

Ictère précoce et prolongé

Docteur Audrey BARTHELEMY

Webinaire ictère-RPL

8 Février 2024

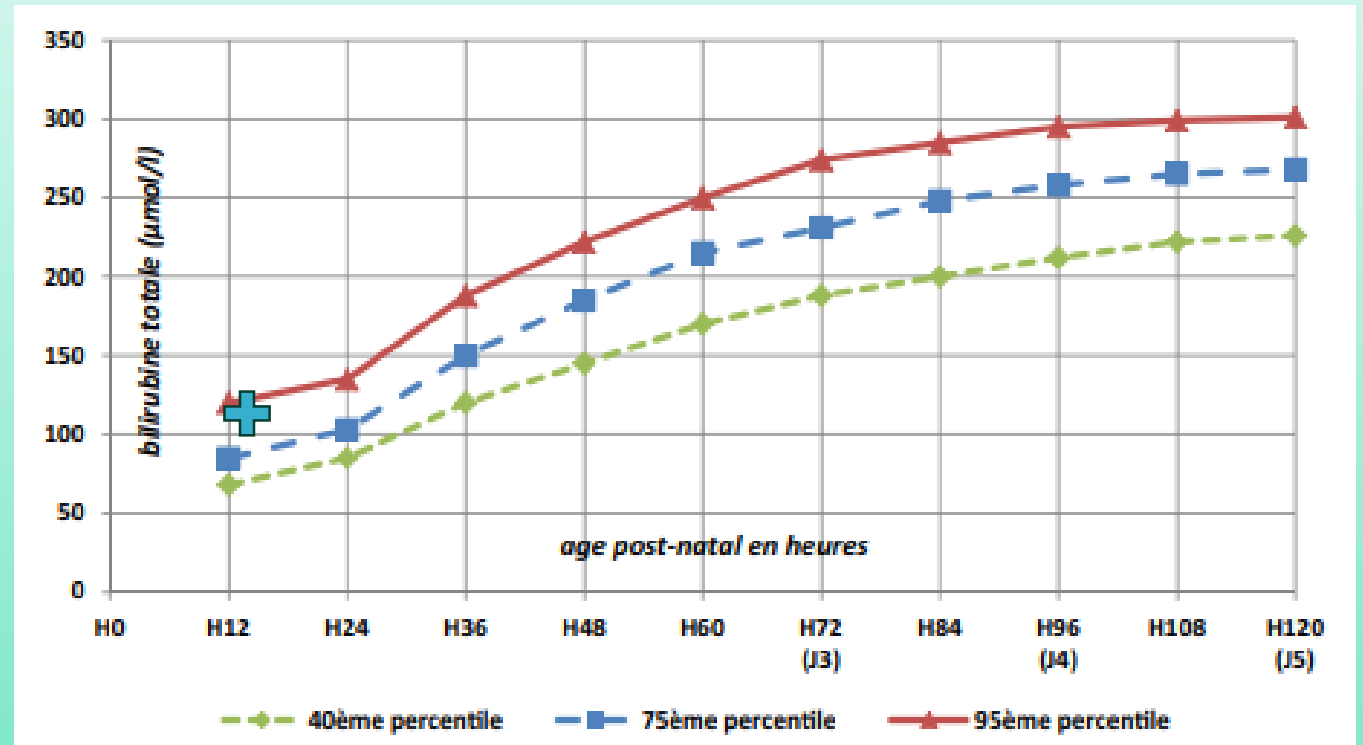
Enfant né le 29/07, 19h30

- Naissance: AVB non instrumental, 38SA et 1 jour, eutrophe (3470/50/36), Apgar 9/10; pH cordon=7,27; pas de contexte infectieux
- Mère: 35 ans, G4P1, 0+, RAI négative, pas d'ATCD
- Grossesse: DG sous régime, échographies sans particularité
- Examen néonatal: sans particularité à la naissance

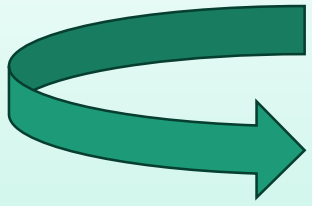
- SME, en AM

Ictère précoce H15

- H15: BTC=108 $\mu\text{mol/L}$
- Nomogramme de « Bhutani »:



- Entre 75^{ème} et 95^{ème} p: indication à réaliser une bilirubine sanguine



Bilirubine sanguine totale : 141,7 μmol/L

Choix de la courbe selon « **conditions à risque de neurotoxicité** » :

Conditions à risque :

Processus hémolytique (allo immunisation materno-foetale, déficit G6PD...)

Signes neurologiques (léthargie, refus de boire, cri aigu, hyperexcitabilité, ...)

