

## **LES GASTRITES**

### **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES**

- Définir la gastrite
- Diagnostiquer une gastrite
- Identifier les différents types de gastrites et leurs PEC thérapeutiques
- Citer les complications et la surveillance

### **I/ DEFINITION / GENERALITES**

- La définition est uniquement histologique : inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse gastrique.
- Ce sont des affections fréquentes, d'étiologies multiples, souvent peu ou pas symptomatiques
- Le diagnostic repose sur l'endoscopie avec l'histologie
- Il n'y a pas de corrélation entre la clinique, l'aspect endoscopique et l'histologie
- Certaines gastrites présentent un état précancéreux qui nécessite une surveillance endoscopique

### **II/ DIAGNOSTIC POSITIF**

#### **A/CLINIQUE :**

##### **Symptomatologie variable selon l'étiologie et le caractère aigu ou chronique**

- Souvent asymptomatique de découverte fortuite à l'endoscopie plus biopsie
- Douleurs épigastriques, vomissements, intolérance alimentaire, hémorragie digestive haute (gastrites aiguës)
- Parfois : diarrhée, fièvre : gastro-entérite aiguë
- Syndrome dyspepsique: ensemble de symptômes: épigastralgie ulcéreuse ou atypique, sensations d'inconfort gastrique (satiété précoce, mal digestion, éructation,...) : gastrite chronique

#### **B/ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE :**

- L'aspect endoscopique est non spécifique et ne permet pas de porter le diagnostic du type de gastrite
- permet de faire des biopsies + étude anatomopathologique
- Les aspects : l'œdème, l'érythème, la fragilité muqueuse, les exsudats, les pertes de substances (érosion ou ulcère), l'hyperplasie des plis fongiques, la visibilité des vaisseaux sous muqueux, les points hémorragiques (purpuriques ou ecchymotiques) et les nodules donnant un aspect pseudopolypoïde ou micronodulaire.
- il existe une très mauvaise corrélation entre l'aspect macroscopique de la muqueuse gastrique et l'histologie

### **C/ HISTOLOGIE :**

- permet de poser le diagnostic, de typer la gastrite et de rechercher l'étiologie.

- 05 éléments fondamentaux doivent apparaître sur le compte rendu histologique

- L'infiltrat lymphoplasmocytaire et la présence de PNN qui signe l'activité de la gastrite
- l'atrophie, la métaplasie et la dysplasie qui correspondent à des lésions précancéreuses.

+ Recherche systématique de l'*Helicobacter pylori*

### **III/ DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE:**

Deux groupes de gastrites;

#### **→ Gastrites aiguës :**

- \* gastrites aiguës infectieuses
- \* gastrites toxiques ou médicamenteuses
- \* gastrite de stress
- \* gastrite allergique
- \* gastrite caustique

#### **→ Gastrites chroniques :**

- \* gastrite chronique non auto-immune
- \* gastrite chronique auto-immune

### **A/ LES GASTRITES AIGUES**

#### **a) Les gastrites infectieuses :**

##### **1/ Gastrite aiguë à *Helicobacter Pylori*:**

- Rare cas décrits.
- Cela est lié au fait de ne pas pratiquer d'endoscopie systématiquement en cas de douleurs aiguës et aussi probablement au caractère peu ou pas symptomatique de l'infection aiguë à HP.
- **Endoscopie**: - lésions prédominantes souvent dans l'antrum
  - à type de congestion et d'érosion ou aspect nodulaire.
- **Histologie**: gastrite + HP

- **TRT**: Eradication d'HP: quadrithérapie : 10 à 14j

En l'absence de traitement, l'évolution se fait le plus souvent vers une gastrite chronique

##### **2/ Gastrites aiguës à d'autres bactéries :**

- Dues à streptocoque, staphylocoque, E. coli, salmonelles...
- **Clinique**: vomissements, diarrhée et fièvre (gastro-entérite)
- **Évolution**: vite régressive et souvent spontanément.
- **TRT**: ATB
- **Forme particulière**: gastrite phlegmoneuse rare; infection majeure de la paroi gastrique, survient chez sujets immunodéprimés (SIDA), simulant une urgence abdominale (signes péritonéaux), diagnostic = souvent laparotomie

##### **3/ Gastrites virales**

- **Rares** : dues aux cytomégalovirus (CMV) surtout au cours du SIDA
- **Endoscopie** : gastrite érosive ou ulcérée, parfois pseudo tumorales
- **Histologie** : cellules de grande taille, comportant des inclusions intra nucléaires typiques.

