

Pathologie oesophagienne non tumorale

I. Troubles de la motilité

- Achalasie
- Maladie des spasmes diffus
- Nutcracker / autres
- Troubles secondaires de la motilité

II. Diverticules

III. Pathologie inflammatoire

IV. Divers

I. Troubles de la motilité

I.1. Achalasie

- Trouble moteur oesophagien : défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage, défaut d'innervation intrinsèque et extrinsèque, **apéristaltisme du corps oesophagien**

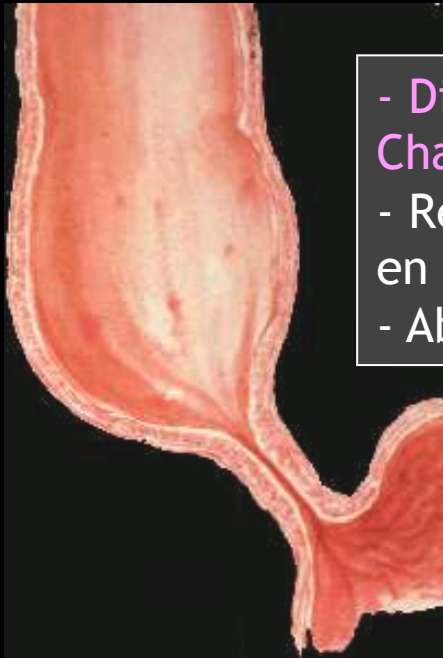
- Dysphagie intermittente, paradoxale, amaigrissement, douleur, toux nocturne, pneumopathie

- Fibro gastrique avec biopsies, manométrie+++

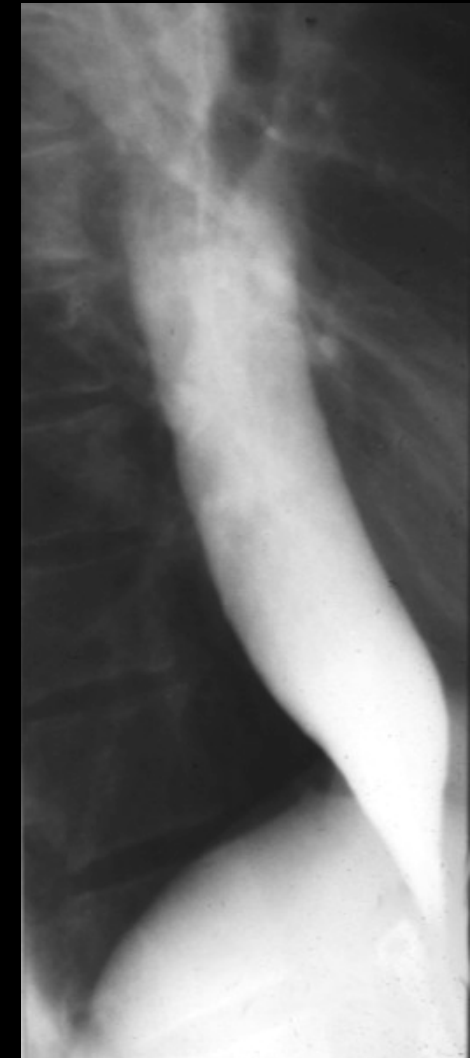
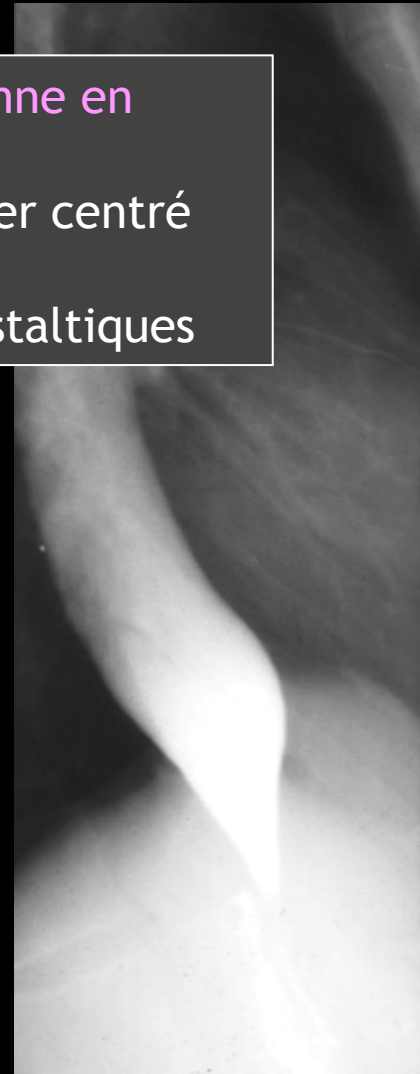


méga œsophage

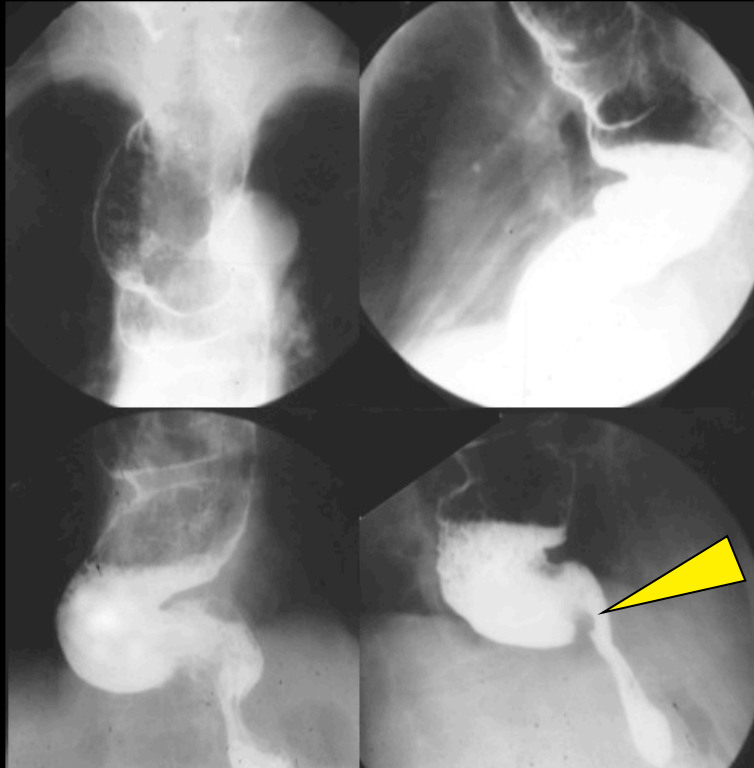




- Dilatation oesophagienne en Chaussette
- Rétrécissement régulier centré en queue de radis
- Absence d'ondes péristaltiques



méga œsophage



Complications:

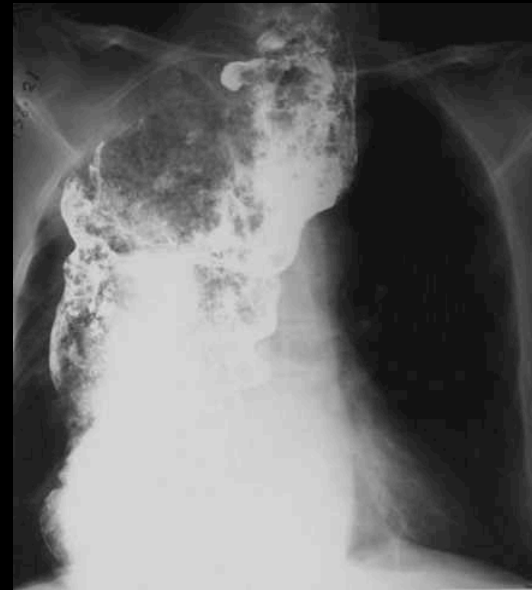
- Pneumopathie de déglutition
- Oesophagite
- Candidose
- **Cancer épidermoïde +++++**

Aspect tardif: dilatation majeure de l'œsophage avec coude sus diaphragmatique, aspect en chaussette

méga œsophage



méga œsophage + dyskinésie



méga œsophage historique



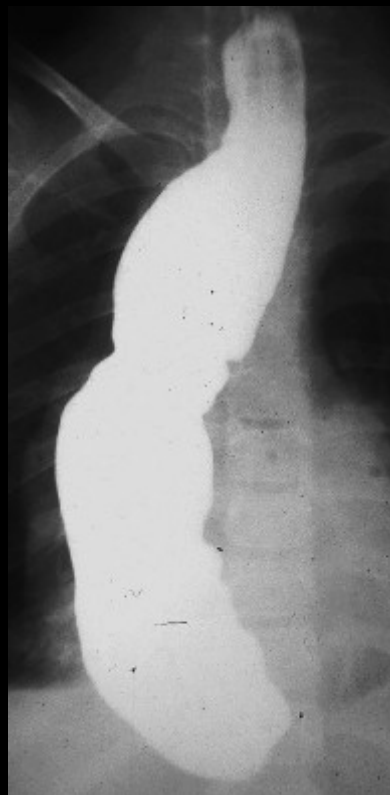
méga œsophage

Maladie de Chagas

Adolescent de 13 ans

Dysphagie, régurgitations chroniques, perte de 5 kg

Douleurs rétro sternales



Maladie de Chagas

- **Trypanosomiase** américaine (brésilienne) = « Mal de caderas »
- 1^{ère} description par un parasitologue brésilien, **Carlos CHAGAS** (1879-1934), en 1909.
- Maladie parasitaire qui sévit dans les régions tropicales d'Amérique du Sud et Centrale.
- *Trypanosoma cruzi*, transmis par des réduves, sorte de punaises hématophages, comme la vinchuca.
- 13 000 DC/an, I=300 000



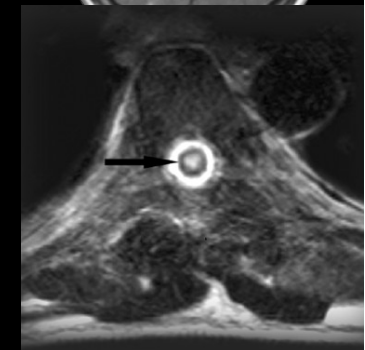
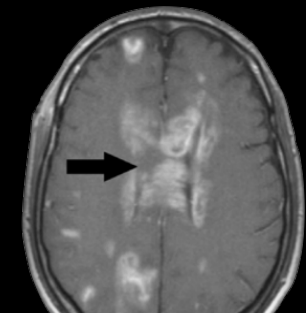
Phase aiguë: nodule cutané isolé (*chagome*) au point d'inoculation. Quand ce point est conjonctival, conjonctivite unilatérale et oedème périorbitaire + lymphadénite préauriculaire = **signe de Romana**. +/- fièvre, HSM, myocardite.



Phase chronique: symptomatique dans un tiers des cas, ne se produit pas avant des années voire des décennies après l'infection initiale: **cardiomyopathie**, **mégacolon** ou **mégaoesophage**, **démence**. Ttt uniquement chirurgical à cette phase. DC par atteinte cardiaque.



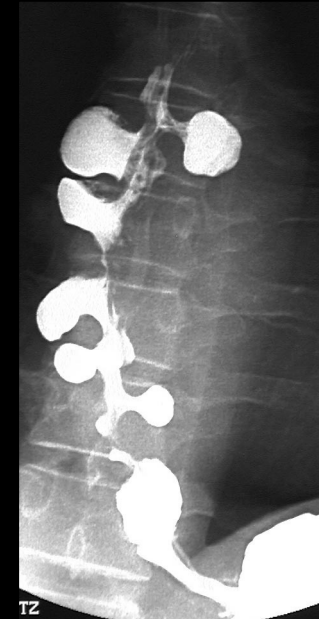
Maladie de Chagas



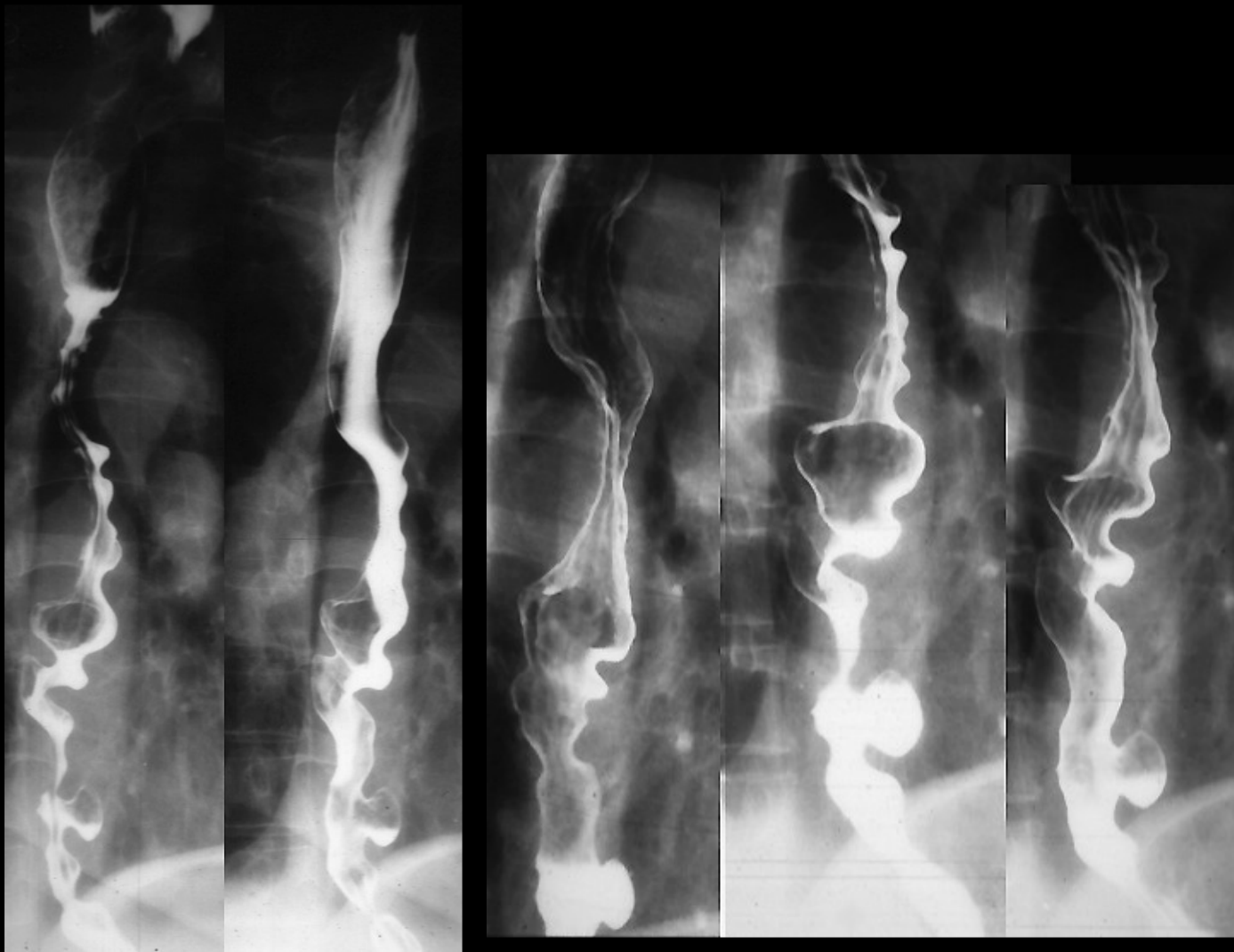
I.2. Maladie des spasmes étagés : Sd de Barsony-Teschendorf



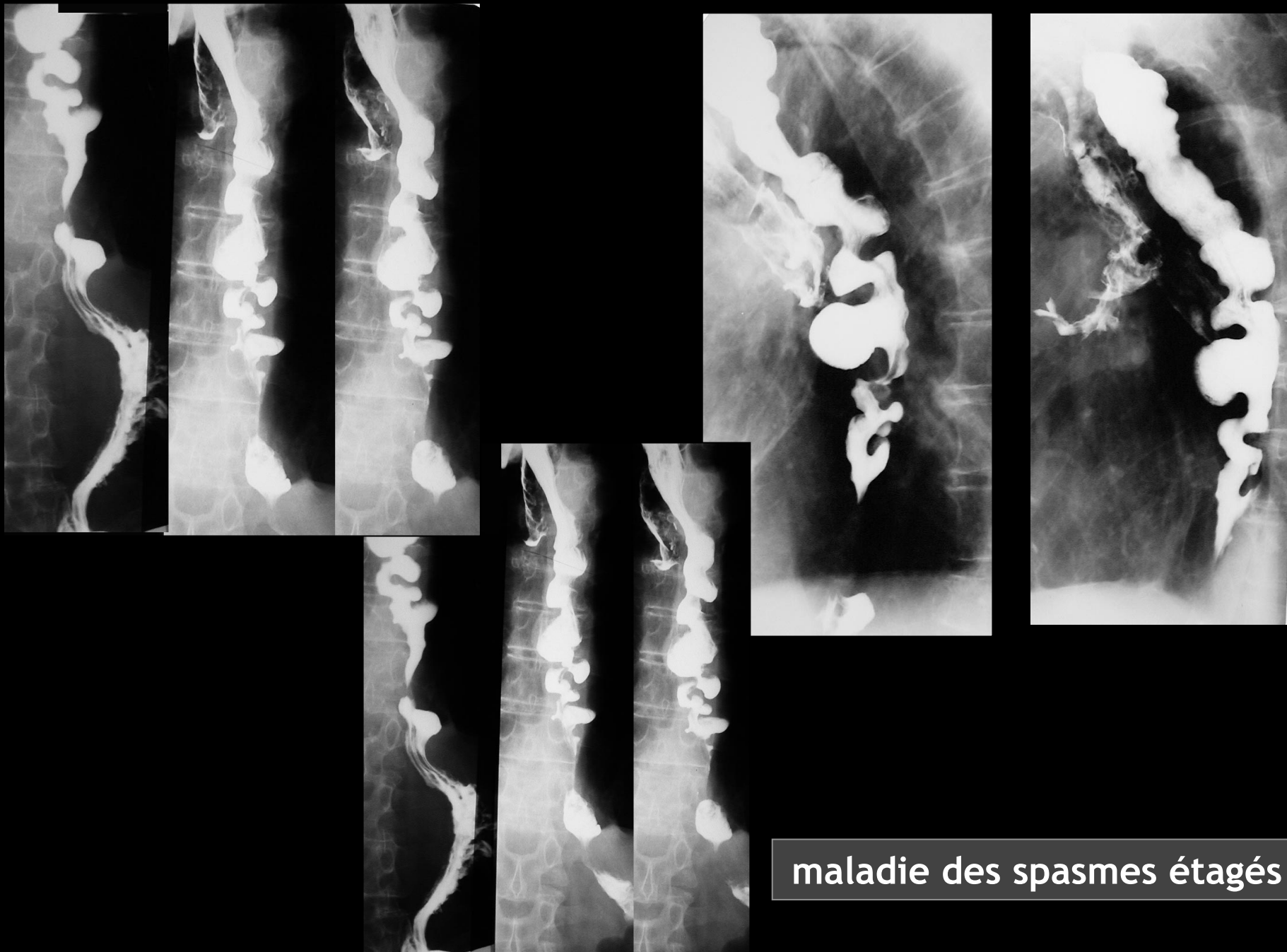
DES : diffuse oesophageal spasm



- **Douloureuse** et dysphagiente
- Rare, > 60 ans
- Manométrie : contractions amples et non propagées d' aspect souvent polyphasique alternant avec des séquences péristaltiques normales
- 1/3 inf de l'œsophage
- SIO normal



maladie des spasmes étagés



maladie des spasmes étagés

Nutcracker (oesophage casse-noisette) :
diagnostic manométrique.

- Contractions péristaltiques distales de haute amplitude

- Radiologie : normale, ou contractions

Trouble de motilité non spécifique : diagnostic manométrique

- NEMD = Nonspecific Esophageal Motility Disorder

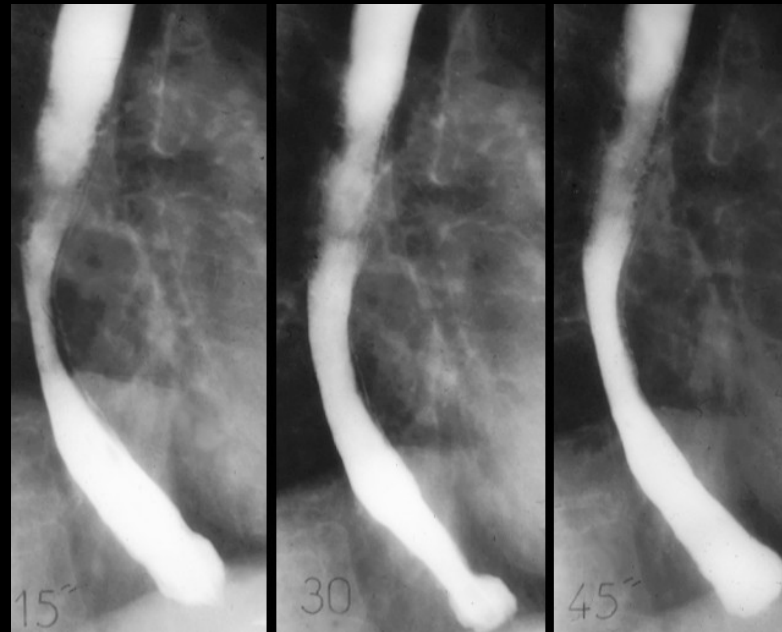
- Radiologie : normale, ou contractions

Presbyoesophage : dysfonction oesophagienne en rapport avec l'âge

Troubles de motilité secondaires :

Collagénoses : **sclérodermie** +++, DM, PM





Atteinte digestive dans 50% des cas
Anomalies motrices oesophagiennes:
dyskinésie, associées à un reflux et à une
oesophagite peptique

sclérodermie viscérale

II. Diverticules

- **Diverticules de pulsion +++**

- pseudo-diverticules : hernie muco-sous-muqueuse au travers de la musculature, secondaires à une hyperpression endoluminale par trouble de la motricité; paroi constituée de muqueuse et ss muqueuse

- **Diverticules de traction**

- patho inflammatoire du médiastin (BK++) ; paroi comprend ttes les couches de la paroi oesophagienne
 - N' existent pas !!!!

