

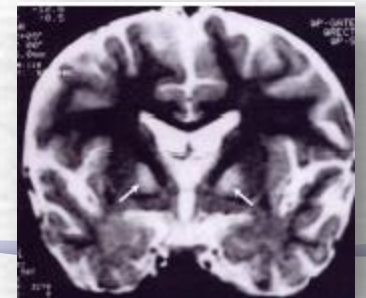
L'ictère du nouveau né



Dr MAHI HENNI

MASCARA 30/03/2018

- MOHAMED 2ans, stérilité II de 13 ans
- Voie haute, sortie à H48
- J15 jaune, hypotone, allaitement faible
- BT 365 mg/l à bilirubine libre
- Incompatibilité ABO
- Retard psychomoteur=IMOC
- IRM atrophie cortico-sous corticale diffuse



Le plan

1. Généralités
2. Diagnostic positif
3. Diagnostic étiologique
4. Diagnostic de gravité
5. La prise en charge
6. conclusion

- Coloration jaune des téguments et des muqueuses en rapport avec une élévation du taux de bilirubine dans le sang (≥ 40 mg/l)
- 90% à bilirubine libre
=non conjuguée=indirecte
- Majoritairement bénin
- Risque de neurotoxicité évitable

- ☞ **Ictère précoce:** apparition clinique avant H48 de vie.
- ☞ **Ictère tardif:** apparition clinique après j7 de vie.
- ☞ **Ictère persistant:** encore présent après j14 de vie.
- ☞ **Ictère grave:** taux de bilirubine libre ou indirecte $> 200 \text{ mg/l} = 340 \mu\text{mol/l}$

$$1 \text{ mg/l} = 1.7 \mu\text{mol/l}$$

$$1 \mu\text{mol/l} = 0.6 \text{ mg/l}$$

Un symptôme qui évolue

La valeur normale du taux de bilirubine total est :

A la naissance, entre 8 - 25 mg /L.

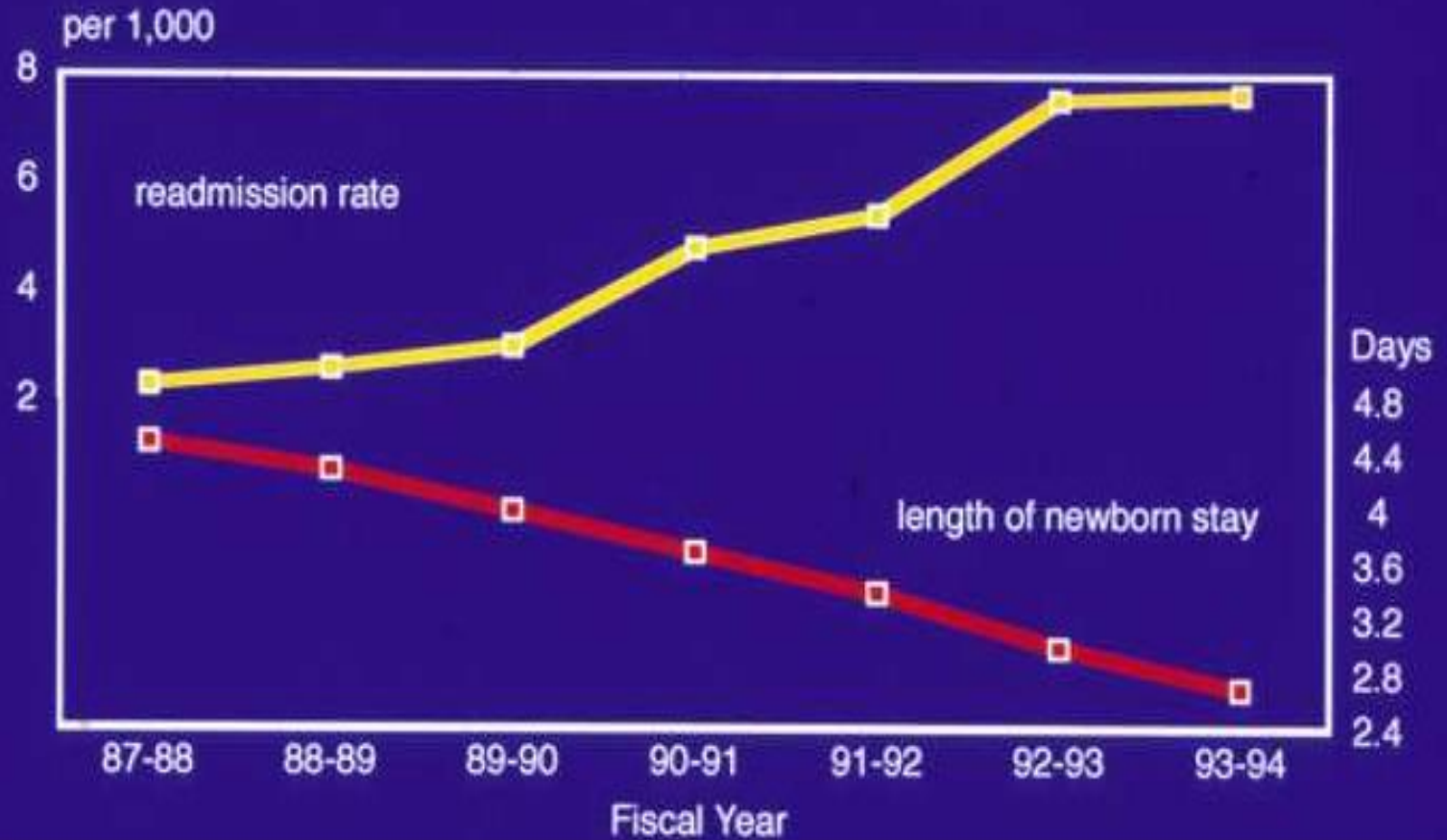
1^{ère} semaine, entre 25 - 120 mg /L.

2^{ème} semaine, entre 10 - 110 mg /L.

3^{ème} semaine, entre 6 - 30 mg /L.

4^{ème} semaine, entre 3 - 15 mg /L.

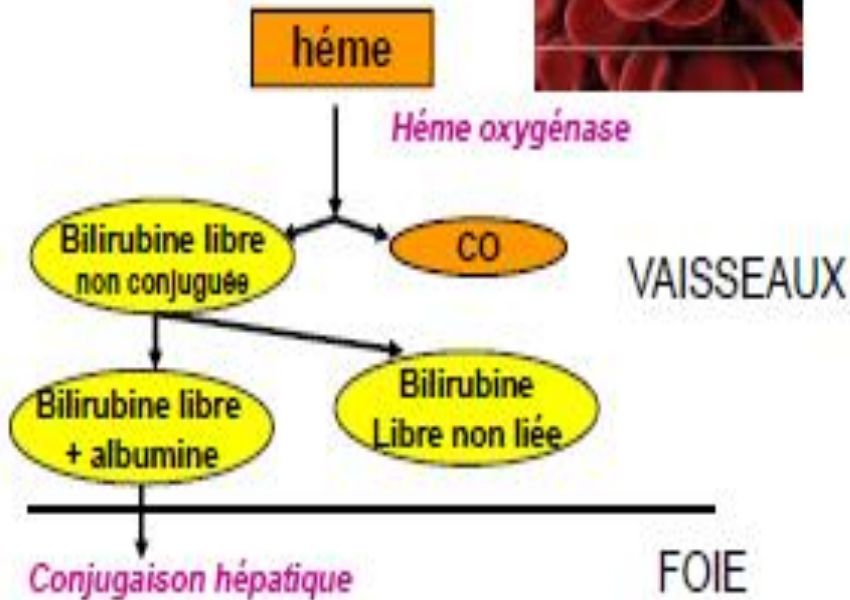
1 mois et adulte, entre 3 -10 mg /l.



