

LES ICTERES

Pr Mekideche

UFAS

Service de Médecine Interne/PR Malek

CHU Sétif

Définition

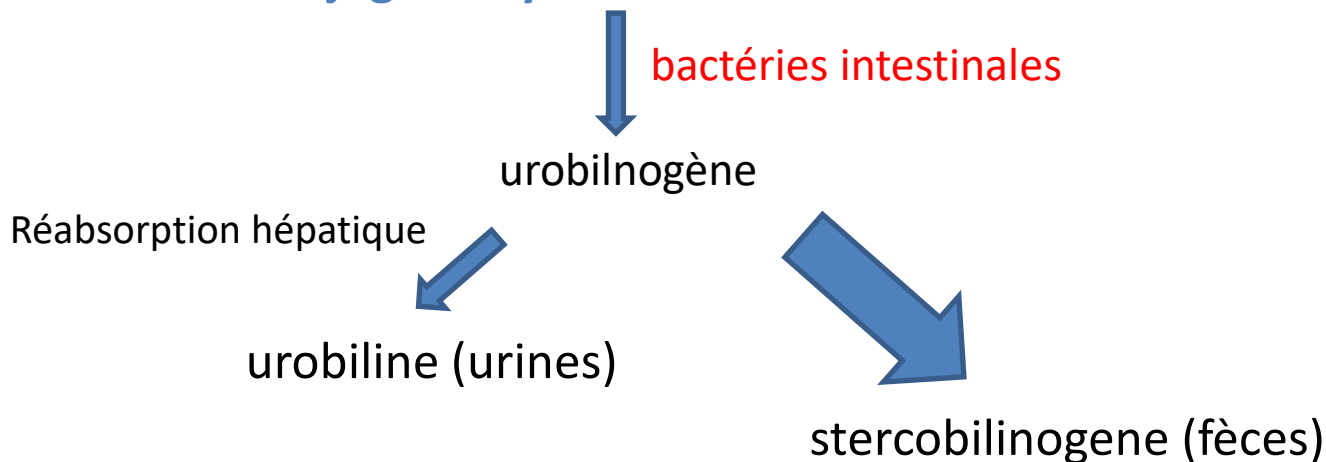
Coloration jaune des téguments et des muqueuses
due à une augmentation du taux de bilirubine dans
le sang.



Rappel physiologique

- Destruction des globules rouges → l'Hémoglobine.
- Hémoglobine = hème + globine.
- Hème → bilirubine libre (liposoluble)
- Bilirubine $\xrightarrow{\text{Albumine}}$ foie $\xrightarrow{\text{Glycoronyl transferase}}$ Bilirubine conjuguée

Bilirubine conjuguée hydrosoluble excrétée au niveau de la bile



Physiopathologie

1. Augmentation du taux de Bilirubine NC :

- Augmentation de la production de BLB.

2. Défaut de conjugaison :

- **Déficit enzymatique héréditaire** en glucoronyltransférase
 - **Total** : maladie de **GRIGGLER NAJJAR**
 - **Partiel** : maladie de **GILBERT**.
- **Inhibition médicamenteuse de la conjugaison.**

Physiopathologie

3. Défaut de l'excrétion :

- **Héréditaire** : maladie de **DUBIN JOHNSON** , syndrome de **ROTOR**
- **Acquis** dans le cas de l'hépatite virale.

