

# Grille d'évaluation ECOS - USMLE-18 - Ictère néonatal - Garçon de 5 jours

 Consultation téléphonique au cabinet

 La mère de David Whitestone, un garçon de 5 jours, appelle le cabinet en se plaignant que son enfant a la peau et les yeux jaunes

## Anamnèse (25%)

Score : 0/47

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Mon bébé a la peau et les yeux jaunes]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de l'ictère				0
Début [Je l'ai remarqué hier]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Cela ne s'aggrave pas, mais je suis toujours inquiète]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [C'est principalement visible sur son visage et ses mains]	<input type="checkbox"/>			
Âge de l'enfant [Cinq jours]	<input type="checkbox"/>			
3. État général du nouveau-né				0
Activité [Oui, il est joueur et actif. Il pleure de temps en temps]	<input type="checkbox"/>			
Éveil et réactivité [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Tremblements/convulsions [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Alimentation				0
Type d'alimentation [Allaitement]	<input type="checkbox"/>			
Début allaitement [A commencé peu après la naissance]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Toutes les 4 à 5 heures]	<input type="checkbox"/>			
Qualité de la tétée [Oui, il tète bien]	<input type="checkbox"/>			
5. Transit et mictions				0
Fréquence des selles [Il a 2 à 3 selles par jour]	<input type="checkbox"/>			
Couleur des selles [Marron]	<input type="checkbox"/>			
Sang dans les selles [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence urinaire [Toutes les 3 à 4 heures]	<input type="checkbox"/>			
Nombre de couches mouillées [Environ 7 à 8 couches par jour]	<input type="checkbox"/>			
6. Symptômes associés				0
Vomissements [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Distension abdominale [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre [Non]	<input type="checkbox"/>			
Infection respiratoire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Respiration rapide [Non]	<input type="checkbox"/>			
Bouche sèche [Non]	<input type="checkbox"/>			
Contacts malades [Pas à ma connaissance]	<input type="checkbox"/>			
7. Groupes sanguins				0
Groupe mère [Je suis B Rh positif]	<input type="checkbox"/>			
Groupe père [Mon mari est A Rh positif]	<input type="checkbox"/>			
Groupe bébé [Mon bébé est aussi B Rh positif]	<input type="checkbox"/>			

## 8. Histoire obstétricale

0

- Autres grossesses [J'ai une fille de 3 ans et je n'ai pas eu de fausses couches. Elle est en bonne santé] ☐
- Type d'accouchement [C'était un accouchement vaginal sans complications] ☐
- Complications grossesse [Oui, j'ai eu une culture positive pour certaines bactéries et j'ai reçu des antibiotiques avant l'accouchement] ☐
- Terme [À terme] ☐
- Première selle du bébé [Peu après la naissance] ☐
- Sortie hôpital [Sans incident] ☐

## 9. Habitudes pendant grossesse

0

- Tabagisme [Non] ☐
- Alcool [Non] ☐
- Drogues récréatives [Non] ☐

## 10. Antécédents médicaux du bébé [Aucun]

☐☐

0

## 11. Antécédents chirurgicaux du bébé [Aucun]

☐☐

0

## 12. Médicaments actuels [Aucun]

☐☐

0

## 13. Antécédents familiaux [Ma fille a également eu une jaunisse après la première semaine de sa naissance. Elle a été hospitalisée]

☐☐

0

## 14. Allergies médicamenteuses [Aucune. Il n'a pris aucun médicament]

☐☐

0

## Examen clinique (25%)

Score : 0/2

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Examen clinique non réalisé (consultation téléphonique) [Consultation téléphonique uniquement]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

## Management (25%)

Score : 0/27

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques <i>2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

## Diagnostics différentiels à considérer

## Causes physiologiques

- **Ictère physiologique du nouveau-né** → *Bilirubinémie totale et conjuguée*

## Arguments POUR:

- ☐ Âge 5 jours (pic J3-J7)
- ☐ Nouveau-né à terme
- ☐ Bon état général
- ☐ Alimentation correcte
- ☐ Selles marron normales
- ☐ Diurèse normale

## Physiopathologie:

- ☐ Hémolyse physiologique accrue
- ☐ Immaturité hépatique
- ☐ Déficit transitoire glucuronosyltransférase

## Causes hémolytiques

- **Incompatibilité ABO** → *Test de Coombs direct, FSC*

#### Arguments POUR:

- ☐ Mère B+, Père A+, Enfant B+
- ☐ Risque théorique d'anticorps anti-A
- ☐ Ictère précoce (< 7 jours)
- ☐ ATCD familial (sœur hospitalisée)