#### **b) Les gastrites toxiques :**

- Dues à la prise d'alcool, médicaments gastro-toxiques (aspirine, AINS)
- Endoscopie: gastrite catarrhale, gastrite érosive, gastrite corrosifs (par caustiques)
- Traitement: suppression de l'agent causale, prescription d'anti sécrétoire et traitement préventif si facteurs de risque (âge > 65 ans,...)

### **c) Les gastrite de stress :**

- En cas d'Interventions chirurgicales,
  - Dans les services de réanimation,
  - Des polytraumatisés,
  - Les grands brûlés,
  - Etat septiques...etc.
- \*Traitement: surtout préventif par IPP chez malades à risque

### **d) Gastrites allergiques**

- Rares, dues à l'ingestion d'allergènes alimentaires
- Endoscopie: parfois aspect varioliforme,
- Histologie: infiltration d'éosinophiles de la paroi gastrique.

### **e) gastrite caustique :**

En cas de prise de produits acides ou basiques délétères pour la muqueuse oeso-gastrique

## **B/ LES GASTRITES CHRONIQUES**

### **Définition :**

- C'est un état inflammatoire chronique de la muqueuse gastrique associé à des altérations épithéliales pouvant évoluer vers l'atrophie gastrique.
- Affection fréquente: 30 à 50%.

### **1/ Gastrites chroniques non auto-immunes :**

→ Surtout liées à l'HP; mais aussi à des facteurs environnementaux, ou alimentaires (excès de sel, régime pauvre en légumes et en fruits frais)

→ **2 types:**

- ❖ **Gastrite chronique non atrophique** : prédominant dans l'antre.  
-Complications: risque d'ulcère duodénal ou lymphome gastrique.
  - ❖ **Gastrite atrophique multifocale** : Atteinte de l'ensemble de l'estomac avec atrophie (disparition des glandes gastriques) et remplacement de ces glandes par une muqueuse de type intestinal (métaplasie intestinale)  
-complication : risque ulcère et adénocarcinome gastrique.
- **Traitement** : éradication d'HP (IPP : 40mg + Amoxicilline cp 1g 2xj + Métronidazole cp 500 mg 2xj + Clarithromycine cp 500 mg 2xj pendant 14 j)

### **2/ Gastrites chroniques auto-immunes :**

- Rare, pays scandinaves et nord Europe
- L'HP n'est pas impliquée.
- origine: semble dysimmunitaires
- physiopathologie: Atrophie fundique → hypochlorhydrie + déficit en facteur intrinsèque → malabsorption vit B12 → Anémie mégaloblastique (maladie de Biermer)
- clinique: \* Gastrite plus souvent asymptomatique
  - \* Signes de carence en B12 :  
Anémie pernicieuse (par carence en vit B12) et signes neurologiques.
  - \* Association à d'autres affections auto-immunes (diabète, vitiligo, thyroïdite d'Hashimoto)
- Biologie:  
Anémie macrocytaire, Vit B12 sérique basse, Biopsie de moelle osseuse : Mégaloblastes  
Anticorps positifs : Ac anti cellules pariétales (90%), Ac anti facteur intrinsèque (50%).
- endoscopie: Gastrite atrophique : « Aspect en fond d'œil »
- Complications:

- risques liés à la carence en vit B12 (neurologique++:troubles de la sensibilité profonde et syndrome pyramidal, démence)
- risque d'adénocarcinome gastrique
- risque de Tumeurs endocrines fundiques,

-Traitement:

Vitamine B12 1000 µg IM/j 7 jours puis toutes les semaines/1 mois puis tous les mois à vie

- surveillance : En raison des complications possible: surveillance endoscopique+ histologie tous les 1 à 3 ans

### **3/ Autres causes de gastrites chroniques : RARES**

#### **❖ Gastrite lymphocytaire:**

- infiltrat lymphocytaire dense de l'épithélium de surface et cryptes;
- endoscopie : gastrite varioliforme (surélévations ombiliquées présentant à leurs sommet des ulcérations aphtoides).
- souvent associée à maladie cœliaque non traitée.

