

Ictères du nouveau né

# introduction

- Fréquent 90% prématuré 50% nn
- Surtout ictères a BL(**risque encéphalopathie bilirubinémique**)
- **Causes Multiples** en particulier **ictères par IFM**
- Ictères a BC (cholestases neonatales) urgence éliminer AVBEH

# **I-1- définition :**

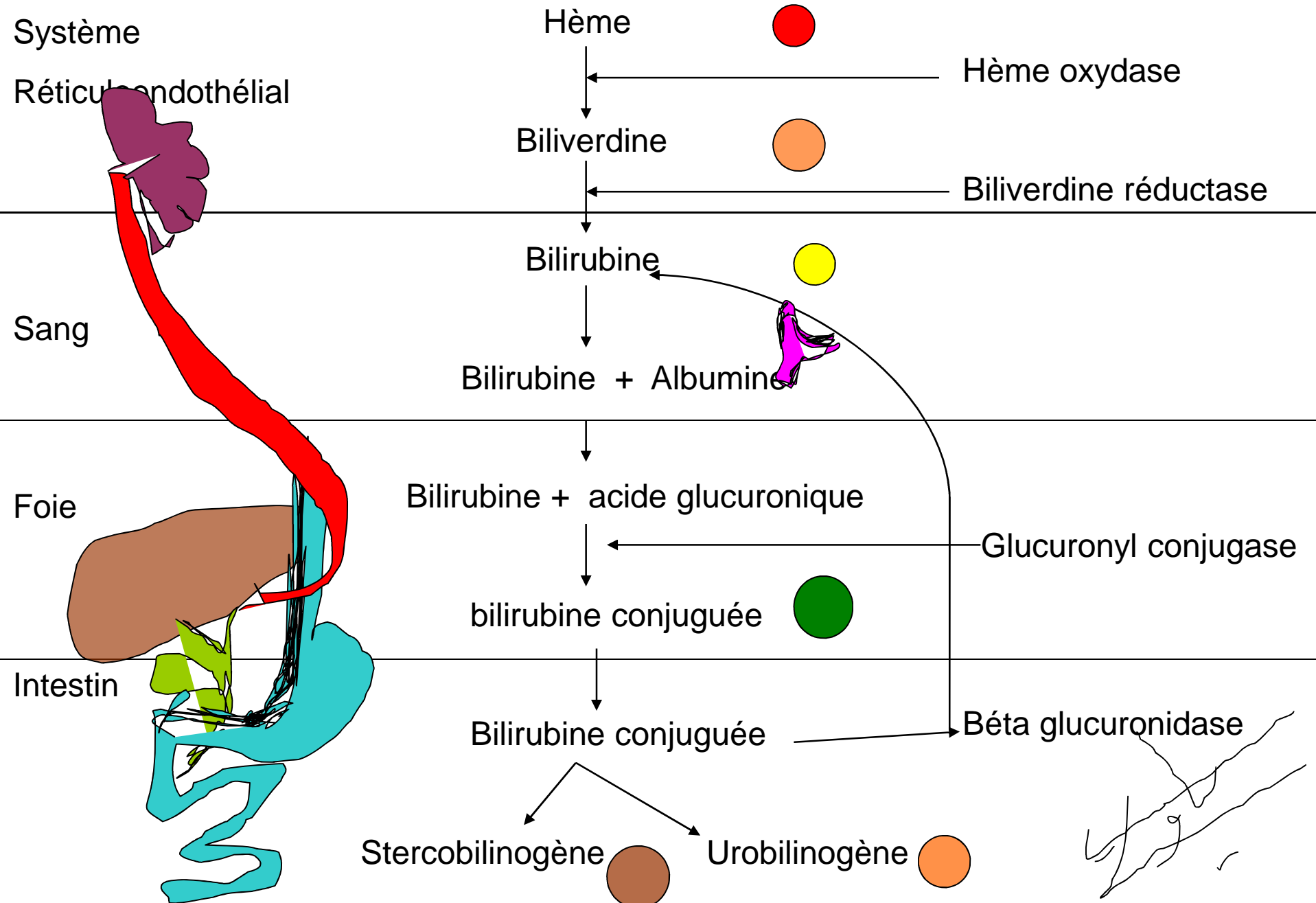
**coloration jaune des muqueuses et des téguments en rapport avec l'accumulation de bilirubine indirecte dans le sang, survenant à la période néonatale ;**

- ICTERE PRECOCE: <24 h**
- ICTERE TARDIF:>7 j ,**
- ICTERE PERSISTANT au-delà du 14 eme jour,**

# physiopathologie

- Particularités du métabolisme de la bilirubine
- Polyglobulie
- durée de vie raccourcie des GR
- Retard de glycuconjugaison
- Retard de synthèse des inducteurs enzymatiques

# 1-Métabolisme de la bilirubine



# Diagnostic clinique

- Coloration jaune des téguments et muqueuses
- Masquée par pâleur ou coloration de peau
- Triade hémolytique anémie HSM
- Signes infection
- Examen neurologique
- **Anamnèse** GRh mère et père