- 3 localisations différentes pour un même mécanisme

- Tiers supérieur : diverticule de **Zenker**

- Le plus fréquent

- Par pulsion **au travers d' une déhiscence anatomique**

- Tiers moyen : diverticules d' origine dyskinétique

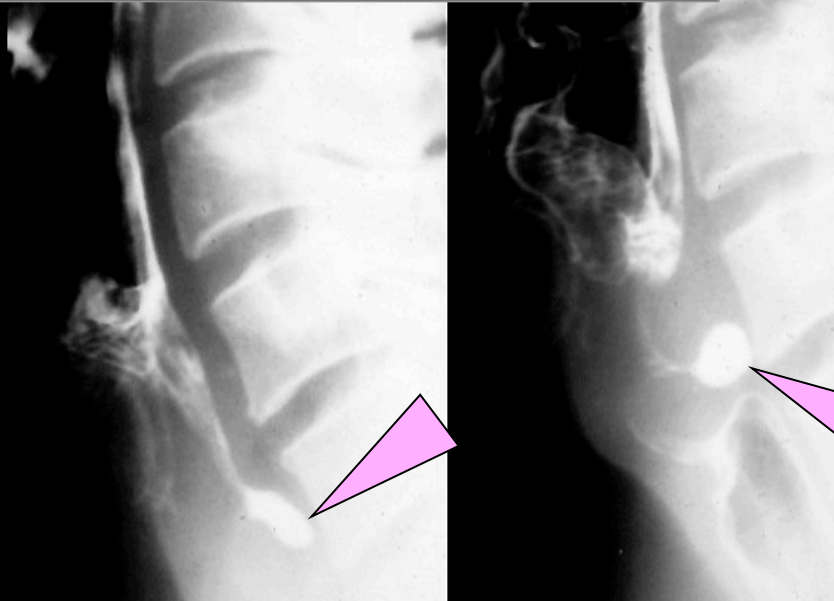
- Par pulsion

- Tiers inférieur : diverticule **epiphrénique**

- Par pulsion , également d' origine dyskinétique

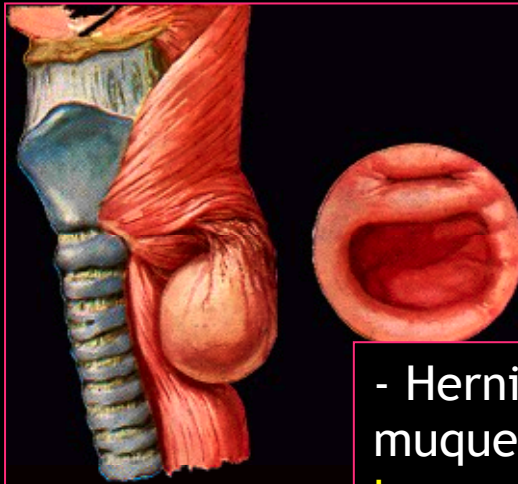
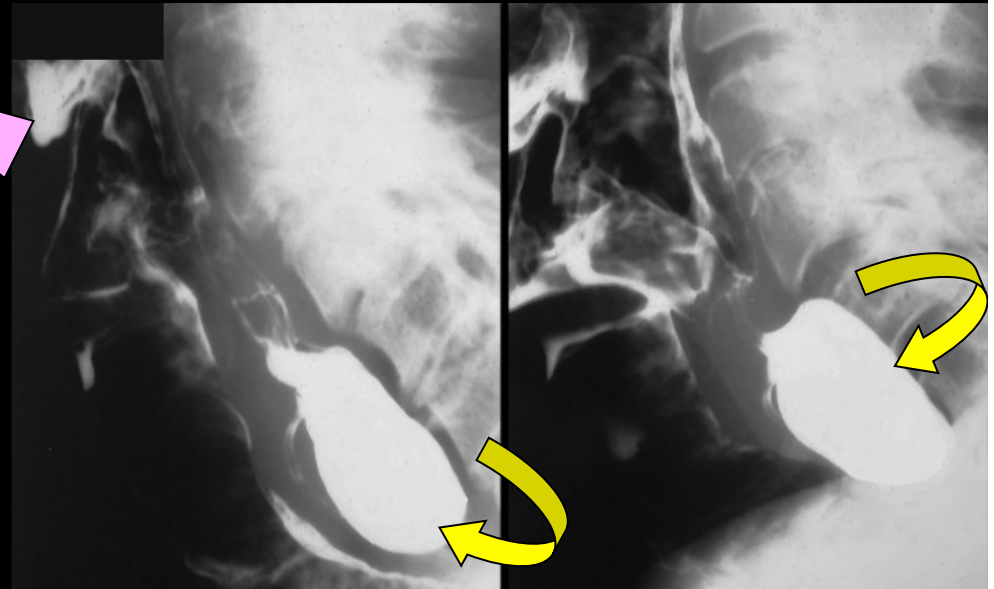


II.1. diverticules de Zenker

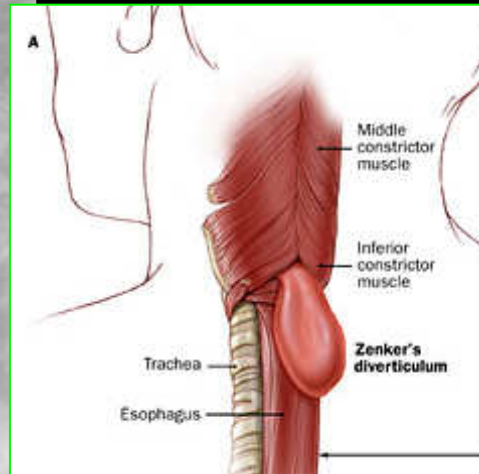
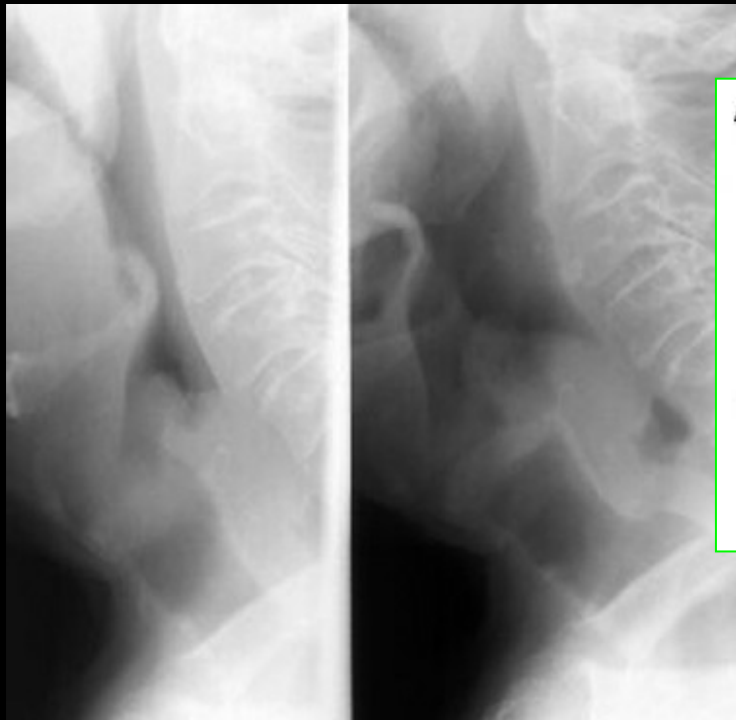


Aspect caractéristique:

La baryte remplit d'abord le diverticule **postérieur** qui se vide secondairement dans l'œsophage cervical



- Hernie postérieure de la muqueuse et de la sous-muqueuse, à travers la musculeuse siégeant **entre le constricteur inférieur du pharynx et le crico-pharyngien**
- Peut entraîner des pneumopathies de déglutition ou dysphagie si volumineux



Clinique : dysphagie, halitose, régurgitations, toux chronique
...parfois asymptomatique

Terrain : -sujets âgés +++

Etiologie : -dysfonction du muscle crico-pharyngé : achalasie, spasmes

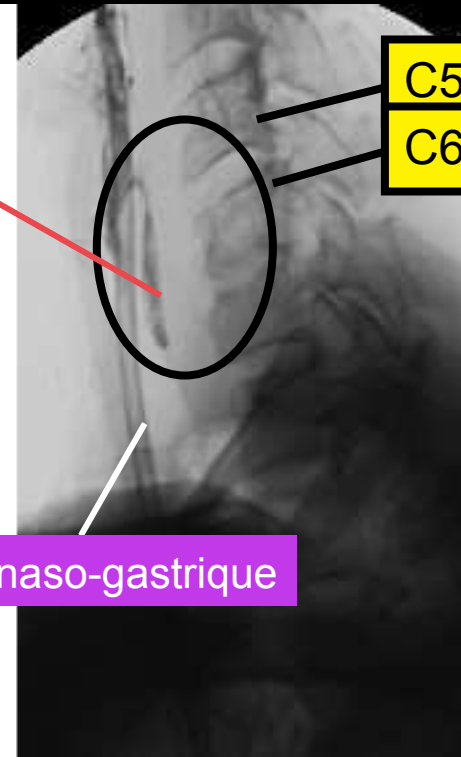
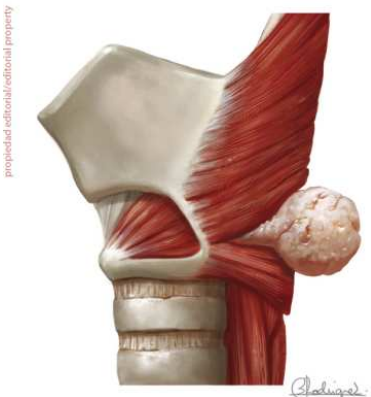
Facteurs de risque : -reflux gastro-oesophagien
-hernie hiatale
-achalasie oesophagienne

Imagerie

-Rx standard : niveau hydro-gazeux dans l'espace rétro-trachéal supérieur

-TOGD de profil +++: poche sacciforme postérieure, se remplissant de baryte, dont le col s'ouvre au dessus du muscle crico-pharyngé (niveau C5-C6)

+/- régurgitations naso-pharyngées après déglutition



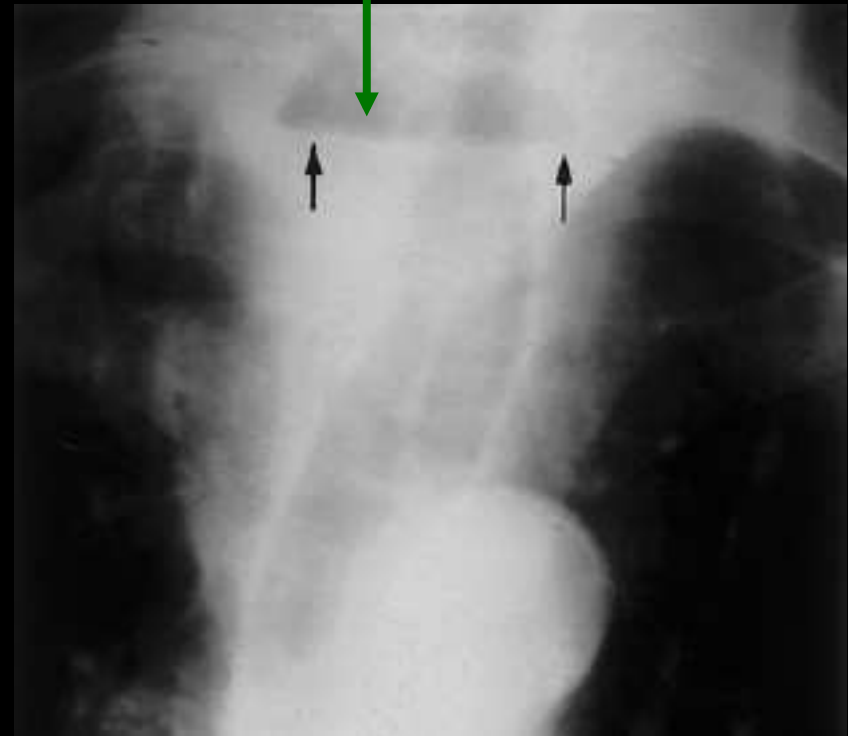
C5

C6

Sonde naso-gastrique



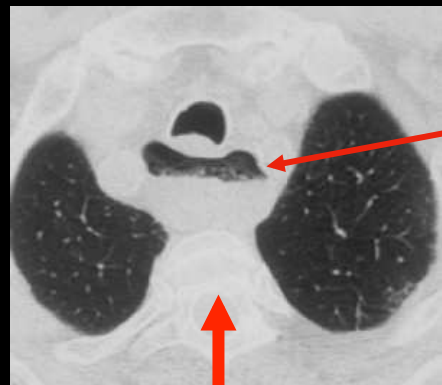
Poche rétro-trachéale supérieure
avec niveau hydro-gazeux
= diverticule de Zenker !



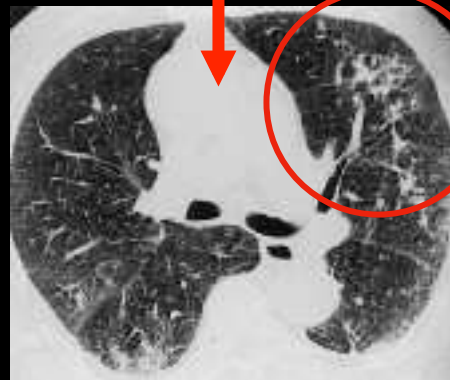
Y penser également en
imagerie en coupes !!!

Complications :

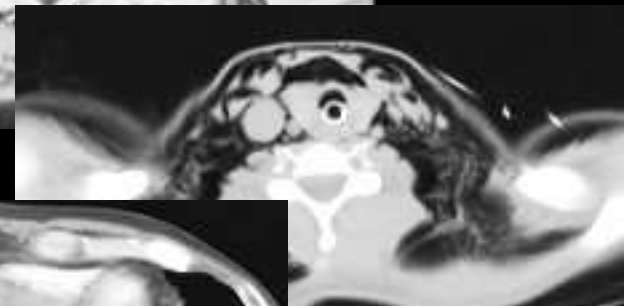
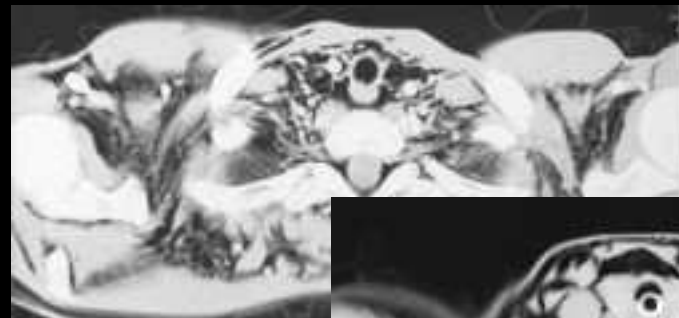
- Bronchiolite d' inhalation +++
- Risque de perforation endoscopique / ou per sondage ++
- Surinfection, ulcération, fistulisation
- 0,3% d' évolution néoplasique



Diverticule de Zenker



Bronchiolite

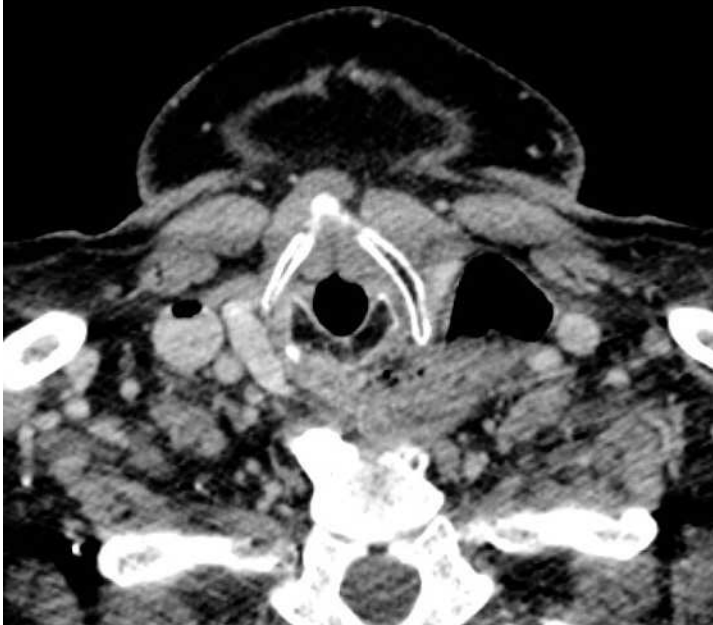


Pneumomédiastin
et emphysème sous
cutané
Perforation d' un
diverticule de Zenker

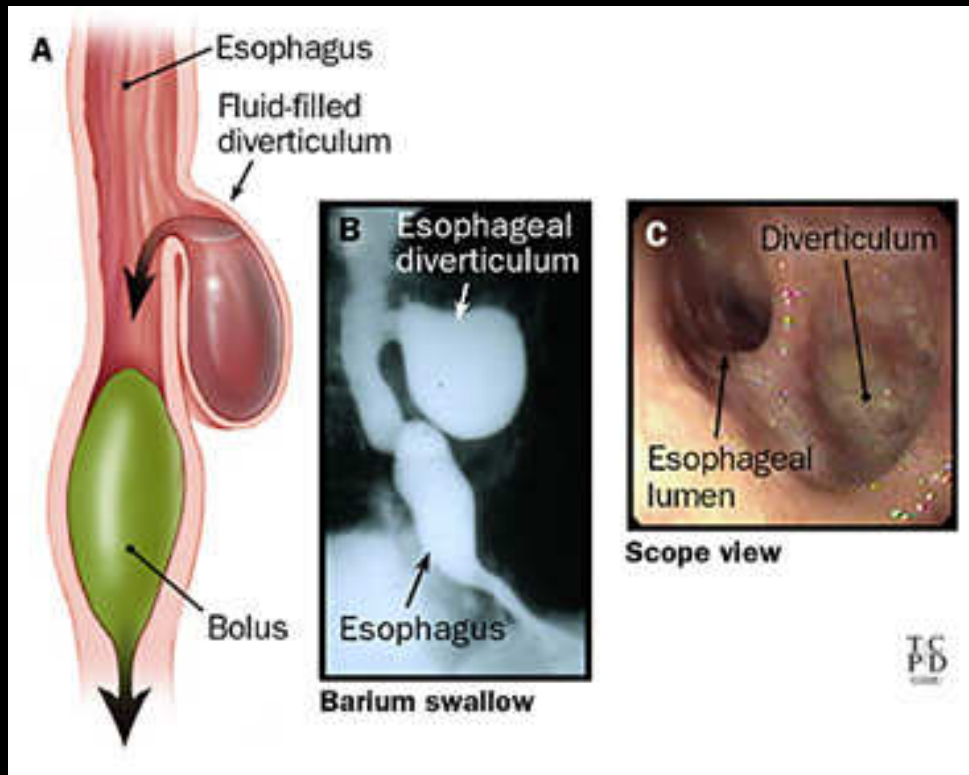


Diagnostic différentiel : **diverticule de Killian-Jamieson +++**

- Pseudo-diverticule de pulsion
 - Protrusion transitoire ou définitive d'une portion oesophagienne à travers l'espace de Killian-Jamieson (**niveau cervical antero-lateral**)
- En-dessous du muscle crico-pharyngé
- Plus rare et + petit (3-20 mm)



II.2. diverticules « épibronchiques »



Terrain : sujets âgés, M=F

Facteurs de risque :

- troubles de la motilité (achalasie)
- obstruction basse mécanique (néoplasique)
- reflux gastro-oesphagien
- hernie hiatale

Clinique :

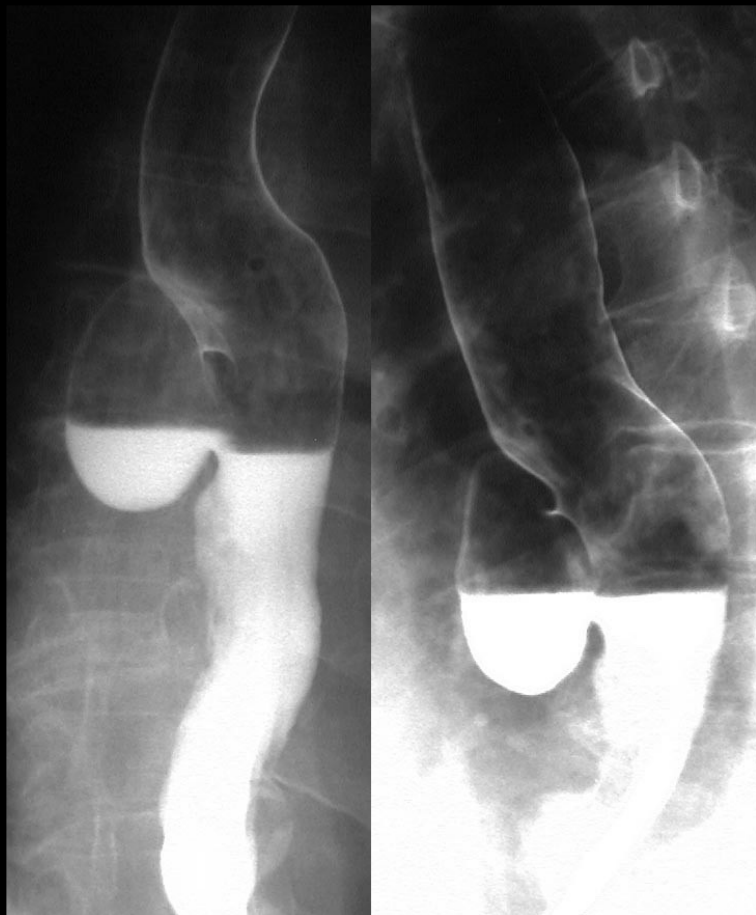
- asymptomatique
- dysphagie et régurgitations si taille élevée

Imagerie : TOGD baryté +++ en double contraste

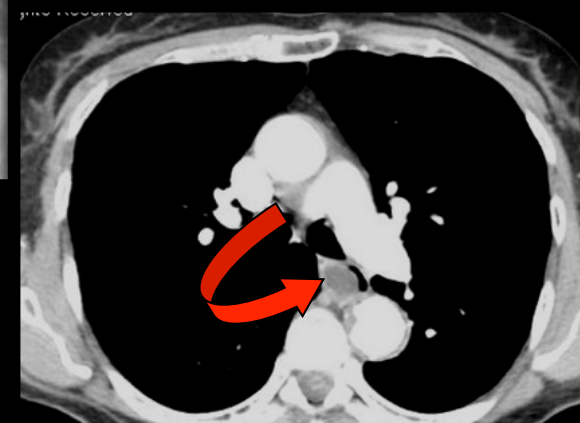
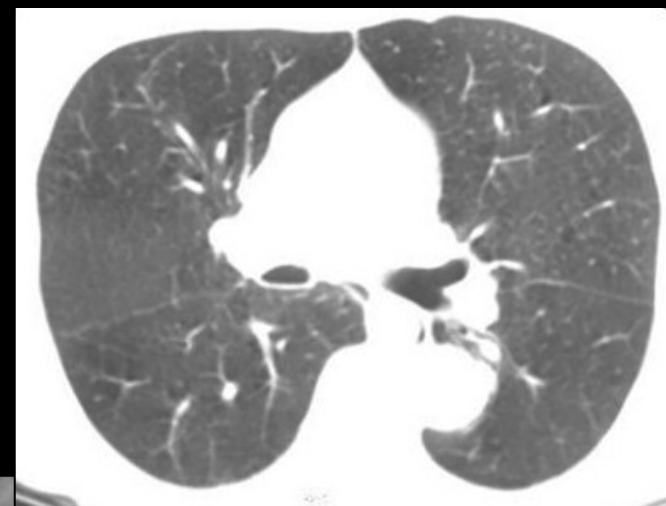
- Œsophage moyen :

- de face = ombres annulaires
- de profil = images d'addition arrondies, remplies par la baryte
- col large
- ne se vident pas
- petits diverticules (0,5-2cm) : parfois transitoires, n'apparaissant que lors de la contraction oesophagienne (déglutition)
- souvent multiples





diverticules « épibronchiques »



