



# CAT devant un ictère

Quoi de neuf en hépato-gastroentérologie

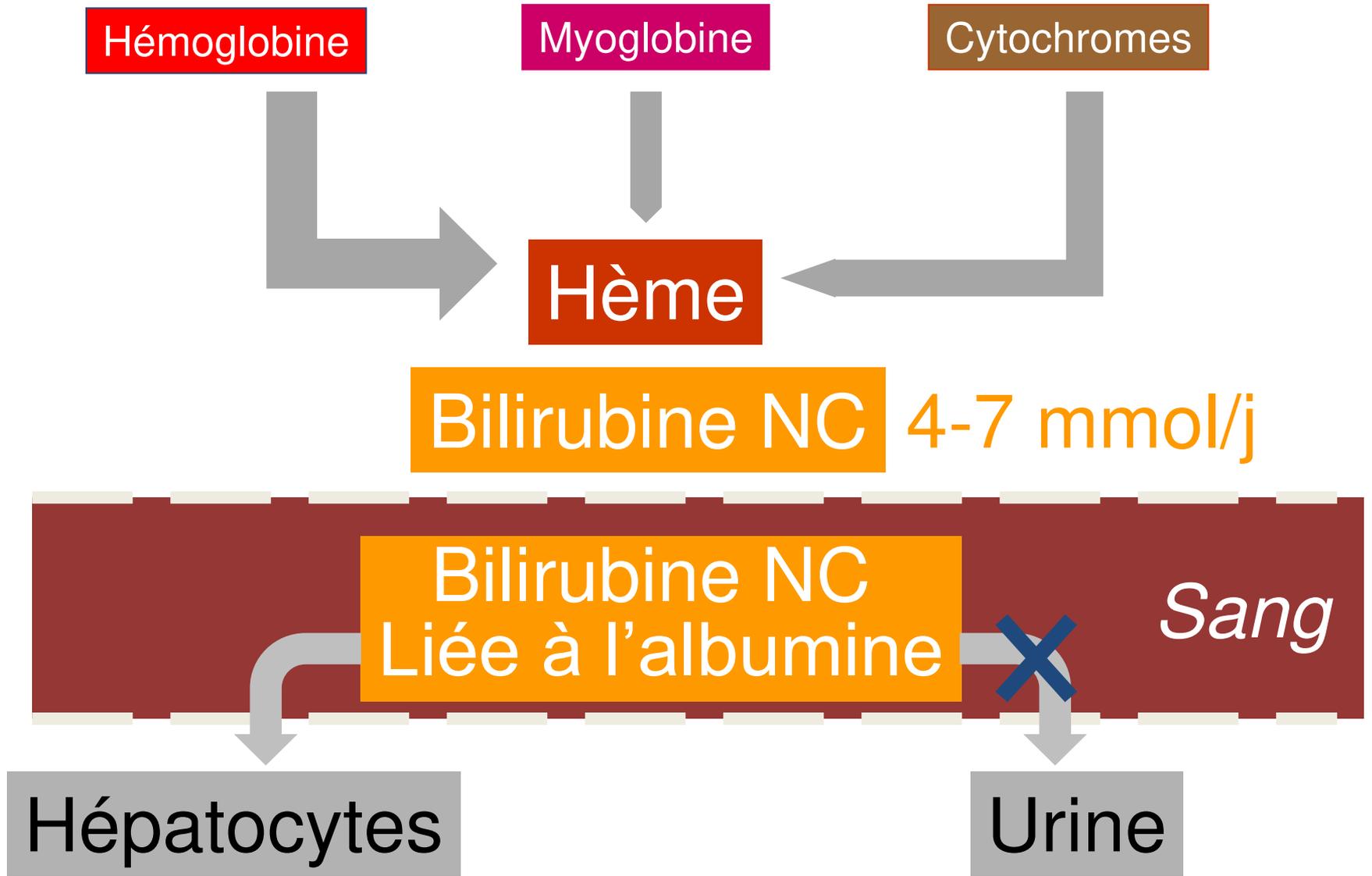
Dr Lemaitre Caroline

Septembre 2016

# Ictère

---

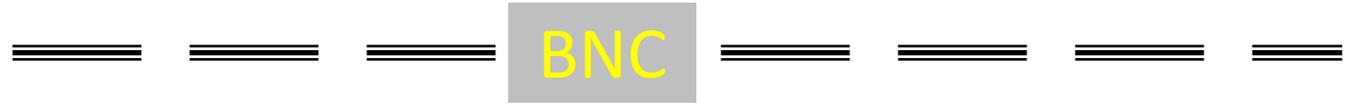
- Coloration jaune à brune des téguments due à une augmentation de la bilirubinémie



