Rentré (trop) tôt ?

Les pathologies du nourrisson dans le cadre du retour précoce à domicile

SSMG 2019

D. Weynants Pédiatre

Quelques définitions

- Définition du retour précoce à domicile (du point de vue du bébé)
  - Retour avant 72h de vie accomplies
  - Adaptation cardiaque néonatale
  - Mise en route de l'alimentation (stt AM)
- Retour très précoce
  - Retour à domicile dans les premières 24h de vie
    - Accouchement à domicile
    - Retour après naissance en MDN
    - Sortie très précoce de l'hôpital (projet MDN/naissance hôpital)

Quelques chiffres

TABLE 1 Length of Stay and Timing of Readmission by Diagnostic Category ($N = 67$)

Indication for Readmission	Age at Initial Discharge	Age at Readmission
Hyperbilirubinemia, $n = 50$	2.4 ± 1.3	4.5 ± 2.2
Feeding difficulty, $n = 23$	5.5 ± 5.2	10.4 ± 8.1
Hypothermia, $n = 8$	6.3 ± 6.3	9.3 ± 7.3
Suspected infection, $n = 16$	5.3 ± 4.3	13.0 ± 7.4

Data are presented as mean ± SD in days. Diagnostic categories are not mutually exclusive.

1861 enfants – 3,6% de réadmission < 28 jours de vie

- Factors Associated With Readmission in Late-Preterm Infants: A Matched Case-Control Study Laurel B. Moyer, Neera K. Goyal, Jareen Meinzen-Derr, Laura P. Ward, Christina L. Rust, Scott L. Wexelblatt and James M. Greenberg *Hospital Pediatrics* 2014;4;298 DOI: 10.1542/hpeds.2013-0120

Cas clinique 1

- BL, antécédents parentaux et grossesse sans particularités, accouchement à terme, voie basse, céphalique, eutocique, PN 3.860g
- Séjour à la maternité : ictère à J2, bilirubine totale 16,2 mg/dl ; D 0,51 mg/dl
- Photothérapie J2 – J3 => bili T 18,2mg/dl; D 1,07 mg/dl
- Photothérapie J3 – J4 => bili T 15,3 mg/dl => RAD
- Bili T J5 18,7mg/dl ; D 0,3mg/dl (à domicile)
  - Quelle serait votre attitude ?
  - Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Cas clinique 1

- Groupe sanguin maman O Rh +, groupe sanguin papa A Rh +
  - Groupe BL A Rh +; coombs direct +
  - Examen clinique normal hormis l'ictère

  - => ictère à bilirubine indirecte sur incompatibilité ABO
  - => réhospit à J6, Bili T 20,47 mg/dl ; D 1,16mg/dl
    - Nouvelle cure de photothérapie intensive 24-48h

