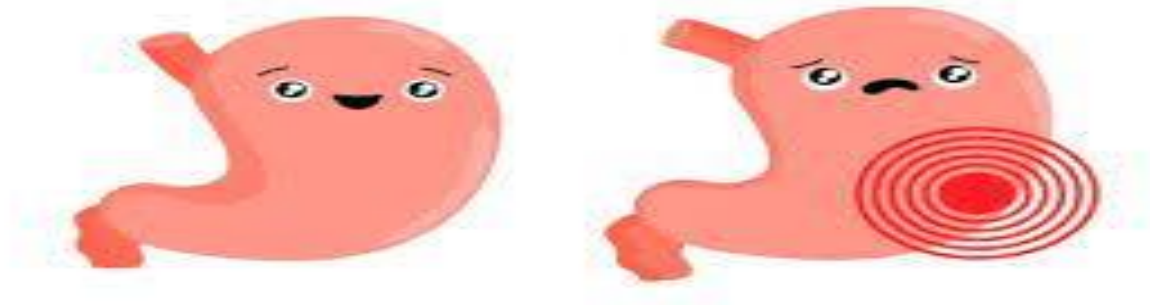


REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE L ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
FACULTE DE MEDECINE D ALGER  
MODULE D HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE

# GASTRITES AIGUES ET CHRONIQUES

30.09.2024

BENZEMRANE



# OBJECTIFS

- Définir les gastrites chroniques et aiguës,
- Faire la différence entre la forme aiguë et chronique de la gastrite,
- Connaitre le mode de révélation de chaque forme,
- Connaitre les principales étiologies de chaque forme,
- Connaitre les facteurs pronostic des gastrites chroniques,
- Instaurer un rythme de surveillance.

# **I. GASTRITES CHRONIQUES**

# DEFINITION

Strictelement **histopathologique**;

Inflammation chronique de la muqueuse gastrique caractérisée:

- Infiltrat inflammatoire chronique à prédominance lymphoplasmocytaire,
- Altération de la cinétique et de la différenciation cellulaire.

# INTERET

- Pathologie fréquente,
- Diagnostic est histologique,
- Etiologies multiples dominées par infection Hp,
- Traitement est étiologique pronostic est conditionné par la présence de lésions précancéreuses = surveillance.

# EPIDEMIOLOGIE

- Touche 30% à 40% de la population générale
- Prévalence augmente avec l'Age
- sex-ratio:1

# CLASSIFICATION

## 1. Classification de Strickland et Mac Kay

### Gastrite de type A

- Fundus
- Achlorhydrique

Anémie pernicieuse par présence  
d'AC anti cellules pariétales

### Gastrite de type B

- Antre +/- Fundus
- Normochlorhydrique
- Absence d'anticorps

## 2. Classification de Wyat et Dixon

Gastrite de type A:  
Auto-immune

Gastrite de type B:  
Liée à l'HP

Gastrite de type C :  
chimique  
Biliaire  
AINS



### 3. CLASSIFICATION DE SYDNEY SYSTEM+++

#### ENDOSCOPIE:

- Topographie: antre, fundus
- Description des lésions: érythème, érosion, hypertrophie des plis, nodulaire
- Tableau clinique particulier: anémie pernicieuse

