



Disponible en ligne sur : ASJP

**e-AJHR**

e-Algerian Journal  
Health & Research

<https://asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/968>



Article original

## **Ictère néonatal : A propos d'une série de 100 cas au service de pédiatrie CHU de Annaba, Algérie .**

### **Neonatal Jaundice: A Series of 100 Cases in a Pediatrics Department, Annaba University Hospital, Algeria .**

HASNA SEHAB<sup>a</sup>, ZAHIRA BOUDIAF<sup>b</sup>, DJAMILA BELAMRI<sup>a</sup>, AMIRA SOUID<sup>a</sup>,

HIBAT ALLAH MILOUDI<sup>a</sup>, NADIA TIGHA<sup>c</sup>, NADIRA BOUCHAIR<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de pédiatrie, clinique Sainte-Thérèse CHU de Annaba, Algérie .

<sup>b</sup> Service des maladies infectieuses, CHU de Annaba.

<sup>c</sup> Service de médecine du travail, CHU de Annaba.

**Auteur correspondant : SEHAB HASNA**

**Adresse e-mail :** hasnalaimia@yahoo.com

## Résumé

**Introduction :** L'ictère néonatal constitue une cause fréquente d'hospitalisation et peut être associé à une morbidité et une mortalité élevées dans les pays en développement. Cette étude avait pour objectif de déterminer la fréquence ainsi que les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques de l'ictère néonatal dans un service de pédiatrie en Algérie.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée entre septembre 2023 et février 2024 au service de pédiatrie du CHU d'Annaba. Tous les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours, hospitalisés pour un ictère cutanéomuqueux, ont été inclus. Le diagnostic reposait sur l'examen clinique et la mesure de la bilirubinémie totale, interprétée selon les nomogrammes de l'American Academy of Pediatrics (2004).

**Résultats :** Parmi 334 nouveau-nés hospitalisés, 101 présentaient un ictère, soit une incidence hospitalière de 30,2 %. Après exclusion d'un dossier incomplet, 100 cas ont été analysés. Le sex-ratio était de 1,43 en faveur des garçons. L'ictère était précoce dans 30 % des cas. Les principales étiologies étaient les incompatibilités fœto-maternelles (45 %), dominées par le système ABO (39 %), elles sont significativement associées à un ictère précoce ( $p < 0,01$ ), suivies par les infections néonatales (38 %). La photothérapie intensive a été utilisée chez 80 % des nouveau-nés, sans recours à l'exsanguino-transfusion. L'évolution était favorable dans 95 % des cas.

**Conclusion :** L'ictère néonatal reste un motif fréquent d'hospitalisation, dominé par les incompatibilités fœto-maternelles et les infections. Le dépistage précoce et l'accès à des protocoles standardisés de photothérapie sont essentiels pour prévenir les complications neurologiques.

© 2026e-AJHR. Tous droits réservés

**Mots clés :** ictère néonatal, hyperbilirubinémie, incompatibilité fœto-maternelle, photothérapie, Algérie.

## Abstract

**Background:** Neonatal jaundice is a common cause of hospitalization and may be associated with significant morbidity and mortality in low-resource settings. This study aimed to determine the frequency, as well as the epidemiological, clinical, and etiological characteristics of neonatal jaundice in a pediatric department in Algeria.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from September 2023 to February 2024 at the pediatric department of Annaba University Hospital. All neonates aged 0–28 days admitted with mucocutaneous jaundice were included. Diagnosis was based on clinical examination and total serum bilirubin levels interpreted according to the 2004 American Academy of Pediatrics nomograms.

**Results:** Among 334 hospitalized neonates, 101 presented with jaundice, corresponding to a hospital incidence of 30.2%. After exclusion of one incomplete record, 100 cases were analyzed. Male predominance was observed (sex ratio = 1.43). Early-onset jaundice (<24 hours) occurred in 30% of cases. The main etiologies were feto-maternal incompatibilities (45%), mainly ABO incompatibilities, which were significantly associated with early jaundice ( $p < 0.01$ ), followed by neonatal infections (38%). Intensive phototherapy was administered in 80% of cases, with no need for exchange transfusion. Outcomes were favorable in 95% of neonates.

