



LES ICTERES CHOLESTATIQUES

A.Tidjane

Service de chirurgie hépatobiliaire

EHU-Oran

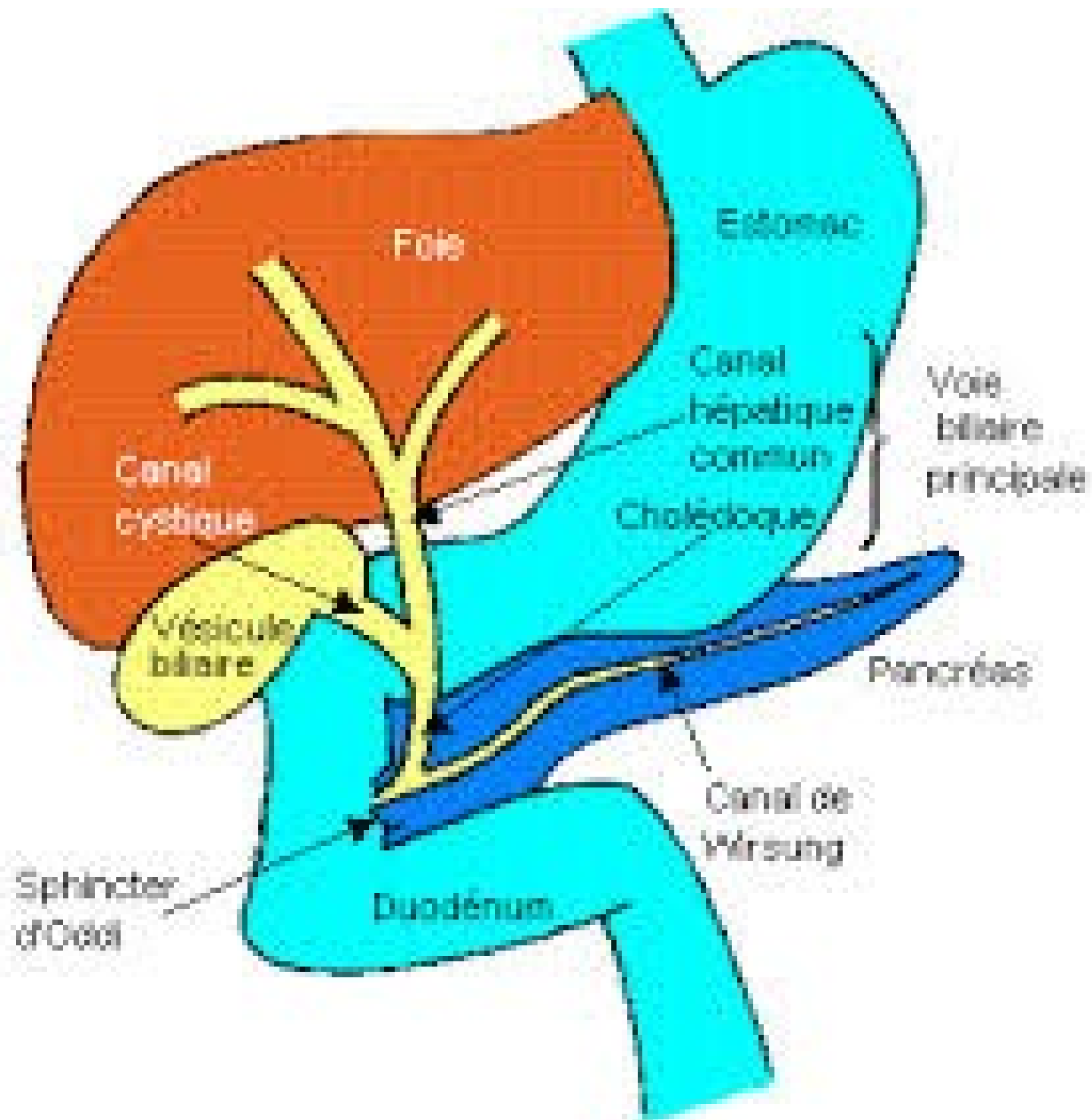
Objectifs pédagogiques

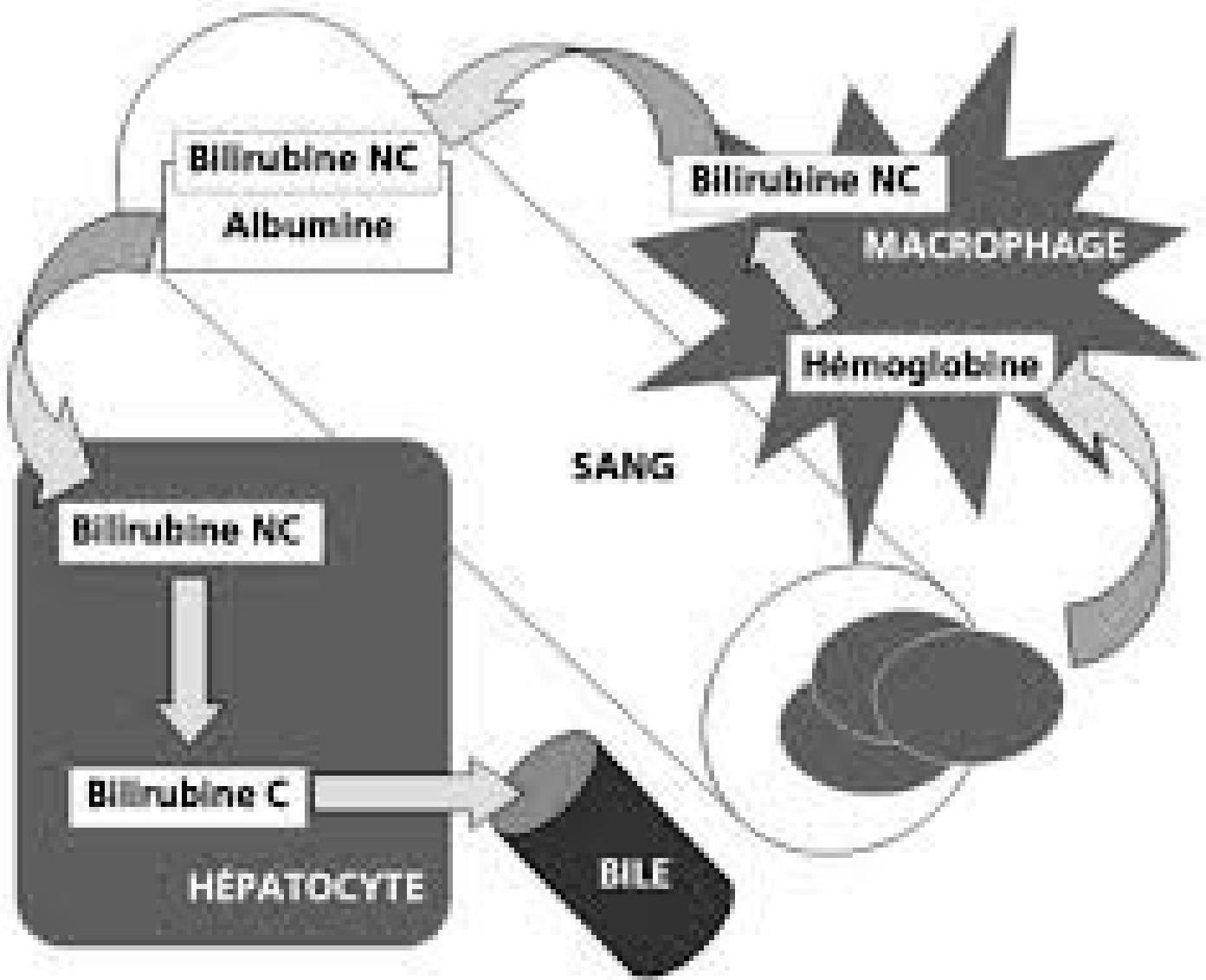
- Principal:
 - Comprendre la physiopathologie de l'ictère choléstatique (IC)
 - Reconnaître les signes anamnestiques et cliniques de l' IC.
 - Assimiler la démarche diagnostique face à une suspicion d'IC.
- Secondaire :
 - Reconnaître les principales étiologies pouvant causer un IC.

