

Anatomie Pathologique-UE3

quelques infos

- **5 cours magistraux**
 - **Oesophage et estomac: Pr Berrebi**
 - **Intestin grêle et colon Pr Berrebi**
 - **Tumeurs digestives: Pr Bedossa**
 - **Foie: Pr Paradis**
 - **Voies biliaires et Pancréas: Pr Couvelard**
- **1 ED d'anatomie pathologique, d'une durée de 2 heures**

Préparation ED gastro

- L'ED doit être préparé en ligne via le lien:
<https://moodlesupd.script.univ-paris-diderot.fr/course/view.php?id=9215>
- Portail Paris Diderot, Santé, UFR médecine, DFGSM3, UE3 Appareil digestif, ED Anatomie Pathologique

Préparation ED gastro

- **Dans cet ED: 4 observations cliniques avec les lames virtuelles correspondantes annotées**
- **Vous préparez l'ED en ligne en répondant aux questions et les copies seront ramassées au début de l'ED**
- **Les quatre observations seront discutées au cours de l'ED**
- **Contrôle continu: présence à l'ED + copies rendues**
- **L'ED est au programme de l'examen final**

Démarche pour le diagnostic



Un Patient

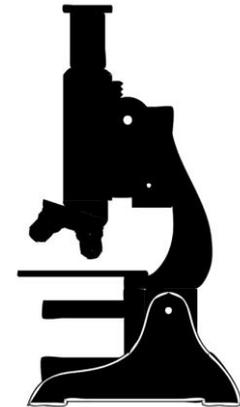


Vous, Clinicien

Prélèvements

- ? Diagnostic
- ? Pronostic
- ? Traitement

**Biologie
Imagerie**



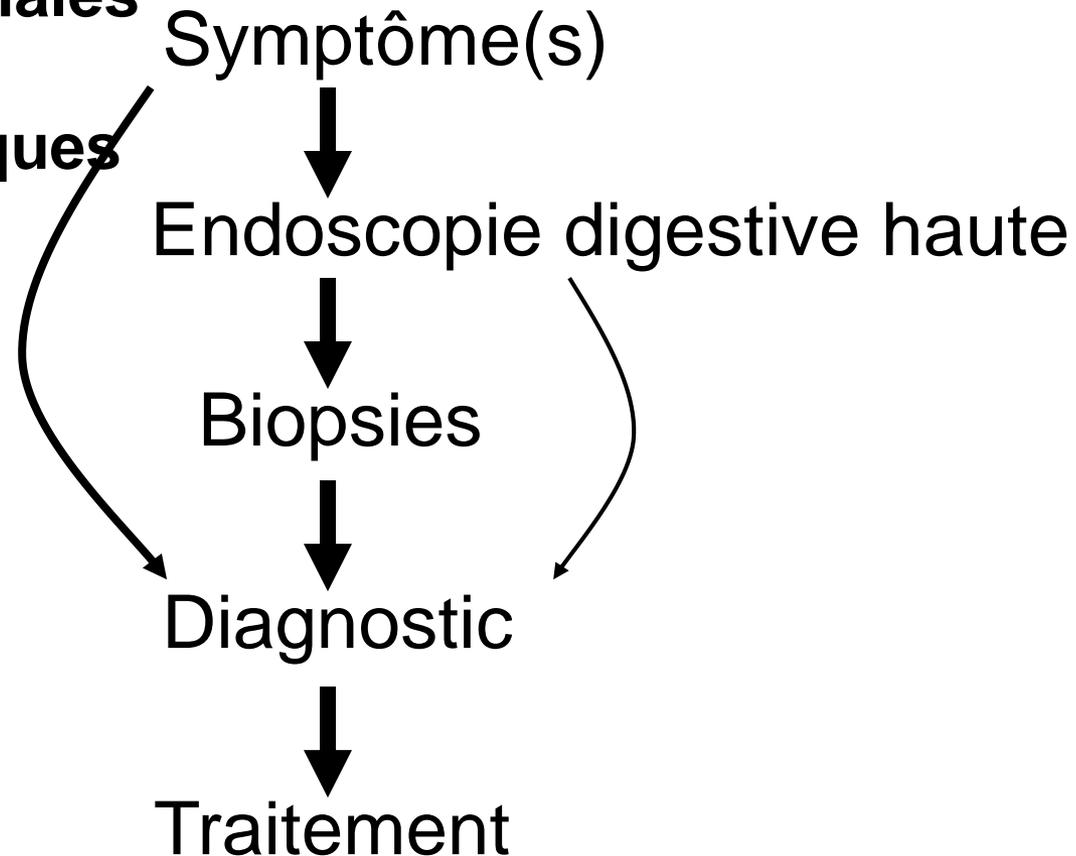
**Anatomo-
pathologistes**

Pathologie de l'oesophage et de l'estomac

- **Dominique Berrebi**
- **Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, Hôpital Robert Debré, Paris Diderot**

Pathologie oesophagienne et gastrique

**Dysphagie,
Brûlures rétro-sternales
Douleurs épigastriques
Nausées
Vomissements**



DEMANDE d'EXAMEN d'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE N 154144

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

N° d'enregistrement au laboratoire: CPA 154144

Date du(des) Prélèvement(s): 6 sept à 3 h 08

IDENTIFICATION DU PATIENT (Étiquette GILDA) TRANSMISSION DES RESULTATS

Service demandeur: H03c-2
 Nom du médecin préleveur: A. Bellaïche
 Téléphone et/ou BIP: _____

Service prescripteur: _____
 Nom du médecin prescripteur: G. Millaud
 Téléphone et/ou BIP: _____

Signature preleveur/prescripteur: _____

DEMANDE(S) PARTICULIERE(S): EXAMEN EXTemporANE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:
Recherche gastrite HP.

EXAMENS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTERIEURS (date(s), numéro(s) d'enregistrement et résultats, TRAITEMENTS RECUS (radiation, antibiotiques, hormones...))

PRELEVEMENT(S)

NATURE(S) ET SIEGE(S) (éventuellement identifier les différents recipients)
① Antrale - CP 1

SCHEMA SOMMAIRE DES LESIONS

FIXATEUR UTILISE: FORMOL AUTRE LEQUEL _____
 CADRE RESERVE AU SERVICE D'ANATOMIE

REQULE _____

NBRE DE RECIPIENTS: _____ Nbre de lames pour _____
 CONGELATION à --H-- _____ MILIEUX SPECIAUX: _____
 MICROSCOPE ELECTRONIQUE PHOTOGRAPHIES: _____

Hôpital Robert DEBRE
 Hôpital de Jour de Chirurgie et Endoscopies
 48 boulevard Sérurier
 75935 PARIS Cedex 19
 Code FITNESS 750803454

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpital de jour de chirurgie et endoscopies
 Tél : 01 40 03 22 40
 Fax : 01 40 03 22 99

SERVICE DES MALADIES DIGESTIVES ET RESPIRATOIRES DE L'ENFANT

Chef de Service :
 Pr Jean-Pierre HUGOT

COMPTE-RENDU OPERATOIRE
HOPITAL DE JOUR DE CHIRURGIE

INTERVENTION DU 20/09/17

N° de séjour : 7017325775

Opérateur : DR BAMBERGER Assistant : DR BELLAICHE
 Anesthésiste : DR BRUNEAU

Clinique :
 Enfant suivi pour un syndrome polymalformatif présentant des épigastralgies ainsi qu'une carence martiale. Recherche d'une infection à Helicobacter pylori.

Examen réalisé sous anesthésie générale sans intubation orotrachéale à l'aide de l'endoscope n°19 EG-590-WR (SG 348 A495).

OESOGASTRODUODENOSCOPIE
 Introduction de l'endoscope sous contrôle visuel et progression aisée jusqu'au 2^{ème} duodénum.
 Muqueuse duodénale d'aspect normal.
 Présence d'une gastrite pétychiale antrofundique.
 Muqueuse œsophagienne d'aspect normal.
 Réalisations de trois biopsies au niveau antrofundique.

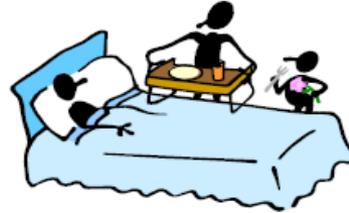
CONCLUSION
 Gastrite pétychiale antrofundique.
 Biopsies en attente.



***Toute biopsie digestive s'interprète en fonction
de la clinique et de l'endoscopie digestive***



Demande d'examen

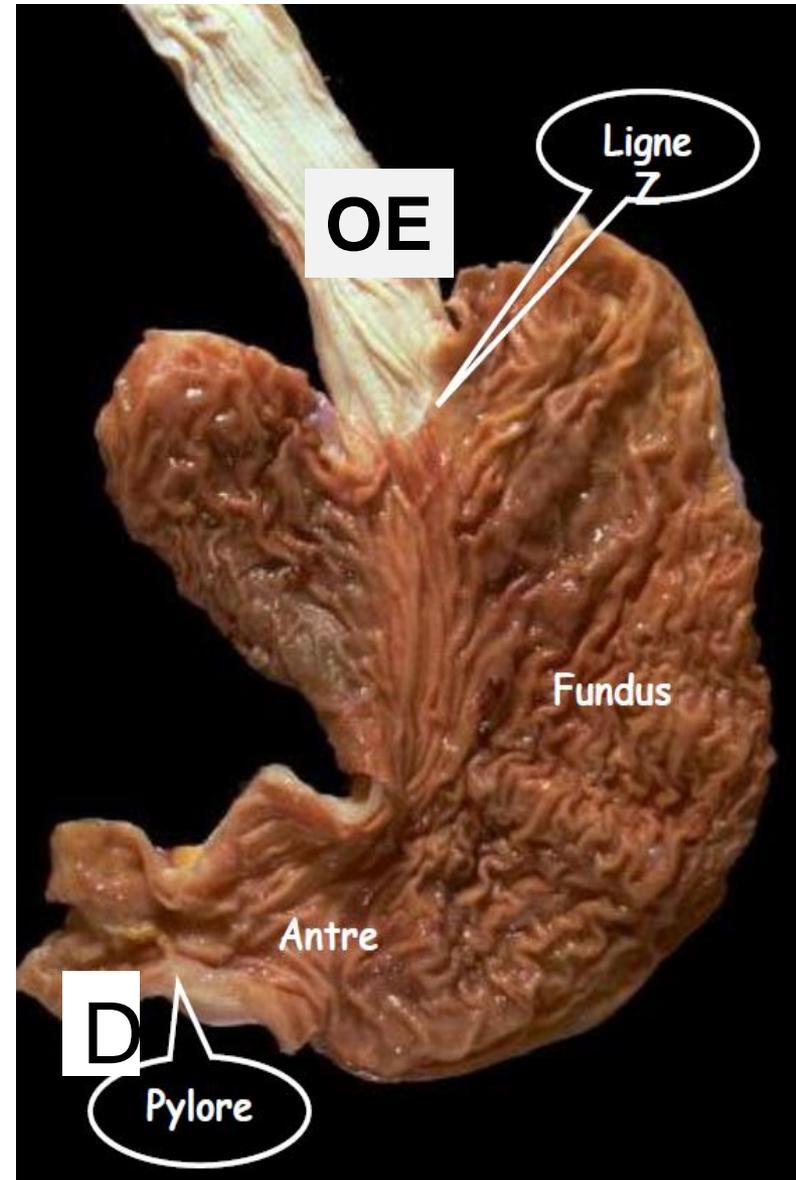
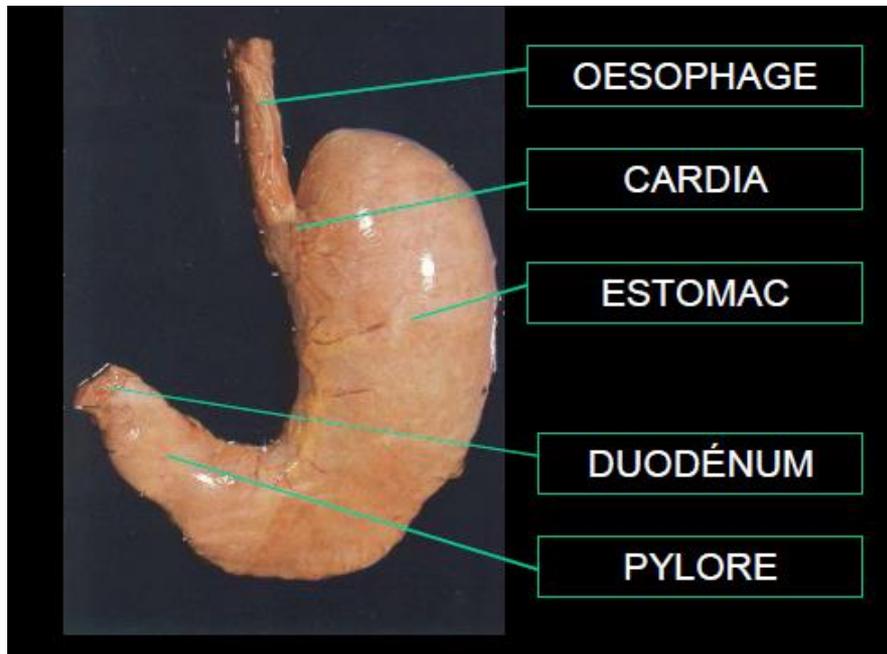


Prélèvements

Compte rendu « ana-path »



