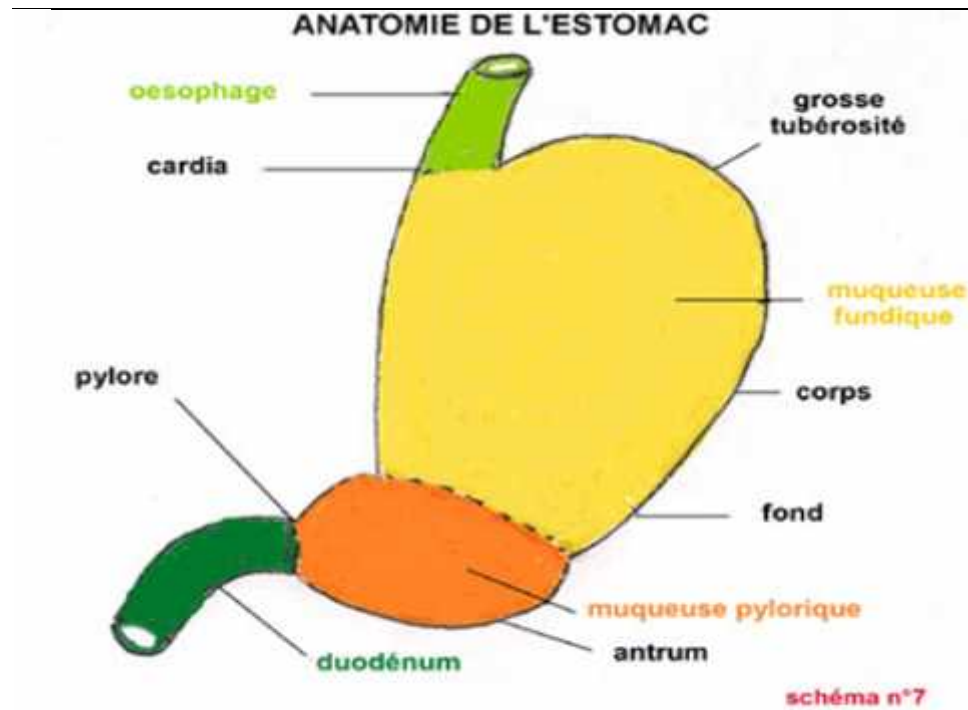
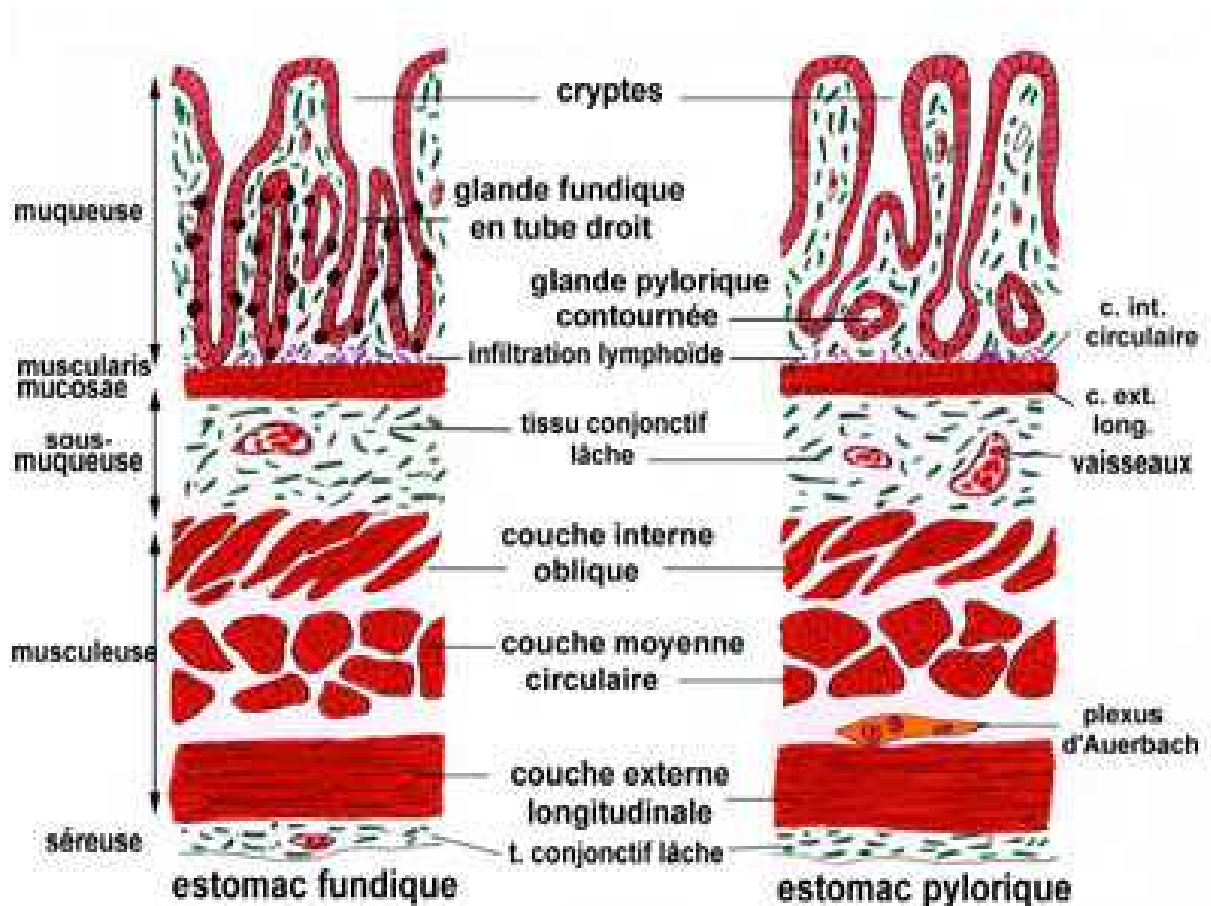


PATHOLOGIE NON TUMORALE GASTRIQUE

I-)RAPPEL HISTO-PHYSIOLOGIQUE GASTRIQUE





II Définition des gastrites : sont des affections inflammatoires de la muqueuse gastrique, dont le diagnostic est histologique. Cette définition a été rendue nécessaire par l'absence de corrélation entre les symptômes, les lésions endoscopiques et les lésions histologiques.

III-) Epidémiologie des gastrites

-Fréquence : Touche 30-50% de la population dans le monde.

-Facteurs immunologiques : le lien a été suggéré par la fréquence des pathologies auto immunes (hypo thyroïdie, vitiligo, dermite hérpétique) et par la présence des anticorps anti-cellules pariétales et anti-facteurs intrinsèques.

-Facteurs d'environnements :

-la consommation excessive du sel augmente le pouvoir mutagène des composés nitrosamines.

-la consommation des fruits et des légumes qui contiennent la vitamine C ont un rôle protecteur.

-Facteurs microbiens:

- rôle de l'*Helicobacter pylori*

- autres facteurs:

- alcoolisme

- reflux biliaire duodéno-gastrique

- après intervention chirurgicale

- radiothérapie, chimiothérapie, tabagisme, corps étrangers intra gastriques

VI-) Biopsies gastriques pour le diagnostic des gastrites

* Diagnostic :

- topographie
- étiologie
- stade évolutif

*Nombre et siège des biopsies :

- 2 antre + 2 fundus (+ 1 angle, +/-2 cardia ??)
- dans des flacons repérés, fixés dans le formol

* Colorations :-HE(S) Hémateine éosine safran

- coloration *H pylori*(*Giemsa*, *Cresylviolet*...)
- (colorations du mucus: PAS, bleu alcian
- =les cellules en bague à chaton
- = type de la métaplasie intestinale

V) LES VARIANTES DE GASTRITES

A) LES GASTRITES AIGÜES

1- Les gastrites ulcéro-nécrotico- hémorragiques : aspects congestifs et hémorragiques associés à des foyers de nécrose. l'étiologie est très diverse: les gastrites de «stress» ; les gastrites secondaires à l'administration de drogues (corticoïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens).

2- Les gastrites varioliformes: Elles ne sont pas exceptionnelles. Elles sont définies par leur aspect endoscopique - les plis muqueux sont épaissis et comportent à leur sommet des petites érosions; des lésions surélevées à centre ombiliqué.

*Histologiquement : des zones de muqueuse pratiquement normale alternent avec des zones inflammatoires; l'infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires et en plasmocytes

3- Les gastrites à éosinophiles :C'est une lésion rare, touchant le plus fréquemment l'antre gastrique. Macroscopiquement, les lésions sont diffuses, la paroi est épaissie et rigide, des lésions localisées nodulaires parfois polypoïdes.

B) LES GASTRITES GRANULOMATEUSES

1) Infectieuse

* Bactérienne:

-*Helicobacter pylori* (et *H. heilmannii*)

-phlegmoneuses (Streptocoque, Staphylocoque, BK (tuberculose), E coli...

Nécrose, régénération épithéliale, abcès cryptiques, infiltration dense de PNN

* Virale: CMV et herpès

Infection herpétique exceptionnelle, avec infection généralisée ulcérations, vésicules ,inclusions intranucléaires caractéristiques

* Fongique et parasitaire

le diagnostic dépend de l'identification de l'agent pathogène en cause; granulomes possibles

2) non infectieuses

- La maladie de Crohn
- La sarcoïdose
- La réaction à corps étrangers
- Les vascularites
- Idiopathique

C) GASTRITES CHRONIQUES

- Atrophie progressive de la muqueuse gastrique et du volume glandulaire
- Lésions évoluant de façon chronique, par poussées successives

VI) LES CLASSIFICATIONS HISTOPATHOLOGIQUES

Plusieurs classification histopathologiques ont été proposées. Quelle que soit la classification utilisée, l'analyse des biopsies doit systématiquement préciser cinq éléments :

- le type de muqueuse (fundique ou antrale)
- le grade de gastrite chronique (légère modérée, sévère)
- l'existence de signes d'activité (présence ou non de polynucléaires dans l'infiltrat inflammatoire)
- la présence et le type de métaplasie intestinale
- La présence de l'helicobacter pylori (hp)

A-)Principe des classifications des gastrites chroniques

- * Histologiques (gastrite chronique atrophique) : Whitehead
- * Etiopathogéniques et topographiques : Strickland, Glass, Kekki, Correa
- * Globales : histologiques, étiologiques, topographiques : système de Sydney, Wyatt & Dixon, Stolte,

1) Classification de Whitehead

1.1 Gastrite superficielle comprend un infiltrat interstitiel ne dépassant pas la zone inter cryptique. Elle peut être régressive ou représenter le stade de début d'une gastrite atrophique.

1.2 Gastrite atrophique : de la muqueuse associe des lésions de l'épithélium et des cryptes, un infiltrat de la totalité de la hauteur muqueuse et une atrophie progressive des glandes.

–Légère: 25%

–Modérée: 25-75 %

–Sévère : plus de 75 %

2) SYSTEME SYDNEY(SS) : Comprend deux grandes divisions :

2.1Division histologique : Fait appel à l'élément clé de la classification de White Head, comprend trois branches morphologique, topographique et étiologique.

a)-morphologique

Le système de Sydney reconnaît trois types morphologies de base : gastrite aiguë, gastrite chronique et forme spéciale.

b) Topographique: antrale, fundique, pan gastrite.

c) Etiologique : Le SS reconnaît les formes spéciales

***Non auto-immunes** :

-gastrite de type B, bactérienne (*H pylori*, *H heilmannii*)

-gastrite atrophique multifocale (MAG) (*H pylori*+ ?)

***Auto-immune** :gastrite de type A

***Formes spéciales rares** :

-gastrite lymphocytaire

-gastrite à éosinophiles

-gastrite collagène

C.1 Gastrite à *Helicobacter pylori*(HP):

Rappel: en 1983 ; Warren et Marshall (prix Nobel 2005!) : *Campylobacter pyloridis*

☞ Puis *Campylobacter pylori*, puis *Helicobacter pylori*

☞ Hôte spécifique (homme), dans un site spécifique (estomac), au voisinage de cellules spécifiques (cellules mucosécrétantes gastriques)

☞ Rôle reconnu dans les gastrites, les ulcères gastro-duodénaux, les cancers de l'estomac (adénocarcinome, lymphome)

☞ ? Rôle protecteur contre le RGO, rôle dans des maladies extra-digestives? Non prouvé

***Les moyens de diagnostic de gastrite à HP**

- Biopsies et étude histologique des lésions associées
- Test uréase
- Test respiratoire
- ELISA
- Culture
- PCR (biologie moléculaire)

***Aspect histologique de la gastrite chronique à *H pylori* :**

Helicobacter pylori

- ☞ Polynucléaires
- ☞ Lymphocytes et plasmocytes
- ☞ Follicules lymphoïdes
- ☞ Lésions épithéliales en surface
- ☞ Hyperplasie des cryptes
- ☞ +/- Atrophie
- ☞ +/- Métaplasie intestinale

C.2 Gastrite fundique atrophique auto-immune

Caractérisé par une atrophie de la muqueuse fundique et par leur remplacement par un épithélium en métaplasie intestinale (complet ou incomplète).