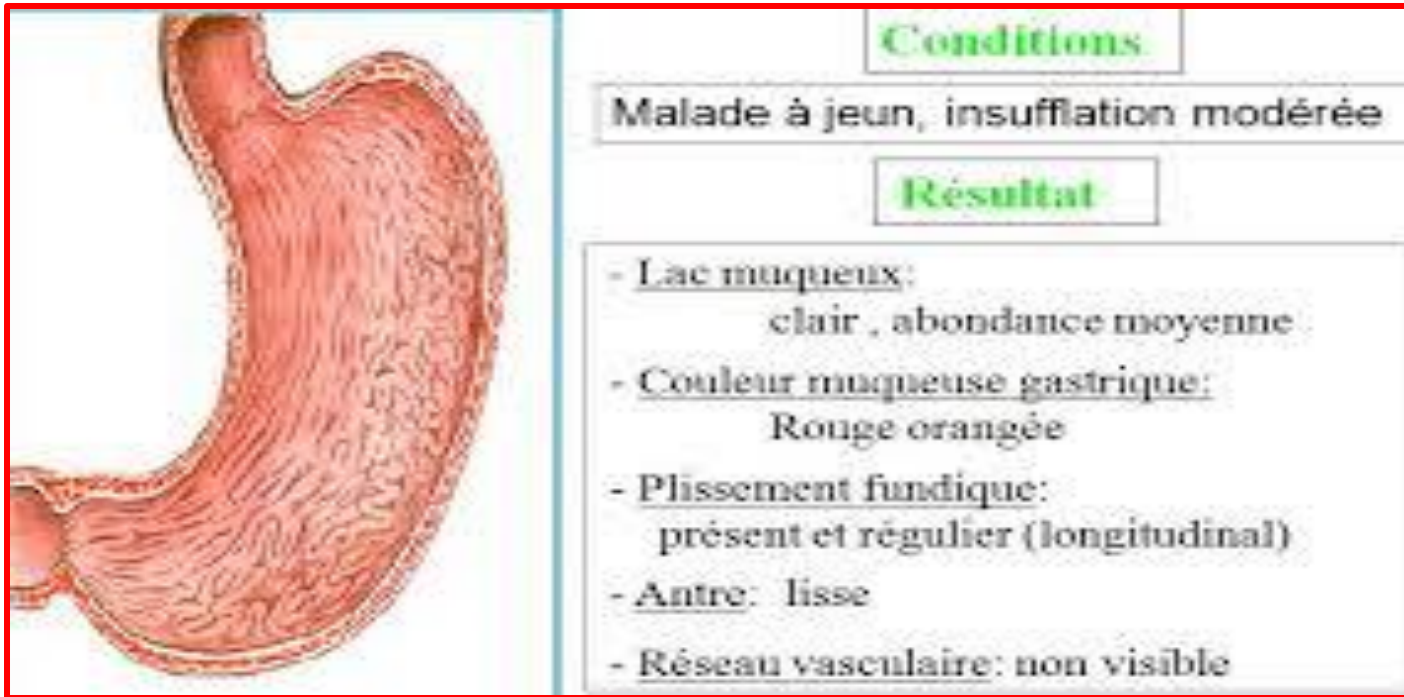
#### HISTOLOGIE++++++

Pierre angulaire du diagnostic

#### Topographie:

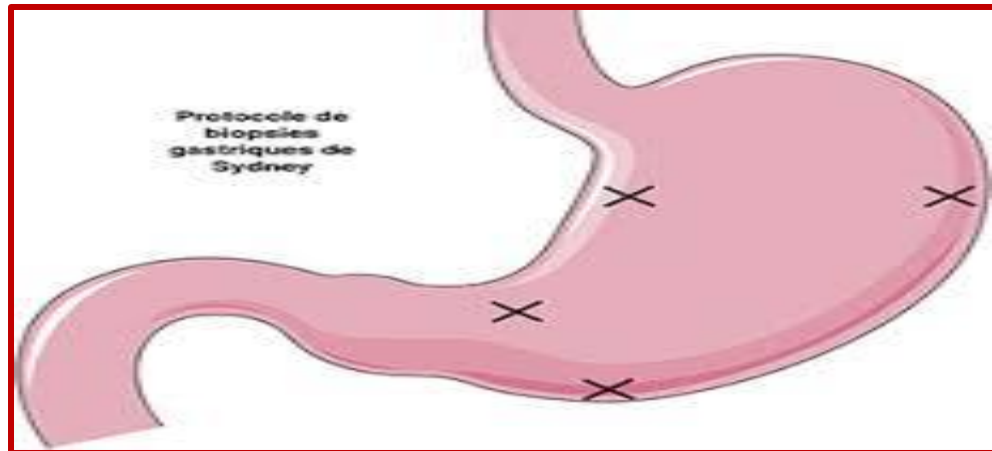
- Antrale ,
- fundique ,
- pangastrite

- Inflammation: infiltrat lymphoplasmocytaire
- Activité: polynucléaires
- Intensité et grade: légère, modérée, sévère
- Etiologie: HP

