout autre microbe susceptible de causer des symptômes semblables. La plupart des médecins s'appuient sur l'évaluation d'une combinaison de symptômes et sur les résultats des tests de laboratoire et de TDM ou d'IRM avant de poser le diagnostic de toxoplasmose. Cependant, dans la phase initiale de l'infection, les symptômes de la toxoplasmose peuvent être légers ou simuler ceux d'autres affections, et ainsi, une consultation avec un-e neurologue pourra s'avérer nécessaire pour aider vos médecins à mieux déceler la cause de vos symptômes. Le/la neurologue procède à un examen physique exhaustif destiné à évaluer la fonction cognitive (aptitude à penser et à raisonner), la fonction motrice (y compris la dimension, la force et le tonus des muscles), la fonction des nerfs sensoriels (capacité à distinguer entre une pression légère et une pression ferme);

la coordination (capacité à effectuer certains mouvements : se tenir en équilibre, marcher, etc.) et les réflexes. Cette série de tests permet de préciser où la lésion est située dans le cerveau. Il n'est pas possible de confirmer un diagnostic de toxoplasmose à partir de ces examens, mais ceux-ci permettent d'éliminer plusieurs autres possibilités.

Quelquefois, on effectue une ponction lombaire pour prélever un échantillon du liquide céphalorachidien. Celui-ci est analysé pour détecter la présence du parasite *T. gondii* ou de tout autre microbe susceptible de provoquer les mêmes symptômes. Bien qu'il permette d'isoler les anticorps de la toxoplasmose dans le liquide céphalorachidien, cet examen n'aboutit pas pour autant à un diagnostic confirmé de toxoplasmose. Il permet toutefois d'éliminer plusieurs autres possibilités.

Grâce à un examen par TDM, il est possible de prendre des images de l'intérieur du cerveau et de la moelle épinière. Chez les patient-e-s atteint-e-s de toxoplasmose, cet examen peut détecter de nombreuses lésions au niveau du cortex et des structures profondes de la matière grise, y compris les ganglions de la base. Il faut cependant noter que les résultats de ces examens peuvent varier largement; il peut y avoir des lésions simples, des lésions diffuses avec rehaussement, ainsi que des lésions en l'absence de rehaussement.

La seule façon de confirmer définitivement un diagnostic de toxoplasmose est d'effectuer une biopsie cérébrale. Celle-ci consiste à ouvrir le crâne et à prélever un fragment du cerveau aux fins d'analyse sous le microscope. Cette intervention est tellement invasive et potentiellement si dangereuse qu'on n'y a presque jamais recours.

Traitement

La décision de traiter la toxoplasmose à domicile ou à l'hôpital repose sur plusieurs facteurs, dont la taille, le nombre et le siège des lésions, les symptômes présentés et l'aptitude de l'individu à tolérer les médicaments.

Le traitement le plus efficace consiste à administrer deux antibiotiques oraux, à savoir la pyriméthamine (50 à 100 mg par jour) et la sulfadiazine

(4 à 8 grammes par jour), en association avec de l'acide folique ou vitamine B9 (10 mg/jour). En règle générale, les symptômes s'atténuent en moins d'une semaine et la tomographie révèle une résorption des lésions après 14 jours environ. Cependant, le traitement doit se poursuivre pour un minimum de six semaines.

Relativement parlant, la pyriméthamine est bien tolérée par la plupart des gens, mais elle peut provoquer nausées, vomissements et diarrhée au cours des premiers jours du traitement. Les effets secondaires de la sulfadiazine comprennent éruptions cutanées, démangeaisons, douleurs articulaires, fièvre, frissons et sensibilité à la lumière. Les deux agents peuvent provoquer des réactions allergiques, mais la sensibilité aux sulfamides (dont la sulfadiazine) est très courante chez les personnes séropositives. L'acide folique est prescrit pour protéger la moelle osseuse des effets nocifs de ces médicaments.

