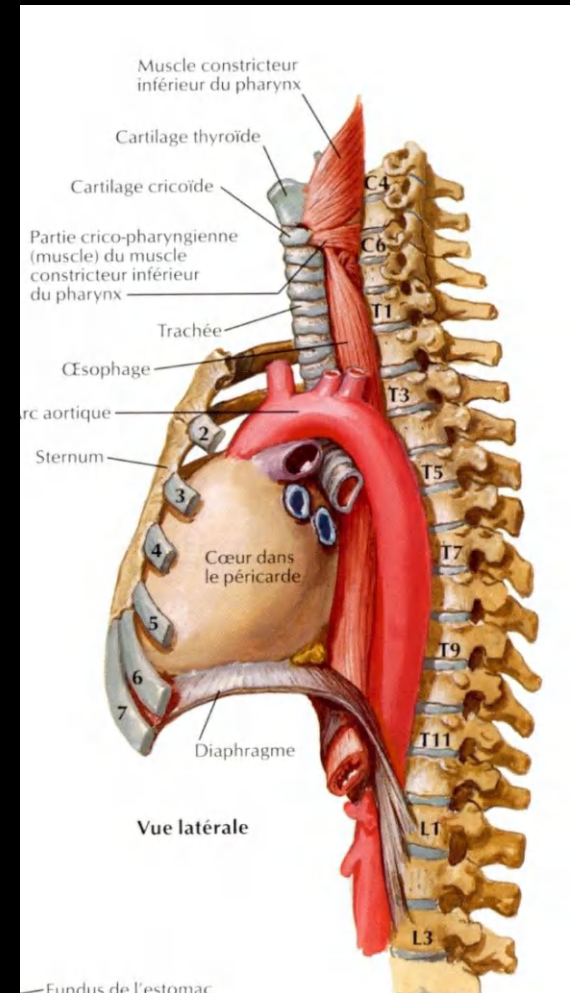


Imagerie de l'œsophage

DU d'Imagerie abdominale
Décembre 2012
C. SELLAL

Anatomie

- Segment du tube digestif reliant l'hypopharynx à l'estomac
- Tube musculaire de 25 cm de longueur
- De C6 à T11
- Du **constricteur inférieur du pharynx au cardia**
- Passe en arrière de la trachée, traverse le médiastin postérieur dans toute sa hauteur, se déplace progressivement vers la gauche.
- Traverse le diaphragme à hauteur de **T10** par le hiatus oesophagien ou il présente un rétrécissement



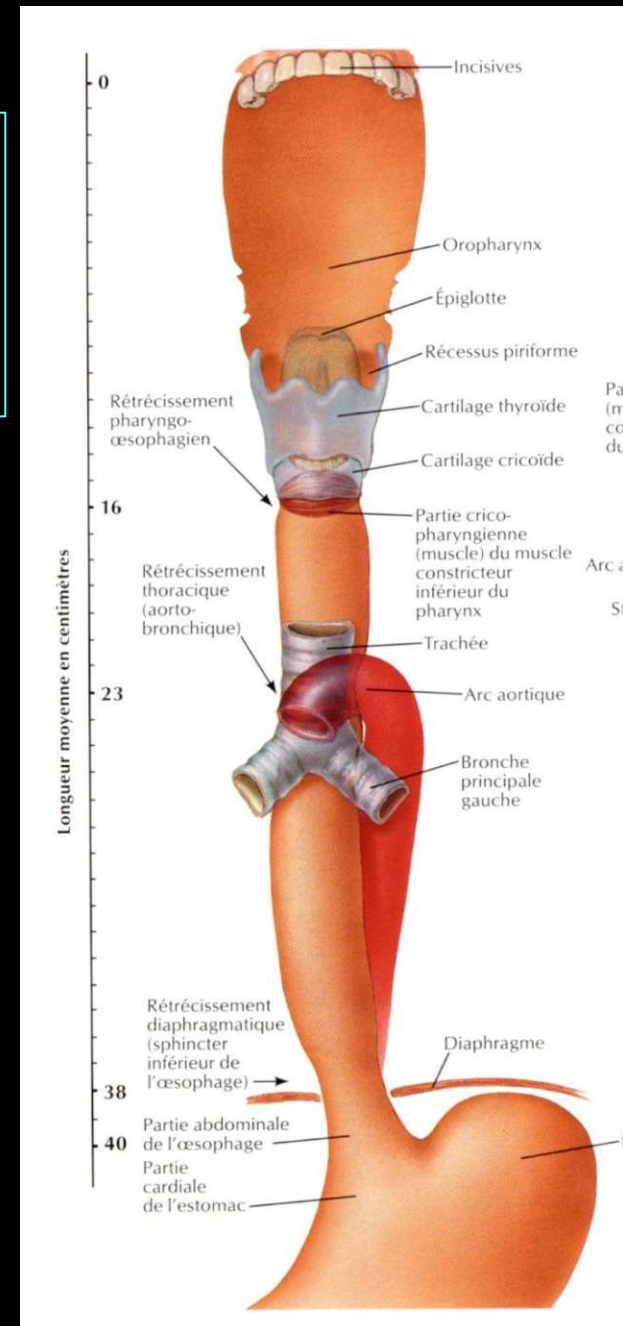
- Œsophage **cervical** : de C6 à T1, de 15 cm à 20 cm des AD
- Œsophage **thoracique** : T1 à T10-11, 21cm à 40 cm des AD
- Œsophage **abdominal** : inclut la jonction oesogastrique jusqu'à 5cm sous la ligne oesogastrique, de 40 à 45 cm des AD

Œsophage intra-thoracique

Tiers supérieur : de l'orifice supérieur du thorax au bord inférieur de la veine azygos (bif trachéale), à 25 cm des incisives supérieures

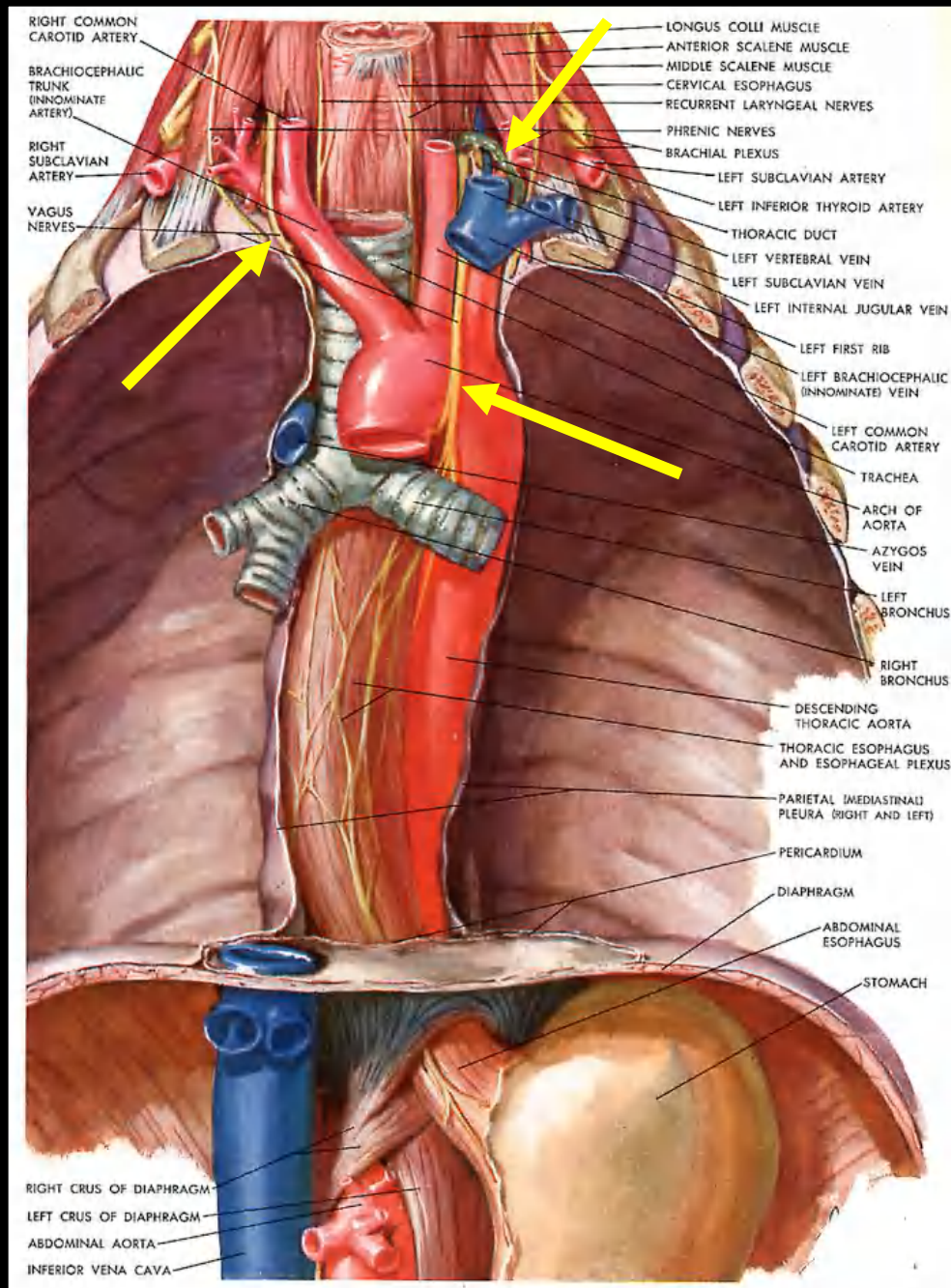
Tiers moyen : débutant bord inférieur de la veine azygos, de 25 à 30 cm approximativement des incisives supérieures

Tiers inférieur : de 30 à 40 cm approximativement des incisives supérieures.



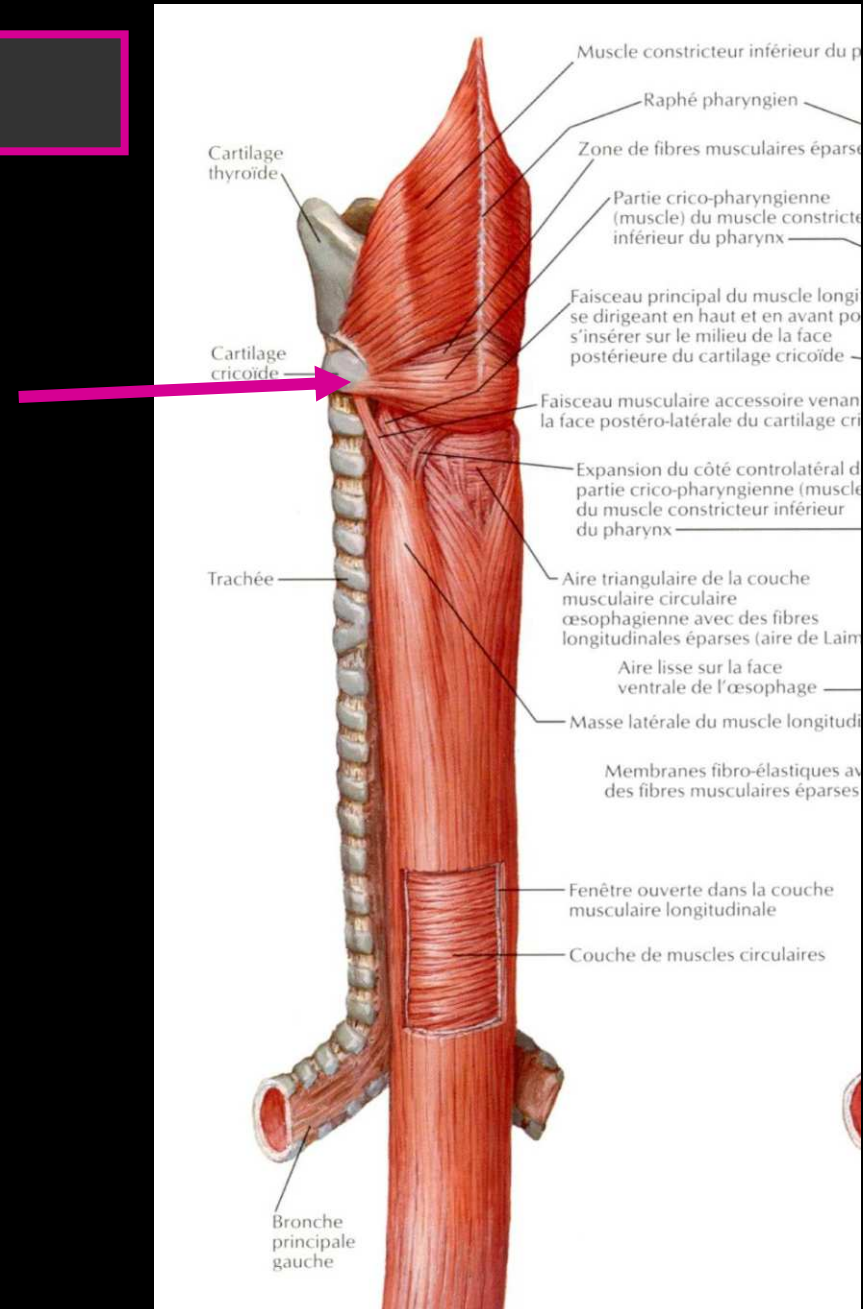
- Rapports:

- **Trachée** : axe du médiastin postérieur, se bifurque en T5, l'oesophage y adhère par les muscles de Luscka
- **Conduit thoracique** : monte en arrière plaqué contre l'aorte, en rapport avec l'oesophage sur une partie de son trajet.
- **Nerfs vagues** :
droit : passe en arrière de l'oesophage
gauche : en avant de l'oesophage
échangent dans la partie inférieure de l'oesophage des fibres : plexus péri-oesophagien
- **Chaîne orthosympathique latéro-vertébrale** et ses ganglions
- **Azygos, hémiazygos, hémiazygos accessoire**



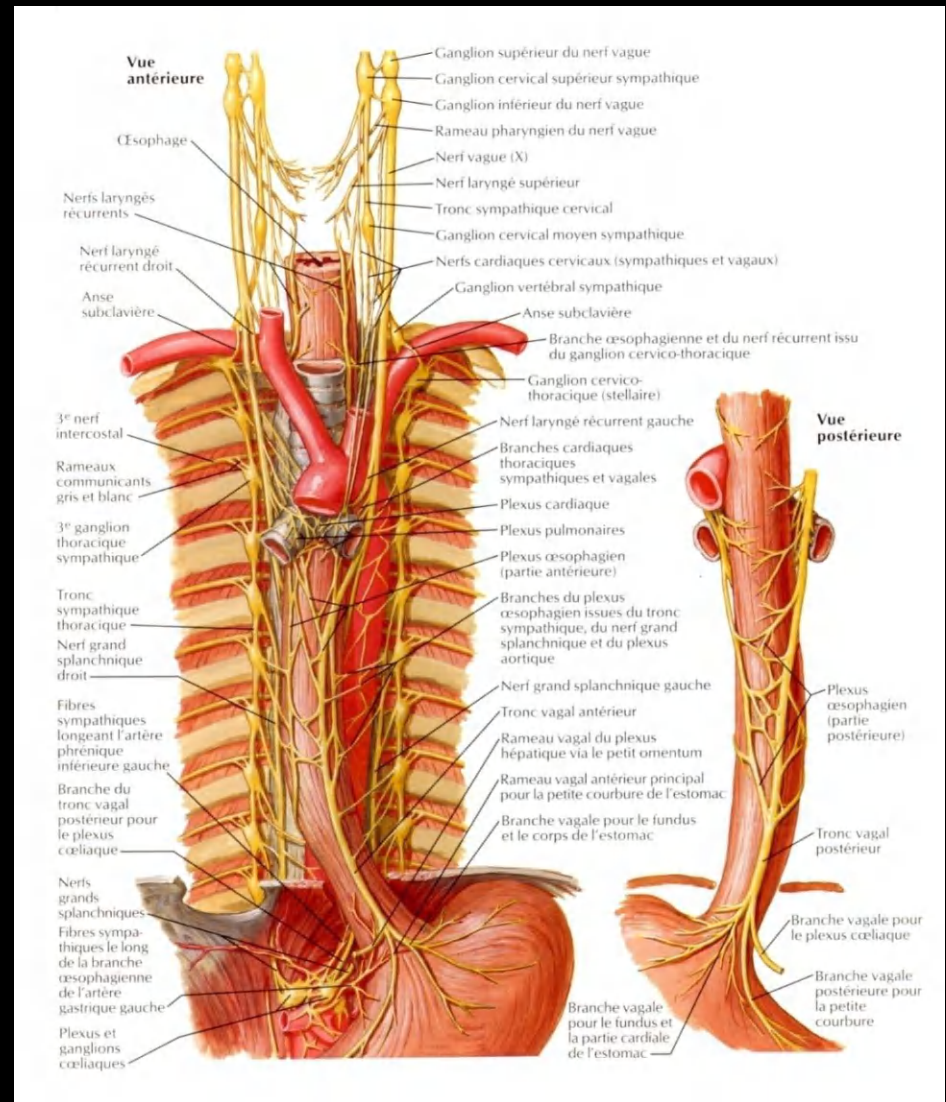
Anatomie musculaire:

- **SSO**: fibres crico-pharyngiennes et caudales des muscles constricteurs pharyngiens inférieurs
- **tiers supérieur** de l'oesophage : muscles **striés**
- **zone de transition** de longueur variable où se trouve un mélange de muscles striés et lisses
- entre la moitié et le tiers de l'oesophage inférieur, y compris le SOI : **muscles lisses**.
- **SIO** : **fonctionnel**. à la jonction de l'oesophage et de l'estomac, habituellement au niveau de l'orifice oesophagien du diaphragme ou juste en dessous. Pas de substratum anatomique

