

Ictère néonatal tardif: le péril jaune?

Dominique LEYRONNAS
Hôpital Privé d'Antony

Ictère: sujet de choix pour une présentation “flash”

- “Flash” est le terme employé couramment pour désigner le bilirubinomètre transcutané (BTC)
- Il sert à la surveillance pluriquotidienne des NN
- Le résultat est reporté sur une courbe de référence
- Pour dépister les ictères précoces donc dangereux
- Surtout par incompatibilité dans le système ABO



Dräger

JM-103

36.2

Problématique

- Réapparition de cas d'ictère nucléaire
 - suivi obsessionnel des ictères en maternité
- Mais sortie de maternité de plus en plus précoce
 - surveillance interrompue
 - quel suivi en ville?
 - quand l'ictère est-il dangereux?

Les ictères prolongés bénins

Ictère physiologique intense et/ou prolongé >J5

- Résorption d'hématomes: CPH volumineux
- Polyglobulie: NNMD ou pléthoriques
- Prématurité modérée: séjour court car bonne adaptation initiale mais à suivre de près ++

Ictère et allaitement maternel: ictère au lait de mère

- **Secondaire**, réapparaît > J5
- Les seins débordent...
- Les couches débordent de selles = AM productif
- Urines abondantes
- → NN en pleine forme *en noir et blanc*
- toujours demander si les selles sont jaunes
car selles blanches = atrésie des voies biliaires



Ictère et allaitement maternel

ictère au lait de mère

- Jamais dangereux et toujours bien toléré
- Même si bilirubine $> 300 \mu\text{m}$
- Disparaît seul vers 1 mois
- Surtout ne pas envoyer à l'hôpital car risque :
 - de contamination
 - de PEC excessive par inexpérience
 - de perturber l'allaitement

Ictère et allaitement maternel

ictère de jeûne

Tout l'inverse de l'ictère au lait de mère

Ictère **persistant** > J3 sans rebond

- Selles rares < 3/ jour : réabsorption de bilirubine par cycle entéro-hépatique, urines rares et foncées
- NN souvent trop calme, *en économie d'énergie*
- Poids stagnant

→ Pb de montée laiteuse ou mauvais transfert de lait

Déficit en G6PD

Ennemi public n°1

- Ictère souvent tardif >J5
- Bébé exotique, de plus en plus fréquent (migrations)
- Prévalence entre 5 et 30 % selon l'origine:
 - Méditerranée (surtout Grèce et Sicile)
 - Afrique noire donc afro-américains
 - Asie (Cambodge)
- Évaluation visuelle difficile sur les peaux foncées

Déficit en G6PD

Ennemi public n°1

- Garçon : récessif lié à l'X (fille homozygote rare)
- Hyper-hémolyse par déficit énergétique intra-corporelle, d'expression variable (5 variants)
- Repérage urgent car ictère atteint vite $> 500 \mu\text{m}$
- Et prise en compte pour l'avenir:
 - régime alimentaire = favisme
 - médicaments contre-indiqués

Ictères tardifs sévères pris en charge au CNRHP

- G6PD = 1/3
 - Prématurité + AM défaillant = 2/3
 - Risque d'ictère nucléaire si bili > 425 μ m
 - Signes cliniques inquiétants:
 - somnolence marquée
 - irritabilité, cri aigu
 - hypertonie
- hospitalisation immédiate en USINN

En pratique, que faire? Où adresser?

- Contrôle de BTC impossible en PMI et par SF libérale
- Urgences pédiatriques: lieu inadapté sauf si consultation dédiée (HLM)
- Maternité: meilleur recours si unité de néonatalogie avec puéricultrice 24/24
- Préoccupation actuelle du Réseau Périnatal 92: créer un circuit de proximité