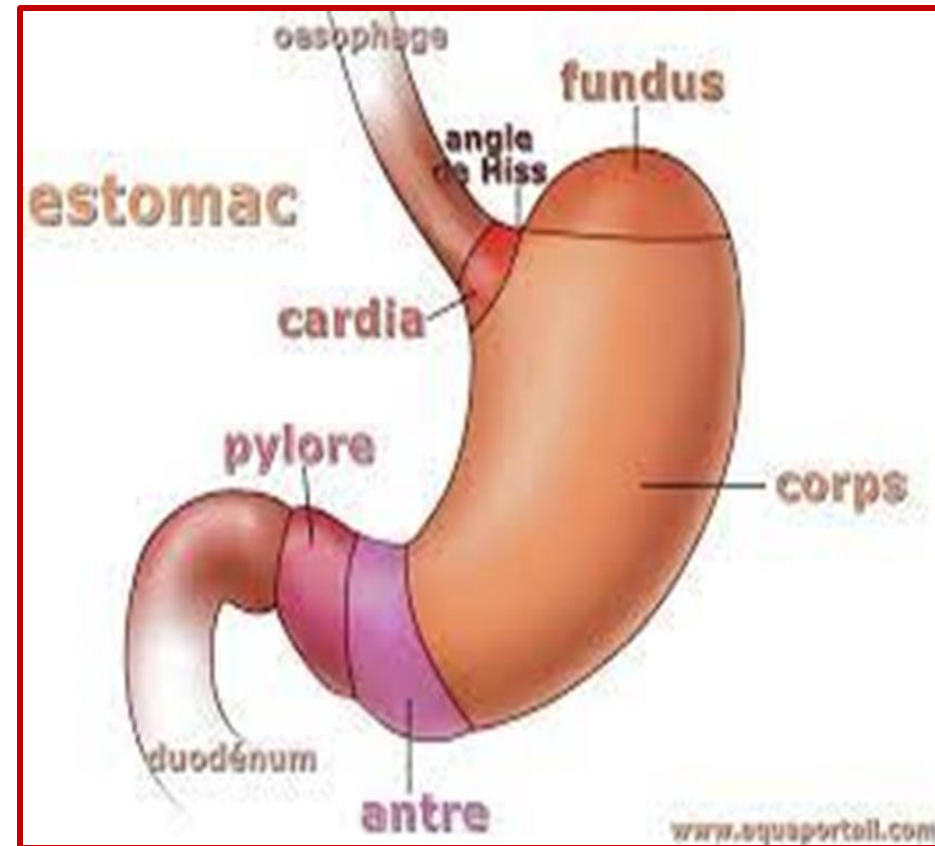


Endoscopie d'un estomac à l'état non pathologique

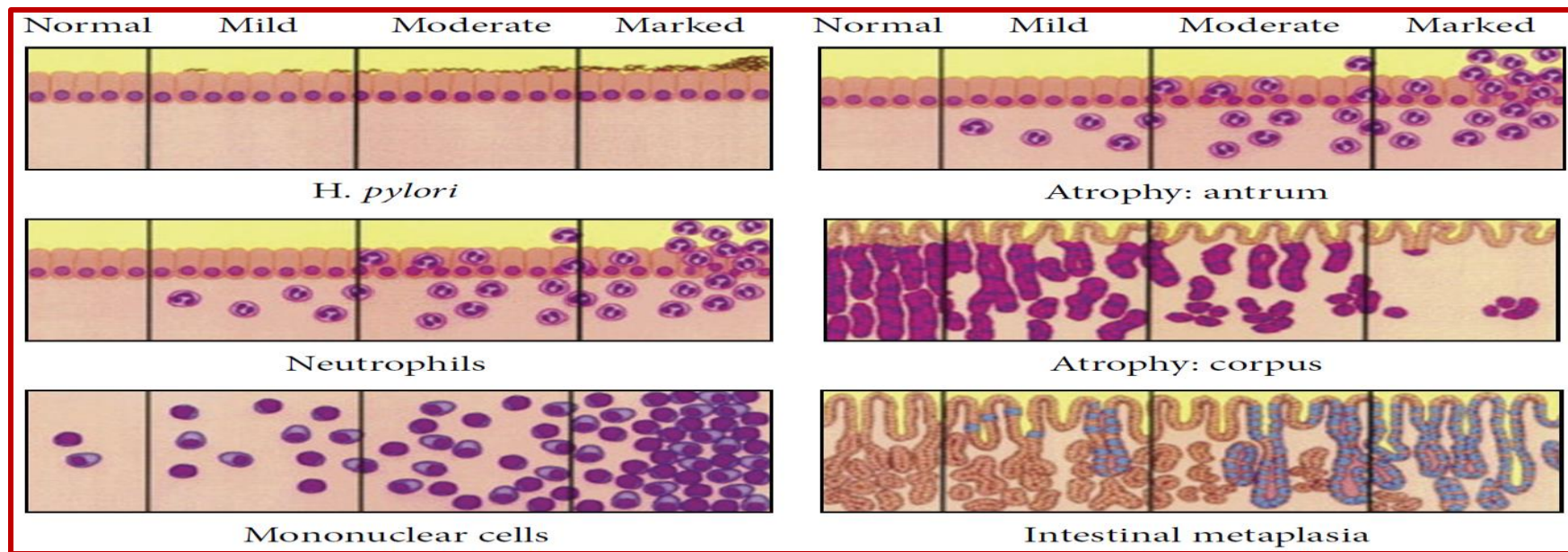
## Protocole de prélèvement



02 Antre, 01 angulus et 02 fundus,  
02 flacons de biopsies fixées au formol



Histologic properties	Definition	Grade		
		Mild	Moderate	Severe
Inflammation	Lymphocyte and plasma cell in lamina propria	1+	Chronic inflammation	Lymphocyte and plasma cell in lamina propria
Neutrophil activation	Neutrophilic infiltration in lamina propria or superficial epithelium	<1/3	Neutrophil activation	Neutrophilic infiltration in lamina propria or superficial epithelium
Glandular atrophy	Loss of corpus and antral glands	1+	Glandular atrophy	Loss of corpus and antral glands
