

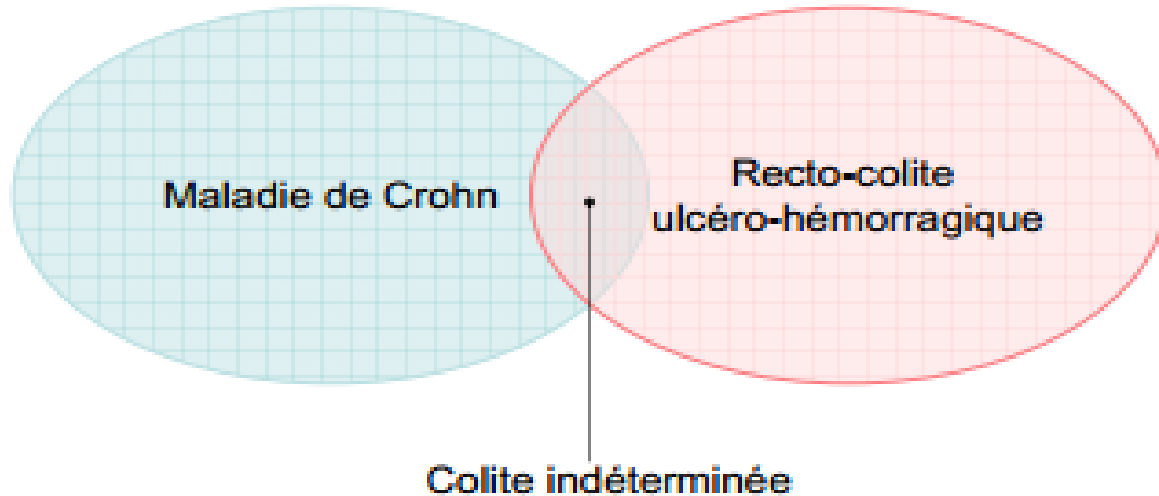


Que doit on attendre de l'Anatomopathologie dans la MC:

