

# Amylose

## I. Intro :

- C'est une pathologie de surcharge = **substance protéique** présente de façon **anormale** dans l'organisme (dépôt extra-cellulaire)
- Caractéristiques :
  - Affinités Tinctoriales (Rouge Congo)
  - Biochimiques
  - Ultrastructurales
- Le dépôt correspond à une **protéine fibrillaire variable (95%) + Glycoprotéines (5%)**
- Le diagnostic reste essentiellement anatomopathologique

## II. Amylose polyviscérale ou systémique :

- Le pronostic est péjoratif (= atteinte **cardiaque ++, rénale++**, TD, peau, foie...)
- Elles sont acquises, génétiques ou idiopathiques
- **Type AL+++ CL Ig** (=dépôt de chaînes légères). Ex : proliférat° plasmocytaire
- **Type AA** → Protéine de l'inflammation « SAA » (=analogue de CRP). Ca donne des états inflammatoires chroniques, polyarthrites rhumatoïdes, lupus...
- **Sites à Biopsier : GSA +++** (glandes salivaires accessoires), biopsie rectale ++, ...

## III. Amylose monoviscérale ou localisée :

- **Pseudotumorale** (souvent de type AL)
- Conséquences **cardiaques** du sujet âgé
- Maladie d'**Alzheimer** (accumulation de la protéine  $\beta$ 4)
- Tumeurs → **Carcinome Médullaire de la Thyroïde**

## IV. Aspects Macroscopiques :

- **Indurations, Hypertrophie, aspect pâle variable.**

## V. Aspects Microscopiques :

- Substance **rose pâle** (coloration HES), floconneuse (nuageux...), anhiste (⊙ cellule ou noyau) et extra-cellulaire :
  - Autour des fibres de réticuline (rate, vx +++), le pourtour est très épais
  - Autour des fibres de collagène (bien visible)
- Coloration pour confirmer : **ROUGE CONGO ++**
- Si doute : Rouge Congo en lumière polarisée → **Dichroïsme Vert/Jaune**

## VI. Conséquences fonctionnelles :

- **Insuffisance rénale** (glomérules + vx altérés)
- **Cardiaque** (défaut de contraction, troubles du rythme, ...)
- **Malabsorption digestive**

## Stéatose (hépatique)

### I. Intro :

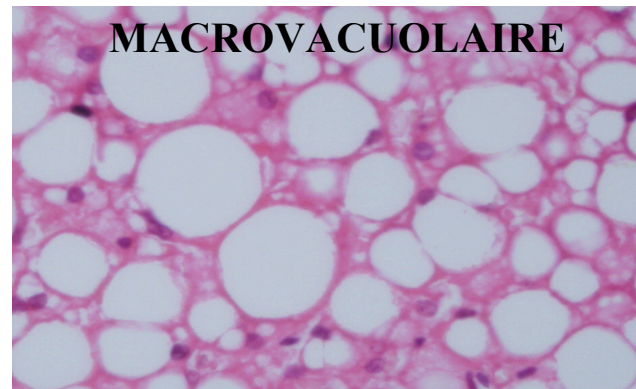
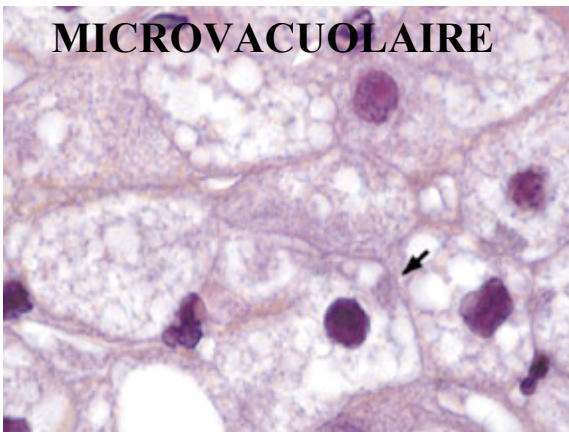
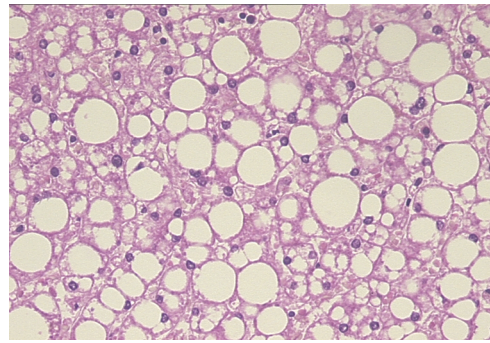
- C'est une pathologie de surcharge qui correspond à une **accumulation anormale de Triglycérides (TG)** dans les hépatocytes
- Elle est témoin du **métabolisme anormal des TG**
- Le retentissement clinique minime est quand même **gravissime**  
→ Cause la + fréquente = Alcoolisme chronique

### II. Aspects Macroscopiques :

- **Hépatomégalie non douloureuse**
- **Pas de nodule**
- Foie plus **clair, gras** = Foie Gras !

### III. Aspects microscopiques :

- Coloration **HES ++**
  - Toutes les étapes de fixation aboutissent à la dissolution des graisses = vacuoles vides !
  - Il existe une **coloration d'Oil Red** pratiquée sur **coupe congelée (+++)**
- On distingue deux types de stéatose :



### IV. Formes étiologiques :

- Stéatose **Ethylique ++**
- Stéatose **Toxique**
- Stéatose **Nutritionnelle**
- Stéatose **des Hépatites, ...**

### V. Analyse Microscopique :

- On doit analyser l'**importance** de la stéatose (atteinte massive, modérée, diffuse ?)
- Evaluation du **% de l'atteinte**
- Localisation :  
→ *Est-elle systématisée ? Quel est le type de systématisation ?*
- Par ex, dans les lobules hépatiques, les premiers hépatocytes touchés sont les hépatocytes **autour de la veine centro-lobulaire**, l'atteinte des péri-portaux reste modérée