Intestinal metaplasia	Intestinal metaplasia of mucosal epithelium	<1/3	Intestinal metaplasia	Intestinal metaplasia of mucosal epithelium
<i>Helicobacter pylori</i>	<i>Helicobacter pylori</i> intensity	1+	2+	3+

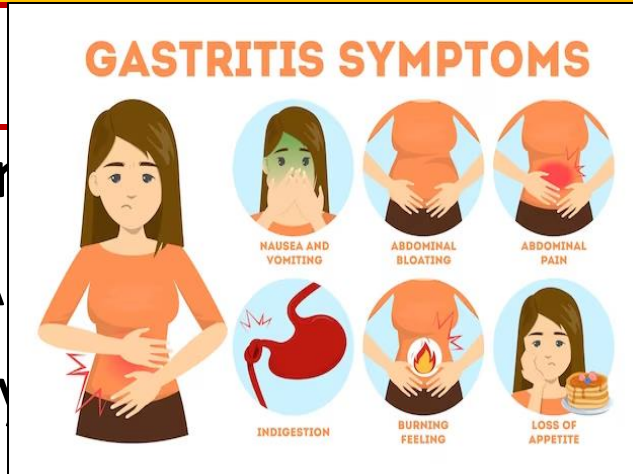


# DIAGNOSTIC DE LA GASTRITE CHRONIQUE

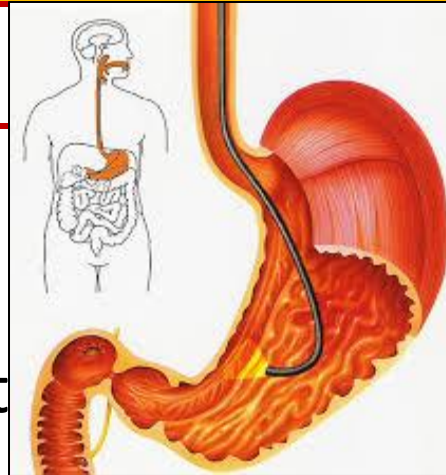
Clin

• A

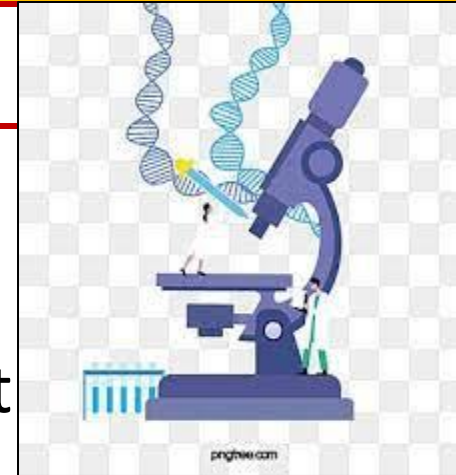
• Sy



fort



igast



e...

- Tableau clinique typique: anémie pernicieuse, gastrorathie exsudative
- Examen clinique: sans particularités

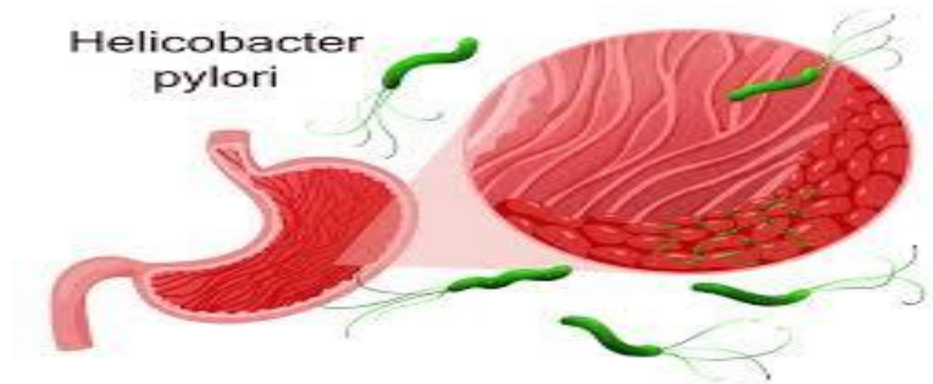
**Endoscopie:** orientation diagnostique, biopsies, pronostic (surveillance).

