


2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

	Séroconversion Toxoplasmose			Codification : NNAT PM 30
				Version : 4
Emetteur : Néonatalogie	Rattachement : Processus 3.10.2	Date d'application : 09.11.2016	Pages : 1/2	

<u>Rédacteur(s)</u>	<u>Approbateur(s) (signature - date)</u>	<u>Gestionnaire</u>	<u>Destinataire(s)</u>
* Anne SAURET	* Florence Robert-Gangneux	* Fanny LEBAS	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input checked="" type="checkbox"/> Maternité <input checked="" type="checkbox"/> Cadres de santé <input checked="" type="checkbox"/> IDE / PDE <input checked="" type="checkbox"/> SF

Actions et méthodes

Si séroconversion pendant la grossesse

Bilan néonatal :

A la naissance :

Placenta recueilli (entier si possible, sinon au moins 200 g) conservé stérilement à 4° et transmis le plus rapidement possible au laboratoire de parasitologie pour recherche de parasite par PCR, et inoculation à la souris.

Sérologie au cordon (un tube sec)

PCR sur sang du cordon (un tube EDTA)

Dans la première semaine de vie :

Examen clinique (PC, troubles du tonus, microphthalmie, hépatosplénomégalie)

Sérologie IgM-IgG à J 3

Hémogramme

FO

Echographie transfontanellaire

OEA

Rq : analyse LCR pas d'intérêt diagnostique prouvé

Toxoplasmose congénitale confirmée :

si :

- Diagnostic prénatal positif : PCR du LA positive et/ou anomalie cérébrale aux échographies anténatales
- Présence d'IgM confirmée sur sang veineux de l'enfant
- Anomalies FO ou ETF associées à un argument biologique (PCR placenta ou sang de cordon positive, WB positif, IgA...)

Traitement immédiat

Schéma thérapeutique : **traitement en continu pendant 12 mois**

Malocide pyriméthamine 1mg/kg/j en 1 prise pendant 2 mois[6mois si >3 calcifications intracérébrales ou calcifications+choriorétinite ou signes cliniques plus patents] puis 0.5mg/kg/j

Adiazine sulfadiazine 100mg/kg/j en 2 prises

Folinoral 25 acide folinique 1 gélule à 25 mg 2 fois/semaine en commençant le jour du traitement

2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

Consultation à 1 mois avec Dr A.Sauret

Surveillance durant le traitement :

NFS à J0 et J15 puis 1 fois/mois

Si neutropénie ($PN < 800/mm^3$) arrêt du traitement anti-toxoplasmique et poursuivre administration d'acide folinique

Reprendre le traitement qd $PN > 800/mm^3$

Surveillance clinique, ophtalmologique et sérologique/3 mois

Après arrêt du traitement :

Poursuivre la surveillance ophtalmologique

- tous les 3 mois pendant la 2^e année
- tous les 6 mois pendant la 3^e année
- puis tous les ans, à vie

ne traiter que si lésions actives ou récidives au FO. Reprendre traitement 3 mois et contrôler cicatrisation des lésions

*NB un rebond sérologique sans manifestation oculaire ne justifie pas la reprise du traitement
contrôler la sérologie 6 mois plus tard pour objectiver la normalisation*

Infection non prouvée à la naissance :

= bilan antenatal et néonatal négatifs (situation la + fréquente : 75% des cas)

Pas besoin d'attendre les résultats des sérologies pour faire sortir l'enfant de la maternité

PAS DE TRAITEMENT

Sérologie à 1 mois de vie, à 3 mois puis tous les 3 mois jusqu'à négativation complète qui doit survenir avant l'âge de 1 an.

Il est indispensable de faire réaliser les prélèvements aux consultations externes de pédiatrie afin que l'analyse soit faite au laboratoire de parasitologie, pour pouvoir comparer l'évolution des différentes sérologies (et bénéficier des western-blots).

Si le diagnostic de toxoplasmose congénitale est démontré par l'évolution sérologique (synthèse d'IgG, d'IgM et/ou d'IgA)
Instaurer un traitement et une surveillance (cf ci-dessus)

NB : la poursuite de la surveillance ophtalmologique est inutile en l'absence de preuve d'infection du bébé.