

TD3 : Ictère Fébrile

1. Introduction-définition :

→ L'ictère fébrile constitue dans certains cas une urgence thérapeutique et nécessite l'hospitalisation.

→ Plusieurs étiologies sont à l'origine des ictères infectieux: bactériennes, virales, parasitaires...

→ Un dgc positif d'ictère+ un bon examen clinique permet de guider la conduite thérapeutique.

2. Définition d'un ictère :

✗ **Ictère** ou **jaunisse** : la coloration *jaune* des téguments l'accumulation de bilirubine dans le sang,

✗ trois types d'ictère :

→ Ictère à bilirubine libre

→ Ictère à bilirubine conjuguée

→ Ictère mixte

✗ L'ictère peut être plus ou moins intense, mais lorsqu'il débute il est uniquement visible au niveau des conjonctives .Il doit être recherché à la lumière naturelle



✗ BLB totale : >30mg/l → Ictère Franc.

15-30mg/l → Sub ictère

> 200mg/l → Ictère Flamboyant



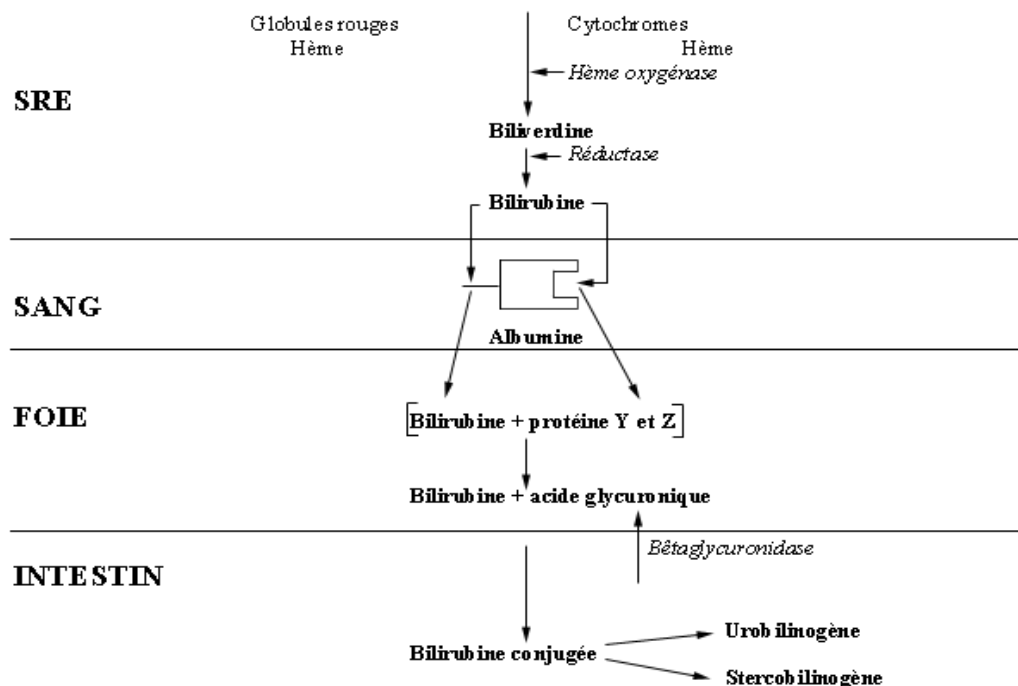
Définir une fièvre :

✗ **La fièvre: est une élévation de la température centrale dépassant 37,5°c le matin et 37,8°c le soir au repos et en dehors des repas.**

✗ En fait, cette définition est variable, car il existe des variations individuelles et des facteurs physiologiques influençant la température :nycthémère , activité musculaire, et le cycle menstruel.

3. Physiopathologie de l'ictère :

✗ Lorsque la production de bilirubine à partir de l'hème dépasse les possibilités de métabolisme par le foie (captation, glycuconjugaison, élimination biliaire) sa concentration plasmatique augmente.



