

Ictères du nouveau-né

1/Introduction :

L'ictère est le symptôme le plus fréquent observé à la période néonatale.

L'hyperbilirubinémie (à bilirubinémie libre) est un phénomène fréquent et transitoire de la période néonatale. Pourtant, cette hyperbilirubinémie, surtout lorsqu'elle est associée à des cofacteurs de morbidité, peut présenter une toxicité neurologique dont la forme la plus sévère est l'ictère nucléaire.

L'évolution vers les sorties de plus en plus précoce de la maternité entraîne une résurgence de ce risque neurologique. Ce risque neurologique justifie les efforts de prévention, fondés sur la prise en compte des facteurs de risques et le traitement (photothérapie) précoce de l'ictère de la période néonatale.

2 /Définition:

L'ictère est la coloration jaune des téguments et des muqueuses, et apparaît pour des valeurs de bilirubinémie supérieures à 50-80 $\mu\text{mol/l}$.

Ictère précoce du nouveau-né: apparition d'un ictère avant 24 heures de vie

Ictère prolongé du nouveau-né: ictère persistant à plus de 10-15 jours de vie chez un nouveau-né à terme, eutrophe et persistant au-delà de trois semaines pour le nouveau-né prématuré ou de petit poids.

Ictère « physiologique » du nouveau-né : Ictère ni précoce ni prolongé ni cholestatique du nouveau-né à terme eutrophe. Il correspond à un ictère peu intense (< 250 $\mu\text{mol/l}$) dont le pic se situe vers J4-J5. Aucune cause pathologique n'est retrouvée, c'est un diagnostic « d'élimination »

3/Epidémiologie :

Il est délicat d'évaluer l'incidence vraie de l'ictère du nouveau-né en raison des difficultés de définition.

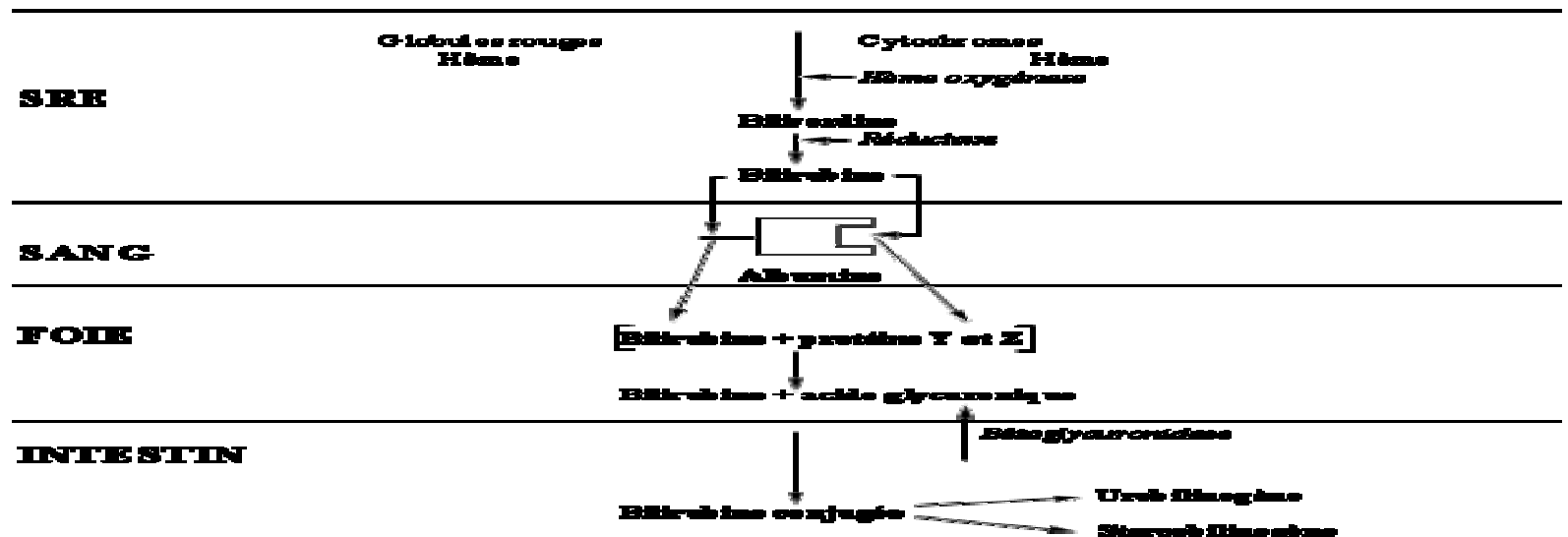
En France l'incidence n'est pas connue précisément. Elle est estimée à 60% chez les nouveau-nés à terme (90% chez le prématuré). Environ 6-10% des nouveau-nés à terme ont une bilirubinémie > 220 $\mu\text{mol/l}$.

