

## CAT devant un ictère fébrile

Dr Charaoui

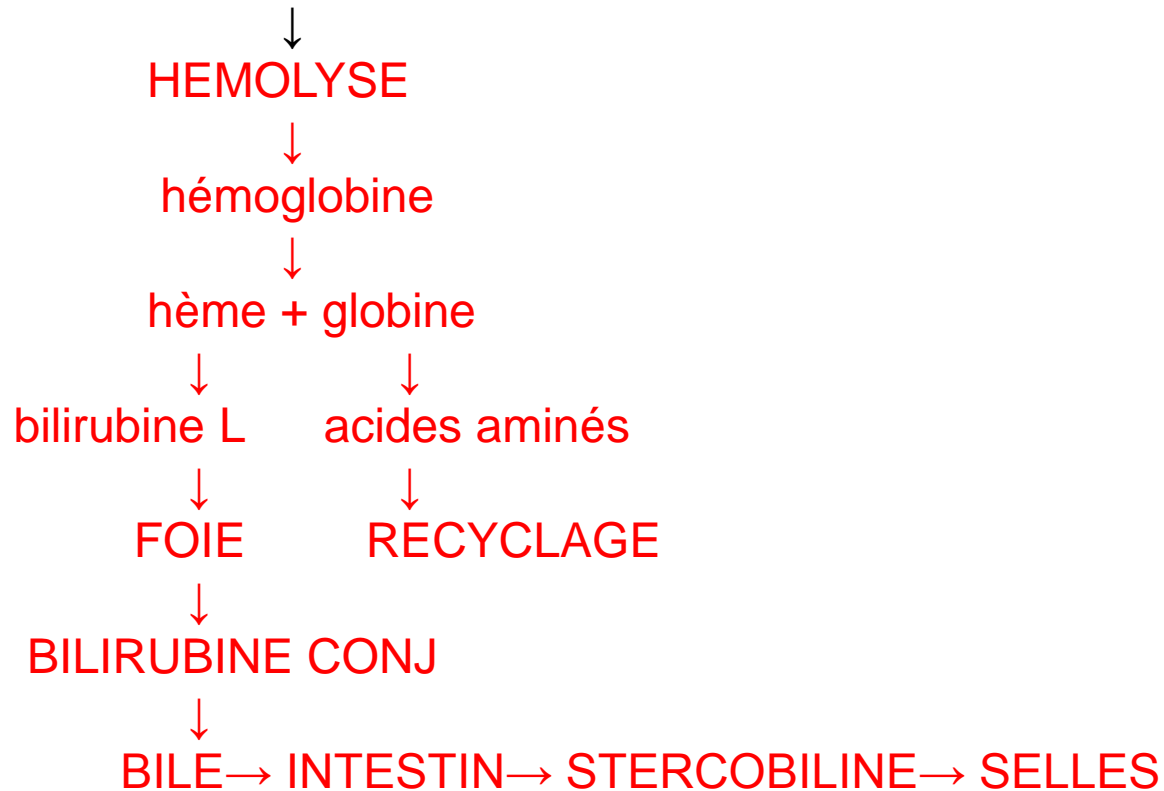
# DEFINITION

COLORATION JAUNE DES TEGUMENTS ET DES  
MUQUEUSES PAR ACCUMULATION DE  
BILIRUBINE DANS LE PLASMA

**SUPERIEUR 20 MICROMOLE / L**

# RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

GLOBULES ROUGES → 120 J



# PHYSIOPATHOLOGIE

## TROIS TYPES D'ICTERE

brb conj  $\geq$  70% brb tot  $\rightarrow$  **cholestase**

brb libre  $\geq$  70 % brb tot  $\rightarrow$  **hémolyse**  
**glycuroconjugaison**

brb libre = brb conj  $\rightarrow$  **déficit constitutionnel**

# CONDUITE A TENIR

## LES SITUATIONS D'URGENCE +++

**1- ANGIOCHOLITE** ATCD lithiase ou  
cholécystectomie  
dlr HPC dt , fièvre ,frissons+++, ictère  
echo abdominale  
HMC

ATB +++

**2-SEPSIS GRAVE + IRA** BGN , ANAEROBIES (clostridium perf)  
leptospirose  
HMC , PE  
ATB +++

# CONDUITE A TENIR

3- HEPATITE FULMINANTE → Ice hepato cell  
encéphalopathie  
hémorragies  
cytolyse +++  
TP ↓ fact v↓

4-NEUROPALUDISME → retour d'un pays  
tropical  
frottis sg, GE

# CONDUITE A TENIR

## EN DEHORS DE L' URGENCE

SELON LE TYPE DE BRB PREDOMINANT

### 1- ICTERE A BRB CONJUGUEE

Interrogatoire : terrain

mode de début

fièvre: allure courbe

ictère +/- prurit

signes associés

transfusion, soins dentaires, prise mdct?

