

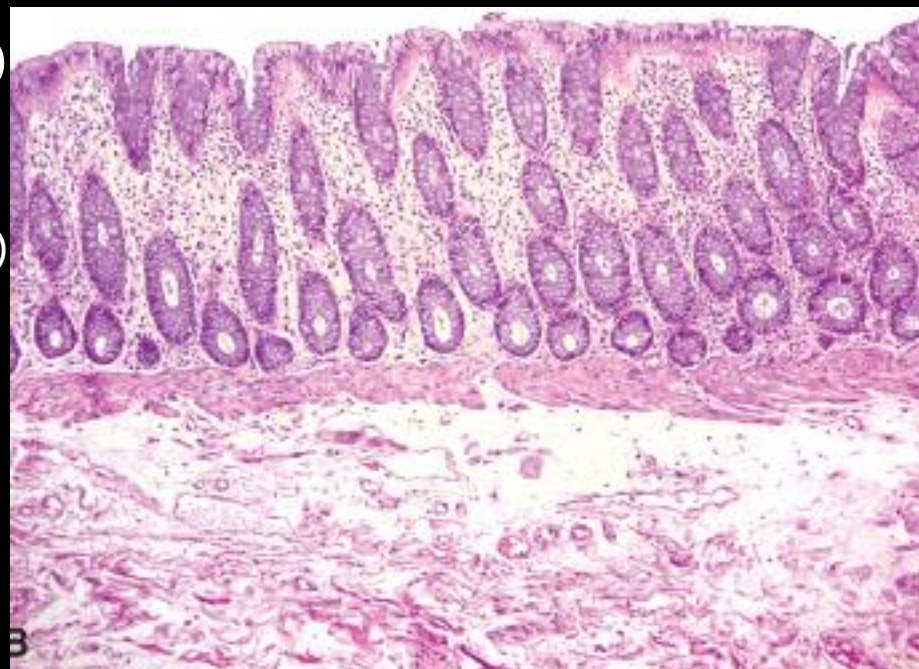
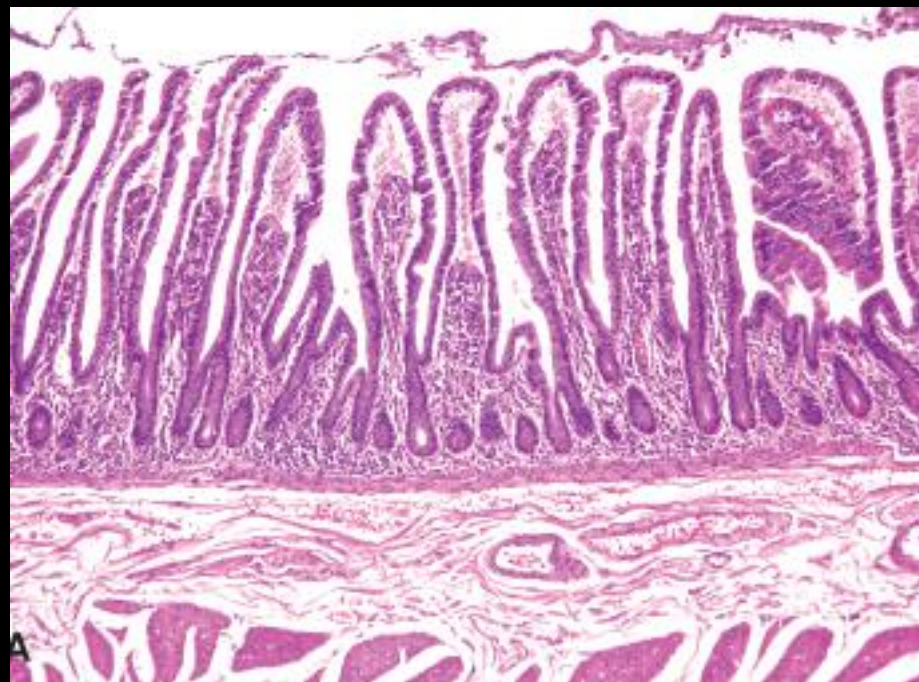
Pathologie du Tube Digestif : *Intestin grêle - Colon*

Gérard ABADJIAN

Réf.: Robbins Anatomie Pathologique

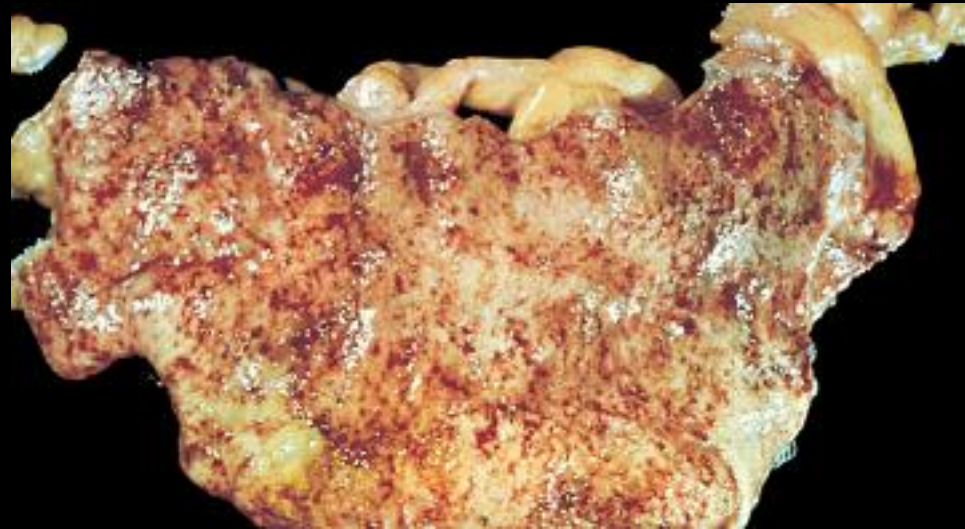
3^{ème} Ed. Française (6th Ed.)

- Intestin grêle et colon
- Anomalies Congénitales
 - Atrésie (obstruction complète)
 - Sténose (incomplète)
- Diverticule de Meckel
 - Absence d'involution du canal vitellin
 - 3 couches de la paroi intestinale ou muqueuse gastrique
- Aganglionose (M. de Hirshprung)
 - Absence de cellules neuroganglionnaires (plexus myentériques, et sous muqueux)
 - Obstruction (souvent recto-sigmoïdienne) et dilatation d'amont
 - 1/5000-8000 naissance



Inflammations

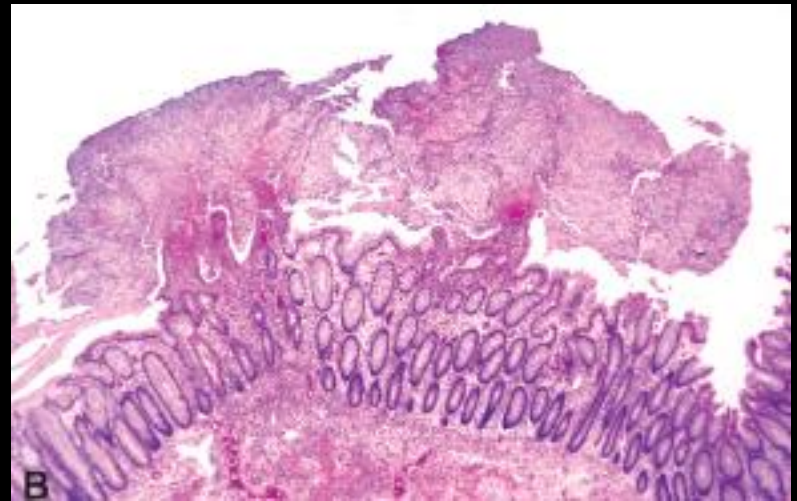
- Diarrhée et dysenterie: définitions et causes multiples
- Entérocolites infectieuses
 - Pays industrialisés: 1 à 2 x an (2nd en fréquence après le rhume)
 - Fréq. Virale, E. Coli: 40-50% agent non identifié
- Gastro-entérite virale:
 - Rotavirus : inoculum 10 particules > 10¹² /ml
 - Population pédiatrique
- Entérocolite bactérienne
 - Ingestion toxine préexistante
 - Infection par organismes produisant la toxine
 - Organismes entéroinvasifs



