

Aurélie Baldolli. CHU de Caen
Arnaud de La Blanchardière. CHU de Caen
Solène Coeuret . CHG de Dieppe

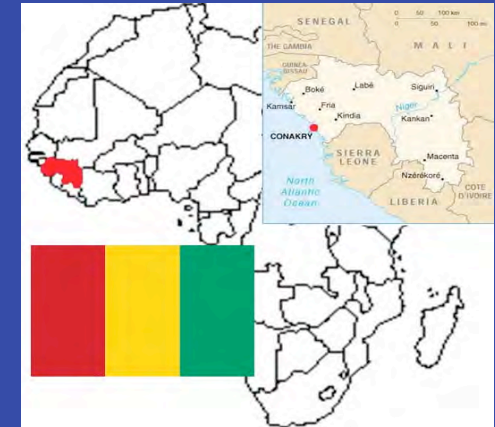
Mr C. 31 ans, originaire de Guinée Conakry
compositeur interprète,
en France, depuis 3 ans, marié, 1 enfant
rentré depuis 2 mois d'un séjour d'1 an en Guinée

ATCD : accès palustres (dernier en 2010)

Présente depuis 6 mois :
5 selles/j, liquidiennes, douleur HCD et FID,
perte de 4 kg, sans fièvre, avec sueurs

Examen clinique :

- apyrétique, EG conservé
- petite masse cæcale
- pas d'ADP ni d'HSMG
- pityriasis versicolor



Quel(s) diagnostics évoquez-vous ?

- 1. Protozoose (giardiose ou amœbose)**
- 2. Helminthose (anguillulose en particulier)**
- 3. Turista (ETEC)**
- 4. Gastroentérite virale**
- 5. Autre**

1. Protozoose (giardiose ou amœbose)
2. Helminthose (anguillulose en particulier)
3. Turista (ETEC)
4. Gastroentérite virale
5. Autre (*Crohn, tuberculose iléo-cæcale...*)

Quels examens complémentaires à visée diagnostique faites-vous ?

- 1. Coproculture**
- 2. Examens parasitologiques des selles**
- 3. Sérologie VIH**
- 4. IDR à la tuberculine**
- 5. CRP**

1. Coproculture

2. Examens parasitologiques des selles

3. Sérologie VIH

4. IDR

5. CRP

Sérologie VIH négative

3 examens parasitologiques des selles négatifs

Coproculture positive à *Campylobacter coli*

IDR + à 12 mm

CRP : 133 mg/l

Mr C. reçoit : azithromycine 500 mg/j x 5j

sans efficacité sur la diarrhée

Des signes de malabsorption apparaissent

Que prescrivez-vous ?

- 1. Quantiféron**
- 2. Examens parasitologiques des selles**
- 3. Coloscopie**
- 4. 2^{ème} ligne d'antibiotique par quinolones**
- 5. Scanner abdomino-pelvien**

1. Quantiféron (*positif*)

2. Examens parasitologiques des selles

3. Coloscopie (*...en cours*)

4. 2^{ème} ligne d'antibiotique par quinolones

5. Scanner abdomino-pelvien*

* (*Cæco-iléite et nombreuses adenopathies supra centimétriques coeliaques, mésentériques et rétropéritonéales*)

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- 1. Maladie de Crohn**
- 2. Diarrhée infectieuse à germe résistant**
- 3. Sarcoïdose**
- 4. Tuberculose intestinale**
- 5. Lymphome intestinal**