Acidose et hypoxie

Hypoalbuminémie avérée < 40g/L ou suspectée

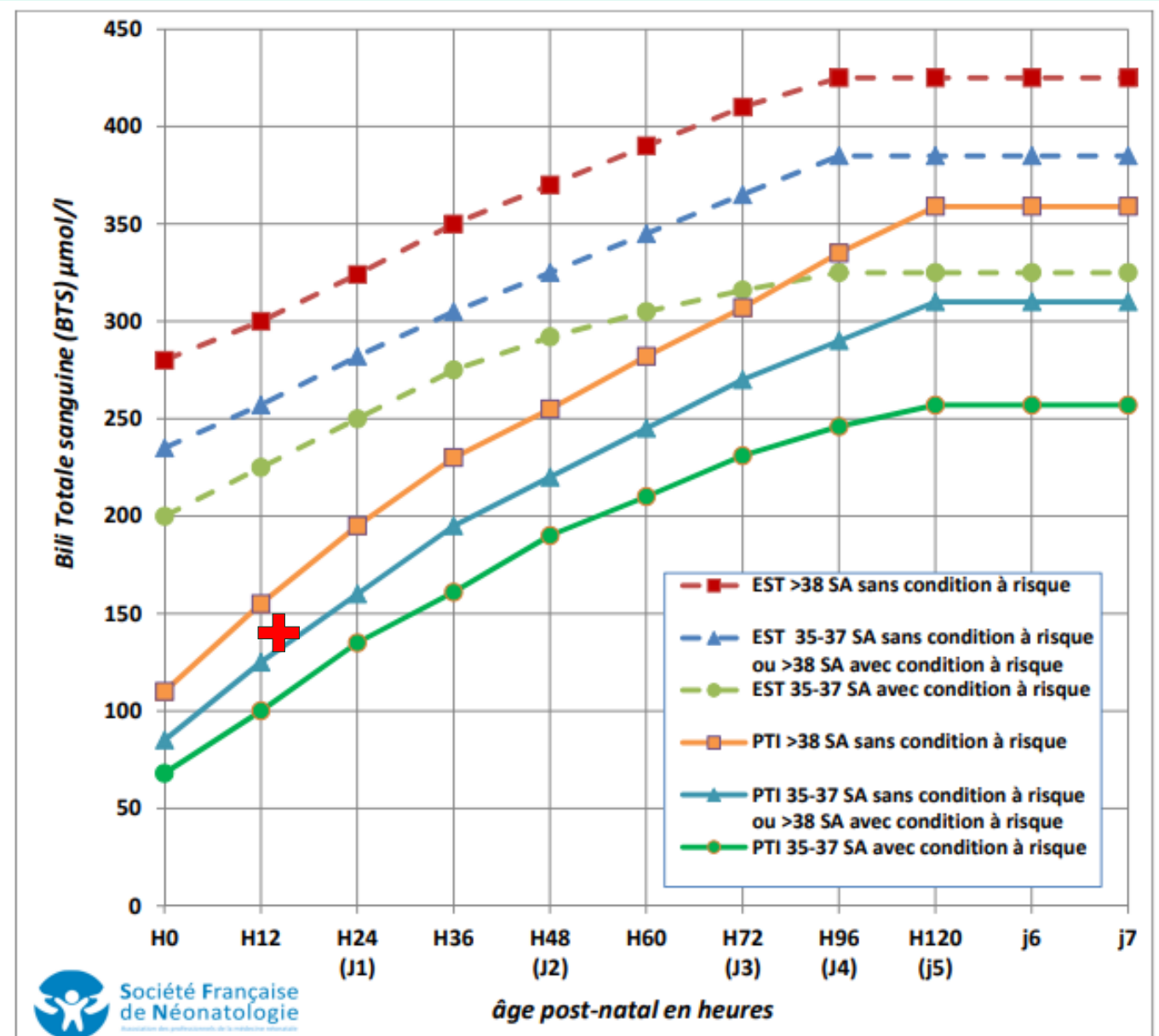
Infection

Instabilité thermique



Ictère précoce et mère O+ --> courbe à risque

--> *courbe bleue (triangles)* (Bili sg totale: 141,7 $\mu\text{mol/L}$)

