

CAT devant un ictère

TD du module de gastro-entérologie

Objectifs pédagogiques

- Principaux:
- Comprendre la physiopathologie de l'ictère (ICT)
- Reconnaître les signes anamnestiques et cliniques de l' ICT.
- Comprendre comment entamer une démarche diagnostique face à une suspicion d'ICT cholestatique.
- Secondaires :
- Reconnaître les principales étiologies pouvant causer un ICT

Définitions / Généralités

- Coloration jaune des téguments, d'intensité variable
- Du sub- ictère conjonctival à l'ictère cutanéomuqueux franc généralisé.
- bilirubinémie $> 10 \text{ mg/dl}$ (20 mmol/l)
- Diagnostic facile ☐ Ictère franc, conjonctival: BT 15 – 30 mg/l
- Ictère franc cutanéomuqueux généralisé: BT $> 30 \text{ mg/l}$
- Dc (+) est clinique, confirmé par la biologie
- Recherche étiologique difficile

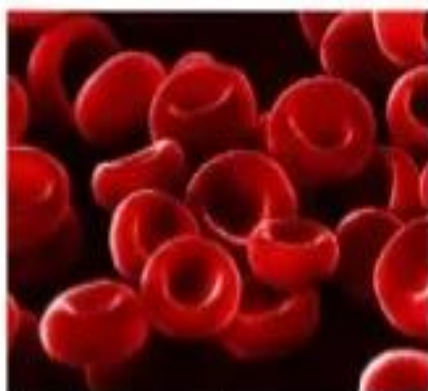
- L'ictère cholestatique ou à bilirubine conjuguée est provoqué par un arrêt partiel ou complet de la sécrétion biliaire