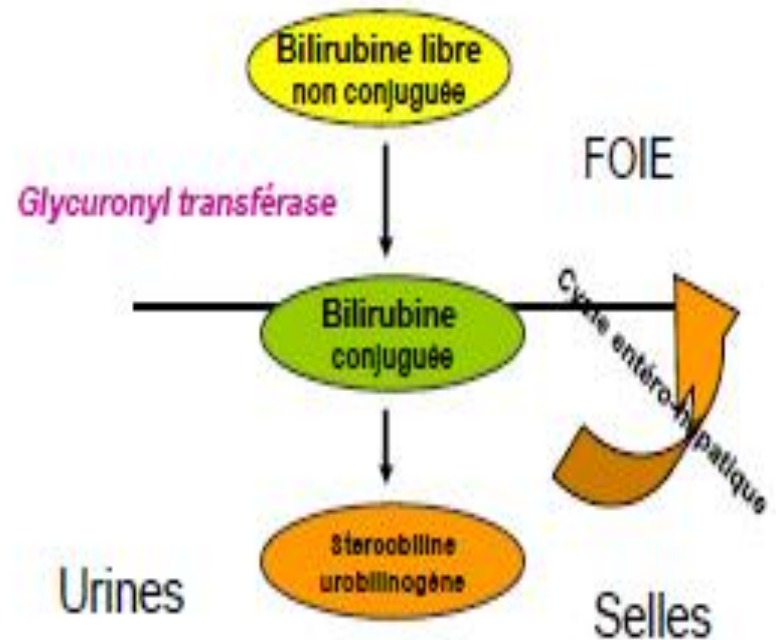
Durée de séjour en maternité et taux d'hospitalisation pour ictère dans les 7 premiers jours de vie . D'après Lee; J Pediatrics , 1995

o Déséquilibre physiologique entre production et élimination de la bilirubine

- Durée de vie de globules rouges Diminuée



- Elimination de la bilirubine ralentie





Hémoglobine

Hémoprotéines

Myoglobine
Catalase
Peroxydase
Cytocrome
NO-synthase

production

Hème

Hème oxygénase

Fe²⁺

biliverdine

CO

carboxyhémoglobine

CO expiré

Biliverdine réductase

Bilirubine non conjuguée non liée

Système réticuloendothélial

transport

Plasma

Bilirubine non conjuguée liée albumine

Protéines de transport membranaire

conjugaison

Foie

Bilirubine

Uridine diphosphate (UDP) glycuronosyl transférase

Bilirubine conjuguée

Voies biliaires

Bile

Beta glucuronidase

Entero-hépatique Cycle

Intestin

Bilirubine glycuronides

Urobilinogène

Excretion dans les selles

élimination

Le plan

1. Généralités
2. Diagnostic positif
3. Diagnostic étiologique
4. Diagnostic de gravité
5. La prise en charge
6. conclusion

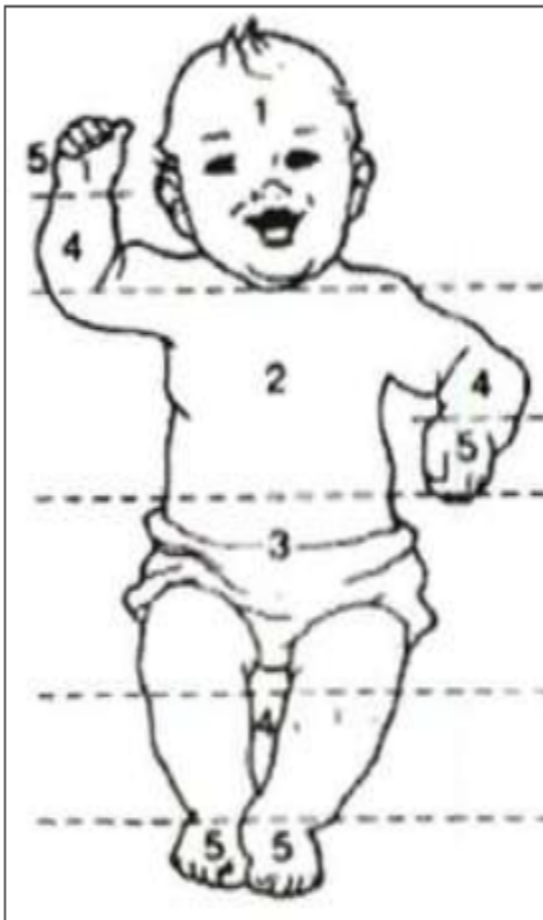
Anamnèse

- ☞ Date d'apparition, durée, rapidité d'évolution.
- ☞ ATCDs: nombre de grossesse, mort in utéro, avortement, transfusion ...
- ☞ Groupage rhésus de la mère, fratrie, Anti D +++
- ☞ Aspect des selles et des urines.
- ☞ Anamnèse infectieuse
- ☞ Mode d'alimentation du nouveau né

Examen physique

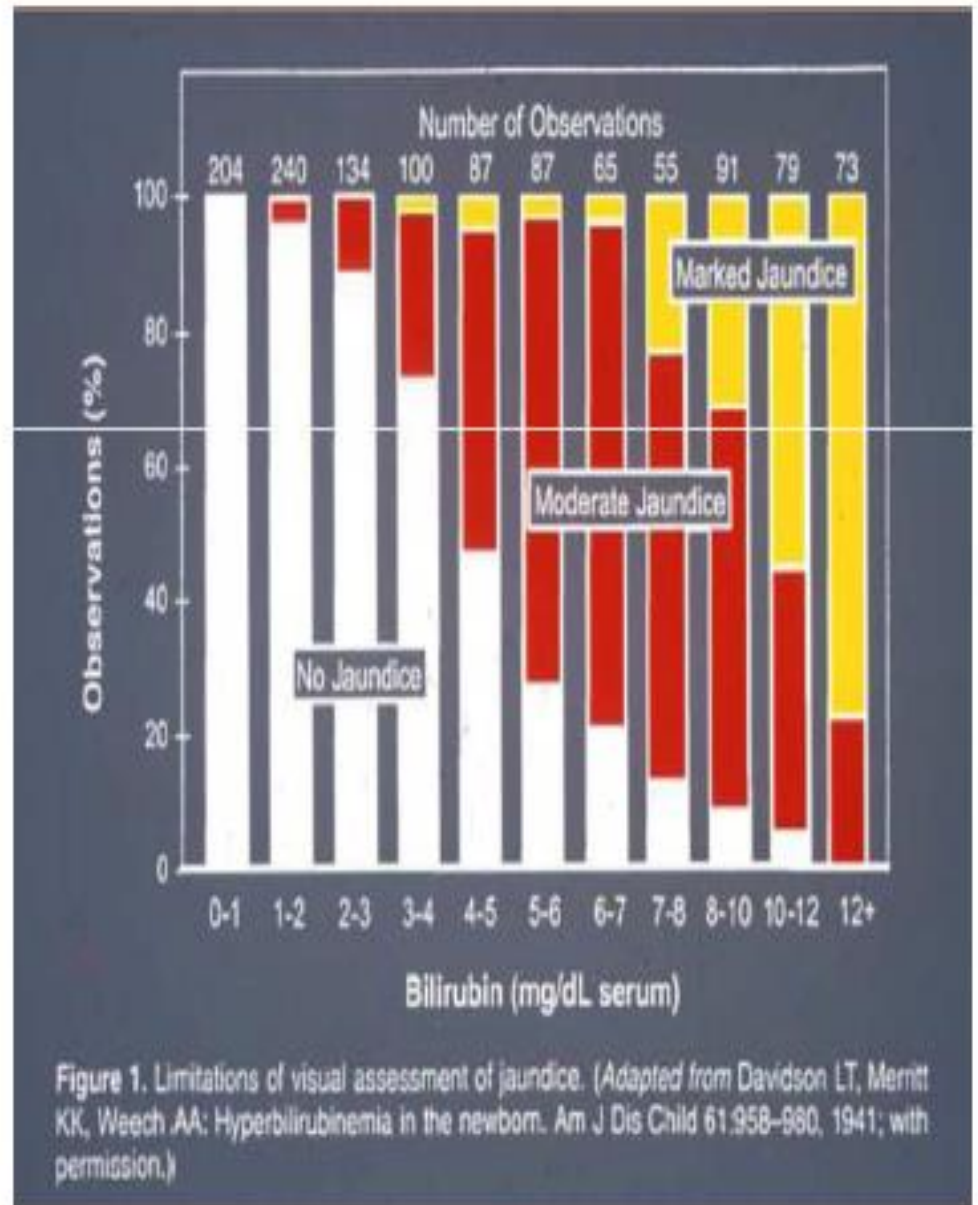
- Évaluation visuelle: apprécier l'intensité de l'ictère cutané à la lumière du jour, bébé déshabillé
- Peau foncée +++

