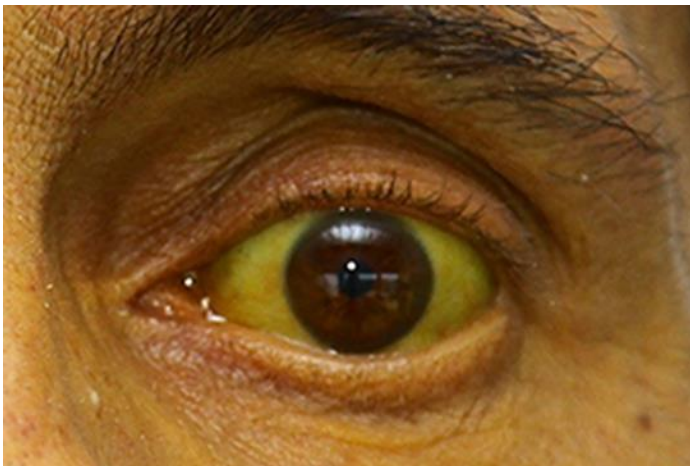


CAT DEVANT UN ICTER FEBRILE

Faculté de médecine SBA
Département de médecine
Module d'infectiologie
Année universitaire 2024 - 2025



Plan :

- I-Introduction
- II- Rappel physiologique
- III-Physiopathologie
- IV-CAT devant un ictère fébrile
 - a- rechercher les signes de gravité
 - b-interrogatoire
 - c-examen clinique
 - d- examens paraclinique
- V-diagnostic étiologique
- VI-diagnostic différentiel
- VII-conclusion

objectifs:

- Objectifs pédagogiques du TD:
- ➤ Reconnaître l'ictère cliniquement et comprendre sa physiopathologie.
- ➤ Conduire la démarche diagnostique devant un ictère fébrile sur le plan:
 - - Anamnestique.
 - - Clinique.
 - - Paraclinique (justifier les examens complémentaires).
- ➤ Identifier les signes de gravité et les urgences devant un ictère fébrile.
- ➤ Connaître les différentes étiologies.

I-Introduction

- - L'ictère fébrile est une urgence il se définit par: Une **coloration jaune des téguments et des muqueuses, évoluant dans un contexte fébrile.**
- - Il est dû à l'accumulation de bilirubine dans le plasma avec un taux supérieur à 20mmol/l
- - On distingue le sub ictère ,l'ictère franc et l'ictère intense
- - C'est un motif fréquent de consultation, mais qui **n'est pas toujours d'origine infectieuse**
- -. Il s'agit d'une urgence diagnostique, compte tenu de la gravité potentielle de la majorité des étiologies
- - Il résulte soit d'une hémolyse soit d'un défaut de sécrétion hépaço biliaire de BLB (conjugaison, excrétion) , D'où l'ictère a bilirubine libre, conjugué ou mixte
- - le diagnostic urgent recherche les signes de gravité (choc septique, insuffisance hépatocellulaire..) Avec un interrogatoire minutieux , examen clinique policier et examens paraclinique ,afin de mettre en évidence l'étiologie en cause (leptospirose - sepsis-angiocholite..)

- - La prise en charge se fait dans un cadre d'urgence ,elle peut être médicale (antibiothérapie probabiliste a large spectre puis réajustement en fonction du germe isolé) ou médico-chirurgicale (cas de l'angiocholite)



Etat normal



Sub-ictère



Ictère cutanéomuqueux



II- Rappel physiologique :

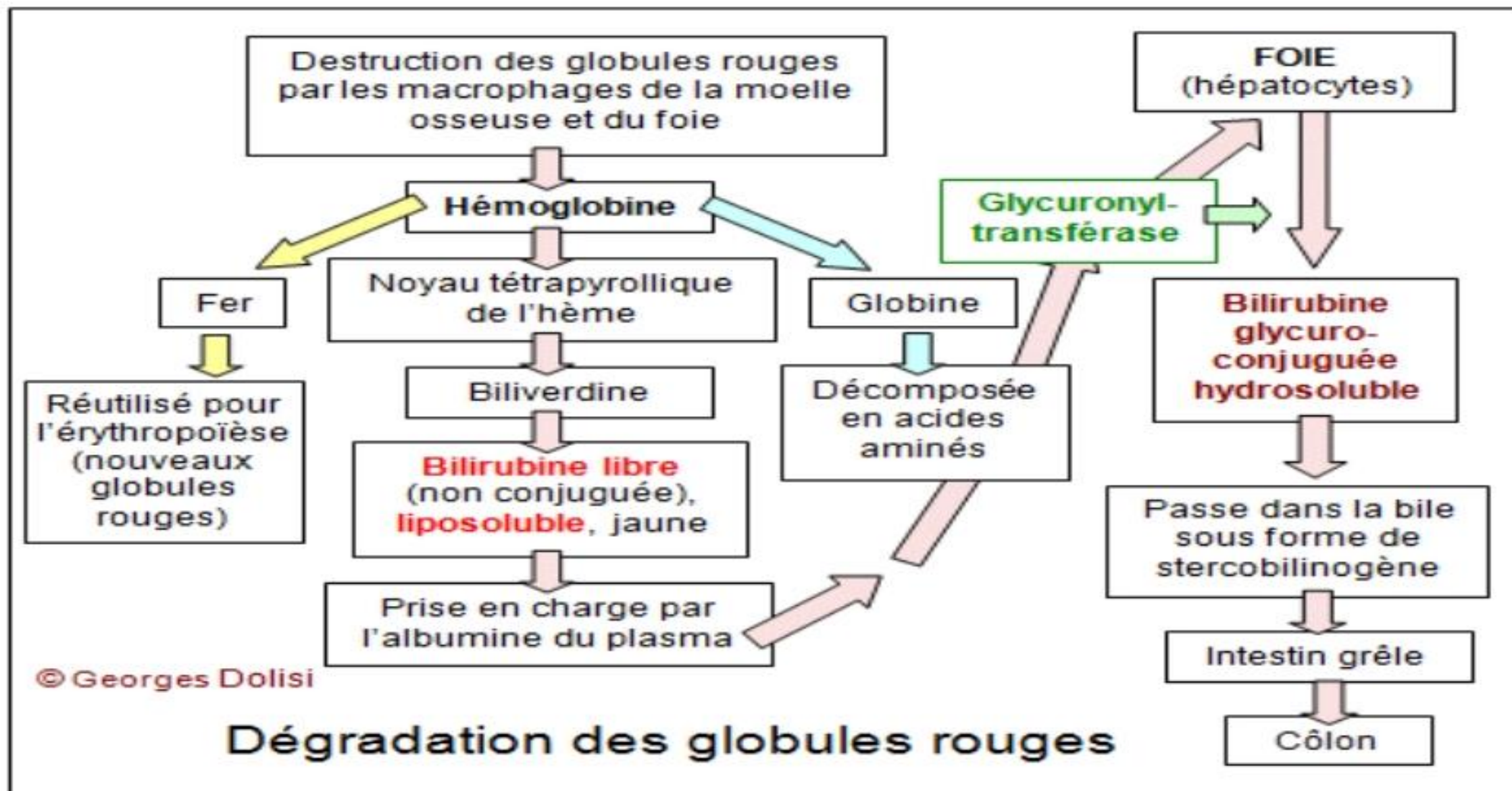
- Métabolisme de la bilirubine:

