

CAT DEVANT UN ICTERE FEBRILE

Objectifs

- Reconnaître l'ictère cliniquement et comprendre sa physiopathologie
- Etablir une démarche pour le diagnostic
- Connaître les différentes étiologies
- Reconnaître les situations urgentes et savoir les prendre en charge

Généralités

- Urgence diagnostique compte tenu la gravité potentielle de certains diagnostic
- L'ictère fébrile n'est pas toujours d'origine infectieuse (origines hémolytiques , auto-immunes ,néoplasique)
- L'analyse du contexte , signes cliniques associés , examen clinique , examens complémentaires oriente le diagnostic
- Le traitement et le pronostic sont étroitement liées a l'étiologie

I. Définition de l'ictère :

Clinique:

C'est la coloration jaune des téguments et des muqueuses qui est liée à l'accumulation de bilirubine dans le plasma

Biologique:

Augmentation du taux de bilirubinémie > 12 mg/dl ou (20 μ mol/l)

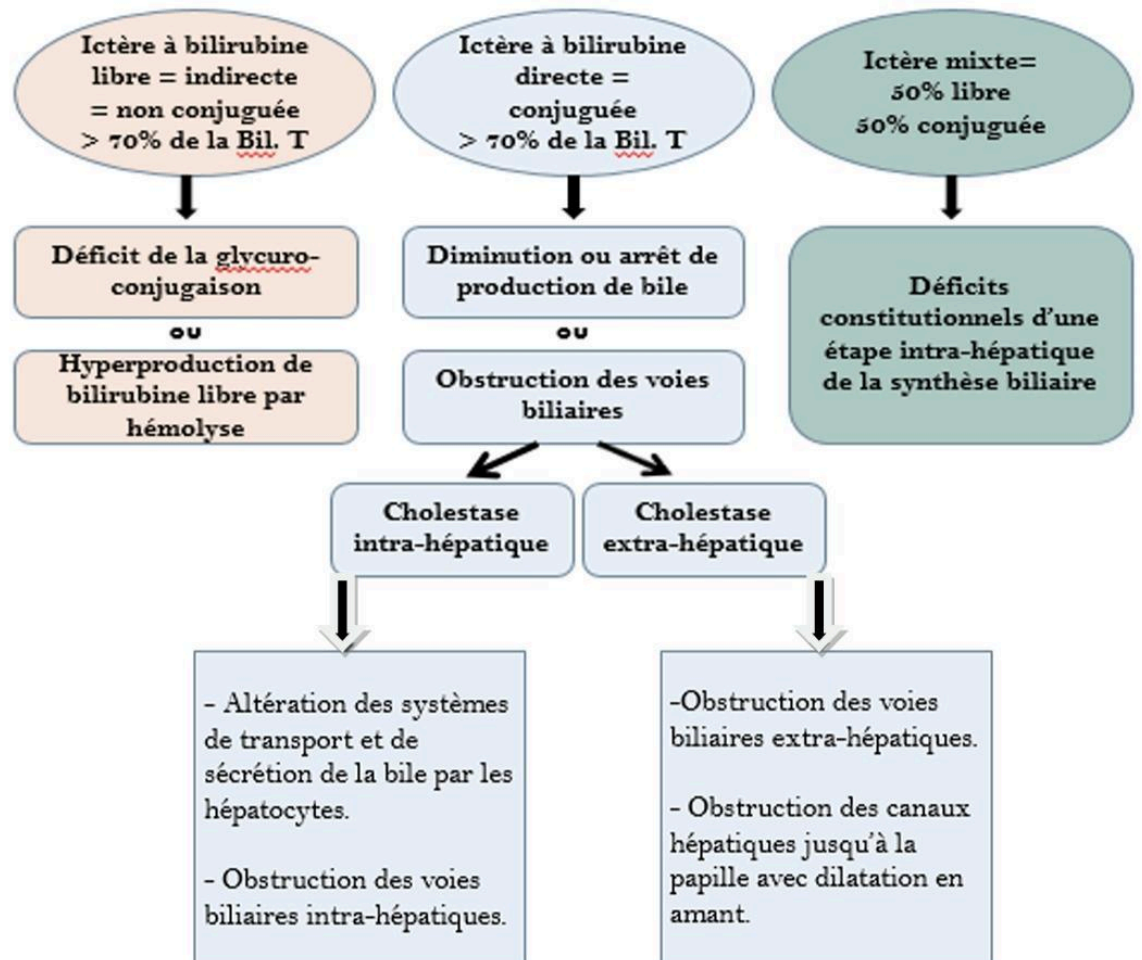
- ✓ **Sub-Ictère** ou ictère conjonctival: BT 15 – 30 mg/l
- ✓ **Ictère franc** cutanéomuqueux généralisé : BT > 30 mg/l (50 μ mol/l)

