SÉMIOLOGIE DES ICTÈRES

Dr M A NDOUR
PH, MCT, UCAD/FMPO
CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO
SERVICE DE MEDECINE INTERNE

DÉFINITION

- C’est la coloration jaunatre des téguments et des muqueuses par un excès de bilirubine dans l’organisme ≥ 25 µmol/l (ou 15 mg/l).
- La bilirubine sérique est normalement de 5 à 17µmol/l
- Un subictère apparaît au-delà de 25 µmol/l
- L’ictère est franc au dessus de 50 µmol/l.

physiopathologie

Bilirubine:

–Synthèse par le système réticulo-endothélial,

transport dans le sérum, conjugaison dans le foie,

excrétion dans la bile et le tractus intestinal,

transformation en pigments biliaires réabsorbés ou éliminés dans les selles

–Bilirubine conjuguée normalement absents du sérum

–**Augmentation de la bilirubine totale et libre**:

Excès de production (hémolyse)

ou défaut de conjugaison

–**Augmentation de la bilirubine totale et conjuguée**:

- Cholestase extra-hépatique: obstruction biliaire
- Cholestase intra-hépatique: hépatite, cirrhose

ANALYSE SÉMIOLOGIQUE

Eléments à rechercher pour typer un ictère :

- **Interrogatoire** :

→ Mode de survenue

→ Intensité du jaune au vert

→ Evolution: intermittente fluctuante ou sans rémission

→ Aspect des selles et des urines

→ Signes accompagnant (prurit, douleur, fièvre, saignement...)

ANALYSE SÉMIOLOGIQUE

Eléments à rechercher pour typer un ictère :

- **Examen physique d'un patient ictérique**

→ Téguments et muqueuses

→ Inspection des urines (couleur et quantité),

→ Toucher rectal (couleur des selles),

→ Examen physique complet (foie, vésicule biliaire, rate)

ANALYSE SÉMIOLOGIQUE

Eléments à rechercher pour typer un ictère :

- **Examen paracliniques**

→ Bilirubines (totale, non conjuguée et conjuguée)

→ Gamma Glutamine transférase (GGT)

→ Phosphatases alcalines

→ Transaminases (ASAT, ALAT)

→ Haptoglobine

→ Hémogramme

→ Cholestérol total

→ Taux de prothrombine

→ LDH (lactate déshydrogénase)

ICTÈRE DE TYPE HÉMOLYTIQUE

Clinique: Triade de l'hémolyse

- **Ictère** avec
  - ✓ Selles très foncées,
  - ✓ Urines orangées
- **Anémie**
- **Splénomégalie**

ICTÈRE DE TYPE HÉMOLYTIQUE

Signes Biologiques

- Augmentation de la bilirubine libre (non conjuguée)
- Diminution de l'haptoglobine,
- Augmentation des lactico-déshydrogénases (LDH)
- Anémie normocytaire (aigue) ou microcytaire (chronique)
- Hyper-réticulocytose (anémie régénérative)
- Augmentation de Fer sérique

ICTÈRE DE TYPE HÉMOLYTIQUE

- **Les causes globulaires (anomalies des globules rouges)**

  - Les hémoglobinopathies (drépanocytose, thalassémies)

  - Les enzymopathies (déficit en G6PD)

  - Anomalie de la taille et de la résistance globulaire (maladie de Minkowski-Chauffard)

- **Les causes extraglobulaires** (agression des globules rouges)

- Anémies hémolytiques auto-immunes,

-Toxiques (médicaments, venins, champignons, etc.)

- Les causes infectieuses (paludisme Septicémies à Clostridium perfringens)

ICTÈRE DE TYPE HÉMOLYTIQUE

EXEMPLE: Le syndrome de Gilbert,

- L'hyperbilirubinémie non conjuguée est due à un déficit génétique de l'enzyme conjuguant la bilirubine dans le foie (la glycuronyl transférase).
- L'ictère est modéré, sans prurit, et les urines sont claires car seule la bilirubine conjuguée hydrosoluble peut passer dans l'urine.

ICTÈRE DE TYPE CYTOLYTIQUE

Signes cliniques

- **Phase pré-ictérique**
- **Phase ictérique avec**
  - Ictère
  - selles peu décolorées
  - Urines foncées

ICTÈRE DE TYPE CYTOLYTIQUE

Signes Biologiques

- Hyperbilirubinémie mixte et surtout libre
- Une cytolyse avec élévation des transaminases (ASAT et ALAT) à plus de 10 fois la limite supérieure de la normale

ICTÈRE DE TYPE CYTOLYTIQUE

Causes

- **Hépatites virales aiguës** (VHA), VHB), VHD, VHC, VHE)
- **Hépatites médicamenteuses**
- Autres hépatites à virus. (Virus d'Epstein-Barr ou EBV, CMV, Herpes)
- Hépatites alcooliques
- Hépatites toxiques : Toxine phalloïdienne, Phosphore, Tétrachlorure de carbone
- Arboviroses, fièvre jaune
- Paludisme

ICTÈRE DE TYPE RÉTENTIONNEL

Signes Cliniques

- Ictère
- Asthénie
- Prurit
- Urines foncées mousseuses, quinkéliba
- Selles décolorées, blancs mastics, graisseuses
- Bradycardie
- Hépatomégalie de cholestase à surface régulière, ferme sans être dure, à bord inférieur mousse, indolore ou légèrement sensible à la pression

ICTÈRE DE TYPE RÉTENTIONNEL

Cholestase prolongée:

- Amaigrissement
- Xanthomes cutanés
- Pigmentation cutanée
- Cirrhose biliaire secondaire
- Malabsorption des vitamines A, D, E et K:
  - ✓ Troubles de la vision,
  - ✓ Troubles osseux,
  - ✓ Troubles neurologiques,
  - ✓ Troubles de la coagulation

ICTÈRE DE TYPE RÉTENTIONNEL

Signes Biologiques

- Hyperbilirubinémie conjuguée
- Augmentation:
  - ✓ Phosphatase alcalines
  - ✓ Gamma GT
  - ✓ 5’ nucléotidases
  - ✓ Cholestérol
- Baisse du TP avec test de Kolher positif

ICTÈRE DE TYPE RÉTENTIONNEL

Causes

Cholestases extra-hépatiques :

→ **Lithiase de la voie biliaire principale**

→ **Tumeurs de la tête du pancréas**

→ Cancer des voies biliaires ou envahissement régional

→ Sténose bénigne de la voie biliaire

→ Cholangite sclérosante primitive

→ Pathologie parasitaire

→ Compression par adénopathie du pédicule hépatique

ICTÈRE DE TYPE RÉTENTIONNEL

Obstruction des voies biliaires intra-hépatiques :

- Cancers
- Hémopathies malignes
- Granulomatoses (tuberculose ,sarcoïdose

Cholestases hépatocytaires se désigne généralement sous le terme d'hépatite cholestatique