



Aspects anatomopathologiques des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin dans 3 laboratoires d'Anatomie et cytologie Pathologiques de Kinshasa

Anatomopathological aspects of chronic inflammatory bowel disease in three pathological anatomy and cytology laboratories in Kinshasa

Aline Muyayalo Ndovya¹, Tacite Mazoba

Kpanya², Patrick Muyayalo Kahindo³, David

Tasema

Azako¹, Bienvenu Massamba Lebwaze¹

Auteur correspondant

Aline Muyayalo Ndovya,

Courriel : ndovyaaline87@gmail.com

Département d'Anatomie Pathologique,

Faculté de Médecine, Université de Kinshasa,

République Démocratique du Congo

Summary

Context & objective. Chronic inflammatory bowel diseases (IBD) lead to persistent intestinal inflammation, resulting in various complications and potentially progressing to cancer. The aim of the present study was to describe the histopathological characteristics of IBD in Kinshasa. **Methods.** This series retrospective and descriptive cases covered a period of 11 years and was conducted in three pathology and cytology laboratories in Kinshasa that received the highest number of samples. Data were collected from histopathological analysis request forms, laboratory registers, histopathological analysis protocols, slides, and occasionally paraffin blocks. **Results.** IBD accounted for 8.7% of cases. Male sex was predominant across all types: ulcerative colitis (UC 57.1%), Crohn's disease (56%), and unclassified colitis (50%). The most affected age groups were: UC (41–50 years, 30.6%), Crohn's disease (21–30 years, 40%), and unclassified colitis (51–60 years, 35.7%). The colon was the most frequently involved site: UC (55.1%), Crohn's disease type IBD (24%), and unclassified colitis (50%). UC (42.2%) was the most frequently observed, followed by unclassified colitis (37.1%) and Crohn's disease (20.7%). **Conclusion.** The IBD most commonly affects young adults and manifests as chronic symptoms, predominantly episodes of diarrhea and constipation.

Keywords : Histopathology, IBD, Kinshasa

Received: February 15th, 2025

Accepted: October 30th, 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.14>

1. Département d'Anatomie Pathologique,

Résumé

Contexte et objectif. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des groupes d'affections qui atteignent le tube digestif (TD), pouvant évoluer vers un cancer. L'objectif de cet article était de décrire les aspects anatomopathologiques des MICI à Kinshasa.

Méthodes. Il s'agissait d'une série rétrospective et descriptive des cas de MICI archivés dans 3 laboratoires d'Anatomie et cytologie Pathologiques de Kinshasa, en République Démocratique du Congo du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2022. La population d'étude était constituée de toutes les biopsies de l'intestin ayant porté le diagnostic de MICI après analyses histopathologiques. **Résultats.** Les MICI représentaient une fréquence de 8,7%. La rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) était la plus représentée (42,2%). Le colon était prépondérant dans tous les types de MICI avec 55,1% dans la RCUH ; 24% pour la maladie de Crohn (MC) et 50% dans les colites indéterminées (CI). Les lésions histopathologiques les plus observées étaient : l'ulcération suivi d'un abondant infiltrat inflammatoire mixte dans tous les cas de MICI ; avec prédominance des abcès cryptiques 14,3% dans la RCUH ; et des nodules lymphoïde 16% pour la MC.

Conclusion. Les MICI touchent les plus souvent des jeunes adultes et se manifestent par une symptomatologie chronique, dominée par des épisodes de diarrhée et de constipation.