Guide d'évaluation clinique de l'ictère du nouveau-né (Kramer)



<u>Surface du corps</u>	<u>Niveaux de bilirubine indirecte dans le sang</u>
Face	40 a 60 mg /l (1)
Thorax et partie supérieure de l'abdomen	80 a 100 mg /l (2)
Partie inférieure de l'abdomen et bassin	120 a 140 mg /l (3)
Membres supérieurs et inférieurs	150 a 180 mg /l (4)
Paumes des mains et plantes des pieds	150 a 200 mg /l (5)

- Le dépistage visuel est source d'erreur
- Le dépistage instrumental est le seul moyen de dépistage précoce chez un Nné à peau foncée
- Le dépistage instrumental réduit le nombre de prélèvement



Isolé ou accompagné

- ☛ **Signes d'hémolyse:** HMG, SPM, pâleur
- ☛ **Signes d'infection:** marbrures, détresse respiratoire, fièvre, sclérème....
- ☛ **Signes neurologiques:** tonus, excitation, hypertonie
- ☛ **Coloration des selles et des urines**

La bilirubine transcutanée

- Pendant son séjour, **CHAQUE NN DOIT ETRE ≥ 1 FOIS TESTE AVEC UN BILIFLASH (ou dosage bilirubinémie)**
- Appareils valides : Bilicheck, Minolta JM 102-103, Bilimed
- Sites : front/sternum
- 2 mesures, garder la plus élevée
- Approximation de la BST a 20 à 30mg/L prés
- Profil évolutif de l'ictère / Indication de dosage de bilirubinémie



- Le bilirubinomètre est **un outil de dépistage** et non un substitut de prélèvement sanguin.
- Le dépistage instrumental de l'ictère réduit le nombre de prélèvements sanguins.
- Si discordance entre dépistage visuel et transcutané ou doute avec correction \pm \Rightarrow dosage de Bili plasmatique
- Dépistage quotidien permet d'intégrer à l'évaluation le caractère évolutif de la

Non validé pour

- Grand prématuré
- Bilirubine ≥ 150 mg/l

< 24 HEURE

Les examens complémentaires

- Ictère non précoce et ne nécessitant pas de photothérapie :
pas de bilan
- Ictère non précoce mais nécessitant une photothérapie :
bilirubinémie totale et conjuguée
+/- en fonction du contexte NFS, CRP, Groupe COOMBS
- Ictère précoce : Bilirubinémie totale et conjuguée, NFS plaquettes,
réticulocytes, Groupe Rh, COOMBS direct +/- indirect, CRP
- Ictère persistant/sévère: BI, ECBU, groupe Rh Coombs +/- G6PD,
PK, TSH
- Ictère très sévère (EST) : PEA +/- IRM cérébrale

A la naissance

Mère rhésus négatif ou de groupe sanguin inconnu

Groupe sanguin, test de Coombs direct¹
(de préférence à partir du cordon)

Mère avec des anticorps

Groupe sanguin, test de Coombs direct, hématicrite ou hémoglobine, bilirubine sérique

Lors des premières 24 h de vie
(Ictère précoce)

Groupe sanguin, test de Coombs direct, hématicrite ou hémoglobine, bilirubine sérique

Après 24 heures de vie

En cas d'ictère manifeste² ou si la mesure transcutanée de bilirubine dépasse la limite définie

Groupe sanguin, test de Coombs direct, hématicrite ou hémoglobine, bilirubine sérique

Après 2 semaines de vie
(= ictère prolongé)

Groupe sanguin, test de Coombs direct, hématicrite ou hémoglobine, bilirubine sérique totale et directe

Le plan

1. Généralités
2. Diagnostic positif
3. Diagnostic étiologique
4. Diagnostic de gravité
5. La prise en charge
6. conclusion

Précoce (avt 48h d vie)	Intermédiaire (2j-2semaine)	Retardé/prolongé (au delà 1 semaine)
<ul style="list-style-type: none"> • Causes hémolytiques: <ul style="list-style-type: none"> – Incompatibilité RH anti-D – Incompatibilité ABO – Défiicit en G6PD • Infection congénitale 	<ul style="list-style-type: none"> • Ictère physiologique • Ictère au lait de femme • Sepsis • La maladie de Crigler-Najjar (déficit en glycuronyl-transférase) • polyglobulie, ecchymoses 	<ul style="list-style-type: none"> • À bilirubine conjuguée (urines foncées , selles décolorées): <ul style="list-style-type: none"> -- Bile epaisse – Atrésie des voies biliaires E H – Hépatite infectieuse • A Bilirubine non conjuguée: <ul style="list-style-type: none"> – Physiologique – Ictère au lait de femme – Infection – Hypothyroïdie

Incompatibilité M-F rhésus

- Allo-immunisation anti-D +++
- Fabrication maternelle d'agglutinines anti-D qui vont détruire les hématies fœtales
- Immunisation=transfusion hétérorhésus; contact avec hématies fœtale rh+: accouchement, fausse couche, GEU, amniocentèse....
- Début anténatal: anasarque, MFIU
- Diagnostic anténatal
- Prévention par injection d'immunoglobuline anti-D à toute femme rhésus négatif en situation à risque d'immunisation et systématiquement en post-partum

- Dossier obstétrical +++ groupage Rh, RAI
- Anémie hémolytique précoce d'intensité variable et d'évolution rapide
- Pâleur, HPM, SPM
- NFS, bilirubine sanguine, taux de réticulocyte coombs direct et indirect

Incompatibilité M-F ABO

- Mère O, enfant A ou B
- Allo-immunisation anti-A ou anti-B
- Pas de début anténatal, peut se voir dès la première grossesse
- Ictère précoce en règle après 24h, prolongé, anémie hémolytique.
- Test de Coombs direct souvent négatif 50%
- Dosage d'AC immuns anti-A ou anti-B
- Pas de prophylaxie

Déficit en G6PD

- Hyperbilirubinémie sévère avec parfois risque d'ictère nucléaire.
- Anémie aiguë (rare en période néonatale)
- Facteur déclenchant: médicaments, infection, si AM (prise médicamenteuse maternelle)

Les infections

- Elle sont évoquées chaque fois qu'un ictère n'est pas d'origine immunologique.
- Mécanisme double: hémolyse+hépatite

Ictère physiologique

- ☛ 30 à 50% des Nné à terme
- ☛ Jamais avant 24h, Max à J4 doit avoir disparu à J10 de vie.
- ☛ Immaturité de la glucurono-conjugaison hépatique +/- augmentation de la production
- ☛ Ictère isolé à bilirubine libre (sans incompatibilité ABO)
- ☛ Peut être majoré +++ en cas : hypothermie, asphyxie périnatale, prématurité, polyglobulie, collections sanguines

Ictère et lait maternel

➤ Début J2 à J4

avec un maximum vers J6-J7 et un bébé qui a une « mauvaise courbe pondérale »

➤ ⇒ allaitement en souffrance... ictère de jeune

➤ ⇒ Activation du cycle entero-hépatique

• Début après J4

Bébé grossit bien et la bili excède rarement 200 mg/l

• Lipoprotéine-lipase inhibe la glycuconjugaison.

⇒ ictère au lait de mère

⇒ c'est un diagnostic d'élimination

• ***Ne contre indique pas l'allaitement***

Ictère à bilirubine conjugué

- **Diagnostic urgent** (toujours pathologique)
- Urines foncées, selles décolorées, hépatomégalie +/-
- Echographie abdominal (obstacle, atrésie des voies biliaires)
- Bili totale, ASAT/ALAT, GGT.....