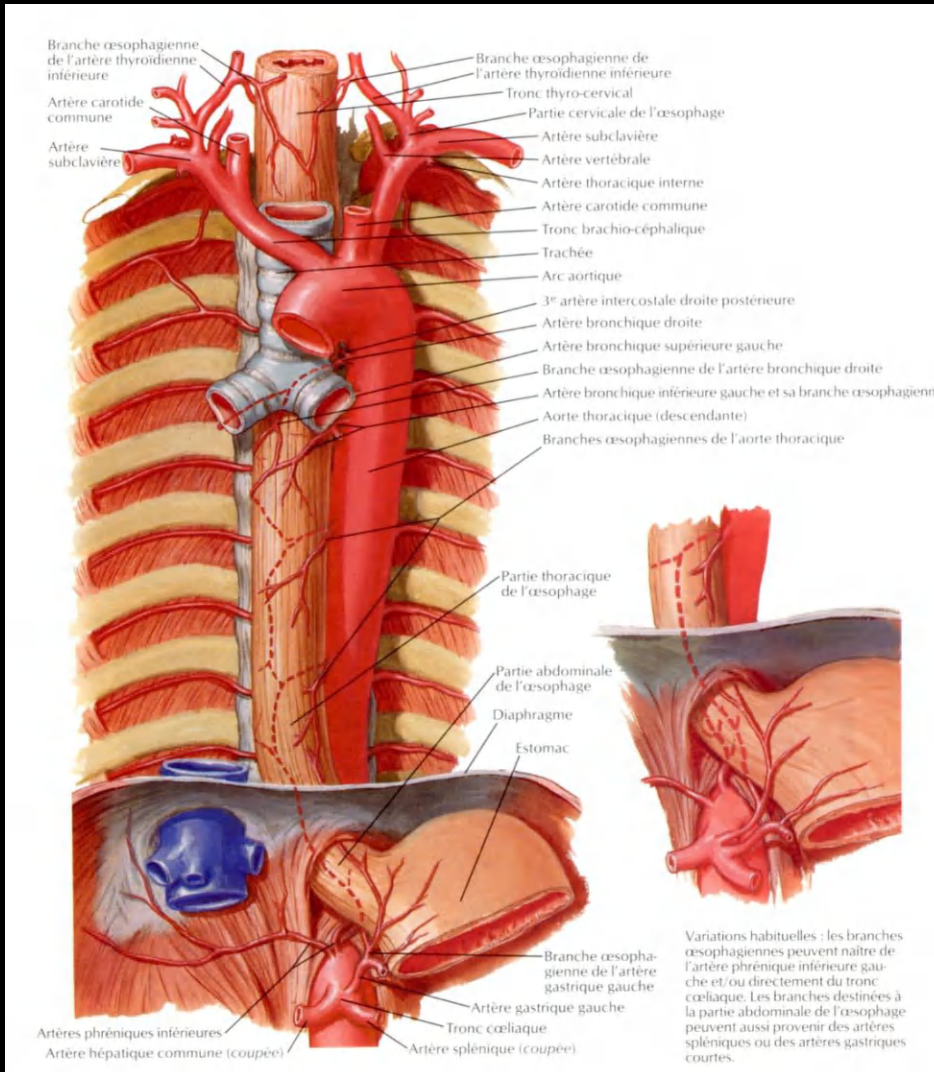


Innervation:

- **Innervation motrice** assurée par les **nerfs vagues**, (pneumogastriques)
- L'oesophage et le SOI sont aussi innervés par les **nerfs sympathiques** moteurs et sensitifs provenant des segments médullaires de D1 à D10
- **Innervation sensitive** acheminée par les **nerfs vagues**



Vascularisation :

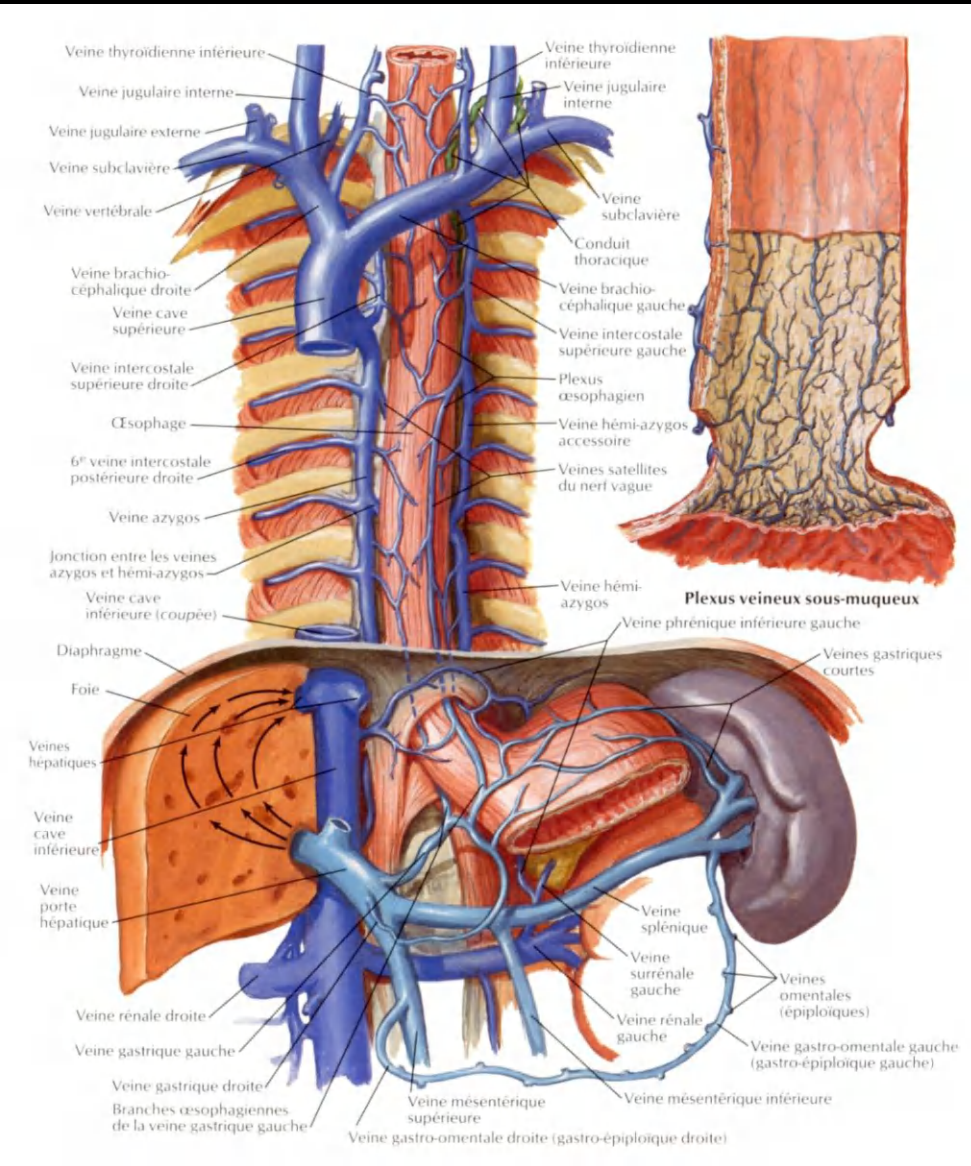


Artérielle

- **SOS et oesophage cervical** : branches de l'artère thyroïdienne inférieure

- **Oesophage thoracique** : 2 artères œsophagiennes aortiques ou ramifications terminales des artères bronchiques

- **SOI et bas oesophage** : artère gastrique gauche et une branche de l'artère phrénique gauche



Veineuse

- Retour veineux du *haut oesophage* assuré par un plexus très ramifié, situé dans la sous-muqueuse, qui se déverse dans la **veine cave supérieure**

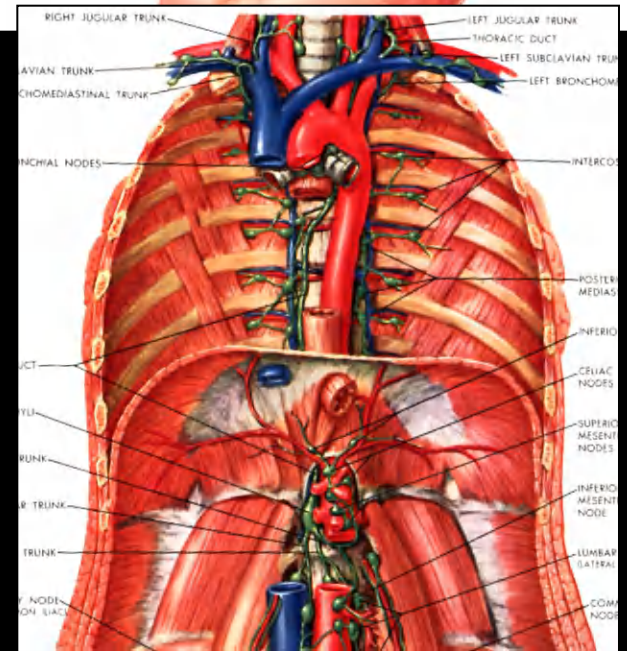
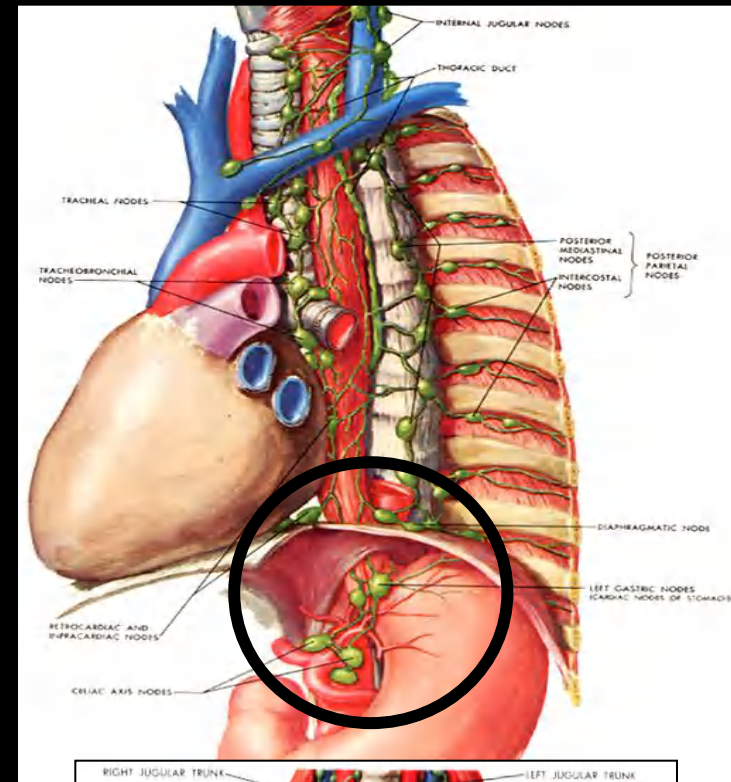
- Retour veineux de *l'oesophage moyen* se fait par les **veines azygos**

- *Dans le bas oesophage*, les collatérales de la **veine gastrique gauche** (branche de la veine porte) communiquent avec les azygos dans la sous-muqueuse : les varices oesophagiennes dans la sous-muqueuse en cas d'HTP peuvent être la cause d'une hémorragie digestive massive

Drainage lymphatique:

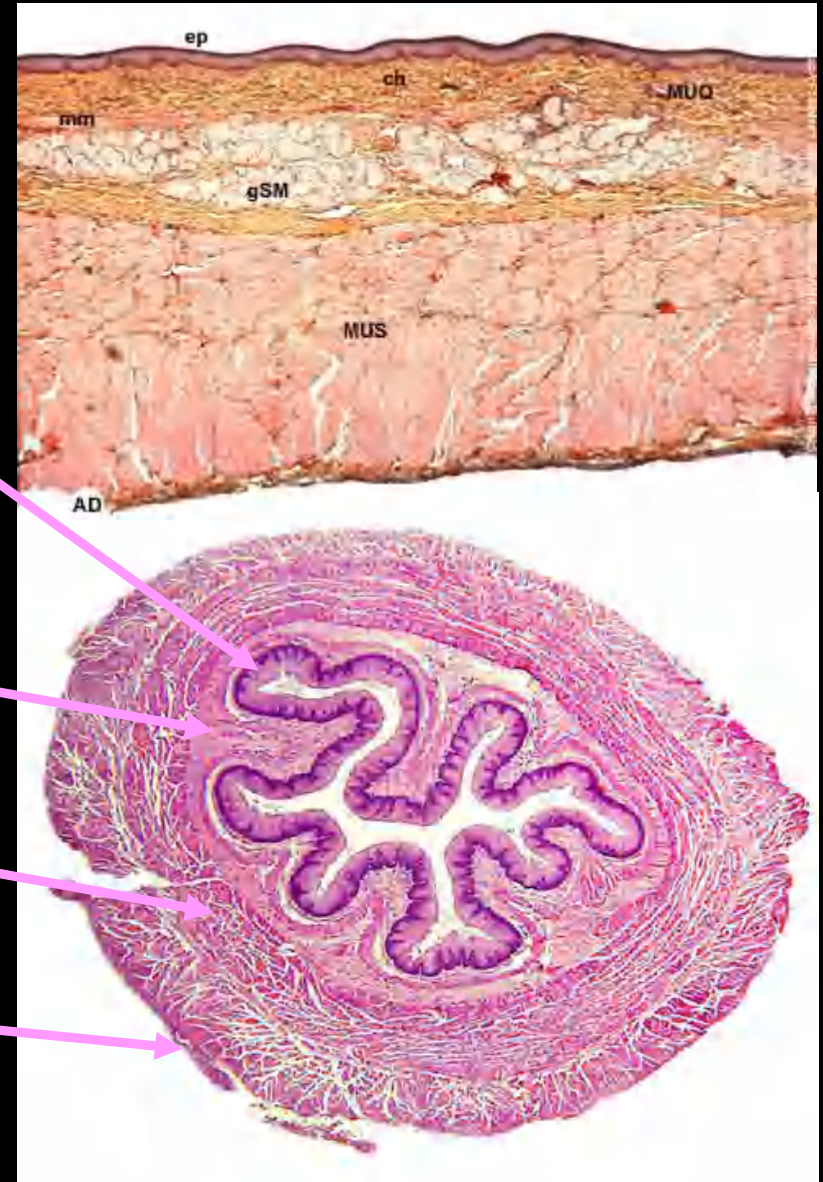
- *Tiers supérieur* : les lymphatiques se déversent dans les ganglions lymphatiques cervicaux profonds
- *Tiers moyen* : ils se déversent dans les ganglions médiastinaux supérieurs et postérieurs
- *Tiers inférieur* : les lymphatiques suivent l'artère gastrique gauche pour aboutir aux ganglions gastriques et aux ganglions du tronc coeliaque

Les interconnexions entre ces trois régions de drainage sont nombreuses



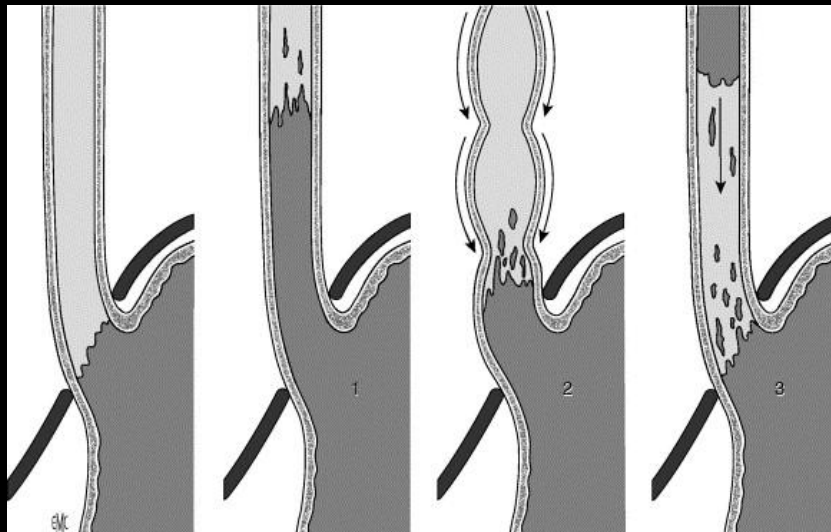
Histologie:

- Muqueuse:
épithélium malpighien non kératinisé
chorion, musculaire muqueuse
épithélium oesophagien résistant aux
abrasions mais pas à l'acidité et aux
enzymes protéolytiques (problème de
reflux gastrique)
- Sous-muqueuse:
contient du tissu conjonctif, des
lymphocytes, des cellules plasmiques
et des cellules nerveuses (plexus de
Meissner)
- Musculeuse:
circulaire interne
longitudinale externe
- Adventice



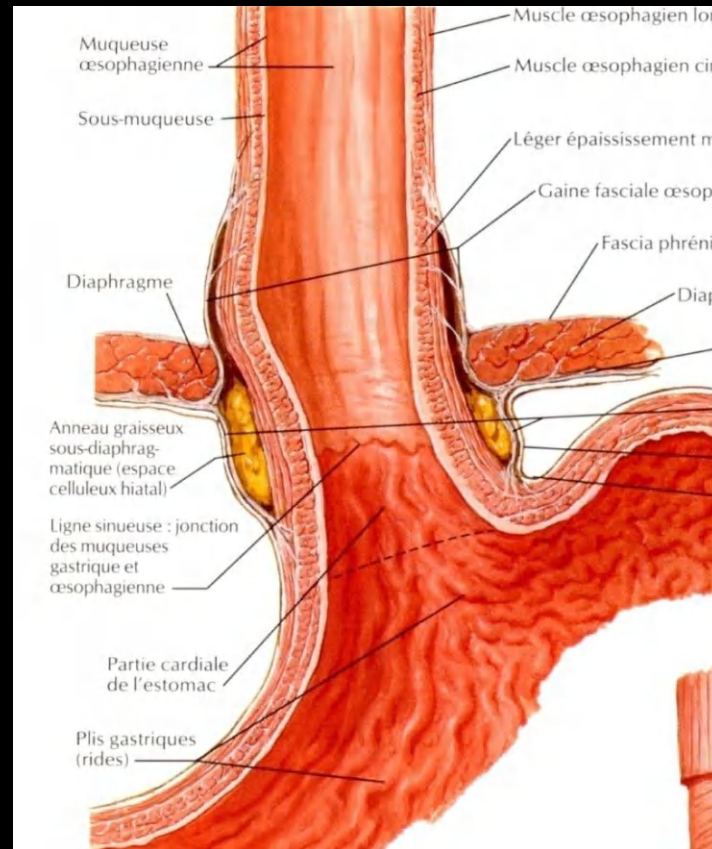
Physiologie

- **Principale fonction** : acheminer vers l'estomac les aliments solides ou liquides déglutis, grâce à la contraction séquentielle « péristaltique » du corps oesophagien et au relâchement bien synchronisé des sphincters oesophagiens supérieur et inférieur
- **Lutte contre le reflux** du contenu gastrique et intervient dans des activités réflexes (vomissements, éructations)



