



CAT devant un ictère

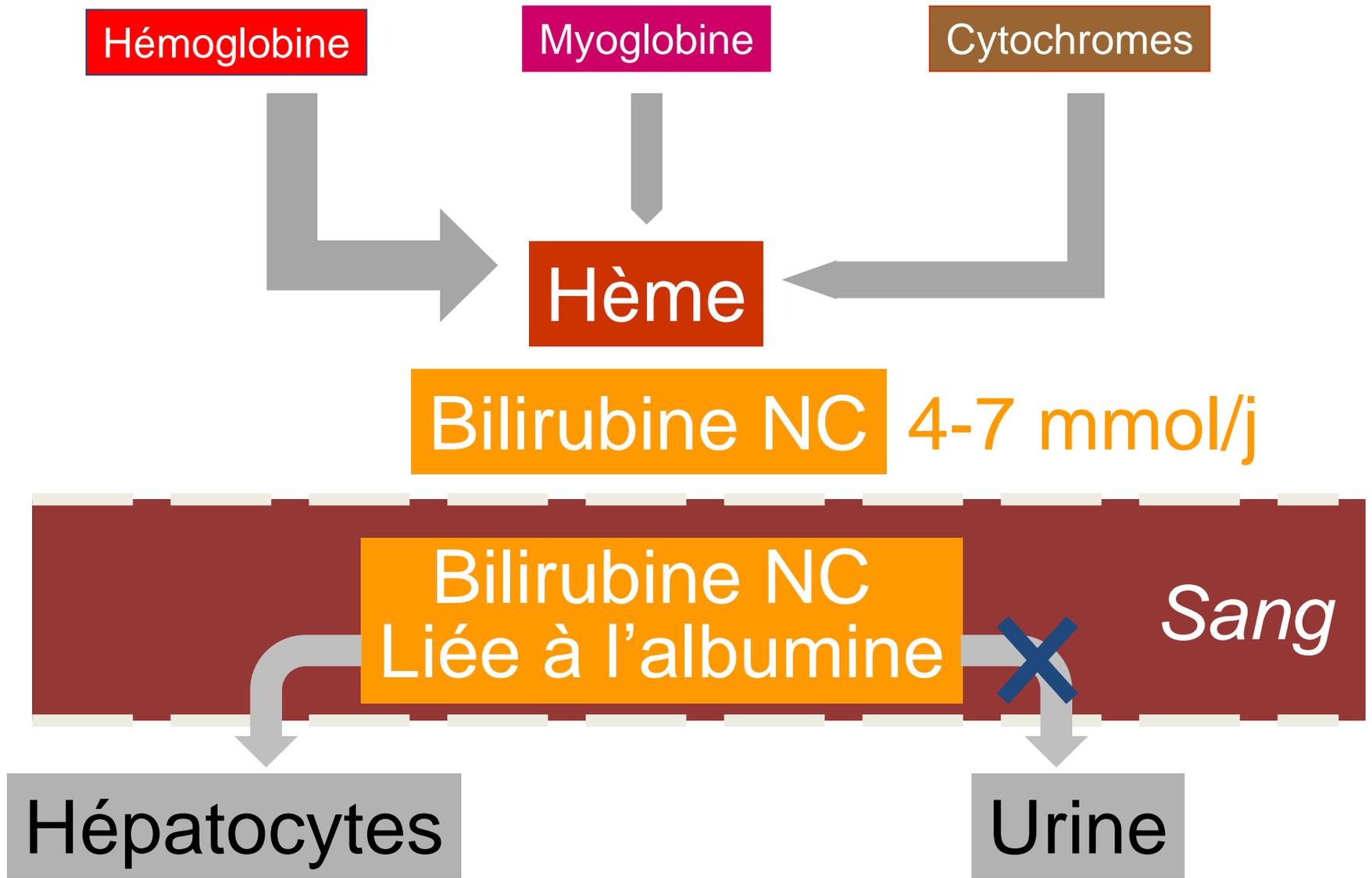
Quoi de neuf en hépato-gastroentérologie

