

ED1 – FGSM3
UE5 – Biopathologie tissulaire
Anatomie et cytologie pathologiques



Pathologie vasculaire
Cas Cliniques

Enseignants ACP

Service de Pathologie Multisite des HCL - Site EST

Fevrier-Mars 2025

Cas Clinique n° 1

Cas Clinique 1

- **Femme de 44 ans**
- **Tabagique**
- sous traitement **œstro-progestatifs**
- **Douleur mollet droit** après un **voyage prolongé en avion**
- **Mollet œdémateux, chaud et douloureux** à l'examen clinique

Suspicion diagnostique ?

Comment le confirmer et traiter ?



Thrombose veineuse profonde = PHLEBITE

Définition du thrombus ?

Thrombus :

Coagulation du sang dans une cavité vasculaire

- cœur
- artère
- veine
- capillaire

Quels facteurs favorisants chez cette patiente ?

Facteurs favorisants chez cette patiente

- Prise d'oestro-progestatifs : hypercoagulabilité sanguine (surtout associée au tabagisme)
- Voyage en avion : stase veineuse prolongée

Quelle prise en charge pour cette patiente?

En urgence +++

- Echodoppler des MI
- Anticoagulation curative
- Bas de contention

Quels sont les facteurs favorisant des thrombi ?

Facteurs favorisant des thrombi :

- Facteur **pariétal** :
 - Traumatisme
 - turbulences
 - inflammation
 - Athérome

Facteurs favorisant des thrombi :

- Facteur **pariétal** :
 - Traumatisme
 - turbulences
 - inflammation
 - Athérome
- Facteur **hémodynamique** :
 - stase veineuse ou artérielle

Facteurs favorisant des thrombi :

- Facteur **pariétal** :
 - Traumatisme
 - turbulences
 - inflammation
 - Athérome
- Facteur **hémodynamique** :
 - stase veineuse ou artérielle
- Facteur **sanguin** :
 - hypercoagulabilité



Apparition 2 jours plus tard d'une dyspnée

Quelle complication recherchez vous en priorité ?

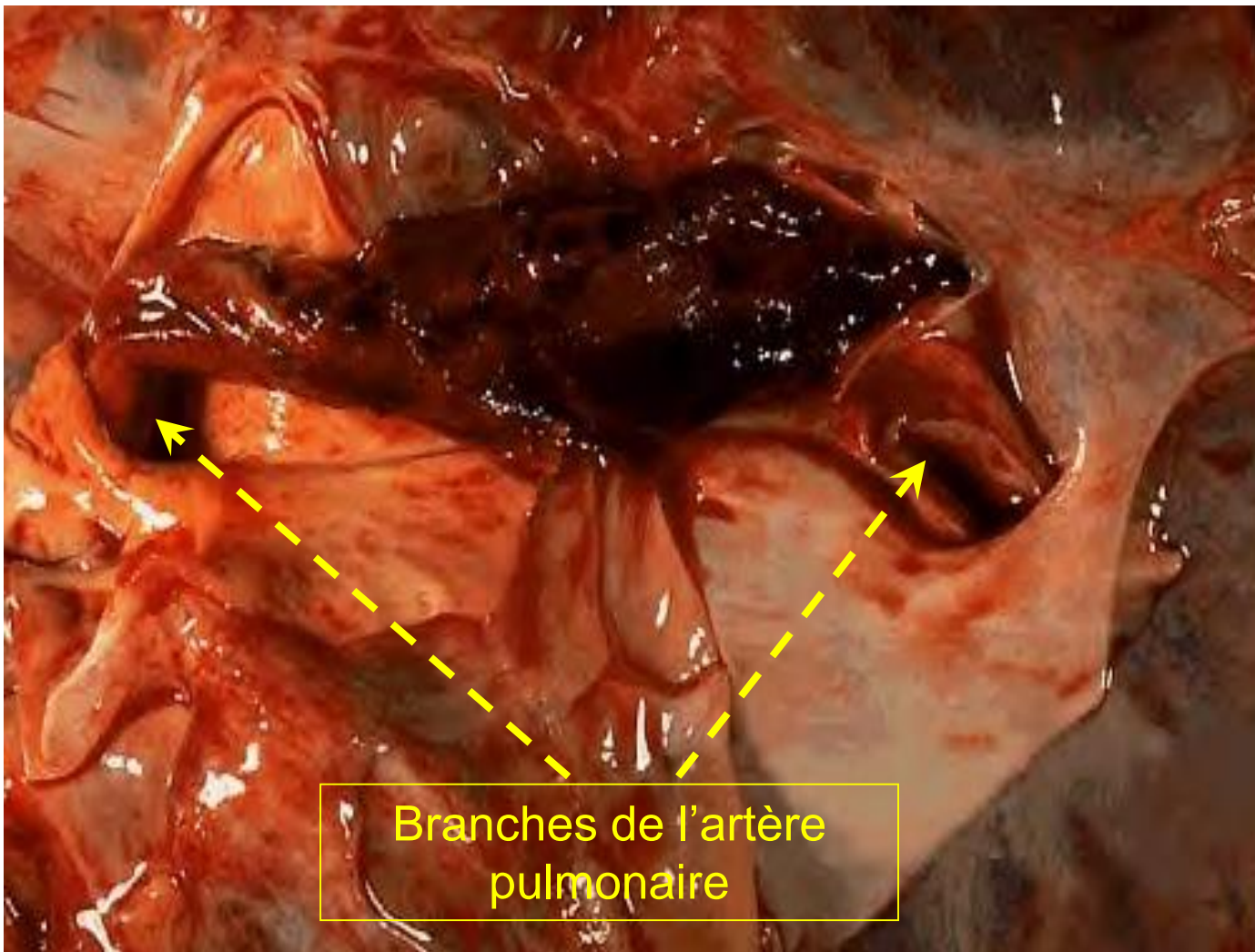
Embolie pulmonaire

Signes cliniques ?

Signes cliniques de l'embolie pulmonaire

- Asymptomatique
- Dyspnée , insuffisance cardiaque droite
- Mort subite

Gravité en fonction de la taille de l'embole +++



Branches de l'artère
pulmonaire



Cas Clinique n° 2

Cas Clinique 2

- **Monsieur D., 55 ans, rentre un soir de janvier, à pied chez lui, après un copieux dîner bien arrosé avec ses collègues.**
- **Il présente brutalement une douleur thoracique gauche avec une sensation d'oppression**

Antécédents inscrits sur son carnet de santé

- Poids : 89 kg - Taille : 1m78
- Hypertension (TA 19/13)
- Tabagisme actif, malgré plusieurs tentatives de sevrage (30 paquets/année)
- douleurs constrictives rétrosternales depuis 6 mois à plusieurs reprises



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?



Faculté de Médecine
Lyon Est

Faculté

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

1. Infarctus du myocarde /Angor = syndromes coronaires aigus
2. Embolie pulmonaire
3. Dissection aortique
4. **P**neumothorax / **P**éricardite /
Pleurésie / **P**neumopathie
Franche Lobaire Aigue



Examens biologiques

1. Enzymes cardiaques :
 1. Myoglobine et **troponine** ↗
 2. CPK MB ↗
 3. ASAT ↗

*De quel phénomène physiopathologique sont-elle la traduction?
Qu'en attendez vous?*

Examens biologiques

1. Enzymes cardiaques :
 1. Myoglobine et **troponine** ↗
 2. CPK MB ↗
 3. ASAT ↗

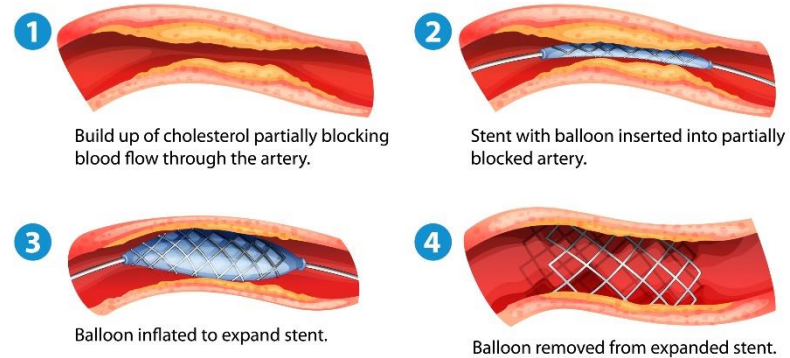
De quel phénomène physiopathologique sont elle la traduction? *Nécrose, cytolysse des myocytes, liberation dans le sang d'enzymes intra-cellulaires [en pratique, troponine est le plus spécifique]*

Qu'en attendez vous? *Confirmation du diagnostic d'infarctus
Datation de l'infarctus*

Evolution

- **Coronarographie** : sténose coronaire gauche
- Une **angioplastie percutanée** avec pose de stent est réalisée.

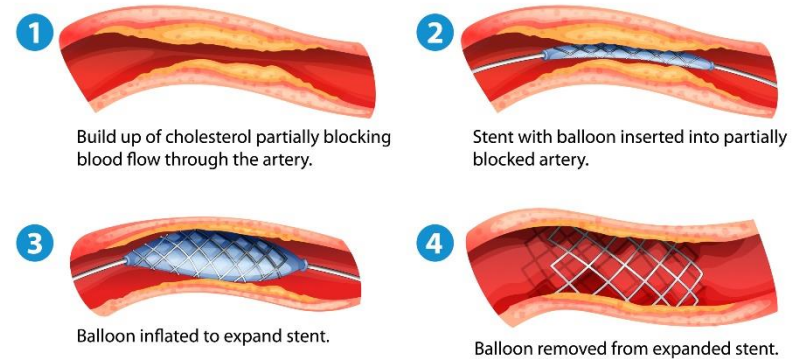
Stent with Balloon Angioplasty



Evolution

- **Coronarographie** : sténose coronaire gauche
- Une **angioplastie percutanée** avec pose de stent est réalisée.
- Le **lendemain** le patient présente de violentes **douleurs du pied**

Stent with Balloon Angioplasty



Que soupçonnez-vous ?