Mots-clés : Anatomopathologie, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, Kinshasa

Reçu le 15 février 2025

Accepté le 30 octobre 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.14>



Cliniques Universitaires de Kinshasa,
Université de Kinshasa, Kinshasa, République
Démocratique du Congo

2. Département d'Imagerie Médicale et de Radiologie, Cliniques universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo
3. Département de Gynécologie-Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Introduction

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des affections idiopathiques, évolutives et invalidantes, représentant un véritable problème de santé publique en raison de leur fréquence, de leur coût élevé dans la prise en charge, de leur pronostic parfois sévère et de leur impact significatif sur la qualité de vie des patients (1). Elles regroupent deux entités principales : la rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) et la maladie de Crohn (MC). Le diagnostic de ces deux dernières maladies repose sur un faisceau d'arguments cliniques, endoscopiques, histologiques et radiologiques (2). La distinction entre ces deux entités peut toutefois être complexe : certains patients présentent simultanément des critères caractéristiques de deux maladies, rendant ainsi le diagnostic différentiel difficile et justifiant la classification en « colite indéterminée (CI) ». Sur le plan physiopathologique, la théorie actuellement admise repose sur une dysrégulation de la réponse immunitaire muqueuse dirigée contre la flore intestinale, survenant chez des sujets génétiquement prédisposés (3). Le mode d'hérédité des MICI est complexe et plusieurs gènes de susceptibilité y ont été impliqués, soulignant le caractère multifactoriel de ces affections (4). L'hypothèse hygiéniste postule que la diminution de l'exposition aux infections dans l'enfance ou aux environnements insalubres entraîne une perte de certains microorganismes bénéfiques favorisant le développement des lymphocytes T régulateurs ou un

défaut de maturation du système immunitaire, favorisant ainsi l'émergence des MICI (4). Sur le plan épidémiologique, l'incidence des MICI varie considérablement selon les régions du monde. Elle est plus élevée en Europe du Nord et en Amérique du Nord, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Suède (5). Bien que longtemps considérées comme rares en Afrique, plusieurs séries et rapports récents suggèrent une augmentation de leur incidence sur le continent. Une revue récente de la littérature a confirmé cette tendance et souligne que, si elle suit l'évolution observée en Occident et en Asie, les MICI représenteront un enjeu de santé publique majeur en Afrique dans un avenir proche (3). Cependant, il existe encore peu de données sur la prévalence et les caractéristiques histopathologiques des MICI en Afrique subsaharienne, particulièrement en République Démocratique du Congo (RDC). La présente étude visait à décrire les caractéristiques anatomopathologiques des MICI diagnostiquées dans trois laboratoires d'Anatomie et cytologie Pathologiques de Kinshasa.

Méthodes

Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive couvrant une période de 11 ans, allant du 1^{er} janvier 2012 au 31^{er} décembre 2022.

Cadre de l'étude

e6724



L'étude a été réalisée dans trois laboratoires d'Anatomie et cytologie Pathologiques de la ville de Kinshasa à savoir le Laboratoire du Département d'Anatomie Pathologique des Cliniques Universitaires de Kinshasa, le Cabinet LEBOMA et le Laboratoire du Centre Hospitalier NGANDA.

Ces structures ont été retenues en raison de leur rôle majeur dans la réception des échantillons pour les analyses histopathologiques dans la ville de Kinshasa.

Population d'étude et critères d'inclusion

Ont été incluses toutes les biopsies intestinales portant le diagnostic de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) durant la période de l'étude, dont les lames et blocs de paraffine étaient disponibles. Les lames manquantes ont été refaites à partir des blocs de paraffine archivés avec des coupes de 5 µm d'épaisseur, colorées à l'hématoxylène-éosine (HE) puis montées entre lame et lamelle.

Variables études

Les variables d'études comprenaient les données sociodémographiques : l'âge (en années) et le sexe ; les données cliniques et anatomo-pathologiques : le site de prélèvement et le type histopathologique.

Techniques histopathologiques

L'analyse histopathologique a été réalisée au microscope optique binoculaire (Olympus CX23) aux grossissements 4×, 10× et 40×, pour confirmation des diagnostics histologiques.

Collecte et gestion des données

Les données ont été collectées à partir des bons de demande d'analyses histopathologiques, des registres de laboratoire et des protocoles d'analyses histopathologiques.

Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

version 21. Les variables quantitatives ont été décrites par des mesures de tendance centrale et de dispersion. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences absolues (effectifs) et relatives (pourcentage).

Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$ avec un intervalle de confiance de 95 %.

Contrôle qualité

La première lecture a été effectuée par l'investigateur principal ;

La deuxième lecture a été réalisée par l'investigateur sous la supervision de deux pathologistes membres du département ;

La troisième lecture de validation des cas a été effectuée par le directeur du travail ;

Les photographies des images microscopiques ont été réalisées à l'aide d'un microscope triloculaire LEICA DM750 équipé d'une caméra digitale LEICA ICC 50W.

Considérations éthiques

L'étude a été menée sur du matériel d'archivage et ne nécessitait pas de consentement éclairé.

Les règles d'anonymat et de confidentialité ont été rigoureusement respectées.

Résultats

Sur un total de 1327 échantillons du tube digestif analysés dans les laboratoires précités, 116 étaient des MICI, soit une fréquence hospitalière de 8,7%. Le sexe masculin était prédominant dans tous les types de MICI, RCUH (57,1%), maladie de Crohn (56%), et pour les colites inclassables (50%).

Le tableau 1 renseigne sur la répartition des cas selon l'âge et le type de MICI.

Les tranches d'âge les plus concernées par les MICI selon les types étaient : RCUH (41-50 ans, 30,6% de cas) ; MICI de type maladie de Crohn (21-30 ans, 40% de cas) et les MICI de type Inclassables (51-60 ans, 35,7% de cas).

Tableau 1. Répartition des cas selon l'âge et par type histologique de MICI

Age	RCUH, (%)	n=49	CROHN, (%)	n=25	Inclass, (%)	n=42	P
1-10	2 (4,1)		0		2 (4,8)		0,224
11-20	1 (2,0)		0		3 (7,1)		
21-30	8 (16,3)		10 (40)		2 (4,8)		
31-40	1 ((2,0))		5 (20)		4 (9,5)		
41-50	15 (30,6)		3 (12)		10 (23,8)		
51-60	9 (18,4)		2 (8)		15 (35,7)		
61-70	7 (14,3)		2 (8)		4 (9,5)		
≥71	5 (10,2)		2 (8)		3 (7,1)		
Non déterminé	1 ((2,0))		0		1 (2,4)		

Le tableau 2 ci-dessous liste les différents sites de prélèvement des échantillons selon les types de MICI.

Le colon a été la localisation la plus notée pour tous les types de MICI : RCUH (55,1% de cas), MICI de type maladie de Crohn (24% de cas) et les colites inclassables (50% de cas).

Tableau 2. Répartition des patients selon le site de prélèvement

Site de prélèvement	RCUH, N=49 (%)	CROHN N=25 (%)	Inclass N=42 (%)	p
Duodénum	0	1 (4)	1 (2,4)	0,407
Jéjunum	1 (2,0)	0	0	0,502
Iléon	2 (4,1)	5 (20)	3 (7,1)	0,007
Caecum	0	3 (12)	3 (7,1)	0,043
Colon	27 (55,1)	6 (24)	21(50)	0,556
Rectum	12 (24,5)	6 (24)	14 (33,3)	0,382
Anus	1 (2,0)	1 (4)	2 (4,8)	0,773
Autres	3 (6,1)	3 (12)	0	0,087
Non déterminé	1 (2,0)	0	0	1,000

La fréquence des différents types des MICI est illustrée dans la figure 1 qui montre une prépondérance de RCHU (42,2 %) suivie de l'ICI (37,1 %).

