

LES ICTERES DU NOUVEAU NE Pr BOUHDJILA

I. DEFINITIONS :

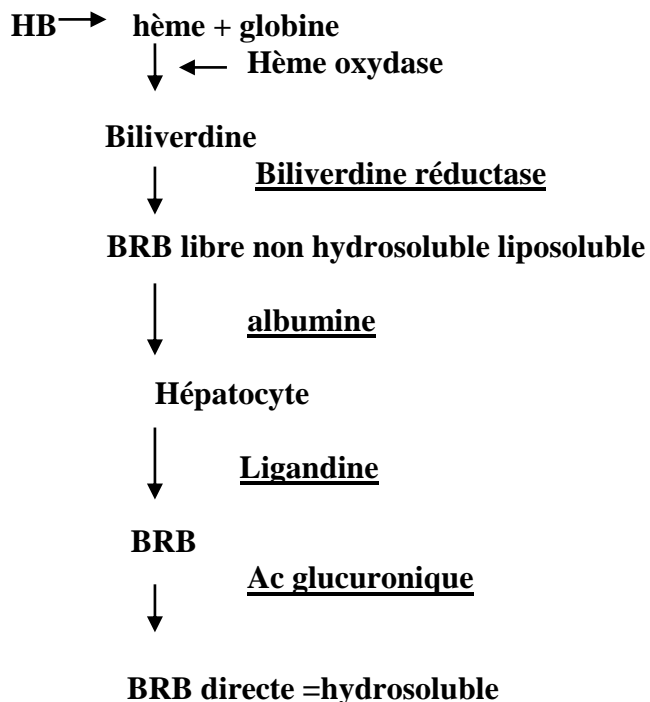
- Coloration jaune de la peau et muqueuse, due à la présence à un taux élevé de bilirubine dans le sang
- ✓ Ictère précoce : avant 36^{ème}h de vie
- ✓ Ictère tardif : après 7^{ème} j
- ✓ Ictère prolongé : reste après 14^{ème} j
- ✓ Ictère grave : si taux de bilirubine libre > 200 mg
- ✓ Ictère nucléaire = encéphalopathie hyperbilirubinique

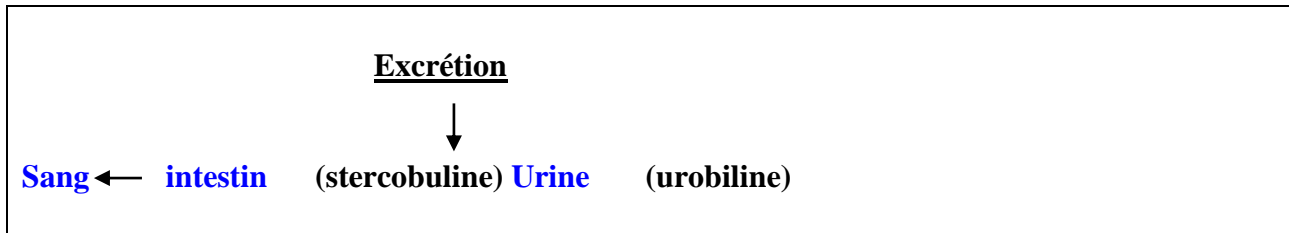
II. INTERET DE LA QUESTION :

- ✓ Fréquence en néonatalogie
- ✓ Séquelles neurologiques
- ✓ Possibilités thérapeutiques et préventives

III. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES :

1-METABOLISME DE LA BRB :





2-Facteurs intervenant dans le métabolisme de BRB :

- Albumine (prématuré : tx bas)
- acidose (∇ liaison Brb-Alb)
- hypoxie (∧ perméabilité de la barrière H .M)
- AGL (compétition ALB)
- Hypoglycémie (glc nécessaire à la glucuroconjugaison)
- Jeun
- Hypothermie (∧ AGL)
- Infections