- Morphologie
 - Lésions épithéliales non spécifiques et variables:
 - Ex. Shigella, érosions
 - Yersinia: granulome nécrosant

Inflammations

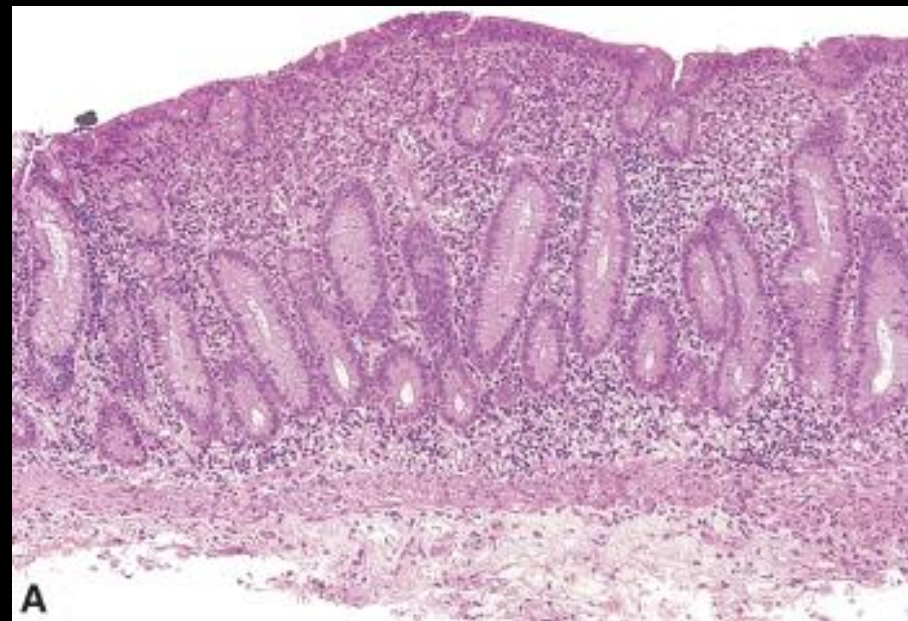
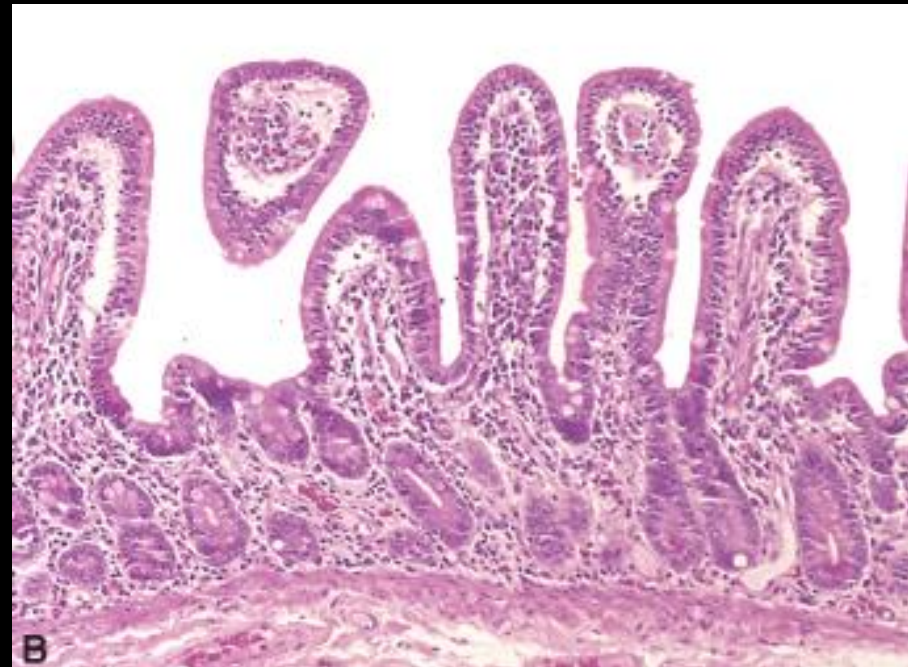
- Entérocolite nécrosante
 - Atteinte inflammatoire aigue et nécrosante, grêle et colon: urgence néonatale
 - Causes: Immaturité système immunitaire, alimentation orale, colonisation bactérienne toxique
 - Morphologie: Hémorragie, inflammation, et gangrène
- Colite pseudomembraneuse
 - Antibiotiques
 - Formation de pseudo-membranes, débris fibrino-nécrotiques à la surface
 - Cause: toxines du Clostridium Difficile
- Colites microscopiques:
 - Collagène - Lymphocytaire



- Inflammations variées
 - Parasites et protozoaires
 - Helminthiases
 - Cryptosporidiose
 - Entamoeba histolytica
 - Giardia lamblia

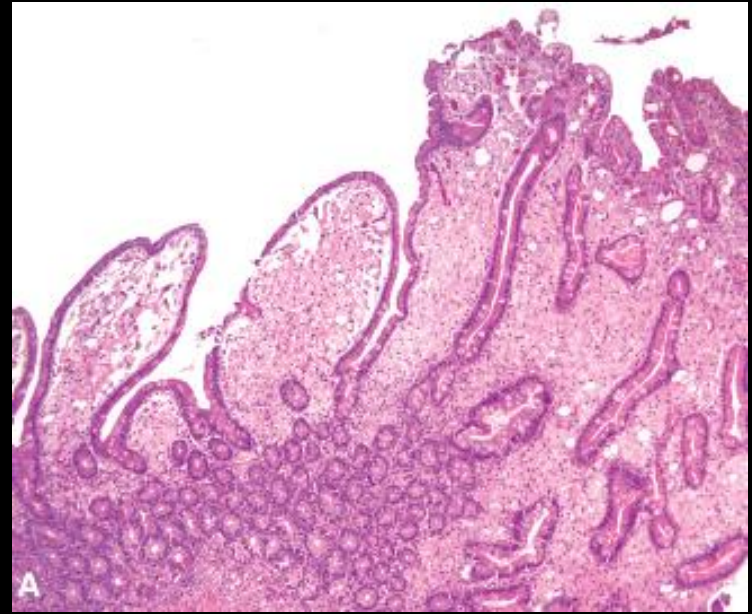
Malabsorption

- Anomalies: 1) Digestion intraluminaire, 2) Phase terminale de la digestion (hydrolyse), 3) Transport transparietal.
- Fréq.: Maladie cœliaque, Insuffisance pancréatique, et Maladie de Crohn.
- Maladie cœliaque:
 - Sensibilité au gluten, blancs: (gliadine): blé, avoine, orge
 - Morphologie
 - Disparition complète des villosités
 - Infiltrat lymphocytaire intra-épithélial (# immunité cell.)
 - Clinique
 - Diarrhée, Trouble de croissance (Enfant), Perte de poids, asthénie (Adulte)