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

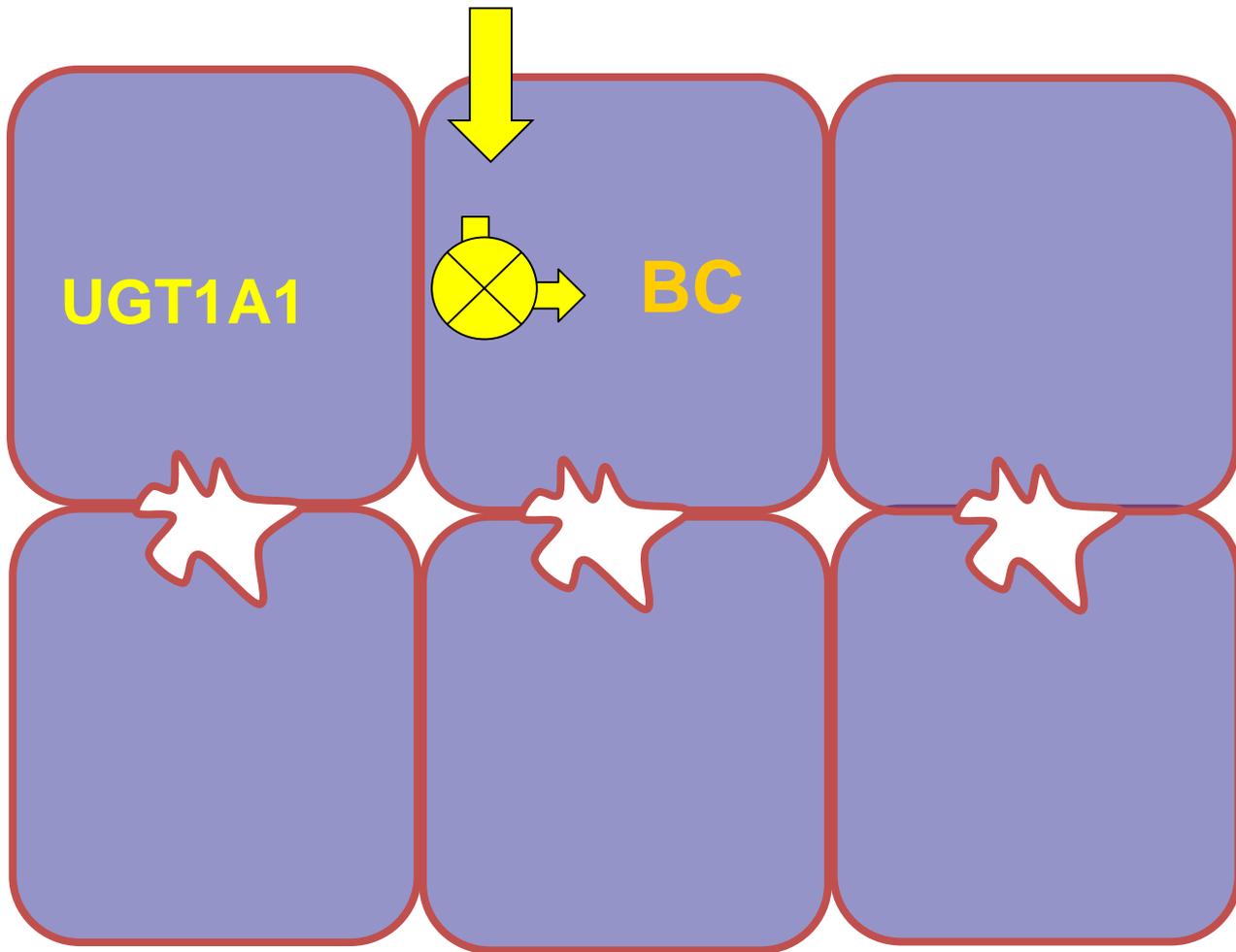
Sinusoides



BNC Bilirubine non-conjuguée

BC Bilirubine conjuguée

Canalicules



Sinusoides

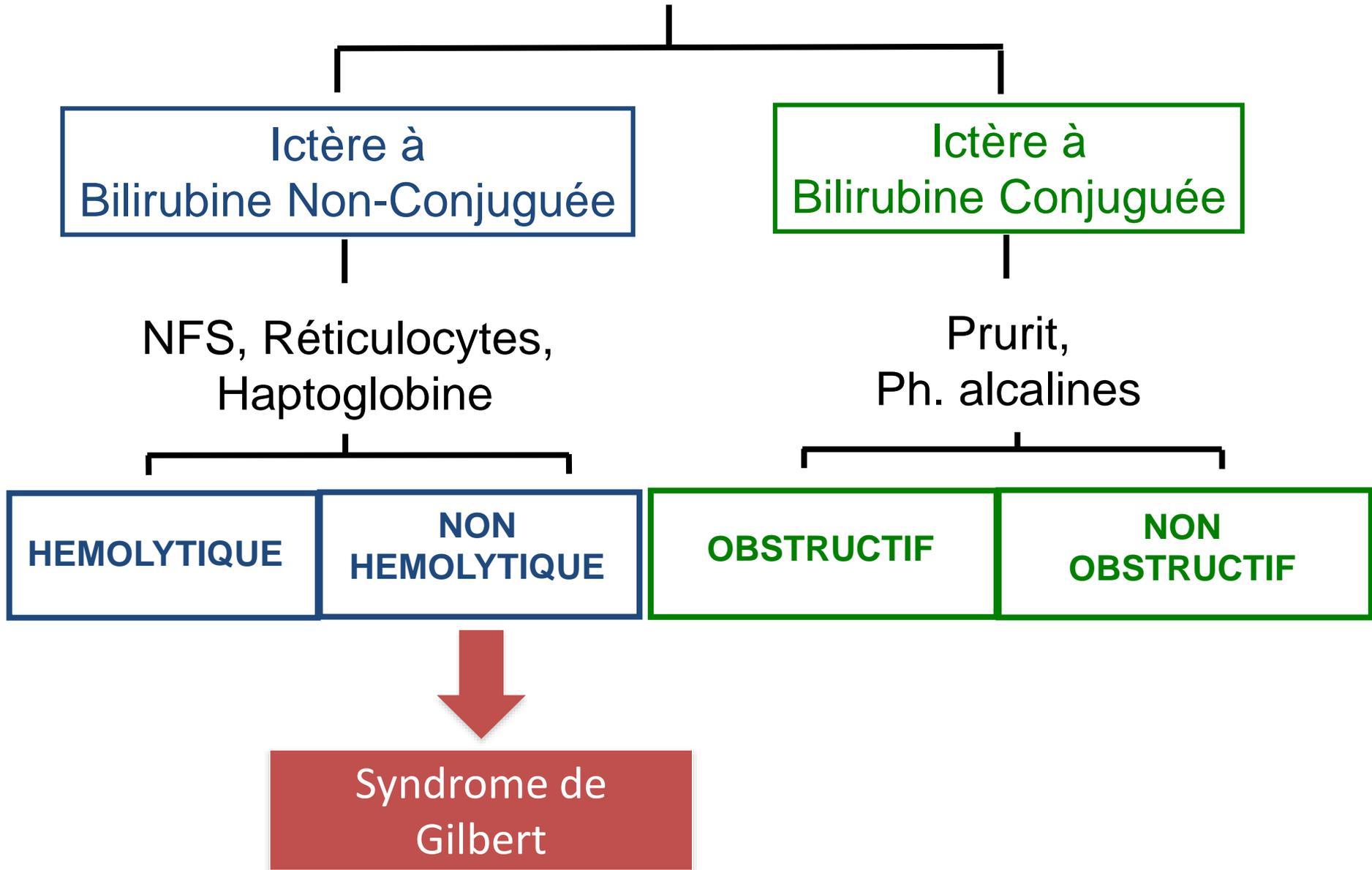


