

EMD

Cours n° 03

UNIVERSITÉ SAAD DAHLAB - BLIDA

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Anaplat

10DA

LES FORMES DE L'INFLAMMATION

Etudiants 3<sup>ème</sup> année Médecine

Pr Wahiba OUAHIOUNE

Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques

CHU BLIDA

W. OUAHIOUNE  
Chef de Service  
Anatomie Pathologique  
Unité F. F. Mon  
CHU de Blida

Année universitaire 2014- 2015

# LES FORMES DE L'INFLAMMATION

## I- INTRODUCTION

L'inflammation est la réponse de l'organisme à une agression. Cette inflammation peut être spécifique ou pas. La spécificité est soulevée lorsque la présentation des lésions permet de la rattacher à une étiologie.

En fonction de la durée, de l'aspect de l'inflammation et du type cellulaire, trois formes sont reconnues :

- L'inflammation aiguë : dure quelques jours avec résolution complète. Elle se caractérise par une réaction vasculaire, de l'œdème et un infiltrat cellulaire riche en polynucléaires surtout neutrophiles.
- L'inflammation subaiguë : sa résolution se fait en quelques semaines. Il s'agit plus d'un état clinique qu'histologique.
- L'inflammation chronique: généralement non résolutive, son évolution est longue et peut se faire sur plusieurs années durant lesquelles des phases de rémissions sont entrecoupées par des poussées. Cette inflammation se caractérise par la présence de lymphocytes, de plasmocytes, de macrophages (mono ou multi nucléés) et par la fibrose. La présence de phénomènes vasculo-exsudatifs ou de polynucléaires signifient une activation de l'affection.

## II- FORMES DE L'INFLAMMATION AIGUE

**1-L'inflammation suppurée ou purulente** : Elle est généralement due à une infection par des bactéries pyogènes tel que le staphylocoque et se caractérise par une production de pus. Cette collection localisée de pus dans un tissu, un organe ou un espace limité est appelée abcès.

L'abcès est composé d'une zone centrale riche en leucocytes, en cellules nécrosées et en polynucléaires neutrophiles. Autour de ce foyer, s'observe une dilatation vasculaire et une fibrose qui indiquent le début de la réparation. Au cours de son évolution une coque fibreuse s'organise pour délimiter le foyer et éviter son extension.

**2-Les autres formes de l'inflammation aiguë:**

- L'inflammation séreuse : elle s'observe surtout dans les séreuses : plèvre, péricarde. Il y a accumulation de liquide provenant soit du sang soit des sécrétions mésothéliales.
- L'inflammation œdémateuse : souvent d'origine allergique. En plus de l'œdème, elle est riche en polynucléaires éosinophiles.
- L'inflammation congestive : observée suite à une exposition solaire (coup de soleil).



- L'inflammation hémorragique : observée dans les infections virales graves.
- L'inflammation gangréneuse : secondaire à une infection par des germes anaérobies (gangrène du membre inférieur chez le diabétique).

### III- FORMES DE L'INFLAMMATION CHRONIQUE

Elle peut suivre une inflammation aiguë ou commencer de façon latente et asymptomatique.

**A-Aspects morphologiques :** l'inflammation chronique se caractérise par :

- Un infiltrat cellulaire composé de macrophages, de lymphocytes et de plasmocytes. D'autres cellules peuvent y être rencontrées : les mastocytes et les polynucléaires éosinophiles.
- Une destruction du tissu hôte par les cellules inflammatoires.
- Une angiogénèse et une fibrose.

**B-L'inflammation granulomateuse :** encore appelée **spécifique** est une forme d'inflammation chronique définie par la présence d'un macrophage activé d'aspect modifié pseudo-épithélial dit **épithélioïde**. Ces cellules épithélioïdes fusionnent pour former des cellules géantes multinucléées.

L'inflammation granulomateuse est une réponse à une agression par un agent pathogène persistant responsable de lésions tissulaires. Plusieurs agents sont incriminés :

- Les mycobactéries : *mycobacterium tuberculosis* (responsable de la tuberculose), *mycobacterium leprea* (responsable de la lèpre) ;
  - Les corps étrangers : poussière, lamelles de kératine ;
  - Les champignons ;
  - Des facteurs inconnus responsables de la sarcoïdose, de la maladie de CROHN.
- 1- **La tuberculose :** est une infection causée par un micro organisme appelé *mycobacterium tuberculosis*. Le siège le plus fréquent est le poumon, mais actuellement les localisations extra pulmonaires ne sont plus rares : ganglion, peau, tube digestif, os, cerveau...
- a- **Le granulome de la tuberculose pulmonaire:** il est appelé **tubercule**. Chaque tubercule est composé d'une zone centrale de parenchyme nécrosé appelée nécrose caséuse.

