

UNIDADE DE VIGILÂNCIA PEDIÁTRICA DA SPP

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA INFECÇÃO CONGÊNITA
POR TOXOPLASMA GONDII**

RELATÓRIO FINAL

Investigadores

Maria Teresa Neto

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia.

Tel.: +351 213 126 613

Fax: +351 213 126 602

mariateresaneto49@gmail.com

Helena Ângelo

Laboratório de Parasitologia, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Tel.: +351 217 519 294/5

Fax: +351 217 590 441

helena.angelo@insa.min-saude.pt

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 deve ser repetida. Caso tenha IgG negativa a serologia deve ser repetida uma vez por trimestre para detectar uma eventual seroconversão durante a gravidez. Após o conhecimento de IgG negativa devem ser implementadas medidas de prevenção primária. Caso haja seroconversão durante a gravidez devem ser envidados todos os esforços no sentido de impedir a passagem do *Toxoplasma* da placenta para o feto. Nesse sentido deve ser administrada terapêutica à grávida o mais cedo possível e programar intervenção no sentido de saber se o feto está ou não infectado. Caso se conclua que sim, deve ser iniciada terapêutica para tratamento da 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 uma grande preocupação para obstetras e neonatologistas/pediatras pela complexidade de diagnóstico e terapêutica e pelas possíveis graves consequências para o feto e recém-nascido. Em Portugal parece haver uma diminuição da taxa de seroprevalência nas mulheres em idade fértil. No estudo de Ribeirinho (2005) a taxa de seropositividade em mulheres grávidas foi de 31,4% no Norte do País, 17,4% no Alentejo e 26,7% em Lisboa e Vale do Tejo. Na maternidade do Hospital Dona Estefânia, no período de 1988-95 a taxa de seropositivas foi de 39,5% (766 de 1943 grávidas com rastreio) e, em 2003-2006, de 26% (684 de 2659 grávidas com rastreio). Nos dois períodos, as taxas de seroconversão durante a gravidez foram respectivamente, de 0,51 e 0,36. Em 2006 o centro de referência para a toxoplasmose, o Instituto Nacional de

Saúde Dr. Ricardo Jorge, diagnosticou 13 casos de toxoplasmose congénita. Este número leva-nos à estimativa de incidência de cerca de 12/100 000 nados-vivos (13/105 000 NV). Apesar destes estudos, não é conhecido o número de crianças infectadas em Portugal, nem se as diferentes estirpes de *T.gondii* influenciam o risco e o prognóstico da infecção fetal.

Objectivos do estudo

Primários: Conhecer o número de novos casos diagnosticados por ano em Portugal, a sensibilidade e especificidade dos exames utilizados para o seu diagnóstico, as manifestações e sequelas da infecção congénita e a sua eventual relação com o genotipo da estirpe de *T.gondii* responsável pela infecção, quando for possível determiná-lo.

Secundário: determinar se a política de rastreio universal da grávida actualmente em curso em Portugal, deve ser mantida.

Metodologia

O estudo foi realizado através da UVP de SPP em parceria com o INSRJ. Os cartões da UVP foram enviados a todos os pediatras e neonatologistas na tentativa de englobar 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 interrupção médica da gravidez por esta infecção.

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

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

O método de captura e recaptura foi programado ser feito em colaboração com os laboratórios de referência para a toxoplasmose em Portugal.

O estudo teve a duração de 2 anos.

A identificação do médico assistente era fundamental uma vez que permitia o contacto posterior para conhecimento da evolução da doença.

Perante dúvidas na notificação de um caso, designadamente em relação à sua definição, pediu-se ao médico notificador que contactasse os investigadores. No caso de vários médicos observarem o mesmo caso, este foi notificado por cada um deles. As eventuais duplicações foram identificadas e eliminadas.

Resultados e Discussão

No período de 24 meses (2007 e 2008) foram comunicados 30 casos: 12 casos de seroconversão; 10 casos de grávidas com IgG e IgM positivas no 1º trimestre com avidéz baixa ou sem avidéz determinada, e IgM sempre positiva com IgG sempre negativa; 7 casos compatíveis com infecção antiga e 1 caso com serologias não referidas. Foram realizadas 13 amniocentese; houve estudo da PCR no líquido amniótico em 8 casos todos negativos, uma determinação de IgM no líquido amniótico com resultado negativo e 4 inoculações no murganho, todas com resultado negativo. Não foram reportados casos de interrupção médica da gravidez por toxoplasmose congénita. Quanto aos recém-nascidos, foi realizada PCR no sangue em 16 RN com resultado positivo em 4; IgM em 27, positiva em 4 e não foram referidas inoculações no murganho. Houve 2 RN com infecção comprovada, ambos sintomáticos, e ambos com PCR e IgM positivas. Em 4 casos a infecção foi classificada como possível. Estes RN estavam assintomáticos; em 3 foi realizada PCR que foi positiva em 2; outros dois tinham IgM positiva. No quadro 1 são mostrados os resultados da clínica e das análises.

Quadro 1 – Sintomatologia vs laboratório

RN assintomático. IgM positiva. Não fez PCR
RN assintomático. IgM positiva, PCR negativa
RN assintomático. IgM negativa, PCR positiva
RN assintomático. IgM negativa, PCR positiva
RN sintomático. IgM positiva, PCR positiva
RN sintomático. IgM positiva, PCR positiva

Foram, portanto, considerados como tendo infecção congénita 4 RN - 2 sintomáticos e 2 assintomáticos em 207 086 NV. A incidência estimada de infecção congénita foi assim de 1,9/100 000 NV muito inferior ao que seria de esperar perante os resultados do IRJ segundo os quais a incidência seria de 12/100 000NV. O baixo número de casos deve-se certamente a subnotificação, um problema já suspeitado noutros estudos de vigilância epidemiológica com a metodologia utilizada neste estudo. Outra possibilidade, é o subdiagnóstico de crianças assintomáticas ao nascer. Mesmo que ao longo dos primeiros meses venham a ficar doentes, se a hipótese não for colocada, o diagnóstico nunca será realizado.

Atendendo ao baixo número de casos reportados e, entendendo que o subdiagnóstico e a subnotificação eram duas causas plausíveis para esse facto, decidiu-se não publicar os resultados. Estes foram contudo, apresentados em reuniões da SPP e disponibilizados resultados definitivos a outros colegas para uso nas suas apresentações.

Maria Teresa Neto