Ictère

- 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

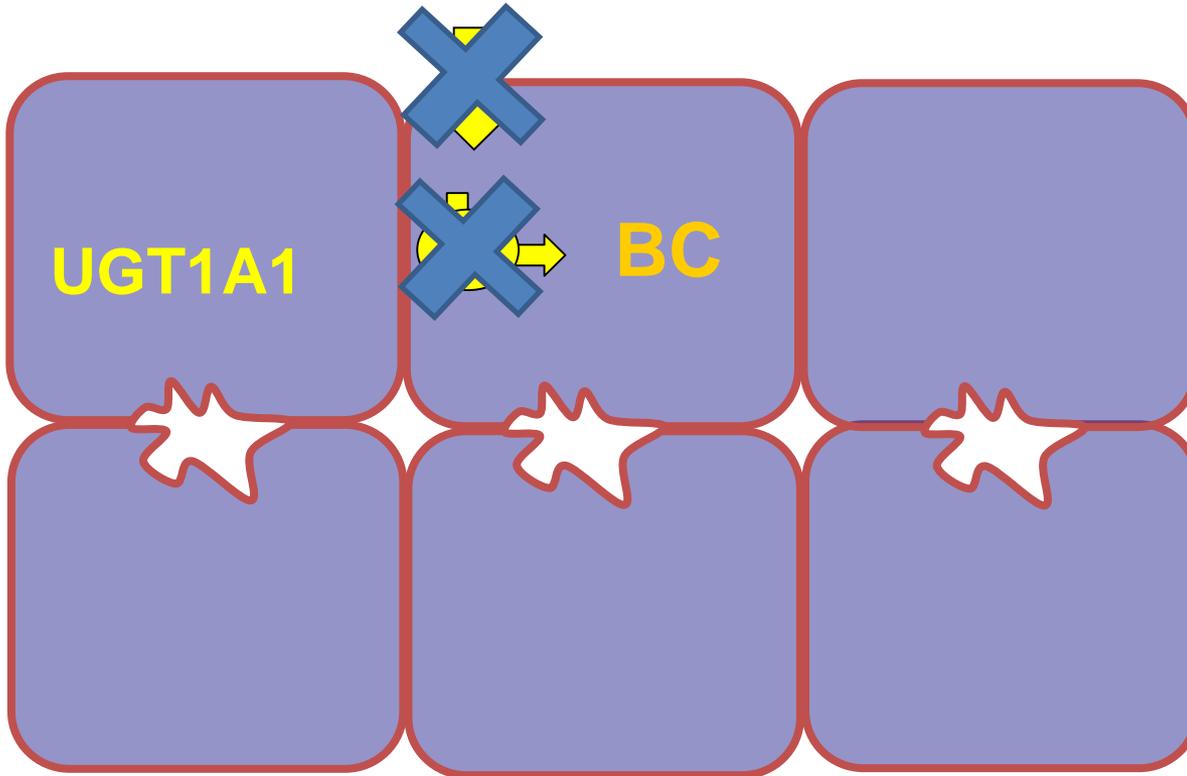
- Bilirubinémie conjuguée et non conjuguée
- Phosphatases alcalines (GGT)
- Réticulocytes, Haptoglobine, NFS