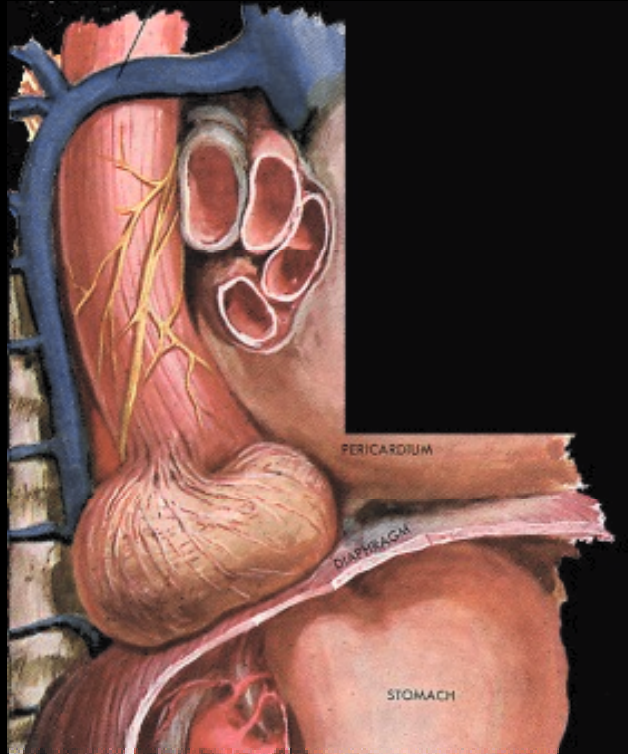
diverticule épibronchique

II.3. diverticules épiphréniques

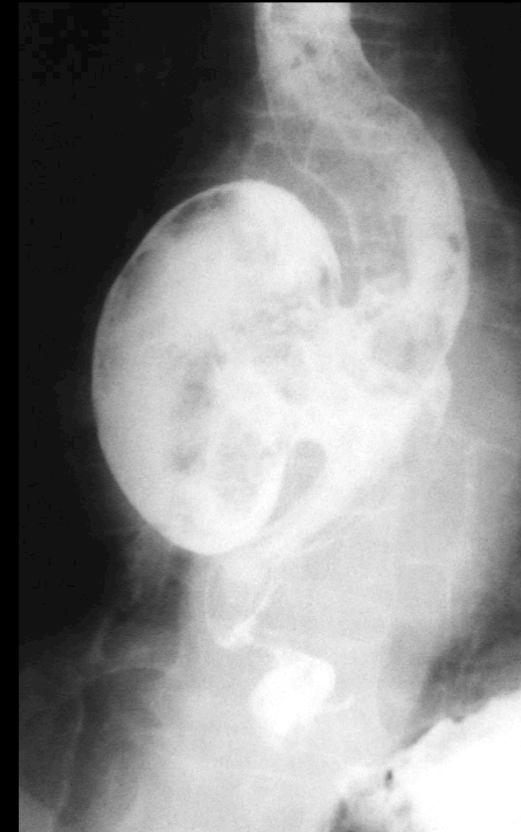
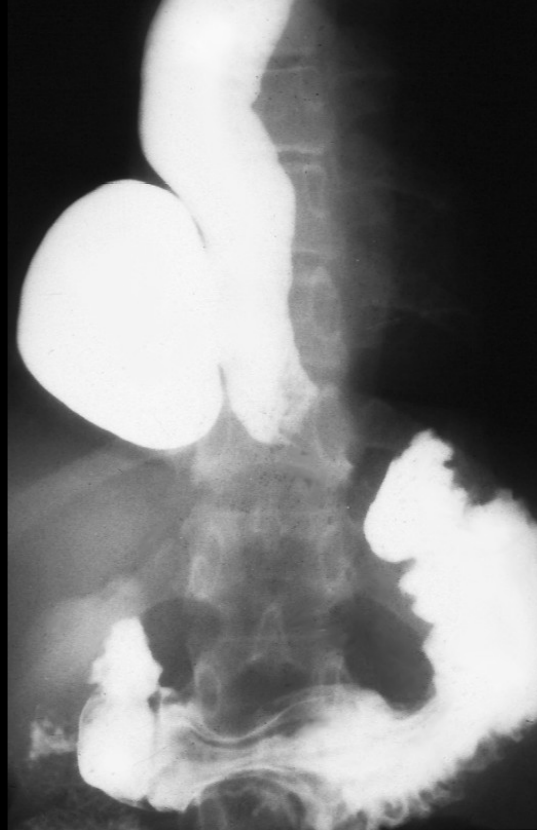
- Œsophage inférieur : diverticule épiphrénique
- de grande taille
- le plus souvent à droite
- association fréquente avec achalasie et hernie hiatale



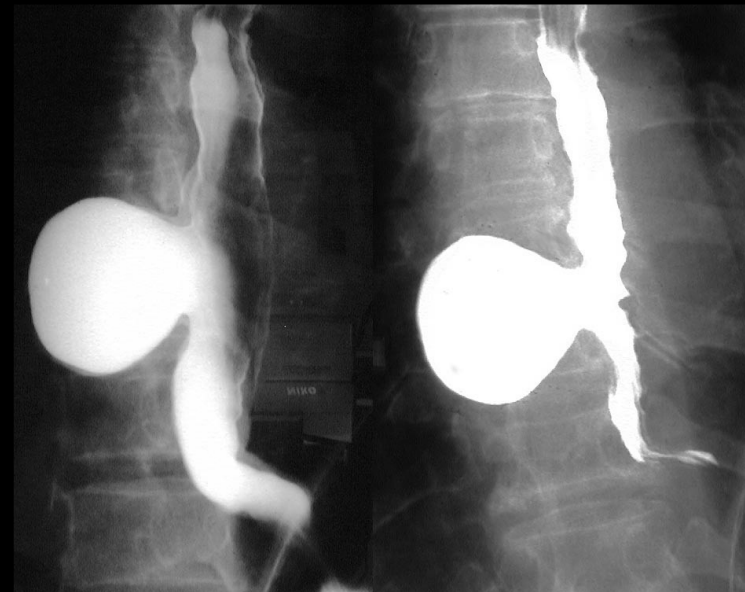
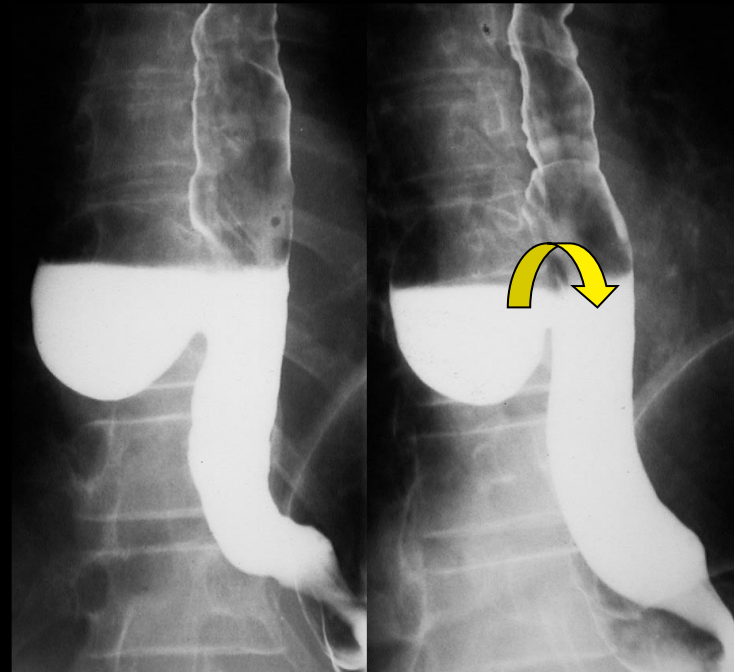
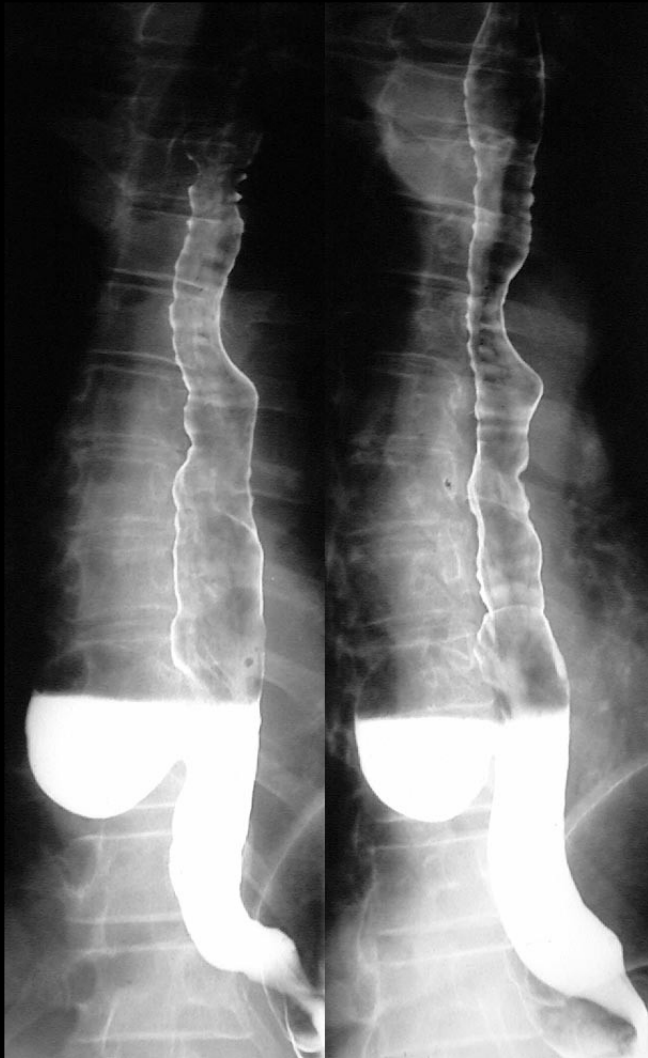
diverticule épiphrénique



1/3 inf de l'œsophage
de pulsion



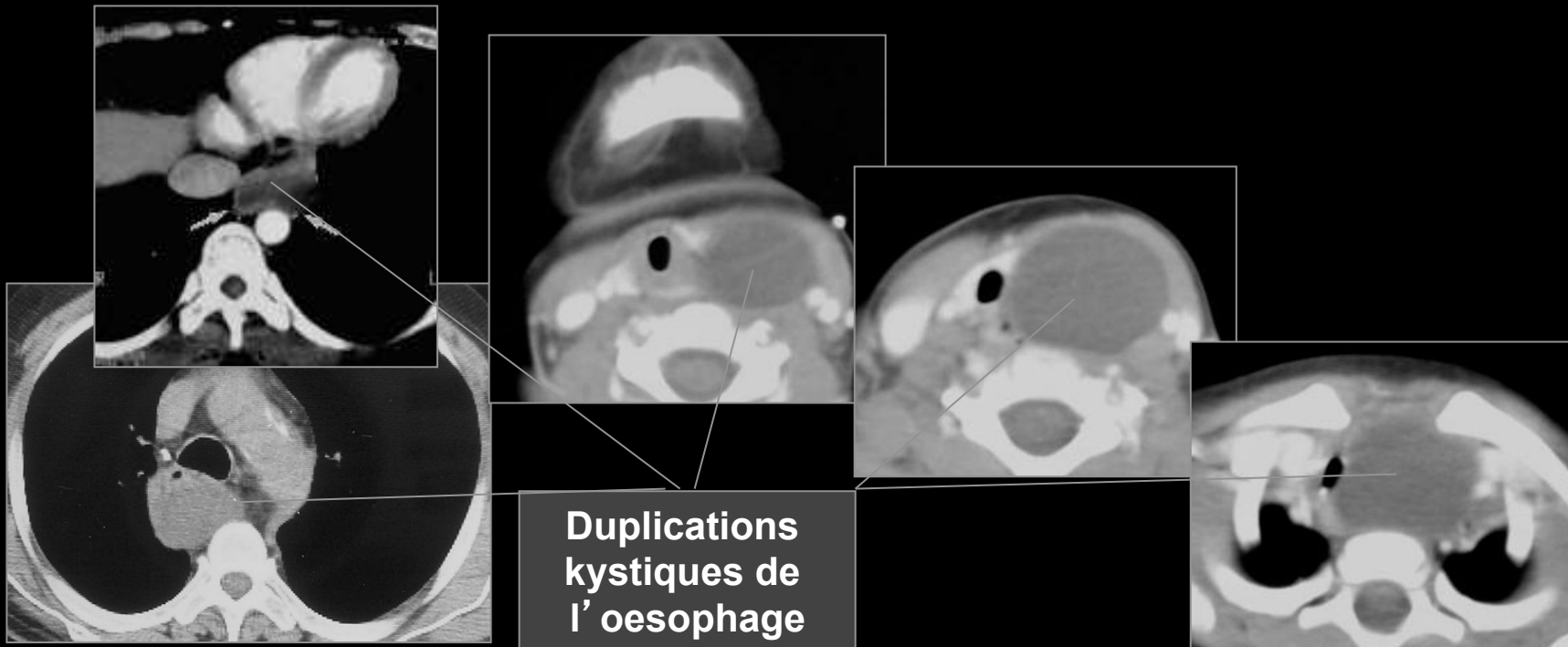
- Souvent volumineux, rare
- Bord droit de l'œsophage sus diaphragmatique
- Origine dyskinétique



diverticules épiphréniques

Diagnostics différentiels

- hernie hiatale +++
- duplication kystique ++ (rare, masse hydro-gazeuse médiastinale postéro-inférieure **ne se remplissant pas en TOGD** : non communicante)



Pathologie oesophagienne

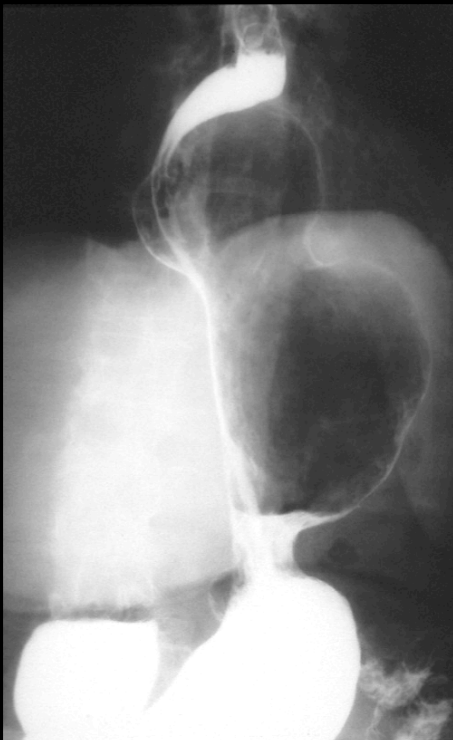
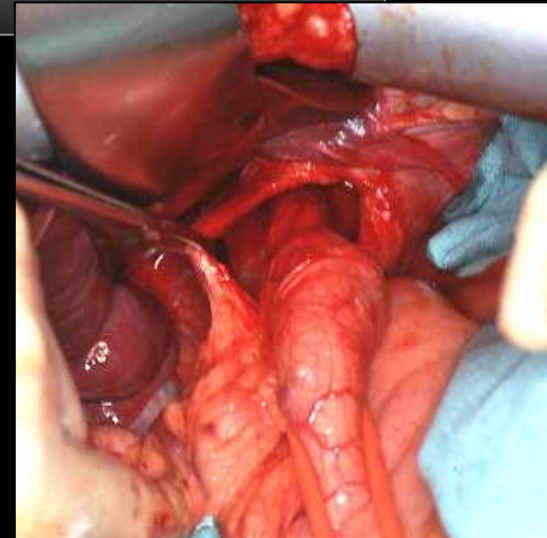
III. Pathologie inflammatoire

III.1. RGO, hernie hiatale, oesophagite peptique

III.1. RGO, hernie hiatale, oesophagite peptique

Hernie hiatale par glissement

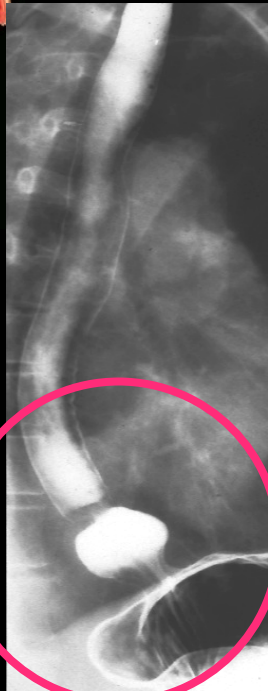
- 90% des HH
- Jonction cardio-oesophagienne en situation intra-thoracique
- svt associée à un RGO par incompetence du SIO



Hernie hiatale par glissement



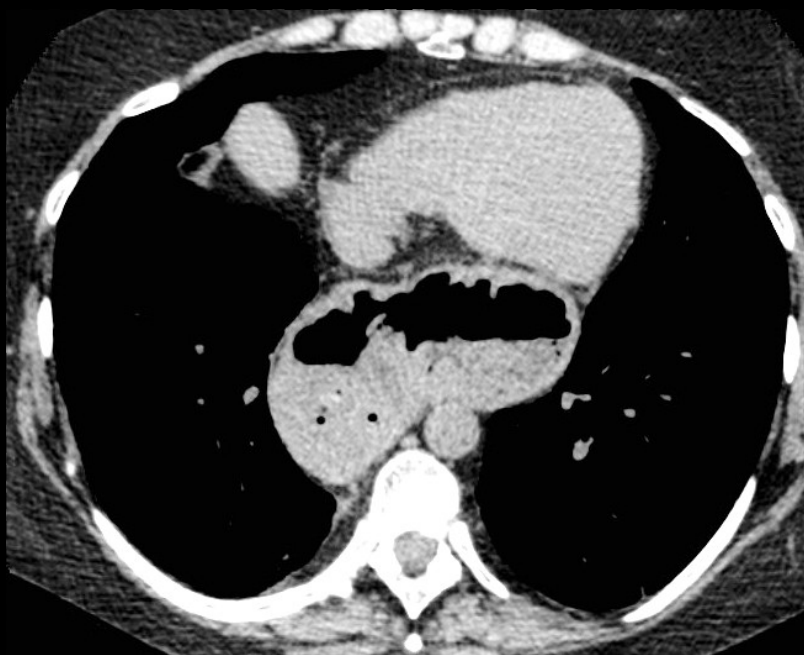
Dilatation
normale
fugace sur
angle de His
normalement
fermé



ampoule épiphrénique

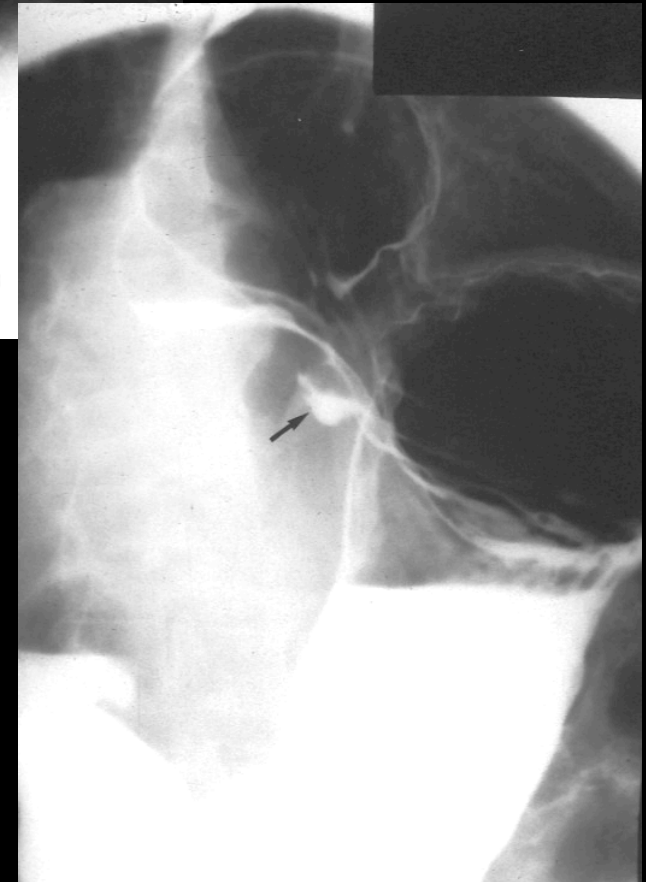
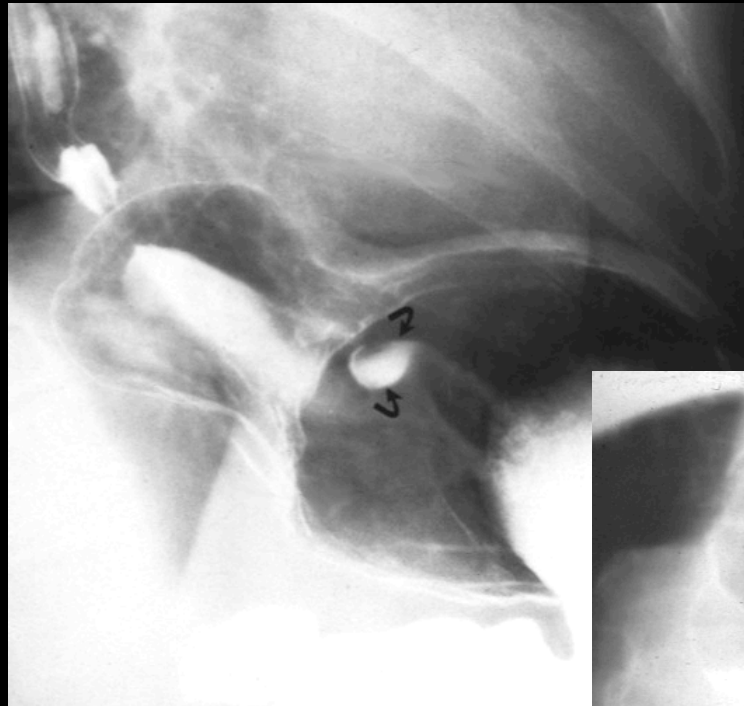
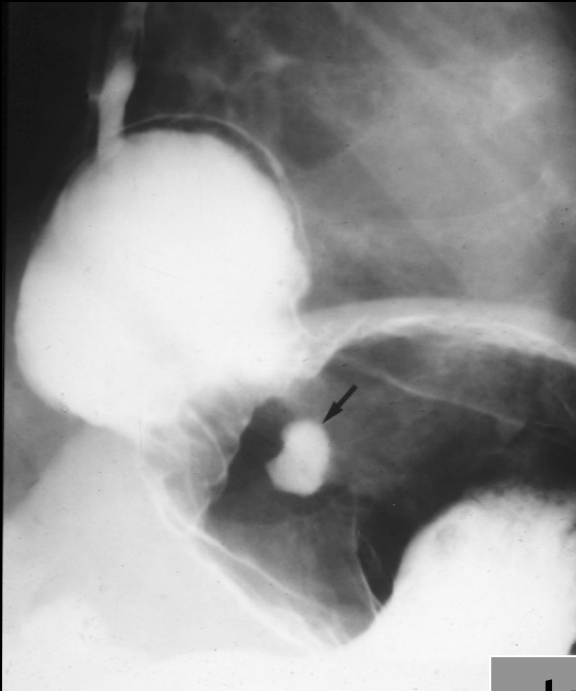


HH par glissement



Hernie hiatale par
glissement



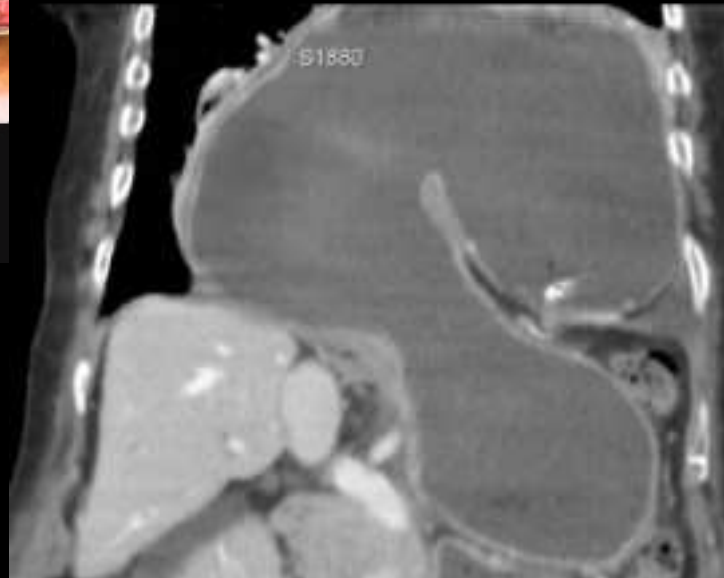
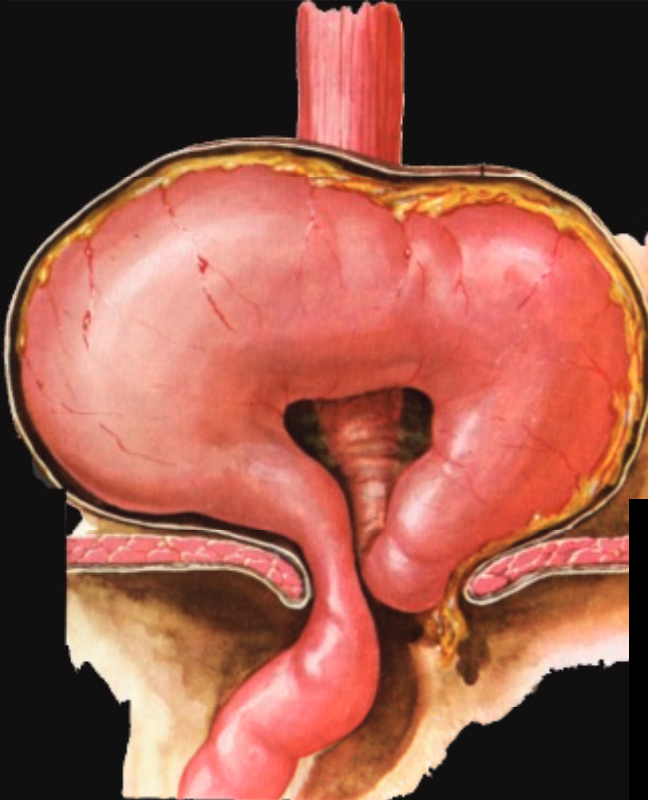