Oesophage et estomac normaux



Oesophage normal

BIOPSIE

Epithélium
malpighien

Sous-
muqueuse

Musculeuse



M00 F00
AVE
1/60
NHS

OE normal



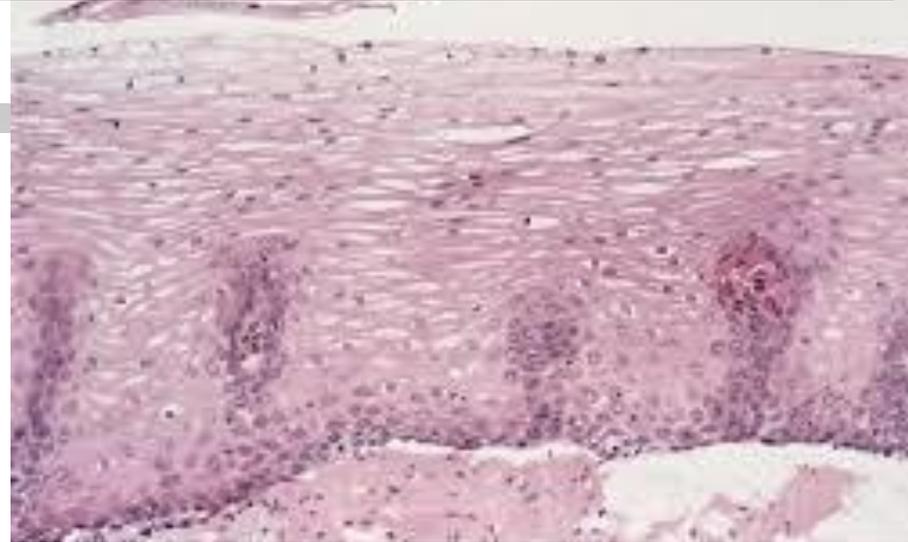
Ligne en Z



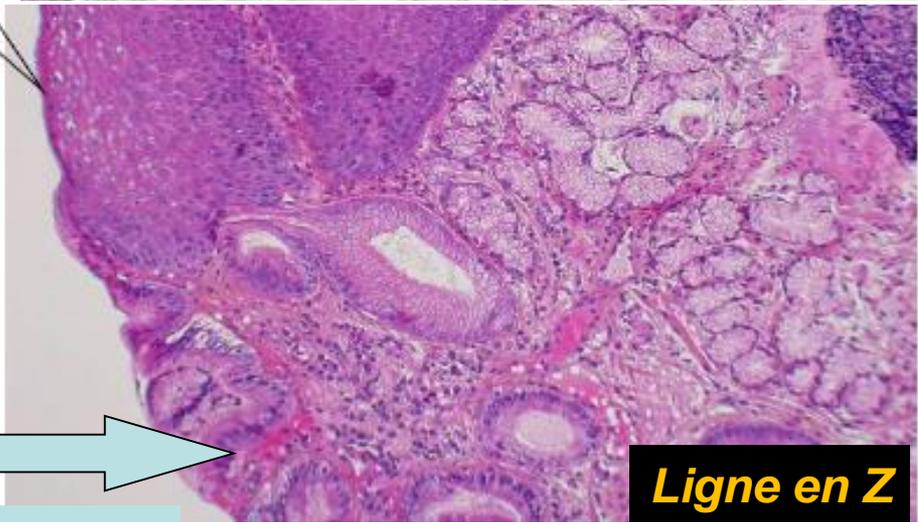
**Ligne en Z
rétrovision**



Epithélium malpighien non kératinisé



Epithelium
malpighien
normal

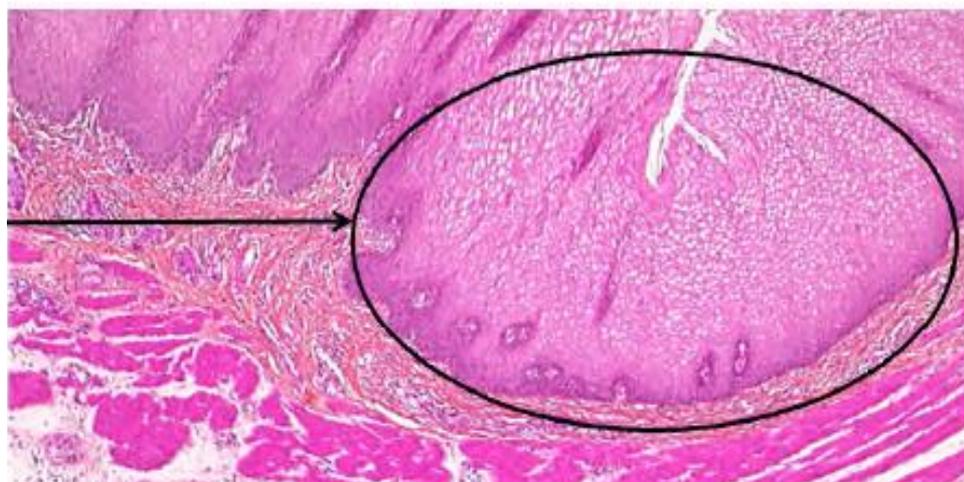


Ligne en Z

**Muqueuse glandulaire
gastrique**



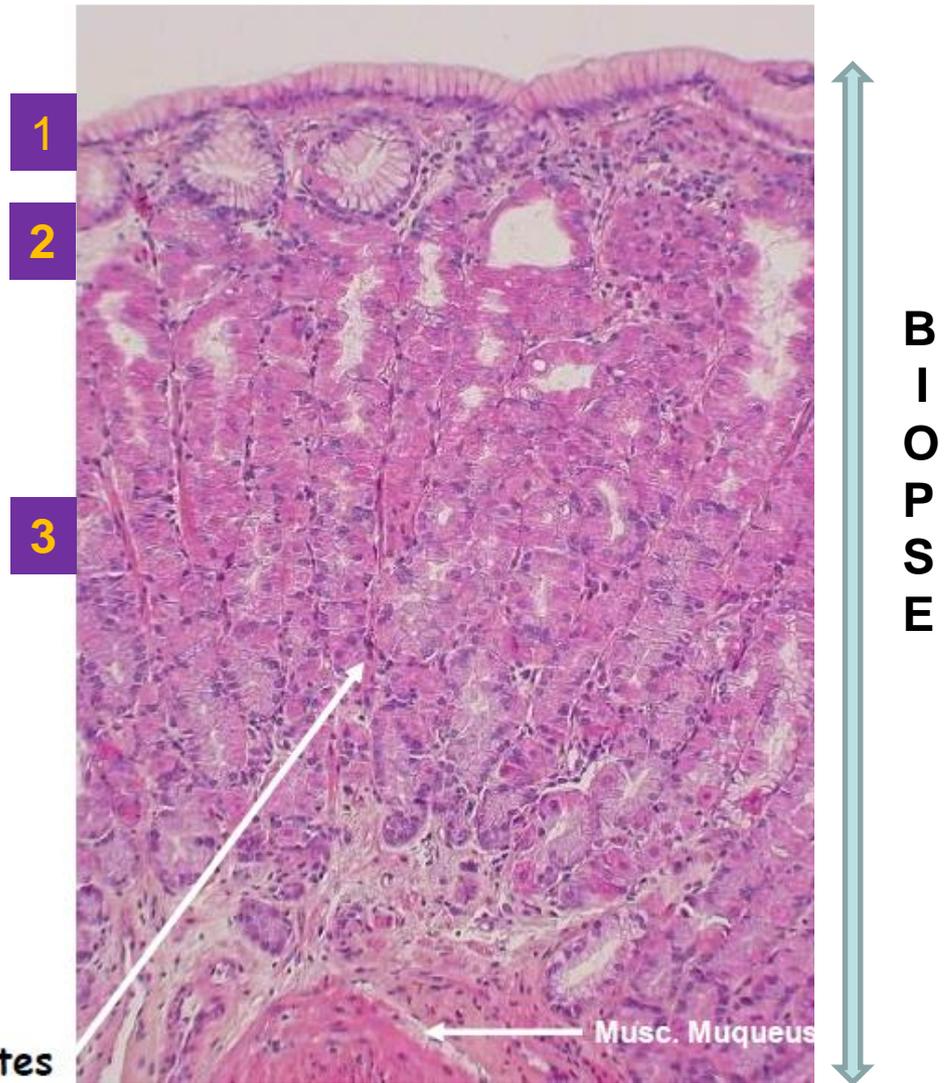
Biopsies oesophagiennes



Estomac normal fundus

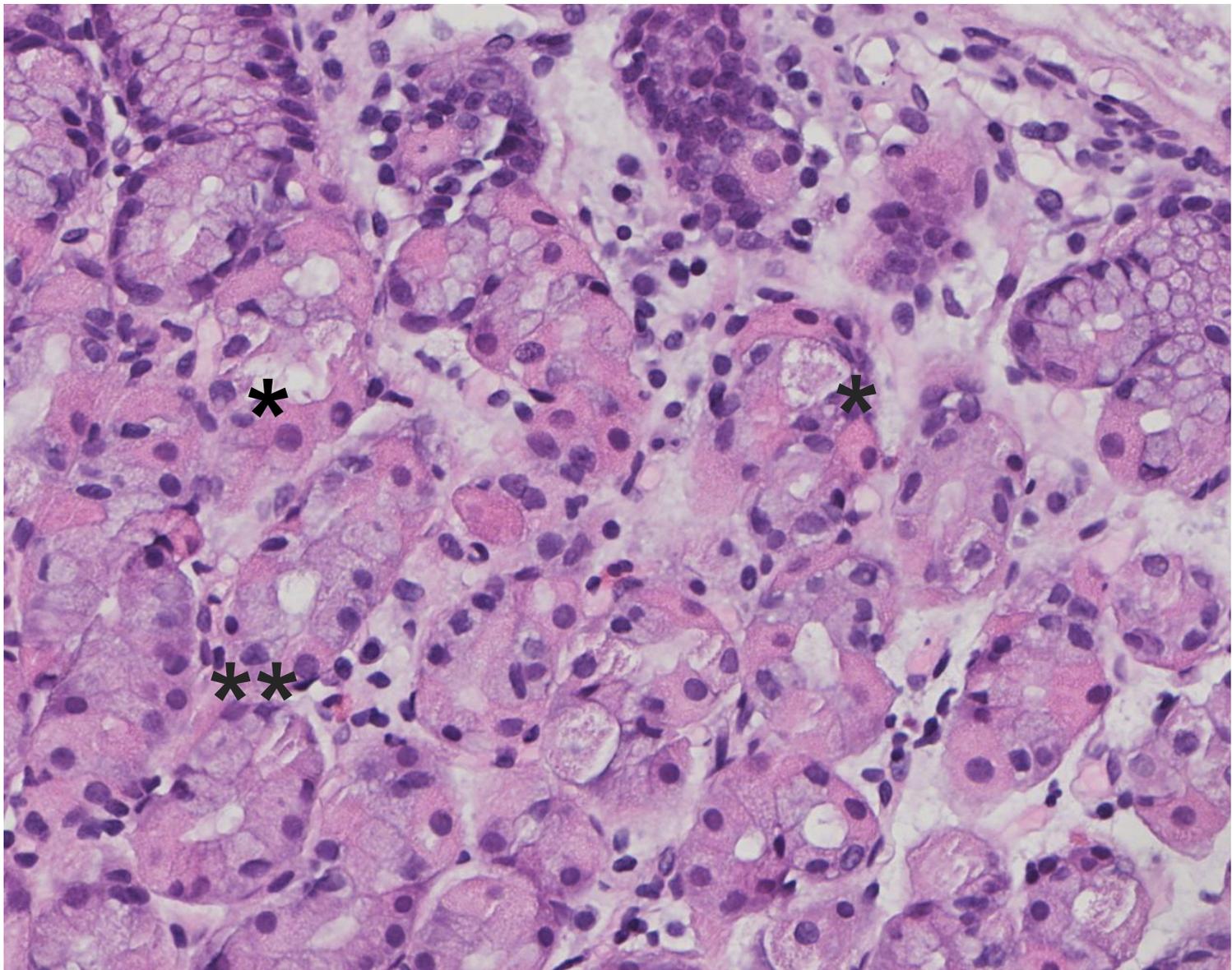


Muqueuse : glandes avec cellules bordantes



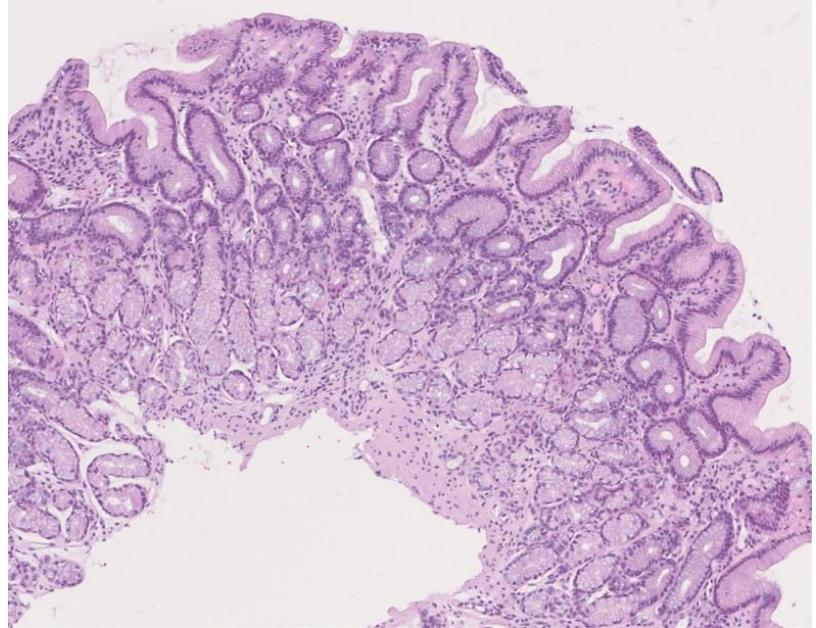
B - O P S E

Musc. Muqueus

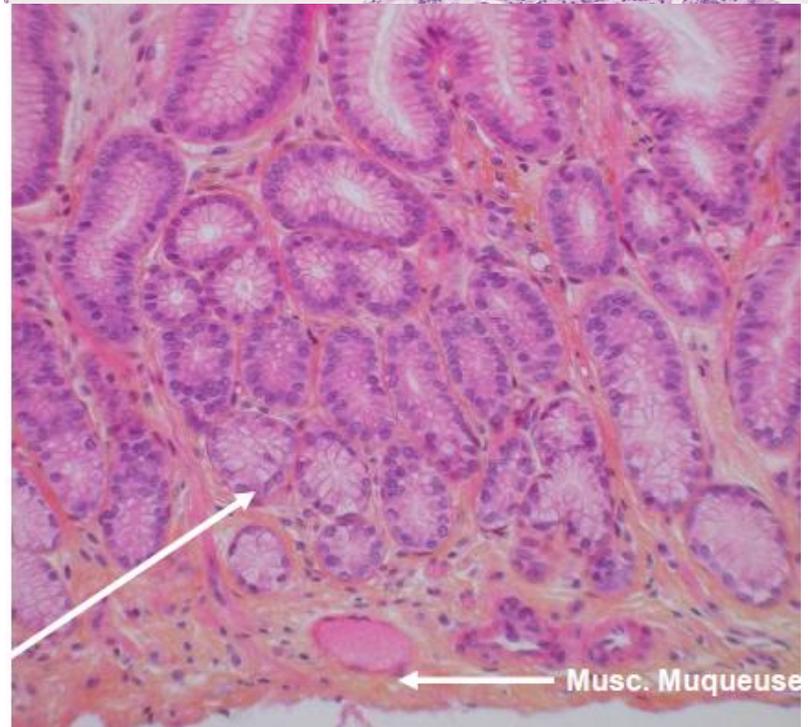


**+++ Cellules bordantes (pariétales, facteur intrinsèque, HCL) *
et principales ** (pepsine)**

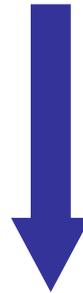
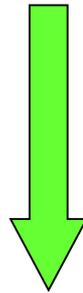
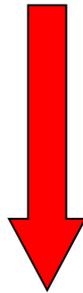
Estomac normal antre et pylore



Muqueuse : glandes mucosécrétantes



Brûlures rétro-sternales



**Aspects
Endoscopiques**

Age

**Terrain
Immunodéprimé
Allergie**

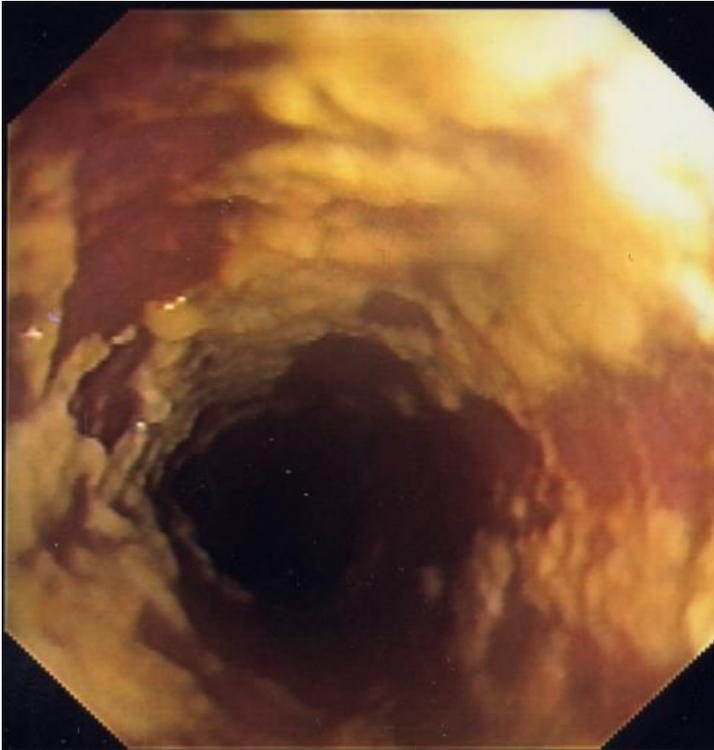
**MICI, maladies
auto-immunes
Etc...**

Diagnostics différents

filie de 6 ans, *transplantée rénale* avec douleurs épigastriques et brûlures rétro-sternales
fibroscopie haute plus biopsies

Immunodéprimés=
rechercher un ou plusieurs agents
pathogènes

Aspect endoscopique de l'œsophage / biopsies

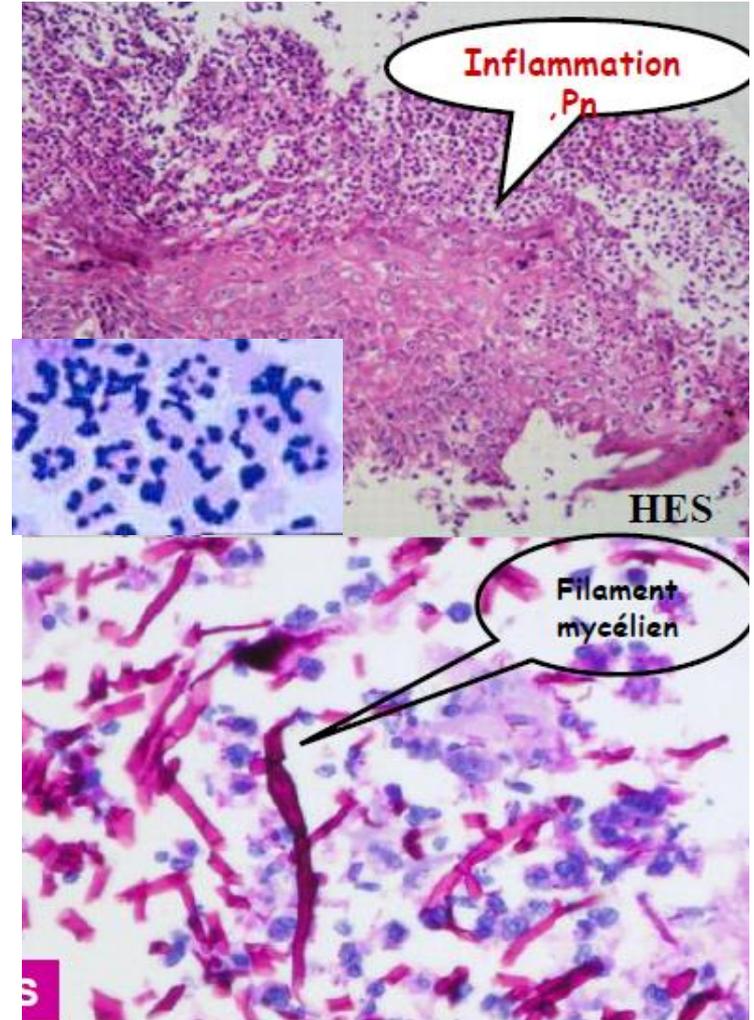


Oesophagite candidosique

- Inflammation intra-épithéliale avec PN **NEUTROPHILES**, d'intensité variable, nécrose, ulcération

Mise en évidence de **spores** et/ou **filaments mycéliens** après colorations spéciales (PAS, grocott)
Rechercher une co-infection (HSV, CMV)

PAS

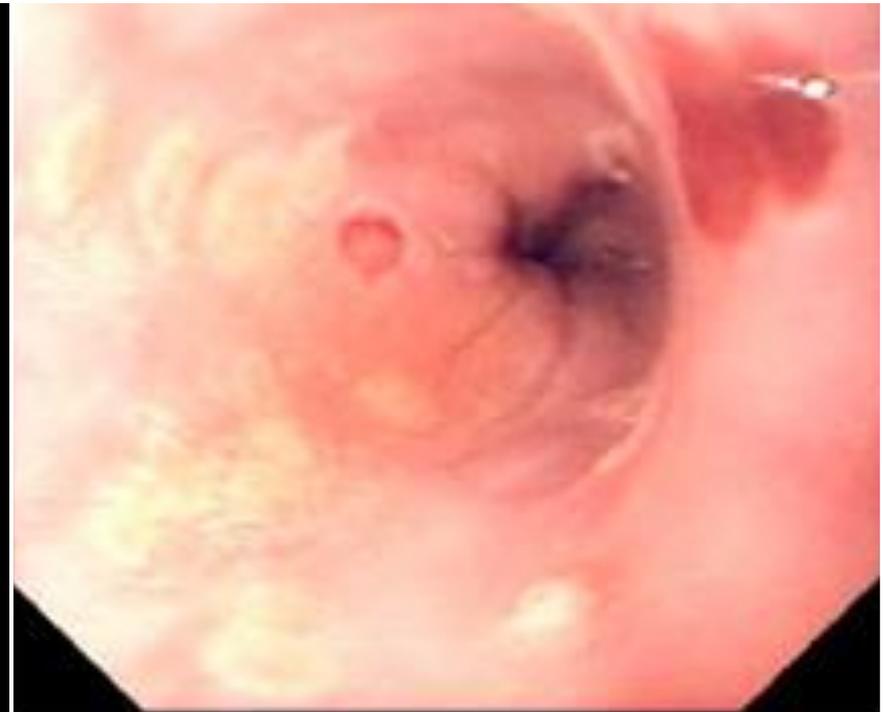
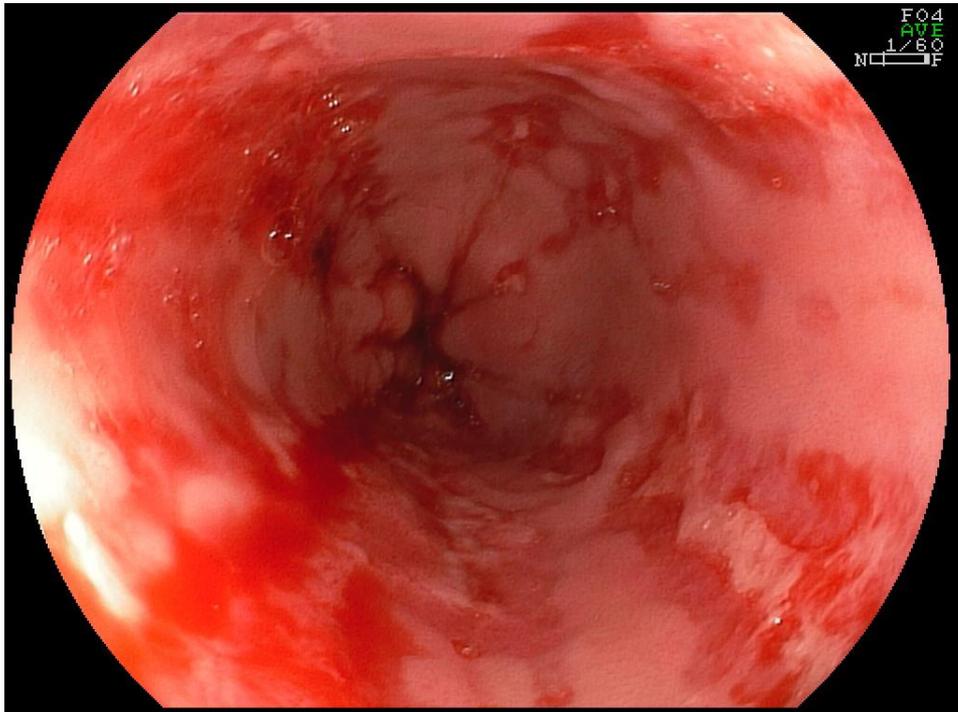


Oesophagite candidosique

- Infection la plus fréquente de l'œsophage
- *Candida albicans* ++
- Commensal de la bouche et du pharynx
- Immunocompétent: AB à large spectre
- Immunodéficient (SIDA, chimio, corticoïdes...)
- Clinique: dysphagie, odynophagie
- Endoscopie typique: plaques blanc-jaune « cottage-cheese »
- Diag biopies oesophagiennes



Aspects endoscopiques de l'oesophage + biopsies



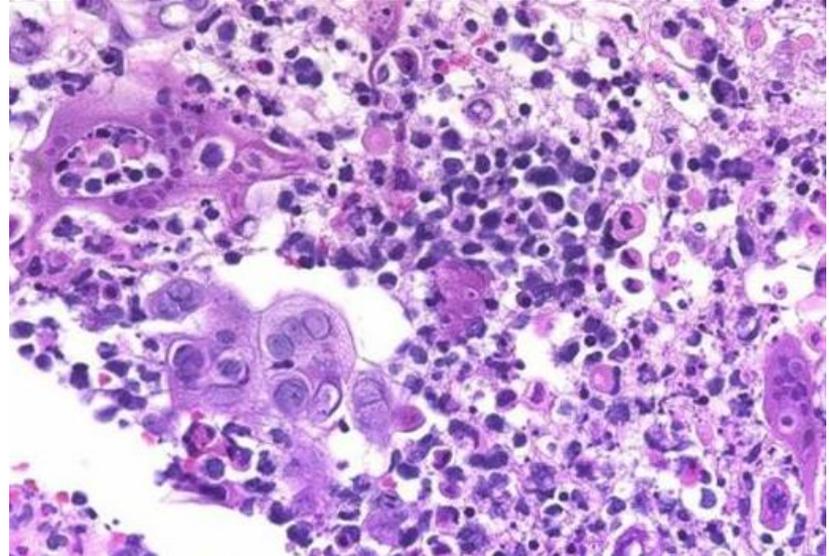
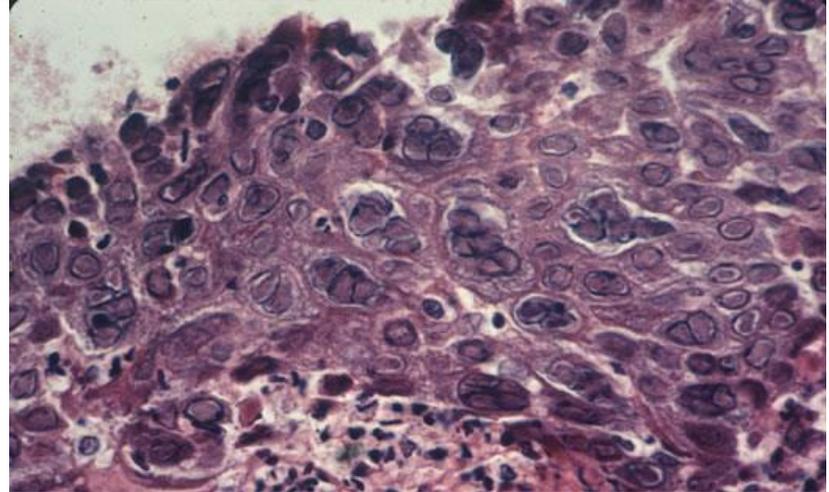
Oesophagite herpétique