Choléstase extra hépatique

- Choléstase complète: HPM dure, selles décolorées complètement, urines foncées.
- Atrésie des voies biliaires: urgence chirurgicale (dérivation bilio-digestive de KASAI)
- Sténose ou kyste du cholédoque

Cholestase intra-hépatique

- Cholestase partielle, HMG moins dure moins volumineuse.
- Infection: E Coli, CMV, EBV, TORCH
- Déficit en alpha1antitrypsine
- Maladies métaboliques (galactosémie, glycogénose, tyrosinémie)
- Mucoviscidose.
- Syndrome d'Alagille.

Défaut inné de conjugaison

✓ Maladie de GILBERT

- maladie autosomique dominante
- Déficit très partiel, ictère modéré
- Déclenché par infection, stress, jeûne prolongé;

✓ Maladie de Griggler Najjar exceptionnelle:

- maladie autosomique récessive;
- Type II: déficit partiel répond au traitement par le phénobarbital
- type I: déficit complet ne répond pas (ictère sévère)

Le plan

1. Généralités
2. Diagnostic positif
3. Diagnostic étiologique
4. Diagnostic de gravité
5. La prise en charge
6. conclusion

L'encéphalopathie hyperbilirubinémique

Toxicité potentielle de la bilirubine non conjuguée


- ☞ tout ictère néonatal doit être considéré avec attention
- ☞ L'ictère nucléaire est rare mais « **conséquence dramatique d'un ictère mal géré** »
- ☞ **Première cause d'encéphalopathie évitable**
- ☞ Enjeu de la prise en charge des ictères à bilirubine non conjuguée ou libre: Prévenir la toxicité de la bilirubine

Phase aiguë:

- Continuum d'expression
- Réversibilité potentielle

Forme chronique: Ictère nucléaire

- Rare: 1/96 000 naissances (Danemark) à 1/200 000 (UK)
- Un désastre: association variable d'atteintes sensorielles et motrices

Signes cliniques	Non spécifiques: début	Progression: toxicité modérée	Stade avancé: Toxicité franche
Conscience	endormi		
Tonus	Un peu diminué		
Cri	aigu	perçant	inconsolable

Ictère nucléaire: Corrélation clinique/anatomopathologique

o Clinique: association variable

• Anomalies motrices:

dystonie, athétose, parfois spasticité

• Atteinte auditive:

- Dépistée par PEA du TC

• Atteinte oculo-motrice

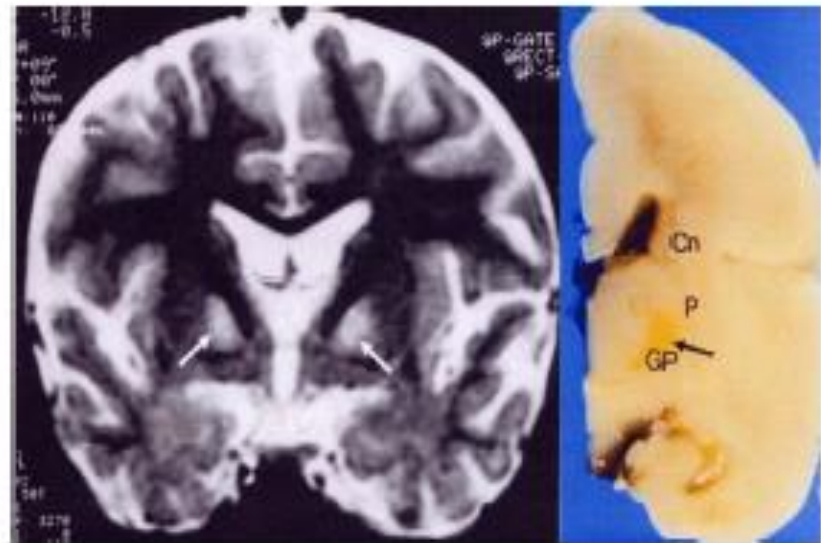
• Autres:

- Émail
- Retard psychomoteur

Anatomopathologie:

lésions bien spécifiques

- Ganglions de la base:
- Cervelet
- Tronc cérébral avec noyaux auditif > visuels



Hyperbilirubinémies sévères en Ile de France Eté 2010.....Que se passe-t-il?

- Neuf indications d'exsanguino-transfusions en 20 jours
 - Une seule pour maladie rhésus
 - 5 pour incompatibilités ABO; 1 déficit en G6PD; un syndrome polymalformatif et un prématuré de moins de 34 SA « malade »;
- Hyperbilirubinémies sévères survenues avant 72h et pendant le séjour en maternité pour 5 enfants sur huit
- 7 exsanguino-transfusions réalisées
- 5 enfants avec des signes d'encéphalopathie hyperbilirubinémique aigue

Hyperbilirubinémies sévères

Ile de France – **Eté 2010**

- **Deux origines identifiées**
 - **Retard de diagnostic de l'ictère: 6**
 - Pas de dépistage organisé de l'ictère ou défaillant: 4
 - Mauvaise interprétation du dépistage : 1
 - Pas de suivi de l'ictère organisé: 1
 - **Photothérapie non adaptée: 2**
- **Donc une prévention de ces accidents hyperbilirubinémiques était possible**
- **Exsanguino-transfusions réalisées en moyenne 12h après le diagnostic local:**
- **Prise en charge urgente différée!!**
 - Attente du dosage de la BNL
 - Longueur du transfert
 - Pas de possibilité d'obtenir de produits sanguins adéquats
 - Voie d'abord

Analyse retrospective des ictères nucléaires: registre USA; D 'après V. Bhutani et L. Johnson, 2011

<i>Niveau de défaillance</i>	<i>Causes racines des ictères nucléaires</i>
Etablissements de santé	Sortie précoce mater avant jugement possible évolution ictère
	Pas de continuité de prise en charge dyade mère-enfant dans premiers 10j
Personnel soignant	Méconnaissance de l'ictère et des risques de l'hyperbilirubinémie
	Pas d'évaluation systématique de l'ictère pendant le séjour en maternité
	Difficultés d'accès au soin après sortie avec réseau de suivi pauvre
Famille et société	Progression de l'allaitement maternel sans structure organisée de soutien: conseiller en lactation
	Information parentale défaillante



ELSEVIER

Reçu le :
1^{er} novembre 2016
Accepté le :
27 novembre 2016

Ictère à bilirubine non conjuguée du nouveau-né de 35 semaines et plus : du dépistage au suivi après sortie de la maternité. Recommandations pour la pratique clinique

Management of jaundice in the newborn ≥ 35 GW: From screening to follow-up after discharge. Guidelines for clinical practice

A. Cortey^{a,*}, L. Renesme^b, J. Raignoux^c, A. Bedu^d, C. Casper^e, P. Tourneux^e,
P. Truffert^f



SFN

Professionnels


Familles


 Qui Sommes Nous ?

 Actualités

 Congrès

 Formations

 Documentations

 Naissance - Bébé

 Le suivi



HOME » ACTUALITÉS SLIDER ACCUEIL » RECOMMANDATION SUR L'ICTÈRE DU NOUVEAU NÉ

Recommandation sur l'ictère du nouveau né

on: janvier 23, 2017 In: Actualités Slider Accueil, Recommendations

Vous trouverez ci joint les documents relatif aux recommandations sur l'ictère du nouveau né :

- [causes ictère](#)
- [courbes d'indication PT et EST ictère](#)
- [organigramme de sortie et suivi ictère](#)
- [PLAQ_PARENTS_A4-PAYSAGE-24 Nov 2015](#)
- [suivi individuel ictère SEN](#)

Recherche ...

