

Profil actuel de la toxoplasmose cérébrale chez les patients infectés par le VIH suivis au service de Maladies Infectieuses

L. BADAoui, M. El fane, A. OULAD LAHSEN, L. MARIH, M. SODQI, A. CHAKIB, K. MARHOUM EL FILALI

Service des Maladies Infectieuses – CHU Ibn Rochd – Casablanca – Maroc

INTRODUCTION

- La toxoplasmose est une parasitose ubiquitaire due à *Toxoplasma gondii*
- Première cause de processus expansif intracrânien chez les patients infectés par le VIH [1,2].
- Polymorphisme clinique de la toxoplasmose cérébrale au cours du SIDA
- Cout du moyen de diagnostic de certitude dans le contexte hospitalier marocain

Objectif: décrire les aspects épidémiocliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de la toxoplasmose cérébrale au cours du SIDA en milieu hospitalier de Casablanca.

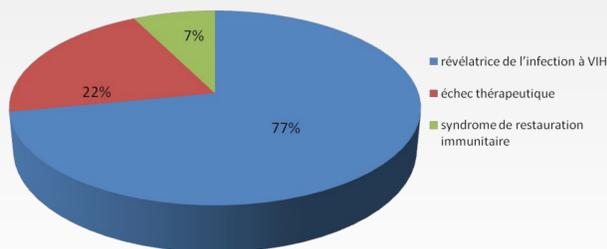
MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Etude rétrospective de 10 ans (de janvier 2004 à décembre 2014)
- Lieu de l'étude: SMI, CHU Ibn Rochd
- Le diagnostic de toxoplasmose cérébrale a été retenu à partir de l'association d'une symptomatologie évocatrice (syndrome infectieux, syndrome d'hypertension intracrânienne et de signes d'appel neurologique) et d'une évolution favorable sous traitement antitoxoplasmique.
- Les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers informatisés nadis* des patients.
- Le traitement des données a été fait sur les logiciels Epi-Info6

RESULTATS (N=141)

Aspects épidémiologiques

- 141 patients (73 hommes et 68 femmes)
- Fréquence: 4%.
- L'âge moyen : 37 [15 ,65 ans]



Aspects cliniques et scanographiques

CARACTERISTIQUES	Nombre de patients(%)
Aspects cliniques	
Fièvre	112 (80%)
céphalées	98 (70%)
déficit moteur	105 (75%)
trouble de conscience	84 (60%)
convulsions	56 (40%)
La triade de Bergman	80 (56%)
Aspects tomodensitométriques	
Hypodensités avec rehaussement périphérique	80 (56%)
Hypodensités sans rehaussement périphérique	32 (22%)
Prise de contraste en anneau	99 (70%)
œdème péri lésionnel	80 (56%)
Atteinte hémisphérique	127 (90%)
Lésions multiples	90 (64%)



Figure 3 : Forme nodulaire dans l'hémisphère cérébelleux gauche



Figure 4: Lésions des NGC rehaussées, en cocarde avec œdème important et effet de masse

Paramètres biologiques

- Une anémie était retrouvée chez 22 patients (15%) avec un taux moyen d'hémoglobine de 10 ± 1.5 g/dL.
- Au moment du diagnostic, le taux moyen des lymphocytes T CD4 + était de 121/mm³.
- La sérologie toxoplasmique IgM était négative alors que les IgG sont revenues positives chez 130 patients, avec un titre moyen de 125 UI/L.
- la PCR toxoplasmose dans le LCR, réalisée chez 20 patients, était revenue positive dans 18 cas. Une méningite lymphocytaire avec hypoglycorachie était associée dans 15% des cas.

