

Les ictères

**Cours de sémiologie troisième année
de médecine
Pr D. Mallem**

I- Définition et généralités

- L'ictère est une coloration jaune des téguments et des muqueuses due à une ↗ de la concentration [] plasmatique de la bilirubine.
- L'ictère apparaît lorsque la [] de la bilirubine > 30 mg (50umol)/L.
- L'ictère est un signe clinique fréquent qui accompagne de très nombreuses affections.
- Le plus souvent le Dg étiologique de l'ictère est facile après une anamnèse minutieuse et un examen clinique soigneux et quelques examens complémentaires simples.

II- Rappel physiopathologique

- Selon que l'↑ de la Bil porte sur la Bil L au Bil C, on distingue :

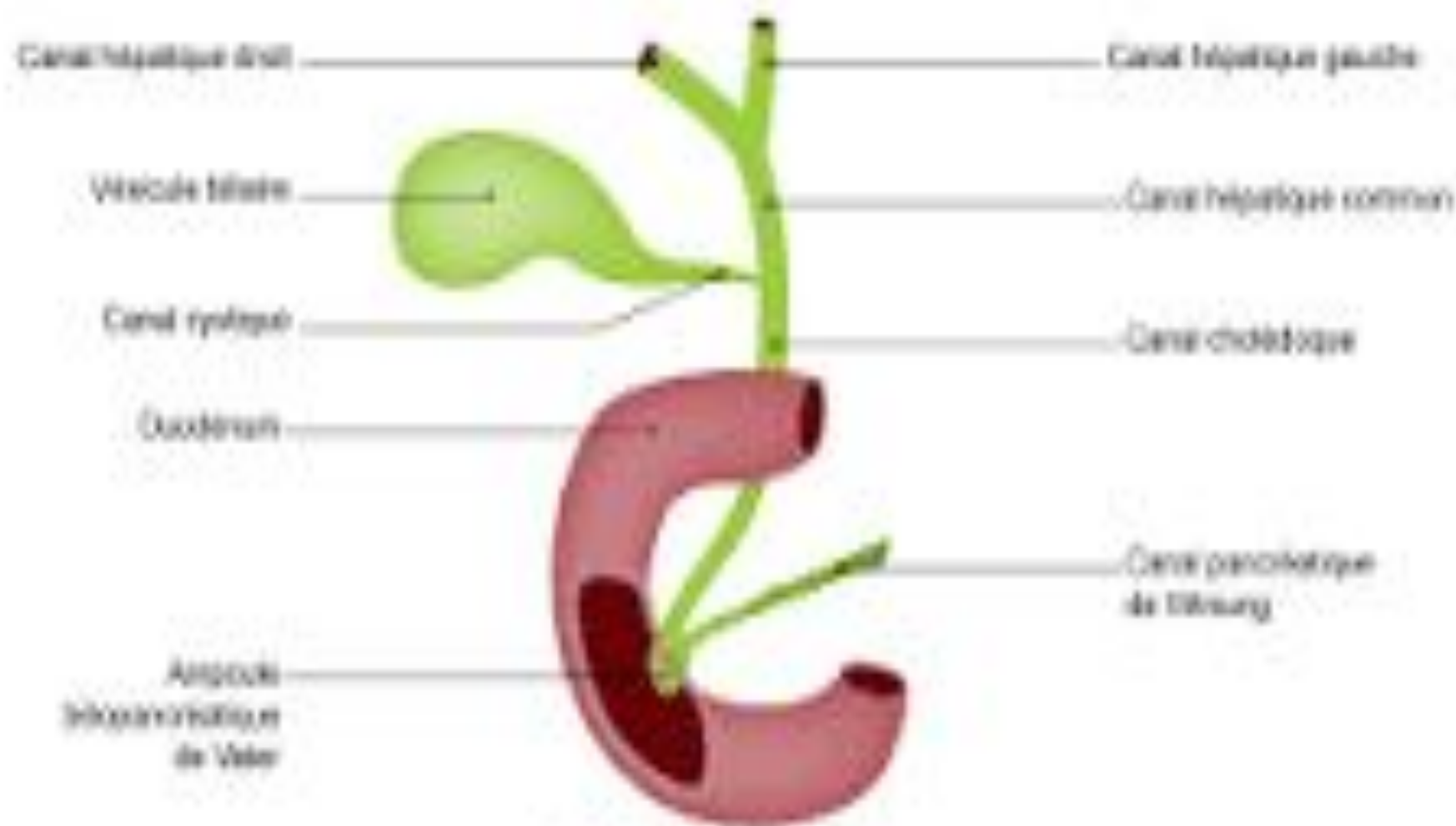
❑ **Les ictères à Bilirubine libre (non conjuguée) :**

- C'est une ↑ exclusive ou prédominante de la Bil L → la bil L ($\geq 80\%$ ou plus de la Bil totale).
- L'↑ de la Bil L dans le sang relève de deux mécanismes physiopathologiques :
 - ❑ Un excès de production de Bil L s'explique:
 - Dans la majorité des cas par une destruction excessive de GR → une hyperhémolyse → se voit dans les anémies hémolytiques.
 - ❑ Beaucoup plus rarement par un défaut de conjugaison de la Bil L due un déficit héréditaire de l'enzyme glucuronyl transférase. Ce déficit peut être soit :
 - ✓ Un déficit complet → maladie de Crigler Najjar.
 - ✓ Un déficit partiel → maladie Gilbert.