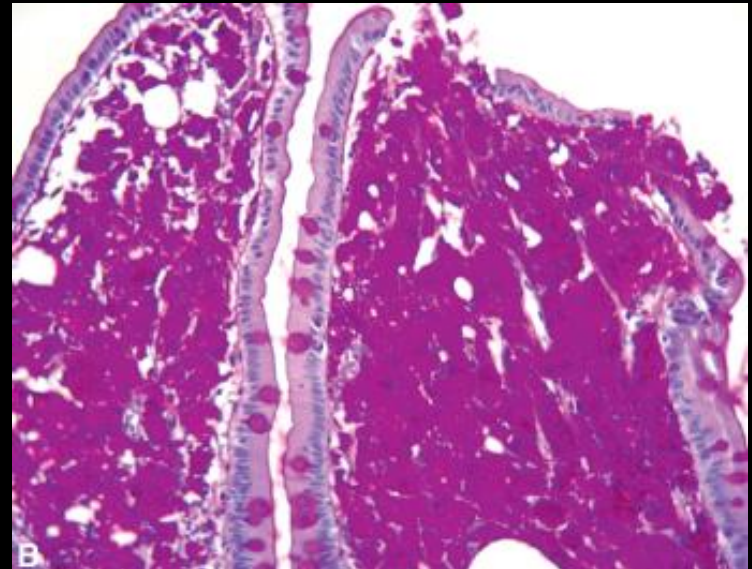


Malabsorption

- Sprue tropicale (post-infectieuse)
 - Fréquence aux Tropiques, Caraïbes, Afrique centrale, Sud, Inde
 - Endémie, épidémie
 - Morphologie
 - Variée: Normale > Entérite sévère
 - Sd. de malabsorption: ttt Ab à large spectre.

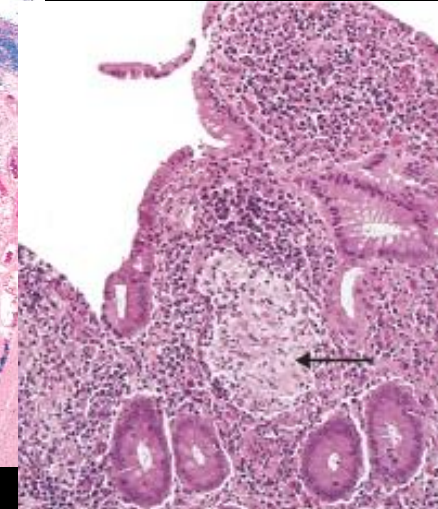
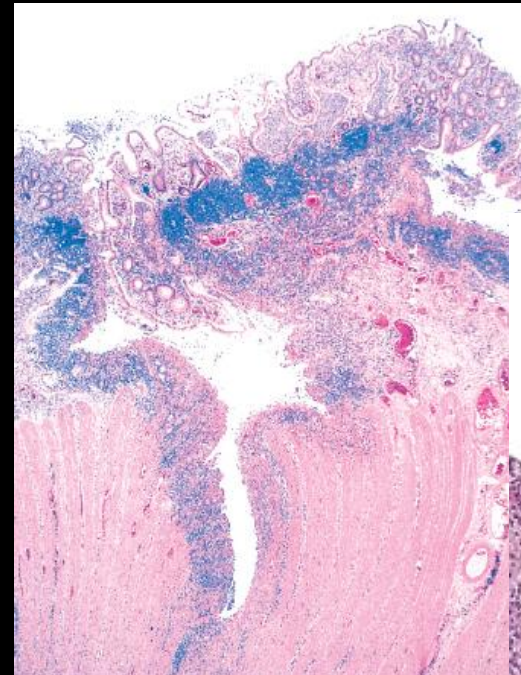
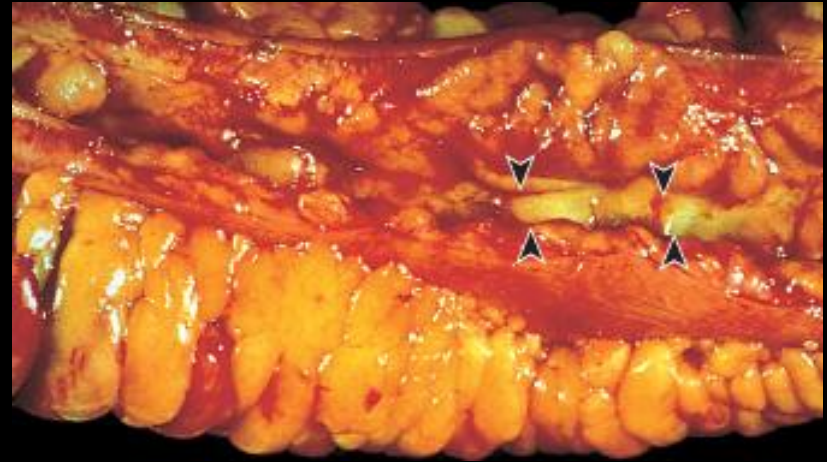


- Maladie de Whipple
 - Rare: Tropheryma Whipplei
 - Morphologie
 - Intestin grêle: Macrophages PAS+
 - Pas de lésion inflammatoire associée
 - Clinique
 - Malabsorption, Adultes, Blancs



Maladies inflammatoires chroniques idiopathiques

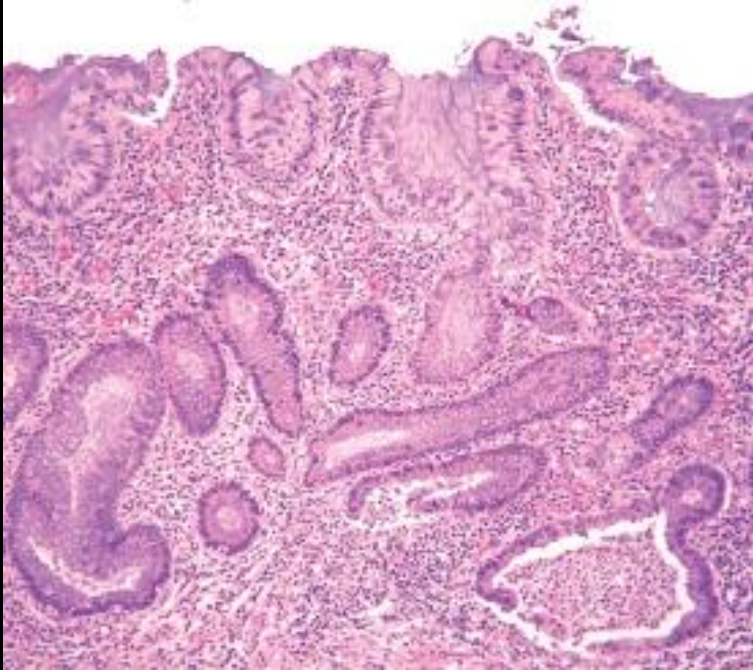
- Récidivantes d'origine inconnue
- Maladie de Crohn
 - « Iléite terminale », fréquente dans population occidentale, atteinte possible tout le TD
 - Pics 10-20 et 50-60 ans
 - Morphologie
 - Atteinte bien délimitée, transparietale, ulcération linéaire (champ labouré), rétraction tissu adipeux, fistules
 - Granulome sans nécrose
 - Clinique
 - Variable: Diarrhées intermittentes, fièvre et douleur abdominales, intervalles libres
 - Complications: sténose fibreuse, fistules
 - Manifestations extra-intestinales: ostéo-articulaires