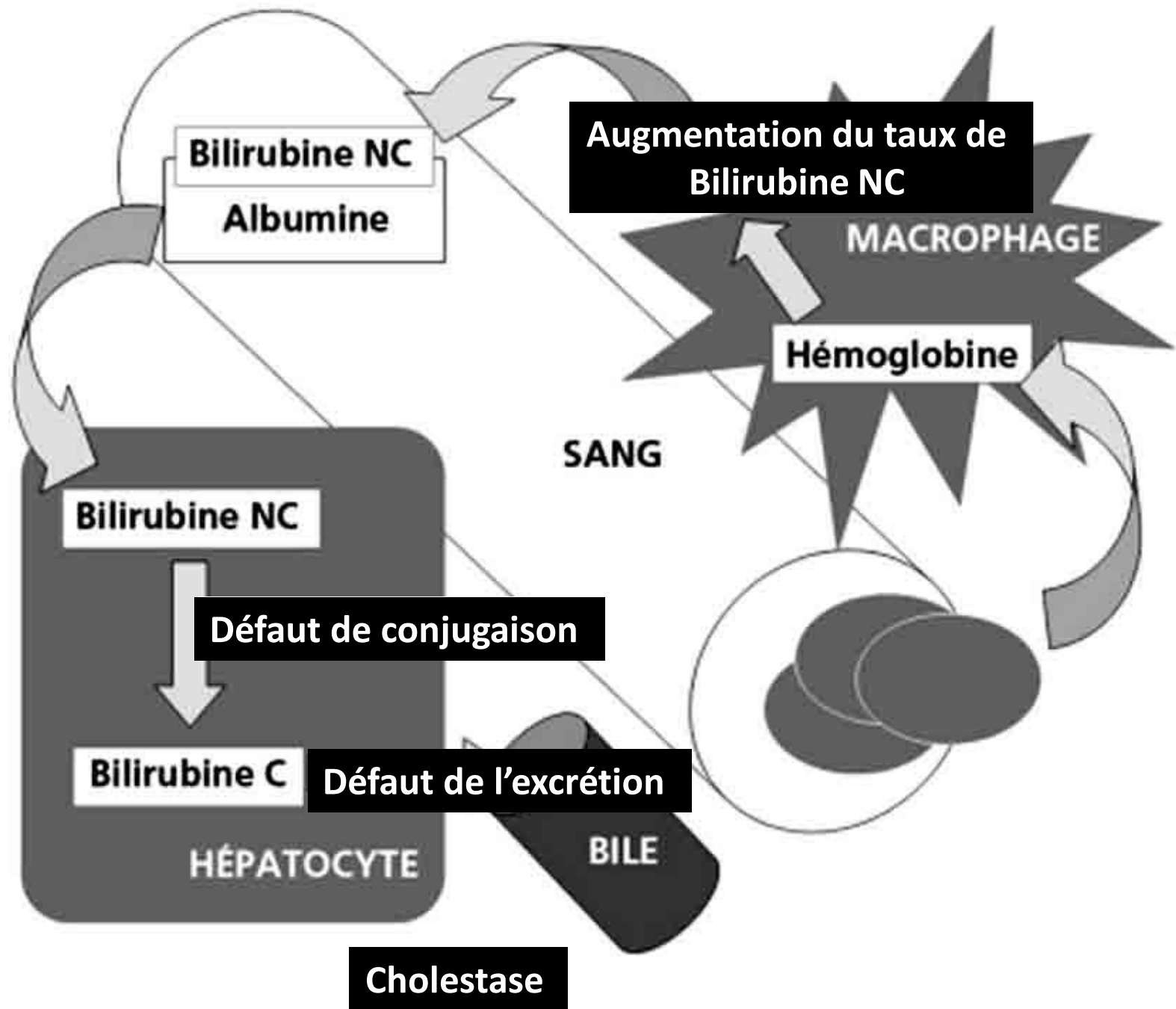
4. Cholestase :

- **Cholestase intra hépatique**

Exp: hépatite, cirrhose.

- **Obstacle au niveau des vois biliaires extra hépatique**

Exp: compression du cholédoque par un cancer de la tête du pancréas).



Diagnostic positif

- L'ictère peut être :
 - **Discret** : **Subictère**, recherché à la lumière du jour au niveau des muqueuses:
Taux de BLB entre **15 et 30 mg/l**.
 - **Franc** : Couleur jaune safran, visible au niveau des téguments et des muqueuses:
Taux de BLB **> 30 mg/l**.
 - **Intense** : brun verdâtre au maximum bronze :
taux de BLB entre **300 et 400 mg/l**.

Diagnostic différentiel

- Pâleur des anémies.
- Hyper caroténémie.