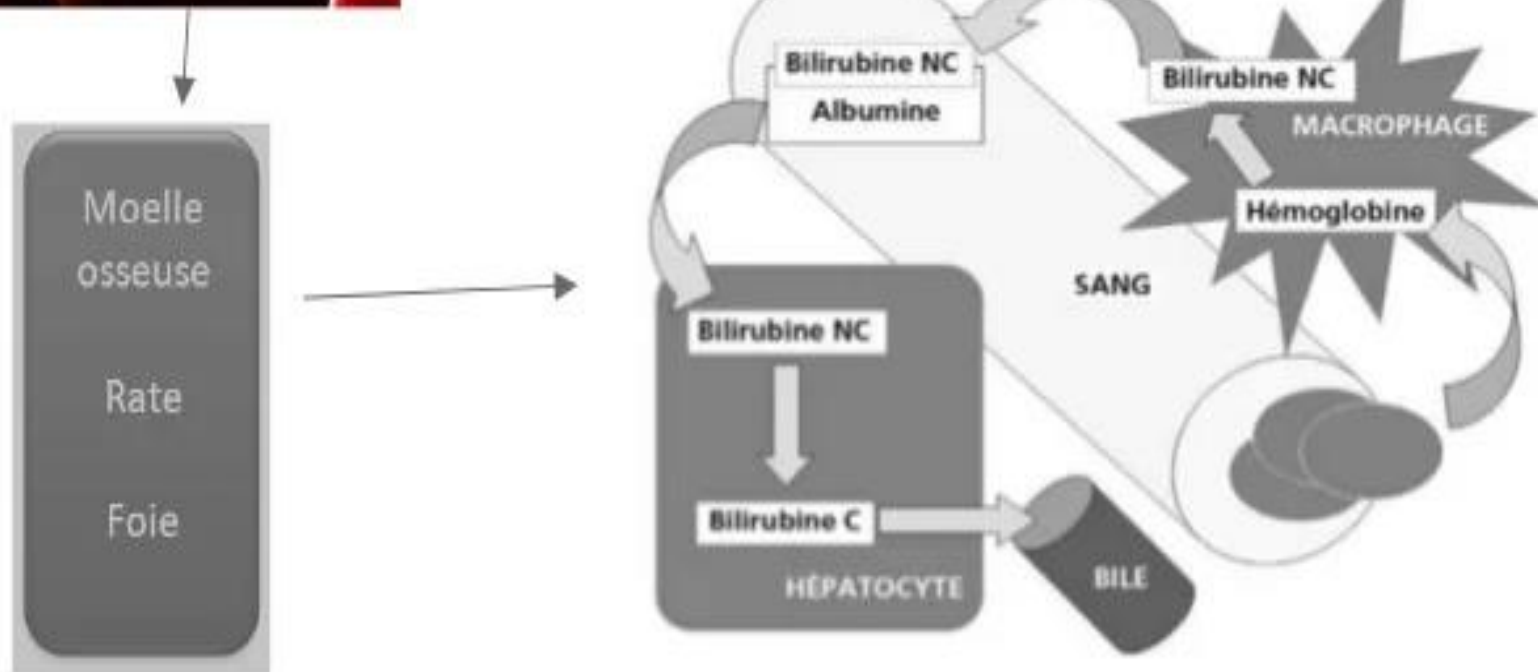


Physiopathologie ictère choléstatique

- Bilirubine = produit de dégradation de l'hème.
- 80% rate par dégradation des hématies sénescents
- 20% foie (hème hépatique), et moelle
- Circule dans le sang liée à l'albumine
- Captée et conjuguée dans le foie
- Excrétée dans la bile



PHYSIOLOGIE



Conséquences d'un obstacle à l'excrétion biliaire: CHOLESTASE

- Reflux des composants de la bile dans la circulation sanguine :

Bilirubine conjuguée: s'accumule dans la circulation (**ICTERE**), s'élimine dans les urines (**URINES FONCEES**), non éliminée dans la bile par l'hépatocyte (**SELLES CLAIRES**)

- En cas d'évolution chronique de la cholestase:
 - - Malabsorption de la vit K: Sd hémorragique (T.P bas avec facteur V normal)
 - - Malabsorption de la vit D et du calcium: ostéomalacie (défaut de minéralisation de la matrice proteique osseuse)
 - - Malabsorption de la vit A : troubles de la vision nocturne et chez l'enfant kérato-conjonctivite
 - - Malabsorption de la vit E :troubles nerveux chez l'enfant
 - - Hypercholesterolémie: xanthomes sous cutanés (paupières, coude, genou, fesses, plis de la paume des mains)

- Sels biliaires : accumulation dans la circulation (**PRURIT**), élimination dans les urines (URINES MOUSSEUSES) mais pas dans la bile (**MALDIGESTION, SELLES GRAISSEUSES, CARENCES EN VITAMINES LIPOSOLUBLES**)
- Cholestérol: s'accumule dans le secteur systemique (**HYPERCHOLESTEROLEMIE**) : xanthomes sous cutanées

Clinique

- Coloration jaune des téguments variable

Du sub-ictère conjonctival à l'ictère franc généralisé

- Allure cholestatique: - Urines foncées, mousseuses - Selles décolorées, blanc mastic, parfois graisseuses

Angiocholite (triade de Charcot) : douleurs fièvre, ictère, biliaires

L interrogatoire

- •AGE
- •Antécédents: maladie générale, intoxication médicamenteuse ou alcoolique
- •Début: brutal ou progressif
- •Aggravation ou rémission
- •Sd pseudo grippal pré-ictérique (hépatites virales ; paludisme)
- • Signes accompagnateurs: fièvre, altération de l'état général, douleurs abdominales

L examen clinique :

- Hépatomégalie et ses caractéristiques: indolore, face antérieure du foie lisse, à bord mou sans reflux hépato-jugulaire
- • Rechercher: ascite, signes d'HTP
- • Rechercher: masse abdominale ou vésicule palpable (masse piriforme, rénitente, sous hépatique, mobile à la respiration) dont la présence oriente vers obstacle sur le cholédoque (cancer du pancréas +++)

Examen biologique :

- Le syndrome de cholestase associe :
 - •Élévation de la bilirubine totale, avec prédominance conjuguée (rapport bilirubine conjuguée / totale > 75 %)
- élévation :
 - - des phosphatases alcalines
 - - des gamma GT
 - - de la 5'nucléotidase
 - - du cholestérol
 - - des acides biliaires sériques (dosage rare)

Examen morphologique :