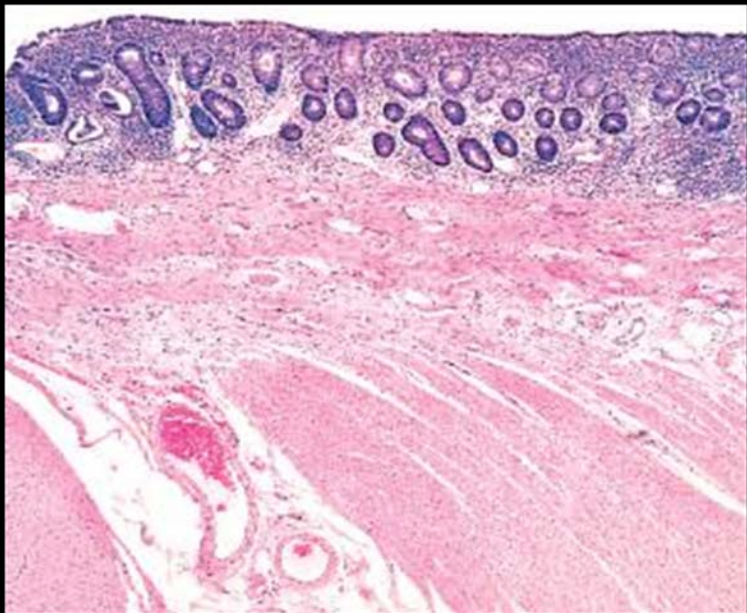
Maladies inflammatoires chroniques idiopathiques

- Colite ulcéreuse
 - Maladie ulcéro-inflammatoire, colique, muqueuse et sous-muqueuse
 - Répartition géographique ~ Crohn: 20-25 ans
 - Morphologie
 - Début rectum, s'étend sans intervalle de muqueuse saine
 - Ulcérations, pseudo-polypes, pas d'épaississement pariétal.
 - Clinique
 - Diarrhée mucoïde et sanglante, intermittente, rémissions +/- longues
 - Risque de cancer dans les pancolites.

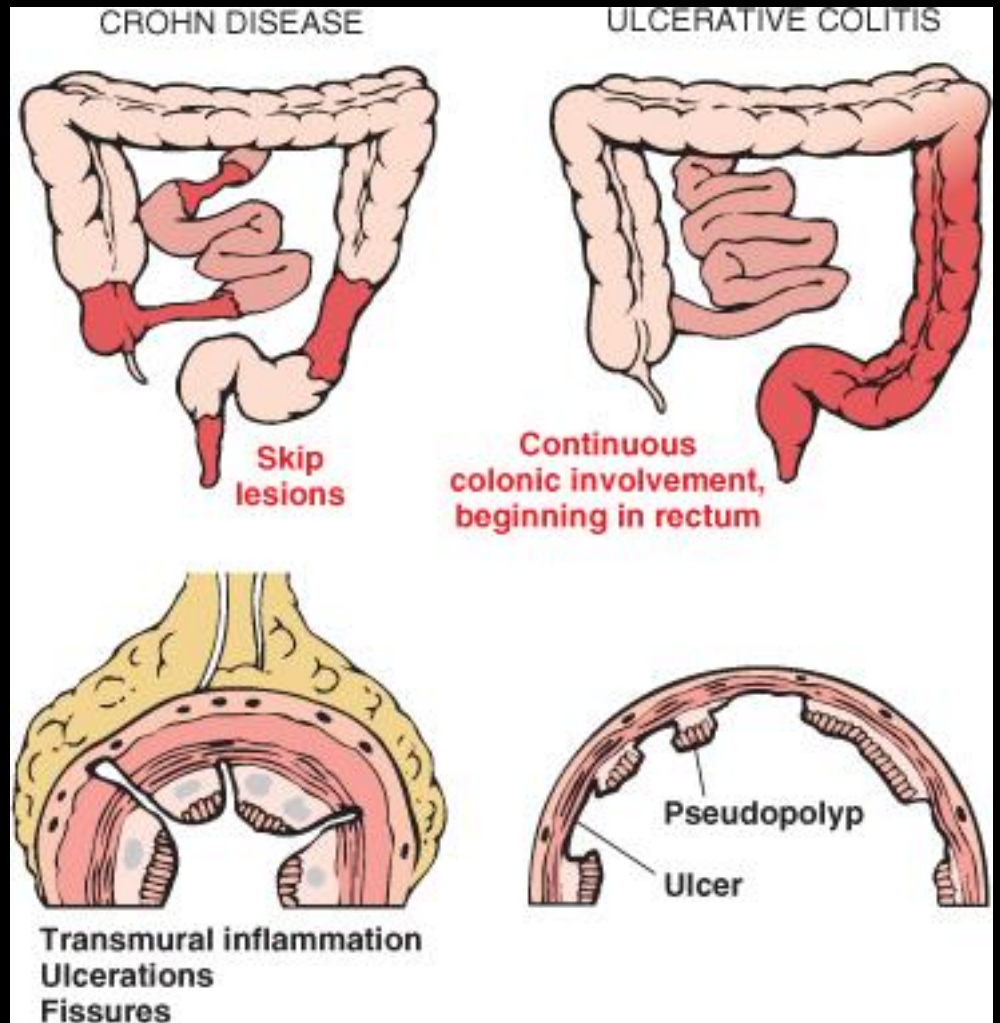




Colite ulcérate , Abscès cryptique

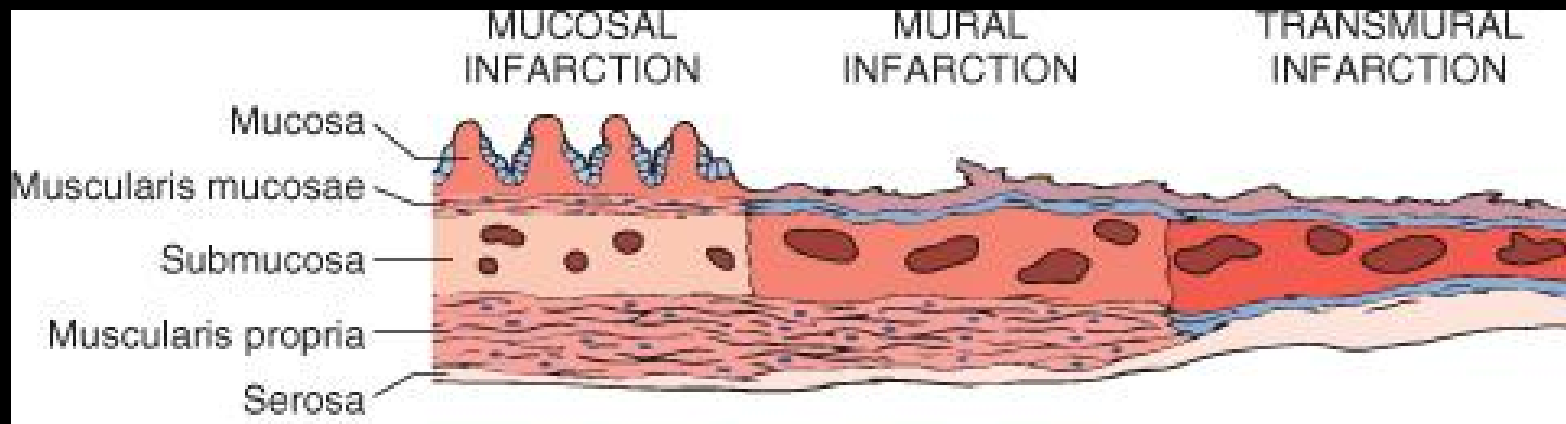
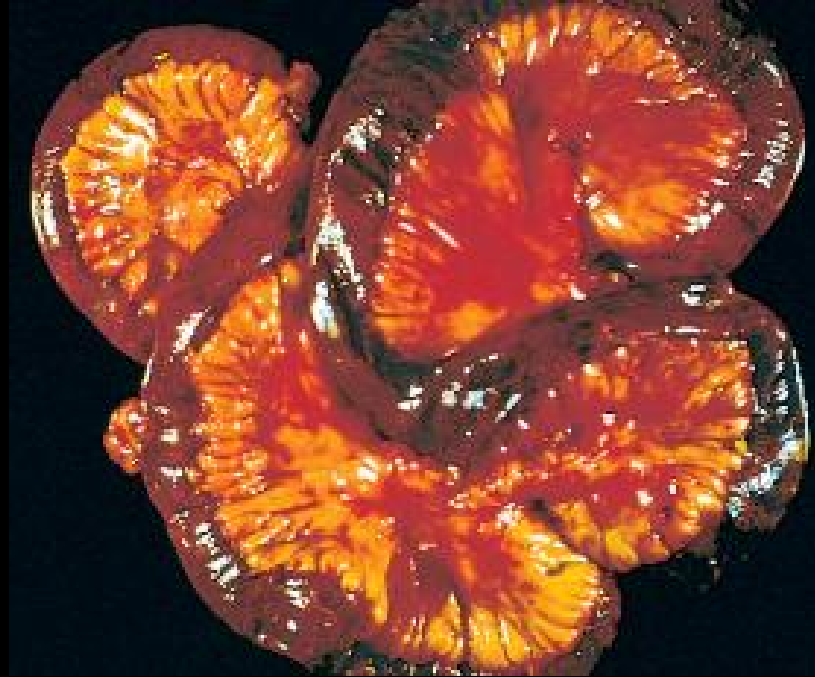