- **Déglutition, volontaire**
- Arrivé au pharynx postérieur, le bol alimentaire stimule des récepteurs et déclenche la phase involontaire de la déglutition, dite « **temps pharyngien** » ou « **temps réflexe** »
- Au même moment, stimulation des muscles qui assurent l'élévation du palais, suivie de la fermeture et de l'élévation du larynx afin d'empêcher le bol alimentaire de faire fausse route
- **Ouverture du SOS** juste assez longtemps pour permettre au bol alimentaire de passer, puis fermeture pour éviter le flux rétrograde du bol alimentaire.
- **Temps oesophagien** : deux activités principales
 - contraction séquentielle des fibres circulaires des muscles situés dans le corps de l'œsophage : onde de contraction se dirigeant vers l'estomac
 - relâchement et ouverture du SOI

- **SIO** : zone de haute pression intraluminal : contraction tonique de muscles lisses circulaires
- Crée une barrière de pression et sert à prévenir le reflux du contenu gastrique dans l'œsophage
- Normalement, pression de repos de **10 à 30 mmHg au-dessus de la pression intragastrique**. Si inférieure : reflux gastro-oesophagien

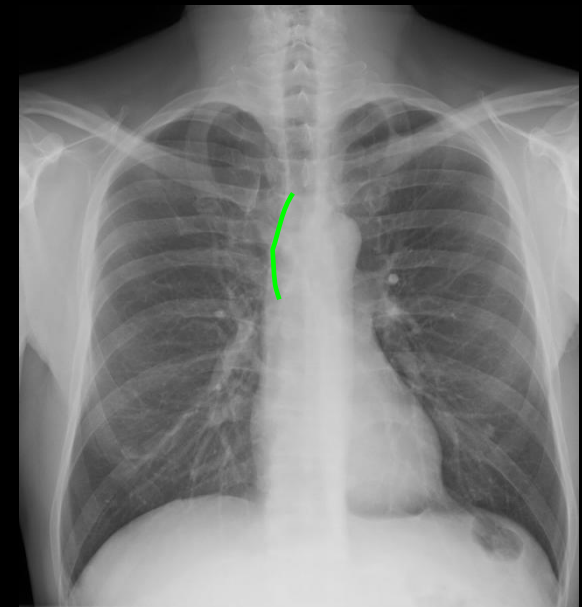
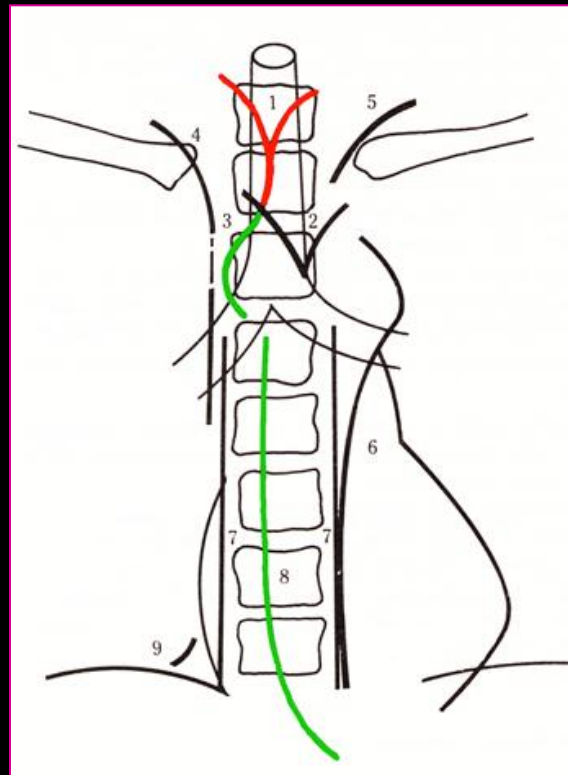
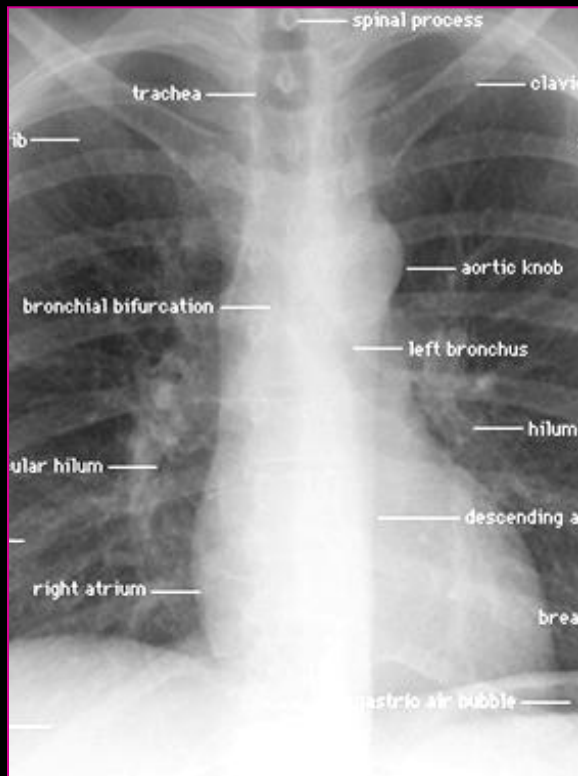


Techniques d'imagerie de l'œsophage

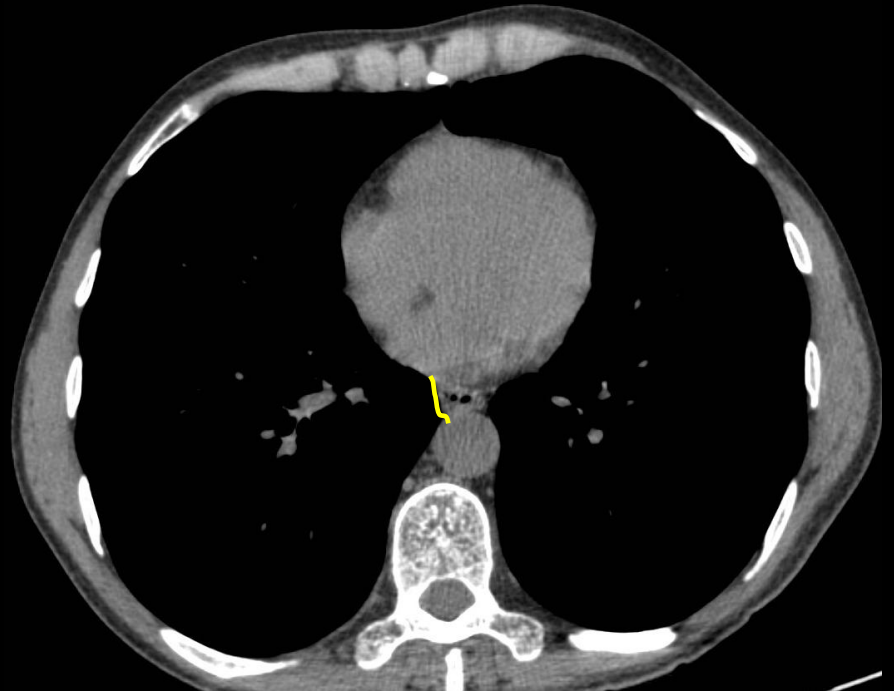
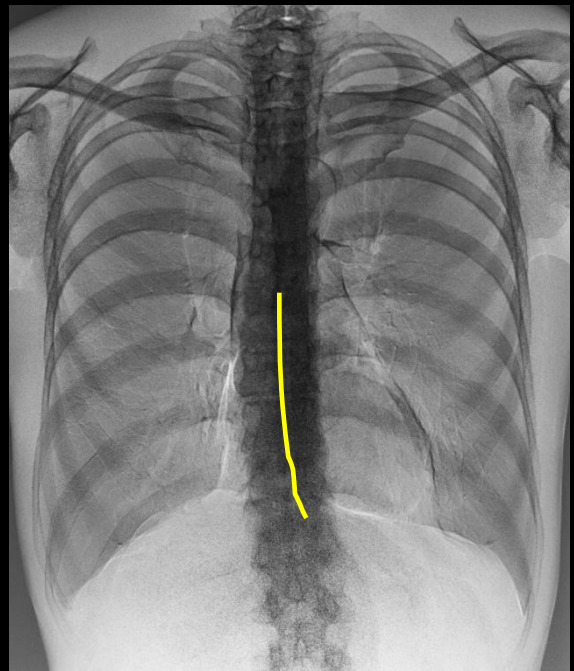
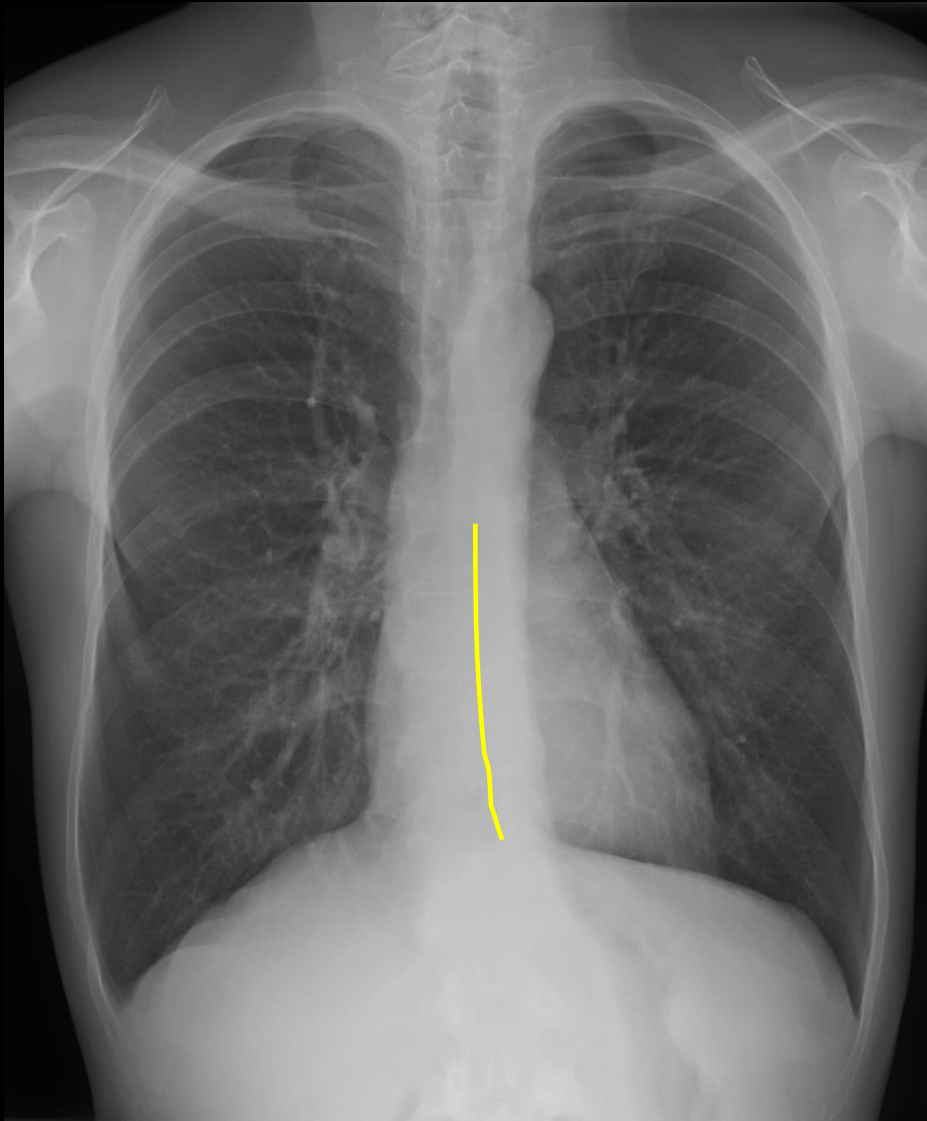
1- Radio de thorax F/P

Ligne para-azygo-oesophagienne : forme au-dessus de la bifurcation trachéale la ligne médiastinale postérieure.

Ligne para-oesophagienne inf droite : au-dessous de la bifurcation



— Ligne para oesophagienne





volumineux cancer
épidermoïde de
l'oesophage

D



Techniques d'imagerie de l'œsophage

2-transit oesophagien

- double contraste (**modificateurs du comportement +++**)
 - BaSO4 haute densité-viscosité faible
 - air dégluti ou mieux **insufflé**
(sels ENO*, Gastrobul *, Gastrovison*)

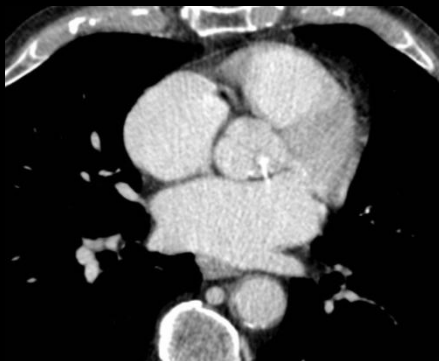
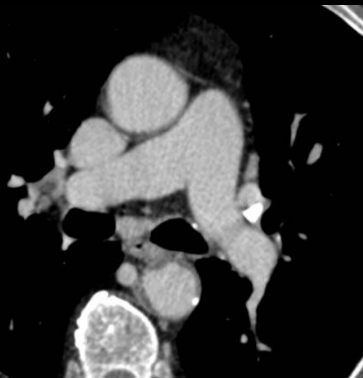


- station verticale
(F, P, OPG)
- procubitus OAD

ampoule épiph rénique

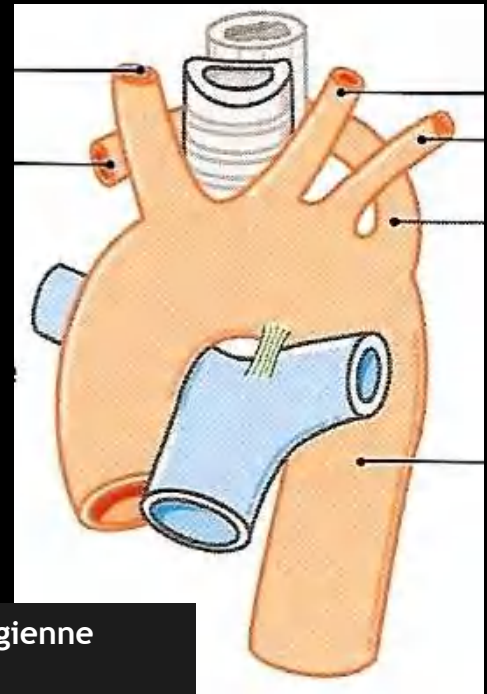
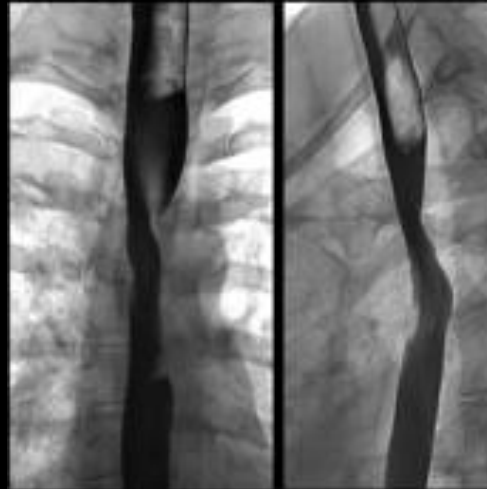
Empreintes normales

- Aorte
- Bronche souche G
- Cœur
- Arteria lusoria

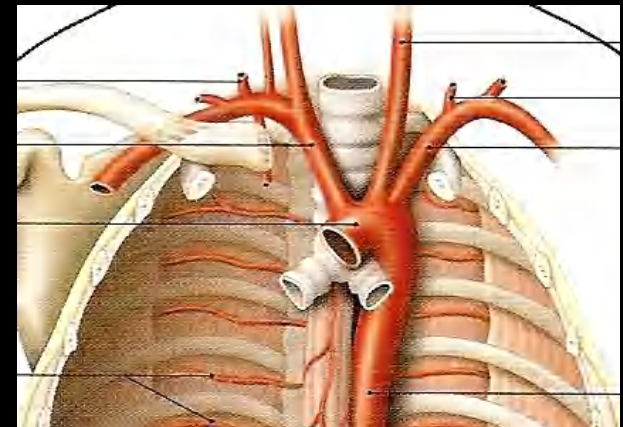




Arteria lusoria



Artère sous-clavière droite rétro-oesophagienne
 Provenant de la crosse aortique
 Lusus naturae : jeu de la nature, « monstre de la nature »
 Prévalence 0,5 à 1,8%



Disposition anatomique habituelle
 66 à 75% des cas

Techniques d'imagerie de l'œsophage

2-transit oesophagien (suite)

hydrosolubles iodés « classiques »

Gastrografine* Télébrix gastro*

hyperosmolaires; 3 à 5 fois l'osmolalité
plasmatique (dilués 50%)

- contrôles post chirurgie
- suspicions de rupture ou de perforation

hydrosolubles iodés iso-osmolaires

Visipaque*

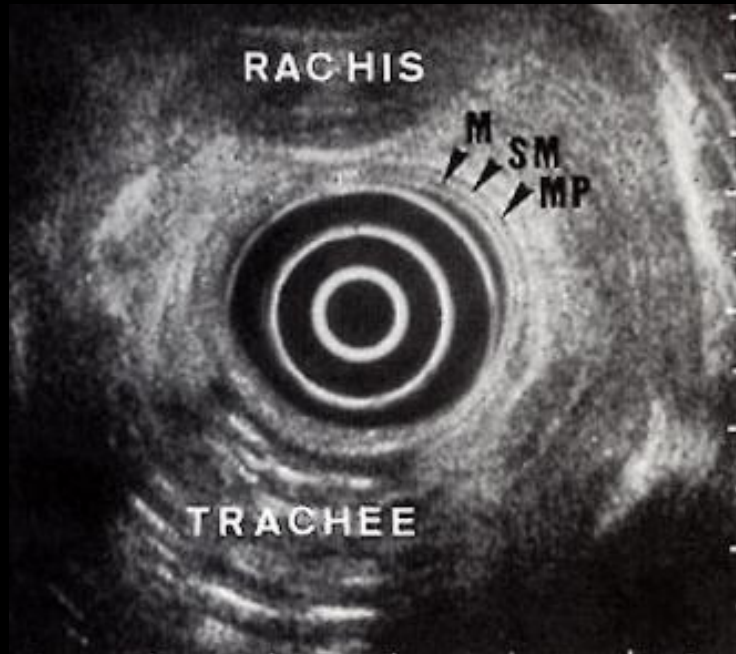
- suspicions de **fistule oeso trachéale**
- fausses routes et troubles de la déglutition



Sd de Boerhaave
exploré à la baryte !