Syndrome de Gilbert

Gène
UGT1A

Autosomique récessif
Homozygote 16%
Syndromique 3%

BNC



Diminution de la
captation

Médicaments
Testosterone,
kétoconazole, indinavir,
atanazavir

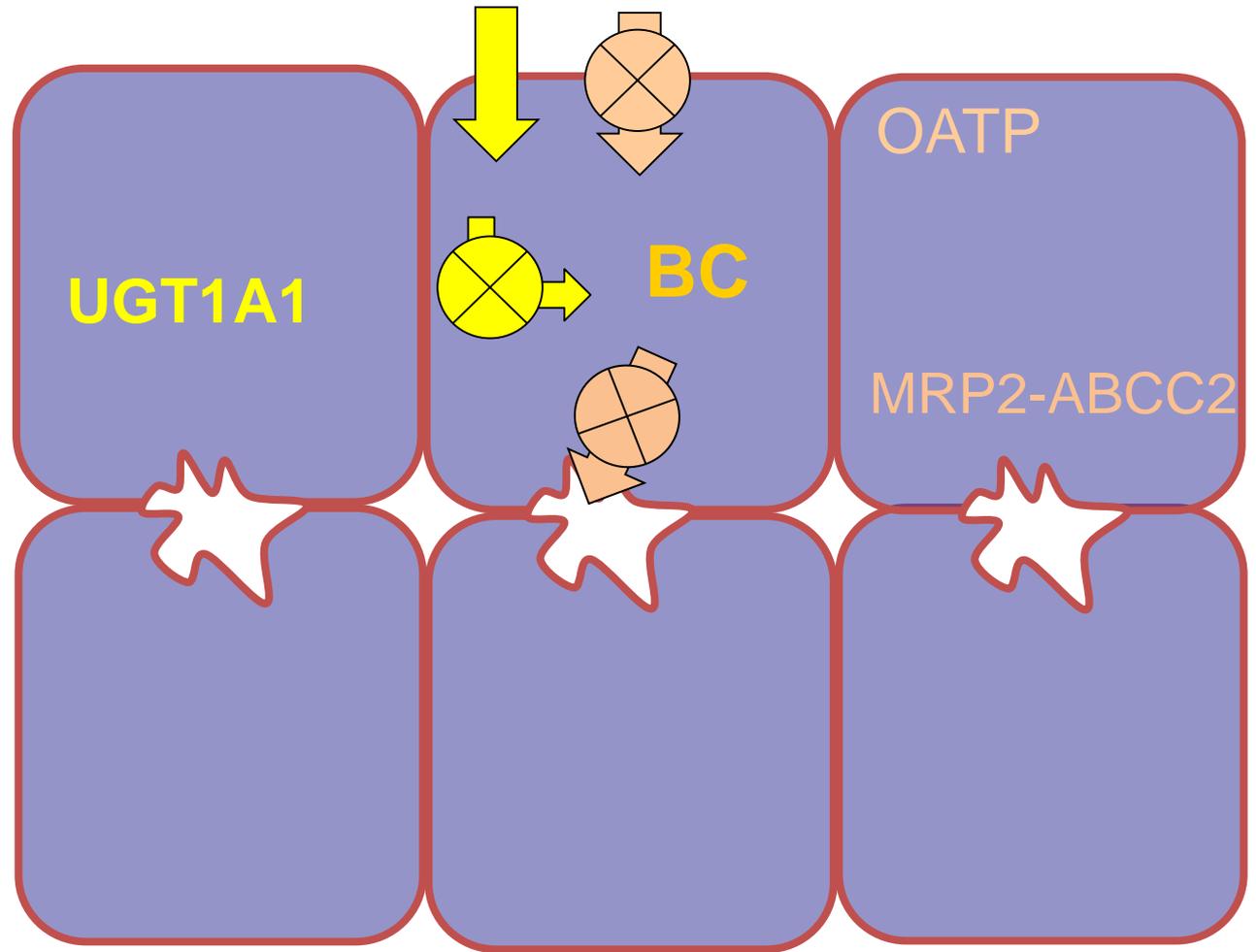
Jeûne