**Macroscopie :** la nécrose caséuse rappelle le fromage crémeux, elle s'organise en nodules de taille variable :

- Granulations miliaires : nodules multiples de quelques mm observés au niveau du poumon, de la rate, des séreuses.
- Les tubercules : nodules de 1 cm de diamètre, sièges électivement au niveau du poumon.
- Les tuberculomes : de plus de 2,5 cm souvent rencontrés dans le poumon et le cerveau.

- La caverne tuberculeuse : cavité à paroi fibreuse creusée dans le caséum.
- Les fistules.

**Microscopie** : le tubercule présente à décrire du centre vers la périphérie :

- Une zone centrale de nécrose caséuse : c'est une plage amorphe de nécrose éosinophile, finement granuleuse pouvant contenir des débris cellulaires et des polynucléaires.
- Des cellules épithélioïdes : ce sont des macrophages activés de forme ovoïde, à limites cytoplasmiques imprécises avec un noyau en forme de « semelle à chaussure ».
- Des cellules géantes multinucléées : ce sont des macrophages issus de la fusion de plusieurs cellules épithélioïdes. Ces macrophages sont de grande taille, leur cytoplasme est fortement éosinophile abondant. Les multiples noyaux se disposent en « couronne » ou « en fer à cheval » dans le cytoplasme. Ces cellules spécifiques de la tuberculose sont appelées cellules de **LANGHANS**.
- Une couronne périphérique de lymphocytes.

**b- Schéma d'évolution de la tuberculose :**

- Stade d'inflammation aigue banale avec les phénomènes vasculo-exsudatifs et apparition de la nécrose caséuse.
- Stade subaigu caractérisé par l'apparition du follicule tuberculoïde qui est composé de cellules épithélioïdes, de cellules de Langhans et de la couronne lymphocytaire.
- Stade chronique défini par l'apparition de la fibrose et disparition des autres cellules. A ce stade on est en présence du **follicule fibro-caséux** puis du **follicule fibreux**.

**c- Schéma d'évolution de la nécrose caséuse** : au cours de son évolution, la nécrose caséuse peut subir différents remaniements tels le ramollissement, la liquéfaction, la fibrose, la kystisation, la calcification. Cependant, elle **ne se résorbe jamais**. Toutefois, le caséum peut s'évacuer soit :

- Par un conduit naturel : bronches
- Par des ulcérations : à la peau ou aux muqueuses
- Par des trajets fistuleux : fistule cutanée d'une tuberculose ganglionnaire cervicale

**2- Le granulome à corps étranger** : le corps étranger est exogène (fils de suture non résorbables, épines de végétaux...) ou endogène (lamelles de kératine, cristaux de cholestérol, cristaux d'urate, collagène altéré...).

Le corps étranger ne pouvant être phagocyté par les polynucléaires, provoque une réaction macrophagique mal limitée. Celle-ci est faite de cellules géantes multinucléées disposées autour du corps étranger.



- 3- **La sarcoïdose** : est une affection d'étiologie inconnue caractérisée par une réaction granulomateuse qui siège surtout au niveau des ganglions lymphatiques, des poumons, des glandes salivaires, de la peau, de la rate et du foie.

**Microscopie** : il s'agit d'un granulome **tuberculoïde** encore appelé granulome **sarcoïdique** donc **dépourvu de nécrose caséuse**. Les cellules géantes multinucléées contiennent parfois des structures sphériques calcaires appelées **corps astéroïdes** ou **corps de SCHAUMANN**. Les granulomes sarcoïdiques sont souvent confluents.

- 4- **La maladie de CROHN** : c'est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin d'étiologie inconnue caractérisée par des lésions du tractus digestif et atteinte des organes extra digestifs.

La maladie de Crohn se caractérise par la présence de granulomes tuberculoïdes. Cette affection pose le diagnostic différentiel avec la tuberculose d'où la nécessité de rechercher un foyer de nécrose caséuse avant de poser le diagnostic de maladie de Crohn.

#### **IV-CONCLUSION**

Toute agression de l'organisme entraîne une réaction immédiate de l'hôte. En fonction de l'agent pathogène, la réparation peut être rapide et sans séquelles (inflammation aigüe) ou au contraire lente, nécessitant l'intervention de plusieurs types de cellules inflammatoires (inflammation chronique). La morphologie lésionnelle (inflammation spécifique) permet parfois de soulever des diagnostics et contribue à une meilleure prise en charge du patient.