Cas cliniques
Réponses aux questions

Dr Jean MENOTTI

UE 18 Agents Infectieux
Année Universitaire 2026-2027

Faculté de Médecine Lyon Est

22/09/2026

Cas cliniques de Mycologie

Cas n° 1

- Mr G…37 ans consulte pour cette lésion

- Comment décrivez-vous cette lésion ?

- Lésion s’étendant à la face interne des deux cuisses
- Bien limitée par une bordure érythémateuse et squameuse, circinée ou en carte de géographie

- **Quelles questions lui posez-vous ?**

Questions posées

- Depuis quand ?
- Est-ce que « ça gratte » ?
- A-t-il d'autres lésions ?
- A-t-il eu un traitement ? Lequel ?
- De quelle origine géographique est-il ?
- Quel est son métier ?
- Est-ce qu'il fait du sport et quels sports ?
- Autres cas dans l'entourage ?

Réponses de Mr G

- Il a cette lésion depuis 1 mois. Elle a commencé par une petite lésion ronde qui s' est agrandie sur les cuisses
- Il a de fortes démangeaisons
- Il a toujours vécu en France
- Il n'a pas mis de traitement
- Il est professeur d'histoire
- Il pratique de nombreux sports : natation, tennis, escalade, voile
- Il a souvent aussi des démangeaisons des pieds
- Sa femme et sa fille n'ont rien

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Vous devez évoquer le diagnostic de dermatophytose c'est-à-dire une infection fongique due à des dermatophytes

Quel complément d'examen clinique devez-vous faire ?

- Vous devez examiner toute la peau de votre patient et en particuliers les pieds

1-Entre les orteils

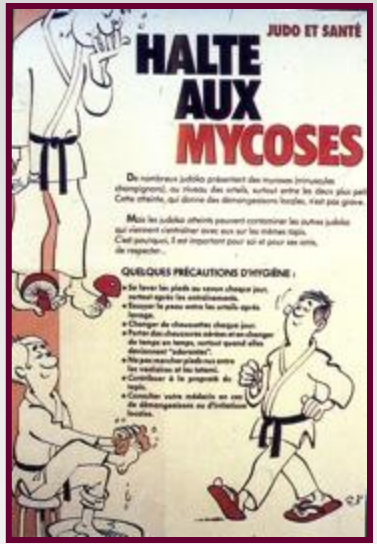
2-Les plantes

3-Les ongles

Dermatophytose des pieds : où se contamine-t-on ?

Dans tout lieu chaud et humide
où de nombreuses personnes marchent pieds nus
avec des pieds mouillés ou humides
sur un sol parasité par de petites squames infectées:
Salle de bain, piscine, hammam, salle et vestiaire de sport…

33% des sportifs ont un « pied d'athlète »



Comment Mr G s'est-il contaminé les plis inguinaux ?

- Par manuportage en se grattant les pieds !

Quel(s) examen(s) demandez-vous pour confirmer la mycose de Mr G ?

- Un examen mycologique qui:

  1 – Confirme la dermatophytose

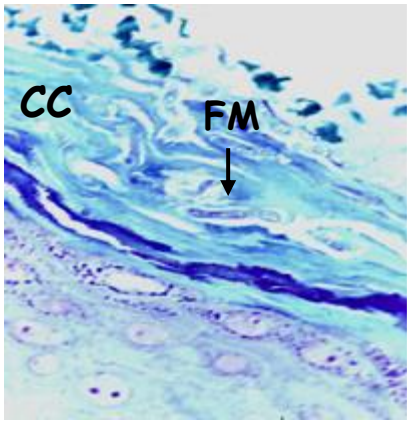
  par l'examen direct en 30 minutes

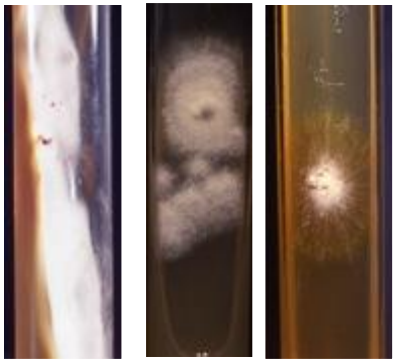
  2 - Précise le dermatophyte responsable

  par la culture 2 à 3 semaines plus tard

Le dermatophyte = champignon filamenteux, ayant une grande affinité pour la kératine capable de pénétrer grâce à des enzymes dans la couche cornée de la peau ou la kératine de l'ongle lorsque celle-ci est modifiée (humidité, traumatisme), effet barrière rompu, puis de s'y développer sous forme de filaments.

Examen direct =
filaments mycéliens septés réguliers





culture

T.rubrum *T.interdigitale* *E.floccosum*

Dermatophytes antropophiles

Cas n° 2

- Ken âgé de 5 ans amené en consultation pour ces lésions du cuir chevelu apparues depuis quelques semaines

- Comment décrivez vous ces lésions ?

- Lésions alopéciques (sans cheveux)
- Bien limitées, squameuses
- avec une zone croûteuse

- **Quelles questions posez-vous à sa maman ?**

Questions posées

- Depuis quand ?
- A-t-il d'autres lésions ?
- A-t-il eu un traitement ? Lequel ?
- De quelle origine géographique est-il ?
- Autres cas dans l'entourage ?
- Contact avec des animaux ?
- Habitudes de coiffure ? Rasage ? Nattage ?

Réponses de la maman

- Il a ces trous depuis 1 mois
- mais je n’ai mis aucune crème
- Nous sommes de Côte d’Ivoire
- Mon fils est né en France mais j’ai accueilli un neveu il y a 6 semaines qui avait une lésion identique sur la tête.
- Mon mari leur a coupé les cheveux avec une tondeuse utilisée pour la famille

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Vous devez évoquez le diagnostic de teigne du cuir chevelu, c'est-à-dire une infection fongique due à des dermatophytes

Quel(s) examen(s) demandez-vous pour le confirmer ?

- Un examen mycologique qui:

  1 - Confirme le parasitisme pilaire
  par l'examen direct en 30 minutes
  et permet de traiter le patient

  2 - Précise le dermatophyte responsable
  par la culture
  et permet l'enquête épidémiologique

Tout état squameux, croûteux ou pustuleux du cuir chevelu

- d'un enfant quels que soient son âge et son origine géographique
- d'une femme ayant vécu en zone d' endémie (Afrique subsaharienne, Maghreb, Moyen Orient…)

♦ doit faire évoquer **en premier** le diagnostic de teigne du cuir chevelu

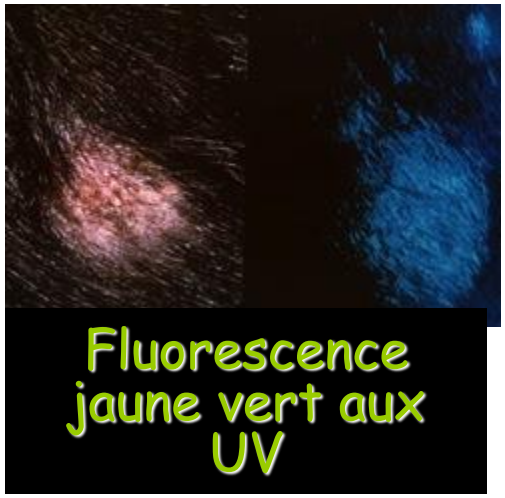
♦ **doit bénéficier d' un examen mycologique**

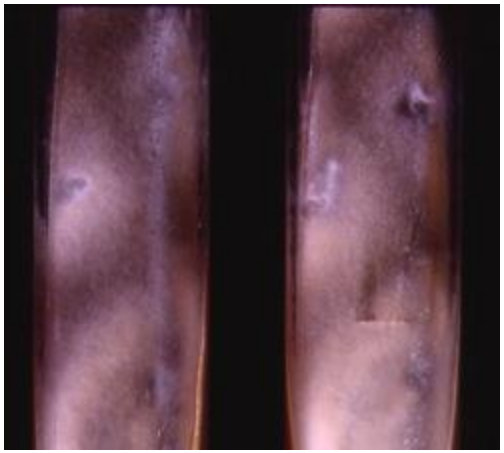
TEIGNES MICROSPORIQUES

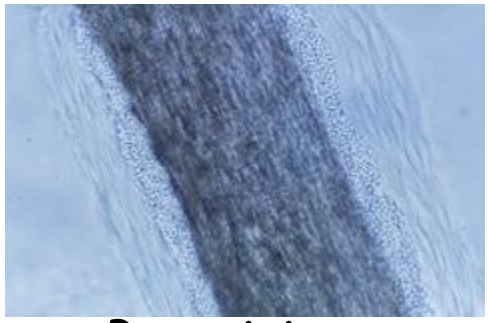
TEIGNES ENDOTHRIX

TEIGNES INFLAMMATOIRES

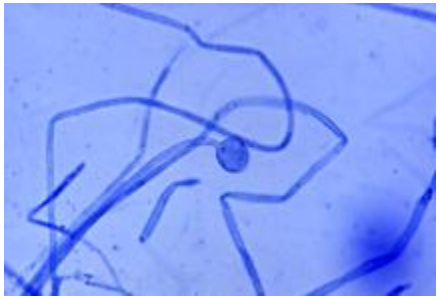
Teignes tondantes microsporiques



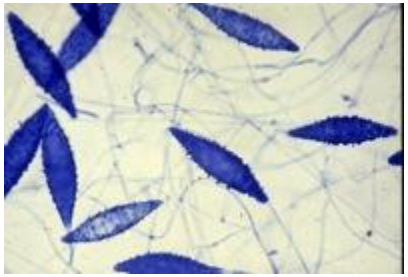




Parasitisme microsporique



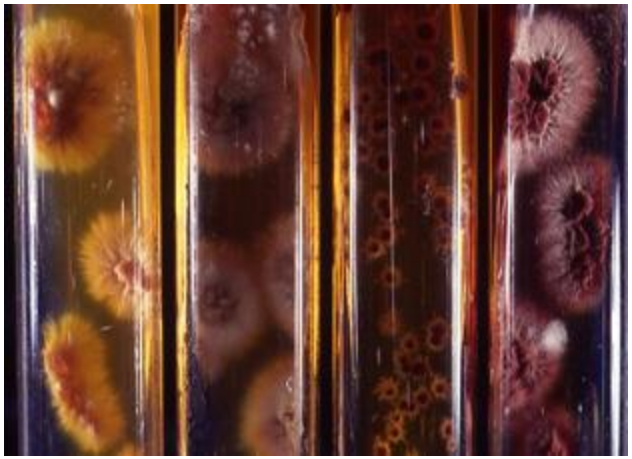
M.langeronii anthropophile

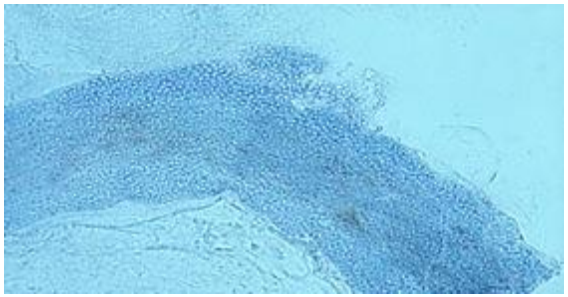


M.canis zoophile

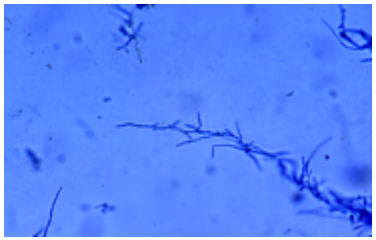
Teignes tondantes endothrix
Transmission inter-humaine

Lumière de Wood =
pas de fluorescence



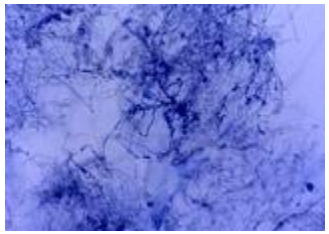


Parasitisme endothrix



T.soudanense

T.tonsurans



T.violaceum

Cas n° 3

- Un patient de 35 ans se présente à votre cabinet avec ce type de lésions:

- Décrivez ces lésions.

