



Motifs de réhospitalisation : Ictère à bilirubine libre

DR CLAIRE SCHMITT, NÉONATOLOGUE, MATERNITÉ RÉGIONALE DE
NANCY

Question / réponse

- ▶ La 1^{ère} cause de ré hospitalisation dans le 1^{er} mois de vie est :
 - ▶ La perte excessive de poids sur un allaitement maternel complet
 - ▶ L'ictère du nouveau-né **L'ictère du nouveau-né (HAS 2014)**

Contexte actuel

- ▶ Depuis la COVID 19 + confinements
- ▶ Sorties plus précoces : demandes parentales, volonté médicale, diminution lits en post natal...
- ▶ Majoration consultation de contrôle des bilirubines sanguines (BT+C)
- ▶ Majoration des hospitalisations en lien avec un ictère à bilirubine libre

Dans les faits

- ▶ Données sur 2 mois du 01/10/2020 au 30/11/2020
- ▶ 40 enfants consultent pour contrôle d'un ictère (CS, SUPS)
- ▶ 2 ictères des 24h

- ▶ 2 BB adressés par pédiatre de SDC sans FDR, sans PTI (un sortie précoce).
- ▶ 1 BB adressé par SFL: 2 séances de PTI, pas d'étiologie retrouvée.
- ▶ 2 BB adressé par MT: pas de PTI, pas d'étiologie.

- ▶ 18 enfants reconvoqués ictère simple. Pas de PTI externe.
- ▶ 3 enfants BSS. 1 PTI externe.
- ▶ 8 enfants alloimmunisation materno-foétale. Pas de PTI externe.
- ▶ 1 RCIU. Pas PTI externe.
- ▶ 2 ictères dans la fratrie. Pas PTI externe.
- ▶ 1 perte pondérale. Pas PTI externe.

Dans les faits

- ▶ Au final, 89 consultations / SUPS pour 40 enfants
- ▶ 3 PTI en externe (pour 2 enfants)
- ▶ Moyenne consultation par enfant 2,2

- ▶ Contrôle en externe quasi systématique d'un ictère post PTI
- ▶ Importance du lien avec SFL qui sait nous adresser les enfants pour bilirubine +/- PTI si besoin



Attention à respecter les critères
de sortie

Question

- ▶ Une sortie précoce de maternité est définie de la façon suivante:
 - ▶ au cours des **48** premières heures après un accouchement par **voie basse** OUI / NON **NON**
 - ▶ au cours des **96** premières heures après un accouchement par **césarienne** OUI / NON **OUI**

Question /réponse

- ▶ Un nné **37 SA, singleton** et **eutrophe** peut bénéficier d'une sortie précoce OUI / NON **NON**

Question /réponse

- ▶ Parmi les critères de bas risque pour le retour à domicile précoce d'un nné figurent :
 - ▶ Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique OUI /NON **OUI**
 - ▶ Mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme OUI /NON **OUI**
 - ▶ Être à bas risque d'ictère sévère OUI /NON **OUI**

Question /réponse

- ▶ Parmi les critères de bas risque pour le retour à domicile précoce d'un nné figurent :
 - ▶ Une alimentation établie OUI / NON **OUI**
 - ▶ si allaitement maternel : observation (**tracée**) d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère OUI / NON **OUI**
 - ▶ mictions et émissions spontanées des selles, transit établi OUI / NON **OUI**

Critères pour définir le bas risque chez l'enfant

Critères pour une sortie après une durée de séjour standard

- Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
- Examen clinique normal* réalisé **impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie**
- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
- Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas*)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Dépistages néonataux réalisés à la maternité
- Suivi *post-partum* après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi dans les 48 heures suivant la sortie, sinon dans la semaine (cf. schéma de l'organisation du parcours de soins)

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Nouveau-né à terme **≥ 38 SA**, singleton et eutrophe
- Apgar ≥ 7 à 5 minutes
- Examen clinique normal* **le jour de sortie**
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions **spontanées** des selles, transit établi
- Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque* d'ictère sévère)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Vitamine K1 donnée
- Dépistages néonataux prévus
- Suivi *post-partum* après la sortie organisé : 1^{re} visite prévue **dans les 24 heures après la sortie de maternité**

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire $< 60/\text{min}$, fréquence cardiaque > 90 et $< 170/\text{min}$ au repos

* définis selon les courbes de référence utilisées

En cas d'ictère

- ▶ Hospitalisation pour réalisation d'une photothérapie intensive
- ▶ Durée 6h
- ▶ Contrôle de la bilirubine avec délai en fonction de l'intensité de l'ictère
- ▶ Reconvocation en consultation
- ▶ Etiologie à rechercher
- ▶ Non concordance bilirubine sanguine et BTC durant 48 h post PTI