La pyriméthamine n'est pas toujours disponible ou il arrive que l'accès à ce médicament soit tardif. Il se peut donc que certains infectiologues prescrivent d'autres traitements contre la toxoplasmose, notamment une association de deux antibiotiques (le triméthoprime et le sulfaméthoxazole) appelée cotrimoxazole (vendue sous le nom commercial Bactrim ou Septra, et en versions génériques). Une fois les signes et les symptômes disparus et l'infection maîtrisée, un traitement quotidien doit être amorcé pour assurer la suppression permanente du parasite. Le traitement supprimeur consiste habituellement en doses réduites des mêmes médicaments utilisés pour traiter l'infection active. Tôt ou tard, à mesure que le système immunitaire s'améliore grâce au TAR, les médecins cessent de prescrire le traitement supprimeur; consultez la section sur la prévention de la toxoplasmose pour plus de détails.

TAR et toxoplasmose

Les lignes directrices américaines de traitement révèlent que la plupart des médecins encourageraient vraisemblablement leurs patient·e·s atteint·e·s de toxoplasmose à entreprendre un TAR dans les « deux ou trois semaines suivant l'établissement du diagnostic de cette infection ».

Le traitement antirétroviral aide à renforcer la capacité du système immunitaire à lutter contre la toxoplasmose et de nombreux autres microbes.

Prévention de la toxoplasmose

La prise de doses réduites de médicaments pour prévenir un autre épisode de toxoplasmose est appelée « prophylaxie secondaire ». Une fois qu'une personne se rétablit d'une toxoplasmose, les médecins lui prescrivent un traitement supprimeur pour prévenir les récurrences. D'après les lignes directrices américaines : « L'association pyriméthamine-sulfadiazine-leucovorine est un traitement supprimeur très efficace pour les patient·e·s [ayant contracté la toxoplasmose] et offre une protection contre la pneumonie à *Pneumocystis* [PCP, une autre complication mortelle du sida] ». Toutefois, les lignes directrices présentent d'autres associations de médicaments à envisager pour prévenir les récurrences de la toxoplasmose.

Les mêmes lignes directrices font la mise en garde suivante en ce qui concerne l'abandon de la prophylaxie antitoxoplasmose :

« Les patient·e·s adultes et adolescent·e·s suivant un traitement d'entretien à long terme contre la toxoplasmose [dont la forme cérébrale est appelée "encéphalite toxoplasmique" (ET)] présenteront un faible risque de récurrence de l'ET lorsqu'ils ou elles auront terminé avec succès le traitement initial de l'ET, à condition qu'ils ou elles ne présentent aucun signe ni symptôme d'ET et que leur nombre de CD4 augmente et reste supérieur à 200 cellules/ml pendant plus de 6 mois après le début du traitement antirétroviral. L'arrêt du traitement d'entretien à long terme chez ces patient·e·s peut être envisagé, bien que des récurrences aient parfois été rapportées. Cette recommandation est fondée sur les résultats obtenus chez un nombre limité de patient·e·s dans le cadre d'études d'observation et d'un essai clinique à répartition aléatoire, ainsi que sur des déductions tirées de données cumulatives plus vastes montrant l'innocuité de l'arrêt de la prophylaxie secondaire contre d'autres infections opportunistes chez des patient·e·s atteint·e·s d'une maladie

de stade avancé. Pour déterminer si l'arrêt du traitement est envisageable, certain-e-s spécialistes recommandent d'effectuer une IRM du cerveau pour vérifier la résorption des lésions cérébrales. »

Soin des chats

Les animaux s'avèrent une source importante de compagnie et de soutien affectif pour les gens. Pour réduire le risque de contracter la toxoplasmose, les personnes séropositives qui ont un chat devraient prendre certaines précautions :

- l'usage d'une litière qui ne crée pas de poussières;
- le port de gants et d'un masque pour retirer tous les jours les excréments de la litière;
- l'usage d'une litière qui ne crée pas de poussières peut aider à empêcher l'inhalation du parasite causant la toxoplasmose susceptible d'être présent dans la poussière;
- toujours se laver méticuleusement les mains après avoir nettoyé la litière du chat;
- garder les chats à l'intérieur et éviter de manipuler les chats errants;
- nourrir les chats d'aliments séchés ou en conserve que l'on peut se procurer dans le commerce ou d'aliments de table bien cuits.

