

L'ictère est fréquent et banal chez le nouveau-né. Un peu plus de la moitié des nouveau-nés à terme développent un ictère dans la première semaine de vie qui est qualifié «**d'ictère physiologique**». Cet ictère culmine à 3 ou 4 jours de vie et disparaît avant la fin de la première semaine de vie.

L'objectif est donc de dépister les hyperbilirubinémies intenses ou susceptibles de le devenir sans déclencher d'inquiétudes parentales excessives ni décourager la pratique d'un allaitement maternel ni entraîner de traitement inutile.

Un ictère banal peut être majoré par des apports caloriques insuffisants et une perte de poids excessive, en particulier chez l'enfant allaité. Il est donc important de proposer une première tétée précoce puis des tétées fréquentes jusqu'à la montée laiteuse en bannissant les apports d'eau, d'eau sucrée ou de tisanes quelconques.

DEPISTAGE DE L'ICTÈRE

L'ictère devient apparent à partir de taux de bilirubine totale de l'ordre de 90-100 μmol . Une bonne appréciation nécessite un éclairage à la lumière du jour et s'apprécie par la pression de la peau qui fait alors ressortir la teinte jaune. Une estimation clinique de l'importance d'un ictère peut être réalisée par son degré d'extension qui progresse de la tête jusqu'aux pieds. Un ictère débutant se cantonne à la face et au cou. Il descend sur le tronc jusqu'à l'ombilic pour des taux autour de 200 μmol . Les pieds et les mains, y compris paumes et plantes, sont colorés pour des taux de bilirubine supérieurs à 250 μmol . Cependant chez l'enfant à la peau foncée, le risque d'erreur est grand et l'ictère peut être sous-estimé.

Un ictère visible indique l'utilisation systématique du bilirubinomètre qui mesure la bilirubine trans-cutanée. L'étalonnage doit être soigneux et comporter deux mesures (front et sternum). On retient le chiffre le plus élevé. L'approximation varie de 35 à 50 $\mu\text{mol/l}$. Ce dépistage est validé chez les enfants à peau noire. Chez l'enfant sous photothérapie, le blanchiment de la peau fausse les mesures et on risque de sous-estimer le taux de bilirubine. Il faut donc attendre plus de 6 heures après une exposition à la photothérapie avant de refaire une mesure.

En cas d'ictère notable, **le taux est reporté quotidiennement sur le diagramme** en fonction de l'âge en heures. Cette estimation doit toujours être confirmée par un taux de la Bilirubine sanguine si l'on retrouve un taux élevé faisant discuter une photothérapie.

INDICATIONS DU DOSAGE SANGUIN DE LA BILIRUBINE

- **Ictère précoce** (apparu avant 24 heures de vie) ou **notion d'immunisation foeto-maternelle** durant la grossesse. Prélever alors en plus Groupe Rh, test de Coombs et CRP.
- Ictère avec **antécédent de photothérapie dans la fratrie** ou déficit familial connu en **G6PD**
- Ictère après **souffrance fœtale** à la naissance ou **volumineuse bosse séro-sanguine**
- Ictère avec **contexte infectieux** possible. Vérifier en plus la CRP
- Ictère avec **Bilirubine trans-cutanée approchant ou supérieure au taux** de mise sous photothérapie d'après le diagramme joint.

INDICATIONS DE LA PHOTOTHERAPIE

LA PHOTOTHERAPIE N'EST JAMAIS UN ACTE ANODIN. ELLE NE SERA DEBUTÉE QU'APRES AVIS DU PEDIATRE DE GARDE, DE LA SAGE-FEMME OU DE LA PUERICULTRICE ET SUR MESURE DE LA BILIRUBINE SANGUINE

Son indication dépend de ce taux sanguin, du terme et de l'âge en heures de l'enfant comme indiqués sur le diagramme ainsi que l'allure évolutive de l'ictère. Dans l'indication peuvent également intervenir l'existence de facteurs aggravants (résorption d'hématomes, polyglobulie, incompatibilité foeto-maternelle, perte de poids importante surtout en cas d'allaitement maternel, anoxie néo-natale, contexte infectieux...).

Sur le diagramme de la Bilirubine en fonction de l'âge,

- **La courbe supérieure** concerne les enfants nés à terme (> 38 sem.) ou les enfants avant terme (< 38 sem.) sans pathologie connue, séjournant donc en **UNITÉS DE SUITE DE COUCHES**
- **La courbe inférieure** s'adresse aux enfants prématurés (< 38 sem.) ou aux enfants nés à terme mais présentant une pathologie, séjournant en **UNITÉ « KANGOUROU »**

CAS PARTICULIER DES SORTIES PRÉCOCES (< 72 H) et des « HAD » (Hospitalisations à domicile)

Le risque d'ictère secondaire méconnu est notable surtout dans certaines circonstances : - prématurité < 38 semaines,

- ictère déjà visible à la sortie,
- allaitement maternel,
- perte de poids initiale proche de 10% ou plus,
- antécédent d'ictère intense dans la fratrie.

Le jour de la sortie faire, en cas d'ictère visible, une Bilirubine trans-cutanée qui servira de référence et permettra d'estimer ce risque d'ictère plus tardif (un taux faible a toutes les chances de le rester). En cas de taux limite ou d'indisponibilité du bilirubinomètre, une Bilirubine sanguine est prélevée et devra être connue avant la sortie, conditionnant celle-ci.

La Bilirubine trans-cutanée est ensuite mesurée tous les jours par la sage-femme référente et reportée sur la courbe afin d'apprécier au mieux l'évolutivité de cet ictère. En cas de difficultés, en discuter avec le Pédiatre de garde.