

**UNIVERSITE ABOU-BEKR BELKAID**  
**Faculté de Médecine de Tlemcen**

**Cours de Sémiologie chirurgicale**  
**3<sup>ème</sup> année de Médecine**  
**Année universitaire 2015- 16**

**LES ICTERES RETENTIONNELS**

**Pr A.Y.BOUAYED**

**Intérêt de la question :**

- Connaître les conséquences physiopathologiques d'unobstacle sur les voies biliaires,
- Identifier chez un malade présentant un ictère les signes orientant vers sa nature obstructive (choléstatique),
- Situer le niveau de l'obstacle à la lumière des données clinique et/ radiologique,
- Identifier les signes en faveur de la nature lithiasique, ou tumorale de l'obstacle.

## I – DEFINITIONS :

L'ictère choléstatique est une coloration jaune des téguments (peau et muqueuses) causée par une augmentation du taux de bilirubine conjuguée dans le sang due à une diminution ou un arrêt de l'excrétion biliaire à la suite d'un obstacle sur les voies biliaires. Lorsque la bilirubinémie dépasse légèrement 15mg/l, elle entraîne un subictère et un ictère franc quand elle dépasse 30mg/l.

## II – PHYSIOPATHOLOGIE : (Voir figure)

L'obstacle à l'écoulement de la bile entraîne un ensemble de perturbations anatomiques et physiopathologiques qui peuvent expliquer tous les signes cliniques et biologiques.

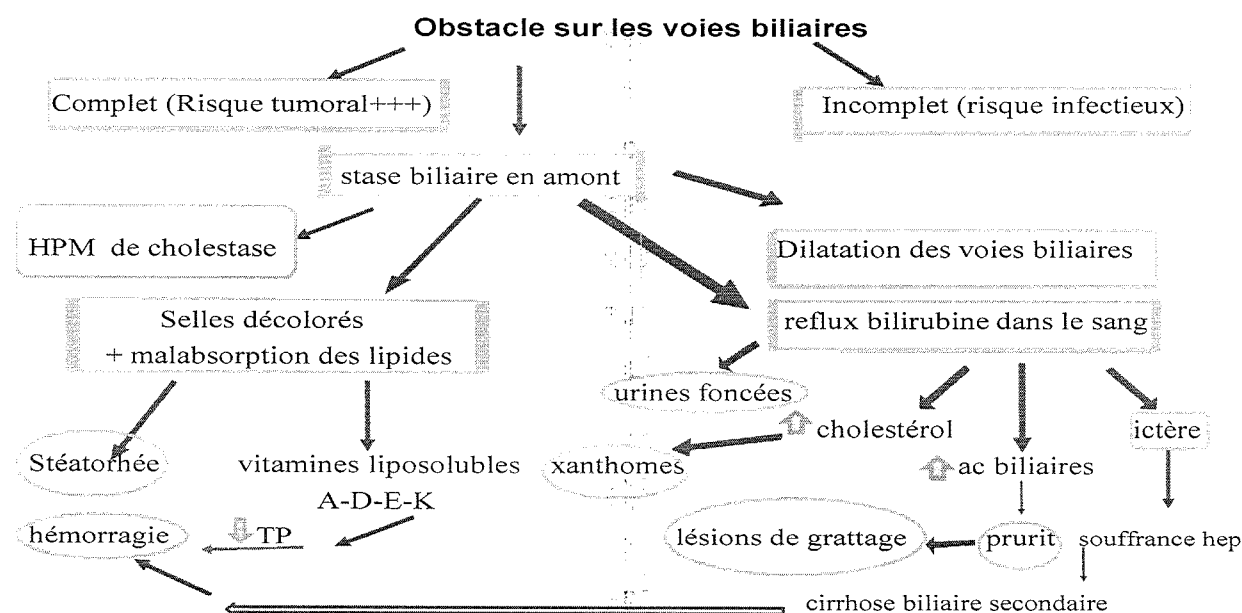
Une cholestase quelle soit extrahépatique ou intrahépatique a pour conséquence le reflux des différents composants de la bile dans la circulation systémique :

La bilirubine conjuguée formée dans l'hépatocyte (mais non encore excrétée) reflue dans les plasmas, s'accumule dans la circulation systémique (**ictère**), s'élimine dans les urines (**urines foncées**), mais n'est pas éliminée dans la bile par les hépatocytes (**selles claires**).

