

**TOXOPLASMOSE 2017 n° 2**

**Nombre d'inscrits : 137**

**Saisie de vos résultats :**

Connectez-vous sur le site [www.abiopratt.fr](http://www.abiopratt.fr).

Munissez-vous de votre **identifiant** ainsi que du **mot de passe**

Vos résultats sont à saisir directement sur le site, à partir du menu à partir du menu Accueil « **Mes Confrontations** » dès le 25 mai 2017.

Vous pourrez revenir sur votre saisie jusqu'à la **date limite : Lundi 26 juin 2017 Minuit**

**PRESENTATION DE L'ENVOI**

**Echantillon : ABP TOX 17-2A**

Echantillon de sérum à conserver au réfrigérateur (2°-8°C)

Date limite d'utilisation : date de clôture de la confrontation.

Les échantillons sont à manipuler selon les recommandations en vigueur en matière de produit potentiellement infectieux et conformément aux Bonnes Pratiques de Laboratoire.

Homogénéiser l'échantillon puis le centrifuger à 3000 tours pendant 5 minutes

Après usage, suivre votre procédure interne d'élimination des échantillons des patients

**Cas clinique**

En raison de l'observation d'un syndrome mononucléosique apparu récemment chez un adolescent, les sérologies CMV, EBV, toxoplasmose sont prescrites. Les résultats des sérologies CMV et EBV sont les suivants :

IgG CMV : positif

IgM CMV : positif

VCA IgM : positif

VCA IgG : positif

Anti-EBNA : positif

ABP TOX 17-2A	Fabricant ou distributeur	Résultat Qualitatif	Résultat Quantitatif
IgG		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Non rendu	
IgM		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Non rendu	

**En fonction de vos résultats, quelle conclusion vous semble la plus appropriée ? (une seule réponse)**

<input type="checkbox"/> 1 Absence d'anticorps ; contrôle mensuel préconisé <input type="checkbox"/> 2 Recherche d'IgG spécifiques : équivoque / douteux; patient(e) à considérer comme immunisé(e) <input type="checkbox"/> 3 Recherche d'IgG spécifiques : équivoque / douteux; patient(e) à considérer comme non immunisé(e) <input type="checkbox"/> 4 Patiente immunisée ; primo-infection post-conceptionnelle exclue <input type="checkbox"/> 5 Primo-infection toxoplasmique <input type="checkbox"/> 6 Toxoplasmose récente exclue <input type="checkbox"/> 7 Toxoplasmose anté-conceptionnelle <input type="checkbox"/> 8 Sérologie sur un nouveau prélèvement et/ou mesure de l'avidité des IgG nécessaire pour infirmer ou confirmer une primo-infection toxoplasmique <input type="checkbox"/> 9 Primo- infections à CMV et à toxoplasme <input type="checkbox"/> 10 Primo-infections à EBV et toxoplasme ou infirmer l'infection congénitale	<input type="checkbox"/> 11 Primo-infections à CMV, EBV et toxoplasme <input type="checkbox"/> 12 Recherche de l'ADN du toxoplasme dans le liquide amniotique recommandée <input type="checkbox"/> 13 Anomalies échographiques liées de façon certaine à une primo-infection toxoplasmique <input type="checkbox"/> 14 Anomalies échographiques non liées à une primo-infection toxoplasmique <input type="checkbox"/> 15 Absence de toxoplasmose congénitale <input type="checkbox"/> 16 Toxoplasmose congénitale <input type="checkbox"/> 17 Titre d'IgG spécifiques en faveur d'une toxoplasmose congénitale <input type="checkbox"/> 18 Recherche d'IgM spécifiques (dans 3 à 4 jours) sur un prélèvement périphérique du nouveau-né, nécessaire pour confirmer ou infirmer l'infection congénitale <input type="checkbox"/> 19 Nouveau prélèvement/examens complémentaires (PCR, IgA, western-blot) nécessaires pour confirmer
---	---

**Commentaires :** *Faites des commentaires si vous le jugez utile.*