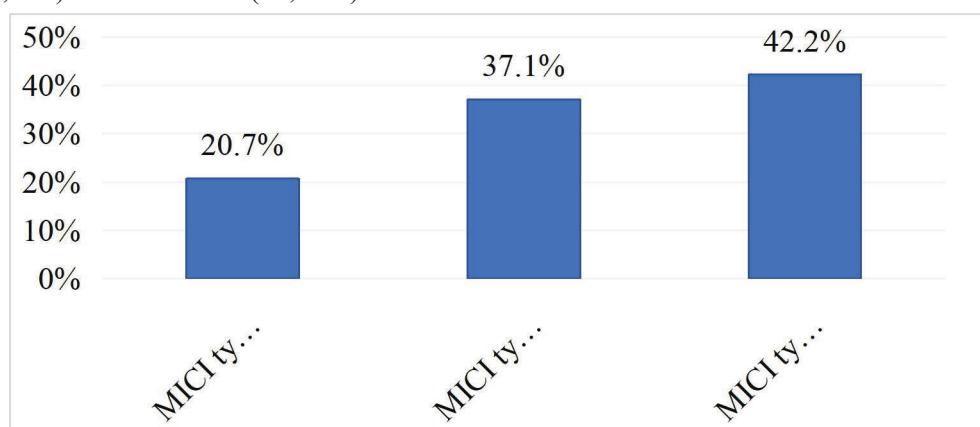


Figure 1. Fréquence relative des différents types de MICI.

La figure 2 décrit une muqueuse colique montrant des lésions d'hyposécrétions de mucus au cours d'une RCUH.

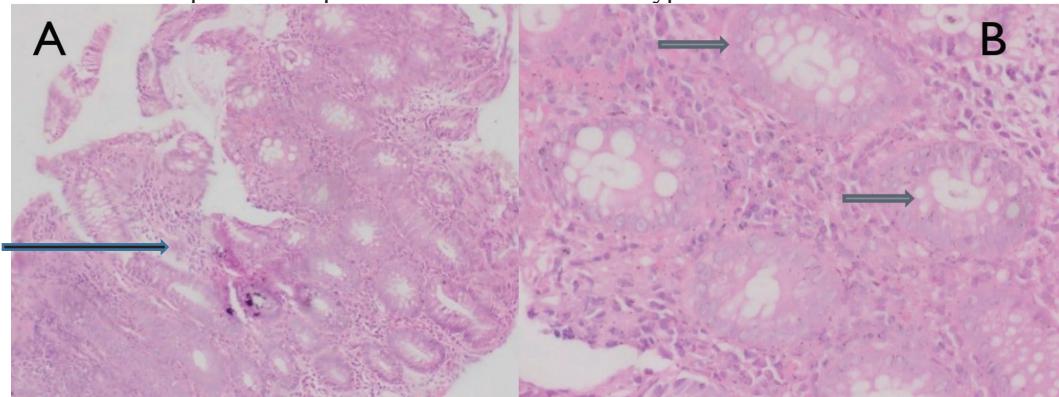


Figure 2. Image microscopique d'une muqueuse colique dans une RCUH.

Image microscopique d'une muqueuse colique hémorragique au cours d'une rectocolite ulcéro-hémorragique montrant un abondant infiltrat

inflammatoire et la diminution de la mucusécrétion (flèche en bleu) A. (HEX4) ; B (HEX40)

La figure 3 montre une paroi intestinale investie par un abondant infiltrat inflammatoire mixte avec cellules géantes type Langhans au cours de la maladie de Crohn.