NC, non conjuguée

Feverly. Liver Int 2008

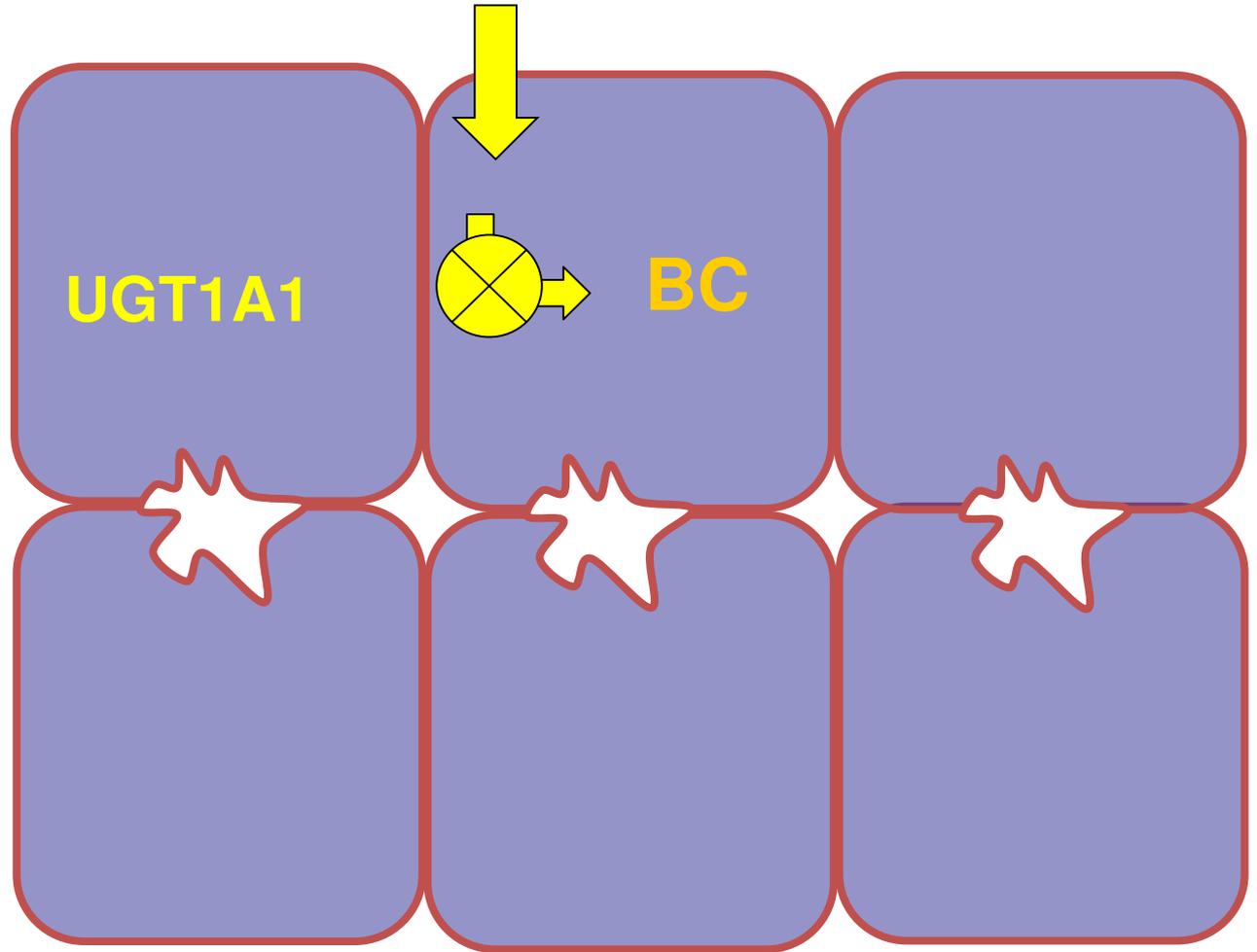
Sinusoides



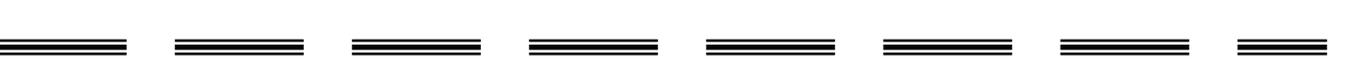
BNC Bilirubine non-conjuguée

BC Bilirubine conjuguée

Canalicules



Sinusoides



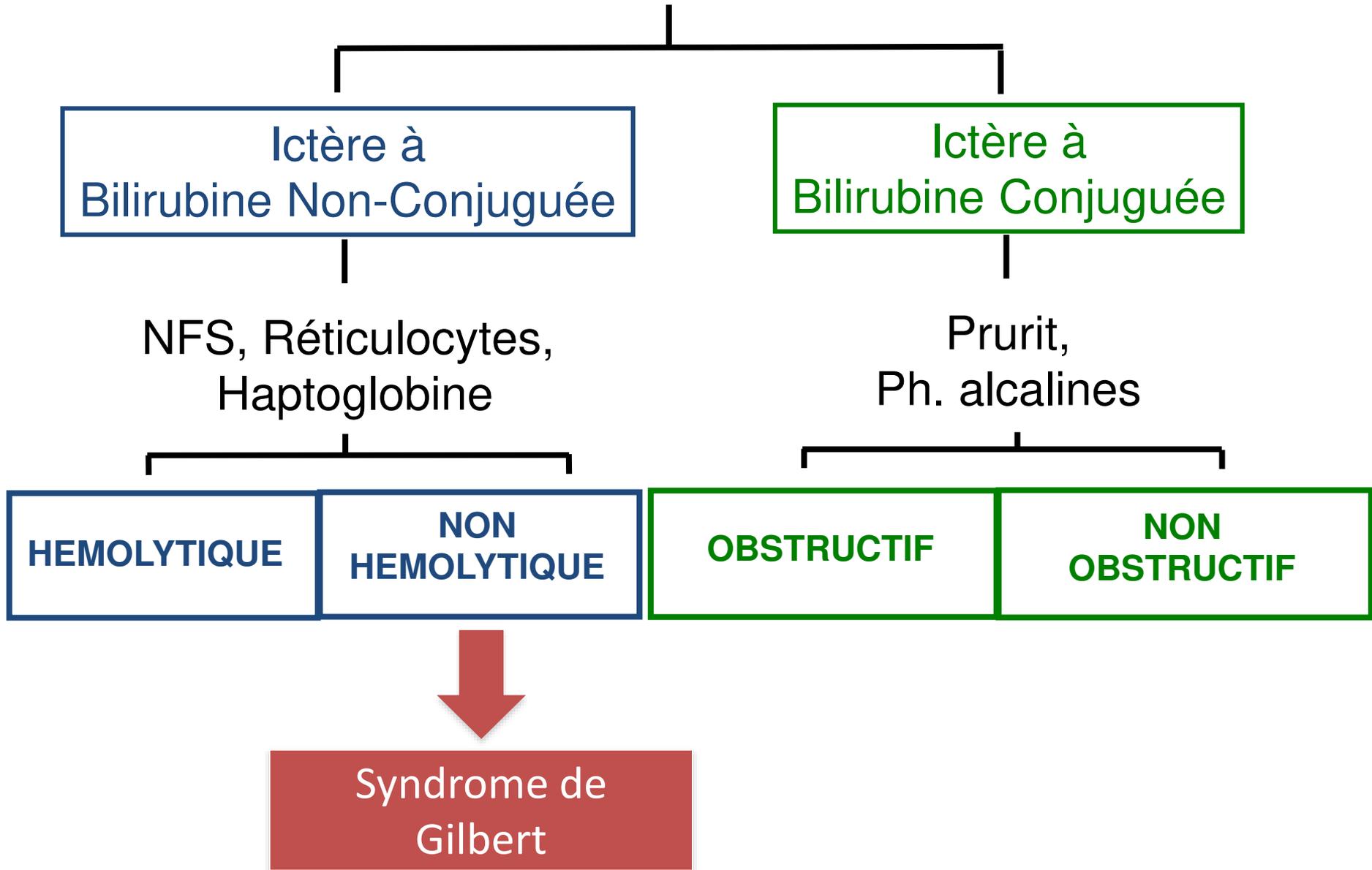
# Ictère

---

- Deux types:
  - I. à bilirubine non-conjuguée: urines claires