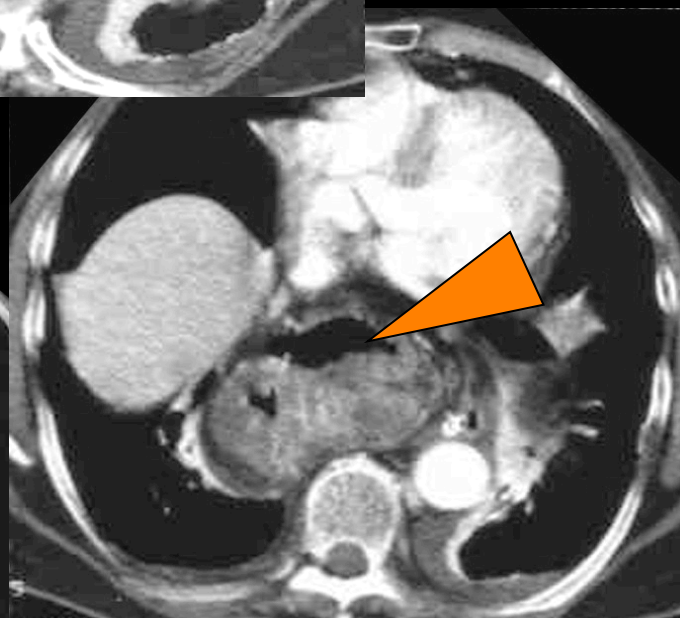
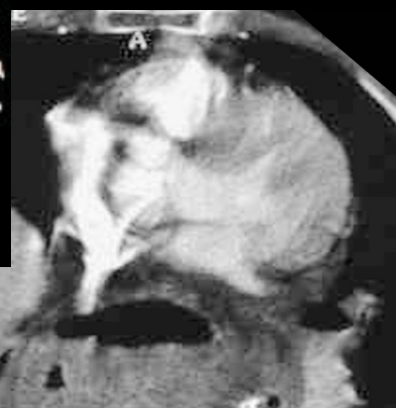
ulcère du collet herniaire

Souvent térébrant et
hémorragique, incrustant
profondément le diaphragme

HH par roulement ou latérale

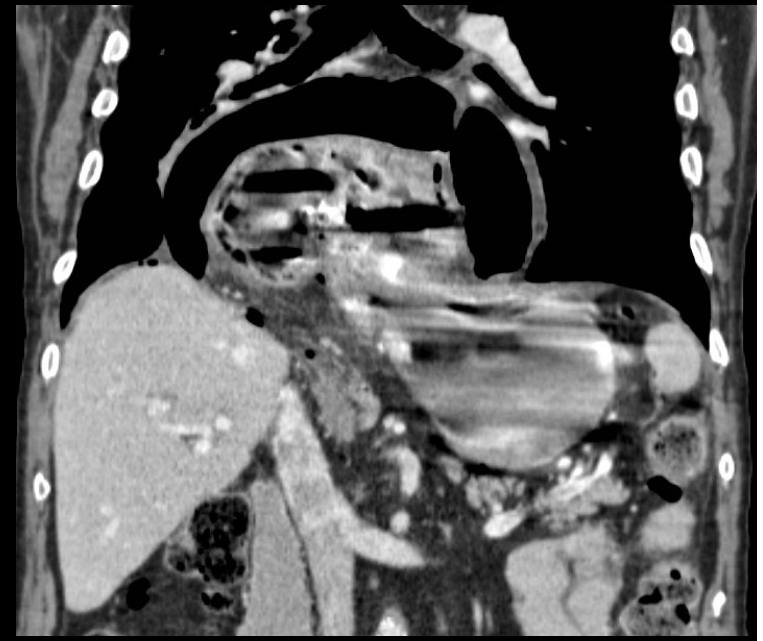
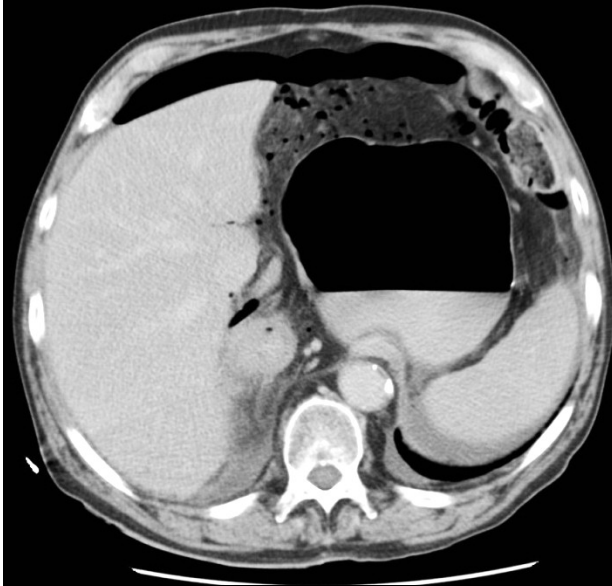
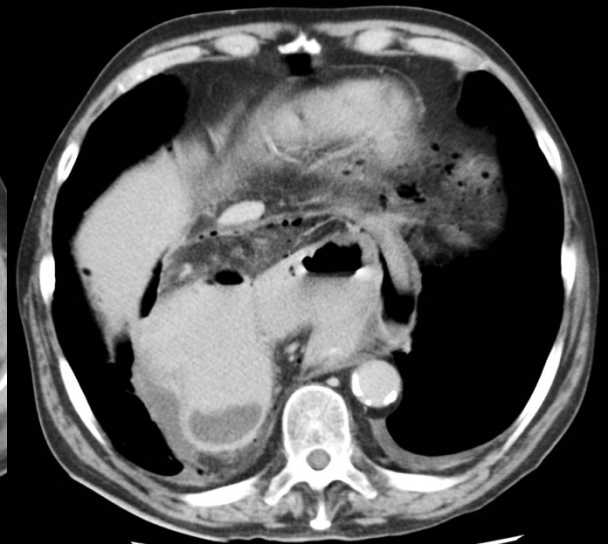
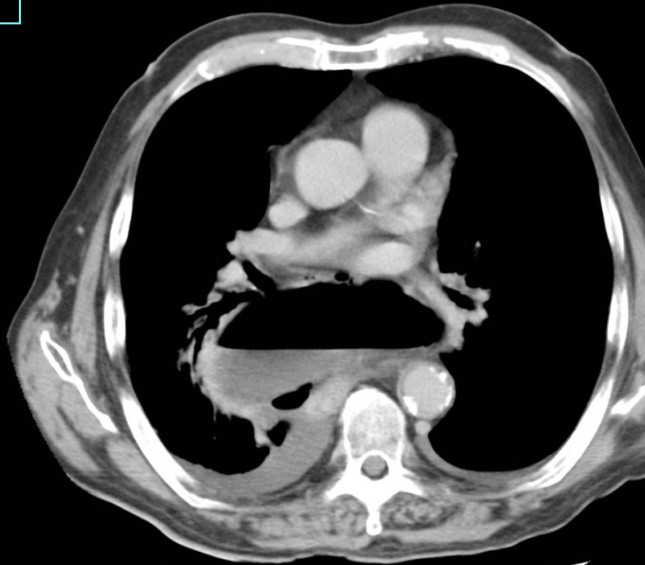
- 15% des HH
- **Cardia sous - diaphragmatique**
- Passage d'une partie de l'estomac dans le thorax en avant de l'œsophage (volvulus organo-axial)
- Pas de RGO mais complications propres à la poche herniaire (infarctus, étranglement)



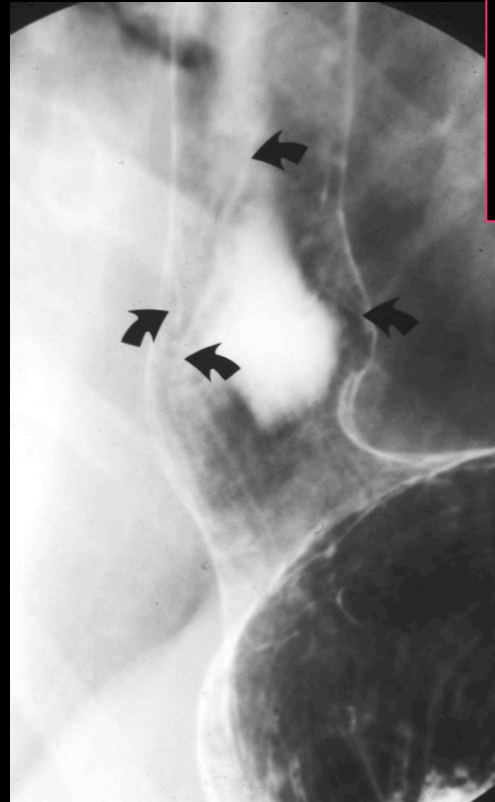


**HH par roulement
étranglée + perforation**

**HH par roulement
étranglée + perforation**



Oesophagites de reflux



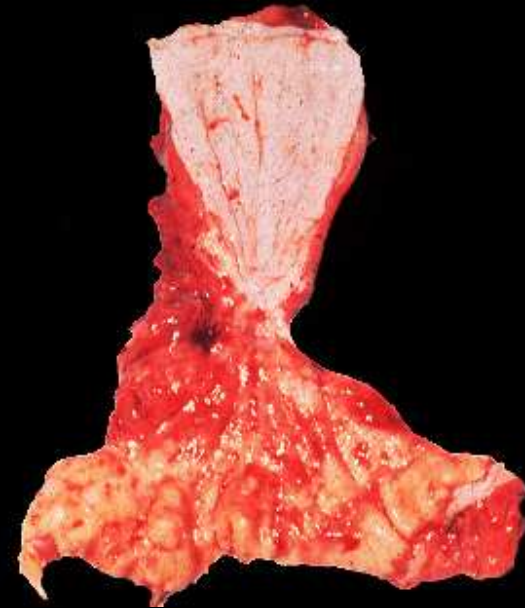
Intérêt restreint de l'imagerie radiologique
(Malposition cardio-tubérositaire : ouverture de l'angle de His avec cône d'attraction cardiaque)

Nodulations, épaissement des plis, ulcérations superficielles

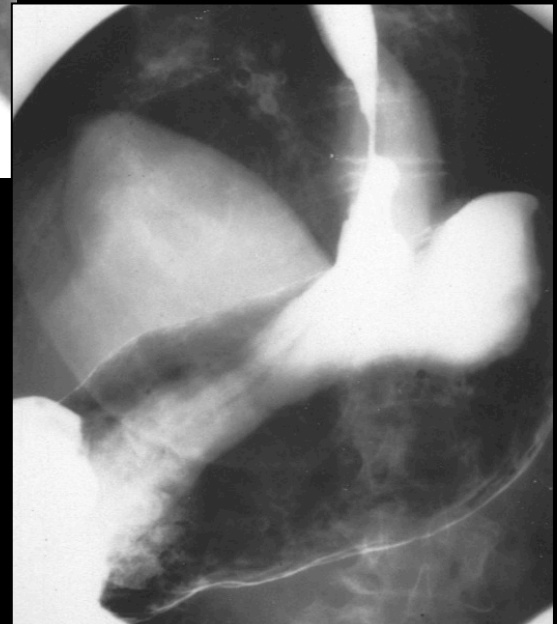
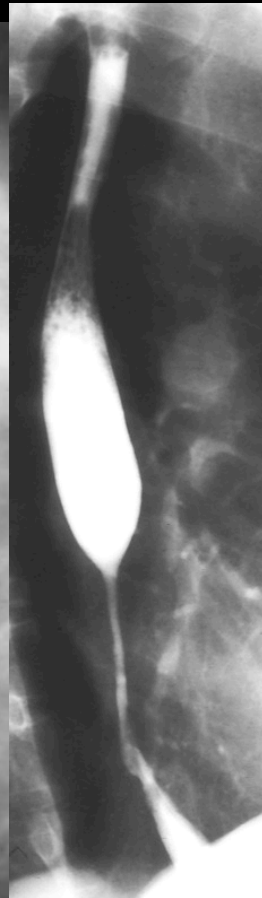
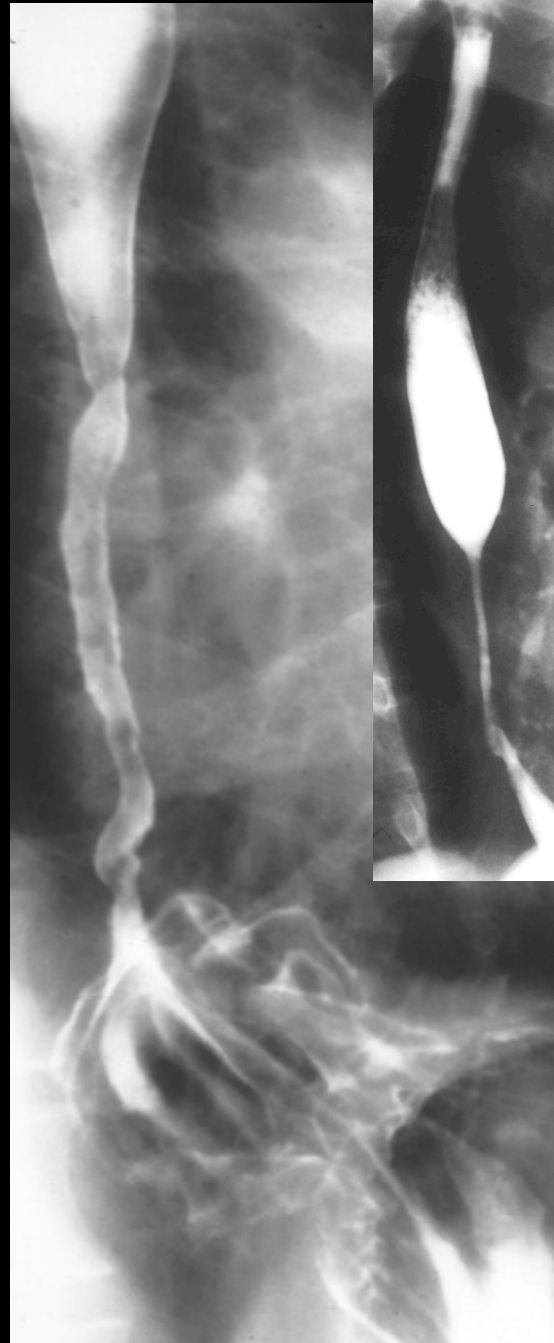
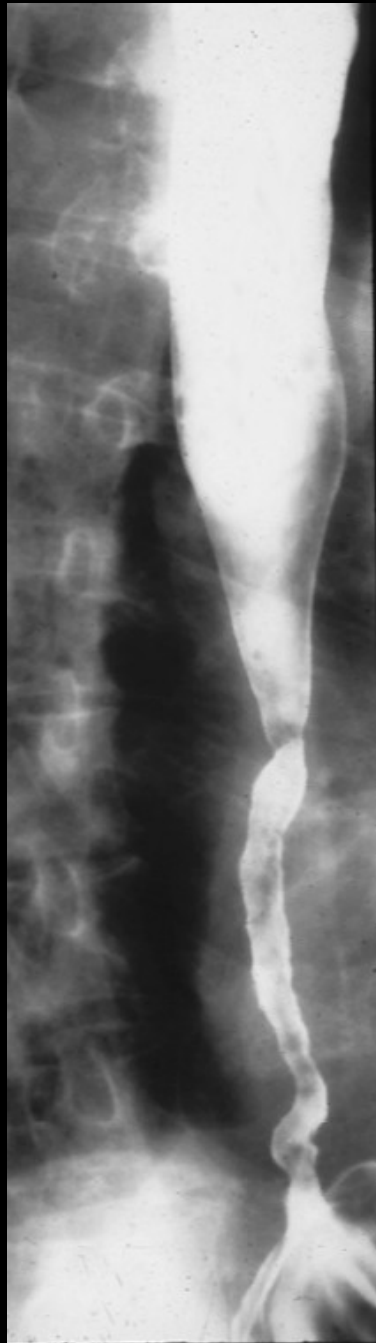


Remaniements fibreux : sténoses
circonférentielles symétriques,
centrées, sur l'œsophage distal

oesophagites de reflux



Oesophagites peptiques



Oesophagite peptique

Grade 1 : érosion isolée

Grade 2 : érosions confluentes

Grade 3 : érosion circulaire

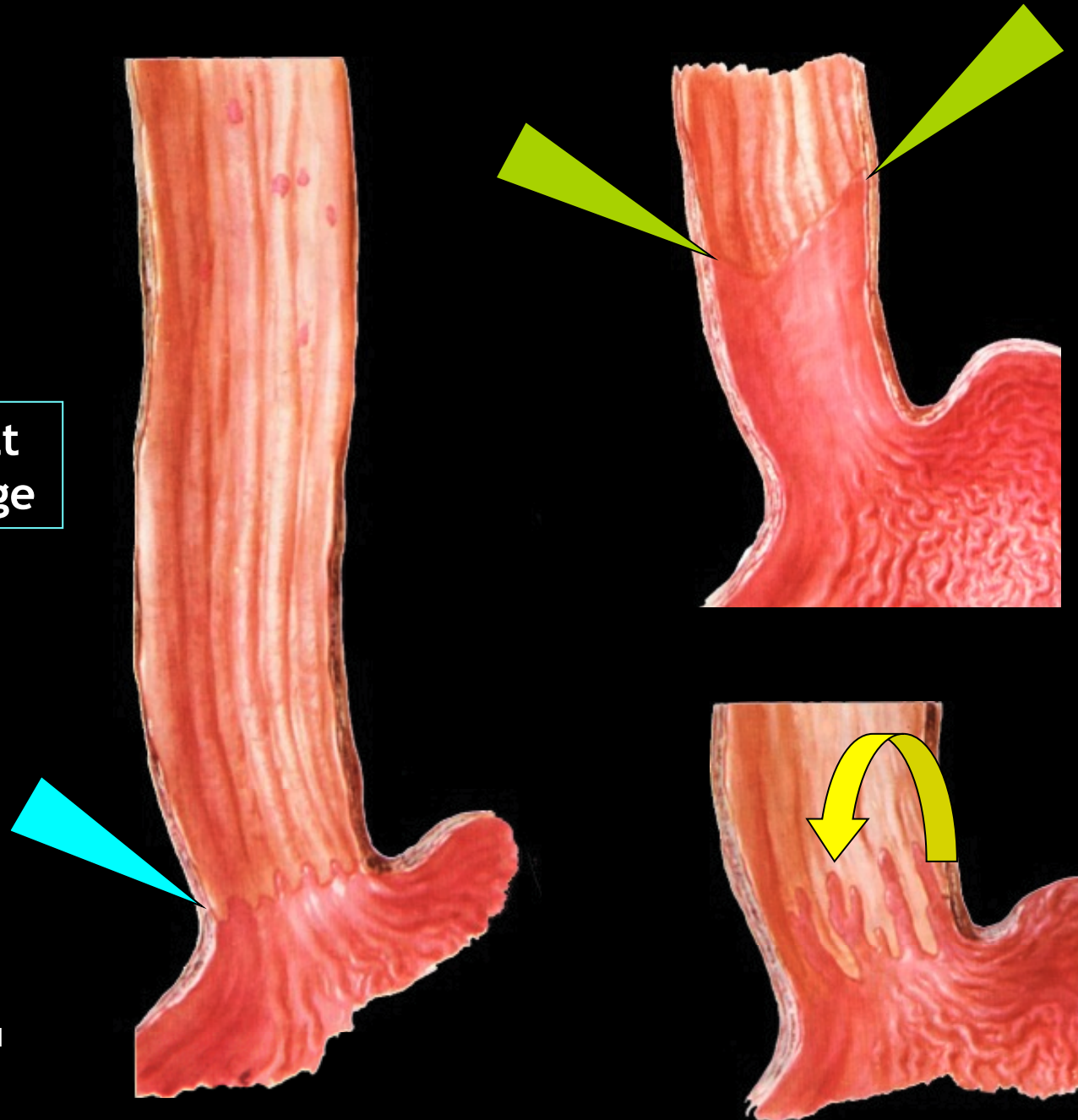
Grade 4 : complications chroniques inférieures à 3 % des oesophagites
sténose peptique
ulcère oesophagien