1. Maladie de Crohn

2. Diarrhée infectieuse à germe résistant

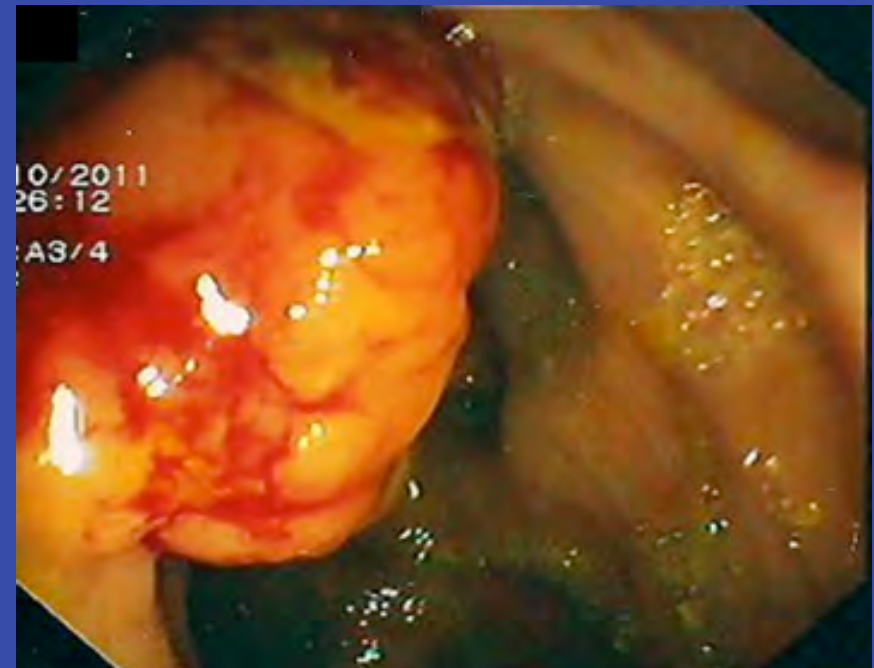
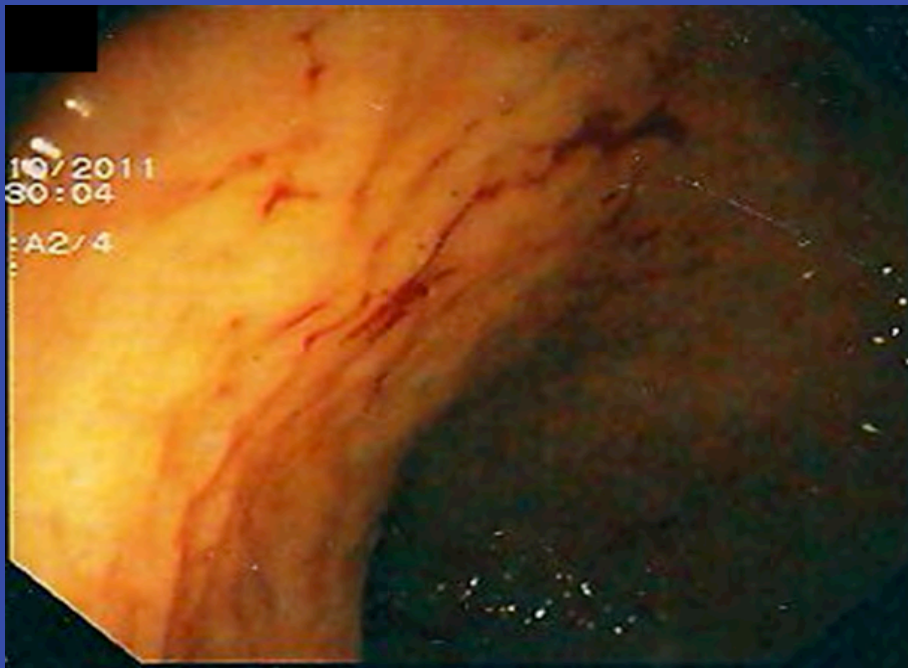
3. Sarcoïdose

4. Tuberculose intestinale

5. Lymphome intestinal

Résultats de la coloscopie :

