

Ictère infectieux

Pr. Gasmi

Introduction

- Les ictères d'origine infectieuse regroupent de nombreuses maladies virales, bactériennes, parasitaires et mycosiques
- **Ictère fébrile constitue une urgence diagnostic et thérapeutique.**
- L'ictère est défini par une coloration jaune des téguments (par accumulation de la bilirubine dans le plasma avec une concentration de la bilirubine totale supérieure 20mg/L (20 $\mu\text{mol/L}$).
- Il s'agit d'une urgence diagnostique, compte tenu de la gravité potentielle de la majorité des étiologies.
- L'analyse du contexte, des signes cliniques associés, des examens biologiques simples et de l'échographie abdominale sont les clés de la démarche diagnostique initiale.

Source: La bilirubine est le produit de dégradation de l'hémoglobine après destruction des globules rouges

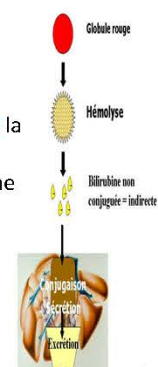
Devenir de la molécule d'hémoglobine: la molécule d'hémoglobine périmée est transformée (par oxydation) en biliverdine puis en bilirubine libre (par réduction).

Devenir de la bilirubine.

bilirubine libre

Bilirubine conjuguée ← glycuro-conjugaison

↓ excrétée dans le tube digestif, par le foie, par les canalicules biliaires, donc avec la bile ; elle fait donc partie des pigments biliaires



Trois devenir pour cette bilirubine.

- élimination dans les selles (stercobilinogène (1/3).
- Réabsorption par l'intestin et reprend le chemin du foie (2/3).
- passage dans le sang, où elle est dosée en faible quantité, le reste est épuré par le rein sous forme d'urobiline (2/3).

Hyperbilirubinémie**Ictère à bilirubine libre (ou indirecte ($\geq 70\%$ de la bilirubine totale)**

- **Augmentation de la production de la bilirubine** : Hémolyse : bilirubine non conjuguée ;

- **Défaut de métabolisme** : Déficit enzymatique héréditaire en Glucuronyl-transférase : Maladie de **Gilbert** , maladie de **Crigler-Najjar**

- Médicamenteux : Novobiocine.

Ictère à bilirubine conjuguée (ou directe ($\geq 80\%$ de la bilirubine totale)

- **Déficit en excrétion** : affection héréditaire : Syndrome de Dubin-Johnson , Syndrome de ROTOR .

- **Anomalie de l'évacuation de la bile** : Cholestase.

Ictère à bilirubine mixte (environ 50 de bilirubine libre et 50 % de la bilirubine totale)

Conduite proprement dite**A – RECONNAÎTRE L'ICTÈRE:**

C'est une coloration jaunâtre des téguments et des muqueuses selon l'intensité

- ❖ ictère discret ou subictère: à rechercher à la lumière de jour au niveau des muqueuses conjonctivales et la muqueuse de la face interne de la langue
- Taux de BLB=15-30mg/l

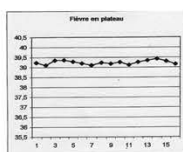


- ❖ Ictère franc : jaune safran . Taux de BLB>30mg/L
- ❖ Ictère très intense: couleur brun verdâtre au maximum framboisé . BLB:300-400 mg/L **Photo. Pr. Gasmi**



Photo. Pr. Gasmi

B- Rechercher un syndrome infectieux



Diagnostic différentiel

- 1- Pâleur jaunâtre de certains anémies ;
- 2- Hypercarotimie.

Dans ces deux situations , la conjonctive est de coloration normale

ENQUETE ETIOLOGIQUE

INTERROGATOIRE:

- Age- Sexe - Origine-Ethnie-Géographie
- Profession et loisirs: égoutier, médical ou paramédical.
- Mode de vie: éthyisme, toxicomane.
- Comportement sexuel à risque.
- Exposition au risque de transmission parentérale ou sanguine (soins dentaire dans les 6 mois précédant l'ictère, avortement-transfusion sanguine).
- Notion de voyage en zone d'endémie palustre (lieu, date la chimioprophylaxie oui/non
- Accouchement , avortement ...
- Valvulopathies
- Chirurgie récente
- Comorbidités et terrains

- Antécédents personnels :
Hépatopathie chronique Lithiase vésiculaire
Ictère antérieur Colique hépatique
- Antécédents familiaux : maladie hémolytique familiale-
notion d'ictère familial
- Notion de prise de médicaments hépato-toxiques

2-EXAMEN CLINIQUE:

LES SIGNES DE GRAVITES:

Défaillance hémodynamique: T A-FC-FR- diurèse

Signes d'insuffisance hépatocellulaires:

Syndrome hémorragique cutané: pétéchies

Encéphalopathie: troubles de la conscience

Hémolyse aiguë: Pâleur, SPM, subictère ,tachycardie

DIANOSTIC ETIOLOGIQUE

A – CAUSES URGENTES

1- ANGIOCHOLITE:

Urgence medico-chirurgicale

L'angiocholite est une infection de la bile secondaire à une obstruction des voies biliaires.