ADHÉRENTS

Agenda de la

Espace Adhé

Le plan

1. Généralités
2. Diagnostic positif
3. Diagnostic étiologique
4. Diagnostic de gravité
5. La prise en charge
6. conclusion

© 2011 Fondation Nikolas Hulot



Aider le nouveau né à vivre ce danger



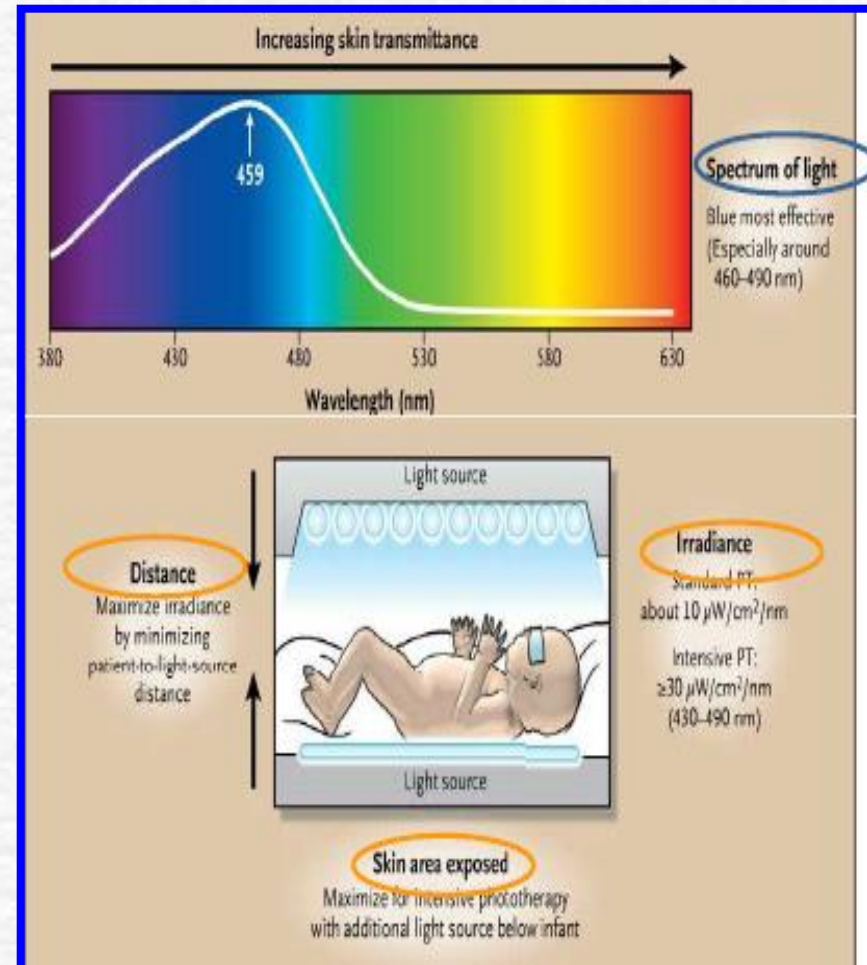
BUT

- Réduire le taux de bilirubine
- Traiter la cause
- Éviter les complications

1-la photothérapie

- Les photons générés par la source lumineuse sont absorbés par la bilirubine située dans la peau dans un spectre étroit (420- 490nm)
- Les photo dérivés formés seront éliminés directement dans les selles et urines.

- Efficacité
- Spectre 420-490 nm
- Energie lumineuse dispensée à la peau: irradiante
- Design
- Distance entre source et enfant
- Surface cutanée exposée
- Prescription raisonnée





Critère d'efficacité

- Phototh. conventionnelle: bili de 25% en 24h
- Phototh. Intensive: bili de 50% en 24h contre

- Protéger les yeux (risque de rétinopathie)
- Monitoring FR, FC, poids, diurèse, état d'hydratation, coloration des selles;
- Augmenter les apports hydriques de 10 à 20 ml/Kg/j

Le soleil ne remplace pas la photothérapie



Traitement adjuvant

Immunoglobulines:

IMF Rhésus et ABO pour limiter l'indication d'une exsanguino-transfusion

Albumine

En attendant l'exsanguino-transfusion surtout si facteur de risque surtout chez les hypotrophes, médicaments affectant la liaison bilirubine-albumine

L'exsanguino-transfusion

- Échange de deux masses sanguines (80 ml/kg/j)
- Épuration des AC ET corriger L'anémie
- Sang totale Orh négatif ou culot globulaire+PFC
- KTVO
- Arrêt de l'alimentation pour 4 h avant
- Sans interrompre la PTI