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



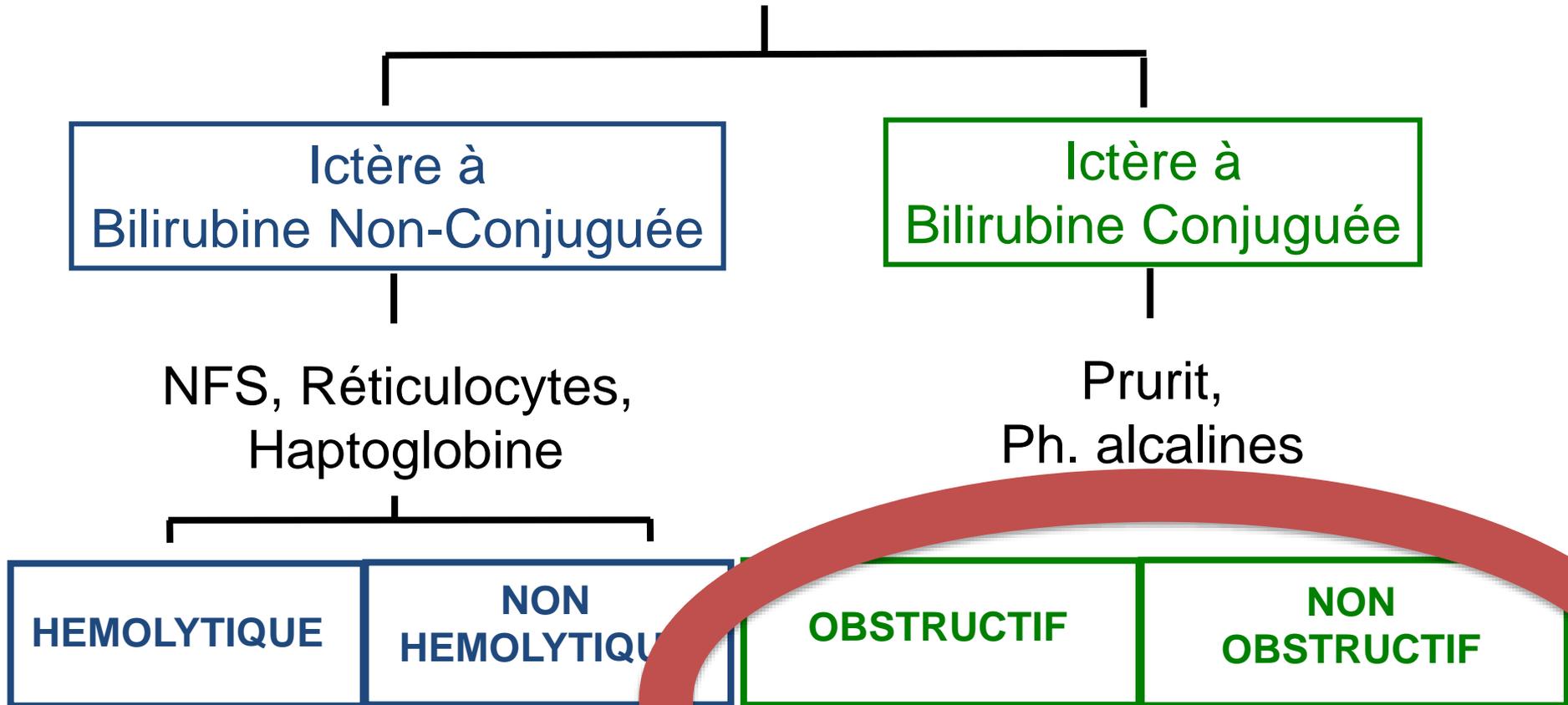
Canalicules

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 Conjugquée = 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