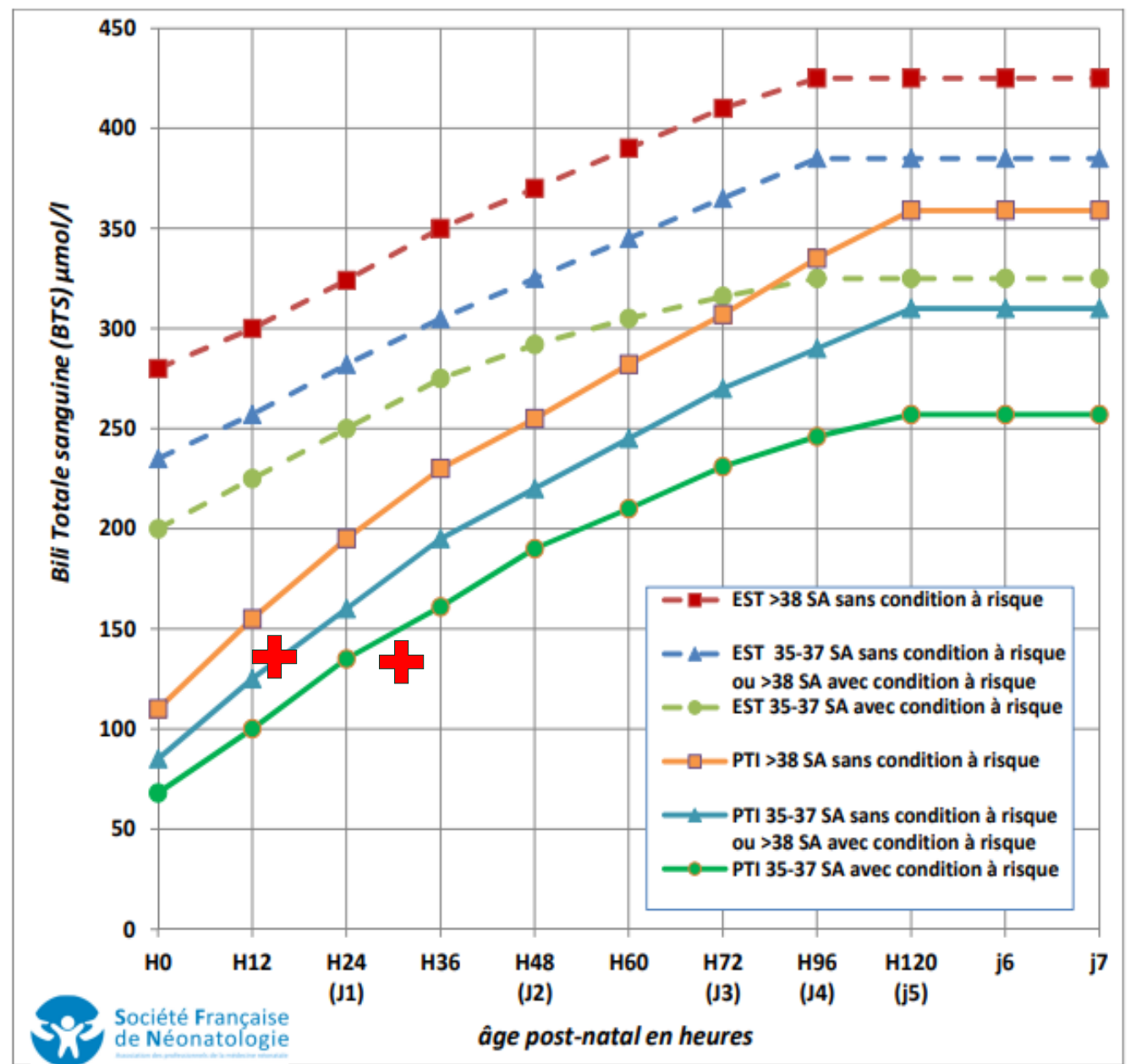


CONDUITE A TENIR

- Examen clinique
- Bilan étiologique:
 - Interrogatoire (accouchement, groupes sanguins maternel et paternel, contexte infectieux, origine, ATCD ictère dans la fratrie)
 - Bilan biologique: NFS, CRP, groupe sanguin, test de Coombs Direct
- ***Soutien à l'allaitement maternel***
- Information parentale
- Traitement : photothérapie intensive (6h de tunnel)

SUIVI DE L'ICTÈRE

- Contrôle bilirubine sanguine 6h après la fin de la PTI: 136,8 $\mu\text{mol/L}$
- Soit une baisse de 5 $\mu\text{mol/L}$ seulement



SUIVI DE L'ICTÈRE

- Récupération des résultats du bilan étiologique:
 - Groupe sanguin nouveau-né: A+
 - Test de Coombs direct négatif
 - Hb=21g/dL
 - CRP négative
- Surveillance poids, **soutien AM**
- Suivi **rapproché** de l'ictère selon **facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère identifiés**