Critères de diagnostic / le compte rendu

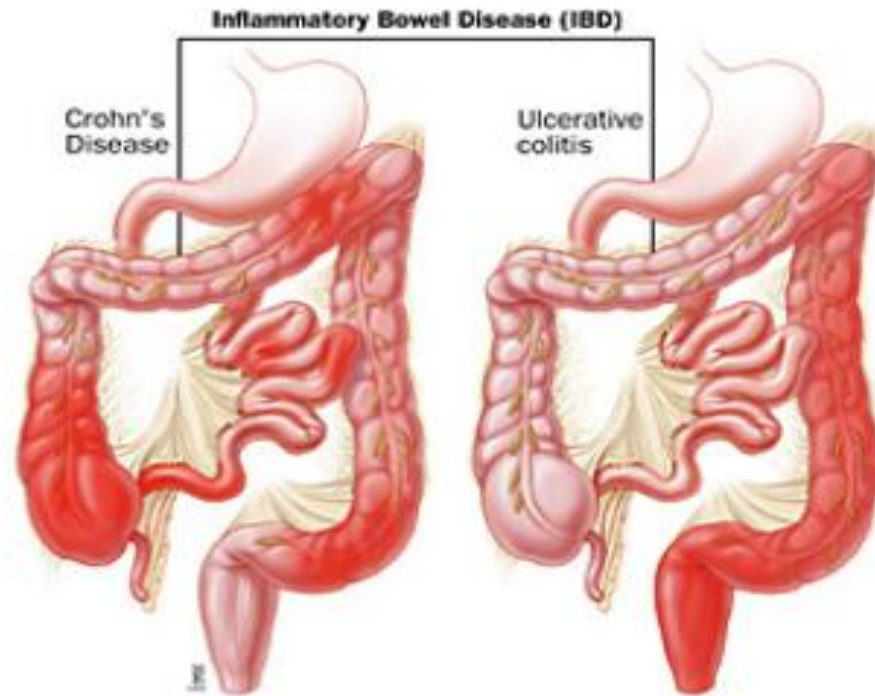
H.AITKACI, MC. CHERID, N.TERKI
CPMC

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

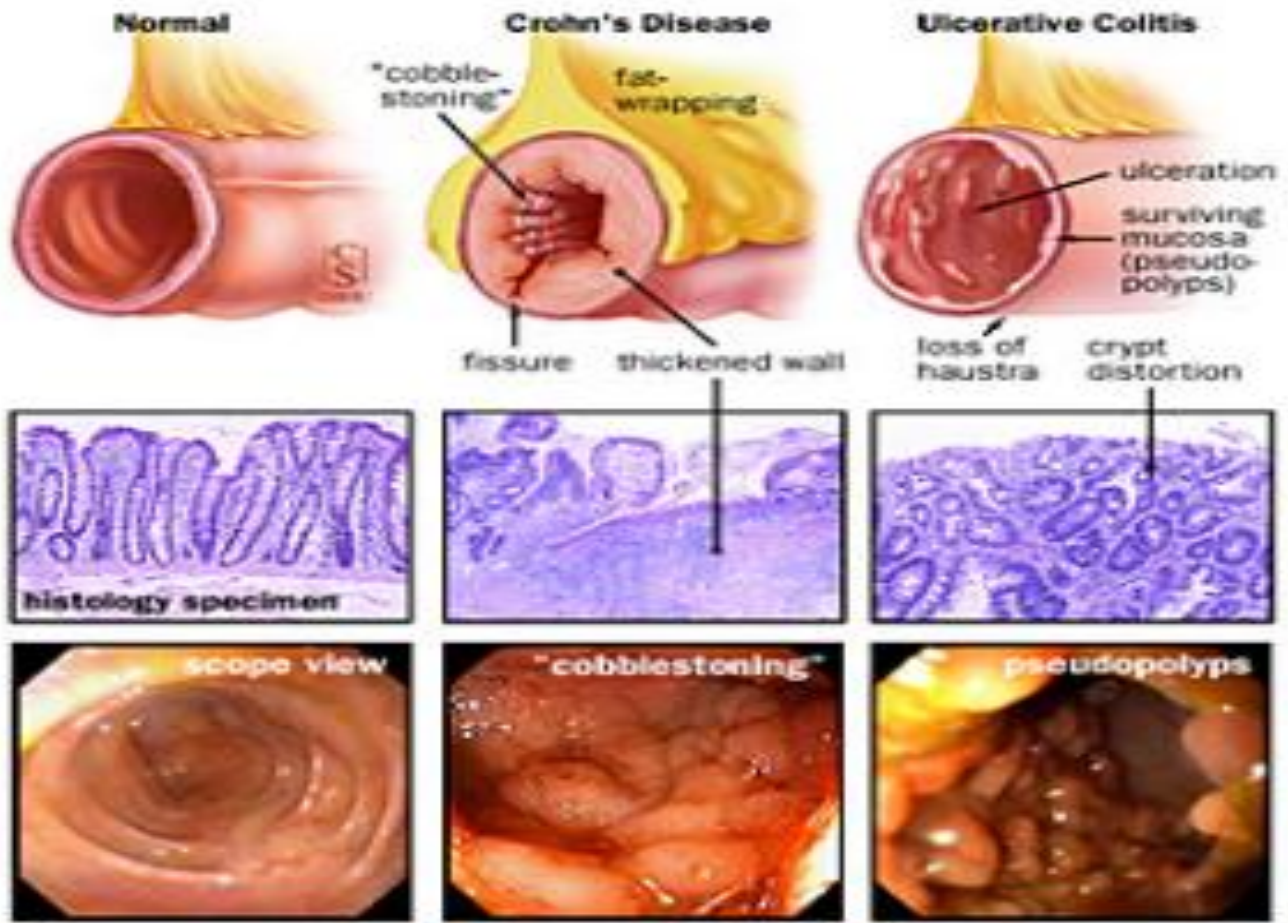


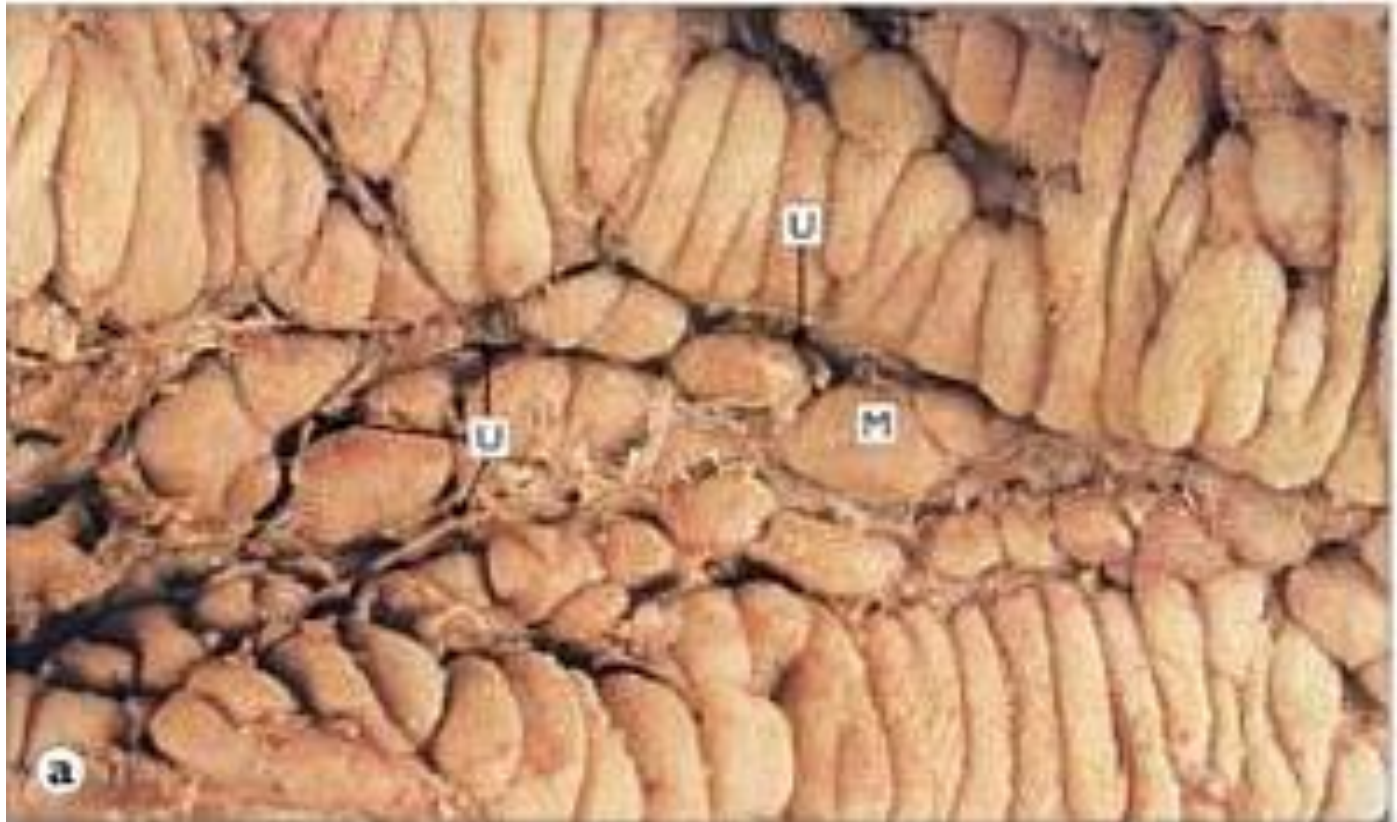
Ce terme regroupe deux pathologies inflammatoires intestinales chroniques, d'étiologie inconnue: la MC et la RCUH. Une troisième entité peut être ajoutée, la <<colite indéterminée>>.

