

CAT devant un ictère fébrile

Objectif

- Etablir une démarche pour le diagnostic étiologique
- Reconnaître les situations urgentes et savoir les prendre en charge

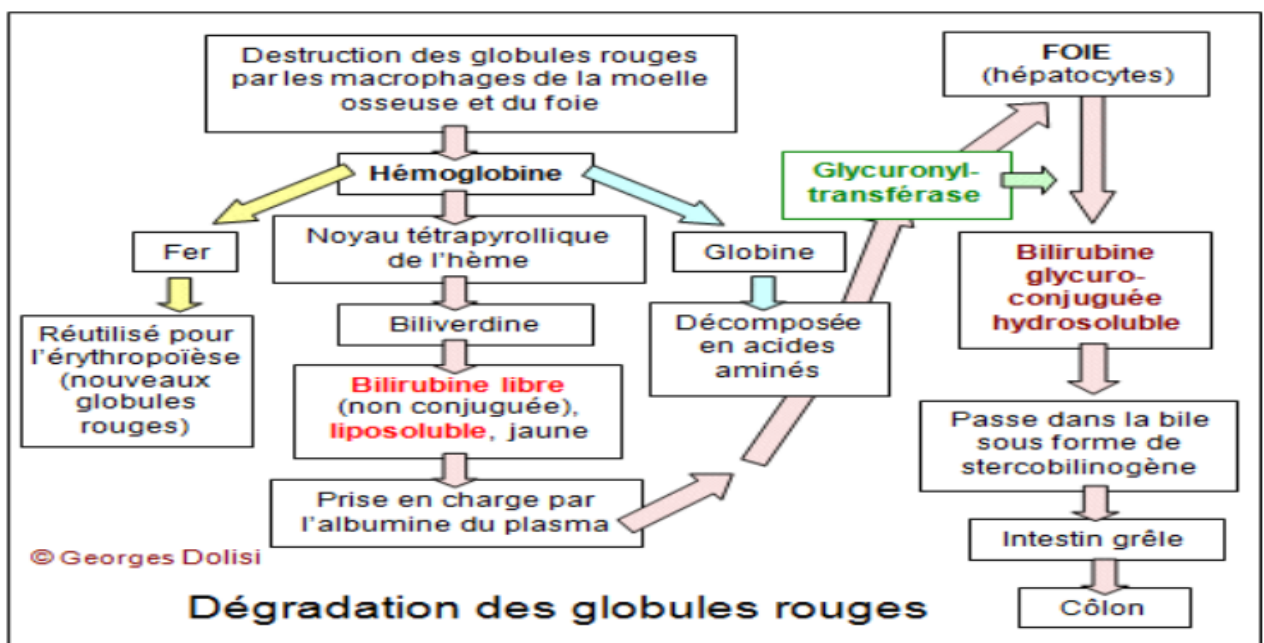
Définition

Coloration jaune de la peau et des conjonctives, consécutive à une accumulation dans le sang d'un pigment physiologique qui est la bilirubine.



- ▶ Taux plasmatiques de bilirubine > 20 micromoles/l
- ▶ Sub-ictère : bilirubine > 20 micromoles/l
- ▶ Ictère : bilirubine > 50 micromoles/l

Rappels physiopathologiques



Il existe 2 types d'ictère :

▶ **Ictère à bilirubine libre ou non conjuguée (BNC):**

- hyperproduction de bilirubine par hémolyse

- défaut de glucuroconjugaison: anomalie génétique (maladie de Gilbert, CriglerNajar) ou médicamenteuse.

▶ **Ictère à bilirubine conjuguée (BC):**

Dus à un trouble de l'excrétion et/ou de la sécrétion biliaire

- cholestase intra-hépatique : atteinte des hépatocytes ou des VB intrahépatiques : souvent incomplète

- cholestase extra-hépatique : obstruction des VB extra-hépatiques

Ictère fébrile

- ▶ • Situation clinique fréquente
- ▶ • Diagnostic clinique facile
- ▶ • Étiologies multiples notamment infectieuses
- ▶ • Dans certains cas URGENCE thérapeutique

Ictères d'origine infectieuse :

- ▶ Au cours des maladies infectieuses :

1. ictères à bilirubine libre par hémolyse

2. ictères à bilirubine conjuguée :

- cholestase hépatique

- obstacle des VB extra-hépatiques

**** - Important :**

+++ La fièvre peut se voir au cours d'un ictère qui n'est pas d'origine

Infectieuse : hémolyse non infectieuse, cancer, maladies auto-immunes ;

Démarche diagnostique :

1 - Identifier les situations d'urgence :

2 - Reconnaître l'ictère, son type

3 - Diagnostic étiologique avec 3 volets :

◆ interrogatoire

- ♣ examen clinique
- ♣ examens para clinique

1 - Identifier les situations d'urgence :

- ▶ signes de défaillance hémodynamique :

Hypotension, pouls accéléré, oligo-anurie.

