

Dr KAHOUL FATIMA-ZOHRA

MEDECINE INTERNE –CHU CONSTANTINE

COURS EXTERNES

DIAGNOSTIC DES ICTERES

Plan

I/DEFINITION

II/DIAGNOSTIC POSITIF

A/L'INTERROGATOIR

B/CLINIQUE

C/BIOLOGIE

D/EXAMENS MORPHOLOGIQUES

III/LES ETIOLOGIES :

A/ LES ICTERES A BILIRUBINE NON CONJUGUEE

1/L'HEMOLYSE

2/LES ICTERES NON HEMOLYTIQUES

B/LES ICTERES A BILIRUBINE CONJUGUEE

1/LES ICTERES CYTOLYTIQUES

2/LES ICTERES CHOLESTATIQUES

a/cholestase intra-hépatique

b/cholestase extra-hépatique

c/LES ICTERES A BILIRUBINE MIXTE : CONSTITUTIONNELS

I/DEFINITION :

- *L'ictère est une coloration jaune à bronze des téguments due à une augmentation de la concentration de bilirubine plasmatique (bilirubinémie) à 45 $\mu\text{mol/l}$ ou au delà.*
- *L'augmentation peut porter sur la bilirubine non-conjuguée, la bilirubine conjuguée ou les deux fractions.*
- *Une augmentation de la bilirubinémie entre 10 et 20 mg/l, n'est pas détectable cliniquement. Une telle augmentation infra clinique est parfois appelée subictère.*

II/Diagnostic positif :

A/Interrogatoire :

1 /Antécédents et/ou terrain :

- *âge : constitue un élément d'orientation primordial.*
 - *Avant 30 ans : recherche une cause virale, toxique médicamenteuse et alcoolique*
 - *Chez le sujet plus âgé : privilégier les étiologies lithiasique et néoplasique.*

2/Mode de vie : *Alcoolisme chronique, professions exposées, toxicomanie, homosexualité, voyages en zone d'endémie.*

3/ Mode d'installation de l'ictère :

-Ictère nu ou accompagné d'une altération de l'état général, fièvre, prurit, douleur abdominal, douleurs articulaires et troubles digestifs.

- Caractère : récidivant ou progressif, aigue ou chronique, phase pré-ictérique avec céphalées,

B/Examen clinique :

- L'ictère cutanéomuqueux est souvent évident avec coloration jaune de la peau, de la cavité buccale et des conjonctives.

-En cas de cholestase :

**Le prurit : accompagner de lésions de grattage.*

**Les urines sont foncées, décoloration des selles qui prennent alors une couleur 'mastic'.*

** La bradycardie est présente en cas de cholestase intense et prolongée*

➤ **L'examen du foie :**

-Signes d'insuffisance hépatocellulaire, d'hypertension portale

- Une grosse vésicule

- Une masse intra-abdominale

-Une hémorragie digestive (toucher rectal)

- **Autres : malabsorption des graisses (stéatorrhée et amaigrissement), Malabsorption des Vit liposolubles avec baisse du TP (VitK), ostéomalacie (VitD)**

C/ Examens biologiques :

- **Dosage de la bilirubine totale, conjuguée ou non-conjuguée**
- **FNS, taux de reticulocytes**
- **Phosphatases alcalines et gammaglutamyl transférase (GGT).**

Autres :

- **Le TP : taux de prothrombine**
- **Les hémocultures en cas de fièvre**
- **Amylasémie et d'amylasurie : suspicion d'atteinte pancréatique**
- **Examens à visée Dg seront variables selon le mode de présentation (sérologies virales, albuminémie et électrophorèse des protéines, a-FP, bilan immunologique.)**

D/ Examens morphologiques :

1 /échographie abdominale +++

- Lithiase biliaire : Formation(s) hyperéchogène(s) avec cône d'ombre postérieur
- Obstacle de la voie biliaire principale

2/tomodensitométrie abdominale :

- **le diagnostic des affections pancréatiques ou de lithiase de la voie biliaire principale.**

3/ cholangiographie rétrograde endoscopique : opacification des voies biliaires par la papille et du canal de Wirsung

4/La bili-IRM :

- **les voies biliaires intra et extra hépatique**

5/La PBF : ponction biopsie hépatique

III/Diagnostic étiologique :

A/Les ictères à bilirubine non conjuguée :

BILIRUBINE LIBRE

Les caractéristiques :

- Urines claires et les tests hépatiques normaux.

1/Ictère hémolytique :

Une anémie hémolytique

- hyper bilirubinémie libre variable
- une augmentation des LDH
- une baisse de l'haptoglobine
- une réticulocytose importante

Les principales causes en sont l'hyperhémolyse ou la dysérythropoïèse

2/Ictère non hémolytique :

La diminution de la conjugaison par la bilirubine glucuronyl transférase

- a/Ictère néonatal : Chez le nouveau-né, Défaut de maturation complète de l'enzyme glucuronyl transférase

b/ la maladie de Gilbert ou syndrome de GILBERT:

- Affection bénigne très fréquente (3 à 10% de la population)
- Diminution de l'activité de la bilirubine glucuronyl transférase (Mutation du gène promoteur)
- L'ictère : modéré, évolue par poussée, d'épisodes infectieux et/ou de périodes de jeûne.
- En dehors de l'hyperbilirubinémie, les examens biologiques sont normaux

c/ Maladie de Crigler-Najjar : Déficit en glucuronyl transférase (deux types

Partiel ou total) survient à la naissance

B /Les Ictère à bilirubine conjuguée :

Regroupent 2 grandes catégories d'ictères:

- *les ictères cytolytiques (augmentation des transaminases TGO, TGP)*
- *les ictères cholestatiques (Augmentation des phosphatases alcalines, du gamma glutamyl transférase)*

1/LES ICTERES CYTOLYTIQUES :

➤ *Tableau d'une hépatite aigue*

- Ictère modéré
- Elévation des transaminases TGO, TGP
- Absence de dilatation des voies biliaires à l'échographie abdominale

➤ *Causes:*

-Les hépatites virales A, B, C et D

- *Les hépatites médicamenteuses : paracétamol, l'anti inflammatoire non stéroïdien*
- *L'Hépatite auto-immune*
- *les cirrhoses*

2) Les ictères cholestatiques

➤ CLINIQUE :

- **Le prurit : avec lésions de grattage.*
- **Les urines sont foncées, décoloration des selles.*
- *Peut être due:*

a/Obstruction des canaux biliaires:

-Atteinte des gros canaux:

Cholestase extra-hepatique

- La lithiase cholédocienne*
- Le cancer de la tête du pancréas, le cancer des voies biliaires*
- La compression des voies biliaires (des adénopathies etc.)*

-Atteinte des canaux de petit ou moyen calibre:

Cholestase intra-hepatique

- ✓ **Maladie d'origine immunologique**
- La cirrhose biliaire primitive :*
- La cholangite sclérosante primitive :*

✓ Les causes médicamenteuses :

-Les médicaments en cause : l'association acide clavulanique-amoxicilline, les sulfamides, les macrolides

b/Anomalies du transporteur au niveau des voies biliaires : rares

c/Les ictères constitutionnels mixtes:

- Hyperbilirubinémie mixte (libre et conjuguée)
- Pronostic très favorable:

c-1/ La maladie de Dubin-Johnson:

c-2/La maladie de Rotor :