4. ICTERE A BILIRUBINE LIBRE :

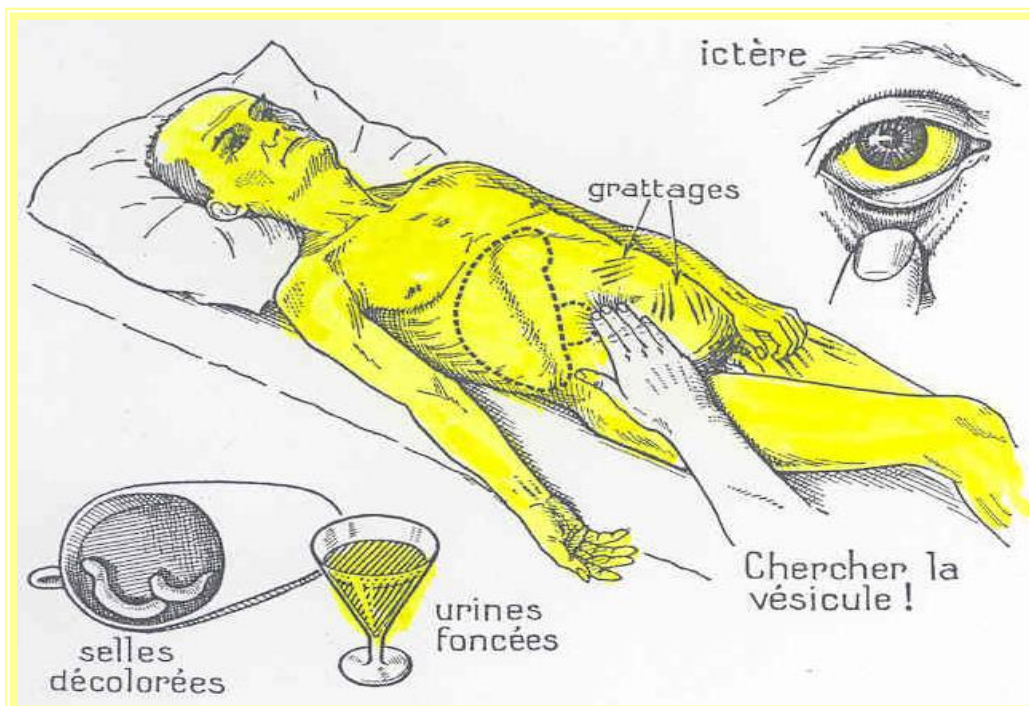
bilirubine libre ≥ 70 % de la bilirubine totale

- Il est du :
- Soit à une hyperproduction de bilirubine libre par *hémolyse* (les capacités de captation et d'excrétion hépatocytaires sont alors dépassées).
- Soit à un *déficit de la glycuconjugaison* ; la production de bilirubine libre est alors normale (maladie de Gilbert ou syndrome de Crigler-Najjar génétique, médicamenteuse),

5. ICTERE A BILIRUBINE CONJUGUEE :

bilirubine conjuguée ≥ 70 % de la bilirubine totale

- Due à une *choléstase* = diminution ou arrêt de la sécrétion biliaire dans le duodénum.
- Caractérisé par :
 - - accumulation de pigments biliaires : ictère, prurit
 - - urines foncées .
 - - décoloration des selles (selles blanc mastic)
 - - déficit en sels biliaires : malabsorption des graisses.
 - - augmentation de la concentration enzymes hépatiques (phosphatases alcalines, 5' nucléotidases, g-GT)



● Il peut s'agir d'une choléstase :

- ✦ **Intra hépatique** due soit à une altération de systèmes de transport et de sécrétion de la bile par les hépatocytes (choléstase hépatocellulaire ou canaliculaire) soit à une obstruction des voies biliaires intra-hépatique; la choléstase est souvent incomplète;
- ✦ **extra hépatique** due à une obstruction des voies biliaires situées en dehors du tissu hépatique(voie biliaire principale ou accessoire) entraînant une dilatation en amont.

6. **ICTERE MIXTE** :

(environ 50% DE BILIRUBINE LIBRE ET 50% DE BILIRUBINE CONJUGUEE)

- ✗ Il peut correspondre à de très rares déficits constitutionnels (<0,1 cas par million) d'une des étapes intra hépatocytaires de la synthèse biliaire.