- ▶ Signes d'insuffisance hépatocellulaire :

Syndrome hémorragique, angiomes stellaires, atrophie hépatique.

- ▶ signes d'encéphalopathie hépatique :

Troubles du comportement, tremblement.

- ▶ signes d'hémolyse aigue :

Pâleur cutanéomuqueuse, tachycardie, SPM.

1- angiocholite	2-sepsis grave + ira	3- hépatite fulminante → ice hépatocellulaire	4-neuropaludisme
- ATCD lithiase ou cholécystectomie - dlr hpc dt, fièvre, frissons+++ , ictère -écho abdominale -HMC - ATB +++	BGN, anaérobies (clostridium perf), leptospirose HMC, PE ATB +++	-encéphalopathie -hémorragies -cytolyse +++ -TP ↓ fact v ↓	retour d'un pays tropical frottis sg, GE

2 - Reconnaître l'ictère, son type

Données cliniques + données biologiques

- ▶ 1. Ictères à bilirubine libre :

-urines claires

-coloration des selles normales

-pas de prurit

-tests hépatiques nx

-**hyperbilirubinémie libre**

- ▶ 2. Ictères à bilirubine conjuguée

-urines foncées

-selles décolorées

- prurit parfois présent
- anomalies des tests hépatiques
- hyperbilirubinémies conjuguée**

3 - Diagnostic étiologique

a- Interrogatoire : recherchez :

- ▶ - Les antécédents familiaux d'hémoglobinopathies
- ▶ - Notion de lithiase vésiculaire
- ▶ - Intervention sur les voies biliaires
- ▶ - Avortement, accouchement
- ▶ - Colique hépatique (douleur de l'Hypochondre Droit après un repas riche en graisse)
- ▶ - Notion de voyage (paludisme et fièvre jaune)
- ▶ - Profession (égoutier, mineur) et notion de loisir (pêche, baignade...etc.)
- ▶ - Prise de médicaments (on dénombre 3600 médicaments pouvant donner un ictère comme le Paracétamol, les AINS...etc.

*- Caractères de l'ictère : prodromes, mode de début, circonstances d'apparition, évolution, signes associés (digestifs, pancréatiques), AEG...

b. Examens clinique :

• Inspection :

Intensité de l'ictère, circulation veineuse collatérale, angiomes stellaires, lésions de grattage, tatouage, distension abdominale, pâleur cutanéomuqueuse.

• Percussion et palpation :

- Etat du foie :

- Une splénomégalie : hémolyse ou hypertension portale

- Une ascite oriente vers une cirrhose.

- État de la vésicule biliaire la palpation d'une grosse vésicule signifie un obstacle à l'écoulement de la bile au niveau du cholédoque (cancer de la tête du pancréas ++).

c/- Examens biologiques :

• FNS :

- ▶ Anémie (hémolyse);
- ▶ Hyperleucocytose (lithiase de la VBP);
- ▶ Hyper éosinophilie (hépatite médicamenteuse);
- ▶ Leucopénie (hépatite virale).

- Transaminases :(ALAT, ASAT) très élevées dans les hépatites virales aiguës.
- Phosphatases alcalines, gamma glutamyl transférase (GGT):dans les ictères choléstatiques.

d/-Autres examens biologique :

Ils doivent être orientés par l'interrogatoire, l'examen physique et la biologie initiale:

- Fer sérique et taux de réticulocytes : dans les hémolyses.
- Sérologies virales : Hépatites (A, B, C, D et E) , MNI, CMV, VIH
- Sérologies bactériennes : leptospirose, rickettsiose, syphilis, brucellose, fièvre typhoïde
- Sérologie parasitaire : amibienne, Kyste Hydatique.
- Goutte épaisse et FSP.
- Electrophorèse des protides :
 - *- albumine dans les insuffisances hépatocellulaire,
 - *- gamma globulines dans les hépatopathies chroniques.
- Marqueurs d'auto-immunité
- Dosage d' α -foeto-protéine sérique.
- Hémocultures

e/- Examens morphologique :

- ▶ Échographie abdominale +++ permet l'étude :
 - Des voies biliaires intra et extra-hépatiques : dilatées ou non
 - Du foie : présence d'images nodulaires,.....
 - De la vésicule biliaire
 - Du pancréas
 - Présence ou non d'une ascite, des adénopathies profondes, splénomégalie.