Décrivez l'aspect de cette lésion



Décrivez l'aspect de cette lésion



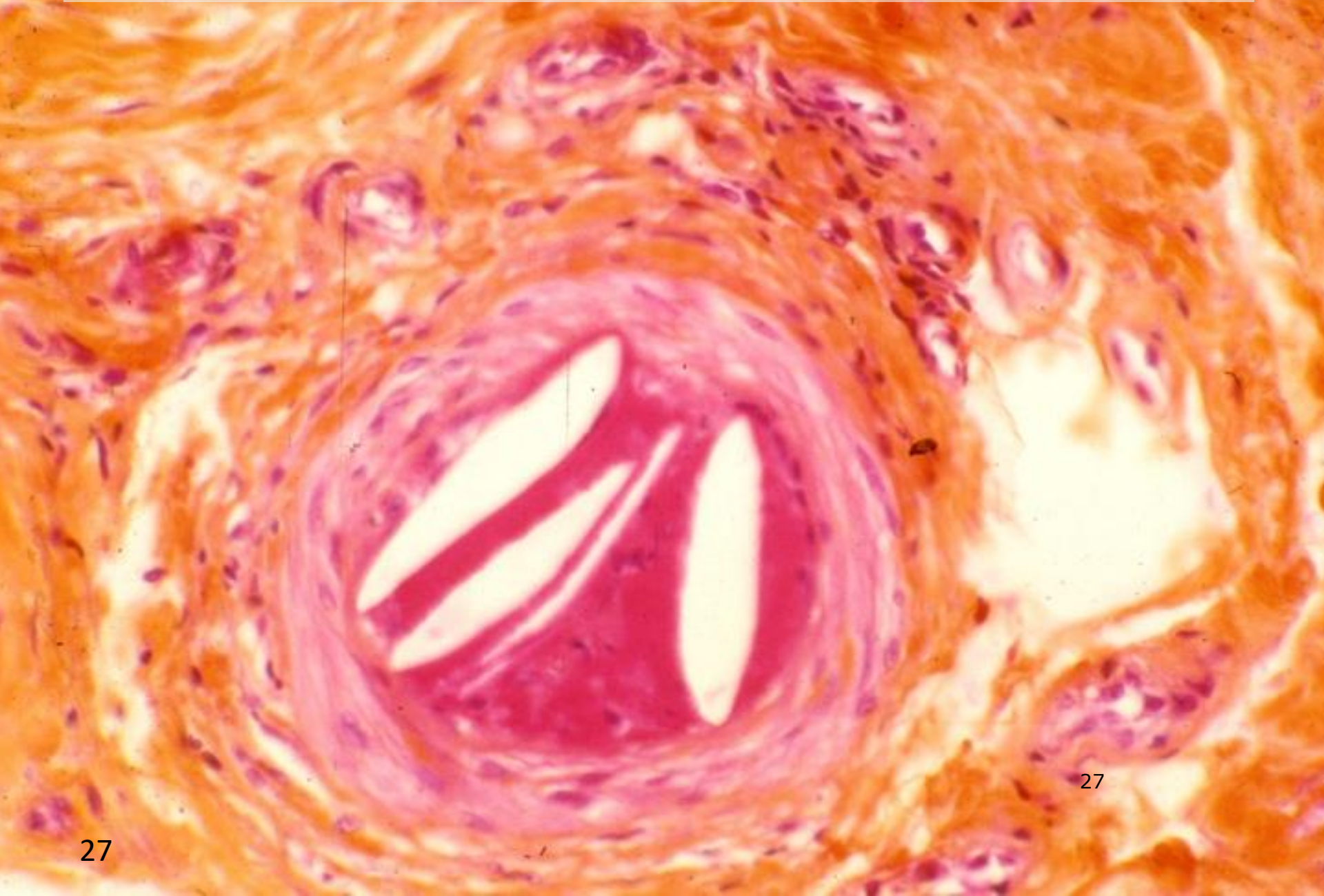
- cyanose des orteils 2,3,4 et 5 du pied Dt
- aspect nécrotique du tissu sous-cutané du 5ème orteil

Chirurgie du pied

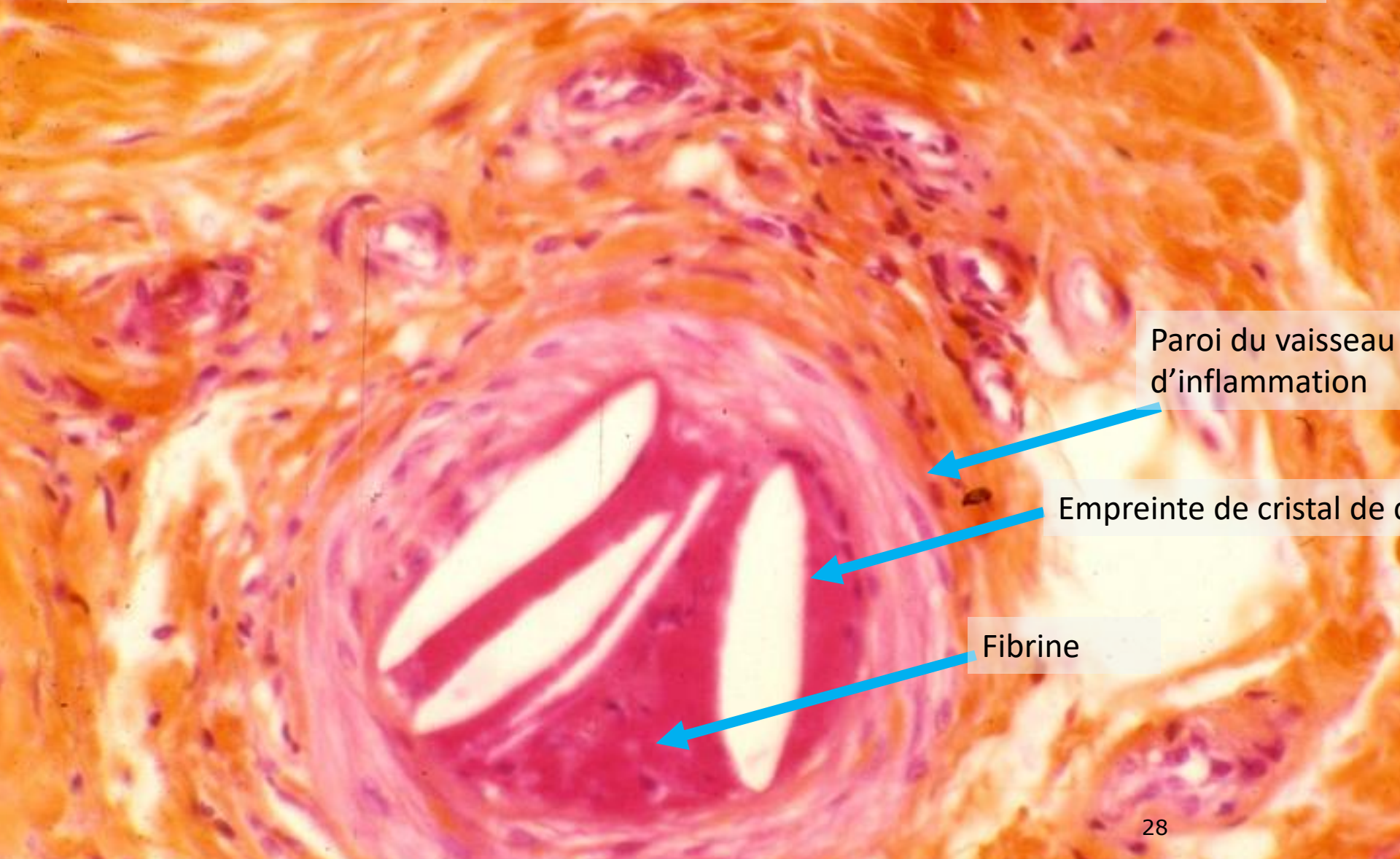
- Devant la nécrose de la plaie du 5 orteil apparue le lendemain, un parage chirurgical est demandé
- Fragments adressé en anatomie pathologique : épiderme et derme : recherche de vascularite ?



Confirmez vous l'hypothèse de vascularite?



Confirmez vous l'hypothèse de vascularite?