HYPERBILIRUBINEMIE

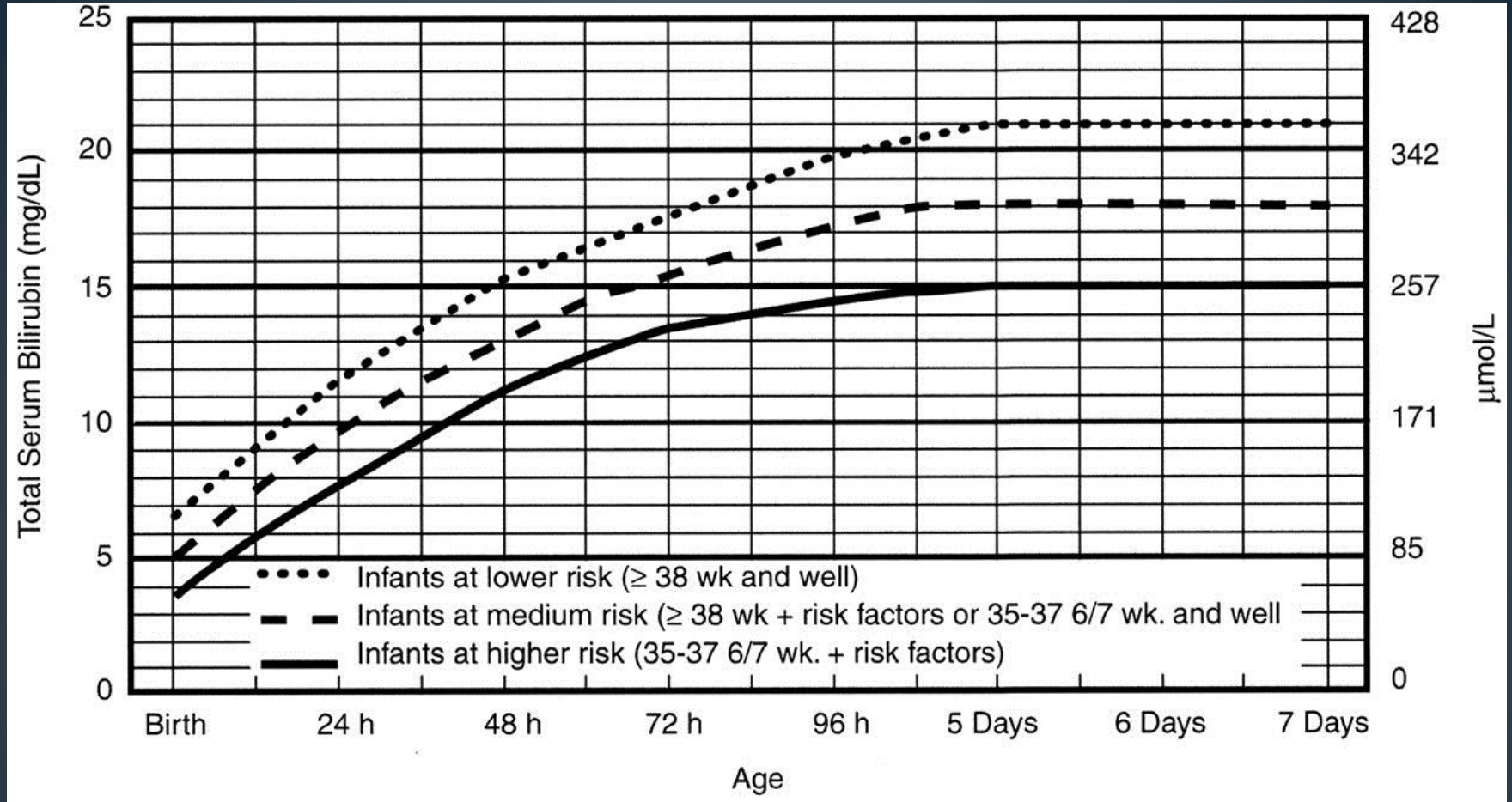
Ictère à bilirubine indirecte du nouveau-né

- Courbe d'établissement physiologique de l'ictère à partir du jour 3-4 de vie = après le retour précoce à domicile

- Repérer les nouveau-nés à risque
  - Prématurés, accouchement dystocique (résorption d'hématomes)
  - Antécédent familial
  - Incompatibilité ABO/Rh
    - = contrindications « relatives » au retour précoce

Ictère à bilirubine indirecte du nouveau-né

- Bilirubinémie sanguine versus transcutanée
  - Utilisation de plus en plus répandue du « bilicheck »
  - = dépistage de la bilirubinémie par voie transcutanée (non invasif)
    - Ne permet qu'un dépistage
      - Peu fiable dans les valeurs hautes
      - Ne détecte que la bilirubinémie « superficielle »
      - N'est plus utilisable après photothérapie (cfr supra)
  - ➔si valeur pathologique ou limite
    - = contrôler par bilirubine sanguine (T+D)



- Use total bilirubin. Do not subtract direct reacting or conjugated bilirubin.
- Risk factors = isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, sepsis, acidosis, or albumin < 3.0g/dL (if measured)
- For well infants 35-37 6/7 wk can adjust TSB levels for intervention around the medium risk line. It is an option to intervene at lower TSB levels for infants closer to 35 wks and at higher TSB levels for those closer to 37 6/7 wk.
- It is an option to provide conventional phototherapy in hospital or at home at TSB levels 2-3 mg/dL (35-50mmol/L) below those shown but home phototherapy should not be used in any infant with risk factors.