Au Royaume Uni, en 2001, l'incidence est de 5,5/1000

Naissances d'ictère sévère (Bilirubinémie supérieure à 350 $\mu\text{mol/l}$).

174 cas d'ictères nucléaires ont été recensés aux USA (1/100 000 naissances) et le même chiffre d'incidence est avancé en Europe.

4 / Physiopathologie :



5/Clinique :

Le dépistage clinique de l'ictère cutanéomuqueux du nouveau-né est primordial.

Il faut se méfier des nouveau-nés à peau pigmentée chez qui le diagnostic de jaunisse est trop souvent tardif.

Certains nouveau-nés sont plus à risque d'ictère et en particulier d'ictère sévère et/ou précoce et/ou prolongé :

En cas d'incompatibilité ABO, Rhésus

Antécédents d'ictères familiaux, de maladie hémolytique familiale, de splénectomie...

Prématurité < 37 SA, hypotrophie

Tout facteur entraînant une augmentation de la charge en hémoglobine dégradée (résorption d'hématome, polyglobulie...)

Tout facteur de stress (anoxo ischémie, infection maternofoetale...)

Nouveau-né de mère diabétique.

6 /Para clinique :

Le dosage sanguin de la bilirubinémie est la valeur de référence en terme de diagnostic et thérapeutique

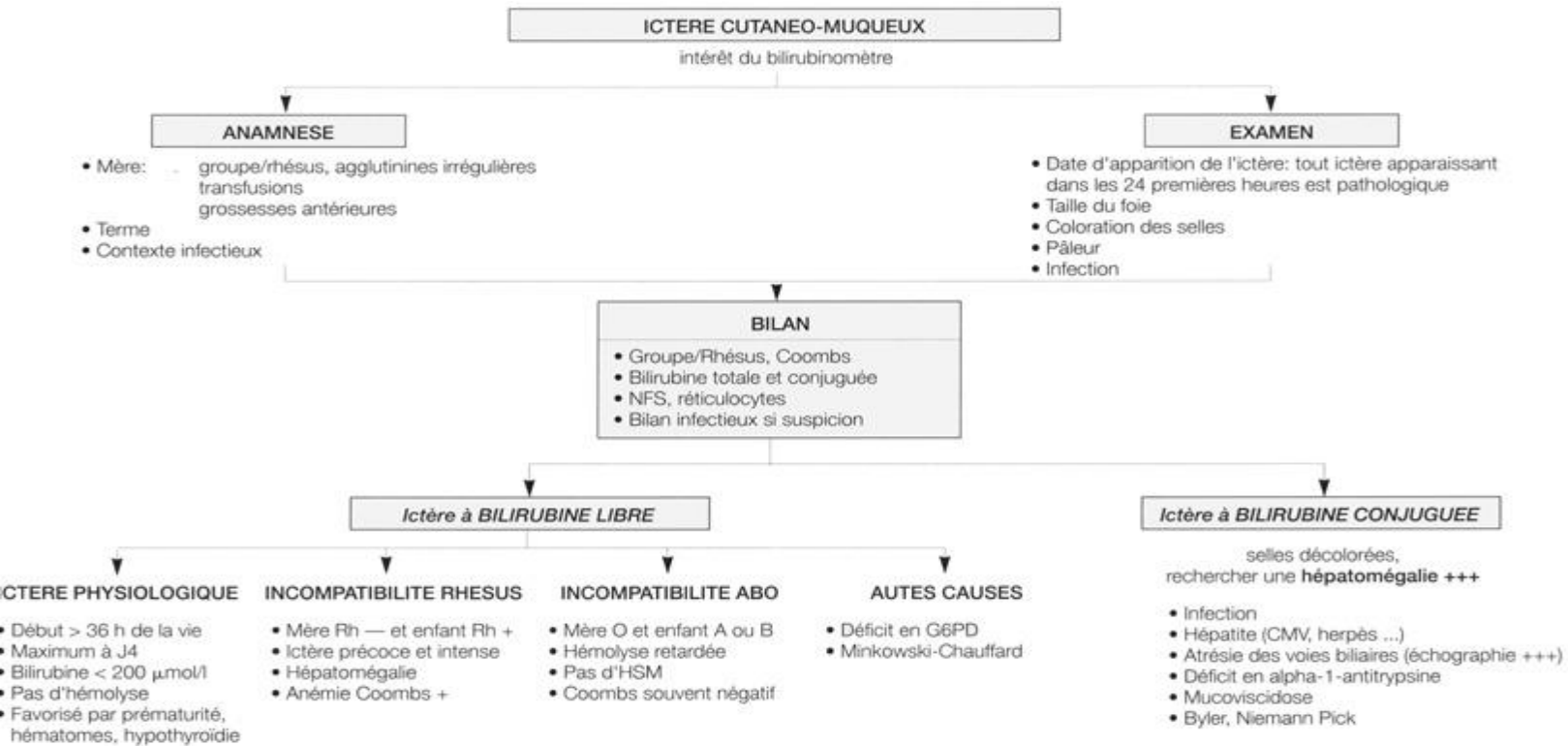
Le dosage est rapporté sur une courbe de référence pour décider d'une prise en charge thérapeutique.