- antre normal (rarement gastrite à *H pylori*)

***Evolution** : l'atrophie fundique est responsable de l'achlorhydrie et de l'absence de facteur intrinsèque, ce qui donne une anémie megaloblastique de Biermer secondaire à une carence en vitamine B12 : 15-20%

présence d'anticorps anti-cellules pariétales (90%), et anti-facteur intrinsèque (50%)

le plus souvent associée à une pathologie auto-immune (thyroïdite)

*** Complications néoplasiques** : adénocarcinomes, carcinomes neuroendocrines

C.3 Gastrite lymphocytaire

Définition: purement histologique

☞ Infiltration de la surface de l'épithélium gastrique par des lymphocytes type T (CD8 +)

☞ diagnostic : entre 20- 30 LT / 100 cellules épithéliales

☞ Valeur normale dans gastrite à HP est de 2-10 / 100

1-2% des gastrites (rare)

***Cliniquement** : douleur, anorexie; perte de poids

***Endoscopiquement:** aspect normal

***Étiologie:** malconnue, selon les hypothèses, il y a des associations à la maladie coéliqua et gastrite à HP

***Evolution:**

- spontanées (rares)
- Chronicité (fréquente)

C.4 Gastrite collagène

Cette forme exceptionnelle n'a jusqu'à présent fait l'objet que de rares cas décrits dans la littérature . Comme la colite collagène et la sprue collagène, elle s'intègre dans le cadre de maladies digestives d'étiologie inconnue, caractérisées par la présence d'une épaisse bande collagène sous l'épithélium de surface

COMPLICATIONS DES GASTRITES

- *Anémie* (La maladie de Biermer).
- ulcère
- *Polypes* (Les polypes hyperplasiques et adénomateux),
- dysplasie de bas ou haut grade* (risque élevé de cancer gastrique).

VII) Gastropathie

autres affections au cours desquelles les lésions vasculaires et épithéliales de la muqueuse sont prédominantes. Il y a les gastropathies chimiques et hypertrophiques

1)Gastropathies chimiques

- Aiguë:**«gastrite ulcéro-nécrotico-hémorragique»
- Chronique** : -gastrite du moignon
- gastropathie chimique chronique sur estomac entier

2) Les gastropathies hypertrophiques

2.1.Maladie de Ménétrier (MM) : Maladie rare

- +Clinique: épigastralgie, oedème, diarrhée, hémorragie
- + biologie / exsudation proteique (hypoprotidémie) , Anémie
- +endoscopique (gros plis)
- + histologique : muqueuse épaissie aux dépens des cryptes, les glandes sont atrophiées qui sont remplacées par des cryptes longues et tortueuses, kystisées en profondeur sans cellule pariétale
- le chorion est abondant, oedémateux et congestif avec un infiltrat inflammatoire modéré
- fibres musculaires lisses provenant de la musculaire muqueuse pénétrant le chorion

2.2 .Syndrome de Zollinger-Ellison: Muqueuse épaissie sur toute la hauteur glandulaire

- Cryptes raccourcies
- Hyperplasie de la muqueuse aux dépens des glandes fundiques

Les diagnostics différentiels devant des gros plis gastriques cancer gastrique (linite plastique)

VIII-) PERTES DE SUBSTANCES GASTRIQUES

a-)Définitions

- ***L'abrasion** : destruction de l'épithélium et de la partie superficielle des cryptes;
- ***L'érosion ou exulcération** :destruction d'une partie plus ou moins importante de l'épaisseur de la muqueuse , elle respecte constamment la musculaire muqueuse.
- ***L'ulcération** : ampute la muqueuse, la musculaire muqueuse et la sous-muqueuse en partie ou en totalité, laissant indemne la musculature.

***L'ulcère** : ampute les plans superficiels précédents et la musculature, en partie ou en totalité, voire l'ensemble de l'épaisseur de la paroi (perforation).

b) Les pertes de substance aiguë

b.1-) primitives : se traduisent par des hémorragies digestives répétées et parfois incoercibles ,surviennent chez un sujet sans antécédent digestif connu , suite à:

- une gastrite ulcéro-hémorragique
- Un Syndrome de Mallory Weiss

b.2-) secondaires: chez Les cirrhotiques ,les Grands brûlés ,*en cas d'Atteinte* du système nerveux central (*accidents vasculaires ou traumatiques et tumeurs*).

C-)Les pertes de substance chronique

C.1-) définition: la perte de substance interrompant la musculature, associée à des remaniements inflammatoires particuliers (notamment fibreux)

C.2-)Macroscopie

***Siège:** le long de la petite courbure (90%), le plus souvent en zone antrale , multiple dans 5 à 10% des cas et associé alors une fois sur deux à un ulcère duodénal

***Aspect** : arrondi ou ovalaire, de 1 à 2 cm de diamètre mais pouvant atteindre 3 à 4 cm. Son fond est recouvert d'une fausse membrane jaune parfois hémorragique et ses bords sont nets.

Références

[1]R. L . Gregory, Y. Lauwers .Inflammatory Disorders of the Stomach In R. D. Odze, J. R. Goldblum .Surgical pathology of the GI tract ,liver , biliary tract and pancreas 2009;269-320.

[2] J.F.Flejou. Classification de gastrites

[3]H.El-Zimaity, R.H.Ridell. Inflammatory disorders of the stomach .In N.A.Shepherd, B.F.Warren,GT.Williams, J.K.Greenon, G.Y.Lauwers, M.R.Noveli. Morson and Dawson's gastrointestinal pathology fifth edition 2013;110-61.

[4] M.Genevay,G.Y.Lauwers. Polyps and tumor-like lesions of the stomach. In N.A.Shepherd, B.F.Warren, GT.Williams, J.K.Greenon, G.Y.Lauwers, M.R.Noveli. Morson and Dawson's gastrointestinal pathology fifth edition 2013;162-79



PATHOLOGIE NON TUMORALE GASTRIQUE

Présenté par

Dr H.BELKRALLADI

MAITRE ASSISTANTE EN PATHOLOGIE

DJILLALI LIABES UNIVERSITY



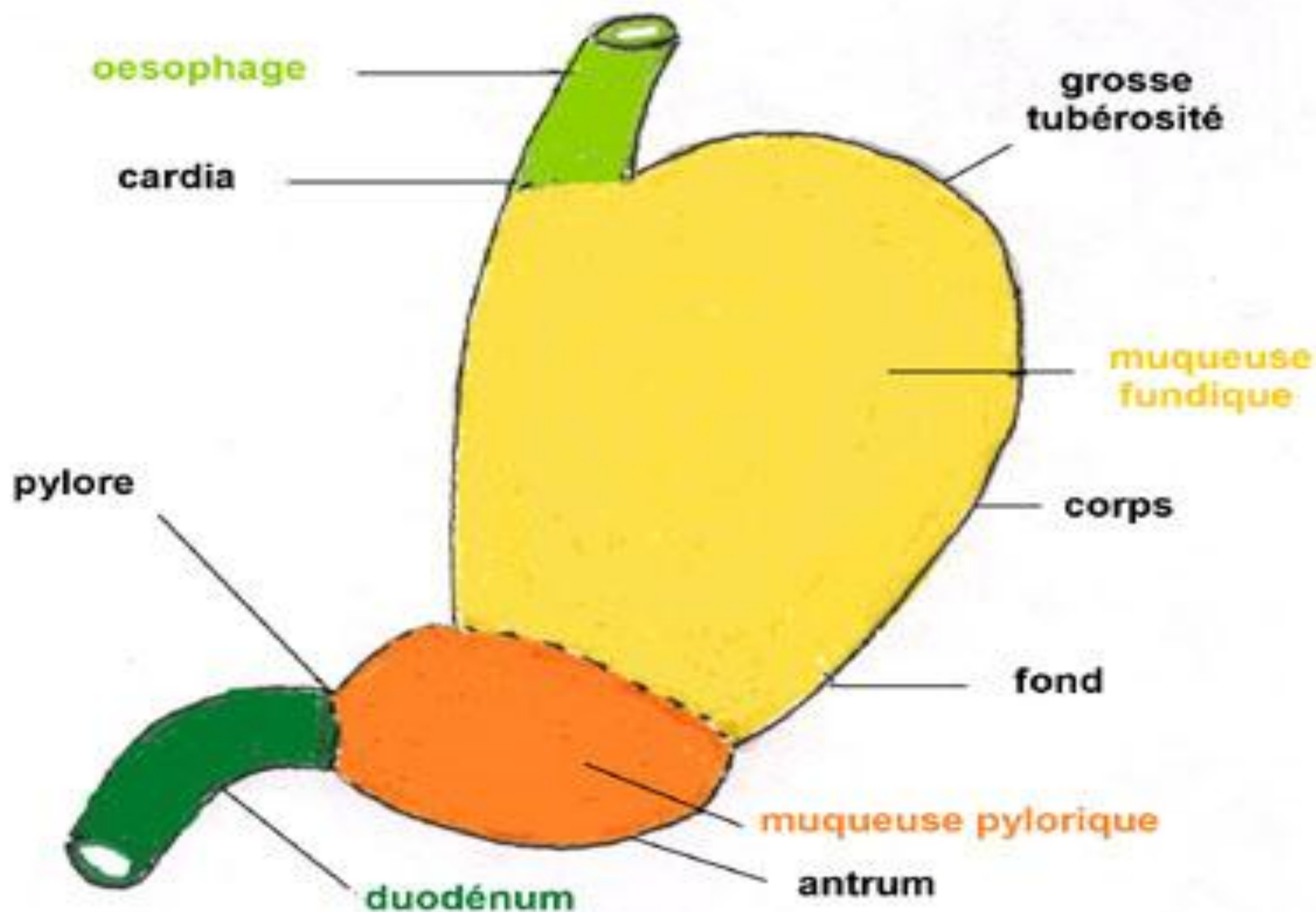
Année universitaire 2014-2015

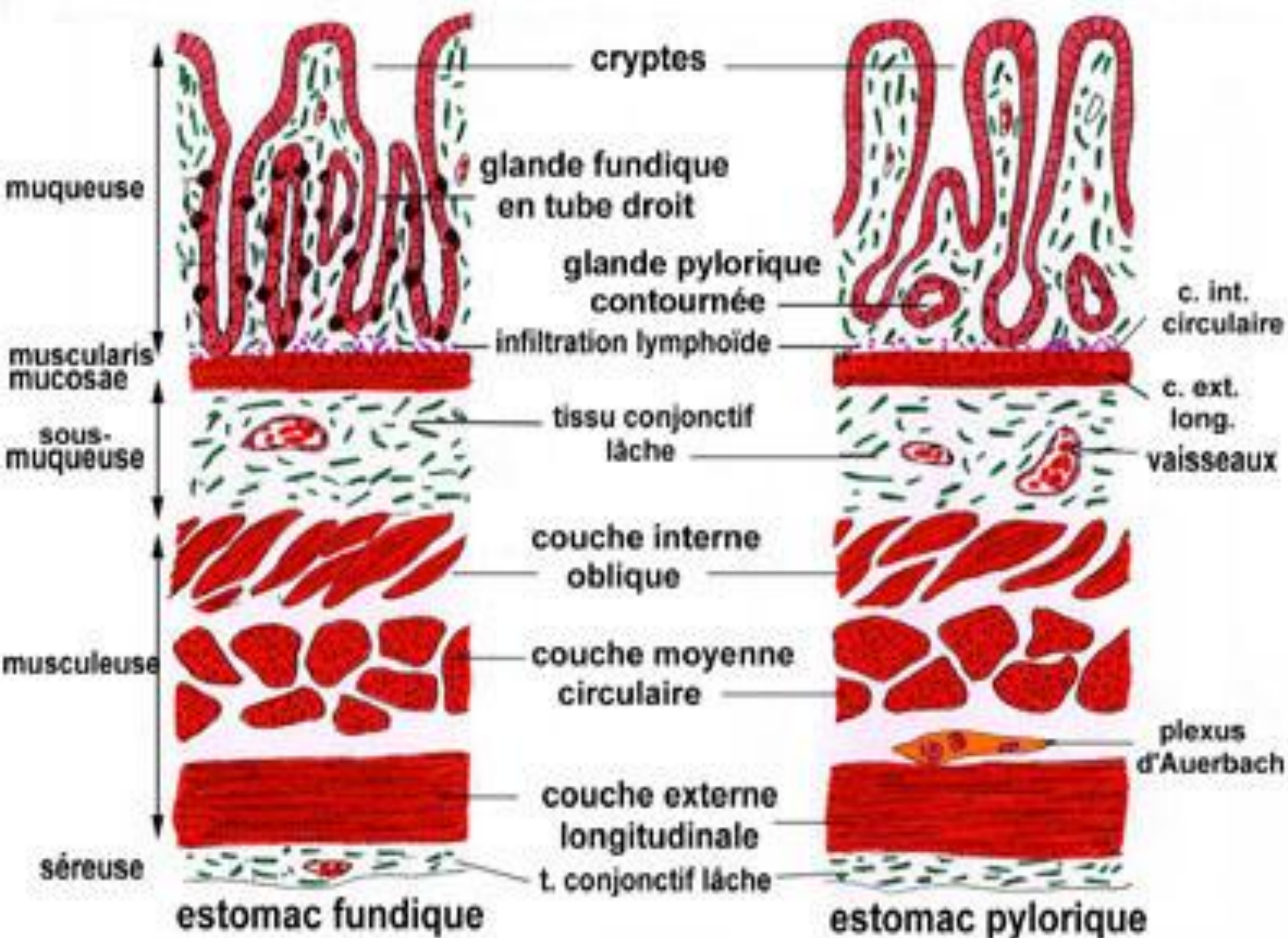


I-)RAPPEL HISTO-PHYSIOLOGIQUE GASTRIQUE



ANATOMIE DE L'ESTOMAC





un estomac normal FUNDUS



II Définition des gastrites


Gastrites :

affections inflammatoires de la muqueuse gastrique, dont le diagnostic est histologique.