Ictère à bilirubine indirecte du nouveau-né

- Prise en charge
  - Ictère physiologique
    - Hydrater (AM ++), exposer à la lumière (attention chaleur/courants d'air!)
  - Ictère pathologique du nouveau-né
    - = fonction courbes
    - Photothérapie +/- bilan complémentaire
      - => hospitalisation

Cas clinique 2

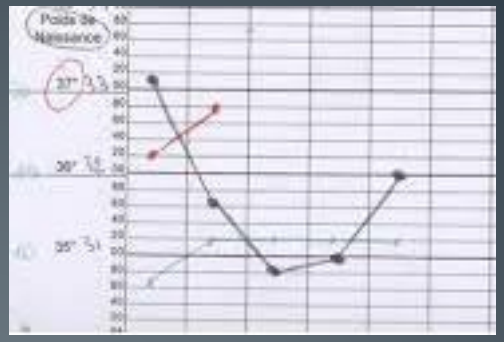
- BW, antécédents parentaux et grossesse sans particularités, accouchement à 37 semaines, voie basse, céphalique, eutocique, PN 2,900g
- Séjour à la maternité : perte de poids max 7% du PN à J2, reprise de 40g le jour de la sortie à J3
- Suivi par SF à domicile, retour au poids du J2 à J4; perte de 15% du PN à J7
  - Quelle serait votre attitude ?
  - Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Cas clinique 2

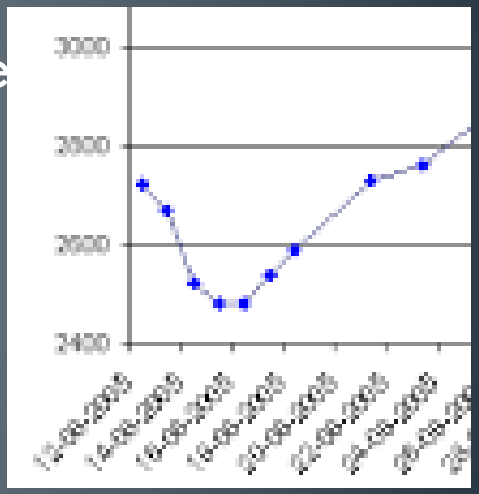
- Bébé dort TB (nuits de 8h), réclame en journée toutes les 4-6h (4-5 tétées /24h en moyenne)
- Urines normales, selles normales, pas d'ictère
  - => ré-hospitalisation
  - => bilan de base : bio et urines : normal
  - => observation des tétées :
    - Bébé reste 30 min au sein
    - Tète mais ne dégluti pas / s'endort rapidement mais se réveille si maman veut le retirer / tétée pas plus efficace ensuite
    - Tire-lait : 120 cc, donné à la tasse => boit 60 cc d'emblée
    - Consultante en lactation : correction de la position au sein + conseils maternels
    - Poids le lendemain : remonté au poids de sortie de la mat, + 40g à J2 d'hospit => RAD avec suivi rapproché

DIFFICULTES ALIMENTAIRES/DE PRISE DE POIDS

Croissance néonatale



- **Croissance physiologique**
  - Perte de poids physiologique les premiers jours
  - Ne pas dépasser 10% du poids de naissance
  - Reprise àpd 3-4° jour souvent en lien avec la
    - montée de lait maternelle
  - Prise de poids ultérieure de +/_ 15-30g/j
  - Reprise poids de naissance +/_ à J10-15



- **Nouveau-nés de petit poids de naissance (dysmatures) et prématurés**
  - Prise de poids peut prendre un peu plus longtemps (reprise poids de naissance à J15-21)