Colite ulcérate chronique



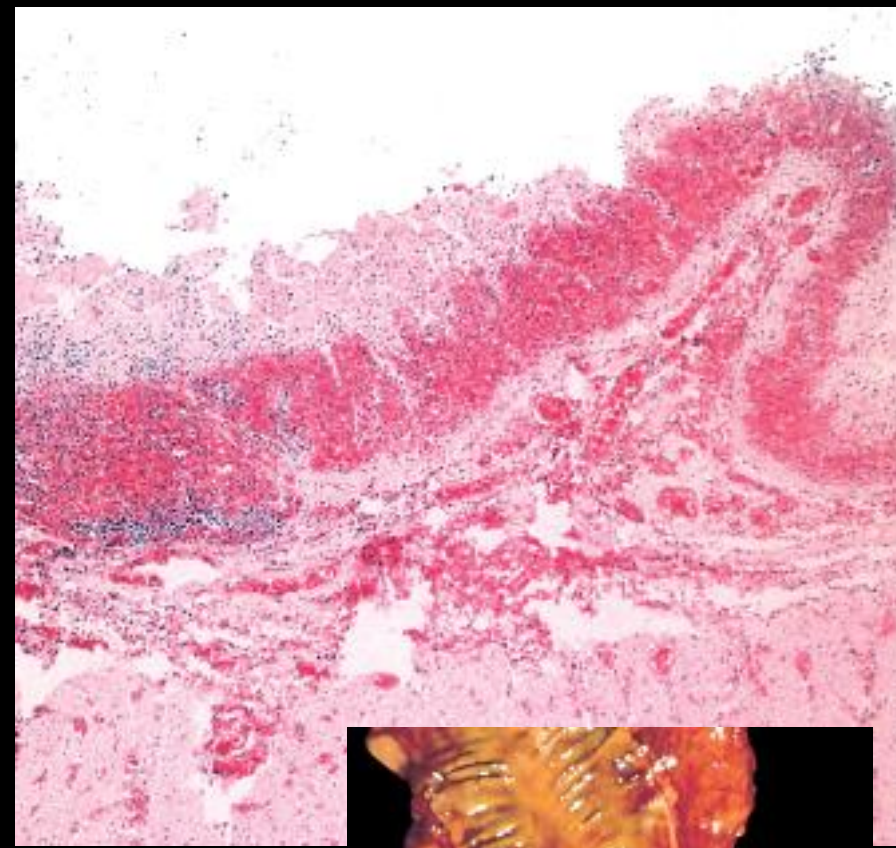
Lésions vasculaires

- Syndrome ischémique
 - Causes: 1) Thrombose artérielle (athérosclérose) 2) Embolie artérielle 3) Thrombose veineuse (+ rare)
 - > Infarctus transparietal, mural, ou muqueux



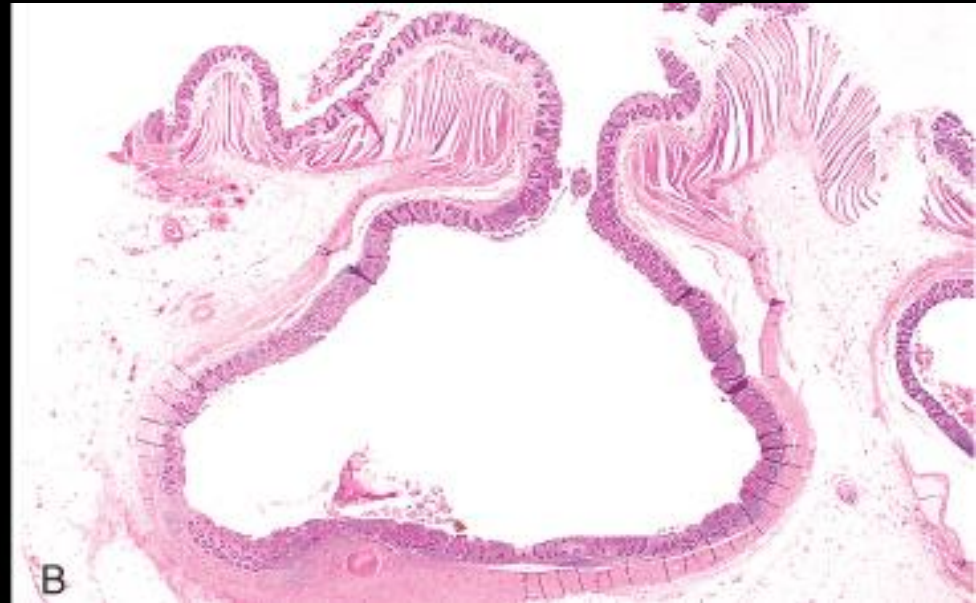
Lésions vasculaires

- Syndrome ischémique
 - Morphologie
 - Nécrose hémorragique, après 1 à 4 j surinfection bactérienne, gangrène > perforation
 - Ischémie chronique: fibrose et infiltrat sous-muqueux > sténose
 - Clinique
 - Rare, grave, DC 50-75 %
- Angiodysplasie
 - Adultes, Colon droit, Atteinte muqueuse et sous-muqueuse
- Hémorroïdes
 - Dilatation variqueuse des plexus veineux anales, et péri-anales.