Suivi de l'ictère

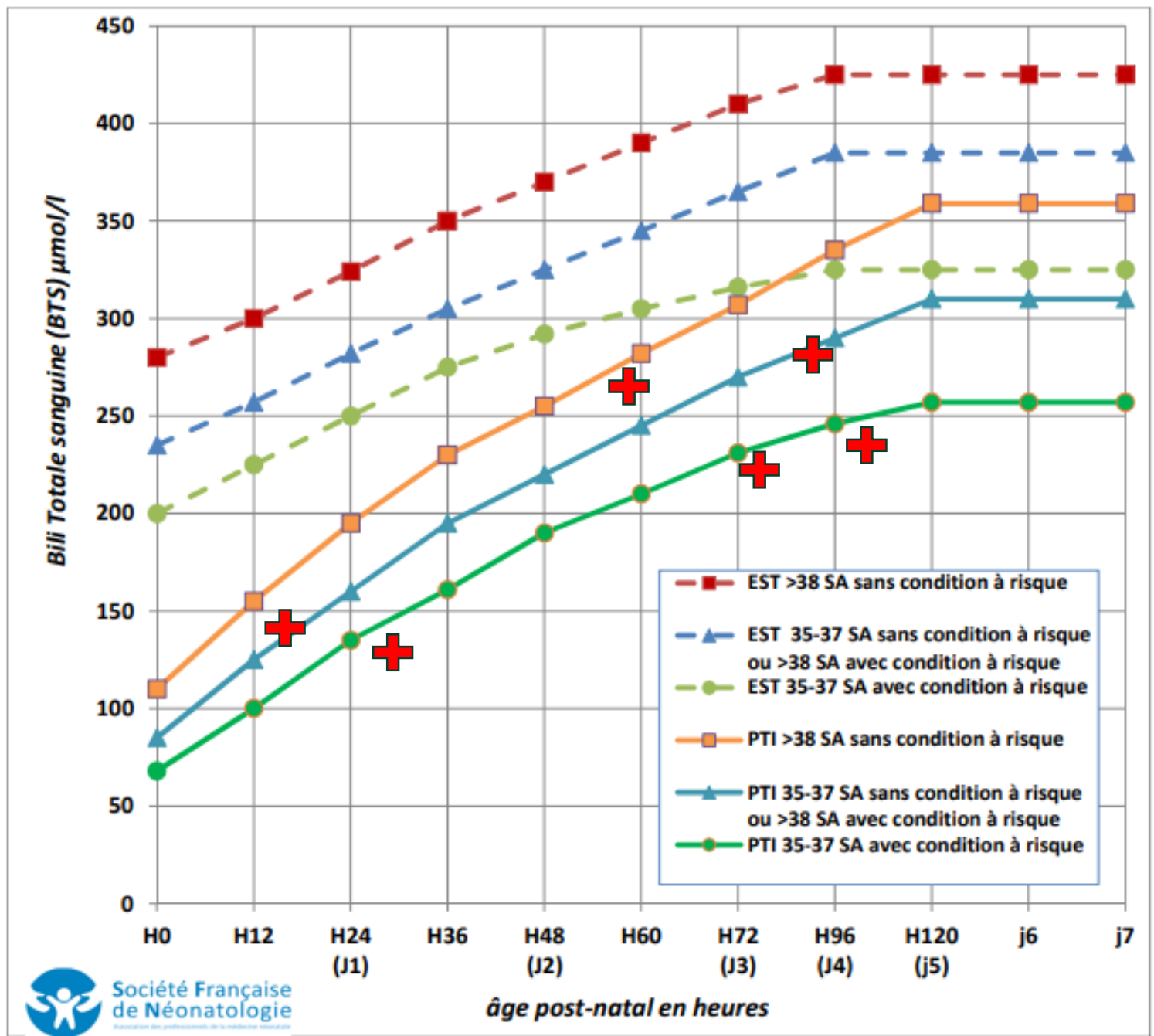
Identification des facteurs de **risque d'hyperbilirubinémie sévère**:

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère	
<input type="checkbox"/> Age gestational <38 SA	<input checked="" type="checkbox"/> Ictère des premières 24h
<input type="checkbox"/> ? Situation incompatibilité ABO	<input type="checkbox"/> RAI mère positive
<input type="checkbox"/> ATCD ictère traité fratrie	<input type="checkbox"/> ATDC hémolyse familiale
<input type="checkbox"/> Bosse sérosanguine, ecchymose, céphalématome	<input type="checkbox"/> Origine parents ou grands parents : Asie, Afrique, Antilles
<input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif inefficace	<input type="checkbox"/> Perte pondérale de 8% ou plus