Cette définition a été rendue nécessaire par l'absence de corrélation entre les symptômes, les lésions endoscopiques et les lésions histologiques.

III-) Epidémiologie des gastrites

- **Fréquence** : Touche 30-50% de la population dans le monde.
- **facteurs immunologiques** : le lien à été suggéré par la fréquence des pathologies auto immunes (hypo thyroïdie, vitiligo , dermite hérpétique)et par la présence des anti corps anti-cellules pariétales et anti-facteurs intrinsèques
- **facteurs d'environnements** :
la consommation excessive du sel augmente le pouvoir mutagène des composés nitrosamines

- 
- la consommation des fruits et les légumes qui contiennent la vit C ont un rôle protecteur
 - **facteurs microbiens:** rôle de l'*helicobacter pylori*
 - autres facteurs:
 - **alcoolisme**
 - **reflux biliaire duodéno-gastrique**
 - **après intervention chirurgicale**
 - **radiothérapie , chimiothérapie , tabagisme , corps étrangers intra gastriques**

VI-) Biopsies gastriques pour le diagnostic des gastrites

* **Diagnostic :**

- topographie
- étiologie
- stade évolutif

* **Nombre et siège des biopsies :**

- 2 antre + 2 fundus (+ 1 angle, +/- 2 cardia ??)
- dans des flacons repérés, fixés dans le formol

* **Colorations** :-HE(S) **Hémateine éosine safran**

- coloration *H pylori* (Giemsa, Cresylviolet...)
- (colorations du mucus: PAS, bleu alcian)
- . cellules en bague à chaton
- . type de la métaplasie intestinale

V) LES VARIANTES DE GASTRITES

- A) Gastrite aiguë
- B) Gastrite granulomateuse
- C) Gastrite chronique

A) LES GASTRITES AIGUËS :

1- Les gastrites ulcéro-nécrotico-hémorragiques :

aspects congestifs et hémorragiques associés à des foyers de nécrose.

l' étiologie est très diverse: les gastrites de «stress» ; les gastrites secondaires à l'administration de médicaments (corticoïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens).

2- Les gastrites varioliformes:

Elles ne sont pas exceptionnelles.

Elles sont définies par leur aspect endoscopique

- les plis muqueux sont épaissis et comportent à leur sommet des petites érosions; des lésions surélevées à centre ombiliqué.

- Histologiquement : des zones de muqueuse pratiquement normale alternent avec des zones inflammatoires; l'infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires et en plasmocytes

3- Les gastrites à éosinophiles

- C'est une lésion rare, touchant le plus fréquemment l'antrum gastrique.
- Macroscopiquement, les lésions sont diffuses, la paroi est épaissie et rigide, des lésions localisées nodulaires parfois polypoïdes.

B) Les gastrites granulomateuses

1) Infectieuse

* Bactérienne:

-*Helicobacter pylori* (et *H. heilmannii*)

-phlegmoneuses (Streptocoque, Staphylocoque, BK (tuberculose), E coli...

Nécrose, régénération épithéliale, abcès cryptiques, infiltration dense de PNN

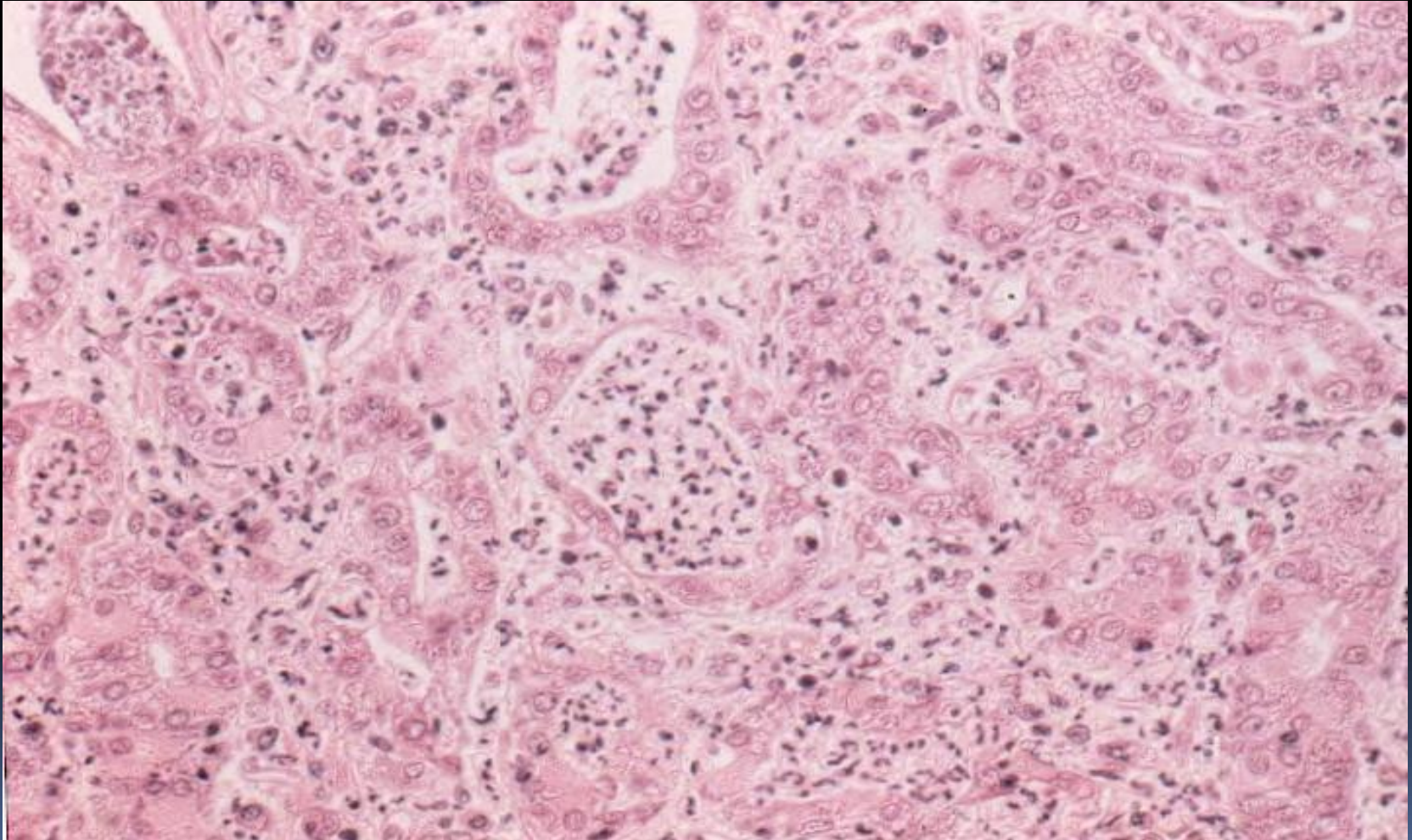
* Virale: CMV et herpès

Infection herpétique exceptionnelle, avec infection généralisée ulcérations, vésicules, inclusions intranucléaires caractéristiques

* Fongique et parasitaire


le diagnostic dépend de l'identification de l'agent pathogène en cause; granulomes possibles

Gastrite bactérienne: abcès cryptique

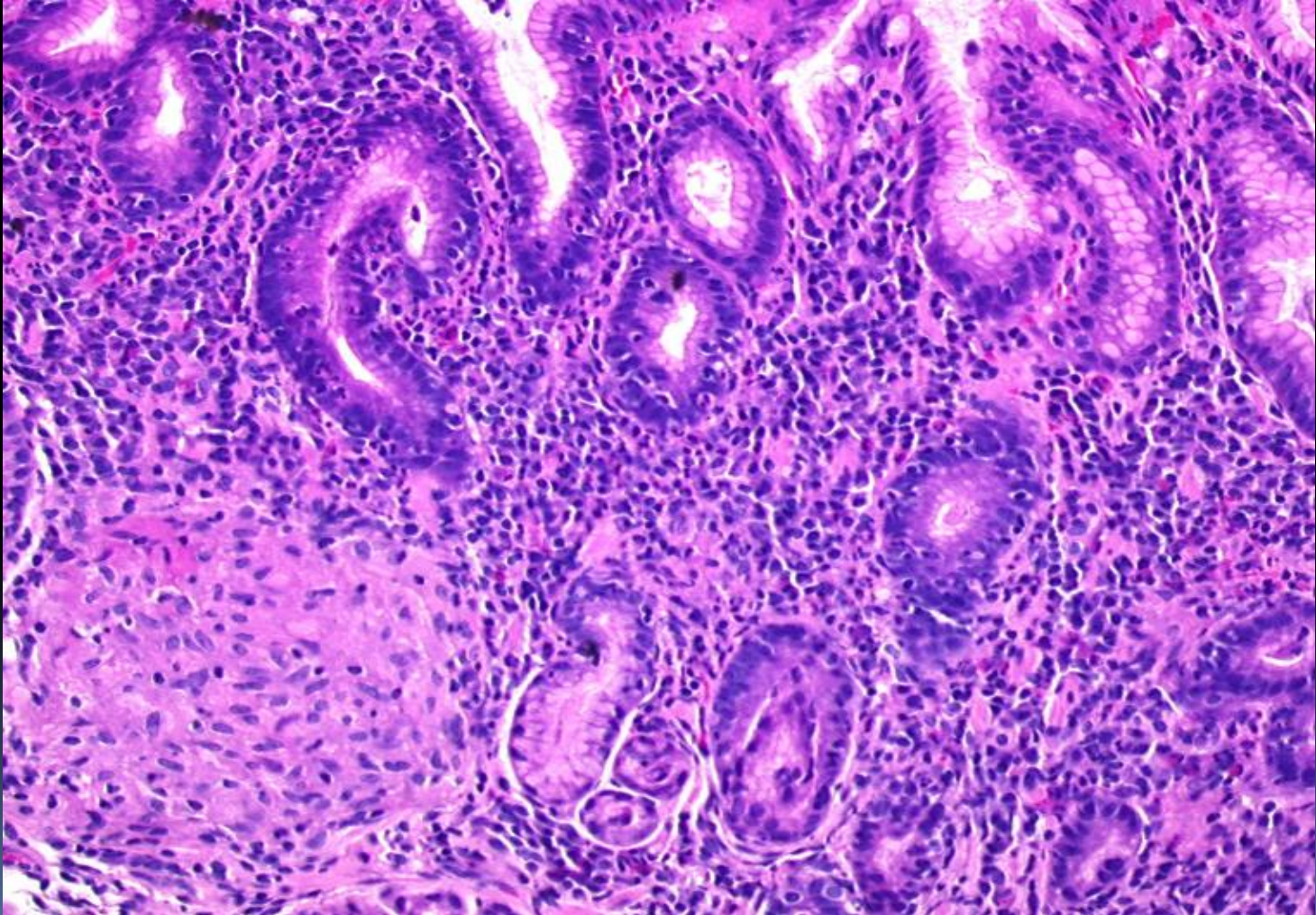




2) non infectieuses


- La maladie de Crohn
 - La sarcoïdose
 - La réaction à corps étrangers
 - Les vascularites
 - Idiopathique
- 

Gastrite granulomateuse non infectieuse maladie de crohn





C) Gastrites chroniques

- Atrophie progressive de la muqueuse gastrique et du volume glandulaire
 - Lésions évoluant de façon chronique, par poussées successives
- 

VI) LES CLASSIFICATIONS HISTOPATHOLOGIQUES

Plusieurs classification histopathologiques ont été proposées. Quelle que soit la classification utilisée, l'analyse des biopsies doit systématiquement préciser cinq éléments :

- le type de muqueuse (fundique ou antrale)
- le grade de gastrite chronique (légère modérée, sévère)
- l'existence de signes d'activité (présence ou non de polynucléaires dans l'infiltrat inflammatoire)
- la présence et le type de métaplasie intestinale
- La présence de l'hélicobacter pylori (hp)

A-) Principe des classifications des gastrites chroniques

- * Histologiques (gastrite chronique atrophique) : Whitehead
- * Etiopathogéniques et topographiques : Strickland, Glass, Kekki, Correa
- * Globales : histologiques, étiologiques, topographiques : système de Sydney, Wyatt & Dixon, Stolte,

1) Classification de Whitehead

1.1 Gastrite superficielle comprend un infiltrat interstitiel ne dépassant pas la zone inter cryptique.

Elle peut être régressive ou représenter le stade de début d'une gastrite atrophique.

