

Ictère - Orientation diagnostique (Item 320)

- ✓ **Devant un ictère, argumentez les principales hypothèses diagnostiques et justifiez les examens complémentaires**

Professeur Pascal Sève – Mai 2010

1-Définition et généralités

Coloration généralisée des téguments (allant du jaune au bronze)

*Due à augmentation de la bilirubine

DéTECTABLE : 40 $\mu\text{mol/L}$ (Ictère léger ou débutant : sclère oculaire)

Mécanismes :

- ✗ Augmentation prédominante de la Bili. Libre
 - ✗ Destruction augmentée de l'hémoglobine
 - ✗ Captation ou conjugaison insuffisante
- ✗ Augmentation prédominante de la Bili. Conjugué
 - ✗ Défaut de sécrétion canaliculaire par les hépatocytes

2-Etiologies

Ictère à bilirubine libre.

- ✓ Hyperhémolyse ou dysérythroïèse
 - ✗ Toutes causes d'hyperhémolyse
 - Anémie parfois absente : compensation médullaire
 - Réticulocytes augmentés
 - ✗ Dysérythroïèse
 - Destruction intramédullaire des GR nouvellement formées
 - Carences B9 et B12, anémies réfractaires
 - Réticulocytes normaux ou bas
- ✓ Diminution de l'activité de la bilirubine glycuronide-transférase

Ictère à bilirubine conjugué

ICTÈRE CHOLESTATIQUE PAR OBSTACLE SUR LES GROS CANAUX :
imagerie \pm biopsies dirigées appropriées

■ cholédoque :	■ canal hépatique commun :
→ tumeur du pancréas	→ adénopathie tumorale ou inflammatoire
→ pancréatite chronique	→ ulcère gastrique ou duodénal
→ tumeur péri-ampullaire	→ tumeur gastrique ou duodénale

■ voie biliaire principale en général :

- lithiase biliaire
- cancer primitif des voies biliaires
- sténose postopératoire des voies biliaires
- parasites (douve, ascaris)
- cholangite sclérosante primitive

ICTÈRE CHOLESTATIQUE SANS OBSTACLE SUR LES GROS CANAUX :
sérologies virales, anticorps anti-tissus, biopsie hépatique

■ obstacle sur les petits canaux	■ sans obstacle sur les petits canaux
→ cirrhose biliaire primitive	→ hépatites virales, autoimmunes, alcoolique
→ cholangite médicamenteuse	→ cirrhose sévère
→ mucoviscidose	→ infections bactériennes sévères
→ mutation de MDR3	→ cholestase familiale progressive
	→ cholestase récurrente bénigne

Echographie : voies biliaires dilatées

Echographie : voies biliaires normales

3-Démarche diagnostic

- ✓ 1ère étape : identification du mécanisme de l'ictère
 - ✗ Ictère à bilirubine non conjuguée (QS)
 - NFS, réticulocytes, haptoglobine, LDH
 - ✗ Ictère à bilirubine conjuguée
 - Prurit, phosphatases alcalines
- ✓ Ictère à bilirubine conjuguée
- ✓ Examen clinique :
 - ✗ Antécédents : néoplasie, Xie biliaire (notion de lithiase), transfusion, médicaments, alcool, toxicomanie, mode de vie (profession, loisirs, contage animaux, voyages...)
 - ✗ Mode installation de l'ictère
 - ✗ Fièvre (frissons), syndrome grippal, amaigrissement
 - ✗ Douleurs biliaires, pancréatiques
 - ✗ Grosse vésicule, signe de Murphy
 - ✗ Aspect du foie
 - ✗ Signes d'IHC, HTP
 - ✗ Adénopathie sus-claviculaire, nodule carcinose
- ✓ Biologie :
 - ✗ Bilan hépatique complet : transaminases
 - $>10\text{ N}$: hépatites virales, angiocholite
 - $<10\text{ N} + \text{ASAT} > \text{ALAT}$: hépatite alcoolique
 - Forte élévation PAL : obstacles néoplasiques et atteintes des voies biliaires intrahépatiques
 - Normalité GGT : cholestase récurrente bénigne, cholestase gravidique
 - ✗ Lipasémie $>3\text{N}$
 - Atteinte pancréatique ou migration lithiasique
 - ✗ Retentissement : TP, EPS
 - Baisse du TP : IHC (baisse FV) ou hypovitaminose K (FV normal)
 - EPS : hypoalbuminémie, bloc bêta-gamma
 - ✗ Débrouillage : NFP, CRP, iono créat
 - Anémie ferriprive (saignement)/Polyglobulie : CHC
 - Leucopénie : hépatite virale/ Bicytopénie : hypersplénisme
 - Hyperleucocytose Pnn : angicholite, hépatite alcoolique
 - Hyperéosinophilie : hépatite médicamenteuse
 - ✗ Examens orientés (QS):
 - Hémocultures
 - Sérologies des hépatites (VHA, VHB, VHC, VHE, CMV, EBV...)
 - Bilan auto-immun, fer...etc
 - $\alpha\text{-FP}$
- ✓ Morphologie : (QS)
 - ✗ Echographie : **Dilatation VBP = cholestase extra-hépatique**
 - Peut manquer au début
 - Diagnostic étiologique
 - Lithiase cholédocienne et canal hépatique commun : Se (50%)
 - Cancer du pancréas : tumeur $>2\text{ cms}$
 - ✗ TDM : étiologie (Kc pancréas)
 - ✗ BiliIRM et échoendoscopie : sensibilité $>$ dilatation VBP + diagnostic étiologique

4-Situation d'urgences

Ictère fébrile.

*Angiocholite+++

- * Etiologies : Lithiase de la voie biliaire principale ou des gros Cx>>sténose post-opératoire, tumeur...
- * Septicémie fréquente : BGN>>Cocci gram+
- * Diagnostic : douleur biliaire, fièvre, cholestase
 - ✓ Absence d'ictère : n'écarte pas le diagnostic→obstacle localisé
- * CRP augmentée, hyperleucocytose à Pnn
- * Imagerie :Echographie hépatobiliaire
 - ✓ Dilatation des VB (peut manquer au début)
 - ✓ Lithiase VBP : Se (70%)→biliIRM, échoendoscopie

*Autres : Infections bactériennes sévères (QS)

- ✓ Hépatites alcooliques>>virus, médicaments...
- ✓ Syndrome d'activation macrophagique (QS)

Insuffisance hépatique aiguë

- ✓ Transaminases très augmentées (x20)
- ✓ Diagnostic : TP et facteur V<50%
- ✓ Etiologies :
 - * Toxiques : paracétamol, amanite phalloïde
 - * Médicaments : immunoallergiques
 - * Virus : A,B,C,D,E, herpès
- ✓ Risque : évolution vers une IH grave :
 - * Encéphalopathie (mortalité 80%)
- ✓ Conduite à tenir : transplantation

Pour en savoir plus :

- ✓ Valla DC. Ictère. Rev Prat. 2005;55:1607-9.
- ✓ Maladies du foie et des voies biliaires. Benhamou JP, Erlinger S. Flammarion éds 2007.
- ✓ E. Pilly. Conduite à tenir devant un ictère fébrile. 2010:119-21.

Démarche diagnostique