Effet cytopathogène

**dans les cellules épithéliales
avec des noyaux volumineux,
multinucléations, en pile d'assiette,
inclusions nucléaires**

**Inflammation avec neutrophiles,
macrophages, lymphocytes**

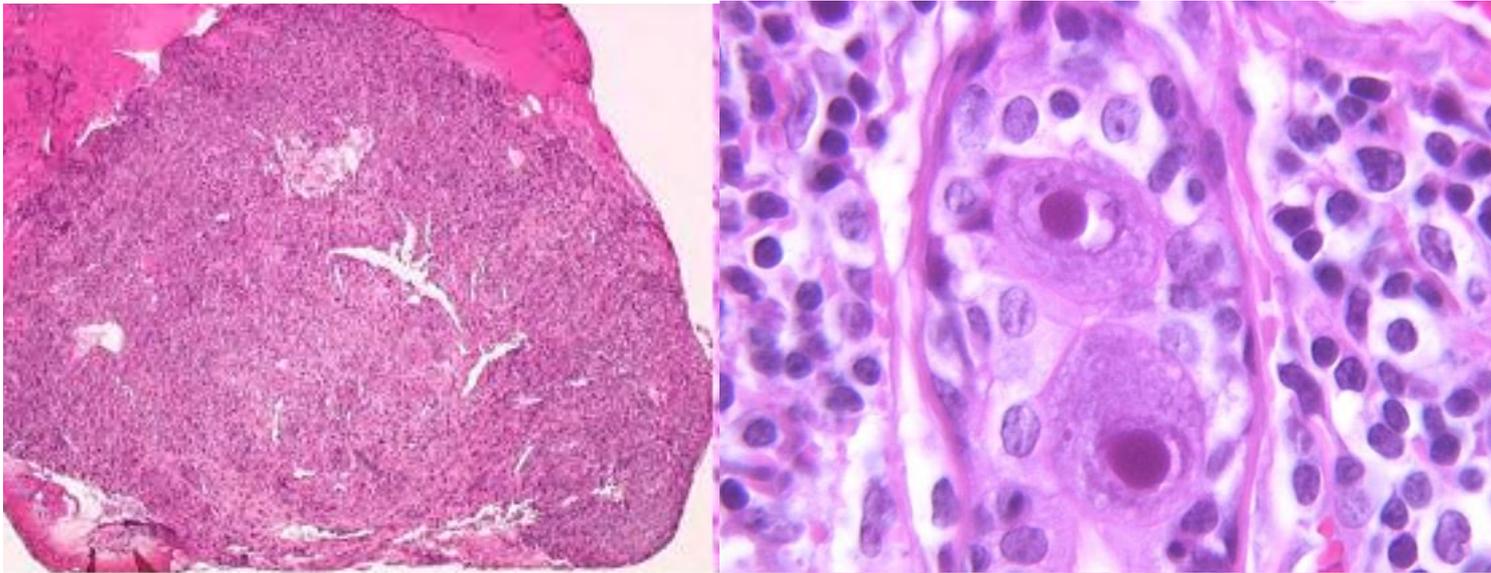
Ulcérations, nécrose



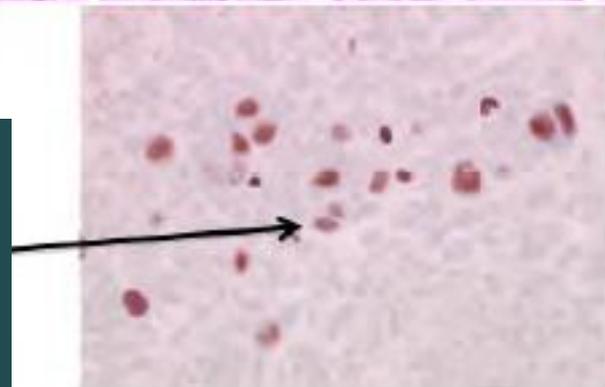
Oesophagite virale herpétique

- Infection virale la plus fréquente dans l'
- Représente environ 25% des ulcères de l'œsophage
- Herpes Simplex Virus 1 ou 2
- Immunodéprimés+++ réactivation de HSV1
- Existe aussi chez les patients immunocompétents (primo-infection HSV1 +/- infection labiale)
- Nouveau-né dans le cadre d'une infection généralisée in utéro HSV2
- Odynophagie, dysphagie, douleurs, fièvre
- Endoscopie variable: ulcères ++, vésicules, œsophage moyen et inf

Oesophagite à CMV: effet cytopathogène



Rares, immunodéprimés
Grands ulcères atypiques au niveau
De l'œsophage moyen
Diag: biopsies et étude IHC



Inflammation de l'œsophage

Infectieux

- Surtout chez les patients immunodéprimés
- Biopsies éléments importants du diagnostic,
- Souvent résultats plus rapides que les études microbiologiques

	Fréquence	Colo spéciale
Bactériennes		
Tuberculose	très rare	Gram
Mycobactéries atypiques	très rare	Ziehl
	rare (SIDA)	Ziehl
Virales		
Herpes	rare	IHC
CMV	rare	IHC
Fongiques		
<i>Candida albicans</i>	fréquent	PAS, Grocott
Autres *	très rare	PAS, Grocott
Parasitaires		
<i>Pneumocystis carinii</i>	très rare (SIDA)	
Maladie de Chagas	très rare (SIDA)	
Cryptosporidiose	très rare (SIDA)	
Leishmaniose	très rare (SIDA)	

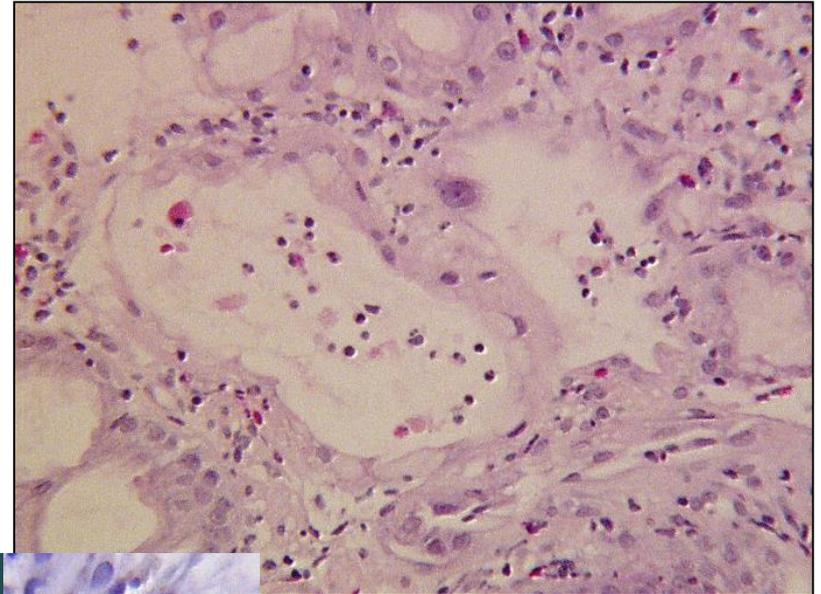
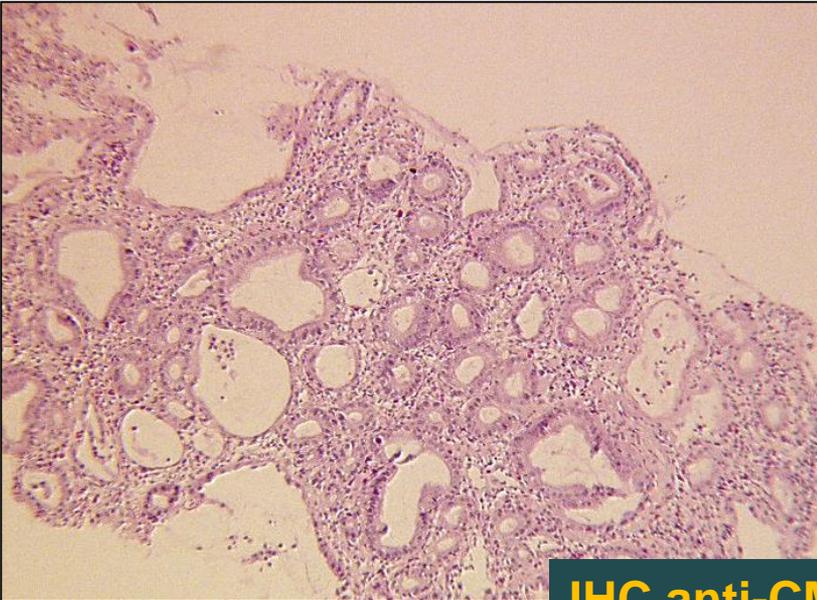
IHC: immunohistochimie
* : Histoplasma, Aspergillus, Cryptococcus, Blastomyces, Mucormycosis, Coccidioidosis.

Aspects endoscopiques de l'estomac + biopsies

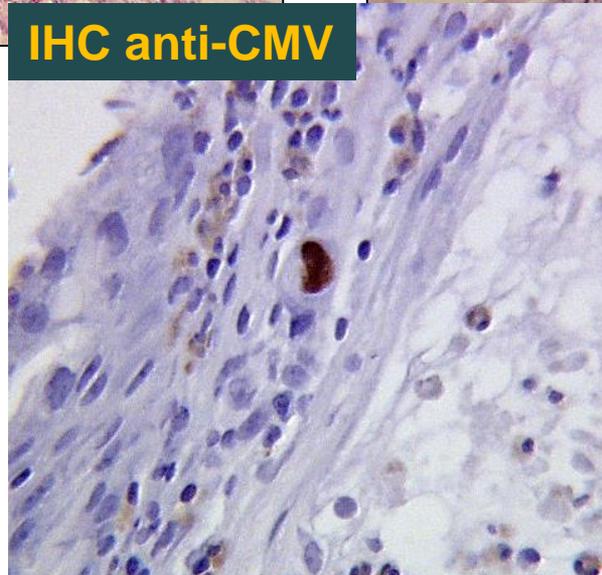


Gastrite à gros plis

Gastrite aiguë à CMV



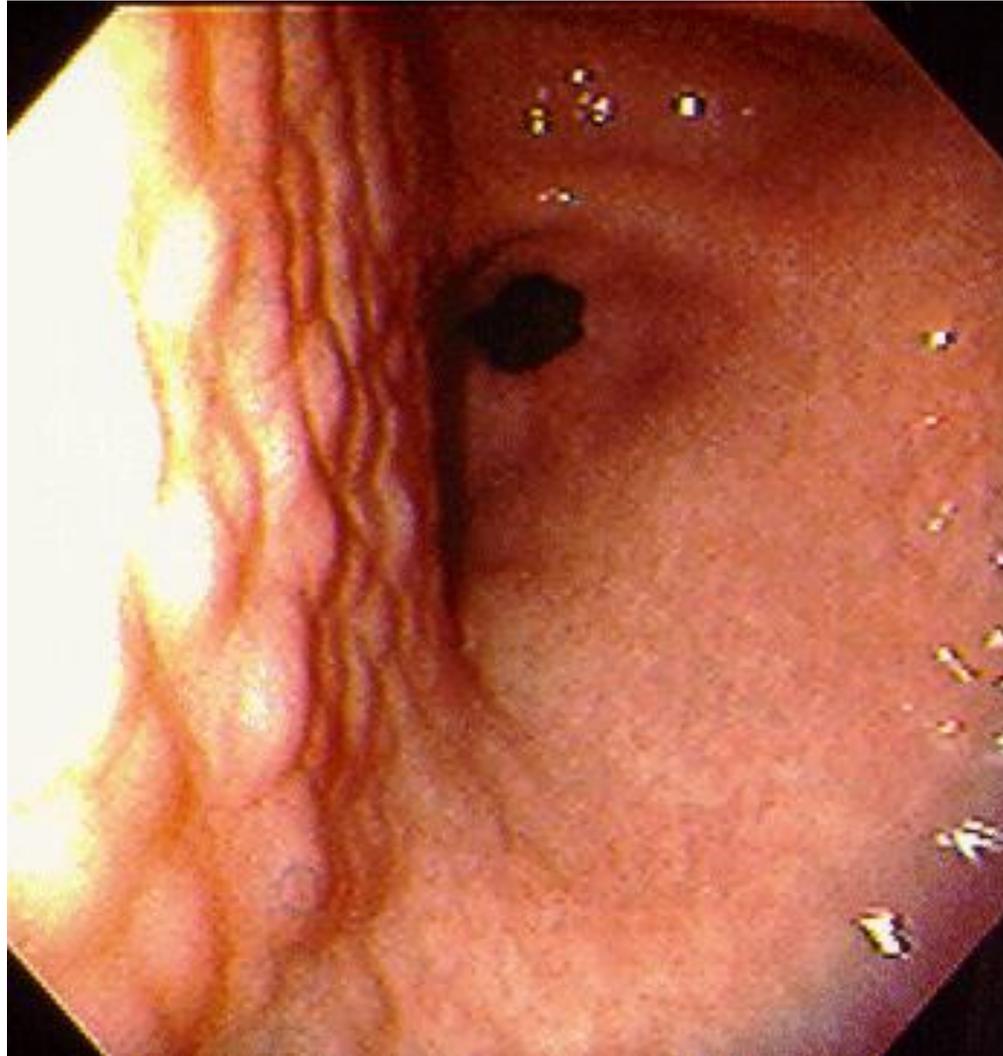
IHC anti-CMV

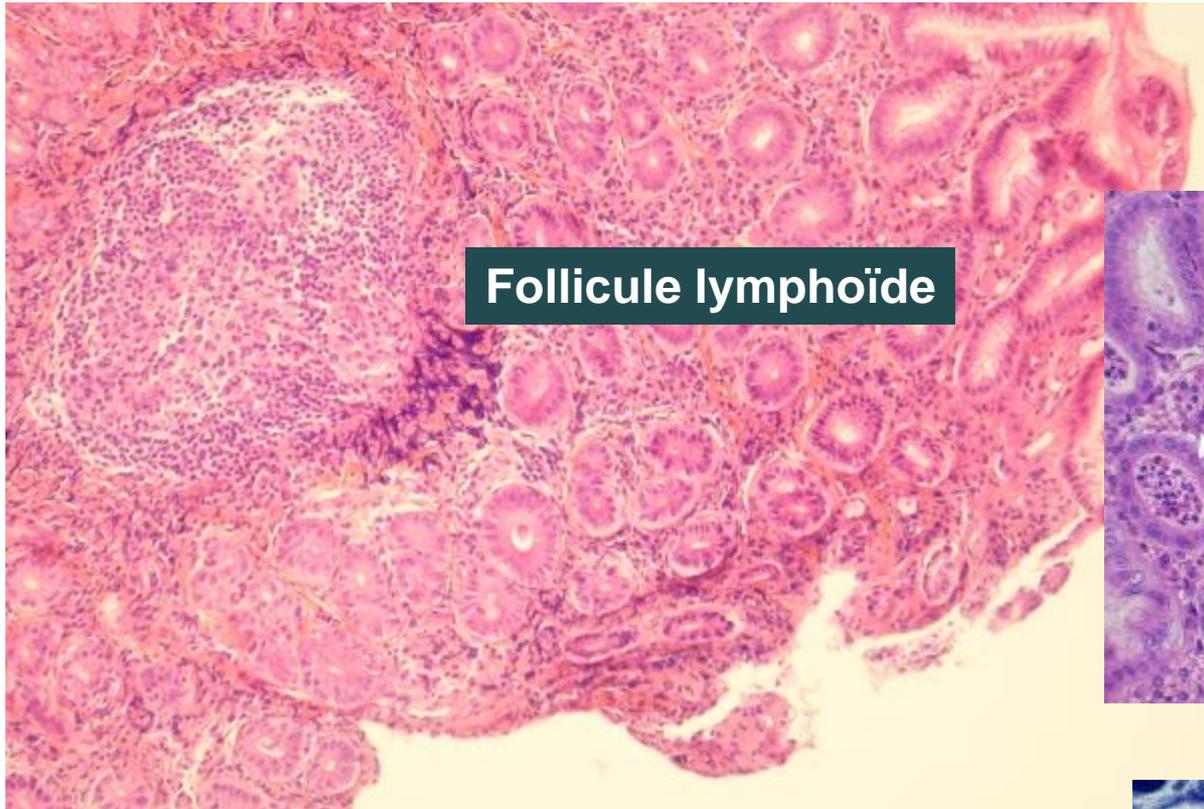


**Petit garçon de 6 ans,
sans ATCD, douleurs épigastriques
intenses**

Fibroscopie oeso-gastrique

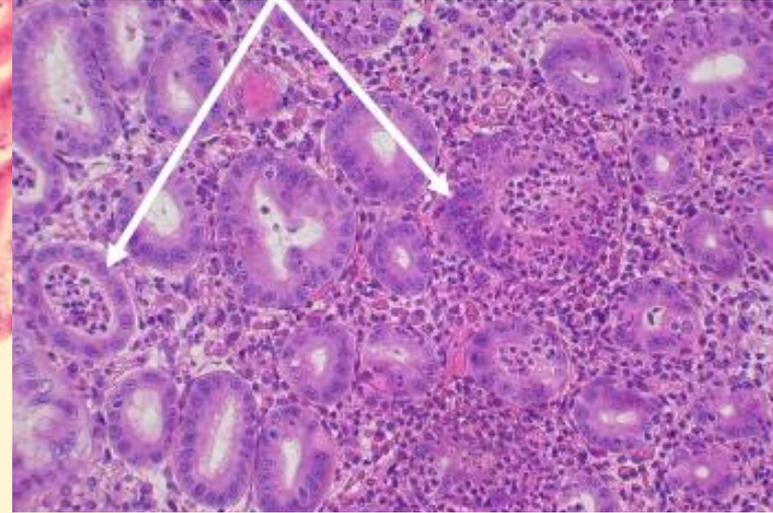
Aspects endoscopiques de l'estomac + biopsies





