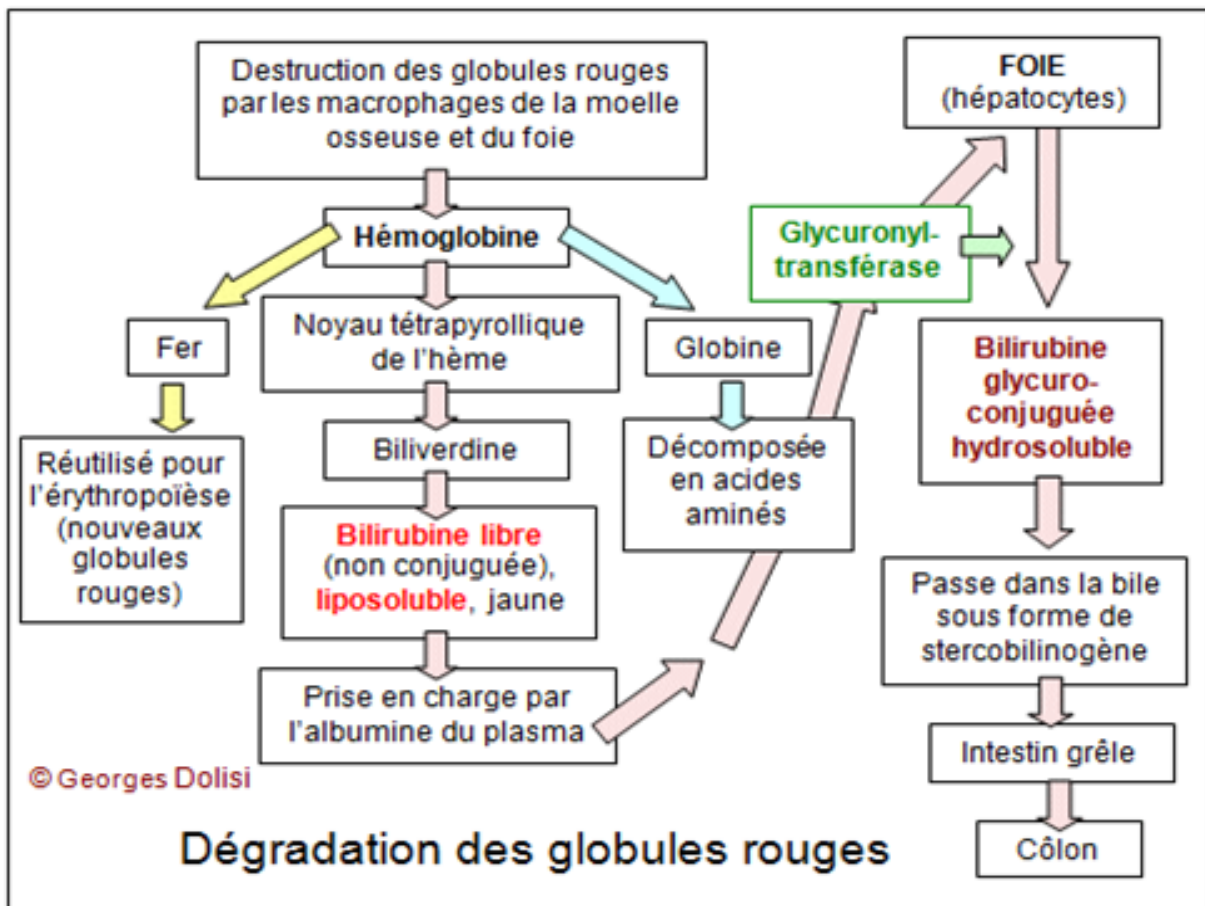


## ICTÈRE FÉBRILE

### DÉFINITION

- L'ictère fébrile est défini par une coloration jaunâtre des téguments et des muqueuses due à une augmentation de la bilirubine dans le sang survenant dans un contexte fébrile.
- Il s'agit d'un symptôme fréquent, observé dans plusieurs affections.
- Tout ictère même fébrile n'est pas toujours d'origine infectieuse.