Faculté de Médecine

Cas n° 3

- Lésions muqueuses de la bouche:

Signes:

- Lésion érythémateuse avec langue dépapillée, vernissée
- Enduit blanchâtre de la langue et du voile du palais

MUGUET BUCCAL

Symptômes:

- Xérose buccale (sécheresse)
- Sensation de cuisson
- Sensation de corps étranger
- Dysphagie possible si extension à l'oropharynx

Cas n° 3

- Quel est votre diagnostic?

CANDIDOSE BUCCALE

Attention diagnostics différentiels dermatologiques possibles mais rares

Candidoses

- Trois formes cliniques de candidose buccale:

Muguet (‘oral thrush’)

stomatite érythémateuse

Perlèche

Cas n° 3

- Quels sont les éléments que vous devez rechercher à l'interrogatoire?

Cas n° 3

- Quels sont les éléments que vous devez rechercher à l'interrogatoire?

<u>Recherche de facteurs favorisants</u>

- Antibiothérapie
- Diabète
- Corticoïdes
- Matériel étranger (prothèse dentaire,…)
- Immunosuppression cellulaire: VIH+++

<u>Recherche d'extension avec dysphagie</u>

Cas n° 3

- Le patient est finalement prélevé dans un laboratoire de ville. Voilà ce que voit le biologiste à l'examen direct du prélèvement buccal : décrivez.

Cas n° 3

- Le patient est finalement prélevé dans un laboratoire de ville. Voilà ce que voit le biologiste à l'examen direct du prélèvement buccal: décrivez.

Présence de nombreuses levures et pseudomycélium.

- Cela suffit-il pour confirmer votre diagnostic clinique?

Cas n° 3

- Le patient est finalement prélevé dans un laboratoire de ville. Voilà ce que voit le biologiste à l'examen direct du prélèvement buccal: décrivez.

Présence de nombreuses levures et pseudomycélium.

- Cela suffit-il pour confirmer votre diagnostic clinique?

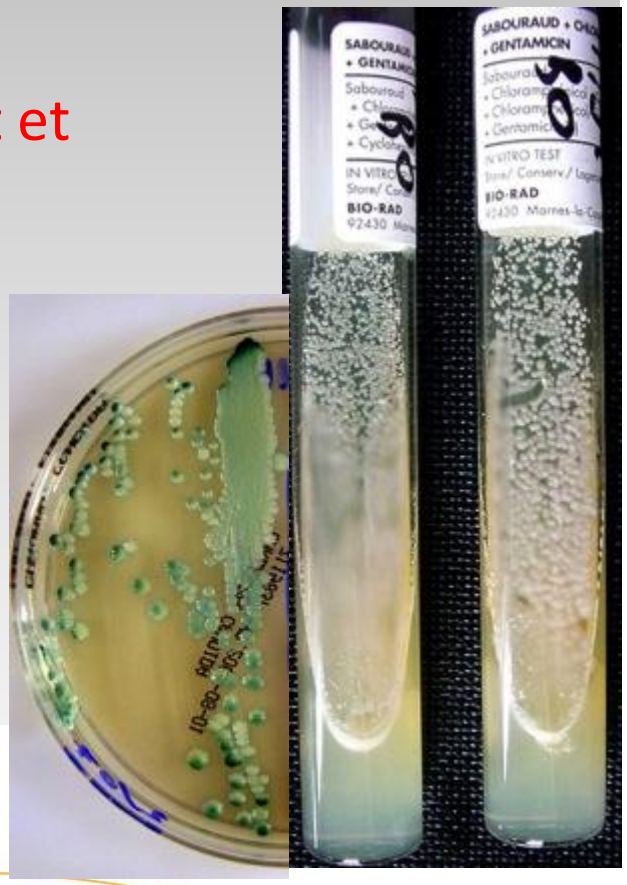
- OUI mais quel autre résultat doit vous transmettre le biologiste?

Cas n° 3

- Quel autre résultat doit vous transmettre le biologiste?

Les résultats de la culture du prélèvement et l'identification du microorganisme

Candida albicans



Cas n° 3

- Avez-vous besoin de tester la sensibilité de la souche aux différents antifongiques ?

Cas n° 3

- Avez-vous besoin de tester la sensibilité de la souche aux différents antifongiques ?

NON

sauf si récidive ou notion de pré-exposition aux antifongiques

Cas n° 3

- Quel traitement prescrivez vous à votre patient?

Cas n° 3

- Quel traitement prescrivez vous à votre patient?

- Eradication des facteurs favorisant+++

- Traitement local suffisant si non immunodéprimé :
  Amphotericine B (Fungizone®), nystatine (Mycostatine®), miconazole (Daktarin®)

- Traitement général par fluconazole pleine dose (200 mg/j) (Triflucan®) si immunodépression

Cas cliniques de Parasitologie

Cas clinique 1

Vous recevez en consultation un homme d'origine africaine de 32 ans, fébrile avec douleurs intestinales.

Comment orientez vous votre interrogatoire ?

-Vit-il en France ?

-Voyages ?
Où ? Quand ? Comment ?
Prophylaxie anti-palustre ?

-Chronologie des symptômes

Pourquoi ?

Eliminer une suspicion de paludisme

Importance de l'interrogatoire

Cas clinique 1

Interrogatoire

-Vit-il en France ?

-Oui depuis 3 ans.

-Voyages ?
Où ? Quand ? Comment ?

-Oui
Congo pour voir ses parents pendant 1 mois. Patient revenu il y 6 jours.
Resté en ville.

-Prophylaxie anti-palustre ?

-Pas de chimioprophylaxie.

-Chronologie des symptômes

-Début des symptômes il y a 1 jour.

Cas clinique 1

Après interrogatoire et examen clinique du patient, vous observez une splénomégalie.

A quoi pensez-vous ? CAT ?

Paludisme en priorité !

Prescrire un diagnostic urgent :

-frottis mince
-goutte épaisse
} Techniques de références

-test rapide

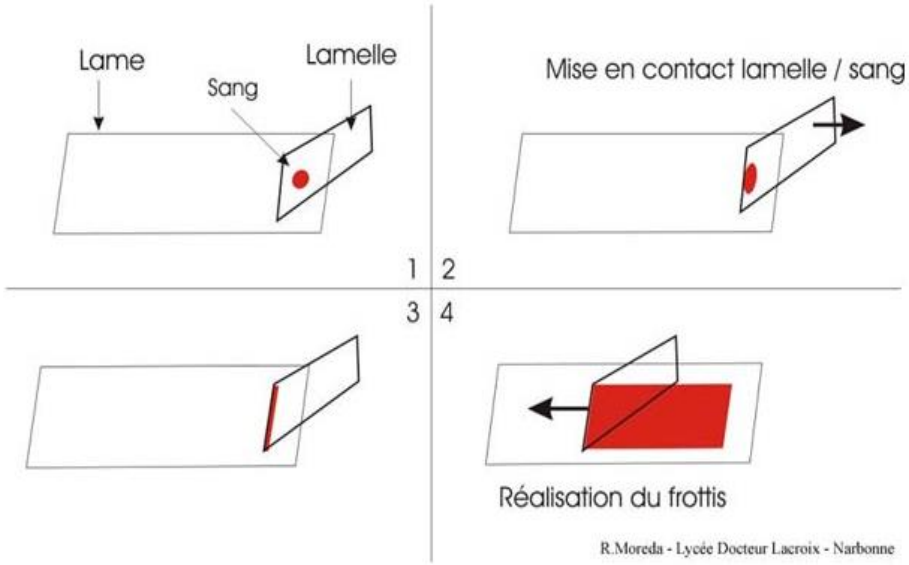
+ NFS

ou diagnostic moléculaire LAMP (loop-mediated isothermal amplification)

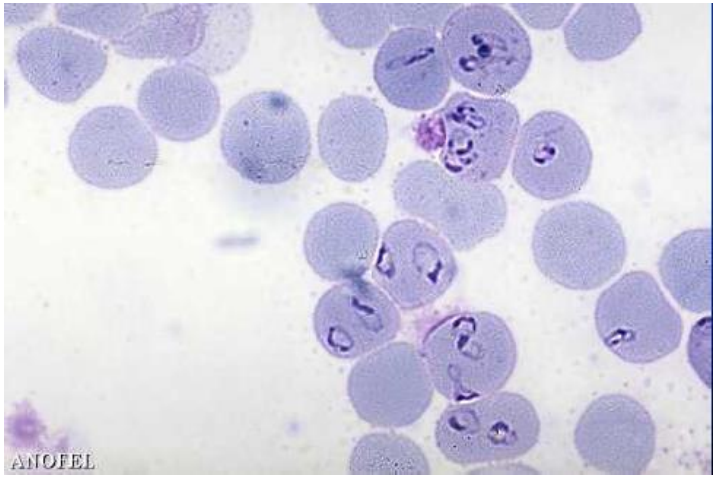
Le diagnostic biologique est rendu < 4 h

Rappels

Frottis mince ?



Coloration Giemsa :



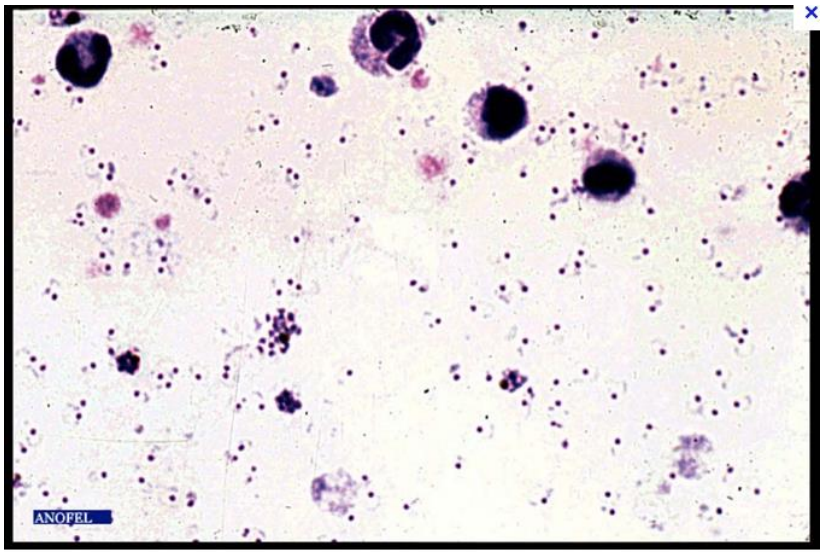
Intérêt : diagnostic d'espèce + parasitémie

Sensibilité : 200 hématies parasitées/µl

Rappels

Goutte épaisse ?