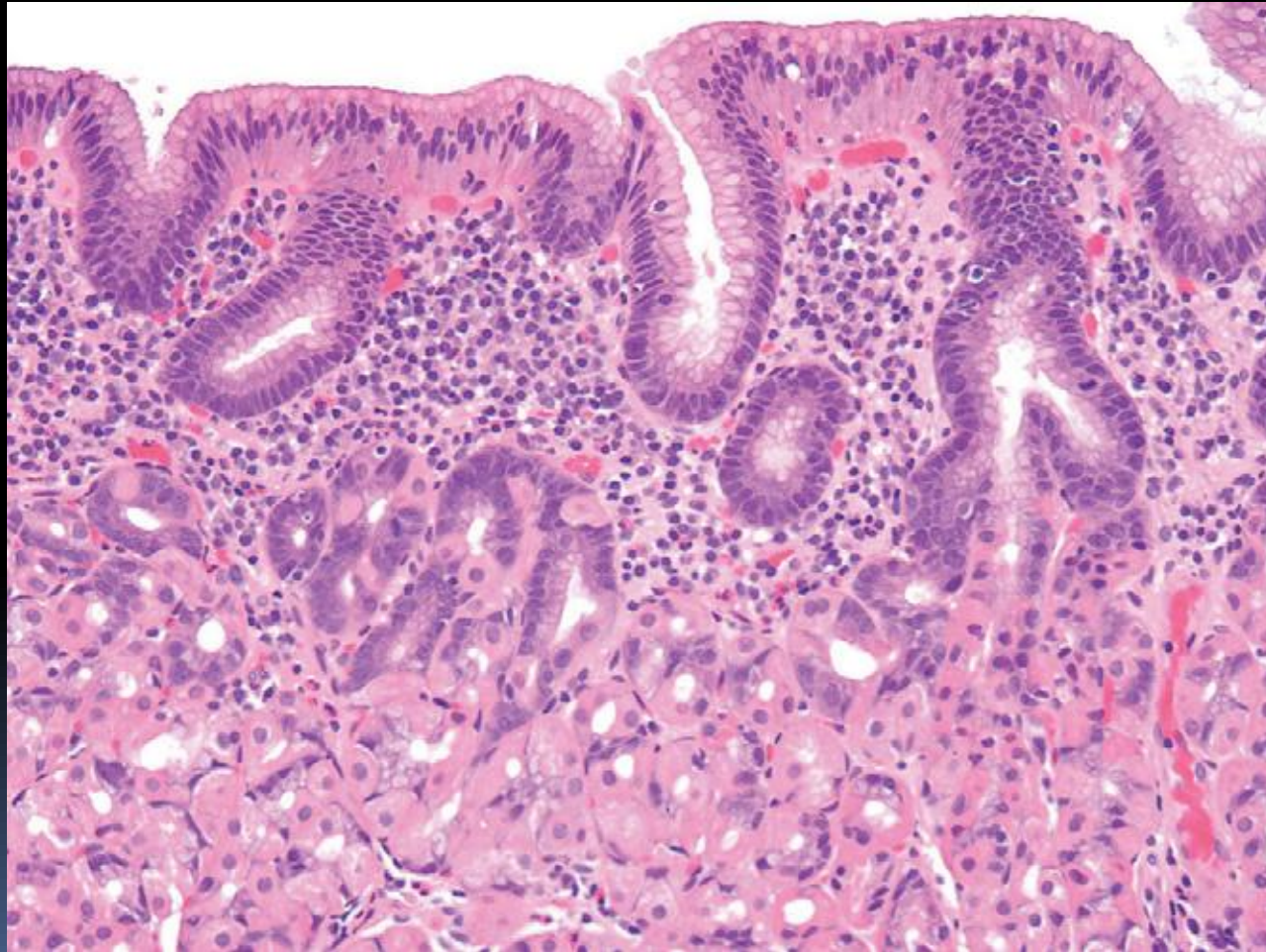
1.2 Gastrite atrophique : de la muqueuse associe des lésions de l'épithélium et des cryptes, un infiltrat de la totalité de la hauteur muqueuse et une atrophie progressive des glandes.

–Légère: 25%

–Modérée: 25-75 %

–Sévère : plus de 75 %

GASTRITE SUPERFICIELLE



2) SYSTEME SYDNEY(SS)

Comprend deux grandes divisions :

2.1 Division histologique :

Fait appel à l'élément clé de la classification de White Head, comprend trois branches morphologique, topographique et étiologique.

a)-morphologique

- Le système de Sydney reconnaît trois types morphologies de base : gastrite aiguë, gastrite chronique et forme spéciale.

b)Topographique:

- antrale, fundique, pan gastrite.

c) Etiologique

Le SS reconnaît les formes spéciales

*Non auto-immunes :

- gastrite de type B, bactérienne (*H pylori*, *H heilmannii*)

- gastrite atrophique multifocale (MAG) (*H pylori*+ ?)

*Auto-immune :gastrite de type A

*Formes spéciales rares :

- gastrite lymphocytaire

- gastrite à éosinophiles

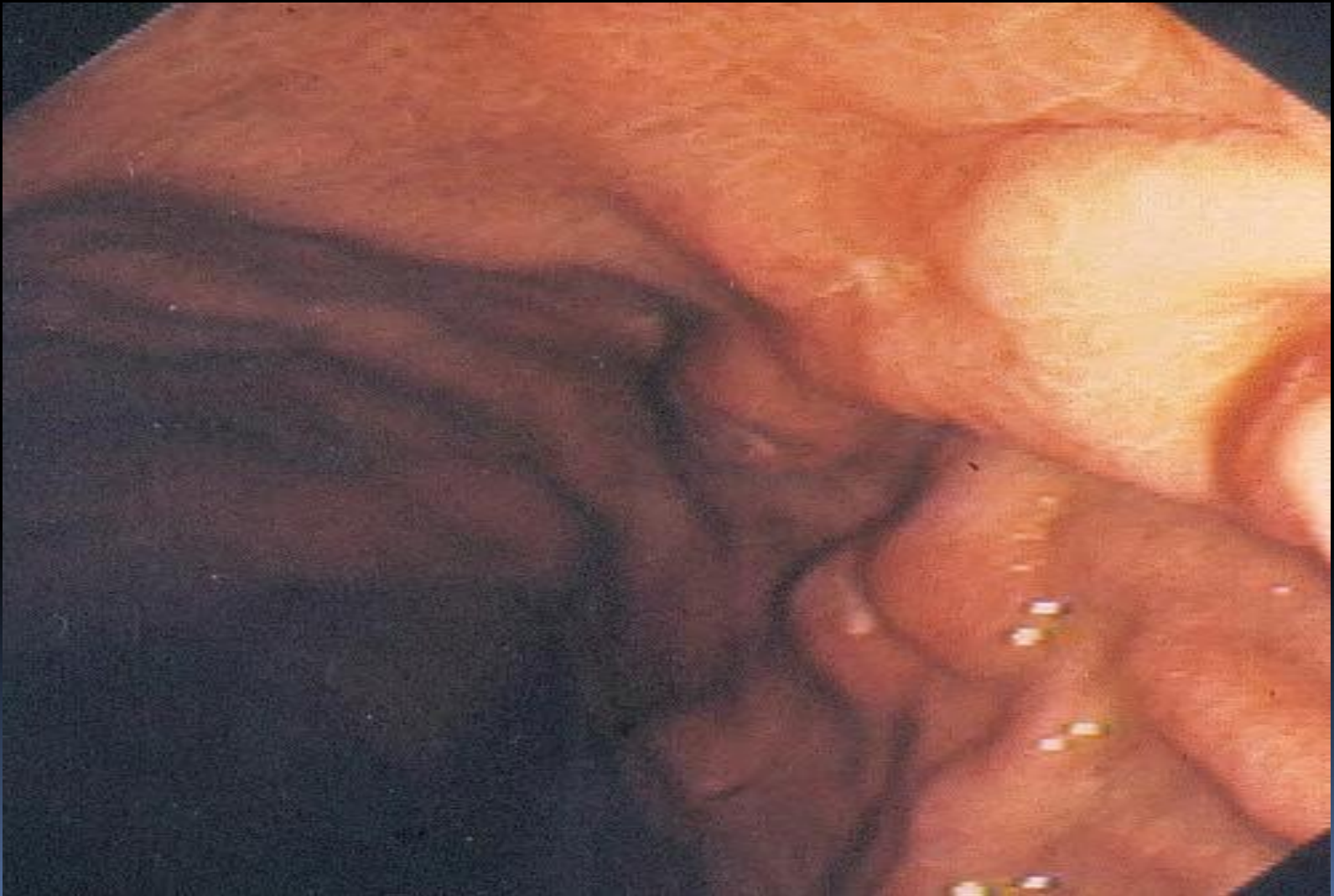
- gastrite collagène

C.1 Gastrite à *Helicobacter pylori* (HP):

Rappel: en 1983 ; Warren et Marshall (prix Nobel 2005!) : *Campylobacter pyloridis*

- ☐ Puis *Campylobacter pylori*, puis *Helicobacter pylori*
- ☐ Hôte spécifique (homme), dans un site spécifique (estomac), au voisinage de cellules spécifiques (cellules mucosécrétantes gastriques)
- ☐ Rôle reconnu dans les gastrites, les ulcères gastro-duodénaux, les cancers de l'estomac (adénocarcinome, lymphome)
- ☐ ? Rôle protecteur contre le RGO, rôle dans des maladies extra-digestives? Non prouvé
- ☐