Différentes Etiologies

Ictères fébriles à bilirubine libre

Signes d'hémolyse :

- ▶ - Anémie, réticulocytes et LDH élevés
- ▶ - Haptoglobine effondrée, hémoglobinurie

Etiologies infectieuses d'hémolyse :

- ▶ - Paludisme
- ▶ - Babélisme

- ▶ - Infection à Clostridium perfringens (avortements, intervention gynéco)
- ▶ - Anémie hémolytique auto-immune au cours d'infections :

** - bactériennes (Mycoplasme+++, Chlamydia) ou

** - virales : EBV, CMV, VHA, VHB, VIH, Arboviroses

Etiologies non infectieuses d'hémolyse :

Autres causes d'hémolyse qui peuvent s'accompagner de fièvre sont :

- Hémoglobinopathie (drépanocytose, thalassémie,..)
- Erythro-enzymopathie (déficit en G6PD)

NB : les poussées d'hémolyse peuvent être déclenchées par une infection intercurrente

Ictère fébrile à bilirubine conjuguée à VB fines

Etiologies infectieuses

- ▶ 1. Anomalies focales du parenchyme hépatique :

- Kystes hépatiques :
- Abscès hépatiques : pyogènes, amibes, champignons

- ▶ 2. Foie homogène

- Hépatites virales ++++:
- * - hépatites virales A, B, C, D, E
- * - autres virus à tropisme hépatique : herpès virus, CMV, EBV
- Leptospirose ictéro-hémorragique

- ▶ 3. Hépatites granulomateuses bactériennes :

- Mycobactéries
- Fièvre Q, brucellose, syphilis

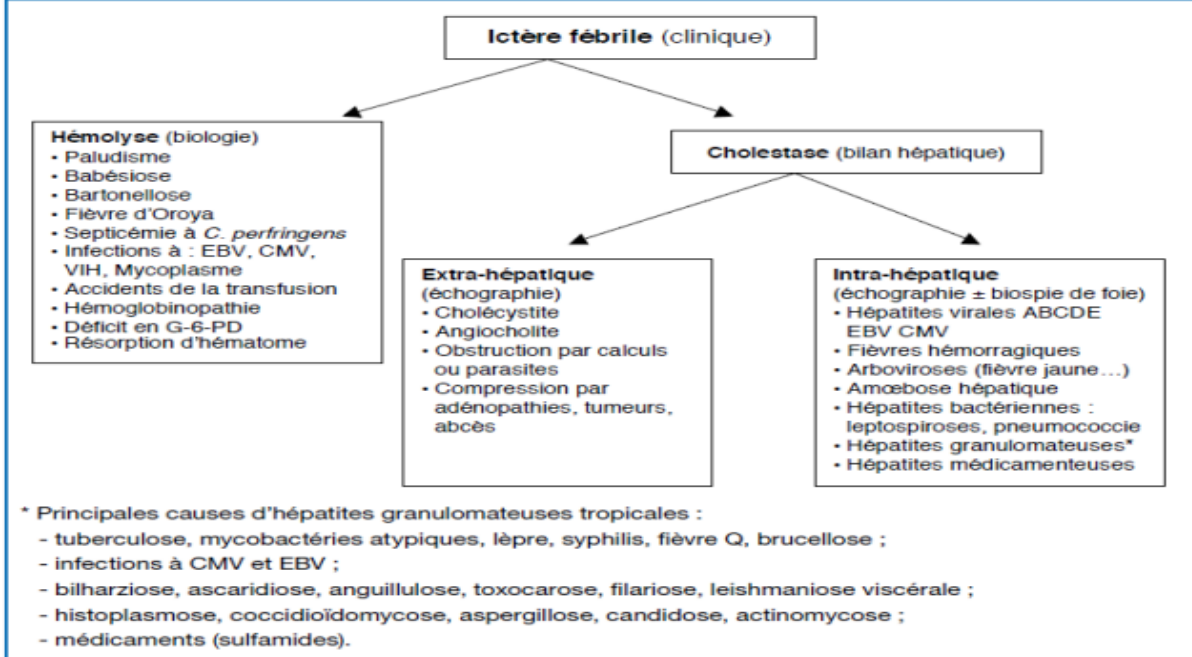
Ictère fébrile à bilirubine conjuguée à VB fines (2)

Etiologies non infectieuses :

- ▶ Cancer du foie (cancer primitif ou secondaire),
- ▶ - Lymphome malin hodgkinien ou non hodgkinien
- ▶ - Hépatites toxiques : médicaments, alcool
- ▶ - Insuffisance cardiaque droite
- ▶ - Causes plus rares : cirrhose biliaire primitive, cholangite sclérosante,

Cholestase gravidique

Figure 1. Conduite à tenir devant un ictère fébrile



- ▶ • L'ictère fébrile constitue une urgence diagnostique et certaines étiologies nécessitent des mesures thérapeutiques urgentes, elles doivent être toujours évoquées en premier lieu.
- ▶ • Seule une analyse attentive des données anamnestiques, cliniques et paracliniques permet d'aboutir à un diagnostic étiologique et par conséquent la mise en route d'un traitement adéquat.