Alimentation du nouveau-né (1)

- Allaitement maternel
  - Lait maternel
    - Colostrum premiers jours
    - « Montée de lait » J2-4
  - Fréquence des tétées
    - Première tétée dans les 2 premières heures de vie
    - Min 3x les premières 24h
    - Moyenne d'1 tétée/3-4h (= 6-8tétées/24h)
    - Durée moyenne 15-20 min efficace
      - Tire 2-3x puis dégluti
  - Suivi poids/urines > 24h de vie = meilleur indicateur de
  - AM douloureux, penser :
    - frein de langue => section (Pédiatre, ORL, Stomato)
    - Crispation de la mâchoire (Ostéo, kiné)

Assistance à la lactation : coordonnées

- Consultation allaitement CHU UCL NAMUR – Site Ste Elisabeth 081/720 597
- Information allaitement : 02/242 99 33
- Leche League : 02/268 85 80
- Dr Katia Cherton : 081/58 86 60

- Le complément au biberon n'est jamais la première solution à envisager !!!!

Alimentation du nouveau-né

- Allaitement artificiel
  - Lait HA si ATCD familiaux d'allergies / Lait pour préma (PN < 2500g)
  - Quantités
    - 5-10cc premiers biberons
    - Augmentation en fonction bébé (+/- +10cc/bib/jour de vie)
    - Viser 50-60cc/3-4h à 1 semaine de vie
  - Suivi poids/urines > 24h de vie = meilleur indicateur de la qualité de la prise alimentaire
  - Accompagner réalisation des premiers biberons
- Régurgitations = physiologiques
- Se méfier des vomissements actifs et surtout bilieux !!

Cas clinique 3

- HB, antécédents parentaux et grossesse sans particularités, accouchement à terme, voie basse, céphalique, eutocique, PN 3.450g
- Séjour à la maternité : RAS, reprise de poids entamée à J3, RAD
- A J12, un pic fébrile à 38,0°C, redescendu en le déshabillant
  - Quelle serait votre attitude ?
  - Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Cas clinique 3

- Sérologies maternelles normales, frottis vaginal Strepto B négatif, absence de FR infectieux néonataux (à terme, RPE < 18h, pas de fièvre maternelle durant le travail)
- Contage dans l'entourage négatif
- Saison : printemps
  - => Admis en salle d'urgences, ex clinique non contributif mais un peu plus endormit et grincheux
  - => Bilan initial : bio (CRP 20mg/dl; 15000 GB (70% N)) ; urines (50GB) ; PL (10GB; 0GR, Glycorachie > 75% glycémie, prot normales)
  - => antibiothérapie empirique IV (Amoxi/claforan)
  - => diagnostic :
    - pyélonéphrite aiguë

Nouveau-né à risque infectieux

Prophylaxie des infections à streptocoque du groupe B

- Nouveau-né à risque
  - FR : atcd bébé précédent infecté GBS, Urines +, FV +, préma < 37 semaines, RPE > 18h, fièvre maternelle (et chorio-amnionite)
  - NN sympto/chorio = CNN + AB d'emblée
  - NN à risque/AB prophylaxie inadéquate : suivi clinique/4-6h +/- bio H12 + H36 et surveillance clinique 48h
  - NN non à risque : suivi habituel (ex : FV inconnu mais pas de FR)

Infections chez le nourrisson de moins de 3 mois

- Early Onest Sepsis (0-7 jours de vie)
  - Majorité = Strepto B (cfr dia précédente)
  - Autres causes : sepsis bactérien, infection urinaire fébrile, méningite bactérienne, …
  - Identifier les facteurs de risque (prématurité, rupture prolongée de la poche des eaux et fièvre maternelle) => référer
- Late Onset Sepsis (8-90 jours de vie)
  - Causes : sepsis bactérien dont formes tardives des infections à Strepto B, infection urinaire fébrile, méningite bactérienne, arthrite septique, viroses…
- => nourrisson de moins de 3 mois fébrile = hospitaliser
  - Step-by-step

