

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE BADJI MOKHTAR DE ANNABA
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE**

**Module de gastro-entérologie
Cours d'anatomie pathologique
4^{ème} année médecine**

Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)
--

**Pr OUKID NADIA
nadiabouzbidoukid@yahoo.fr**

Année universitaire

2019/2020

Maladies inflammatoires chroniques intestinales

(MICI)

Objectifs

- Connaître les particularités topographiques, macroscopiques et microscopiques de la rectocolite hémorragique.
- Connaître les particularités topographiques, macroscopiques et microscopiques de la maladie de Crohn.

I. Introduction

Le terme MICI est une appellation générale désignant un ensemble des lésions inflammatoires chroniques, d'étiologie inconnue, atteignant le tractus digestif.

Ces affections sont récidivantes, atteignent certains segments du tube digestif avec des manifestations cliniques variées et souvent une évolution chronique imprévisible.

La maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) sont les 2 principales entités de MICI.

Parfois, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude la MC ou la RCH et on dit que le malade a une colite inclassée ou indéterminée (après avoir éliminé les autres causes de colites).

La MC est une inflammation chronique transpariétale, segmentaire, qui affecte le plus souvent l'iléon terminal et le colon, mais peut toucher tout le tractus digestif de la bouche à l'anus.

Dans la RCH, l'inflammation est limitée à la muqueuse, l'atteinte est diffuse et continue, débutant de la marge anale et s'étendant d'aval en amont, sur une longueur variable du rectum et du colon.

II. Epidémiologie:

- Maladie chronique évoluant par poussées
- 15-35 ans, légère prédominance féminine
- 3000 n. cas/ans (gradient nord-sud)
- Diagnostic: confrontation anatomo-clinique

III. Lésions anatomopathologiques

1. Recto-colite hémorragique (RCH)

- Topographie lésionnelle :

Les lésions sont limitées au côlon et au rectum, épargnant l'anus et le reste du tube digestif. Elles touchent toujours le rectum et peuvent avoir une évolution ascendante dans le sigmoïde puis le reste du côlon, soit d'emblée à la première poussée, soit lors de poussées ultérieures.

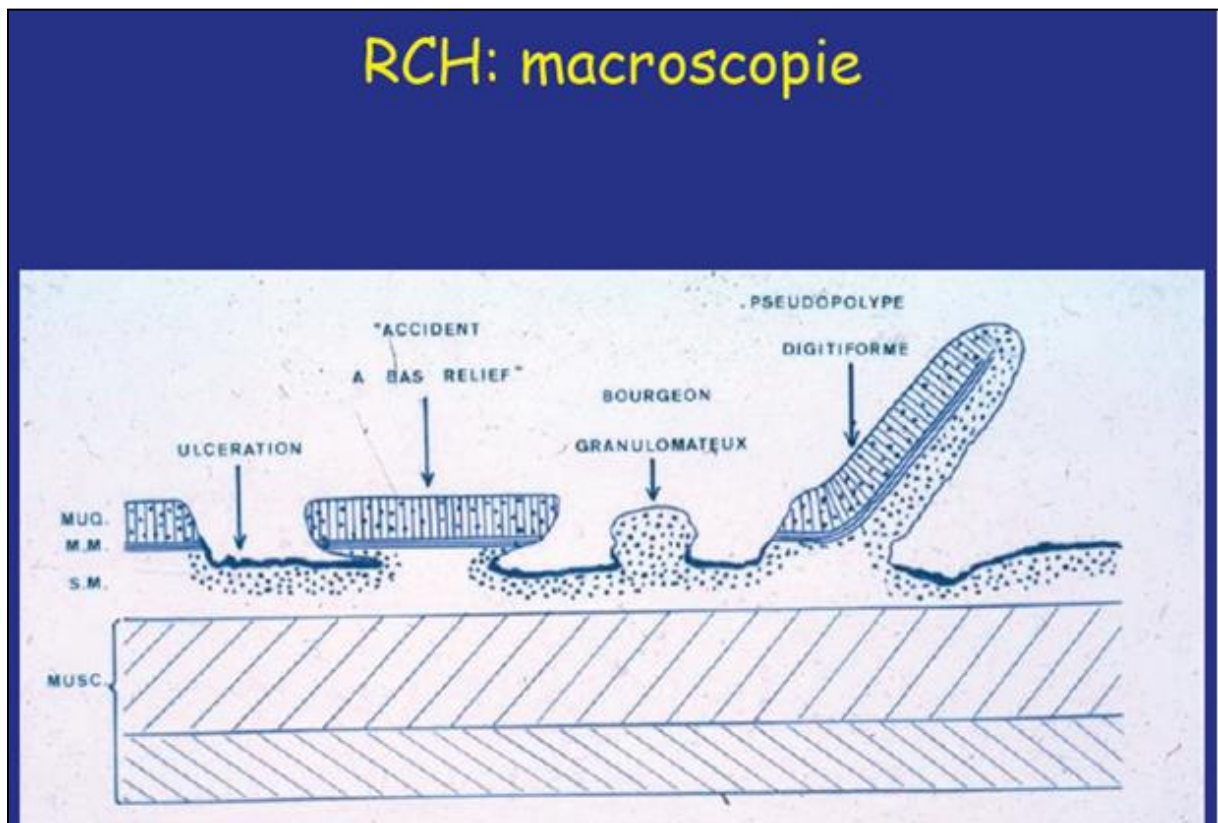
Elles sont limitées au rectum ou au recto-sigmoïde dans environ 60% des cas, et dans 40% des cas, elles sont plus étendues.