Paroi du vaisseau
d'inflammation

Empreinte de cristal de c

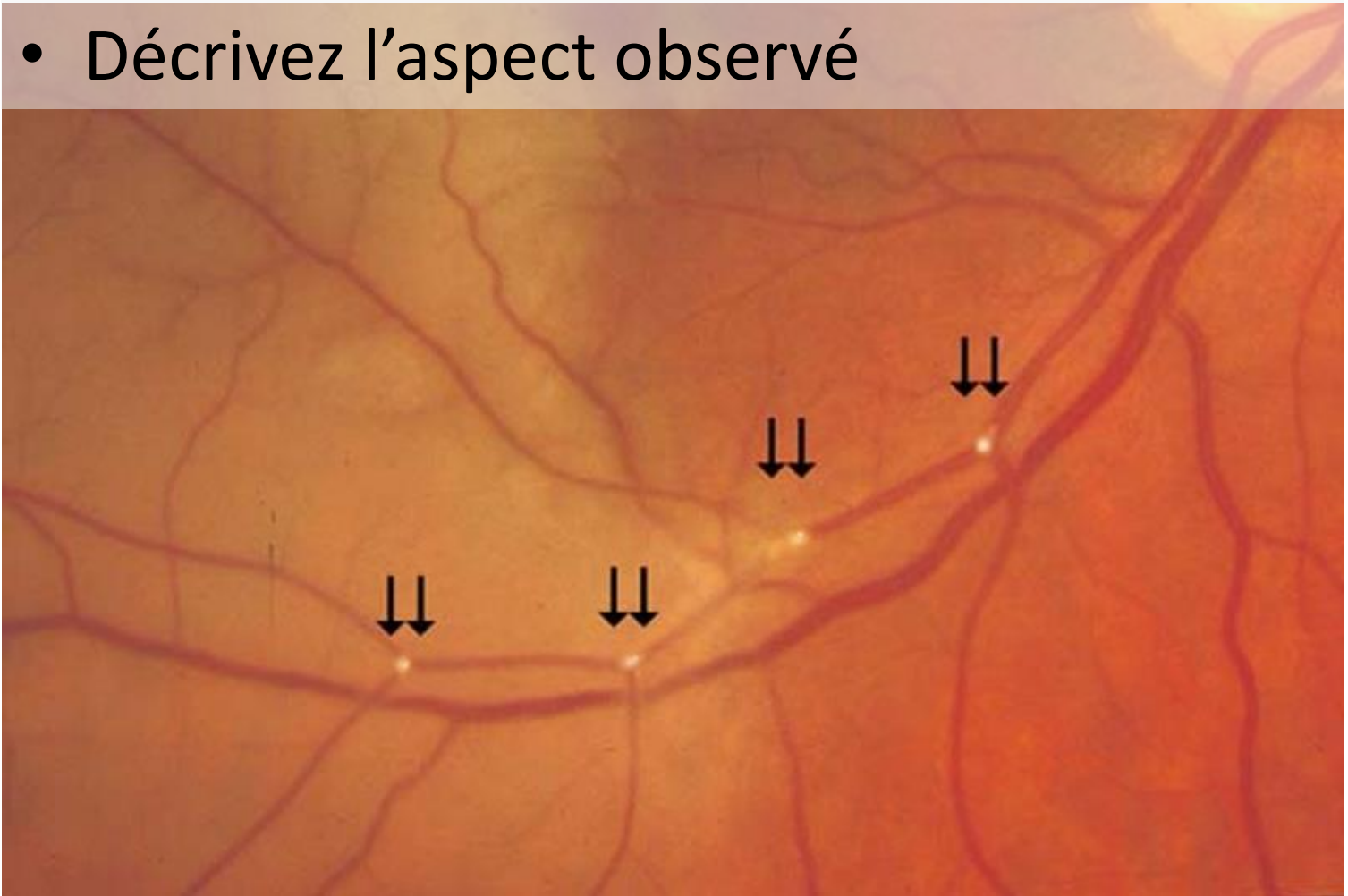
Fibrine

28

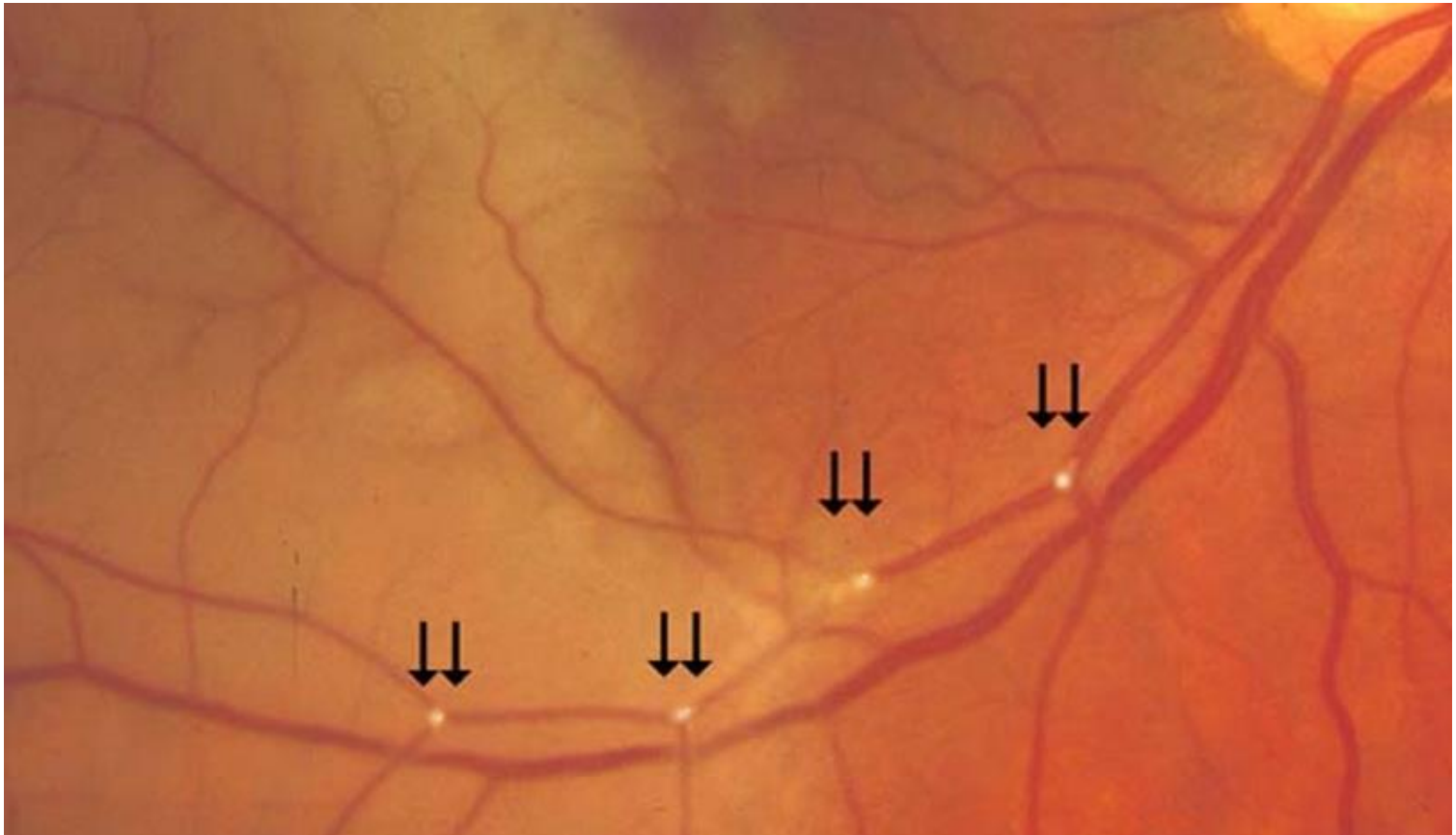
Emboles cholestéroliques : lésions ischémiques des orteils.
Absence d'argument pour une vascularite

Chute brutale de l'acuité visuelle du patient: Vous procédez à un fond d'oeil

- Décrivez l'aspect observé



Chute brutale de l'acuité visuelle : Vous procédez à un fond d'oeil



Emboles cholestéroliques sur les trajets des artéριοles rétiniennes (plaques de Hollenhorst)



Expliquez le tableau clinique et pathologique présenté par le patient ?



Expliquez le tableau clinique et pathologique présenté par le patient ?

Embolie de cristaux de cholestérol (Maladie des emboles de cristaux de cholestérol)

- Secondaire à une rupture de plaque d'athérome compliquée
- Favorisée par les manoeuvres instrumentales intra artérielles

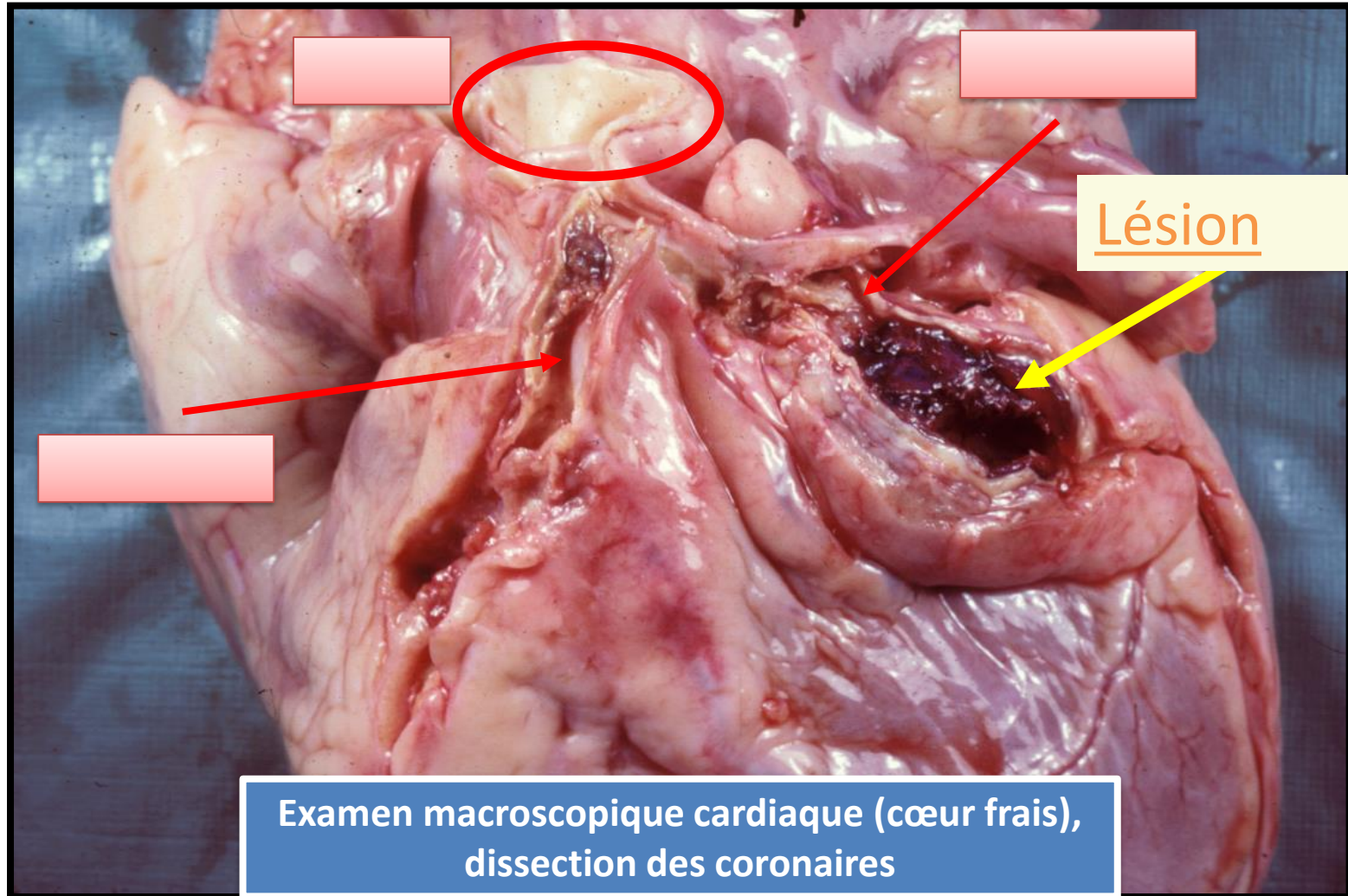
Comment compléter le bilan clinique ?

- **Examen des autres extrémités**, bilan topographique des lésions (suivi)
- **Examen neurologique** (Accident vasculaire cérébral occulte ?)
- **Diurèse/24h** (atteinte rénale peut entraîner une insuffisance rénale aiguë, hyperkaliémie, troubles du rythme cardiaque, etc.)

Evolution

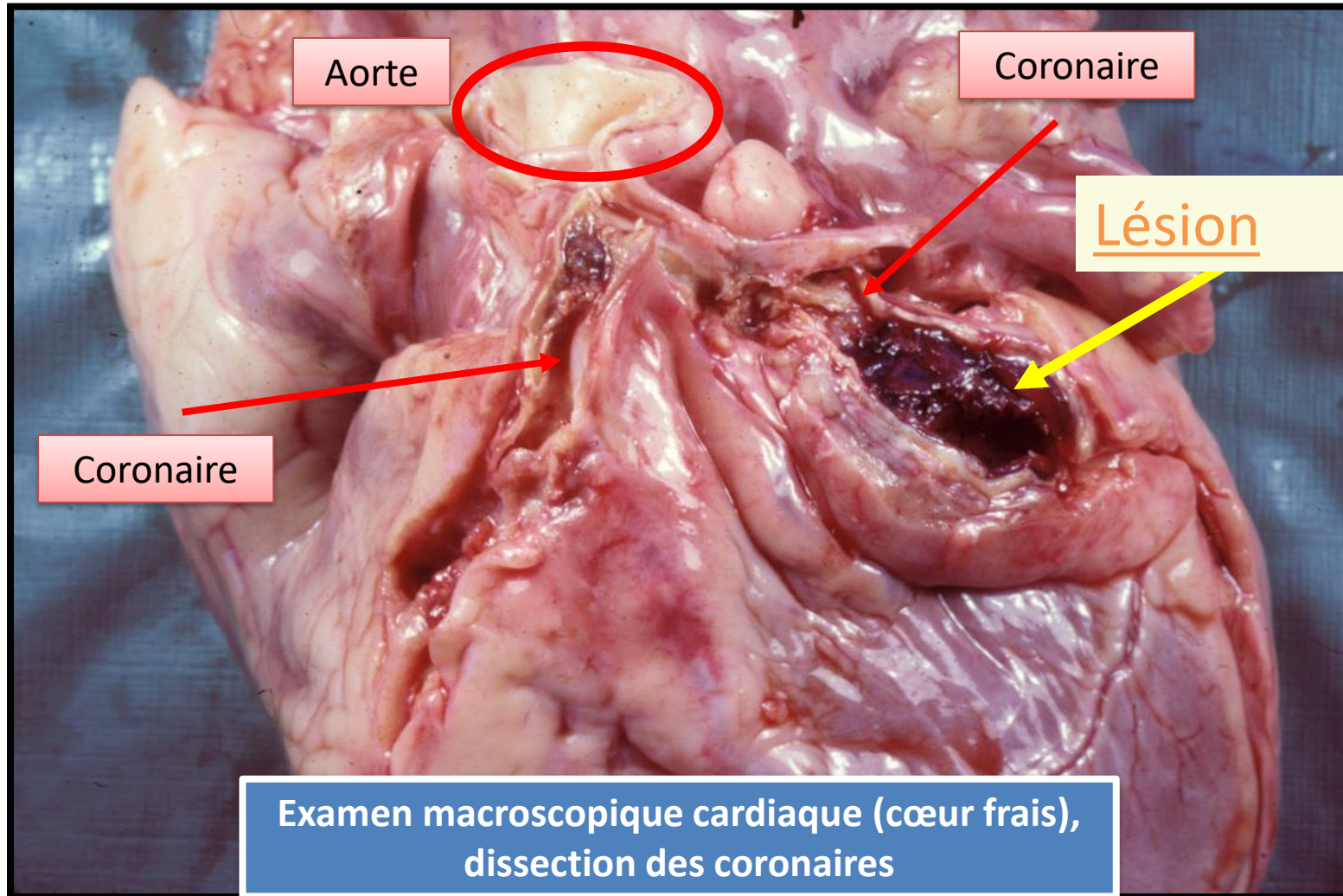
- Malgré le traitement et la rééducation, **l'insuffisance cardiaque** du patient **s'aggrave progressivement** : il bénéficie d'une **assistance cardiaque externe**.
- **8 mois plus tard** le patient est **transplanté**.
- Au moment de la transplantation cardiaque, le **cœur natif** du receveur est adressé dans le service d'**anatomie-pathologique** pour **examen** et confirmation de maladie causale.