#### Arguments CONTRE:

- ☐ Enfant même groupe que mère
- ☐ Pas de signes d'anémie décrits

#### • Déficit en G6PD → Dosage G6PD

#### Arguments POUR:

- ☐ Garçon (lié à l'X)
- ☐ Ictère néonatal
- ☐ ATCD familial possible

#### Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de facteur déclenchant
- ☐ Pas d'origine ethnique à risque mentionnée

### Causes infectieuses

#### • Sepsis néonatal précoce → Hémoculture, CRP, NFS

#### Arguments POUR:

- ☐ Culture maternelle positive
- ☐ ATB avant accouchement
- ☐ Âge < 7 jours
- ☐ Ictère comme signe

#### Arguments CONTRE:

- ☐ Enfant actif et joueur
- ☐ Pas de fièvre
- ☐ Alimentation normale
- ☐ Pas de détresse

#### • Infection urinaire → ECBU

#### Arguments POUR:

- ☐ Cause fréquente ictère prolongé
- ☐ Garçon (plus à risque)

#### Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de fièvre
- ☐ Diurèse normale
- ☐ Bon état général

### Causes liées à l'allaitement

#### • Ictère au lait maternel précoce → Poids, évaluation allaitement

#### Arguments POUR:

- ☐ Allaitement maternel exclusif
- ☐ Début J4-J5

#### Arguments CONTRE:

- ☐ Bonne prise alimentaire
- ☐ Selles fréquentes
- ☐ Diurèse normale
- ☐ Pas de déshydratation

### Causes congénitales

#### • Hypothyroïdie congénitale → TSH néonatale (dépistage)

#### Arguments POUR:

- ☐ Ictère prolongé possible
- ☐ Nouveau-né

#### Arguments CONTRE:

- ☐ Enfant actif
- ☐ Pas de léthargie
- ☐ Alimentation normale
- ☐ Début précoce (J4)

## 2. Recommandations immédiates

0

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Consultation en présentiel URGENTE aujourd'hui     | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation clinique complète du nouveau-né         | <input type="checkbox"/> |
| Mesure transcutanée de la bilirubine si disponible | <input type="checkbox"/> |
| Prélèvement bilirubine totale et conjuguée         | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation de l'allaitement                        | <input type="checkbox"/> |

## 3. Examens complémentaires urgents

0

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Bilirubinémie totale et conjuguée | <input type="checkbox"/> |
| FSC avec réticulocytes            | <input type="checkbox"/> |
| Groupe sanguin mère et enfant     | <input type="checkbox"/> |
| Test de Coombs direct             | <input type="checkbox"/> |
| CRP si suspicion infection        | <input type="checkbox"/> |

#### 4. Prise en charge selon seuils

**0**

##### Photothérapie

- Seuils selon nomogramme de Bhutani
- À J5 terme : > 15-17 mg/dL généralement
- Photothérapie intensive si proche seuil exsanguino
- Surveillance bilirubine /4-6h sous photothérapie
- Protection oculaire obligatoire
- Maintien bonne hydratation

##### Mesures générales

- Poursuite allaitement maternel
- Augmentation fréquence tétées (8-12/jour)
- Supplémentation si perte > 10% poids
- Exposition lumière indirecte à domicile
- Éviter exposition solaire directe

##### Critères d'hospitalisation

- Bilirubine > seuil photothérapie
- Signes de mauvaise tolérance
- Difficultés alimentaires
- Déshydratation
- Suspicion cause pathologique

#### 5. Surveillance et suivi

**0**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Contrôle bilirubine selon évolution     | <input type="checkbox"/> |
| Pic attendu J5-J7 puis décroissance     | <input type="checkbox"/> |
| Rebond possible à l'arrêt photothérapie | <input type="checkbox"/> |
| Surveillance poids et hydratation       | <input type="checkbox"/> |
| Suivi rapproché jusqu'à normalisation   | <input type="checkbox"/> |

#### 6. Information et réassurance parentale

**0**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Explication ictère physiologique fréquent | <input type="checkbox"/> |
| Risques si non traité (encéphalopathie)   | <input type="checkbox"/> |
| Efficacité excellente photothérapie       | <input type="checkbox"/> |
| Importance consultation aujourd'hui       | <input type="checkbox"/> |
| Soutien allaitement maternel              | <input type="checkbox"/> |
| Signes d'alarme à surveiller              | <input type="checkbox"/> |

#### 7. Signes d'alarme à communiquer

**0**

##### ⚠ Red Flags - Urgences néonatales

- 1. Léthargie ou somnolence excessive**  
→ Encéphalopathie bilirubinique = Urgence absolue
- 2. Refus alimentaire ou tétées inefficaces**  
→ Déshydratation/hypoglycémie = Hospitalisation
- 3. Cri aigu ou geignard**  
→ Signe neurologique = Évaluation urgente
- 4. Extension ictère (tronc, membres)**  
→ Progression = Réévaluation bilirubine
- 5. Selles décolorées ou urines foncées**  
→ Cholestase = Bilan hépatique urgent