  - I. à bilirubine conjuguée: urines foncées

# Couleur des urines

## Bilirubinémie conjuguée et non-conjuguée



# Ictère - Éléments biologiques utiles

---

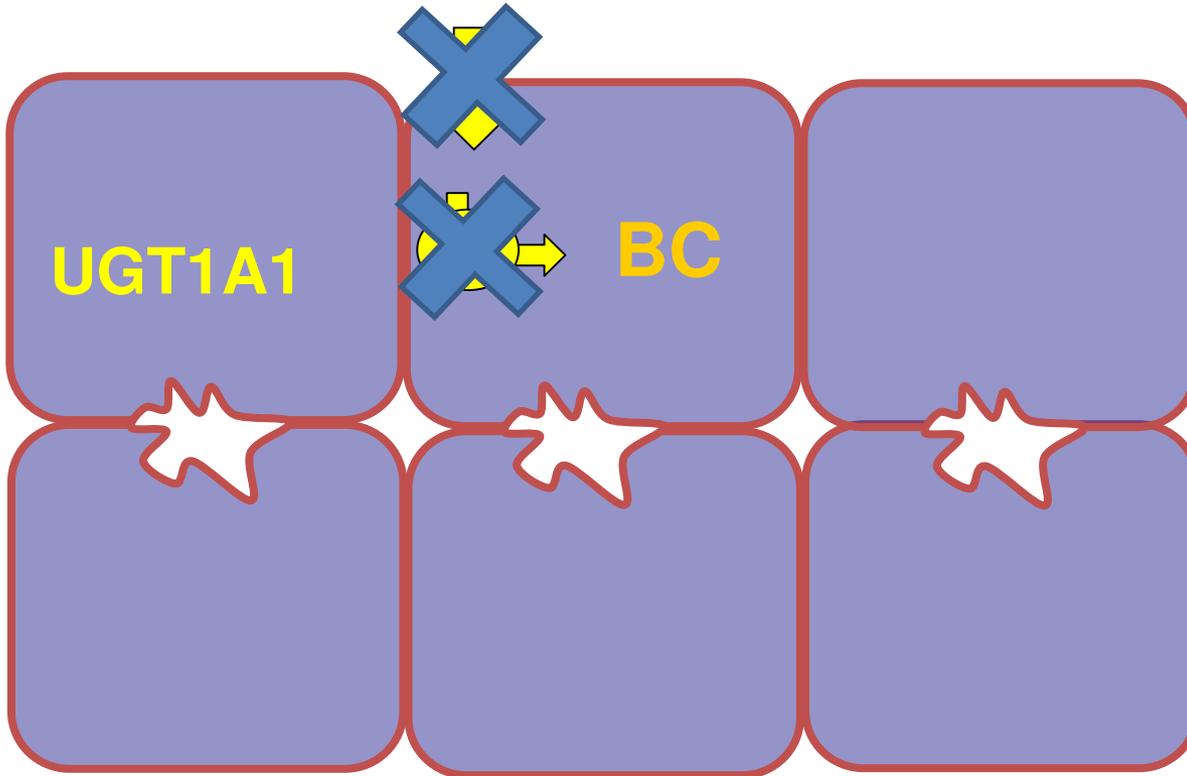
- Bilirubinémie conjuguée et non conjuguée
- Phosphatases alcalines (GGT)
- Réticulocytes, Haptoglobine, NFS