En routine sont dosées la bilirubinémie totale et la bilirubinémie directe.

Bilirubinométrie par voie transcutanée (« Biliflash »)

Le biliflash permet d'améliorer le dépistage clinique à l'œil, c'est une mesure d'appoint qui ne peut remplacer le dosage sanguin. Il est utilisé dans les services de suites de couche.

7 /Orientation diagnostic :



8 /Indication de traitement :

Nouvelles courbes d'indications publiées par l'Académie Américaine de Pédiatrie

En fonction :

De la **bilirubine totale**

Du **niveau de risque** faible, moyen ou élevé d'ictère nucléaire, défini en fonction de

l'âge gestationnel et de l'existence ou non de **facteurs aggravants** :

Anémie hémolytique (allo immunisation, déficit en G6PD)

Signes neurologiques (sommolence significative)

Asphyxie périnatale

Instabilité thermique

Infection

Acidose.

Risque	Age gestationnel (SA)	Facteurs aggravants
Faible	> 38	Non
Moyen	35 à 37 > 38	non oui
Elevé	35 à 37	oui

PHOTOTHERAPIE :

Dès les zones pathologiques (cf. courbes +/- FDR)

Conventionnelle (rampe) ou **intensive** (tunnel)

Continue (forme sévère++) ou **discontinue** (par séance de 4h)

Effacité par réduction des concentrations de bili

Dépend de la surface cutanée exposée (à optimiser), de l'énergie rayonnante et de la longueur d'onde de la lumière

Action sur bilirubine non conjuguée à 2 mm sous l'épiderme

Modification bilirubine par photo isomérisation structurelle en luminorubine hydrosoluble excrétée dans les urines

Chute du niveau de bilirubine plus importante ds la peau que ds le sérum

Nécessité de surveillance régulière de l'intensité et du spectre de la lumière par radiomètre homologué.

