

LES ICTÈRES

I-Définition :

L'ictère est une coloration jaune des téguments et des muqueuses due à une augmentation du taux de la bilirubine dans le sang.

Un ictère conjonctival apparaît quand la bilirubine sérique dépasse 30 $\mu\text{mol/l}$ (18 mg/l), l'ictère cutané est généralement franc lorsque la bilirubine totale dépasse 50 $\mu\text{mol/l}$ (25mg/l).

II- Métabolisme de la bilirubine :

1- production de la bilirubine :

La bilirubine est le principal produit de dégradation de l'hème. La source principale de bilirubine est la destruction physiologique des hématies sénescents par le système réticulo-endothélial.

2- captation par le foie :

La bilirubine, produite sous forme non conjuguée, libre, n'est pas hydrosoluble. Elle ne peut être éliminée par le rein ; elle est transportée dans le sang liée à l'albumine et captée par les hépatocytes.

3- conjugaison et excrétion dans la bile :

Dans l'hépatocyte, la bilirubine est conjuguée grâce à la glucuronyl-transférase ; transformée en bilirubine dite glucuro-conjuguée, hydrosoluble, éliminée dans les canalicules biliaires.

Dans l'intestin, la bilirubine conjuguée est transformée par les enzymes bactériennes en une série de dérivés, les urobilinogènes. La plus grande partie de ces urobilinogènes est éliminée dans les matières fécales après avoir été transformée en stercobilinogène (expliquant la couleur marron des selles).

Une petite partie est réabsorbée puis éliminée dans les urines : urobiline (coloration jaune).

III- Physiopathologie :

On distingue :

a) Les ictères pré-hépatiques :

Par hyperproduction de la bilirubine, ce sont les ictères hémolytiques constitués surtout de bilirubine non conjuguée (libre).

b) Les ictères hépatiques :

Par anomalie du métabolisme de la bilirubine :

1- anomalie de conjugaison : donnant un ictère à BNC : maladie de Gilbert et maladie de Crigler-Najjar

2- anomalie d'excrétion : donnant un ictère à bilirubine mixte ; dans la maladie de Dubin-Johnson et le syndrome de Rotor, parfois dans les hépatites virales et les cirrhoses.

3- cholestase intrahépatique : donnant un ictère à bilirubine conjuguée surtout dans les hépatites virales et les cirrhoses.

c) Les ictères post-hépatiques :

Par anomalie de l'évacuation de la bile par le cholédoque : cholestase extra-hépatique donnant un ictère à bilirubine conjuguée (> 70 %).

IV- Diagnostic positif :

1- subictère: c'est un discret ictère qui doit être recherché à la lumière du jour au niveau des muqueuses: conjonctive sclérotique et la face inférieure de la langue (bilirubine 15-30 mg/l)

2- l'ictère franc : couleur jaune safran, généralisé aux téguments et aux muqueuses (bilirubine >30 mg)

3- l'ictère très intense : couleur brun verdâtre (bilirubine 300- 400 mg/l), se voit dans les cholestases extra-hépatiques très évoluées.

V- Diagnostic différentiel :

Les faux ictères réalisent de vrais pièges diagnostiques :

- les anémies sévères donnant une pâleur jaunâtre.
- l'hypercaroténémie primitive ou secondaire à une profonde hypothyroïdie.

VI- Diagnostic étiologique :

Il repose sur l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires :

A - L'interrogatoire :

- âge, sexe, profession
- l'ictère :
 - mode d'installation : brutal ou progressif
 - signes pré-ictériques : céphalées urticaire, arthralgies : hépatite virale
 - évolution continue ou par poussée
 - couleur des selles + urines et la notion de prurit
- autres signes digestifs : douleurs abdominales, hémorragie digestive
- signes généraux : pâleur (anémie), fièvre, amaigrissement
- notion de prise médicamenteuse (surtout médicaments hépatotoxiques ; exp: les anti-tuberculeux)
- notion d'intervention, d'injection, de transfusion, ou de soins dentaires dans les 6 semaines à 6 mois précédant l'ictère
- notion d'éthylisme chronique
- notion d'ictère familial.