# Syndrome de Gilbert

Gène  
*UGT1A*

Autosomique récessif  
Homozygote 16%  
Syndromique 3%

BNC



Diminution de la  
captation

Médicaments  
Testosterone,  
kétoconazole, indinavir,  
atanazavir

Jeûne

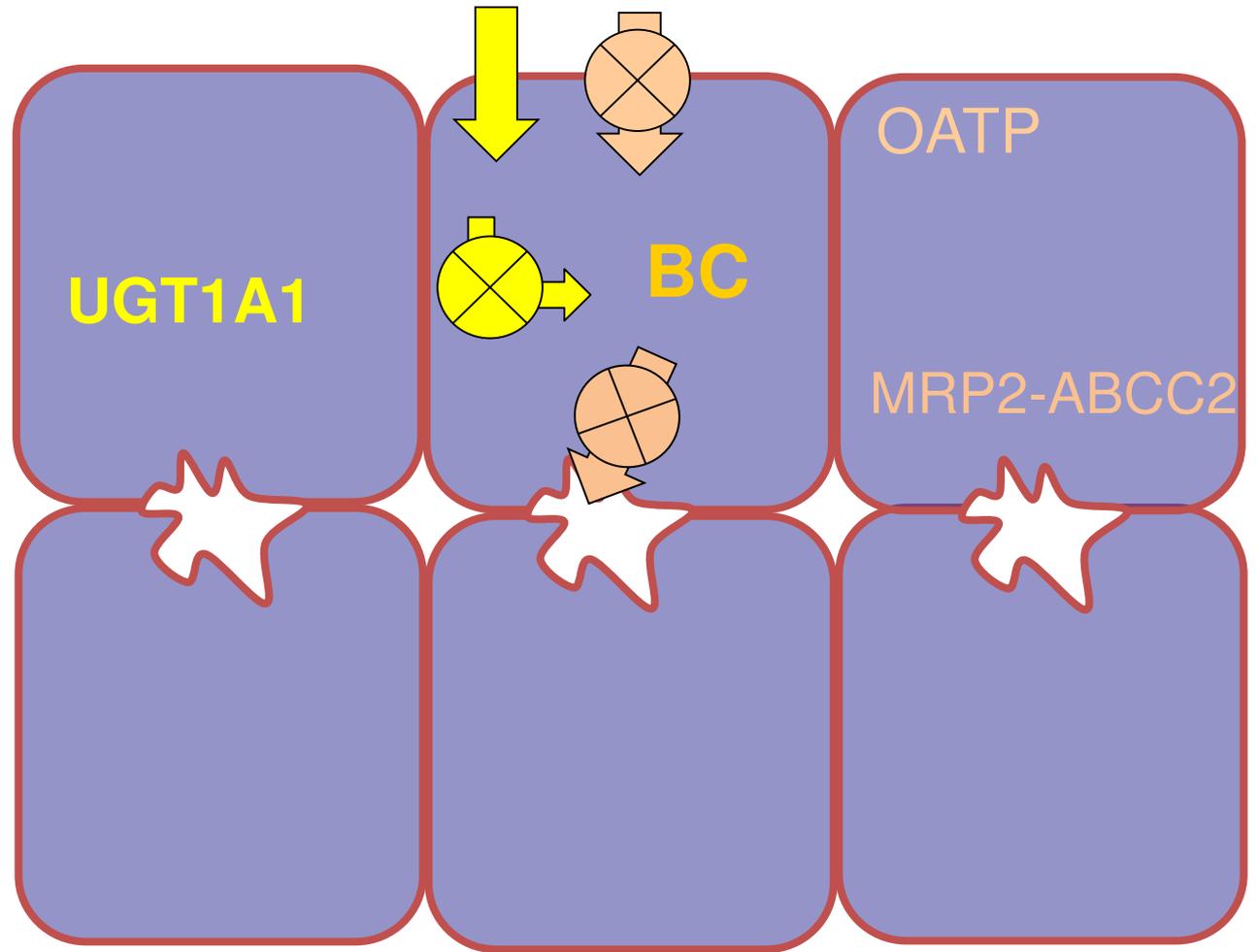
Première cause d'ictère à bilirubine NC, sans hémolyse

# Syndrome de Gilbert

---

- Etiologie la plus fréquente d'ictère à bilirubine NC
- Hyperbilirubinémie fluctuante ( $< 100 \mu\text{mol/L}$ )
- Tests hépatiques normaux (incl. bilirubine conj.)
- Augmente avec le jeûne
- Bénin. Traitement non justifié