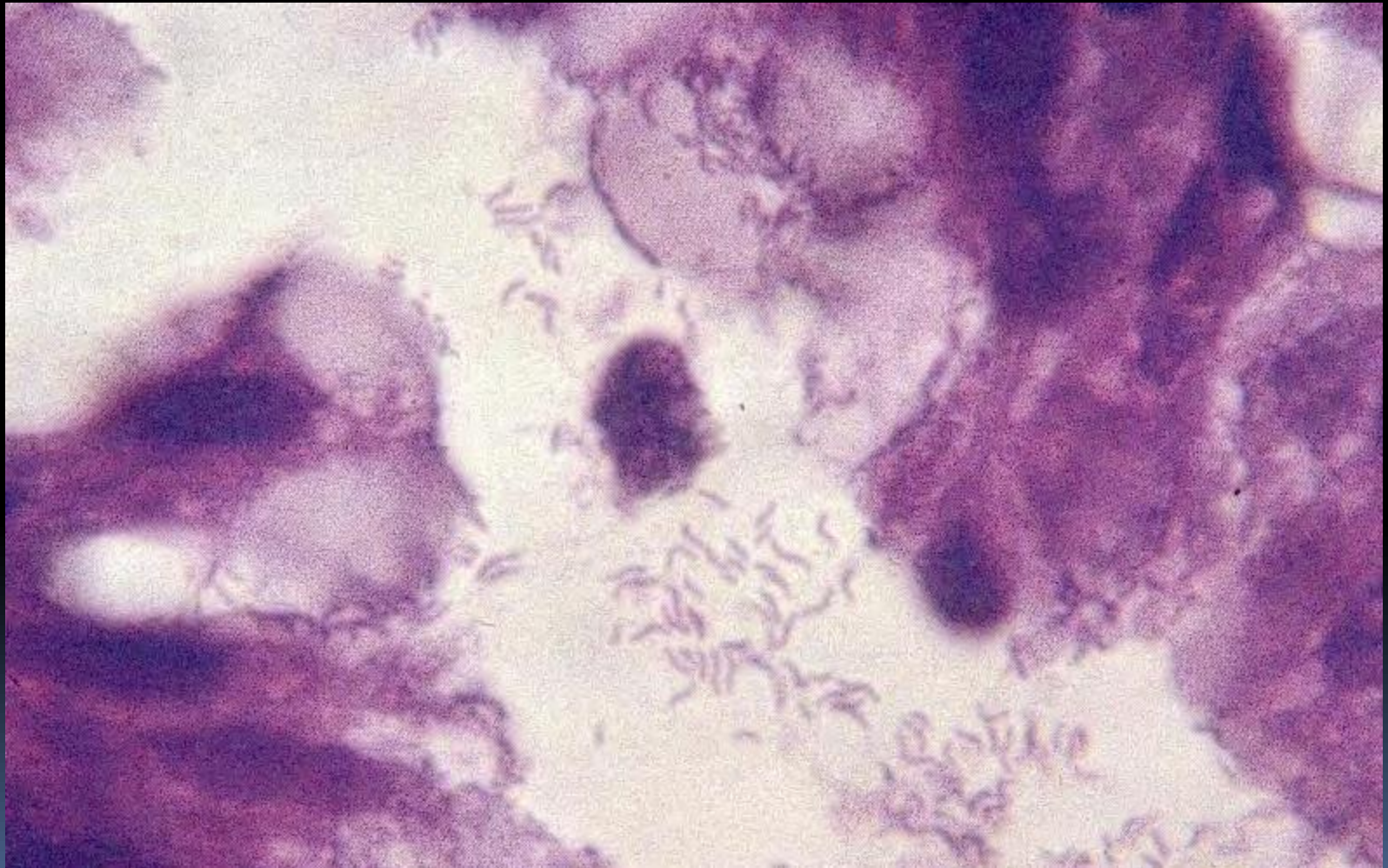
Gastrite à H.P : aspect nodulaire



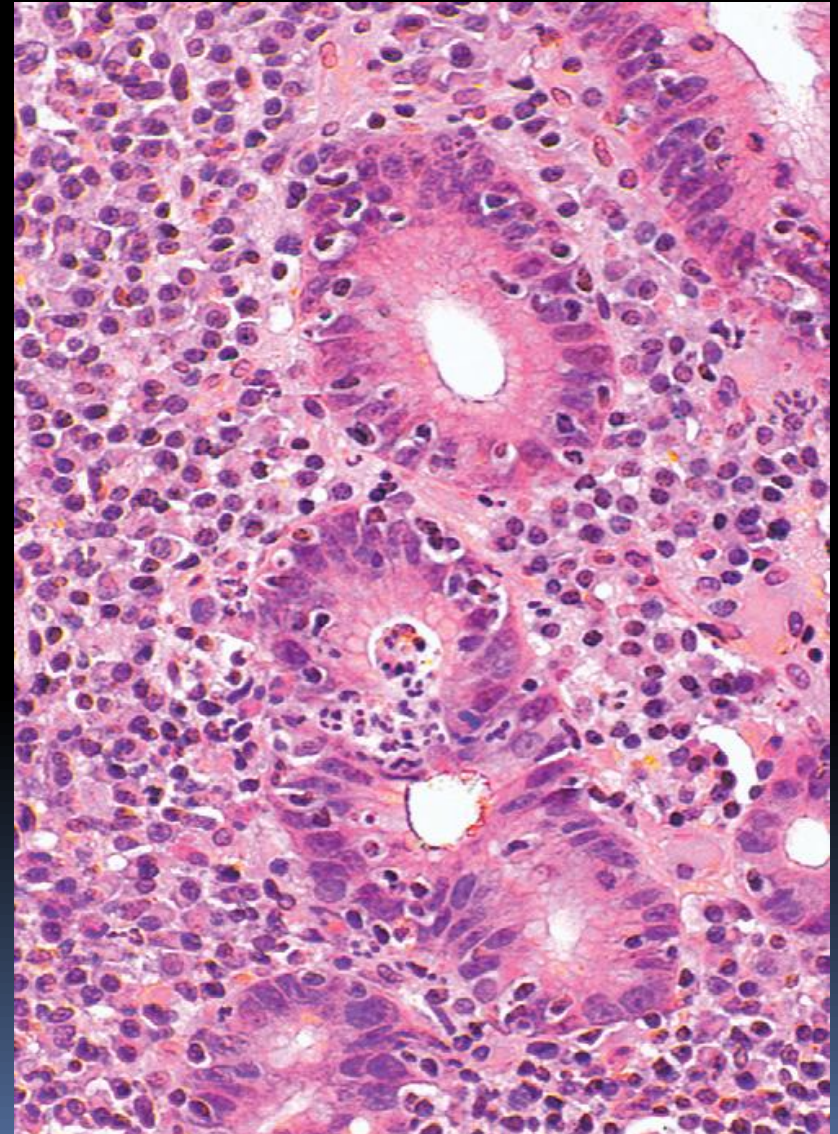
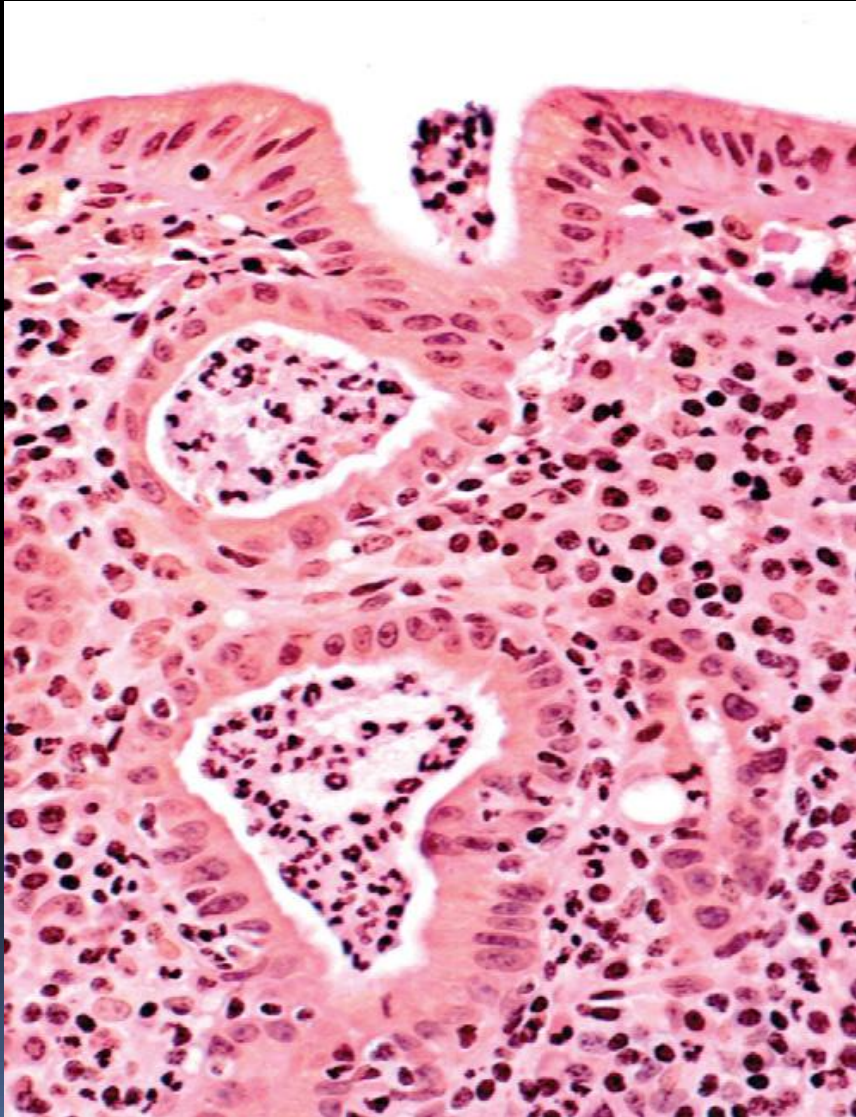
Helicobacter pylori: ME



Hélicobacter pylori: HE bactérie spiralée gram (-) flagellé mobile de 3 à 4 cm de longueur




GASTRITE à H.P





Les moyens de diagnostic de gastrite à HP

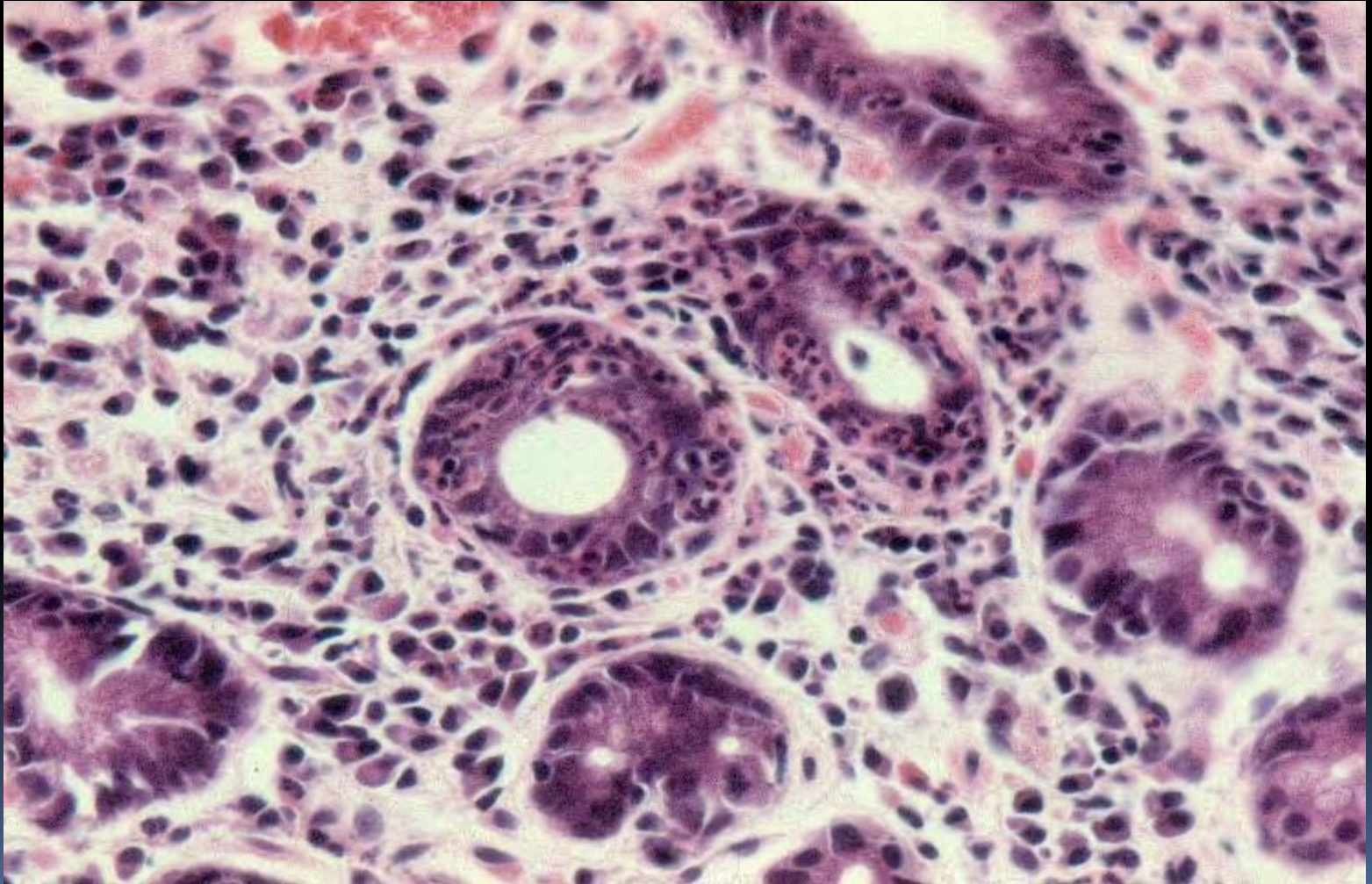
- Biopsies et étude histologique des lésions associées
 - Test uréase
 - Test respiratoire
 - ELISA
 - Culture
 - PCR (biologie moléculaire)
- 

Aspect histologique de la gastrite chronique à *H pylori*

Helicobacter pylori

- ☐ Polynucléaires
- ☐ Lymphocytes et plasmocytes
- ☐ Follicules lymphoïdes
- ☐ Lésions épithéliales en surface
- ☐ Hyperplasie des cryptes
- ☐ +/-Atrophie
- ☐ +/-Métaplasie intestinale

gastrite chronique à *HP* active
avec atrophie glandulaire



C.2 Gastrite fundique atrophique auto-immune

Caractérisé par une atrophie de la muqueuse fundique et par leur remplacement par un épithélium en métaplasie intestinale (complet ou incomplète).