- ECHOGRAPHIE: **EXAMEN CLEF+++**
- •Recherche une dilatation des voies biliaires intra & extra hépatiques, éventuellement l'obstacle
- •Explore le foie
- •Explore le pancréas (parfois examen gêné par les gaz digestifs)
- Recherche une splénomégalie

- T.D.M: complète les données de l'échographie, explore particulièrement le pancréas
- Au terme de ces examens non invasifs dans 95% des cas le diagnostic est posé ou fortement suspecté

Examens Morphologiques (Examens de deuxième intention)

- Bili-I.R.M
- • Examen non invasif
- • Grande sensibilité et spécificité
- • Ne nécessite pas d'injection de produit de contraste
- • Inconvénient: - examen coûteux

- Echo-endoscopie
- • Examen peu invasif, explore les voies biliaires et le pancréas grâce à une sonde positionnée au bout d'un endoscope
- • Grande sensibilité
- • Inconvénients:
 - - nécessite une A . G
 - - apprentissage long

- Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE):
- Dc et + / - thérapeutique
- Opacifie les V.B par voie rétrograde
- Permet des biopsies de l'ampoule de Vater et le recueil de liquide pour étude cytologique
- Permet de traiter la LVBP par sphinctérotomie
- • Permet de placer des endoprothèses

- •Inconvénients: - nécessité d'une A.G
- - complications dans 3 % des cas (angiocholite, pancréatite, hémorragie ou perforation digestive en cas de sphinctérotomie)

Principales Etiologies de l'ictère cholestatique

- Lithiase de la V.B.P
- Cancer exocrine de la tête du pancréas
- Ampullome Vaterien.
- Cancer de la vésicule biliaire.
- Cancer de la voie biliaire principale
- Adénopathies malignes du hile hépatique
- Kyste hydatique fistulisé dans les voies biliaires.

Cholangite sclérosante..

Hépatites Virales en phase aigue.

Hépatite médicamenteuse.

Principales Etiologies Ictère Non choléstatique

- HEREDITAIRES:
 - - Maladie de GILBERT: la déficience de l'enzyme glucuronyltransférase == (autosomale récessive)
 - - Sd de CRIGLER NAJAR: mutation dans le gène de la glucuronyl transférase hépatique (autosomale récessive)
- •Ictères a bilirubine non conjuguée, dus a une hémolyse. (Réticulocytes ↗ , HB ↓

Diagnostic différentiel

- LES FAUX ICTERES:
- Coloration jaune cireux de l'hypothyroïdie
- Coloration orangée par le carotène (auto-bronzant)
- •Mélanodermie
- EN CAS DE DOUTE LA BILIRUBINEMIE EST NORMALE

RETENIR

- •Ictère = urgence thérapeutique (risque d'évolution vers la cirrhose biliaire)
- L'interrogatoire et l'examen clinique orientent vers la cholestase
- La biologie confirme la cholestase
- L'échographie est le 1er examen morphologique à demander
- Le traitement est fonction de l'étiologie

Cas clinique :

- Patient âgé de 65 ans, admis pour l'exploration d'un:
 - - ictère cutanéomuqueux franc progressif,
 - - prurit,
 - - douleurs épigastriques intenses par poussées à irradiation postérieur
 - - Amaigrissement de 10Kg en 4 mois

QUE RECHERCHER A L'EXAMEN DE
L'ABDOMEN ?

A L'EXAMEN DE L'ABDOMEN ON DOIT
RECHERCHER UNE VESICULE BILIAIRE PALPABLE

LE BILAN DE PREMIERE INTENTION biologique et radiologique

- BIOLOGIQUES: FNS
- Bilan hépatique
- Glycémie veineuse
- Bilan rénal
- Ionogramme sanguin
-

- MORPHOLOGIQUES: ASP
- Echographie abdominale

- Biologie: - Bilirubine totale 84mg/l, BC 65mg/l
- - Le reste est normal

- ASP aérocolie

- Echographie abdominale:

- - dilatation de la voie biliaire principale,
- - le foie est normal,
- - le pancréas non vu, gêné par les gaz