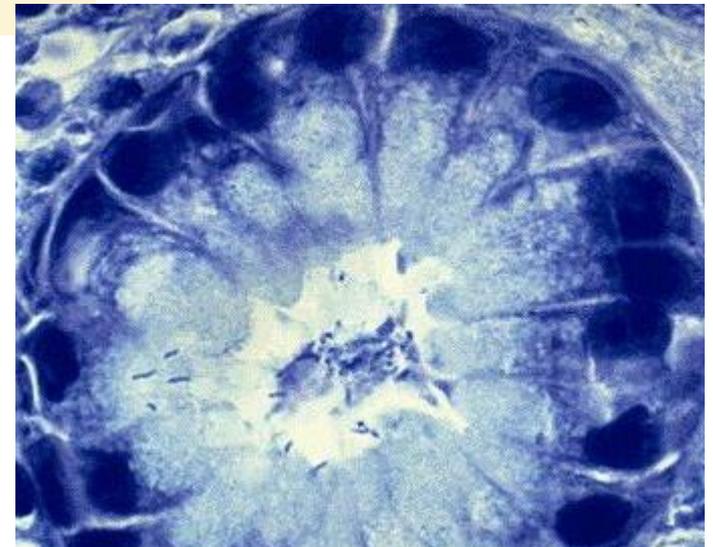
Follicule lymphoïde

Polynucléaires neutrophiles

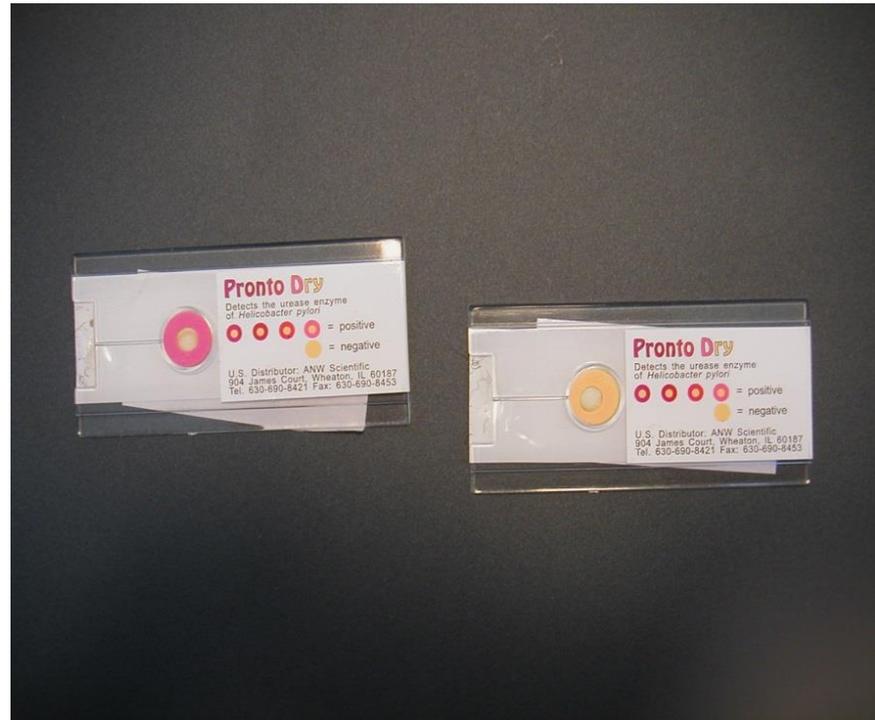
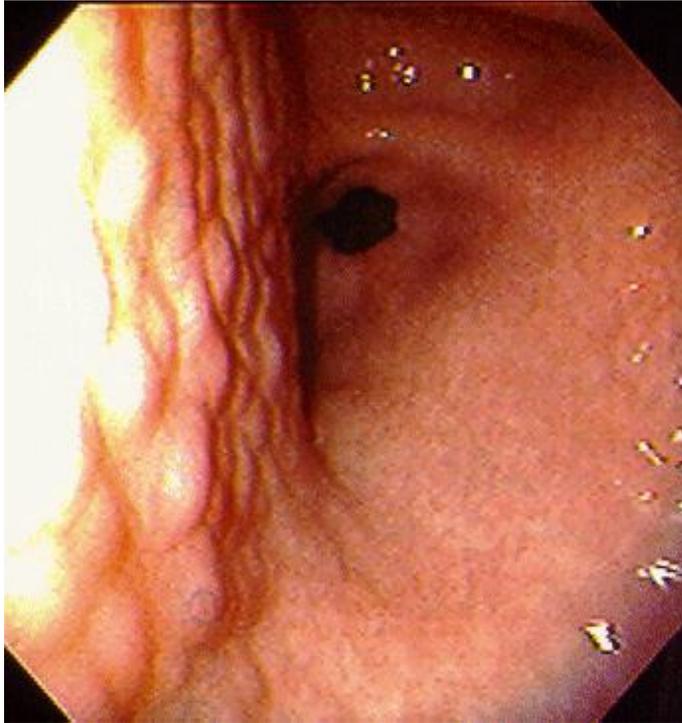


Giemsa modifié

Gastrite à
Helicobacter pylori



Gastrite à *Helicobacter pylori*



bactérie produit uréase

bactérie gram-, flagellée, hélicoïdale
Antibiogramme

Inflammation de la muqueuse gastrique

Infectieuse

Gastrite à *Helicobacter pylori*

Douleurs épigastriques

Endoscopie

normal

érythème

micronodulaire

Histologie

Antral et/ou fundique

Inflammation à polynucléaires

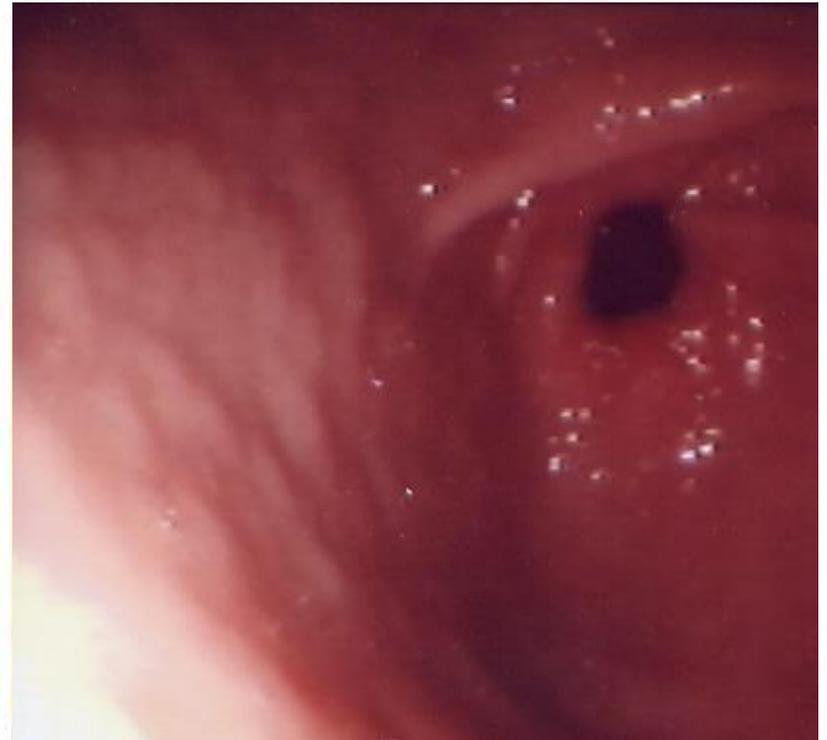
Erosion, ulcération, voire ulcère

Hyperplasie folliculaire lymphoïde

Métaplasie intestinale

Atrophie

Germe



bactérie gram-, flagellée, hélicoïdale

**Chez les adultes, complications
de l'infection à *helicobacter pylori*?**

Infection à *Helicobacter pylori* : complications

Ulcère

Pathologie tumorale

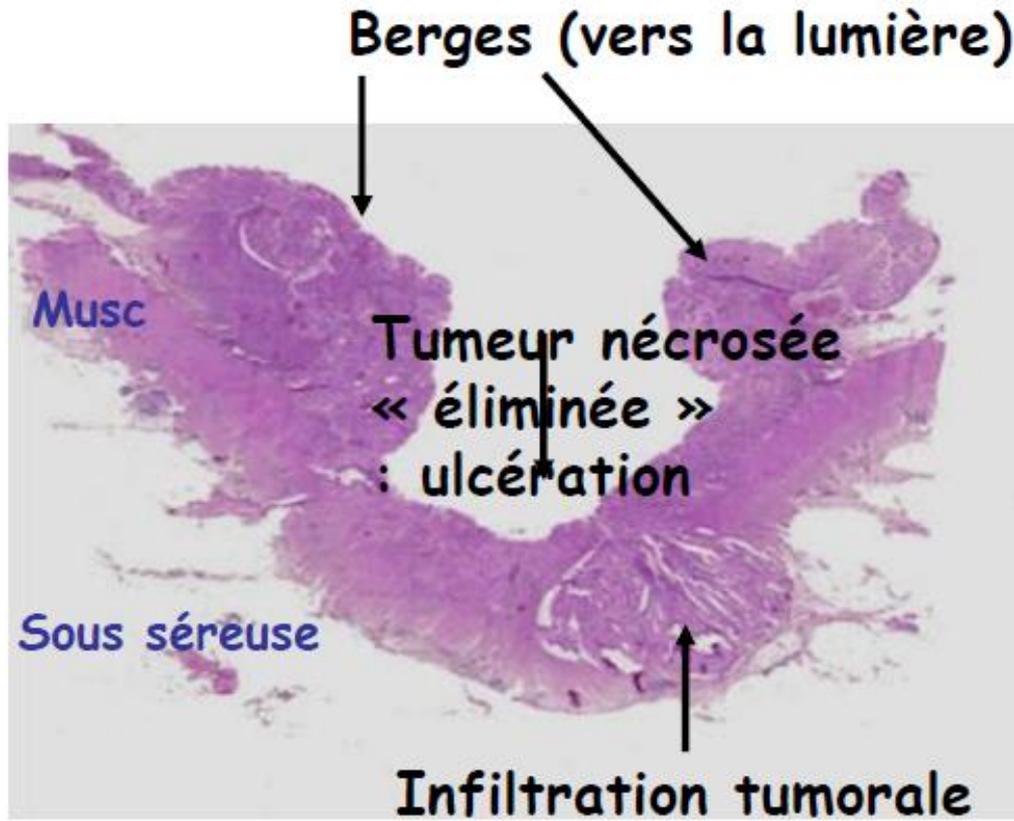
- * adénocarcinome (tumeur maligne glandulaire)
- * lymphome (tumeur maligne du tissu lymphoïde)

Ulcère gastrique chronique. Lésion bénigne



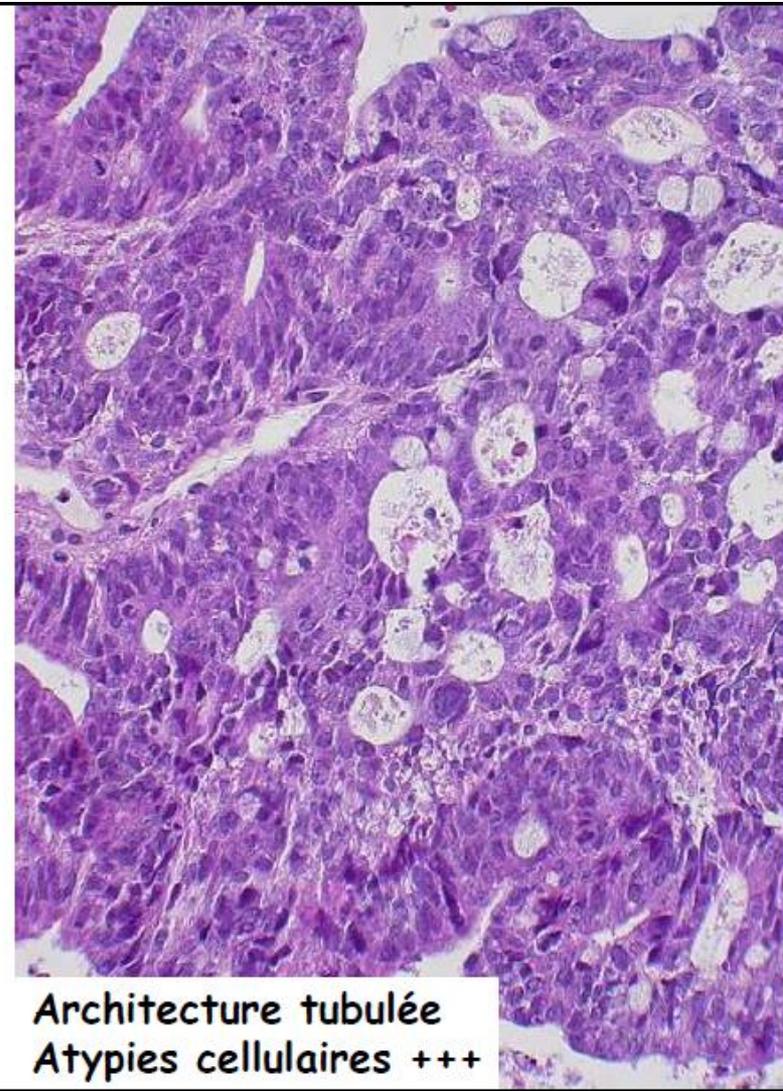
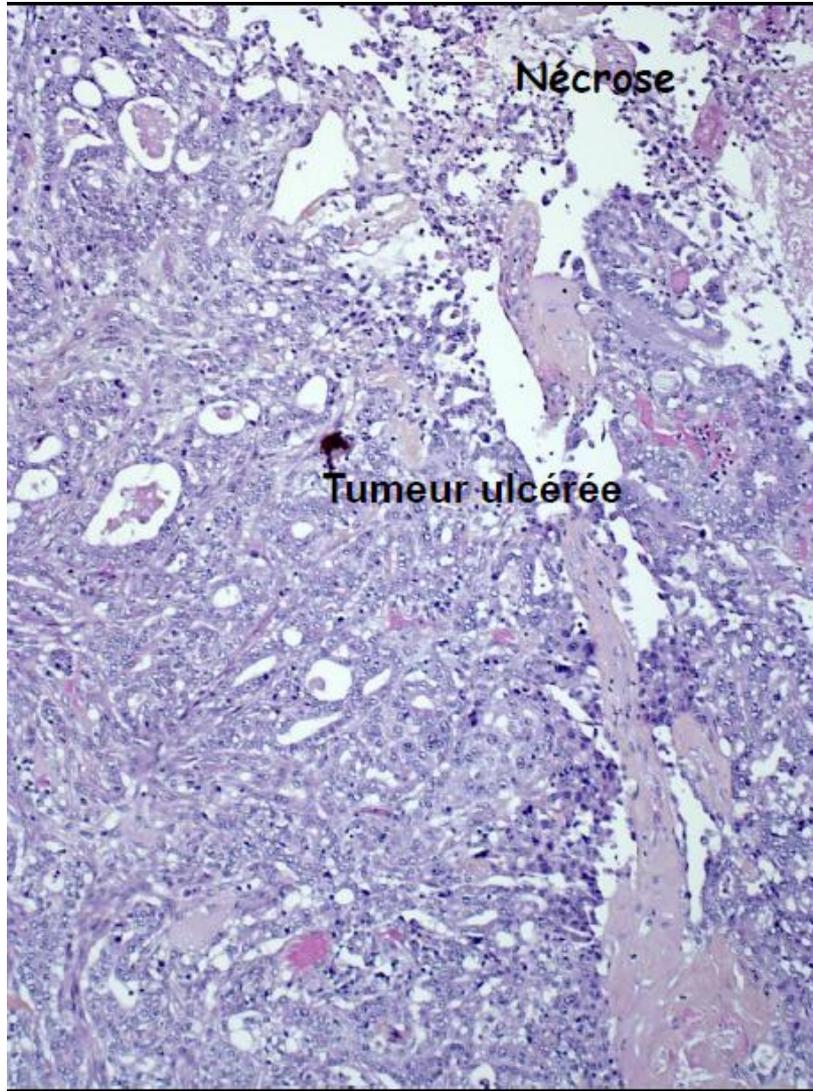
Dans l'antra, sur la petite courbure
Volumineuse perte de substance, à fond fibreux, sur la sous-séreuse
Liée à infection à *Helicobacter pylori*
Plus rare depuis l'éradication

Cancer ulcéré de l'estomac



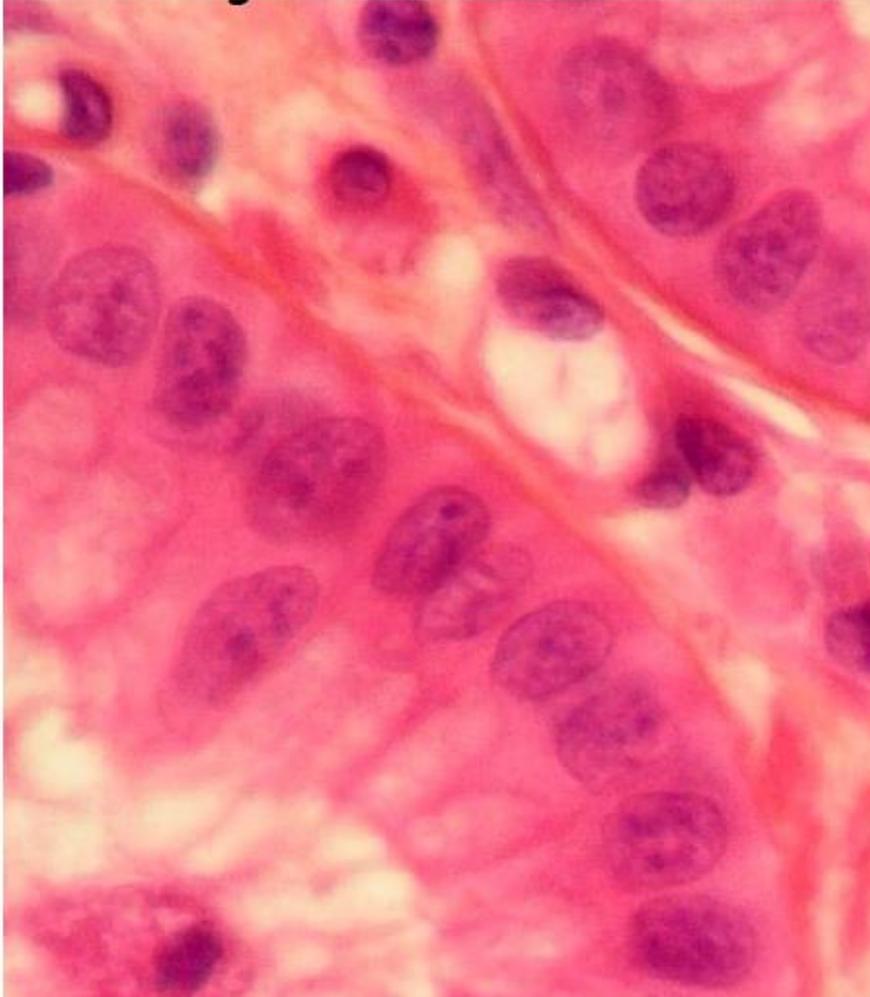
Adénocarcinome gastrique, tumeur ulcérée, infiltrante