**Histologie:** pierre angulaire du diagnostic.

# ETIOLOGIES

## 1. GASTRITES CHRONIQUES LIÉES À L'HP

- Les plus fréquentes,
- Le contamination de HP est interhumaine: oro-orale ou oro-fécale,
- Se fait le plus souvent avant l'âge de 05 ans.



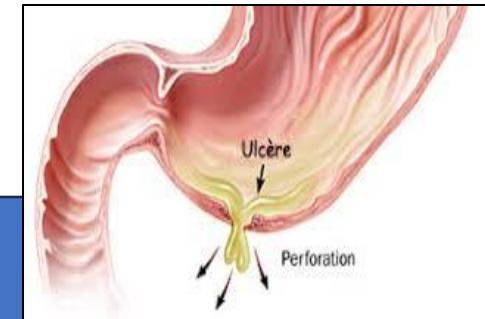
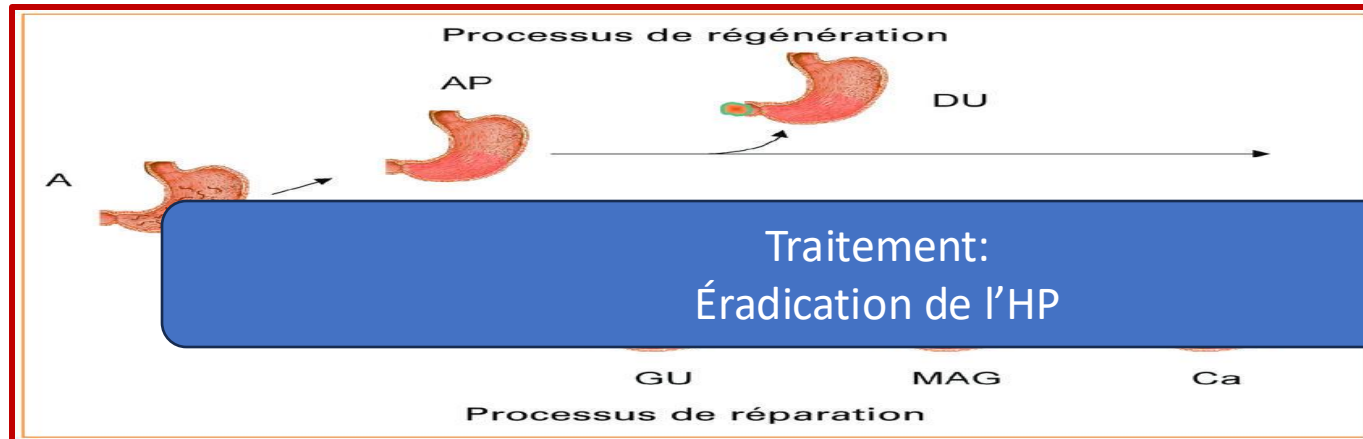


