

ITEM 272 : GASTRITE

- Gastrite** = définition **histologique** : atteinte inflammatoire aiguë ou chronique de la muqueuse de l'estomac (biopsies EOGD)
- Pas de corrélation entre l'atteinte histologique et la symptomatologie ou l'aspect endoscopique
 - **Classification** (biopsies antrales et fundiques) :
 - . Cause
 - . Topographies : diffuses (pangastriques), antrales, fundiques (= corps de l'estomac)
 - . Morphologie :
 - Le siège de l'infiltrat superficiel ou interstitiel sur toute la hauteur de la muqueuse
 - La densité de l'infiltrat inflammatoire, son caractère actif ou non (présence ou absence de PNN dans l'infiltrat)
 - La présence et le degré de l'atrophie muqueuse
 - La présence et le degré de la métaplasie intestinale
 - La présence d'agents pathogènes, en particulier de *H. pylori*. inflammatoire au sein du chorion
 - **Dyspepsie / gastroparésie** : entités à part, liées à des troubles fonctionnels/moteurs gastriques, ≠ gastrites !

- Gastrite chronique : atrophiante (à risque de cancer) ou non atrophiante		
GASTRITE CHRONIQUE	Gastrite atrophiante	
	Gastrite chronique à <i>H. pylori</i>	<p>Gastrite aiguë évoluant souvent vers la chronicité, très fréquente : 20 à 50% des adultes en France, due à une contamination dans l'enfance oro-orale ou féco-orale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sujet hyper-sécréteur = gastrite antrale : risque d'ulcère duodénal - Sujet hypo-sécréteur = pangastrite avec atrophie multifocale : risque d'UG et d'ADK - Plus rarement : évolution vers un lymphome gastrique du MALT - En l'absence de lésion : asymptomatique ou troubles dyspeptiques - Diagnostic : biopsie de l'antra et du corps à l'endoscopie
	Gastrite chronique auto immune	<p>= Maladie de Biermer : Gastrite limitée au fundus (antra normale), caractérisée par un infiltrat lympho-plasmocytaire et une atrophie progressive des glandes du fundus</p> <p>- MAI :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Plus fréquente chez la femme de 50 ans / les sujets âgés . Contexte d'auto-immunité : diabète 1, thyroïdite, vitiligo... . Ac sériques anti-cellules pariétales et anti-facteur intrinsèque (FI)
	Au stade d'atrophie fundique sévère	<ul style="list-style-type: none"> - Carence en FI (sécrété par les cellules pariétales fundiques) → malabsorption de vitamine B12 (absorption du complexe B12-FI en iléon terminal) : anémie macrocytaire arégénérative (Biermer), glossite, sclérose combinée de la moelle - Carence martiale : l'achlorhydrie gastrique (atrophie => manque de cellules pariétales fundiques) empêche l'absorption duodénale du fer - Risque d'ADK et de tumeur endocrine du corps gastrique : surveillance endoscopique systématique tous les 3 ans (si < 70 ans et bon état général) → Prévention/correction par administration de vit B12, à vie
	Gastrite non	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">Gastrite chronique lymphocytaire</p> <p>= Présence anormalement élevée de LT dans l'épithélium de surface et des cryptes avec infiltrat inflammatoire dans la muqueuse : souvent asymptomatique, rare++</p> <p>- Origine idiopathique ++, ou associée à une maladie cœliaque</p>
	Gastrite non	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">Gastrite granulomateuse</p> <p>= Présence dans le chorion de granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires</p> <p>- Cause : Crohn++, autres granulomatoses : sarcoïdose / tuberculose, syphilis, parasitaire, mycotique, corps étranger, déficits immunitaires innés (rares), idiopathique</p>
Gastrite non	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">Gastrite à éosinophiles</p> <p>= Infiltration à PNE de la paroi gastrique (rare++) : liée à une allergie alimentaire, une parasitose (anisakiase) ou associée à un syndrome hyperéosinophile</p>	
GASTRITE AIGÜE	Gastrite aiguë à <i>Helicobacter pylori</i>	<p>= Asymptomatique, ou douleur épigastrique, nausées, vomissements</p> <p>- Endoscopie = lésions prédominantes de l'antra : muqueuse érythémateuse, œdématiée, nodulaire avec des lésions pétéchiales, érosives ou ulcéro-nécrotiques</p> <p>- Diagnostic par biopsie : présence de <i>H. pylori</i> avec inflammation de la muqueuse à PNN</p> <p>- Evolution : régression en cas d'éradication ou évolution vers la chronicité si non traité</p>
	Gastrite phlegmoneuse	<p>= Exceptionnelle : infection bactérienne sévère dans l'épaisseur de la paroi gastrique, généralement chez un sujet immunodéprimé</p>
	Gastrite virale	<p>= Gastrite à CMV ou à HSV : sujet immunodéprimé (rare+++ chez l'immunocompétent)</p>