Techniques d'imagerie de l'œsophage

3-endoscopie et écho endoscopie



Apports de l'échoendoscopie : pathologie tumorale ++

- Examen clé pour l'évaluation de l'extension pariétale: meilleure précision que le scanner de l'atteinte des différentes couches pariétales
- Examen limité quand la tumeur est non franchissable (10%), synonyme d'une tumeur avancée (T3-T4)
- Précise l'extension aux ganglions et structures de voisinage
- N'a d'intérêt que si elle peut orienter la décision thérapeutique

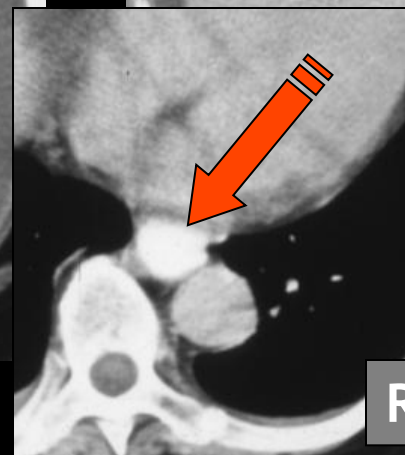
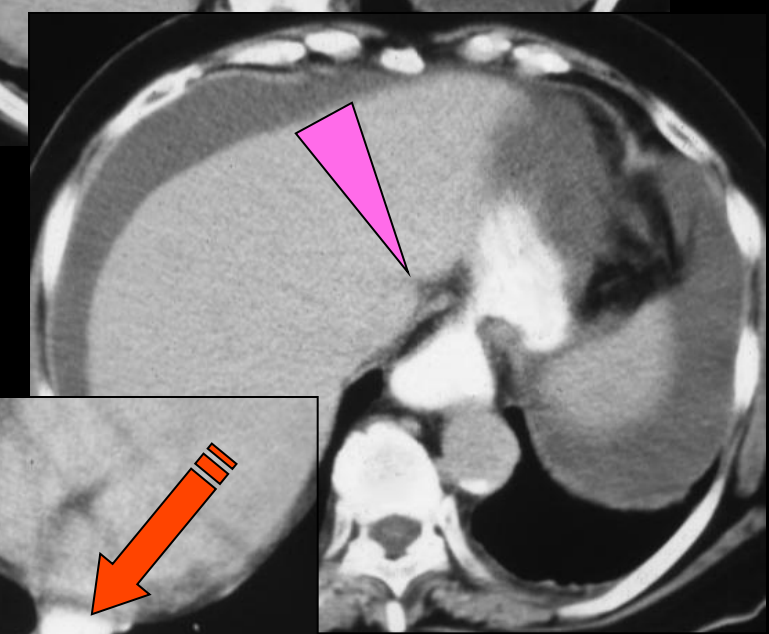
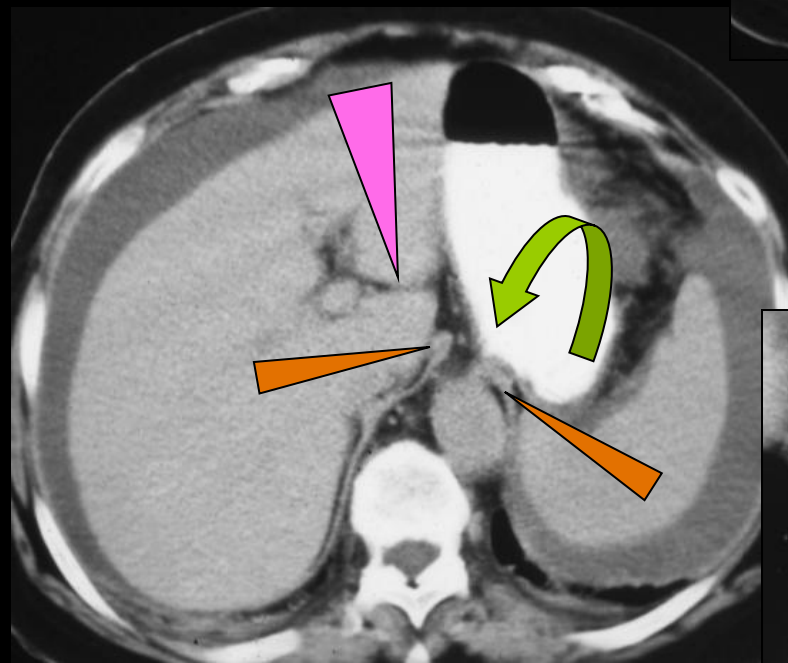
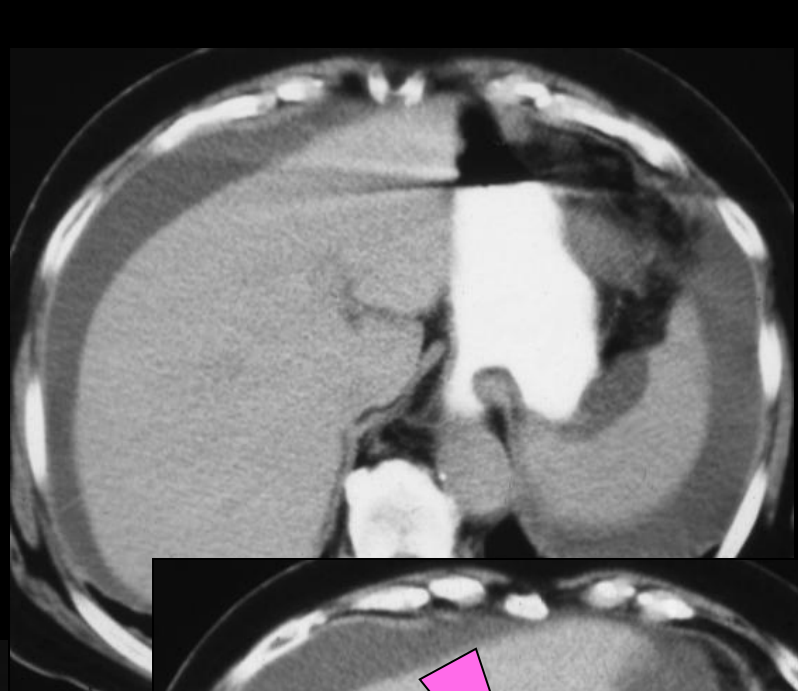
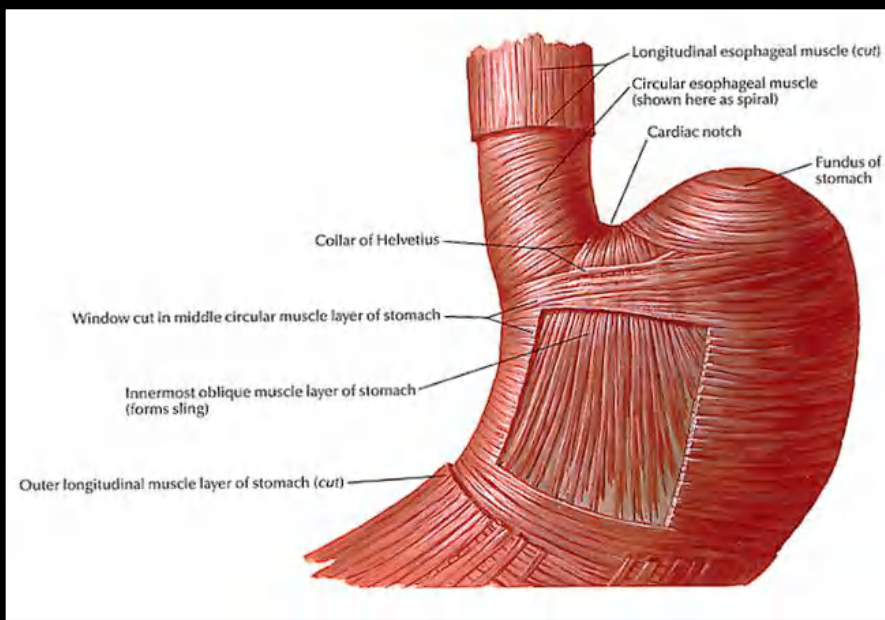
Techniques d'imagerie de l'œsophage

4- Scanner: pathologie tumorale ++

Examen clé pour l'extension locorégionale et métastatique, pour l'évaluation de la résecabilité et le choix thérapeutique :

- Tumeur: épaissement pariétal circonférentiel
- Extension aux structures de voisinage:
 - Axe trachéobronchique: bombement, refoulement, bourgeonnement endoluminal, fistule oesotrachéale
 - Aorte: envahissement très probable si recouvrement par la tumeur sur plus de 90°
 - Péricarde, cœur, diaphragme, veine azygos
- Extension ganglionnaire médiastinale
- Extension métastatique: pulmonaires, hépatiques, surrénales. Les ganglions à distance (sus claviculaires) sont considérés comme métastases

Avec ingestion d'eau ++++



hernie hiatale par glissement

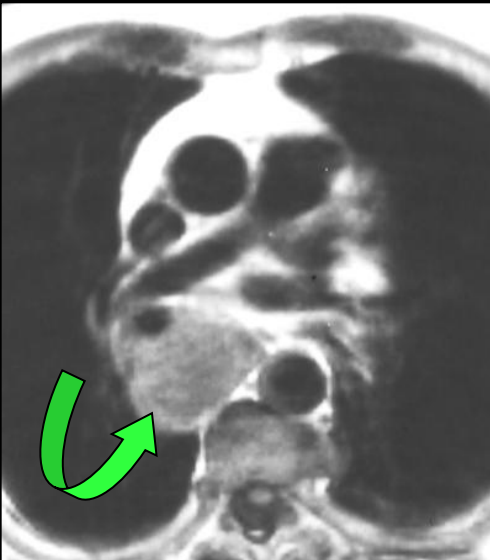
RGO spontané

Techniques d'imagerie de l'œsophage

5-IRM

images pondérées T2 pour

- les structures liquidiennes : dysembryoplasies (duplications) kystiques, hématomes...
- les structures à composante cellulaire : T conjonctives (« stromales »)
- les lésions à composante grasseuse : polype fibro-graisseux



hématome spontané intramural de l'oesophage

Techniques d'imagerie de l'œsophage

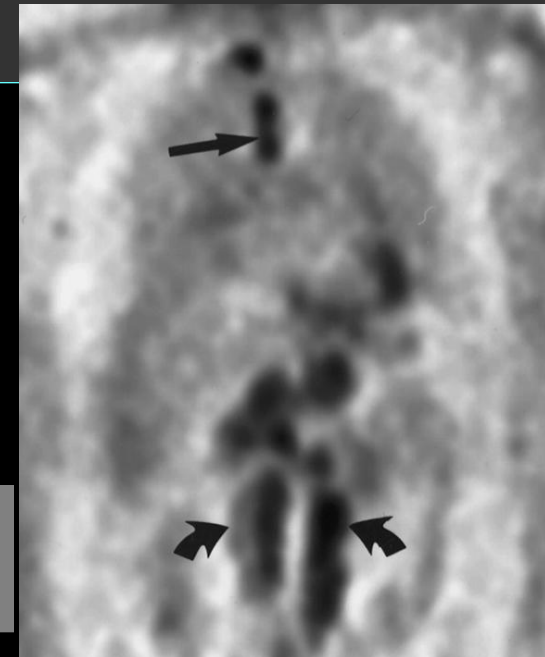
6-médecine nucléaire

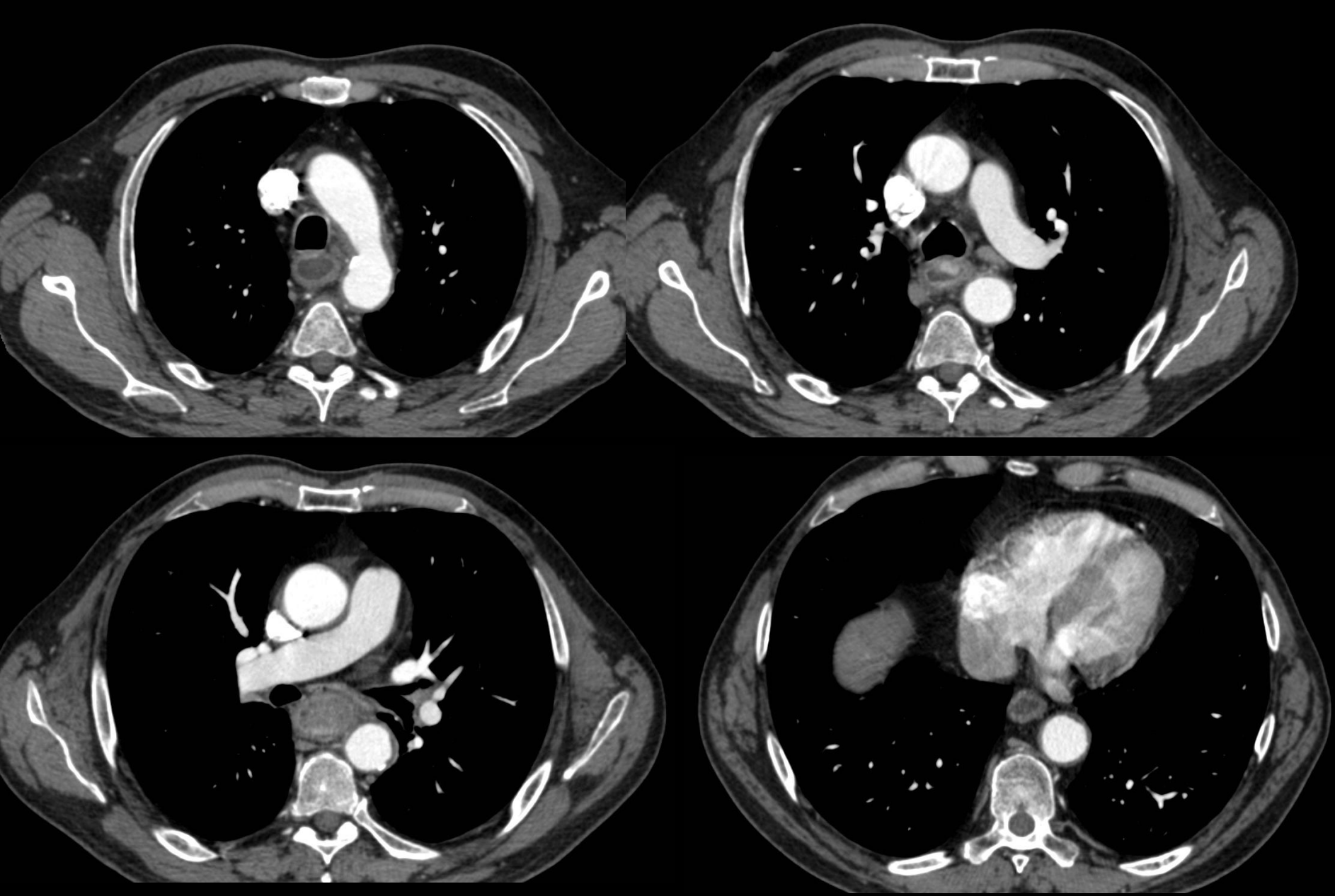
- étude **scintigraphiques** de la clairance de l'œsophage, du RGO ...
par ingesta avec traceur (soufre colloïdal) marqué au ^{99m}Tc
- **PET scan** (^{18}F FDG)
bilan d'extension ganglionnaire et métastatique viscéral pré-opératoire des K
diagnostic des **récidives**