### RAPPEL PHYSIOLOGIQUE



### PHYSIOPATHOLOGIE

- Deux mécanismes sont responsables :
  - >> hyperproduction de la bilirubine (augmentation de BNC) secondaire à une hémolyse ictère pré hépatique.

>> Trouble d'élimination de la bile :

- Anomalie du métabolisme de la bilirubine : ictère hépatique

- \* Anomalies de conjugaison (crigler najjar, maladie de Gilbert) => ictère à BNC.

- \* Cholestase intrahépatique : ictère à BC (hépatites virales, cirrhose).

- Anomalie d'évacuation de la bile : ictère post hépatique: ictère à BC (obstacle ou compression cholédocienne ; lithiase, Tm focalisée ou Tm d'autres organes).

## **DIAGNOSTIC POSITIF**

- Le diagnostic étiologique repose sur des arguments:

- anamnestiques.

- cliniques.

- paracliniques.

### 1- INTERROGATOIRE

Doit préciser :

- Age du malade et le sexe.

- Profession.

- Notion d'éthylisme.

- Notion de cas similaires dans l'entourage.

- Notion de séjour en zone d'endémie (palustre,...).

- Notion de baignade ou de pêche en eau douce.

☒ On recherche aussi dans les ATCD:

- Une pathologie hépatobiliaire.

- Notion de prise médicamenteuse ou de toxicomanie.

- Notion de transfusion de sang ou de ses dérivés, d'injection, de soins dentaires, d'intervention chirurgicale

L'interrogatoire doit préciser également :

- La date et le mode d'apparition de l'ictère et son mode d'évolution.
- Les signes accompagnateurs: troubles de transit, décoloration des selles, coloration foncée des urines, un prurit, asthénie, hématurie.

## 2-CLINIQUE

-On doit rechercher l'existence d'une grosse vésicule , une éruption cutanée, des ADP.

A- *l'ictère*: Suivant son intensité, on distingue:

- ictère discret : sub-ictère doit être recherché à la lumière du jour au niveau des muqueuses conjonctivales et muqueuse de la face inférieure de la langue (correspond à un taux de BT entre 15 et 30mg/l).

- franc: couleur jaune généralisée aux téguments et aux muqueuses (correspond à un taux de BT>30mg/l).

- Intense: couleur brune verdâtre (BT entre 300-400 mg/l).

B-*signes de défaillance hémodynamique*: hypotension, pouls accéléré, oligo-anurie.

C- *Signes d'insuffisance hépatocellulaire*: Syndrome hémorragique, angiomes stellaires, atrophie hépatique.

D- *signes d'encéphalopathies hépatique*: troubles du comportement, tremblement.

E-*signes d'hémolyse aigue*: pâleur cutanéomuqueuse, tachycardie, SPM.

F- *signes HTP*: circulation veineuse collatérale, SPM, ascite.

## 3- Examens complémentaires

\*Examens complémentaires de 1er intention:

A- *les examens biologiques*: hémoculture, FNS, biologie hépatique, électrophorèse des protéines sériques, TP.

B- *L'échographie abdominale*: Systématique devant toute cholestase

C- *TDM abdominale*: réalisée en cas de cholestase extra-hépatique, quand l'échographie ne permet pas un examen correct du pancréas.

\*Examens complémentaires de 2<sup>ème</sup> intention:

- En fonction de l'orientation étiologique:
  - Goutte épaisse et FSP.
  - Sérologies:- des hépatites virales (A, B, C, D et E), test de MNI, amibiennne, leptospirose, rubéole, rickettsiose, syphilis
  - IDR à la tuberculine
  - Radiographie thoracique de face, bili-IRM.