Adénocarcinome gastrique

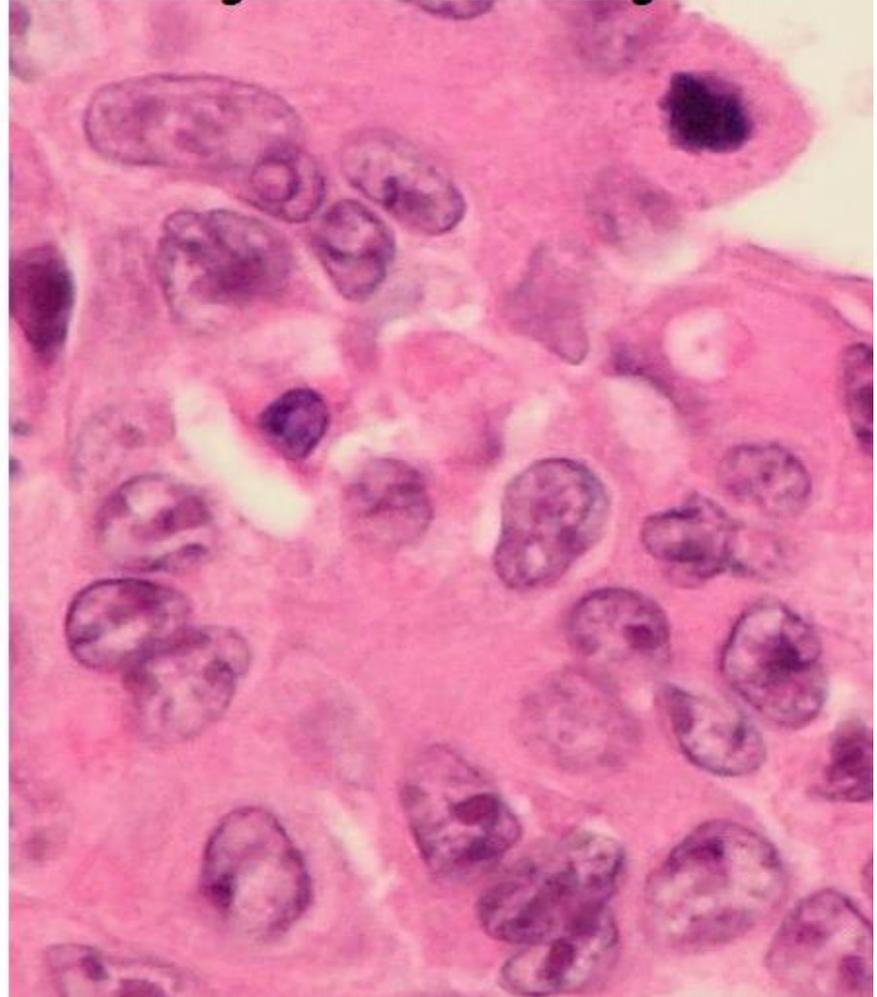


Adénocarcinome gastrique

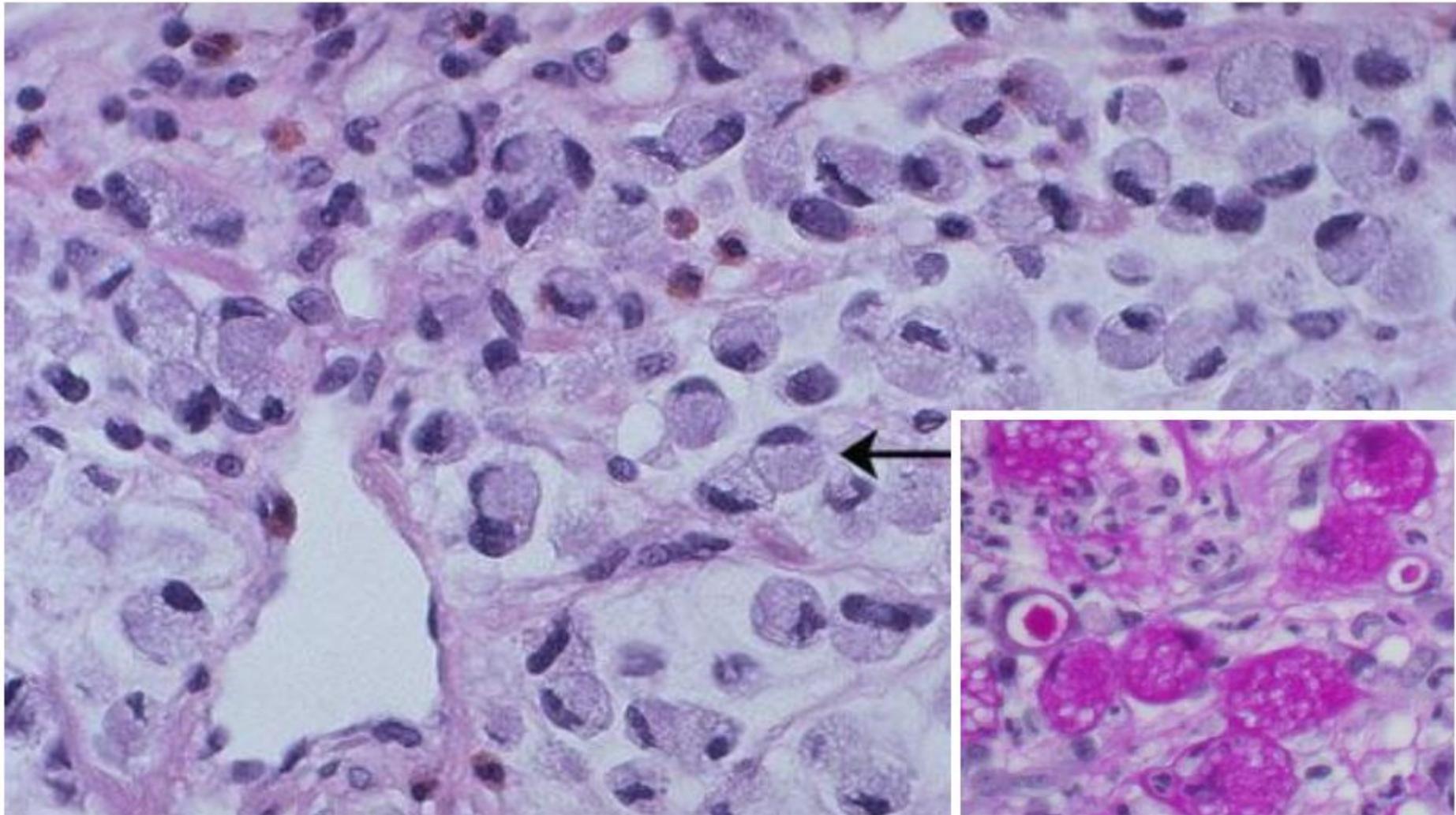
cellules glandulaires normales



cellules glandulaires malignes



Adénocarcinome peu différencié à cellules en bagues à chatons

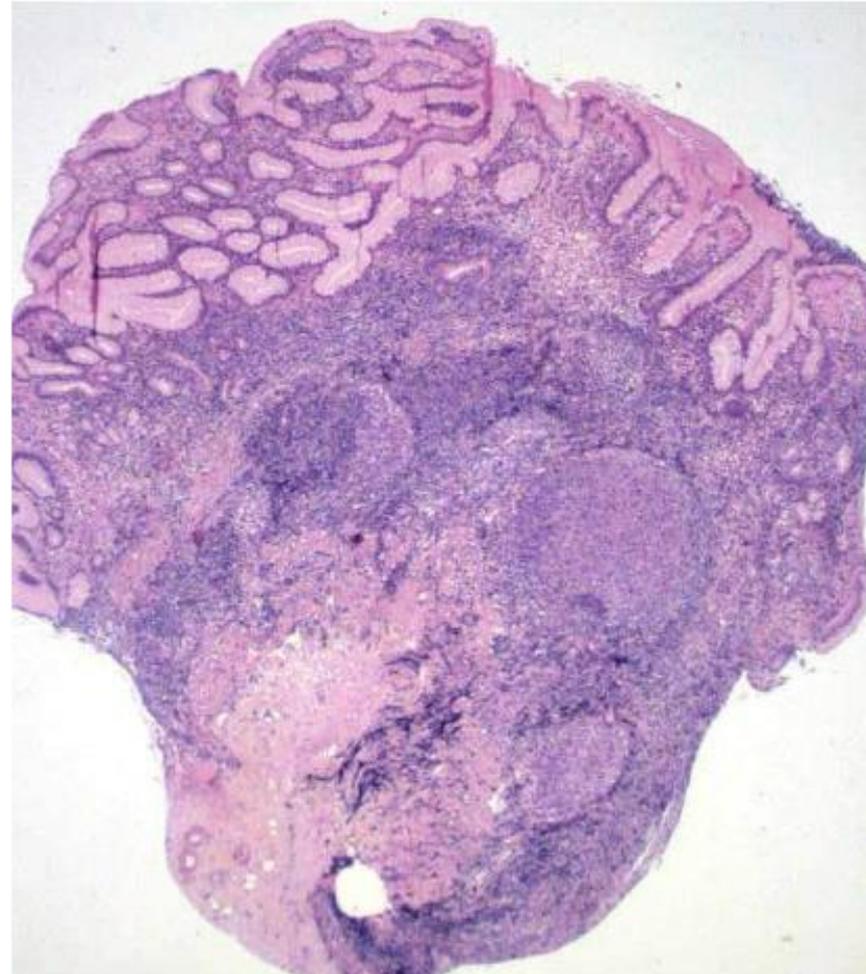


Infection *Hp* et tissu lymphoïde

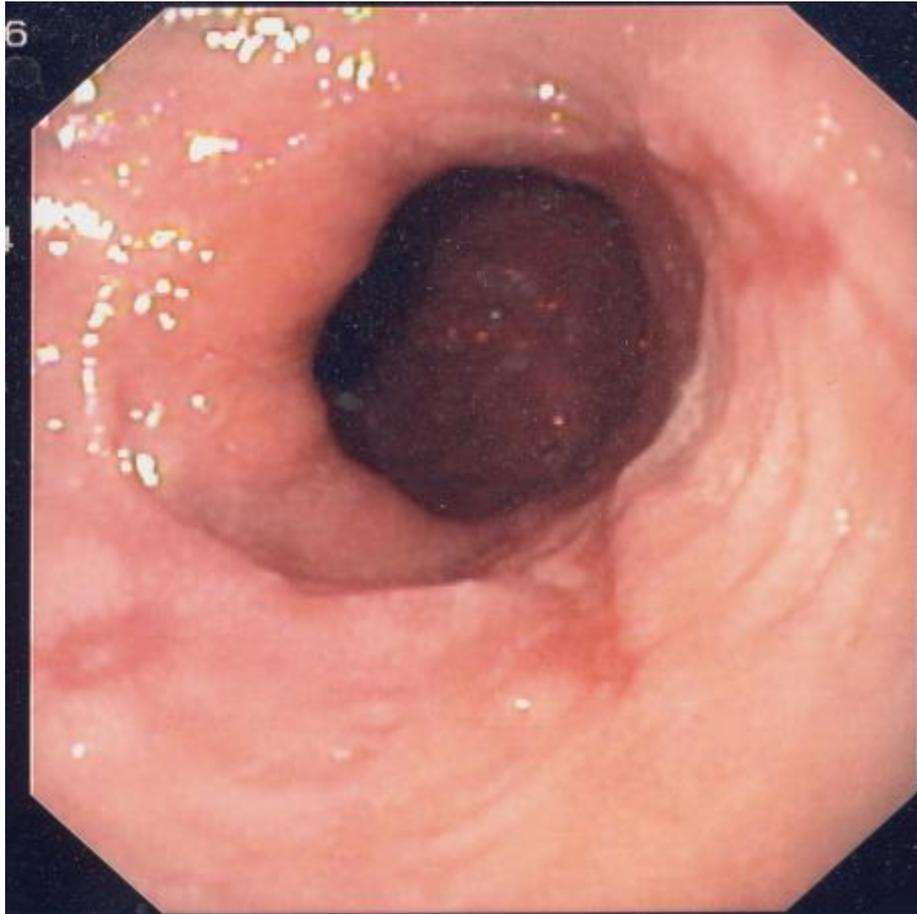
Stimulation du système
lymphoïde :

Hyperplasie folliculaire
lymphoïde en muqueuses
antrale et fundique

Risque de survenue d'un
lymphome du « malt » (*mucosa
associated lymphoid tissu*),
lymphome de faible malignité

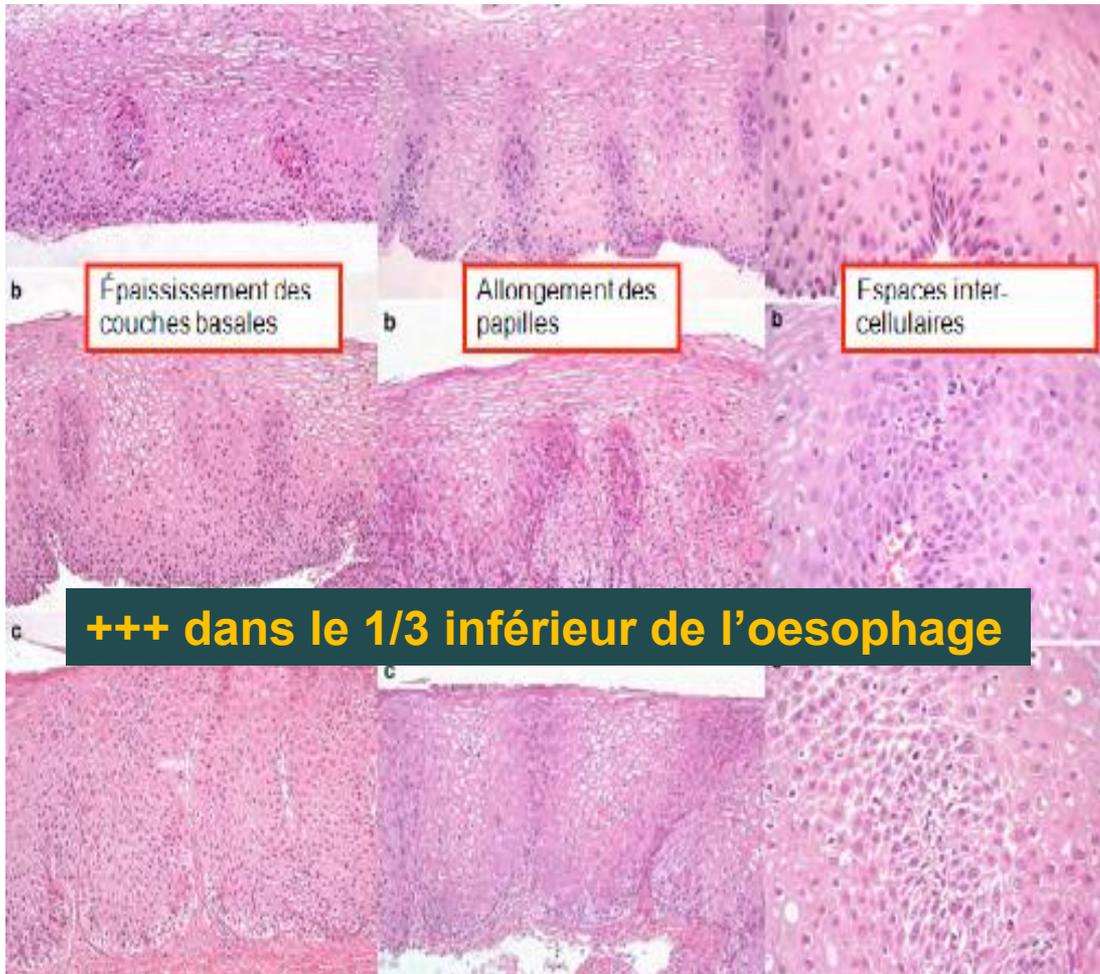


brûlures rétrosternales, nourrisson



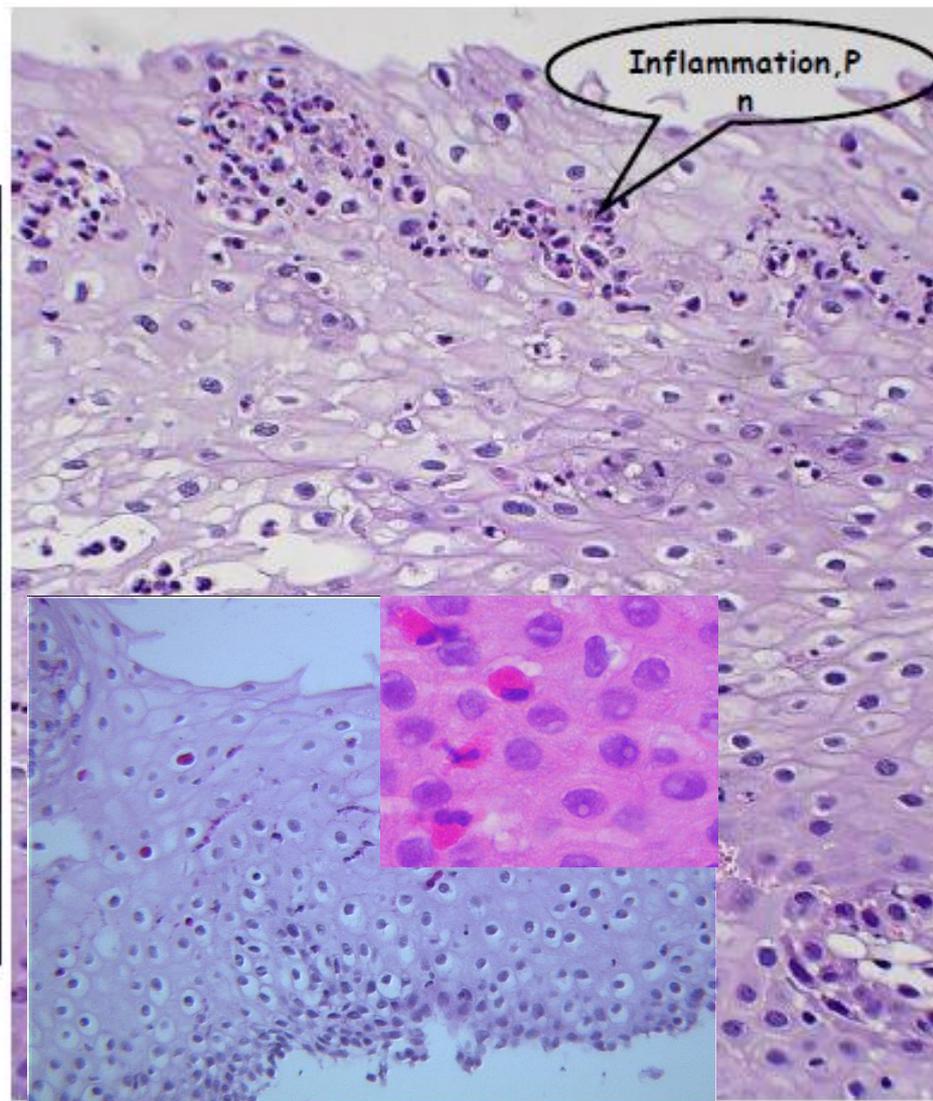
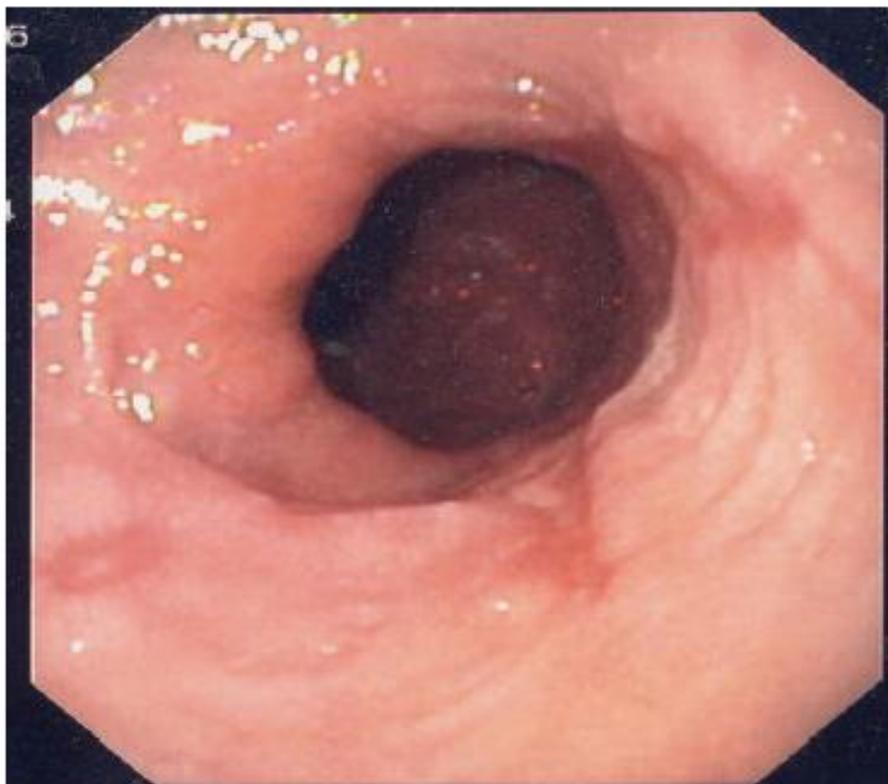
dans le 1/3 inférieur de l'oesophage

Biopsies de l'œsophage?