**Conclusion:** Neonatal jaundice remains a frequent cause of hospitalization, mainly related to fetomaternal incompatibilities and infections. Early detection and access to standardized

phototherapy protocols are essential to prevent neurological complications.  
© 2026 e-AJHR. All rights reserved.

**Keywords:** neonatal jaundice, hyperbilirubinemia, feto-maternal incompatibility, phototherapy, Algeria.

## Introduction

La morbidité et la mortalité néonatales constituent un problème majeur de santé publique, en particulier dans les pays en développement, où plus de 2,3 millions de décès néonataux ont été enregistrés en 2022 [1]. Parmi les affections néonatales courantes, l'ictère constitue une cause fréquente d'hospitalisation et peut être associé à des complications sévères [2]. L'ictère néonatal correspond à une coloration jaunâtre des téguments et des muqueuses liée à une hyperbilirubinémie, le plus souvent non conjuguée et généralement bénigne. Cependant, en l'absence d'une prise en charge adaptée et rapide, une hyperbilirubinémie non conjuguée sévère peut entraîner des complications neurologiques irréversibles, liées à l'encéphalopathie bilirubinique, pouvant aboutir à l'ictère nucléaire [3,4]. Ces complications, largement évitables, constituent un enjeu prioritaire dans les contextes à ressources limitées. L'incidence de l'ictère néonatal varie considérablement selon le contexte géographique, le niveau de développement du système de santé et les pratiques obstétricales locales. En Afrique subsaharienne et au Maghreb, les incidences hospitalières rapportées dépassent fréquemment 20 à 30 % des admissions néonatales [5,6,7], notamment en lien avec une sortie précoce de la maternité, des taux d'allaitement maternel variables, un dépistage transcutané peu

accessible et des délais de recours aux soins parfois prolongés [8].

Le diagnostic repose sur l'évaluation clinique et la mesure de la bilirubinémie, par méthode transcutanée confirmée par dosage sanguin [9]. Les principales étiologies incluent les incompatibilités fœto-maternelles (système ABO, Rhésus), les infections néonatales et la prématurité [10]. La photothérapie, dont les indications sont bien codifiées par les nomogrammes de l'American Academy of Pediatrics (AAP), constitue le traitement de référence [2]. L'exsanguino-transfusion est réservée aux formes sévères avec risque d'encéphalopathie bilirubinique.

Malgré les progrès réalisés, des disparités persistent, notamment dans les pays à ressources limitées. En Algérie, malgré la fréquence reconnue de l'ictère néonatal, les données épidémiologiques locales demeurent parcellaires, en particulier dans la région d'Annaba. Cette lacune documentaire limite la capacité à adapter les stratégies de dépistage et de prise en charge aux réalités du terrain. Notre étude, conduite dans un établissement de référence de l'Est algérien, vise à contribuer à combler ce vide, en fournissant des données descriptives actualisées sur la fréquence, les caractéristiques cliniques et évolutives de l'ictère néonatal. Dans ce contexte, notre étude avait pour objectif de déterminer la fréquence ainsi que les caractéristiques

épidémiologiques, cliniques et étiologiques de l'ictère néonatal au sein du service de pédiatrie du CHU d'Annaba, afin d'orienter les politiques locales de santé néonatale.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale descriptive exhaustive menée du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 29 février 2024 au service de pédiatrie du CHU d'Annaba. Tous les nouveau-nés répondant aux critères d'inclusion ont été inclus sans sélection. La taille d'échantillon calculée pour une fréquence de 30% selon les études au Maghreb et en Afrique, pour une précision de  $\pm 10\%$  avec un risque  $\alpha = 5\%$  est :  $n = z^2 \times p(1-p) / e^2 = 1,96^2 \times 0,30 \times 0,70 / 0,10^2 = 80$  sujets.