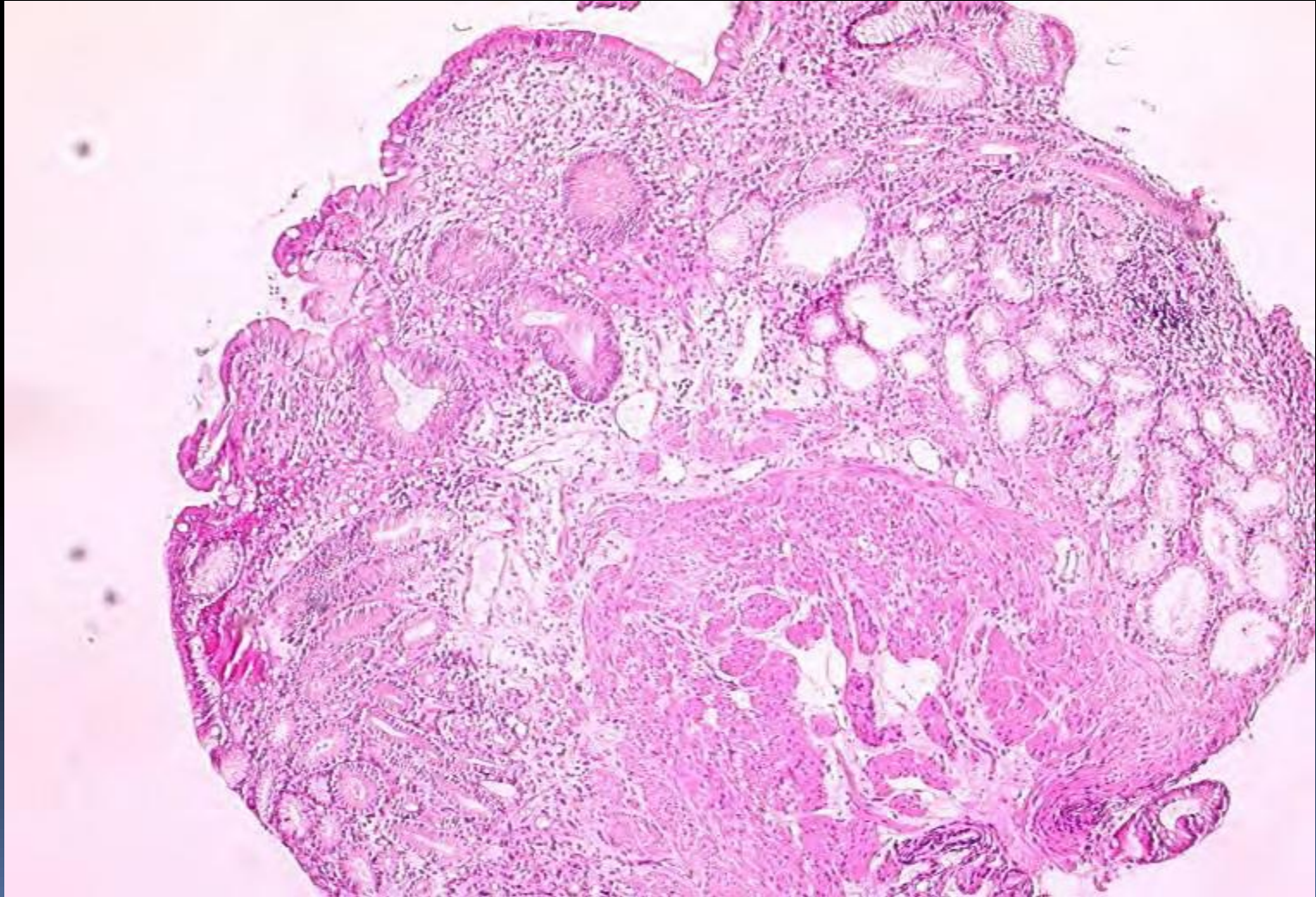
-antre normal (rarement gastrite à *H pylori*)

*Evolution : l'atrophie fundique est responsable de l'achlorhydrie et de l'absence de facteur intrinsèque , ce qui donne *une* anémie megaloblastique de Biermer secondaire à une carence en vitamine B12 : 15-20% présence d'anticorps anti-cellules pariétales (90%), et anti-facteur intrinsèque(50%)

*le plus souvent associée à une pathologie auto-immune(thyroïdite)

* Complications néoplasiques (adénocarcinomes, carcinomes neuroendocrines)

Gastritis auto-immune



C.3 Gastrite lymphocytaire

Définition: purement histologique

- infiltration de la surface de l'épithélium gastrique par des lymphocytes type T (CD8 +)
- diagnostic :entre 20- 30LT / 100 cellules épithéliales
- valeur normale dans gastrite à HP est de 2-10 / 100

• 1-2% des gastrites (rare)

*Cliniquement :

Douleur, anorexie; perte de poids

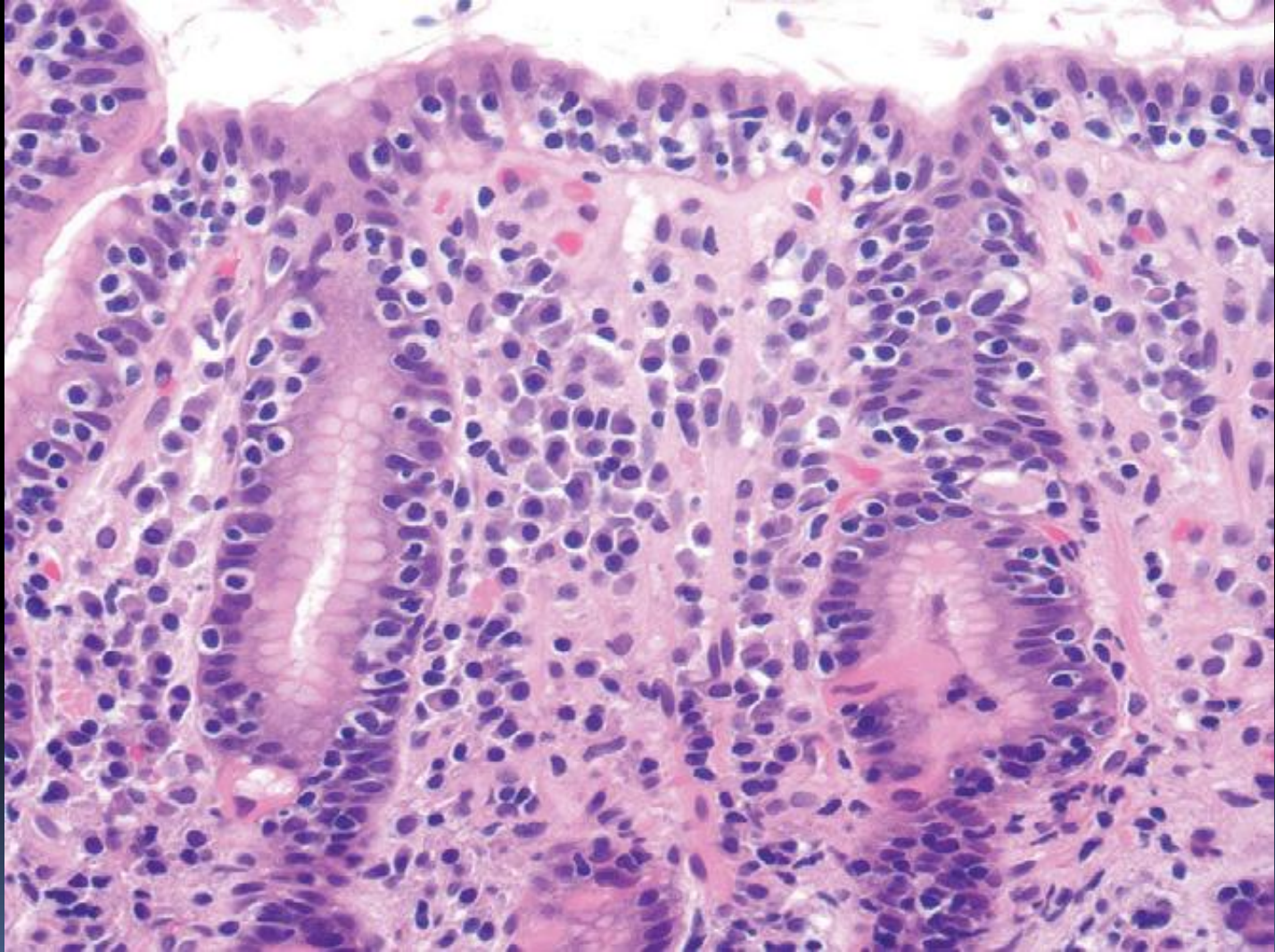
*Endoscopiquement: aspect normal

*Etiologie: malconnue , selon les hypothèses ,il y a des association avec à la maladie coéliquaque et gastrite à HP

*Evolution:- spontanées (rare)

-Chronicité (fréquente)

GASTRITE LYMPOCYTAIRE



C.4 Gastrite collagène

Cette forme exceptionnelle n'a jusqu'à présent fait l'objet que de rares cas décrits dans la littérature . Comme la colite collagène et la sprue collagène, elle s'intègre dans le cadre de maladies digestives d'étiologie inconnue, caractérisées par la présence d'une épaisse bande collagène sous l'épithélium de surface.


COMPLICATIONS DES GASTRITES

- ***Anémie*** (La maladie de Biermer).
- **ulcère**
- ***Polypes*** (Les polypes hyperplasiques et adénomateux),
- ***dysplasie de bas ou haut grade*** (risque élevé de cancer gastrique).



VII) Gastropathie

autres affections au cours
desquelles les lésions
vasculaires et épithéliales de la
muqueuse sont prédominantes.
Il y a les gastropathies
chimiques et hypertrophiques



1) Gastropathies chimiques

- Aiguë: «gastrite ulcéro-nécrotico-hémorragique»
- Chronique
 - gastrite du moignon
 - gastropathie chimique chronique sur estomac entier

.

2) Les gastropathies hypertrophiques:

2.1. Maladie de Ménétrier (MM) : Maladie rare

+Clinique: épigastralgie, oedème, diarrhée, hémorragie

+ biologie / exsudation proteique (hypoprotidémie) , Anémie

+endoscopique (gros plis)

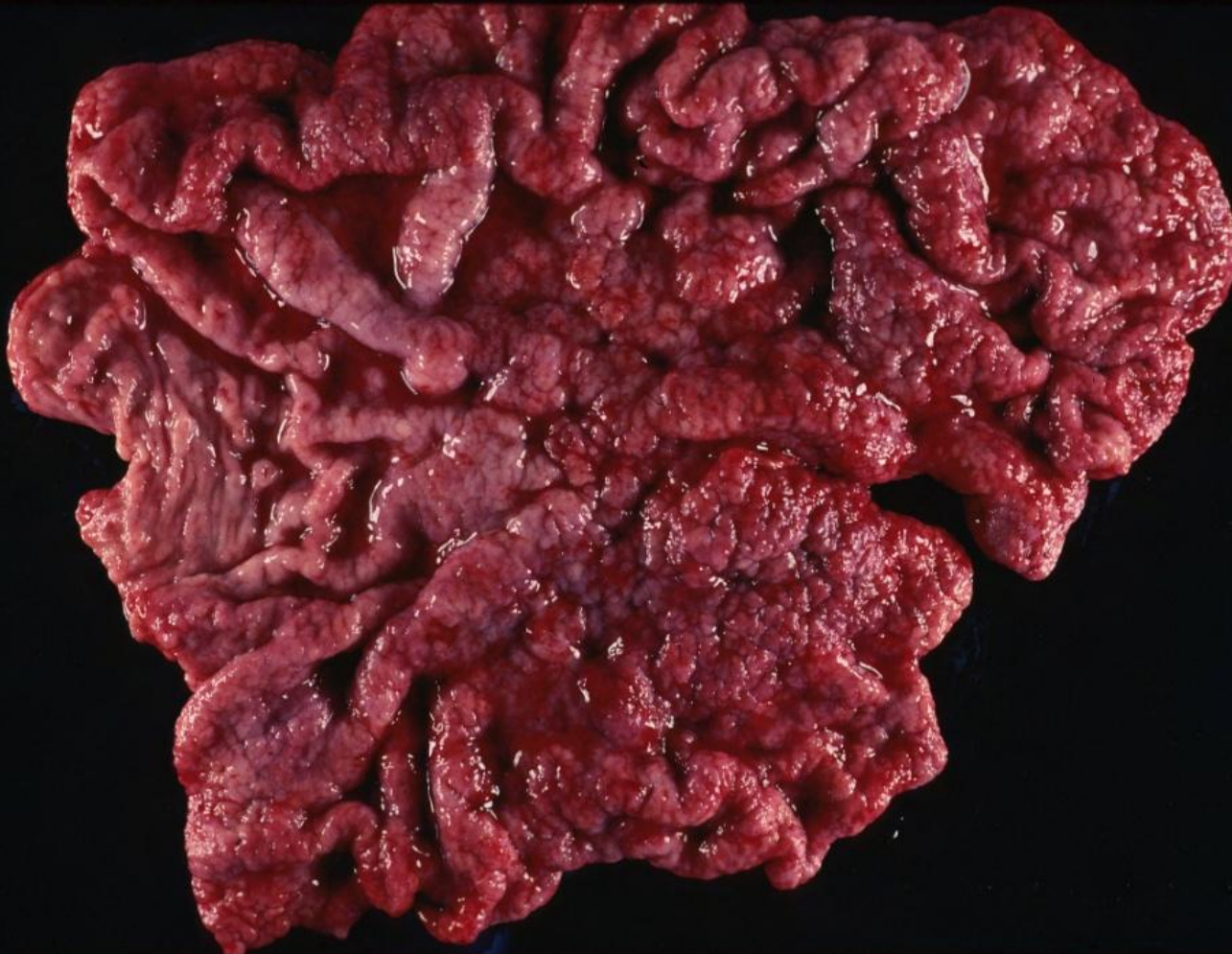
+ histologique : hyperplasie cryptes

2.2 .Syndrome de Zollinger-Ellison:

hyperplasie glandes fundiques

Les diagnostics différentiels devant des gros plis gastriques cancer gastrique (linite plastique)