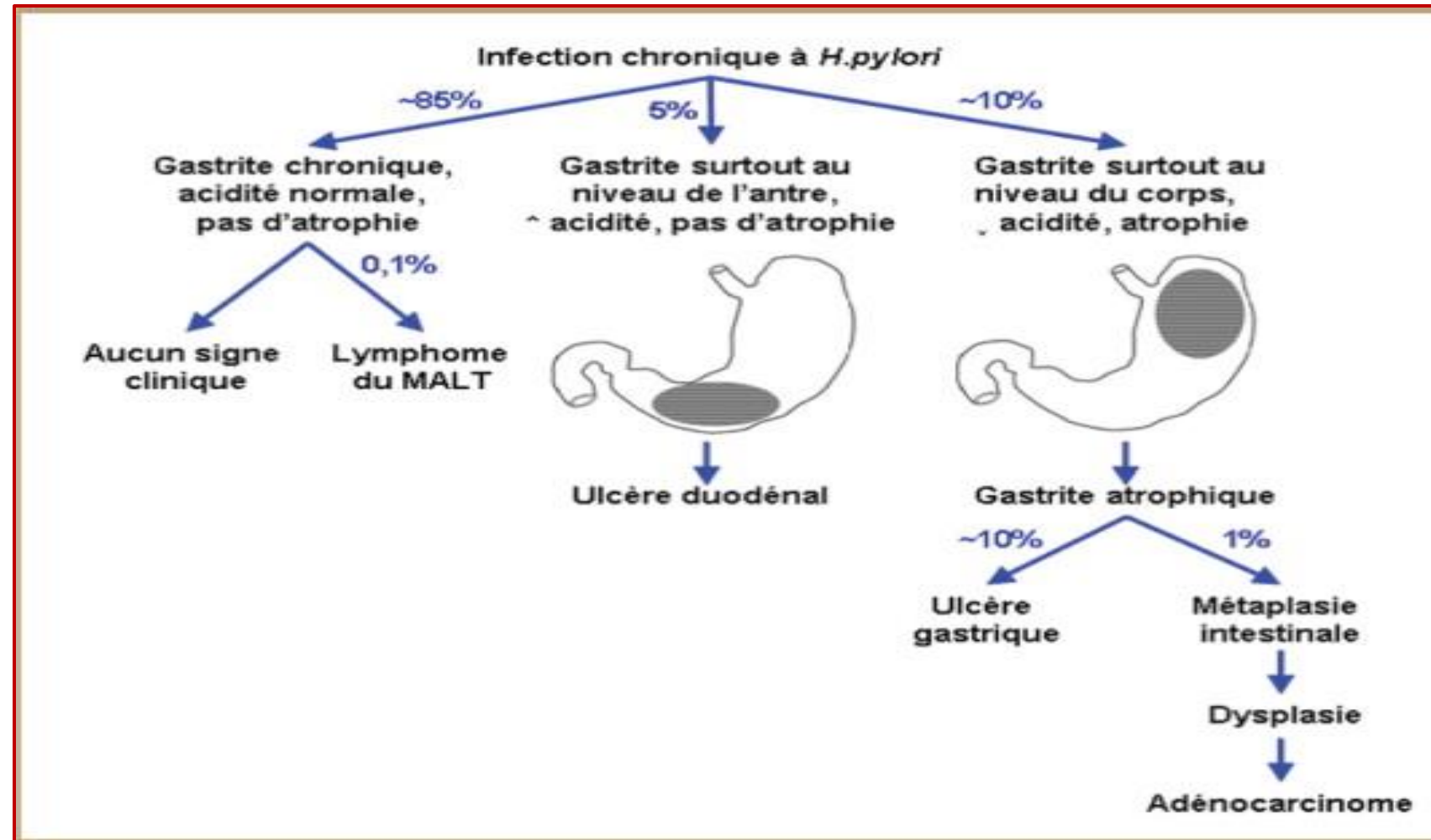
### GC à prédominance antrale

- +/- atteinte diffuse à tout l'estomac
- Hyper sécrétoire, HP++++
- HISTOLOGIE: gastrite folliculaire ( follicules lymphoïdes) quasi constante,
- Risque : Ulcère duodénal, lymphome type MALT

### GC atrophique multifocale

- Atrophie gastrique,
- Hypo sécrétoire,
- Métaplasie gastrique,
- Risque: , ulcère gastrique, ADK gastrique







## 2. GASTRITES CHRONIQUES NON LIÉES À L'HP

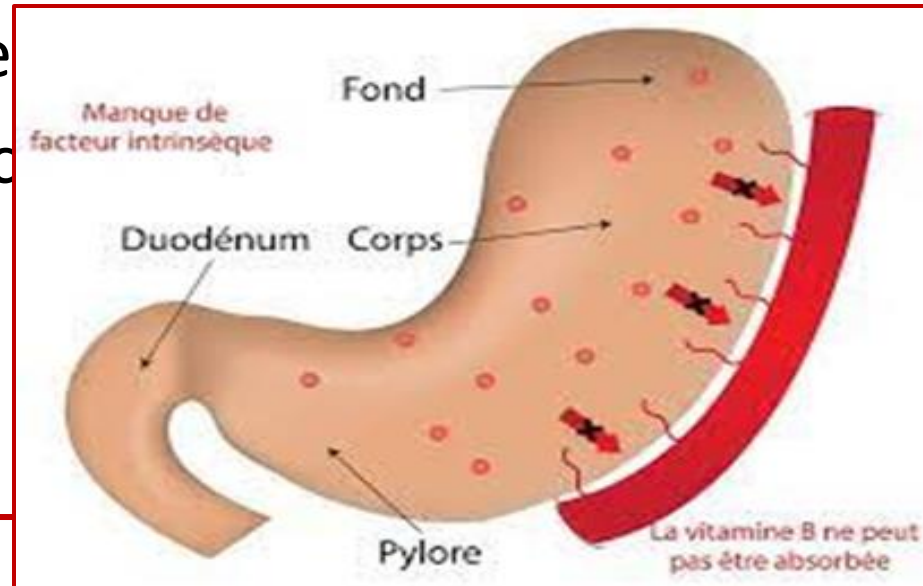
Gastrite atrophique auto-immune  
Maladie de Biermer