Ont été inclus tous les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours, prématurés ou à terme, hospitalisés et présentant un ictère cutanéomuqueux, qu'il soit présent à l'admission ou survenu au cours de l'hospitalisation. Les dossiers incomplets, notamment en l'absence de données cliniques ou biologiques essentielles, ont été exclus.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée. Les variables étudiées comprenaient les données démographiques, les antécédents maternels et néonataux, les caractéristiques cliniques, les données biologiques (bilirubine totale et conjuguée, la bilirubine indirecte étant calculée par différence), ainsi que les étiologies, les traitements et l'évolution.

Le diagnostic d'ictère néonatal reposait sur l'examen clinique et la mesure de la bilirubinémie totale, interprétée selon les nomogrammes de l'American Academy of Pediatrics (2004) [11].

Un ictère était considéré comme pathologique lorsque la bilirubinémie dépassait le 95<sup>e</sup> percentile [9].

La photothérapie intensive constituait le traitement principal, en l'absence de photothérapie conventionnelle dans le service. Les autres traitements étaient administrés selon les protocoles locaux.

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Epidata 3.1 et Epi Info 7.2.5.0.

Les variables qualitatives ont été comparées par le test du  $\chi^2$  ou le test exact de Fisher. Les variables quantitatives ont été analysées après vérification de la normalité, à l'aide du test t de Student ou de l'ANOVA, ou des tests non paramétriques en cas de distribution non normale. Le seuil de significativité était fixé à  $p < 0,05$ .

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du CHU d'Annaba. Les données ont été anonymisées et un consentement éclairé écrit a été obtenu auprès des parents.

## RESULTATS

### Caractéristiques de la population

Durant la période d'étude, 334 nouveau-nés ont été hospitalisés, dont 101 présentaient un ictère, soit une incidence hospitalière de 30,2 % avec IC 95 % [25,3 % – 35,2 %]. Après exclusion d'un dossier incomplet, 100 cas ont été analysés.

L'âge médian à l'admission était de 46,3 heures (extrêmes : 1 heure à 19 jours), la majorité des nouveau-nés étant âgée de moins de 48 heures. Le sex-ratio était de 1,43 en faveur des garçons. Les prématurés représentaient 13 % des cas (IC 95 % [6,4 % – 19,6 %]) (tableau01).

