

PETIT CONCOURS DIAGNOSTIQUE

Cas 1. Chirurgien hospitalo-universitaire de 55 ans en bonne santé. Survenue brutale de céphalées, de douleurs articulaires et musculaires, d'un ictère et de vomissements, sans fièvre. ALAT 30 puis 100N ; ASAT 15 puis 40N ; bilirubinémie 230 puis 510 $\mu\text{mol/L}$; facteur V 75% puis 58% ; CRP 13 mg/L ; leucocytes 4 530/ mm^3 . Aucun voyage récent hors Europe occidentale. Les tests étiologiques donnent les résultats suivants : VHA IgG (+), IgM (-) ; VHE IgG (+), IgM (-) ; AgHBs et IgM antiHBc (-) ; Ac antiVHC et PCR-VHC (-) ; PCR-HSV (-) ; Ac antiVIH (-) ; Ac antinoyaux et antitissus (-) ; γ -globulines 10g/L ; céruloplasminémie 380 mg/L ; ferritinémie 3 530 ng/mL.

Cas 2. Homme de 19 ans. Ictère néonatal transitoire. Parents cousins au 1^{er} degré. Mère ayant eu un prurit lors de la prise de Stédiril, sans récurrence à l'arrêt ni au cours de ses 4 grossesses. Aucun signe clinique de maladie du foie ou des voies biliaires. Anomalies persistantes (2 ans de suivi) des tests hépatiques, de découverte fortuite : ALAT & AST 2-3N, GGT 4-6N, PAL 1,5-2,5 N. Aucun signe d'hypertension portale ni de dysmorphie hépatique. Aucun auto-anticorps décelable. Diagnostics d'hépatite B ou C, de surcharge en fer, de déficit en alpha-1 antitrypsine, de maladie de Wilson, d'intoxication alcoolique, de syndrome métabolique formellement écartés. Voies biliaires normales (cholangio-IRM et échographies). PBH : fibrose septale, prolifération cholangiolaire sans anomalie des canaux biliaires.