- Les sels biliaires : s'accumulent dans la circulation systémique (prurit), s'éliminent dans les urines (urines mousseuses) mais pas dans la bile (mal digestion avec selles grasses et carence en vitamines liposolubles).

- Le cholestérol : s'accumule dans le secteur systémique en cas d'obstacle persistant (hypercholestérolémie) : xanthomes sous cutanés.

## PHYSIOPATHOLOGIE



### III- DIAGNOSTIC POSITIF

#### A/- Diagnostic de l'ictère :

La recherche de l'ictère se fait à la vue et doit être faite sous la lumière naturelle dite du jour. En effet la lumière artificielle, la couleur jaunâtre des lunettes et des murs, des draps ou certains vêtements du patient, peuvent avoir un reflet sur le patient et lui donner un aspect ictérique. De ce fait il ne faut pas hésiter à déplacer le patient, pour éviter toute interférence et l'examiner sous la lumière du jour. L'ictère est flagrant quand il est cutané ; cependant la recherche d'un ictère débutant ou subictère se fait d'abord au niveau des conjonctives en abaissant, par appui doux, la paupière inférieure. Sa recherche au niveau des muqueuses se fait surtout au niveau sous lingual en demandant au malade d'ouvrir la bouche et de soulever la langue.

#### B/- Le syndrome clinique de cholestase :

L'obstacle sur les voies biliaires entraîne un ensemble de signes cliniques qui évoquent l'ictère rétentionnel ou chirurgical, c'est le syndrome de choléstase clinique et qui associe à côté de l'ictère

##### 1-Urines foncées:

C'est un signe important que rapporte le patient et qui sera vérifié ou recherché par le médecin en demandant au patient d'uriner dans un bocal transparent en verre clair .

##### 2-Selles décolorées:

L'absence ou la réduction du taux de bilirubine dans le tube digestif terminal donne des selles dépourvues de leur couleur jaune habituelle et prennent une couleur de pâte de farine dite blanc mastie

##### 3-Sétatorhée:

Ce sont des selles riches en graisses non digérées et ceci est du à l'absence de bile nécessaire à leur émulsion .Les selles deviennent alors luisantes et collent aux toilettes et sont difficiles à chasser.

##### 4-Prurit:

C'est un signe inconstant. Il se voit dans les obstructions quasi complètes et prolongées (cancer de la tête du pancréas, lithiase enclavée dans le bas cholédoque, traumatisme de la voie biliaire principale...) autrement c'est le cas surtout des ictères néoplasiques ou le prurit peut parfois précéder l'ictère .Le prurit est du à l'accumulation des sels biliaires dans le corps qui stimulent les terminaisons nerveuses au niveau cutané .Le malade se gratte devant le médecin ou alors ce dernier doit chercher les lésions de grattage causées généralement par les ongles.

La caractéristique du prurit ,est son caractère généralisé à tout le corps depuis la plante des pieds jusqu'au cuir chevelu .Les lésions de grattage peuvent s'infecter et donner un impétigo ou être à l'origine de lésions eczématiformes et peuvent simuler une gale.

## C/- Examen clinique :

L'examen clinique général, surtout de l'abdomen doit chercher :

-**Un gros foie de choléstase** : l'obstacle sur les voies biliaires entraîne un engorgement de bile dans le foie ; ce qui entraîne une hépatomégalie ou foie de choléstase .C'est un foie qui est augmenté dans son ensemble de façon homogène avec un bord inférieur moussu. Ces caractéristiques le distinguent d'un foie cirrhotique, tumoral ou métastatique qui est habituellement hétérogène.

-**Une grosse vésicule** : sa présence indique que l'obstacle est situé en aval de l'abouchement du canal cystique dans la voie biliaire principale. Elle se traduit cliniquement par une masse rénitente pyriforme d'allure kystique qui se projette sur l'aire de la vésicule biliaire. On palpe surtout sa partie antérieure qui correspond au fond de la vésicule biliaire .C'est une masse qui est mobile avec la respiration profonde. Elle peut être absente même si l'obstacle est situé en dessous de la convergence du canal cystique et de la voie biliaire principale et ce-ci en cas de cholécystectomie ou si la paroi vésiculaire est épaissie notamment en cas de vésicule tumorale ou scléroatrophique.