**Tableau01 :Caractéristiques démographiques et périnatales des nouveau-nés (N=100).**

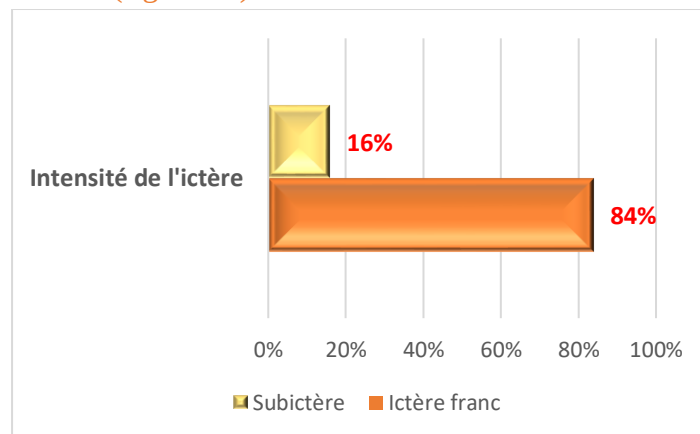
| Paramètre                                          | n   | %    |
|----------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Sexe</b>                                        |     |      |
| Masculin                                           | 59  | 59,0 |
| Féminin                                            | 41  | 41,0 |
| <b>Âge gestationnel</b>                            |     |      |
| A terme ( $\geq 37$ SA)                            | 87  | 87,0 |
| Prématuré ( $< 37$ SA)                             | 13  | 13,0 |
| <b>Poids de naissance</b>                          |     |      |
| $< 2500$ g                                         | 4   | 4,0  |
| 2500 - 4000 g                                      | 91  | 91,0 |
| $> 4000$ g                                         | 5   | 5,0  |
| <b>Mode d'accouchement</b>                         |     |      |
| Voie basse                                         | 21  | 21,0 |
| Césarienne                                         | 79  | 79,0 |
| <b>Antécédents périnataux*</b>                     |     |      |
| Souffrance fœtale aiguë                            | 6   | 6,0  |
| Prématurité                                        | 13  | 13,0 |
| Gémellité                                          | 3   | 3,0  |
| RCIU                                               | 1   | 1,0  |
| <b>Âge à l'admission</b>                           |     |      |
| 1 - 12 h                                           | 39  | 39,0 |
| 12 - 24 h                                          | 19  | 19,0 |
| 24 - 48 h                                          | 24  | 24,0 |
| 48 - 72 h                                          | 5   | 5,0  |
| $> 72$ h                                           | 13  | 13,0 |
| <b>Allaitement</b>                                 |     |      |
| Maternel exclusif                                  | 6   | 6,0  |
| Artificiel                                         | 80  | 80,0 |
| Mixte                                              | 14  | 14,0 |
| <b>Groupe sanguin maternel (ABO) (n=100 mères)</b> |     |      |
| O                                                  | 68  | 68,0 |
| A                                                  | 19  | 19,0 |
| B                                                  | 11  | 11,0 |
| AB                                                 | 2   | 2,0  |
| <b>Rhésus maternel (n=100 mères)</b>               |     |      |
| Positif                                            | 91  | 91,0 |
| Négatif                                            | 9   | 9,0  |
| <b>Prévention anti-D reçue</b>                     | 5/9 | 55,6 |
| <b>Groupe sanguin du nouveau-né (ABO) (n=100)</b>  |     |      |
| O                                                  | 42  | 42,0 |
| A                                                  | 31  | 31,0 |
| B                                                  | 23  | 23,0 |
| AB                                                 | 4   | 4,0  |
| <b>Rhésus du nouveau-né</b>                        |     |      |
| Positif                                            | 94  | 94,0 |
| Négatif                                            | 6   | 6,0  |

SA : semaines d'aménorrhée ; RCIU : retard de croissance intra-utérin.

\*Plusieurs antécédents peuvent être associés.

## Données cliniques

L'ictère constituait le motif exclusif d'hospitalisation dans 34 % des cas, était associé à d'autres signes dans 8 % des cas, et survenait au cours de l'hospitalisation dans 58 % des cas. Il était franc dans 84 % des cas (figure 01).

**Figure 01 : Intensité de l'ictère**

Un ictère précoce ( $< 24$  h) a été observé chez 30 % des nouveau-nés, un ictère tardif ( $> 7$  j) chez 2 patients (tableau 02).

**Tableau 02 : Délai d'apparition de l'ictère (N=100).**

| Délai d'apparition        | n  | %    | IC 95%            |
|---------------------------|----|------|-------------------|
| $< 24$ h (ictère précoce) | 30 | 30,0 | [21,0 % – 39,0 %] |
| 24-36 h                   | 32 | 32,0 | [22,9 % – 41,1 %] |
| 36 h – 7 j                | 36 | 36,0 | [26,6 % – 45,4 %] |
| $> 7$ j (ictère tardif)   | 2  | 2,0  | [0 % – 4,7 %]     |

Des signes neurologiques, principalement une hypotonie, étaient observés chez 33 % des nouveau-nés (IC 95% : 23,8 - 42,2 %). La bilirubinémie totale moyenne à l'admission était de  $166 \pm 88,8$   $\mu\text{mol/L}$ . Une hyperbilirubinémie sévère  $> 342$   $\mu\text{mol/L}$  était retrouvée dans 3 % des cas (IC 95 % : 0 % - 6,3 %). Le test de Coombs, à défaut

de réactifs, a été réalisé dans seulement 43 cas d'incompatibilités fœto-maternelles.