Hémolyse des GR et coloration Giemsa



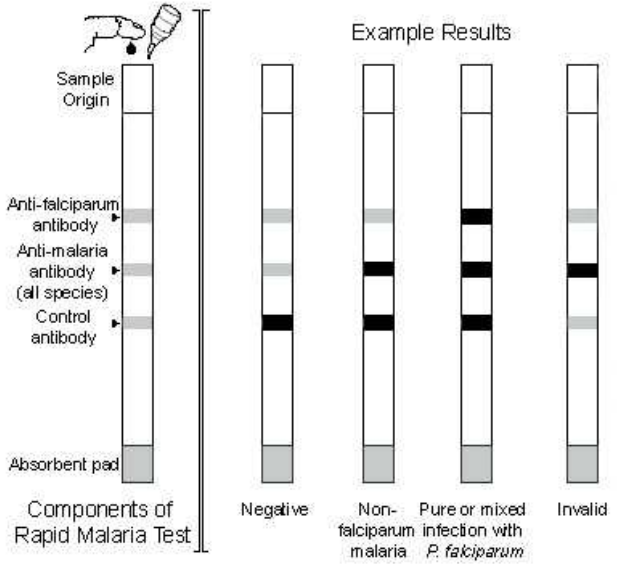
Intérêt :
-technique de concentration des parasites
Sensibilité :
10 à 20 hématies parasitées/µl

Mais lecture difficile…

Rappels

Test rapide ?

Détection d'antigènes par immunochromatographie
→ délais de réalisation : 5 à 10 minutes
→ manque de sensibilité et de spécificité suivant les kits

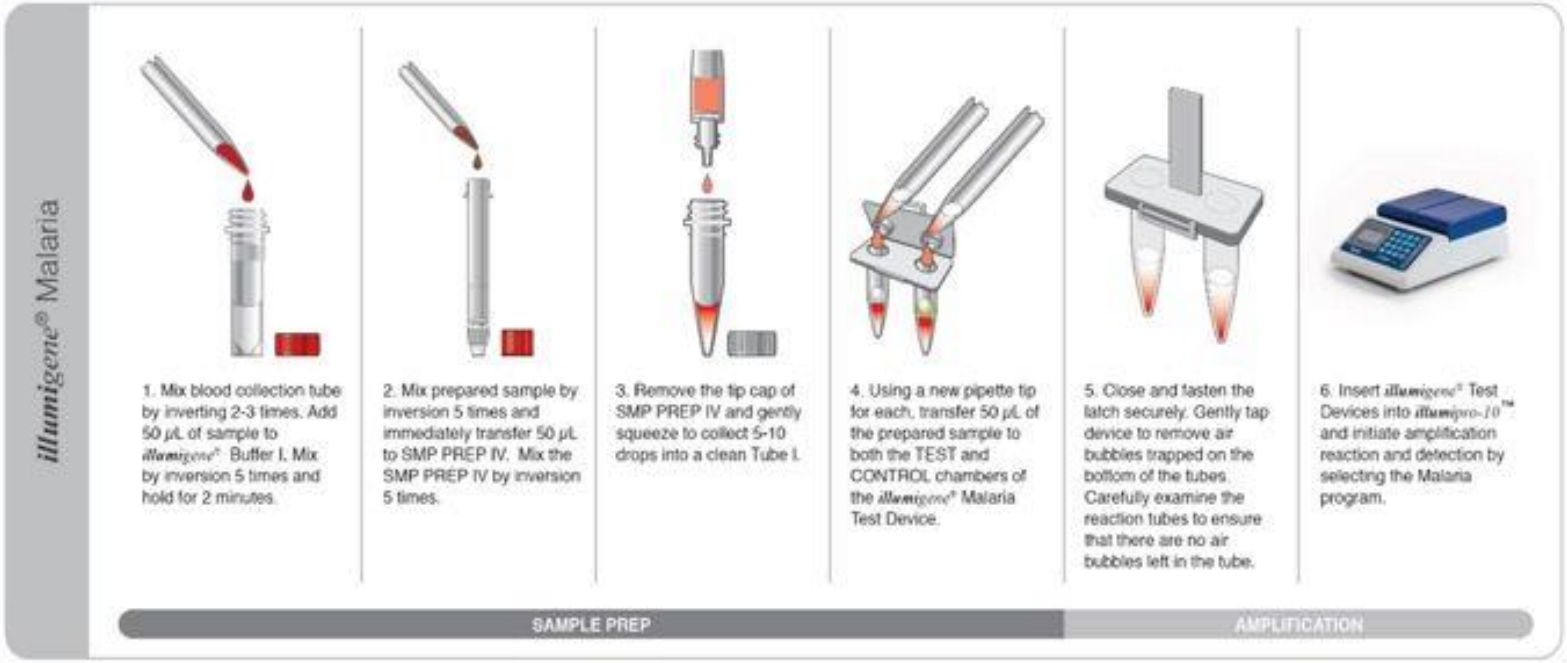


RDT Test Format

Rappels

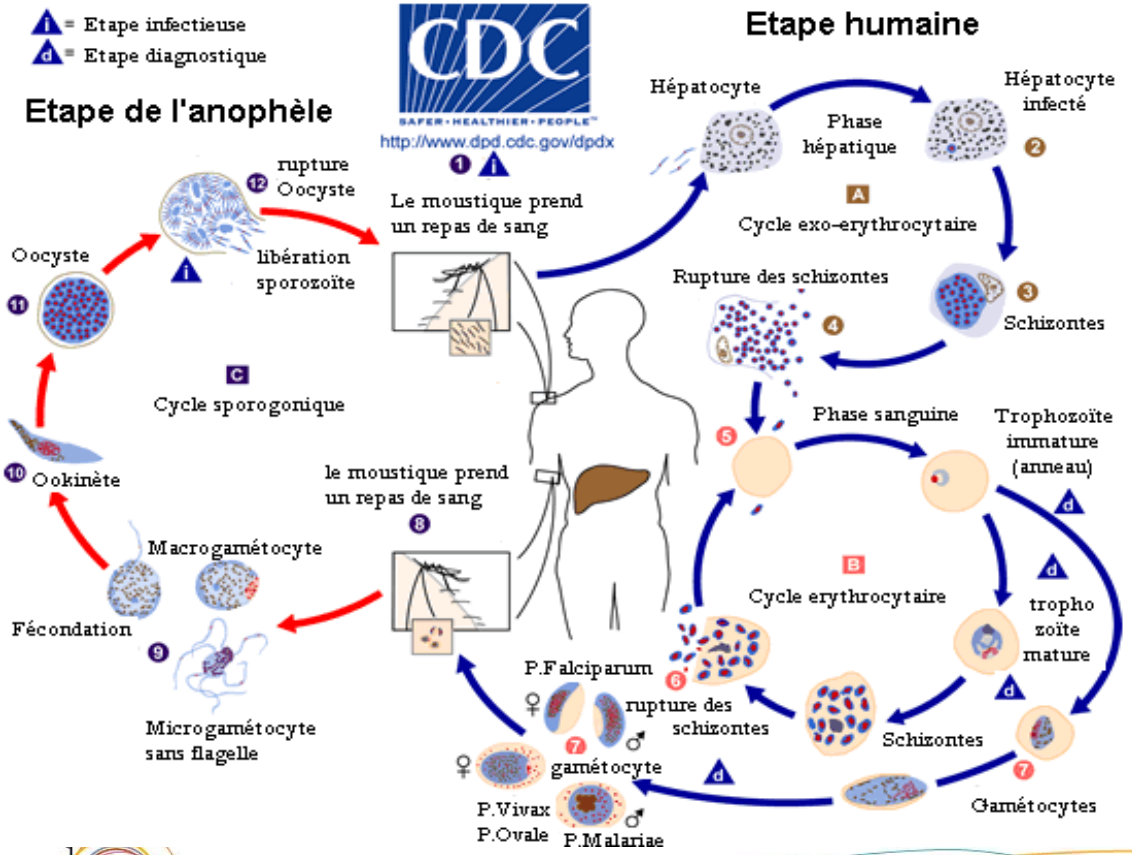
Diagnostic moléculaire ?

Détection d'acides nucléiques de *Plasmodium* spp. par loop-mediated isothermal amplification (LAMP)



Rappels

Quel est le cycle du parasite ?



Etape anophèle :
→ cycle sexué

Hôte humain :
→ cycle asexué

1) Phase hépatique
Incubation : asymptomatique

2) Phase érythrocytaire
Invasion : phase clinique

Rappels

Signes cliniques d'accès simple palustre de primo-invasion

1) Phase d'incubation hépatique : asymptomatique

2) Phase d'invasion :

Fièvre brutale continue ou irrégulière +/- myalgie, céphalée

Embarras gastrique : nausées, vomissements, douleurs

Attention au mode de traitement si vomissement

Rappels

Signes cliniques d'accès grave ?

T99-2 : Critères de définition du paludisme grave (Révision 2007 de la Conférence de Consensus 1999)	
Toute défaillance neurologique - obnubilation, confusion, somnolence, prostration - coma (score de Glasgow < 11)	**COMA**
Convulsions répétées (≥ 2/24 h)	**CONVULSIONS**
Toute défaillance respiratoire - si non ventilé : PaO_2 < 60 mmHg et/ou SpO_2 < 90 % en air ambiant et/ou fréquence respiratoire > 32/min - signes radiologiques : i - si ventilation mécaniqu	**SDRA**
Toute défaillance cardio - PAS < 80 mmHg (< 60 r - nécessité de médicam - signes périphériques d	**COLLAPSUS**
Hémorragie clinique	**HÉMORRAGIE**
Insuffisance rénale - créatininémie > 265 m - diurèse < 400 ml/24 h r	**INSUFFISANCE RÉNALE**
Ictère clinique ou bilirub	**ICTÈRE**
Anémie sévère (Hb < 7 g/dL, Ht < 20 %)	**ANÉMIE**
Hypoglycémie (glycémie < 2,2 mM/l)	**HYPOGLYCÉMIE**
Acidose - bicarbonates plasmatiques < 15 mM/l - ou acidose (pH < 7,35)	**ACIDOSE**
Hyperlactatémie	**HYPERLACTATÉMIE**
Hémoglobinurie macroscopique	**HÉMOGLOBINURIE**
Hyperparasitémie > 4 %	**PARASITÉMIE > 4 %**

Si 1 critère = accès grave

Si moindre doute

Hospitalisation en urgence

Rappels

Caractéristiques de P. falciparum ?

Le plus répandu à travers le monde

Responsable de 82 % des cas de paludisme importés en France

Espèce potentiellement **mortelle** (de même *P. knowlesi*) : défaillance multiviscérale

Pas de rechutes tardives

Résistant à la chloroquine

- pas de test rapide déterminant la sensibilité dans les laboratoires
- la notion de résistance est basée sur des données épidémiologiques

Rappels

Reviviscence ?

P. vivax
P. ovale } 5 ans après la primo-infection

→ due à la présence d'hypnozoïtes dans le foie

P. malariae : 20 ans après la primo-infection

→ mécanisme non élucidé

Cas clinique 1

Résultats biologiques

Paludisme à *Plasmodium falciparum* avec une parasitémie à 1%

GR à 4,5 T/L
Hb à 110 g/L
GB à 5 G/L (PNE = N)
Plaquettes à 80 G/L

Conclusion ?

Accès simple palustre à *P. falciparum zone 3* chez un patient ne présentant aucun critère de gravité.

CAT ?

Possible prise en charge en ambulatoire :
-Prescrire un antipaludique
(arténimol+pipéraquine ou artéméther+luméfantrine)
-Contrôle clinique et parasitologique à J3, J7 et J28 + NFS

Si critère de gravité : hospitalisation et artésunate IV

Conclusion

Toute fièvre survenant dans les 3 mois suivant le retour d'un séjour en pays d'endémie

→ PALUDISME JUSQU'A PREUVE DU CONTRAIRE

Importance de l'interrogatoire

Diagnostic biologique rapide < 4 heures

Traitement efficace

Hospitalisation si moindre doute

10 à 20 décès par an en France (5000 cas par an)

Cas clinique 2

Mr F. se rend à une visite d'embauche à la Médecine du travail. Il va très bien, néanmoins une NFS faite à titre systématique montre 11% d'éosinophiles pour des GB à 10000/mm³.