1. Épaississement des couches basales
2. Ascension des papilles
3. Exosérose
4. Exocytose à PN éosinophiles

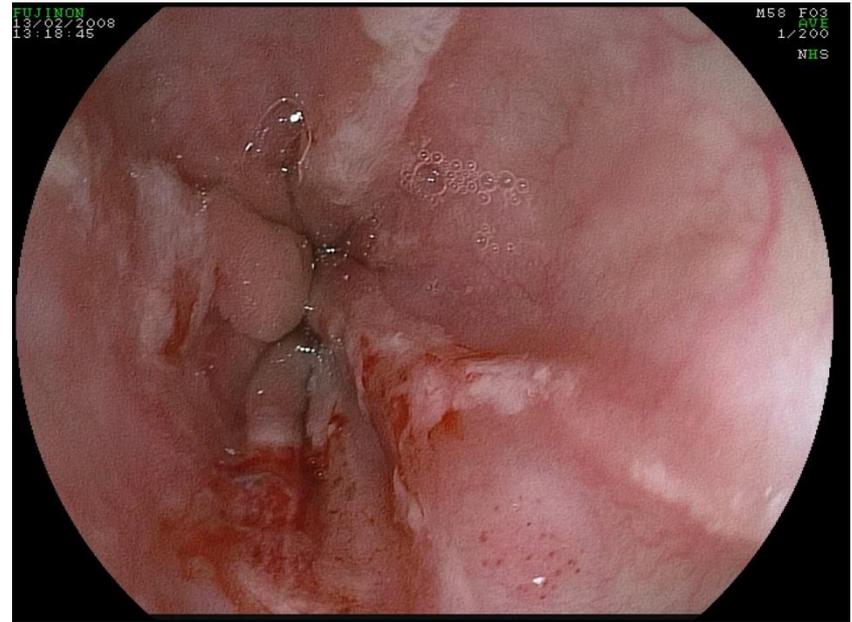
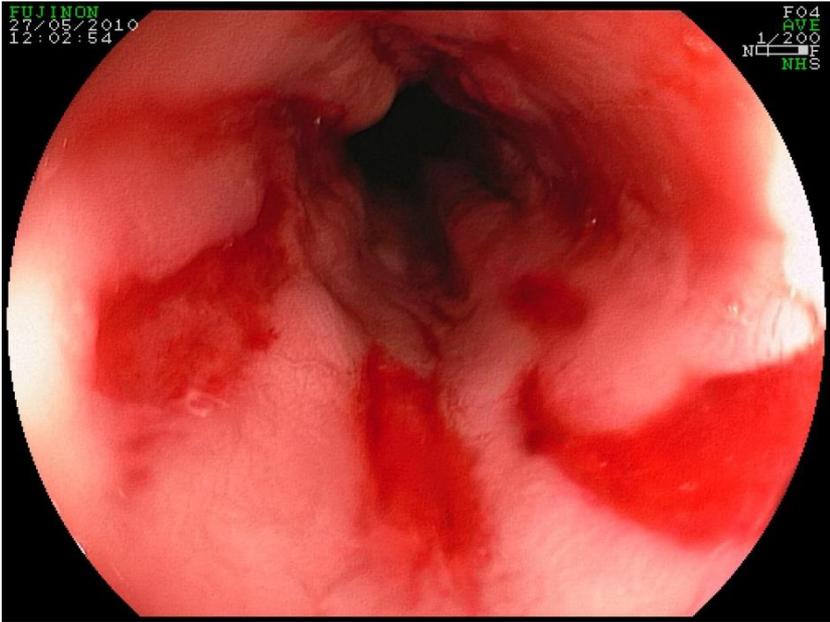
**+ ++ inflammation ou exocytose
à polynucléaires Eosinophiles**



Diagnostic: reflux gastro-oesophagien

- Le liquide acide de l'estomac remonte dans l'oesophage qui réagit à cette agression: *réaction inflammatoire*
- Cause principale *d'oesophagite*
- Le plus souvent, symptômes typiques ou évocateurs induisent un traitement symptomatique
- En cas de symptômes atypiques, résistance au traitement ou de suspicion de complications ou terrain particulier: endoscopie digestive haute et biopsies

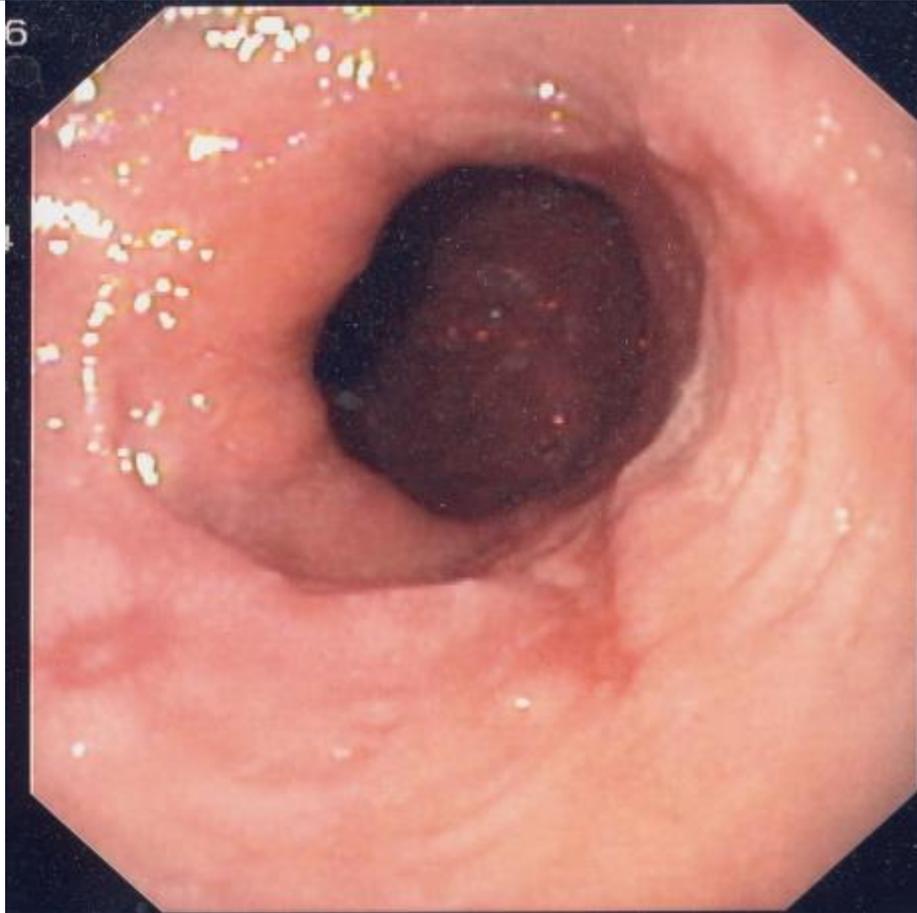
Oesophagite peptique grave



**Sténose
peptique**



brûlures rétrosternales, petit garçon
de 4 ans, eczéma, rhinite allergique



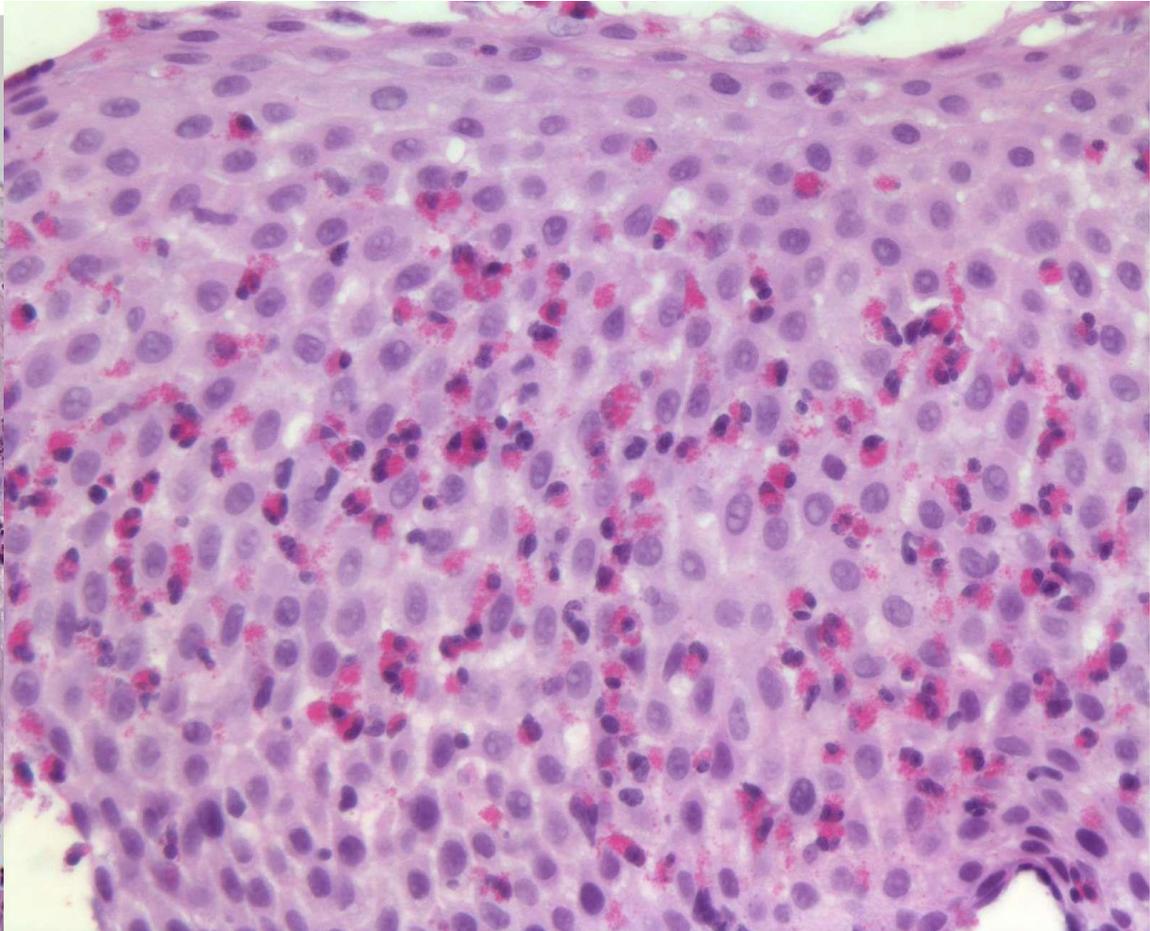
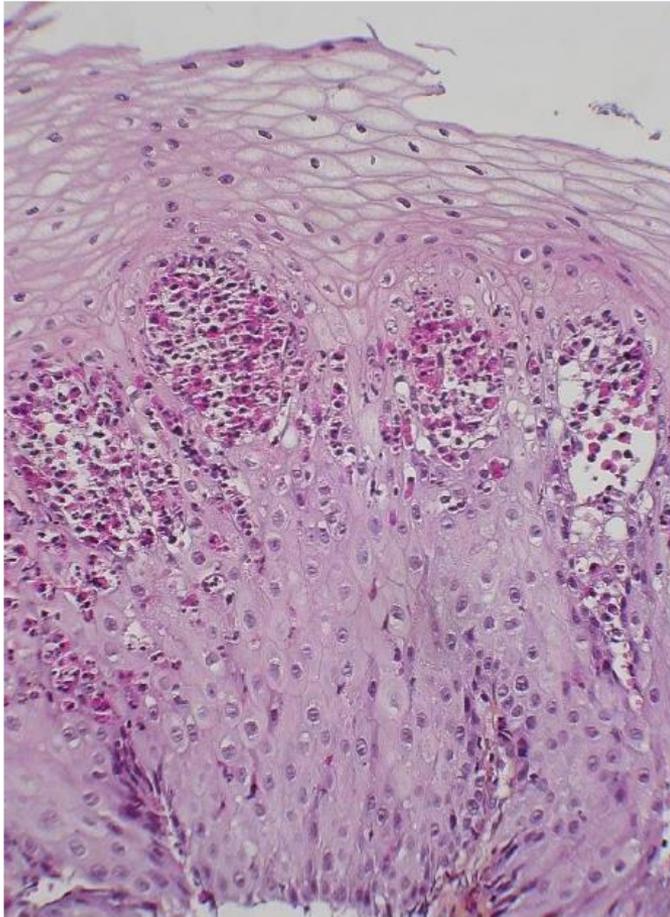
dans le 1/3 moyen et supérieur de l'oesophage



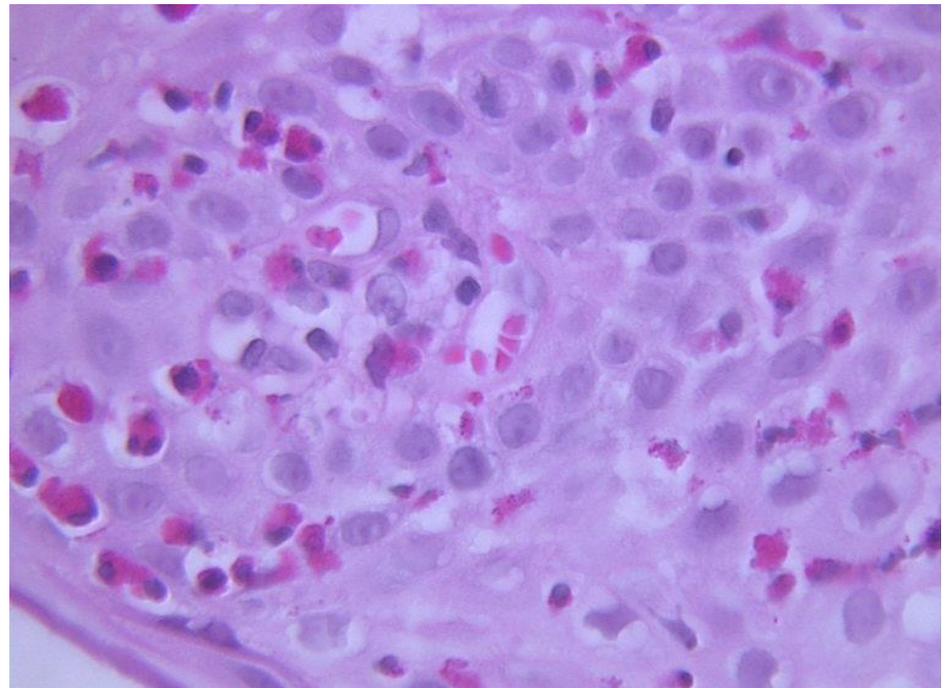
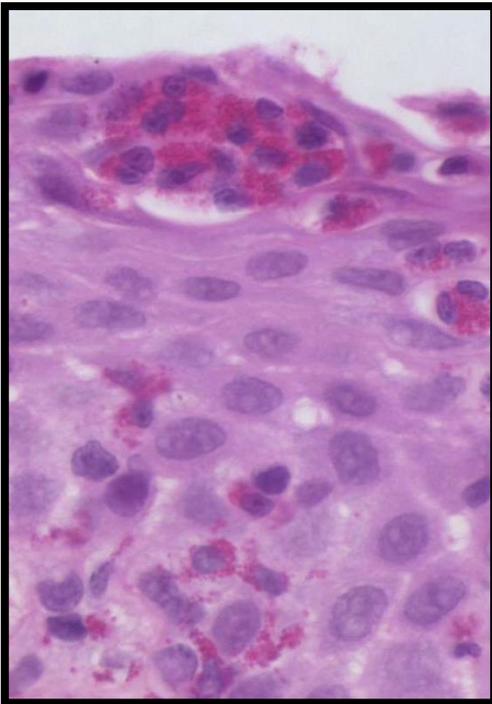
RGO?



Non, Œsophagite à éosinophiles



PN éosinophiles très nombreux > 15-20/champs x 40
Abcès à PN éosinophiles en superficie

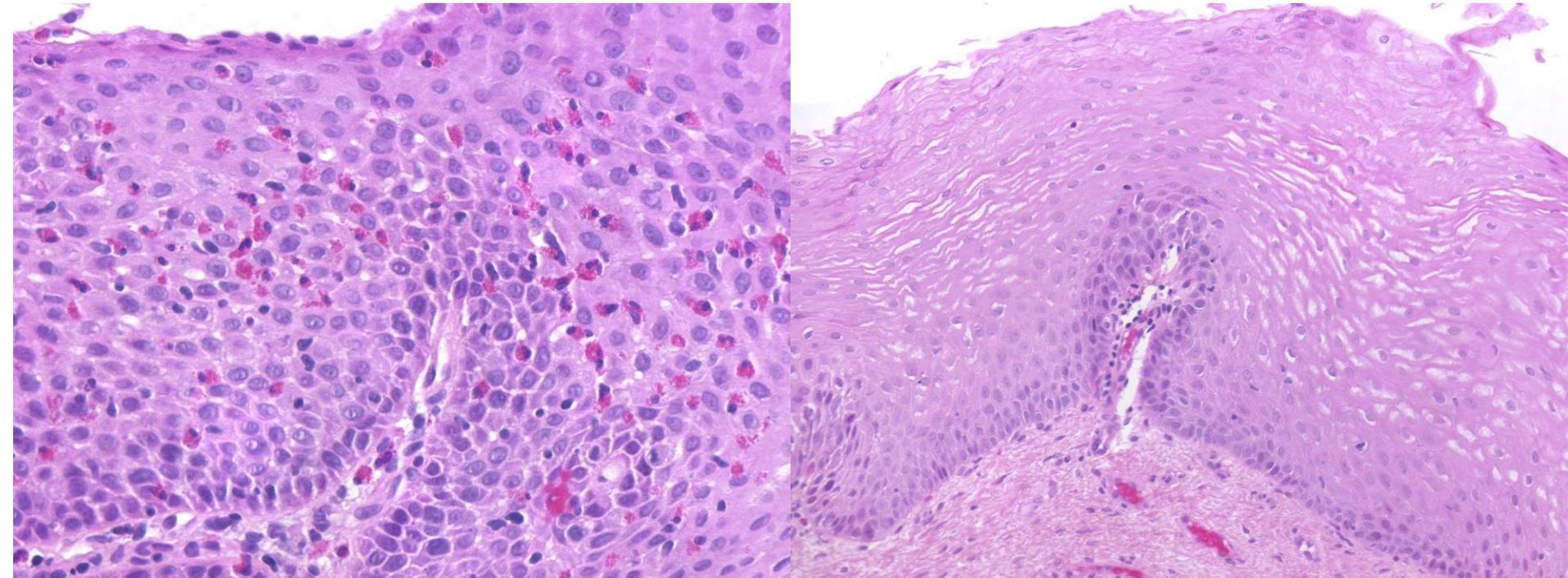


Oesophagite à éosinophiles



- **Contexte clinique: *atopie***
- ***Blocage* alimentaire: impaction alimentaire**
- **L'endoscopie peut être normale: faire des biopsies étagées si le contexte clinique est évocateur**
- **L'aspect endoscopique est variable: *trachéalisation* très évocateur**
- **Biopsies multiples +++ œsophage sup, médian et inférieur**
- **Risque élevé de perforation**
- **Pas de risque de cancérisation**
- **Traitement : suppression des allergènes et corticoïdes**

Après traitement de l'oesophagite à éosinophiles, voilà le résultat....



Avant

Après

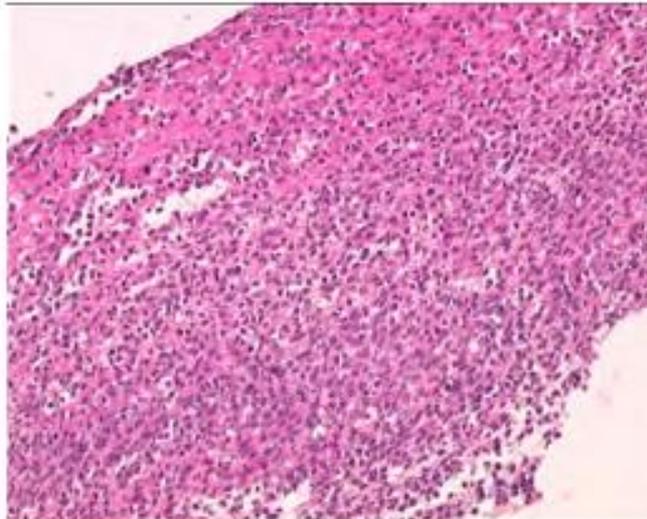
Comment fait-on la différence entre RGO et oesophagite à éosinophiles?