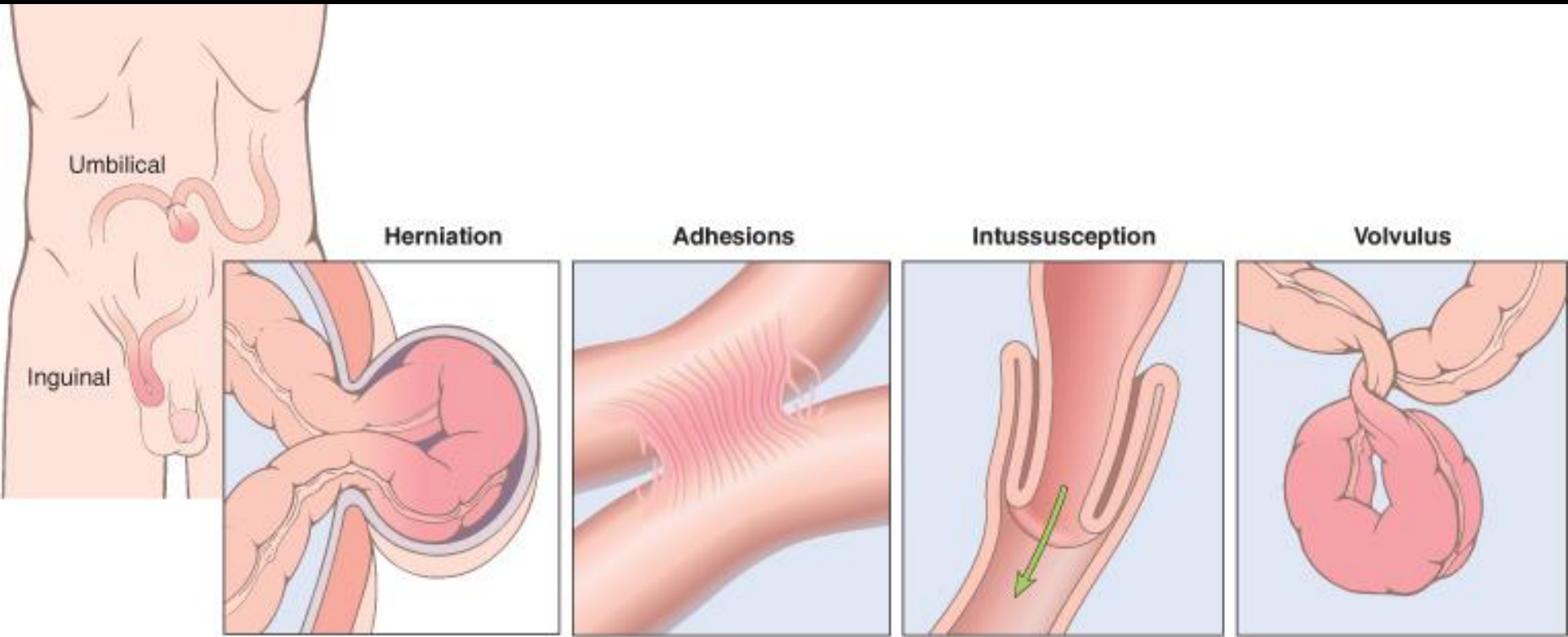


Diverticulose

- Invagination de la muqueuse / musculieuse
- Multiples
- Foyer de moindre résistance
- Augmentation de la pression intraluminaire



Obstructions intestinales



- Causes:
 - Hernies
 - Adhérences: postopératoires
 - Invagination: Nourrisson, sans cause; Adulte, tumeur.
 - Volvulus

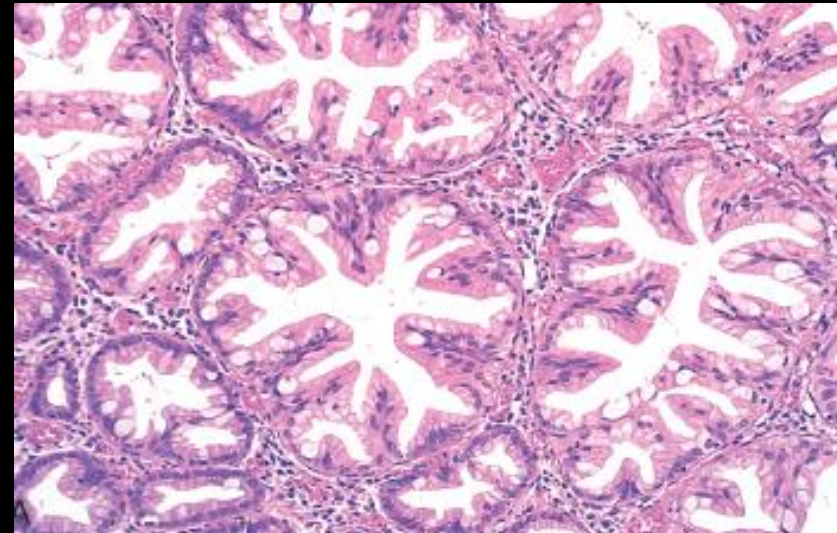
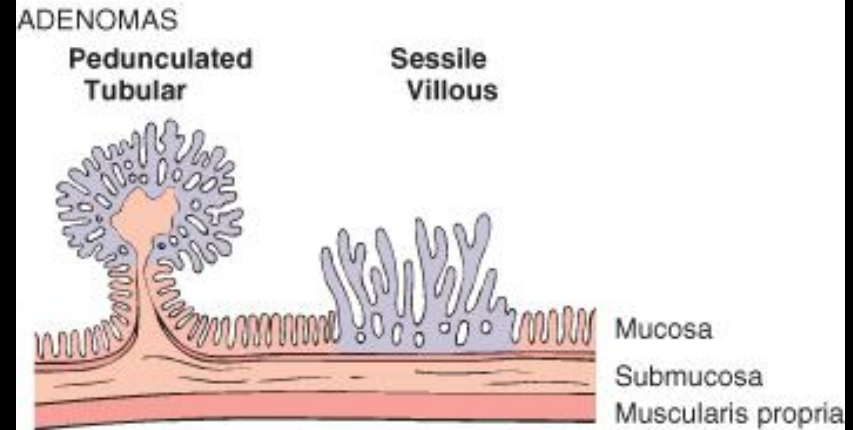
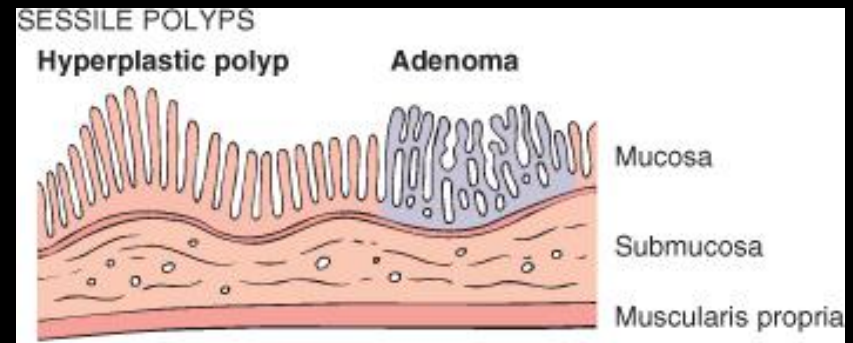
Tumeurs de l'intestin grêle

- Rare: légère prédominance de tumeurs bénignes
- Adénome: souvent ampoule de Vater
- Adénocarcinome:
- Fréquent dans le jéjunum et duodénum