### **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

Il faut éliminer ce qui n'est pas ictère devant une coloration jaune des téguments et ou des muqueuses :

- \*La pâleur jaunâtre de certaines anémies.
- \*L'hypercaroténémie en cas d'insuffisance rénale, hypothyroïdie,
- \*Dans ces deux cas l'examen des conjonctives de coloration normale fait la différence

### **DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

#### A/ CAUSES INFECTIEUSES

##### **LES CAUSES URGENTES :**

◇ **ANGIOCHOLITE** : C'est une urgence médico-chirurgicale

\_Cliniquement :

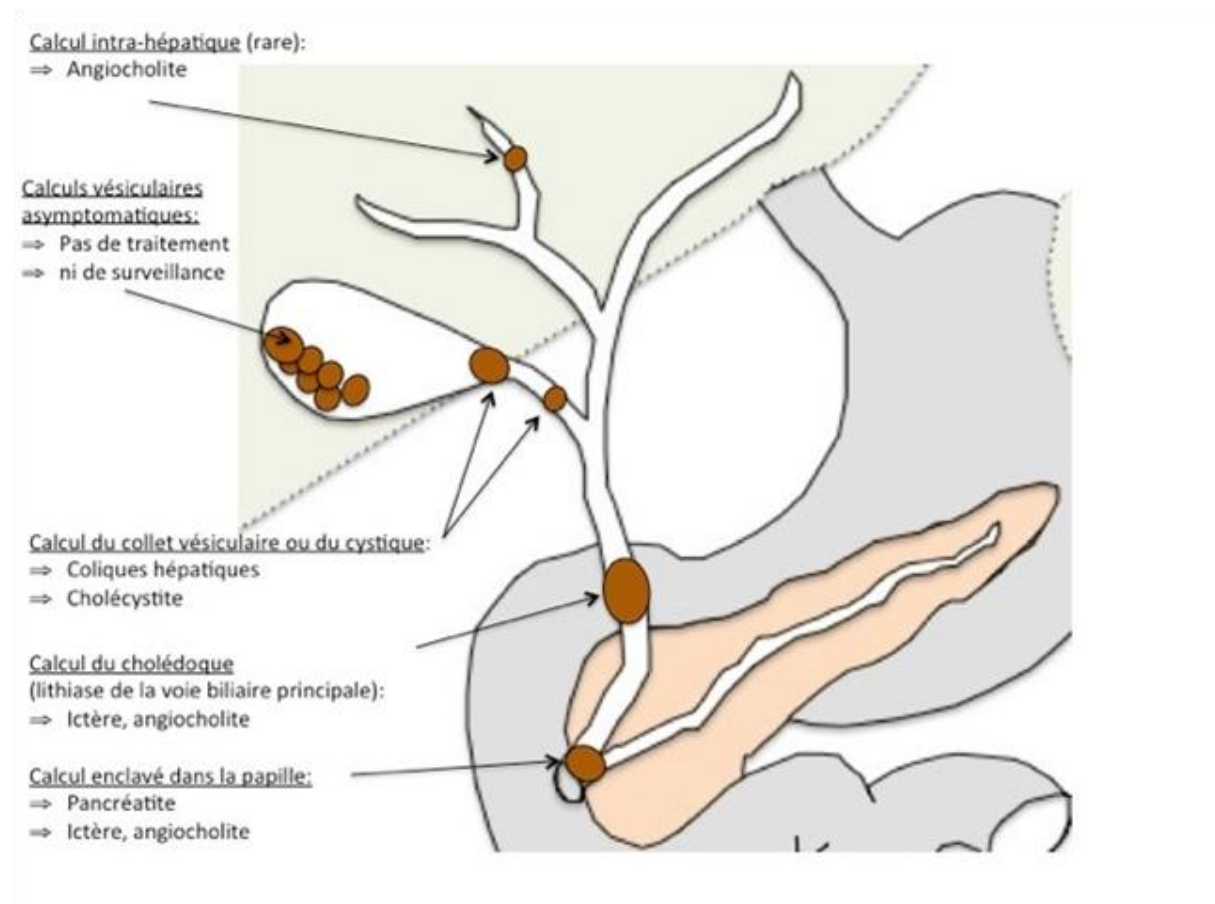
- Epigastralgie ou douleur de l'hypochondre droit accompagnée de nausées et vomissements.
- Fièvre avec frissons intenses précédant de 12 à 24 h un ictère franc.

\_Biologie :

- confirme le syndrome rétionnel associé ou non à un syndrome de cytolyse.
- NFS : hyperleucocytose à PN.