- ❖ ORIGINE:

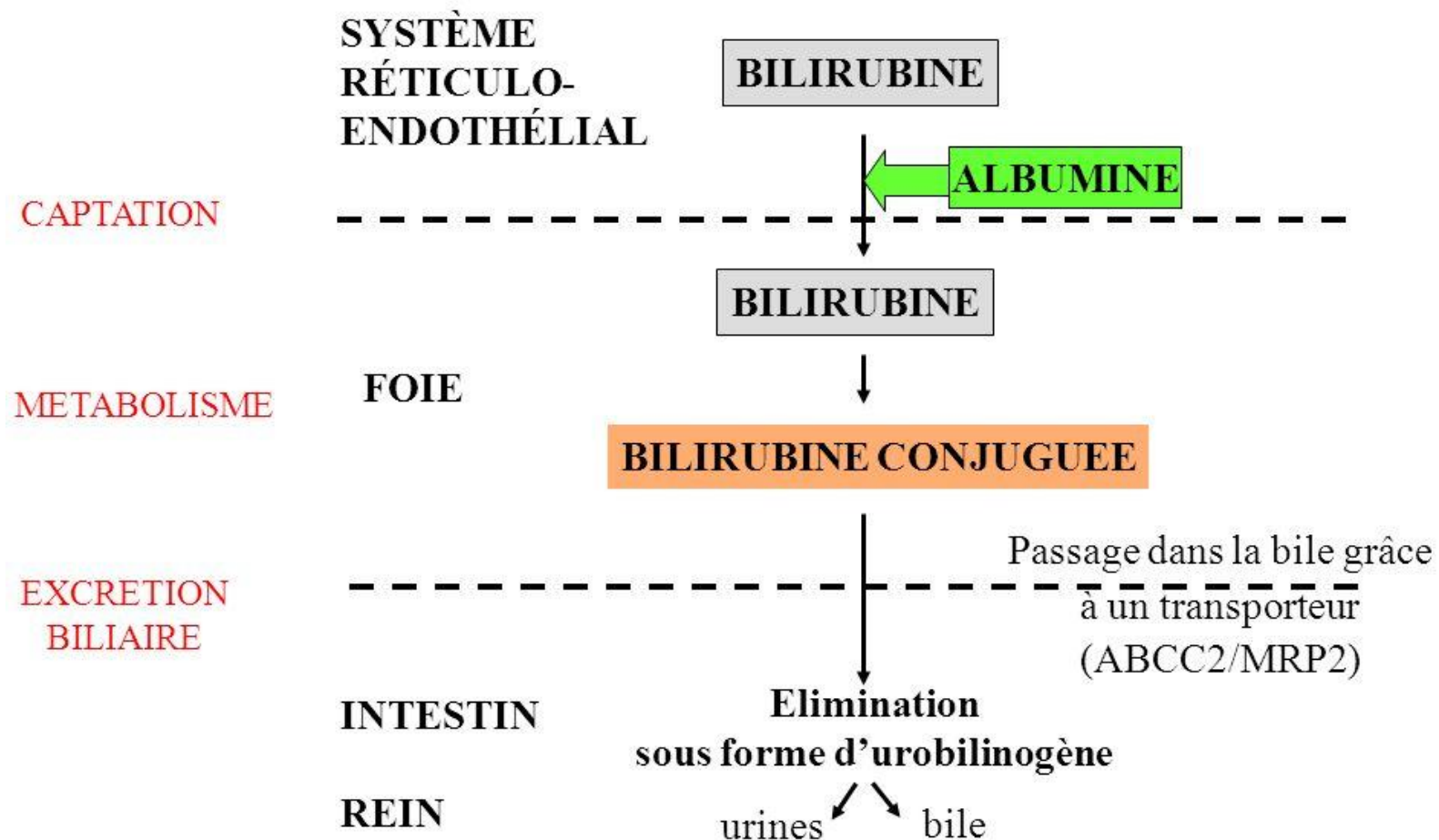
- - Essentiellement de la destruction des GR arrivés au terme de leur vie d'une durée de 120j,
- - Cette destruction a lieu au niveau de la MO, la rate, et du foie, elle aboutit à la libération de l'HB qui est scindé en hème et en globine.
- - L'hème va subir des transformations donnant la BLB libre (non conjuguée, indirecte, liposoluble, toxique) au moyenne 300 mg par 24h ; qui va être épurée au niveau du foie.

❖ DEVENIR:

- - Le transport: au niveau du sang où elle est liée à l'albumine jusqu'au foie.
- - La captation hépatique de la bilirubine : elle est rapide (la demi vie plasmatique de la BLB est de 18 mn), où elle se lie aux protéines transporteuses Y et Z et va être conduite aux microsomes.
- - La conjugaison: a lieu au niveau des microsomes grâce à la glycuronyl-transférase et va donner la BLB conjugué (directe) qui est hydrosoluble.
- - L'excrétion biliaire : la BLB conjugué est excrétée dans la bile, est évacuée par les canaux biliaires de la Vesicule Biliaire et le cholédoque.
- - Le devenir intestinal : les enzymes bactériennes intestinales réduisent la bilirubine et la transforment en urobilinogène ; une partie est réabsorbée et reprise par le foie et transformée en urobiline éliminée dans les urines, la plus grande partie est éliminée dans les selles directement ou après transformation en stercobilinogène qui confère aux selles leur coloration brune.



TRANSPORT PLASMATIQUE ET METABOLISME DE LA BILIRUBINE



III-Physiopathologie:

- Il existe 3 types d'ictère :