Identifiez les structures anatomiques (flèches rouges)

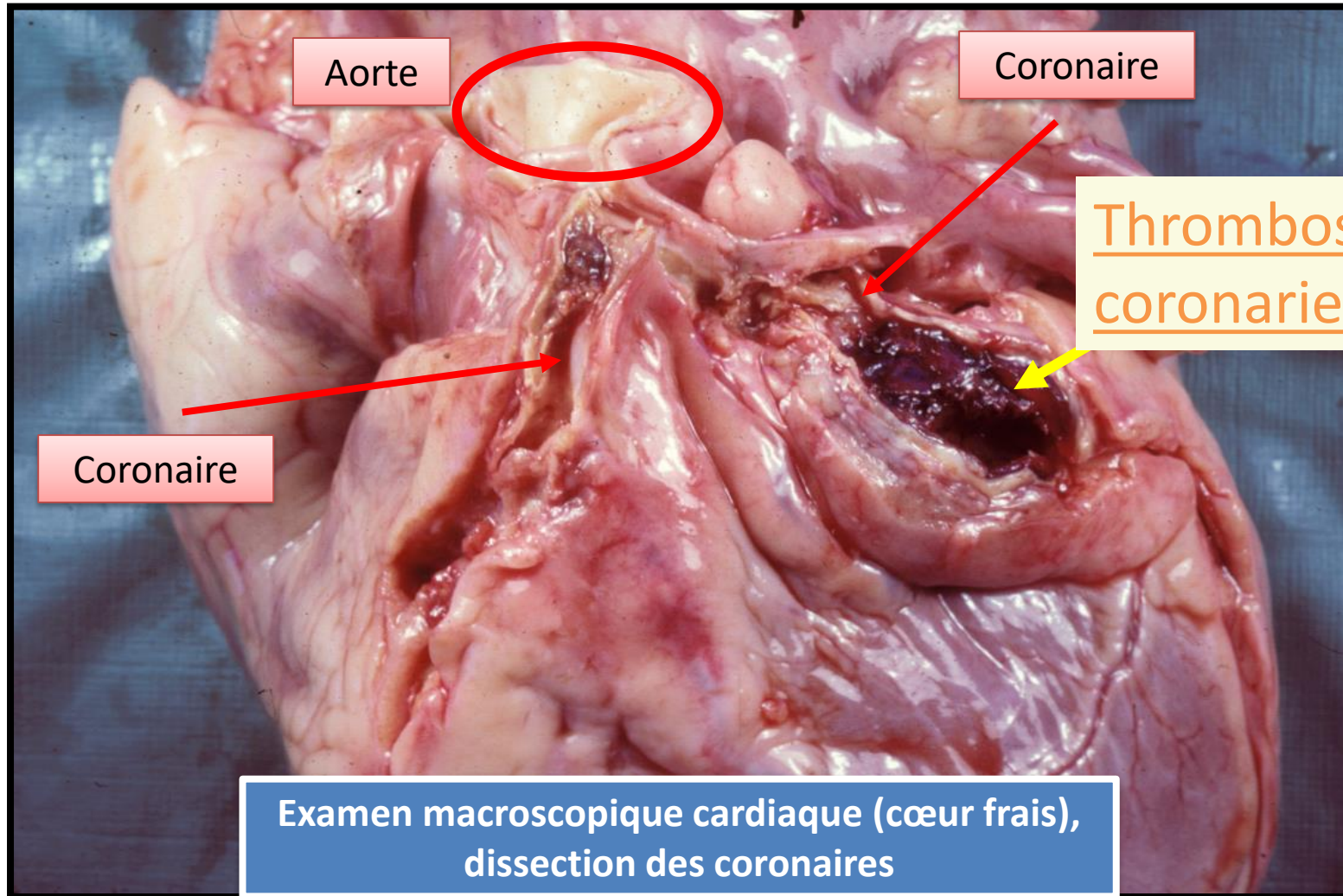


Examen macroscopique cardiaque (cœur frais),
dissection des coronaires

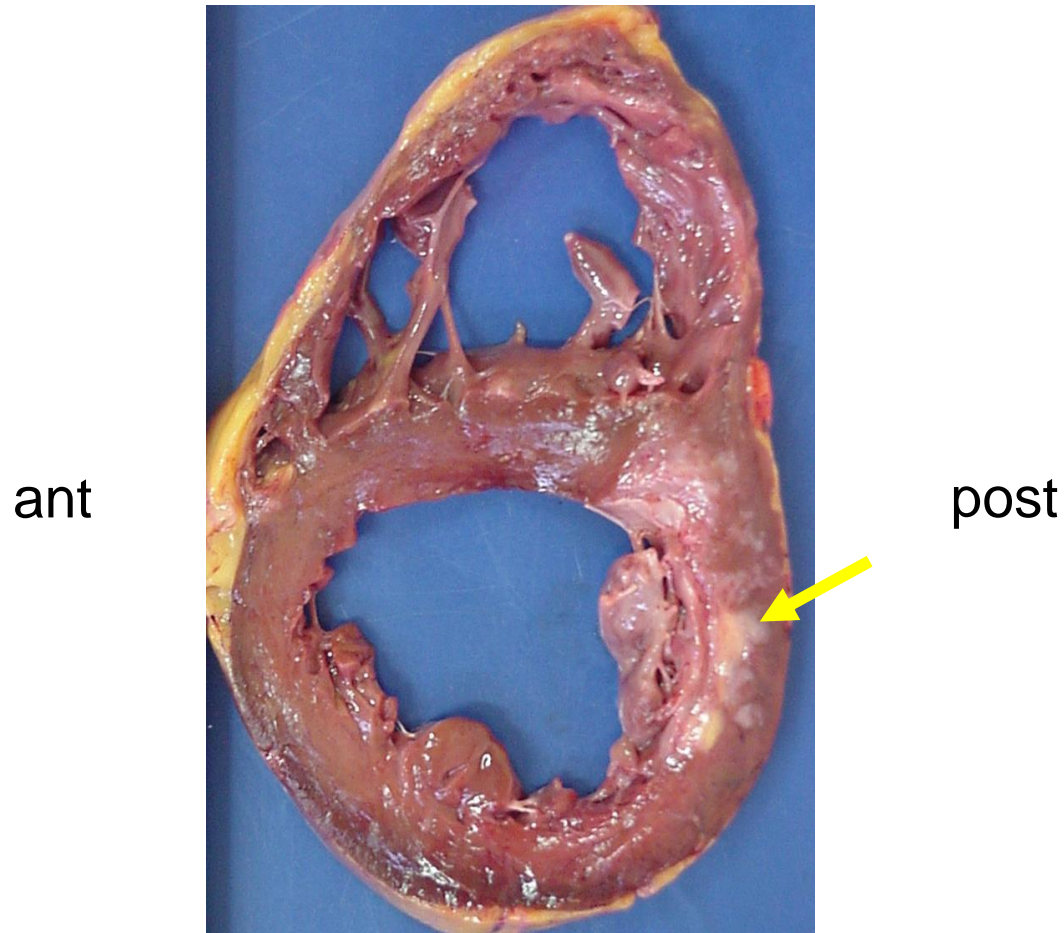
Comment nommez-vous cette lésion macroscopique ?



Comment nommez-vous cette lésion macroscopique ?

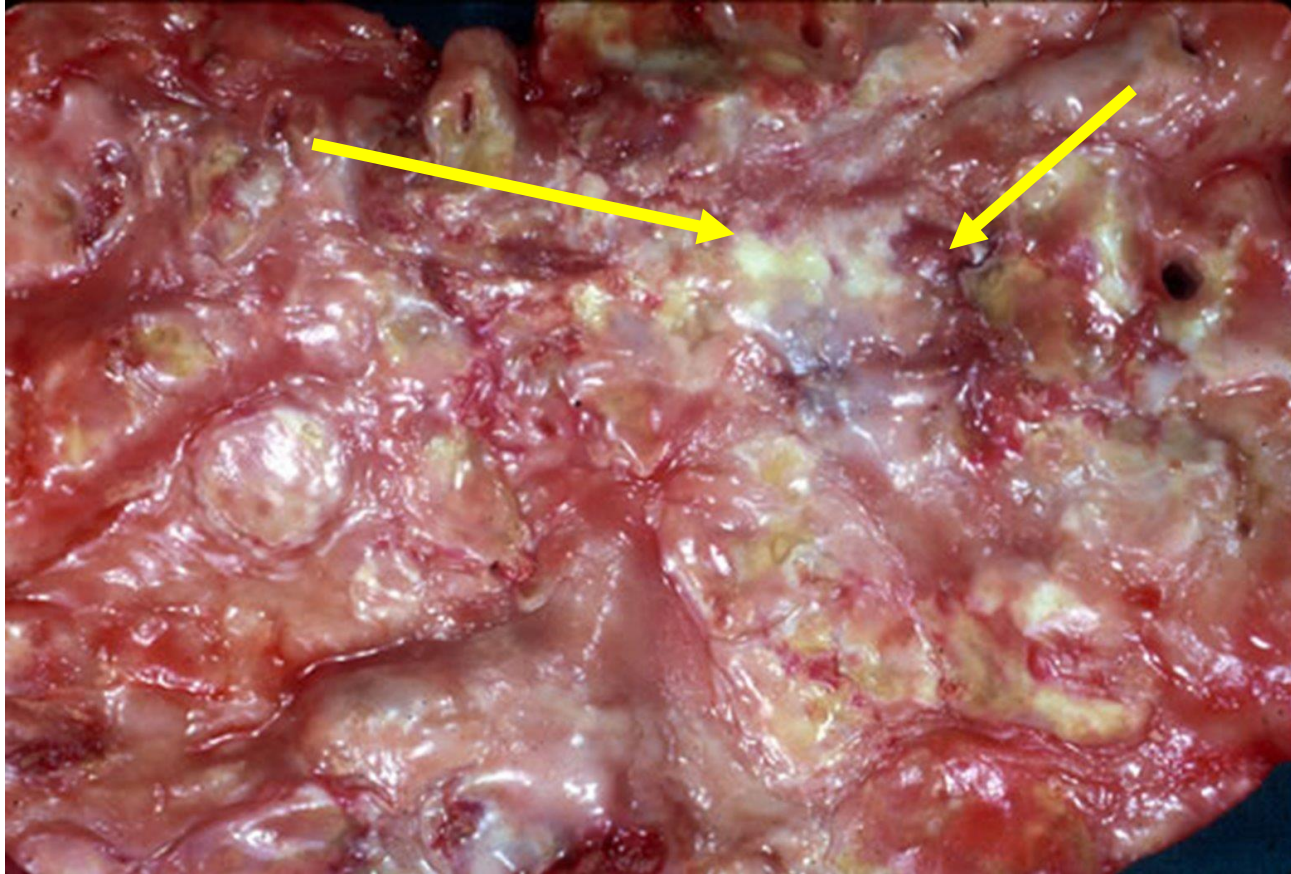


Décrivez cette lésion macroscopique



- Infarctus postérieur du myocarde
- Ventricule gauche au stade cicatriciel (Aspect blanc = sclérose)