\_Echographie : recherche une lithiase bilieuse, épaissement de la paroi vésiculaire, une dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

\_Traitement: la libération des voies biliaires chirurgicale ou endoscopique + antibiothérapie parentérale.



#### ◊INSUFFISANCE HEPATIQUE AU COURS DES HÉPATITES FULMINANTES :

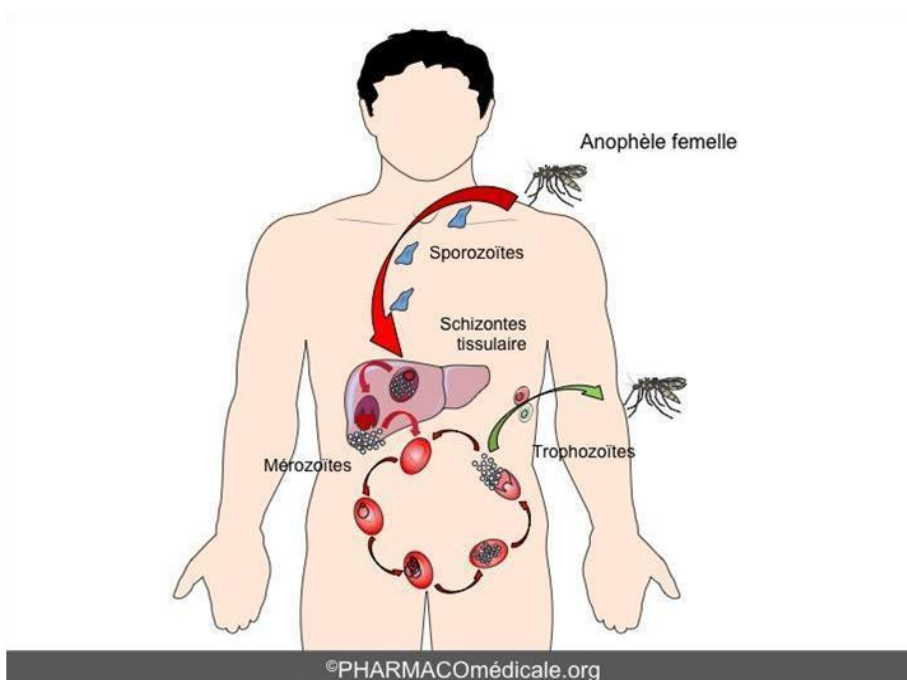
- Le plus souvent due à l'hépatite virales (B,C,A), le patient présente :une encéphalopathie (troubles de la conscience, astérisis) associé un syndrome hémorragique cutanéomuqueux et une hypoglycémie .
- Biologie : syndrome de cytolyse majeure, TP< 30%, avec chute du facteur V.
- Traitement : mesures de réanimation dans l'attente d'une transplantation hépatique.

#### ◇SEPSIS A GERMES PYOGÈNES :

- Surtout à BGN à point de départ urinaire ou abdominal évoqué devant; un début brutal, un Syndrome infectieux associé à un ictère et HPSM.
- Sepsis à streptocoque B évoqué surtout chez le n-né.
- Sepsis à clostridium perfringens secondaire à une intervention gynéco-obstétricale ou abdominale septique.
- Sepsis à listéria ; évoqué chez le n-né devant un état septicémique associé à une méningite, conjonctivite purulente , avec notion d'accouchement fébrile.
- Dans tous les cas le diagnostic repose sur les HMC avec examen du placenta pour la listeria néonatale.

#### ◇ACCÈS PALUSTRE GRAVE :

- Réalise un tableau d'encéphalopathie aigue fébrile avec atteinte polyviscérale, au retour d'une zone d'endémie palustre sans chimio prophylaxie
- À l'examen : SPM inconstante de bon pronostic, HPM fréquente de mauvais pronostic, ictère fréquent par hémolyse.
- Dg : FSP, GE.
- Traitement : Quinine.