La maladie de crohn




Les lésions atteignent principalement la région iléo-colique mais peuvent toucher tout le tube digestif, de la bouche à l'anus.





La muqueuse présente un aspect typique en pavés ou gallets provoqué par la combinaison de zones ulcérées et fissurées et de zones d'œdème muqueux.



Le pathologiste ne peut affirmer une MC qu'en présence de la triade histologique:

- Ulcérations fissuraires avec intervalles sains.
- Hyperplasie lymphoïde transmurale.
- Granulomes épithéloïdes distant des cryptes rompus, présent dans 60 % des MC.
- En l'absence de ce dernier critère, le diagnostic définitif de MC est le plus souvent porté sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et évolutifs.


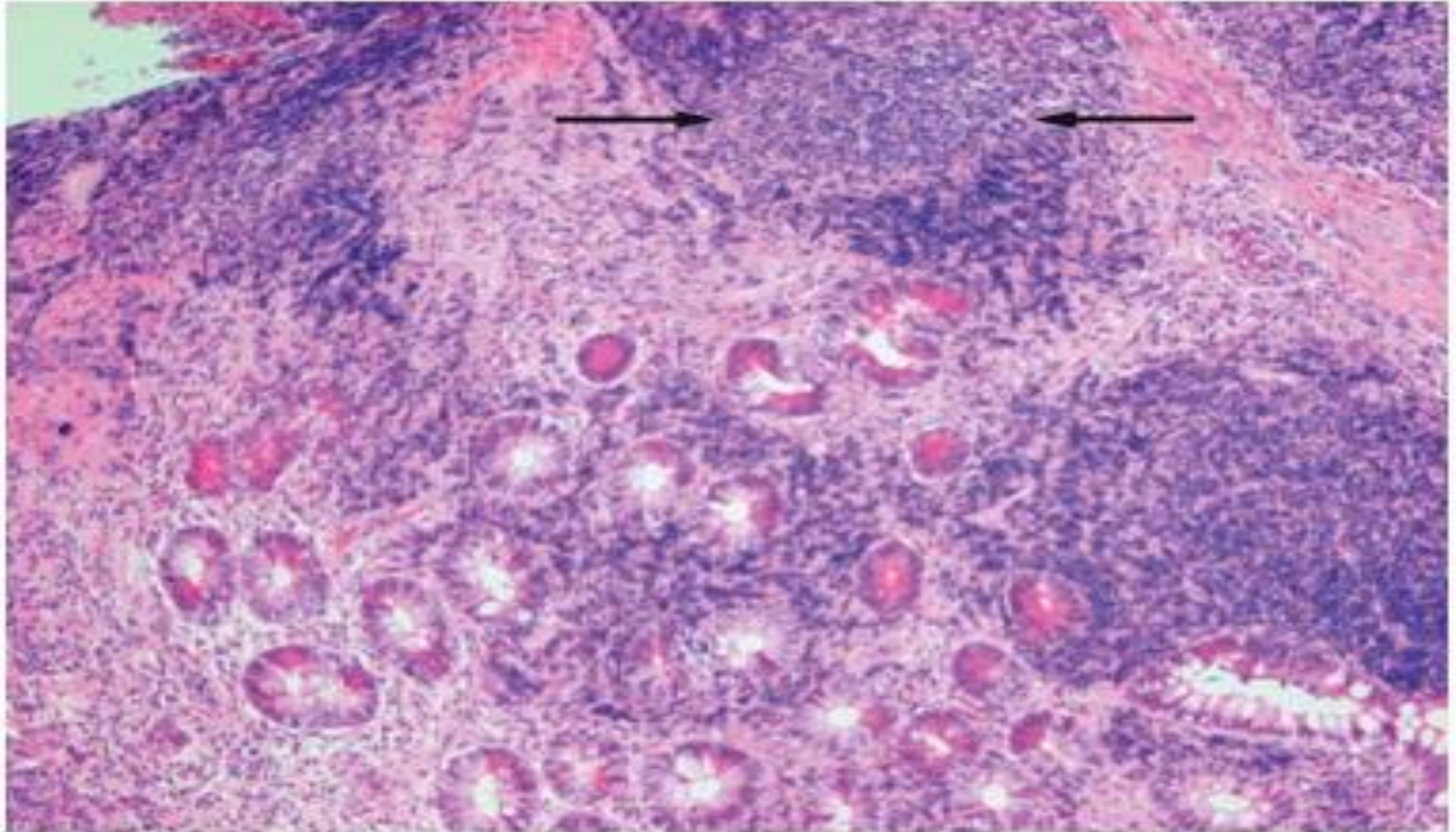
- 
- La maladie de crohn (MC) avec la colite ulcéreuse (CU) sont deux MICI.
 - Leurs présentations cliniques et histologiques diffèrent malgré une pathogénie probablement commune.
 - Les lésions macroscopiques et surtout histologiques sont assez communes mais diffèrent sur de nombreux points.
 - La MC est multifocale et segmentaire, avec une atteinte transmurale et discontinue, des ulcérations fissuraires séparées d'intervalles saines sans déplétion de mucus, des granulomes épithélioïdes dans 60 % des cas, 30 % sur biopsies, et une hyperplasie lymphoïde profonde avec lymphangiectasies visibles dans la musculuse et la sous séreuse.
 - La CU est une maladie de la muqueuse de surface jamais granulomateuse, diffuse et continue, avec de nombreux abcès cryptiques, conduisant à une déplétion de mucus, épargnant les couches les plus profondes.