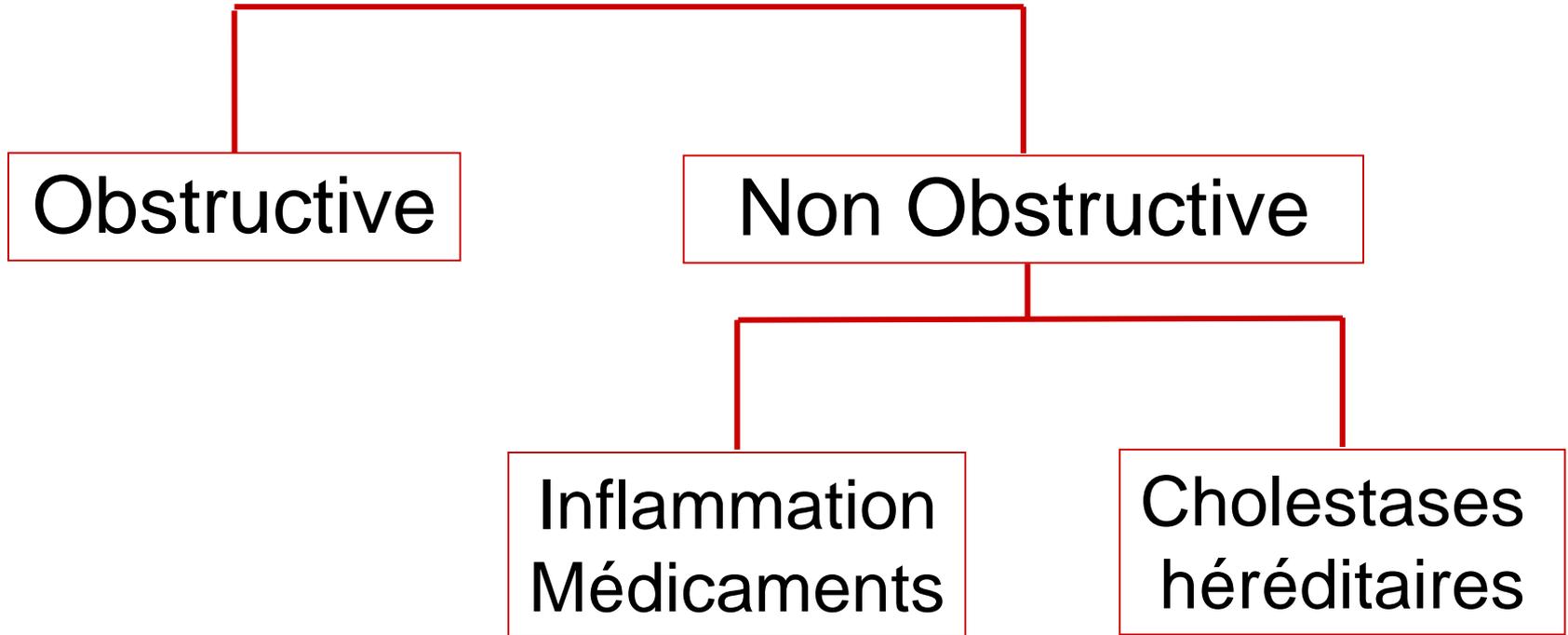
– Cirrhose biliaire primitive

– Cholangite/ductopénie
dysimmunitaires

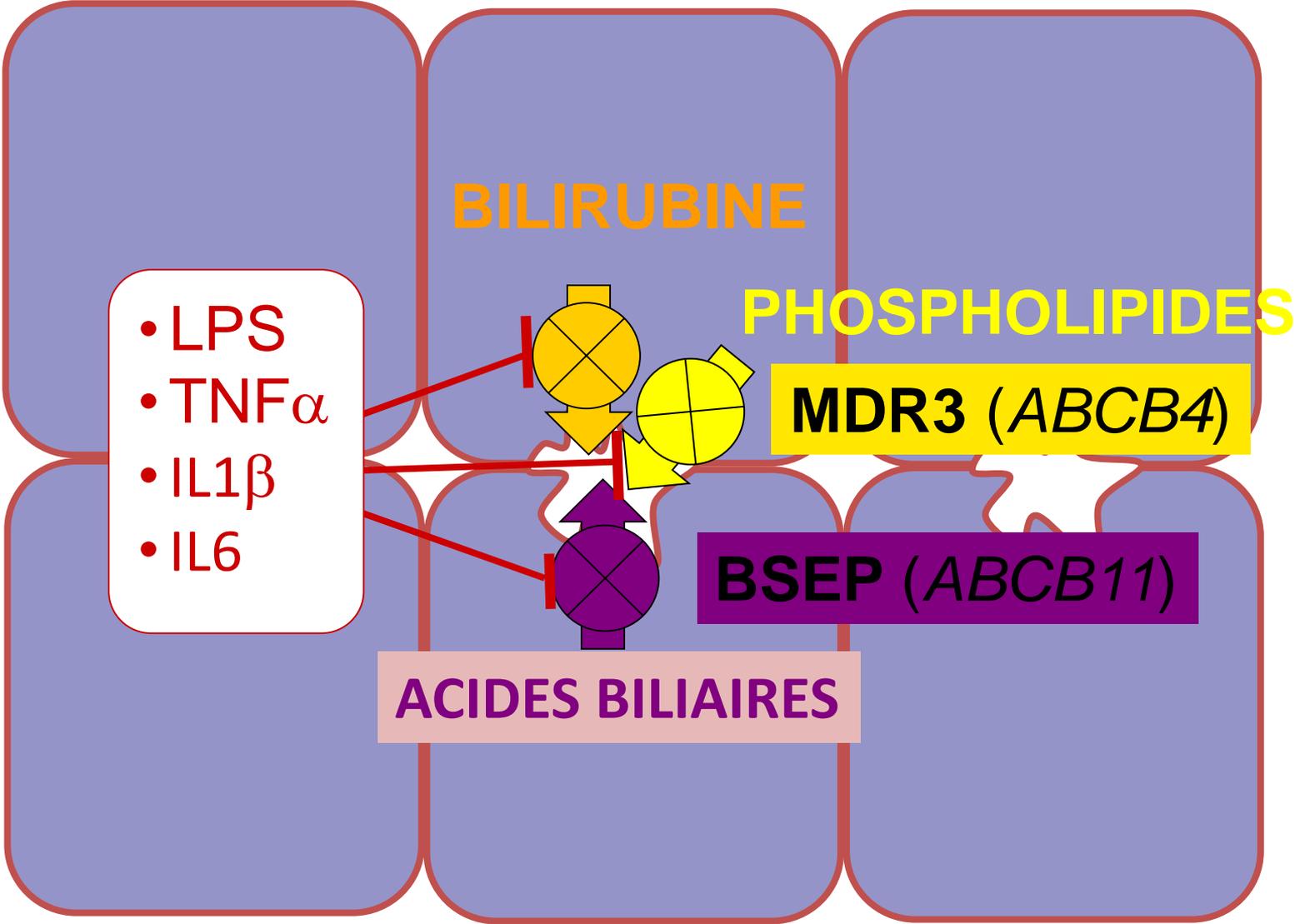