AAP 2004

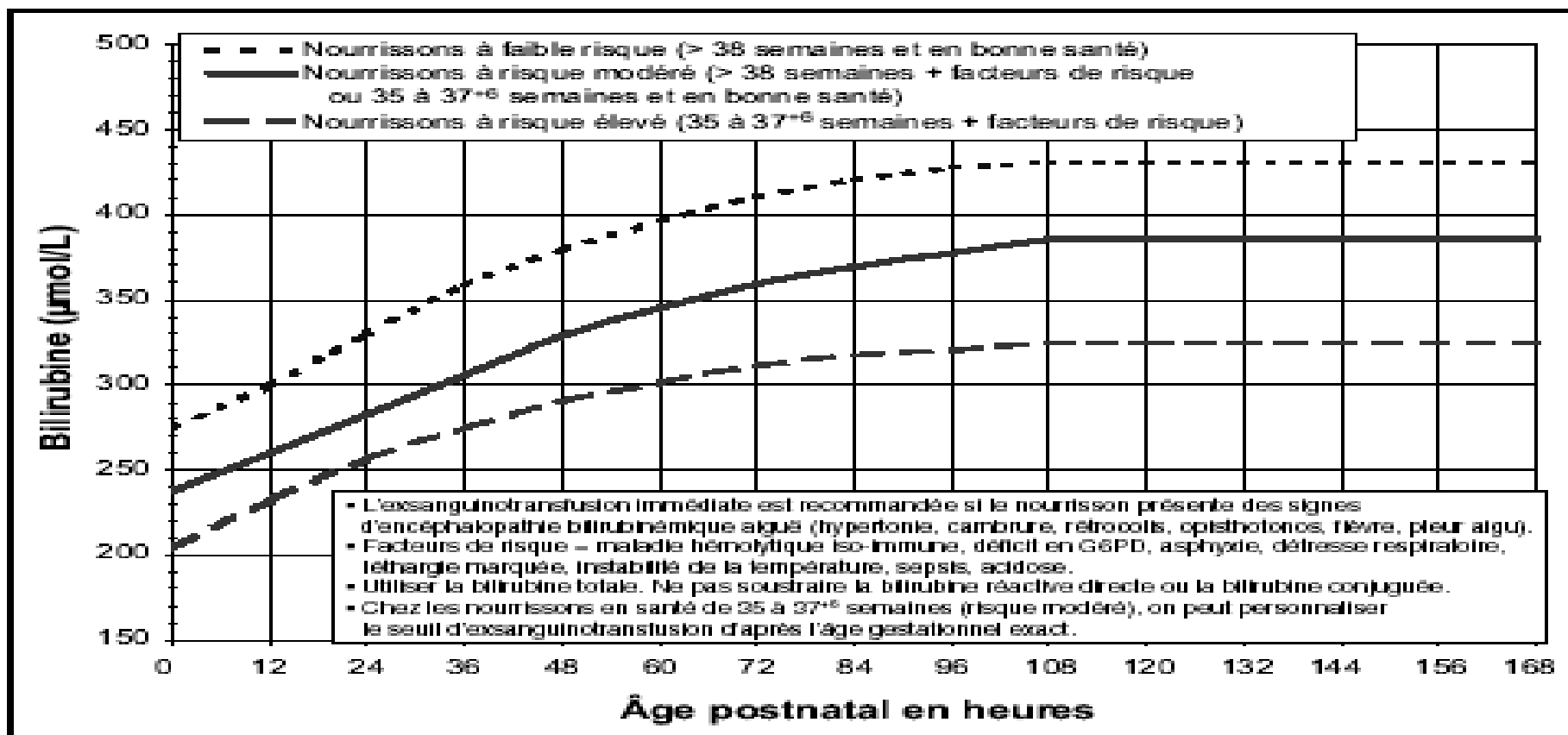
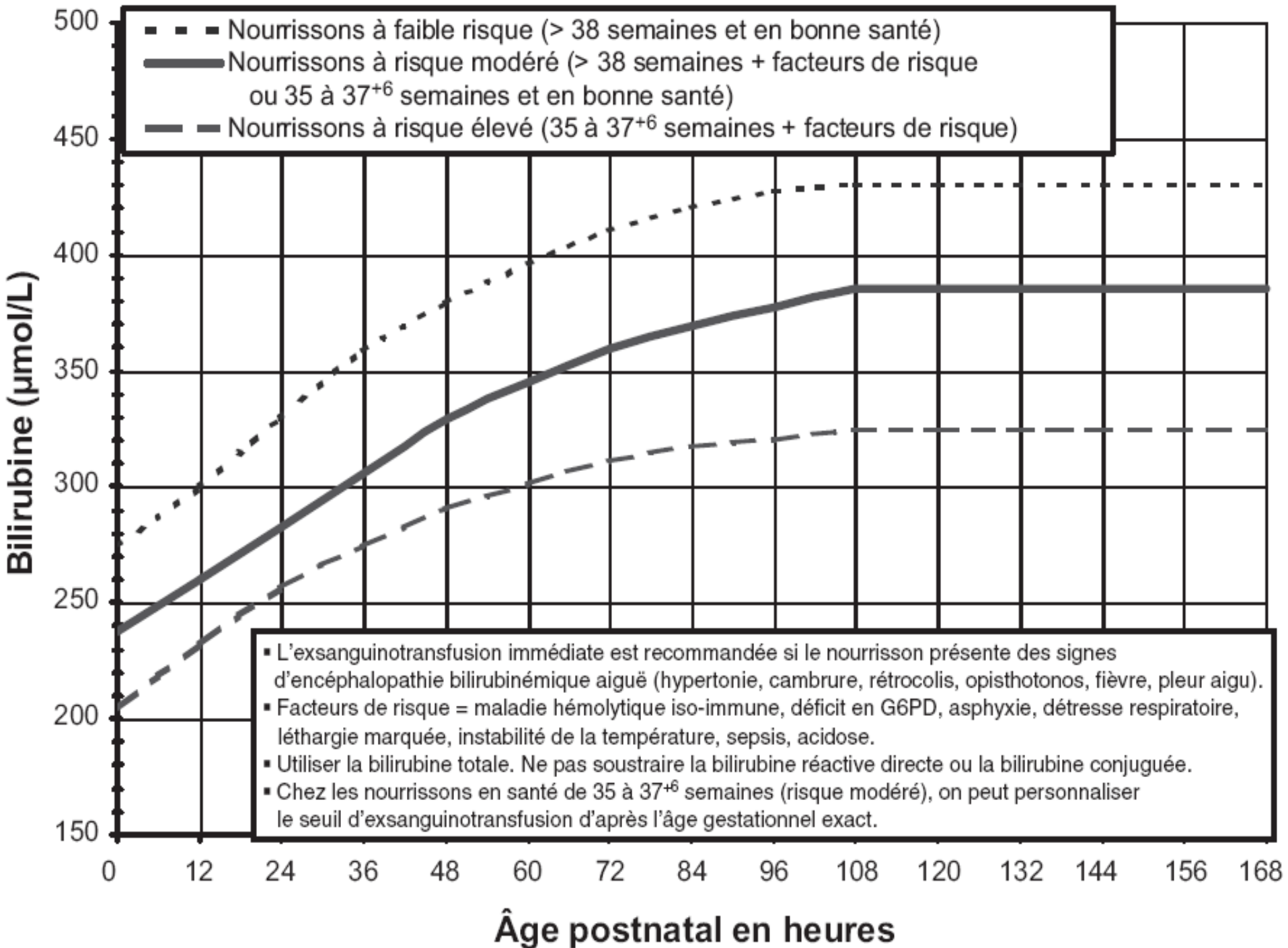
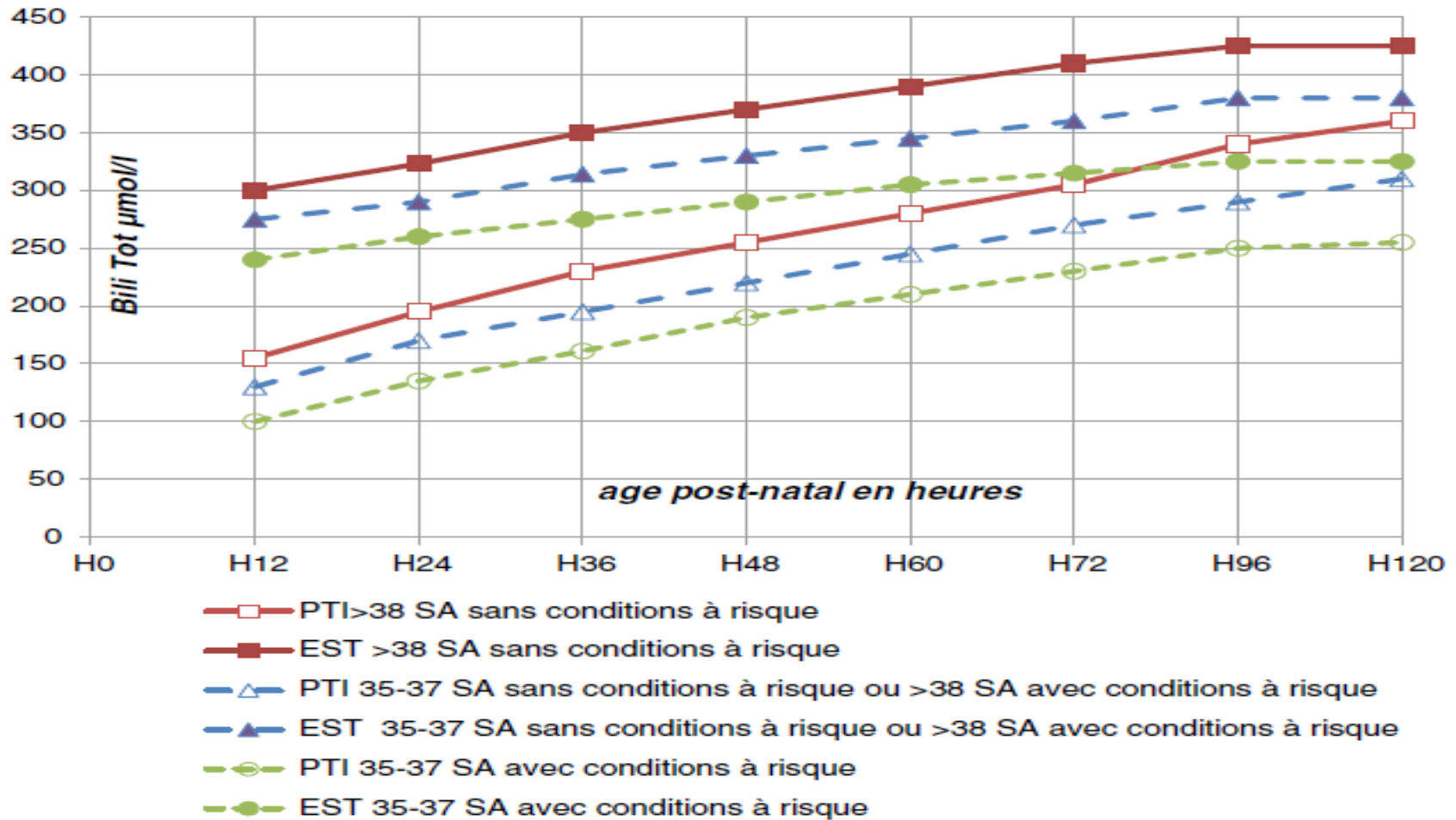


Figure 3) Lignes directrices d'exsanguinotransfusion chez les nourrissons de 35 semaines d'âge gestationnel ou plus. Ces lignes directrices se fondent sur des données probantes limitées, et les seuils indiqués sont des approximations. L'exsanguinotransfusion est recommandée lorsque la concentration de bilirubine sérique totale (BST) dépasse le seuil indiqué dans chaque catégorie



