

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 19 juillet 2016

Hôpital cantonal de Genève

## Présentation de cas cliniques

Dr S. Carballo, Prof. J. Serratrice

- 1) Un homme de 48 ans sans antécédents personnels particuliers, mais avec une notion de cirrhose hépatique avec décompensation ascitique il y a 4 mois est hospitalisé avec un ictère, une augmentation du périmètre abdominal, des oedèmes des membres inférieurs (OMI), une dyspnée et des crachats hémoptoïques.

L'examen clinique montre une tachycardie sinusale, un souffle systolique, des jugulaires turgescentes, pas d'ictère, un abdomen distendu, des OMI, une légère hypoxémie (10,9 kPa), une perturbation des tests hépatiques sous forme d'une cytolyse (4-5x la norme), un INR spontanément augmenté à 1,5, un syndrome inflammatoire avec une CRP à 113, et un BNP augmenté (pas noté le chiffre).

On évoque les causes d'insuffisance hépatique : NAFLD (Non alcoholic fatty liver disease) et NASH (Non alcoholic steato-hepatitis), les hépatites virales B et C, l'alcool, et l'hémochromatose...et aussi les causes plus rares telles les hépatites auto-immunes, cholangite sclérosante, cirrhose biliaire primitive, hépatite médicamenteuse, et maladie véno-occlusive.

L'échographie hépatique montre un foie dystrophique, sans masse, avec une veine porte perméable.

Les sérologies des hépatites et les différentes recherches immunologiques pour les causes autoimmunes sont négatives. La ferritine est normale.

L'ascite a la caractéristique d'un transsudat...Il n'y a pas de varices oesophagiennes à l'OGD (oesogastroduodénoscopie).

La biopsie hépatique (transjugulaire) montre une distension sinusoïdale compatible avec une insuffisance cardiaque droite.

Au niveau pulmonaire, le CT montre de multiples embolies pulmonaires segmentaires avec infarctus pulmonaires associés.

Il y a une suspicion de thrombus dans l'oreillette droite.

Les investigations cardiaques montrent une baisse de la fraction d'éjection (FEVG) à 40%, avec une dysfonction du VD, et une **valve aortique bicuspidie associée à une insuffisance aortique sévère**. Le thrombus de l'oreillette droite n'est pas retrouvé (cf IRM cardiaque).

Il s'agit donc d'une cardiopathie dilatée dans le cadre d'une bicuspidie aortique avec insuffisance aortique sévère.

Une chirurgie de remplacement valvulaire est indiquée mais refusée par le patient.

Le traitement essentiellement diurétique permet au patient de perdre une 20aine de kg...il va mieux...mais le pronostic reste réservé...

Deux mots sur la bicuspidie aortique qui est la cardiopathie la plus fréquente avec une prévalence de 1% dans la population générale.

#### Appareil valvulaire aortique



Bicuspide



Tricuspide  
(normal)

Elle est soit sporadique, soit autosomale dominante.

Elle peut se compliquer d'une sténose ou d'une insuffisance aortique, d'un risque d'endocardite (mais ne nécessitant pas de prophylaxie antibiotique), et d'une dilatation anévrysmale de l'aorte avec ou sans dissection.

Le risque absolu de dissection est faible, soit 1,3% mais il est 8 fois plus élevé que dans la population générale.

On tolère une dilatation de l'aorte jusqu'à 45 mm, ensuite la chirurgie de remplacement devient recommandée.

**On retiendra donc qu'une hépatopathie inaugurale peut avoir une origine cardiaque, en particulier dans le contexte d'une valvulopathie...et comme on l'a déjà dit...attention à l'arbre qui pourrait cacher la forêt...**



- 2) Le patient a 49 ans, il est corse...il présente un catarrhe oculo-nasal, une gingivite, des pieds glacés, des vomissements, une aréflexie distale, une dépilation des 4 membres, des ongles brunâtres d'apparence sale...il est asthénique, se plaint de douleurs abdominales, de vomissement, et présentera une fois des selles noires...Il s'ensuit un coma vigile et le patient décède le 5 mai à 17h49...rendant ainsi « le plus puissant souffle de vie qui eut jamais agité l'argile humaine » comme l'écrivit Chateaubriand.

Nous sommes en 1821 et le patient s'appelle Napoléon Bonaparte, et nous sommes à Ste Hélène....



...et il s'agit sans doute d'une intoxication à l'arsenic.

En réalité, il n'y a pas d'unanimité sur les causes du décès...les taux élevés d'arsenic trouvés dans les cheveux peuvent être interprétés de différentes façons...empoisonnement à l'arsenic, cancer gastrique, ulcère gastrique hémorragique...peut-être une combinaison des 3 ?

On retiendra ce commentaire d'un article paru dans Libération en 2001 (fin.[http://www.liberation.fr/societe/2001/06/02/napoleon-une-mort-tiree-par-les-cheveux\\_366782](http://www.liberation.fr/societe/2001/06/02/napoleon-une-mort-tiree-par-les-cheveux_366782) ) : pour le Dr Fornès, «Napoléon a été victime d'une intoxication chronique à dose élevée d'arsenic qui, associée à un ulcère et une tuberculose, a altéré son état général; ce sont les traitements administrés pour le soigner les jours et heures précédant la mort qui l'ont achevé : des grains de Calomel purgatif à base de mercure et du sirop d'orgeat vomitif à base d'amandes amères qui contiennent du cyanure». Le mélange mercure-cyanure sur l'arsenic aurait sonné la fin.

La conclusion de ce colloque estival c'est que le sirop d'orgeat...ça ne se mélange pas avec n'importe quoi...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)