PHOTOTHERAPIE en pratique

Avant

- ✓ Prescription médicale
- ✓ Informations des parents
- ✓ Fonctionnement de l'appareil PHOTOTHERAPIE en pratique
- ✓ Positionner le NN < 50 cm

Pendant

- ✓ Bébé NU ++ sans couche ni bonnet
- ✓ Protection oculaire +++
- ✓ Hydratation : ↗ ration hydrique entre 10 et 20%
- ✓ Surveillance

poids, hydratation, diurèse, température
 Monitoring saturation/ FC recommandé
 Vérifier régulièrement position des lunettes
 (Attention à éviter une compression du nez)

Photothérapie conventionnelle ou classique sous rampes

Exsanguino-transfusion

Objectifs :

- Épurer la bilirubine
- Épurer les anticorps immuns
- Corriger l'anémie

Principe :

- Échange de 2 masses sanguines.
- Utilisation de sang total reconstitué O Rh- ou de groupe compatible avec la mère et l'enfant

Indications : **exceptionnelles.**

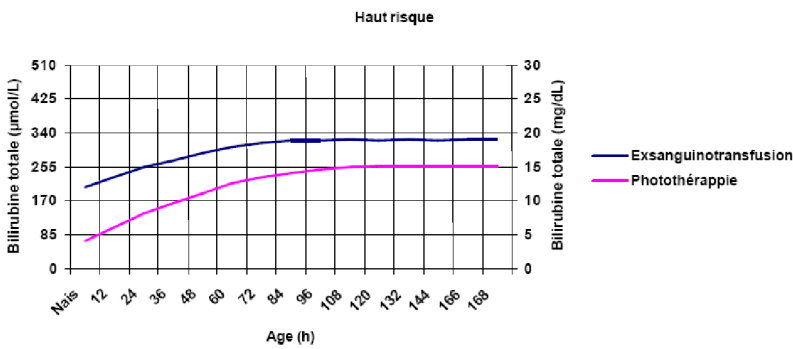
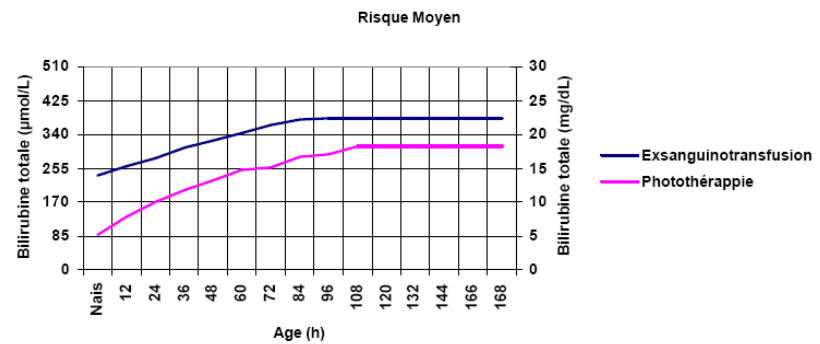
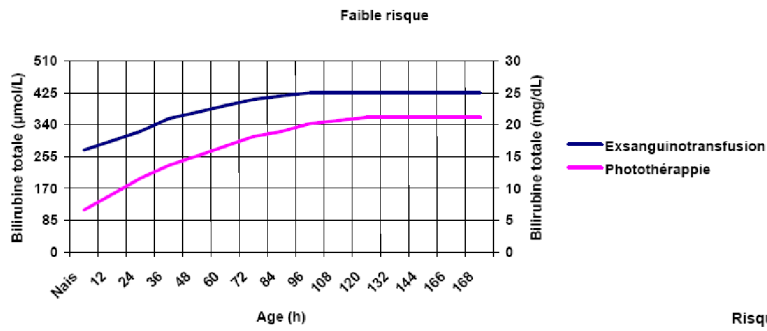
Allo-immunisation Rhésus, rarement ABO.

Anémie hémolytique sévère (ex: G6PD)

Hyperbilirubinémie ne s'améliorant pas sous photothérapie intensive continue

Immunisation Rhésique

Prévention par injection d'Ig anti-D à toute femme Rh- en situation à risque d'immunisation et systématiquement en post-partum = AC anti-D IV ou IM origine humaine.



Bibliographie:

- Ictère du nouveau-né, FMC Octobre 2008 Sabine Alcaydé, Hôpital Paule de Viguier
- les recommandations des réunions de la Société Suisse de Néonatalogie du 25.10.2005 et du 28.2.2006 mises en vigueur par le comité le 1.5.2006.
- Site internet d'enseignement de la faculté de médecine de Grenoble.