

INFECCÃO CONGÉNITA POR *Toxoplasma gondii*

Caro Colega, agradecemos o preenchimento deste questionário e o seu rápido reenvio no envelope pré-pago. Por favor, responda ao maior número possível de questões utilizando maiúsculas. A informação recolhida é confidencial e só para uso em investigação médica. **Muito obrigado pela sua colaboração.**

mês ____|____|

Nome ou vinheta do notificador nº de código ____|____|____|____|

Telefone ____|____|____|____|____|____| ou ____|____|____|____|____|____|

Fax ____|____|____|____|____|____|

E-mail.....Médico Assistente.....

1. Nome da mãe (iniciais) ____|____|____|____|

Nome do doente (iniciais) ____|____|____|____|

3. Data de Nascimento ____|____|____|____|____|____|

4. Sexo : M / F

RECÉM-NASCIDO

Hospital de Nascimento Idade gestacional ____|____| Peso ao nascer ____|____|____|

Sinais ou sintomas de doença: não ____| sim ____|

ACIU ____| Clínica de sépsis ____| Hepatite ____| Colestase ____| Anemia ____| Trombocitopénia ____|

Leucopénia / Neutropénia ____| Hepatoesplenomegália ____| Hidrocefalia ____| Calcificações intracranianas ____|

Coriorretinite ____|

Outros ____| Quais

IgG _____ IgM _____ IgA _____ PCR no sangue _____

Exame citoquímico do LCRPCR no LCR.....

Ecografia Transfontanelar

Exame oftalmológico

Provas de função hepática

Terapêutica: Rovamicina ____| Pirimetamina ____| Sulfadiazina ____| Acido folínico ____| Corticóides ____|

GRAVIDEZ ____|____| G ____|____| P Idade materna _____

Serologia para toxoplasmose

Antes da gravidez não ____| sim ____| Especifique IgG IgM

Durante a gravidez actual sim ____| não ____| Valores 1ºT IgG IgM

Avidez das IgG Baixa ____| Elevada ____| Média ____| 2ºT IgG IgM

3ºT IgG IgM

Diagnóstico pré-natal: sim ____| não ____|

- Ecografia alterada sim ____| não ____| Idade gestacional ____|____| semanas

- Amniocentese sim ____| não ____| Idade gestacional ____|____| semanas

Resultado da PCR no LA Pesquisa de Ag no murganho injectado com LA

Outros exames

Doença materna na gravidez Outras serologias positivas

Terapêutica na gravidez

Espiramicina: Início _____ Fim _____ (data e mês de gestação)

Pirimetamina+ sul Diazina+ ácido folínico: Início _____ Fim _____ (data e mês de gestação)

Proposta para IMG: não sim

Resultado da autópsia fetal em caso de IMG _____

ALTA

Idade na alta || horas/dias/meses

Clínica na alta

Óbito: não sim Idade ao óbito | horas/dias/meses

Causa:

Resultado da autópsia:

Observações:

Nome e contacto do médico assistente da criança

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA INFECÇÃO CONGÉNITA POR TOXOPLASMA GONDII

Fundamento teórico

Em Portugal é realizado rastreio para a toxoplasmose na consulta pré-concepcional ou na primeira consulta da gravidez (DGS, Orientações Técnicas). Se a mulher tiver IgG positiva a análise não é mais repetida. Caso tenha IgG negativa a serologia deve ser repetida uma vez por trimestre. Esta política tem como finalidade detectar uma eventual seroconversão durante a gravidez. A partir desse diagnóstico, a grávida deve ser tratada de modo a tentar evitar a passagem do toxoplasma para o feto; deve ser feito diagnóstico pré-natal de modo a tratar o feto caso seja comprovada infecção fetal. Esta política tem como objectivo final minorar os efeitos catastróficos de uma infecção fetal.

Alguns países têm política semelhante – França, Itália, Bélgica, Espanha e Áustria - outros fazem rastreio da infecção após o nascimento baseado na determinação da IgM no sangue do recém-nascido – Dinamarca - e, outros, seguem uma política de não rastreio, quer durante a gravidez, quer no RN – Reino Unido.

A prevenção primária é um importante meio de prevenir a infecção reduzindo, segundo alguns autores, a taxa de seroconversão em 60%. Os obstetras têm realizado uma boa campanha de prevenção primária. Hoje em dia a mulher grávida sabe o que é a toxoplasmose e o modo de a evitar mas a infecção continua a ser o terror de obstetras e neonatologistas/pediatras pela complexidade de diagnóstico e terapêutica e pelas possíveis graves consequências para o feto e recém-nascido.

Em Portugal parece ter-se vindo a assistir a uma diminuição da taxa de seroprevalência nas mulheres em idade fértil. Num estudo da Maternidade do Hospital de Dona Estefânia realizado 1988-95 a taxa de seronegativas foi de 60,5% e, em 2003-06, de 74,5%. Nos dois períodos as taxas de seroconversão foram respectivamente de 0,51 e 0,36. Contudo não é conhecido o número de crianças infectadas em Portugal.

Objectivos do estudo

Objectivos primários: Conhecer o número de novos casos diagnosticados por ano em Portugal, a sensibilidade e especificidade dos exames utilizados para o seu diagnóstico e as manifestações e sequelas da infecção congénita.

Objectivo secundário: determinar se a política de rastreio universal da grávida deve ser mantida.

Metodologia

O estudo será realizado através da UVP de SPP em parceria com o INSRJ. Os cartões da UVP serão enviados a todos os pediatras e neonatologistas. Deste modo serão englobadas no estudo todas as crianças diagnosticadas após o nascimento e também as situações seguidas nos Centros de Diagnóstico Pré-Natal de que os neonatologistas e pediatras são parte, possibilitando o conhecimento dos casos de IMG por esta infecção.

O método de captura e recaptura será realizado em colaboração com os laboratórios de referência para a toxoplasmose em Portugal.

O estudo terá a duração inicial prevista de 2 anos. Os resultados serão publicados em revista indexada em língua inglesa.

Definição de caso

Serão englobados no estudo todos os RN filhos de mãe com:

1. Seroconversão comprovada durante a gravidez
2. IgM e IgG positiva com qualquer grau de avidéz
3. IgM positiva com IgG negativa
4. Criança a que tenha sido pedida PCR no LA
5. RN com infecção provável diagnosticada “de novo”
6. Todos os casos em que o pediatra tenha suspeita de infecção congénita por *Toxoplasma gondii*

A identificação do médico assistente é muito importante uma vez que permite o contacto posterior para conhecimento da evolução da criança.