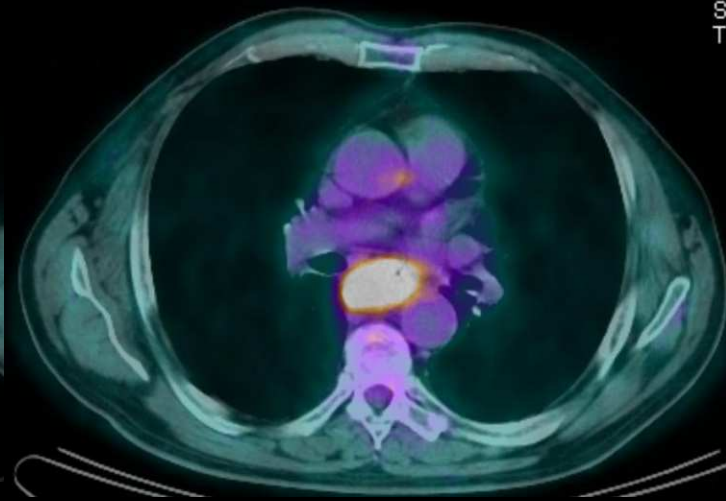
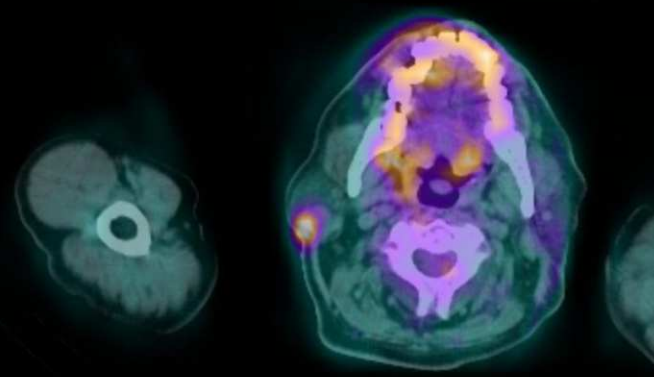
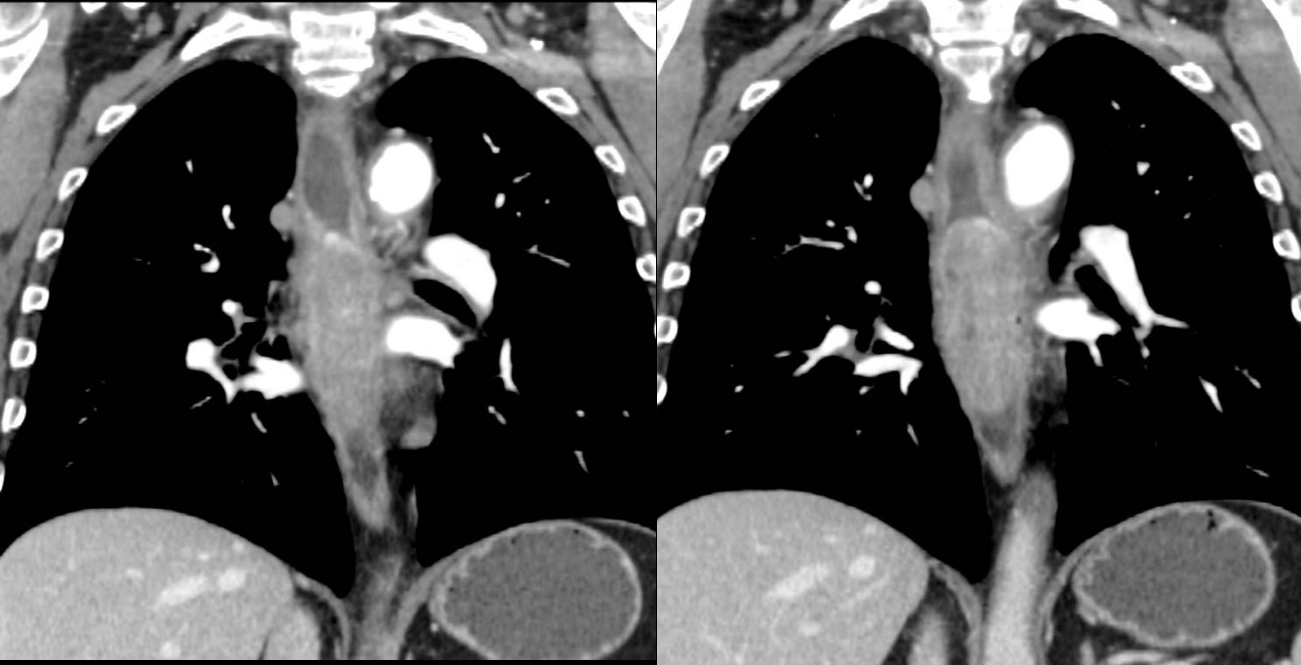
cancer 1/3 moyen

cancer 1/3 moyen
avec métas GG





bilan d'extension CT d'un sarcome de l'oesophage

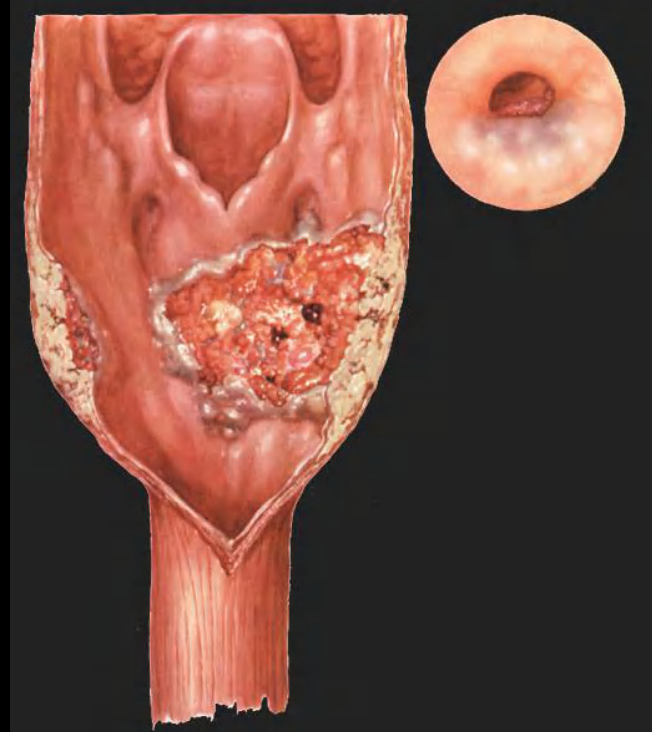


bilan d'extension PET CT au 18 FDG d'un sarcome de l'oesophage

Pathologie tumorale de l'œsophage

1 - tumeurs épithéliales malignes

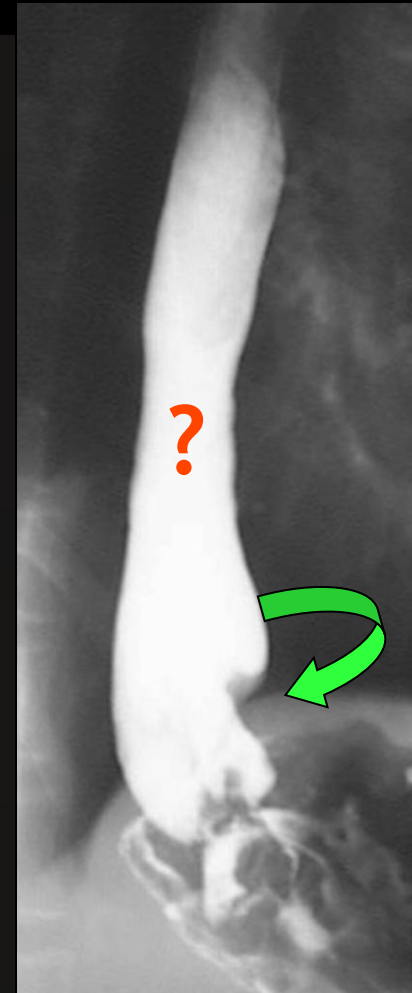
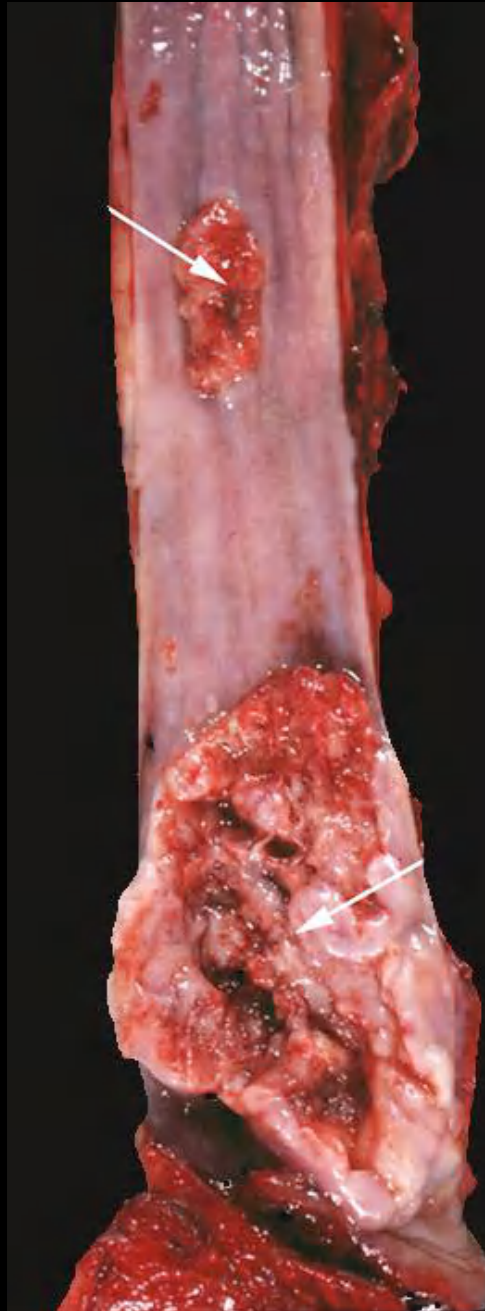
1a. cancers épidermoïdes (80-90%)



formes macroscopiques: ulcérations, infiltration, bourgeonnement



endoscopie + biopsies
colorations



localisations multiples
-dans l'œsophage
-dans la sphère ORL :
pharyngo-larynx
plancher de bouche

Le carcinome épidermoïde

- Terrain: homme >60 ans, survie à 5 ans=37%
- Etiologies :
 - Facteurs exogènes:
 - Alcool
 - Tabac
 - Alimentation et habitudes alimentaires: aliments ou liquides chauds; plantes irritantes avec particules de silice, avoine, blé, déficit vitaminique, en zinc, en molybdène
 - Substances carcinogènes: nitrosamines, mycotoxines contaminant l'alimentation
 - Radiations ionisantes
 - Facteurs socioéconomiques

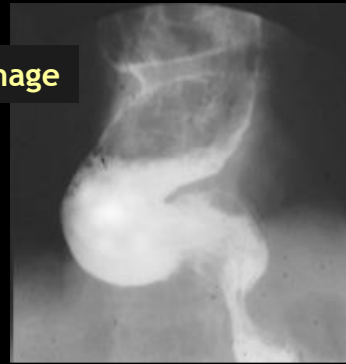
Le carcinome épidermoïde

- Etiologies :

- Facteurs endogènes:

- Cancer ORL
- Méga œsophage
- Oesophagite caustique
- Diverticules de Zenker : <1%
- Dysplasie œsophagienne au cours des sidéropénies (Plummer-Vinson, Kelly-Patterson) : 10%, pays nordiques
- Sclérothérapie des varices œsophagiennes, ATCD de gastrectomie
- Prédisposition génétique: tylose ou kératodermie palmo-plantaire héréditaire(maladie métabolique AR secondaire à un déficit en tyrosine amino-transférase), maladie coeliaque

Méga oesophage

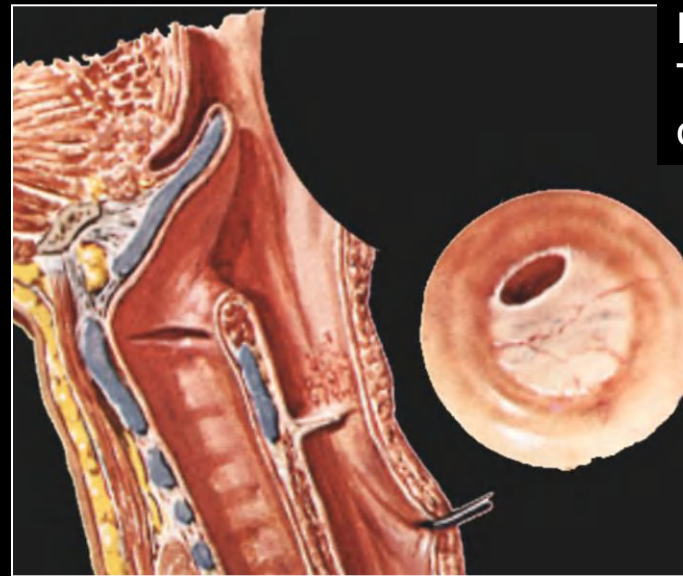
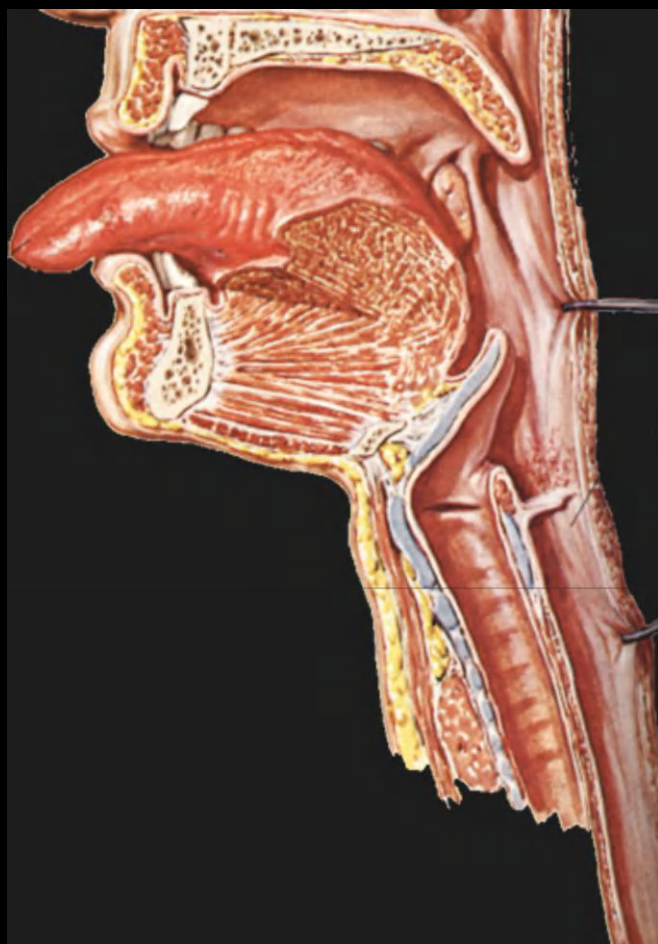


Diverticule de Zenker



Oesophagite caustique





Diaphragme muqueux
Translucide (partie basse
oesophage cervical)

Dysphagie sidéropénique de Plummer-Vinson

Etat multicausal

- Dysphagie constante
- Anémie hypochrome
- Lésions mucophanériennes (perlèche, glossite, ongles et cheveux cassants)



TOGD: une ou deux encoches
fixes sur le bord antérieur de
l'oesophage cervical ou plus
rarement circonférentielle

Classification TNM des K oesophagiens (UICC 2009)

Tis Carcinome in situ ou dysplasie de haut grade

T1 : envahissement limité à la lamina propria, la muscularis mucosae ou la sous-muqueuse

T1a lamina propria ou muscularis mucosae

T1b sous-muqueuse

T2 : tumeur envahissant la musculature, sans la dépasser

T3 : tumeur envahissant l'adventice

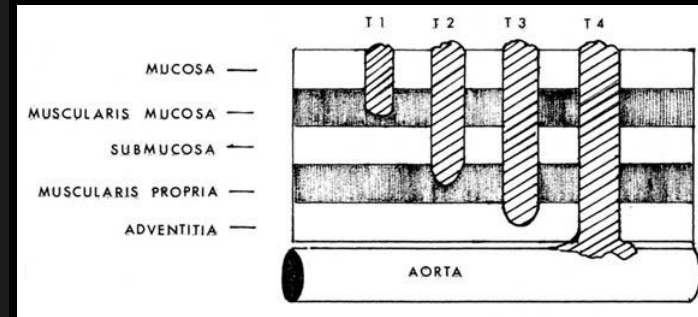
T4 : tumeur envahissant les structures adjacentes

T4a : plèvre, péricarde, diaphragme

T4b : aorte, corps vertébral, trachée

N0 : pas de signes d'atteinte des ganglions régionaux.

N1 : métastases ganglionnaires lymphatiques régionales

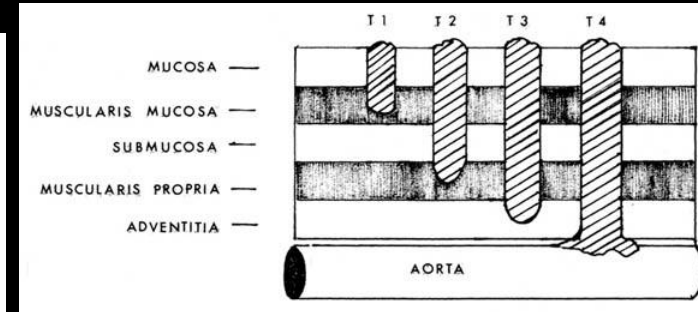


Classification TNM des K oesophagiens (UICC 2009)

N- Adénopathies régionales

- Les ganglions régionaux sont ceux du territoire de l'œsophage incluant les ganglions de l'axe coeliaque et les ganglions para-œsophagiens du cou mais pas les ganglions sus-claviculaires.

NX	Le statut des ganglions régionaux ne peut être évalué
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastases dans 1-2 ganglions lymphatiques régionaux
N2	Métastases dans 3-6 ganglions lymphatiques régionaux
N3	Métastases dans 7 ganglions régionaux ou plus
pN0	L'examen histologique d'une pièce opératoire de lymphadénectomie inclura habituellement 6 ganglions lymphatiques ou plus. Si les ganglions ne sont pas atteints, classer pN0 même si le nombre habituel de ganglions n'est pas atteint.



Ganglions : coeliaques, para-oesophagiens du cou
Pas **sus-claviculaires** : M1

M0 : pas de métastase(s) à distance.