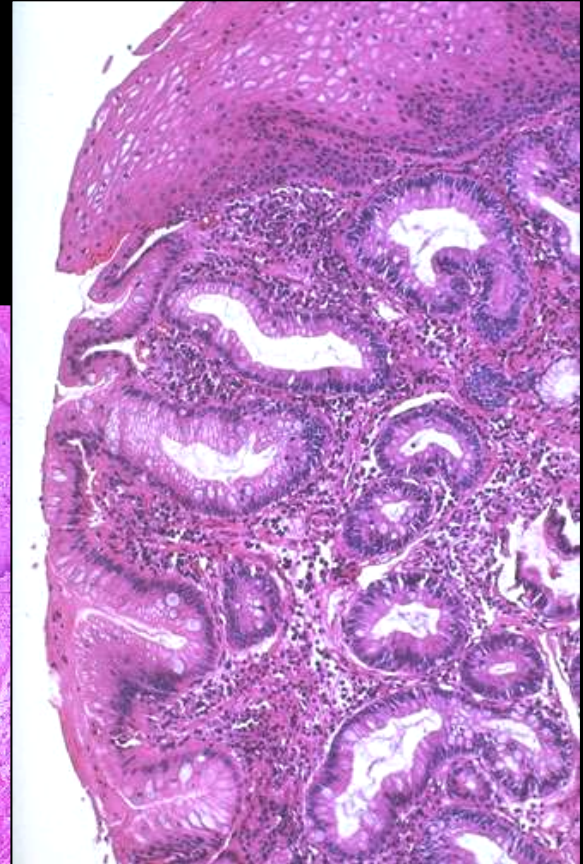
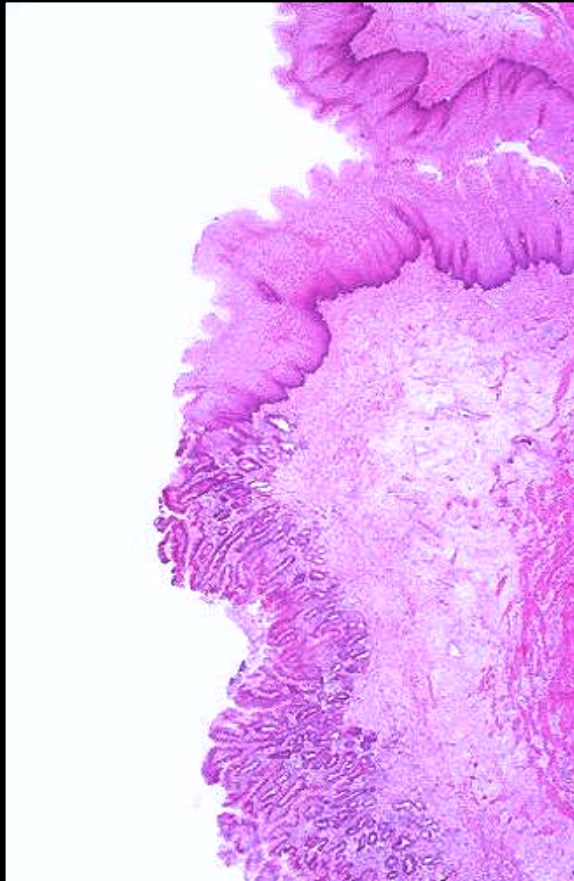
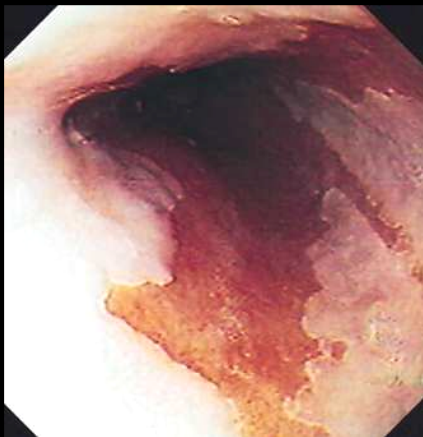
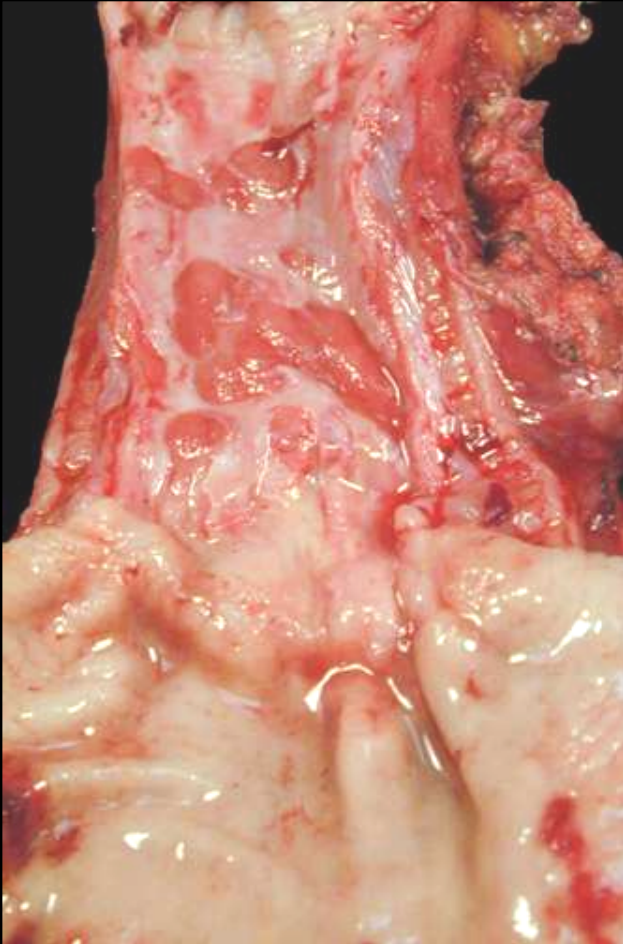
Grade 5 : endobrachyoesophage

oesophage de Barrett
endobrachyoesophage

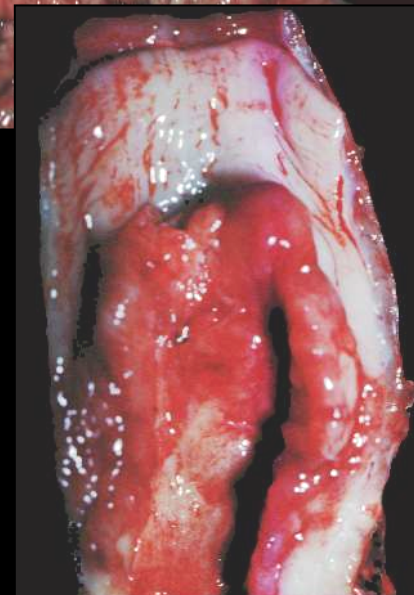
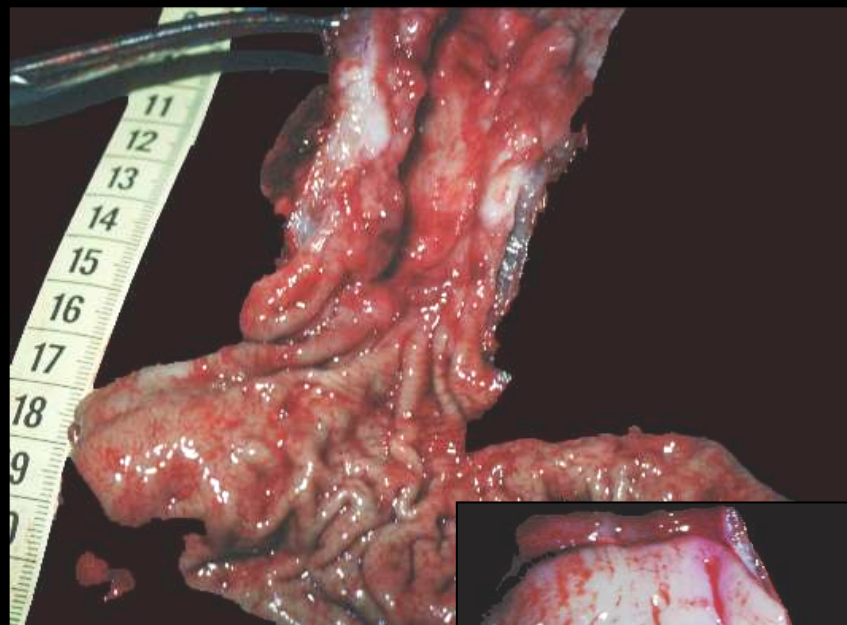
ligne Z ou Z-Z

Muqueuse métaplasique au
dessus de la ligne Z

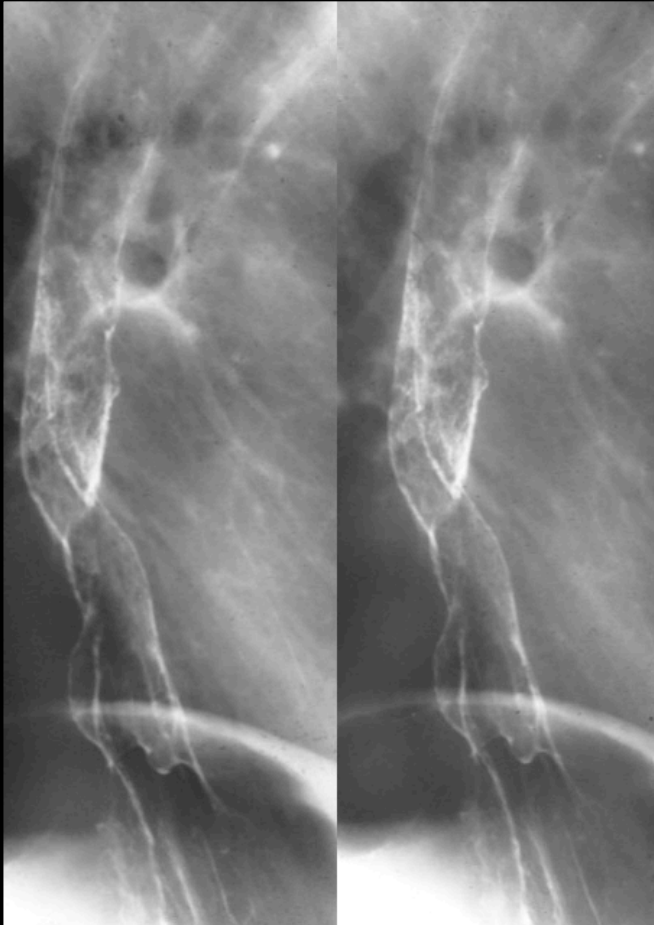




oesophage de Barrett



ADK /oesophage de
Barrett

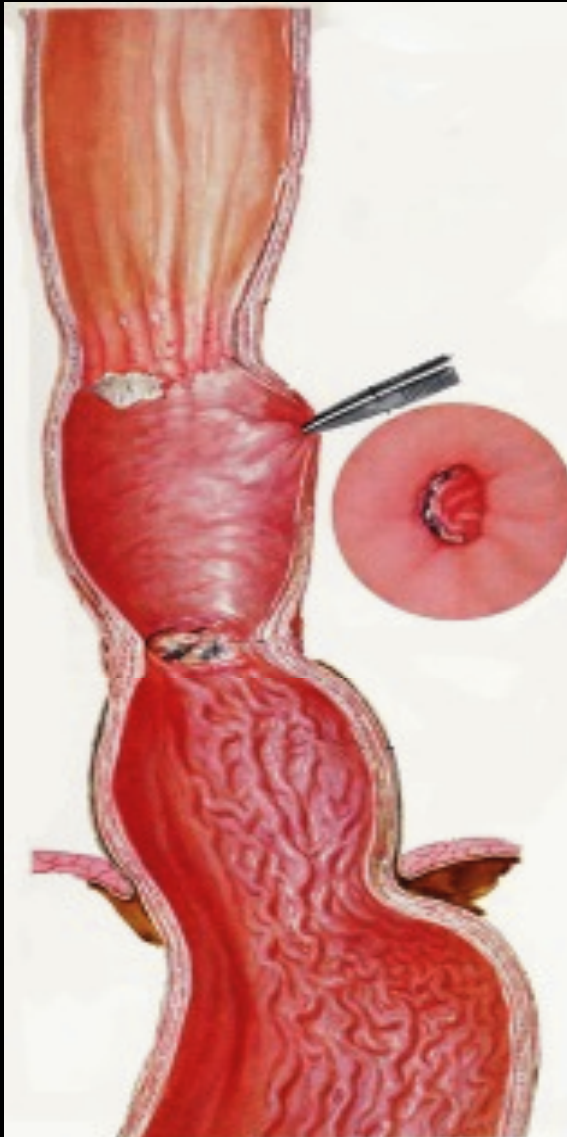


oesophage de Barrett

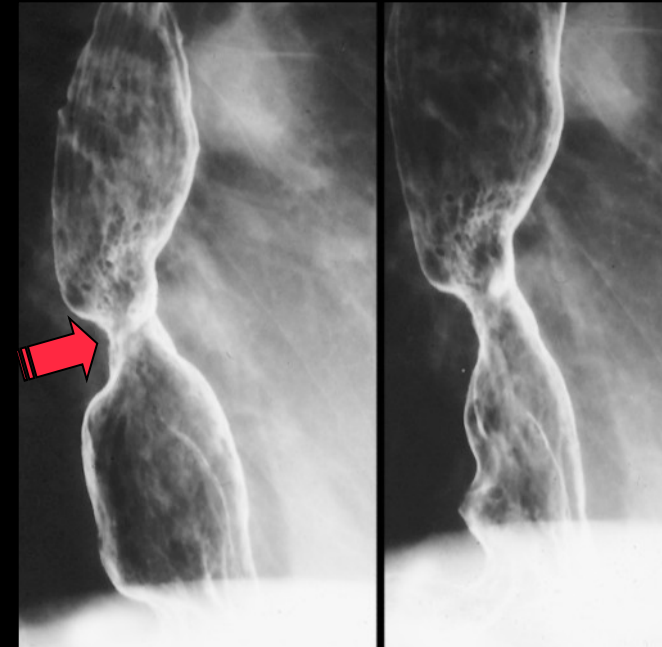
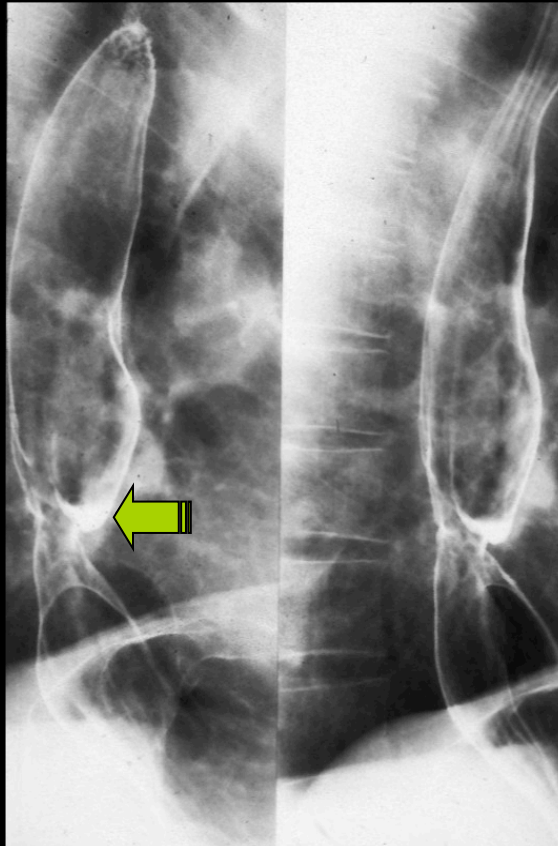
- Aspect réticulaire de la muqueuse
- Sténose



Images aréolaires de
type gastrique sur la
muqueuse du bas
oesophage



Sténoses peptiques



endobrachyoesophage

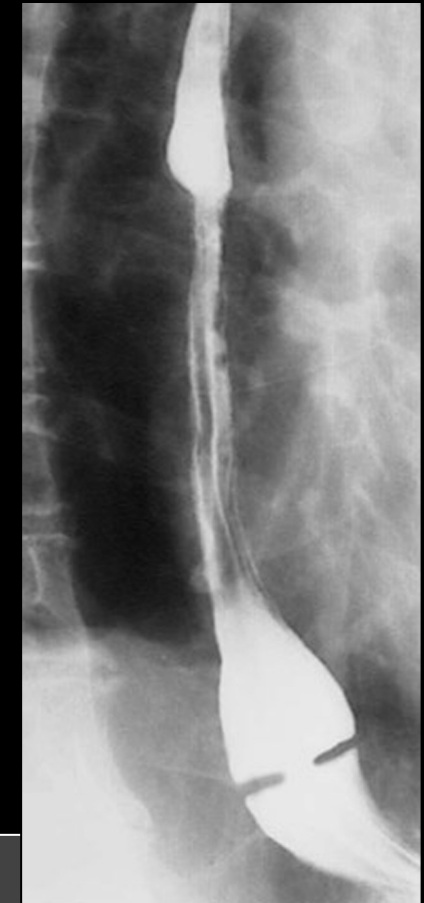
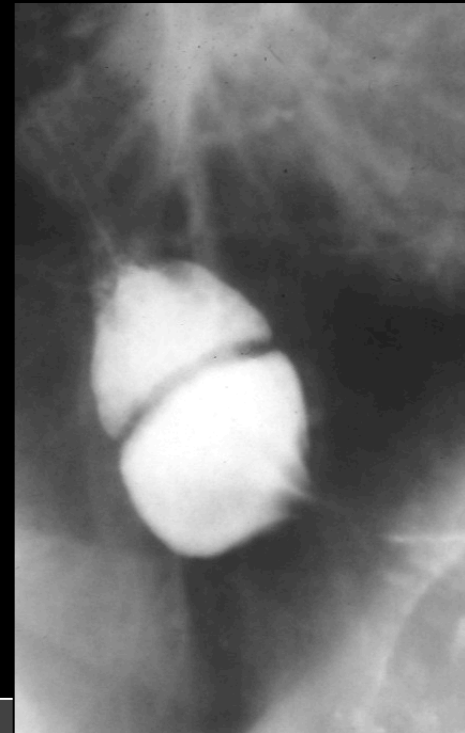
Anneau de Schatzki

Sténose pseudo-membraneuse du bas œsophage associée à une **hernie hiatale** sous-jacente, revêtue sur chaque face par une muqueuse différente: oesophagienne au-dessus, gastrique en dessous



Image EMC

G. Schmutz Méthodes d'imagerie de l'oesophage : indications



- = anneau de l'oesophage inférieur
- Tapissé d'un épithélium pavimenteux sur sa face supérieure et d'un épithélium cylindrique sur sa face inférieure
- Très fréquent : 10 % de tous les clichés radiologiques barytés du tube digestif supérieur
- Peu d'obstruction suffisante de la lumière oesophagienne pour causer de la dysphagie, même si un anneau de l'oesophage inférieur est souvent à l'origine de la dysphagie
- Traitement : bris de l'anneau à l'aide d'une bougie de grand diamètre ou d'un ballonnet de dilatation

Pathologie oesophagienne

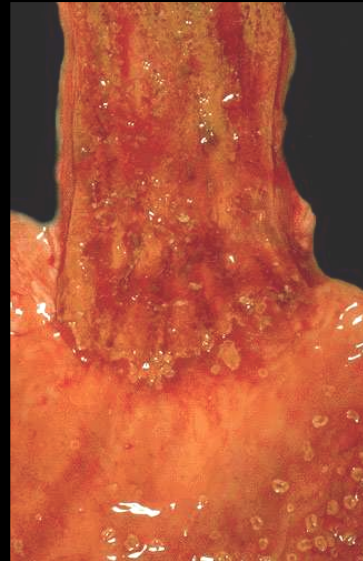
III. Pathologie inflammatoire

III.1. RGO, hernie hiatale, oesophagite peptique

III.2. Oesophagites infectieuses

III.2. Oesophagites infectieuses

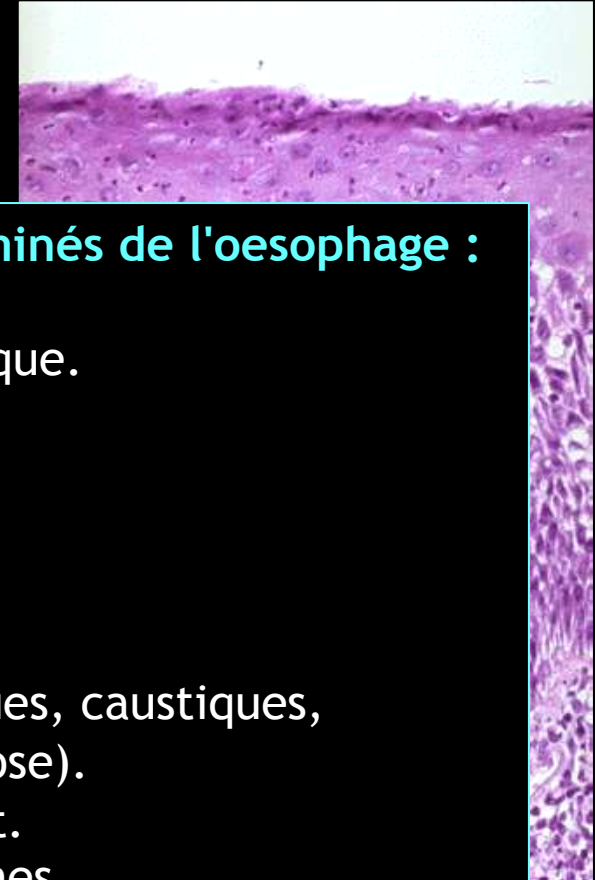
2a. candidose oesophagienne



- Atteinte infectieuse la + fréquente chez les patients ID (SIDA, chimio, ttt immunosuppresseurs, corticothérapie)
- **Aspect endoscopique caractéristique** : muqueuse érythémateuse recouverte d'enduits et plaques blanchâtres

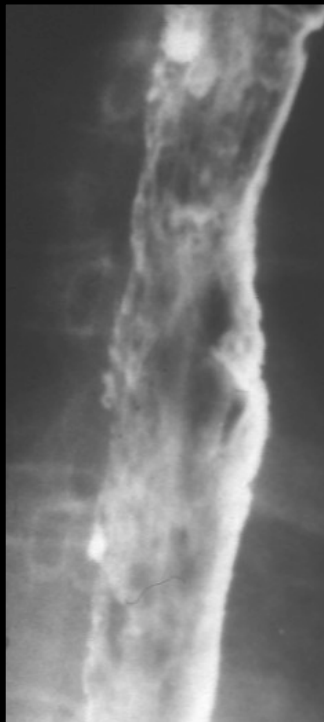


Name:
Sex: Age:
D. O. Birth:
04/30/2002
08:45:48
CVP: A1/1
D. F:
Et: 4 G: N
Physician:
Comment:

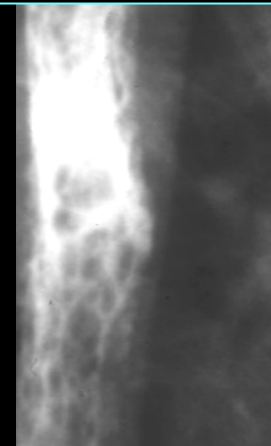


Micronodules disséminés de l'oesophage :

Acanthose glycogénique.
Leucoparakératose.
Cancer superficiel.
Papillomatose.
Acanthosis nigricans.
Lymphomes malins.
Œsophagites peptiques, caustiques,
infectieuses (candidose).
Œsophage de Barrett.
Varices oesophagiennes.

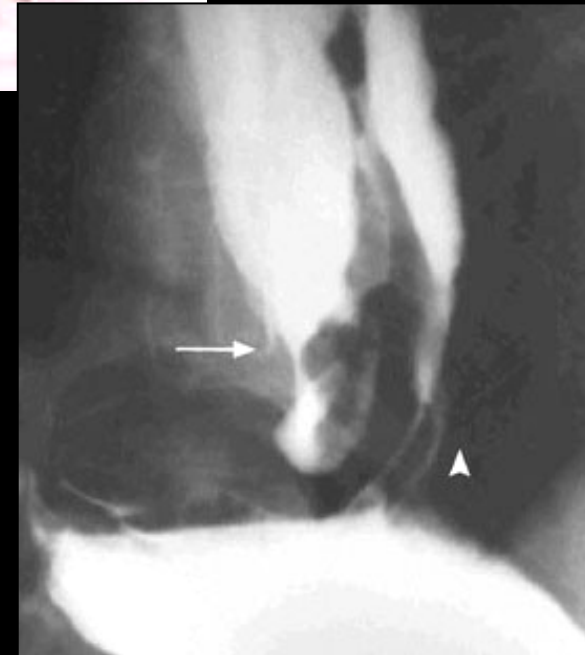
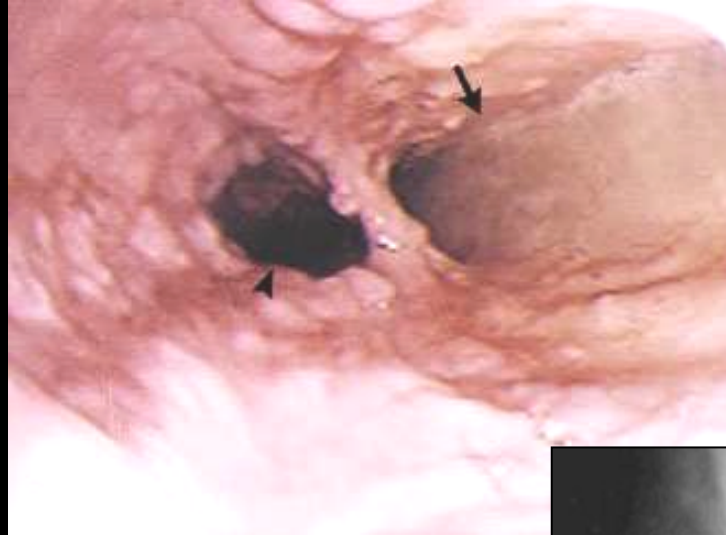


Nodules plans
correspondant aux
« plaques » donnant un
aspect crénelé simulant
des ulcérations