## Clôture de consultation

### Clôture type

Madame Whitestone, au vu des informations que vous m'avez fournies, il est fort probable qu'il s'agisse d'une jaunisse physiologique. Cette condition atteint généralement son pic entre le 4e et le 5e jour après la naissance et disparaît progressivement en 1 à 2 semaines. Cependant, l'allaitement, certaines autres conditions pathologiques et certains défauts de naissance peuvent également causer une jaunisse chez les nourrissons, et ceux-ci doivent être exclus. Je vous suggère de venir avec votre enfant au centre médical pour une évaluation plus approfondie. J'espère que vous avez compris ce que nous avons discuté aujourd'hui. Avez-vous des préoccupations ou des questions ?

### Questions difficiles à poser

[Est-ce que cette jaunisse peut nuire à mon bébé ? Pourquoi est-il comme ça ?]

### Réponse type du candidat

Les nouveau-nés développent souvent une légère jaunisse physiologique après la naissance. Ce type de jaunisse physiologique se résout généralement et ne représente que rarement une menace pour le bébé. Cependant, si votre nouveau-né a un type de jaunisse plus sévère, ses niveaux de pigments jaunes, connus sous le nom de niveaux de bilirubine, peuvent devenir trop élevés et endommager son cerveau. Pour déterminer la gravité de la maladie de votre enfant, je dois l'examiner au cabinet et effectuer des analyses de sang. Après l'avoir vu, je devrais être en mesure de vous donner une évaluation plus précise de son état.

## Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
<b>1. Réponse aux sentiments et besoins du patient</b> Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Structure de l'entretien</b> Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Expression verbale</b> Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Expression non verbale</b> Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Évaluation générale de la communication</b> Qualité globale de l'interaction médecin-patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Score Global

0%

### % par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

### Note Globale

A-E

## Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%



## Scénario pour la mère (patient simulé)

**Nom :** Mère de David Whitestone | **Âge :** Mère d'un nouveau-né de 5 jours  
**Contexte :** Mère inquiète appelant pour son bébé icterique

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «Mon bébé a la peau et les yeux jaunes.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «Je suis inquiète mais je n'ai pas de moyen de transport.»

### Consignes

- Montrer de l'inquiétude pour la santé de votre enfant.
- Mentionner que vous préférez éviter de venir sauf si nécessaire (pas de transport).
- Être rassurée par les explications mais rester vigilante.
- Poser des questions sur les risques pour votre bébé.
- Mentionner l'hospitalisation de votre fille aînée pour jaunisse.

### Histoire actuelle

**Ictère :**

- Remarqué hier (J4)
- Visible visage et mains
- Pas d'aggravation
- Inquiétude maternelle

**État général :**

- Bébé actif et joueur
- Pleure normalement
- Éveillé et réactif
- Pas de convulsions

**Alimentation :**

- Allaitement maternel exclusif
- Tête bien
- Toutes les 4-5 heures
- Commencé après naissance

**Élimination :**

- 2-3 selles/jour marron
- 7-8 couches mouillées/jour
- Urines toutes les 3-4h

### Antécédents

**Antécédents de grossesse :**

- Accouchement vaginal à terme
- Culture positive → antibiotiques
- Pas de complications majeures

**Antécédents familiaux :**

- Fille 3 ans en bonne santé
- Hospitalisée pour jaunisse après 1 semaine
- Pas de fausses couches

**Groupes sanguins :**

- Mère : B Rh+
- Père : A Rh+
- Bébé : B Rh+

## Simulation

---

### Durant l'appel :

- Voix inquiète mais calme
- Questions sur la gravité
- Hésitation sur déplacement
- Soulagement si rassurant
- Prise de notes des conseils

## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

---

Nouveau-né de 5 jours avec ictère probablement physiologique mais nécessitant évaluation urgente. Facteurs de risque : ATCD familial, infection maternelle traitée. Pas de signes de gravité actuels mais surveillance nécessaire.