Gastrite chronique avec lésions spécifiques  
GC Granulomateuse  
GC lymphocytaire  
GC hypertrophique  
GC à éosinophiles

## 1. Gastrite chronique atrophique auto immune:

Touche le corps gastrique ( fundus) respectant l'antrum  
caractérisée par une atrophie fundique à sa phase terminale , avec  
disparition des cellules pariétales (FI et HCL) , conduisant :

- Achlorhydrie
- Déficit en facteur intrinsèque, absorption,



## vitamine B12 par mal

**CLINIQUE:** Syndrome anémique, et digestif ( amaigrissement, anorexie, glossite de Hunter),

Syndrome pyramidal : troubles moteurs

Syndrome cordonal postérieur +/- irréversible: troubles sensitifs,

**BIOLOGIE:** anémie macrocytaire arégénérative, carence en vitamine B12, hyper gastronomie secondaire, présence des AC cellules pariétale et anti facteur intrinsèque.

**MO:** mégaloblastique

**Endoscopie, avec biopsies fundiques:**

Amincissement voir atrophie fundique: disparition du plissement fundique, aspect en fond d'œil,

## GC auto-immune → Etat précancéreux

Etat inflammatoire chronique

Atrophie glandulaire

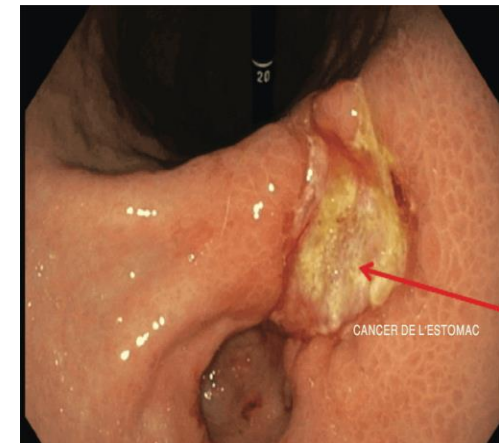
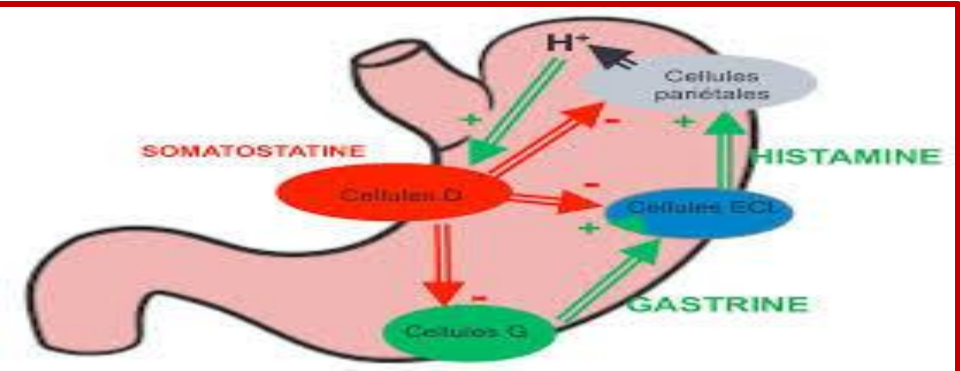
Métaplasie intestinale

Dysplasie  
Lésion précancéreuse

Adénocarcinome

Hyperplasie CG

Tm Carcinoides



**TRAITEMENT SUBSTITUTIF :** Vitamine B12: en traitement d'attaque jusqu'à disparition des signes neurologiques, puis un traitement d'entretien à base de Vit B12 en IM à Vie+++

**SURVEILLANCE:**

- Dosage mensuel de la Vit B12,
- Annuellement: Vit B12, NFS, glycémie
- Endoscopie : chaque 03 ans en l'absence de dysplasie et d'EC Lome gastriques.