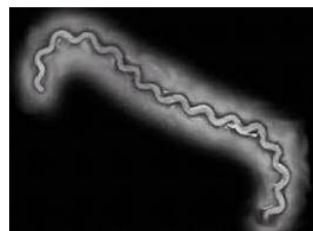


### ◇ FIÈVRE BILIEUSE HÉMOGLOBINIQUE :

- Complication très grave due à une hémolyse massive, souvent déclenchée par l'injection de Quinine.
- L'évolution peut être mortelle en absence d'épuration extrarénale.

### ◇ LEPTOSPIROSE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE :

- Syndrome fébrile et algique.
  - insuffisance rénale aigue.
  - Cytolyse hépatique
  - Syndrome hémorragique.
  - syndrome méningé.
- ictère à bilirubine mixte .



### ◇ FIÈVRE TYPHOÏDE COMPLIQUÉE D'UNE CHOLÉCYSTITÉ:

Maladie fréquente évoquée devant :

- Notion de prise de l'eau ou aliments suspects.
- Début progressif
- Fièvre en plateau + pouls dissocié +TRL + diarrhée + SPM
- Salmonella typhi et paratyphi A,B et C
- Diagnostic par hémocultures + sérologie de widal et felix + coproculture.

### 🦋 LES CAUSES EN DEHORS DE L'URGENCE:

#### A- VIRALES:

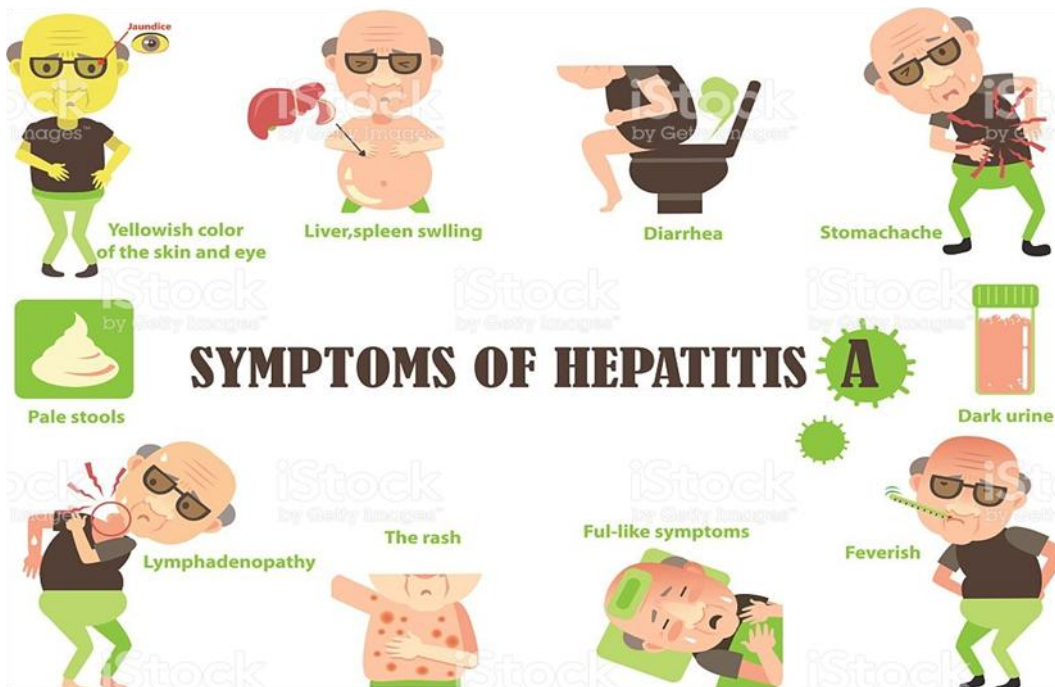
🦋 hepatites A, B, C, D et E: doivent être évoquées devant:

- La notion d'épidémie surtout pour l'HVA et E.
- La notion d'injections, soins dentaires, transfusion sanguine, d'interventions chirurgicales, de tatouage scarification dans les 6 semaines à 6 mois qui précèdent l'apparition de l'ictère pour l'hépatite B, C et D.

- Seules les sérologies permettent de trancher.