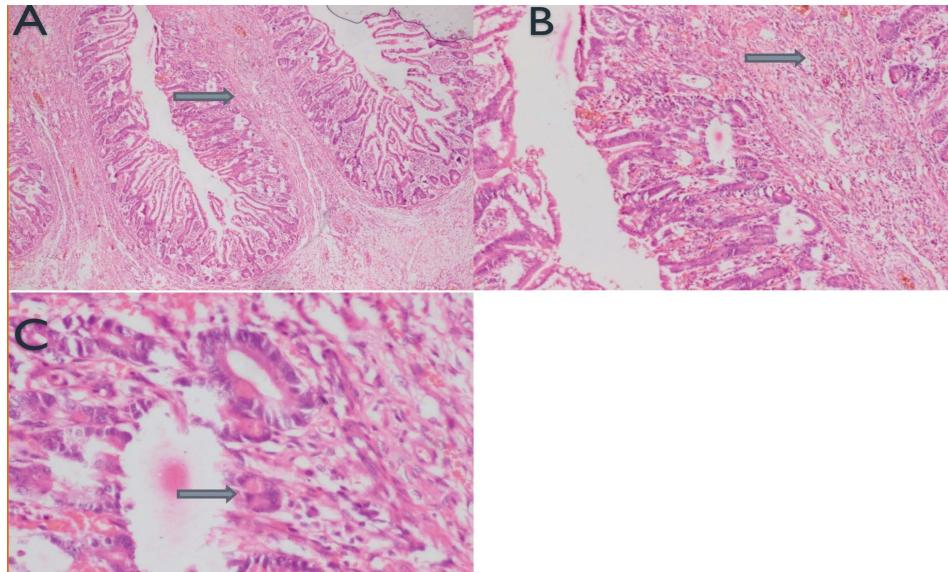


Figure 3. Image microscopique d'une paroi duodénale montrant un infiltrat inflammatoire d'intensité sévère au cours de la maladie de Crohn et des cellules géantes de type Langhans (flèche en gris), au laboratoire du Centre Hospitalier Nganda : A (H. EX4), B (H. EX10), C (H. EX40)

Discussion

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des affections idiopathiques caractérisées par une évolution par poussées, entrecoupées de phases de rémission. Le diagnostic de MICI repose sur un faisceau d'arguments cliniques, endoscopiques, biologiques, immunologiques et

radiologiques (1). Aujourd'hui, l'immunohistochimie joue un rôle central, permettant de caractériser et de quantifier les populations inflammatoires présentes dans la muqueuse intestinale, ce qui favorise un suivi plus précis et une prise en charge précoce visant à prévenir les complications (8,10).

Dans notre série, la fréquence relative des MICI était de 8,7 %, contre 91 % pour les autres pathologies inflammatoires intestinales. Parmi les cas de MICI, la RCUH représentait 42,2 %, la maladie de Crohn (MC) 20,7 % et les colites indéterminées 37,1 %. Ces résultats diffèrent de



ceux rapportés dans les pays industrialisés. Par exemple, le registre EPIMAD



(Epidémiologie des maladies inflammatoires de l'intestin) indique, en Europe, une incidence de la MC comprise entre 0,7 et 10,7 pour 100 000 habitants et celle de la RCUH entre 3,9 et 17 pour 100 000 (3). La France et la Belgique se démarquent par une incidence de la MC supérieure à celle de la RCUH. En Amérique du Nord, l'incidence de la MC varie de 3,9 à 15,6 pour 100 000 habitants et celle de la RCUH de 2,3 à 15,6 pour 100 000 (1). Dans les pays d'Asie, d'Amérique du Sud et d'Afrique, l'incidence et la prévalence des MICI restent nettement inférieures à celles observées en Europe et en Amérique du Nord. Cette disparité pourrait s'expliquer par la divergence de niveau d'industrialisation, les habitudes alimentaires, l'exposition environnementale et l'hétérogénéité génétique des populations (2-3).

Répartition selon le sexe

Dans notre étude, la majorité des patients atteints de MICI étaient des hommes (57,1 % pour la RCUH, 56 % pour la MC et 50 % pour les colites indéterminées). Ces résultats contrastent avec plusieurs études européennes comme celle de Serrane Fernandez V *et al.* où la MC prédomine chez les femmes, notamment à un âge jeune, tandis que la RCUH est plus fréquente chez les hommes d'âge mûr (3). Dans une étude menée en population pédiatrique, Lakatos PL, a rapporté une prédominance masculine dans la MC (sex-ratio : 1,2), alors que la RCUH y prédominait chez les filles (1). Ces variations peuvent être attribuées à des différences d'accès aux soins, de comportements de consultation et d'exposition aux facteurs environnementaux.