Sinusoides



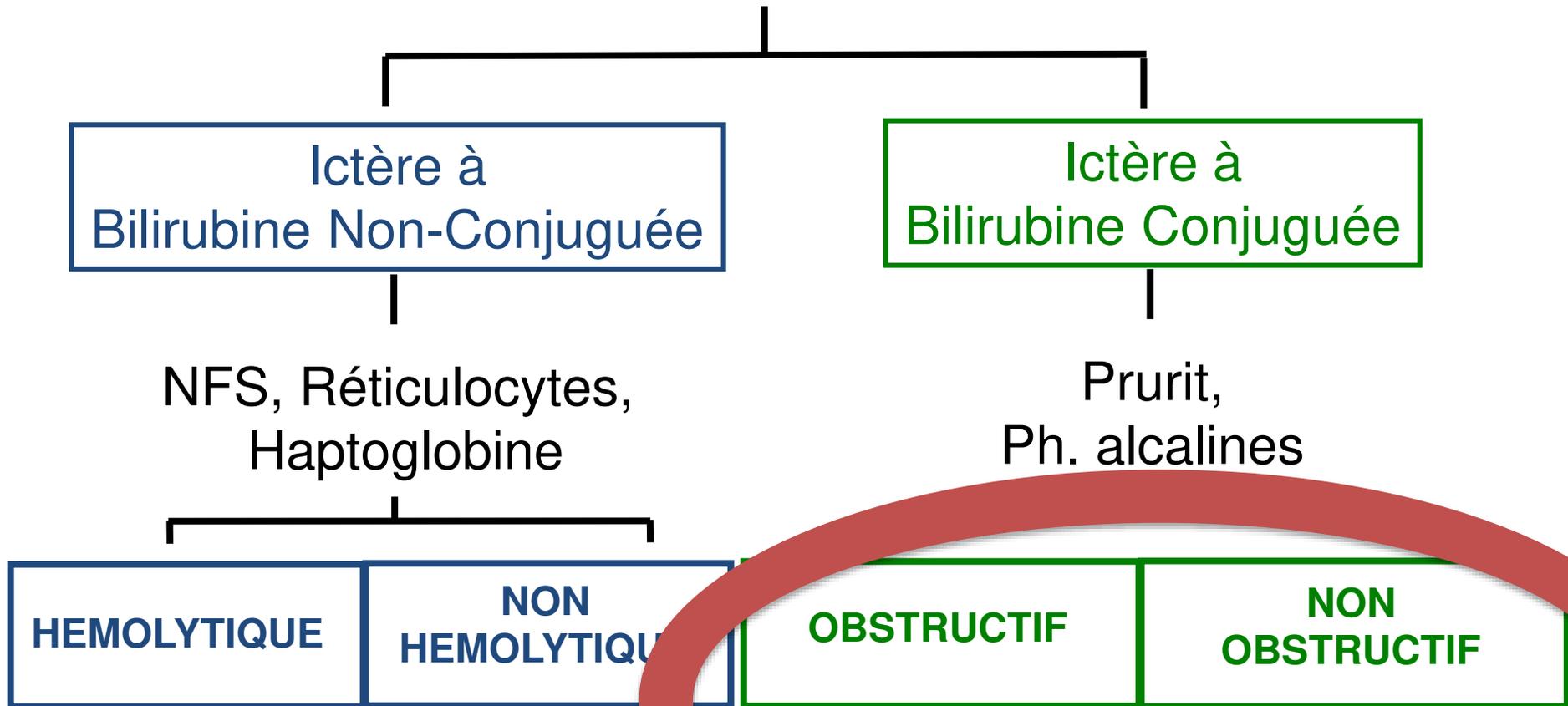
Canalicules

Sinusoides



# Couleur des urines

## Bilirubinémie conjuguée et non-conjuguée



# Cholestase

---

Diminution/Arrêt de la sécrétion biliaire

- Prurit
- Augmentation gGT et PAL
- Malabsorption lipidique par diminution des acides biliaires dans l'intestin
- Lésions hépatiques par toxicité des acides biliaires

# Phosphatases alcalines et cholestase

---

- **Spécifiques** de cholestase lorsque l'on a éliminé une origine osseuse ou une grossesse
- **Moins sensibles** mais beaucoup plus spécifiques de cholestase que la GGT

Phosphatases alcalines élevées et GGT normale  
→ **Cholestase improbable**

Phosphatases alcalines élevées et GGT élevée  
→ **Cholestase probable**

# Ictère à Bilirubine Conjuguée = Cholestase

Obstructive

Non Obstructive

IMAGERIE

SANS Obstacle  
sur les Gros Canaux

AVEC Obstacle  
sur les Gros Canaux

# Cholestase Obstructive

---

## • Grosses V. biliaires

Echographie  
abdominopelvienne

– Pancréatite chronique

Scanner  
abdominopelvien

– Sténose post opératoire

Bili-IRM

Echo-endoscopie bilio-  
pancréatique

(CPRE)