Les différents types d'hépatites			
L'hépatite est une inflammation du foie. Le mot est très souvent associé à une hépatite virale provoquée par différents virus de type A, B ou C			
	Hépatite A	Hépatite B	Hépatite C
Transmission	Aliments ou boissons souillés	Voies sexuelles Sang contaminé Mère à enfant	Sang contaminé Toxicomanie
Incubation	15 à 45 jours	45 à 180 jours	45 à 80 jours
Symptômes	Nausée, vomissements, fièvre, inflammation du foie, jaunisse. <b>Guérison à 100%</b>	Nausée, vomissements, fièvre, inflammation du foie, jaunisse. <b>Guérison à 90%</b> . Risque : évolution en cancer	Fatigue, fièvre, vomissements, douleurs abdominales. <b>Guérison à 20-30%</b> . Risque : cirrhose ou cancer
Traitement	Le virus disparaît de lui-même sans traitement. <b>Un vaccin existe</b>	Traitement médical : guérison à 90%. <b>Un vaccin existe</b>	70 à 80% des malades développent des hépatites chroniques. <b>Pas de vaccin</b>

Sources : SOS Hépatites et CDC d'Atlanta 240209 AFP



❄ CMV :

- Elle peut se manifester par une fièvre, une asthénie, des myalgies, des ADP cervicales, rarement angine et SPM; même un ictère
- Surtout chez les immunodéprimés (VIH, transplanté..):
- La confirmation est affirmée par l'isolement du virus par culture cellulaire.

❄ MNI :

- Une angine, hépato-splénomégalie, adénopathies.



-Un rash cutané, survient après la prise d'ampicilline

-un syndrome mononucléosique au FSP.

\*La confirmation repose sur les sérologies.

❄ Fièvre jaune : arboviroses

- Notion de séjour en zone d'endémie (Afrique tropicales, Amérique du sud)

- L'évolution cyclique en deux phases : phase rouge congestive et phase jaune hépatorénale. Séparées par une phase de rémission trompeuse.

- Confirmation : la sérologie.

## Fièvre jaune

- Transmission par le moustique *Aedes*
- Zones tropicales et subtropicales d'Afrique Noire et d'Amérique intertropicale
- Zones rurales
- Formes variées : de la simple fièvre à l'ictère associé à des hémorragies diffuses
- TTT symptomatique, pas de TTT spécifique
- Vaccin



❄ rubéole congénitale :

- Doit être évoquée chez tout nouveau-né qui présente un ictère fébrile associé à des malformations surtout oculaires, hépato-splénomégalie, surtout si on a la notion de rubéole chez la mère durant sa grossesse, ou si elle a été en contact avec un rubéoleux.

- Confirmation : isolement du virus dans l'oropharynx ou par la sérologie.

### ✱ primo-infection à VIH :

-Doit être évoquée devant la notion de contagé ou de comportement sexuel à risque 4 semaines environ avant l'installation de l'ictère.

-Le diagnostic est sérologique.

## *B- LES CAUSES BACTÉRIENNES :*

### *1. Brucellose :*

- Dans sa forme aiguë septicémique ou dans sa forme focalisée, évoquée devant :

-Notion de contagé ou de profession exposée.

-Un syndrome sudoro-algique associé à une fièvre ondulante avec ictère.

-Les signes de focalisation.

- Confirmation :

- Hémoculture,

- Sérologie de Wright.

### *2. TBC :*

- Doit être évoquée devant tout ictère fébrile associé à une AEG et les autres signes de diffusion tel que pulmonaire avec IDR t +.

- Confirmation :

\*l'isolement de BK dans les prélèvements (crachats...).

\* biopsies hépatiques avec étude anapath.

### *3. Abcès du foie volumineux :*

- Douleur intense provoquée à l'ébranlement du foie dans un contexte fébrile.

- Dg : ponction échoguidée

#### 4. Syphilis secondaire:

- Doit être évoquée devant un ictère fébrile chez tout patient aux antécédents de chancre génital non traité associé à une adénopathie ou des polyadénopathies. Et devant la présence de signes cutanés avec alopecie caractéristiques de la syphilis secondaire.
- Confirmation : \*la sérologie de la syphilis (TPHA, VDRL).

