
ITEM N° 320 : ICTERE

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Devant un ictère, argumenter les principales hypothèses diagnostiques
- II. Justifier les examens complémentaires pertinents

POUR MIEUX COMPRENDRE

La coloration jaunâtre cutanéomuqueuse est le témoin d'une hyperbilirubinémie (la bilirubine sérique est normalement de 5 à 17 $\mu\text{mol/l}$, un subictère apparaît au delà de 25 $\mu\text{mol/l}$ et l'ictère est franc au-dessus de 50 $\mu\text{mol/l}$).

Les différents types d'ictère

Il peut s'agir

- **d'un ictère à bilirubine libre** dû
 - o soit à un déficit de la glycuconjugaison. La production de bilirubine libre est alors normale (maladie de Gilbert ou syndrome de Crigler-Najar génétiques),
 - o soit à une hyper production de bilirubine libre par hémolyse.
- **d'un ictère à bilirubine conjuguée** dû à une cholestase, c'est-à-dire à une diminution ou un arrêt de la sécrétion biliaire dans le duodénum.

On distingue :

- cholestase intra-hépatique due soit à une altération des systèmes de transport et de sécrétion de la bile par les hépatocytes (cholestase hépatocellulaire ou canaliculaire) soit à une obstruction des voies biliaires intra-hépatiques ;
- cholestase extra-hépatique due à une obstruction des voies biliaires.

I. ARGUMENTER LES PRINCIPALES HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

Les hypothèses diagnostiques étiologiques sont envisagées en fonction du type d'ictère. La présence de fièvre n'est pas un argument pour une origine infectieuse. Son absence n'élimine pas une origine infectieuse.

1. LES ICTERES A BILIRUBINE LIBRE (T1)

1.1 **AVEC HEMOLYSE** (caractérisé par l'anémie, une chute de l'haptoglobine, une augmentation des LDH, une réticulocytose et une hémoglobinurie)

L'interrogatoire recherche : des antécédents personnels ou familiaux de maladie hémolytique, un séjour en pays impaludé. L'examen clinique précise l'allure de l'ictère et de la fièvre, et des symptômes d'accompagnement: fièvre continue, tierce ou quarte, frissons, splénomégalie... Les anémies hémolytiques auto-immunes accompagnent certaines viroses : EBV, CMV, Hépatite A, Hépatite B, VIH, arboviroses ou infections à germes intracellulaires (mycoplasme, *Chlamydia*..). Le syndrome hémolytique et urémique (SHU) est dû aux certains sérotypes d' *Escherichia coli* (O157:H7, O103:H2, O48:H21), de salmonella et coxsackie virus.

1.2 **SANS SIGNES D'HEMOLYSE**

Il s'agit d'ictères constitutionnels tel que la maladie de Gilbert.

T1 : Etiologies des ictères à bilirubine libre avec hémolyse (pâleur, hémoglobine, réticulocytes, haptoglobine).	
Causes infectieuses	Hémolyse présente Paludisme <i>Clostridium perfringens</i> EBV, CMV, mycoplasme...
Causes non infectieuses	Autres causes d'hémolyse

2. LES ICTERES A BILIRUBINE CONJUGUEE (T2)

2.2 ETIOLOGIES DES ICTERES A BILIRUBINE CONJUGUEE

2.2.1 Cholestase intrahépatique (ALAT/ASAT très augmentées, voies biliaires extra-hépatiques fines ± lésions du foie).

Causes infectieuses : hépatites virales A, B, C, D, E, ou autres virus hépatotropes (CMV, EBV...), les hépatites granulomateuses bactériennes (mycobactériose, brucellose, syphilis, fièvre Q), les leptospiroses, les abcès du foie (bactériens, amibiens).

Causes non infectieuses.

2.2.2 Cholestase extra-hépatique (cytolysse absente ou mineure, voies biliaires extra-hépatiques dilatées ± obstacle)

Causes infectieuses : angiocholite le plus souvent secondaire à une lithiase ou + rarement à une compression (kyste, abcès, adénopathie) ou à des parasites (ascaris, douve...).

Causes non infectieuses.

T2 : ETIOLOGIES INFECTIEUSES DES ICTERES A BILIRUBINE CONJUGUEE		
<i>Préciser le siège de la cholestase (anamnèse, transaminases, échographie abdominale)</i>		
	Cholestase intrahépatique Lésion du parenchyme hépatique	Cholestase extrahépatique Lésion des voies biliaires
	ALAT/ASAT très augmentées voies biliaires fines ± lésion du foie	ALAT/ASAT N ou #N dilatation biliaire ± obstacle
	Hépatites virales +++ Absès hépatiques - Pyogènes, amibes Leptospiroses Mycobactéries, fièvre Q Infections bactériémiques Kystes hépatiques - Hydatidose - Echinococcose	Angiocholite - Lithiase - Ascaris, douves... Cholangite : - CMV - Cryptosporidies - Microsporidies

II. JUSTIFIER LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES PERTINENTS (Cf. Chap. 15, E. PILLY 2008)

ICTERE A BILIRUBINE LIBRE

- Hb, Haptoglobine, LDH, réticulocyte.
- Frottis, goutte épaisse.
- Test de Coombs direct et indirect.

ICTERE A BILIRUBINE CONJUGUEE

- ASAT, ALAT, GGT, PAL, TP, Facteur V.
- Hémocultures.
- Sérologies des hépatites virales, des virus hépatotropes, des hépatites granulomateuses bactériennes...
- Anticorps antinucléaires, Ac anti-LKM.
- Echographie abdominale, échoendoscopie, bili-IRM, CPRE.
- Ponction Biopsie du foie : mycobactéries, causes toxiques, tumorales.

DOSSIER CLINIQUES : DC 2008-29 ; DC 2008-30 ; DC 2008-31

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

Chapitre 15
Chapitre 81
Chapitre 90.1 à 90.5