Dans les deux cas les conjonctives sont normales.

Diagnostic étiologique

1. Interrogatoire précise:

- Âge , sexe, profession
- Antécédents : lithiase biliaire.
- Notion de **prise médicamenteuse**: contraceptifs oraux et toxique.
- **Notion d'injection, de transfusion, de soins dentaires 6 mois auparavant**
- **Notion d'éthylisme.**
- **Ictère familial.**
- Mode de début « progressif ou brutal ».
- **Période pré ictérique**: asthénie, urticaire, arthralgie, prurit.
- **La coloration des selles et des urines.**
- Les autres signes digestifs : douleurs abdominales et hémorragie digestives.
- Les **signes fonctionnels d'une anémie.**
- Les signes généraux : amaigrissement et fièvre.

Diagnostic étiologique

2. Examen clinique :

Appareil cutanéomuqueux :

- Une pâleur, une hémorragie cutanéomuqueuse .
- Œdème au niveau des membres inférieurs.
- Angiomes stellaires.

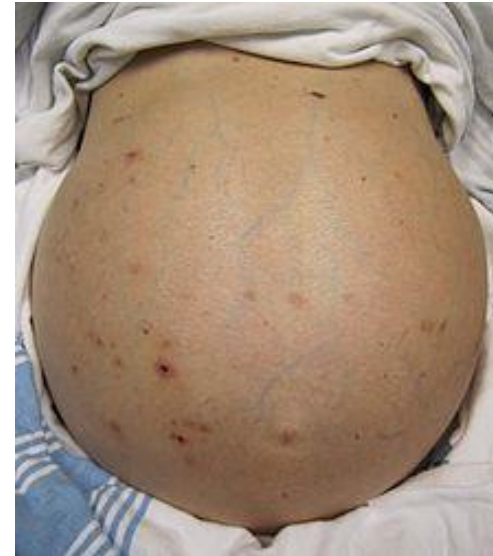


Diagnostic étiologique

2. Examen clinique :

Appareil digestif :

- Circulation veineuse collatérale (CVC).
- Apprécier le volume et la consistance du foie.
- Une éventuelle vésicule palpable.
- Splénomégalie.
- Une ascite.
- Signes de MURPHY.



Diagnostic étiologique

2. Examen clinique :

Examen général :

- Apprécier poids par rapport à la taille.
- Rechercher des adénopathies .

Diagnostic étiologique

3. Les examens complémentaires :

- Dosage de bilirubine totale, libre (indirecte) et conjuguée (directe).
 - - Ictère à bilirubine directe ou mixte
exploration de la fonction hépatique, des VB.
 - - Ictère à bilirubine indirecte
exploration hématologique.

Les différents types d'ictères

a- Ictère hémolytique : destruction massive des globules rouges dépassant les capacités de glycuco-conjugaison du foie.

Chronique :

- **Subictère.**
- **SPM + pâleur cutanéomuqueuse.**
- **bilirubine indirecte** inférieure à 50 mg/l.
- **Anémie + taux de réticulocytes augmenté.**

Aigu :

- **Etat de choc.**
- **Des douleurs abdominales.**
- **Fièvre.**
- **Oligurie avec hémoglobinurie** (urine rouge porto ou selecto).
- **L'ictère apparaît le lendemain de ces signes.**

Les différents types d'ictères

b- Ictère cirrhotique : ictère est associée à

- **Foie de taille variable**, de consistance **dure** avec un **bord inférieur tranchant**.
- **Signes d 'HTP** : SPM, ascite, CVC, hémorragie digestive.
- Augmentation de la **bilirubine mixte ou directe**
- Syndrome **d'insuffisance hépatocytaire**: TP bas, Albumine basse
- **Syndrome inflammatoire**.

Les différents types d'ictères

c- Ictère cholestatique :

– Cholestase intra hépatique : hépatite

- Ictère franc cutanéomuqueux
- urines foncées, des selles décolorées,
- plus rarement une discrète hépatomégalie.

Biologie :

- Augmentation de bilirubine mixte.
- Un syndrome de cytolyse.
- Un syndrome inflammatoire.

