

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

## GASTROPATHIE

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

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

## CONDUITE À TENIR

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