Tableau 2 Présentations histologiques distinctives de la CU/RCH et de la MC non traitées.

Distinctive histological features between untreated ulcerative colitis and Crohn's disease.

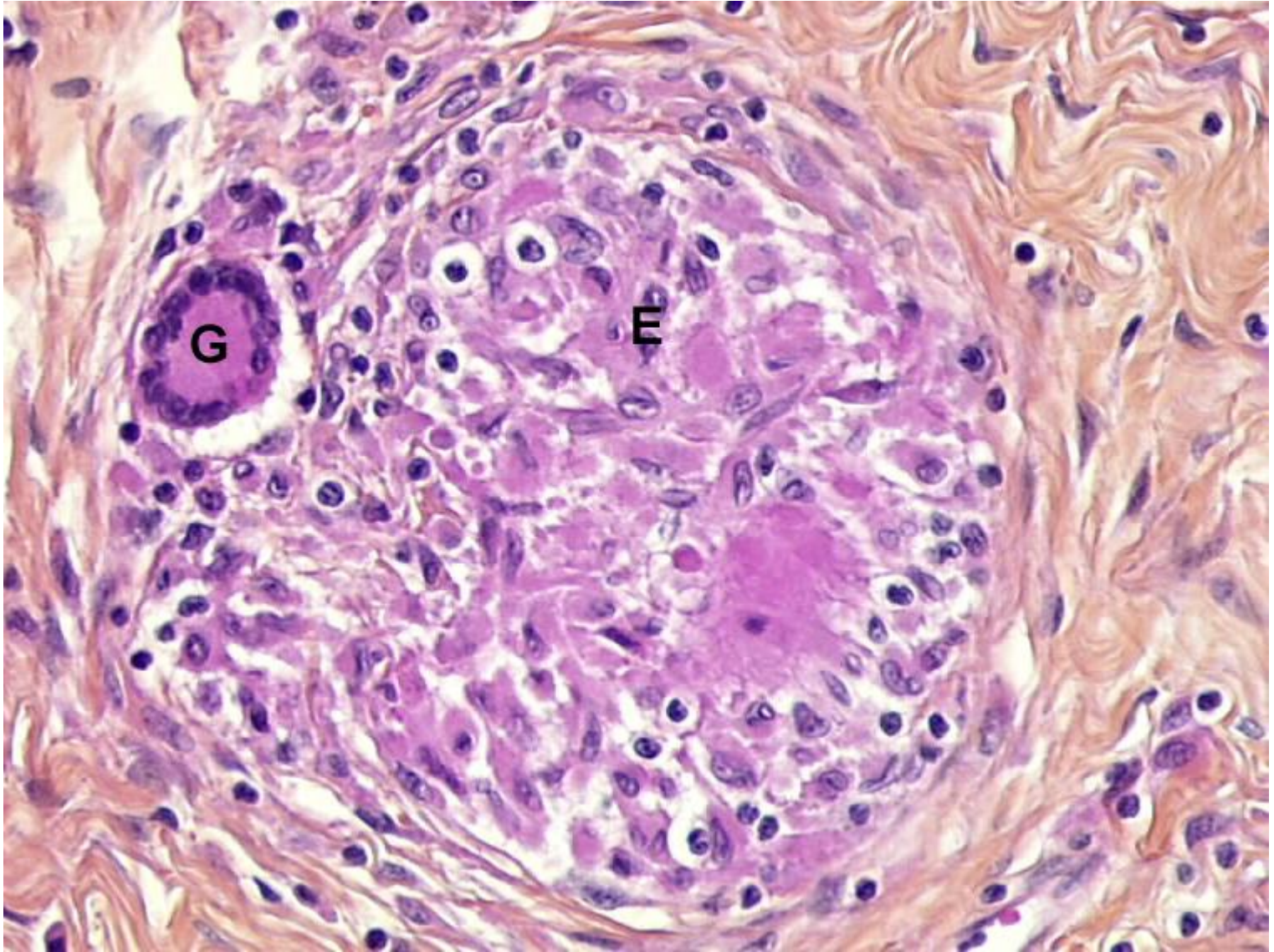
Lésions intestinales	RCH	Crohn
Macroscopie	aspect granité-fragile-érosions-ulcérations	ulcération aphtoïde-linéaire
Atteinte microscopique	superficielle	transmurale
Inflammation	continue homogène	segmentaire hétérogène
Hémorragie	abondante	minime
Abcès cryptiques	abondants	rare
Sécrétion de mucus	réduite	préservée
Fissure	superficielle	profonde
Fistule/sténose	absente	fréquente
Granul épithélioïdes (> 5 cell)	absent	30-60%
Plasmocytose	abondante	modérée
Nodules lymphoïdes	superficiels	profonds
Hyperplasie nerveuse	absente	fréquente