- Macroscopie :

Les lésions sont limitées à la muqueuse.

Elles sont diffuses, homogènes, sans intervalle de muqueuse saine.

Lors des poussées, le colon est rétréci, rempli de sang, avec une muqueuse friable qui présente de multiples ulcérations et lésions polyploïdes .



Microscopie

Infiltrat inflammatoire diffus du chorion, constitué de polynucléaires neutrophiles, de lymphocytes et des plasmocytes pouvant former des follicules lymphoïdes.

Abcès cryptiques avec destruction progressive des glandes qui sont dédifférenciées avec diminution nette de la muco-sécrétion.

2. Maladie de Crohn

- Topographie lésionnelle :

Les lésions peuvent toucher tout le tube digestif: œsophage, estomac, intestin grêle, colon, rectum et anus.

L'étude de la répartition des lésions montre atteinte du grêle seul : 30%, colon/rectum : 25%, colon/rectum et grêle : 40% , autre : 5%

En général : atteinte iléo-colique droite prédominante.

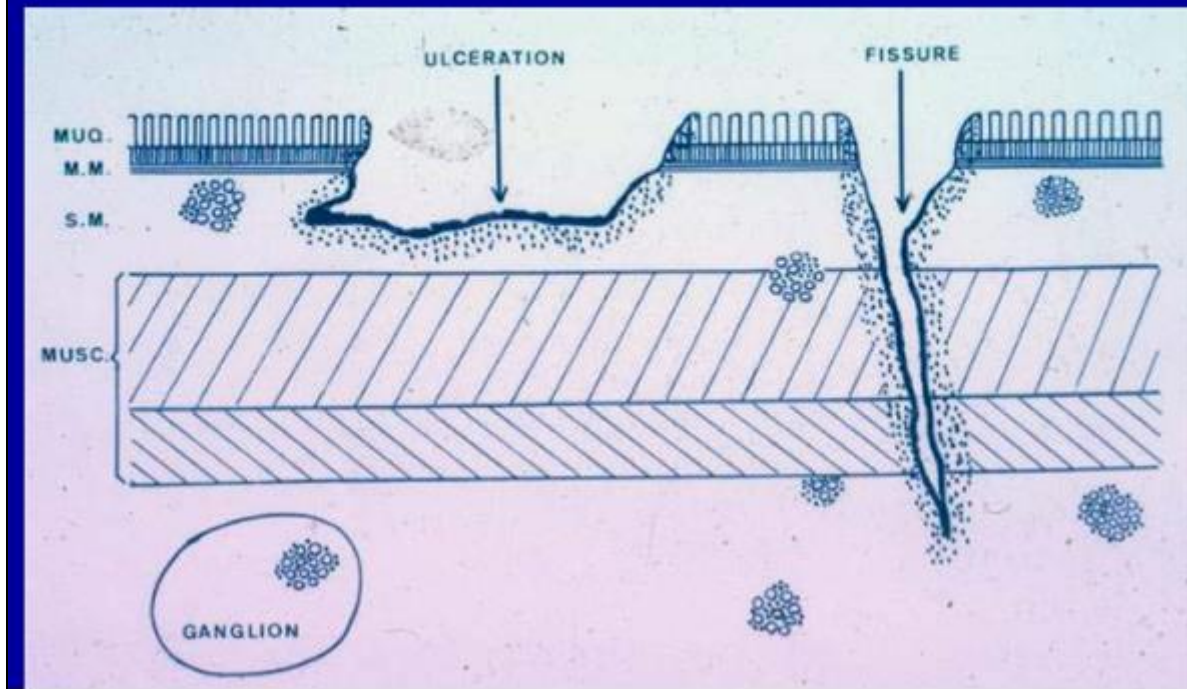
-Macroscopie

Les lésions sont segmentaires, discontinues, laissant des intervalles de muqueuse saine, hétérogènes.

Il peut s'agir de :

- Ulcérations muqueuses superficielles ou profondes
- Epaissement pariétal
- Fissures d'une muqueuse boursouflée donne un aspect en pavés
- Le méso est le siège d'une scléro-lipomatose.
- Les ganglions sont hypertrophiés

Maladie de Crohn: Macroscopie



-Microscopie

Les lésions histologiques sont hétérogènes d'un prélèvement à l'autre.

L'inflammation est transmurale.

Il existe des granulomes épitheïoïdes (tuberculoïdes) sans nécrose caséuse dans environ 50-60% des cas. La présence de granulomes est presque pathognomonique de la MC.