- Quelle est la définition d'une hyperéosinophilie ?

  Eosinophiles > 500/mm³

- Ce patient présente-t-il une hyperéosinophilie ?

  Oui : 1100/mm³

- Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

  Séjour en pays tropical (même 20 ou 30 ans auparavant)

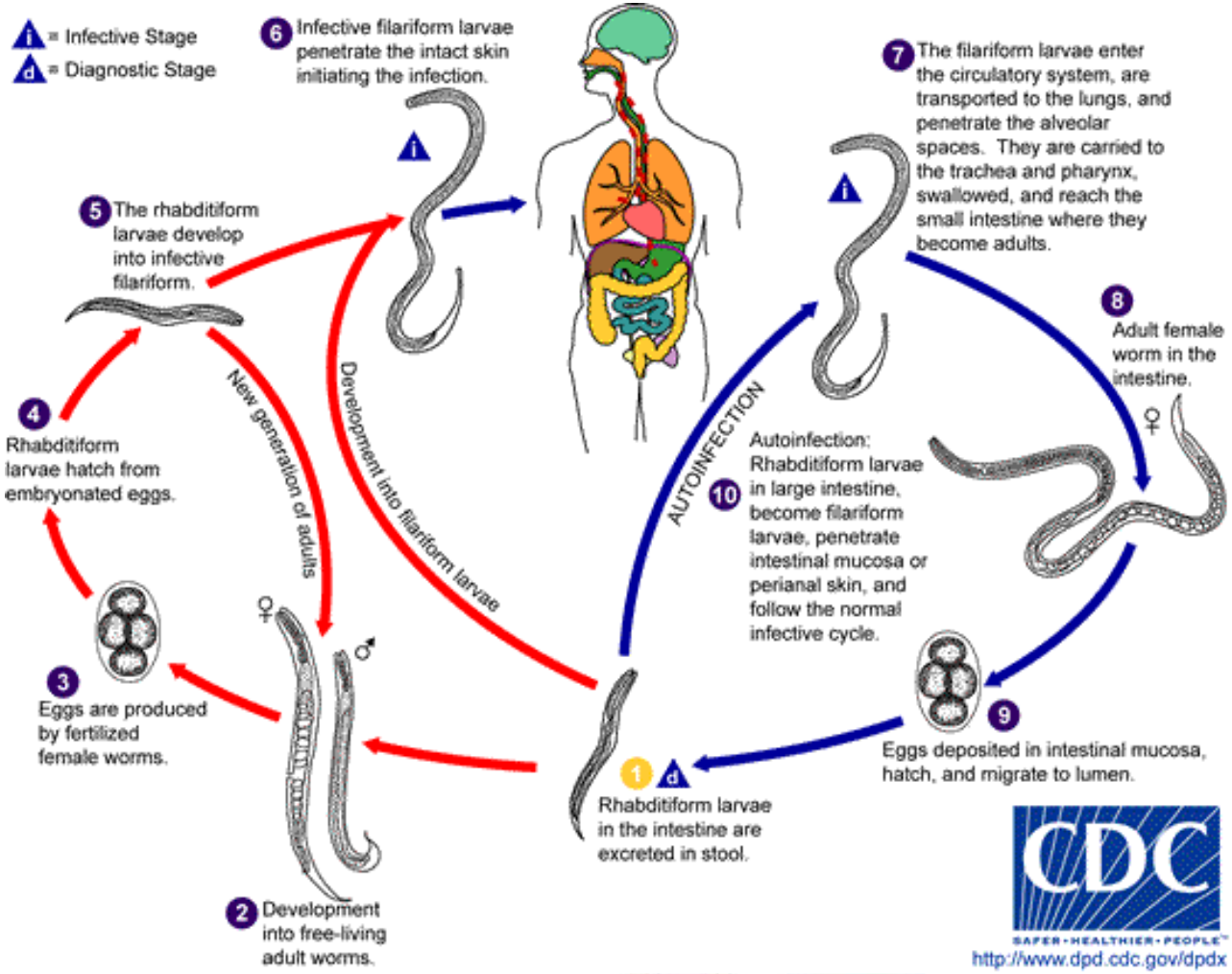
- Quelle parasitose devez-vous rechercher en priorité ?

  Anguillulose

- Il signale qu'il doit recevoir des corticoïdes à forte dose pour une affection rhumatologique la semaine prochaine. Qu'en pensez-vous ?

  Risque majeur d'anguillulose maligne ⇒ d'abord dépister et traiter une éventuelle anguillulose

ANOFEL


i = Infective Stage
d = Diagnostic Stage
6 Infective filariform larvae penetrate the intact skin initiating the infection.
7 The filariform larvae enter the circulatory system, are transported to the lungs, and penetrate the alveolar spaces. They are carried to the trachea and pharynx, swallowed, and reach the small intestine where they become adults.
8 Adult female worm in the intestine.
9 Eggs deposited in intestinal mucosa, hatch, and migrate to lumen.
10 Autoinfection: Rhabditiform larvae in large intestine, become filariform larvae, penetrate intestinal mucosa or perianal skin, and follow the normal infective cycle.
AUTOINFECTION
1 Rhabditiform larvae in the intestine are excreted in stool.
2 Development into free-living adult worms.
3 Eggs are produced by fertilized female worms.
4 Rhabditiform larvae hatch from embryonated eggs.
5 The rhabditiform larvae develop into infective filariform.
New generation of adults
Development into filariform larvae
CDC
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE
http://www.dpd.cdc.gov/dpdx

Cas clinique 3

Un patient africain de 17 ans vient consulter pour une hématurie.

- Y a-t-il une étiologie parasitaire à rechercher ?
  - Bilharziose urinaire à *Schistosoma haematobium*

- Que demandez-vous au patient ?
  - De quel pays venez-vous ?
  - Baignade en eau douce ?

- Quels examens demandez vous ?
  - NFS : GR = 5,1 x 10^{12}/L
    GB = 6,7 x 10^{9}/L
  - Examen parasitologique des urines
  - Sérologie de la bilharziose : intérêt surtout lors d'un retour de voyage avant l'émission des œufs
  - Quelquefois diagnostic fait sur biopsie rectale

- Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ?
  - Cancer de la vessie (mais chez patient + âgé en général)
  - Tuberculose urinaire

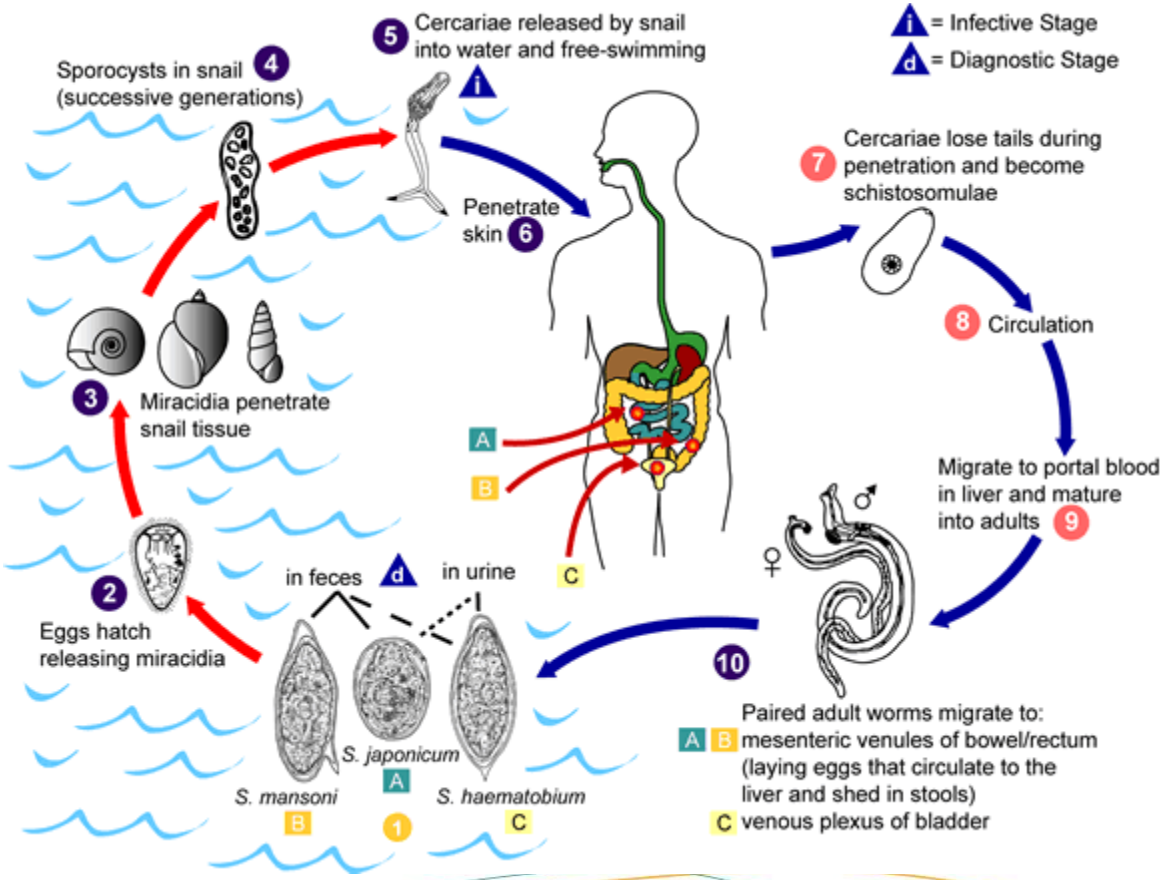
- Comment s'est faite la contamination ? Quelle est la forme infestante ?
  - Baignade en eau douce
  - Furcocercaire

Contamination aquatique par pénétration transcutanée de furcocercaires

Furcocercaire infestante

Cycle bilharzioses

MC transcutané : furcocercaires



Cas clinique 4

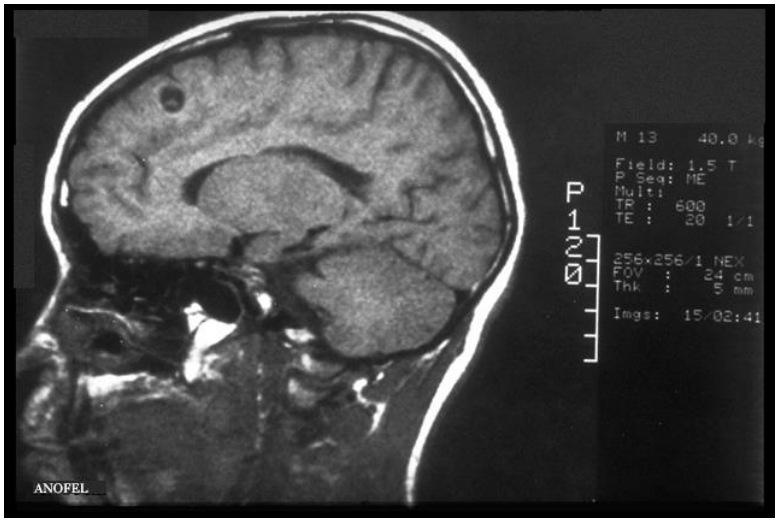
- Mme K., 45 ans, est admise aux urgences pour une crise d'épilepsie.
- A l'interrogatoire, elle dit n'avoir jamais fait de crise d'épilepsie auparavant.