Il était positif dans un seul cas (IFM Rh). Une anémie néonatale était présente dans 23 % des cas avec IC 95 % : [14,8 % - 31,2 %].

Les étiologies, isolées ou associées, étaient dominées par les incompatibilités fœto-maternelles (45 %), principalement ABO (39 %), suivies par les infections néonatales (38 %). L'ictère physiologique représentait 7 % des cas, l'ictère du prématuré 3 %, l'ictère de jeûne 3 % et l'ictère au lait de mère 1 %. Aucune étiologie n'a été identifiée dans 3 % des cas et aucun cas d'ictère cholestatique n'a été identifié (tableau 03). Le taux d'allaitement artificiel de 80 % était très élevé (80 %) IC 95 % : 72,2 - 87,8 %).

**Tableau 03 : Répartition des étiologies de l'ictère néonatal (n=100) \* .**

| Etiologie                              | n  | %    | IC 95%            |
|----------------------------------------|----|------|-------------------|
| <b>Incompatibilité fœto-maternelle</b> | 45 | 45,0 | [35,2 % – 54,8 %] |
| ABO                                    | 39 | 39,0 | [29,4 % – 48,6 %] |
| Rhésus                                 | 6  | 6,0  | [1,3 % – 10,7 %]  |
| <b>Infection néonatale</b>             | 38 | 38,0 | [28,5 % – 47,5 %] |
| Infection materno-fœtale               | 34 | 34,0 | [24,7 % – 43,3 %] |
| Infection post-natale                  | 4  | 4,0  | [0,2 % – 7,8 %]   |
| <b>Ictère physiologique</b>            | 7  | 7,0  | [2,0 % – 12,0 %]  |
| <b>Prématurité isolée</b>              | 3  | 3,0  | [0,0 % – 6,3 %]   |
| <b>Ictère de jeûne</b>                 | 3  | 3,0  | [0,0 % – 6,3 %]   |
| <b>Ictère au lait de mère</b>          | 1  | 1,0  | [0,0 % – 3,0 %]   |
| <b>Non précisé</b>                     | 3  | 3,0  | [0,0 % – 6,3 %]   |

\*Plusieurs étiologies peuvent être associées. Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des 100 nouveau-nés.

L'analyse statistique a montré que l'ictère précoce était significativement associé à l'incompatibilité fœto-maternelle ( $p < 0,01$ ), tandis qu'une survenue après 36 heures était associée à une infection néonatale ( $p < 0,001$ ) (tableau 04).

**Tableau 04 : Association entre le délai d'apparition de l'ictère et l'étiologie.**

| Etiologie                       | < 24 h<br>(n=30) | 24- 36h<br>(n=32) | >36h- 7 j<br>(n=36) | > 7 j<br>(n=2) | P*               |
|---------------------------------|------------------|-------------------|---------------------|----------------|------------------|
| Incompatibilité fœto-maternelle | 21 (70,0)        | 15 (46,9)         | 9 (25,0)            | 0 (0,0)        | <b>&lt;0,001</b> |
| Infection néonatale             | 5 (16,7)         | 13 (40,6)         | 18 (50,0)           | 2 (100)        | <b>0,006</b>     |
| Ictère physiologique            | 1(3,3)           | 1 (3,1)           | 5 (13,9)            | 0 (0,0)        | 0,321            |

\*Test Exact de Fisher

### Traitement

La photothérapie intensive a été utilisée chez 80 % des nouveau-nés IC 95% [72,2 % – 87,8 %]. La durée moyenne de photothérapie était de  $3,1 \pm 0,5$  heures par séance, avec un nombre médian de séances de 3. La durée moyenne cumulée de photothérapie par patient était de  $5,68 \pm 2,63$  heures. Une antibiothérapie a été administrée chez 69 patients : chez tous les cas d'infections néonatales, et par excès dans les cardiopathies congénitales et les détresses respiratoires sévères.