DEMARCHE DIAGNOSTIC

1/Identifier les situations d'extrême URG et planifier leurs PEC:*

1°/UNE SEPTICEMIE à point de départ biliaire :

- ✗ **L'angiocholite** ++++ est évoquée devant:
 - ✗ -ATCD lithiasiques, ou de chirurgie bilio-digestive.
 - ✗ -triade douleur de l'hypochondre droit, fièvre et ictère se constitue en 24 à 48 heures. (triade classique de **CHARCOT**) Des frissons témoignant de bactériémies itératives sont fréquemment associés. L'obstacle est le plus souvent lithiasique mais peut être tumoral, KHF,ADP...
- ✗ **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE** +++: à la recherche :
- ✗ Lithiases vésiculaires ou dilatation des voies biliaires extra hépatiques
- ✗ **HEMOCULTURES**++
- ✗ *UN TRT ATB actif sur **BGN et ANAEROBIES** doit être instaurer en urgence:
- ✗ (**C3G+METRONIDAZOLE**) puis transfert en chirurgie.
- ✗ *Risques majeurs :pancréatite aigue; choc septique.

2°/ insuffisance hépatocellulaire(risque d'hépatite fulminante)

- ✗ * Encéphalopathie hépatique, syndrome hémorragique,
- ✗ * TP< 30% avec facteur 5, alb, protides totaux

- ✘ * Cytolyse majeure,
- ✘ * Transfert en USI d'hépto-gastro-entérologie dans l'attente d'une transplantation hépatique.

3°/UNE HEMOLYSE AIGUE:

Evoquer en premier lieu :

***Un accès palustre:**

Forme grave d'accès à « **Plasmodium falciparum** »

- ✘ Interrogatoire:

Notion de voyage récent dans les zones tropicaux: - Lieu - Date - Duré de séjour - le suivi ou non de chimio prophylaxie antipaludique.

-début peut spécifique; fièvre tierce ;puis évolution vers des troubles du comportement accompagnées d'une anorexie et d'une insuffisance rénale aigue nécessitant parfois l'épuration extra-rénale.

Frottis sanguin en urgence et **goutte épaisse** (permet de détecter toutes les espèces plasmodiales)

***Une septicémie à:**

Clostridium perfringens: évoquée devant: un contexte intervention gynéco-obstétricale ou abdominale

BGN;STAPHYLOCOQUE; STREPTOCOQUE;PNEUMOCOQUE (porte d'entrée)

4°/Ictère+Insuffisance rénale aigue avec oligo-anurie,augmentation de la créatininémie:

Le plus svt il s'agit:

- ✘ - Un sépsis grave voire d'un choc septique, septicémie à pyogènes (BGN)+++ ou leptospirose .
- ✘ - Très rarement d'une hémolyse aigue : **septicémies à Clostridium P post abortum**
- ✘ Toute les situations imposant des hémocultures et transfert URG en réanimation.

2°/DIAGNOSTIC EN DEHORS DE L'URGENCE :

- 1) Interrogatoire.

❖ **Antécédent:**

→ **Familiaux:** - Maladie hémolytique familiale.
- Notion de cas similaires.

→ **Personnels:** - Colique hépatique.
- Ictère antérieur.
- Transfusion sang, AES, tatou...
- Intervention chirurgicale.

❖ **Mode De Vie:**

→ **Profession:** - Egoutier: leptospirose.
- soignant: Hépatite virale.
- élevage du moutons: KHF.

→ **Loisirs:** - Pêche.
- Baignade dans l'eau douce.
- Contact avec les rats.(leptospirose)

→ **Prise médicamenteuse , Toxicomanie, Alcoolisme,**
Comportement sexuel à risque(VIH,HBV,HCV...)

✗ **Médicaments svt en cause: INH, pyrazinamide, kétokonazole, sulfamides, macrolides, AINS, contraceptifs oraux...**

✗ **Caractère De L'ictère:**

✗ **Mode d'installation.**

✗ **Durée d'évolution.**

✗ **Signes associés : ex :**

✗ Céphalées, arthralgies, urticaire, notion de contagé
:hépatite virale.