La cause la plus fréquente est l'enclavement dans le cholédoque d'un calcul provenant de la vésicule biliaire.

Beaucoup plus rarement, l'obstacle responsable de l'angiocholite est secondaire à une compression intrinsèque (tumeur des voies biliaires, kyste du cholédoque) ou extrinsèque (tumeur du foie, du pancréas, du duodénum ou de la papille, adénopathies du pédicule hépatique).

Diagnostic

Rechercher un antécédent lithiasique ou cholécystectomie

-Cliniquement : succession rapide « douleur – fièvre- ictère »: Triade de Charcot .

-Ex clinique: Faciès infecté – Hépatomégalie

-MURPHY positif dans 50%

L'état septique (fièvre) et sa mauvaise tolérance clinique (tachycardie, hypotension artérielle, oligurie) peuvent dominer le tableau.

Rechercher les signes de choc septique.

Biologie

- La numération formule sanguine (NFS): hyperleucocytose élevée ($> 10\,000/\text{mm}^3$). Une leucopénie est un signe de gravité en cas de choc.
- CRP (C reactive protein) est augmentée ($> 15\text{ mg/l}$) et la vitesse de sédimentation fortement accélérée.
- **bilan hépatique** : cholestase ictérique avec une bilirubinémie totale souvent très augmentée ($> 17\text{ }\mu\text{mol/l}$) prédominant sur la bilirubine conjuguée ($> 12\text{ }\mu\text{mol/l}$).

Les phosphatases alcalines et les γ GT sont élevées.

Une cytolysé hépatique nette (ASAT et ALAT) est en faveur d'une migration lithiasique.

- Un taux de prothrombine abaissé (TP $< 70\%$) annonce une probable insuffisance hépatocellulaire aiguë
- **Ionogramme** sanguin (troubles hydro-électrolytiques).
- Bilan rénal (insuffisance rénale fonctionnelle)

- Hémocultures systématiques

• Examen radiologiques

- La radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) peut-elles montrer des opacités calciques dans la région vésiculaire, orientant vers l'origine lithiasique de l'angiocholite.

- L'échographie hépatobiliaire est l'examen clé:

Elle met en évidence **une dilatation du cholédoque** dans plus de 80 % des cas ($> 10\text{ mm}$).

La voie biliaire principale doit être **explorée sur toute sa hauteur**, ce qui permet éventuellement de **mettre en évidence l'obstacle en cause** (calcul du bas cholédoque, tumeur du pancréas ou du cholédoque, adénopathies).

L'examen est complété par une étude du **parenchyme hépatique** à la recherche d'une possible cause à l'angiocholite (tumeur du foie, calculs des voies biliaires intra-hépatiques, maladie congénitale des voies biliaires, parasitose) ou de l'une de ses complications (abcès intra-hépatique).

- Le scanner abdomino-pelvien est demandé lorsque l'échographie suspecte une autre cause qu'une migration lithiasique : tumeur du foie, du pancréas, des voies biliaires.

Traitement :

- L'angiocholite est une urgence n'autorisant aucun retard dans la prise en charge thérapeutique. Le traitement, comportant une double composante, médicale et chirurgicale, consiste en priorité à **drainer la bile infectée et à traiter le sepsis généralisé**
- Antibiothérapie active sur les BGN et les anoérobies (Les germes les plus fréquemment impliqués, d'origine digestive, sont : *Escherichia coli*, *Klebsellia*, *Pseudomonas aeruginosa*, entérocoques et *Proteus*)

Dans 15 % des cas, on retrouve en plus ou de façon isolée des germes anaérobies : *Bacteroides fragilis* et *Clostridium perfringens*.

Association: C3G + Aminosides + métronidazole

2- Bactériémie à BGN

- Hyper bilirubinémie supérieure 30 mg/l est un des signes de risque d'évolution sévère du sepsis.

3- Hémolyse aiguë

3A- PALUDISME: Notion de voyage récent

Diagnostic : frottis sanguin et goutte épaisse

3B Bactériémie à *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS*:

- Tableau de choc septique + anémie hémolytique, hémoglobinurie voire CIVD.
- Portes d'entrées entérite nécrosant; cholécystite gangreneuse ; gangrène gazeuse .