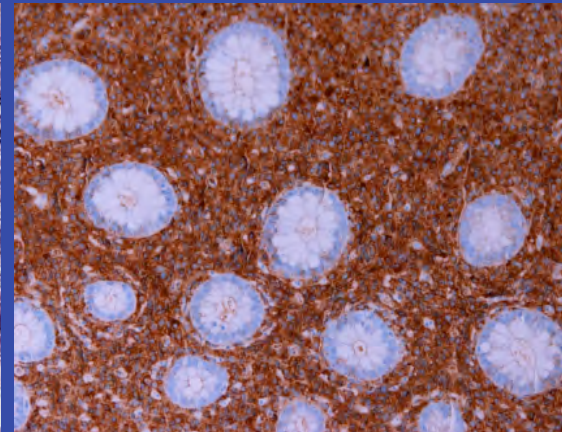
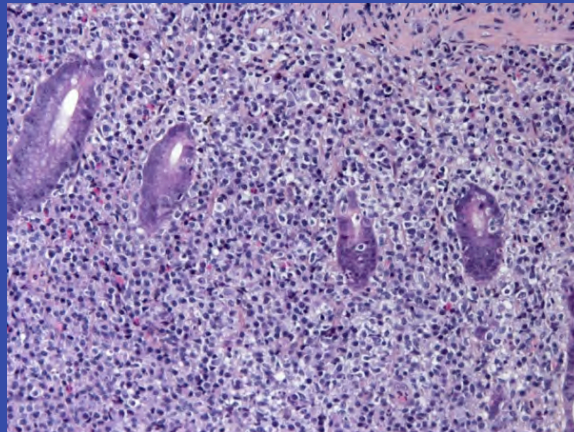
- Muqueuse colique congestive et ulcérée avec intervalles de zones saines
- Masse cæcale hémorragique, sténosant partiellement la jonction iléo-cæcale



- BK négatif examen direct, PCR et culture
- Examen histologique de la masse cæcale :
infiltration lympho-plasmocytaire dense et diffus
 - + pour CD 20 et Bcl 2
 - - pour CD 10, Bcl 6, CD 5 et CD 3
 - avec chaînes lourdes alpha sans chaîne légère lambda ni kappa
 - PCR + pour *Campylobacter coli*, - pour *Campylobacter jejuni*

= caractéristiques d'un **lymphome méditerranéen** (IPSID)
sans signe de transformation en lymphome de haut garde

HES x10 : infiltration
de la lamina propria
par des cellules
plasmatiques et des
petits lymphocytes



Immuno-
histochimie x 20 :
infiltration lympho-
plasmocytaire
exprimant la chaîne
lourde alpha

- **Nouvelle antibiothérapie de 2 mois**
 - Amox. 1gx2/j + Clarithro. 500mgx2/j + Métronidazole 500mgx2/j x 1 mois
- **Résultat paradoxal à M3**
 - Disparition de la diarrhée et diminution des douleurs abdominales
 - Eradication de *Campylobacter coli* dans les selles
 - Persistance de la masse dans la FID, syndrome de Koenig
 - CRP constante à 63 mg/l
 - TDM AP: ADP stables, épaissement cæcal stable
 - Puis extension au duodénum
- **Conduisant à un PET scan à M4**
- **Puis à une héli colectomie droite**
 - LNH à grandes cellules B (BOM N)
- **Décès en octobre 2012**
 - Malgré chimiothérapie par 3 R-CHOP
 - Puis 3 cures de R-DHAP
 - Avant de pouvoir bénéficier d'une autogreffe de CSP



IPSID et *Campylobacter* spp

IPSID (lymphome méditerranéen, maladie des chaînes lourdes alpha)

- Maladie rare, décrite en 1968 par Seligmann
- 570 cas rapportés en 2014
(grands enfants et jeunes adultes ++)
- Surtout dans les PVD (Af. du Nord, Moyen Orient)
mais sous-diagnostic
- Diarrhée chronique et douleurs abdominales
--> malabsorption
- Concerne habituellement l'intestin grêle
- Infiltrat lympho-plasmocytaire à chaînes lourdes alpha
--> LNH B

Lien avec *Campylobacter* (*jejuni* ou *coli*)

- Lien avec l'épidémiologie de *Campylobacter* (15% de portage chez les enfants des PVD)
- Déclin de l'IPSID dans les PVD avec l'amélioration de l'hygiène fécale
- Efficacité inconstante des antibiotiques à un stade précoce
- Parenté physiopathologique avec le modèle MALT- *H. pylori*
- Présence de 16S rDNA *Campylobacter* sur biopsie chez 6/8 IPSID (1)
- 2^{ème} cas d'isolement de *Campylobacter* chez un patient porteur d'IPSID (2)
- Nécessité d'un modèle animal pour compléter le postulat de Koch

(1) Lecuit M et al N Eng J Med 2004; 350: 239-48

(2) Coeuret S et al Clin Microbiol Infect 2014;20(9):908-11.
doi:10.1111/1469-0691.12545. Epub 2014 Feb 20