



2017

Un ictère briard inhabituel

Ilias Kounis (1), Marc Prieto (1), Mathieu Yver (2), Jacquot Rakotobe (3), Hatem Salloum (1), Mohamed Ali Masmoudi (1), Julien Calderaro (4), Chady Salloum (5), Christophe Locher (1) (1) Service de gastroentérologie, (2) Service d'anatomopathologie, (3) Service de radiologie, CH Meaux, (4) Service d'anatomopathologie, (5) Service de chirurgie digestive, CHU Henri Mondor, Créteil.

Un homme de 35 ans consulte aux urgences pour un ictère d'apparition récente avec prurit, urines foncées et selles décolorées accompagné d'épigastalgies. Pas de fièvre ni d'amaigrissement. Il ne présente pas d'antécédent personnel ni familial particulier. Pas de voyage récent hors de France. A l'examen clinique, il existe un ictère conjonctival avec lésion de grattage. Pas d'hépatosplénomégalie. Biologie : NFS, Plaquettes, TP, ionogramme sanguin normaux, CRP=11, Bili T/C = 50/33 μ mol/l. ASAT et ALAT =5N. GGT = 15N, PAL =4N, Albumine Nle, LDH Nles. Sérologies virales négatives (B vacciné). L'échographie abdominale retrouve une lésion hétérogène du foie gauche avec thrombose de la branche portale gauche. Pas de dilatation des voies biliaires. Angioscanner hépatique (cf cliché) IRM hépatique (Cf cliché) Une PBH est réalisée retrouvant un tissu hépatique nécrotique avec fibrose hyaline et calcifications dystrophiques. Pas de cellules tumorales. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Diagnostic, Traitement et évolution lors du congrès

[Fermer la fenêtre](#)