#### **❖ Gastrites granulomateuses:**

- Présence de granulomes (amas de macrophages ayant un aspect de cellules épithéloïdes) dans le chorion
- Plusieurs étiologies: Tuberculose, maladie de Crohn, Syphilis, sarcoïdose, fongiques, corps étranger

#### **❖ Autres:**

- gastrite à éosinophile,
- gastrite collagène.
- gastrite chimique : \* reflux biliaire due à certains montages chirurgicaux
  - \*alcool
  - \* AINS au long court

### **IV/ CLASSIFICATION DE LA GASTRITE CHRONIQUE**

Elle nécessite l'endoscopie + 5 biopsies (2 antrales, 2 corps gastrique et 1 angle de la petite courbure) et étude histologique.

#### **❖ SYSTEME SYDNEY :**

Elle est basée sur plusieurs critères :

- Topographie des lésions : antrale, fundique ou pan gastrite
- Catégories: aiguë; chroniques; spéciales
- Grades : légère; modérée; sévère en tenant en compte de 5 lésions élémentaires : inflammation, activité (présence de PNN), atrophie, dysplasie et métaplasie intestinale)
- Étiologie: HP,...

#### **❖ Classification d'OLGA :**

Elle permet l'évaluation anatomopathologique de l'intensité des lésions d'atrophie et de métaplasie intestinale au niveau de la muqueuse gastrique.

L'évaluation de l'intensité de l'atrophie se fait en combinant les scores d'atrophie au niveau antral et fundique.

Ces scores varient de 0 (absence d'atrophie) à 3 (atrophie sévère) avec plus de 60 % de glandes atrophiques.

Les stades obtenus varient de 0 à IV

Score de l'atrophie		CORPS GASTRIQUE			
		Absente	Légère (glandes atrophiques <30%)	Modérée (glandes atrophiques 30%-60%)	Sévère (glandes atrophiques >60%)
A N T R E	Absente	Classe 0	Classe I	Classe II	Classe II
	Légère (glandes atrophiques <30%)	Classe I	Classe I	Classe II	Classe III
	Modérée (glandes atrophiques 30%-60%)	Classe II	Classe II	Classe III	Classe IV
	Sévère (glandes atrophiques >60%)	Classe III	Classe III	Classe IV	Classe IV

**Stades à haut risque évolutif (III et IV)**

Score de la métaplasie intestinale		CORPS GASTRIQUE			
		Absente	Légère (glandes en MI <30%)	Modérée (glandes en MI 30%-60%)	Sévère (glandes en MI >60%)
A N T R E	Absente	Classe 0	Classe I	Classe II	Classe II
	Légère (glandes en MI <30%)	Classe I	Classe I	Classe II	Classe III
	Modérée (glandes en MI 30%-60%)	Classe II	Classe II	Classe III	Classe IV
	Sévère (glandes en MI >60%)	Classe III	Classe III	Classe IV	Classe IV

**Stades à haut risque évolutif (III et IV)**

## V/ COMPLICATIONS

- Ulcère gastrique
- Dans le cas des gastrites chroniques à infection H.pylori ou de maladie de Biermer, les patients sont à risque de cancer de l'estomac (adénocarcinome ou lymphome)
- Polypes hyperplasiques

## VI/ SURVEILLANCE

ENDOSCOPIE+BIOPSIE ET HISTOLOGIE / 1 A 3 ans en cas de :

- Gastrite atrophique
- Dysplasie
- Métaplasie
- Maladie de Biermer