❑ Les ictères à bilirubines conjuguée

- C'est ↗ exclusive ou prédominante de la Bil C ($\geq 80\%$ de la Bil totale).
- L'↗ de la Bil C dans le sang relève de trois mécanismes physiopathologiques :
 - ❑ Une cholestase extrahépatique secondaire le plus souvent à un obstacle sur la VBP soit par:
 - ✓ obstruction intrinsèque de la VBP par un calcul;
 - ✓ compression de la VBP par une lésion de voisinage (lésions tumorales +++++)
 - ❑ Une Cholestase intrahépatique secondaire soit:
 - ✓ une obstruction des voies biliaires hépatiques.
 - ✓ Un arrêt de la formation de la bile secondaire à des lésions hépatocytaires → hépatites virales +++++.

VOIES BILIAIRES EXTRA-HÉPATIQUES



III- Etude sémiologique

❖ Le diagnostic positif

- L'ictère est coloration jaunâtre des téguments et des muqueuse reconnu cliniquement et confirmé biologiquement par le dosage plasmatique de la bilirubine → Valeur normale ≤ 10 mg/l.
- Selon l'intensité de l'ictère, on distingue :
 - **L'ictère discret (subictère):**
doit être recherché à la lumière du jour au niveau des muqueuses, surtout les conjonctives de l'œil et la face inférieure de la langue. Il correspond à un tx de Bil totale compris entre 15 à 30 mg/j.
 - **L'ictère franc :**
coloration jaune safran généralisée aux muqueuses et aux téguments qui correspond à un Tx de Bil totale > 30 mg/l.

L'ictère très intense :

- couleur brun verdâtre généralisée aux muqueuses et aux téguments. Il correspond à un Tx de Bil totale entre 300 et 400 mg/l.







❖ Diagnostic étiologique

- L'enquête étiologique comporte les étapes suivantes:

A- L'interrogatoire:

Temps capital de l'enquête étiologique. Il permet souvent d'orienter l'enquête vers la cause de l'ictère. Il doit préciser :

✓ L'âge:

- Les hépatites virales (A,B,C) sont plus fréquentes chez l'adolescent et l'adulte jeune.
- Les obstructions de la VBP sont plus fréquentes chez le sujet âgé.

✓ Le sexe : La lithiase de la VBP est bqs plus fréquente chez la femme d'âge moyen.

✓ La profession: La profession médicale et paramédicale fait évoquer une hépatite virale (HVC ou HVB).

✓ Les ANTCDS:

- Circonstances faisant évoquer une HVC ou HVB:
 - La notion d'extraction dentaire en l'absence des règles d'asepsie
 - d'injection IM, IV, S/C pratiquées dans des conditions septiques
 - une blessure par un matériel souillé de sg d'un patient atteint d'une HVB ou HVC dans les 6 ayant précédé l'apparition de l'ictère
 - Notion de transfusion sanguine.
- La notion d'alcoolisme chronique fait penser une hépatopathie éthylique.
- La notion de prise médicamenteuse récente oriente vers une cause iatrogène de l'ictère.
- La notion d'ictère familial .

✓ Le mode d'installation de l'ictère:

- Un ictère isolé évoluant dans un contexte d'altération de l'AEG (perte de poids importante) fait évoquer un processus tumoral.
- Un ictère précédé d'une phase pré-ictérique (asthénie, anorexie, fébricule, céphalée, douleur abdominale, myalgies, arthralgies) oriente vers une hépatite virale.
- La succession chronologique dans un délai de 48H à 72 H d'une douleur abdominale à type de colique hépatique, d'une fièvre avec frissons puis d'un ictère oriente vers une angiocholite.
- Les signes accompagnateurs: d'urines foncées, d'un prurit fait évoquer un ictère cholestatique.

B- L'examen physique:

- L'examen physique apprécie l'état du foie et de la rate par la palpation (leur taille, leur consistance, leur sensibilité, etc.)
- L'examen physique recherchera les signes clinique d'une HTP (SPM, ascite, CVC de la paroi abdominale)
- L'examen physique recherchera une grosse vésicule palpable évoquant un obstacle sur la VBP.
- L'examen physique recherchera un syndrome anémique (PCM, dyspnée d'effort, tachycardie, etc.)