Répartition selon l'âge

La MC était plus fréquemment diagnostiquée entre 20 et 30 ans, tandis que la RCUH touchait davantage les sujets de 41 à 50 ans. Ces résultats sont proches de ceux de la littérature, qui situe le diagnostic des MICI le plus souvent entre 20 et 30 ans, avec environ

15 % des cas concernant les enfants (1,17). D'autres auteurs tels que Serrane Fernandez V, Laredo Auguitter JA *et al.* en Europe ont observés une répartition homogène des tranches d'âge au moment du diagnostic, avec une prédominance entre 30 et 40 ans (3). Ces divergences peuvent être liées à des facteurs environnementaux tels que l'alimentation, le tabagisme,

le stress, l'activité physique et les différences géographiques (1,3).

Localisation des lésions

Dans la présente étude, le côlon était la localisation la plus fréquemment atteinte (58,6 % des cas de MICI). Ces résultats concordent avec la littérature, qui décrit la MC comme pouvant toucher tout le tube digestif, avec une préférence pour la région iléo-caecale, alors que la RCUH est limitée au rectum et au côlon (7). D'autres auteurs tels que Serrane Fernandez, Laredo Auguitter JA *et al.* en Europe ont rapporté que dans un tiers des cas, la MC affecte l'iléon, dans un autre tiers le côlon, et dans le dernier tiers la région iléo-colique, tandis que la RCUH touche le rectum dans 50 % des cas et le côlon gauche dans 30 % (3). La prédominance des atteintes coliques peut s'expliquer par la forte densité microbienne au niveau du côlon et de l'iléon terminal, où se concentre la réponse immunitaire intestinale (8,14).

Forces et limites notre étude

Notre étude a le mérite de faire mention de documentation sur les caractéristiques anatomo-pathologiques des MICI dans un contexte africain, où peu de données sont disponibles, et d'aborder un sujet d'importance, compte tenu du risque évolutif vers le cancer colorectal. Cependant, certaines limites doivent être soulignées, notamment l'incomplétude de certains bons de demande d'analyse, ayant conduit à la perte d'informations pertinentes sur plusieurs variables d'intérêt.

Conclusion

Les MICI ont représenté près d'un dixième des pathologies diagnostiquées au niveau des intestins. Le sexe masculin était majoritaire pour tous les types de MICI. Les tranches d'âge les plus concernés étaient les jeunes pour la maladie de Crohn, les adultes pour la RCUH et les CI. Le colon était le site de préférence le plus observé pour tous les types de MICI. Sur le plan histologique, la RCUH venait en tête suivie de CI et de la maladie de Crohn.

Il y a nécessité de rechercher un éventuel lien entre la RCUH et les cancers coliques au regard de sa fréquence élevée notée dans la présente étude.

Conflit d'intérêt : aucun

Contribution des auteurs

Aline Muyayalo Ndovya : conception, récolte des données, lecture des lames pour le diagnostic histologique et rédaction de l'article.



Bienvenu Massamba Lebwaze : Conception (initiation éclairée),

Validation des diagnostics histopathologiques en troisième degré, révision du manuscrit et approbation de la version à publier.

Tacite Mazoba, Patrick Muyayalo Kahindo, David Tasema Azako

Traitements et analyses des données, lecture et amendement de l'ensemble de l'article avant la validation de la dernière version.