Date de début de ictère en heures

déroulement de grossesse infections

ATCD fratrie ictère décès handicapé

Age gestationnel Apgar

facteurs de risque

Encéphalopathie bilirubinémique

# Diagnostic biologique

- GRh enfant
- BT BL BC
- COOMBS direct
- NFS réticulocytes
- Dosage albumine

# Facteurs de risque

- Prématuré
- Infection
- Acidose hypoglycémie
- ATCD IFM
- Ictère précoce < 24h
- Rapidité évolution ictère
- Echec phototherapie



# Diagnostic étiologique

Ictères a BL

# Diagnostic étiologique ictères précoces

- Ictère simple

- **Hémolyses immunologiques**

IFM système ABO RH et sous groupes

- **Hémolyses non immunologiques**

Hémolyses constitutionnelles

Infections nn

# Diagnostic étiologique ictères prolonges

- Hémolyse nn sévère
- Résorption hématomes
- Ictère au lait de mère
- Infection urinaire 2 mécanismes
- Hypothyroïdie
- Maladie de Gilbert
- Criggler najjar

# **Diagnostic étiologique CHOLESTASES NEONATALES**

- **SELLES DECOLOREES**
- **URINES FONCEES**
- **Atrésies voies biliaires extra hépatiques**
- **Atrésies voies biliaires intrahépatiques**

**Syndrome alagille hepatites mucovisidose  
deficit en alpha1 antitrypsine**

# Traitement moyens

- Photothérapie
- Perfusion albumine
- Inducteurs enzymatiques
- Exsanguinotransfusion
- PHENOBARBITAL
- CLOFIBRATES
- Mésoporphyrine sn (analogue de l'hème oxydase :en test ???)

## PHOTOTHERAPIE:

-principes d'action :

-transformer la B L hydrophobe en B hydrophile facile à éliminer par la bile ou les urines sans besoin d'être conjuguée

-sous l'effet des photons :lumière émise sous une longueur d'onde déterminée : bleu ou blanche 400 à 500 nm

-la Bilirubine 9a4 z15z dans l'épaisseur de 2 mm de la couche cutanée en absorbant les photons va subir des réaction photochimique: 20%

-photo -oxydation.....élimination urinaire

-isomérisation spatiale :9a4z15 E(80% élimination biliaire )+++++

-isomérisation structurale :lumirubine /bile et urine

.

# PHOTOTHERAPIE:

- les différents types de photothérapie :

- conventionnelle :

- unidirectionnelle, Énergie :  $2 \text{ mW /cm}^2$

- - intensive :

- - multidirectionnelle,  $E = 4 \text{ m W/cm}^2$  (tunnel)

# PHOTOTHERAPIE:

- précaution d'usage :
  - NNE nu, protection des GO et OGE,
    - dans une couveuse, à 35-50 cm de distance de la source lumineuse,/ rampe de 6 à 8 tubes fluorescents blanc ou bleu .
    - majoration hydrique,
    - surveillance de la T , du transit, de l'état d'hydratation,
    - changement de position /3h;
    - remplacement des tubes après 2000 h d'utilisation ou après control par radiométrie
  - effets secondaires :
    - hyperthermie ,diarrhée ;intolérance au lactose; éruption cutanée ,bébé de bronze





Appareil de photothérapie : standard et intensive

# l' exanguino transfusion :

- -principe :épuration de l'organisme de l'excès de la bilirubine ainsi que des AC à l'origine de l'hémolyse,
- -modalités : - sang frais compatible avec celui du NNE et de sa mère .
- -cathétérisme de la veine ombilicale / KT n 6\_8;
- -introduit de 8 à 10 cm
- -sang utilisé: RH – si PB RH
- O si Pb ABO
- quantité: 2 à3 fois la masse sanguine(80 CC /kg)
- -cycle de 3 à 5 CC/KG
- -durée : 3 CC/KG/MN
- -donner 2 CC de GLU CA++ /100 CC de sang échangé
- -précaution d'usage :
- -vérification du placement du KT / TELE ASP
- -bilan avant et après :
- : BI ,T,D, coombs, FNS,CA++;G,mesurer la pression veineuse centrale, culture du  
KT .

# Traitement

TRT préventif :

- l'iso immunisation RH
- DEPISTAGE DES NOUVEAUX NES

# Traitement

## l'iso immunisation RH:

- -groupage prénuptial
- -femme RH - : TC INDIRECT: 3,6;8 mois (RAI )
- - RAI (-) et NNE RH + : - inj anti D 85 à 200 U en IM avant 72 h après l'accouchement ,
- -réaliser un test de KLUHAUER : (évaluation de l'importance du passage des GR fœtaux ,
- -vérifier l'efficacité du TRT /test de COOMBS
- SENSIBILISE .
- -si RAI + .....titrage des Ac
- soit  $< 1/32$  .....surveillance,
- soit  $> 1/32$  .....amniocentèse ...BILI .....3 zones de risque (diagramme de LILEY )
- -age gestationnel  $> 34$  SA: déclenchement du travail;
- -28-34 SA : césarienne ,
- $< 28$  SA : transfusion/ exsanguino-transfusion in utero

# Traitement

- éviter la sortie précoce des nouveau né de la maternité ,
- - examen clinique minutieux à la sortie ,
- - dépistage par bilirubinomètre transcutanée avant la sortie ,
- -faire un prélèvement pour tout NNé ictérique .