GASTROPATHIE

= Affection gastrique **endoscopique sans infiltrat inflammatoire** : diagnostic différentiel des gastrites

Classification	Gastropathie aux AINS	- Endoscopie caractéristique = lésions fréquentes, souvent multiples, prédominante dans l'estomac : pétéchies, érosions, ulcérations, UGD	
	Gastropathie chimique	= Réactionnelle : - Prise excessive d'alcool - Reflux biliaire duodéno-gastrique (après gastrectomie)	
	Gastropathie congestive	- Gastropathie d'hypertension portale : en endoscopie, aspect en mosaïque de la muqueuse fundique, pétéchies, varices cardio-tubérositaires (mais peut être isolée, sans varice associée) - Syndrome d'ectasie vasculaire antrale : en endoscopie, macules rouges convergeant vers le pylore, avec aspect « d'estomac pastèque », associé dans 1/3 des cas à une <u>cirrhose</u>	
	Gastropathie hypertrophique	Très rare, due à une atteinte granulomateuse à éosinophile (Crohn), ou néoplasique (lymphome, linite, polypose) ou à une maladie de Ménétrier, ou à un Zollinger-Ellison	
	Maladie de Ménétrier	= Pathogénie inconnue : tableau de gastropathie exsudative avec syndrome œdémateux par fuite protéique - Epaissement majeur de la muqueuse fundique : hyperplasie des cryptes - Endoscopie : plis fundiques géants, cérébriforme - Risque de transformation adénocarcinomateuse - TTT : . Antisécrotoire (IPP) au long cours . Gastrectomie en cas d'échec dans les formes sévères	
	Syndrome de Zollinger-Ellison	- Aspect hypertrophique des plis du fundus lié à l' hyperplasie des glandes fundiques sous l'effet trophique de la gastrine (gastrinome ++)	
Gastropathie radique	= Après irradiation > 45 Gy - Complication aiguë : œdème avec érosion hémorragique , d'évolution favorable en qq semaines - Complication chronique après > 6 mois : ulcération, télangiectasie souvent hémorragique → Biopsies multiples : éliminer une récurrence tumorale, confirmer la nature radique		

CONDUITE À TENIR

Biopsies gastriques	Indiquées : - Si anomalie de la muqueuse gastrique à l'endoscopie (aspect érythémateux, œdémateux, atrophique) → Pas de corrélation entre l'aspect endoscopique, les résultats histologiques & la symptomatologie du patient - En l'absence de lésion endoscopique : recherche de pathologie spécifique : recherche de maladie de Biermer si carence B12 et anémie macrocytaire ou si carence martiale inexpliquée (+biopsies duodénales pour rechercher une maladie cœliaque), ou si ATCD familial de cancer gastrique (recherche H. Pylori)		
	Sérologie H.pylori	- <40-45 ans apparenté à un patient ayant eu un cancer gastrique - ATCD d'ulcère gastroduodéal sans preuve d'éradication d'H. Pylori - Purpura thrombopénique immunologique → Si sérologie positive / douteuse = gastroscopie avec biopsies	
	EOGD d'emblée	- Syndrome ulcéreux - Dyspepsie non ulcéreuse (gastroscopie normale) si > 45 ans ou symptômes d'alarme (dysphagie, amaigrissement, anémie) - Anémie ferriprive ou carence en B12 sans cause retrouvée - FDR de cancer gastrique : > 40-45 ans apparenté à un patient ayant eu un cancer gastrique, ou autre FDR - Lymphome gastrique du MALT - Intervention bariatrique prévue → Si biopsies positives = TTT guidé selon sensibilité aux ATB	
	Suivi de gastrite / gastropathie	Selon les anomalies anatomopathologiques : EOGD régulières avec biopsies si : - Gastrite auto-immune de Biermer : risque d'ADK ou tumeur neuro-endocrine gastrique - Gastrite à risque de dégénérescence (souvent dues à H. Pylori++) : gastrite atrophique, métaplasie / dysplasie : lésions précancéreuses de l'ADK gastrique	
PEC	- TTT de la cause : éradication d'H. Pylori, arrêt de l'alcool/des AINS - Si gastrite auto-immune de Biermer : supplémentation parentérale en B12 +/- en fer, surveillance endoscopique - Si gastrite symptomatique malgré le TTT étiologique : pansements gastriques / IPP (sauf si maladie de Biermer : réduction/suppression de la sécrétion gastrique acide)		