Definitions / Généralités

- Coloration jaune des téguments, d'intensité variable
- Du sub-ictère conjonctival à l'ictère cutanéomuqueux franc généralisé.
- L'ictère cholestatique ou à bilirubine conjuguée est provoqué par un arrêt partiel ou complet de la sécrétion biliaire
- Schématiquement:
 - Ictère d'origine extrahépatique (des CBIH à la papille) → Trt chirurgical
 - Ictères intrahépatiques (hépatocyte, canalicule, ductule) → Trt médical







Physiopathologie

- **Métabolisme de la bilirubine:**
- Bilirubine = produit de dégradation de l'hème.
- 80% rate par dégradation des hématies sénescents
- 20% foie (hème hépatique), et moelle
- Circule dans le sang liée à l'albumine
- Captée et conjuguée dans le foie
- Excrétée dans la bile

Physiopathologie

- Conséquences d'un obstacle à l'excrétion biliaire: CHOLESTASE:
- Reflux des composants de la bile dans la circulation sanguine :
 - Bilirubine conjuguée: s'accumule dans la circulation (ICTERE), s'élimine dans les urines (URINES FONCEES), non éliminée dans la bile par l'hépatocyte (SELLES CLAIRES)

Physiopathologie

- Conséquences d'un obstacle à l'excrétion biliaire: CHOLESTASE:
 - Sels biliaires: accumulation dans la circulation (PRURIT), élimination dans les urines (URINES MOUSSEUSES) mais pas dans la bile (MALDIGESTION, SELLES GRAISSEUSES, CARENCES EN VITAMINES LIPOSOLUBLES)
- Cholestérol: s'accumule dans le secteur systemique (HYPERCHOLESTEROLEMIE) : xanthomes sous cutanées.

Clinique

- Coloration jaune des téguments variable
- Du sub-ictère conjonctival à l'ictère franc généralisé
- Allure cholestatique:

Clinique

- Coloration jaune des téguments variable
- Du sub-ictère conjonctival à l'ictère franc généralisé
- Allure cholestatique:
 - Urines foncées, mousseuses
 - Selles décolorées, blanc mastic, parfois graisseuses

Interrogatoire

- AGE
- Antécédents: maladie générale, intoxication médicamenteuse ou alcoolique
- Début: brutal ou progressif
- Aggravation ou rémission
- Sd pseudo grippal pré-ictérique
- Signes accompagnateurs: fièvre, altération de l'état général, douleurs abdominales

- **En cas d'évolution chronique de la cholestase:**
 - **Malabsorption de la vit K: Sd hémorragique (T.P bas avec facteur V normal)**
 - **Malabsorption de la vit D et du calcium: ostéomalacie**
 - **Malabsorption de la vit A : troubles de la vision nocturne et chez l'enfant kérato-conjonctivite**
 - **Malabsorption de la vit E :troubles nerveux chez l'enfant**
 - **Hypercholesterolémie: xanthomes sous cutanés (paupières, coude, genou, fesses, plis de la paume des mains)**

Examen Clinique

- Hépatomégalie et ses caractéristiques: indolore, face antérieure du foie lisse, à bord mousse sans reflux hépato-jugulaire
- Rechercher: ascite, signes d'HTP
- Rechercher: masse abdominale ou vésicule palpable (masse piriforme, rénitente, sous hépatique, mobile à la respiration) dont la présence oriente vers obstacle sur le cholédoque (cancer du pancréas +++)