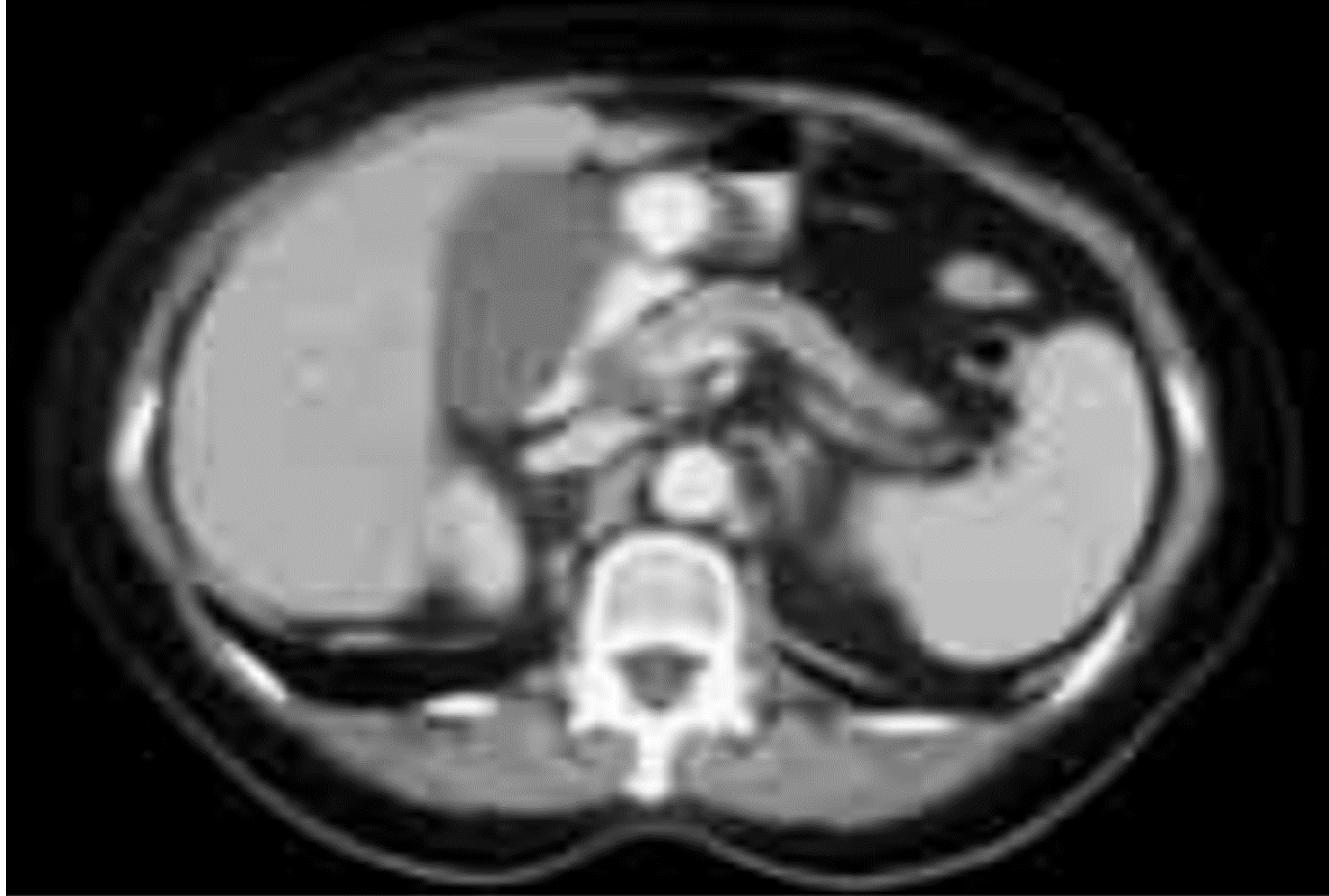
LES DIAGNOSTICS POSSIBLES
CHEZ CE PATIENT

- - Cancer de la tête du pancréas,
- - Ampoule vaterien,
- - Pancréatite chronique,
- - Cholangiocarcinome,
- - Compression extrinsèque (cancer de
- voisinage),
- - Lithiase de la voie biliaire principale.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE D'ORIENTATION DIAGNOSTIC



Cancer de la tête du pancreas



TRAITEMENT

- - CHIRURGIE
- - CHIMIORADIOTHERAPIE
- - PROTHESE ENDOSCOPIQUE