M1 : métastase(s) à distance

Facteurs pronostiques:

- l'envahissement de la paroi **T1, T2 > T3**,
- l'envahissement ganglionnaire (**pN0 > pN1**)
- le type histologique (**adénocarcinome > malpighien**)
- la nature de la tranche de section (**saine > envahie**)
- la présence d'un **reliquat tumoral macroscopique**

Classification synthétique des K oesophagiens

Stade I : T1, N0, M0

Stade Ila : T2 ou T3 N0, M0

Stade I Ib : T1 ou T2 N1, M0

Stade III : T3 ou T4, N1 M0

Stade IV : tous T ou tous N M1

Groupement par stades UICC

Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade IIA	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Stade IIB	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Stade III	T3	N1	M0
	T4	Tous N	M0
Stade IV	Tous T	Tous N	M1
Stade IVA	Tous T	Tous N	M1a
Stade IVB	Tous T	Tous N	M1b

Bilan d'extension local T (et N proximal)

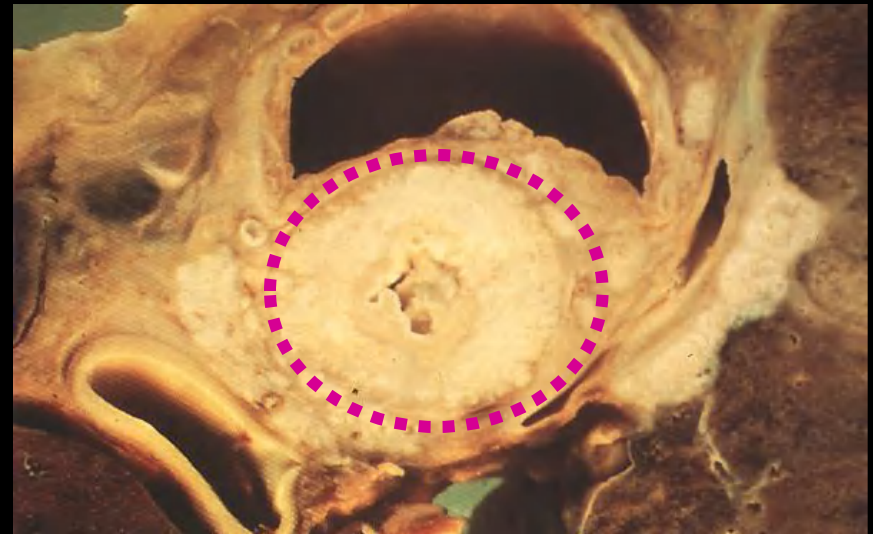
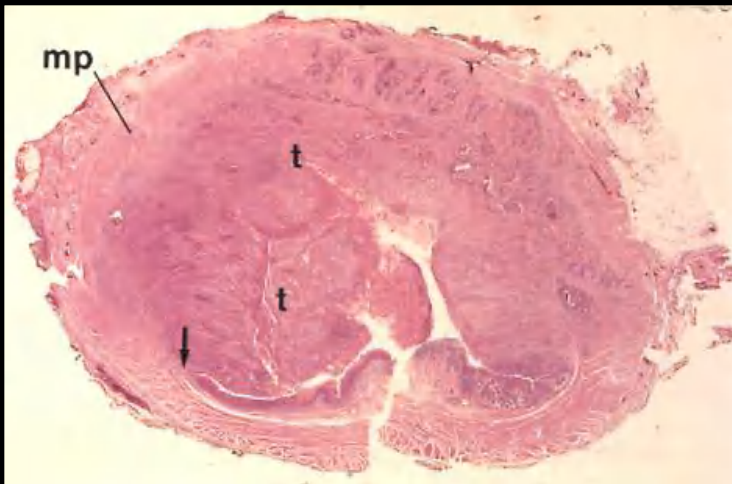
- en **taille** : **axial circonférentiel** (endoscopie +++)
- en **hauteur** (position de la tumeur par rapport aux AD)

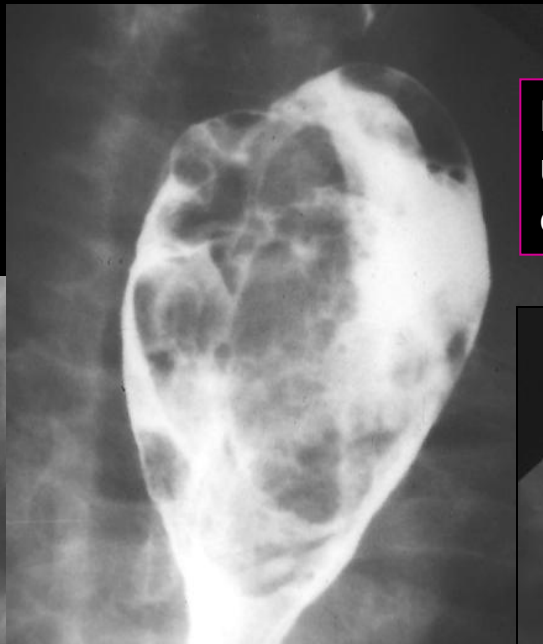
Fibroskopie

cliché thorax F+P / scanner

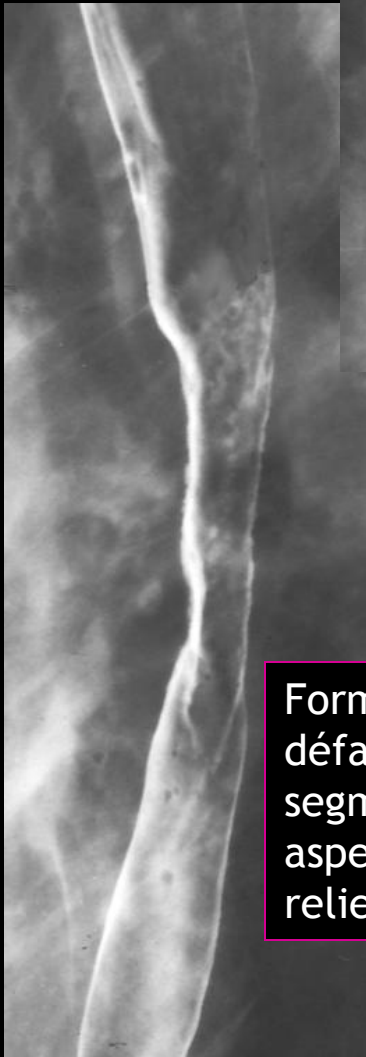
avec opacification de l'oesophage (DC +++)

- en **profondeur** (+ ADP proximales) : écho-endoscopie

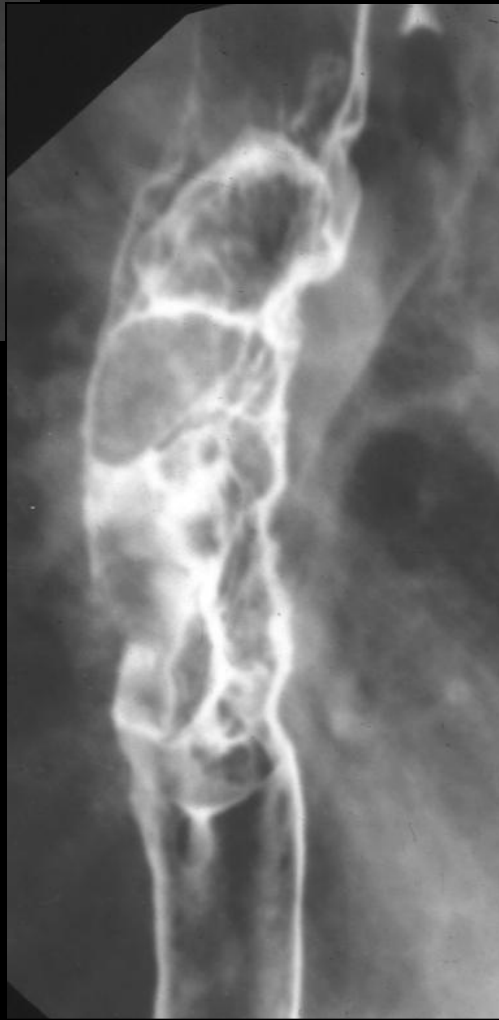




Forme étendue
ulcérobourgeonnante,
circonférentielle



Forme infiltrante
défaut d'expansion
segmentaire de la lumière,
aspect microspiculé du
relief muqueux



Forme sténosante
circonférentielle

formes macroscopiques des gros K épidermoïdes



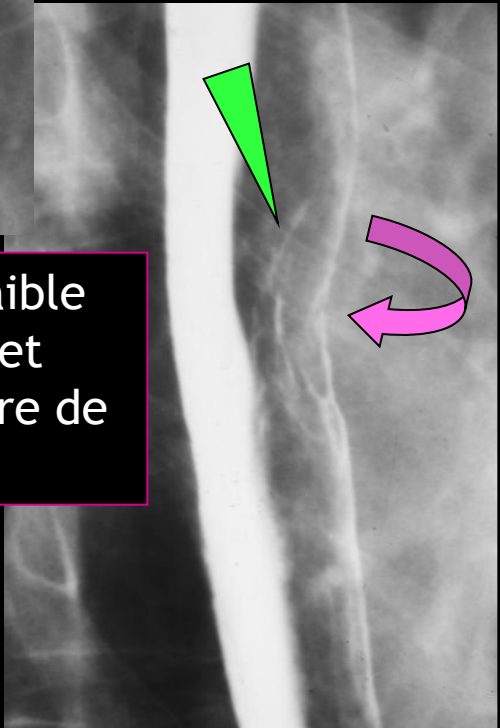
Forme polypoïde:
Lésion en surélévation
nodulaire endoluminale
sans infiltration pariétale



Forme ulcérée: faible
rigidité pariétale et
expansion régulière de
la lumière



Seul le double contraste permet
d'objectiver ce type de lésion

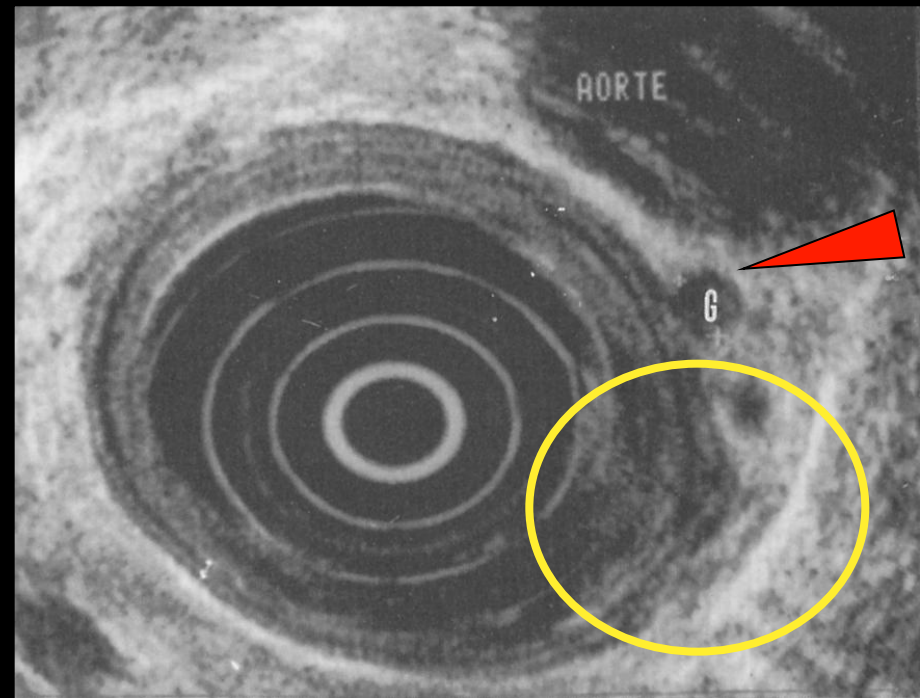
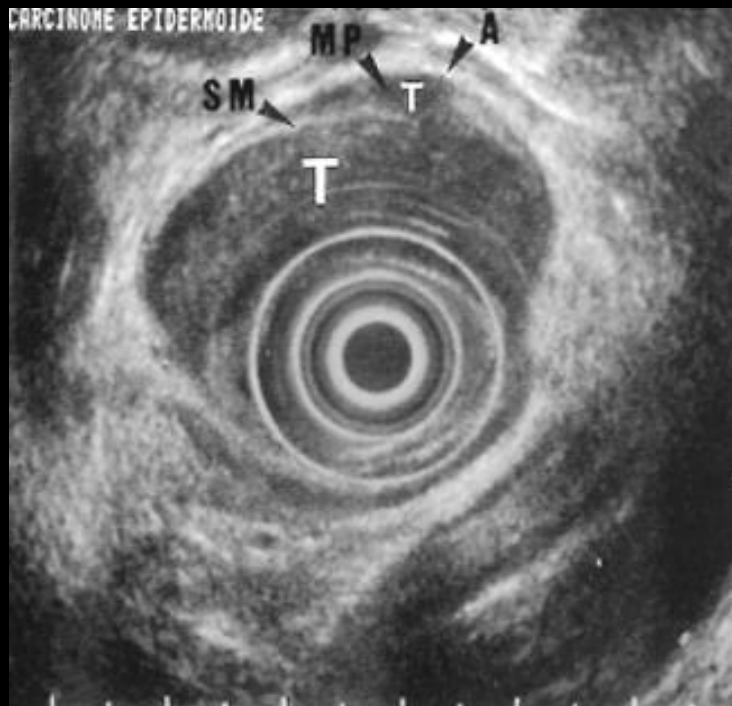


formes macroscopiques des petits K épidermoïdes

Bilan d'extension local T (et N proximal)

Echo-endoscopie :

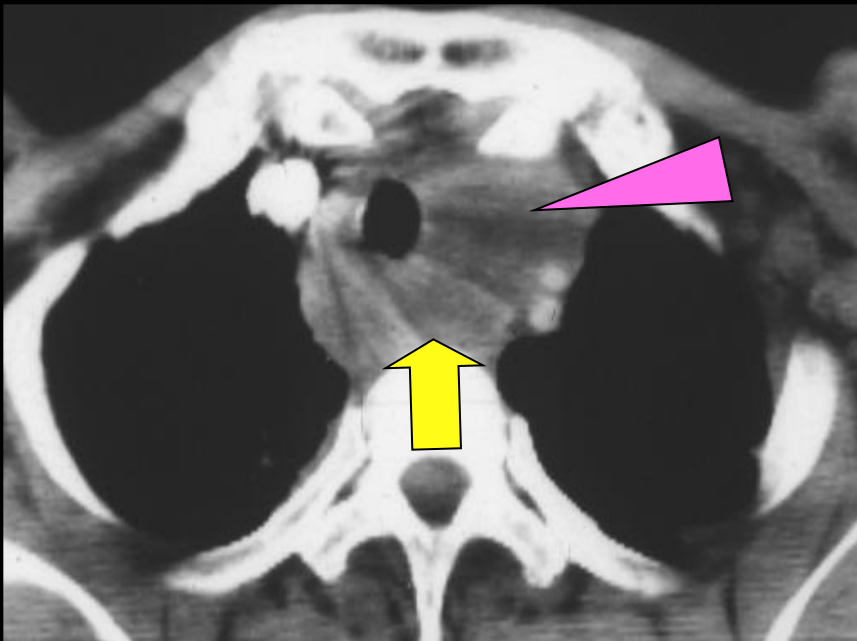
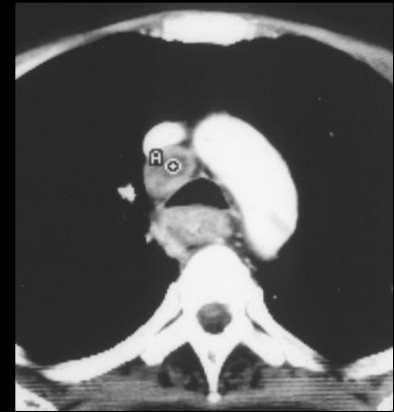
- extension en profondeur +++
- ganglions ++



Bilan d'extension local T (et N proximal)

Place du scanner dans le bilan T:

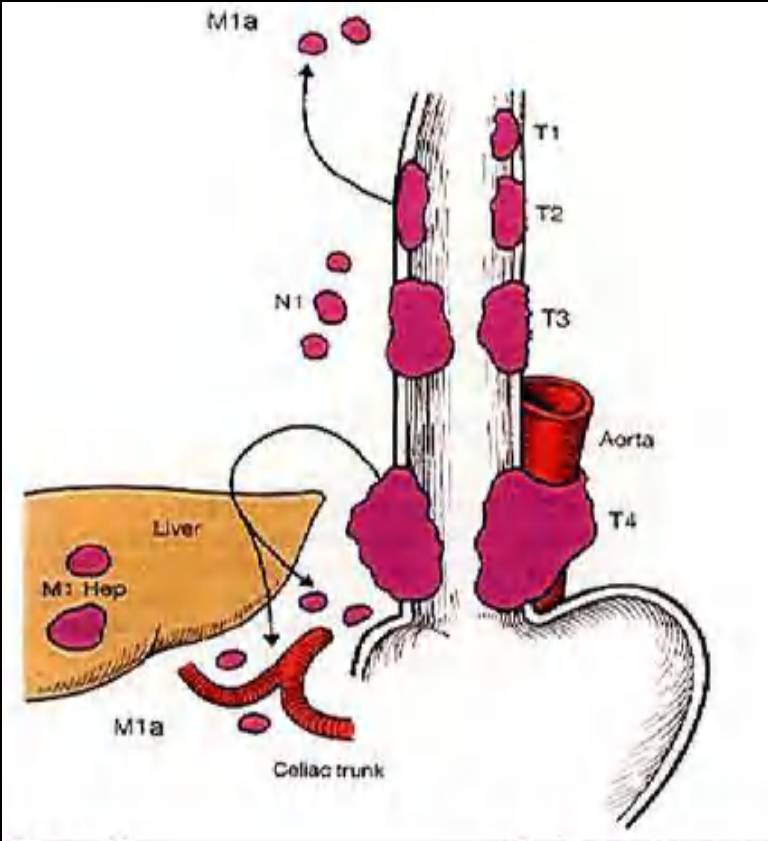
- taille de la lésion : **diamètre >3cm**
- infiltration des structures adjacentes
convexité antérieure de la paroi trachéale postérieure
recouvrement de l'aorte sur plus de 90° (angle de Pincus)



