1. Ictère

1-Définition

-Il est du à l'augmentation du taux de bilirubine dans le sang.

-cliniquement on a une coloration jaune de la peau et des muqueuses .

-on distingue 2 types d'ictère :

-à bilirubine conjuguée

-à bili.libre ou non conjuguée

2-Ictère à bili. Libre :

§-Deux mécanismes :

-production excessive des GR ou hémolyse .

-défaut de conjugaison de la bilirubine .

§-Cliniquement :

-coloration jaune des conjonctives et des téguments .
-des urines de couleur normale

§-Biologiquement :

-hyperbilirubinemie portant sur la fraction libre .

1- Ictère par hémolyse :

-du à la fragilité des globules rouges .

>soit la structure de l'hémoglobine est anormale (maladies congénitales) et entraine une déstruction accrue des GR :ex dans les thalassémies , drépanocytoses

>soit destruction microbienne (paludisme) ,toxique (certains médicaments) ,

immunologique (destruction des AC circulants :erreur de groupe , maladies virales)
mécanique (valves cardiaques)

§L'ictére est modéré chez le sujet normal car le foie compense en augmentant sa capacité de conjugaison de la bili-libre et on se retrouve avec un ictère à bili-mixte .

2-Ictère par défaut enzymatique de conjugaison :

§ chez le nouveau-né :hépatocyte est encore immature et explique l'ictère physiologique.

§ chrez l'adulte :

-la maladie de Gilbert : maladie fréquente (2% de la population) ,héréditaire due à un déficit partiel en enzyme de conjugaison

(glucoronyl-transférase) ,elle sans danger et se caractérise par des poussées de subictère .

-la maladie de Crigler-Najjar : maladie très rare due à un déficit profond mais non total l'ictère est plus intense.

3-Ictère à bili.conjuguée :

§-ce sont les ictères les plus fréquents.Il est du à une cholestase ,c'est à dire , à une diminution ou à un arret de la sécrétion biliaire

§-on distingue les ictères par cholestase intrahépatique , et les ictères par cholestase extrahépatique .

a-Diagnostic positif :

-clinique :

+coloration jaune des téguments et conjonctives

+urines foncées : la bilirubine présente en excés dans le sang et hydrosoluble ,est filtrée par les reins,eliminée par les urines.

+selles décolorées :la bilirubine est retenue et n'est pas excrétée dans la bile ,donc dans le tube digestif,or c'est un dérivé qui est responsable de la teinte des selles.

+prurit :du à l'accumulation des sels biliaires sous la peau il est inconstant mais peut etre sévère ,avec des lésions de grattage

-Biologie :

+hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée

+phosphatases alcalines et gamma GT augmentées

+TP abaissé en cas d'obstruction complète,le défaut de bile entraine une

malbsorption des graisses et de la vitamine K liposoluble qui est necessaire à la fabrication des facteurs de coagulation .

b-Orientation diagnostique :

-interrogatoire :

§ antécédants : lithiases biliaires connues , chirurgie des voies biliaires ,facteurs de risques aux virus de l'hépatite : (transfusions ;toxicomanie ; acupuncture) , alcoolisme , prise médicamenteuse .

§ signes d'accompagnemernt : aeg evoque une origine neoplasique (cancer du pancreas ou des voies biliaires) , douleurs au niveau de l'hypocondre droit et fièvre récente précédant l'ictère est très evocatrice de migration lithiasique , un syndrome pseudogrippal les jours précédents évoque une hépatite virale .

§ examen clinique :

- caractéristiques du foie : bord inf dur et tranchant en faveur d'une cirrhose , surface nodulaire en faveur de métastases .

- grosse vésicule : obstacle au niveau de la voie biliaire

- douleur provoquée à l'hypocondre droit ou signe de murphy atteinte inflammatoire de la vésicule et/ou des voies biliaires en faveur d'une lithiase

- masse abdominale

- signes d'htp et/ou d'insuffisance hépatique temoins d'une cirrhose

-examens complémentaires :

§biologie : on peut avoir une cytolyse c.à .d une augmentation des trasaminases ,qui peut etre tres importante signant soit une hépatite virales , médicamenteuse ou due à un

obstacle lithiasique . hyperleucocytose à PN fréquente dans les cholestases extra-hépatiques le TP abaissé en cas de cholestases extra-hépatiques prolongées .

§ examens morphologiques :

- echographie abdominale : examen de première intention ,peut montrer une dilatation des voies biliaires extra et/ou intra hépatiques signant un obstacle , ou l'obstacle lui-meme

- ASP : recherche une aerobilie ,une Lithiase radio-opaque ,des calcifications pancréatiques

-CPRE (cholangio-pancreatographie retrograde par voie endoscopique) ou une echo-endoscopie pour affirmer le diagnostic.

- PBH (ponction-biopsie hépatique)

c-étiologies :

§cholestases extra-hépatiques :

-obstacles tumoraux : cancer de la tete du pancreas +++ , cancer des voies biliaires ou cholangiocarcinome , ampullome vaterien , compression extrinsèque (ggl métastatiques)

-obstacles non tumoraux : lithiases de la voie bil.principale+++ , sténose cicatrici post-chirg , obstacle parasitaire (kyste hy datique,ascaris ,douve .

-cholangite sclérosante , compression extinsèque par des ggl non tumoraux ou par une pancreatite chronique .

§cholestase intrahépatique :

- lésion des hépatocytes : hépatite virales aigues ,hépatite alcoolique

aigue , hépatite médicamenteuse ,
cirrhose , sydrome bacterien severe .

- obstruction des voies biliaires intra-hépatiques :cancers hépatriques primaires ou secondaires , cirrhose biliaire primitive .