Références

1. Lakatos PL. Environmental factors affecting inflammatory bowel disease: have we made progress? *Dig Dis.* 2009; **27** (3):215-225.
2. Bhat S, Lyu R, Agarwal M, Becker M, Bloomfeld R, Bruining DH, *et al.* Defining the roles of inflammatory bowel disease clinical pharmacists in the United States: a systematic review and national RAND/UCLA consensus. *Inflamm Bowel Dis.* 2024; **30**(6) :950-959.
3. Serrano-Fernandez V, Laredo-Aguilera JA, Navarrete-Tejero C. The role of environmental and nutritional factors in the development of inflammatory bowel diseases: a case-control study. *Nutrients.* 2024; **16** (15):2463.
4. Packer M, Patterson-Kane JC, Smith KC, Durham AE. Quantification of immune cell populations in the lamina propria of equine jejunal biopsy specimens. *J Comp Pathol.* 2005 ; **132**(1) :90-95.
5. Xiao L, Ma J, Chen R, Chen J, Wang Q, Tang N, *et al.* The impact of cytomegalovirus infection on ulcerative colitis relapse: a multicenter retrospective cohort study. *J Inflamm Res.* 2024; **17** (1):9059-70.
6. Tehori O, Koslowsky B, Gabbai D, Shapira S, Ben-Ari O. Military aviators with inflammatory bowel diseases continued flying. *Aerosp Med Hum Perform.* 2021; **92** (10):831-834.
7. Pallav K, Leffler DA, Tariq S, Kabbani T, Hansen J, Peer A, *et al.* Noncoeliac enteropathy: the differential diagnosis of villous atrophy in contemporary clinical practice. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012; **35**(3):380-390.
8. Buisson A, Douadi C, Ouchchane L, Goutte M, Hugot JP, Dubois A, *et al.* Macrophages inability to mediate adherent-invasive E. coli replication is linked to autophagy in Crohn's disease patients. *Cells.* 2019; **8** (11):1394.
9. Choi WT. Non-conventional dysplastic subtypes in inflammatory bowel disease: a review of their diagnostic characteristics and potential clinical implications. *J Pathol Transl Med.* 2021 ; **55** (2) :83-93.
10. Boulagnon-Rombi C, Marchal A, Lirsac M, Svrcek M. Maladies inflammatoires chroniques intestinales : scores et optimisation des comptes rendus anatomopathologiques. *Ann Pathol.* 2023 ; **43** (3) :170-179.
11. Jbara I, Bouamama S, Haddad F, Rhaoussi FZE, Tahiri M, Hliwa W, *et al.* Le déficit immunitaire commun variable compliqué d'une amylose: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2022; **42** (1):286.
12. Felley C, Guyot J, Delarive J, Hess J, Fasel J, Michetti P, *et al.* Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Med Hyg.* 2002 ; **23**77(2) :229-238.
13. Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, Rahier JF, Verstockt B, Abreu C, *et al.* ECCO guidelines on the prevention, diagnosis, and management of infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2021; **15** (6):879-913.
14. Burgener IA, König A, Allenspach K, Sauter SN, Boisclair J, Doherr MG, *et al.*



- Upregulation of toll-like receptors in chronic enteropathies in dogs. *J Vet Intern Med.* 2008 ; **22**(3) :553-560.
15. Arrault M, Blanchard M, Vignes S. Maladie inflammatoire chronique de l'intestin et lymphoedème primaire des membres inférieurs : une association fortuite? *Rev Med Interne.* 2011; **32**(1):43-45.
16. Spencer EA, Agrawal M, Jess T. Prognostication in inflammatory bowel disease. *Front Med (Lausanne).* 2022; **9** (1):1025375.
17. Rosen MJ, Dhawan A, Saeed SA. Inflammatory bowel disease in children and adolescents. *JAMA Pediatr.* 2015 ; **169** (11) :1053-1060.

Comment citer cet article : Ndovya AM, Kpanya TM, Kahindo PM, Azako DT, Lebwaze BM. Aspects anatomo-pathologiques des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) dans 3 laboratoires d'Anatomie et cytologie Pathologiques de Kinshasa. *Ann. Afr. Med.* 2025; **19** (1): e6723-e6730.
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i1.14>