Evolution

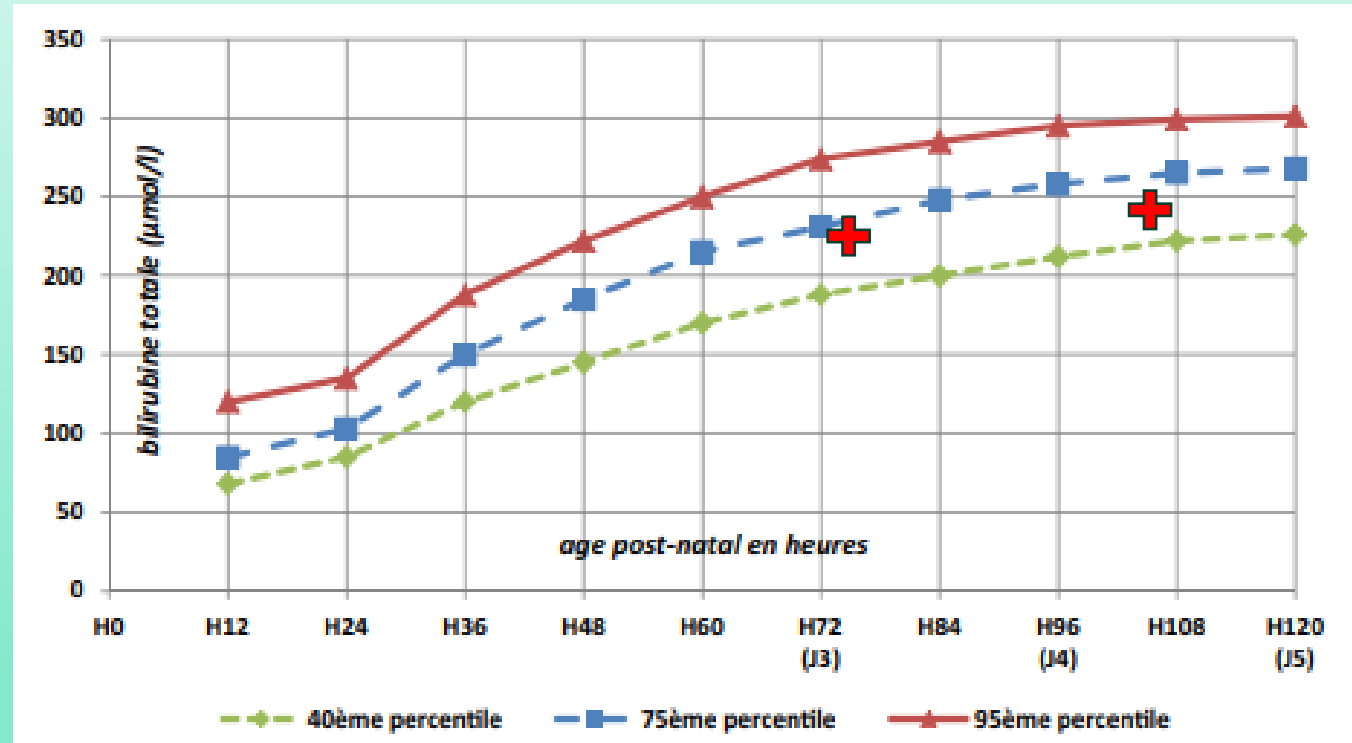
- 2 autres séances de photothérapie:
 - 01/08 (**J3**) à H59: bili sg=263 $\mu\text{mol/L}$, Hb=20,8g/dL, P=3212g (-7,3%)
 - 02/08 (**J4**) à H88: bili sg=281,6 $\mu\text{mol/L}$, P=3270g (+58g)
- 03/08 (**J5**) à H105: bilirubine sanguine=239,4 $\mu\text{mol/L}$, P=3310g (+40g)

