

Année universitaire 2025-26

3^{ème} année de médecine

SÉMIOLOGIE ET DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE FACE À UN ICTÈRE

I. Bien connaître la sémiologie pour reconnaître la cause

A/ Anamnèse et Examen Clinique

B/ Bilan Biologique Initial

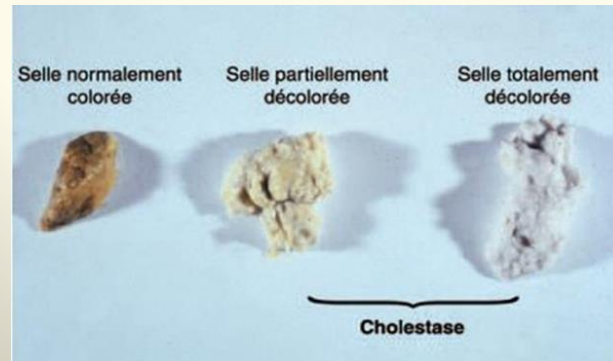
C/ L'Imagerie

II. Ictères particuliers

I. Bien connaître la sémiologie pour reconnaître la cause

A/ Anamnèse et Examen Clinique : La Première Orientation

- **Antécédents** : Transfusions, voyages, médicaments, alcool chronique
- **Mode d'installation**: Brutale, progressive, subictère ou ictère généralisé
- **Signes associés** :
 - **Douleur abdominale** : Hypochondre droit (cholécystite)
 - **Urines foncées (Bilirubinurie)** : Oriente vers un ictère conjugué
 - **Selles décolorées**: oriente vers une cholestase obstructive complète.
 - **Prurit** : Oriente vers une cholestase (hépatique ou post-hépatique).
 - **Pâleur, asthénie** : Hémolyse-anémie
 - **Perte de poids, anorexie** : Néoplasie.
 - **Signes d'insuffisance hépatique** : œdème → cirrhose → HTP



– Examen physique : Recherche

* circulation collatérale

* hépatomégalie,

* splénomégalie,

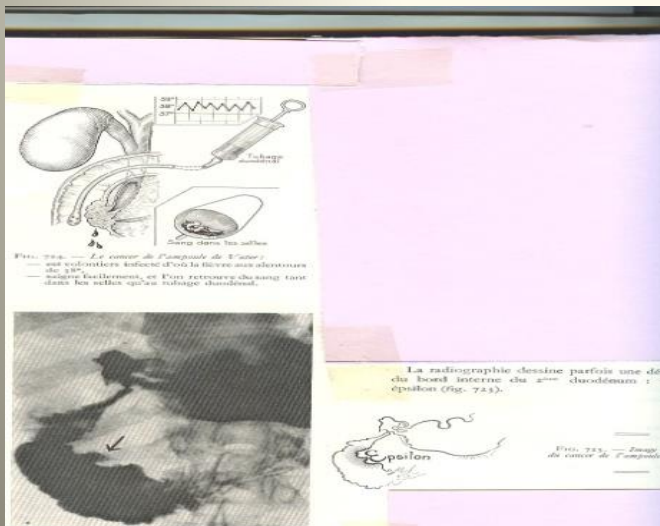
* ascite

* recherche d'une vésicule palpable:

→ HTP d'une cirrhose

Loi de Courvoisier-Terrier en cas d'obstruction tumorale:

Ictère + vésicule palpable = cancer tête pancréas



Le malade a une tumeur du pancréas ici non visible car sous-jacente à cette coupe.



B/ Bilan Biologique = La Carte d'Identité de l'Ictère


❑ **BT et BNC, BC** : Indispensable pour orienter vers le type d'ictère.

– **Hyperbilirubinémie à BNC** : *Hémolyse ou
*Défaut de conjugaison.
*Défaut de captation

– **Hyperbilirubinémie à prédominance BC** :
* cholestase intrahépatique (non chirurgical)
ou * cholestase extra-hépatique.

❑ **Tests hépatiques** :

- **Transaminases (ALAT, ASAT)** : Marqueurs de cytolysse hépatique.

* Leur  signe une destruction des hépatocytes.

- **PAL et Gamma-GT (GGT)** : Marqueurs de cholestase.

* Leur  marque une cholestase (intra ou extra-hépatique).

☐ Fonction de synthèse hépatique :

- * **Prothrombine (TP)**: Évalue la synthèse par le foie des facteurs de coagulation dépendants de la vitamine K.