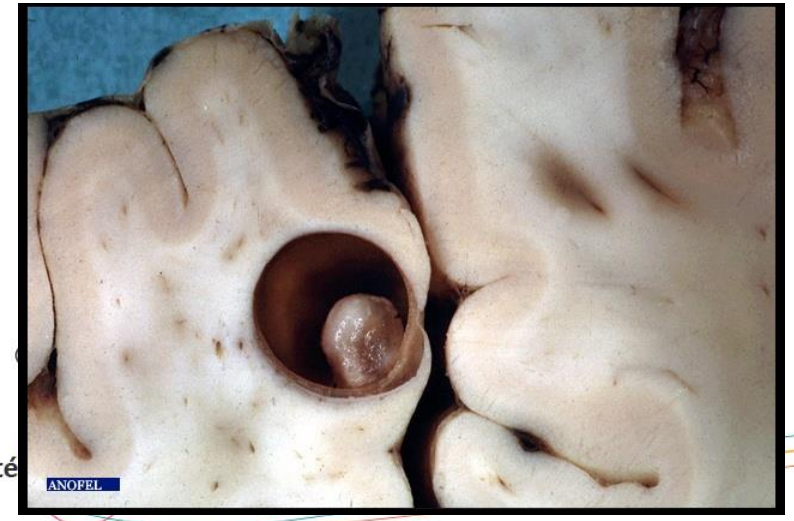
➢ Que lui demandez-vous ?
  - D'où venez-vous ?
  - Dans quels pays avez-vous séjourné ?

➢ Quels examens demandez-vous en urgence ?
  - Scanner cérébral
  - Electroencéphalogramme

➢ La patiente est hospitalisée. Quel bilan d'extension proposez vous ?
  - Sérologie de la cysticercose
  - Radio des parties molles
  - Examen ophtalmologique

Cysticercose cérébrale

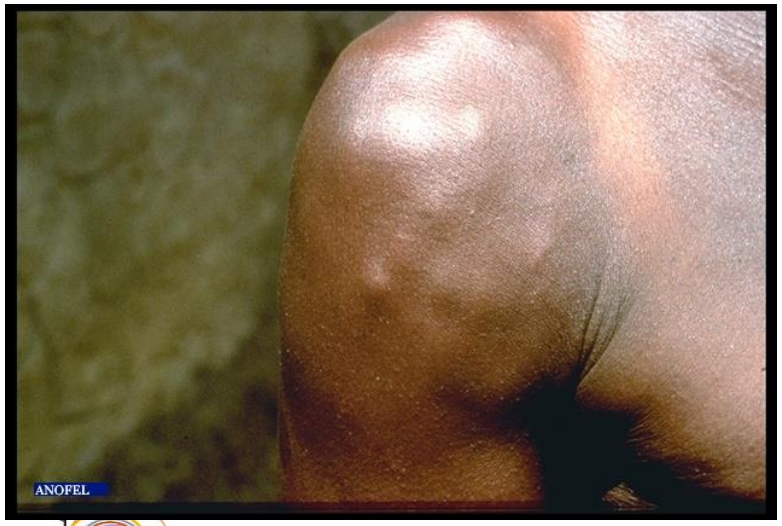


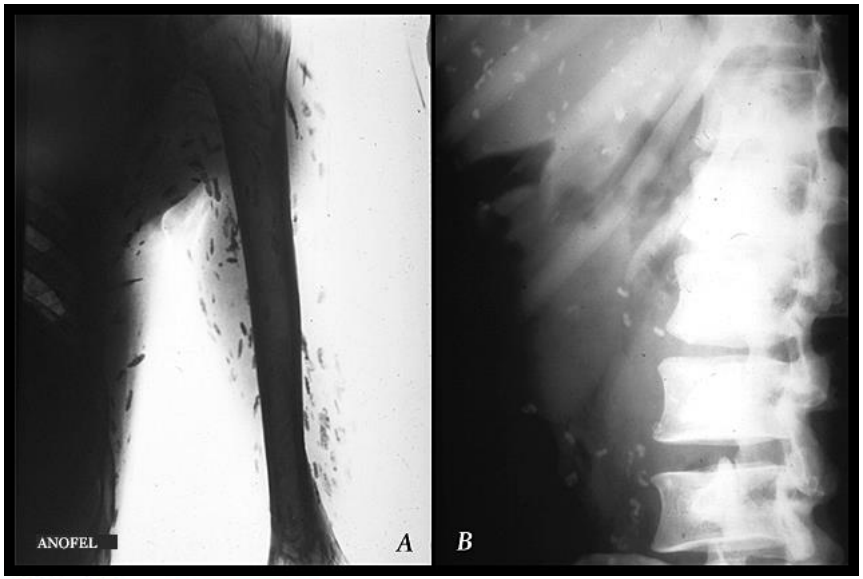


- Cysticerque = présence d'un seul scolex
- Opacités de qqs mm de long, souvent ovalaires, allongées en grain de riz

- Sérologie cysticercose sang et LCR + (Western Blot)

Cysticercose





Examen ophtalmo ++

Radio des parties molles: calcifications

Faculté de Médecine

Cas clinique 5

- A l'occasion d'une fracture de côte, Mr B., 50 ans, bénéficie d'une radio thoracique, qui montre une surélévation de la coupole diaphragmatique.

  La NFS : GR : 4,58 10^6/µl, Hb : 14,2 g/dL, GB : 7800, PE : 5%, Bilan hépatique : ALAT : 45 UI, ASAT : 40 UI, Phosphatases alcalines : 90, γ-GT : 40

➢ Que lui demandez-vous ?
  - D'où venez-vous ?
  - Dans quels pays avez-vous séjourné ?

➢ Quels examens lui prescrivez-vous ?
  - Echographie hépatique
  - Scanner abdominal

- L'échographie hépatique révèle une lésion hypodense liquidienne.

Scanner abdominal

Faculté de Médecine Lyon Est

Cas clinique 5

- Que ferez-vous préciser à l'interrogatoire ?
  - Avez-vous vécu dans une région d'élevage ?
  - Etiez-vous en contact avec des chiens et des moutons ?

- Quel examen permet de confirmer votre diagnostic ?

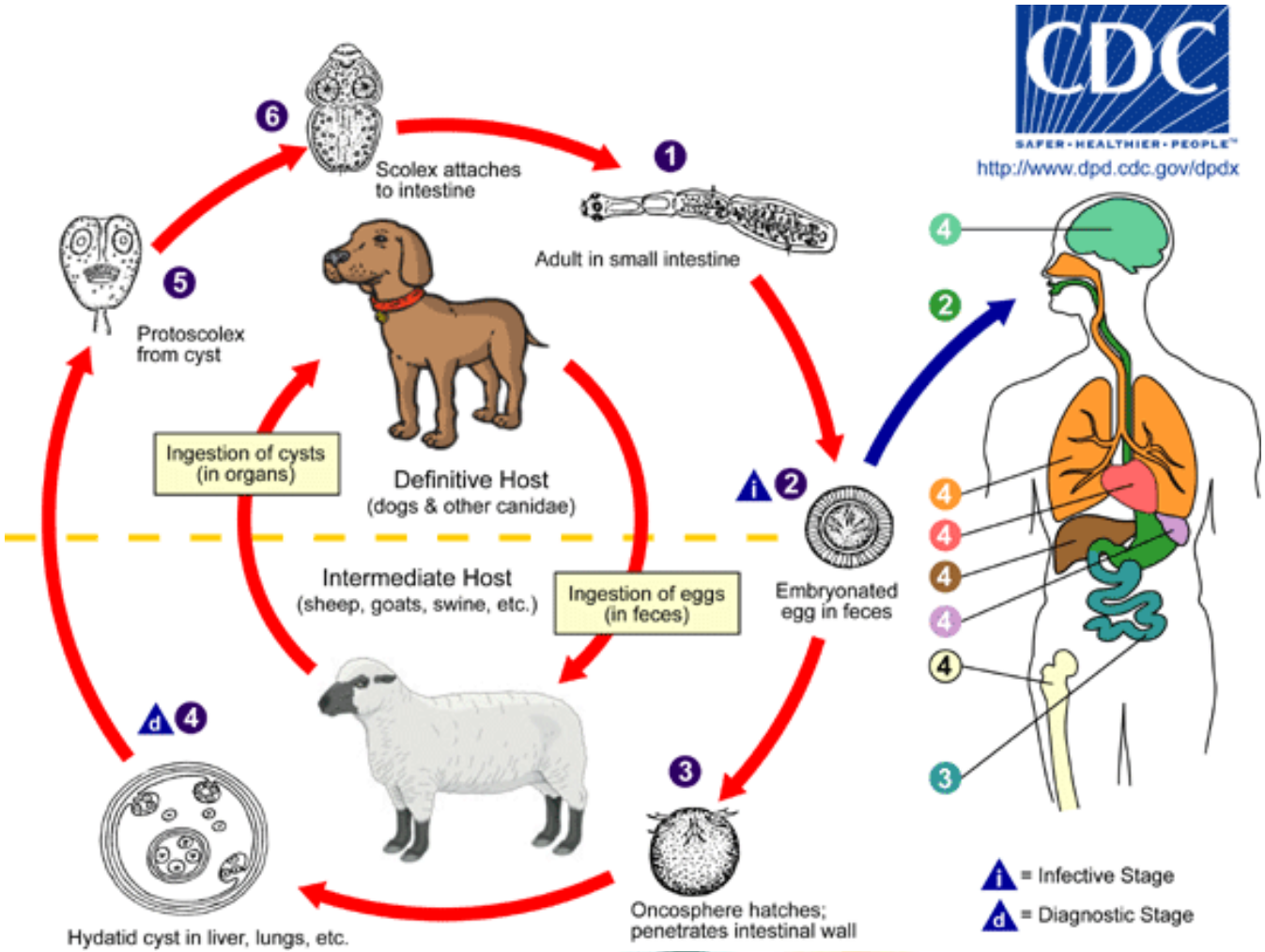
  Sérologie de l'échinococcose hydatique (hydatidose)

- Quel sera le résultat de l'examen parasitologique des selles ?

  Négatif

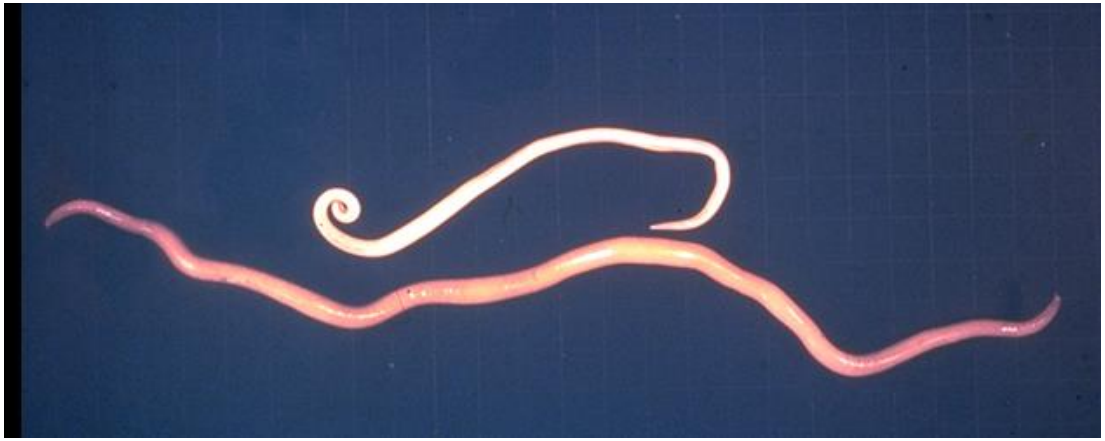
- Quelle complication faut-il redouter ?