SFN



SUIVI QUOTIDIEN INDIVIDUEL DE L'ICTÈRE

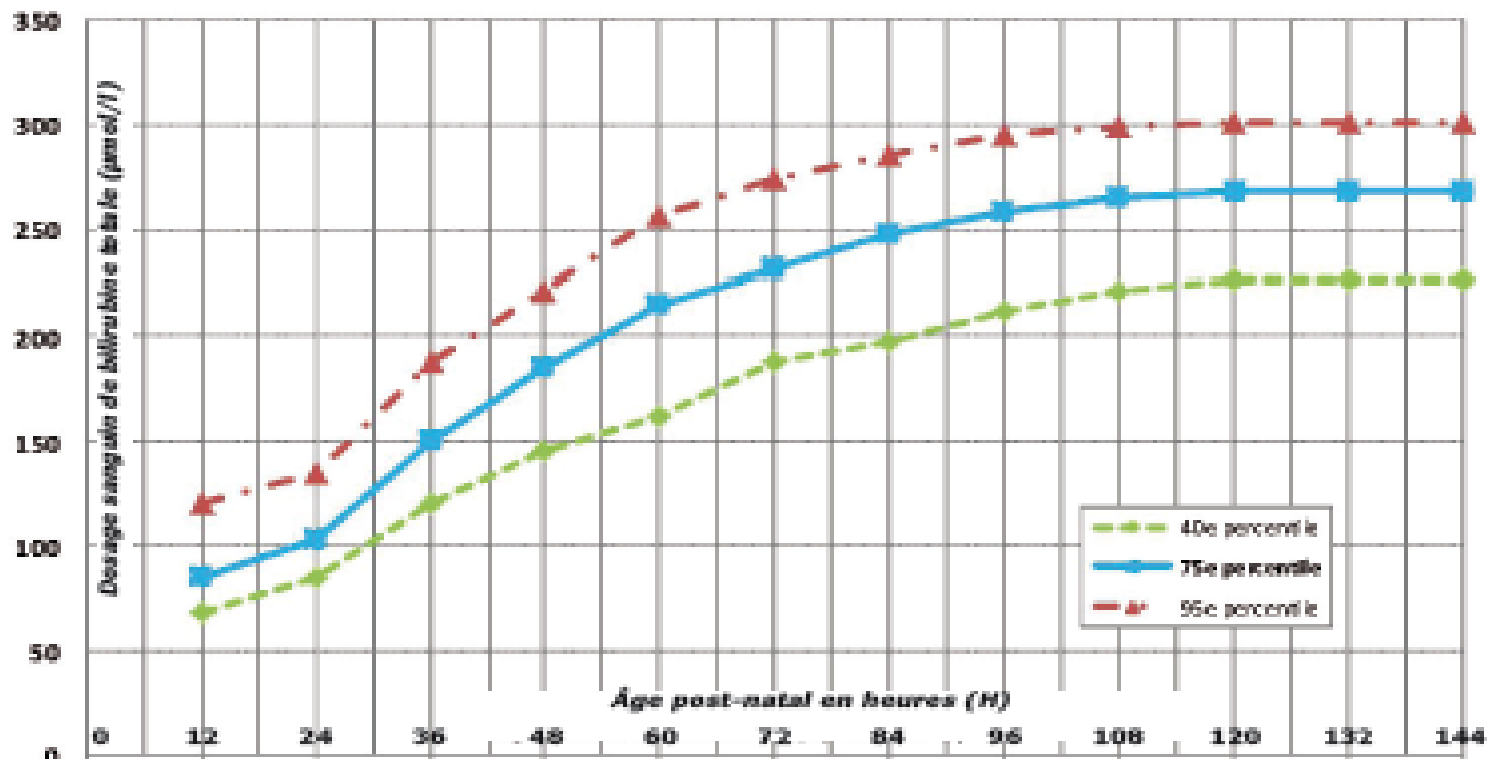
Étiquette patient

Enfant	Date N :	Heure N :	Terme :
	Poids :	Sexe :	Anticorps (élution) :
	Groupe :	Coombs direct :	
Mère	Groupe :	RAI /Anticorps :	

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère

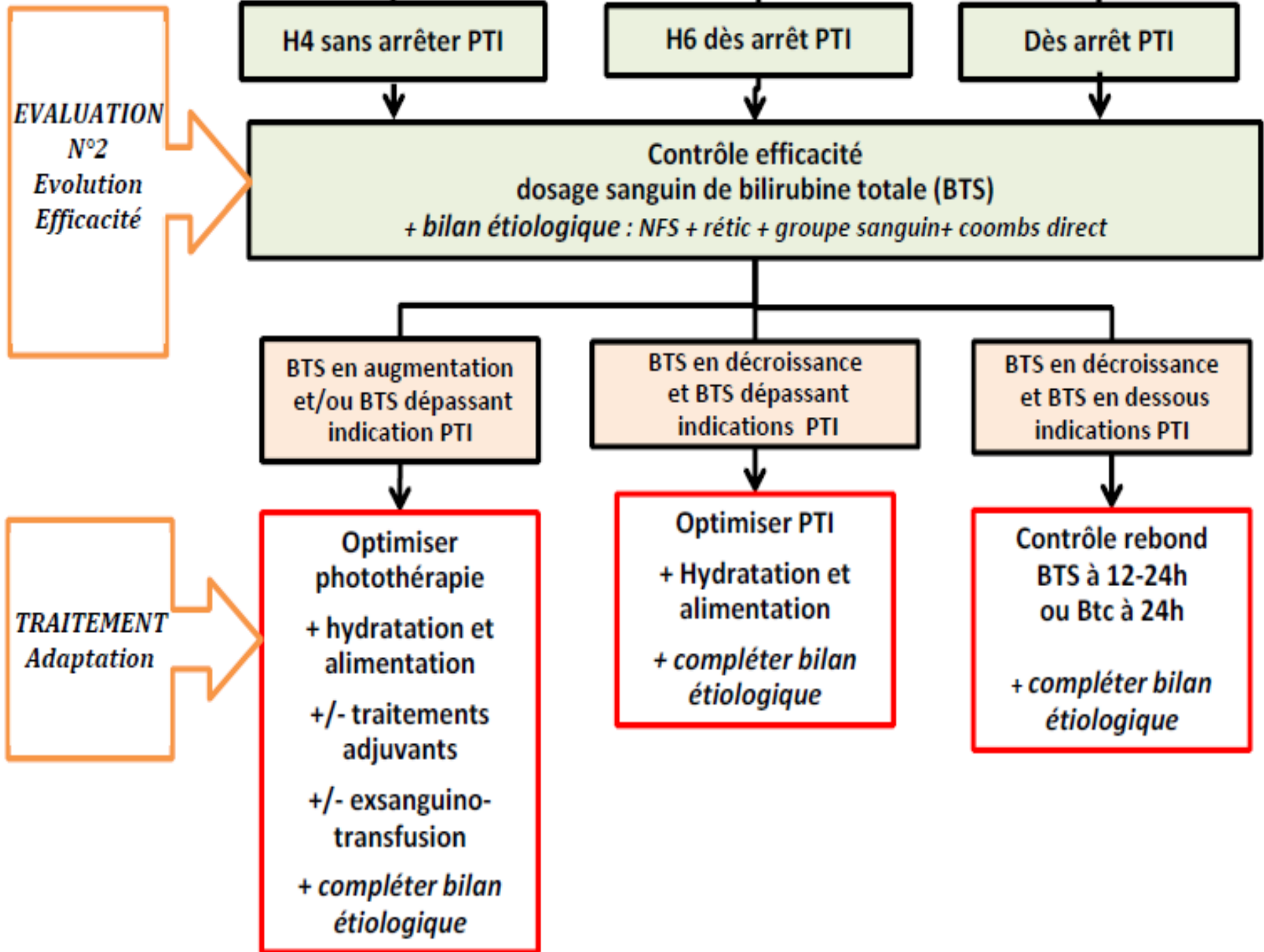
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Age gestationnel <38 SA | <input type="checkbox"/> Ictère des premières 24h |
| <input type="checkbox"/> Situation incompatibilité ABO | <input type="checkbox"/> RAI mère positive |
| <input type="checkbox"/> ATCD ictère traité fratrie | <input type="checkbox"/> 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 |

Surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre (Btc ou flash)
 Référentiel des bilirubinémies « normales » pour le nouveau-né \geq 35 SA classées en percentile
 Nomogramme d'après Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM, Pediatrics, 1999



Date	J1		J2		J3		J4		J5	
Heure										
Btc sternum										
Btc front										
Bilirubine totale sanguine										

Indication à prélever un dosage sanguin de bilirubine si Btc > 250µmol/l et/ou si Btc ≥ 75ème percentile