Hyperplasie lymphoïde

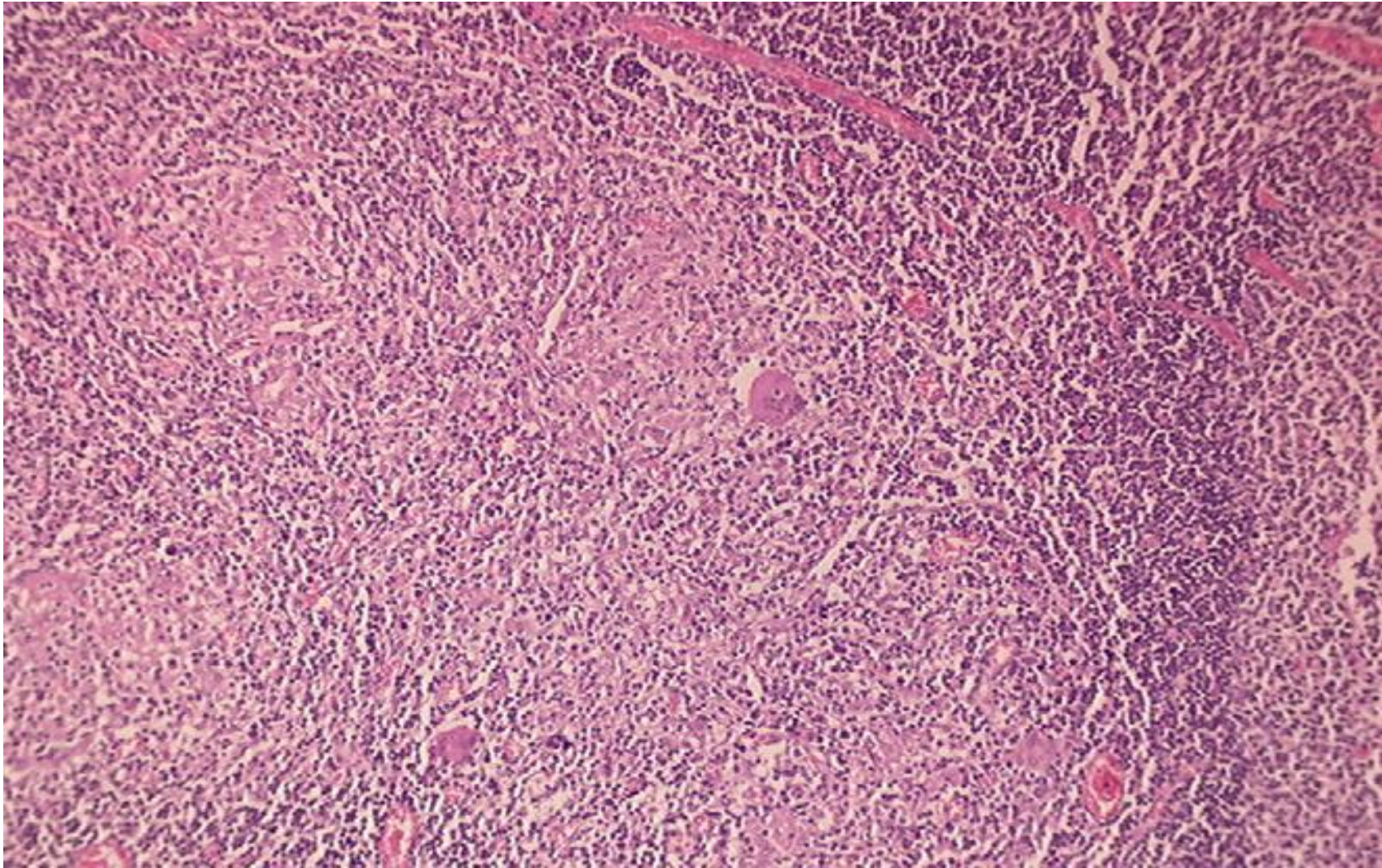


Le granulome épithélioïde

- Le granulome épithélioïde n'a de valeur diagnostique discriminante entre la CU et la MC que s'il comporte plus de cinq cellules épithélioïdes (avec ou sans cellule géante), situées à distance de cryptes rompues, volontiers à la base de la muqueuse ou dans des nodules lymphoïdes.
- La présence d'une cellule géante isolée, profonde, et distante des zones ulcérées a la même valeur.
- Le granulome est plus fréquent chez les patients jeunes et dans les atteintes intestinales basses.
- Il est retrouvé dans les ganglions du mésentère dans 40 % des cas.
- Il n'a pas de valeur pronostique.
- Les granulomes décrits dans les colites de diversion et les pochites sont situés au contact de fils ou de cryptes rompues et n'ont pas de valeur diagnostique de MC.



Granulomes épithéloïdes



Diagnostic initial de MICI sur biopsies

- Une biopsie intestinale interprétée isolément ne permet un diagnostic de MICI que dans 30 et 60 % des CU et MC respectivement.
- Le diagnostic positif nécessite impérativement une confrontation clinique, biologique, radiologique et endoscopique.
- Les biopsies doivent être multiples et étagées dans tous les segments coliques et dans l'iléon terminal, en zones lésées et apparemment saines.