Aspects thérapeutique et évolutif

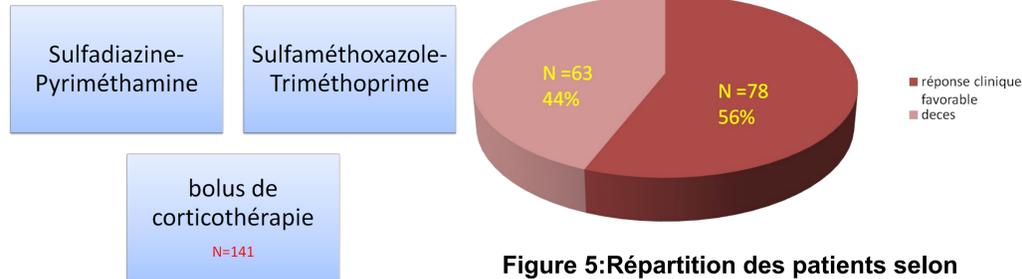


Figure 5: Répartition des patients selon l'évolution clinique

DISCUSSION

- La toxoplasmose cérébrale est la manifestation inaugurale du SIDA dans environ 15 à 20% des cas[1].
- Bien que sa fréquence diminue en raison de la prophylaxie, elle reste la première cause d'infection opportuniste neurologique
- Dans notre série, la fréquence hospitalière de la toxoplasmose cérébrale était de 4%.
- La toxoplasmose cérébrale a été la circonstance de découverte de l'infection à VIH chez 58% des patients. Le retard au diagnostic de l'infection à VIH constitue un obstacle majeur à la prise en charge optimale de cette affection à l'ère de la trithérapie
- politiques de dépistage, stratégies cliniques de prise en charge de ces patients, doivent être revues afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection à VIH
- Tout signe neurologique survenant chez un patient infecté par le VIH doit faire évoquer le diagnostic de neurotoxoplasmose et impose la réalisation en urgence d'un scanner cérébral.[1,2]
- Le diagnostic d'abcès intracérébral à toxoplasme est posé par le scanner avec injection de produit de contraste
- La lésion est dite "en cocarde", avec hypodensité centrale cerclée d'une prise de contraste en anneau. En périphérie, une hypodensité souvent importante, témoigne de l'œdème périlésionnel qui peut exercer un effet de masse, avec déplacement des structures médianes .Parfois, l'aspect est celui d'une hyperdensité nodulaire, ou plus rarement d'une hypodensité isolée[2]
- L'IRM est plus sensible que le scanner. elle sera pratiquée en deuxième intervention en cas de normalité du scanner
- Les variations éventuelles du titre d'IgG n'ont pas de valeur diagnostique. Une sérologie antérieure négative rend le diagnostic quasi-improbable et doit régulièrement être reconstrôlée.[3]
- La PCR toxoplasmose dans le sang ou le LCR est à l'étude, mais elle n'est réalisée que rarement en routine a cause de son cout élevé.
- La ponction lombaire est pratiquée surtout dans le but d'un diagnostic différentiel.[2]
- L'évolution est mortelle en l'absence de traitement.
- Sous traitement précoce, l'amélioration clinique survient en 5 à 10 jours, mais 30 à 40 % des patients gardent des séquelles neurologiques
- La disparition des images radiologiques est obtenue en 4 à 6 semaines.
- Les rechutes étant inéluctables, une prophylaxie secondaire est indispensable après le traitement d'attaque [2, 4].

CONCLUSION

- La TC demeure présente parmi les IO du système nerveux au cours du sida avec une létalité hospitalière qui reste élevée.

REFERENCES

- Cissoko. Y, Seydi .M, Fortes Deguenonvo .L. Profil actuel de la toxoplasmose cérébrale en milieu hospitalier à Dakar, Médecine et Sante Tropicales 2013 ; 23 : 197-201
- Moulinier .A, Moulouquet. A. Manifestation neurologique. In : VIH. P-M Girard, C Katlama, G Pialoux (eds) 7e éd, Paris, Doin, 2007 : 98- 101.
- Goïta. D 1, Karambe .M , Dembélé .JP . Toxoplasmose cérébrale au cours du sida dans le service des maladies infectieuses du chu du point-g, Bamako-mali. Mali Médical 2012 TOME XXVII, N°1.
- Benevides. L, Milanezi .CM, Yamauchi. LM. CCR2 receptor is essential to activate microbicidal mechanisms to control *Toxoplasma gondii* infection in the central nervous system. Am J Pathol 2008 ; 173 : 741-51