C- Les examens complémentaires

Un bilan de 1^{ière} intention permet d'orienter l'enquête étiologique et de décider des examens complémentaires de 2^{ème} intention nécessaire pour confirmer la cause de l'ictère. Il comporte:

□ Bilan biologique:

- ✓ Dosage du tx de bilirubine totale et directe qui permet de distinguer :
 - Un ictère à bilirubine directe (conjuguée) oriente vers des explorations paracliniques du foie et des voies biliaires.
 - Un ictère à bilirubine indirecte oriente vers des explorations paracliniques hématologiques.
- ✓ Hémogramme avec tx de réticulocytes :

Une anémie normochrome normocytaire régénérative (Tx de réticulocytes ↗) oriente vers un ictère par hémolyse.

□ L'échographie abdominale:

Elle permet surtout d'orienter le DG vers un ictère cholestatique en mettant en évidence:

- ✓ une dilatation de la VBP et ou des VBIH témoignant d'une cholestase intra ou extra-hépatique.
- ✓ Une Masse Tm, un kyste hydatique, un abcès au niveau du foie responsables d'une cholestase intra-hépatique.
- ✓ lésions tumorales de voisinage (ADPS, Néo de la tête du pancréas, etc comprimant la VBP→entraînant une cholestase extra-hépatique.
- ✓ Signes HTP (SPM, dilatation du TP, ascite, etc.)

◆ Les étiologies

❑ Les ictères à bilirubine non conjuguée:

- Ils sont définis par une ↗ exclusive ou prédominante de la Bilirubine libre (BNC) → (la bil L \geq 80% ou plus de la Bil totale).
- Les causes des ictères à B-N-C sont représentées principalement par les anémies hémolytiques.
- Le DG d'anémie hémolytique est évoqué devant les signes cliniques suivants:
 - ✓ Un ictère accompagné de selles foncées et urines claires.
 - ✓ Surtout un sd anémique dominé par une PCM.
 - ✓ Parfois de SPM.

- Le DG d'anémie hémolytique est confirmée par les anomalies biologiques suivantes:

- ✓ Une anémie normochrome normocytaire régénérative (Tx sanguin de reticulocytes $> 120 \times 10^3$ éléts/mm³) de sévérité variable.
- ✓ Un TX sanguin de la Bil T est ↗ avec une prédominance de B-N-C
- Dans la majorité des cas, Les anémies hémolytiques sont d'origine congénitale (AHC).:
- ✓ La drépanocytose (HémoglobinoS)
- ✓ Les thalassémies.
- ✓ Le déficit en glucose-6- phosphate déshydrogénase.

- Plus rarement, Les anémies hémolytiques acquises :
- ✓ Les anémies hémolytiques auto-immunes (AHAI)
- ✓ Les anémies hémolytiques acquises non immunologique mécanique par fragmentation des hématies.

❑ Ictères à bilirubine conjuguée:

- Ils sont définis par ↗ exclusive ou prédominante de la Bil C ($\geq 80\%$ de la Bil totale).
- Ictères à bilirubine conjuguée sont dominés par les ictères cholestatiques.
- Le DG d'ictère cholestatique est évoqué devant les signes cliniques suivants:
- ✓ Un ictère accompagné d'urines foncées et selles décolorées.
- ✓ Prurit avec parfois des lésions cutanées de grattage.

- ✓ stéatorhée et amaigrissement.
- Le DG d'ictère cholestatique est confirmée par les anomalies biologiques suivantes qui montre un syndrome biologique de cholestase :
 - ✓ ↗ du Tx de BT avec une prédominance de la BC.
 - ✓ ↗ Un Tx plasmatique de phosphatases alcalines (PA) .
 - ✓ ↗ Un Tx plasmatique de gamma glutamyl transpeptidase (YGT)
- Les étiologies de l'ictère cholestatique se distingue en :
 - ictères par cholestase extra-hépatique:
 - Ces ictères sont secondaires à une obstruction de la VBP :
 - Les principales causes de cholestase extra-hépatique sont
 - ✓ La lithiase de la VBP
 - ✓ La sténose postopératoire du cholédoque

- ✓ Cancer de l'ampoule de Vater
- ✓ Compression extrinsèque de la VBP par une lésion de voisinage :
Le cancer de la tête du pancréas, ADPS, lymphome, etc.
- ✓ Pancréatite chronique, cholangite sclérosante primitive, etc

□ Les ictères par cholestase intra-hépatique:

- Elle peut être due à :
 - une altération des systèmes de transport et de sécrétion de la bile des hépatocytes dont les principales causes sont:
- ✓ Les hépatites virales aiguës A, B, C, D, E
- ✓ Les hépatites médicamenteuses
- ✓ Les hépatites alcooliques aiguës
- ✓ Les hépatites autoimmunes.

- une obstruction des voies biliaires intrahépatiques :

- ✓ Tumeurs malignes hépatiques primitives ou secondaires
- ✓ Kyste hydatique du foie
- ✓ Abscès amibiens ou germes pyogènes
- ✓ Les parasitoses (ascaridioses)