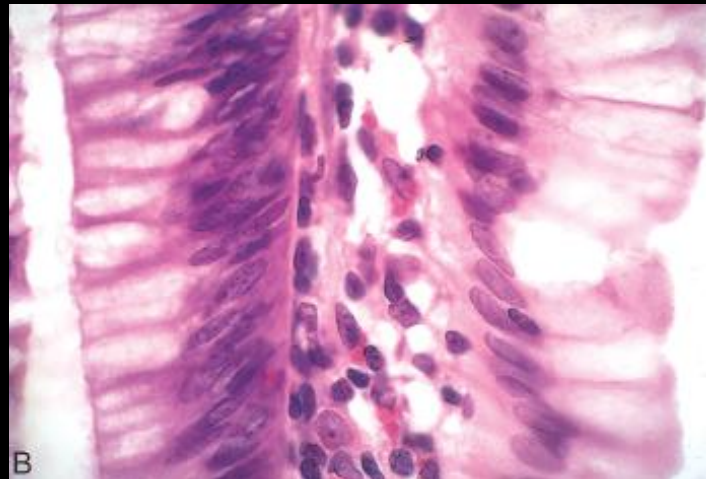
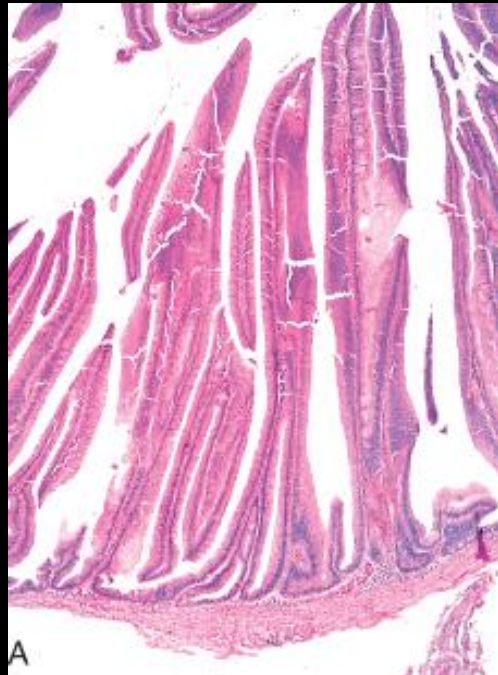
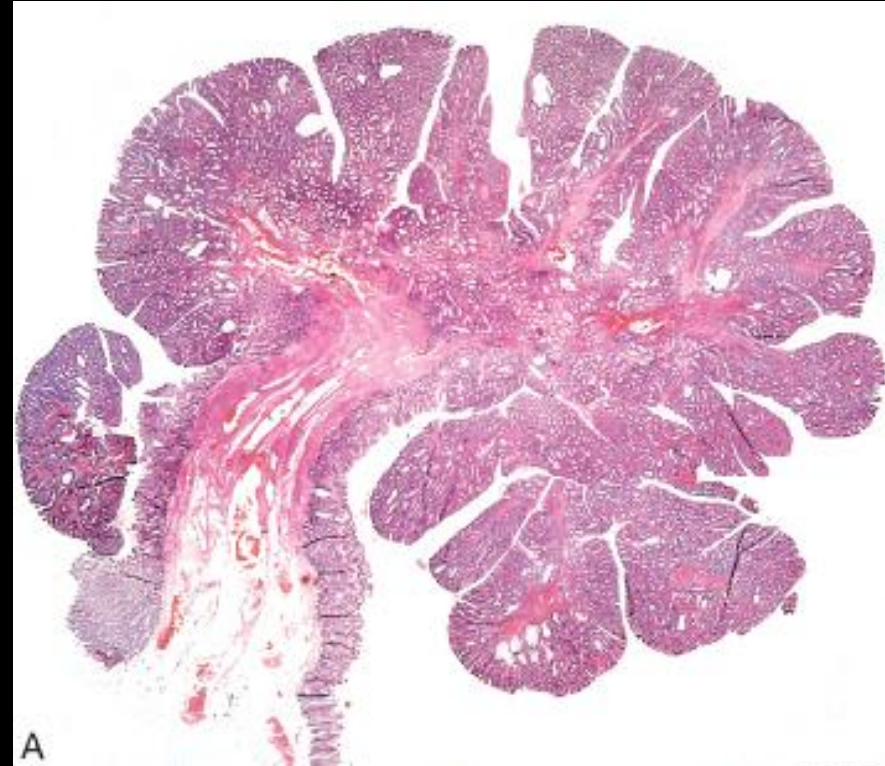
Tumeurs colorectales

- Fréquentes, population âgée
- Polypes: Sessiles, Pédiculés, Hyperplasiques, Adénomateux, Tubuleux, Villeux.
- Polypes non néoplasiques:
- Hyperplasiques, petite taille, pas de potentiel malin
- Juvéniles: pédiculés, souvent rectum, enfance.



Tumeurs colorectales

- Adénomes
 - Tubuleux: souvent sessiles, parfois pédiculés
 - Atypie légère: dysplasie de bas grade
 - Atypie sévère: dysplasie de haut grade
 - Villeux: souvent volumineux, sessiles, franges papillaires
 - Tubulo-villeux.

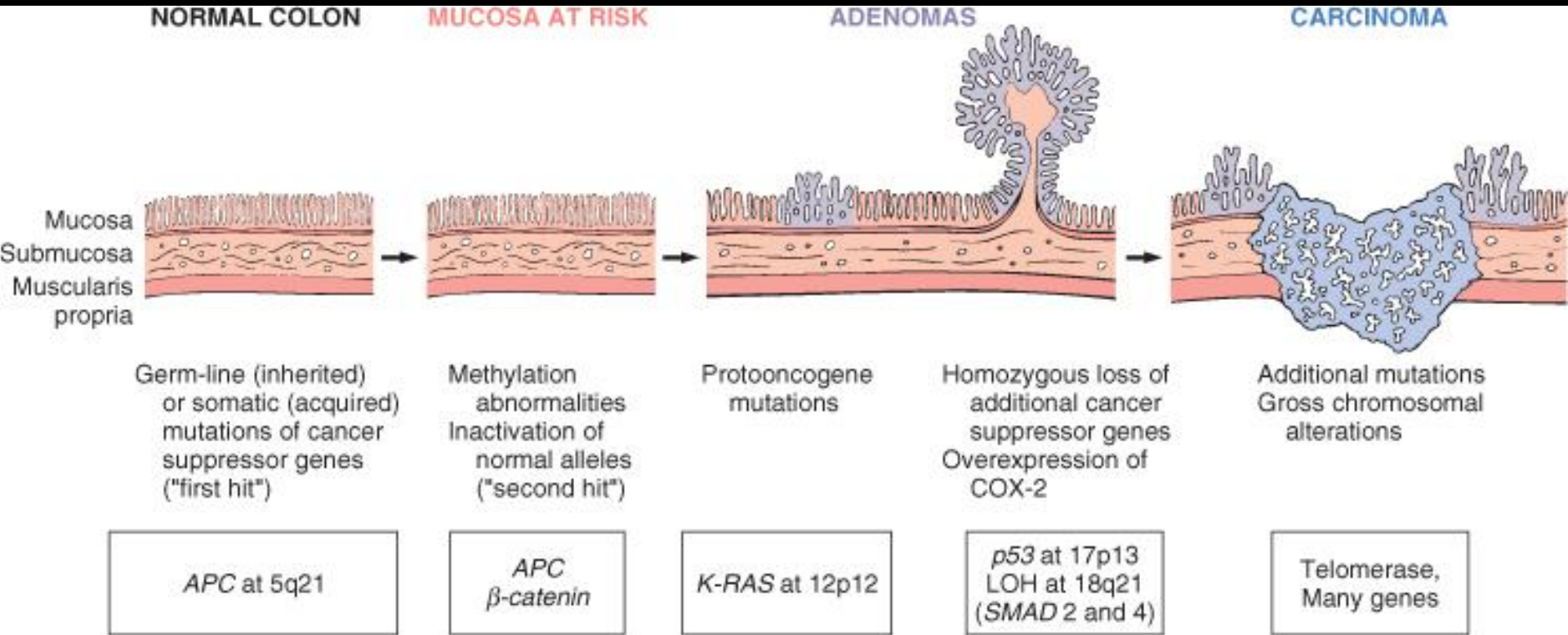


Tumeurs colorectales

- Adénomes
 - Formes familiales
 - Polypose adénomateuse familiale
 - 100% > adénocarcinome
 - Syndrome de Gardner
 - Ostéome, fibromatose..
- Séquence Adénome – Carcinome
 - Population à prévalence d'adénome
 - Distribution des adénomes
 - Pic d'incidence des adénomes
 - Risque fonction du nombre