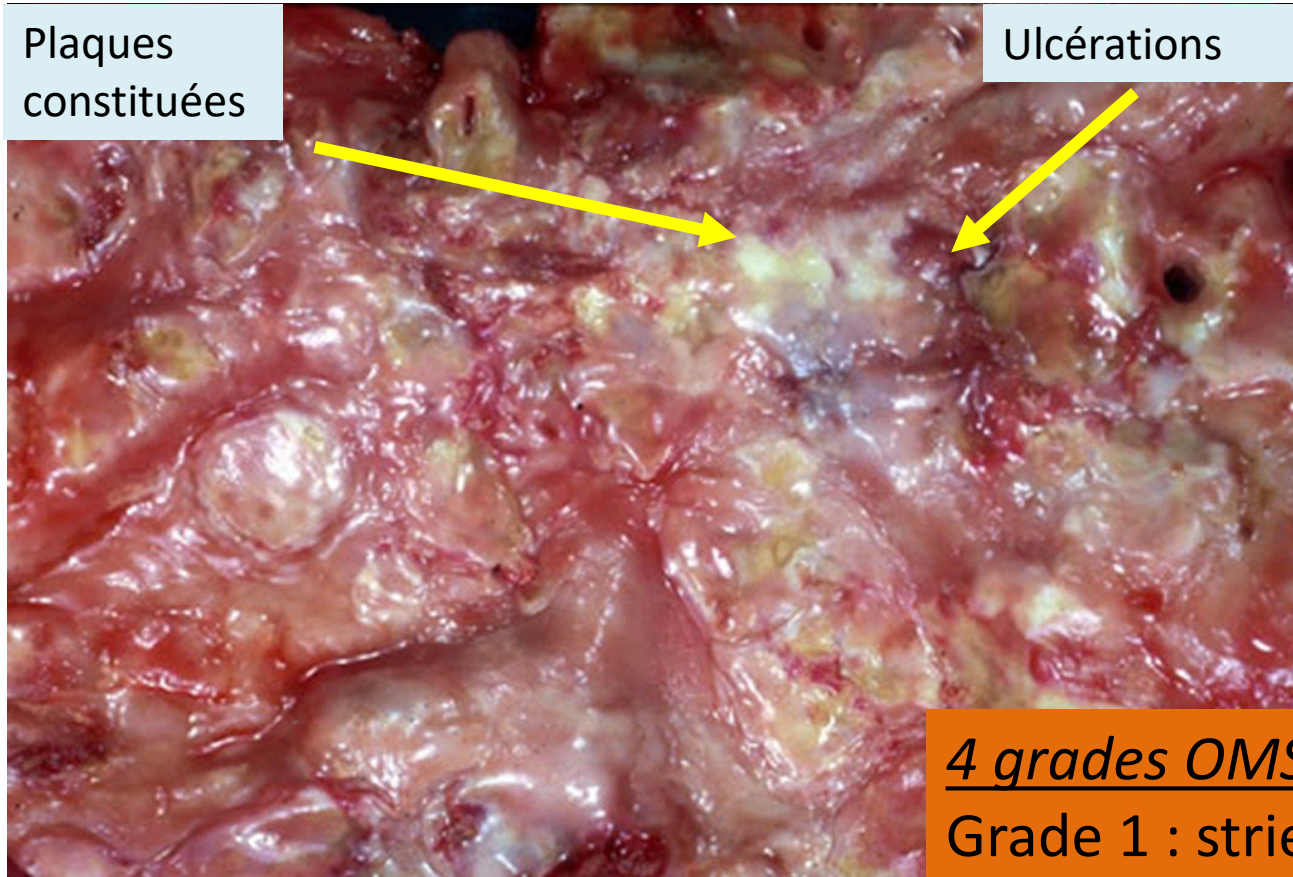
Quelques jours plus tard le patient décède brutalement
Autopsie : dissection de l'aorte descendante



Grade OMS ?



Quelques jours plus tard le patient décède brutalement
Autopsie : dissection de l'aorte descendante



Grade 4

4 grades OMS de l'athérome

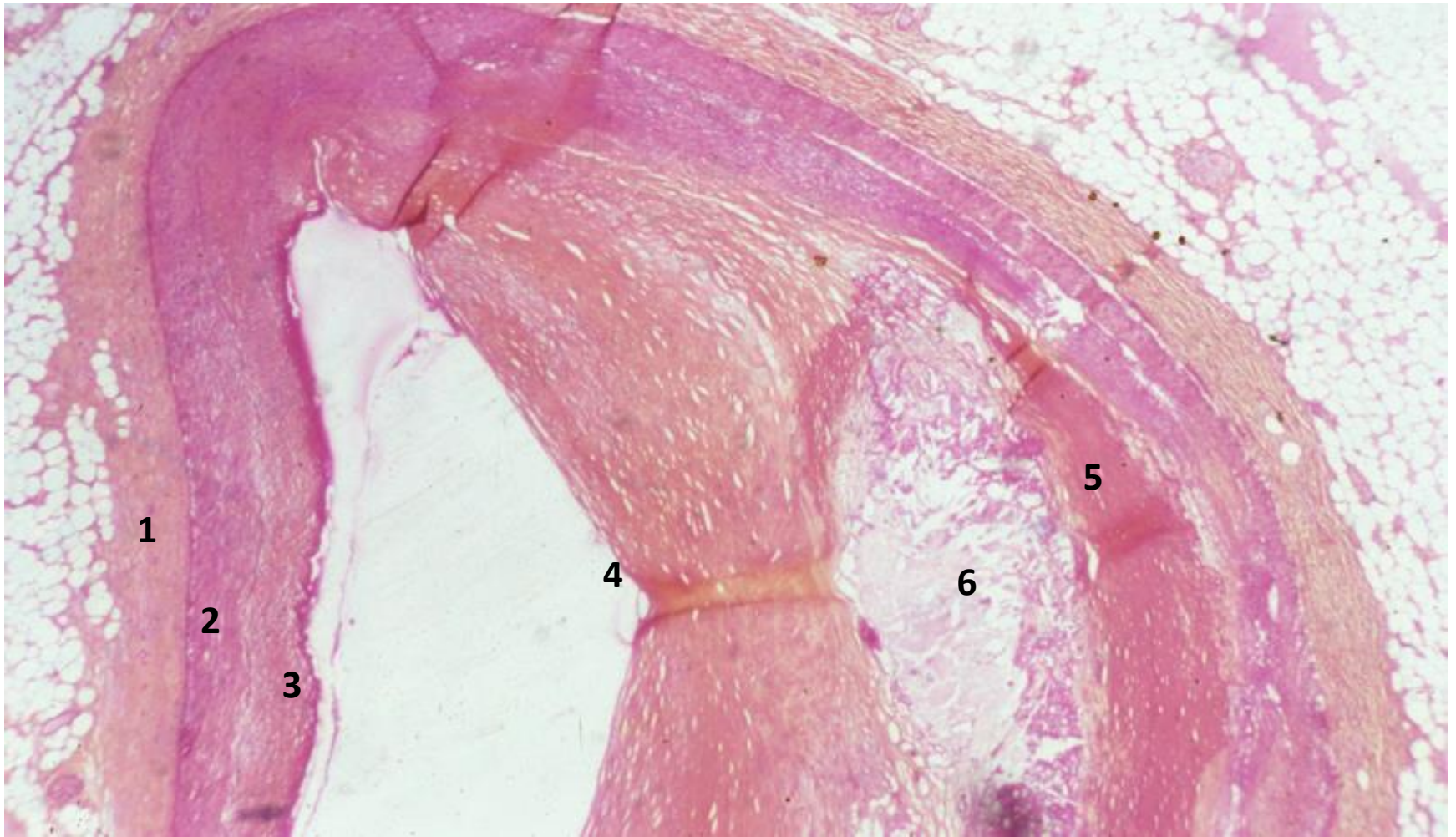
Grade 1 : stries lipidiques

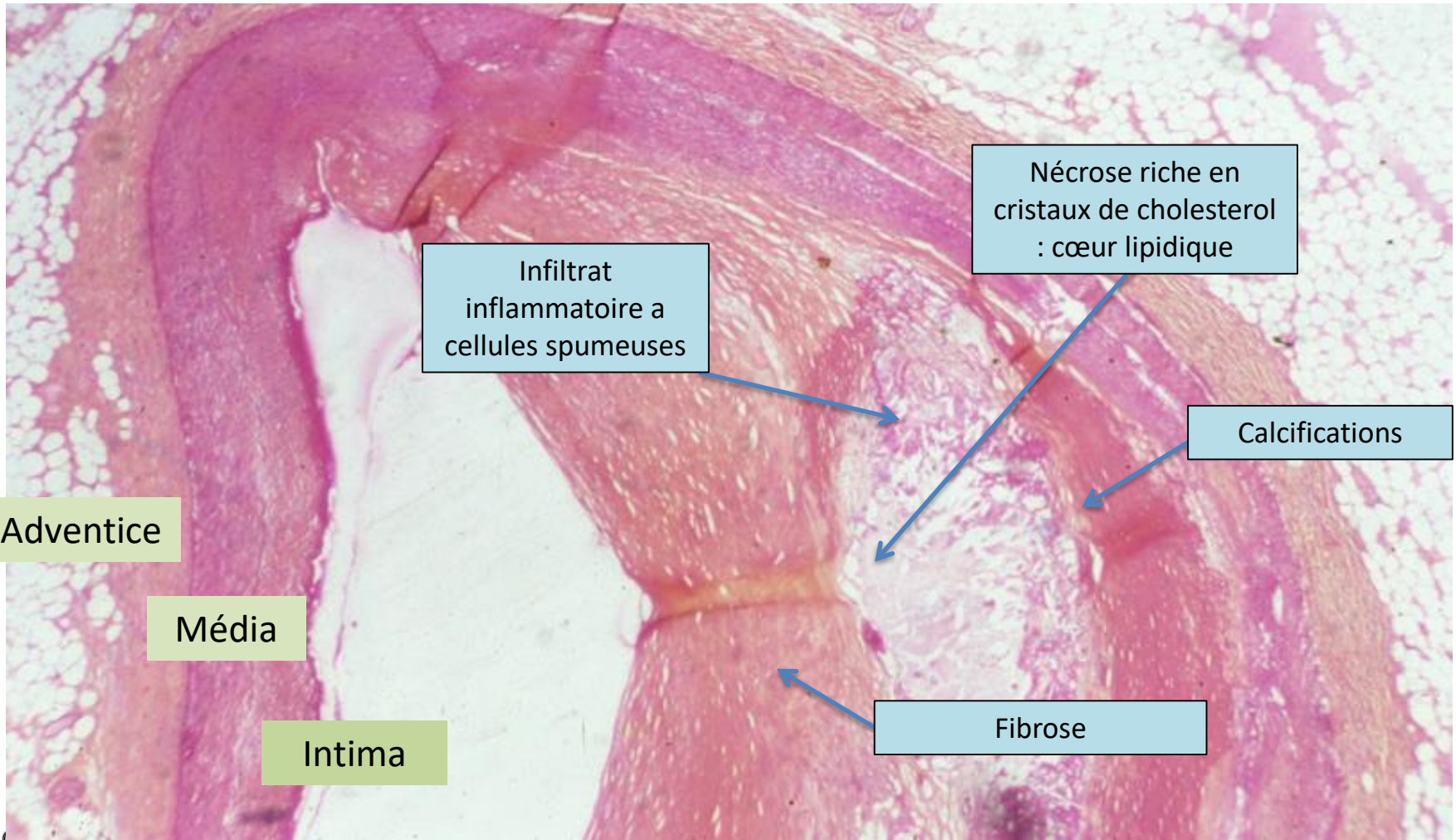
Grade 2 : plaques non compliquées

Grade 3 : plaques compliquées

Grade 4 : atteinte massive

Décrivez l'aspect microscopique





Adventice

Média

Intima

Infiltrat inflammatoire a cellules spumeuses

Nécrose riche en cristaux de cholesterol : cœur lipidique

Calcifications

Fibrose

Cas Clinique n° 3

Cas clinique 3

- garçon de **16 ans**
- Antécédents
 - **mucoviscidose** sans manifestation pancréatique, constipation bien traitée
 - **opéré** en période néonatale : résection segmentaire colique gauche pour péritonite méconiale (sur iléus méconial)
- Il se présente ce jour pour des **douleurs abdominales violentes continues et d'apparition brutale**
- Examen clinique :
 - défense sous ombilicale et palpation d'une masse
 - Pas de fièvre

IMAGERIE

ASP



ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Importante distension des anses intestinales avec épaissement des parois 7 mm et épanchement liquidien.