#### 5. Rickettsioses :

- FBM : -notion de contact avec les animaux
- Syndrome infectieux parfois accompagné d'un ictère
- Une éruption maculo-papuleuse généralisée avec atteinte palmo-plantaire
- Chancre noirâtre d'inoculation
- Diagnostic: clinique
- TRT: doxycycline 200mg/j
- Fièvre Q : ictère fébrile, atteinte pulmonaire.

Myalgies et injection conjonctivale.

Confirmation : sérologie.

#### 6. Mycoplasma pneumoniae :

- A évoquer devant une pneumopathie interstitielle trainante.

#### C. CAUSES PARASITAIRES :

##### 1. Bilharziose hépatosplénique :

- Notion de contact de la peau avec des eaux douces infestées.
  - Ictère+ HPM+ SPM.
  - Eosinophilie sanguine.
  - Confirmation : \*biopsie hépatique ; à la recherche des œufs de bilharzioses.
- \*découverte des œufs dans les urines et les selles.

## 2. Kyste hydatique :

- Soit par compression ou rupture dans les voies biliaires.
- Dg : orienté par l'échographie abdominale et confirmé par la sérologie.

## 3. Amoebiose hépatique :

- Ictère par compression des voies biliaires.
- Dg : orienté par l'échographie abdominale et confirmé par la sérologie.

## 4. Toxoplasmose congénitale :

- A évoquer devant tout ictère néonatal notamment devant la notion de toxoplasmose maternelle non traitée survenant pendant la grossesse.
- Confirmation : la sérologie.

## 5. Ascariidose :

- Compiquée par la migration des vers dans le cholédoque.
- Dg : examen parasitologique des selles.

## 6. Distomatose hépatobiliaire :

- Compiquée par migration des vers adultes dans les voies biliaires, évoquée devant ; une notion de séjour en zone endémique.
- Hyper éosinophilie, confirmée par la sérologie.

### *D. LES CAUSES MYCOSIQUES :*

Elles sont rares et surviennent en générale dans un tableau septicémique chez des sujets immunodéprimés.

☒ Candidose.

☒ Cryptococcose.

☒ Aspergillose.

☒ Histoplasmosse.

## B/ LES ICTÈRES NON INFECTIEUX :

### *1. ICTÈRE RETENTIONNEL OU CHOLESTATIQUE :*

**\*\*Ictère de cause extra hépatique :**

- Lithiase de la voie biliaire principale : Cancer de la tête de pancréas :
- Ampulome vésiculaire
- Cancer des voies biliaires
- Pancréatite chronique
- Compression de la voie biliaire principale

**\*\*Ictère de cause intra hépatique :**

- Cirrhose hépatique : donne une hypertension portale.
- Cancer du foie
- Cirrhose biliaire primitive
- Hépatite alcoolique
- Foie cardiaque : foie douloureux, reflux hépato-jugulaire.
- Cause médicamenteuse :
  - \*isoniazide
  - \*rifampicine
  - \*paracétamol( forte dose)
  - \*Psychotropes et anticonvulsivants
  - \*AINS
  - \*anesthésiques.
  - \*toxique: tétrachlorure de carbone, phosphore.

## 2. ICTÈRE HÉMOLYTIQUE :

### ◊ Congénital :

- Sphérocytose héréditaire (anomalie de la membrane érythrocytaire : Minkowski Chauffard).
- Erythro-enzymopathie (déficit en G6PD).
- Hémoglobinopathie (B. thalassémie, drépanocytose).

### ◊ Acquis :

- L'iso immunisation fœto-maternelle par incompatibilité RH ou ABO chez le nouveau-né.
- Accident transfusionnel.
- Anémie auto-immune : test de Coombs+.

### ◊ Ictère constitutionnel : rare.

- -Maladie de Crigler Najjar et Gilbert.
- -Maladie de Dublin Johnson et syndrome de Rotor.

## **CONCLUSION :**

- 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 trt adéquat.