– Mutation ABCB4/MDR3

Anticorps antinoyau et
antimitochondrie

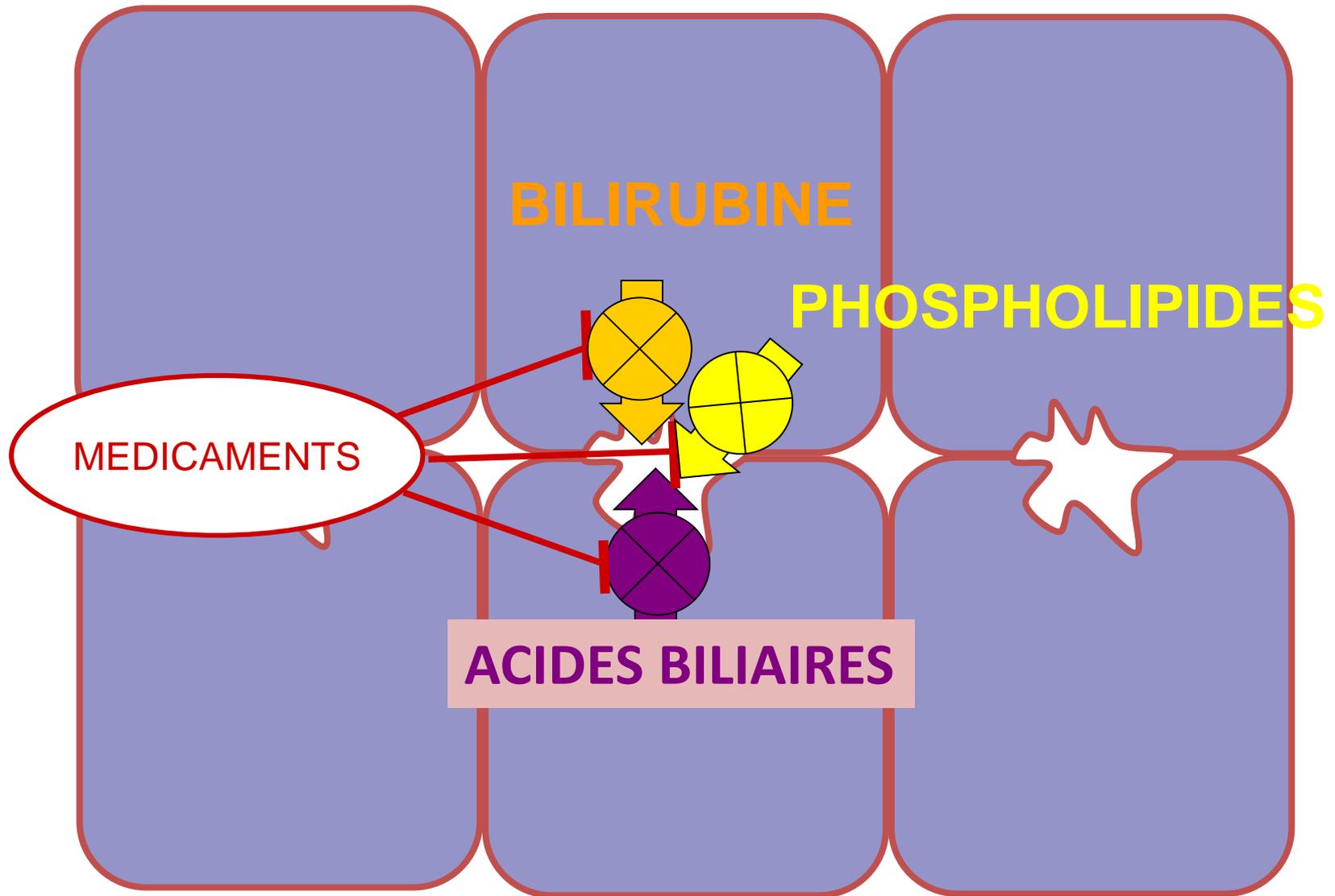
Ictère à Bilirubine Conjuguée = Cholestase



