

## PETIT CONCOURS DIAGNOSTIQUE

**Cas clinique 1.** Homme de 52 ans, traité efficacement depuis 1993 pour une infection par le VIH par trithérapie antirétrovirale. Aucune affection opportuniste, ni co-infection par le VHC ou le VHB. Absence de surcharge en fer, d'Ac anti-tissus, de déficit en a1-AT, ou de maladie de Wilson, de consommation d'alcool ou de syndrome métabolique. Rupture de varices œsophagiennes en décembre 2005. Thrombose portale et mésentérique supérieure en novembre 2006. Atrophie du foie droit. Hypertrophie du foie gauche et de la rate. NFS normale (plaquettes 140 000/mm<sup>3</sup>). Transaminases, bilirubinémie, albuminémie et taux de Quick normaux. GGT 5N, PAL 2N. Ac anticardiolipide 19 UGPL (N<10), sans anticoagulant lupique ni Ac anti-b2 glycoprotéine-1. Antithrombine 100%, protéine C 140%, protéine S 53%. Facteur V Leiden, mutation du FII, et V617F JAK2 absents. Absence de clone HPN.

**Cas clinique 2.** Homme de 31 ans en bonne santé jusque là, sans facteur de risque d'hépatopathie. Fièvre (39°C) sans foyer patent pendant 15 jours ; administration de b-lactamines. Puis admission pour forte asthénie, ictere, température 37,4°C, hypotension artérielle (90/60 mm Hg), insuffisance rénale aiguë. Leucocytes 12 300/mm<sup>3</sup>, plaquettes 38 000/mm<sup>3</sup> ; hémoglobine 12,5 g/dL. ALAT et ASAT 7N, GGT 4N, PAL 2N, TQ 17%, FV 35%, bilirubinémie 73 µmol/L, g-globulines 5 g/L, albuminémie 30 g/L, CRP 200 mg/L. Ac antiHBs présents. Absence d'Ac antiHBc, antiVHC et antiVIH, IgM antiVHA, antiVCA-EBV et antiCMV, Ac anti-noyaux et anti-tissus. Ferritinémie 35 000 µg/L. Hépatomégalie et splénomégalie modérées, sans signe échographique d'hépatopathie chronique ni d'atteinte vasculaire, sans adénopathies profondes. Hémocultures, ECBU : pas de pousse bactérienne. Radio de thorax : syndrome interstitiel.

1/ Diagnostic le plus probable.....

.....

### Cas 2 :

1/ Diagnostic le plus probable.....

.....

2/ Autre diagnostic.....

.....