

Flash info



Colloque régional du Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie
29 septembre 2012
Dr LEROY Chloé
Polyclinique du Parc



Qu'est-ce que l'alerte jaune ?

- Campagne nationale d'information lancée début janvier 2012 sur le dépistage de la cholestase néonatale



- Objectif : alerter les parents sur la nécessité de surveiller la couleur des selles de leur bébé
- Source d'identification du bon fonctionnement du foie et donc de dépister la cholestase

Surveillez

La couleur des selles (caca)
de votre bébé.



**Comparez les selles
de bébé** (caca)
avec la carte des couleurs



Sous le Haut Patronage
du Ministère de la Santé



Si votre bébé a encore **la peau jaune**
et/ou le **blanc des yeux jaunes** (jaunisse)
15 jours après sa naissance,
et/ou si ses selles sont de **couleurs claires** (1, 2, 3)
alertez votre médecin !

Pour plus d'informations, votre médecin ou votre pharmacien saura vous conseiller

www.alertejaune.com



Campagne initiée par l'AMFE, Association maladies Foie Enfants

et



Sous l'égide de la



Soutenue par



Nos partenaires



Atrésie des voies biliaires

- Urgence diagnostique et thérapeutique
- 1 bébé sur 15 000 en Europe, 60 à 80 cas/an en France
- Urgence chirurgicale dans les **30 jours** pour obtenir les meilleurs résultats et éviter si possible la transplantation hépatique
- Actuellement moyenne d'âge au diagnostic : 60 jours !!!

Atrésie des voies biliaires

- Obstruction des voies biliaires d'origine inconnue, survenant en période périnatale.
- première cause de cholestase néonatale.
- Histologie : inflammation des canaux biliaires intra et extra hépatiques, avec sclérose conduisant au rétrécissement ou à l'oblitération
- Non traitée, l'AVB conduit à la cirrhose biliaire et au décès de l'enfant dans les premières années de vie.
- L'AVB est la principale indication de transplantation hépatique chez l'enfant.

AVB : Diagnostic

- Ictère néonatal prolongé > 2 semaines : exploration
- Triade : Ictère prolongé cholestatique + selles décolorées + hépatomégalie
- Attention à ce stade l'état général peut être conservé et la croissance pondérale normale
- Signes tardifs : splénomégalie (hypertension portale), ascite, syndrome hémorragique
- Echographie abdominale : pas de dilatation des voies biliaire, vésicule biliaire atrophique, hile du foie hyperéchogène

AVB : traitement

- en période néonatale :
 - intervention de Kasai (hépato-porto-entérostomie) = dérivation bilio-digestive entre le hile du foie et le jéjunum
 - 51% des enfants opérés avant 45 jours de vie sont en vie avec leur foie natif à 4 ans contre 39% après 45 jours
- ultérieurement si nécessaire :
 - transplantation hépatique, en cas d'échec de rétablissement d'un flux biliaire vers l'intestin, et/ou de complications de la cirrhose biliaire.

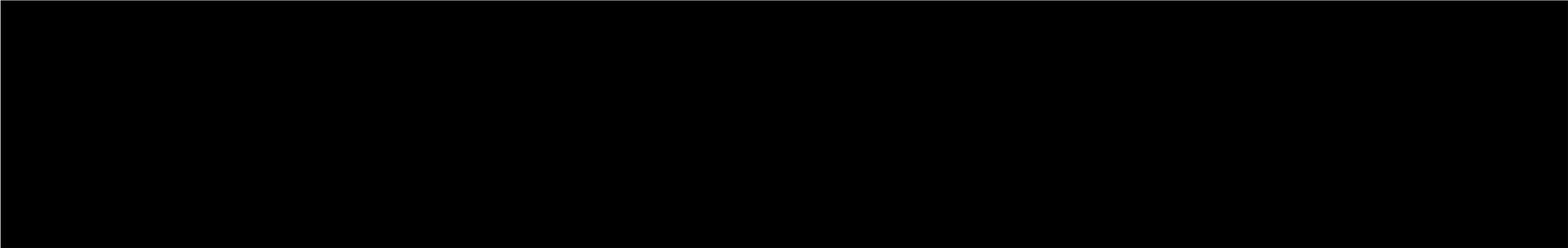
Cas clinique : Kaïss L

- Né le 23/02/2012
- Ictère néonatal à J3 avec BT : 242 micromol/l à prédominance de bili libre ayant motivé 6h de photothérapie
- A 2 mois et demi : Selles décolorées par intermittence et ictère persistant.
- Le 14/05/2012 :
 - BT : 167 micromol/l dont 85micromo/l de BC
 - Cytolyse hépatique à 10N sans insuffisance hépato cellulaire
 - Echo abdo : HPSMG et vésicule biliaire à peine visible
- Transfert Bicêtre pour prise en charge
- Kasai récusé en raison de l'hypertension portale
- Décompensation oedémato-ascitique en juillet 2012
- Greffe hépatique en septembre 2012

En pratique :



- Information aux parents dès la maternité (orale et écrite).
- 15 jours
- 30 jours
- 60 jours
- Considérer tout ictère cholestatique néonatal comme une AVB jusqu'à preuve du contraire



Merci