

Sorties précoces craintes des pédiatres

Maternité CH René Dubos Pontoise

PHTP SEILANIAN

Bassin de vie

- Ville nouvelle de Cergy Pontoise en pleine expansion démographique.
- Population jeune multiculturelle.
- Raréfaction des petites structures.
- Monopole de la maternité de Pontoise sans autre alternative.

Nombre de naissances

- Explosive 3300 en 2000 et 4500 en 2007
- Saturation des lits-transferts difficiles
- Solution « sorties précoces »
- Diminution DMS (J3VB et J5 césar)
- avec HAD si suivi particulier
- Option HAD: J2 VB - J3 ou 4 césar

Problématique pédiatrique

- Le suivi de l'ictère
- L'alimentation en particulier allaitement
- Le dépistage des cardiopathies

L'ictère vignette clinique

- Théo né le 19/08 à Perpignan en vacances
- 3ème enfant mère A+ RAI négatives
- Accouchement VB avec ventouse à 36 semaines
- PN 3130g
- Sortie J3 ictère 250 micromol/l
- Allaitement maternel poids 2960g (-170g)

Retour de vacances à Pontoise

- J8 la grand mère « tu ne trouves pas ton petit un peu jaune » vas donc à la maternité
- J8 18h BTC 338 BiliT 500/10
- ratio bili/albumine à 1
- hospitalisation PTI continue + albumine perfusion
- poids 2870g (- 100g du poids de sortie et -260 g du PN à J8)

Causes de l'ictère ?

- Groupe mère /bébé A+
- Coombs négatif / RAI négatives
- Hémolyse = 0 : hb 16 g/l retic 1%
 - G6PD N1 - Ekta N1e
- Infection = 0 : CRP <5 ECBU négatif
- TSH N1e
- Gilbert et Criggler Najjar Négatif

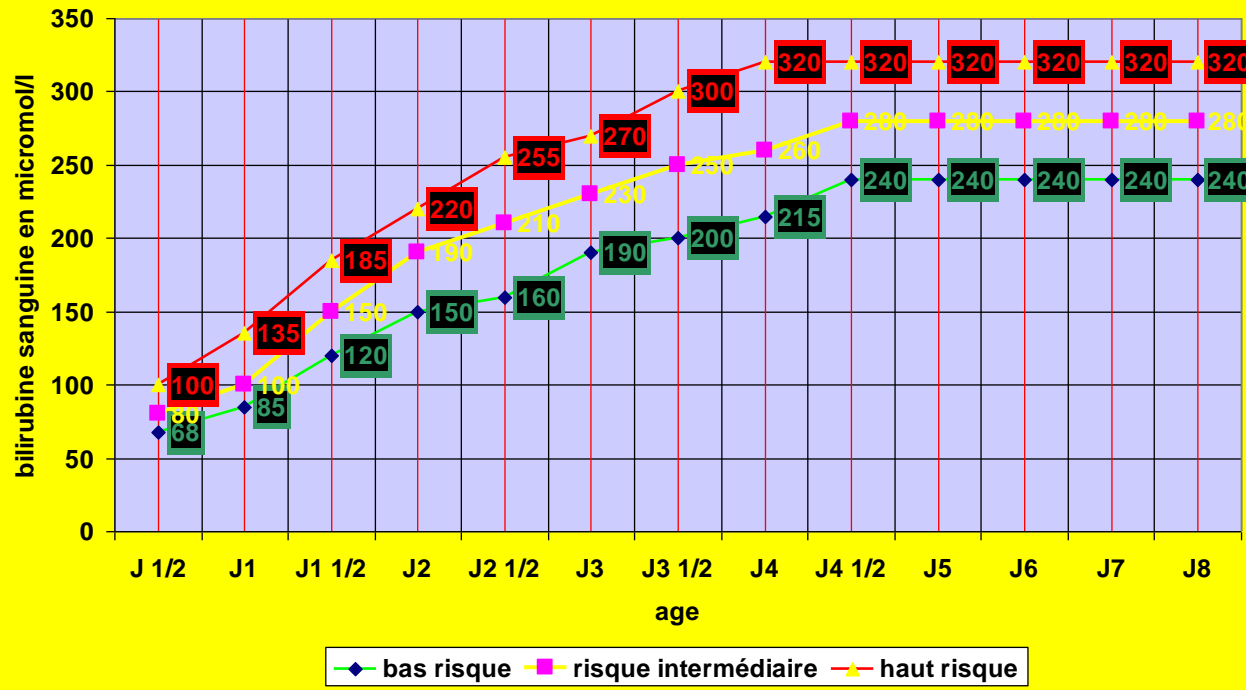
Conclusion

- Cause multifactorielle: préma + volumineux hématome du scalp+ allaitement+ perte de poids avec cycle entéro-hépatique
- Sortie J11 poids +100g bili 180/12
- à 1 mois poids 4000g allaitement exclusif
- ictère 0 neuro nle
- IRM nle OEAP nles

Surveillance de l'ictère

- Caractère imprévisible de l'évolutivité
- Nécessité d'outils de travail:
- Corrélation BTC /dosage sanguin
- Courbe de facteur de risque de l'ictère
- Courbe d'indication de PTI
- Pas de contre-indication à la sortie si suivi en externe

Autorisation de sortie en cas d'ictère



Résolution de la problématique

- **Création d 'une consultation spécifique d 'IDP au sein des consultations de pédiatrie**
- **Mutualisation des moyens**
- **Formation des IDP au suivi des ictères**
- **Cahier de protocole sur l 'ictère avec courbes de référence**
- **Contrôle BTC tous les 48 h avec PTI si besoin en ambulatoire**

Evaluation

- **40 enfants /mois sont revus pour ictère**
 - la plupart 1 ou 2 fois jusqu 'à J7 - J10 résolution de l 'ictère.
 - 1 ou 2 jusqu 'à 4 à 6 fois jusqu 'à 1 mois
 - pour des ictères prolongés entre 250 et 300
 - sans cause précise mais multifactoriel
 - intérêt du gardéнал pendant 1 semaine 1mg/kg

Evaluation

- **Les IDP sont très motivées et investies.**
- **Les parents satisfaits et rassurés.**
- **C 'est aussi l 'occasion de surveiller le poids, l 'allaitement, l ' éducation à la parentalité.**
- **C 'est aussi l 'occasion pour les pédiatres de s 'assurer qu 'il s 'agit toujours d 'ictère à bili libre.**

L 'allaitement

- **La consultation IDP permet de résoudre ce problème.**
- **en l 'absence d 'ictère la PMI organise des permanences pour des pesées régulières.**
- **les sage femmes de l 'HAD ont toutes un pèse bébé.**
- **Gros travail de réseau avec PMI sur allaitement (référentes-N° vert d 'appel)**

Les cardiopathies

- Un grand nombre sont détectées en DPN les plus graves et complexes.
- Certaines y échappent de dg plus difficile.
- Notre hantise le Fallot et la Coarctation.
- Le 1er examen ne nous permet pas toujours de les détecter.
- Qualité de l'examen du 8ème jour ?

Atout du réseau

- Apprendre à travailler ensemble
- Communiquer nos expériences
- Mailler la ville-l'hôpital-la PMI
- Utiliser ou créer des verrous de sécurité pour maintenir une qualité

Merci de votre attention