## • Petites V. biliaires

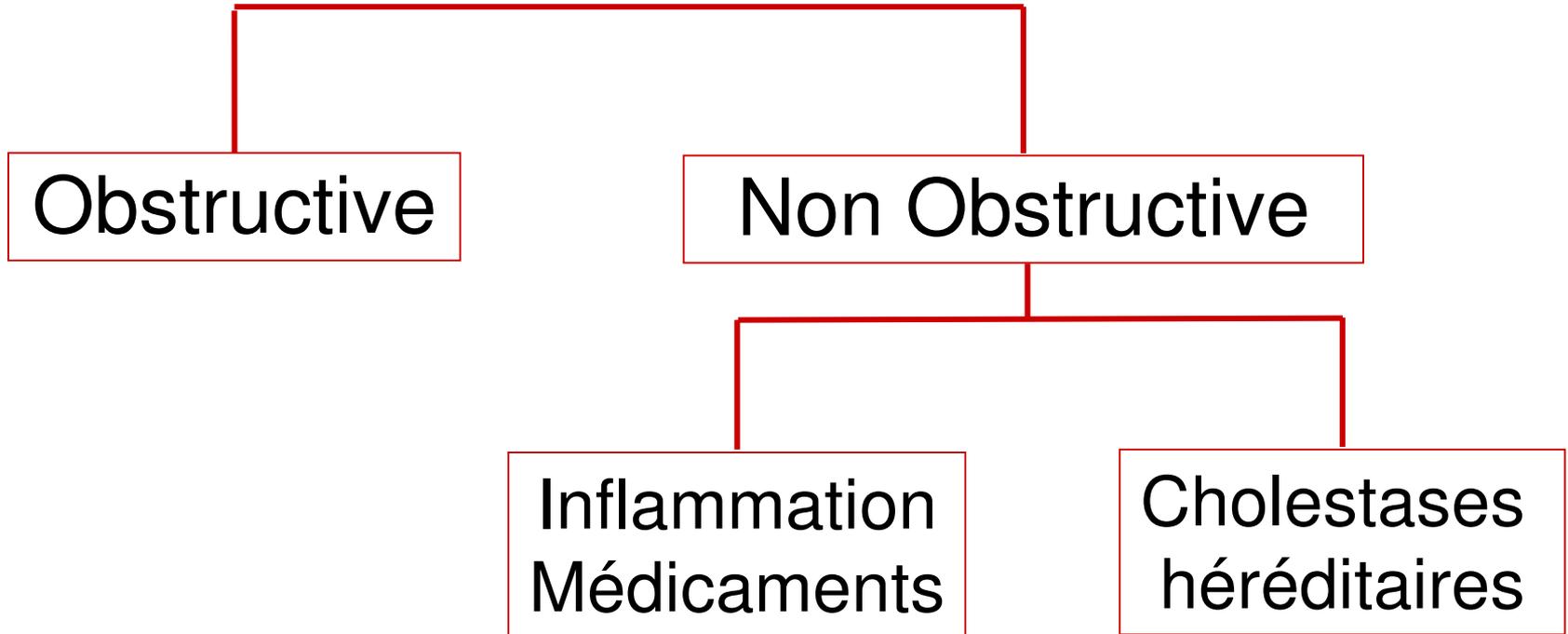
– Cirrhose biliaire primitive

– Cholangite/ductopénie  
dysimmunitaires

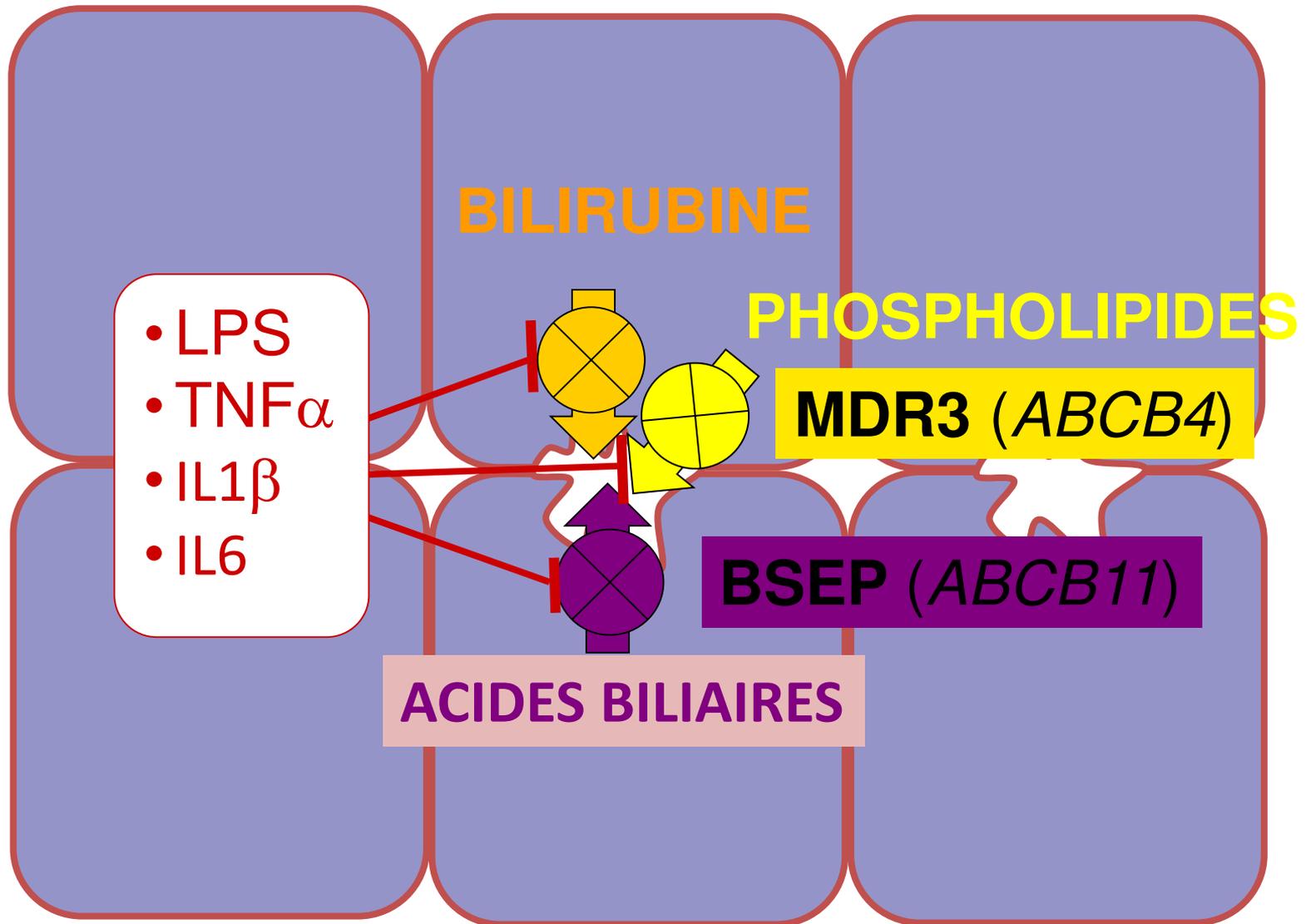
– Mutation ABCB4/MDR3

Anticorps antinoyau et  
antimitochondrie

