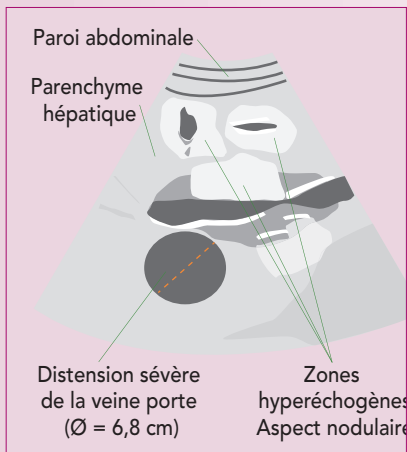


disponible  
sur [www.neva.fr](http://www.neva.fr)

Laetitia Icher<sup>1</sup>,  
Nicolas Herman<sup>1</sup>  
Marie-Noelle Lucas<sup>1,2</sup>  
Enrico Martinelli<sup>1</sup>,  
Hervé Cassard<sup>1</sup>  
François Schelcher<sup>1</sup>,  
Vincent Herry<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pathologie des Ruminants,  
ENVT, F-31076 Toulouse  
<sup>2</sup> Anatomie Pathologique,  
ENVT, F-31076 Toulouse



**1** Examen échographique du foie : altérations nodulaires hyperéchogènes du parenchyme et dilatation marquée de la veine porte (photo Pathologie des ruminants, ENV Toulouse).

Crédit Formation Continue :  
0,05 CFC par article

## une cirrhose hépatique chez un taureau de 4 ans

### 1 Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

● Les hypothèses diagnostiques sont déclinées en fonction des symptômes majeurs que sont une diarrhée d'évolution chronique à l'origine d'un amaigrissement chronique et un appétit diminué. En tenant compte des données de l'anamnèse et de l'examen clinique, ces hypothèses sont (dans l'ordre de probabilité décroissante) :

1. une infestation parasitaire sévère (strongles gastro-intestinaux notamment) ;
  2. une péritonite chronique, viscérale, altérant le transit intestinal ;
  3. une atteinte hépatique chronique sévère (dégénérative, inflammatoire ou tumorale) ;
  4. une entérite chronique "idiopathique" (lymphocytaire +/- plasmocytaire ou éosinophilique) ou un lymphome intestinal.
- Une infection par *Mycobacterium avium paratuberculosis* et une atteinte rénale (amyloïdose) sont *a priori* exclues à ce stade de la démarche diagnostique en raison des données de l'anamnèse et de l'examen clinique (sérologie et PCR sur fèces négatives pour la Paratuberculose ; absence de protéinurie pour l'amyloïdose rénale).

### 2 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) proposez-vous ?

1. Objectiver une infestation parasitaire
  - Afin d'objectiver une infestation parasitaire, une coproscopie est réalisée (méthode de flottation à l'iodo-mercurate de potassium).
  - Une infestation légère (200 opg) par des strongles digestifs est mise en évidence. Néanmoins, le degré d'infestation ne semble pas suffisant pour expliquer à lui seul les signes cliniques observés.
  - Une sérologie distomatose (Kit Fumouze® HI) est réalisée et est positive au 1/320<sup>e</sup>. Un traitement avec de l'oxyclozanide (10 mg/kg) administré par voie orale et une avermectine (0,2 mg/kg) injectée par voie sous-cutanée est donc mis en place.
2. Détecter une péritonite ou une atteinte hépatique
  - Des examens biochimiques mettent en évidence une hypoprotéïnémie ainsi qu'une hypoalbuminémie marquées (PT = 59,4 g/L ;

Alb = 20,1 g/L), probablement expliquées par la diarrhée profuse mais n'excluant pas une péritonite exsudative sévère (3<sup>e</sup> secteur) (tableau 1). Le fibrinogène plasmatique n'est pas augmenté (fibrinogène = 3,65 g/L).

● L'hémogramme indique une neutrophilie légère (GNN =  $4,29 \times 10^9/L$ ) et une éosinophilie légère (GNE =  $0,79 \times 10^9/L$ ) sans leucocytose, ni signes de toxicité de neutrophiles ou granulocytes immatures ("band cells") (tableau 1).

● L'absence d'anomalie majeure de l'hémogramme combiné à l'absence d'augmentation des globulines et du fibrinogène plasmatiques, est plutôt en défaveur d'un processus inflammatoire et d'une péritonite.

● Le bilan inflammatoire et l'hémogramme sont complétés par un dosage de l'activité des enzymes hépatiques qui montre une augmentation légère de l'activité de la CK (580 UI/L) et de l'ASAT (175 UI/L), ainsi qu'une augmentation sévère de l'activité de la  $\gamma$ GT (536 UI/L). L'augmentation des CK peut s'expliquer par la perte d'état du taureau, dont la fonte musculaire. L'augmentation simultanée des ASAT et des  $\gamma$ GT est compatible avec une affection hépatique.

● L'absence d'augmentation de la bilirubine totale plasmatique (6,5  $\mu$ mol/L) ne permet pas de conclure à une insuffisance de la fonction hépatique.

● L'échographie abdominale (MyLab™ five, sonde sectorielle convexe, 3,5 MHz) met en évidence un liquide anéchogène, en quantité abondante, qui entoure le lobe hépatique droit, indicateur d'un épanchement abdominal sévère (photo 2). Le parenchyme hépatique a un aspect hétérogène, légèrement plus échogène que d'ordinaire, avec de nombreux foyers nodulaires hyperéchogènes. La veine porte est dilatée avec un diamètre de 6,8 cm (intervalle de référence : 2,9 à 5,3 cm [4]) (photo 1), de même que la vésicule biliaire : son diamètre atteint 14 cm. Ces images sont évocatrices d'une affection hépatique chronique de type tumeur ou cirrhose.

● Une ponction échoguidée du liquide d'épanchement abdominal est réalisée dans le creux du flanc droit après une préparation chirurgicale du site et une anesthésie locale.