Biologie

- **Le syndrome de cholestase associe :**
- **Élévation de la bilirubine totale, avec prédominance conjuguée (rapport bilirubine conjuguée / totale > 75 %)**
- **Élévation:**
 - **des phosphatases alcalines**
 - **des gamma GT**
 - **de la 5'nucléotidase**
 - **du cholestérol**
 - **des acides biliaires sériques (dosage rare)**

Examens Morphologiques

- **ECHOGRAPHIE: EXAMEN CLEF+++**
- Recherche une dilatation des voies biliaires intra & extra hépatiques, éventuellement l'obstacle
- Explore le foie
- Explore le pancréas (parfois examen gêné par les gaz digestifs)
- Recherche une splénomégalie

Examens Morphologiques

- **ECHOGRAPHIE**: EXAMEN CLEF+++
- Recherche une dilatation des voies biliaires intra & extra hépatiques, éventuellement l'obstacle
- Explore le foie
- Explore le pancréas (parfois examen gêné par les gaz digestifs)
- Recherche une splénomégalie
- **T.D.M**: complète les données de l'échographie, explore particulièrement le pancréas

Au terme de ces examens non invasifs dans 95% des cas le diagnostic est posé ou fortement suspecté

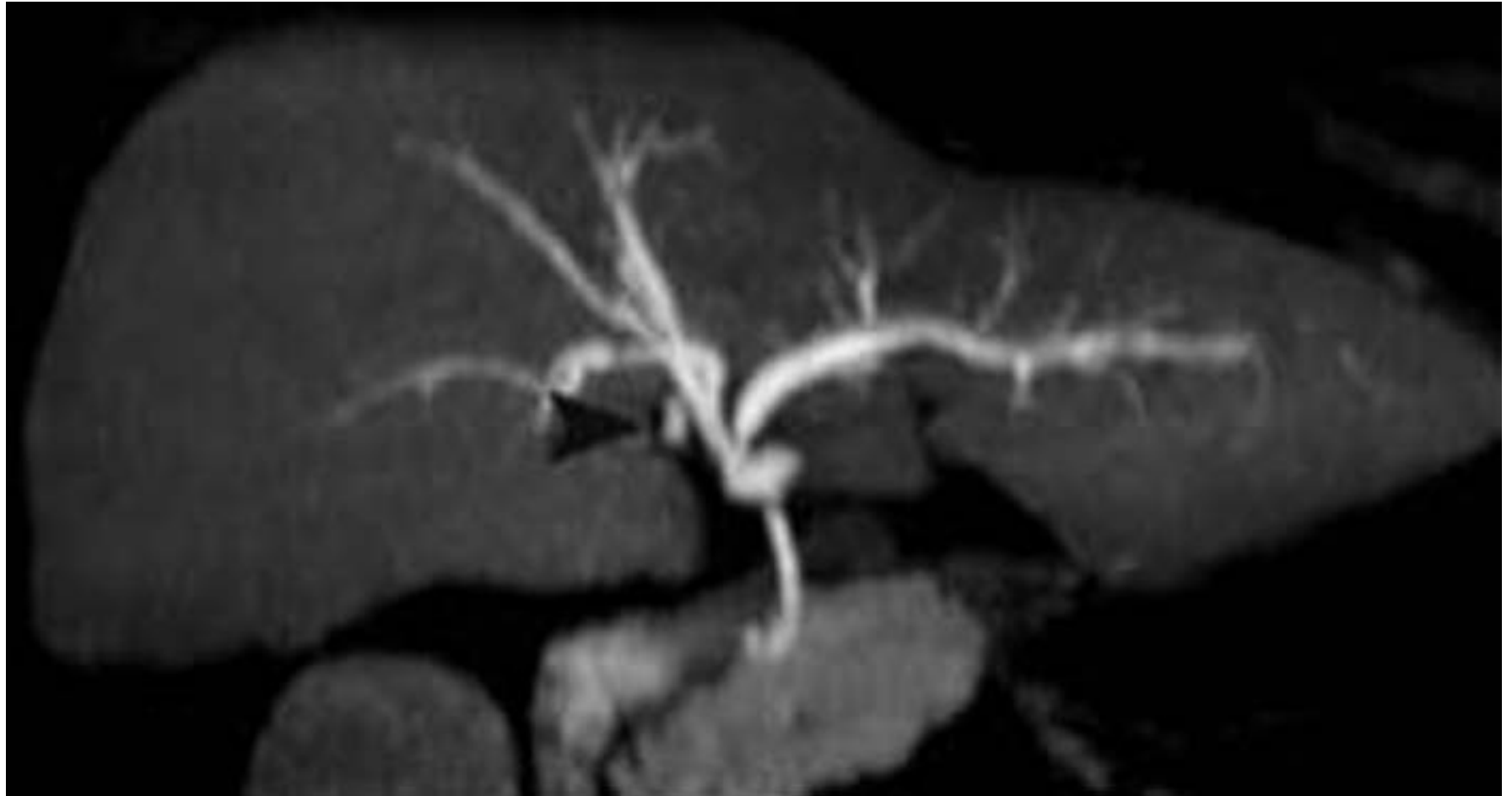




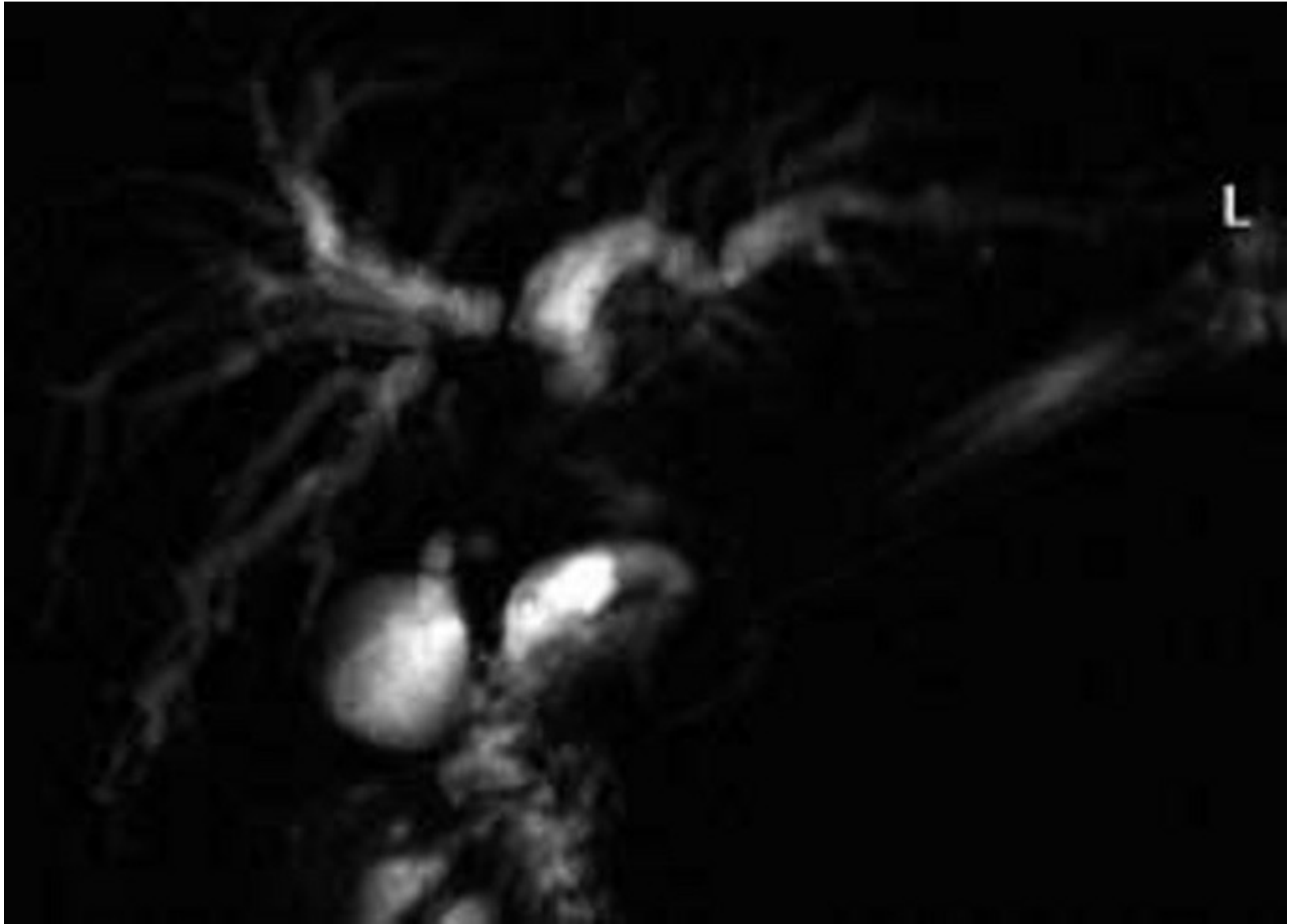
Examens Morphologiques

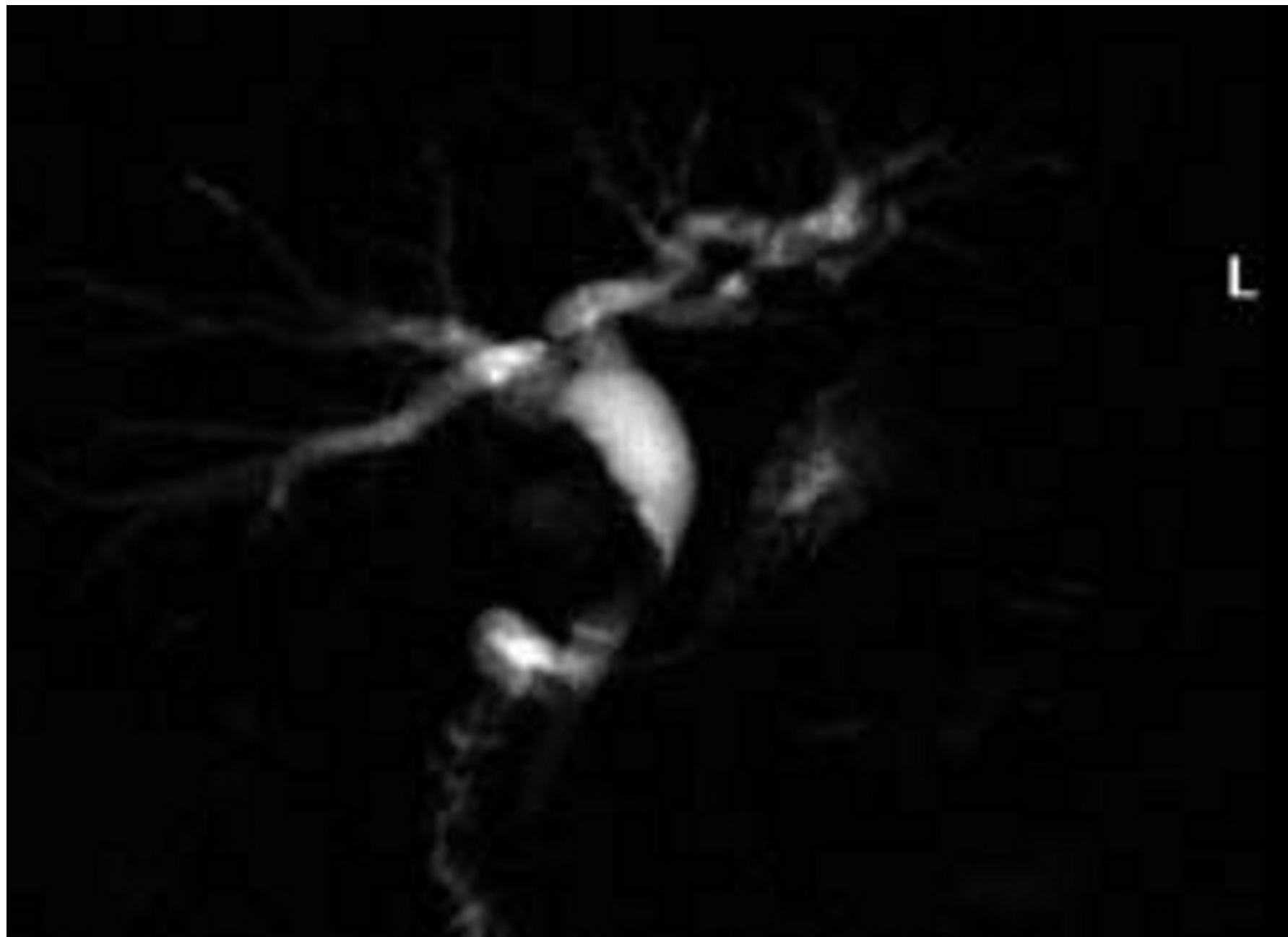
(Examens de deuxième intention)