✗ Myalgies intenses, céphalées et vasodilatation cutanée:

Caractéristiques De La Fièvre:

1 - **Mode de début** :- brutal : ascension thermique en quelques minutes ou heures .

- progressif : ascension thermique en quelques jours .
- insidieux : le début de la fièvre est imprécis, quelques jours, quelques semaines.

2 - **Intensité** : - peu élevée 37,5 à 38C° (fébricule)

- modérée 38 à 39C°

- élevée > 39C°

3 - **Evolution** .

✗ **la fièvre et l'ictère** :

✗ **Selon la chronologie d'installation on peut déduire la cause, par ex :**

✗ **Fièvre puis ictère apyrétique : *hépatite virale*.**

✗ **Douleur avec fièvre puis ictère (triade de CHARCOT) : *angiocholite* leptospirose.**

2) Examen clinique :

Il faut apprécier rapidement le type de l'ictère et son retentissement sur l'état général

1. **Type d'ictère** :

🌺 **Cholestatique** :

🔴 Couleur verdâtre de la peau.

🔴 Les selles décolorées blanchâtre. Transaminase < 10 NI

🔴 Urines foncées. ----- Ph alc > 2 NI

🔴 Douleur de l'H.C.D.

🔴 Parfois une grosse vésicule palpable.

🌺 **Hémolytique** :

🔴 Ictère. -----biologie: anémie, hyperéritrocytose,

🔴 Pâleur cutané-muqueuse-----LDH, haptoglobine

🔴 Splénomégalie.

🌺 **Cytolytique**:

- Coloration jaune de la peau. Transaminases >10 NI
- Selles foncées. -----Ph alc<2 NI
- Urines normales.

2. Rechercher l'existence d'une hépatopathie sous jacente :

Il faut apprécier :

- La taille du foie (flèche hépatique);
- Sa consistance:
 - ❖ dure cancer, cirrhose.
 - ❖ mousse foie stéatosique ou cardiaque.
- Sa sensibilité;
- Le reflux hepatojugulaire;
- Signes d'HTP (CVC, décompensation oedémato-ascitique, SPM)

3. Signes extra-hépatiques :

- Signes méningés;
- Éruption;
- ADP.

3) Examens para clinique :

les examens para clinique doivent être orientés par l'interrogatoire et l'examen clinique.