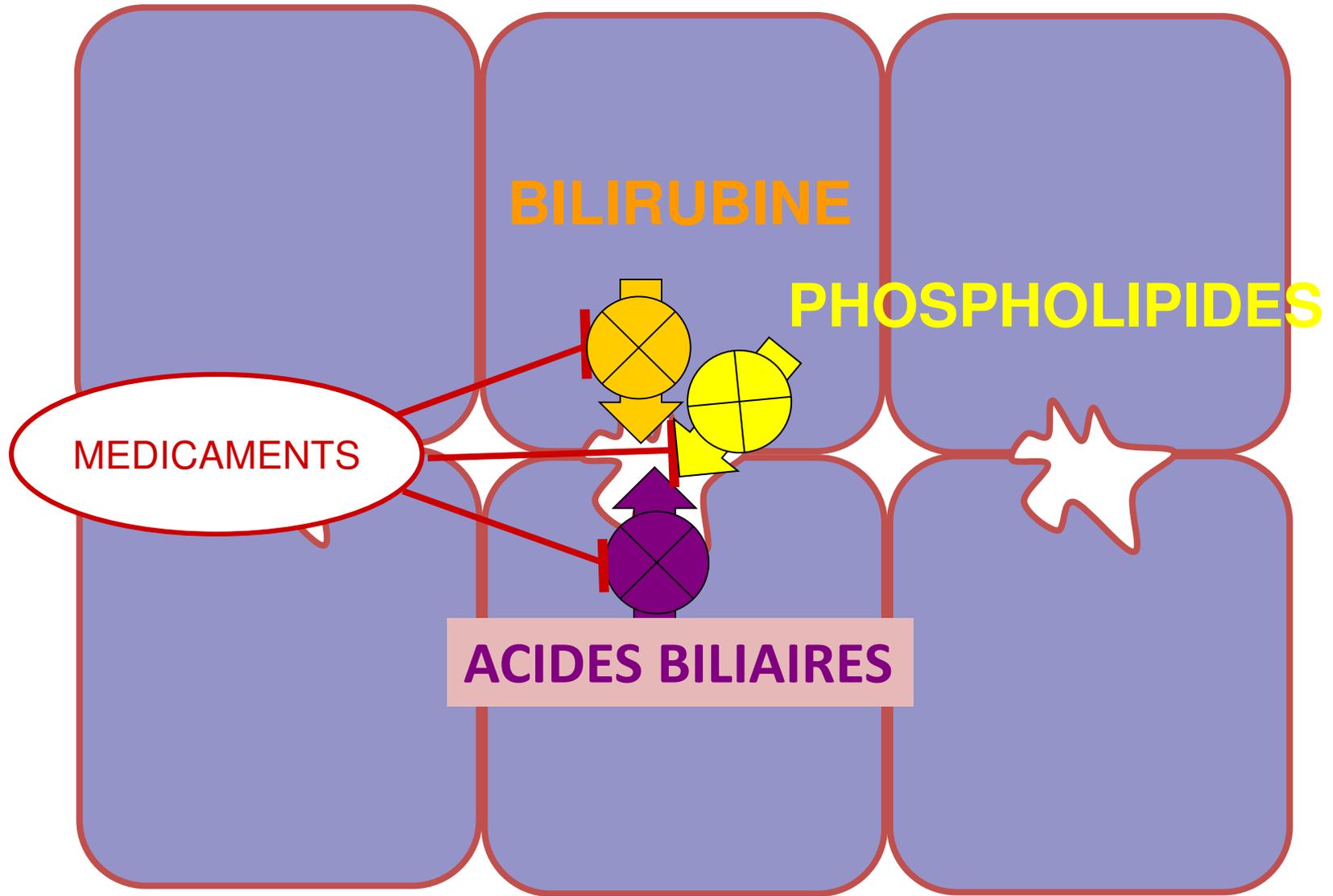
# Ictère à Bilirubine Conjuguée = Cholestase



# Ictère/cholestase de l'inflammation



# Ictère/Cholestase médicamenteuse



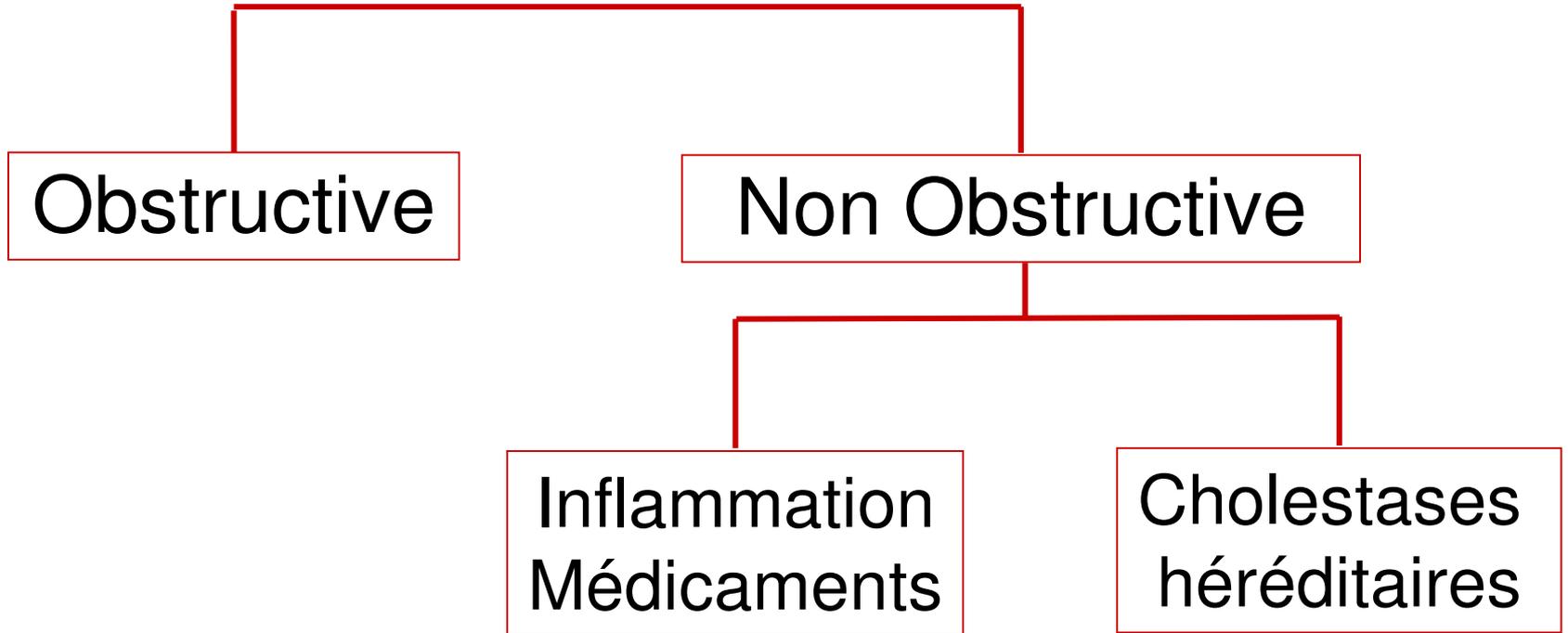
# Cas de la Cirrhose ou des Soins Intensifs