**Macroscopie: Gros plis cérébriiformes
fundiques ou diffus (Maladie de
MENETRIER)**



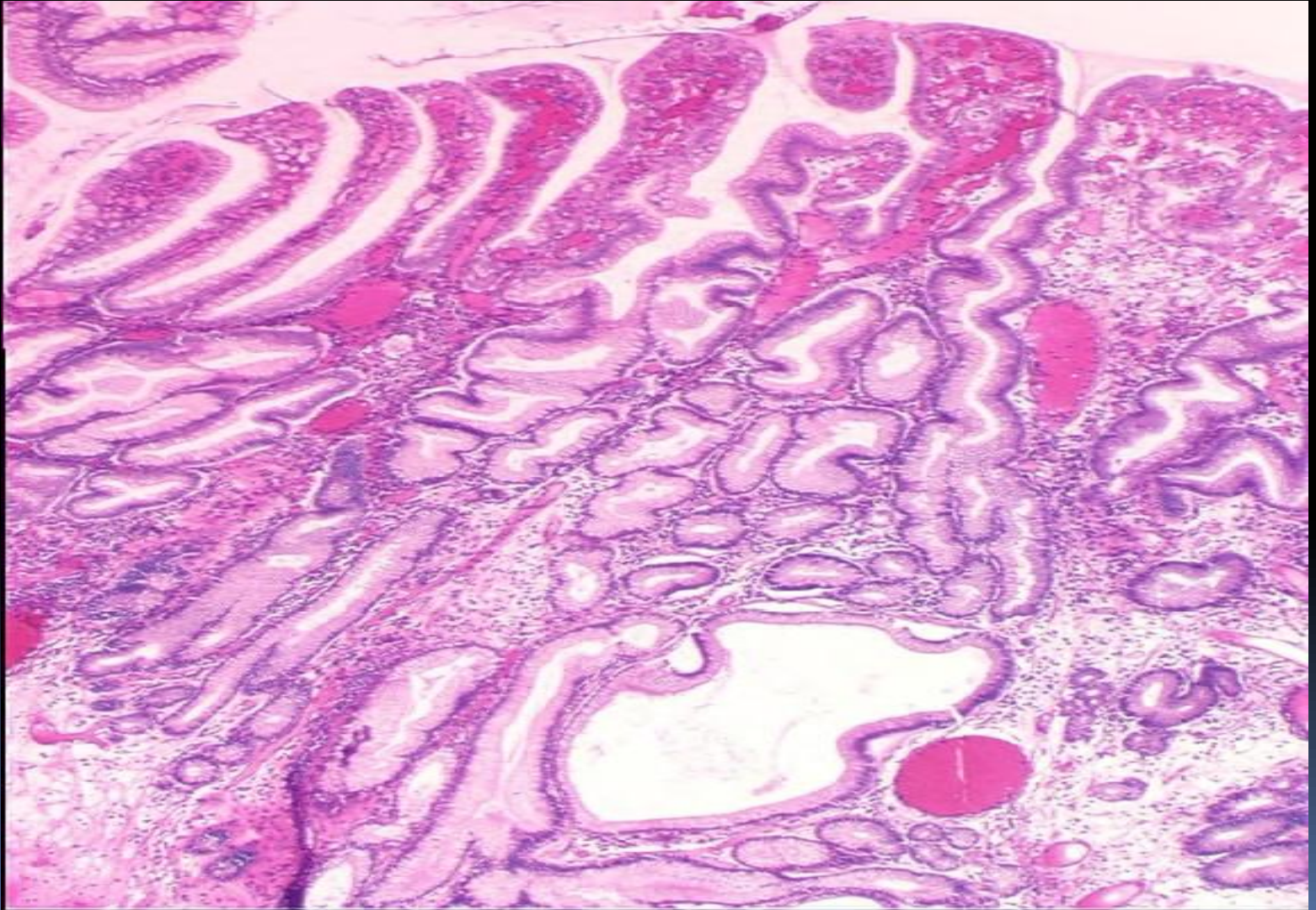
Tranche de section : épaissement pariétal (Maladie de MENETRIER)



Histologie


- muqueuse épaissie aux dépens des cryptes, les glandes sont atrophiques qui sont remplacées par des cryptes longues et tortueuses, kystisées en profondeur sans cellule pariétale
- le chorion est abondant, oedémateux et congestif avec un infiltrat inflammatoire modéré
- fibres musculaires lisses provenant de la musculaire muqueuse pénétrant le chorion.

Maladie de MENETRIER

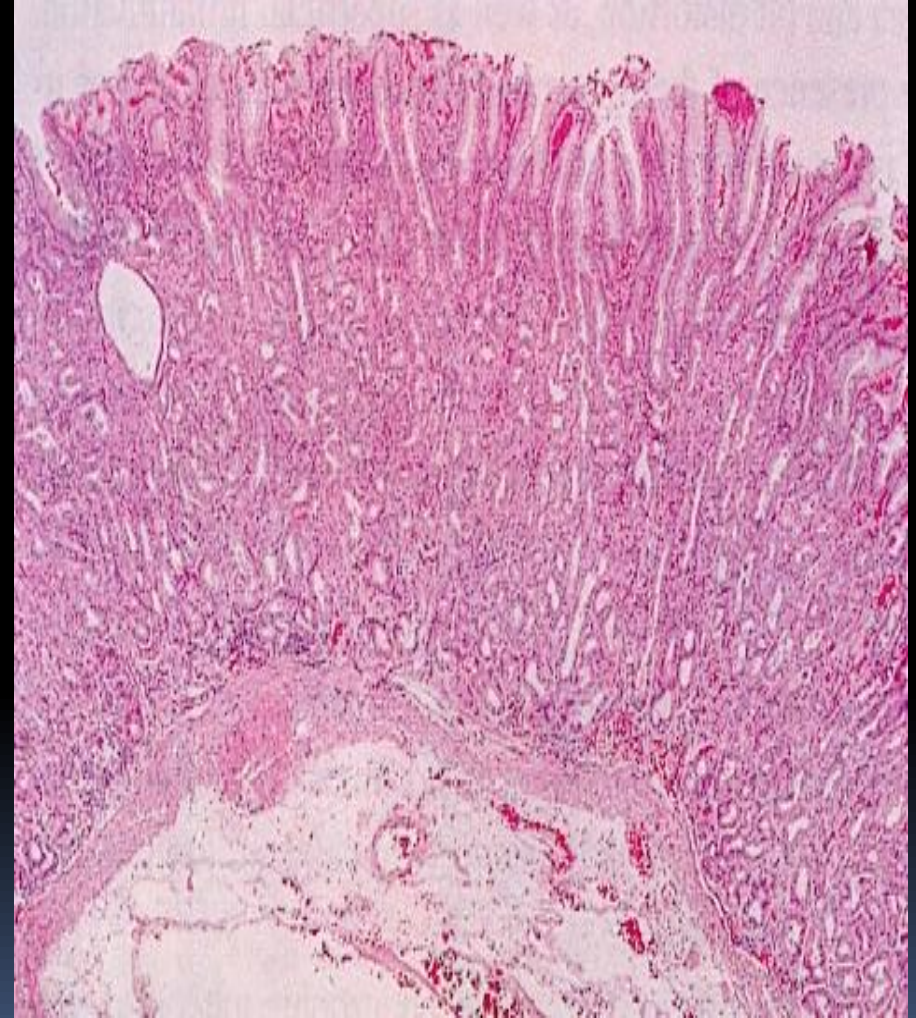
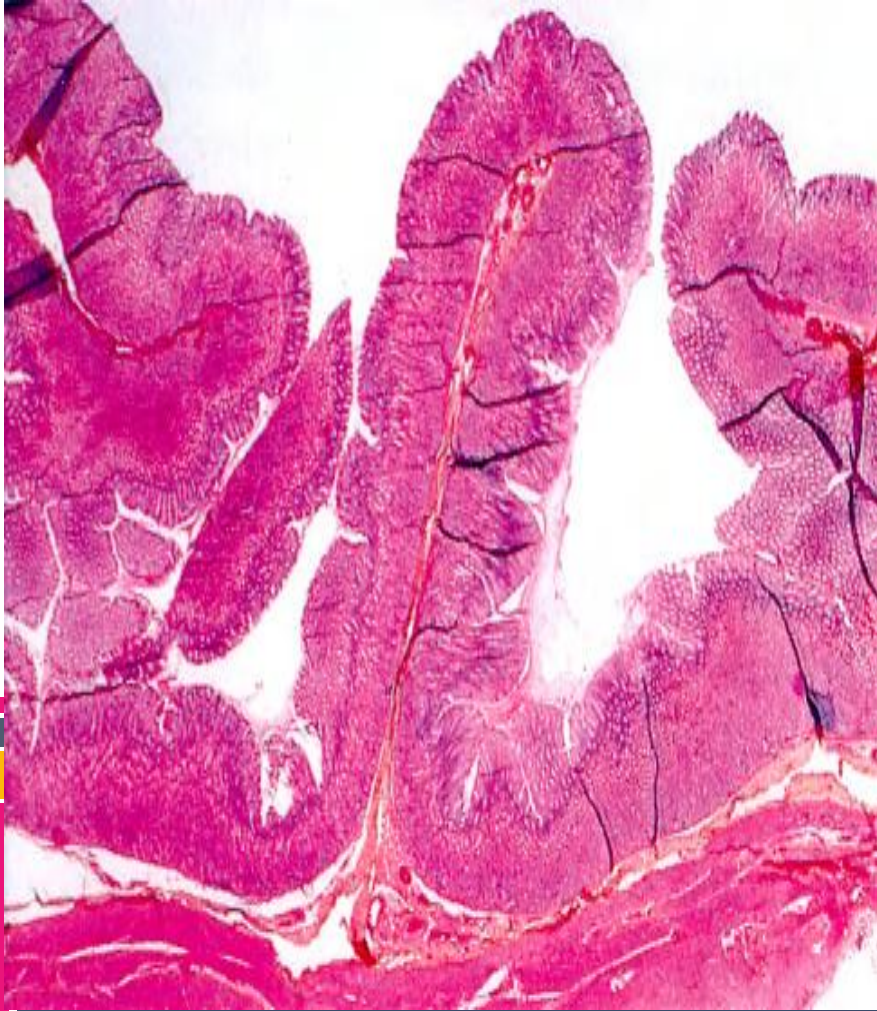