Rappel : Allaitement maternel exclusif

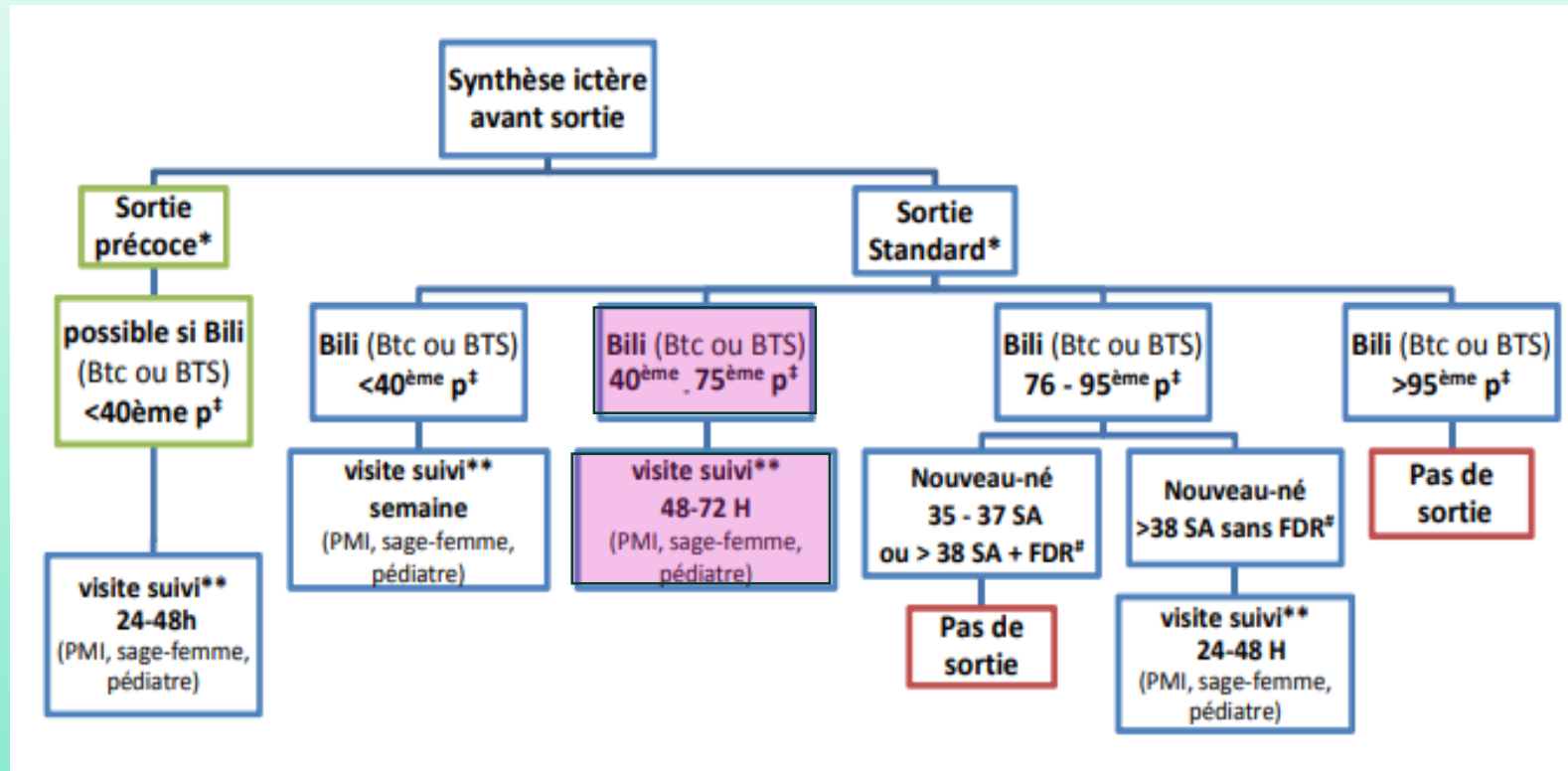


Retour à domicile?