Absence de pneumatose pariétale ou d'aéroportie.

Pas de signe de péritonite.

Quel est votre diagnostic ?

IMAGERIE

ASP



ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Importante distension des anses intestinales avec épaissement des parois 7 mm et épanchement liquidien.

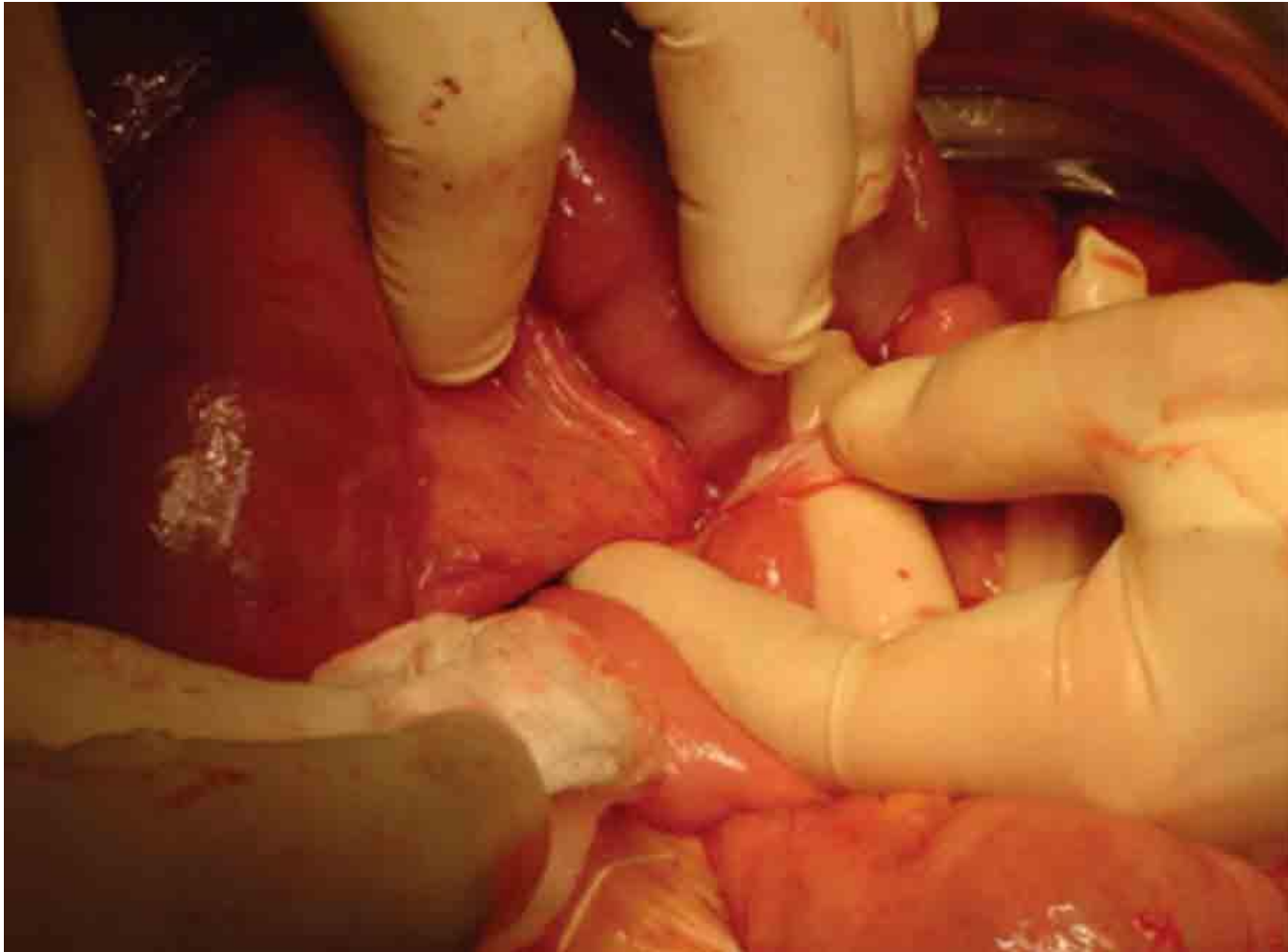
Absence de pneumatose pariétale ou d'aéroportie.

Pas de signe de péritonite.

Syndrome occlusif de l'intestin grêle



Intervention chirurgicale



Aspect per opératoire : occlusion sur bride avec une anse ischémique sur 24 cm qui ne récupère pas malgré la détorsion et du sérum chaud.



Pièce de résection segmentaire du grêle



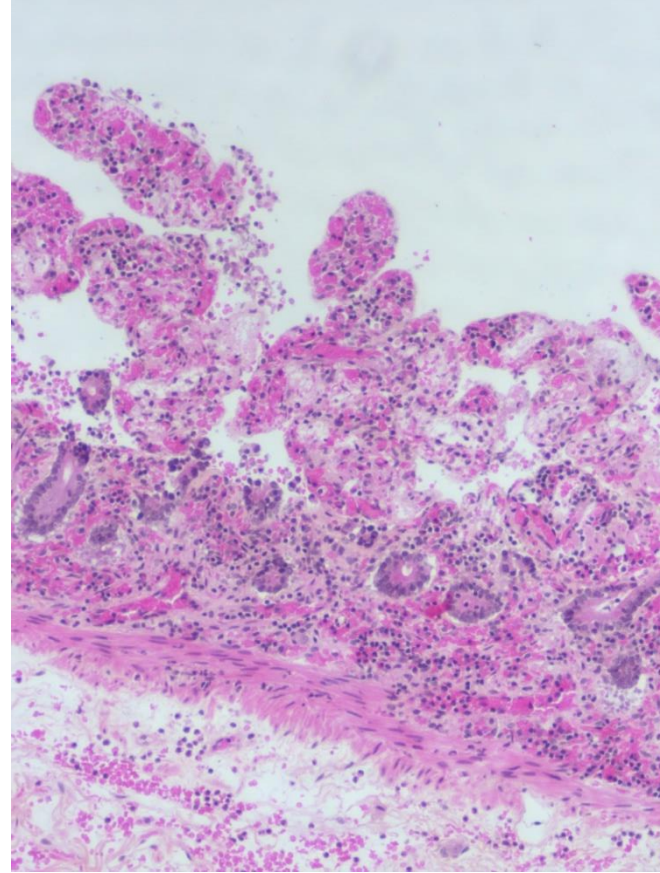
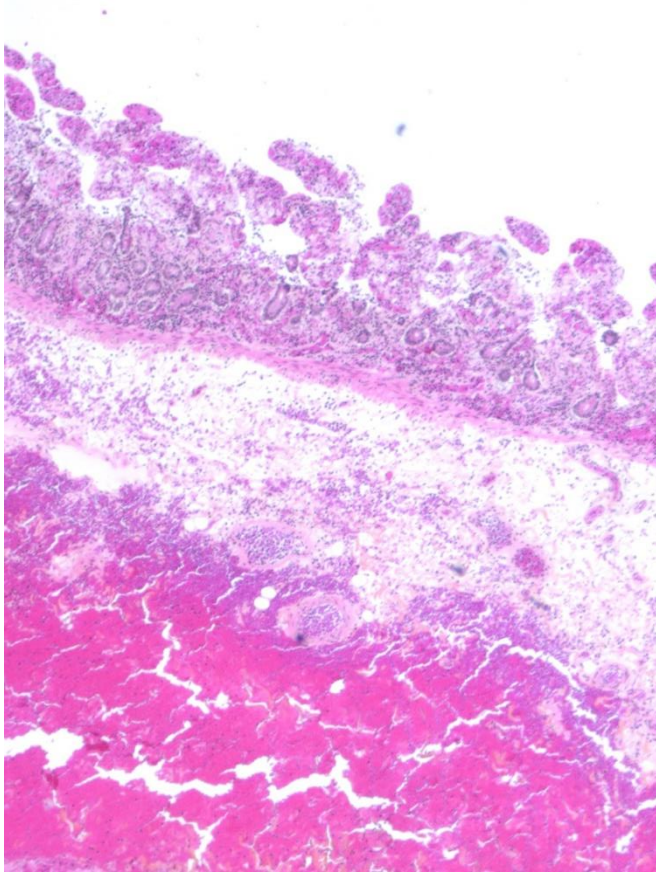
- 24 cm de long, et de 2 à 3,5 cm de diamètre
- paroi amincie, aspect rouge violacé
- non perforée, pas de fausse-membrane
- limites de résection saines



Aspect macroscopique après ouverture et fixation



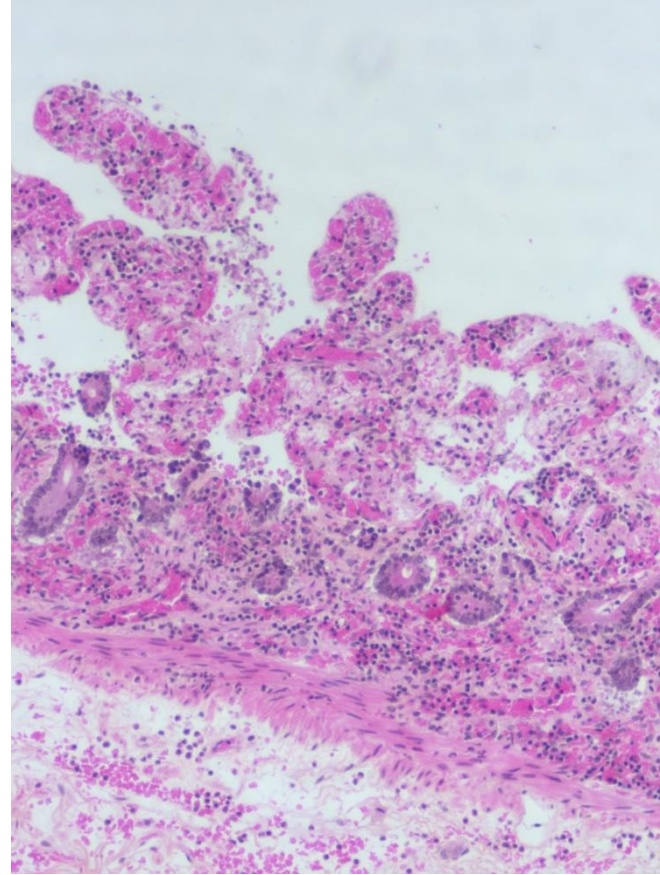
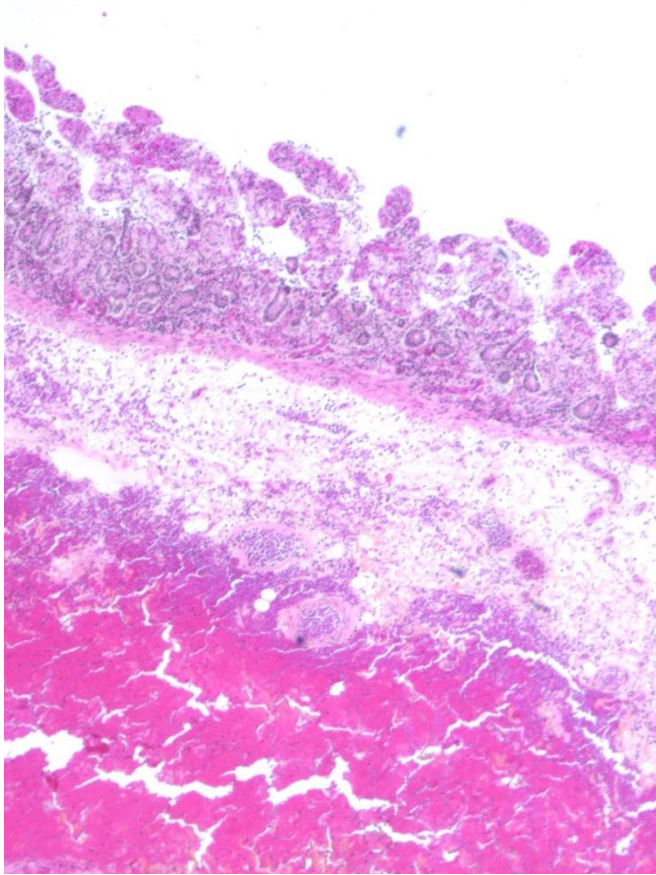
EXAMEN MICROSCOPIQUE