---

- Hyperhémolyse
- Insuffisance hépatocytaire
- Insuffisance rénale
- Inflammation
  - Hépatite
  - Infection bactérienne
- Médicaments
- Polymorphisme génétique

Bilirubine : intégrateur de nombreuses fonctions

# Ictère à Bilirubine Conjuguée = Cholestase

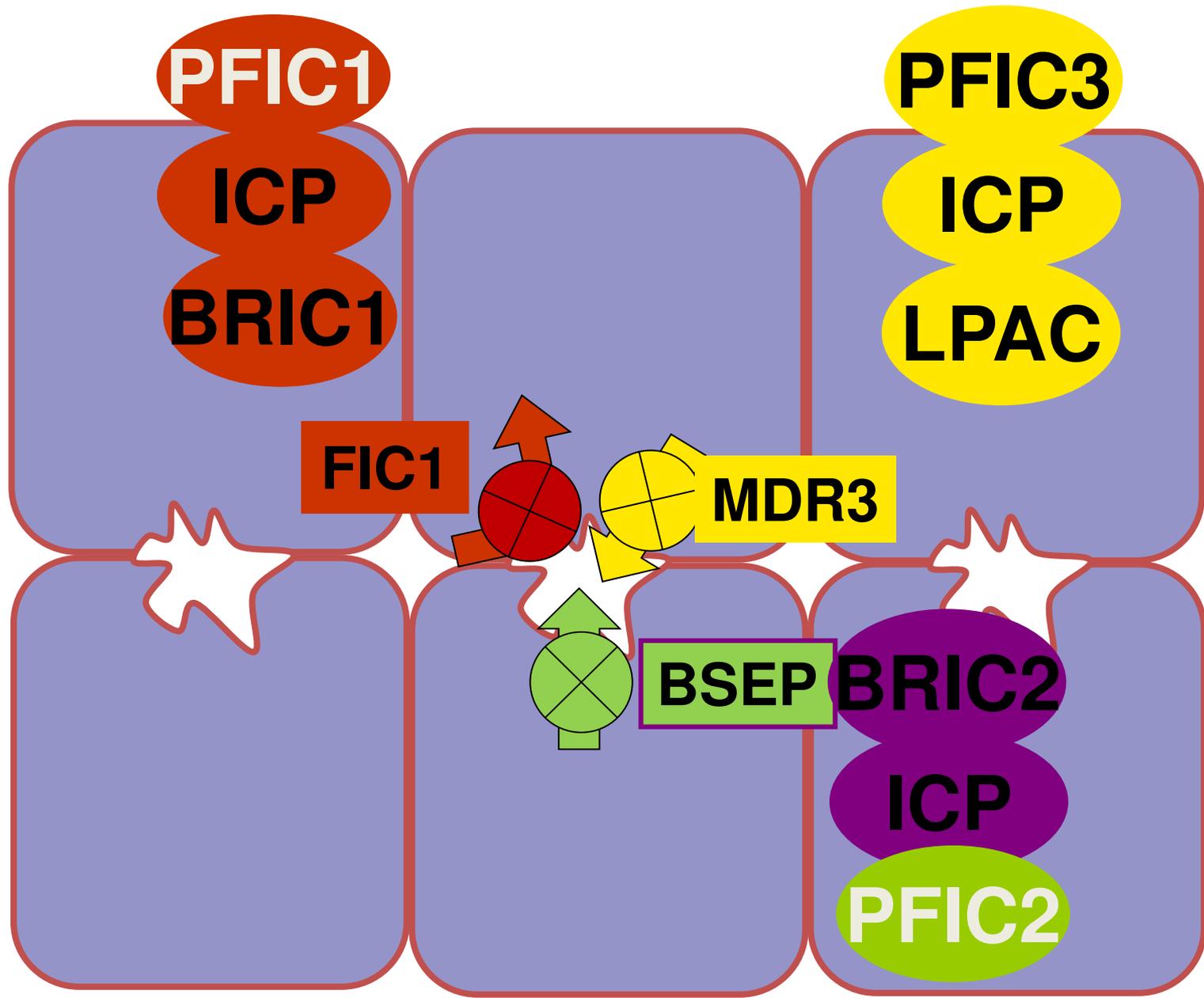


# Cholestases intrahépatiques héréditaires

---

- Cholestase familiale progressive                      PFIC
- Cholestase récurrente bénigne                      BRIC
- Cholestase gravique                                      ICP
- Lithiase biliaire    LPAC

*LPAC*: Low phospholipid associated cholestasis and cholelithiasis



# Quand adresser au gastroentérologue?

---

- Les urgences: ictère fébrile, suspicion d'hépatite alcoolique
- Obstacle avec ou sans cause identifiée après imagerie de première intention (Echographie)
- Suspicion de cirrhose
- Cholestase chronique

# Conclusion

---

- Ictère à bilirubine libre, non hémolytique:  
syndrome de Gilbert
- Urgence thérapeutique: ictère fébrile
- Ictère à bilirubine conjuguée: échographie de débrouillage