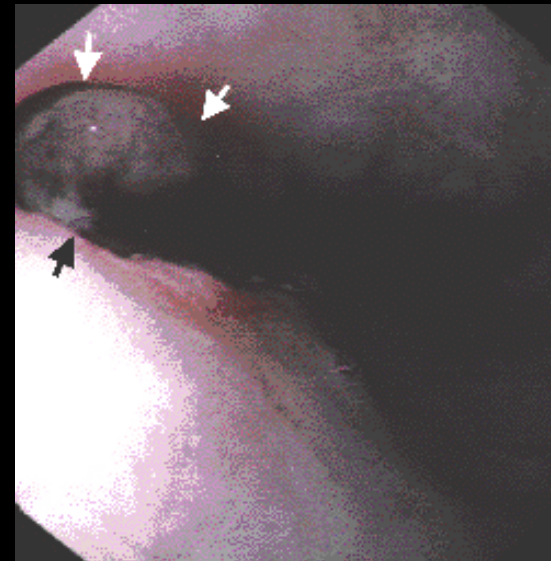
candidose
oesophagienne

2b. oesophagite à CMV



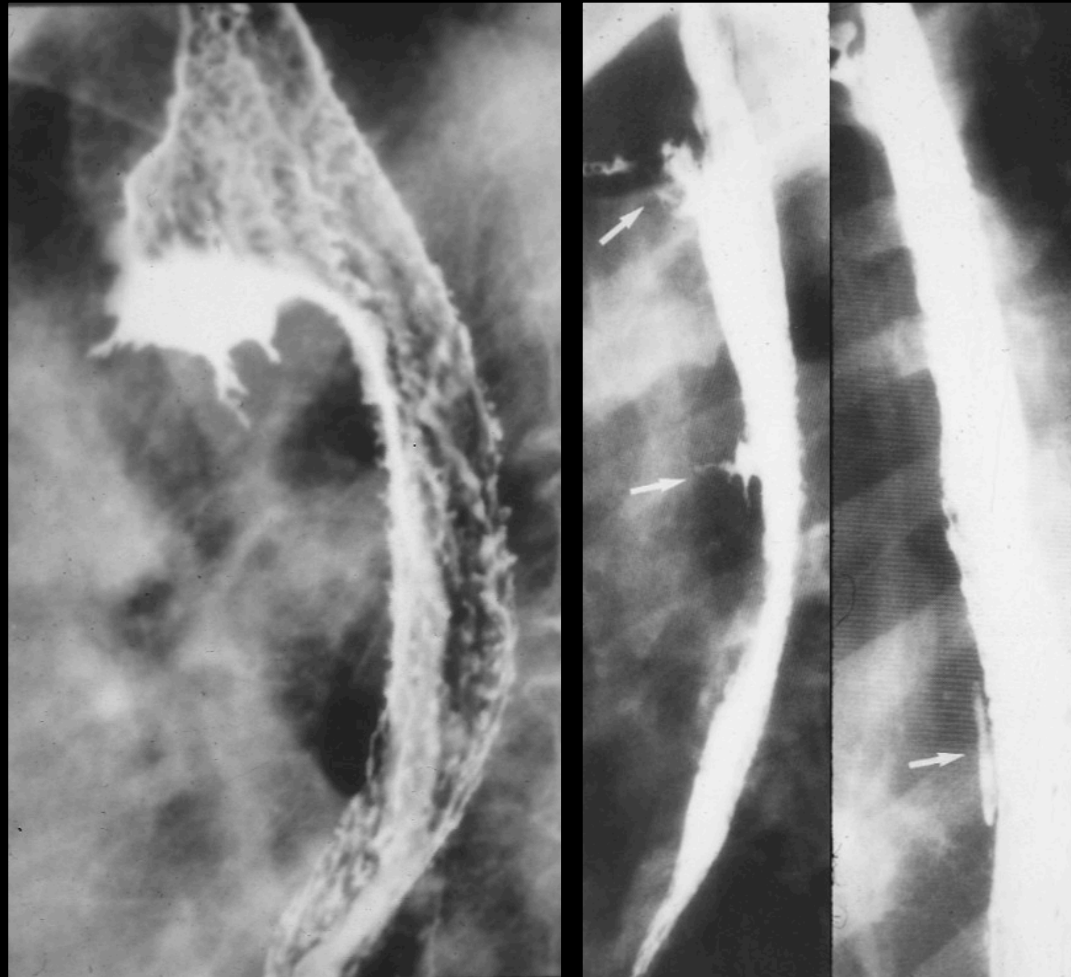
- Immunodéprimés
- Grands ulcères profonds peu nombreux

2c. oesophagite HIV



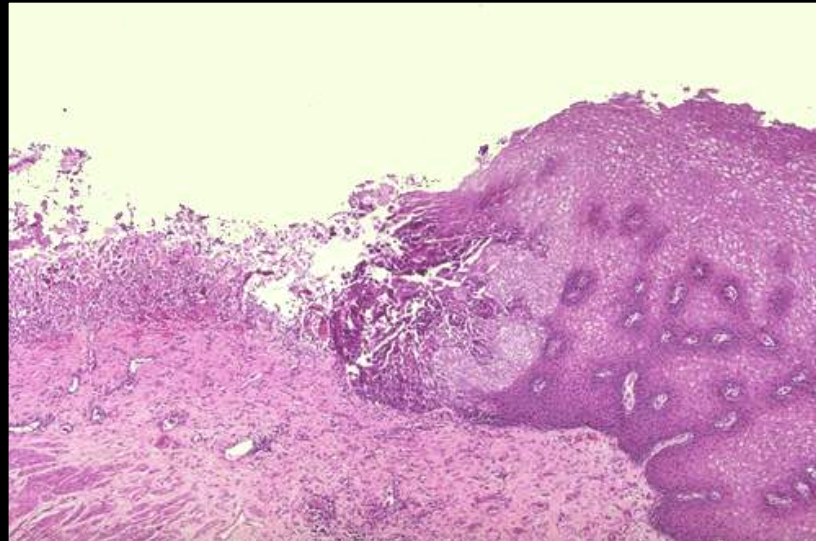
- Ulcères géants uniques des 2/3 inf de l'œsophage
- Rare depuis traitements antirétroviraux

2d. oesophagite BK

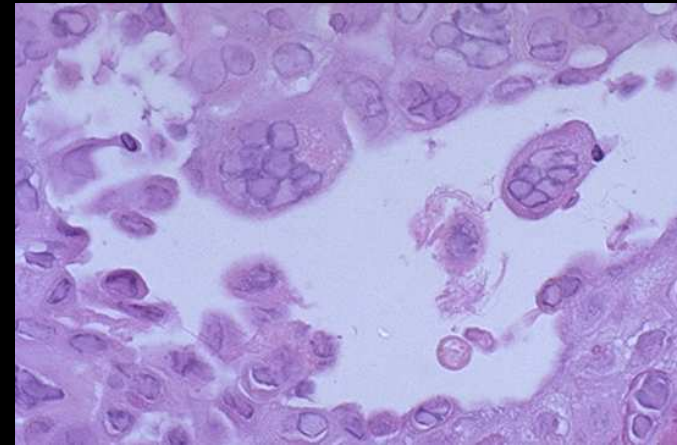


- Rare, complique un foyer tuberculeux ganglionnaire médiastinal
- **Trajets fistuleux borgnes** profonds et anfractueux avec lésions ulcérées étendues et fibrose pariétale sténosante

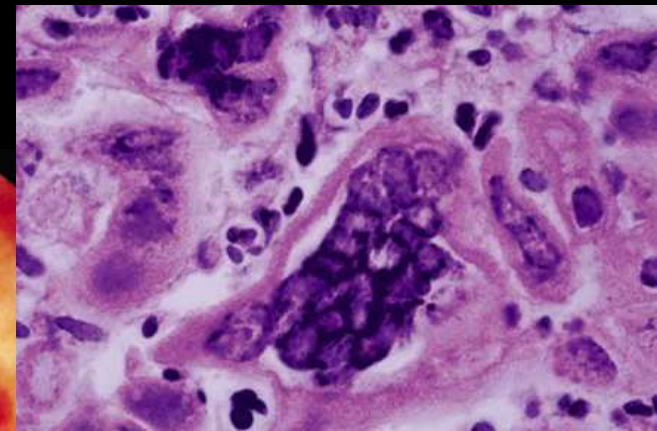
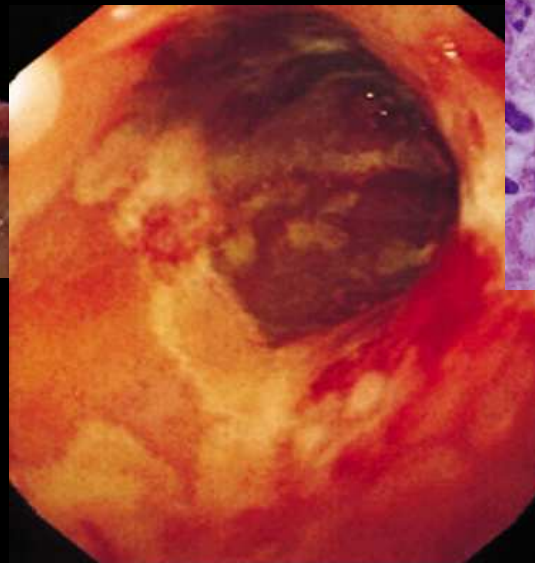
2 e. oesophagite herpétique



- HSV I
- Petites lésions ulcérées punctiformes entourées d'un halo, sur une muqueuse par ailleurs saine
- Traduit toujours une défaillance sévère des défenses immunitaires



oesophagite herpétique



Pathologie oesophagienne

III. Pathologie inflammatoire

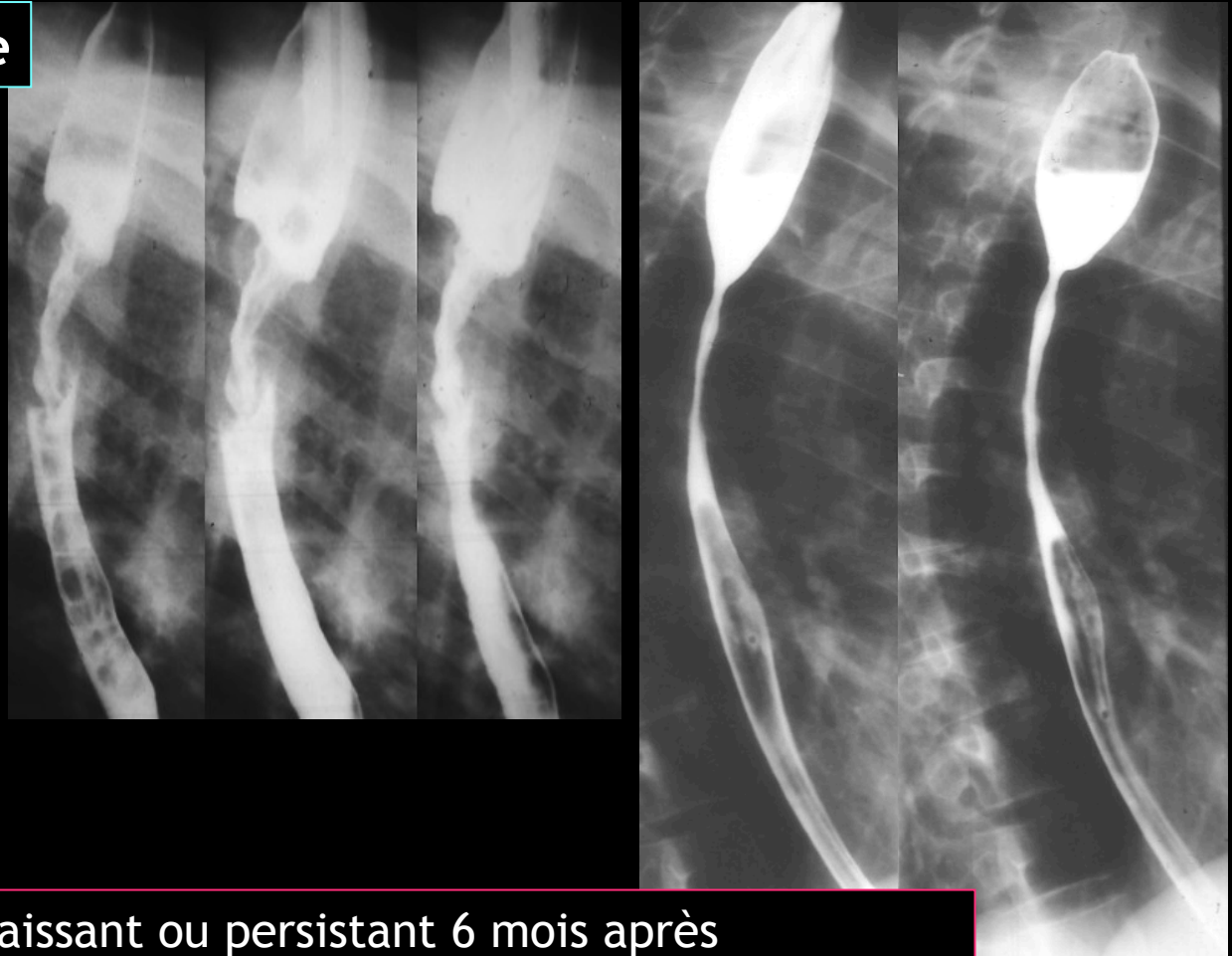
III.1. RGO, hernie hiatale, oesophagite peptique

III.2. Oesophagites infectieuses

III.3. Oesophagites d' autres causes

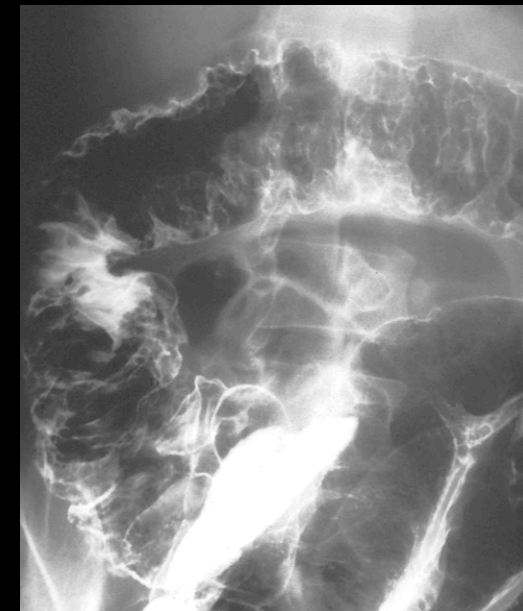
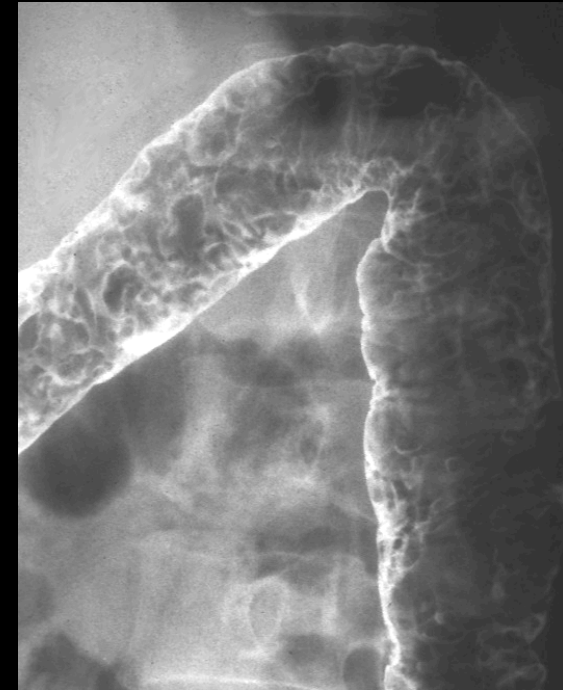
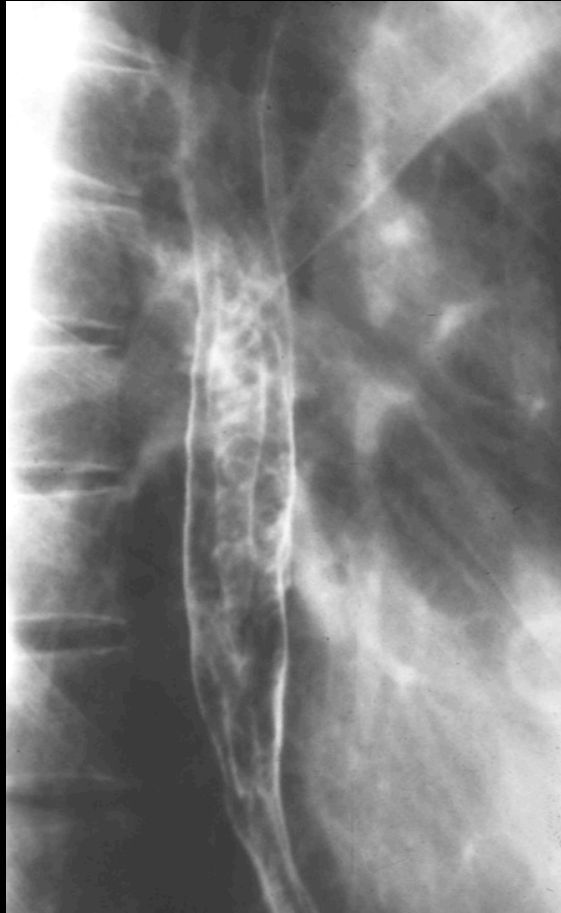
III.3. Oesophagites d'autres causes

3a. oesophagite radique



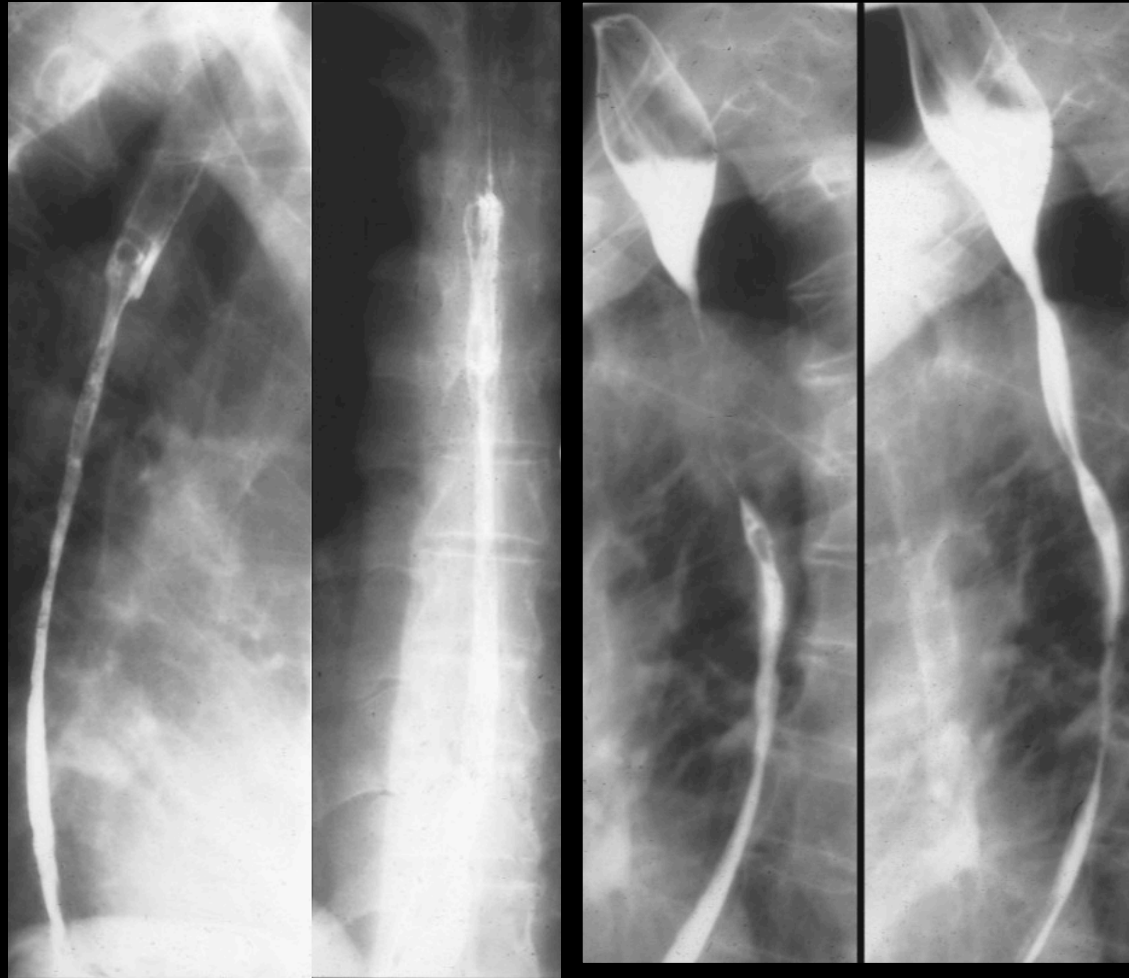
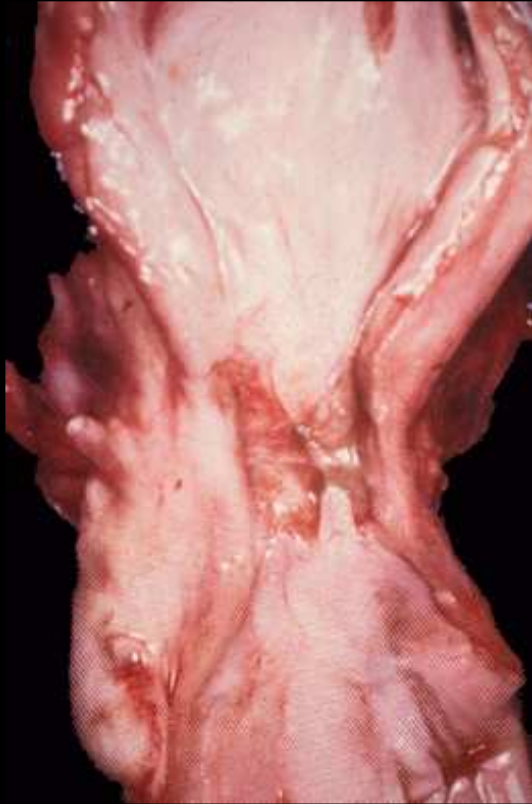
- Formes chroniques, apparaissant ou persistant 6 mois après l'irradiation, surtout si association avec chimio par adriamycine
- Sténose segmentaire parfois ulcérée en regard du champ d'irradiation

3b. maladie de Crohn de l'oesophage

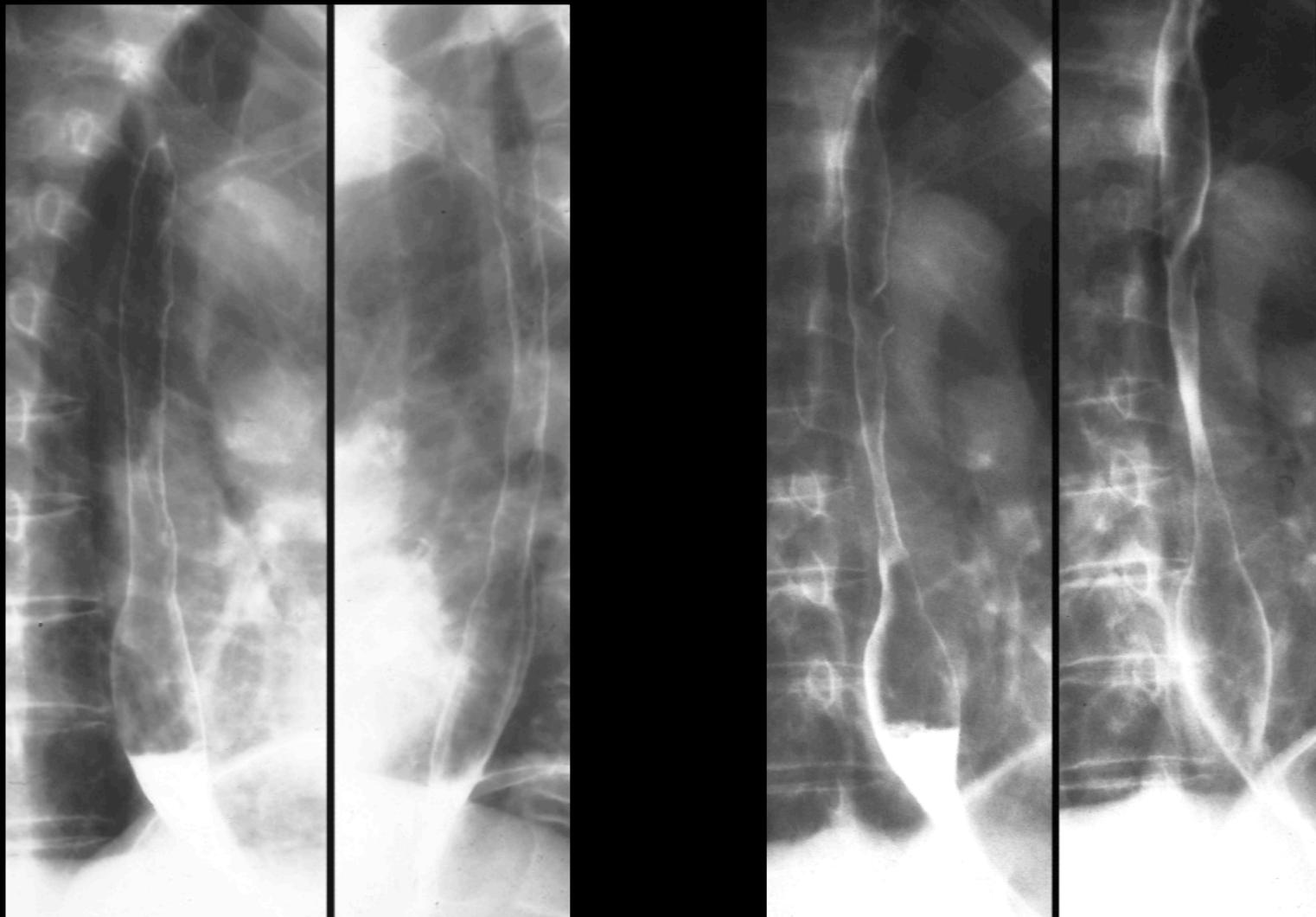


Lésions superposables à celles du grêle et du colon, allant de l'ulcération aphtoïde à l'ulcération perforée, à l'abcès ou à la sténose

