



2017

Une cause inhabituelle de diarrhée

Clémence Horaist, Mehdi Belhassan, Mathilde Petiet, Vincent Jouannaud, Stéphane Nahon

Patiente de 81 ans hospitalisée en urgence pour la prise en charge d'une diarrhée aigue non glairo sanglante et douleurs abdominales depuis 48h. Dans ses antécédents sont retrouvés : un syndrome dépressif traité depuis 10 ans par fluoxétine à la dose de 20 mg par jour, un lymphome folliculaire diagnostiqué en 2006 traité par plusieurs lignes de chimiothérapie et depuis janvier 2017 par idelalisib (Zydelig) à la dose 150 mg matin et soir. A l'arrivée dans le service, la patiente est apyrétique, pouls et tension normaux et poids sans modification récente du poids. L'abdomen est sensible dans son ensemble à la palpation sans défense. A l'interrogatoire : on ne trouve pas de voyage récent, pas de notion de repas à risque, pas de contagé, pas de nouvelle prise médicamenteuse. Au bilan biologique : Hb 14,2g/dl ; lymphocytes 0,4 G/L ; TP 88% ; ASAT 5.5N ; ALAT 7N ;GGT et PAL normales, ionogramme sanguin normal, créatininémie normale, albumine 25 g/L et CRP normale. Une TDM abdomino pelvienne avec injection de produit de contraste réalisé montre un épaissement de la paroi du colon (prédominant au niveau du sigmoïde) sans complication, associé à une thrombose de la veine ovarienne droite. Le bilan infectieux (coprocultures, recherche de clostridium difficile toxigène, examen parasitologique des selles, sérologies des hépatite A, B, C et E, recherche de CMV) est négatif. La rectosigmoidoscopie montre des ulcérations millimétriques multiples de la muqueuse rectosigmoïdienne avec des intervalles de muqueuse saine. Les biopsies concluent à une colite sub-aiguë chronique avec perte de la mucosécrétion, érosions superficielles et apoptose focale. Quelle est votre hypothèse diagnostique ? Quelle est votre conduite à tenir ?

[Fermer la fenêtre](#)