Que voyez-vous ?



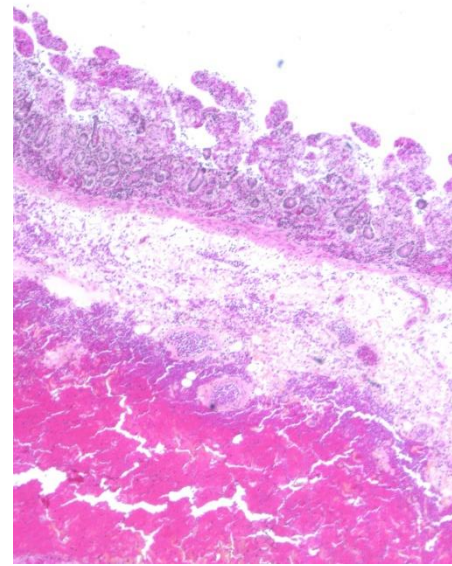
EXAMEN MICROSCOPIQUE



lésions de nécrose ischémique hémorragique qui intéresse les différentes tuniques de la paroi : « Fantômes » des structures histologiques normales (villosités).

Diagnostic ?





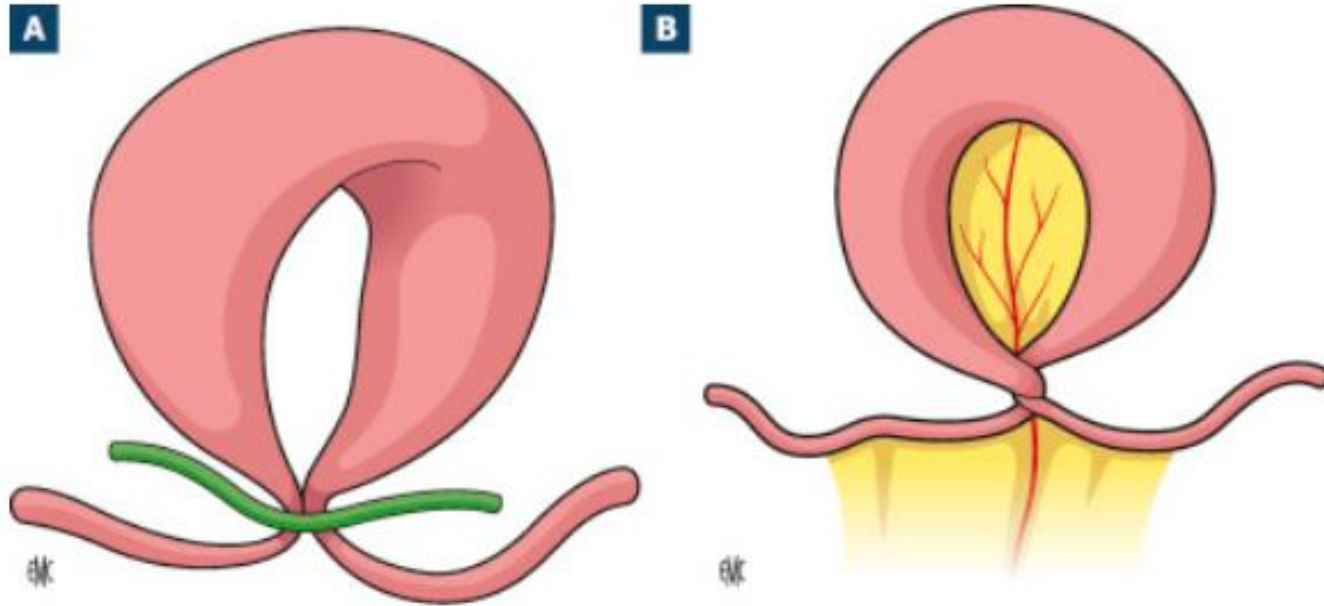
Lésions de nécrose ischémique hémorragique (« *infarctus rouge* ») de l'intestin grêle, en rapport avec une occlusion sur bride.
Résection complète.

Quelles sont les complications possibles d'un infarctus digestif ?

- Perforation/rupture :
 - hémorragie péritonéale ou hémopéritoine : collection dans une cavité naturelle
 - choc hypovolémique
 - péritonite

Quel est le mécanisme à l'origine de l'ischémie dans ce contexte ?

OCCLUSION ET VOLVULUS INTESTINAL SUR BRIDE




Feuilles de Radiologie
Volume 56, Issue 5, October 2016, Pages 265-296



Expertise Médicale Continue en Imagerie : Abdominale-Digestive  info suppl

Imagerie des occlusions intestinales hautes de l'adulte

Imaging high intestinal obstruction in adults ☆

A. MBengue¹, A. Ndiaye¹, S. Maher¹, G. Schmutz (Professeur de radiologie)², Y. Ranchoup (Ancien chef de clinique assistant et praticien hospitalier)³, A. Blum (Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef de service)⁴, D. Régent (Professeur des Universités, praticien hospitalier honoraire)⁴ R 

 Show more

<https://doi.org/10.1016/j.frad.2016.04.001>

[Get rights and content](#)



de Médecine
Lyon Est

Cas Clinique n° 4

Cas clinique 4

- **Mme R., 73 ans**
- Hospitalisée : **AEG, céphalées** et **hyperesthésie** du cuir chevelu au passage du **peigne**
- Antécédents :
 - **HTA**
 - **Diabète de type 2**
- Examen clinique
 - TA 14/9, pouls 70 bpm, Temp **38,5°C**
 - Auscultation pleuropulmonaire normale
- Bilan biologique
 - VS **30**, CRP **45**
- RP, échographie abdominale : N

Quelle maladie suspectez-vous?

Maladie de Horton

= Artérite à Cellules Géantes



Faculté de Médecine
Lyon Est

Faculté

Maladie de Horton :