IV. CONDUITE A TENIR DEVANT ICTERE A BRB LIBRE :

1- INTERROGER : L'interrogatoire doit préciser :

- ❖ Age du nouveau né
- ❖ Début de l'ictère (Avant 24h de vie = Ictère précoce)
- ❖ Poids de naissance et Age Gestationnel
- ❖ **Anamnèse Familiale :**
 - Place du nouveau né dans la fratrie
 - Anamnèse positive pour une Incompatibilité foeto-maternelle dans la fratrie
 - Groupage sanguin de la mère
 - Existence d'une anémie hémolytique familiale

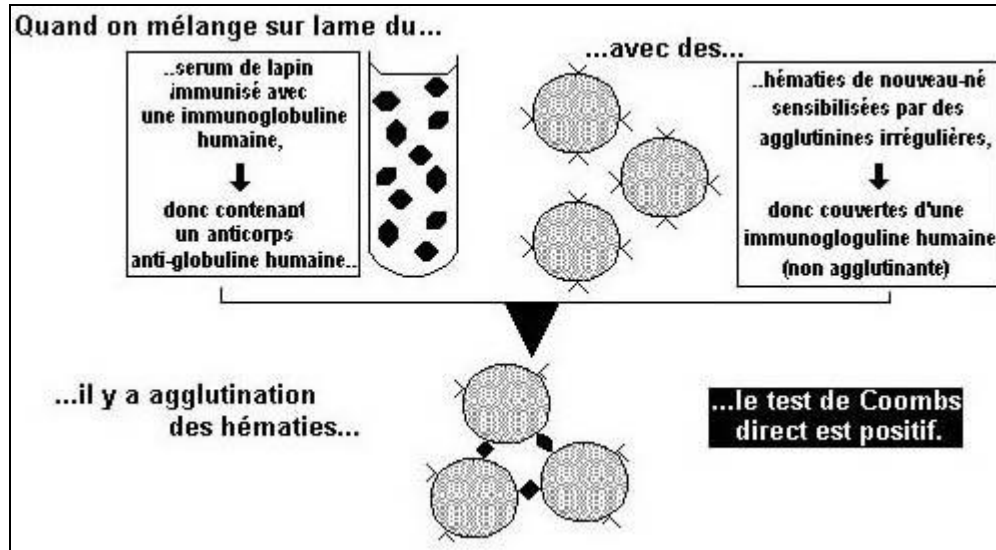
2- EXAMINER : L'examen clinique doit apprécier :

- l'ictère cutanéomuqueux
- Les pâleur des téguments et muqueuses
- Le volume de l'abdomen qui peut être augmenté par l'hépatomegalie, la splénomégalie
- Hématomes étendus – purpura
- L'aspect des selles et des urines.
- L'examen neurologique qui doit être minutieux et pluriquotidien
- Rechercher des signes de sepsis

3- DEMANDER DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

➤ CHEZ LE NOUVEAU-NE :

- Dosage de la bilirubine (totale, directe, indirecte)
 - Hémogramme
 - Groupage sanguin
 - Réaction directe de **Coombs**
- ✓ Ces examens doivent être faits au cordon si la mère est rhésus négatif.



➤ CHEZ LA MERE

- Groupage sanguin
- Recherche des agglutinines irrégulières

4- FAIRE UNE ENQUETE ETIOLOGIQUE :

1. ICTERES HEMOLYTIQUES :

◆ Les Incompatibilités foeto-maternelles acquises :

- IFM ABO
- IFM Rhésus (D)
- Autres immunisations : Immunisation dans les sous groupes C,E ,Kell

◆ Ictères hémolytiques constitutionnels :

- Les anomalies de membrane spherocytose héréditaire essentiellement.
- Les déficits enzymatiques : Déficit en G6PD et en pyruvate- kinase

◆ Infections néo-natales (septicémie)