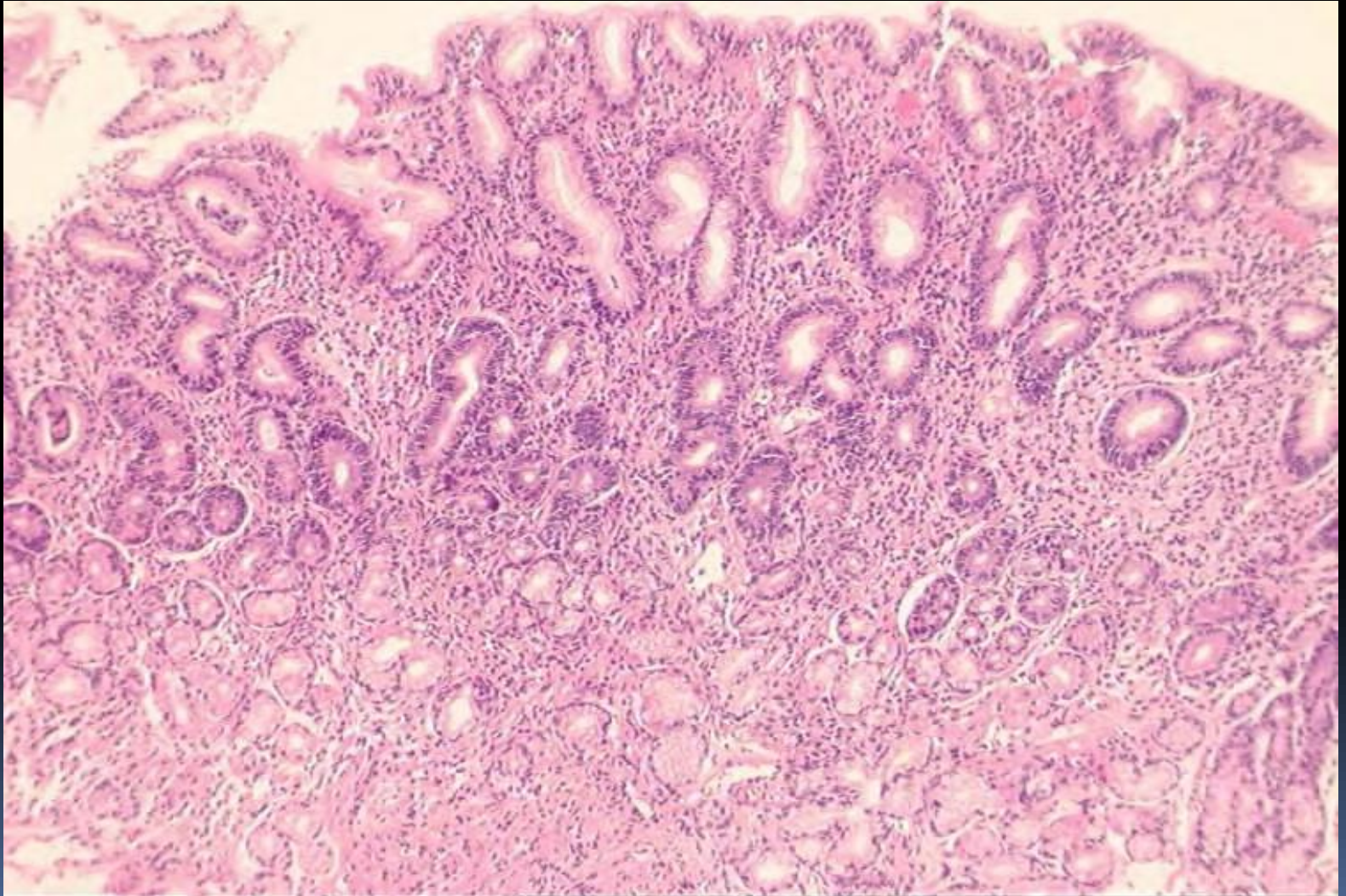
Zollinger Ellison

- Muqueuse épaissie sur toute la hauteur glandulaire
 - Cryptes raccourcies
 - Hyperplasie de la muqueuse aux dépens des glandes fundiques
- 

Zollinger Ellison



Zollinger Ellison





VIII-)PERTES DE SUBSTANCES GASTRIQUES

a-) Définitions

L'abrasion :

destruction de l'épithélium et de la partie superficielle des cryptes;

L'érosion ou exulcération

destruction d'une partie plus ou moins importante de l'épaisseur de la muqueuse, elle respecte constamment la musculaire muqueuse.

L'ulcération

ampute la muqueuse, la musculaire muqueuse et la sous-muqueuse en partie ou en totalité, laissant indemne la musculature.

L'ulcère

ampute les plans superficiels précédents et la musculature, en partie ou en totalité, voire l'ensemble de l'épaisseur de la paroi (perforation).

b) Les pertes de substance aiguë

b.1-) primitives se traduisent par des hémorragies digestives répétées et parfois incoercibles, surviennent chez un sujet sans antécédent digestif connu, suite à:

- une gastrite ulcéro-hémorragique
- Un Syndrome de Mallory Weiss

b.2-) secondaires: chez

Les cirrhotiques, les Grands brûlés, *en cas d'Atteinte du système nerveux central (accidents vasculaires ou traumatiques et tumeurs).*

C-) Les pertes de substance chronique

C.1-) définition:

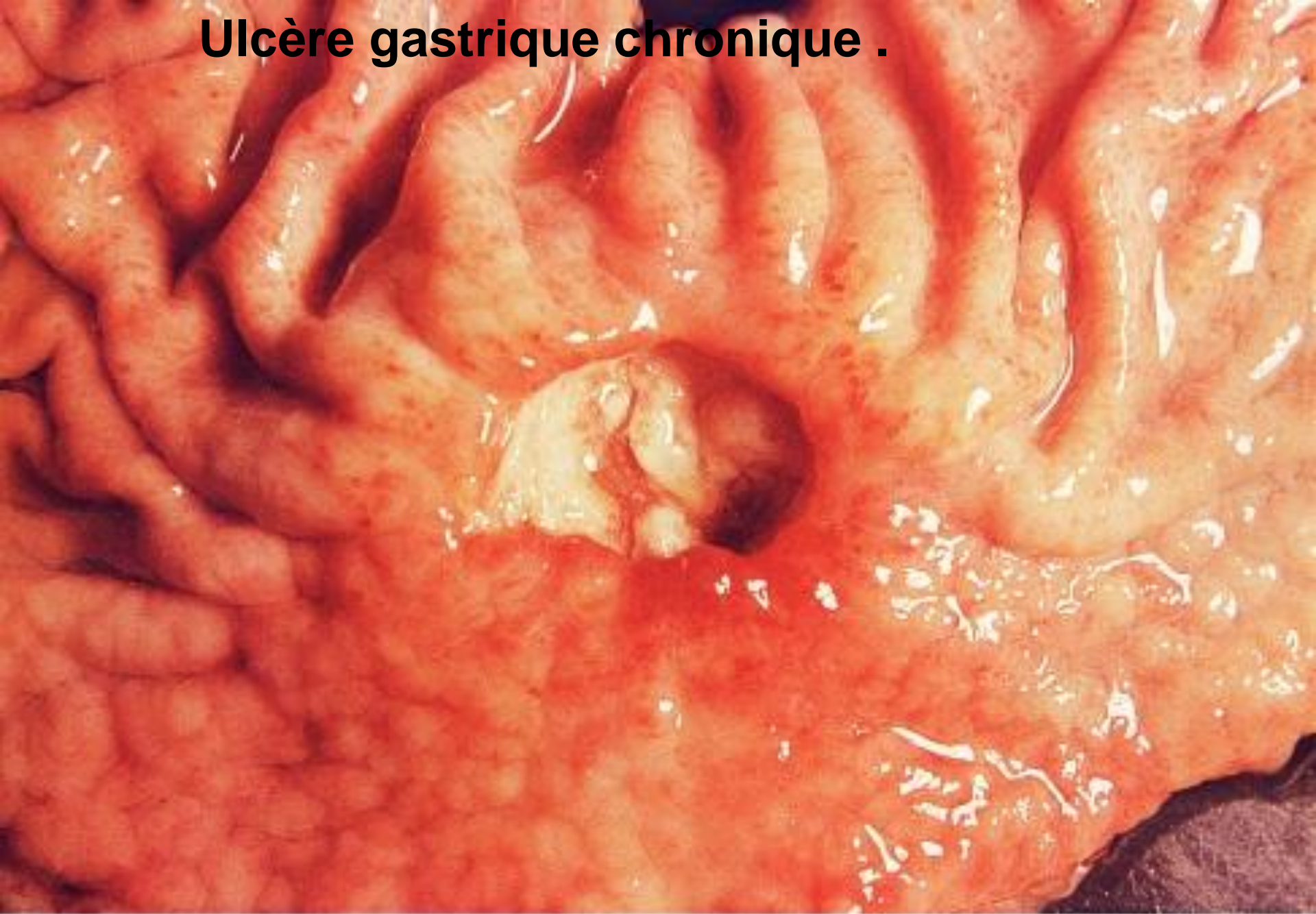
la perte de substance interrompant la musculature, associée à des remaniements inflammatoires particuliers (notamment fibreux)

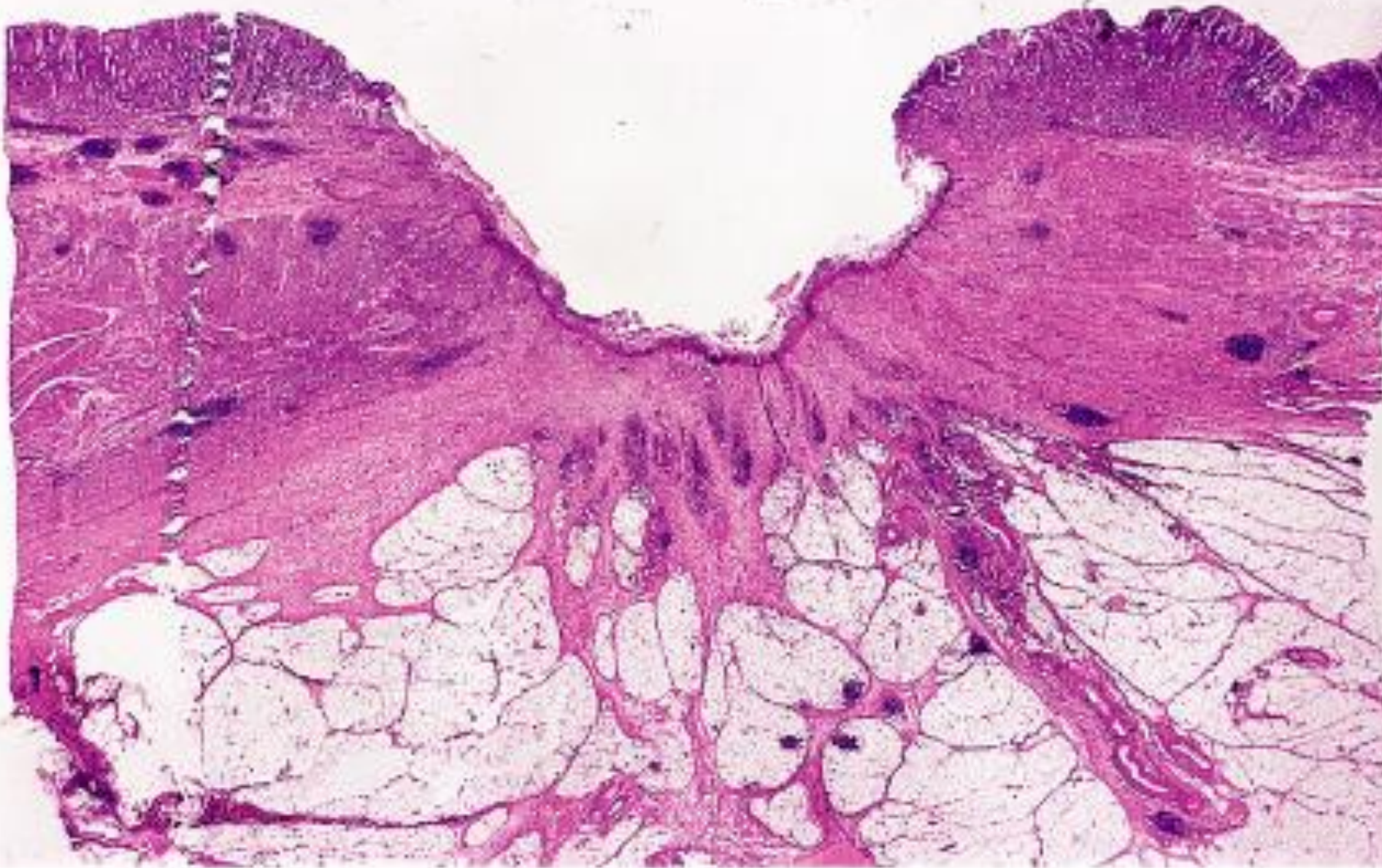
C.2-) Macroscopie

Siège: le long de la petite courbure (90%), le plus souvent en zone antrale , multiple dans 5 à 10% des cas et associé alors une fois sur deux à un ulcère duodénal

Aspect: arrondi ou ovalaire, de 1 à 2 cm de diamètre mais pouvant atteindre 3 à 4 cm. Son fond est recouvert d'une fausse membrane jaune parfois hémorragique et ses bords sont nets.

Ulcère gastrique chronique .





Microscopie (FG) Ulcère gastrique chronique .



Références

- [1] R. L. Gregory, Y. Lauwers. Inflammatory Disorders of the Stomach In R. D. Odze, J. R. Goldblum. Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract and pancreas 2009;269-320.
 - [2] J.F.Flejou. Classification de gastrites
 - [3] H.El-Zimaity, R.H.Ridell. Inflammatory disorders of the stomach. In N.A.Shepherd, B.F.Warren, G.T.Williams, J.K.Greenon, G.Y.Lauwers, M.R.Noveli. Morson and Dawson's gastrointestinal pathology fifth edition 2013;110-61.
 - [4] M.Genevay, G.Y.Lauwers. Polyps and tumor-like lesions of the stomach. In N.A.Shepherd, B.F.Warren, G.T.Williams, J.K.Greenon, G.Y.Lauwers, M.R.Noveli. Morson and Dawson's gastrointestinal pathology fifth edition 2013;162-79
- 