**Il est classique d'évoquer un cancer de la tête du pancréas en premier devant tout ictère retentionnel avec une vésicule palpable, c'est la loi de Courvoisier et Terrier.**

-**Des xanthomes ou xanthélasmas** : ce sont des lésions cutanées blanchâtres, légèrement surélevées dues à l'excès de cholestérol dans l'organisme .Ces lésions siègent surtout au niveau des paupières.

## D- Le syndrome de choléstase biologique : Le bilan biologique permet

de confirmer la choléstase clinique notamment en cas de subictère et de chercher les signes de souffrance hépatique.

**La bilirubinémie est élevée** surtout au dépend de **sa fraction conjuguée**. **Les phosphatases alcalines sont augmentées**, leur dosage est très intéressant surtout dans les choléstases dites anictériques. Le dosage des autres enzymes : (Gama GT, 5 nucléotidase) est peu demandées.

**Le taux de prothrombine est diminué** mais se corrige après injection de la vitamine K (test de Kohler).

## E- Sémiologie radiologique :

### 1- SEMIOLOGIE ECHOGRAPHIQUE

L'échographie est le moyen le plus simple, rapide et pas cher pour le diagnostic .

Le signe majeur est la **dilatation des voies biliaires** ;

- Quand les voies biliaires intrahépatiques (VBIH) sont dilatées elles deviennent visibles sous forme d'images **hypoéchogènes multiples et diffuses à tout le foie**.

- Quand la VBP est dilatée, elle réalise avec le tronc porte une image dite en canon de fusil.

- Le siège de la dilatation dépend du niveau de l'obstacle : Ainsi un obstacle hilair (tumeur) donnera une dilatation isolée des VBIH alors qu'un obstacle bas situé (cancer de la tête du pancréas, ampulomevatrien, lithiase du cholédoque) donnera une dilatation de la VBP, de la vésicule biliaire et des voies biliaires intrahépatiques.

- **Les obstacles tissulaires se traduisent par des images échogènes sans cône d'ombre et les lithiases par des images hyperéchogènes donnant des cônes d'ombre**).

**2 SEMIOLOGIE SCANOGRAPHIQUE (TDM):** (sans et avec injection de Produit de Contraste)

-En plus de la dilatation des VBIH et/ou des VBEH, la tomodynamométrie est plus sensible que l'échographie pour montrer la cause de l'obstacle notamment de nature

tumorale : tumeur vésiculaire, hépatique, biliaires (tumeur du hile) ou céphalopancréatique.

-La TDM permet aussi d'apprécier l'extension aux organes adjacents (viscères, vaisseaux, ganglions)

La sensibilité du scanner pour la détection de lithias cholédocienne est supérieure à celle de l'échographie.

### **V-3 SEMIOLOGIE A L'IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE : (cholangio - IRM ou bili IRM)**

-Elle permet une visualisation de la VBP normale ou dilatée. En cas d'obstacle de la VBP, notamment tumorale, la dilatation biliaire et le niveau de l'obstruction peuvent être identifiés dans la majorité des cas.

-L'identification de la cause de l'obstruction est plus difficile en raison de la faible résolution spatiale.

## **IV- DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE :**

Une fois le diagnostic clinique et ou biologique de l'ictère retentionnel posé, il faut essayer de situer le niveau de l'obstacle sur les voies biliaires et d'évoquer sa nature bénigne (lithiasique en générale), ou maligne.

### **A- L'ictère lithiasique :**

L'obstacle est le plus souvent d'installation brutale et il est incomplet sauf en cas de calcul bloqué au niveau de la partie terminale du cholédoque : on parle alors de calcul enclavé. Par ailleurs l'obstacle est dans la plupart des cas intermittent.

Ainsi **l'ictère retentionnel lithiasique est le plus souvent bruyant d'installation brutale** ; et le malade accuse des douleurs de l'hypochondre droit ou de l'épigastre type coliques hépatiques avec parfois vomissements et frissons. En effet, l'obstacle lithiasique peut entraîner une infection des voies biliaires Le syndrome infectieux fait de frissons parfois intenses et de fièvre, quand il existe, s'installe quelques heures après le début des douleurs. Puis l'ictère apparaît .**La succession de douleurs, fièvre et ictère en 24 à 48 heures caractérise la triade de VILLARD.** Le plus souvent l'ictère régresse voir disparaît rapidement comme il était apparu .C'est ainsi qu'il s'agit d'un ictère d'installation brutale, intermittent, variable et qui évolue sur un terrain avec conservation de l'état général.