  Fissuration ou rupture du kyste hydatique


CDC
SAFER · HEALTHIER · PEOPLE™
http://www.dpd.cdc.gov/dpdx
Scolex attaches to intestine
Adult in small intestine
Protoscolex from cyst
Ingestion of cysts (in organs)
Definitive Host
(dogs & other canidae)
Intermediate Host
(sheep, goats, swine, etc.)
Ingestion of eggs (in feces)
Embryonated egg in feces
Oncosphere hatches; penetrates intestinal wall
Hydatid cyst in liver, lungs, etc.
= Infective Stage
= Diagnostic Stage

Cas clinique 6

Une jeune femme affolée vient consulter pour vomissement de deux vers longs de 20 cm et 11 cm blanc nacré.



NFS : 12000 GB, 65% de PN , 15% PE

- Quelle parasitose évoquez vous ?

  Ascaridiose

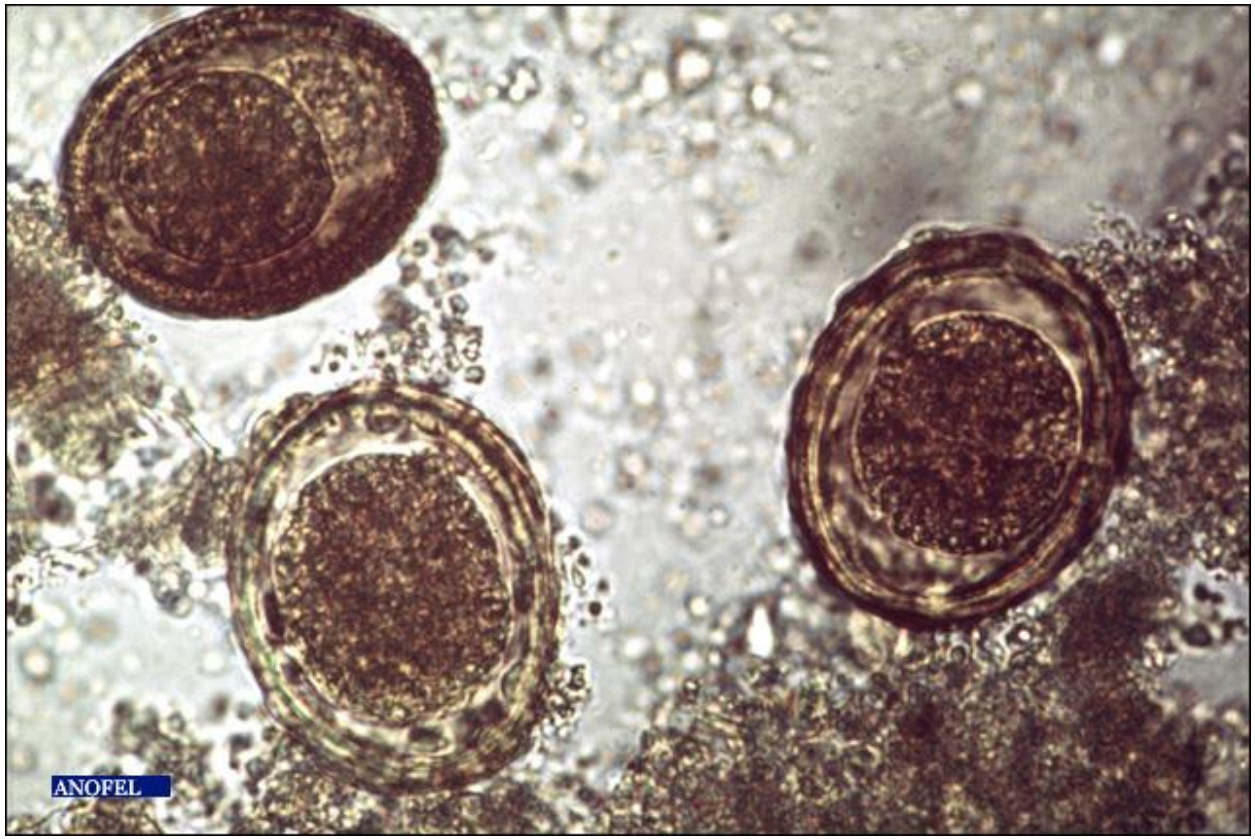
- On retrouve à l'interrogatoire la notion d'un épisode pulmonaire antérieur 2 mois auparavant. A-t-il un rapport avec la parasitose actuelle ?

  Syndrome de Loeffler

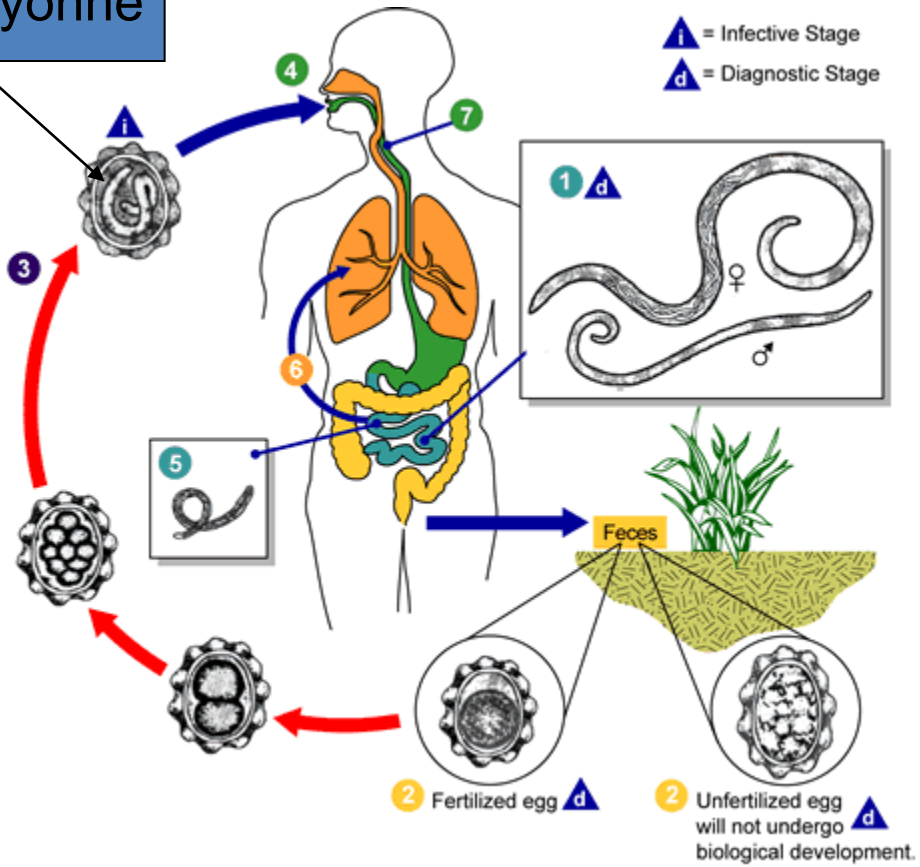
- Quel examen prescrivez-vous, si la patiente n'a pas pensé à vous apporter les vers pour une identification ?

  Examen parasitologique des selles

Examen parasitologique des selles



M.C. : œuf embryonné

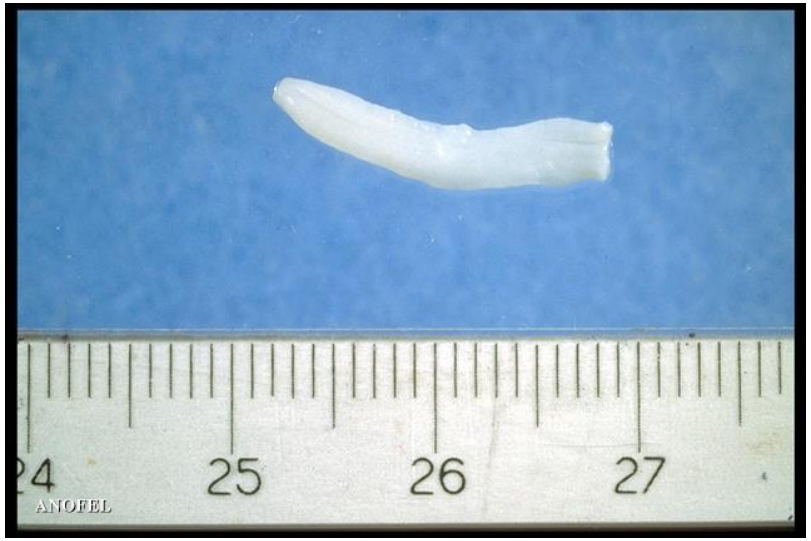


Complications chirurgicales

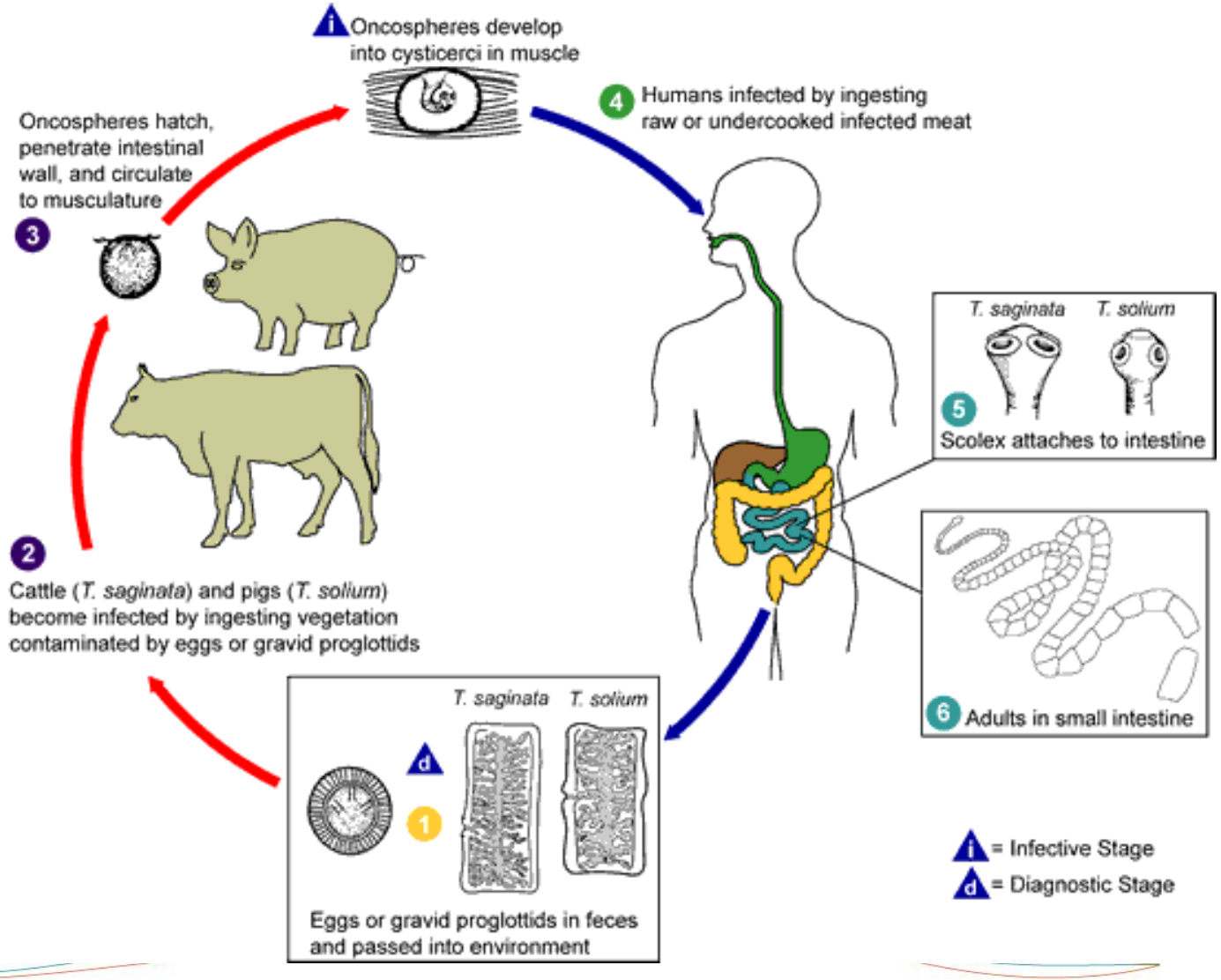
- Angiocholite fébrile
- Pancréatite aigue hémorragique
- Appendicite
- Occlusion intestinale
- Étranglement herniaire
- Perforation intestinale

Cas clinique 7

Mr F, 29 ans, vient consulter car il a découvert une « tagliatelle » qui bougeait dans son slip. Il l'a apportée dans un pot.



