

CAT DEVANT UN ICTÈRE FÉBRILE

Dr Charaoui

Service des maladies infectieuses

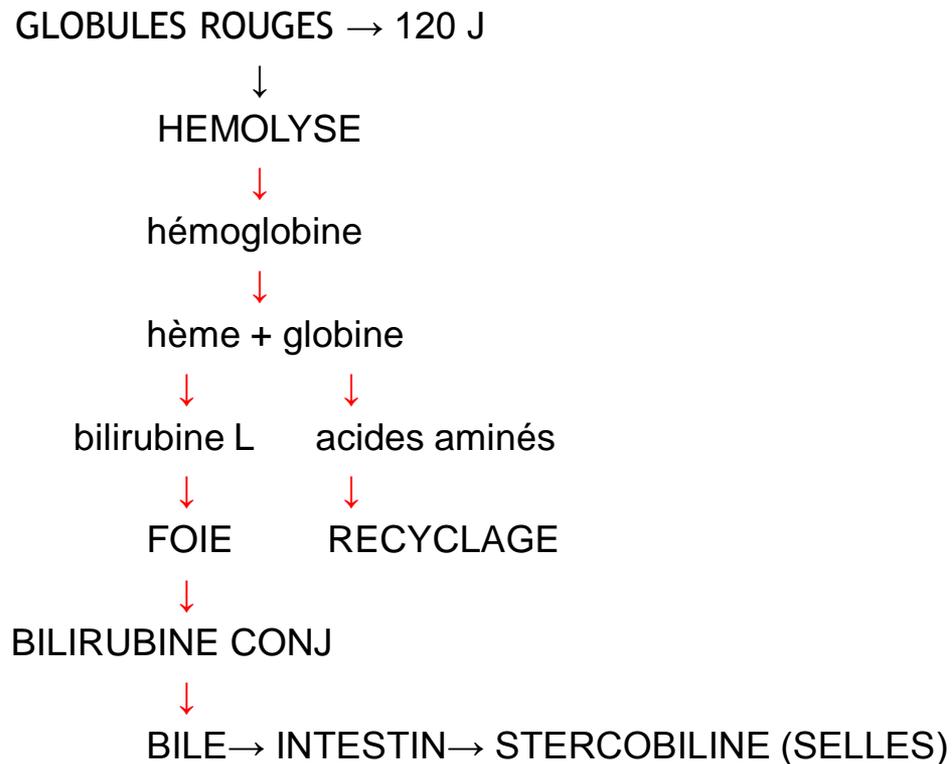
CHU Constantine

DEFINITION

Coloration jaune des téguments et des muqueuses par accumulation de bilirubine dans le plasma

supérieur 20 micromole / l

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE



PHYSIOPATHOLOGIE

TROIS TYPES D'ICTERE

brb conjuguée \geq 70% brb totale \rightarrow **cholestase**

brb libre \geq 70 % brb totale \rightarrow **-hémolyse +++**
troubles glycuconjugaison

brb libre = brb conjuguée \rightarrow **déficit**
constitutionnel

CONDUITE A TENIR

LES SITUATIONS D'URGENCE +++

1- ANGIOCHOLITE

ATCD lithiase ou cholécystectomie

douleur HPC droit

fièvre, frisson

ictère

diagnostic : echo abdominale + HMC

ATB +++++

2-SEPSIS GRAVE + IRA

BGN, anaérobies, leptospirose

HMC, pvt porte d'entrée, ATB +++

CONDUITE A TENIR

3- HEPATITE FULMINANTE

insuffisance hépatique

encéphalopathie

hémorragies

cytolyse +++

TP ↓ fact v↓

4-NEUROPALUDISME →

retour d'un pays tropical

frottis sg, goutte epaisse

quinine au moindre doute

CONDUITE A TENIR

EN DEHORS DE L' URGENCE

SELON LE TYPE DE BRB PREDOMINANT

1- ICTERE A BRB CONJUGUEE : CHOLESTASE

Interrogatoire : terrain

mode de début

fièvre: allure courbe

ictère +/- prurit

signes associés

transfusion

soins dentaires

prise médicamenteuse

CONDUITE A TENIR

Examen clinique

intensité de l'ictère

HPM, SPM

HTP , signes insuffisance hépatique

Bilan initial

Echographie abdominale +++

HMC , FNS, VS, CRP

Bilan hépatique , rénal , TP

électrophorèse des protides

CONDUITE A TENIR

ECHOGRAPHIE HEPATOBILIAIRE NORMALE

- 1- **CYTOLYSE +++ 5-10X N** → hépatite aigue
virale : VHA , VHB, VHC , VHE
bactérienne leptospirose
alcoolique ASAT > ALAT
foie cardiaque
toxique
auto-immune

CONDUITE A TENIR

2- CYTOLYSE MOINDRE

infections bactériémiques : leptospiroses,
salmonelloses , légionelloses, pneumococcemies

hépatites granulomateuses :TBC , brucellose

tumeurs : lymphomes malins

maladie auto-immune

cholangite

CONDUITE A TENIR

ECHO HEPATO-BILIAIRE PATHOLOGIQUE

1-DILATATION VBEH → OBSTACLE VBP

lithiase, KC , douve , ascaris

2-ASPECT TUMORAL FOIE → TDM , IRM

abcès à pyogènes , amoébose hépatique,
KHF, Kc foie

3-ATTEINTE VASC FOIE → DOPPLER

thrombose veine porte ou sus hépatique

Cholestase intrahépatique

Cholestase extrahépatique

Arguments en faveur

ALAT/ASAT augmentées
Écho : VBEH fines ± lésion du foie

ALAT/ASAT normales ou peu augmentées
Amylase, lipase augmentées
Écho : VBEH dilatées ± obstacle

Causes infectieuses

Hépatites virales +++
Leptospiroses
Infections bactériémiques
Abscess à pyogènes
Amœbose hépatique (ictère rare)
Hépatites granulomateuses
Cholangite

Angiocholite :
- lithiase +++
- compression par kyste, abcès, adénopathies
- parasite (douve, ascaris)

Causes non infectieuses

Foie cardiaque aigu, thrombose de la veine porte,
syndrome de Budd-Chiari
Toxiques : alcool, médicaments

Tumeurs : tête du pancréas, voies biliaires,
ampoule de Vater

CONDUITE A TENIR

2- ICTERE A BILIRUBINE NON CONJUGUEE (LIBRE)

hémolyse présente

anémie

hyper réticulocytose

haptoglobine ↓

hémoglobinurie

interrogatoire :

ATCD : personnel ou familiaux de maladie hémolytique

avortement

séjour en pays impaludé

CONDUITE A TENIR

Examen clinique :

allure de la fièvre et de
l'ictère , SPM

Bilan :

HMC

goutte épaisse, frottis sanguin
sérologies

CONDUITE A TENIR

PRINCIPALES ETIOLOGIES DES HEMOLYSES

1- HEMOLYSES CHRONIQUES



globulaire



hémoglobinopathie

Minkowski-chauffard

CONDUITE A TENIR

2-HEMOLYSES AIGUES

- origine extra globulaire:
 - paludisme
 - auto-immune parfois secondaire à une infection (MNI, CMV, VHA ,VHB, VIH...)
 - toxique : quinine
- déficit G6PD → hémolyse après ingestion de subst. oxydantes ex: favisme

CONDUITE A TENIR

absence d' hemolyse

rare

SYNDROME DE GILBERT : déficit
enzymatique

CONDUITE A TENIR

F15-1 : CAT DEVANT UN ICTÈRE FÉBRILE À BILIRUBINE LIBRE