Question /réponse

- ▶ En cas d'ictère sévère, l'allaitement maternel doit être interrompu
- ▶ OUI / NON **NON**

Question /réponse

- ▶ Prévention des Hyperbilirubinémie sévères :
 - ▶ Il existe des recommandations sur les éléments à transmettre aux professionnel(s) qui assure(nt) le suivi à la sortie de maternité
OUI / NON **OUI**

- ▶ Les données à transmettre comprennent :
 - ▶ facteurs de risque OUI / NON **OUI**
 - ▶ profil évolutif de l'ictère calqué sur le nomogramme (la courbe) OUI / NON **OUI**
 - ▶ diagnostic et résultats des dosages OUI / NON **OUI**

L'organisation à la MRUN

- ▶ Hospitalisation en unité kangourou en cas de photothérapie jusqu'à la sortie
- ▶ Recontrôle bilirubinémie en externe :
 - ▶ Fiche de transmission
 - ▶ En consultation de néonatalogie la semaine
 - ▶ En service de néonatalogie le week end. PDS par les IDE/IPDE du secteur
 - ▶ Fréquence et CAT à discrétion du pédiatre
- ▶ PTI réalisée en service de néonatalogie

Principaux « écueils » constatés lors de réhospitalisation

- ▶ Transmissions lors de la sortie de maternités ne permettant pas une analyse complète de la situation par la SFL
- ▶ Défaut de surveillance / d'appréciation de l'ictère (-> associer la clinique à la BTC et /ou dosage de bilirubine)
- ▶ Retard dans le réadressage des enfants en SUPS en cas de doute clinique (sans BTC) ou au BTC
- ▶ Défaut d'appréciation de la situation :
 - ▶ aggravation ictère, apparition subictère conjonctival, enfant buvant moins bien avec perte pondérale / stagnation, tonus et éveil
- ▶ Méconnaissance de la physiologie :
 - ▶ Enfant ictérique = boit moins bien, plus endormi
 - ▶ Importance de l'élimination : selles (méconium ? Transition ?), urines ++ et couleur

Importance du suivi à domicile par professionnels d'aval (SFL, PMI, médecin traitant ...)

Question /réponse

- ▶ Une sage-femme peut-elle réaliser un prélèvement sanguin d'une bilirubine à un nouveau-né, sans prescription médicale, lorsque le bilirubinomètre trans-cutané (BTC) indique des valeurs non physiologiques ?
- ▶ OUI **OUI**
- ▶ NON

Question /réponse

- ▶ Une sage-femme peut-elle, sans prescription médicale, recontrôler une bilirubine sanguine après un traitement par photothérapie ?
- ▶ OUI
- ▶ NON **NON**

Poids des enfants et allaitement maternel : observations à affiner

- ▶ Efficacité d'une tétée : raisonner en « transfert de lait »
- ▶ Fréquence tétées : physiologie de la lactation « Montée de lait » ? Jour de vie ? Profil de succion du nné ?
- ▶ Tolérance clinique de l'enfant: mouille bien ses couches ? Transit régulier et transition ?
- ▶ Enfant en bonne santé sans autre facteur risquant aggraver ?
 - ▶ Prise en compte des « petit poids » ou enfant plus petit âge gestationnel -> plus à risque de se fatiguer et téter moins efficacement (cercle vicieux)

Poids des enfants et allaitement maternel : observations à affiner

Dès la maternité : « critère sortie précoce = observation (**tracée**) d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère »

Suivi à domicile : paramètres de surveillance de l'enfant « Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières »

Pour l'ensemble des professionnels intervenant auprès d'une dyade mère-bébé

Définir un « parcours de soins »

- ▶ Importance de la continuité pour la sécurité des mères et des nouveau-nés
- ▶ Qualité des informations transmises de part et d'autre (maternité-ville /ville-maternité)
- ▶ « Modalités d'organisation de la sortie relatives à l'ictère et à la prévention des hyperbilirubinémies sévères » HAS 2024
 - ▶ L'évaluation du risque d'ictère doit être intégrée au raisonnement précédant une décision de sortie de maternité
 - ▶ Les modalités de suivi de l'ictère doivent :
 - être opérationnelles dans les 24 h après une sortie précoce de la maternité ;
 - permettre une quantification de l'ictère (dosage de la BS ou de la BTC) ;
 - permettre une évaluation clinique de l'enfant (pesée) et de l'allaitement (observation d'une tétée);
 - identifier un circuit de retour éventuel (si nécessaire) vers un établissement de soins.

Importance du travail en réseau / complémentarité ville /maternité

-> renforcer les liens entre les professionnels

- Réunions, formations etc...

Merci de votre attention