Un TP ↓ → Carence en vitamine K

(due à la malabsorption en cas de cholestase prolongée).

test de Koller: si TP se normalise après injection de vitamine K.



carence en vit K par cholestase

- * **Albuminémie** ↓ Traduit une insuffisance hépatique

☐ **Hémogramme, réticulocytes, haptoglobine, LDH** : Pour évaluer une Hémolyse. ↔ Anémie (NFS) :

* **Réticulocytes:GR jeune** ↑ destruction excessive des GR et compensation par la MO

* **Haptoglobine** ↓ est une protéine qui se lie à l'hémoglobine libre dans le sang

* **Lactate Déshydrogénase (LDH)** ↑ En cas d'hémolyse → Destruction des GR
Libération de LDH dans le sang

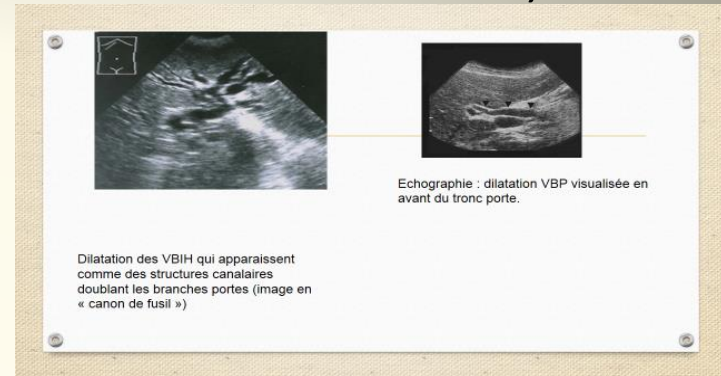


- ❑ **Sérologies virales:** Si suspicion d'hépatite virale A-B-C-E
- ❑ **Recherche des auto-anticorps (ACAN, anti-LKM1, anti-SLA) :** Si suspicion d'hépatite auto-immune.

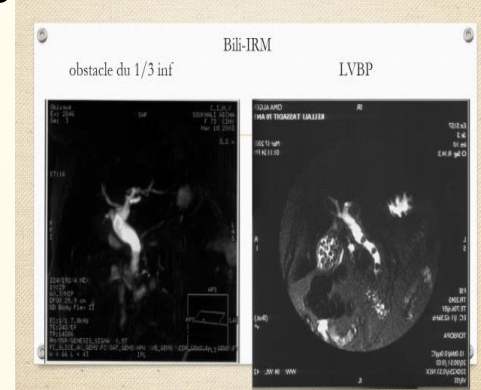
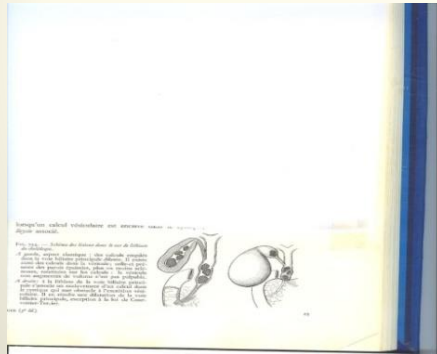
C/ L'Imagerie

❑ **Échographie abdominale** : Examen de 1ère intention, visualise

- la vésicule biliaire (calculs ?)
- les voies biliaires (dilatation ?),



❑ **Cholangio-IRM**: Examen de choix pour visualiser les VBH et VBEH




❑ **TDM abdomino-pelvien**

Le malade a une tumeur du pancréas ici non visible car sous-jacente à cette coupe.



II. Ictères particuliers

A/Ictère du nouveau-né en cas  majeure de BNC

- Fréquent et souvent bénin
- Lié à une immaturité hépatique ou une hémolyse néonatale
- Surveillance pour prévenir le risque de **kernictère (ictère nucléaire)**

B/ Syndrome de Dubin-Johnson et Rotor

- Troubles de l'excrétion hépatique de la BC
- Hyperbilirubinémie conjuguée chronique mais bénigne

CONCLUSION

- L'ictère correspond à une élévation de la **bilirubine** dans le sang, traduisant un déséquilibre entre sa production, sa conjugaison hépatique et son élimination biliaire.
- On distingue 3 grands mécanismes :
 - **Pré-hépatique** : lié à une hémolyse excessive
 - **Hépatique** : dû à une atteinte des hépatocytes
 - **Post-hépatique** : secondaire à une obstruction des VB
- L'analyse clinique et biologique (bilirubine conjuguée/non conjuguée, transaminases, phosphatases alcalines, TP) permet d'orienter rapidement le diagnostic étiologique.
- Ainsi, l'ictère ne constitue pas une maladie en soi, mais un **signe d'alerte** nécessitant une démarche diagnostique rigoureuse afin d'identifier la cause et d'instaurer une TRT adapté.