Ictère/cholestase de l'inflammation



Ictère/Cholestase médicamenteuse

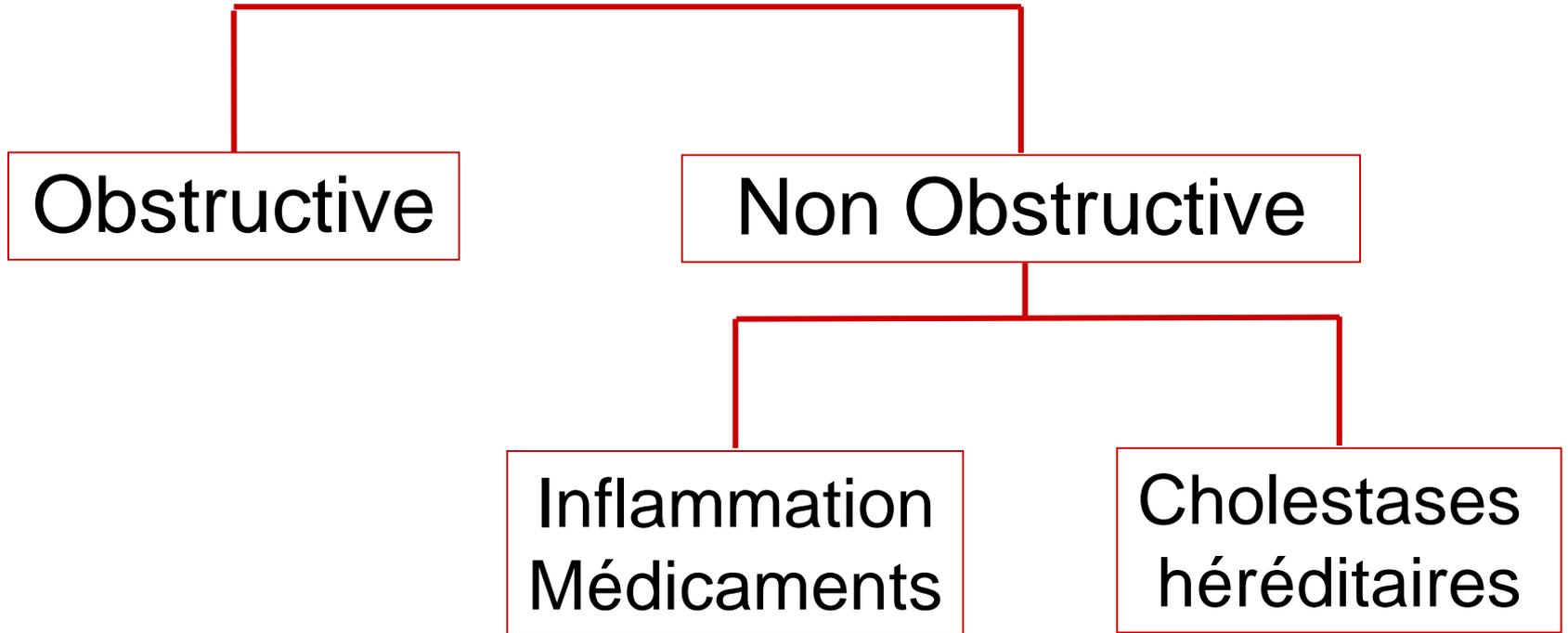


Cas de la Cirrhose ou des Soins Intensifs

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

Bilirubine : intégrateur de nombreuses fonctions

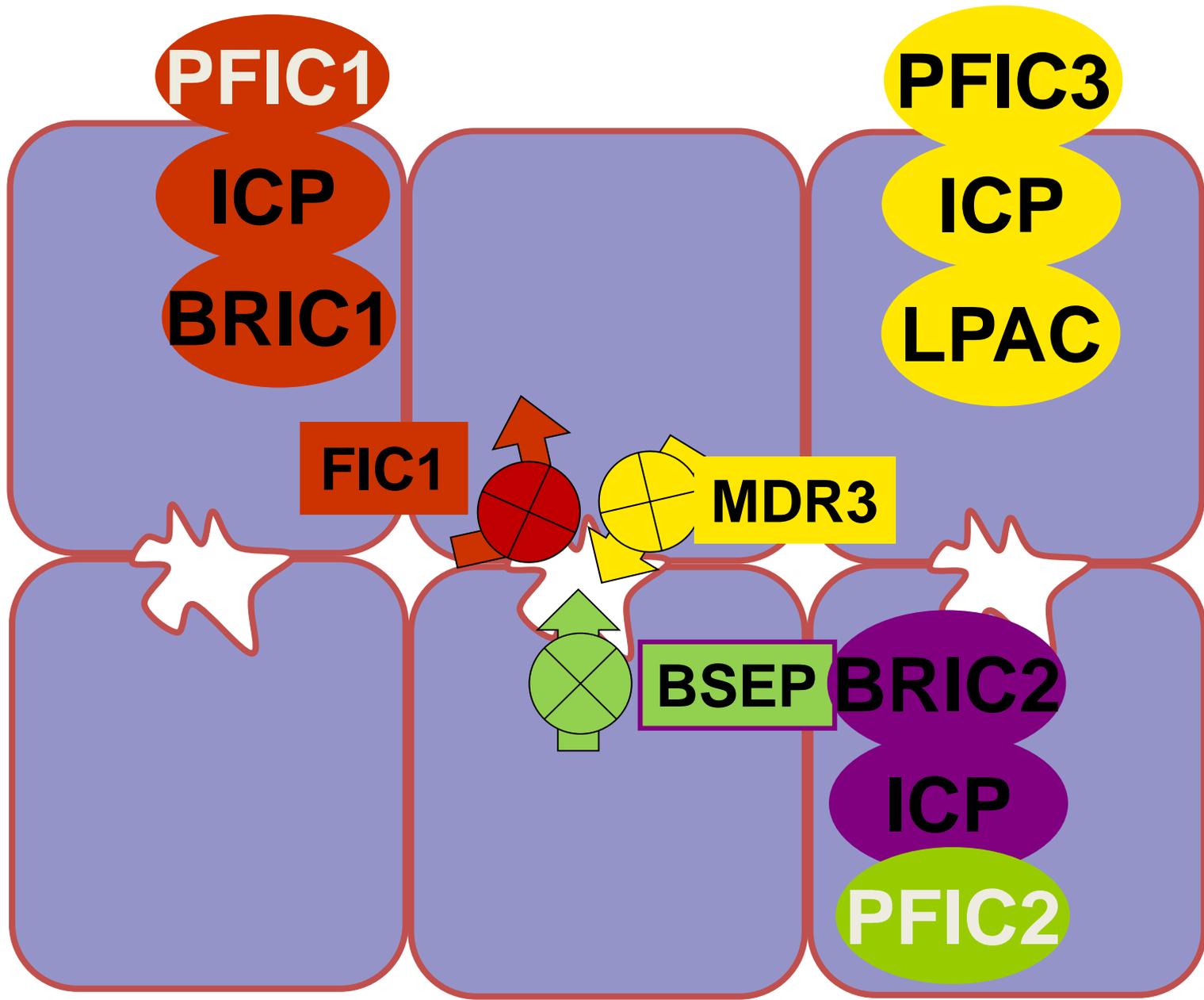
Ictère à Bilirubine Conjuguée = Cholestase



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