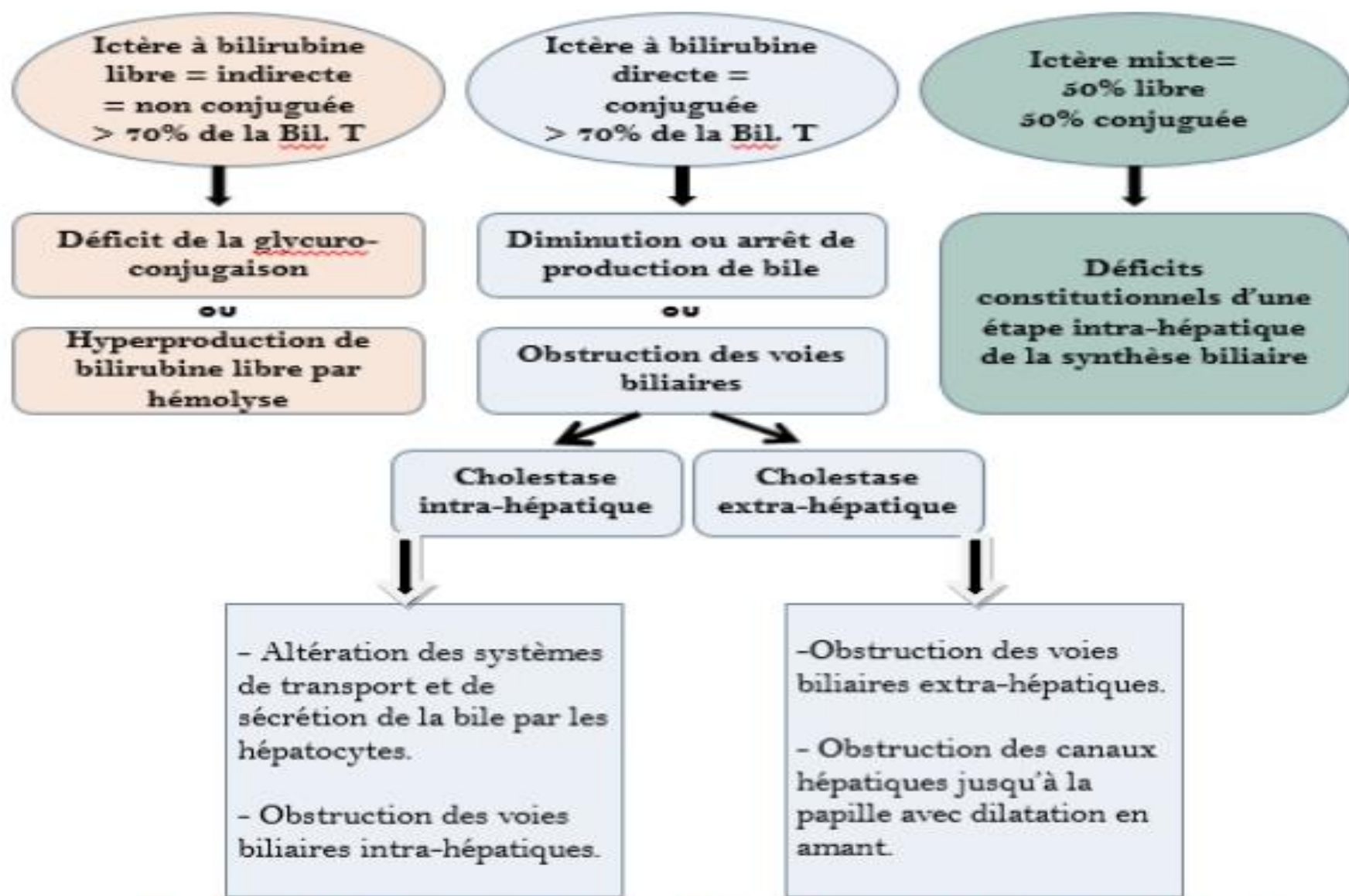
1• Ictère à bilirubine libre ou non conjuguée (BNC):

- - hyperproduction de bilirubine par hémolyse
- - défaut de glucuroconjugaison:
anomalie génétique (maladie de Gilbert, Crigler Najjar)
ou médicamenteuse.

2• 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 intra hépatiques: souvent incomplète
- - cholestase extra-hépatique: obstruction des VB extra-hépatiques

3 • Ictère mixte 50% de BLB conjugué 50% de BLB non conjugué



Syndrome Cholestatique clinique : Urines foncés, Selles décolorées, Prurit

IV-DEMARCHE DIAGNOSTIQUE :

- 1- RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITE :

- ★ *SIGNES DE CHOC EN CAS DE SEPSIS SÉVÈRE :*

- Hypotension, pouls filant ou absent, froideur des extrémités, cyanose, marbrures, polypnée, Oligo-anurie.

- ★ *SIGNES D'ENCEPHALOPATHIE HEPATIQUE:*

- L'encéphalopathie hépatique correspond à l'ensemble des troubles neurologiques ou neuropsychiatriques associés à une atteinte du foie et/ou à un shunt porto-systémique ,C'est une complication fréquente et sévère des maladies du foie
- Elle se manifeste par des troubles neurologique tres variables allant d'une simple confusion jusqu'au coma ,asterixis ,inversion du rythme veille sommeil a l'EEG

•★ *SIGNES D'HÉMOLYSE AIGUE*

- Céphalées, asthénie, prostration, hypotension, tachycardie, pâleur, Hémoglobinurie, Néphropathie tubulaire aigue, oligurie ,SPM

★ *SIGNES HEMORRAGIQUE:*

- De la simple gingivorragie, épistaxis, taches ecchymotiques, à une hémoptysie, hématomène...

★ *FLÈCHE HÉPATIQUE DIMINUÉ :*

- FH diminué est de mauvais pronostique témoignant d'une atrophie hépatique.
(FH normal :10-12cm)

★ *SIGNES BIOLOGIQUES:*

- TP bas ,Facteur V effondré
- Hypo albuminémie
- Insuffisance hépatocellulaire
- CIVD

2-INTERROGATOIRE :

- - l'Age du malade et le sexe
- - **ATCD personnels:** hépatopathie chronique, lithiase vésiculaire, ictère antérieur, intervention chirurgicale, accouchement, avortement (sepsis à *C. perfringens*), Notion de transfusion sanguine, Geste vulnérant: endoscopie, chirurgie, Comportement sexuel à risque(HIV).
- - **ATCD familiaux:** hémoglobinopathies (G6PD) , notion d'ictère dans l'entourage
 - **Mode de vie :** * **Profession :**égoutier (leptospirose)
 - * **Loisir:** - notion de baignade en eau douce (bilharziose)
 - Séjour en zone d'endémicité (paludisme, fièvre jaune)
 - Alcoolisme, toxicomanie
- - **Prise médicamenteuse (ictère d'origine médicamenteuse), exposition à des produits toxiques (plomb),**
- - **Notion de contact avec les animaux dans l'entourage (Chiens, rats (leptospirose) ...)**

- - **Caractéristiques de l'ictère:**
 - * **Mode de début:** Brutal ou progressif
 - * **Notion de période pré-ictérique:** céphalée, arthralgie, myalgie, asthénie, Syndrome grippal
 - * **Signes d'accompagnements :**
 - urines foncés, selles décolorés, prurit(ictère cholestatique)
 - Douleur de l'hypochondre droit (cholécystite)
 - Myalgie intense
 - Trouble du transit
 - éruption cutané (rougeole, rubéole)
- - **Allure de la fièvre :**
 - canalaire pseudo palustre (angiocholite)
 - diminue dès l'apparition de l'ictère (hépatite virale)

3-EXAMEN CLINIQUE :

□ RECONNAITRE L'ICTERE :

- Le diagnostic positif de l'ictère est essentiellement **CLINIQUE**

❖ L'ICTERE DISCRET OU SUBICTERE:

- Recherché à la lumière du jour au niveau des muqueuses : conjonctives et muqueuse de la face inférieure de la langue,
- Correspond à un taux de bilirubine totale compris entre 15 et 30 mg/l.

❖ L'ICTERE FRANC:

- Couleur jaune safran, qui est généralisé aux téguments et aux muqueuses,
- Correspond à un taux de bilirubine totale supérieur à 30 mg/l

❖ L'ICTERE INTENSE

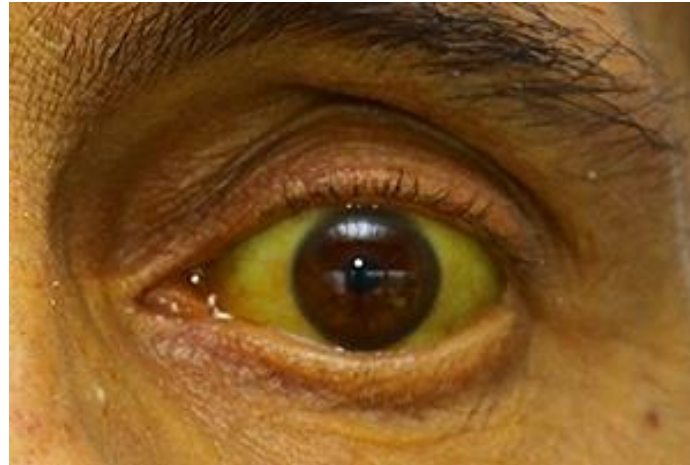
- Couleur brun verdâtre au maximum « bronze florentin » qui
- S'accompagne d'un taux de bilirubine totale entre 300 et 400 mg/l.