- Quel est votre diagnostic ?
  - Taeniasis
- Que devez vous lui faire préciser à l'interrogatoire ?
  - Habitudes culinaires
- Comment s'est-il contaminé ?
  - Consommation de viande de bœuf crue ou insuffisamment cuite
- Quel examen parasitologique devez-vous demander si le patient n'a pas apporté ce qu'il décrit ?
  - Scotch test ou examen parasitologique des selles
- Y a-t-il des complications ?
  - Pas de complications avec *Taenia saginata* (viande de bœuf)
  - *Taenia solium* (viande de porc) : cysticercose


Oncospheres develop into cysticerci in muscle
Humans infected by ingesting raw or undercooked infected meat
Oncospheres hatch, penetrate intestinal wall, and circulate to musculature
T. saginata
T. solium
Scolex attaches to intestine
Cattle (T. saginata) and pigs (T. solium) become infected by ingesting vegetation contaminated by eggs or gravid proglottids
Adults in small intestine
T. saginata
T. solium
Eggs or gravid proglottids in feces and passed into environment
= Infective Stage
= Diagnostic Stage

Faculté d

Conclusion

N'oubliez pas que certaines parasitoses peuvent être une cause de :

Symptomatologie	Interrogatoire	Parasitose
Hématurie	Séjour en Afrique Baignade en eau douce	
Crise comitiale	Séjour en Amérique latine ou Afrique	
"Tumeur" hépatique	Séjour au Maghreb ou autre région d'élevage	

Conclusion

N'oubliez pas que certaines parasitoses peuvent être une cause de :

Symptomatologie	Interrogatoire	Parasitose
Hématurie	Séjour en Afrique Baignade en eau douce	Bilharziose urinaire
Crise comitiale	Séjour en Amérique latine ou Afrique	
"Tumeur" hépatique	Séjour au Maghreb ou autre région d'élevage	

Conclusion

N'oubliez pas que certaines parasitoses peuvent être une cause de :

Symptomatologie	Interrogatoire	Parasitose
Hématurie	Séjour en Afrique Baignade en eau douce	Bilharziose urinaire
Crise comitiale	Séjour en Amérique latine ou Afrique	Cysticercose
"Tumeur" hépatique	Séjour au Maghreb ou autre région d'élevage	

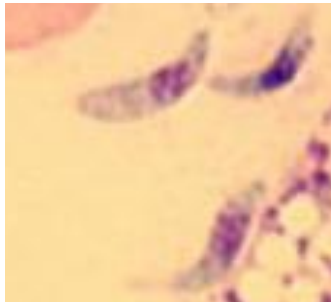
Conclusion

N'oubliez pas que certaines parasitoses peuvent être une cause de :

Symptomatologie	Interrogatoire	Parasitose
Hématurie	Séjour en Afrique Baignade en eau douce	Bilharziose urinaire
Crise comitiale	Séjour en Amérique latine ou Afrique	Cysticercose
"Tumeur" hépatique	Séjour au Maghreb ou autre région d'élevage	Echinococcose hydatique

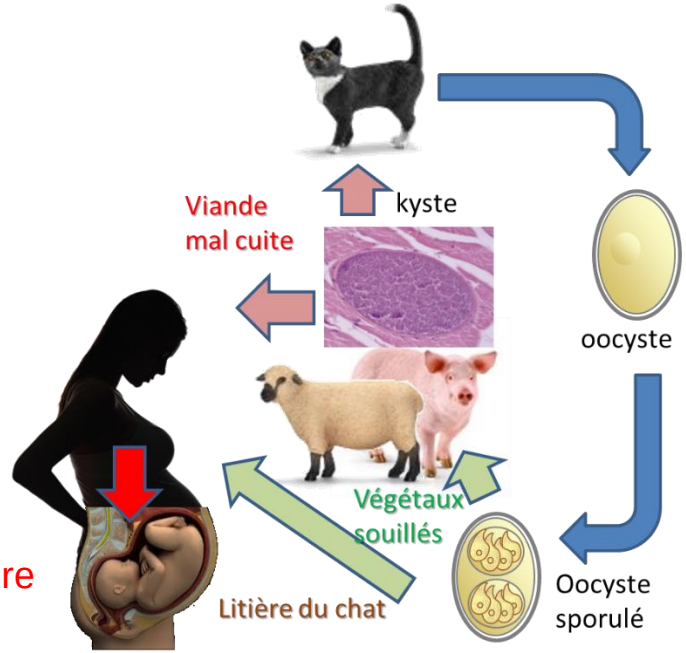
Dépistage de la toxoplasmose

Toxoplasma gondii



parasitémie

passage transplacentaire



<u>IgG +</u> avant la grossesse = femme immunisée, pas de risque pour le fœtus.

<u>IgG - :</u> femme non immunisée → Suivi sérologique mensuel.

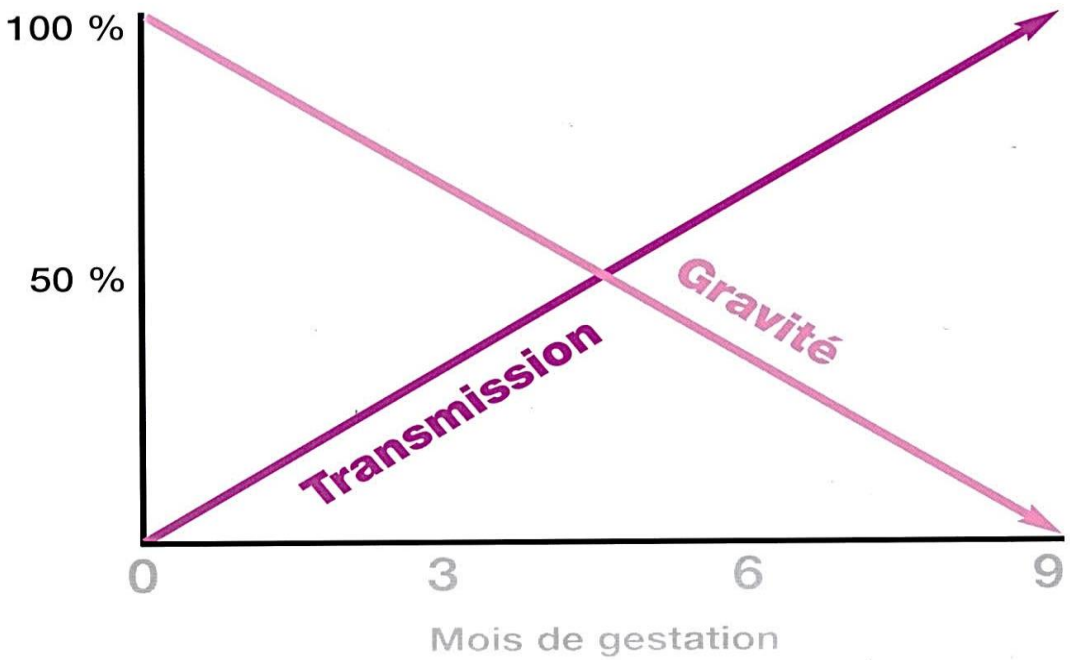
Depuis 1978, les autorités sanitaires françaises ont instauré un programme de prévention de la toxoplasmose congénitale. Le décret n° 78-396 du 17 mars 1978 recommande la réalisation d'un dépistage sérologique systématique des femmes de moins de 50 ans non immunes lors de l'examen prénuptial. La circulaire ministérielle du 27 septembre 1983 recommande l'information des femmes enceintes non immunes sur les moyens de prévention contre la toxoplasmose. Le décret n° 92-144 du 14 février 1992 impose une surveillance sérologique mensuelle des femmes enceintes séronégatives, depuis la déclaration de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

http://www.invs.sante.fr/publications/2007/toxoplasmose/toxoplasmose.pdf

Toxoplasmose : risques variant en fonction du terme

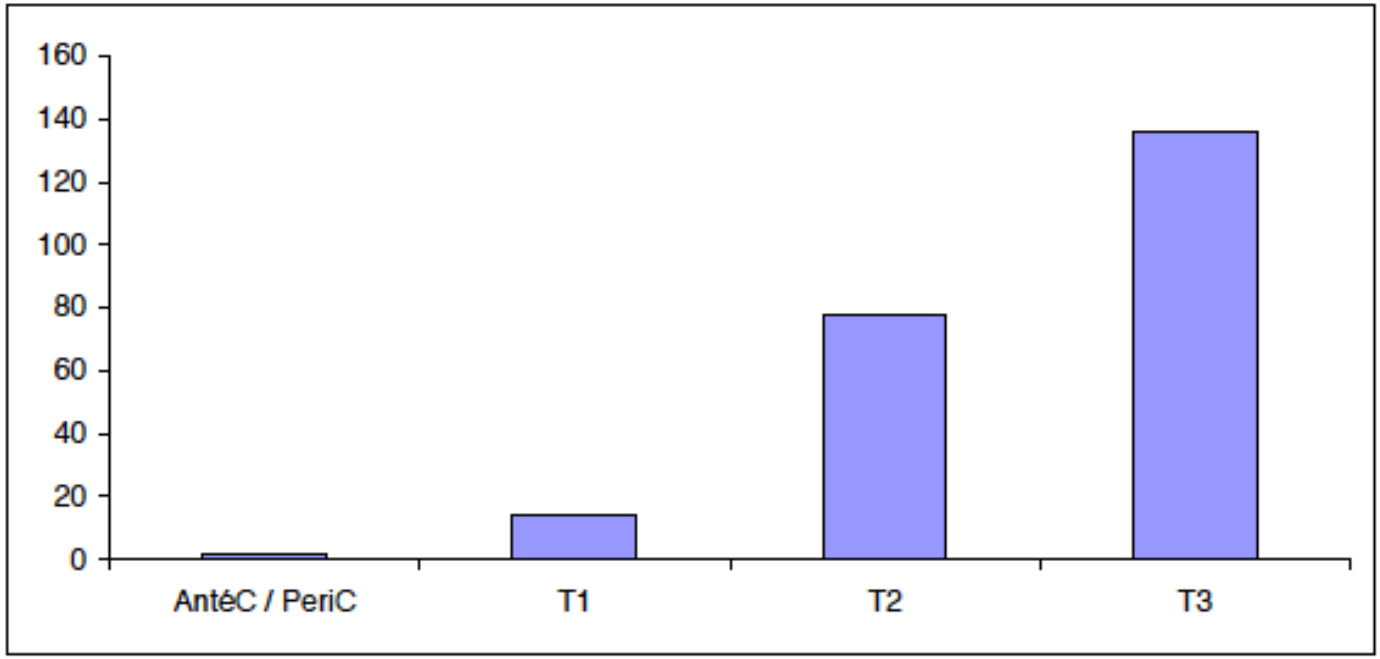
Quels sont les risques pour le fœtus au cours d'une infection à toxoplasme durant la grossesse ?