3c. oesophagite caustique



90% : ingestion de forme liquide de soude caustique, évoluent en 3 semaines vers une réaction fibreuse cicatricielle étendue



oesophagite caustique

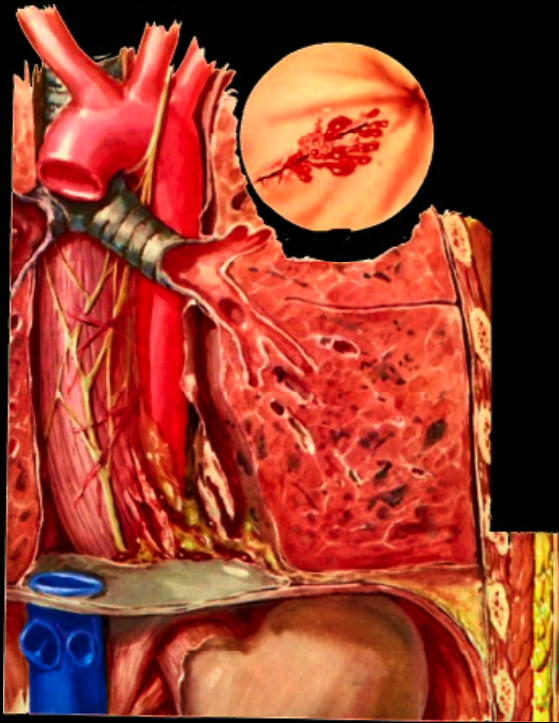
- Lésions ulcéreuses profondes sur toute la muqueuse
- Épaississement marqué des parois avec rectitude du trajet: réaction fibreuse ++

Pathologie oesophagienne

IV. Divers

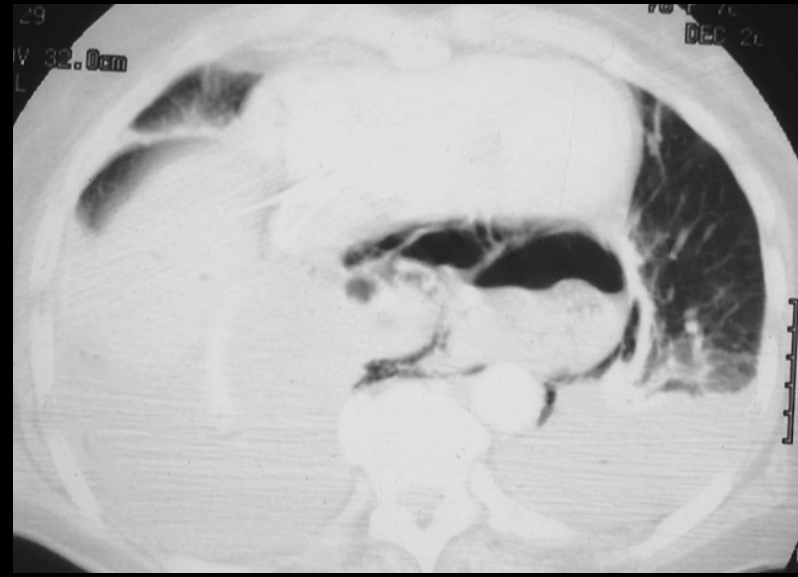
IV.1. Ruptures de l'oesophage

IV.1. Ruptures spontanées de l'oesophage

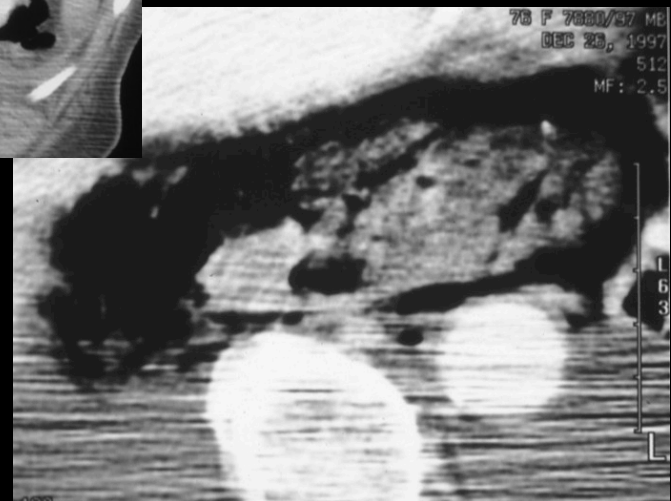
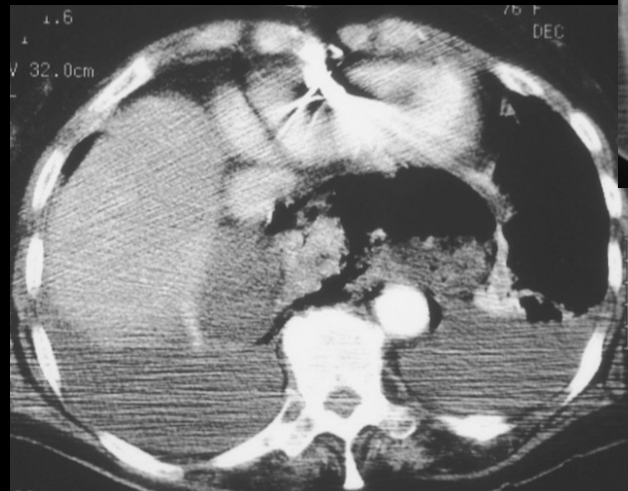


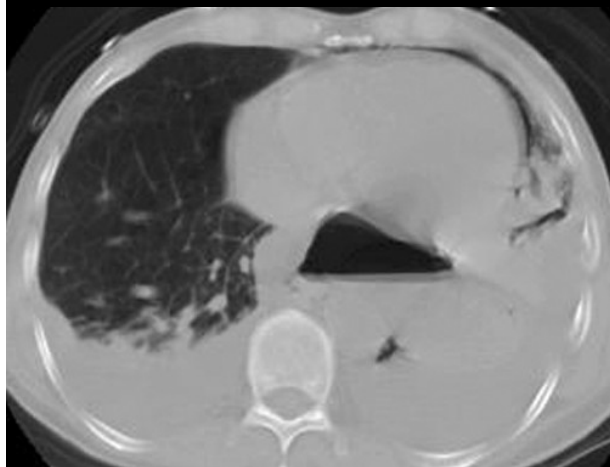
1. Sd de Boerhaave : rupture spontanée

- Déchirure linéaire longitudinale du bord postéro latéral gauche de l'oesophage inférieur (5 cm au-dessus du cardia)
- Secondaire à une **hyperpression brutale** qui « surprend » le SIO relaxé
- **Forme majeure du Sd de Mallory-Weiss** où la déchirure reste superficielle
- Facteurs déclenchants = efforts de **vomissement**, éternuement, hoquet, efforts de défécation
- Rupture favorisée par ingestions alimentaires massives, alcool, atteinte peptique

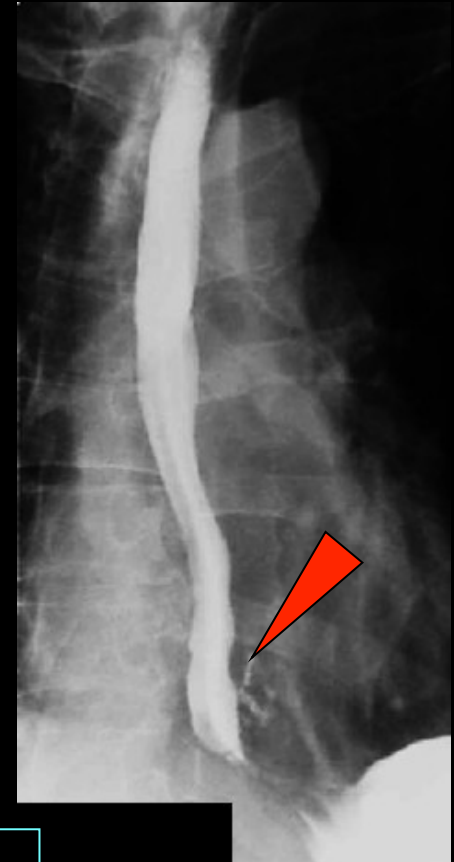
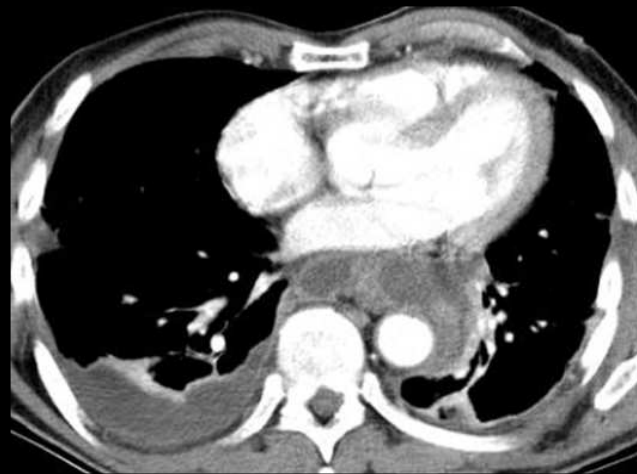
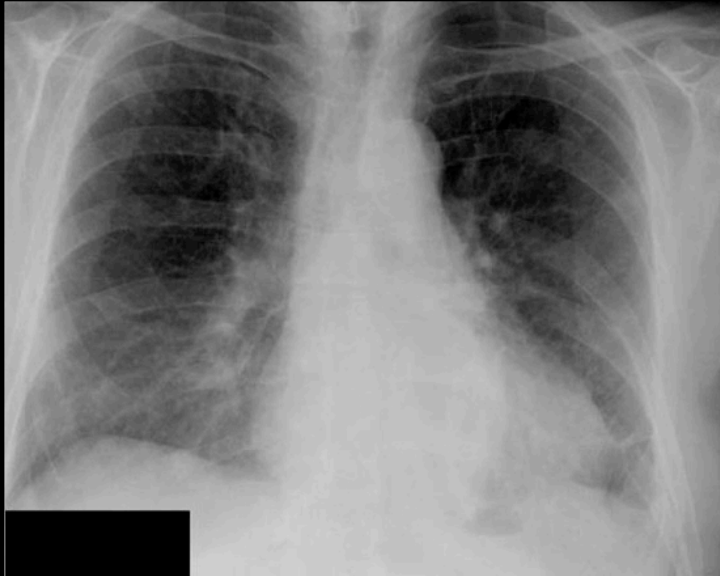


rupture spontanée de
l'oesophage

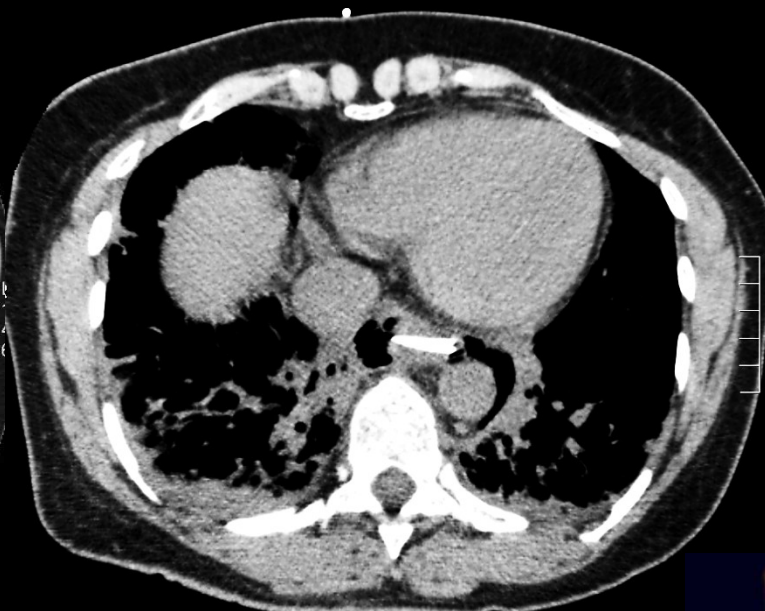
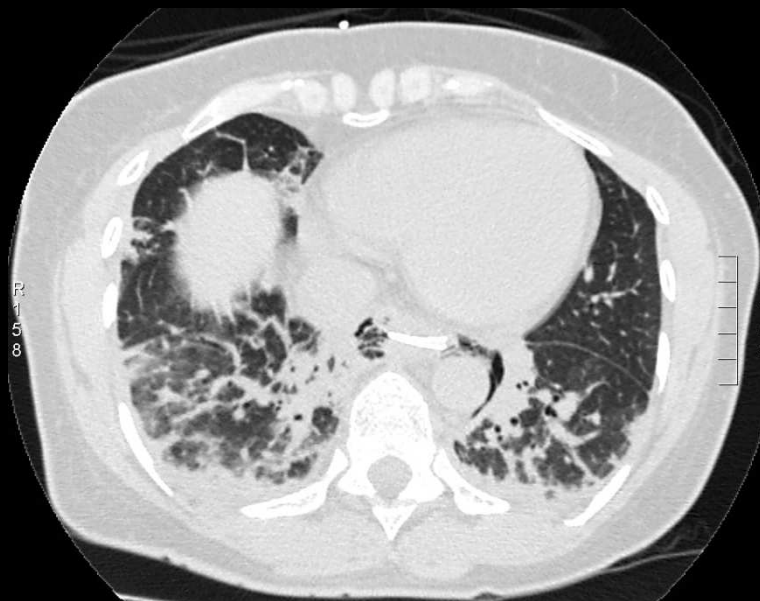




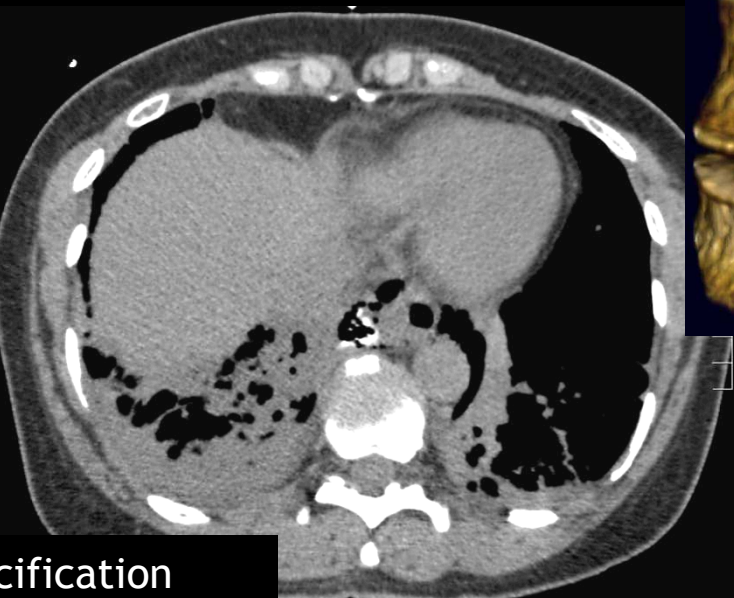
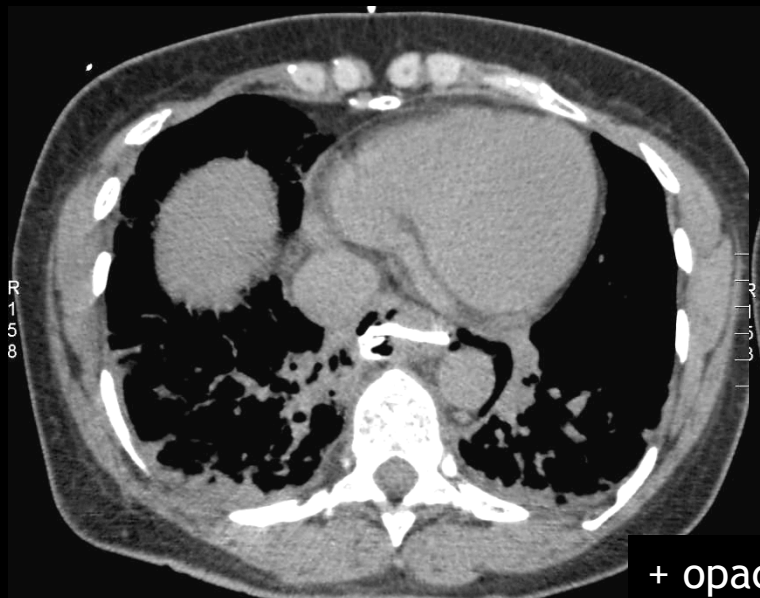
rupture spontanée de l'œsophage Sd de Boerhaave



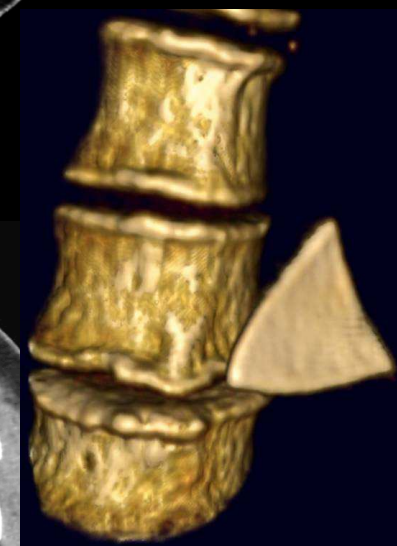
rupture spontanée de l'œsophage Sd de Boerhaave



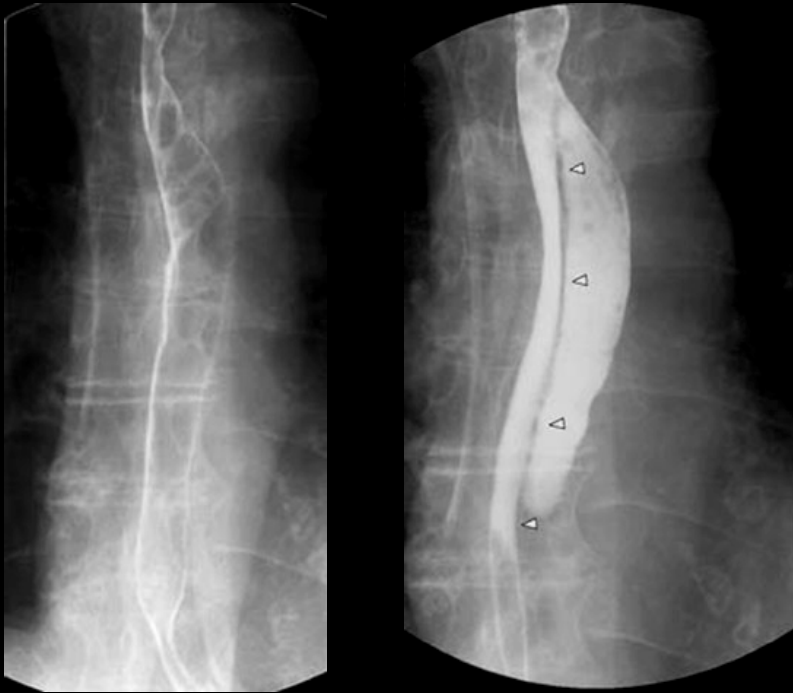
F 57 ans
Dépressive



+ opacification



Rupture de
l'œsophage
sur ingestion
d'un morceau
de verre

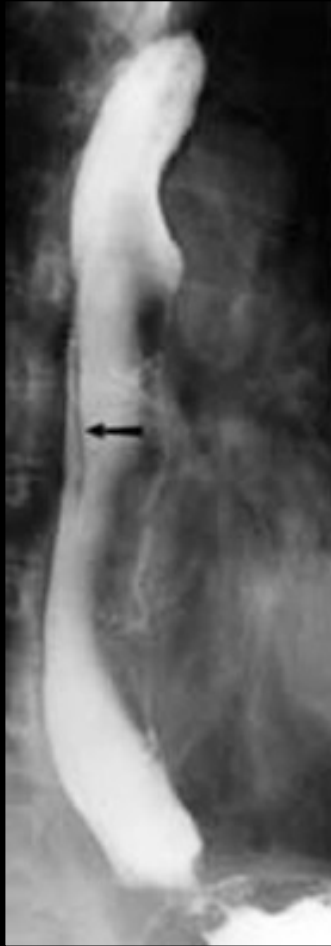


- Dissection intra-murale secondaire à un hématome intra mural sur vomissement sévère, ingestion d'un corps étranger, traumatisme, fibroscopie...
- Hématome peut être secondaire à troubles de la coagulation

Triade diagnostique:
hématémèse, dysphagie,
odynophagie, +/- douleur
thoracique



2. dissection intra-murale de l'œsophage ; double-barrelled oesophagus



3. hématome intra-mural de l'oesophage

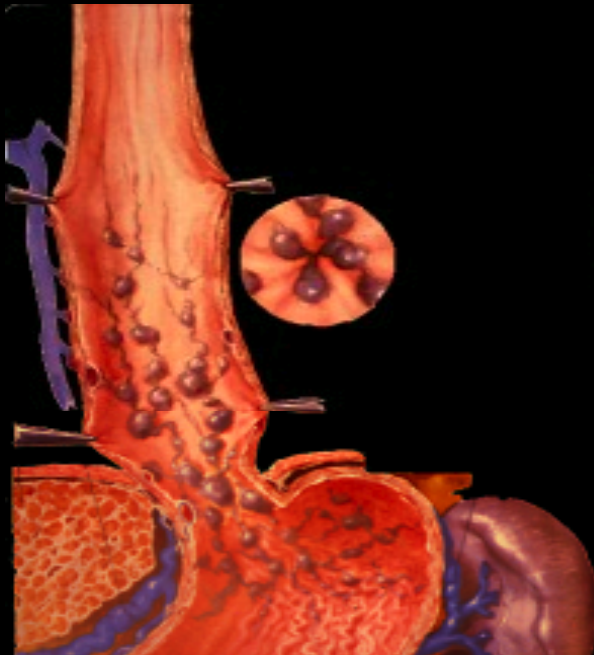
Pathologie oesophagienne

IV. Divers

IV.1. Ruptures de l'oesophage

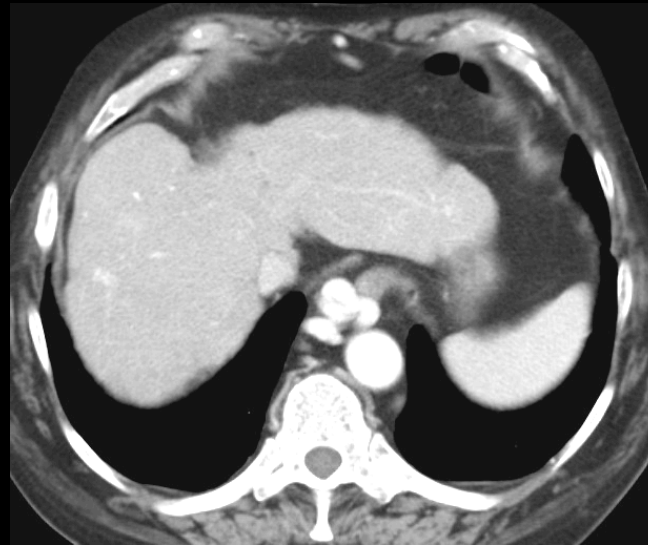
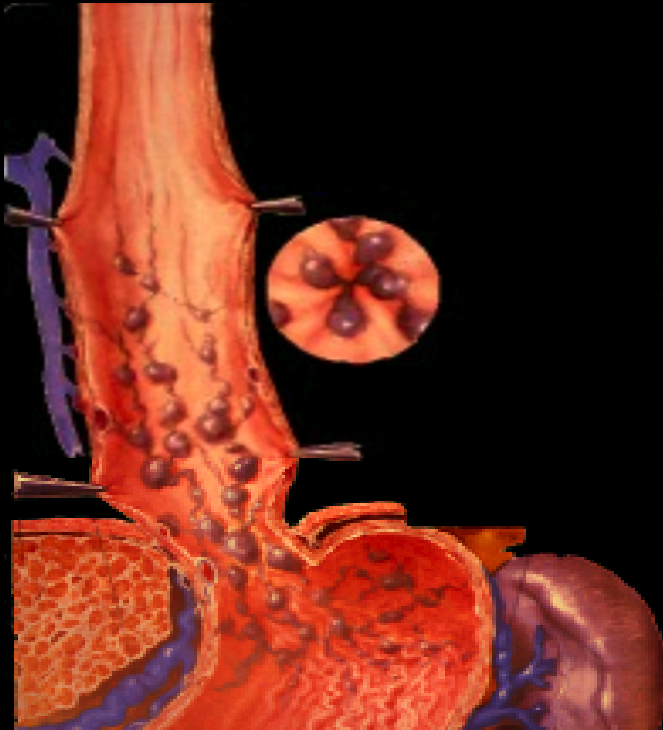
IV.2. Varices oesophagiennes

