

REPUBLIQUE ALGERRIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE MINISTERE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE FACULTE DE
MEDECINE DE BATNA.

Module d'Hépto-gastroentérologie ANNEE UNIVERSITAIRE






2024-2025

Dr Benbrahim W.

chairawafa@gmail.com

Conduite à tenir devant un ictère

Objectifs pédagogiques :

-  **Définir** un ictère et comprendre les différents types de bilirubine.
-  **Identifier** les causes les plus fréquentes d'ictère.
-  **Réaliser** une anamnèse et un examen clinique complets.
-  **Interpréter** les résultats biologiques pertinents.
-  **Élaborer** une stratégie diagnostique adaptée.

A. Introduction : Définition de l'ictère

L'ictère est une coloration jaune des téguments (peau et muqueuses) liée à une augmentation du taux sérique de la bilirubine.

Chez l'adulte, la bilirubinémie normale est inférieure à $17 \mu\text{mol/l}$.

a- taux entre $30 \mu\text{mol/l}$ et $50 \mu\text{mol/l}$, l'ictère n'est visible qu'au niveau des muqueuses ; on parle d'un « subictère » qui est recherchée à la lumière du jour.

b-L'ictère franc apparaît lorsque la bilirubinémie dépasse $50 \mu\text{mol/l}$.

Les hyper bilirubinémies peuvent impliquer soit majoritairement la bilirubine libre ou non conjuguée (ou indirecte),

soit majoritairement la bilirubine conjuguée (directe),

soit aucune forme n'est majoritaire (Ictère à bilirubine mixte). »

Ictère à bilirubine libre ou non conjuguée (BNC): -
hyperproduction de bilirubine par hémolyse

- défaut de glucuroconjugaison:

anomalie génétique (maladie de Gilbert, CriglerNajar)

ou médicamenteuse.

• Ictère à bilirubine conjuguée (BC): dus à un trouble de l'excrétion et/ou de la sécrétion biliaire

- cholestase intra-hépatique: atteinte des hépatocytes ou des VB intrahépatiques: souvent incomplète

- cholestase extra-hépatique: obstruction des VB extra-hépatiques

B. Démarche diagnostique :

1. Anamnèse : Interrogatoire ciblé

#Âge .

Mode de début et évolution :

- Ictère progressif : hépatite, cirrhose.
- Ictère aigu : obstruction biliaire, hémolyse.

#Facteurs de risque :

- Antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux (hépatopathies, calculs biliaires). Antécédents familiaux (syndrome de Gilbert, hémoglobinopathies).
- Exposition à des toxines (alcool, médicaments).
- Voyages récents (hépatite A ou E).

Signes associés :

- Douleur abdominale (cholangite, colique biliaire).
- Fièvre (infection).
- Prurit (cholestase).
- Perte de poids (cancer).

Signes de cholestase: Prurit, selles décolorées, urines foncées.

2. Examen clinique : Points clés

- Inspection :

- Coloration jaune des conjonctives et de la peau.

- Grattage cutané (prurit cholestatique).
- Palpation abdominale :
 - Hépatomégalie ou masse (hépatopathies, tumeur hépatique).
 - Vésicule palpable (signe de Courvoisier-Terrier, évocateur d'une obstruction biliaire par tumeur).
 - Douleur au niveau de l'hypochondre droit.
- Signes d'insuffisance hépatocellulaire :
 - Ictère sévère, encéphalopathie hépatique, angiomes stellaires, ascite.

3. Examens complémentaires :

a- Bilan biologique :

- Bilirubine totale et ,conjuguée.
- Hémogramme : rechercher une anémie hémolytique (réticulocytes, haptoglobine).
- Fonction hépatique: transaminases (ALAT/ASAT), phosphatases alcalines, GGT.
- Bilan infectieux : sérologies virales (hépatites A, B, C, E).
- Coagulation: Temps de Quick, TP.

b- Imagerie :

- Échographie abdominale : premier examen pour visualiser les voies biliaires.
- IRM cholangio-pancréatique : meilleure définition des voies biliaires.
- Scanner abdominal : recherche d'une masse.
- Examens spécialisés :

- Biopsie hépatique si nécessaire.

