

Ictères fébriles

Symptôme fréquent en pathologie infectieuse tropicale, l'association d'un ictère (conjonctives jaunes : photo 1 ; urines foncées dues à l'augmentation sérique de la bilirubine libre ou conjuguée) et d'une fièvre doit faire rechercher dans un premier temps trois étiologies imposant un traitement urgent :

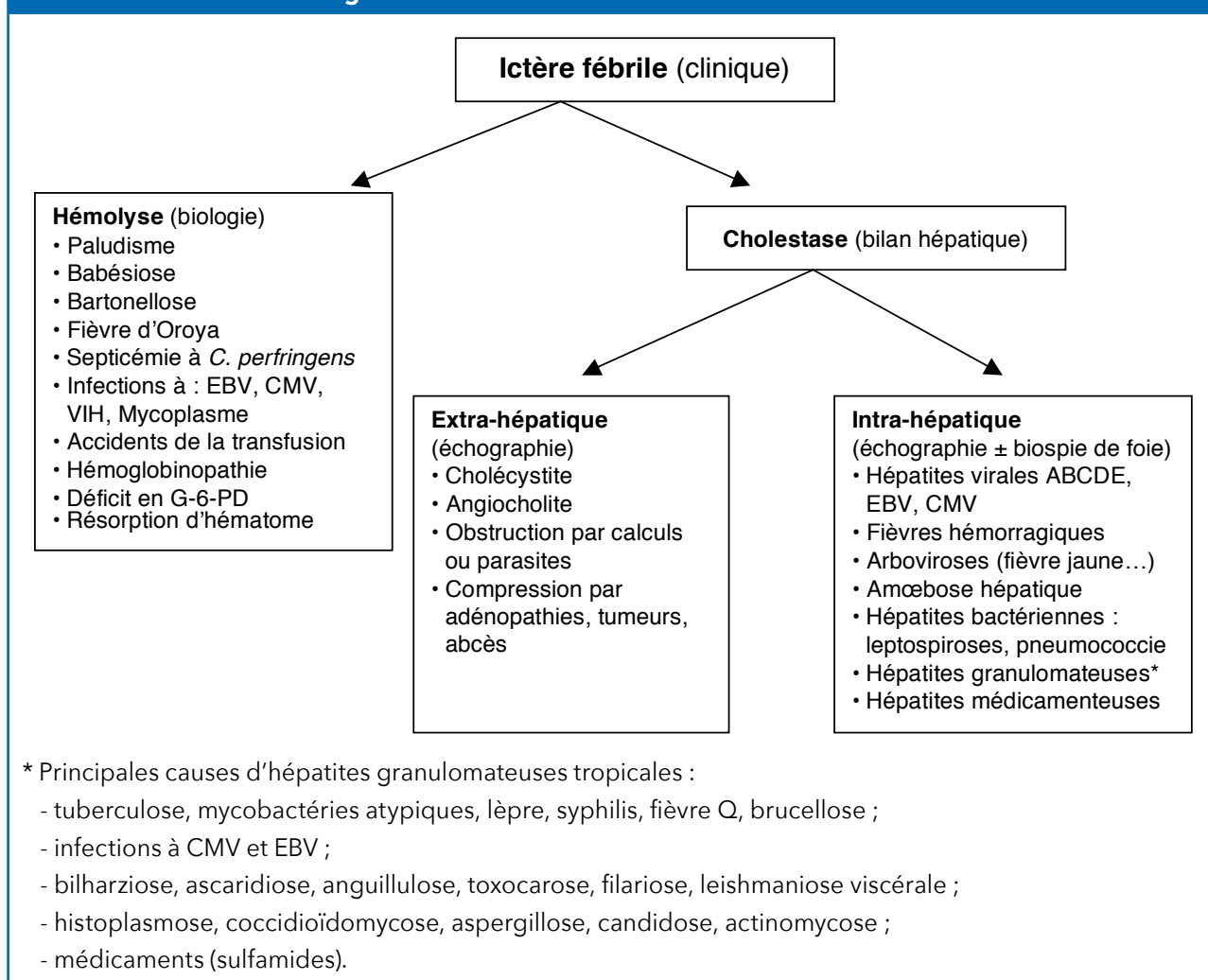
- un paludisme, en zone d'endémie ou chez un patient ayant séjourné en zone d'endémie, nécessitant un frottis-goutte épaisse et un traitement antipaludique en urgence ;
- une septicémie nécessitant des hémocultures et un traitement antibiotique en urgence ;
- une angiocholite ou une cholécystite nécessitant une échographie, une antibiothérapie voire une opération chirurgicale.

Photo 1. Ictère conjonctival



L'examen clinique complet, des examens biologiques simples (NFS, réticulocytes, bilirubine, ASAT, ALAT, phosphatases alcalines, gamma GT, urée, créatinine, TP, sérologies, frottis-goutte épaisse, hémocultures, parasitologie des selles) et l'échographie permettent d'identifier les principales étiologies (figure 1). Les signes de gravité à rechercher systématiquement sont ceux de l'insuffisance hépatocellulaire (encéphalopathie, baisse du TP notamment dans les hépatites virales, arboviroses...), de l'insuffisance rénale (créatininémie, urée notamment dans les leptospiroses, angiocholite, septicémies à BGN, fièvre jaune...), de l'anémie (hémoglobininémie, hématocrite notamment dans le paludisme, *C. perfringens*...) et du choc septique (bactériémies, angiocholite, paludisme...).