- Bili-I.R.M
- Examen non invasif
- Grande sensibilité et spécificité
- Ne nécessite pas d'injection de produit de contraste
- Inconvénient: - examen coûteux









Examens Morphologiques

(Examens de deuxième intention)

- Echo-endoscopie
- Examen peu invasif, explore les voies biliaires et le pancréas grâce à une sonde positionnée au bout d'un endoscope
- Grande sensibilité
- Inconvénients: - nécessite une A . G
- apprentissage long

Examens Morphologiques

(Examens de deuxième intention)

- Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE): Dc et + / - thérapeutique
- Opacifie les V.B par voie rétrograde
- Permet des biopsies de l'ampoule de Vater et le recueil de liquide pour étude cytologique
- Permet de traiter la LVBP par sphinctérotomie
- Permet de placer des endoprothèses
- Inconvénients: - nécessité d'une A.G
 - complications dans 3 % des cas (angiocholite, pancréatite, hémorragie ou perforation digestive en cas de sphinctérotomie)

Examens Morphologiques

(Examens de deuxième intention)

- Cholangiographie Trans-Pariéto- Hépatique (CTPH)
- Opacifie les V.B par ponction hépatique transcutanée à l'aiguille fine avec injection de produit de contraste
- Permet de drainer la bile par endoprothèse
- Inconvénients: - Risque: * hémorragique
 - * Péritonite biliaire
 - * Angiocholite

Principales Etiologies

- Lithiase de la V.B.P
- Cancer exocrine de la tête du pancréas
- Ampullome Vaterien
- Cancer de la vésicule biliaire.
- Cancer de la voie biliaire principale
- Cancer du hile (tumeur de KLATSKIN)
- Adénopathies malignes du hile hépatique.

Diagnostic Différentiel

- **LES FAUX ICTERES:**
- Coloration jaune cireux de l'hypothyroïdie
- Coloration orangée par le carotène (auto-bronzant)
- Mélanodermie

EN CAS DE DOUTE LA BILIRUBINEMIE EST
NORMALE

Diagnostic Différentiel

- Les ictères à bilirubine non conjuguée:
- HEREDITAIRES:
 - Maladie de GILBERT: ↓ activité bilirubine glucuronyl transférase. (autosomale récessive)
 - Sd de CRIGLER NAJAR: mutation dans le gène de la glucuronyl transférase hépatique (autosomale récessive)
- ICTERES A BILIRUBINE NON CONJUGUEE DUS A DES HEMOPATHIES : hyperhémolyses

RETENIR

- **Ictère = urgence thérapeutique (risque d'évolution vers la cirrhose biliaire)**
- **L'interrogatoire et l'examen clinique orientent vers la cholestase**
- **Éliminer les ictères non rétentionnel**
- **La biologie confirme la cholestase**
- **L'échographie est le 1^{er} examen morphologique à demander**
- **Le traitement est fonction de l'étiologie**