Salubrité des aliments

Voici d'autres moyens de réduire le risque d'exposition au parasite responsable de la toxoplasmose et à d'autres germes :

- se laver les mains après tout contact avec de la viande crue et tout contact avec le sol;
- laver fruits et légumes crus avant de les manger;
- éviter la consommation de viandes (bœuf, poulet, porc, agneau et viande de gibier sauvage) ou de fruits de mer crus ou insuffisamment cuits.

Références

Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. *Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America*. 25 juillet 2017. Disponible à l'adresse : <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-opportunistic-infection/toxoplasma-gondii-encephalitis?view=full>.

Hernandez AV, Thota P, Pellegrino D *et al.* A systematic review and meta-analysis of the relative efficacy and safety of treatment regimens for HIV-associated cerebral toxoplasmosis: is trimethoprim-sulfamethoxazole a real option? *HIV Medicine*. 2017 Feb;18(2):115-124.

Lejeune M, Miró JM, De Lazzari E, *et al.* Restoration of T cell responses to *Toxoplasma gondii* after successful combined antiretroviral therapy in patients with AIDS with previous toxoplasmic encephalitis. *Clinical Infectious Diseases*. 2011 Mar 1;52(5):662-70.

Jacobson JM, Hafner R, Remington J, *et al.* Dose-escalation, phase III study of azithromycin and pyrimethamine for the treatment of toxoplasmic encephalitis in AIDS. *AIDS*. 2001 Mar 30;15(5):583-9.

Podzamczak D, Salazar A, Jiménez J, *et al.* Intermittent trimethoprim-sulfamethoxazole compared with dapsone-pyrimethamine for the simultaneous primary prophylaxis of *Pneumocystis pneumonia* and toxoplasmosis in patients infected with HIV. *Annals of Internal Medicine*. 1995 May 15;122(10):755-61.

Gallien S, Bigé N, Kitzis MD, *et al.* Drug-to-drug interaction between dapsone and minocycline: an unusual cause of relapse of toxoplasmic encephalitis in an HIV-infected patient. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 2009;41(9):700-2.

Furco A, Carmagnat M, Chevret S, *et al.* Restoration of *Toxoplasma gondii*-specific immune responses in patients with AIDS starting HAART. *AIDS*. 2008 Oct 18;22(16):2087-96.

Dubey JP, Ferreira LR, Martins J, *et al.* Sporulation and survival of *Toxoplasma gondii* oocysts in different types of commercial cat litter. *Journal of Parasitology*. 2011 Oct;97(5):751-4.

Lindsay DS, Dubey JP. Long-term survival of *Toxoplasma gondii* sporulated oocysts in seawater. *Journal of Parasitology*. 2009 Aug;95(4):1019-20.

Hill DE, Dubey JP. *Toxoplasma gondii* prevalence in farm animals in the United States. *International Journal of Parasitology*. 2013 Feb;43(2):107-13.

Jones JL, Dargelas V, Roberts J, *et al.* Risk factors for *Toxoplasma gondii* infection in the United States. *Clinical Infectious Diseases*. 2009 Sep 15;49(6):878-84.

Auteur-trice-s : Maclean D, Foley R, Hosein SR.

Traduction : Côté A

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié-e qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs fournisseur-se-s de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements publiés ou fournis par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateur-trice-s à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateur-trice-s à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié-e avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons nos utilisateur-trice-s à consulter autant de ressources que possible. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

La reproduction de ce document

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). Pour plus d'information, appelez CATIE au 1.800.263.1638.*

Le présent document a été produit grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les feuillets d'information de CATIE sont disponibles gratuitement à l'adresse www.catie.ca

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

par courriel

info@catie.ca

par la poste

555, rue Richmond Ouest
Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C