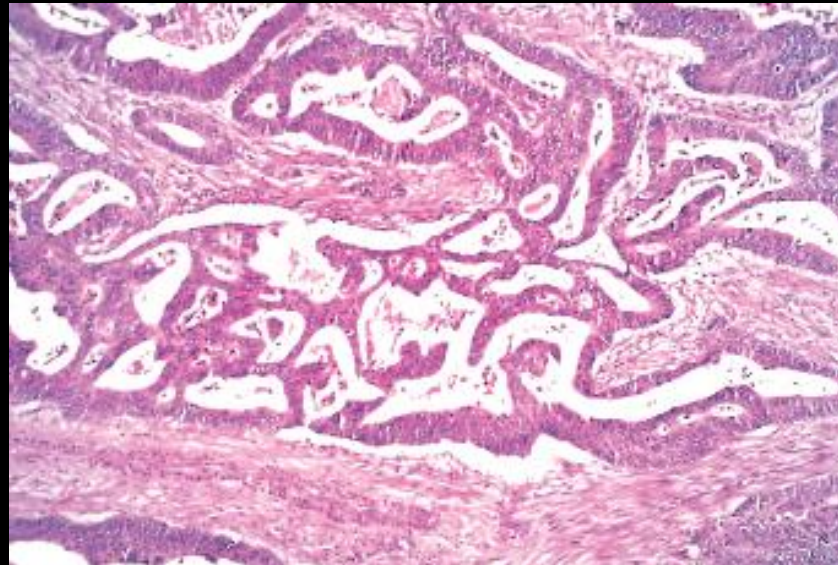


Séquence Adénome – Carcinome



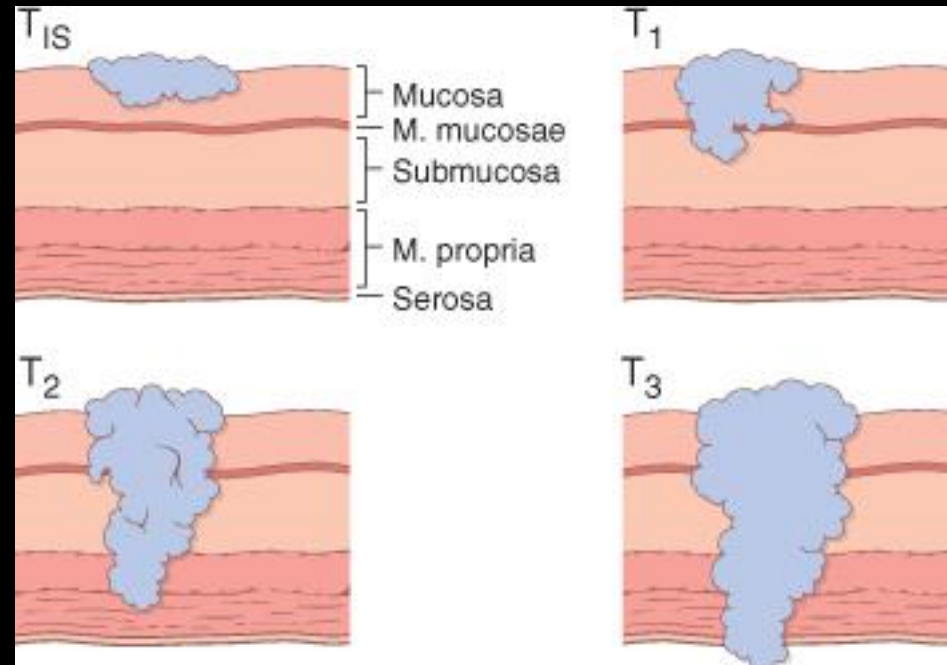
Tumeurs colorectales

- Cancer colorectal
 - 98% adénocarcinomes > 60ans
 - Rôle des facteurs alimentaires
 - Colon ascendant 38%, Sigmoïde 35%, Transverse 18%
 - Souvent sporadique; 1-3% Sd. Familial
- Morphologie
 - Proximal polypoïde, Distal sténosant
 - Histologie: ACA différencié : structures tubuleuses mucoséc.



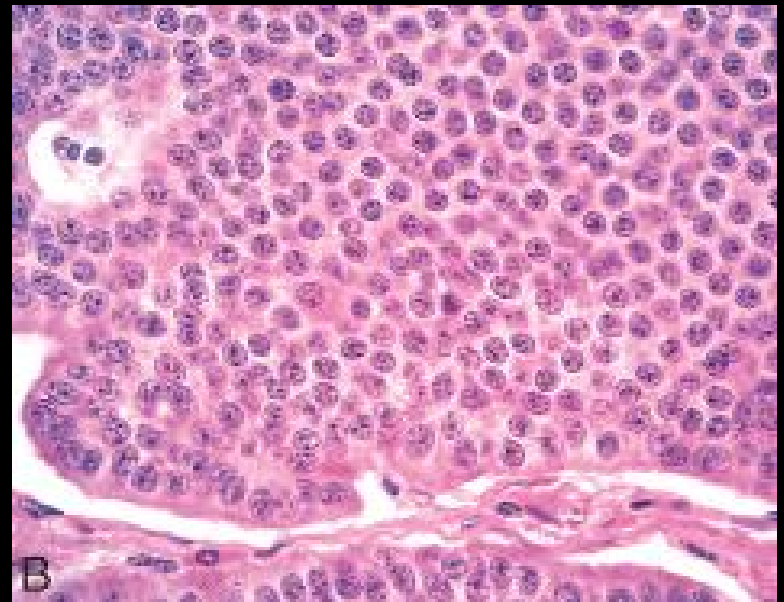
Tumeurs colorectales

- Cancer colorectal
 - Clinique
 - Asymptomatique pendant des années
 - Rectosigmoïde souvent plus infiltrant
 - Sujet âgé + anémie par déficit en fer = CA gastro-intestinal
 - Facteur histopronostique: degré d'extension de la tumeur au diagnostic
 - (Astler-Coller)
 - A 100% à 5 ans
 - B1 65%, B2 50% (N-)
 - C1 40%, C2 25% (N+)



Tumeurs de l'intestin et du colon

- Tumeurs carcinoïdes
 - Origine neuroendocrine
 - Syndrome carcinoïde
 - Potentiel malin: Appendice et rectum métastasent rarement, mais 90% iléon, estomac, colon métastasent
 - Morphologie
 - Cytologie régulière, grains neurosécrétoires.
- Lymphomes gastro-intestinaux
 - 1 à 4% des tumeurs malignes TD
 - Hélicobacter, Méditerrané, Déficience immunitaire (congen. ou autre)
- Tumeurs mésenchymateuses
 - GIST (T. stromales)



Appendice

- Appendicite aiguë
 - Obstruction luminale: stercolithe,,,ischémie > Pullulation microbienne
 - Morphologie
 - Infiltrat polynucléaire des tuniques > abcès > nécrose
 - Appendicite aiguë débutante > suppurée > gangréneuse
 - Clinique
 - Souvent adolescent, tout âge
 - Complication: perforation
- Tumeurs appendiculaires
- Carcinoïde, fortuit
- Mucocèle et pseudo-myxome
 - Obstruction, hypersécrétion mucus = mucocèle
 - Cystadénome mucineux
 - Cystadénocarcinome (4X-) >
 - PseudoMyxome péritonéal



Fin du Chapitre