- Nomogramme « Bhutani »:



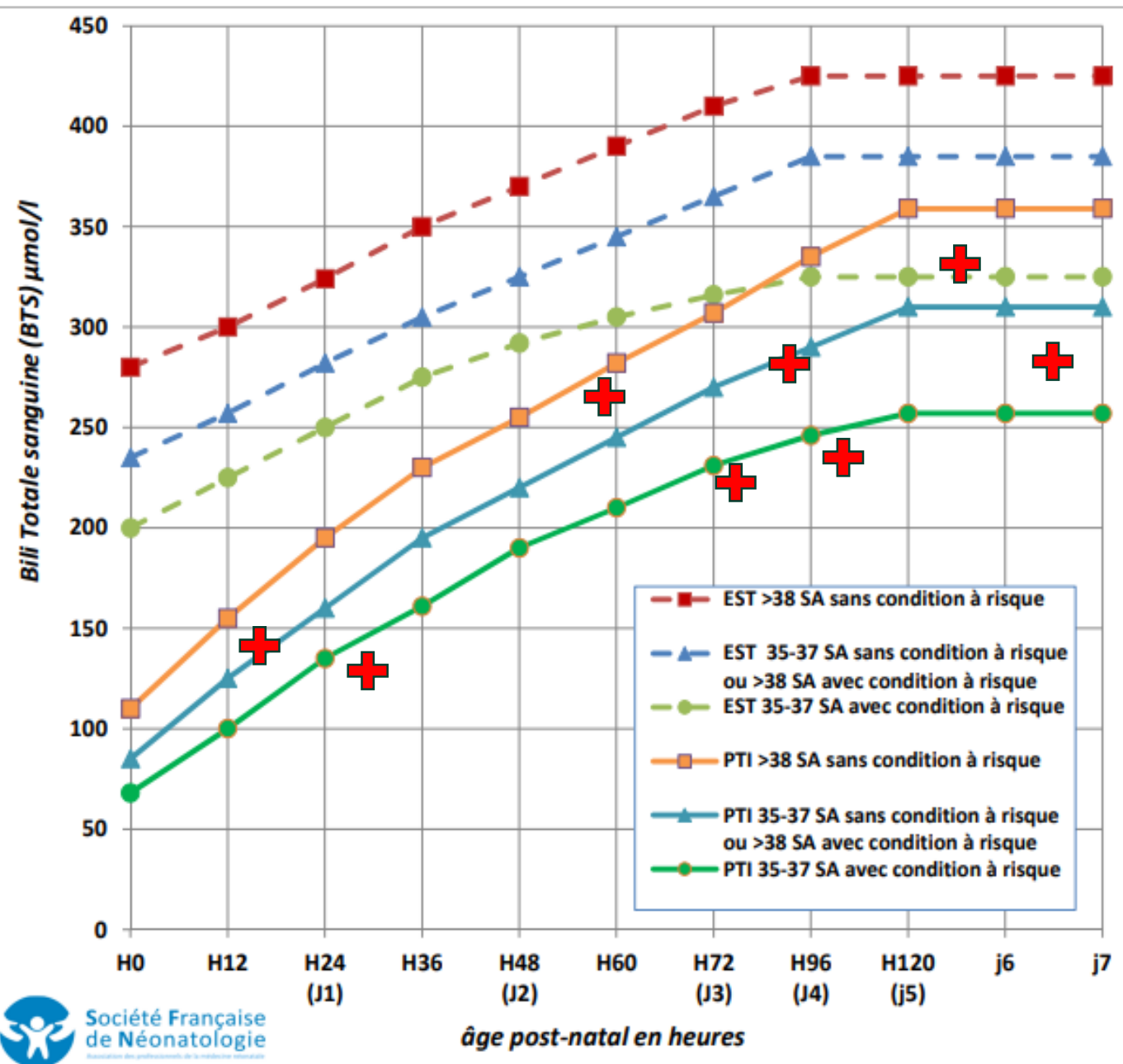
Retour à domicile?