- Le diagnostic précis de colite ne peut pas toujours être posé avec les moyens diagnostiques actuels.
- L'analyse de biopsies multiples permet un diagnostic correct de MICI dans 75 % des cas.
- Si l'on intègre les données cliniques et endoscopiques, le diagnostic est atteint dans la majorité des cas (90 %).
- **Des présentations atypiques de MICI ont été décrites.**



Difficultés du diagnostic anatomopathologique

Difficultés diagnostiques au stade initial de la maladie

- Au stade initial de la maladie, le diagnostic différentiel le plus important des MICI est la colite infectieuse.
- La colite infectieuse peut mimer des aspects de MICI tant macroscopique que microscopique.
- Les stades précoces ne présentent que peu ou pas de critères diagnostiques.
- On note la présence d'une plasmocytose basale.


Diagnostic de colite <<difficile à classer>> ou indéterminées


Les difficultés du pathologiste à distinguer la CU de la MC sont rencontrées dans des situations cliniques bien précises:

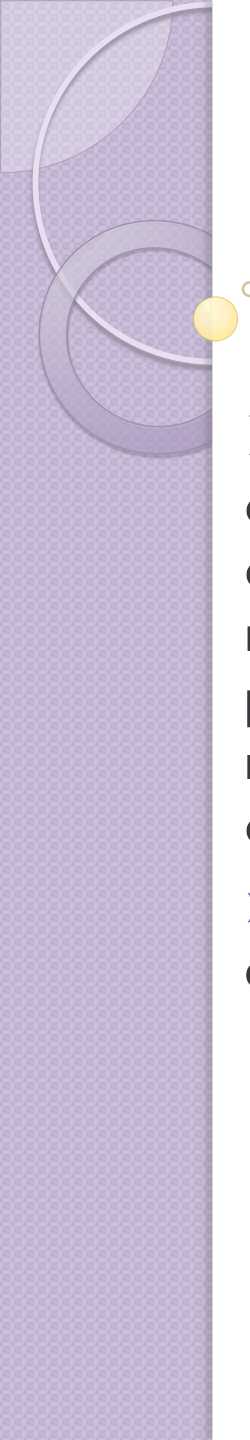
Tableau 3 Situations cliniques exposant à des difficultés diagnostiques.

Clinical situations leading to diagnostic difficulties.

1. Effets des traitements antérieurs
2. Maladie quiescente peu active
3. Colite fulminante/iléite de reflux
4. Atteinte bifocale (appendiculaire + gauche)
5. Association à une colite infectieuse/ischémique. . .

- 
- Ces colites décrites initialement par Price en 1978 comme <<indéterminées >>, doivent plutôt être nommées <<difficile à classer>> car la plupart aboutissent à un diagnostic définitif de CU (80 % à 60 % des cas) ou de MC (20 à 40 % des cas).
 - Moins de 5 % restent indéterminées.
 - Les sérologies de ces colites sont négatives, ce qui présage une entité clinique particulière.

- 
- **effets des traitements antérieurs** ou phase quiescente de la maladie: lors d'une CU, les topiques locaux donnés par voie rectale peuvent induire une rémission rectale et les traitements généraux induire des intervalles de muqueuse saine, une inflammation focale, sans déplétion de mucus mimant une MC.
 - Il est impératif de rechercher les séquelles d'une inflammation chronique telles que l'atrophie muqueuse, la métaplasie pylorique, la dissociation de MM, qui sont les stigmates d'une atteinte muqueuse ancienne à prendre en compte dans le bilan d'extension de la CU.

- 
- **Colite <<fulminante>>** : les colectomies pratiquées en urgence lors de poussées aiguës graves, résistantes aux traitements médicaux, présentent des lésions ulcératives et fissuraires profondes **sans intervalle de muqueuse saine**, très marquées au niveau du colon transverse avec **parfois un respect du rectum**, l'infiltrat est volontiers polymorphe, sous muqueux parfois transmural rendant dans 10 à 15 % des cas la distinction difficile entre CU et une MC colique.
 - Certaines formes atypiques de CU dites <<bifocales>> doivent être connus du pathologiste. (colon gauche et péri-appendiculaire).

Colite médicamenteuse

- Il faut savoir qu'une première poussée de MICI concomitante à une prise récente d'AINS est possible; elle ne sera affirmée que sur l'évolution au long cours de la maladie après retrait du médicament.
- L'imputation d'une colite à une prise d'AINS ne relève pas de l'histologie, mais de la clinique. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion.

Dysplasie-néoplasie intraépithéliale

- Le CCR est un risque connu des MICI d'évolution prolongée. Le cancer se développe selon la séquence inflammation-dysplasie-adénocarcinome.
- Le risque de cancer est considéré actuellement comme similaire pour la MC et la CU.
- Ce risque est augmenté en cas: de maladie ancienne, inflammation étendue, ATCDs d'adénomes ou CCR, association à une CSP.