Figure 1. Conduite à tenir devant un ictère fébrile



1. Cholécystite et angiocholite infectieuses

L'inflammation de la vésicule biliaire (cholécystite) et des voies biliaires (angiocholite) est due primitivement à des micro-organismes (tableau 1) ou est consécutive à la présence d'obstacles (tableau 2) dans la lumière de la vésicule, du canal cystique ou du canal cholédoque, entraînant une irritation des parois ou un obstacle à l'évacuation de la bile puis son infection par des entérobactéries. La bile est normalement stérile.

Tableau 1. Micro-organismes responsables d'infections des voies biliaires

- Entérobactéries dont *Salmonella enterica* Typhi
- *Clostridium perfringens* (cholécystite gangréneuse)
- Chez les patients infectés par le VIH : *Mycobacterium avium*, cryptosporidies, microsporidies et cytomégalovirus parfois responsables de cholangites sclérosantes caractérisées par des dilatations et des sténoses des voies biliaires intra- et extra- hépatiques

Tableau 2. Obstacles obstruant les voies biliaires et favorisant leur infection

- Calculs cholestéroliques ou pigmentaires, au cours des hémolyses chroniques dues aux hémoglobinopathies
- Ascaris
- Douves du foie : *F. hepatica*, *F. gigantica*, *C. sinensis*, *O. felineus*, *O. viverrini*
- Kyste hydatique
- Tumeurs bénignes et malignes des voies biliaires, en particulier cholangio-carcinome compliquant la chlonorchiose et l'opisthorchiose en Asie du Sud-Est

1.1. Arguments cliniques en faveur d'une cholécystite

Douleur spontanée de l'hypochondre droit, nausées ou vomissements, signe de Murphy (douleur provoquée par l'inspiration profonde lors de la palpation de l'hypochondre droit), fièvre d'apparition brutale, hyperleucocytose à polynucléaires, accélération de la VS et augmentation de la C-réactive protéine, parfois cholestase biologique, faible cytolysé mais pas d'ictère, épaississement des parois de la vésicule biliaire en échographie et souvent présence de calculs vésiculaires. Les risques de la cholécystite aiguë sont la péritonite par perforation et le choc septique (à bacilles Gram négatif).

1.2. Arguments cliniques en faveur d'une angiocholite

Apparition en 24 à 48 heures d'une douleur de l'hypochondre droit puis d'une fièvre élevée (souvent oscillante avec des frissons) puis d'un ictère cholestatique, hyperleucocytose à polynucléaires, accélération de la VS et augmentation de la C-réactive protéine, dilatation de la voie biliaire principale en échographie avec visualisation éventuelle d'un obstacle.

Les risques sont l'insuffisance rénale (angiocholite urémigène), la septicémie et le choc septique.

1.3. Recherche des micro-organismes primitivement ou secondairement responsables de l'infection

Par hémocultures (pyogènes) et examen parasitologique de selles ou en 2^e intention si parasitologie des selles négatives et forte présomption par liquide de tubage duodénal (parasites).

1.4. Mise en évidence de corps étrangers dans la vésicule et les voies biliaires

- Calculs : échographie abdominale. L'écho-endoscopie et la bili-IRM, quand elles sont disponibles, ont une sensibilité supérieure pour diagnostiquer une dilatation des voies biliaires et son étiologie.
- Ascaris dans le canal cholédoque : échographie abdominale, recherche d'œufs dans les selles.
- Douves du foie : échographie, recherche d'œufs dans les selles ou par tubage duodénal (en 2^e intention si parasitologie des selles négative mais suspicion clinique).
- Kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires ou les comprimant : échographie, sérologie.
- Tumeur des voies biliaires : échographie, écho-endoscopie ou bili-IRM.

1.5. Traitement des cholécystites et des angiocholites

- Traitement médical présomptif en urgence par C3G IV (céfotaxime : 1-2 g x 3/j ou ceftriaxone : 2 g/j) + métronidazole PO (IV si impossible) (500 mg x 3/j). Alternative selon les données de l'antibiogramme : amoxicilline/acide clavulanique IV (1-2 g x 4/j) + fluoroquinolone + métronidazole. Durée minimale du traitement : 10 jours.
- Complété secondairement par le traitement chirurgical : cholécystectomie ou drainage de la bile (par voie endoscopique, radiologique ou chirurgicale).
- Cryptosporidies : aucun traitement n'est efficace en dehors du nitazoxanide ; microsporidies : seul *Encephalitozoon intestinalis* est sensible à l'albendazole, pour les autres espèces, le nitazoxanide aurait une certaine efficacité (voir les chapitres « [Infection par le VIH et SIDA](#) » et « [Diarrhées infectieuses](#) ») ; CMV et *M. avium* (voir le chapitre « [Infection par le VIH et SIDA](#) »). Ce n'est souvent que la restauration de l'immunité par les antirétroviraux qui aide à la guérison de ces infections opportunistes chez les patients atteints par le VIH.

1.6. Traitement des corps étrangers de la vésicule et du cholédoque

- Calculs : extraction du calcul par sphinctérotomie de la papille sous endoscopie ou par méthode chirurgicale puis cholécystectomie.
- Ascaris : traitement médical par flubendazole, mébendazole ou albendazole (voir le chapitre « [Parasitoses intestinales](#) »), ablation endoscopique ou chirurgicale du parasite.
- Douves du foie : traitement des fascioloses par le triclabendazole, des clonorchioses et opisthorchioses par le praziquantel (voir le chapitre « [Migrations larvaires et impasses parasitaires](#) »), ablation endoscopique ou chirurgicale du parasite.
- Hydatidose : traitement chirurgical (voir le chapitre « [Migrations larvaires et impasses parasitaires](#) »).
- Tumeurs : traitement chirurgical (curatif) ou pose d'une prothèse dans le cholédoque par voie endoscopique (palliatif).