❑ RECONNAITRE LA FIEVRE :

- Se fait par la mesure de la Température centrale $>38^{\circ}$ le matin et $38,3^{\circ}$ le soir.



Sub-ictère



Ictère cutanéomuqueux

❑ ETAT GENERAL :

- Conservé ou altéré, asthénie tolérée ou profonde
- état de conscience
- constantes hémodynamique (température , TA ,FC ,FR)

❑ EXAMEN DIGESTIF :

- Examen hépatobiliaire (zone d 'appele) :

- Examen du foie :patient en decubitus dorsal ,dévêtu , jambes légèrement fléchit

*Palpation : Le bord inférieur du foie se trouve environ 3 cm en dessous du rebord costal à l'inspiration, sur la ligne médio-claviculaire

-la recherche d'une hépatomégalie (FH sup a 12 cm); Précisé son caractère: bord inférieur (tranchant ou mousse) ,La face antérieure dont il faut noté : la surface (lisse clouté ou nodulaire) la sensibilité (douloureux ou pas) et la consistance (élastique ,ferme ou dure)

-ou d'une atrophie (FH inf a 10 cm)

*Examen de la région vésiculaire à la recherche d'une douleur ou d'une grosse vésicule

- Examen de l'Hypochondre Gauche à la recherche d'une splénomégalie

- La recherche d'une ascite (cirrhose) ou d'une masse abdominale

□ EXAMEN CUTANEOUQUEUX :

- Pâleur, des hémorragies cutanéomuqueuses, des œdèmes des membres inférieurs et l'existence d'angiomes stellaires, circulation veineuse collatérale.

□ EXAMEN GENERAL APPAREIL PAR APPAREIL :

- - Examen neurologique: a la recherche d'un syndrome méningé ou troubles neurologique (encéphalopathie hépatique)
- - Examen des aires ganglionnaires
- - Examen Cardiovasculaire
- - Examen Pleuro-pulmonaire
-

- - Examen ORL
- - Examen urogénital
- - Examen de l'appareil locomoteur
- - Examen Ophtalmologique

4-EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **A) EXAMENS BIOLOGIQUES :**

- **- D'ORIENTATION :**

- **-FNS :** anémie (hémolyse), hyperleucocytose (angiocholite), hyper-eosinophilie (étiologie parasitaire), leucopénie (hépatites virales)
- **-Taux de réticulocytes** (anémie régénérative / régénérative)
- **-Haptoglobine** (diminué → hémolyses intravasculaire)
- **-Bilan inflammatoire :** VS, CRP
- **-Bilan hépatique :**
 - Cholestase : (gamma glutamyl-transpeptidase, Phosphatase alcaline, BLB conjuguée, 5' nucléotidase (5NU))
 - Cytolyse : Transaminase hépatique (ASAT/ALAT)
 - insuffisance hépatocellulaire: TP
- **-Bilan rénal** (retentissement)

- -Bilan d'hémostase (TP, Facteur V)
- -Glycémie (hypoglycémie → hépatite chronique)
- -Albumine
- -Lipasémie
- -Electrophorèse des protéines
- -IDRt
- **- DE CERTITUDE :** (selon l'enquete épidémiologique et clinique)
- -HMC (03 séries d'hémoculture à un intervalle de 30mn, en asepsie rigoureuse, avant toute antibiothérapie, au moment des pics fébriles, d'hypothermie ou de frissons, aéro anaérobie sur différents milieu enrichi (pour les champignons)
- -Sérologies virales (A, B, C, D, E) (hepatites)
- -Sérologies leptospirose, CMV

- -Sérologie de WRIGHT (brucelose)
- -Goutte épaisse, FSP (paludisme)
- -Ponction lombaire si syndrome méningé

- **B) EXAMENS RADIOLOGIQUES :**

- -Echographie abdominopelvienne:+++ systématique devant tout ictère fébrile ,peut mettre en évidence :
 - *Dilatation des VBIH ou des VBEH et surtout une lithiase des VB
 - *Une lame d'ascite, des dilatations veineuses dans le territoire Portal, des localisations tumorales hépatiques
 - *Une pancréatite
- -Bili IRM (cholangio IRM) :
 - permet une étude précise des voies biliaires intra hépatique et de la voie biliaire principale (canal du cholédoque) et également du canal de wirsung
 - Permet d'objectiver :Lithiase ou calcul des voies biliaires · Dilatation des voies biliaires · Lithiase ou calcul de la vésicule biliaire
- -Bili TDM
- -Cholangiographie rétrograde endoscopique :
 - *Taux de réussite 90-95 % opacification des voies biliaires par la papille et du canal de Wirsung

- **-TDM abdominale ou IRM:**
- *Pour mieux visualiser la vésicule biliaire
- *Rechercher d'autres lésions extra-hépatiques (Cancer de la tête du pancréas, pancréatite...)
- **-écho-endoscopie bilio-pancréatique :**
- *microlithiase biliaire
- *extension des tumeurs
- *recherche d'adénopathies
- **-cholangiographie trans-hépatique percutanée :**
- permet drainage biliaire et parfois drainage trans-tumoral (tumeur du hile)
- **C) BILANS HISTOLOGIQUE:**
- **- Ponction hépatique**

VII-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

1-CAUSES INFECTIEUSES :

• CAUSES URGENTES :

- ANGIOCHOLITE
- SEPSIS
- LEPTOSPIROSE ICTERO-HEMORRAGIQUE :
- Paludisme
- HEPATITE FULMINANTE :
- CAUSES MOINS URGENTES:
 - LES CAUSE VIRALE: hépatite A B C ; CMV, EBV, RUBEOL ,Rougeole, primo infection VIH
 - LES CAUSE BACTERIENNE : FT ,Brucellose , TBC , fièvre Q, abcès hépatique
 - LES CAUSE PARASITAIRE : amibiase hépatique , Kyste hydatique ,toxoplasmose congénitale

2- CAUSE NON INFECTIEUSE

• CAUSES URGENTES :

- HEMOLYSE POST-TRANSFUSIONNELLE
- HEMOLYSE TOXIQUE ET MEDICAMENTEUSE
- FOIE CARDIAQUE
- CAUSES MOINS URGENTES:
 - LES HEPATITES MEDICAMENTEUSE
 - CANCER DU FOIE
 - HEPATITE ALCOOLIQUE
 - HEPATITE AUTO IMMUNE

VII-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

- 1-CAUSES INFECTIEUSES :

- CAUSES URGENTES :

- a- causes bactériennes:

- ❖ 1 - ANGIOCHOLITE :

- C'est une urgence médicochirurgicale

- Définition :

- C'est l'infection de la VBP liée à son obstruction souvent d'origine lithiasique ou secondaire à un reflux duodéno-cholédocien.
 - Elle est due le plus souvent aux entérobactéries (E coli) et aux anaérobies (B. fragilis)