### **B- L'ictère néoplasique :**

#### **1- mécanisme de l'ictère :**

Le cancer entraîne un blocage de bile au niveau des voies biliaires extrahépatiques par envahissement ou compression de la lumière biliaire Le cancer bloque la voie biliaire principale progressivement, sans régression et de façon complète et rapidement définitive.

#### **2- signes cliniques :**

**Ainsi l'ictère s'installe progressivement et évoluant en un seul tenant, sans rémission** (sauf en cas de nécrose tumorale qu'on peut voir dans les tumeurs de l'ampoule de VATER (ampulomesvaterien).L'ictère devient de plus en plus intense et vire vers le vert. Le prurit presque constant s'intensifie de jour en jour. Les signes infectieux sont rares contrastant avec une stase biliaires et une dilatation volumineuse des voies biliaires et ce-ci est du au caractère complet de l'obstacle qui empêche l'ascension des germes intestinaux dans les voies biliaires. L'état général s'altère avec l'évolution.

### 3- diagnostic topographique :

La tumeur entraîne une dilatation des voies biliaires en amont, ce qui permet de localiser le niveau de l'obstacle.

Ainsi la tumeur de hile donne l'impression d'une dilatation isolée des voies biliaires intrahépatiques. La VBP et la vésicule biliaire ne sont pas dilatées.

Le cancer de la tête du pancréas est responsable d'une dilatation en amont qui intéresse la VBP extrahépatiques, la vésicule biliaire et les VBIH. L'association d'un ictère rétentionnel progressif sans rémission et d'une vésicule palpable correspond à un cancer du pancréas jusqu'à preuve du contraire (loi de COURVOISIER ET TERRIER).

Lorsqu'on est devant le même tableau clinique avec une VBP visible sur tout son trajet, et sans masse pancréatique évidente, il faut évoquer une tumeur de l'ampoule de VATER ou ampulomevaterien.

Le calculo-cancer entraîne une dilatation des VBIH et de la convergence. La VBP sus et rétro pancréatique n'est pas dilatée. La vésicule biliaire, quand elle est palpable, est ferme voire manifestement tumorale. Ailleurs, c'est à l'échographie qu'on évoque le diagnostic devant une vésicule à parois épaissies et à contenu tissulaire associé ou non à des calculs.

### C-Autres étiologies :

**-Le kyste hydatique :** il entraîne un ictère beaucoup plus par rupture ou fissuration dans les voies biliaires intrahépatiques, que par compression de la VBP. Le contenu du kyste, fait de vésicules filles et de membranes hydatiques envahit la VBP et gêne l'évacuation de la bile. Les signes infectieux sont le plus souvent présents. Le patient peut présenter une masse hépatique palpable correspondant au KHF. L'état général est le plus souvent conservé.

**-Le traumatisme de la VBP :** le traumatisme peut être dû à une plaie de la VBP. Il s'agit alors, le plus souvent, d'anciens malades opérés pour une vésicule lithiasique ou pour autre pathologie et qui avaient des suites opératoires anormales faites essentiellement de fuite biliaire dirigées ou non par des drains. L'ictère s'installe progressivement et sans altération de l'état général après le tarissement de la bile. Quand le traumatisme est dû à une ligature de la VBP, le patient présente des douleurs post-opératoires progressives avec un ictère de plus en plus intense.

-Caillots de sang dans la VBP (hémobilie), parasitose (ascaris), dilatation kystique du cholédoque, oddite ...etc.

## IV- DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel se pose avec tous les autres ictères dits médicaux (hépatitique, hémolytique...). La clinique (syndrome grippal, asthénie), la biologie et surtout l'absence de dilatation des voies biliaires intrahépatiques sont contre l'ictère rétentionnel.

Il ne faut pas prendre toute coloration anormale de la peau pour ictère : La pâleur par exemple, due à une anémie chronique (notamment une insuffisance rénale), à une insuffisance hypophysaire ou à une hypothyroïdie...

Les lésions de grattage peuvent être également confondues avec une gale, un eczéma ou un impétigo..

## V- EVOLUTION:

Non traitée, la choléstase entraîne des complications aiguës à type d'angiocholite aiguë et ou des complications chroniques à type de souffrance hépatocellulaire avec des signes de cytolyse qui évoluent vers la cirrhose biliaire dite secondaires avec toutes les complications connues de celle-ci. Cette dernière régresse avec la levée de l'obstacle.