Bilan d'extension N distants et M

rôle du scanner dans le bilan M

- parenchyme pulmonaire
- foie



Intérêt respectif des 2 examens:

- TDM :

- T3/T4
- Diagnostic des métastases viscérales
- Évaluation de l'envahissement des organes médiastinaux, arbre trachéobronchique ++
- Exploration des aires ganglionnaires abdominales

- EE:

- Classement T1 à T3, à priori résécables
- Ex le plus rentable pour l'extension ganglionnaire, Se et Sp de 70% pour la détection des ADP métastatiques
- Ponction ganglionnaire échoguidée réalisable

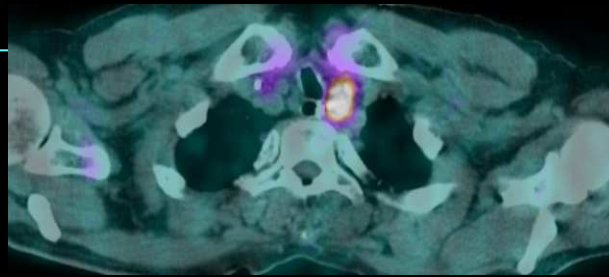
- Autres examens:

- IRM :

- pas supérieure au scanner pour le bilan d'extension médiastinal ou prédiction de résecabilité tumorale

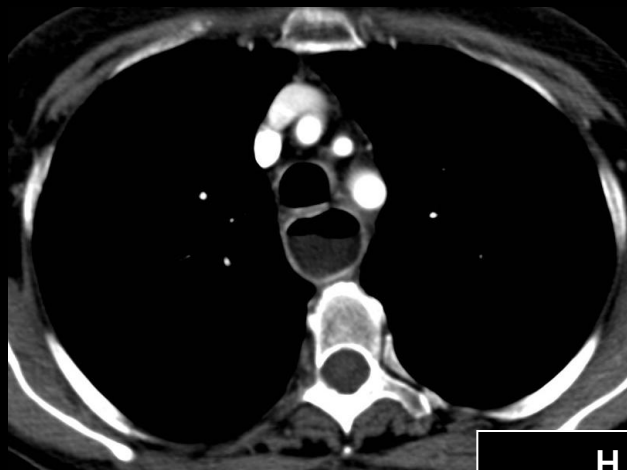
- TEP FDG:

- intérêt dans l'extension locorégionale et à distance
- Se= 67% pour ganglions et 97% pour métastases hématogènes

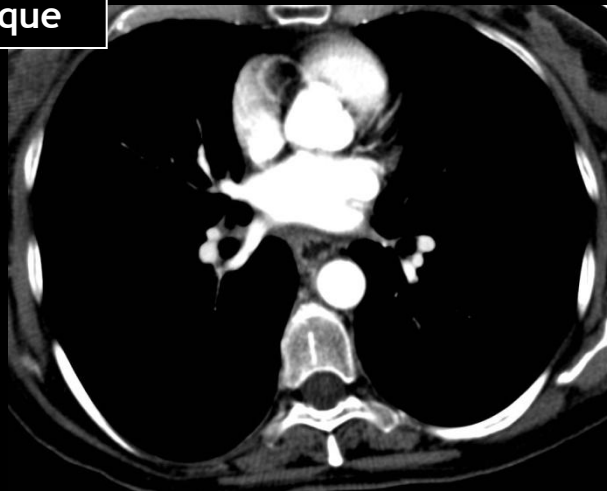
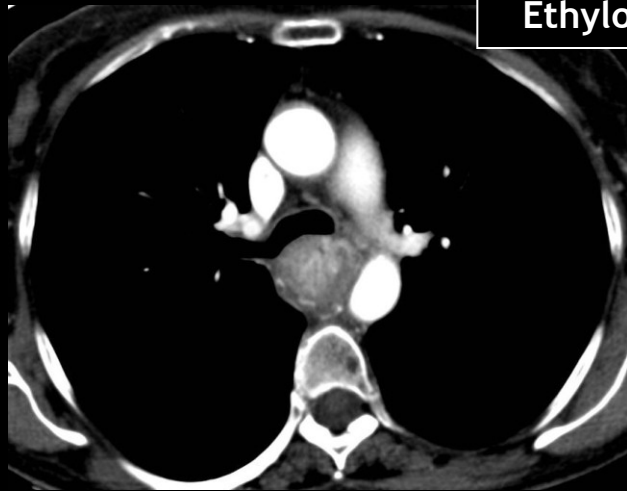


- TOGD:

- niveau du pôle supérieur de la tumeur : localisation de l'anastomose, thoracique ou cervicale
- longueur de la tumeur (> 5cm) et désaxation de la lumière (facteurs de mauvais pronostic)
- intérêt si une **endoprothèse** doit être posée



H 54 ans
Éthylo-tabagique

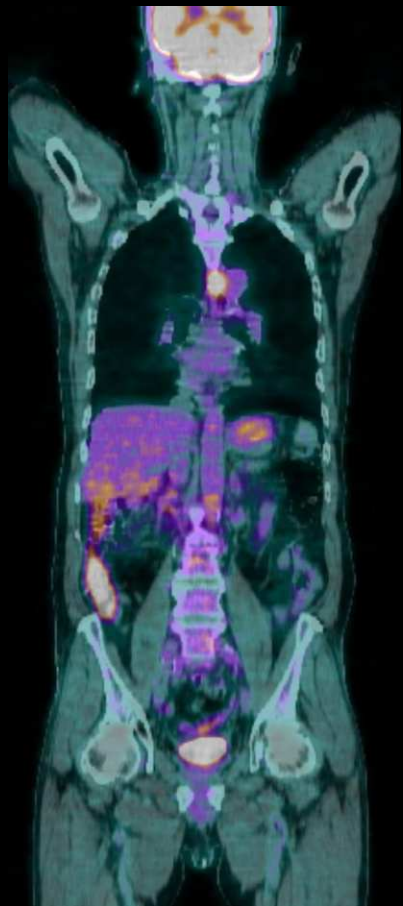


Carcinome épidermoïde



Bilan d'extension CT et TEP/CT

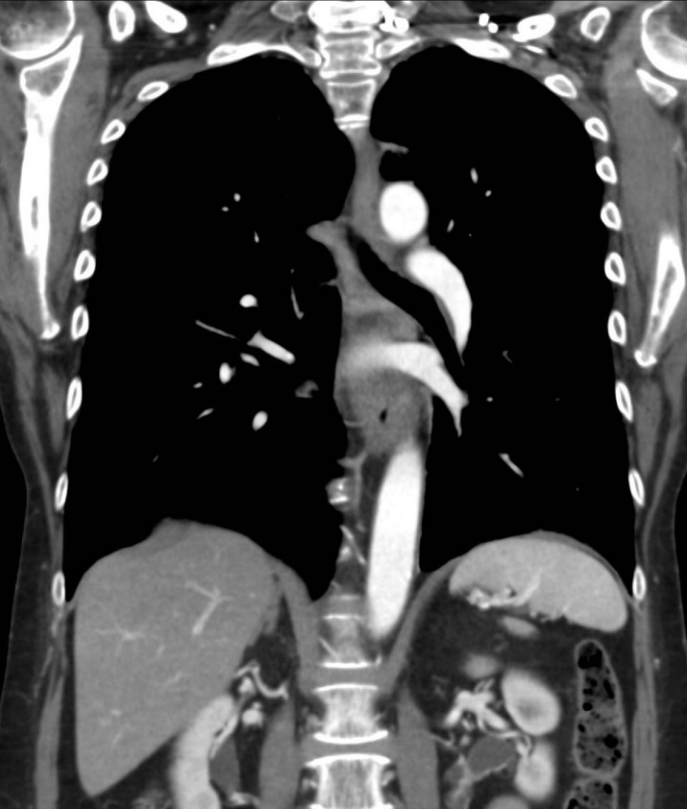




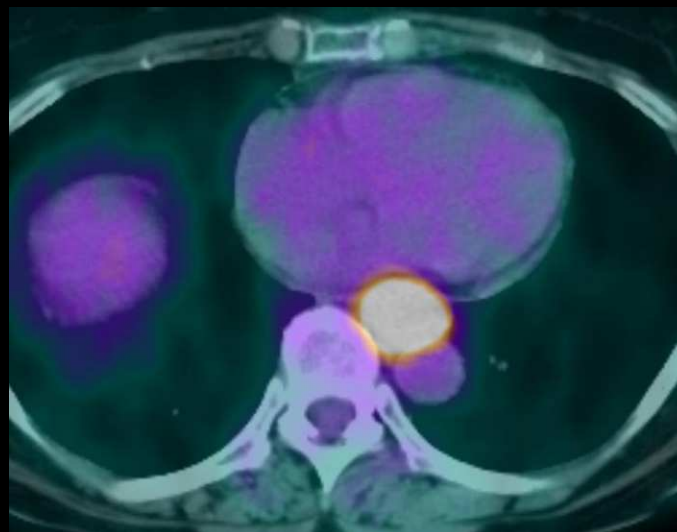
H 54 ans

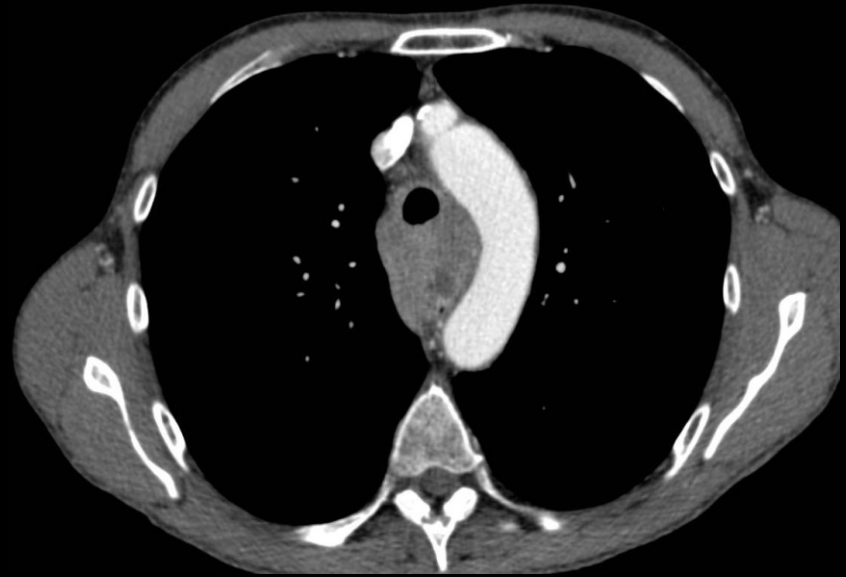
Bilan pré thérapeutique

K épidermoïde à 25 cm des AD à la
jonction 1/3 moyen-1/3 inférieur
T3N0-> radiochimiothérapie



F 69 ans
Bilan pré thérapeutique
K épidermoïde du 1/3 moyen

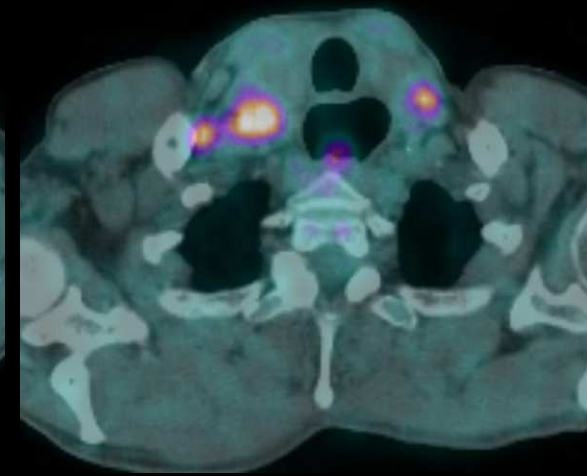


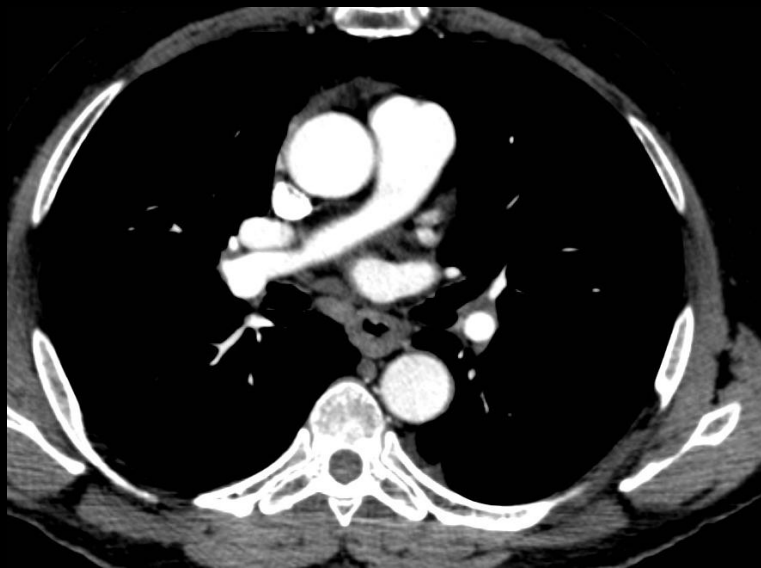


H 57 ans

Bilan pré thérapeutique

K épidermoïde 1/3 supérieur T4

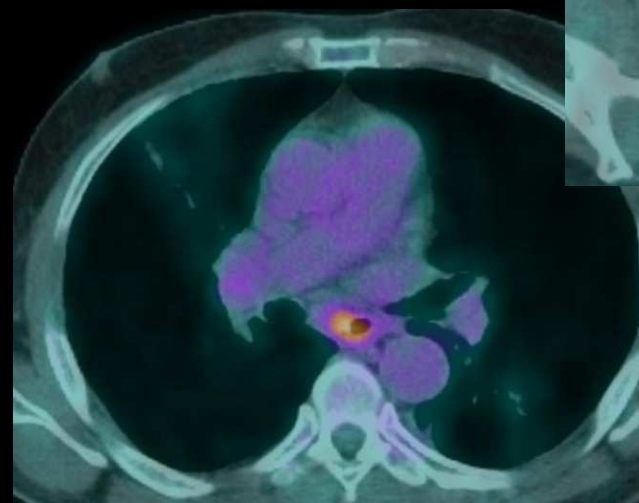
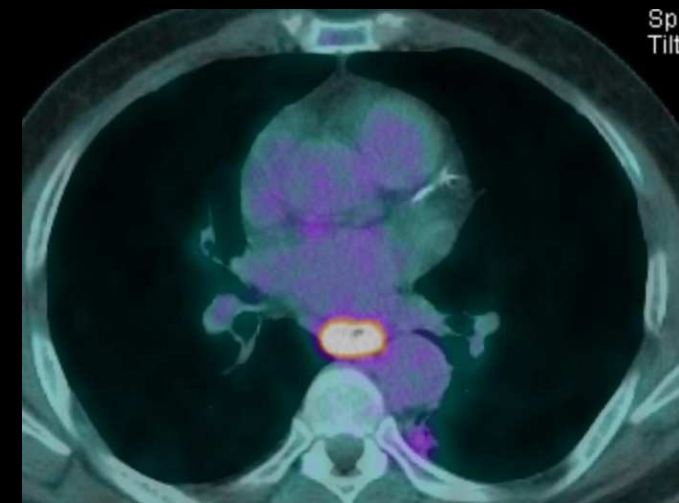


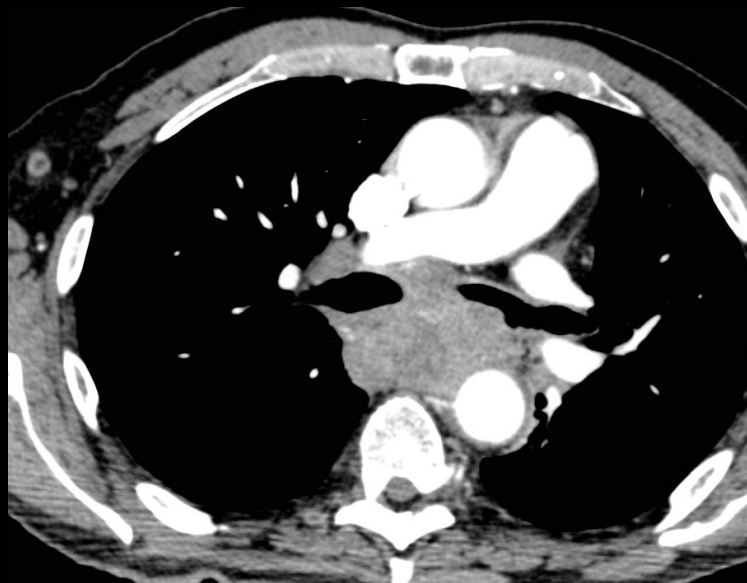
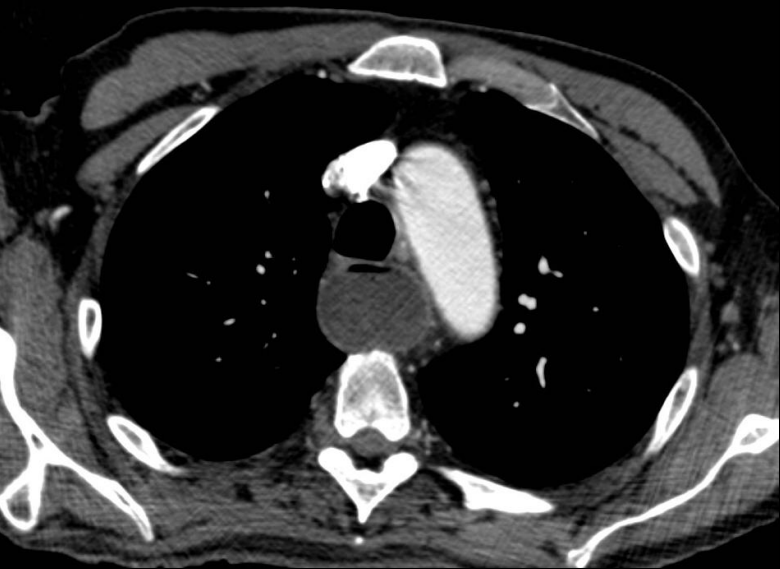