B -L'examen clinique :

- * examen cutanéomuqueux :
 - apprécier l'intensité de l'ictère et les lésions provoquées par le prurit
 - rechercher une pâleur, des hémorragies, des œdèmes des membres inférieurs et des angiomes stellaires ...
- * examen digestif :
 - caractères du foie notamment une hépatomégalie
 - rechercher une vésicule biliaire palpable, une splénomégalie, une ascite, douleurs de l'hypochondre droit ...
- * Examen général :
 - rechercher un syndrome infectieux : fièvre, frissons, sueurs...
 - apprécier le poids en fonction de la taille et s'il y a un amaigrissement

C - Les examens complémentaires :

1) Sang :

- dosage de la bilirubine totale, conjuguée et non conjuguée +++
- dosage des phosphatases alcalines + GGT (gamma-glutamyl transférase)
- dosage des transaminases : ALAT, ASAT
ALAT (Alanines aminotransférases ou TGP), ASAT (Aspartates aminotransférases ou TGO)
- dosage du TP (taux de prothrombine)
- dosage de l'albumine avec électrophorèse des protéines sériques (EPP)

2) Si ictère à bilirubine conjuguée : exploration hépato-bilio-pancréatique :

- surtout l'échographie Abdominale
- échoendoscopie
- CPRE : cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique
- scanner abdominal
- cholangio-IRM

3) Si ictère à bilirubine non conjuguée : exploration hématologique surtout la NFS.

D - Différents types d'ictères :

a) Ictères à bilirubine conjuguée :

Ictères hémolytiques :

*Ictère hémolytique chronique : ictère + pâleur + splénomégalie

- biologie : ictère à bilirubine non conjuguée + anémie + taux de réticulocytes élevé

* Ictère hémolytique aigu : dû à une hémolyse intravasculaire aiguë : pâleur + état de choc parfois + hémoglobinurie : émission d'urine rouge Porto + ictère.

On discute toutes les anémies hémolytiques congénitales (thalassémie) et acquises (immunologiques).

b) Ictères à bilirubine non conjuguée :

***Cholestase intrahépatique :** (ictère par atteinte des cellules hépatiques)

1) Cirrhose du foie :

- foie : hypertrophié, de taille normale ou atrophié, à bord inférieur tranchant
- hypertension portale : splénomégalie, ascite + circulation veineuse collatérale + varices œsophagiennes ou rectales.
- signes d'insuffisance hépatocellulaire : angiomes stellaires, érythrose palmaire, hippocratisme digital, gynécomastie, signes neurologiques...

*Le diagnostic repose sur :

- la biologie :
 - syndrome d'insuffisance hépatocellulaire
 - syndrome inflammatoire
- la ponction biopsie du foie : histologie

2) Hépatite virale : (ictère cytolytique)

- notion de contagion : épidémie, injection ...
- phase préictérique : signes digestifs + syndrome pseudo-grippal + parfois triade de Caroli : céphalées + urticaire + arthralgies
- phase ictérique : ictère + selles décolorées + urines foncées + discrète hépatomégalie
- biologie : syndrome de cytolyse +++
- parfois hépatite très grave « **hépatite fulminante** » ; le tableau est fait d'un syndrome de cytolyse + syndrome d'insuffisance hépatocellulaire : ictère + signes neurologiques + signes hémorragiques.

***Cholestase extrahépatique :** c'est les ictères **cholestatiques** ou **rétentifs**

1) lithiase de la voie biliaire principale (cholécystite) :

- souvent une femme avec ATCD de coliques hépatiques
- si surinfection biliaire : syndrome cholécystique : douleurs puis fièvre puis ictère : angiocholite
- ictère + selles décolorées + urines foncées
- biologie : bilirubine conjuguée très élevée + NFS : Polynucléaire neutrophiles élevés
- échographie, échoendoscopie et la CPRE qui a un intérêt diagnostique et thérapeutique

2) Cancer de la tête du pancréas :

- souvent un homme + amaigrissement + parfois douleurs abdominales
- ictère d'installation progressive pour devenir très foncé + prurit intense causant des lésions de grattage
- hépatomégalie de cholestase ou métastatique
- biologie : syndrome de cholestase
- diagnostic : échographie + Scanner abdominal

3) Autres :

- cancer des voies biliaires : cholangiocarcinome
- ampullome vaterien