Les différents types d'ictères

c- Ictère cholestatique :

– Cholestase extra-hépatique :

1- Calcul du cholédoque : Syndrome cholédocien :

- Douleur de l'hypocondre droit.
- Fièvre.
- Ictère d'intensité modérée avec **décoloration des selles et des urines foncées.**

* Syndrome de cholestase et **une hyperleucocytose.**

Les différents types d'ictères

c- Ictère cholestatique :

– Cholestase extra-hépatique :

2- Cancer de la tête du pancréas :

- AEG, asthénie, anorexie, amaigrissement
- **Ictère insidieux fonce progressivement, les urines très foncées, les selles décolorées (blanc mastic).**
- **Prurit intense.**

* Syndrome **de cholestase** franc.

Les ictères

Définition

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

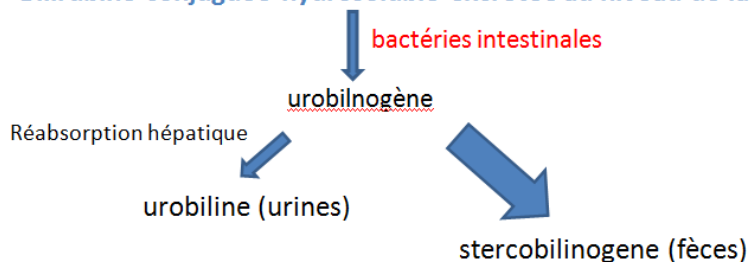
Rappel physiologique

La bilirubine est formée à partir de l'hémoglobine, produit de dégradation des globules rouges qui arrivent au terme de leur vie qui est de 120 jours. Cette bilirubine dite libre ou encore bilirubine non conjuguée ou bilirubine indirecte est insoluble dans le plasma (elle est liposoluble) ; elle se lie donc à l'albumine qui joue le rôle de protéine de transport jusqu'au foie où elle est captée par les hépatocytes et conjuguée à l'acide glucuronique. Elle est éliminée dans les canalicules biliaires et passe ensuite dans l'intestin. Au niveau du colon, la bilirubine conjuguée est transformée en urobilinogènes sous l'effet des bactéries intestinales. La plus grande partie est éliminée dans les selles sous forme de stercobiline responsable de la coloration marron des selles. Une petite partie des urobilinogènes est réabsorbée par l'intestin, passe dans la circulation porte puis systémique et est éliminée dans les urines.

Rappel physiologique

- Destruction des globules rouges → l'Hémoglobine.
- Hémoglobine = hème + globine.
- Hème → bilirubine libre (liposoluble)
- Bilirubine $\xrightarrow{\text{Albumine}}$ foie $\xrightarrow{\text{Glycuronyl transferase}}$ Bilirubine conjuguée