Avortement ou accouchement septique.

Traitement: **Métronidazole**

C3G ou FLUOROQUINOLONE ou Clindamycine

3C. HEMOLYSE POST –TRANSFUSIONNELLE:

Due a une incompatibilité ABO et RHESUS

Les premières signes: brûlures au point de piqure , malaise

Frissons; fièvre . Douleurs lombaires

Sensation d'oppression thoracique.

Évolution vers état de choc avec hémolyse intra-vasculaire

. Troubles de la coagulation ;

CAT : arrêt de la transfusion

4- LEPTOSPIROSE ICTEROHEMMORAGIQUE:

L'hyperbilirubinémie prédominance conjuguée.

Une augmentation modérée des taux de transaminase et de gamma-glutamyl-transférase.

5-FOIE CARDIAQUE:

Ictère franc dans le cadre d'une cardiopathie décompensée.

-clinique: hépatalgies spontanée; RHJ, bord hépatique mousse et ferme.

-BIOLOGIE: cholestase ; cytolyse hépatique, discret insuffisance hépatocellulaire.

-ECHO: dilatation des veines sus-hépatiques.

6-HEPATITE FULMINANTE:

De cause infectieuse (Hépatite virale B, Delta ou HVA) toxique ou médicamenteuse.

-Tableau d'encéphalopathie hépatique évoluant rapidement vers la coma compliqué d'un sd hémorragique cutanomuqueuse hypoglycémie ; cytolyse hépatique et hyperamoniemie.

7- Fièvre virale hémorragique

- Retour d'un pays tropicale
- Fièvre et ictères
- Déclaration obligatoire

7- Dans un contexte d'endocardite infectieuse sur matériel (valve mécanique)

La survenue d'un ictère hémolytique doit faire rechercher une désinsertion valvulaire mécanique.

B-CAUSES NON URGENTES

- 1- LES HEPATITES VIRALES:
- 2- LES HEPATITES MEDICAMENTEUSES
- 3- HEPATITE ALCOOLIQUE AIGUE
- 4-HEPATITES GRANULOMATEUSES: brucellose , tuberculose

CAS PARTICULIERS

A-ICTERE FEBRILE CHEZ LE NOUVEAU-NE

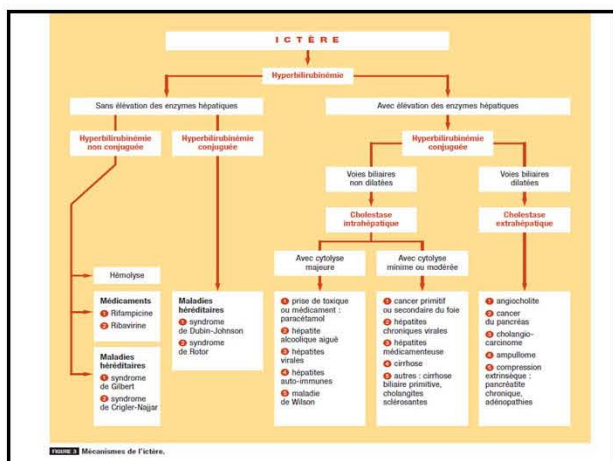
- 1-BACTERIENNES: Dans la cadre des INFECTIONS MATERNOFOTALES (Streptocoque, E. Coli, listeria).
- 2-VIRALES: Rubéole congénitale. CMV
- 3-PARASITAIRE :toxoplasmose congénitale

B-ICTERE FEBRILE DU POST-OPERATOIRE

- Péritonite post-opératoire
- Absès sous phrénique.

C-ICTERE ET VIH

- ❖**VB ANORMALES:** Cholangite sclérosante
- ❖**VB NORMALES:**MYCOBACTERIOSE, CMV, PNEUMOCYTOSE.



Bibliographie

- Jean-Pierre ZARSKI. Diagnostic des ictères (320). Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/> 1/5
- C. TRESALLET, B. R OYER, F. M ENEGAUX. Infection des voies biliaires. Chapitre 41.
- Richecoeur M, Klotz F et Nicand E. Ictères et maladies infectieuses. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Maladies infectieuses, 8-003-A-80, 2001, 9 p.*
- Christine Silvain. ICTÈRE. Orientation diagnostique. LA REVUE DU PRATICIEN VOL. 61. Mai 2011
- E. PILLY. Maladies Infectieuses et tropicales. 26e et 27e Editions. 2018 et 2020.