	RGO	OE
1/ Contexte clinique symptômes	pyrosis	Terrain <u>atopique</u> Non réponse IPP <u>Intermittents:</u> <u>blocage</u> <u>alimentaire</u>
2/ Aspects endoscopiques	variable	Trachéalisation variable
3/Topographie	<u>Bas oesophage</u>	Tout l'œsophage mais Œsophage sup et moyen+++
4/Histologie +++	1-5 PN Eo/champ/40	Plus de 15 Éo, abcès à éosinophiles en surface, fibrose du chorion

Autres œsophagites

- **Œsophagites médicamenteuses (AB, AINS, chlorure de potassium etc...)**

inflammation non spécifique de l'oesophage moyen: ulcération de la muqueuse, remplacé par un amalgame de fibrine et PN neutrophiles



Inflammation de la muqueuse gastrique

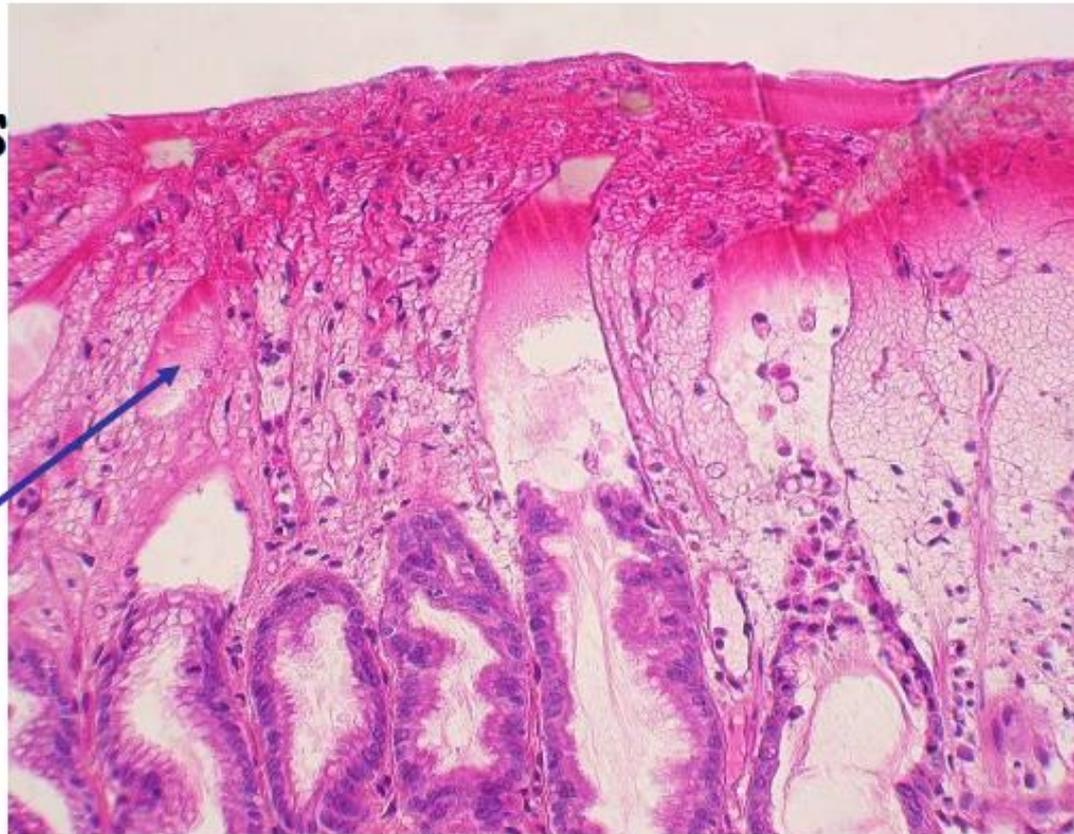
Non infectieuse

Toxicité médicamenteuse
: AINS (aspirine...)

Douleurs épigastriques
hématémèse

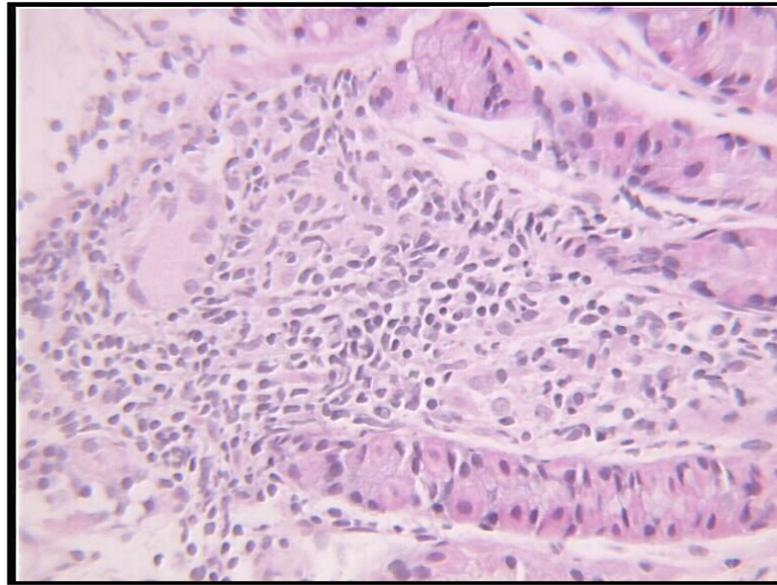
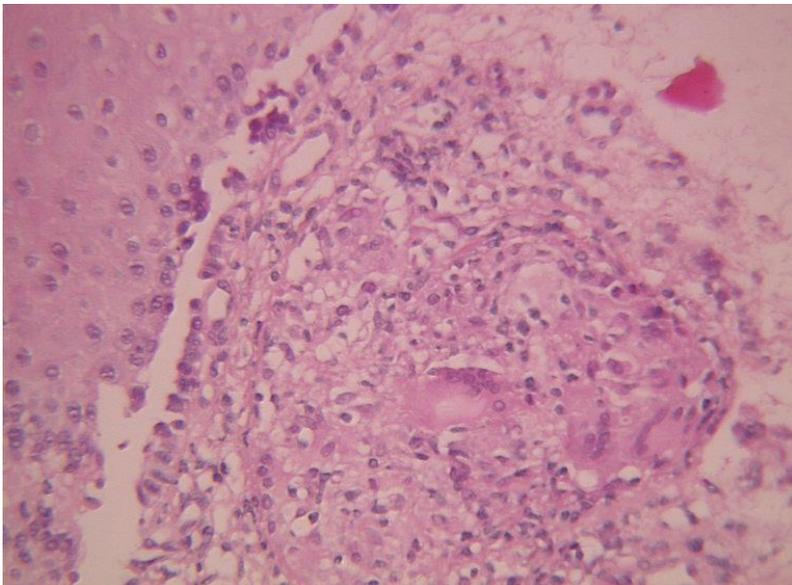
Inflammation à
polynucléaires

Érosion aiguë

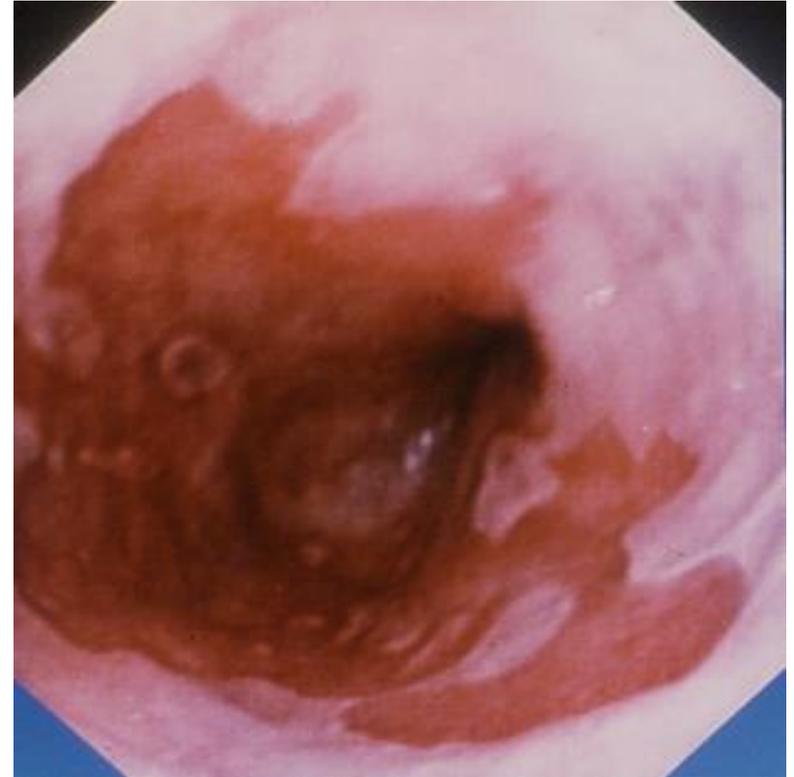


Autres œsophagites ou gastrites

Au cours d'une maladie générale: ex maladie de Crohn (granulome épithélioïde et ou giganto-cellulaire *dans le chorion*)



Jeune fille de 25 ans: brûlures rétro-sternales, ATCD de RGO



Endobrachyoesophage

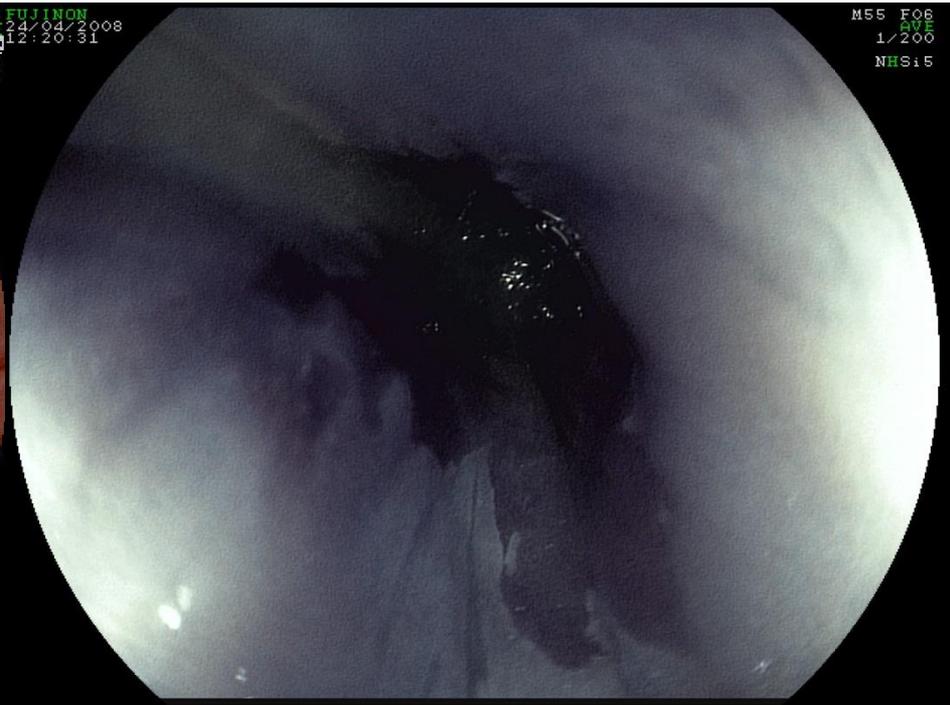
(Remplacement de la muqueuse malpighienne de l'extrémité distale de l'œsophage par une muqueuse glandulaire)

Endobrachyoesophage

Zoom

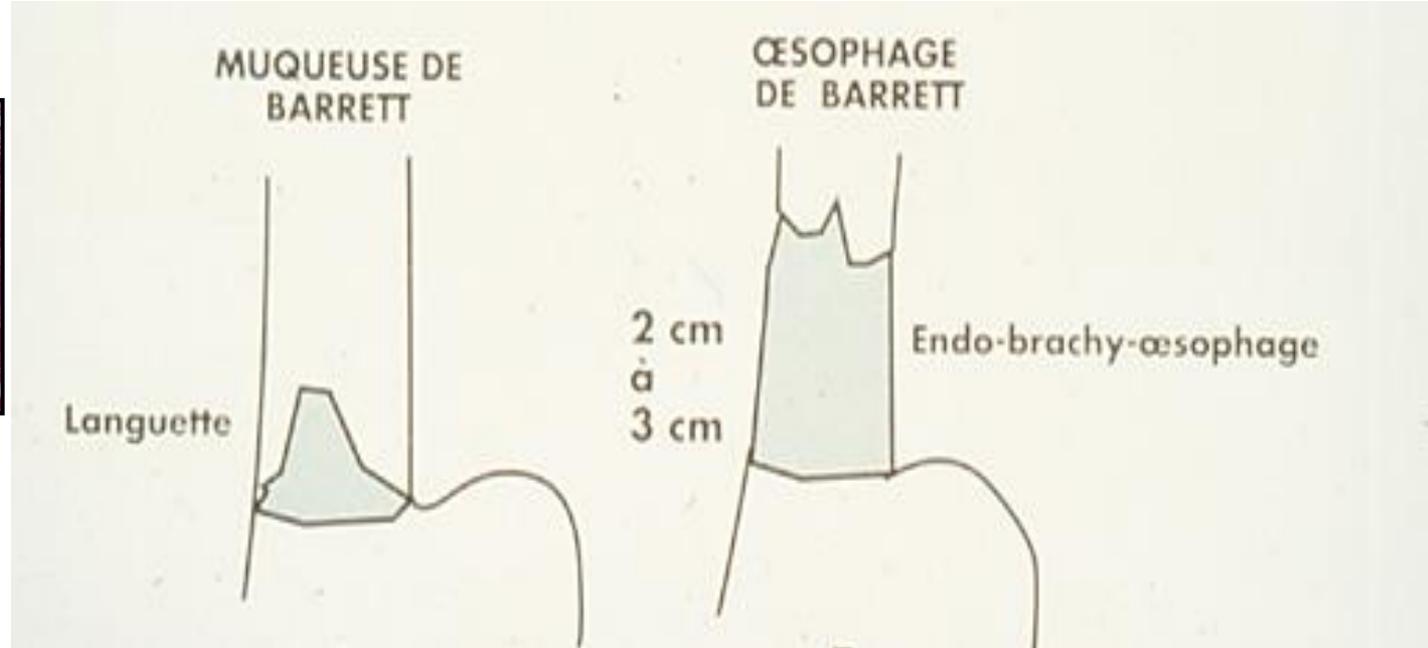
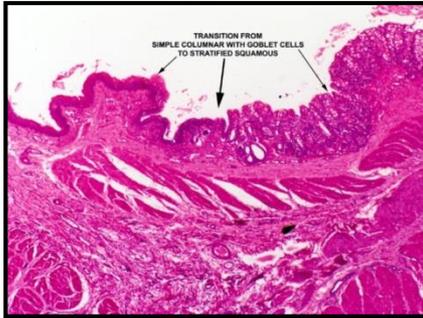


Chromoendoscopie



**filtre la lumière et permet de mieux voir
les différents tissus**

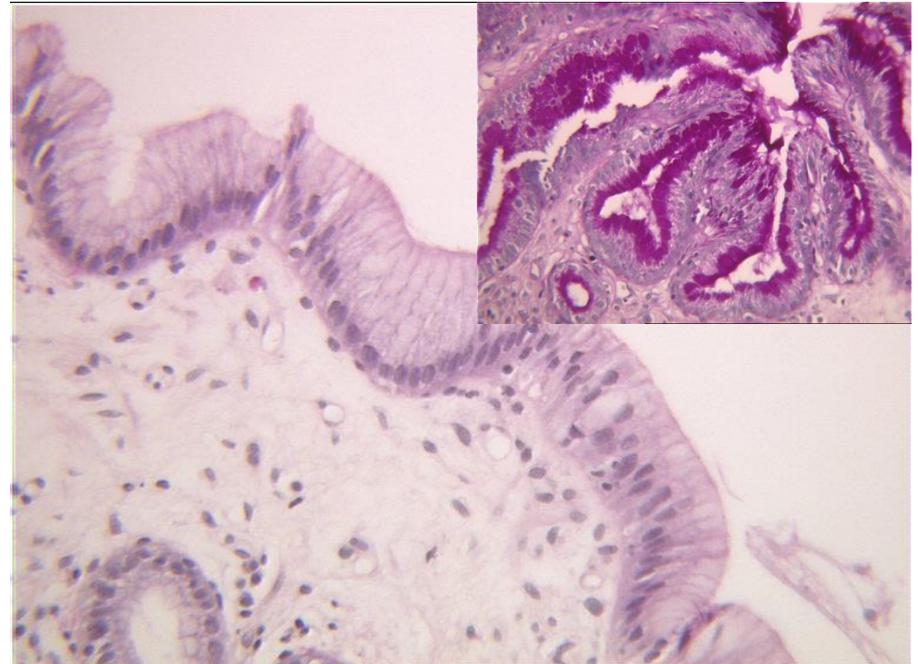
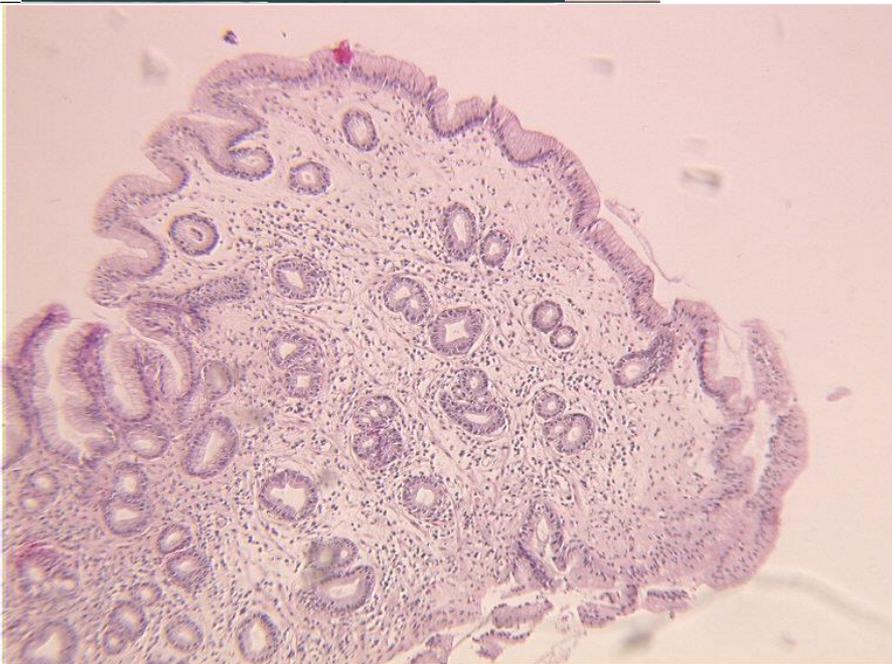
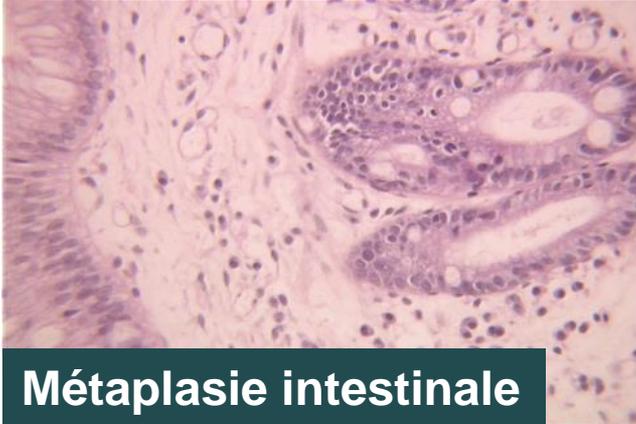
- La jonction oeso-gastrique est défini par le point où l'oesophage distal rejoint l'estomac proximal (cardia)
- Territoire anatomique très court et très exposé



- Endobrachyoesophage: présence d'un épithélium cylindrique gastrique ou intestinal métaplasique au dessus de cette jonction oeso-gastrique

Les biopsies sont multiples et dans les différents cadrans, repérées et différenciées