◆ Céphalématomes, bosse séro-sanguine

2. ICTERES NON HEMOLYTIQUES :

- ◆ Ictère physiologique

- ◆ Ictère par immaturité hépatique
- ◆ Ictère familial congénital ou maladie de GRIGGLER-NAJJAR
- ◆ Ictère au lait de femme
- ◆ L'hypothyroïdie
- ◆ Les sténoses du tube digestif (sténose hypertrophique du pylore – sténose duodénale)

3 –TRAITER

3.1. SYMPTOMATIQUE

3.1.1. LA PHOTOTHERAPIE

C'est l'outil le plus performant pour le traitement de tout ictère néonatal à bilirubine indirecte

3.1.2. L'EXSANGUINO – TRANSFUSION

C'est une méthode thérapeutique permettant d'échanger lentement le sang d'un enfant par le sang frais compatible d'un donneur. Les indications de l'exsanguino-transfusion et de la photothérapie sont fonction des critères de Maisels – (tab 1).

Sang utilisé incompatibilité RH groupe de l'enfant RH négatif
incompatibilité ABO groupe O RH de l'enfant

Quantité de sang = 2 à 3 fois la masse sanguine . La masse sanguine étant égale à 60 à 80 cc/kg

3.1.3. INDICATIONS

Guide pour la CAT devant une hyperbilirubinémie indirecte du nouveau-né
Au total les indications thérapeutiques peuvent se résumer dans le tableau suivant :

Age Bilirubine libre mg/l	< 24 h	24 h – 48 h	49 h – 72 h	> 72 h
< 50	Observation	Observation	Observation	Observation
50 – 90	Photothérapie si hémolyse	Observation	Observation	Observation
100 – 140	EST si hémolyse	Photothérapie	Photothérapie	Observation
150 – 170	EST	EST	Photothérapie	Photothérapie
180 et plus	EST	EST	EST	EST

En présence de :

1. Asphyxie périnatale
2. Syndrome de détresse respiratoire
3. Acidose métabolique
4. hypothermie < 35°
5. protidémie < ou égale à 50 g/l
6. poids de naissance < 2500 grammes
7. examen neurologique suspect ou pathologique,

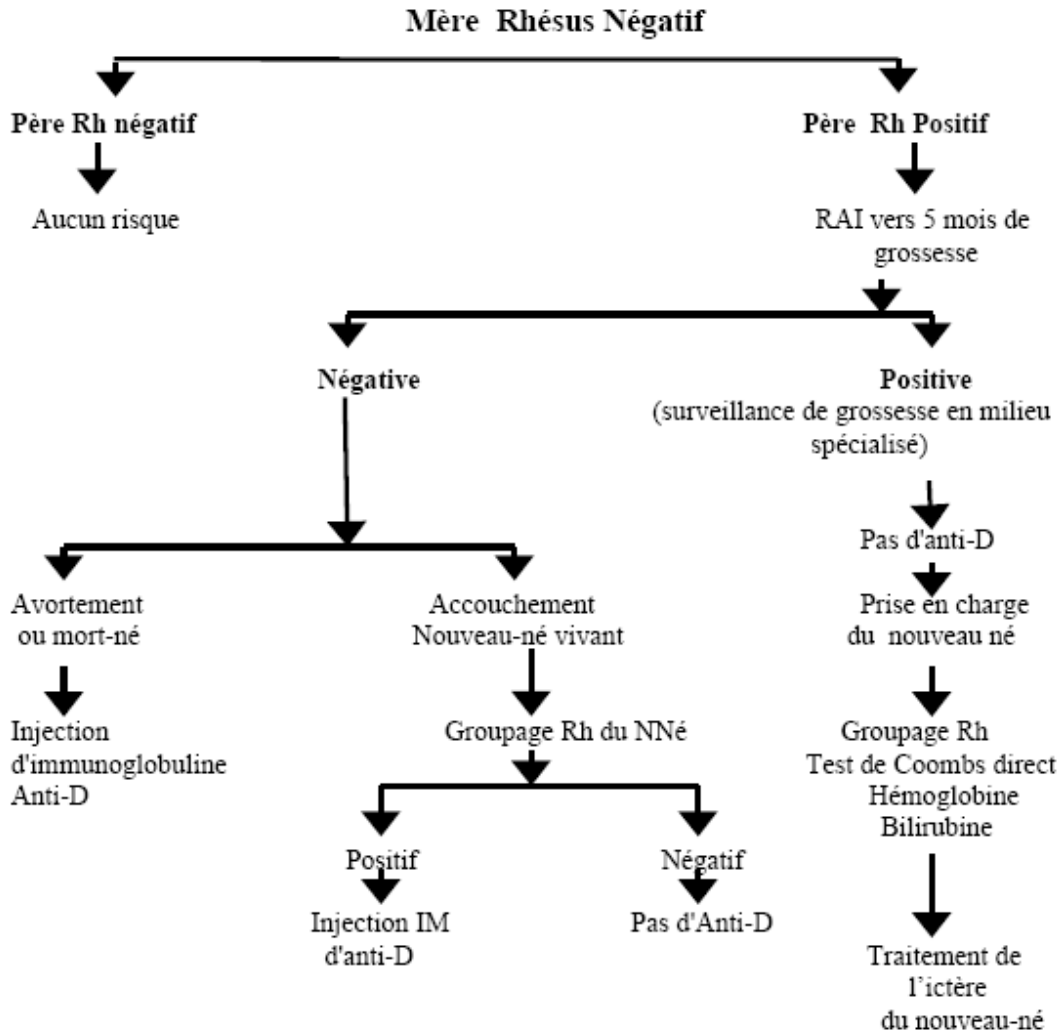
Le traiter dans la catégorie supérieure.