Le 03/08 (J5) à H105 : bilirubine sanguine=239,4 μ mol/L,
P=3310g (+40g)

J7: 4^{ème} séance de photothérapie

- 05/08 à **J7**: adressé par SF libérale pour BTC=330µmol/L, bili sg =342µmol/L
 - Ex somatique SP, urines claires, selles jaunes d'or
 - AM, P=3274g, en perte de poids (-35g)
- Hospitalisation :
 - PTI (6h tunnel)
 - soutien AM
 - PCR nég, Hb=19,7g/dL
- 06/08 **J8**: retour à domicile; P=3295g (+20g), Bili sg post-PTI=277µmol/L

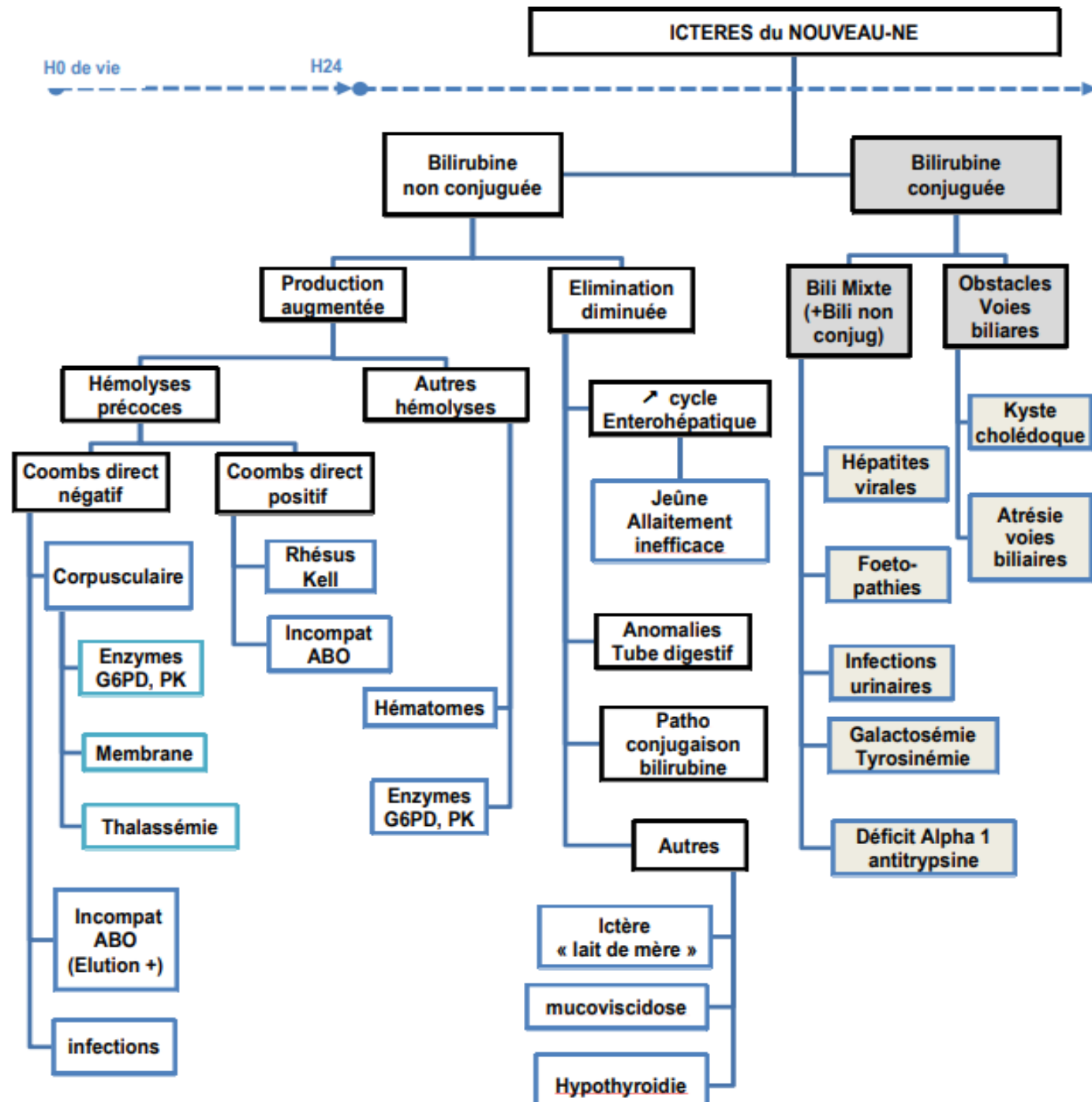


J9: 5^{ème} séance de photothérapie

- 07/08 à **J9**: Rappel SFL
 - BTC > 310µmol/L
 - AM en place, NN en **reprise de poids**, examen SP
 - -> NN hospitalisé pour 5^{ème} séance de PTI
 - -> retour à domicile le soir, suivi par la SFL
- Contrôle post-photothérapie, le 09/08 à **J11**:
 - bili sg totale=282,2µmol/L (bili conj=8,6µmol/L)
 - Hb=18,9g/dL

J17: 6^{ème} séance de photothérapie

- 15/08 à **J17**: réadressé par SFL pour ictère prolongé et élevé: BTC=344 μ mol/L (*seuil à 310 μ mol/L*):
 - Ictère à bilirubine libre
 - bilirubine sanguine totale=314,6 μ mol/L, Hb=17g/dL
- Hospitalisation
 - Ex. somatique SP, urines claires, selles jaunes d'or, bonne croissance P=3520g (+225g en 9 jours)
 - Traitement: PTI Tunnel 6h
 - Etiologie?



Etiologie?

- Bilan étiologique:
 - T4/TSH: Normal, Guthrie RAS
 - Coombs toujours négatif, titrage anticorps anti-A non obtenu
 - Pas d'ATCD de maladie hémolytique, origine caucasienne
 - Activité G6PD demandée en systématique: Normale
 - CRP et ECBU négatifs
 - Recherche saignement : écho abdo SP, ETF=séquelle HIV1
- 16/08 à **J18**: Bilirubine post-PTI=263,3 μ mol/L, P=3535g (+15g)

Diagnostic de certitude

- Rétrospectif chez la mère
- Titrage des hémolysines (=allo-héماغلوتينines) plasmatiques maternelles anti-A :
 - Ac immuns de type Ig G, très hémolysants, passent la barrière fœtoplacentaire
 - titre élevé: 2048 (anti-B faible à 64)
- **Conseil pour prochaine grossesse:** titrage des hémolysines anti-A au 1^{er} trimestre de la grossesse et chaque mois au 3^{ème} trimestre

Evolution

- Régression progressive de l'ictère néonatal à bilirubine libre
- AM exclusif, Bonne croissance
- Suivi anémie:
 - le 31/08 à **1 mois de vie** Hb =10,3g/L, Bili totale 270 μ mol/L
 - Le 30/09 à **2 mois de vie**: Hb =9,9g/L, Bili totale =99 μ mol/L

Conclusion

- Tout ictère précoce est une ***hémolyse*** jusqu'à PDC
 - Demander un titrage des Ac systématique, même si Coombs négatif
 - Chez la mère, possible titrage des hémolysines anti A/B
- Origine multifactorielle
- Importance du suivi rapproché et prolongé de l'ictère,
 - avec BTC et/ou dosage bilirubine sanguine
 - en utilisant les courbes adaptées
 - en lien entre professionnels de ville et de maternité

Merci de votre attention