

 <p>Aux portes de la vie</p>	<b>PROTOCOLE TOXOPLASMOSE CONGENITALE :</b> <b>Conduite à tenir auprès d'un enfant né après séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse</b>	<b>Protocole pédiatrique n°23</b> Version 2 page 1/3
---	--	---

Référence : RSN/PR/REA.P/023/B	Date de 1 <sup>ère</sup> mise en service : 19/10/2009
--------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :
2	07/06/2011		Dr N. FERRET

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction : Dr N. FERRET	Nom et fonction : Dr N. FERRET	Nom et fonction : Pr P. MARTY	Nom et fonction : CMS
Date : 15/10/2009	Date : 02/06/2011	Date : 04/06/2011	Date : 07/06/2011
Signature :  <b>signé</b>	Signature :  <b>signé</b>	Signature :  <b>signé</b>	Signature :  <b>signé</b>

1- La pratique du bilan complet (échographie transfontanellaire, fond d'œil) **n'est jamais urgente**, *à fortiori* si l'enfant est cliniquement sain.

L'enfant **ne doit pas être systématiquement hospitalisé** pour réaliser le bilan même si la toxoplasmose congénitale est certaine.

L'hospitalisation est réservée aux enfants présentant des signes d'infection toxoplasmique aigüe, ce qui est assez rare.

2- Il est absolument indispensable **d'envoyer si possible le jour de la naissance :**

- **SYSTEMATIQUEMENT le sang de la mère** sauf s'il a été prélevé dans la SEMAINE PRECEDENT L'ACCOUCHEMENT. (8 ml sur tube sec)
- **le sang du cordon** (ou à défaut le sang veineux de l'enfant) sur tube sec (**au moins 1 ml de sang** ou si possible 3 ml chez l'enfant).
- **ETIQUETER SYSTEMATIQUEMENT LE BON DE L'ENFANT AVEC SA PROPRE IDENTITE MAIS AUSSI CELLE DE SA MERE** (surtout si les deux ne portent pas le même nom de famille)
- **placenta entier sans fixateur** (pour les jours fériés et week-end, le placenta et le sang peuvent être conservés au réfrigérateur à + 4° pendant 2 à 3 jours). Les prélèvements doivent être adressés au :

**Laboratoire de Parasitologie-Mycologie**  
**Hôpital l'ARCHET II**  
**BP 3079**  
**06202 NICE Cedex 3**  
**Tel : 04 92 03 62 54**

 <p>Aux portes de la vie</p>	<b>PROTOCOLE TOXOPLASMOSE CONGENITALE :</b> <b>Conduite à tenir auprès d'un enfant né après séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse</b>	<b>Protocole pédiatrique n°23</b> Version 2 page 2/3
---	--	---

- 3- L'enfant doit être examiné par un pédiatre qui doit prendre contact avec les médecins du laboratoire de Parasitologie :  
**Dr Nicole FERRET ou Pr Pierre MARTY ou Christelle POMARES**
- 4- Le bilan plus complet peut être pratiqué en externe si possible **entre le 10<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour de vie** à fortiori lorsque la sérologie initiale a montré la présence d'anticorps antitoxoplasmiques de type IgM ou IgA dans le sang du cordon ou le sang veineux néonatal.  
Ce bilan comprend :
  - une nouvelle sérologie avec calcul de la charge immunitaire et étude comparée en western-blot des sérums de la mère et de l'enfant (sérologie de la mère inutile si elle a été faite à la naissance).
  - Un fond d'œil pratiqué par un opérateur entraîné, si possible par technique indirecte, plus performante chez le très jeune enfant.
  - Une échographie transfontanellaire (associée à un scanner cérébral et/ou un EEG en cas d'anomalies échographiques importantes).
  - Un examen clinique et psychomoteur complet avec en particulier la mesure du périmètre crânien.
- 5- La mère peut allaiter l'enfant. **Il est inutile de donner de la Rovamycine® au bébé en attendant les résultats.**
- 6- Quelle que soit la date de la séroconversion pendant la grossesse et quelque soit le résultat de l'amniocentèse, **il est impératif de faire un bilan complet à TOUS les enfants** (une amniocentèse négative en cours de grossesse signifie que l'enfant n'était pas contaminé par le toxoplasme au moment de la ponction. Il n'est pas rare que le fœtus se contamine dans les semaines suivant l'amniocentèse).
- 7- Si l'enfant ne présente que des anticorps IgG maternels transmis par voie placentaire, sans IgA ni IgM sur le sérum de la naissance, la surveillance sérologique se fait au rythme d'une sérologie toutes les 4 à 6 semaines jusqu'à négativation sérologique complète. La négativation doit impérativement être confirmée par une ultime sérologie pratiquée vers l'âge de un an.  
L'enfant ne reçoit aucun traitement : en particulier la Rovamycine® est inutile.
- 8- Si la toxoplasmose est confirmée avant la naissance (diagnostic prénatal) ou après la naissance par le laboratoire de parasitologie, le traitement par Malocide et Adiazine ou Fansidar® est débuté avec surveillance étroite de la numération sanguine (anémie et neutropénie fréquentes) et de l'état cutané (sulfamides).
- 9- Cas particulier : lorsque la mère est seronégative à l'accouchement, un contrôle de sa sérologie 1 mois plus tard est suffisant.

 <p>Réseau <b>SÉCURITÉ</b> Naissance <small>Paca Est-Haute Corse-Monaco</small> <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p><b>PROTOCOLE TOXOPLASMOSE CONGENITALE : Conduite à tenir auprès d'un enfant né après séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse</b></p>	<p><b>Protocole pédiatrique n°23</b> Version 2 page 3/3</p>
--	---	---

**Références :**

- Ferret N. Marty P. Lefichoux Y. Prise en charge clinique de la toxoplasmose congénitale. Arch Pediatr 2003 ; 10 (hors série n°1) : 42-4.
- Pelloux H. Fricker-Hidalgo H. et al. Toxoplasmose congénitale : prévention chez la femme enceinte et prise en charge du nouveau-né. Arch Pediatr 2002 ; 9 : 206-12.
- Garcia-Meric P. Franck J. Toxoplasmose congénitale. Perinatalogie 2007 ; 243-55.