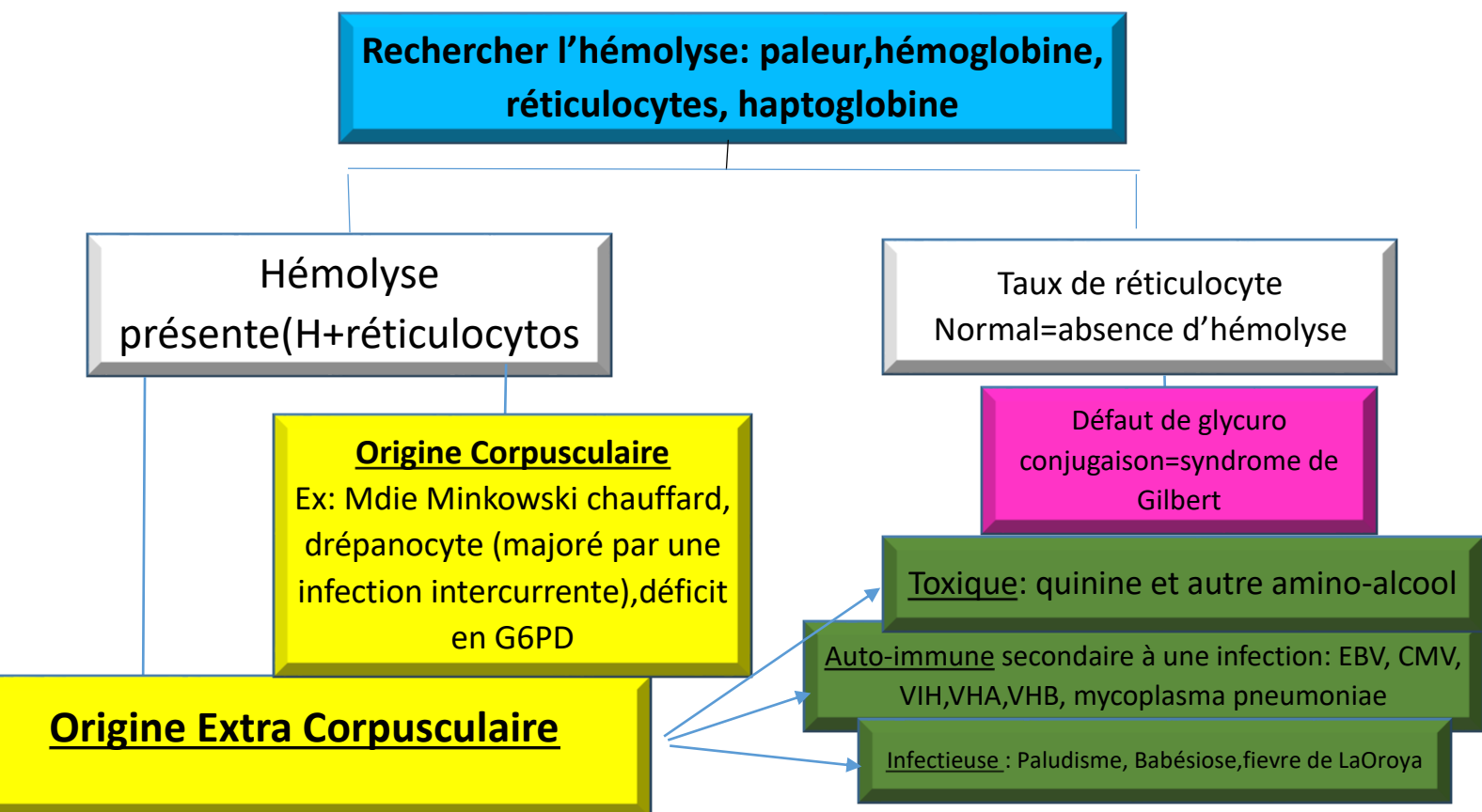
bilan infectieux :

- FNS.
- Hémoculture.
- ECBU.
- PL: Syndrome méningé ou signes encéphalitiques...
- Sérologie en fonction du contexte épidémiologique (Ag HBs, HCV, HIV, CMV,...)
- Sérologie du KHF: ténia echinococcus granulosus.

- Bilan biologique :
 - 1) Bilan hépatocellulaire (ASAT, ALAT, Gamma GT, Palc, BLB);
 - 2) Créatininémie;
 - 3) Ionogramme sanguin;
 - 4) Bilan de coagulation;
 - 5) Amylasémie;
 - 6) Lipasémie;
 - 7) Protéinurie
- Échographie abdominale : Doit être systématique à la recherche d'une obstruction biliaire ou pancréatique, collection intra abdominale, SPM., ADP profonde,...
- Compléments d'imagerie: ASP, CPRE, BILI-IRM..