On peut trouver une fibrose de la sous-muqueuse et de la séreuse.

La mucosécrétion est moins altérée que dans la RCH et les abcès cryptiques sont moins fréquents.

HISTOLOGIE ≠	RCH	CROHN
	continue	segmentaire
	homogène	hétérogène
	superficielle	transmurale
<i>hémorragie</i>	abondante	rare
<i>abcès cryptiques</i>	abondants	rares
<i>mucus</i>	réduit	préservé
<i>granulome épithél.</i>	0	30-60%
<i>plasmocytose</i>	abondante	modérée
<i>ulcération/ fissure</i>	superficielle	profonde
<i>sténoses</i>	rares	fréquentes
<i>nodules lymphoïdes</i>	superficiels	profonds
<i>hyperplasie nerveuse</i>	0	fréquente

IV. Complications

Parfois révélatrices de la maladie

- **Colectasie ou mégacolon toxique** (RCH++ et MC): dilatation colique > à 6 cm.

C'est une urgence thérapeutique (colectomie) car le risque de perforation avec péritonite est très élevé.

-**Hémorragie sévère** (RCH et MC): très rare

-**Sténose** (++) MC) : iléale terminale (fréquente)

-**Fistules et abcès** (MC) : fréquents

- **Malabsorption sévère** (MC) : surtout en cas de résection étendue du grêle.

La résection de l'iléon terminal peut induire une malabsorption de la vitamine B12.

-**Ostéoporose** (++) MC) : favorisées par la corticothérapie et la résection du grêle.

- **Dénutrition** (RCH, MC++) : liée à la malabsorption

- **Cancer colique ou intestinal** (RCH ++, MC) : dysplasie de bas puis haut grade

Nécessité de coloscopie (avec biopsies étagées multiples) tous les 2 ans après 15-20 ans d'évolution.