Mort *in utero*



Choriorétinite

Chiffres nationaux de toxoplasmoses congénitales par an



Graphique : Nombre de cas de TC diagnostiqués en France du 1er Janvier 2010 au 31 décembre 2010 selon le terme de la grossesse lors de l'infection maternelle en trimestre (n=244)

Épidémiologie de la toxoplasmose congénitale (TC)

Séroprévalence de la toxoplasmose en France en 2003 :
43,8 % (baisse constante depuis 40 ans) [1]

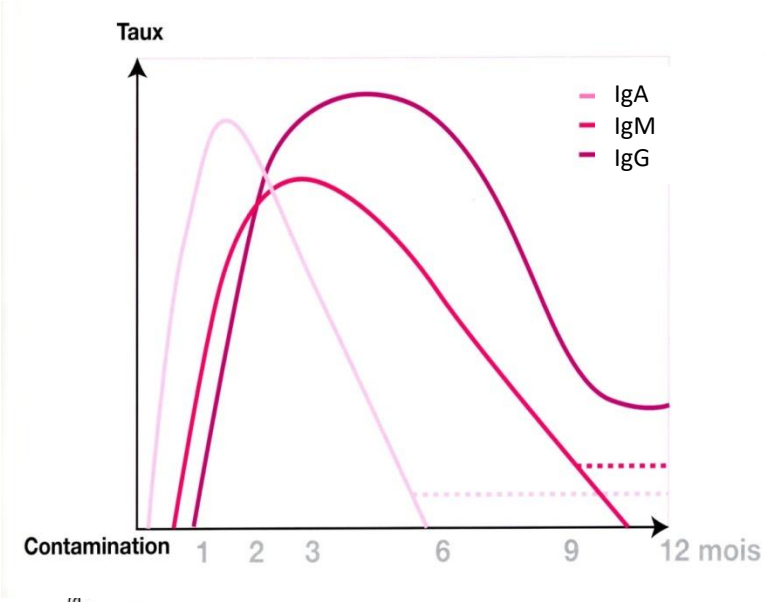
- Prévalence de la Toxoplasmose congénitale : 0,29 sur 1000 naissances [2]
- Large prédominance des formes asymptomatiques (90%)
  - Formes symptomatique à la naissance : 0,02 sur 1000 naissances [2]
- Formes graves:
  - 12 grossesses non menées à terme par an (IMG ou mort fœtale) et 5 formes graves par an [2]

1. Berger F, Goulet V, Le Strat Y, de Valk H, Désenclos JC. La toxoplasmose en France chez la femme enceinte en 2003 : séroprévalence et facteurs associés. Institut de veille sanitaire, 2007.
2. Ancelle T, Delmas C, Wolak A, Villena I. TOXOSURV WEB DIAG 2010,

Comment dépister une infection aiguë à *Toxoplasma gondii* durant la grossesse ?

Sérologie : détection des anticorps IgM et IgG (+/- IgA)

Important de connaître la **cinétique** de la réponse immunitaire spécifique pour dater l'infection



- IgM : Apparition précoce
  Disparition des IgM au bout d'1 an (exceptions possibles)
- IgG: taux élevés à 3-6 mois puis décroissance.
  Persistance due au caractère vivant des kystes dans les tissus.
- IgA : cinétique rapide (infection par voie digestive). Rarement fait.

Comment dater la contamination ?

Détermination de l'avidité des IgG :

- évalue la maturation de la réponse immunitaire
- permet de préciser si une infection est aiguë ou ancienne
- mesure l'affinité des IgG pour l'antigène

$$\text{Avidité} = \frac{\text{DO sérum + agent dissociant}}{\text{DO sérum}}$$

Avidité ≥ 0,5 : avidité élevée

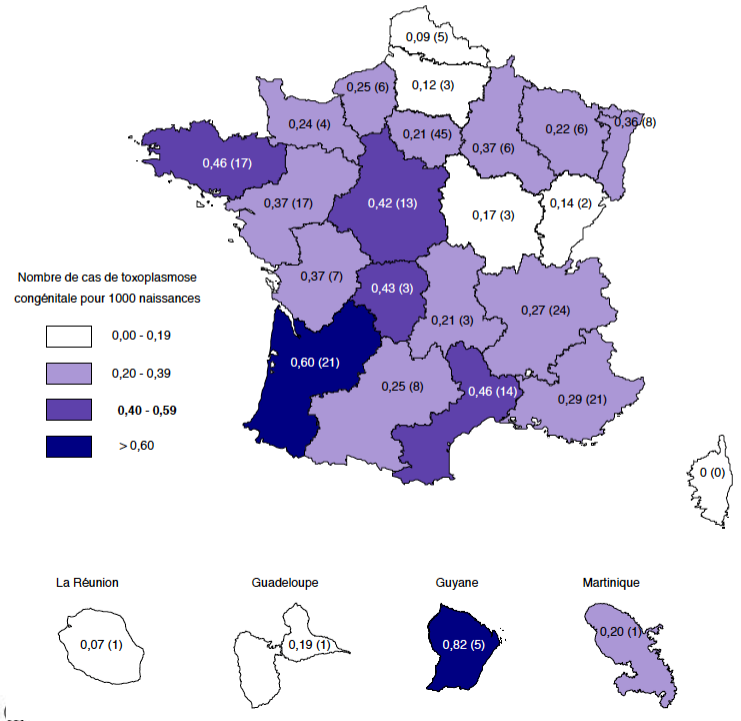
L'infection date de plus de 20 semaines (propre à chaque laboratoire)

Intérêt : exclure une infection au premier trimestre de grossesse

Séroprévalence

CNR Toxosurv T.Ancelle, C.Delmas, I.Villena

Carte : Distribution régionale du nombre de cas de toxoplasmose congénitale diagnostiqués en France du 1er Janvier 2010 au 31 décembre 2010 pour 1000 naissances (Année 2010)



Séroprévalence variable suivant les modes alimentaires et l'origine des viandes consommées

Conduite à tenir si la patiente est non immunisée pour la toxoplasmose?

Résultats du bilan à 2 mois de grossesse :

- Toxoplasme : sérologie négative

Prescrire un **suivi mensuel de la sérologie toxoplasmose** (même laboratoire et même technique) au cours de la grossesse et un mois après l'accouchement pour détecter les infections du dernier mois

Pourquoi ?

Évaluer la date de l'infection

Prise en charge la + précoce

Quels conseils donnez vous à la femme enceinte ?

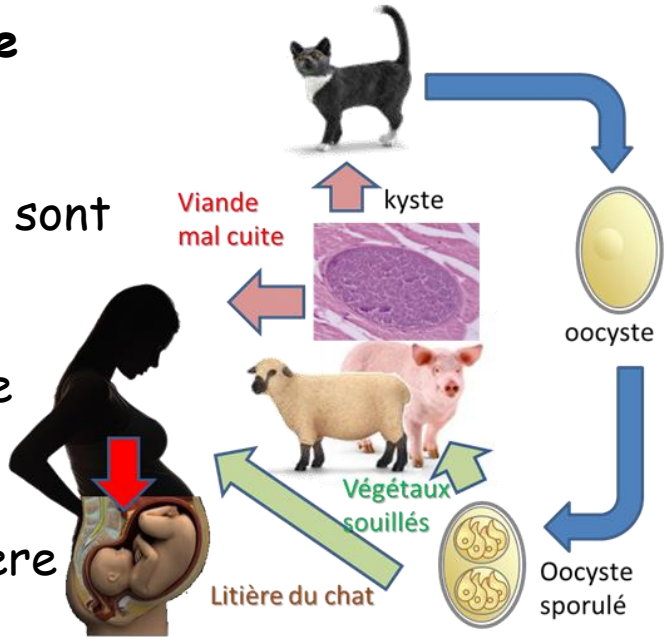
Mesures prophylactiques hygiéno-diététiques pour la prévention de la toxoplasmose

- Ne consommer que de la **viande suffisamment cuite**

- **Laver** à grande eau tous **les fruits et les légumes** (salades, crudités…) souillés par la terre surtout s'ils sont consommés crus

- Bien veiller à **l'hygiène des mains**, des ustensiles de cuisine, des plans de travail et du réfrigérateur

- **Mettre des gants** pour jardiner ou nettoyer la litière des chats et bien se laver les mains ensuite.



Conduite à tenir si au 5ème mois de grossesse, apparition d'IgM et d'IgG

L'adresser à une **consultation d'obstétrique** pour diagnostic anténatal et prise en charge

- Analyse des échographies
- Amniocentèse 1 mois après la séroconversion (entre la 18ème et la 32ème SA)
- Analyse du liquide amniotique : PCR quantitative *Toxoplasma gondii* (centre agréé)

Si négatif

doute sur infection fœtale
traitement discuté
(Spiramycine)

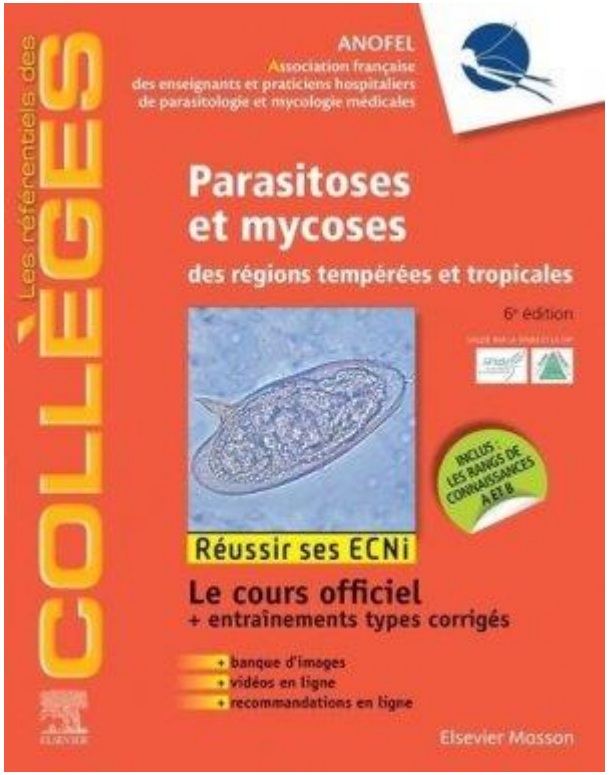
Si positif

Infection fœtale confirmée
Discuter :
- Interruption Médicale de Grossesse (IMG)
- Pyrimethamine-sulfadiazine

Supports de cours

FGSM3 UE18 Agents infectieux : Mycoses - Ectoparasitoses (MycoEctopara)

FGSM3 UE18 Agents infectieux : cas cliniques de Parasitologie et Mycologie (ParasitoMycoCasCliniques)



Des questions

jean.menotti@univ-lyon1.fr

Faculté de Médecine Lyon Est