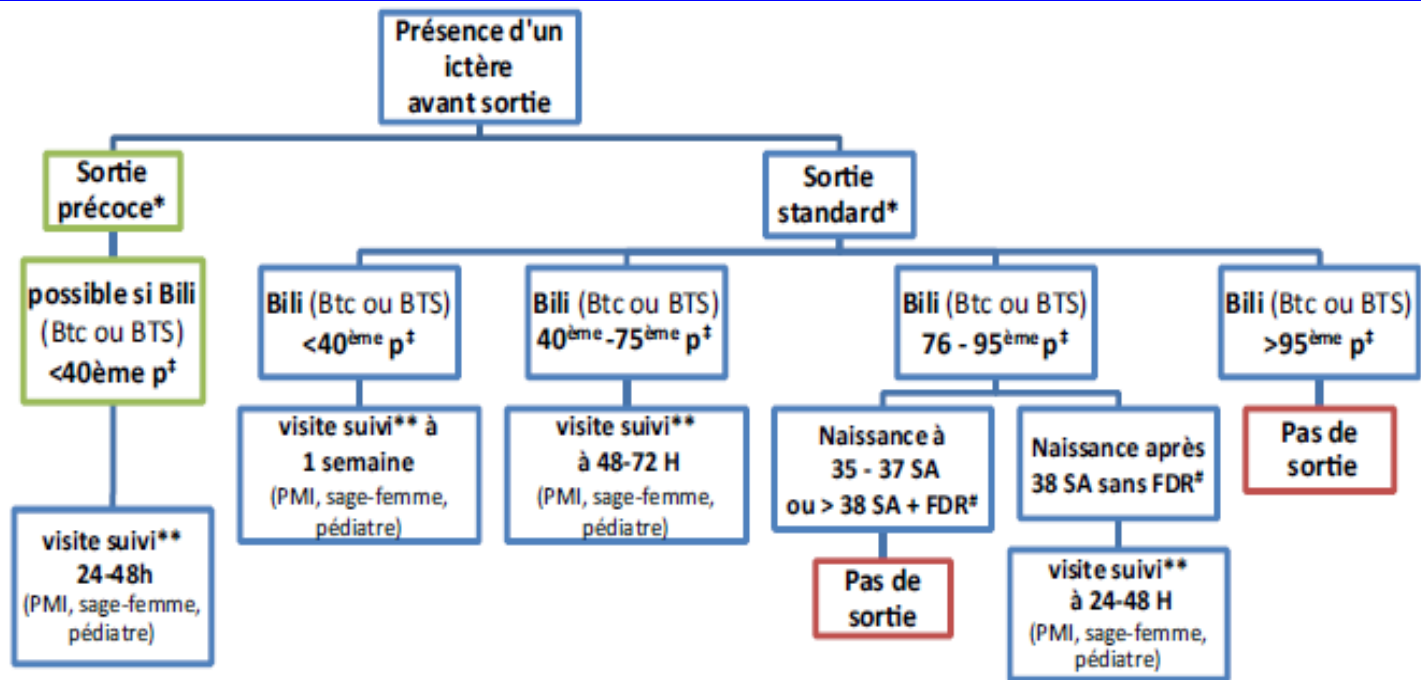


Figure 5. Algorithme de sortie et suivi. Sortie précoce* (HAS 2014) : avant 72 h si accouchement par voie basse et avant 96 h si césarienne. Visite de suivi** (HAS 2014) = évaluation de l'état général, de l'interaction mère-enfant, de l'alimentation, du poids et quantification de l'ictère. FDR[‡] : facteur de risque d'hyperbilirubinémie sévère ; Btc : bilirubinémie transcutanée ; BTS : dosage sanguin de bilirubine totale ; SA : semaines d'aménorrhée ; PMI : protection maternelle infantile ; H : heure ; p[‡] : percentile du nomogramme.

JAUNISSE ou ICTÈRE du NOUVEAU-NÉ

La PHOTOTHÉRAPIE

Ses yeux sont protégés de la lumière par des lunettes spéciales en tissu. Sa température est surveillée régulièrement, de même que son cœur et sa respiration. Souvent les selles prennent une couleur verdâtre car la bilirubine s'élimine de cette façon.

- **L'efficacité du traitement de la jaunisse est surveillée** par des dosages de la bilirubine réguliers. Dès que le taux de bilirubine diminue suffisamment, la photothérapie est arrêtée. Cela demande parfois 2 ou 3 jours, rarement plus, parfois moins. Par précaution, le taux de bilirubine est vérifié dans les 48h après l'arrêt de la photothérapie pour confirmer la guérison de l'ictère.

- La photothérapie est employée dans les cliniques et les hôpitaux. Parfois le bébé doit passer quelques jours dans un service spécialisé pour profiter des appareils de photothérapie plus efficaces.

- **Le soleil ou la lumière du jour ne doivent pas être utilisés comme traitement de la jaunisse** parce qu'inefficaces et même dangereux.

- **Si la photothérapie ne suffit pas** à faire baisser le taux de bilirubine, il y a un risque de complications pour le cerveau. On propose alors une **exsanguino-transfusion** (changement du sang de l'enfant

pour faire baisser rapidement le taux de bilirubine).

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS sur L'ICTÈRE ou SI VOTRE BÉBÉ VOUS PARAÎT JAUNE ou CHANGE DE COMPORTEMENT UNE FOIS RENTRÉ A LA MAISON

N'hésitez pas à contacter un professionnel de santé de proximité rapidement:

- Votre médecin,
- La PMI,
- La maternité où votre enfant est né.

VOTRE CONTACT :

Vous pouvez aussi appeler la **permanence médicale du CNRHP (Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale) au 01 71 97 03 01** qui assure conseils, consultations pour l'ictère.

Tous les enfants peuvent avoir une jaunisse. Elle est dépistée et surveillée pendant le séjour en maternité. après transformation par le foie. Parfois la jaunisse se voit mieux au niveau des yeux, de la paume des mains, des muqueuses.

Le plus souvent, elle disparaît seule mais un enfant sur dix devra être traité. Parfois, la jaunisse se prolonge ou s'aggrave et c'est la cause numéro un des retours à l'hôpital pour les nouveau-nés.



QU'EST-CE QUE LA «JAUNISSE» ?

En langage médical, la jaunisse s'appelle «ictère».

Elle correspond à la coloration jaune observée sur la peau des nouveau-nés. Elle provient de l'accumulation dans le sang d'un colorant : **la bilirubine**

La bilirubine est formée en permanence lors de la destruction des vieux globules rouges du sang. Elle s'élimine dans les urines et dans les selles,

Les bébés de toute origine et de toute couleur de peau peuvent avoir une jaunisse.

POURQUOI LES NOUVEAU-NÉS ONT SOUVENT LA JAUNISSE ?

Chez tous, chaque jour, des globules rouges arrivent en fin de vie et meurent. Ils libèrent alors de la bilirubine. Et la production de bilirubine est plus importante chez le nouveau-né que chez l'adulte.

Chez l'adulte en bonne santé, le foie élimine facilement la bilirubine produite : il n'y a pas de jaunisse.

Pendant la grossesse, la bilirubine formée par le bébé est éliminée par l'organisme de la maman.

A la naissance, le nouveau-né doit s'adapter à sa vie autonome. Son corps doit apprendre progressivement à digérer et à s'alimenter. Le foie apprend aussi «apprendre» à partir de la naissance à transformer la bilirubine pour qu'elle s'élimine.

SUIVI

- Développement psychomoteur
- PEA
- Suivi ophtalmologique

Le plan

1. Généralités
2. Diagnostic positif
3. Diagnostic étiologique
4. Diagnostic de gravité
5. La prise en charge
6. conclusion

- ☞ Mise à jour régulière des connaissances
- ☞ Sensibilisation parents/PMI
- ☞ Dossier obstétrical/carnet de santé +++
- ☞ Ictère symptôme bénin avec une neurotoxicité potentiel **évitable**
- ☞ Sortie précoce de la maternité +++
- ☞ Espoir en Algérie=**Guthrie**
- ☞ **L'ictère ne contre indique ni la vaccination ni l'allaitement maternel**



Merci