Interrogatoire/terrain :

- ATCD lithiasique ou de cholécystectomie
- Episode antérieure de coliques hépatiques.
- Clinique :
- la classique triade de Charcot: douleur-fièvre-ictère dans cet ordre d'apparition et dans un délai de 24 à 72 heures.
- La douleur est à type de colique hépatique;
- la fièvre suit de peu la douleur ; elle est élevée, entre 39 °C et 41 °C, brutale avec frissons, et ne dure que quelques heures ou quelques jours.
L'ictère apparaît 1 à 2 jours après ; il peut être de courte durée

Examens complémentaires :

- Examens biologiques :
 - **HMC** : entérobactérie , anaérobie
- (03 séries d'hémoculture à un intervalle de 30mn, en asepsie rigoureuse, avant toute antibiothérapie, au moment des pics fébriles, d'hypothermie ou de frissons, aéro anaérobie sur différents milieu enrichi (pour les champignons)

- **FNS** : hyperleucocytose
- **Bilan hépatique** : Cholestase associé ou non à un syndrome de cytolyse
- **Bilan rénal** : IR
- **Examens radiologiques** :
- **Echographie abdominopelvienne** :
- À la recherche d'une Dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatique avec éventuelle lithiase vésiculaire et un épaississement de la paroi vésiculaire

Traitement :

- 1-hospitalisation (risque de complications :peritonite,pancreatite ..)
- 2-Antibiothérapie active sur les entérobactéries et les anaérobies avec une bonne diffusion biliaire pendant 10jours
 - CEFOTAXIME 100 mg/kg/j + FLAGYL 500 mg/8h + GENTAMYCINE 03 mg/kg/j
- En cas d'allergie aux B. lactamines: FLUOROQUINOLONES
- 3-Libération des Voies biliaires (chirurgical ou endoscopique)

❖ 2- LEPTOSPIROSE ICTERO-HEMORRAGIQUE :

Définition :

- Zoonose à répartition mondiale caractérisé par l'étendue du réservoir animal, une forte incidence en zone tropicale et un grand polymorphisme clinique.
- Elle est due à une bactérie spiralée, hélicoïdale mobile dite Leptospira.
- La transmission, se fait par Contact de la peau lésée (plaies y compris morsure ou macération), ou des muqueuses (notamment par projection oculaire) avec les urines d'un animal infecté ou avec des eaux douces ou un sol contaminés par ces urines

Interrogatoire :

- Contexte épidémiologique caractéristique :
 - Profession exposée: égoutier, Agriculteur, Employés des abattoirs, Vétérinaire
 - Notion de contact avec les rongeurs

Examen clinique :

- Association syndromique
- **Syndrome infectieux** : Fièvre - frissons - arthralgies - céphalées
- **Syndrome hépatiques** : Ictère orangé - HPM
- **Syndrome rénal** : IRA - Rhabdomyolyse

- **Syndrome neurologique** : Méningite sans traduction clinique mais avec présence de quelques dizaines d'éléments dans le LCS Autres manifestations : encéphalite, myélite
- **Syndrome hémorragique** : Purpura - épistaxis - hémorragie digestive

Examens complémentaires :

- **Examens d'orientation :**
- **FNS** : Hyperleucocytose à PNN - Thrombopénie - lymphopénie
- **Bilan hépatique** : Hyper-bilirubinémie conjuguée
- **CPK** ↑↑
- **IRA** et anomalies du sédiment urinaire (Hématurie, leucocyturie, proteinurie)
- En cas d'atteinte méningée : pléiocytose lymphocytaire.
- **Examens de certitude :**
- La mise en évidence de leptospire dans le sang et les urines et le LCS, la culture est lente 06 à 10 j d'incubation.
- Sérologie ELISA : positive à partir de 12eme jours avec un seuil de positivité à 400 IgM,

- Réaction de Martin et Petit se positive à partir de 10eme jours le seuil à 100.
- PCR se positif dès le premier jour

Traitement :

- **Traitement des formes non sévères:**
- Amoxicilline ou ampicilline
- Doxycycline
- **Traitement des formes modérées et sévères:**
- Ceftriaxone 1 g i.v./24 h
- Pénicilline G 1,5 MU i.v. /6h
- Amoxicilline ou ampicilline: 1 g i.v. trois fois par jour

❖ 3- SEPSIS a germes pyogènes:

- L'ictère est un signe de gravité
- * A-sepsis a BGN (a point de départ urinaire ou digestive)
 - Examen clinique :
 - début brutal
 - évoqué devant: Syndrome infectieux + AEG
 - ictère d'intensité variable
 - hépatomégalie : 30-50% cas
 - Splénomégalie

Examens complémentaires :

- HMC : isoler le germe

Traitement :

- ATB probabiliste (En fonction de la porte d'entrée suspectée) plus les mesures de réanimation puis réajustement en fonction du germe isolé

b- Sepsis a clostridium perfringens :

- Clostridium perfringens est un bacille gram positif (anaérobie stricte)
- Le sepsis a **clostridium perfringens** peut être secondaire a une intervention gyneco-obstétricale ou abdominale septique.
- Le **clostridium perfringens** est responsable d'hémolyse intravasculaire massive
- Les premiers symptômes peuvent inclure de la fièvre, des frissons, des vomissements, une diarrhée, des douleurs abdominales, de l'hypotension, une tachycardie, un ictère, une cyanose et une oligurie.
- DG: Hémocultures +++.
- Traitement: antibiotique adapté, réanimation médicale.
- **C-Sepsis a streptocoque B** (évoquer surtout chez le n-né)

- **b- causes parasitaires:**

- ❖ Paludisme :


- Définition :

- Infection parasitaire due à un protozoaire sanguin appartenant au genre Plasmodium (P.falciparum - P. vivax - P. malarie - P. ovale - P. knowlesi)
 - C'est une maladie à déclaration obligatoire

- Interrogatoire :

- Notion de séjour en zone d'endémie palustre
 - Chimio-prophylaxie mal ou non faite.

- Examen clinique :

-  **NEURO-PALUDISME : P.falciparum**
 - L'ictère est considéré comme un signe de gravité
 - Début peu spécifique, Fièvre tierce puis évolue vers les troubles du comportement, ou un coma fébrile d'installation brutale.
 - L'ictère qui est secondaire à une hémolyse aigue intra vasculaire, doit faire évoquer une forme grave à plasmodium Falciparum : accée pernicieux avec un tableau clinique grave :

- - Trouble de la conscience d'intensité variable, voire coma
- - Pâleur cutanéomuqueuse, fièvre élevée
- - Oligurie, signes d'OAP voire SDRA
- - Signes de choc : hypotension, CIVD
- - Crise convulsive, hémoglobinurie macroscopique
- - SPM : souvent absente, son absence est de mauvais pronostic
 - **Examens complémentaires :**
 - **D'orientation :**
 - **FNS** : Anémie - leuconéutropénie - thrombopénie - parfois sd mononucléosique
 - **Bilan inflammatoire** : CRP ++ et VS peu élevée
 - **Bilan hépatique** cytolysé modérée
 - **Bilan lipidique** : hyper-cholestérolémie - hyperlipidémie

- De certitude :