++++

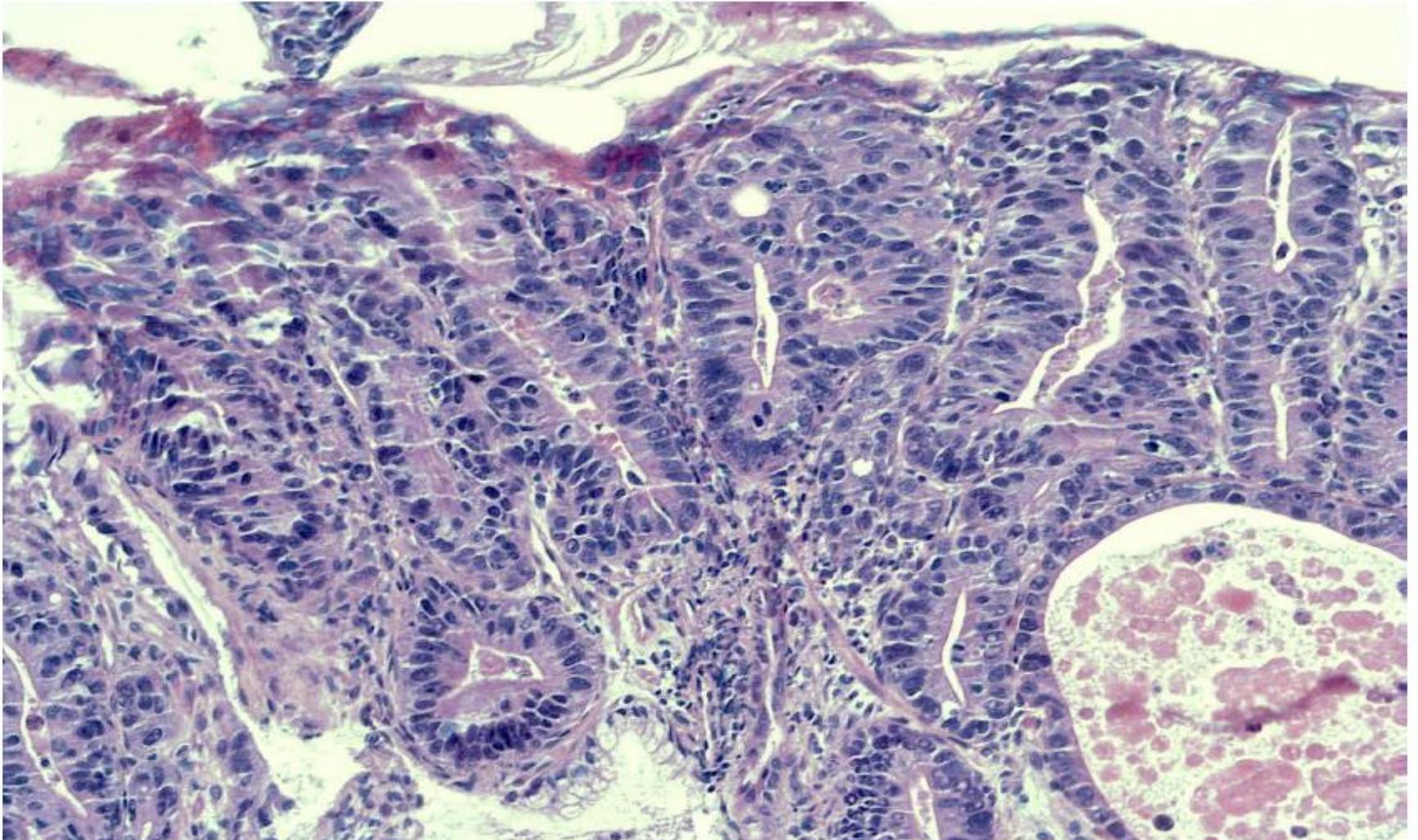


**Endobrachyoesophage
lésion pré-cancéreuse
surveillance endoscopique+
biopsies**

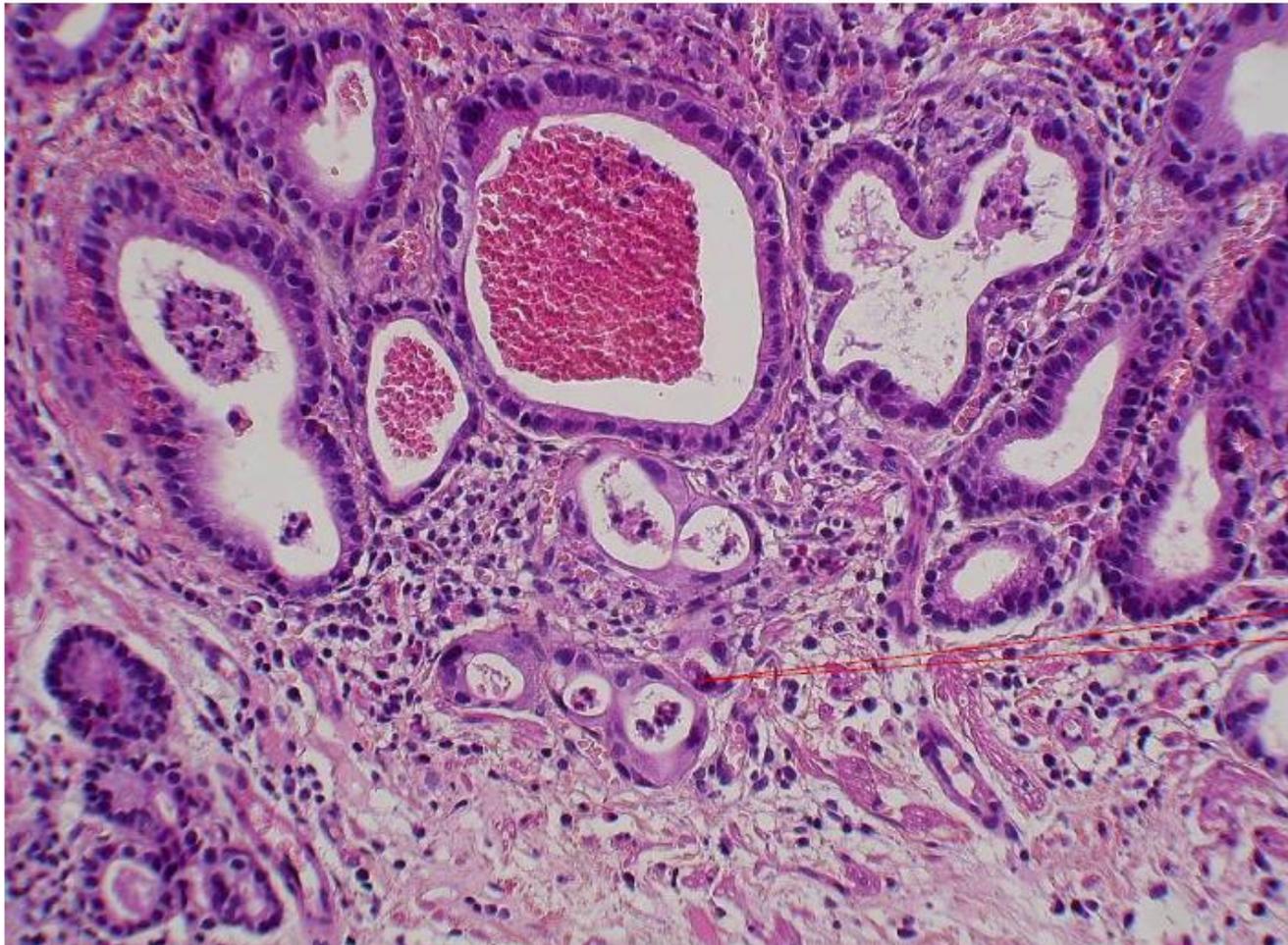
- Dysplasie**
- Adénocarcinome**

Risque évolutif : dysplasie

Dysplasie de haut grade sur lésions d'endobrachyoœsophage



Adénocarcinome, sur endobranchyœsophage



Glandes tumorales

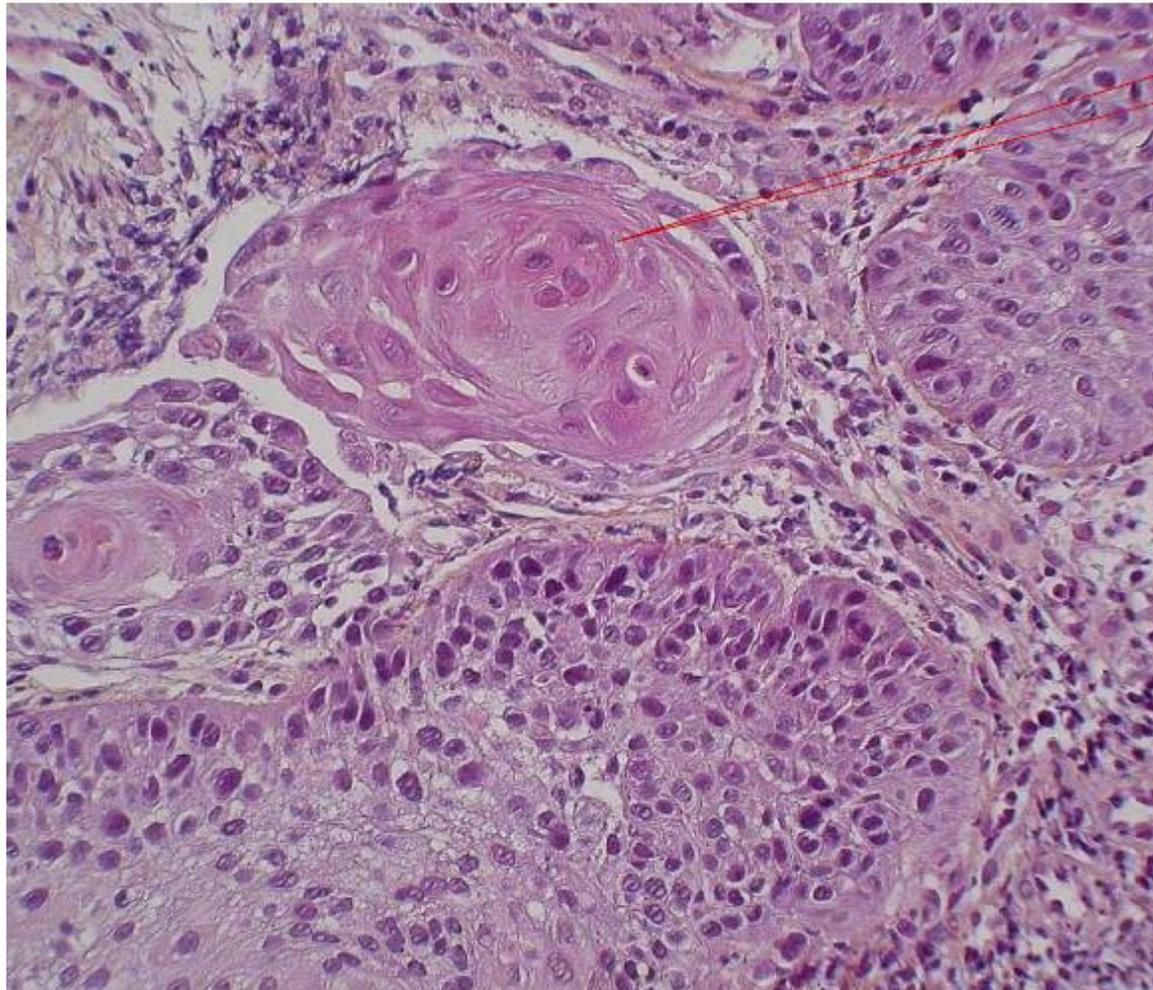
EBO: résumé ++

- Condition pré-cancéreuse dans laquelle l'épithélium malpighien de l'oesophage distal est remplacée par un épithélium glandulaire métaplasique (gastrique ou intestinale)
- Avec risque de dysplasie et d'évolution vers un adénocarcinome de l'oesophage
- Biopsies mutiples et surveillance endoscopique régulière avec biopsies

**Homme de 65 ans, tabagique, 40
paquets années, alcool +++, apparition
d'une dysphagie**

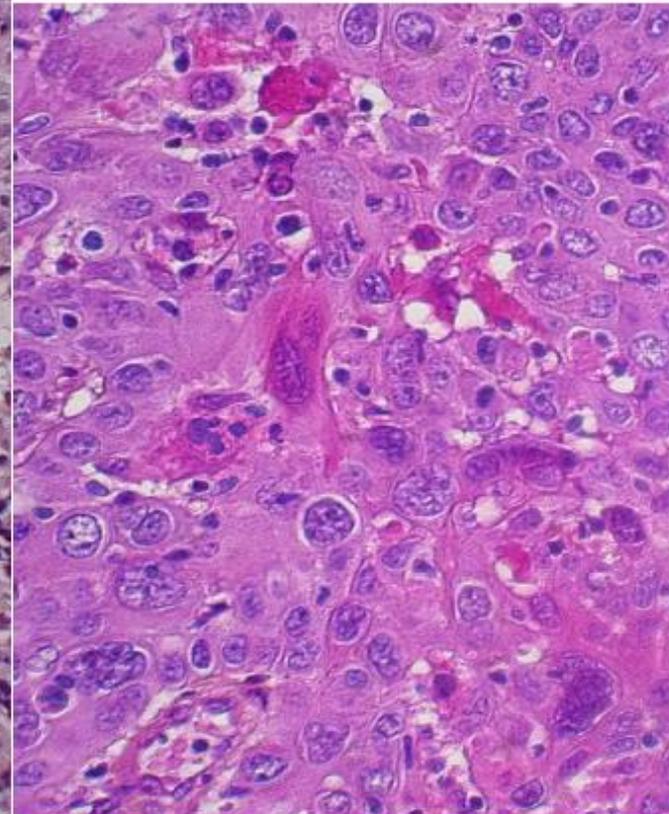
**Endoscopie oeso-gastrique: masse ulcéro-bourgeonnante
Du 1/3 sup de l'oesophage**

Carcinome épidermoïde +++++



Massifs
tumorau

x

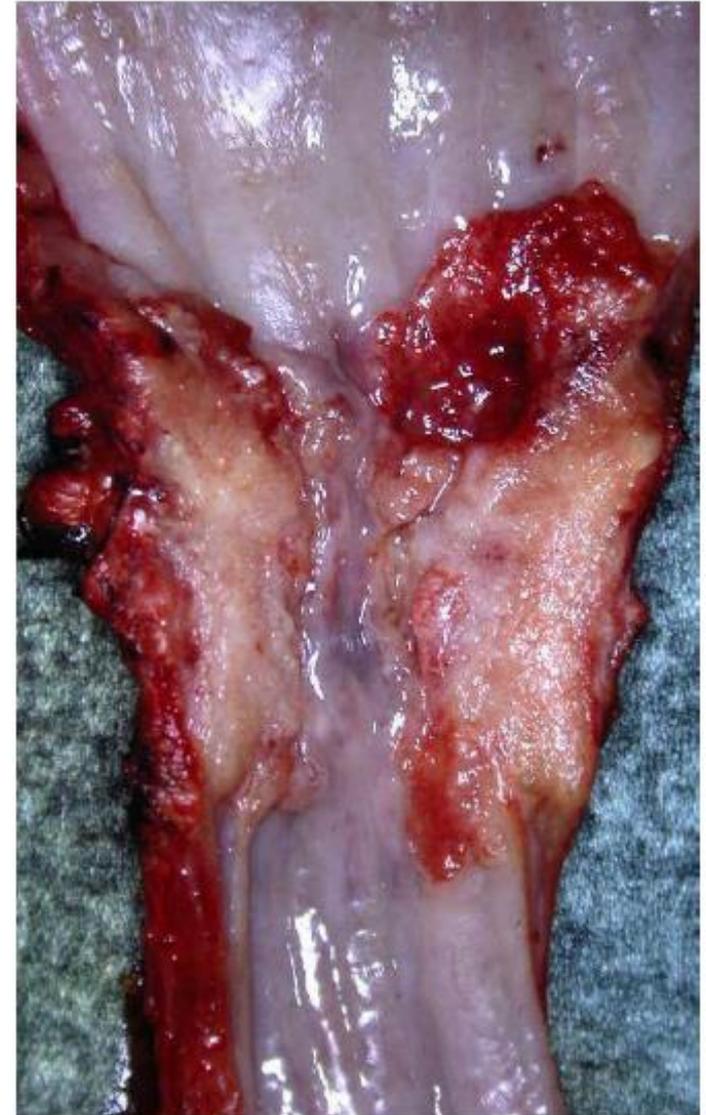


Tumeur maligne de l'œsophage



Masse bourgeonnante dans la lumière de l'oesophage

Sténose ulcérée
Infiltration



Pathologie tumorale maligne de l'oesophage

Clinique : **dysphagie**

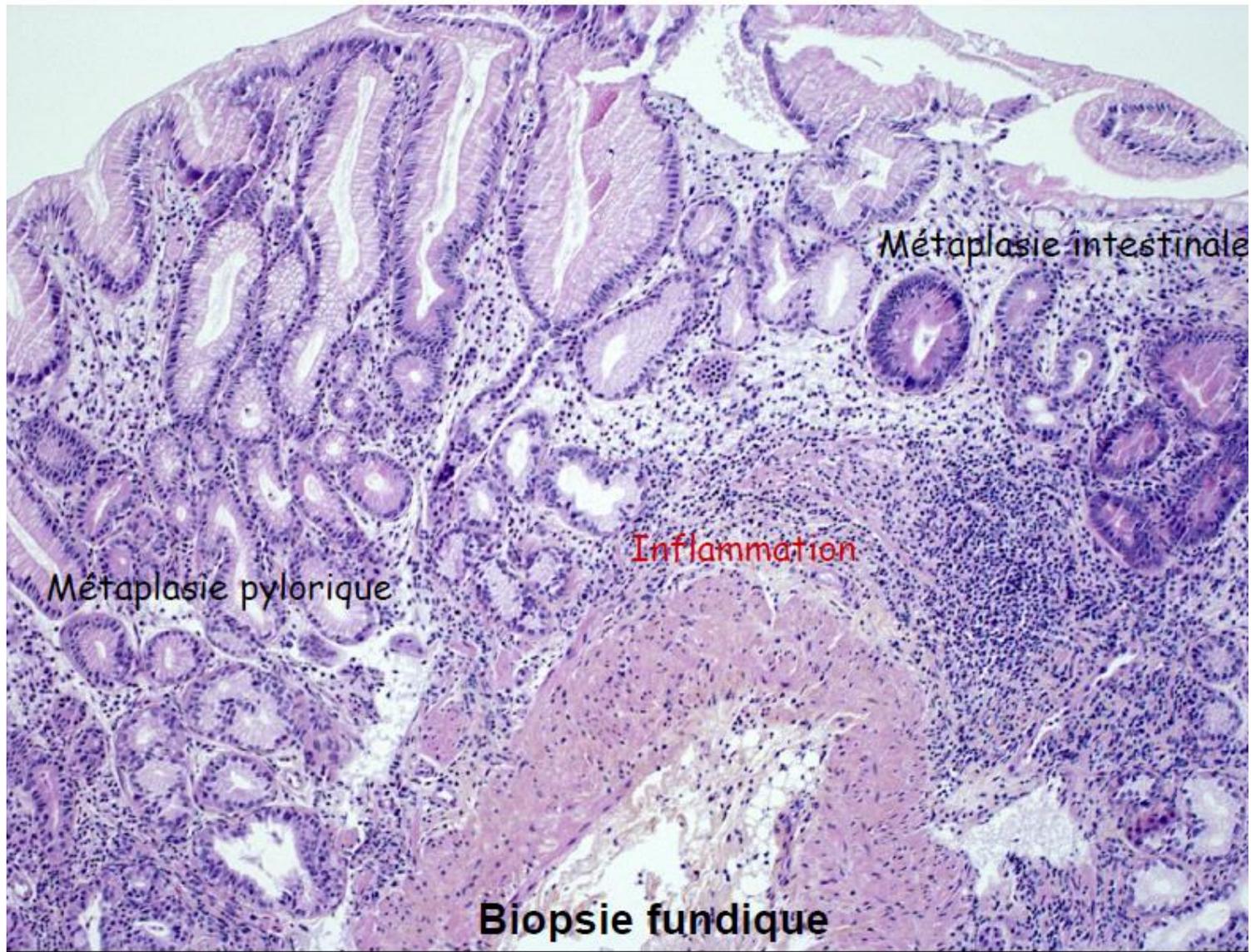
La plus fréquente
carcinome épidermoïde

Plus rare, sur lésions d'endobrachyœsophage
adénocarcinome

Femme de 50 ans, thyroïdite auto-immune, douleurs épigastriques

- **Endoscopie haute: normale ou doute sur une muqueuse fundique légèrement atrophique**

Gastrite dysimmune fundique



Gastrite dysimmune

- Gastrite **chronique** limitée au fundus, liée à la présence d'anticorps anti-facteur intrinsèque des cellules bordantes gastrique (absorption de la vitamine B12)
- Atrophie fundique progressive avec métaplasie pylorique, intestinale
- Antre normale

L'anémie de Biermer

- **Complication de la GASTRITE DYSIMMUNE**
- **Cliniquement, le plus souvent asymptomatique**
- **Anémie macrocytaire**
- **Rarement troubles neurologiques révélateurs**

L'anémie de Biermer

- **Endoscopie: normale ou muqueuse fundique atrophique**
- **Biopsies avec topographie précise++++ (fundus va ressembler à l'antre!)**
- **Risque d'évolution vers dysplasie puis vers un adénoK ou tumeur endocrine**
- **Surveillance endoscopique**

Pathologie œsophagienne

Clinique

- Brûlures
- Dysphagie
- Blocage alimentaire

Endoscopie, avec biopsies

- Pathologie inflammatoire, infectieuse ou non
- Condition pré néoplasique : endobrachyœsophage
- Pathologie tumorale

Pathologie de l'oesophage

A/ Pathologie inflammatoire infectieuse

- Candida +++, herpes, CMV

B/ Pathologie inflammatoire non infectieuse

- Reflux gastro-oesophagien
- Œsophagite à éosinophiles

C/ Pathologie pré-néoplasique:

EBO

D/ Pathologie tumorale

Carcinome épidermoïde

Adénocarcinome sur EBO

Pathologie de l'estomac

A/ Pathologie inflammatoire infectieuse

- CMV: gastrite aigue
- hélicobacter pylori: gastrite chronique

B/ Pathologie inflammatoire non infectieuse

Toxiques: AINS

C/ Pathologie dysimmune: maladie de Biermer

D/ Pathologie tumorale

- Adénocarcinome
- Lymphome du MALT