Bilirubine conjuguée hydrosoluble excrétée au niveau de la bile

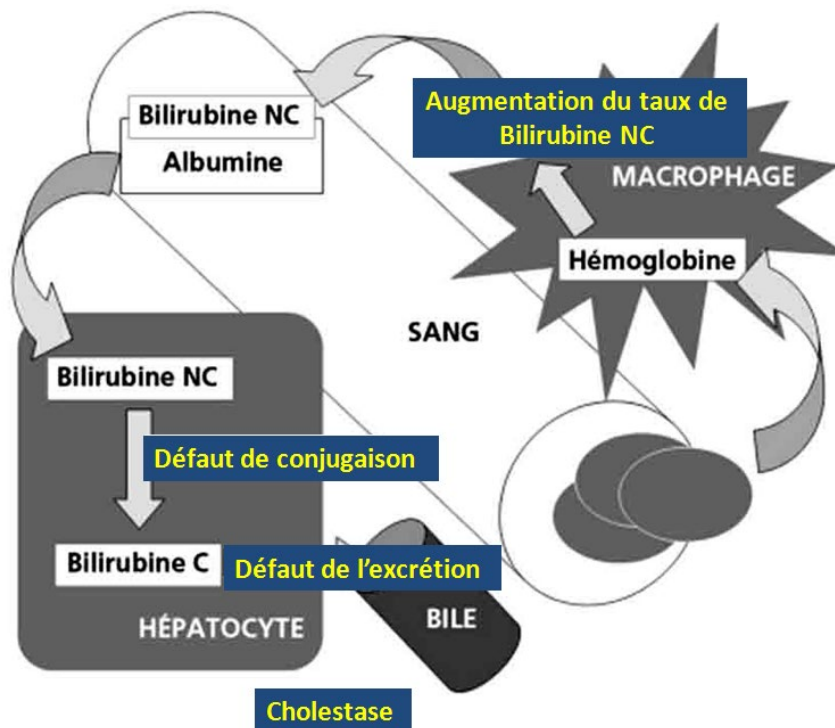


Physiopathologie

Plusieurs mécanismes sont à l'origine du développement de l'ictère :

- **Augmentation du taux de Bilirubine non conjuguée** par augmentation de la production de bilirubine
- **Défaut de conjugaison** en rapport avec un **déficit enzymatique héréditaire** en glucoronyltransférase
 - **Déficit total** : maladie de **GRIGGLER NAJJAR**
 - **Déficit partiel** : maladie de **GILBERT**.
 - **Inhibition médicamenteuse de la conjugaison**.
- **Défaut de l'excrétion biliaire** :
 - **Héréditaire** : maladie de **DUBIN JOHNSON**, syndrome de **ROTO**
 - **Acquis** dans le cas de l'hépatite virale.
- **Cholestase** :
 - **Cholestase intra hépatique**. Exemple: hépatite, cirrhose.
 - **Cholestase extra hépatique par obstacle au niveau des vois biliaires extra hépatiques**. Exemple: compression du cholédoque par un cancer de la tête du pancréas).

Mécanismes physiopathologiques de l'ictère



Diagnostic positif

L'ictère peut être :

- **Discret** : il s'agit d'un **subictère**, à rechercher à la lumière du jour au niveau des muqueuses. Le taux de bilirubine est compris entre **15 et 30 mg/l**.
- **Frac avec** couleur jaune safran, visible au niveau des téguments et des muqueuses. Le taux de bilirubine est **> 30 mg/l**.
- **Intense**, brun verdâtre au maximum bronze. Le taux de bilirubine est entre **300 et 400 mg/l**.

Diagnostic différentiel

L'ictère peut être confondu avec :

- Une pâleur intense au cours des anémies
- Une hyper caroténémie.

Dans les deux cas les conjonctives sont normales.

Diagnostic étiologique

La démarche diagnostique repose sur :

1. Interrogatoire précise:

- Âge, sexe, profession
- Antécédents de lithias biliaire.
- Notion de **prise médicamenteuse**: contraceptifs oraux et toxiques.
- **Notion d'injection, de transfusion, de soins dentaires 6 mois auparavant**
- **Notion d'éthylisme.**
- **Ictère familial.**
- Mode de début « progressif ou brutal ».
- **Période pré ictérique**: asthénie, urticaire, arthralgie, prurit.
- **La coloration des selles et des urines.**
- Les autres signes digestifs : douleurs abdominales et hémorragie digestives.
- Les **signes fonctionnels d'une anémie.**
- Les signes généraux : amaigrissement et fièvre.

2. Examen clinique :

Examen de l'appareil cutané-muqueux à la recherche de :

- Une pâleur, une hémorragie cutané-muqueuse.
- Œdème au niveau des membres inférieurs blancs, mous, gardant le godet.
- Angiomes stellaires.

Examen de l'appareil digestif pour rechercher :

- Circulation veineuse collatérale (CVC).
- Apprécier le volume et la consistance du foie.
- Une éventuelle vésicule palpable.

- Splénomégalie.
- Une ascite.
- Signe de MURPHY.

Examen général :

- Apprécier le poids par rapport à la taille.
- Rechercher des adénopathies.