- Endoscopie rétrograde cholangio-pancréatique (ERCP) en cas de suspicion d'obstruction biliaire.

4. Démarche diagnostique :

4.1. Confirmer l'ictère par le dosage de la bilirubine.

4.2. Déterminer si l'ictère est à ****bilirubine conjuguée**** (cholestase) ou ****non conjuguée**** (hémolyse, syndrome de Gilbert).

4.3. Rechercher une cause selon le contexte clinique :

- Cholestase intra-hépatique : hépatite virale, cirrhose.

- Cholestase extra-hépatique : obstruction biliaire, tumeur.

- Ictère non conjugué : hémolyse, déficit enzymatique.

4.4. Prescrire les examens complémentaires adaptés.

5. Prise en charge en fonction de l' étiologie :

- Obstruction biliaire (calculs, tumeur) : drainage biliaire (endoscopie, chirurgie).

- Hépatite virale : prise en charge symptomatique ou antiviraux.

- Hémolyse : traitement de la cause (transfusion si nécessaire).

- traitement symptomatique :

- Hydratation.

- Correction des désordres électrolytiques.

- Surveillance des complications (encéphalopathie hépatique, cholangite).

Conclusion :

La prise en charge d'un patient ictérique nécessite une démarche diagnostique rigoureuse et méthodique. L'objectif est d'identifier rapidement la cause de l'ictère afin de mettre en place un traitement adapté.

Éléments clés à souligner :

- **Importance de l'anamnèse détaillée:** Souligner l'importance de recueillir tous les éléments de l'histoire de la maladie (début des symptômes, évolution, facteurs aggravants, etc.) pour orienter le diagnostic.
- **Examen clinique complet:** Insister sur l'examen physique, notamment la recherche d'une hépatomégalie, d'une splénomégalie et d'autres signes d'atteinte hépatique.
- **Intérêt des examens complémentaires:** Expliquer l'intérêt de chaque examen complémentaire et les informations qu'il apporte.
- **Diagnostic différentiel:** Mettre en évidence l'importance de considérer plusieurs hypothèses diagnostiques et de les hiérarchiser en fonction des éléments cliniques et paracliniques.
- **Conduite à tenir thérapeutique:** Souligner l'importance d'adapter la prise en charge en fonction du diagnostic final et de la gravité de la maladie.

Cas clinique :

Madame D., 55 ans, consulte pour une fatigue importante depuis un mois, associée à un jaunissement progressif de la peau et des yeux. Elle signale également des démangeaisons intenses, des urines foncées et des selles décolorées depuis environ trois semaines. Dans ses antécédents, on note une cholécystectomie pour lithiase biliaire il y a 10 ans, ainsi qu'un traitement par statine pour une hypercholestérolémie.

- Quel type d'ictère évoquent les symptômes de Mme D. ? (direct ou indirect)
- Quelles sont les caractéristiques de cet ictère (couleur, intensité, évolution) ?
- Quels autres symptômes orientent vers une cause possible de cet ictère ? (prurit, coloration des urines et des selles, fatigue)

- Quelles hypothèses diagnostiques peuvent être évoquées en fonction de ces symptômes ?
- Quels éléments des antécédents de Mme D. sont particulièrement significatifs dans ce contexte ? (cholécystectomie, traitement par statine)
- Existe-t-il des antécédents familiaux de maladies hépatiques ?
- Quels examens biologiques sont indispensables pour confirmer le diagnostic ? (bilan hépatique complet, notamment transaminases, phosphatases alcalines, gamma-GT, bilirubine totale et directe)
- Quels examens complémentaires d'imagerie pourraient être utiles ? (échographie abdominale, TDM, IRM)
- D'autres examens spécifiques pourraient-ils être envisagés en fonction des hypothèses diagnostiques ? (sérologies virales, marqueurs tumoraux)
- Quelles sont les principales hypothèses diagnostiques à envisager chez une patiente de 55 ans présentant un ictère de type obstructif ? (tumeur des voies biliaires, récurrence de lithiase, cholangite sclérosante primitive, etc.)
- Quels éléments cliniques, biologiques et d'imagerie permettront de différencier ces différentes hypothèses ?
- Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter en attendant les résultats des examens complémentaires ?
- Comment orienter la prise en charge en fonction du diagnostic final ?