- Utiliser la photothérapie après chaque EST
- EST si la bilirubine augmente de 10 mg/heure
- En présence de Asphyxie, SDR, Acidose métabolique (PH=7,25), hypothermie (<35°), Poids denaissance inférieur à 1500grs ou d'examen neurologique suspect il faut traiter le nouveau-nécomme dans la catégorie supérieure.

3.2. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE : sera institué chaque fois qu'il sera nécessaire.

3.3TRAITEMENT PREVENTIF :

Il est essentiel dans la prévention de l'incompatibilité RHESUS.



ICTERE A BRB DIRECTE

➤ Signes de cholestase :

1)-clinique : ictère

Urines fonces, selles décolorées, HPM ,prurit

2)- Biologie :

Cholestérol élevé, BRB curjuguee ↑ , ↑ lipides et cholestérol

PH alcalines, ↑ 5¹ nucléo tidase et δ GT

➤ Apprécier la perméabilité de la vie biliaire principale

- Aspect des urines et selles (coloration permanent e ou intermittente)
Poids de n ce -age d'apparition -HPM
- Échographie : état des voies biliaires intra et extrahepatiques
- BILI IRM
- PBF

➤ ETIOLOGIES

✓ Ictères à BRB mixte :

Cholest +cytolyse :

- -Hépatites infectieuses (CF inf n nat.)
- -hepatopathies : galactosémie, fructosemie, déficit en alpha1 antitrypsine, mucoviscidose
- -paucite des voies biliaires syndromique (sdr d'Allagile) et non syndromique

✓ Ictères à BRB conjuguée :

- **Atrésie des voies biliaires extrahepatiques AVBEH** : prise en charge chirurgicale d'urgence avant 6semaines de vie
- -kyste du cholédoque
- -sténose des voies biliaires
- -lithiase
- **-syndrome de bile épaisse**

TRT

-chirurgie

-mesures diététiques

-suppléments vitamines

-vit liposolubles par voie IM

-vit K 10mg IM /15j

-vit D 5mg IM /3 mois

-vit E 10 mg / kg tous les 15j

-vit A 100.000 UI /2 mois

-chloleretique : cholestyramine

-Gardenal