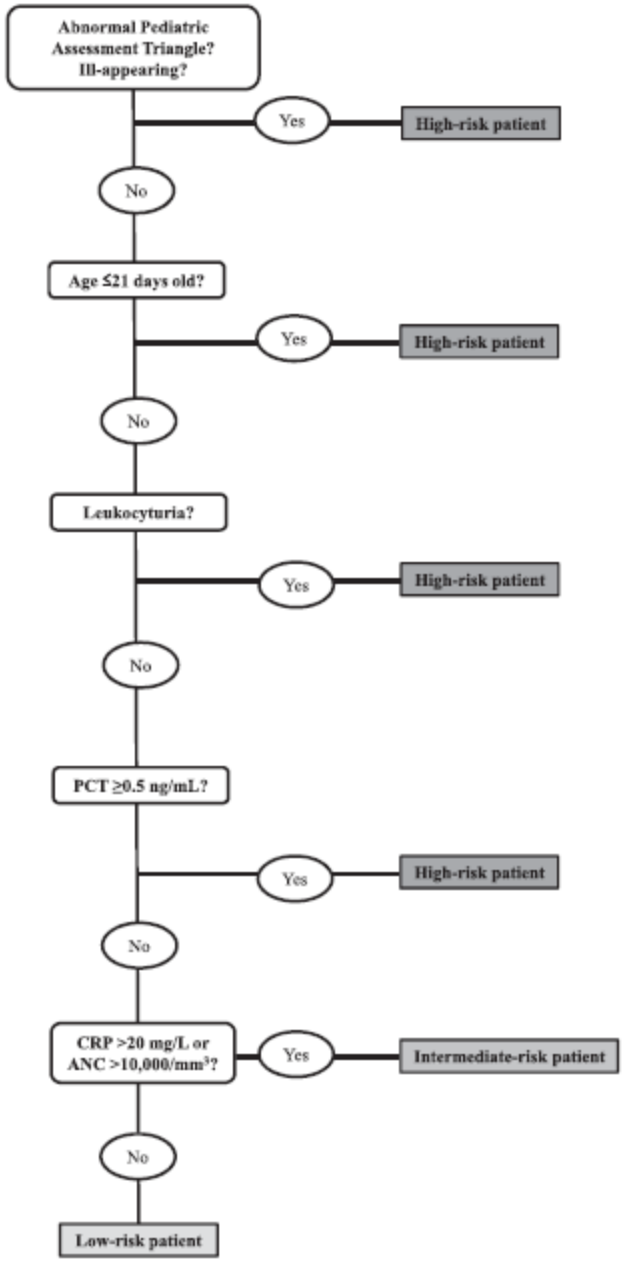


FIGURE 1
The Step-by-Step approach.

- 2185 enfants
  - 87 infections bactériennes invasives
    - 96% des sepsis bactériens
    - 100% des méningites bactériennes
  - Sensibilité 92%, VPN 99,3%

- Critères
  - Antécédents
  - Age
  - Aspect clinique
  - Analyse d'urines
  - Prise de sang avec dosage CRP, PCT, Numération et hémoculture