Biopsies ciblées protocolisées

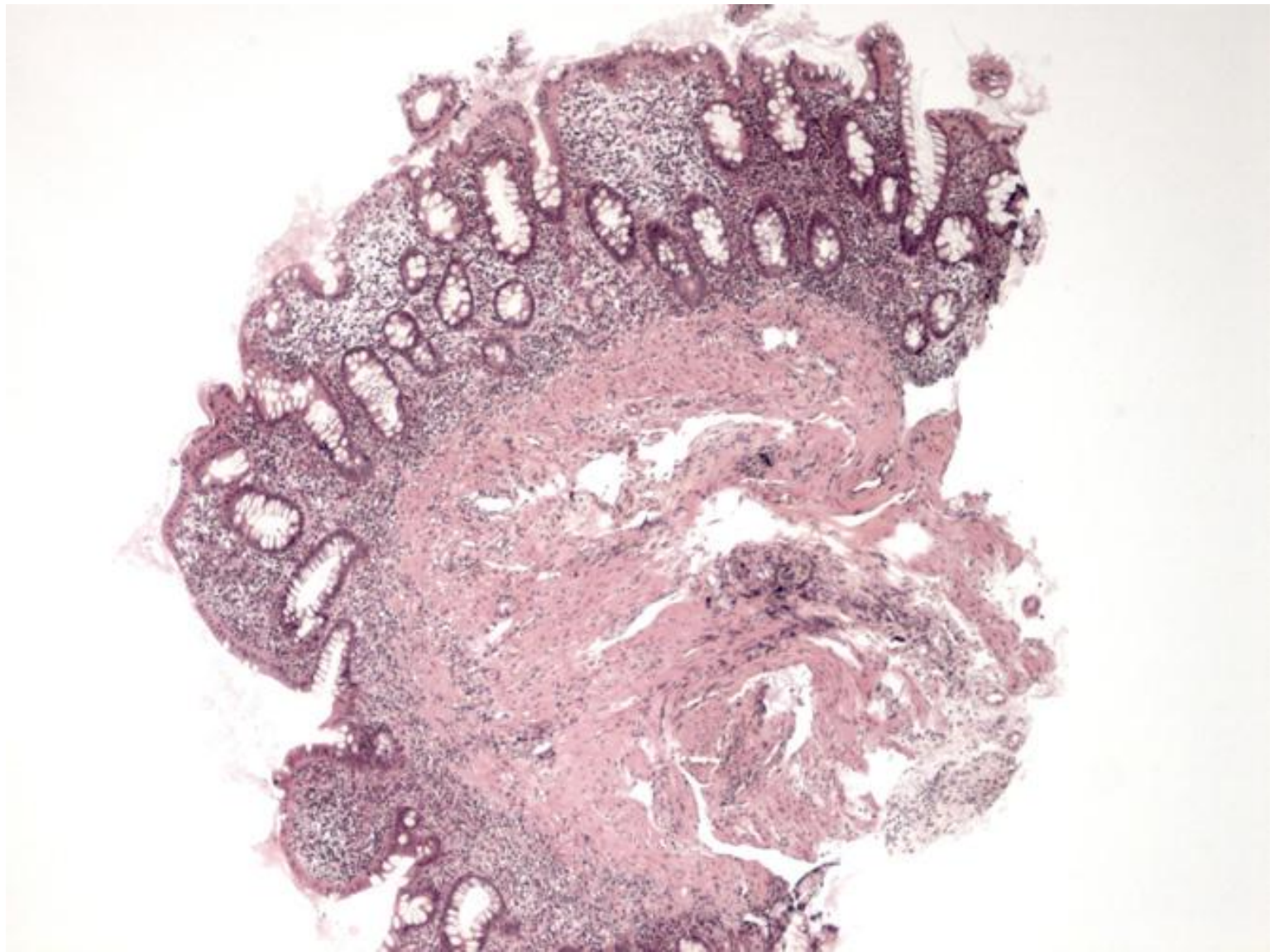
- L'identification de la dysplasie, à la fois par les endoscopistes et les pathologistes est un Challenge majeur dans les stratégies de prévention et de diagnostic de cancer sur MICI.
- La réalisation des biopsies se fait en période de rémission et avec des techniques panchromoendoscopie.