Une transfusion sanguine chez 12 nouveau-nés et une perfusion d'immunoglobulines chez un patient.

L'évolution était favorable dans 95 % des cas IC 95 % [90,7 % – 99,3 %]. Trois décès soit 5% IC 95 % [0 % – 6,3 %] ont été observés, liés à des pathologies sous-jacentes (deux cardiopathies et un SDRA compliqué de pneumothorax).

Deux nouveau-nés ont présenté une hypotonie résiduelle. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $5,9 \pm 3,0$  jours.

## DISCUSSION

Notre étude rapporte une incidence hospitalière de l'ictère néonatal de 30,2 %, proche de celle observée à Tlemcen (31,4 %) [7], et comparable à des séries africaines récentes [5-12]. Elle est en revanche supérieure aux taux rapportés à Marrakech (21,3 %) [6] et en Ethiopie (24,46 %) [13]. Ces variations reflètent des différences dans les critères d'hospitalisation, la durée du séjour en maternité, les pratiques de dépistage et le niveau d'équipement des structures de soins. Il est noté que notre étude est monocentrique et hospitalière, ce qui implique un probable biais de sélection par exclusion des cas légers pris en charge en ambulatoire. La prédominance masculine observée (sex-ratio 1,43) est conforme aux données de la littérature [5,6-10], bien que les mécanismes sous-jacents restent mal élucidés ; des facteurs hormonaux et génétiques liés au chromosome X peuvent être évoqués.

Le taux de prématurité (13 %) et le recours prédominant à la césarienne (79 %) reflètent le profil d'une unité de référence recevant des nouveau-nés à risque.

Sur le plan clinique, la fréquence élevée d'ictère franc (84 %) et de signes neurologiques (33 %) en cohérence avec les données camerounaises [10] suggère une proportion importante de formes potentiellement sévères, possiblement liées à un diagnostic tardif ou à des formes pathologiques. Les signes neurologiques observés correspondaient principalement à une hypotonie, signe peu spécifique et fréquemment associé à des pathologies

concomitantes (infections néonatales, prématurité, souffrance fœtale aigue) dans notre population. Aucun cas d'encéphalopathie bilirubinique aigue n'a été retrouvé, ce qui témoigne de l'efficacité de la prise en charge précoce.

Cette complication est définie par un tableau clinique stéréotypé (hypertonie, opisthotonos, pleurs aigus, fièvre) en présence d'une hyperbilirubinémie dépassant les seuils critiques. Cette dissociation entre la fréquence des signes neurologiques non spécifiques et l'absence d'encéphalopathie bilirubinique révèle l'importance de l'examen neurologique orienté et de la corrélation avec les seuils de bilirubinémie pour ne pas sous-estimer ni surestimer la gravité clinique.

Les étiologies étaient dominées par les incompatibilités fœto-maternelles et les infections néonatales, en accord avec certaines études africaines [12].

La prédominance de l'incompatibilité ABO s'explique par la forte proportion de mères de groupe O (68 %) dans notre série. La faible fréquence des incompatibilités Rh (6 %) reflète l'efficacité de la prévention par immunoglobulines anti-D (55,6 % des mères Rh négatif en avaient bénéficié) et la faible prévalence du phénotype Rh négatif dans la population algérienne.