Cas clinique 4

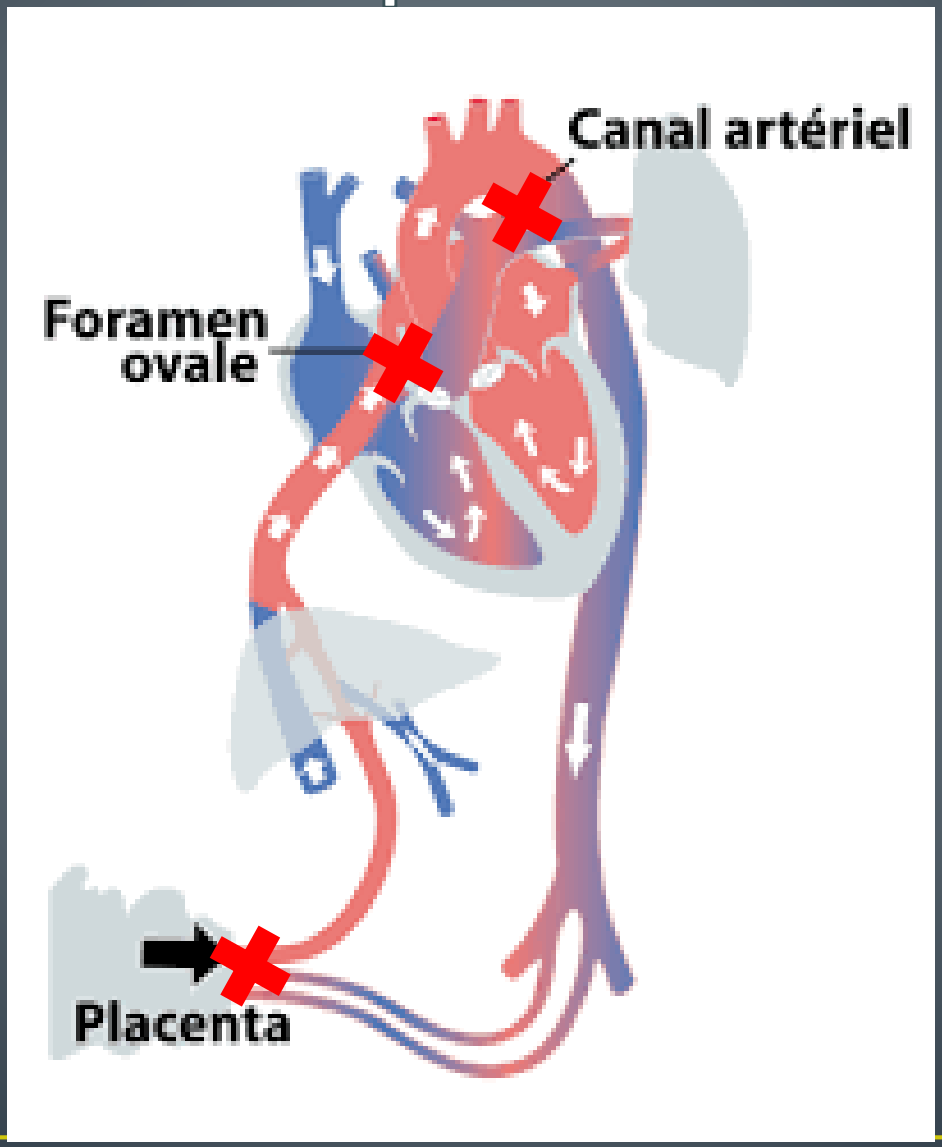
- ML, antécédents parentaux et grossesse sans particularités, accouchement à terme, voie basse, céphalique, eutocique, PN 4,000g
- Séjour à la maternité : RAS, reprise de poids entamée à J2, RAD
- A J10, consultation retour précoce systématique, souffle systolique 3-4/6 en parasternal gauche
  - Quelle serait votre attitude ?
  - Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Cas clinique 4

- Boit TB/3-4h, belle prise de poids (PN repris à J7), pas d'essoufflement, pas d'hypersudation, pas de cyanose y compris aux pleurs
- Echocardiographie à J12 :
  - Communication interventriculaire restrictive
  - Suivi échographique/6 mois
  - Opéré à 2 ans pour persistance de la CIV et début de décompensation cardiaque