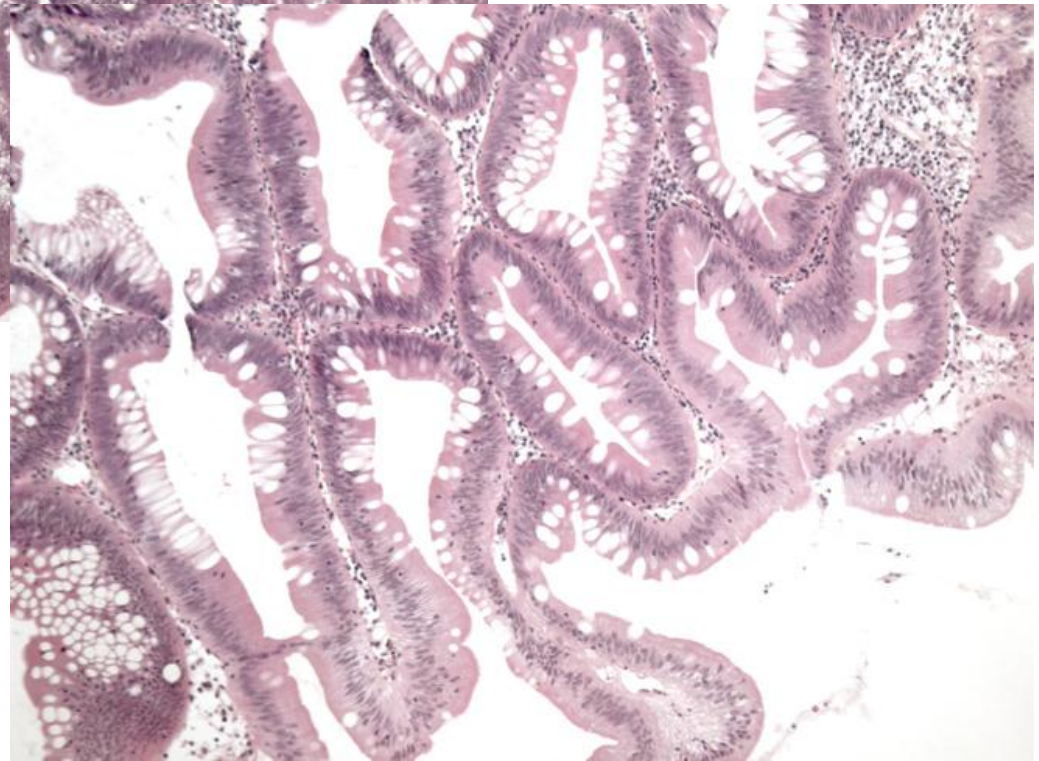
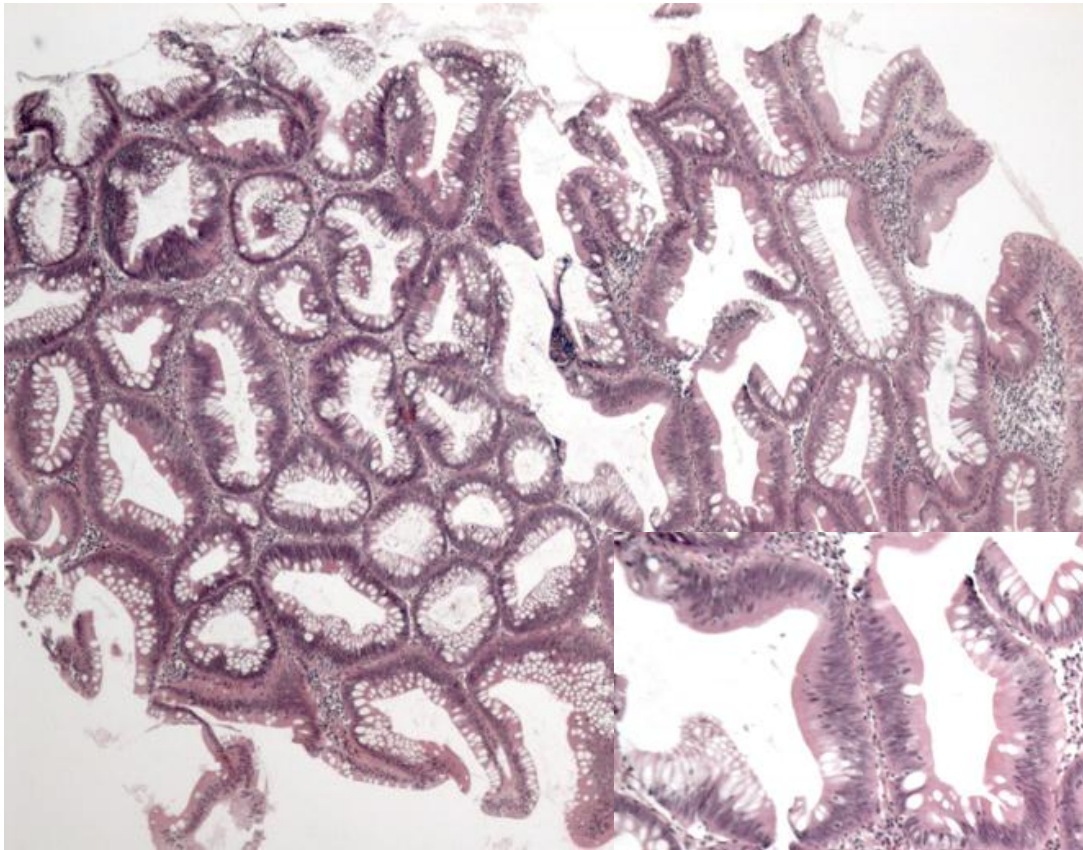
Quatre types de lésions dysplasiques

- Les dysplasies sur muqueuse plane, les plus fréquentes.
- Les dysplasia associated lesion or mass (DALM), très souvent de haut grade, correspondent à des lésions dysplasiques surélevées situées dans une muqueuse inflammatoire, souvent irrégulières et sessiles.
- Les ALM sont caractérisées par la présence de lésions dysplasiques surélevées polypoides, situées dans une muqueuse inflammatoire.
- Les adénomes sporadiques situés en muqueuse non inflammatoire.



La classification des lésions dysplasiques en quatre types est importante pour la prise en charge des patients.





Remarque

Le terme de DALM est utilisé par les gastroentérologues endoscopistes pour décrire toute lésions polypoides en muqueuse inflammatoire touchée Par la MICI, (dénomination imprécise avant l'histologie, pouvant correspondre à une ALM ou à des pseudopolypes inflammatoires très inquiétants macroscopiquement mais pas forcément dysplasiques).

Remarque (2)

- Il faut préciser que la dysplasie doit être confirmée par une deuxième lecture anatomopathologique si elle entraîne un traitement radical.
- Une étude IHC par P53 peut aider à renforcer l'hypothèse diagnostique de dysplasie.
- De nouvelles biopsies peuvent être nécessaires en cas de doute.