II. Rappel Physiologique :

La bilirubine provient de la dégradation du globule rouge et de l'hémoglobine qui se scinde en globine et en hème, la dégradation de l'hème produit de la biliverdine qui se transforme en bilirubine libre

(appelée aussi bilirubine indirecte ou bilirubine non conjuguée) toxique pour le corps et qui n'est pas hydrosoluble. La bilirubine se lie à l'albumine et va être transportée jusqu'au foie où elle va subir une

conjugaison grâce à l'enzyme Glucoronyl transférase qui la rend hydrosoluble. Une partie de cette bilirubine conjuguée (appelée encore bilirubine directe) va être filtrée par le rein sous forme d'urobiline donnant la couleur jaune aux urines et l'autre partie va être recaptée par le foie et les hépatocytes et être excrétée avec la bile dans le duodénum et les intestins ou elle va subir encore une transformation en stercobiline et être excrétée dans les selles donnant leur couleur foncée.

III. Physiopathologie :IV. Diagnostic positif de l'ictère :

- Diagnostic clinique facile.
- Confirmé par la biologie.
- Diagnostic différentiels ?

Hypercaroténémie (caroténodermie ou xanthodermie) : Dépôt abondant de carotène dans l'hypoderme et la couche cornée de la peau

prédominant aux paumes et plantes, donnant une couleur jaune orangée à la peau, mais les muqueuses sont respectées.

- Causes: consommation excessive de β -carotène (carottes) ou certains médicaments.

➤ Pseudo-ictère picrique: absorption d'acide picrique.

➤ Pâleur extrême.

➤ Autres: hypothyroïdie (teint pale cireux).

V. Démarche diagnostique :

Interrogatoire:

Nom, prénom, Origine et Adresse.

- Profession +++.

- Le mode d'apparition de l'ictère et ses circonstances.

- Les caractéristiques de la fièvre : intensité, mode de début: brutal, insidieux...

- Signes d'accompagnement : Frissons, céphalées, arthromyalgies, Douleurs abdominales (l'hypochondre droit +++, irradiant à l'épaule = colique hépatique).....

- Antécédents médicaux et chirurgicaux (personnels et familiaux): antécédents lithiasiques, maladie chronique: diabète, hémopathie, hépatopathie....

- Habitudes de vie: alcoolisme chronique, tabagisme, toxicomanie IV, habitudes traditionnelles (scarification, acupuncture), piercing, tatouage, comportement sexuel à risque...

- Prise médicamenteuse ou de plantes médicinales.

- Notion de transfusion sanguine (< 6 mois); soins dentaires. - Un voyage récent (zones impaludées....). - Statut vaccinal vis-à-vis de l'hépatite B.

Examen clinique :

- L'état général, T°, tégument et conjonctives.
- Chercher des signes de gravité ?
 - ✓ Signes hémorragiques (cutanéomuqueux).
 - ✓ Signes d'hypoperfusion, de choc (hypotension ou pincée, pouls rapide filant ou imprenable, extrémités froides, marbrures...). ✓ Signes de détresse respiratoire (dyspnée, battement des ailes du nez, tirage sus-sternal ou intercostal, cyanose).
 - ✓ Signes d'encéphalopathie (troubles de la conscience, asterixis...).
 - ✓ Signes d'insuffisance rénale (oligurie, anurie).
 - ✓ Abdomen chirurgical (défense, contracture).
- Une douleur de l'hypochondre droit à la palpation.
- Une hépatomégalie (consistance, sensibilité, flèche hépatique).
- Une splénomégalie.
- Prurit, coloration des urines et des selles.
- Des signes hémorragiques : purpura, gingivorragies, épistaxis, hématurie,
- Ascite, circulation veineuse collatérale, angiomes stellaires....
- Autres: masse abdominale palpable, adénopathies, TR.....

Examens para-cliniques :

1. Biologiques:

- Bilirubine totale, directe, indirecte / TGO (ASAT), TGP (ALAT), PAL, G-GT / TP.
- NFS+Réticulocytes / CRP.