Les différences observées avec d'autres séries, notamment camerounaises [10], pourraient être liées à des variations dans les pratiques d'allaitement et les conditions de prise en charge, bien que ces hypothèses nécessitent d'être confirmées. L'association significative entre ictère précoce et incompatibilité fœto-maternelle ( $p < 0,001$ ), et entre ictère tardif et infection néonatale ( $p = 0,006$ ) est conforme aux données classiques. Le taux d'allaitement artificiel

élevé (80 %) mérite une interprétation nuancée. Il est probablement le reflet d'un biais de recrutement hospitalier : les nouveau-nés non allaités au sein présentent un risque accru d'hyperbilirubinémie par déficit d'apport calorique, favorisant leur hospitalisation. Ce constat contraste avec les recommandations nationales et internationales en faveur de l'allaitement maternel exclusif. Il souligne la nécessité de renforcer l'accompagnement post-partum en maternité. Par ailleurs, l'absence de cas d'ictère cholestatique ou d'hypothyroïdie dans notre échantillon, bien que probablement liée à la faible prévalence de ces pathologies potentiellement graves et à la durée limitée de l'étude, soulignant la nécessité de maintenir une vigilance diagnostique.

La photothérapie intensive a été utilisée chez 80 % des nouveau-nés, avec une durée moyenne cumulée de  $5,68 \pm 2,63$  heures par patient. Cette stratégie s'explique par l'absence de photothérapie conventionnelle dans le service. Malgré cette contrainte matérielle, l'évolution était favorable dans 95 % des cas, sans recours à l'exsanguino-transfusion. Toutefois, elle ne remet pas en cause les recommandations actuelles, notamment en ce qui concerne les indications de l'exsanguino-transfusion [2]. Ces résultats sont supérieurs à ceux de certaines séries africaines où le taux de recours à l'exsanguino-transfusion atteint 2 à 10 % [5-12]. Dans la cohorte turque d'Erdeve et al. portant sur 5620 nouveau-nés, 5,4 % ont nécessité des immunoglobulines et 2,3 % une exsanguino-transfusion [14], ce qui souligne l'efficacité relative de notre prise en charge malgré des ressources plus limitées. Les trois décès observés étaient

imputables à des pathologies sous-jacentes graves (cardiopathies congénitales, SDRA) et non à l'ictère lui-même.

Notre étude présente certaines limites, notamment son caractère monocentrique, la durée limitée de recueil et certaines contraintes techniques, qui peuvent limiter la généralisation des résultats.

## CONCLUSION

Cette étude met en évidence une incidence hospitalière élevée de l'ictère néonatal au CHU d'Annaba (30,2 %). Les incompatibilités fœto-maternelles (45 %, principalement ABO) et les infections néonatales (38 %) en constituent les principales étiologies, en accord avec les séries africaines publiées. Ces résultats fournissent, pour la première fois dans cette institution, une base descriptive structurée avec intervalles de confiance, contribuant à combler une lacune documentaire persistante dans la littérature nationale.

La prise en charge reposant exclusivement sur la photothérapie intensive a permis d'obtenir une évolution favorable dans 95 % des cas, sans recours à l'exsanguino-transfusion, démontrant l'efficacité de cette stratégie même dans un contexte de ressources limitées. L'absence d'encéphalopathie bilirubinique documentée confirme que la détection et le traitement précoces sont des déterminants essentiels du pronostic néonatal.

Ces résultats plaident pour une série de mesures prioritaires dans notre contexte :

(1) le renforcement du dépistage systématique de l'ictère néonatal en maternité avant la sortie, notamment par l'introduction du bilirubinomètre transcutané ; (2) la généralisation du groupage sanguin néonatal précoce et du

test de Coombs en cas d'incompatibilité fœto-maternelle suspecte ; (3) la diversification des modalités de photothérapie (conventionnelle et intensive) ; (4) la promotion de l'allaitement maternel exclusif comme facteur protecteur reconnu contre l'hyperbilirubinémie sévère. Des études multicentriques prospectives sont nécessaires pour mieux caractériser l'ictère néonatal en Algérie à l'échelle nationale, évaluer l'impact des interventions de dépistage et de traitement, et constituer une base de données permettant l'élaboration de recommandations adaptées au contexte local.