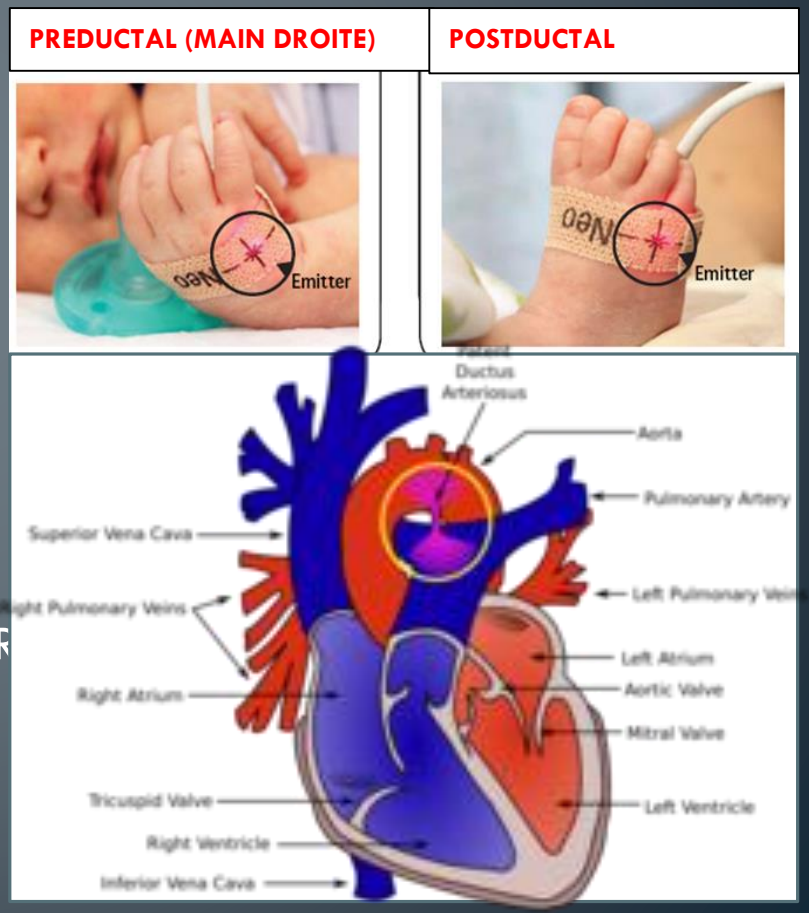
CARDIOPATHIES CONGENITALES

Circulation cardiaque foetale

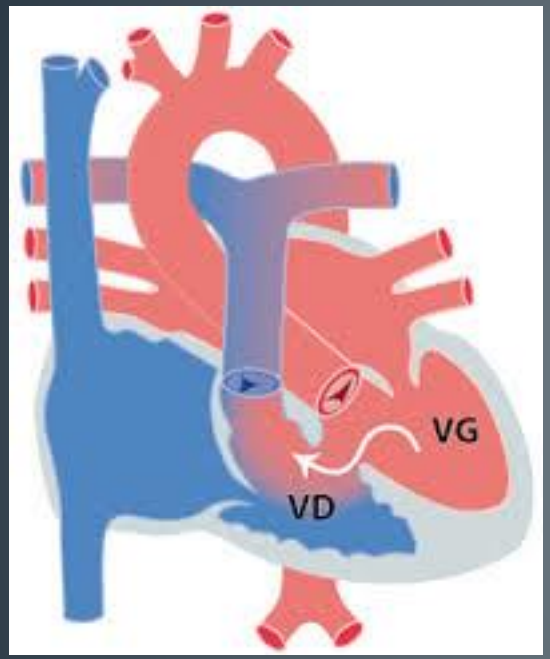


Dépistage des cardiopathies cyanogènes

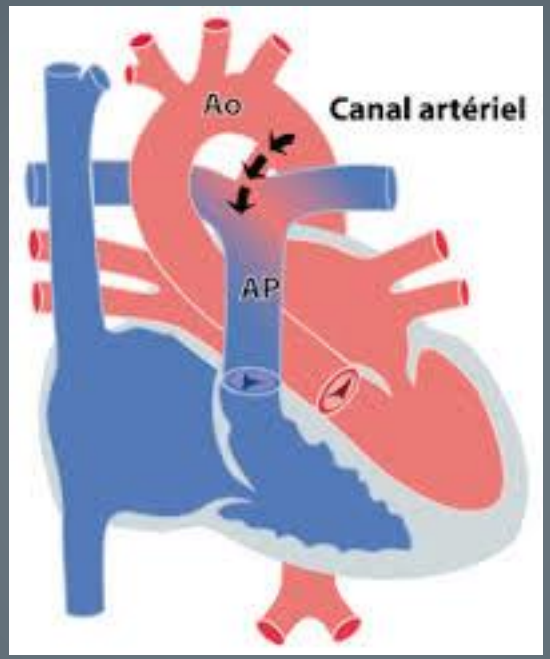
- Contrôle de la saturation pré et post-ductale
  - **ANORMAL**
    - 1 des 2 saturations < 90%
  - **DOUTEUX**
    - Les 2 saturations entre 90-94 %
    - et/ou différentiel >3% entre les 2
    - Contrôle après 1 heure (max 3x)
  - **NORMAL**
    - Les 2 saturations >95%
    - Et < 4% de différentiel
- Prise en charge
  - Transfert CNN
    - Contrôle SATU/TA 4 membres au MCR
    - Echo cœur dans la journée si confirmé



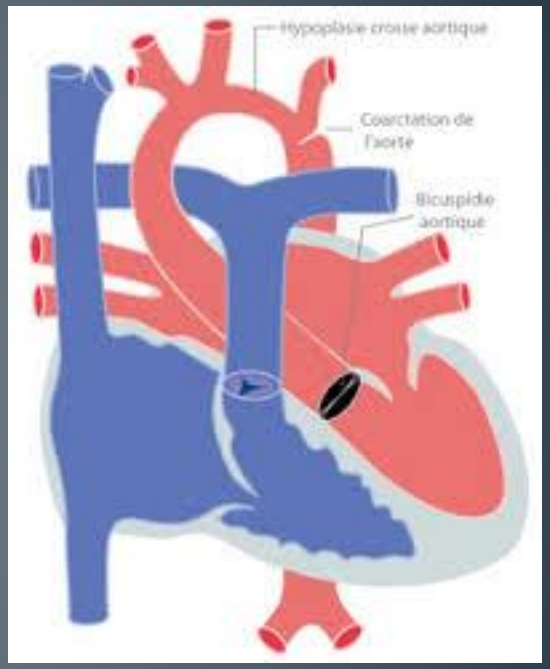
Malformation cardiaques post-natales



CIV



PDA



CoAo

Demande d'échographie cardiaque chez un nouveau-né

- CHU UCL NAMUR – Site Ste Elisabeth
  - Dr François Leclercq
    - 081/70 23 72 (direct)
    - 081/72 05 50 (secrétariat)

Merci de votre attention !

Service de pédiatrie

CHU UCL Namur – Site Ste Elisabeth

Dr D. Beckers – Chef de service
Dr F. Leclercq – Cardiopédiatrie
Dr V. Sevrin – Clinique du poids
Dr D. Weynants – Consultation de l'adoption et maladies tropicales
Drs D. Beckers; T. Mouraux – endocrinopédiatrie, diabétologie pédiatrique
Drs S. Jespers; Dr L. Pain – Gastro-entérologie pédiatrique
Dr M. Melchior; Dr M. Toniolo – Néonatologie
Drs M. Deprez; S. Gérard; M. Mathot – Neuropédiatrie
Drs C. Canseliet; C. Giourgas– Pédopsychiatrie
Drs E. Gueulette; Dr V. Somville –Pneumopédiatrie
Dr N. Dejonge – Troubles de la scolarité

15 place louise Godin 5000 Namur
Tel : +32 (0) 81 720 475-505

LIGNE DIRECTE MEDECINS TRAITANTS : 081/702373

VARIAS

Varias

- Granulome du cordon ombilical
- Gynécomastie
- Cristaux d'urate

Granulome du cordon ombilical

Gynécomastie physiologique avec galactorhée

Cristaux d'urate