- Créatininémie, glycémie.
- Autres : VS, haptoglobine, fer sérique, ionogramme, électrophorèse des protéines...
- Intérêts des analyses de 1ère intention :
- Bilirubine Totale, Directe (conjuguée), indirecte (libre): +++
 - ✓ Prédominance indirecte → hémolyse +++
 - ✓ Prédominance directe → hépato-biliaire.
- NFS (hémolyse ?, hyperleucocytose (sepsis, lithiase de la VBP)? Leucopénie (virose)? Thrombopénie? Éosinophilie (parasitose)).
- Fer sérique, réticulocytes: augmentés dans l'hémolyse.
- Haptoglobine : diminuée dans l'hémolyse.
- TGO, TGP (transaminases): cytolysse hépatique (les TGP sont plus spécifiques du foie).
 - PAL, G-GT : élevés → Cholestase.
 - TP: hémostase, fonction hépatique.
 - Urée, créatinine: fonction rénale

2. Radiologiques: Échographie abdominale, TDM abdominale, Bili-IRM, Echo-endoscopie, Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)...

→ **Intérêts des analyses de 1ère intention :**

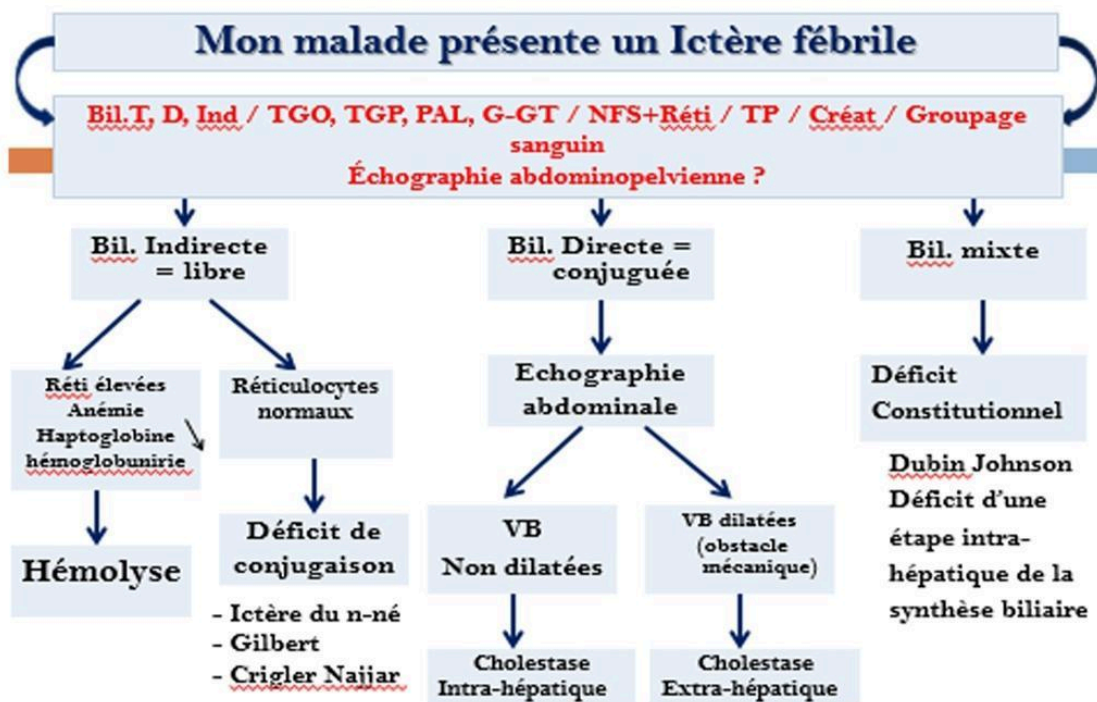
- Échographie hépatobiliaire (examen de référence):
 - ✓ Dilatation des voies biliaires extra-hépatiques parfois intra-hépatiques,
 - ✓ Lithiase,
 - ✓ Abscès,
 - ✓ Tumeur, nodules hépatiques, kyste...
 - ✓ SPM, ADP, ascite....