**Conflits d'intérêts:** aucun en rapport avec cet article.

## Références bibliographiques

- 1- Organisation mondiale de la Santé. Mortalité néonatale [Internet]. 2022 [cité 2026 avr 1]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
- 2- Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, et al. Clinical practice guideline revision: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2022 ;150(3) : e2022058859. doi :10.1542/peds.2022-058859
- 3- Bognon G, Tchiakpe N, Padonou C, Alihonou F, et al. Ictère néonatal. Étude des facteurs associés au Centre Hospitalier Départemental de l'Ouème-Plateau (CHD-OP). *J Afr Pédiatr Genet Med*. 2019;(7):32-7. Disponible sur : [https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Ict%C3%A8re\\_n%C3%A9onatal.\\_Etude\\_des\\_facteurs\\_associ%C3%A9s\\_au\\_Centre\\_Hospitalier.pdf](https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Ict%C3%A8re_n%C3%A9onatal._Etude_des_facteurs_associ%C3%A9s_au_Centre_Hospitalier.pdf)
- 4- Ferri FF. Ictère néonatal. In : Ferri's Clinical Advisor 2026. Philadelphia : Elsevier ; 2026. p. 1-8. ISBN: 9780443117237
- 5- Ochigbo S, Ekpebe P, Nyong EE, Ikechukwu O et al. Neonatal jaundice incidence, risk factors and outcomes in referral-level facilities in Nigeria *BJOG*. 2024 ;131(Suppl. 3) :113–124. DOI : 10.1111/1471-0528.17865
- 6- Benhoumich T, Sbihi M. Ictère néonatal au CHU Mohammed VI : où en sommes-nous ? [Thèse]. Marrakech : Faculté de médecine et de pharmacie, Université Cadi Ayyad; 2017. p. 37-9
- 7- Berkoud N, Smahi MC. Ictère néonatal. [Thèse]. Tlemcen : Faculté de médecine, Université de Tlemcen ; 2017
- 8- Methlouthi J, Bellaleh M, Mhamdi S, Sakly S, Dhifallah I, Guith A, et al. La sortie précoce de la maternité : risque d'ictère pathologique. *Rev Maghrébine Pédiatr*. 2016;(3) :26-31
- 9- Cortey A, Renesme L, Raignoux J, Bedu A, et al. Ictère à bilirubine non conjuguée du nouveau-né de 35 semaines et plus : du dépistage au suivi après sortie de la maternité. Recommandations pour la pratique clinique. *Arch Pédiatr*. 2017 ;24 :192-203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2016.11.011>

**10-** Nguendo Yongsy HB. Anomalie pathologique du nouveau-né en Afrique sub-saharienne : cas de l'ictère néonatal à Yaoundé-Cameroun. *Int J Sci Acad Res.* 2021 ;2(6):1678-83.

Disponible sur : <http://www.scienceijsar.com>

**11-** American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics.* 2004 ;114(1) :297-316. doi :10.1542/peds.114.1.297

**12-** Mutombo AK, Mukuku O, Kabulo BK, Mutombo AM, et al. Ictères pathologiques du nouveau-né à l'hôpital Bonzola de Mbuji-Mayi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J.* 2014 ;19 :302. doi :10.11604/pamj.2014.19.302.5658

**13-** Bante A, Ahmed M, Degefa N, Shibiru S, et al. Neonatal jaundice and associated factors in public hospitals of southern Ethiopia: a multi-center cross-sectional study. *Heliyon.* 2024 ;10 : e24838. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e24838

**14-** Erdevi O, Okulu E, Olukman O, Ulubas D, et al. The Turkish Neonatal Jaundice Online Registry: a national root cause analysis. *PLoS One.* 2018 ;13(2) : e0193108. doi: 10.1371/journal.pone.0193108. PMID : 29474382 ; PMCID : PMC5825038