- **Frottis sanguin** : identifie l'espèce plasmodiale
- **Goutte épaisse** : détecte la parasitémie
- **Autres** : Ag circulants du paludisme - sérologie (Ac anti-plasmodiums) - PCR

- Traitement :

- Artesunate 2,4mg /kg en IVL H0,H12,H24 puis tout les jours jusqu'à la possibilité d'un relais per os par une des 2 associations a base d'artemisinine
- Alternative: quinine
- TRT symptomatique : mesures de réanimation habituelle

- **C- causes virales:**

- ❖ HEPATITE FULMINANTE :

- Définition :

- L'hépatite fulminante est une hépatite sévère et brutale se définie par un TP inférieur à 30 % signe l'IHC associé à une encéphalopathie hépatique.
- Elle peut être d'origine virale (Surtout hépatite virale B) ou toxique

- Examen clinique :

- **Asthénie, ictère**
- **Une encéphalopathie hépatique** : trouble de la conscience, Astérix, à un stade avancé coma, crises convulsives, œdème cérébrale
- **Un syndrome Hémorragique** cutanéomuqueux, voire une CIVD
- **Une Atrophie Hépatique**
- La fièvre est absente mais peut apparaître lors d'une sur infection

- **Examens complémentaires :**

- TP inf à 30%, Facteur V effondré
- cytolysé hépatique importante
- Cholestase hépatique à BRB conjugué
- hypoglycémie, CIVD

- **Traitement:**

- Mesures de réanimation en attendant la Transplantation hépatique

❑ Causes moins urgentes:

• a- causes virales:

❖ 1- LES HEPATITES VIRALES :

• Définition :

- - Les hépatites virales sont des infections systémiques atteignant préférentiellement le foie et provoquant des lésions inflammatoires et des altérations hépatocytaires pouvant conduire dans certains cas à la fibrose puis à la cirrhose
 - - Les virus responsables sont au nombre de 05 :
 - A (Virus à ARN non enveloppé de la famille de picornaviridae)
 - E (Virus à ARN de la famille des hepevirus)
 - B (Virus à ADN de la famille des Hépadnaviridae),
 - D (Virus à ARN de la famille des deltavirus)
 - C (Virus à ARN de la famille des Flaviviride)
- Transmission oro-fecal
- Transmission par voie sexuelle +++
Voie parentérale(sang, dérivés)
Mère enfant(contage périnatal)
- Transmission parenteral +++
Sexuelle faible
Mère-enfant rare

- **Interrogatoire :**

- - la notion d'épidémie surtout pour l'hépatite A et E ,injection, soins dentaire, transfusion sanguine, intervention chirurgicale dans les 6 semaines ou 6 mois qui précède l'apparition de l'ictère (hépatite B , C et D)

- **Clinique :**

- - phase pré ictérique : syndrome grippal, DLR abdominale, anorexie, asthénie;
- Suivie 1 à 2 semaines par l'apparition de l'ictère, le patient devient en règle apyrétique

- **Examens complémentaires :**

- - Cytolyse marquée
- - Rétention biliaire à prédominance BLB conjuguée
- - Sérologie permet de poser le diagnostic

- **Traitement :**

- - pour les hépatites+ B et C : le TRT antirétroviral/ IMMUNOMODULATEUR en fonction du stade évolutif

❖ 2- INFECTION A CMV :

Définition :

- - le cytomegalovirus est un virus à ADN qui appartient à la famille des herpes viridae
- - transmission exclusivement interhumaine ,respiratoire mais aussi salive, urine et lait
- - Chez l'adulte jeune immunocompétent la primo infection est le plus souvent asymptomatique.
- - Elle peut s'exprimer par Fièvre prolongée de 38 à 40°C, isolée ou associée à des frissons, avec céphalées, arthro-myalgies, asthénie, pharyngite, une toux sèche
- - SPM, HPM, ADP cervicale, inconstant
- - La présence d'un ictère est rare, est le plus souvent en rapport avec une hémolyse et exceptionnellement cholestatique
- - Chez l'immunodéprimé lors d'une primo infection ou lors d'une réactivation peut être à l'origine d'un tableau sévère ou l'atteinte hépatique est en second plan, l'ictère est aussi rare lié à une hémolyse
- - Au cours de l'infection congénitale à CMV l'ictère est présent dans 80% des formes symptomatique

- **Examens complémentaires :**

- - Syndrome mono-nucléosique, neutropénie, thrombopénie
- - Cytolyse hépatique modérée ,biliribine libre élevé
- - Augmentation monoclonal des immunoglobulines type IgM

- **Traitement:**

- - Ganciclovir IV: 5mg/kg/2X par j pendant 15à 21j comme TRT d'attaque
- Trt d'Entretien : 5mg/kg/j

❖ 3- MONONUCLEOSE INFECTIEUSE :

- Définition :

- - C'est une infection due à un virus dit : Epstein-Barr virus (EBV) qui est un virus à ADN appartenant à la famille des Herpes-viridae.
- - C'est une infection qui concerne principalement les adolescents et les adultes jeunes.
- - transmission par voie salivaire

- Tableau clinique :

- - Fièvre 38° c, Asthénie profonde, Angine d'aspect variable, souvent Erythémato-pultacée, ADP cervicales, SPM dans 50 %, Exanthème maculeux ou maculo-papuleux.
- - L'ictère possible, mais rare, le plus souvent modéré, il semble plus fréquent chez les malades plus de 40 ans.

- **Examens complémentaires :**

- - Cytolyse modérée
- - PAL élevé
- - Syndrome Mononucléosique
- - Anémie hémolytique à test de COOMPS positif
- - Thrombopénie
- - La sérologie EBV et le MNI test confirment le diagnostic

- **Traitement**

- - Symptomatique

❖ 4- ROUGEOLE :

- Définition :

- - Infection virale due à un virus ARN de la famille des paramyxovirus

- clinique :

- - L'ictère n'est présent que dans des rares cas, est plus fréquent si la maladie est plus sévère

- Examens complémentaires :

- - Cytolyse hépatique
- - Le diagnostic peut être confirmé par la sérologie de la rougeole.

- Traitement :

- Symptomatique

❖ 5- RUBEOLE :

• Définition :

- - Infection virale due à un virus ARN de la famille des Togaviridae

• Clinique :

- - L'ictère est plus fréquent dans les formes congénitales, associé à des malformations surtout oculaires, hépato-splénomégalie, surtout si notion de rubéole chez la femme enceinte

• Examens complémentaires :

- - Sérologie rubéole

Traitement :

- symptomatique

❖ 6.primo-infection a VIH :

- virus a ARN de la famille des retrovirus
- doit être évoquer devant la notion de contagé ou de comportement sexuel a risque 4 semaine environs avant l'installation de l'ictère.
- le diagnostic est sérologique.
- - traitement par les ARV

•b) LES CAUSES BACTERIENNES :

❖ 1-Fièvre typhoïde compliquée d'une cholécystite:

Définition :

- Maladie fréquente a déclaration obligatoire, represente un probleme de santé publique , due a des BGN du genre salmonella : salmonella typhi et paratyphi A,B ET C

Interrogatoire :

- Notion de séjour ou voyage en zone d'endémie.