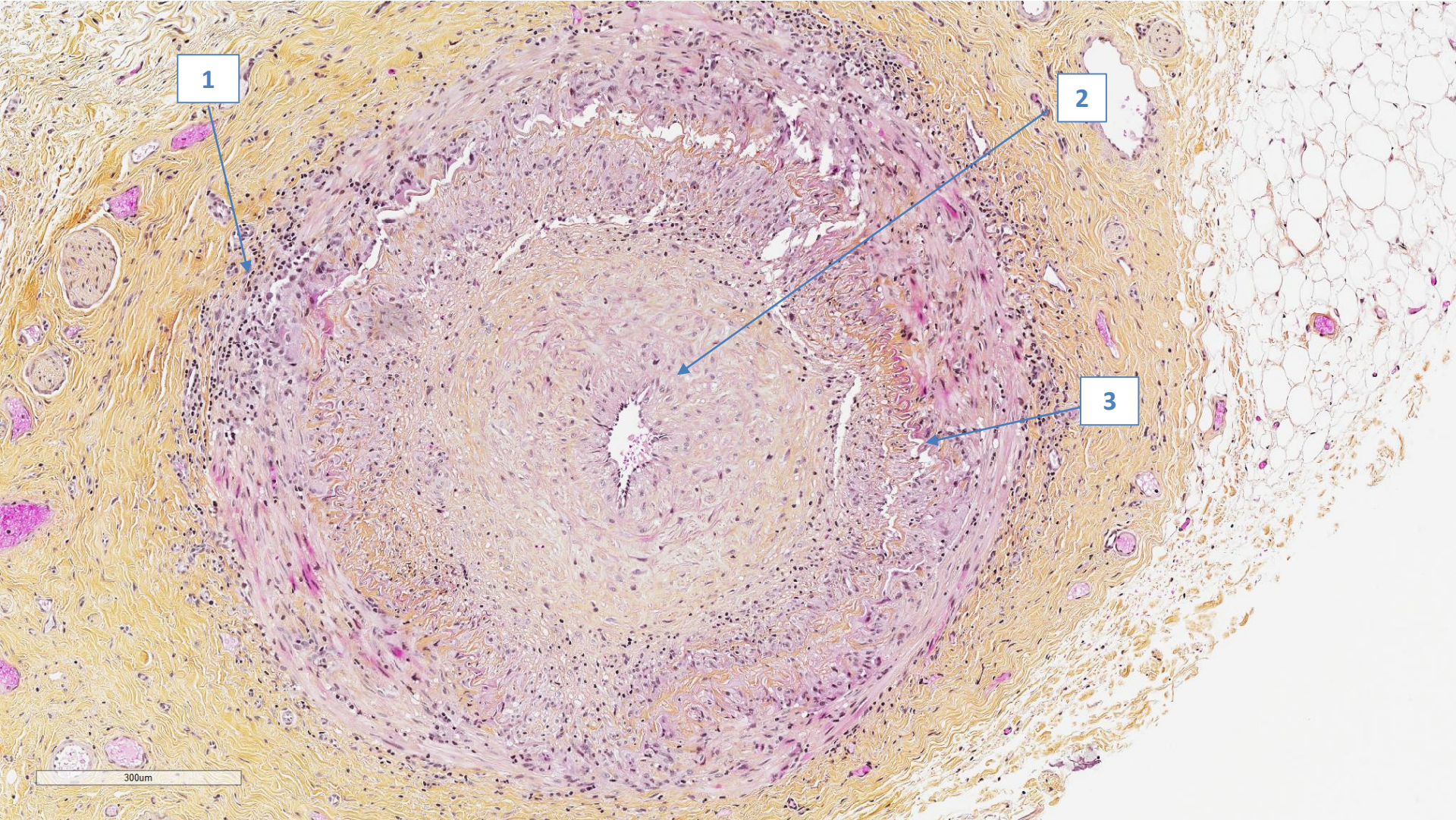
Biopsie d'artère temporale

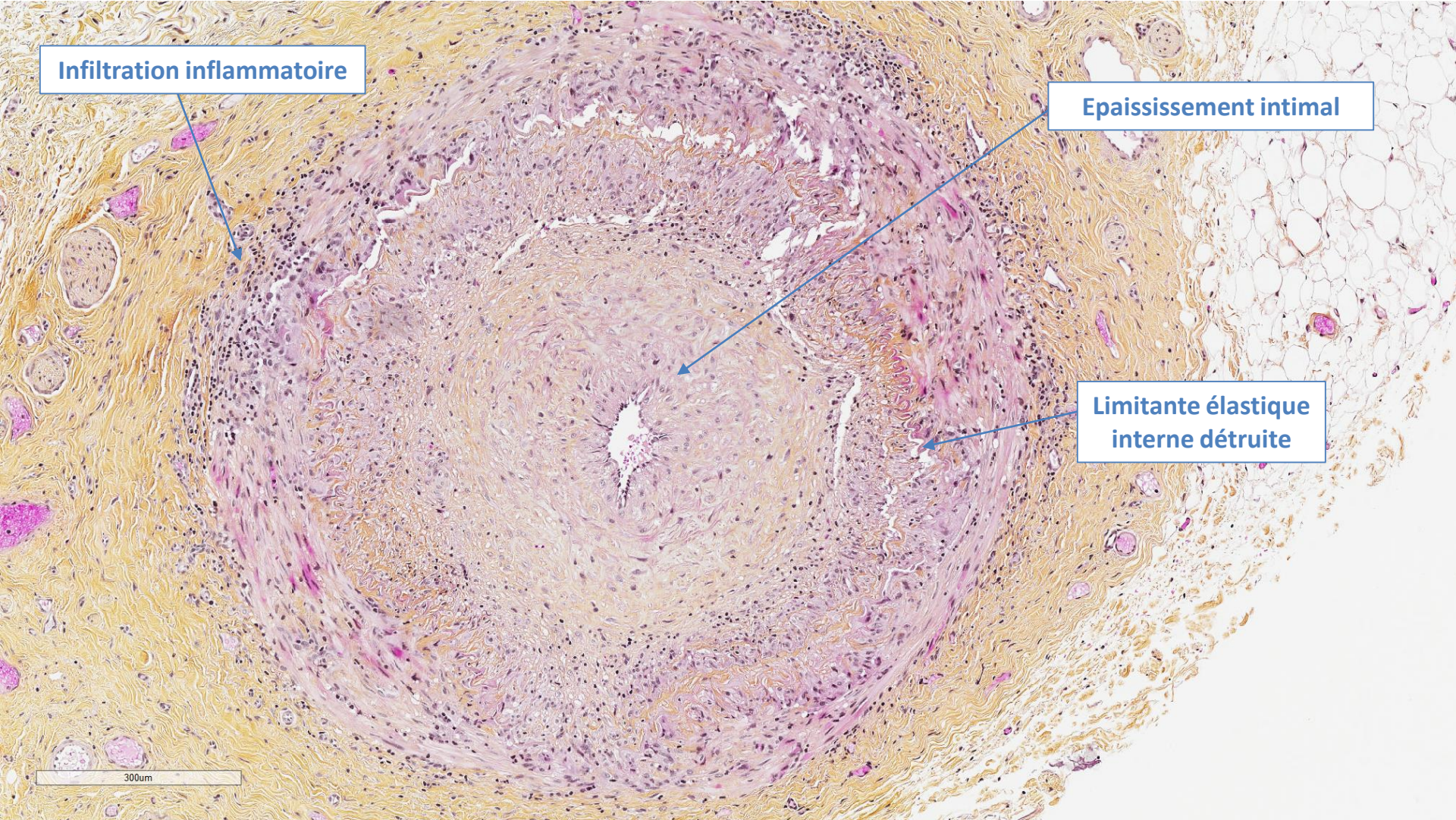


Zone de
biopsie de
l'artère
temporale
superficielle



Décrivez ?



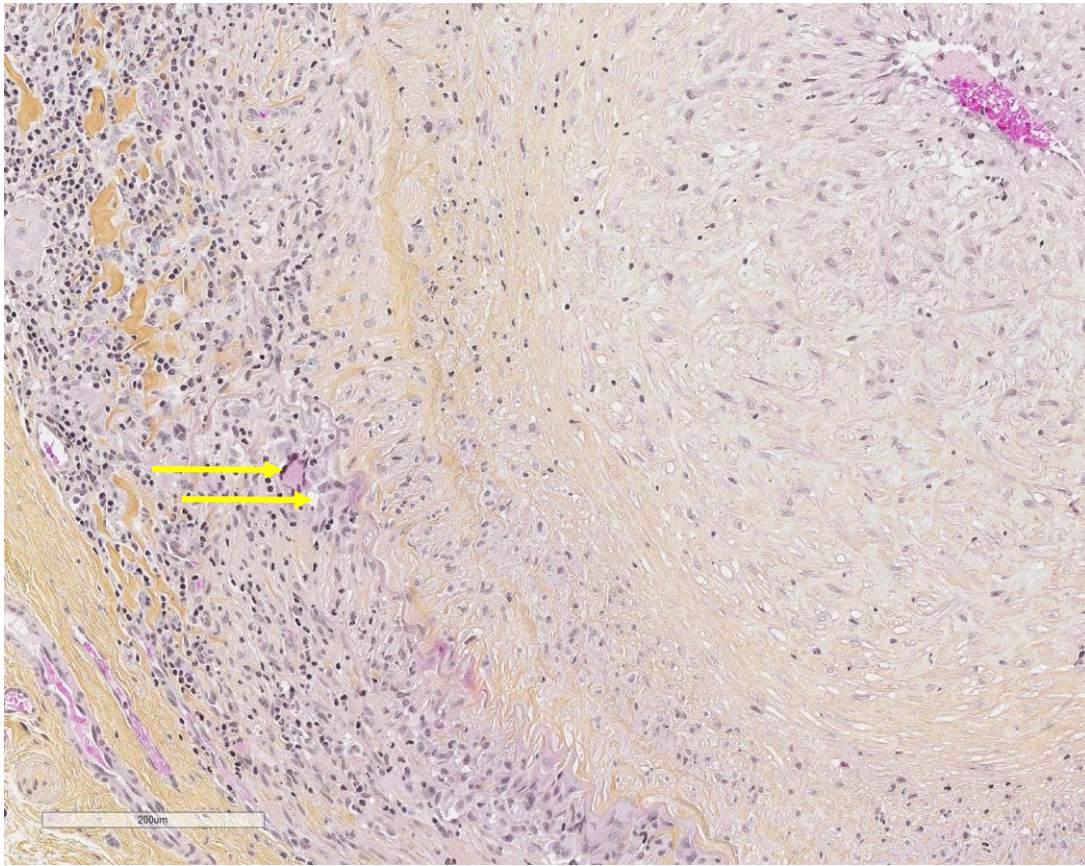


Infiltration inflammatoire

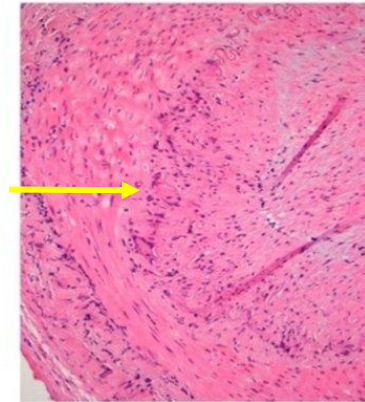
Epaissement intimal

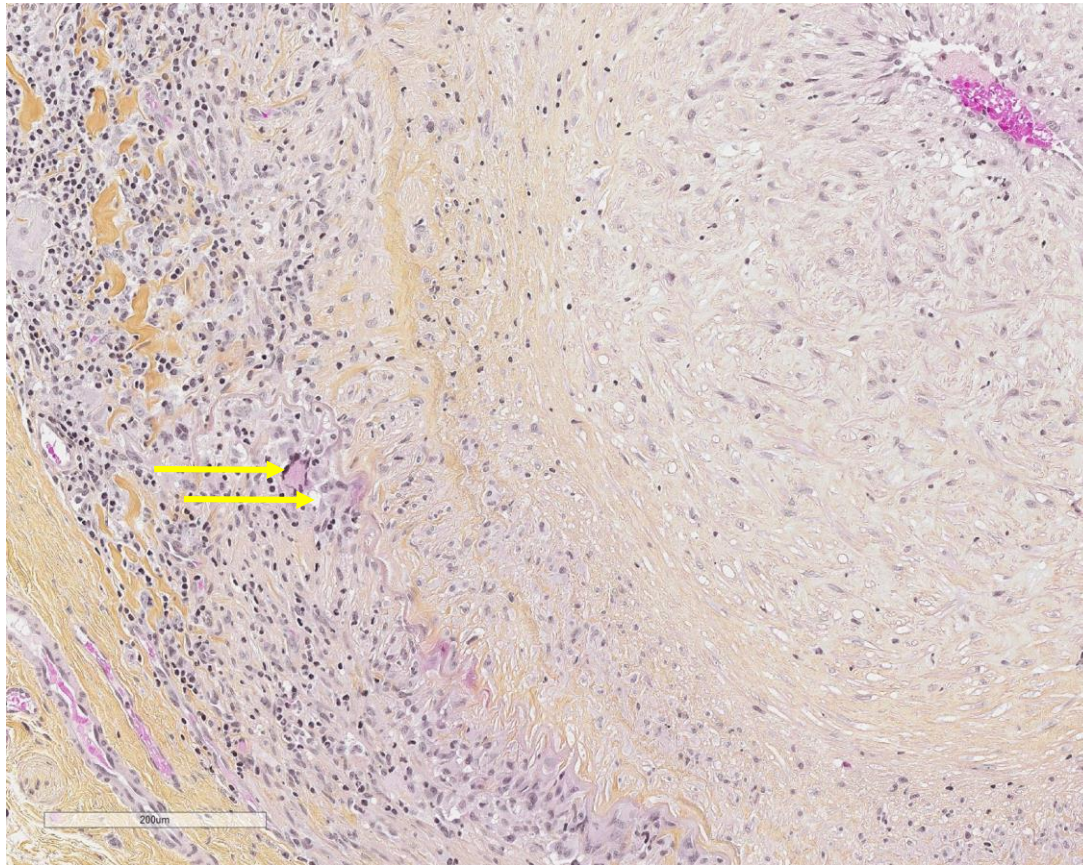
Limitante élastique interne détruite

300um

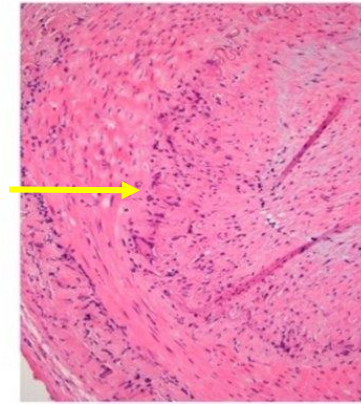


?





**Infiltration inflammatoire
Avec cellules géantes
multinucléées**



Artérite granulomateuse d'une grosse artère élastique :
artère temporale : ici quasiment thrombosante



Confirme le diagnostic de maladie de Horton

*Si la biopsie était histologiquement normale, cela aurait-il écarté
le diagnostic de maladie de Horton ?*

Artérite granulomateuse d'une grosse artère élastique :
artère temporale : ici quasiment thrombosante



Confirme le diagnostic de maladie de Horton

*Si la biopsie était histologiquement normale, cela aurait-il écarté
le diagnostic de maladie de Horton ?*

Non, car atteinte **segmentaire**

- inclusion en totalité
- coupes transversales étagées
- et examen sur plusieurs niveaux de coupes