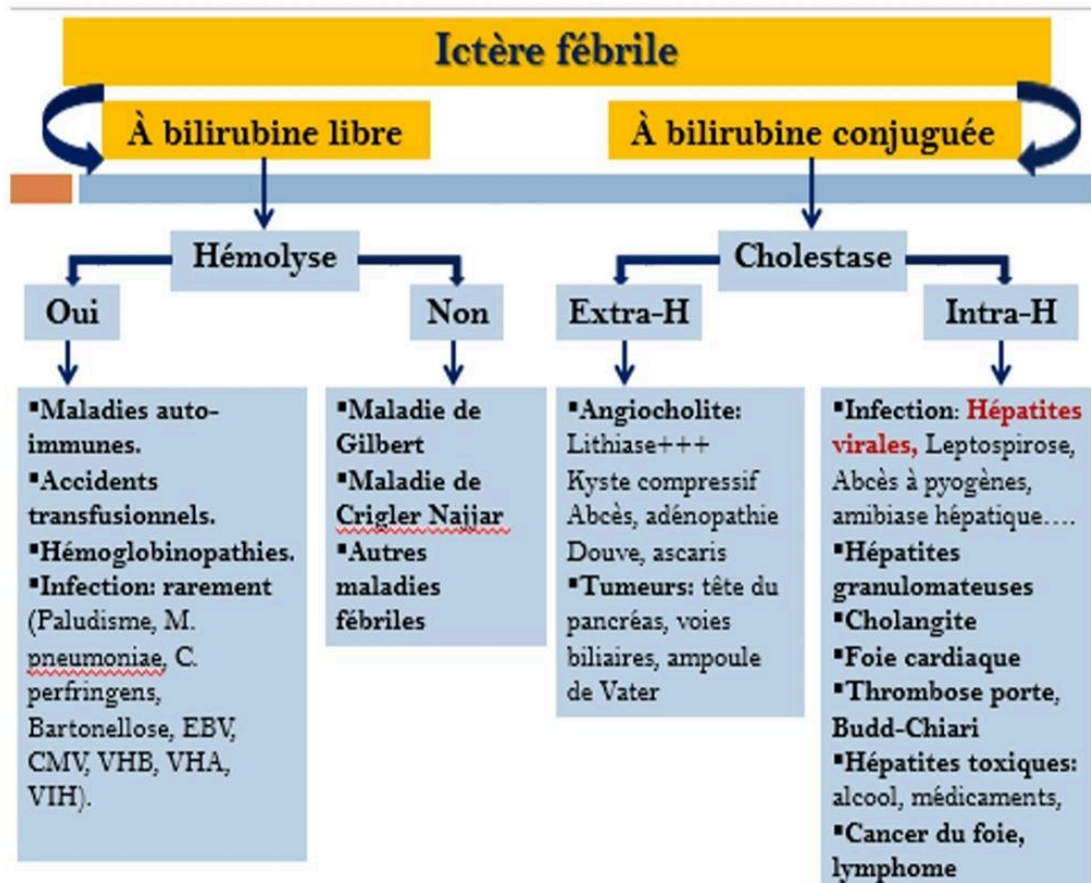
- TDM: précision +++, tumeurs, lithiase, thrombose...
- CPRE : calculs, rétrécissement tumoral ou inflammatoire, pancréas...
- Bili-IRM: calculs ratés par la TDM, lithiase résiduelle, voies biliaires, obstruction tumorale...

3. Microbiologiques: Hémocultures, Sérologies : VHA, VHB, VHC, VHE, VHD, CMV, VIH, FSP, Goutte épaisse..... (en fonction des étiologies évoquées).

VI. CAT pratique :

L'analyse des signes cliniques et leur contexte, des examens biologiques simples et de l'échographie abdominale sont les clés de la démarche diagnostique.



VI. Diagnostic étiologique :

- Nombreuses causes infectieuses : maladies virales, bactériennes, parasitaires et mycosiques.
- Le plus souvent en rapport avec une atteinte hépatobiliaire où dominent les hépatites virales chez le malade jeune et les angiocholites chez le malade âgé.
- Un ictère infectieux est plus rarement d'origine hémolytique.
- La présence de fièvre ne permet pas d'affirmer l'origine infectieuse, d'autres causes non infectieuses peuvent être responsables de fièvre

❖ Les urgences médico-chirurgicales potentielle a éliminer en devant un ictère fébrile :

**** Angiocholite: infection de la bile**

- Triade clinique de CHARCOT: douleur de l'HCD, fièvre, ictère. - ATCD de lithiase vésiculaire ou de cholécystectomie.
- Echo: dilatation de la VBP ; Hyperleucocytose ; Hémocultures +++.
- Traitement médical urgent (antibiotique) et chirurgical.
- Complications: choc septique, pancréatite aigue.

**** Sepsis grave à BGN:**

- Clinique: revoir le cours.
- Hémocultures +++, porte d'entrée +++.
- Traitement : bi-antibiothérapie adaptée en IV, réanimation médicale.

****Sepsis à anaérobies (clostridium perfringens) post partum :**

- Sepsis grave et IRA (insuffisance rénale aigue).
- Hémocultures +++.
- Traitement: antibiotique adapté, réanimation médicale.

**** Hépatite fulminante:**

- Encéphalopathie hépatique, syndrome hémorragique.
- TP< 30%, Facteur V bas, Cytolyse majeure ; Insuffisance hépatocellulaire.
- Prise en charge en soins intensifs ; Traitement: transplantation hépatique.

**** Paludisme grave:**

- Retour d'un pays tropical ; Troubles de la conscience ; Signes neurologiques.
- FSP, Goutte épaisse.
- Traitement antipaludéen urgent.

- Déclaration obligatoire.

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 traitement adéquat.