## 2. Gastrites chroniques granulomateuses

caractérisée par la présence au niveau du chorion de granulome épithélioïdes et giganto-cellulaire: infectieuses et non infectieuses

### Infectieuses:

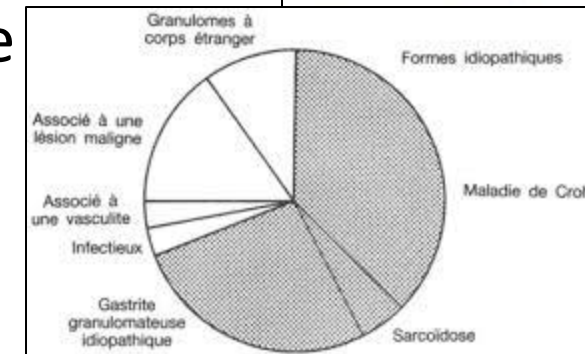
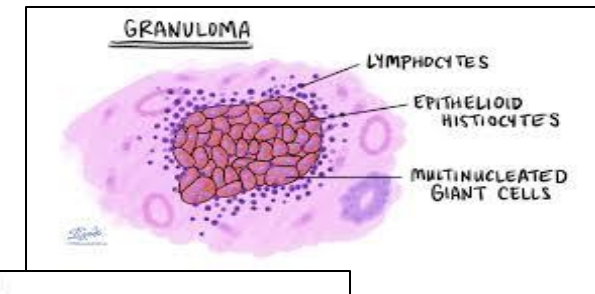
Bactérienne: tuberculose, syphilis II, HP

Parasitaires:

Mycotique: candidose, histoplasmosse

### Inflammatoires:

Maladie de Crohn, Sarcoidose,  
**corps étranger**



### **3. Gastrites chroniques lymphocytaires ( varioliforme)**

**Clinique:** asymptomatique, rarement dyspepsie, inconfort abdominal

**Endoscopie:** normale, épaissement des plis fundiques +/- surmontés d'ulcérations aphtoides(

**Histologie:** infiltrat lymphocytaire de l'épithélium et des cryptes gastrique LIE>30% cellules épithéliales,

**Association:** gastrite à HP et maladie coéliquae.

**Traitement:** IPP

#### **4. Gastrites chroniques hypertrophiques**

**Clinique:** gastroraphie exsudative (perte de protéines plasmatiques)

Caractérisée par un syndrome carentiel et œdémateux

**Endoscopie:** gastrite à gros plis fundique d'aspect cérébriforme

**Etiologies multiples:** maladie de ménétrier +++

**Traitement :** antisécrétoire

**Risque:** transformation adénocarcinomateuse, intérêt de macro biopsies



## 5. Gastrite chroniques à éosinophile

Isolée , ou s'intégrant dans la cadre de gastro-entérite à éosinophiles

Elle s'associe à une manifestation allergique dans 50 à 70% des cas

**Etiologies:** parasitaire, allergie alimentaire ou medicamenteuse, syndrome hyper éosinophilique

**Endoscopie:** normal, aspect de gros plis fundique

**Histologie:** infiltration de la couche profonde muqueuse et de la sous muqueuse de PNE

**Traitement :** corticoïdes

## **II. GASTRITE AIGUES**

# DEFINITION

## HISTOPATHOLOGIQUE

Etat inflammatoire aigu de la muqueuse gastrique, caractérisé par un infiltrat inflammatoire à PNN

# INTERET

- Fréquentes
- Symptomatiques
- Révélées par des complications
- Endoscopie: permet un bilan lésionnel,
- Étiologies: multiples
- Traitement: préventif

# PHYSIOPATHOLOGIE

## RUPTURE DE L'EQUILIBRE

### FACTEURS DE PROTECTION

Mucus, bicarbonates, barrière  
épithéliale, flux sanguin muqueux

### FACTEURS D'AGRESSION

Sécrétion gastrique acide,  
peptique, sels biliaires

### FACTEURS LOCAUX

HP, AINS, OH, caustique

# CLINIQUE

## **Mode de révélation**

- Symptômes: épigastralgies nausées, vomissements...
- Complications: hémorragie et perforation

# ENDOSCOPIE

Lésions diffuses et multiples labiles (dis paraissent en quelques heures): œdème, érythème, pétéchies, érosions, ulcérations, ou complications Tq hémorragie et la perforation.



# HISTOLOGIE

N'est pas systématique

Non indispensable au diagnostic

Epithélium:  
Altération de la mucosécrétion  
desquamation

Chorion:  
Œdème, congestion vasculaire,  
infiltrat à PNN  
Pas de lymphocytes+++



# ETIOLOGIES

## **INFECTIEUSES**

HP, CMV, HSV

## **IATROGENES**

AINS, CTC, Radiothérapie

## **TOXIQUES**

Caustiques, OH

## **GA de stress (oxydatif)**

Polytraumatisme

État de choc

Sepsis

Grands brûlés

Grandes insuffisances viscérales

# PRISE EN CHARGE

- Mesures d'urgence si besoin
- Suppression des gastrotoxiques
- Antisécrétoires, antibiotiques

**PREVENTIF**

**MERCI**