Clinique :

Incubation 07 a 15 jours

Phase d'invasion = 1^{er} septénaire :Début progressif : ascenssion progressive de la température ,anorexie ,céphalée angine de duguet

Phase d'état = 2eme septénaire: Fièvre en plateau + pouls dissocié + tumphos +diarrhée +taches rosées lenticulaires + SPM

Troisième septénaire : Phase de « défervescence » baisse progressive de la température en Lysis

Examens complémentaires :

- Diagnostic par hémocultures + sérologie de vidal et felix + coproculture.

Traitement :

Par voie orale:

Bactrim : sulfamethoxazol 02cp 2f/j pd 15j

Ampicilline ;75 mg/kg/j en 3-4 prises ,durée 15 jours d'apyrexie

Thiamphenicol : 75 mg/kg/j en 3-4 prises ,durée 15 jours d'apyrexie

Fluoroquinolones , ceftriaxone

Prophylaxie : DO, mesures d'hygiene ,assainissement des eaux potables et eau d'arrosage ,vaccination quand nécessaire

❖ 2- BRUCELLOSE :

• Définition :

- - Zoonose bactérienne due à une bactérie du genre Brucella : Brucella melitensis, Brucella abortus

• Interrogatoire :

- - Profession à risque : vétérinaire, éleveur
- - Notion de consommation de lait de vache cru et de contact avec les bétails.

• Clinique :

- - L'ictère peut se rencontrer dans la brucellose aiguë septicémique et surtout dans sa forme hépatosplénique, avec une atteinte hépatique focalisée caractérisée par : HPM modérée, indolore, molle associée à un sub-ictère

- Examens complémentaires :

- - Sérologie de Wright
- - HMC

- Traitement :

- **Brucellose aiguë :**

- - DOXYCYCLINE 200 mg/j le soir + RIFAMPICINE 15mg/kg/j (900 mg/j) pendant 45 j
- - DOXYCYCLINE 200 mg/j le soir pd 6s + streptomycine inj 1g/j pd 15 a 21j
- - DOXYCYCLINE 200 mg/j le soir pd 6s + gentamycine 3mg/kg/j pd 7-10j

- **Brucellose focalisée**

- - DOXYCYCLINE 200 mg/j le soir + aminoside puis
- - DOXYCYCLINE 200 mg/j le soir +RIFAMPICINE 15mg/kg/j pd au - 3mois

- **Brucellose focalisée**

- - Antibiothérapie inutile

❖ 3- TUBERCULOSE HEMATOPOITIQUE :

- Définition :

- Infection bactérienne due aux mycobactéries : mycobactérium tuberculosis (Bacilles de KOCH), ce sont des bactéries acido-alcool-résistantes (BAAR)

- Interrogatoire :

- Notion de contag tuberculeux
- ATCD personnel de TBC

- Clinique :

- L'atteinte hépatique est quasi constante dans les miliaires
- L'ictère rarement d'origine hépatocellulaire, due à une cytolyse, mais le plus souvent due à une compression des VB par ADP TBC ou par une localisation de la tête de pancréas
- Plus rarement il peut s'agir d'une cholangite tuberculeuse
- La TBC hématopoïétique évoqué devant une HPSM ADP périphérique et des modifications hématopoïétiques pseudo leucémiques

- Examens complémentaires :

- PBH Confirme le diagnostic

- Traitement :

- 2RHZE/4RH (TRT de première lignée)

-R: 10 mg/kg

-H: 5 mg/kg

-Z :25 mg/kg

-E :25 mg/kg

❖ 4- ABCES HEPATIQUE A PYOGENES :

- Définition :

- L'abcès du foie se définit par un amas de pus dans une cavité néoformée aux dépens du tissu hépatique environnant qui s'en trouve détruit ou refoulé.
- Les bactéries responsables sont essentiellement les BGN (E. coli, Klebsiella), Anaérobies (Bactéroides), Cocci Gram Positif (Streptocoque, Staphylocoque, entérocoques)

- Clinique :

- Le tableau classique associe : Une Fièvre, douleur de l'hypochondre droit irradiant vers l'épaule droit exacerbée par l'ébranlement du foie, ainsi qu'une hépatomégalie douloureuse.
- L'ictère peut être présent en cas d'un abcès volumineux comprimant les voies biliaires ou fistulisé dans ces dernières.

- Examens complémentaires :

- **Echographie abdominopelvienne ou scanner abdominal :** Permettent de préciser le nombre, le volume et la localisation par rapport aux voies biliaires.

- **Les bilans biologiques :**
- Hyperleucocytose à PNN
- Syndrome inflammatoire (CRP positif)
- Bilan hépatique perturbé : PAL élevé, Cytolyse hépatique, Hyper-bilirubinémie
- Le diagnostic est apporté par les HMC et la ponction écho-guidée.
- **Traitement :**
- - ATB probabiliste à réajuster en fonction des résultats des prélèvements microbiologiques :
- - CEFOTAXIME (100 mg/kg/j) + FLAGYL 500 mg/8h en IV + AMINOSIDE : GENTAMYCINE 03 mg/kg/j
- - Mais ce schéma est inactif sur les entérocoques ce qui justifie l'adjonction de L'AMOXICILLINE 06 g/j
- - En cas d'allergie aux B.LACTAMINES, Les FLUOROQUINONES peuvent être utilisés comme alternative.
- - Le drainage percutané ou chirurgical peut être indiqué en cas d'un abcès volumineux.

❖ 5-Fievre boutonneuse méditerranéenne :

Rickettsiose transmise à l'homme par la tique brune du chien

Agent pathogene : rickettsia conori

Epidemio : notion de séjour en zone d'endémie, contact avec tique de chiens

Clinique : éruption cutanée maculopapuleuse généralisée séparée par intervalle de peau saine atteignant la paume des mains et la plante des pieds, respectant la face, escarre d'inoculation, l'ictère sse voie en cas d'atteinte digestive

Dg: serologie(IFI)- PCR

Trt: doxycycline 200mg/j le soir pd 5-7j

alternative: macrolide

- C) CAUSES PARASITAIRES :

- ❖ 1- AMIBIASE HEPATIQUE :

- Définition :

- L'amibiase est une infection parasitaire due à un protozoaire : *Entamoeba histolytica*.
- L'amibiase hépatique est une localisation secondaire à l'amibiase intestinale.

- Interrogatoire :

- Notion de séjour en zone d'endémie

- Clinique :

- Le tableau clinique est celui d'une hépatomégalie douloureuse et fébrile L'ictère est rare et peut être présent en cas d'un abcès volumineux.

- Examens complémentaires :

- Bilans d'orientation :

- FNS : Hyperleucocytose à PNN
- CRP élevé
- TTX : possible surélévation de la coupole diaphragmatique
- Echographie AP : Présence d'une ou de plusieurs formations liquidiennes, arrondies, polylobées, de tailles variables

- Bilans de certitude :

- Sérologie hépatique positive à partir du 7^{eme} jour
- Ponction écho-guidée qui ramène du pus chocolat

- Traitement :

- Traitement médical par du METRONIDAZOLE 1.5 g/j en IV
- La ponction évacuatrice peut être indiquée en cas d'abcès volumineux ou à risque de fistulisation

❖ 2- KYSTE HYDATIQUE DU FOIE :

- Définition :

- Il s'agit d'une infection parasitaire touchant principalement le foie due à un parasite appelé : Echinococcus granulosus.