# CONDUITE A TENIR

examen clinique

intensité de l'ictère

HPM, SPM

HTP , sig insuff hepato cell

BILAN INITIAL

HMC , FNS, VS, CRP

BILAN HEPATIQUE , RENAL

TP , électrophorèse des protides

echo abd +++++

TDM, BILI IRM , CPRE



# CONDUITE A TENIR

## ECHOGRAPHIE HEPATOBILIAIRE NORMALE

1- CYTOLYSE +++ 5-10X N → HEPATITE AIGUE

infectieuse : VHA , VHB, VHC , VHE

leptospirose

alcoolique ASAT > ALAT

foie cardiaque

toxique

auto-immune

# CONDUITE A TENIR

## 2 CYTOLYSE MOINDRE

**infections bactériémiques** : leptospiroses, salmonelloses , légionelloses, pneumococcemies

**hépatites granulomateuses** :TBC , brucellose

**tumeurs** : lymphomes malins

**maladie auto-immune**

**cholangite → CPRE**

# CONDUITE A TENIR

## ECHO HEPATO-BILIAIRE PATHOLOGIQUE

### 1-DILATATION VBEH → OBSTACLE VBP

lithiase, KC , douve , ascaris

### 2-ASPECT TUMORAL FOIE → TDM , IRM

abcès à pyogènes , amoebose hépatique,  
KHF , KC foie

### 3-ATTEINTE VASC FOIE → DOPPLER

thrombose veine porte ou sus hépatique

## Cholestase intrahépatique

## Cholestase extrahépatique

### Arguments en faveur

ALAT/ASAT augmentées  
Écho : VBEH fines ± lésion du foie

ALAT/ASAT normales ou peu augmentées  
Amylase, lipase augmentées  
Écho : VBEH dilatées ± obstacle

### Causes infectieuses

Hépatites virales +++  
Leptospiroses  
Infections bactériémiques  
Abscess à pyogènes  
Amœbose hépatique (ictère rare)  
Hépatites granulomateuses  
Cholangite

Angiocholite :  
- lithiase +++  
- compression par kyste, abcès, adénopathies  
- parasite (douve, ascaris)

### Causes non infectieuses

Foie cardiaque aigu, thrombose de la veine porte,  
syndrome de Budd-Chiari  
Toxiques : alcool, médicaments

Tumeurs : tête du pancréas, voies biliaires,  
ampoule de Vater

# CONDUITE A TENIR

## 2- ICTERE A BILIRUBINE NON CONJUGUEE (LIBRE)

HEMOLYSE + : anémie, hyper-reticulocytose  
haptoglobine ↓  
hémoglobinurie

interrogatoire :

ATCD : pers ou fam de maladie  
hémolytique

avortement

séjour en pays impaludé

# CONDUITE A TENIR

examen clinique :

allure de la fièvre et de  
l'ictère , SPM

bilan : HMC

GE , frottis sg

serologies

# CONDUITE A TENIR

## PRINCIPALES ETIOLOGIES DES HEMOLYSES

### 1- HEMOLYSES CHRONIQUES



globulaire



hémoglobinopathie  
Minkowski-chauffard

# CONDUITE A TENIR

## 2-HEMOLYSES AIGUES

- origine extra globulaire:
  - paludisme
  - auto-immune parfois secondaire à une infection (MNI, CMV, VHA ,VHB, VIH...)
  - toxique : quinine
- déficit G6PD → hémolyse après ingestion de subst. oxydantes ex: favisme



# CONDUITE A TENIR

HEMOLYSE -

rare

SYNDROME DE GILBERT : déficit  
enzymatique

# CONDUITE A TENIR