### Rôles et interventions de l'expert-e

---

Si l'étudiant-e demande des résultats :

- Bilirubine totale : 13 mg/dL (sous seuil photothérapie)
- Bilirubine conjuguée : 0.5 mg/dL
- Test de Coombs : négatif
- FSC : Hb 16 g/dL, réticulocytes 3%

### Points clés

---

- Ictère à J5 = évaluation urgente obligatoire
- Nomogramme de Bhutani pour décision thérapeutique
- Photothérapie efficace si indiquée
- Allaitement maternel à encourager
- Risque ictère nucléaire si > 25 mg/dL

### Pièges

---

- Rassurer sans voir l'enfant
- Ne pas demander consultation urgente
- Arrêter allaitement maternel
- Minimiser ATCD familial
- Oublier risque infection



### **Diagnostic**

Ictère néonatal à J5 très probablement physiologique mais nécessitant exclusion causes pathologiques (incompatibilité ABO, infection, ictère au lait maternel)

### **Épidémiologie ictère néonatal**

Problème fréquent en néonatalogie :

- 60% nouveau-nés à terme visiblement ictériques
- 80% prématurés
- Pic physiologique J3-J5 à terme
- Plus tardif chez prématuré (J5-J7)
- Résolution spontanée 1-2 semaines
- < 5% nécessitent photothérapie

### **Physiopathologie ictère physiologique**

Mécanismes multiples :

- Production accrue : durée vie GR courte (90j)
- Conjugaison diminuée : immaturité UGT1A1
- Circulation entéro-hépatique augmentée
- Captation hépatique réduite
- Polyglobulie physiologique à la naissance
- Résorption hémorragies (bosse sérosanguine)

### **Classification temporelle**

Selon âge d'apparition :

- < 24h : TOUJOURS pathologique
- J2-J7 : physiologique possible
- > J14 : ictère prolongé, bilan étiologique
- Prématuré : seuils et durée différents
- Terme ethnique : seuils plus bas si asiatique
- Allaitement : peut prolonger jusqu'à 12 semaines

### **Évaluation clinique**

Progression céphalo-caudale :

- Zone 1 (tête/cou) : 5 mg/dL
- Zone 2 (tronc sup) : 10 mg/dL
- Zone 3 (tronc inf) : 15 mg/dL
- Zone 4 (membres) : 18 mg/dL
- Zone 5 (paumes/plantes) : > 20 mg/dL
- Peu fiable, mesure nécessaire

### **Causes pathologiques précoces**

À exclure systématiquement :

- Hémolyse immune : ABO, Rh, sous-groupes
- Hémolyse non-immune : G6PD, sphérocytose
- Sepsis : GBS, E. coli, Listeria
- Polycythémie : retard clampage, diabète maternel
- Résorption : céphalématome, ecchymoses
- Génétique : Crigler-Najjar, Gilbert

### **Ictère et allaitement**

Deux entités distinctes :

- Ictère précoce (J2-J4) : déshydratation relative
- Ictère tardif (> J7) : facteur lait maternel
- Mécanisme :  $\beta$ -glucuronidase, prégnanediol
- Ne JAMAIS arrêter allaitement
- Augmenter fréquence tétées
- Supplémentation si perte > 10%

## Indications photothérapie

Selon nomogramme Bhutani :

- Basé sur âge postnatal et facteurs risque
- Nouveau-né à terme J5 : ~17-18 mg/dL
- Prématuré : seuils plus bas
- Facteurs risque : hémolyse, sepsis, G6PD
- Photothérapie intensive si proche exsanguino
- Efficacité : ↓ 1-2 mg/dL par 4-6h

## Complications neurologiques

Encéphalopathie bilirubinique :

- Aiguë : léthargie, hypotonie, cri aigu
- Chronique : ictère nucléaire (kernictère)
- Seuil toxique : > 25-30 mg/dL
- Plus bas si facteurs risque
- Séquelles : surdité, athétose, retard
- Prévention : respect seuils traitement

## Surveillance post-sortie

Points clés suivi :

- Évaluation avant sortie maternité
- Contrôle J3-J5 systématique
- Plus rapproché si facteurs risque
- Bilirubine transcutanée acceptable
- Rebond post-photothérapie possible
- Information parentale cruciale

## Messages clés

- Ictère < 24h = toujours pathologique
- Évaluation clinique urgente si ictère à J5
- Mesure bilirubine obligatoire
- Nomogramme pour décision thérapeutique
- Ne jamais arrêter allaitement maternel
- Photothérapie très efficace si indiquée
- Surveillance étroite jusqu'à résolution
- Information parentale sur signes alarme

## Rappels thérapeutiques

- Photothérapie standard : 8-10  $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$
- Photothérapie intensive : > 30  $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$
- Distance lampes : 20-40 cm
- Protection oculaire obligatoire
- Exsanguino-transfusion si échec

## Examens complémentaires

- Bilirubine totale et conjuguée obligatoire
- Groupe sanguin + Coombs si hémolyse
- FSC avec réticulocytes
- CRP si suspicion infection
- G6PD selon origine ethnique