- Interrogatoire :

- Profession exposé : Eleveur, vétérinaire ...
- Séjour en zone d'endémie

- Clinique :

- Le kyste hydatique du foie est le plus souvent asymptomatique
- Mais il peut se manifester par une hépatomégalie, indolore, lisse
- L'ictère peut être présent en cas de compression des voies biliaires.

- Examens complémentaires :

- FNS : hyper-éosinophilie modérée
- Echographie confirme le kyste et précise sa localisation
- Sérologie hydatique peut confirmer le diagnostic.

- Traitement :

- Le traitement est essentiellement chirurgical
- Le TRT médical à base d'ALBENDAZOLE (15 mg/kg/j) 01 mois avant et 01 mois après le geste
- Ce TRT peut être prolongé chez les patients ne pouvant pas être opéré : par cures espacées ou continues pendant plusieurs mois.

❖ 4. Toxoplasmose congénitale :

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

- **D) Les causes mycosiques**

- Ils sont rares et surviennent en générale dans un tableau septicémique chez des sujets immunodéprimés.
- - *Candidose*.
- - *Cryptococcose*.
- - *Aspergillose*.
- - *Histoplasmosse*.

- 2-CAUSES NON INFECTIEUSES :

- **CAUSES URGENTES :**

- ❖ 1- HEMOLYSE POST-TRANSFUSIONNELLE :

- Due à une incompatibilité ABO Ou Rhésus

- Clinique:

- - Frisson
- - Douleur lombaire violente
- - Fièvre, céphalées
- - Oppression thoracique
- - Malaise intense, Sueurs, hypotension, tachycardie, polypnée
- - Brulures au point de ponction veineuse
- L'évolution se fait vers l'état de choc par collapsus cardiovasculaire

- En pratique l'ictère post transfusionnel : Est un accident hémolytique retardé (hémolyse à prédominance tissulaire) après une transfusion sans problème ou succédant à une réaction Frisson/Hyperthermie
- Examens complémentaires :
- Hémoglobinurie
- Hyper BLB non conjuguée
- LDH diminué, hémoglobinémie basse
- Traitement:
- Arrêter la transfusion
- Envoyer le flacon au labo avec échantillon de sang de patient
- Transfert de malade en USI avec début de mesure de réanimation

❖ 2- HEMOLYSE TOXIQUE:

- Cette étiologie doit être recherchée devant toute hémolyse brutale de mécanisme surtout intra-vasculaire et impose la recherche d'une exposition toxique

❖ 3- HEMOLYSE MEDICAENTEUSE:

- Notion de prise du médicament avec hémolyse aiguë intra vasculaire parfois fatale. Il est aussi possible de découvrir l'hémolyse lors d'une autre manifestation non-hématologique de toxicité médicamenteuse, ou lors d'une hémolyse modérée extravasculaire.
- Le test de COOMBS Est positif

❖ 4- FOIE CARDIAQUE:

- S'intègre dans le cadre d'une affection fébrile (broncho pneumopathie décompensée, embolie pulmonaire, endocardite infectieuse)
- **Clinique :**
 - Hépatalgie, reflux hépato jugulaire
 - Ictère franc
 - Ascite, œdème des membres inférieurs
- **Examens complémentaires :**
 - **Biologie :** Choléstase hépatique modéré à BRB conjugué
 - **Echo AP :** dilatation des veines sus hépatiques témoigne de l'hyper pression du système cave

❑ *CAUSES MOINS URGENTES :*

❖ 1- HEPATITE MEDICAMENTEUSE :

- L'ictère est d'origine toxique ou immunologique
- Pas de symptôme spécifique
- Hyper-éosinophilie peut orienter le diagnostic
- En pratique devant toute ictère fébrile il faudra arrêter tout médicaments réputé hépatotoxique

❖ 2-CANCER DU FOIE :

- Au cours des cancers du foie, primitifs ou secondaires, l'ictère traduit soit une compression de la VB par une métastase ou la tumeur primitive, Soit un stade généralement très avancé de localisations multifocales avec insuffisance hépatique.
- On peut trouver une HPM sensible et dure et parfois un tableau pseudo septicémique Il peut alors s'associer à un tableau d'insuffisance hépatique.

❖ 3- HEPATITE ALCOOLIQUE :

- - Fréquente, touche surtout le sujet dont l'intoxication est importante et surtout si majorée récemment
- - L'examen clinique : HPM souvent importante, ferme, régulières, très sensible à la palpation
- Dans les formes graves on peut noter des signes d'insuffisance hépatocellulaire avec ascite
- - Biologiquement : cytolyse importante prédominant sur les ASAT, Choléstase ; hyper BLB à prédominance conjuguée, P.alc rarement élevé, et des GGT, TP bas, hyperleucocytose à PN
- - La PBH : présence de lésions évocatrices des hépatocytes, ballonnisation, nécrose acidophile, corps de Mallory

❖ 4- HEPATITE AUTO-IMMUNE :

- - Le type I subaiguë ou chronique est peu ictérique et est associée à des AC anti-muscle lisse.
- - Le type II doit être évoqué chez la femme jeune devant un ictère d'apparition brutale et aiguë
- - La constatation d'une hyper gamma globulinémie et la présence d'AC anti-tissu spécifique. Dans cette forme, la corticothérapie est efficace

Ictère fébrile

À bilirubine libre

À bilirubine conjuguée

Hémolyse

Oui

- Maladies auto-immunes.
- Accidents transfusionnels.
- Hémoglobinopathies.
- Infection: rarement (Paludisme, M. pneumoniae, C. perfringens, Bartonellose, EBV, CMV, VHB, VHA, VIH).

Non

- Maladie de Gilbert
- Maladie de Crigler Najjar
- Autres maladies fébriles

Cholestase

Extra-H

- Angiocholite: Lithiase+++
Kyste compressif
Absès, adénopathie
Douve, ascaris
- Tumeurs: tête du pancréas, voies biliaires, ampoule de Vater

Intra-H

- Infection: **Hépatites virales**, Leptospirose, Absès à pyogènes, amibiase hépatique...
- Hépatites granulomateuses
- Cholangite
- Foie cardiaque
- Thrombose porte, Budd-Chiari
- Hépatites toxiques: alcool, médicaments,
- Cancer du foie, lymphome

VII-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).

VIII-CONCLUSION :

- - L'ictère fébrile est une urgence diagnostique et thérapeutique
- - La constatation d'un ictère doit entraîner une enquête étiologique stéréotypée principalement du fait de la multiplicité des étiologies.
- - L'intérêt de l'interrogatoire, de la clinique et de l'échographie sont à souligner, car primordiaux.
- - Le contexte clinique initial est essentiel à l'orientation diagnostic.
- - Certaines étiologies sont très fréquentes et doivent être envisagées après avoir éliminé les situations urgentes

A RETENIR

- La clinique et la biologie permettent de différencier entre hémolyse et cholestase.
- L'imagerie abdominale permet de différencier entre cholestase intra et extra-hépatiques.
- Principales étiologies infectieuses: viroses, leptospirose, angiocholite, paludisme.
- Certains ictères nécessitent une prise en charge urgente médicale et/ou chirurgicale.

V-Références

- - E PILLY 2020 - 2008
- - EMC 2020
- - LE MANUEL MSD
- - conférences des années passées