3. Les examens complémentaires :

- Dosage de bilirubine totale, libre (indirecte) et conjuguée (directe).
 - Si l'ictère est à bilirubine directe ou mixte : exploration de la fonction hépatique, des voies biliaires.
 - Si l'ictère est à bilirubine indirecte : exploration hématologique.

4. Les différents types d'ictères

A. Ictères à bilirubine libre, indirecte

Signes communs: urines claires et selles normales, pas de signes clinico-biologiques de cholestase

- 1. Ictère hémolytique** : destruction massive des globules rouges dépassant les capacités de glycuro-conjugaison du foie.

Hémolyse Chronique : le tableau clinique et biologique associé :

- Subictère
- SPM + pâleur cutanéomuqueuse.
- Bilirubine indirecte inférieure à 50 mg/l.
- Anémie + taux de réticulocytes augmenté.

Hémolyse Aigue : le tableau est celui d'un :

- Etat de choc
- Douleurs abdominales
- Fièvre
- Oligurie avec hémoglobinurie (urine rouge porto ou selecto).
- L'ictère apparaît le lendemain de ces signes.

2. Ictères non-hémolytique

- ✓ **Syndrome de Gilbert**: déficit enzymatique héréditaire partiel en glucoronyltransférase
- Ictère récidivant, isolé, aggravé par le jeûne ou l'exercice physique
- Pas d'autres signes cliniques
- Légère augmentation du taux de bilirubine, non persistante
- Tests hépatiques normaux
- ✓ **Syndrome de Crigler-Najjar**
 - Nouveau-né
 - Ictère nucléaire

B. Ictère à bilirubine conjuguée, directe

La grande majorité est due à une diminution de la sécrétion biliaire = **cholestase**.

Signes communs = urines foncées, selles décolorées, autres signes clinico-biologiques de cholestase

1. Cholestase extra-hépatique : par obstacle, à savoir :

- ✓ **Calcul du cholédoque**, responsable d'un **syndrome cholédocien** associant :
 - Douleur de l'hypocondre droit.
 - Fièvre.
 - **Ictère d'intensité modérée avec selles décolorées et urines foncées.**

Biologiquement :

- Syndrome de **cholestase**
- **Hyperleucocytose**.
- ✓ **Cancer de la tête du pancréas** : le tableau clinique associe :
 - AEG, asthénie, anorexie, amaigrissement
 - **Ictère insidieux fonce progressivement, urines très foncées, selles décolorées (blanc mastic), Prurit intense.**

Biologiquement : Syndrome de cholestase franc.

2. Cholestase intra hépatique :

- ✓ **Hépatite**

Cliniquement :

- **Ictère franc cutanéomuqueux**
- **Urines foncées, selles décolorées,**
- Plus rarement une discrète hépatomégalie.

Biologiquement :

- **Augmentation de bilirubine mixte.**
- Syndrome de cytolyse : augmentation des transaminases.
- Syndrome inflammatoire.
- Sérologies virales positives, anticorps anti-tissus présents.

- ✓ **Cirrhose**

Cliniquement :

- **Ictère associé à**
- **Foie de taille variable** (Hépatomégalie ou atrophie hépatique ou foie atropho-hypertrophique), de consistance **dure** avec un **bord inférieur tranchant**.
- **Signes d'HTP** : Splénomégalie, ascite, circulation veineuse collatérale, possible hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes.

Biologiquement :

- Augmentation de la **bilirubine mixte ou directe**
- Syndrome d'**insuffisance hépatocytaire**: TP bas, Albumine basse
- Syndrome inflammatoire.

3. Sans Cholestase:

L'ictère est en rapport avec une atteinte du transport canaliculaire de la bilirubine conjuguée sans cholestase ; il s'agit d'affections génétiques rarissimes et bénignes. L'ictère est familial.

Deux syndromes sont individualisés :

- **Syndrome de Rotor**
- **Syndrome de Dubin Johnson**

Conclusion

L'ictère est un signe facilement reconnu à l'examen clinique. Les données de l'interrogatoire et de l'examen physique permettent d'orienter le diagnostic étiologique.