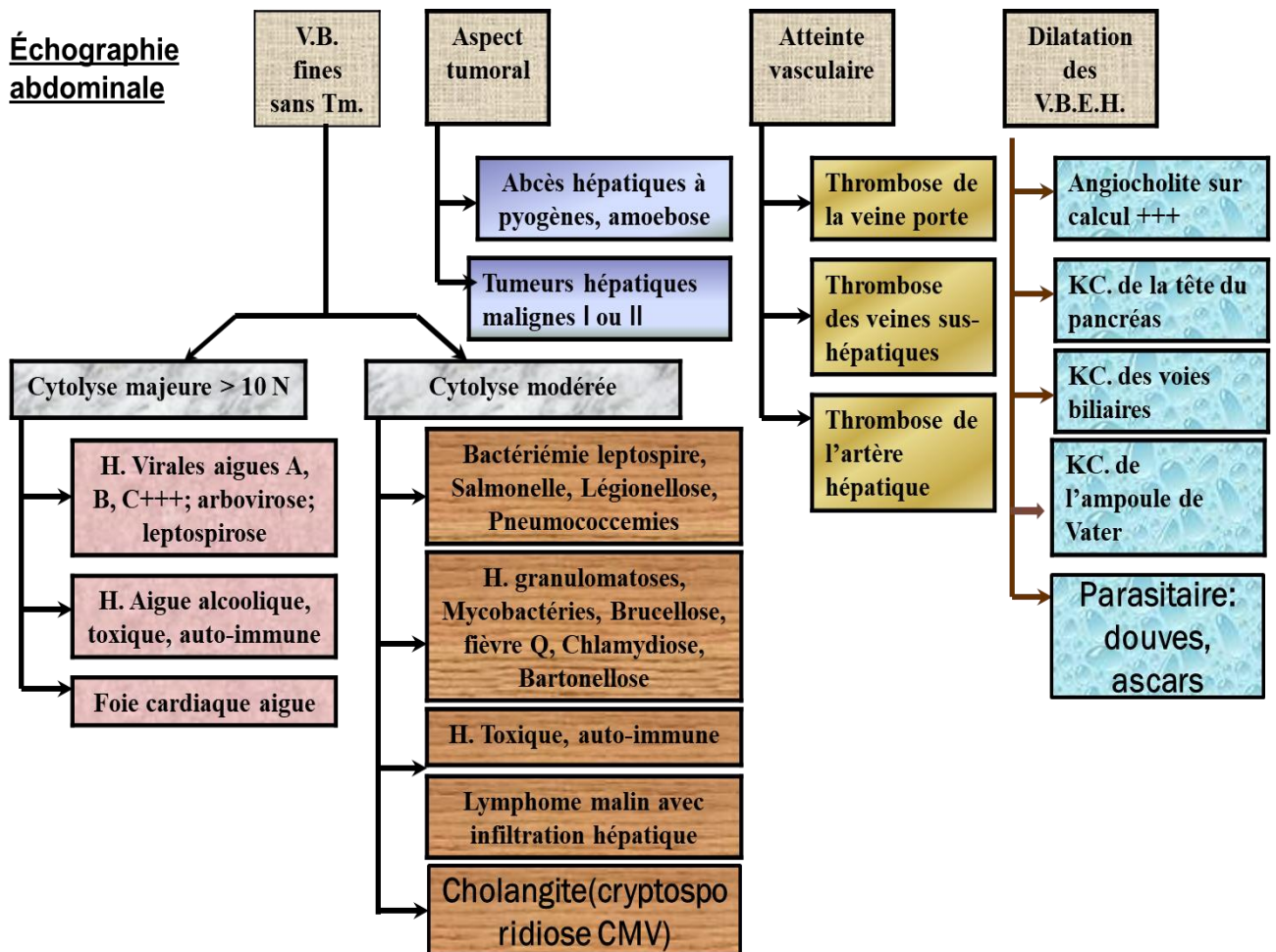
ETIOLOGIES :

✗ ICTERE A BILIRUBINE LIBRE :



Ictère à bilirubine conjuguée :

Ictère à blb conjuguée
+Fièvre



- Au terme de cette enquête étiologique le traitement s'envisagera de façon adaptée à chaque étiologie

Cas particuliers :

- **Nouveau-né :**
- **Bactérienne :**
 - Entérobactéries;
 - Strepto. B;
 - Staph.Listéria.
- **Virale :**
 - Rubéole congénitale;
 - CMV;
 - HBV.
- **Parasitaire :**
 - Toxoplasmose congénital

➤ ICTERE HEMOLYTIQUE PAR INCOMPATIBILITE RH/ABO

- **Cirrhotique :**

- Septicémie porto cave;
- Hépatite alcoolique aigue;
- Hépatite virale ou médicamenteuse;
- Hépatocarcinome sur cirrhose.

➤ **Sida :**

- **Voies biliaires anormales :**

- Cholangite sclérosante(CMV, cryptosporidies)
- Dilatation des voie biliaires par compression GG^{aire}.

- **voies biliaires normales :**

Mycobactériose.

Dgc. : hémoculture et PBH.

- **Femme enceinte :**

le pronostic est double maternel et fœtal

- ✗ Hépatite virale E,B (vu la gravité);
- ✗ Cholécystite gravidique;
- ✗ Les autres étiologies ne sont pas épargnées.