IV.2. Varices oesophagiennes

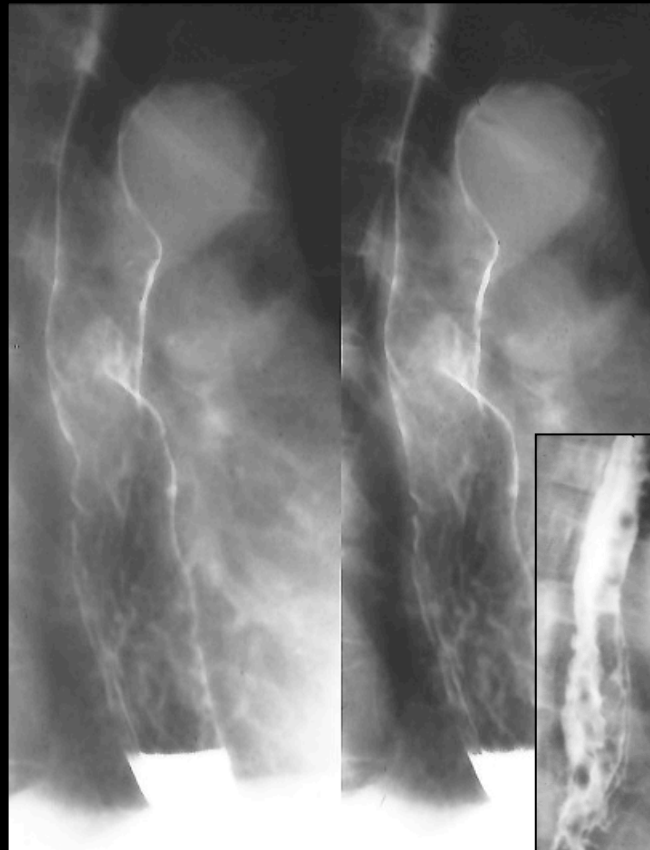


- Diagnostic endoscopique
 - Petites varices: épaississement des plis de l'œsophage distal, non spécifique
 - Grosses varices: aspect serpigneux
- Scanner ++

IV.2. Varices oesophagiennes



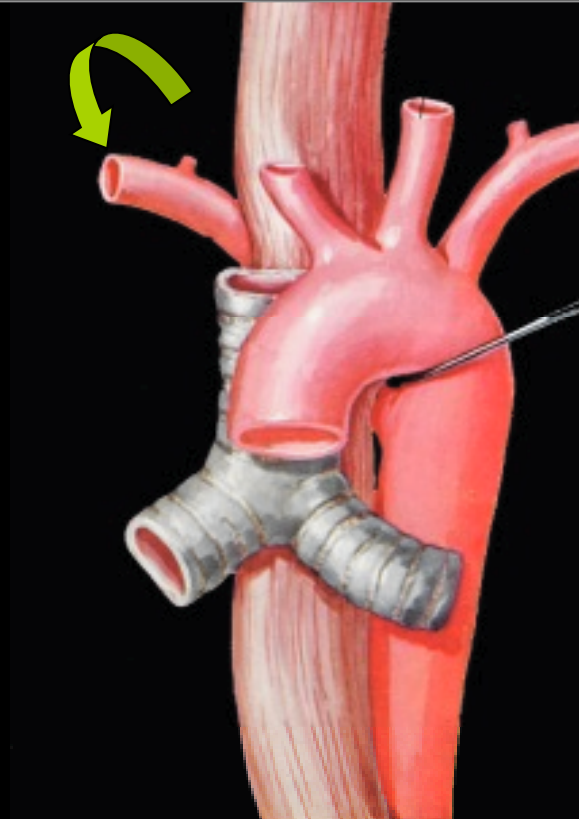
- Diagnostic endoscopique
 - Petites varices: épaississement des plis de l'œsophage distal, non spécifique
 - Grosses varices: aspect serpigneux
- Scanner ++



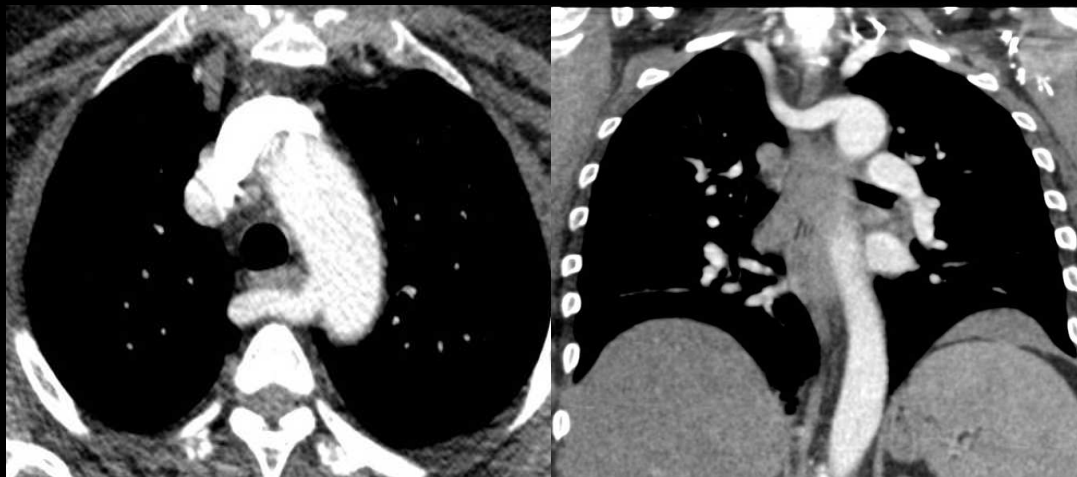
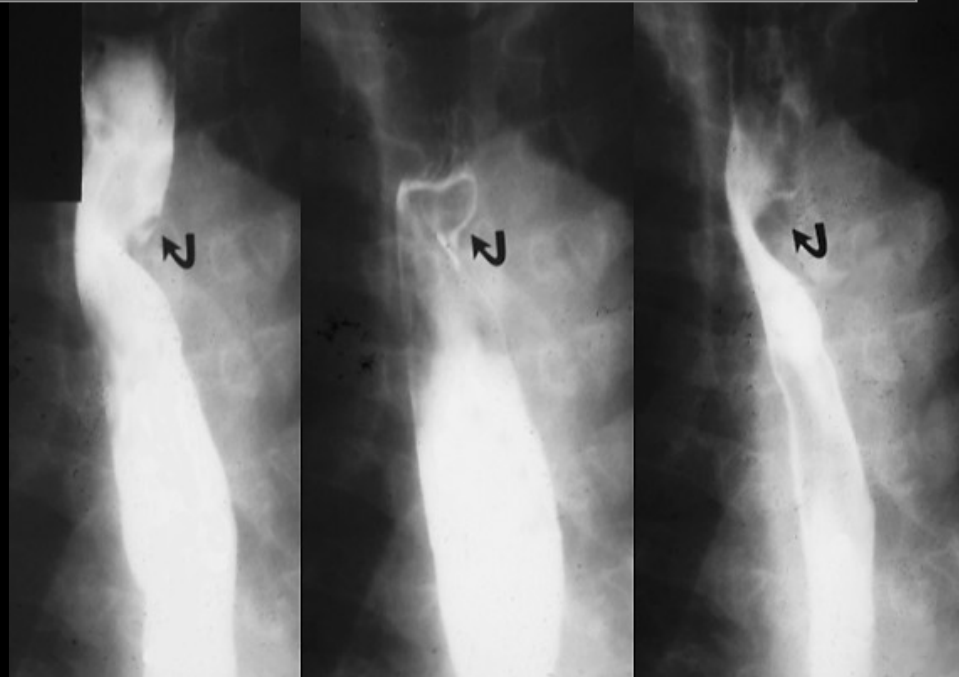
varices
oesophagiennes

IV.3. Artère sous-clavière droite ectopique

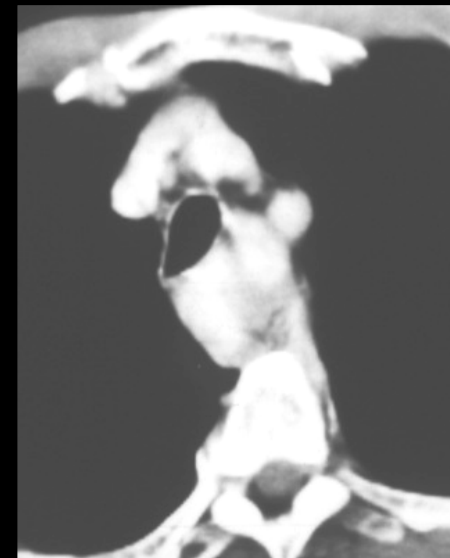
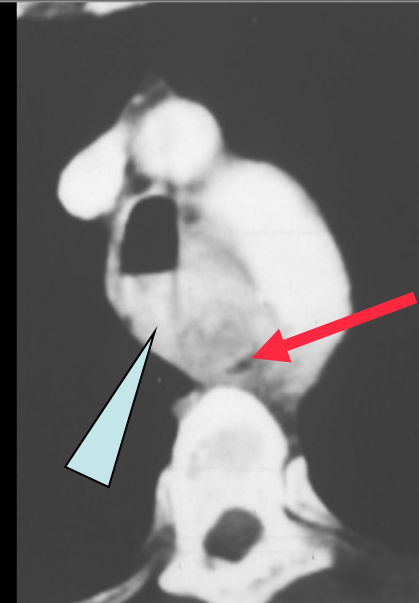
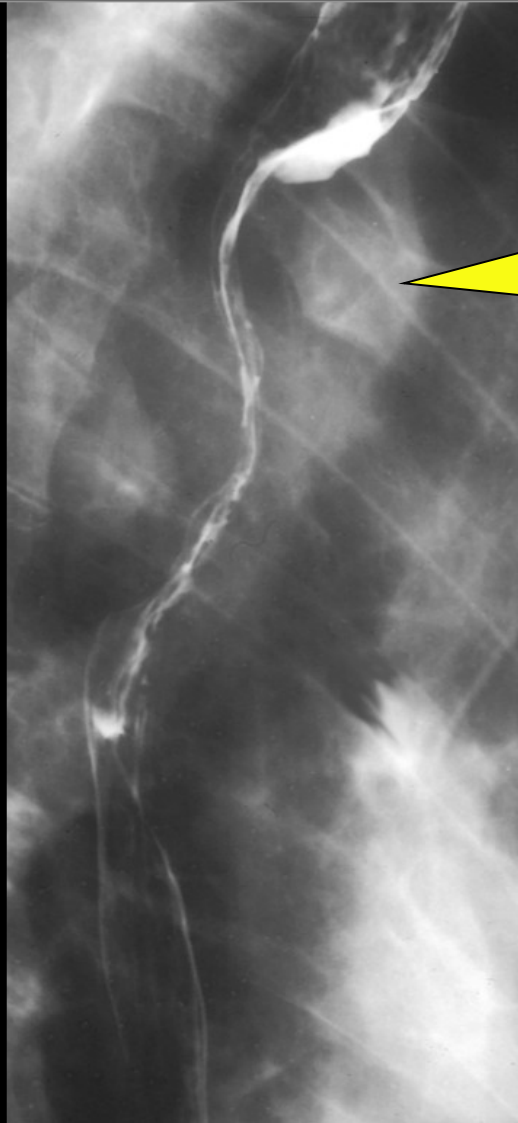
dysphagia lusoria



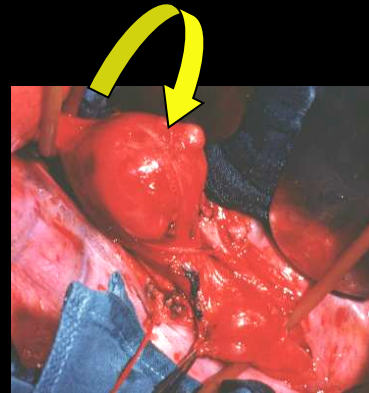
Compression vasculaire
responsable d'une
dysphagie



IV.4. Fibromatose médiastinale



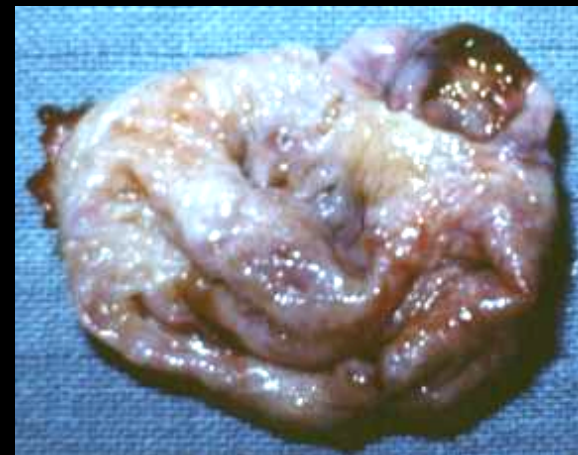
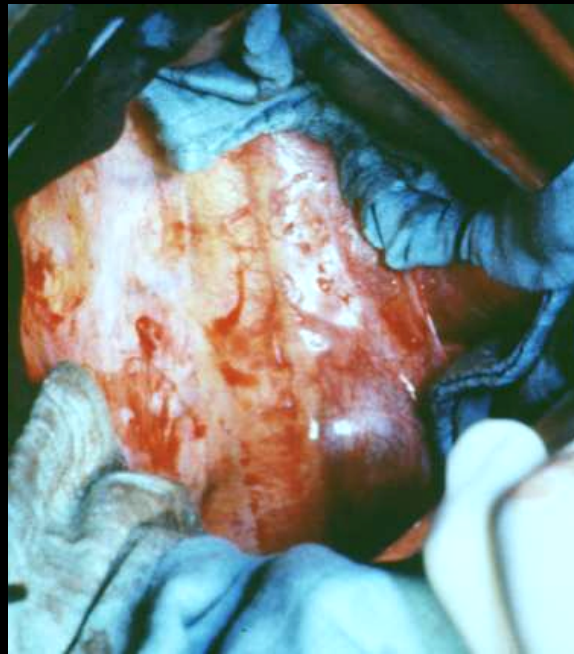
IV.5. Kyste bronchogénique de la paroi oesophagienne



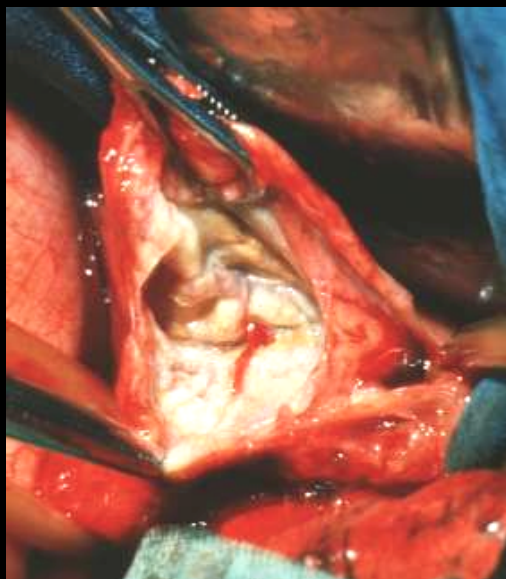
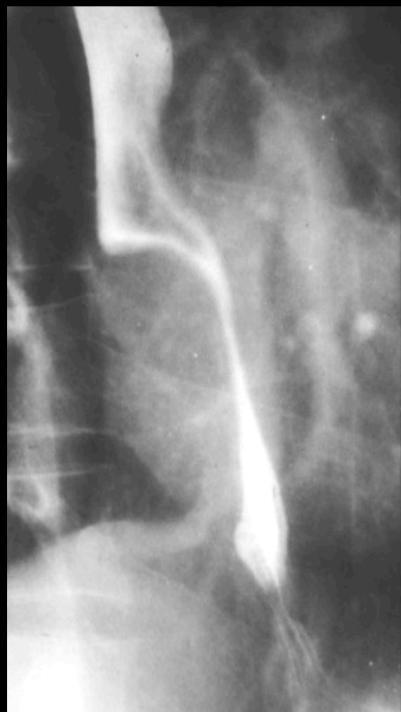
- Dérivés kystiques de l'intestin primitif antérieur
- Néoformations intramurales sous muqueuses analogues aux léiomyomes mais à contenu partiellement ou totalement liquidien



Seul l'examen histologique de la pièce d'exérèse permet de préciser la nature exacte et la différentier d'un lymphangiome kystique



**kyste bronchogénique
de la paroi oesophagienne**

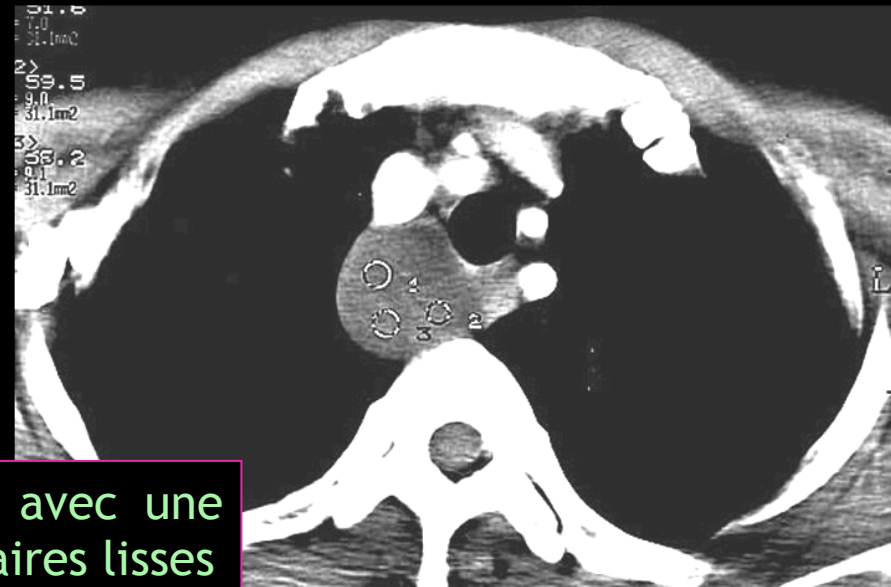


kyste bronchogénique
de la paroi oesophagienne

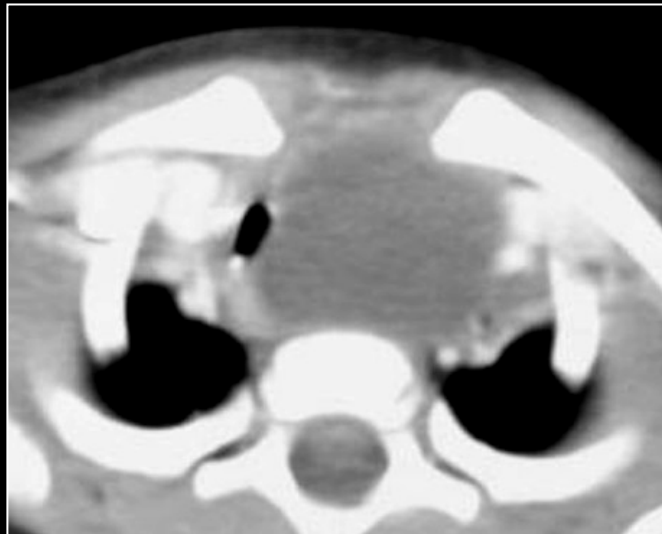
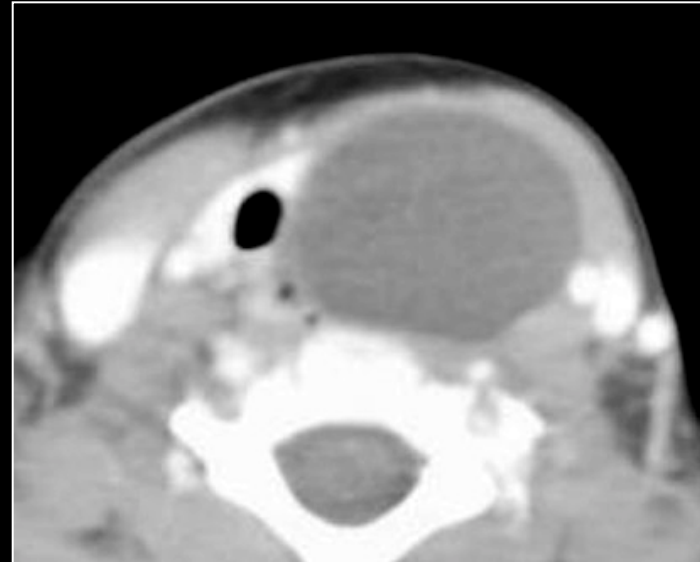
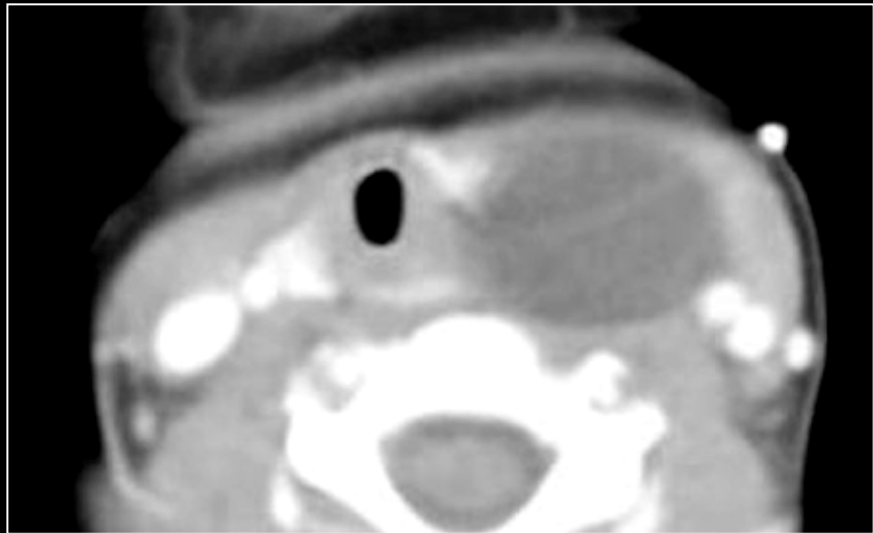


Epithélium cilié

IV.6. Duplication kystique de l'oesophage



- Contact oesophagien et paroi propre avec une muqueuse digestive et 2 couches musculaires lisses
- Rechercher des anomalies vertébrales ou médullaires associées (kyste neuroentérique)



duplication kystique de l'oesophage