H 66 ans

ATCD de dilatations
itératives de
l'œsophage pour
sténose caustique

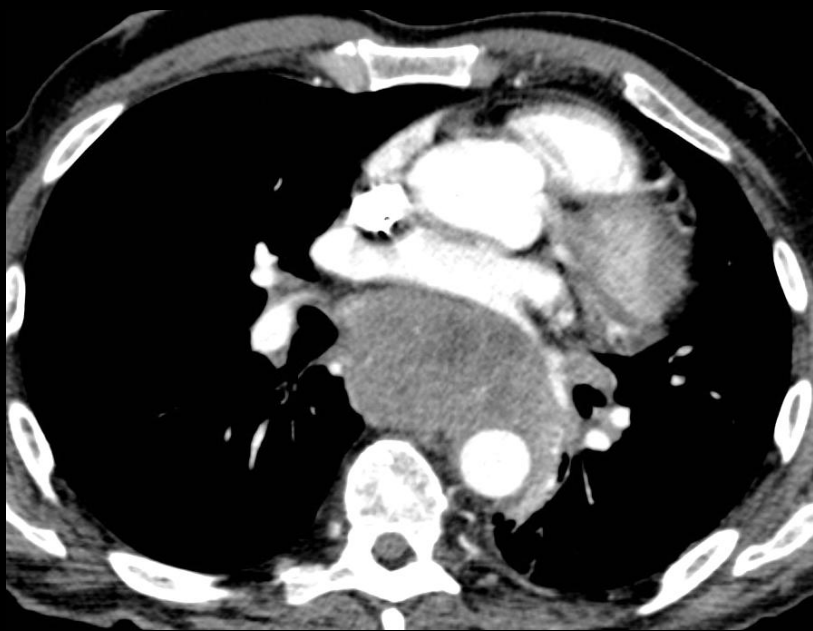
K épidermoïde





K épidermoïde

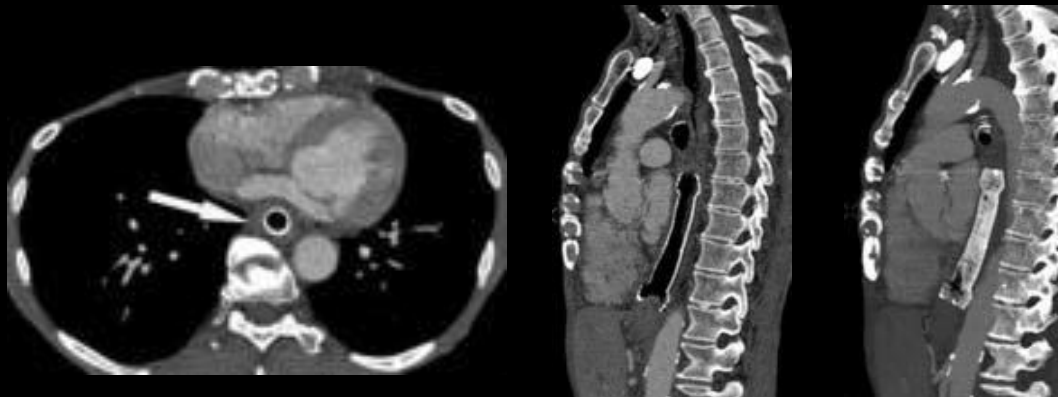
T4N+M1





Bilan pré thérapeutique et traitements

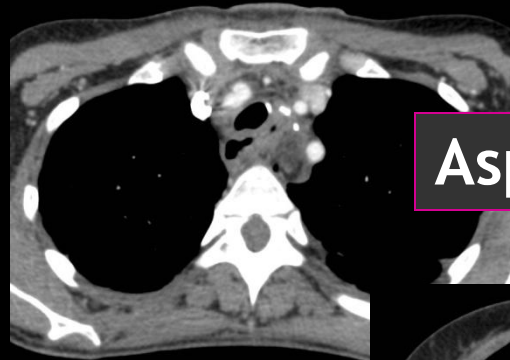
- Etat clinique
- Extension loco régionale et à distance
- Tumeurs T1-T2: chirurgie
- Tumeurs T3-T4: radiochimiothérapie première, parfois chirurgie de rattrapage
- traitement néoadjuvant+++ stade IIb (T1-T2 N1 M0) et III (T3-T4 N1 M0)
- Traitement palliatif: prothèse oesophagienne métallique



- Chirurgie

- Oesophagectomie totale ou sub totale
 - Double abord abdominal et soit thoracique, soit cervical (voie transhiatale sans thoracotomie)
 - Anastomose oeso gastrique avec tubulisation de l'estomac
 - En cas d'atteinte juxta cardiale, continuité rétablie par la montée d'une anse en Y ou d'une plastie colique
 - Curage ganglionnaire coeliaque et médiastinal
-
- Récidive après chirurgie: non rare, parfois difficile à distinguer de la fibrose

Aspects post thérapeutiques



Oesophagectomie sub totale avec tubulisation de l'estomac

Pathologie tumorale de l'œsophage

1 - tumeurs épithéliales malignes (suite)

1b adénocarcinomes : 5-10% ; œsophage de Barrett
métaplasie gastrique et/ou **intestinale** de
la muqueuse du bas œsophage secondaire à un
processus anormal de réparation après RGO

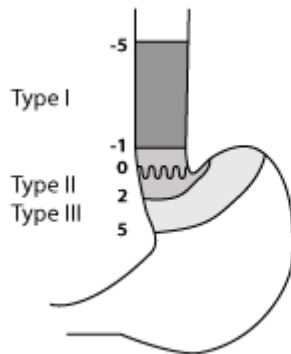


ADK de l'œsophage et de la jonction oeso-gastrique

- ADK in situ et invasif **Siewert I et II** (Siewert III: estomac)
- fréquemment associé à un **endobrachyoesophage** qu'il faut systématiquement rechercher
- Les ADK sont le plus souvent d'architecture tubulo-papillaire, bien ou moyennement différencié. Les types mucineux ou à cellules dissociées sont rares. Les carcinomes adénoquameux et les carcinomes endocrines à petites cellules existent mais sont exceptionnels
- Si maladie métastatique: rechercher une hyper expression ou une amplification d'**HER2**

Classification de Siewert

- **Type I** : adénocarcinome de l'oesophage distal dont le centre est situé plus de 1 cm au-dessus de la jonction oesogastrique . Pour un centre de la tumeur situé à plus de 5 cm de la jonction, il s'agit d'un adénocarcinome de l'oesophage
- **Type II** : adénocarcinome à localisation cardiale moyenne dont le centre est situé entre 1 cm au-dessus (limite supérieure) et 2 cm (limite inférieure) au-dessous de la jonction oesogastrique
- **Type III** : lésion du cardia à localisation gastrique prédominante dont le centre est situé entre 2 cm et 5 cm au-dessous de la jonction oesogastrique



Classification des cancers du cardia selon Siewert :

Le type est défini en fonction de la distance entre le centre de la tumeur et la ligne Z

- 5 à - 1 cm : Siewert I

(adénocarcinome sur endobrachyoœsophage),

- 1 à + 2 cm Siewert II (vrai adénocarcinome du cardia),

+ 2 à + 5 cm Siewert III

(adénocarcinome gastrique sous cardinal)

Classification TNM applicable au type I de Siewert

UICC 2009

T- Tumeur primitive

T0 Pas de signe de tumeur primitive

Tis Carcinome *in situ*

T1 Tumeur envahissant la lamina propria, la muscularis mucosae ou la sous-muqueuse

T1a: lamina propria ou muscularis mucosae

T1b: sous-muqueuse

T2 Tumeur envahissant la musculature

T3 Tumeur envahissant l'adventice

T4 Tumeur envahissant les structures adjacentes

N- Adénopathies régionales

(y compris ganglions para-oesophagiens du cou, et coeliaques)

N0 Pas d'adénopathie régionale métastatique

N1 Métastases ganglionnaires lymphatiques régionales

Les ganglions sus-claviculaires sont toujours cotés M

M- Métastases

M0 Pas de métastases à distance

M1 Présence de métastase(s) à distance

Œsophage de Barret ou EBO :

- EBO: lésion pré néoplasique :risque de **adénocarcinome de l'œsophage**
- **définition: muqueuse métaplasique intestinale**
- La presque totalité des **adénocarcinomes** développe sur un EBO, et il est possible de développer des **adénocarcinomes du cardia** (qui partagent les mêmes **épidémiologiques** que ceux de l'oesophage) sur des EBO courts
- La **prévalence de l'adénocarcinome sur l'EBO est de 10 à 15%**
- Risque de 30 à 125 fois supérieur à la population générale



ligne Z

se
des
tés
oppée

10 à

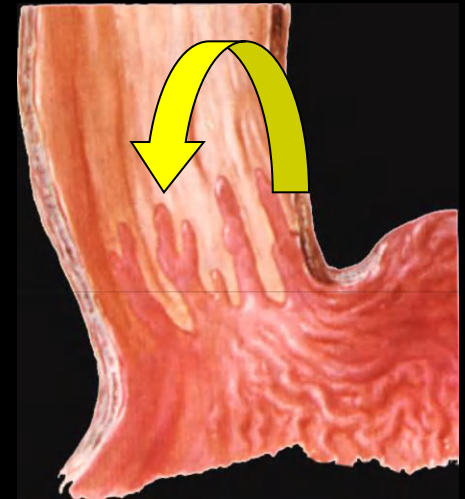
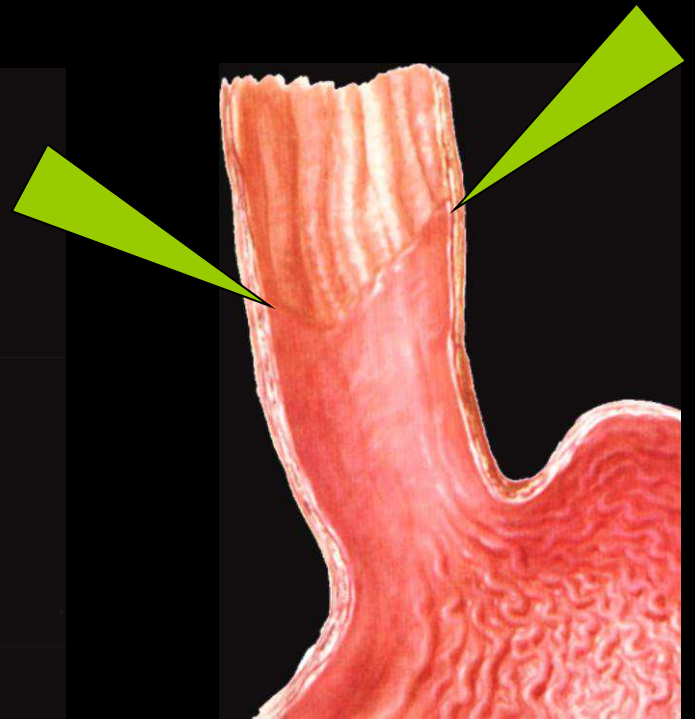
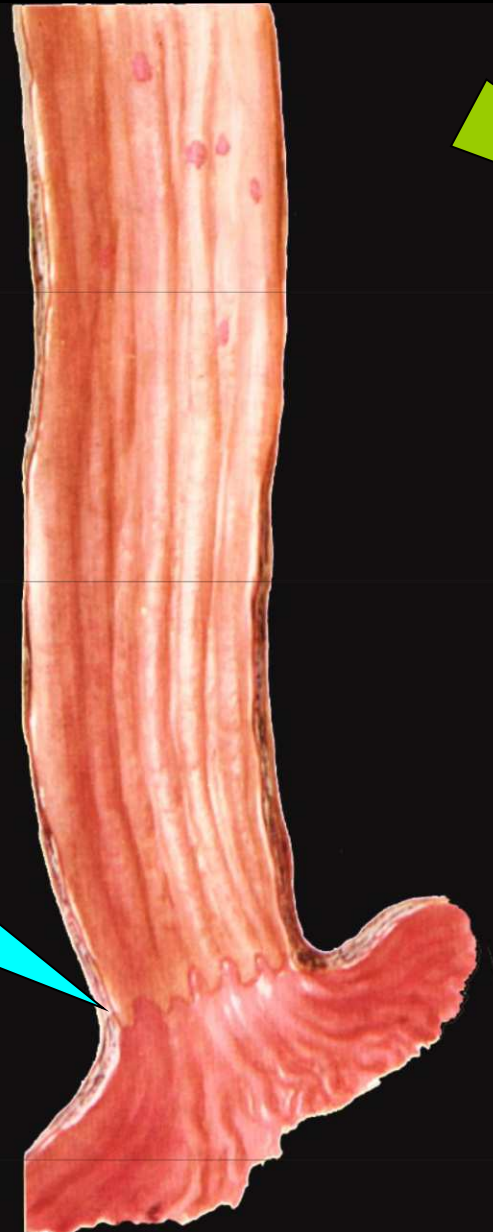
**oesophage de Barrett
endobrachyoesophage**

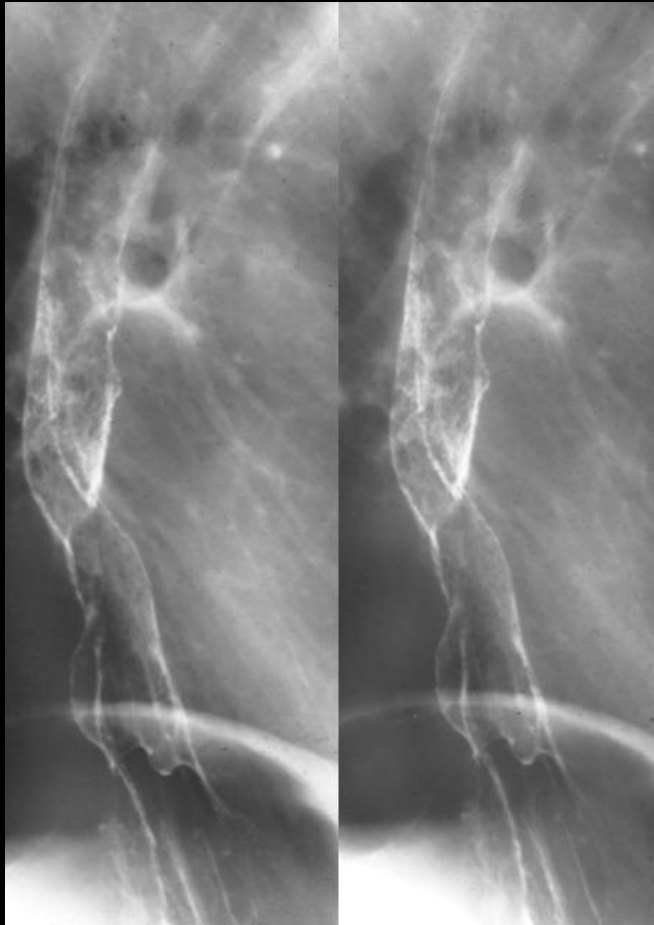
ligne Z ou Z-Z

Muqueuse métaplasique au dessus de
la ligne Z

EBO=Transformation de la muqueuse
malpighienne en glandulaire

8 à 20 % des patients avec RGO





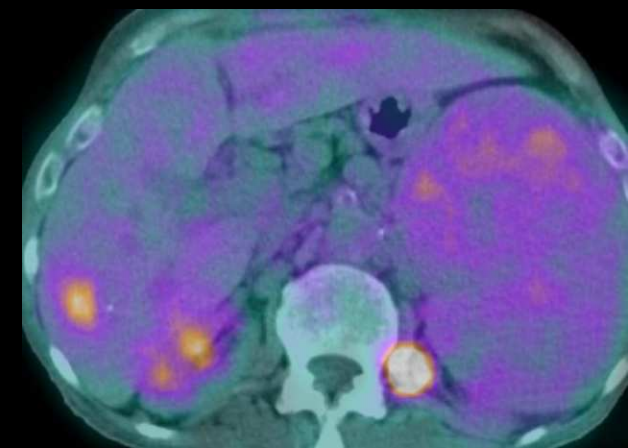
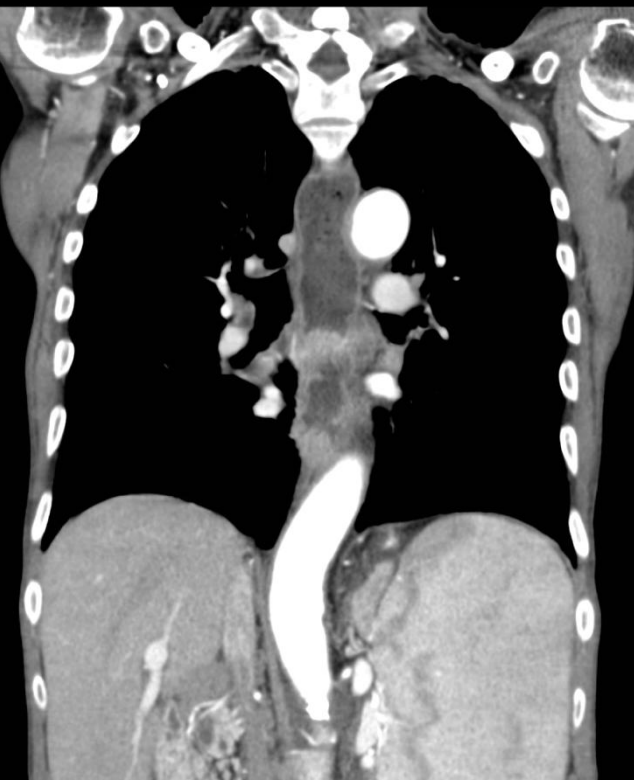
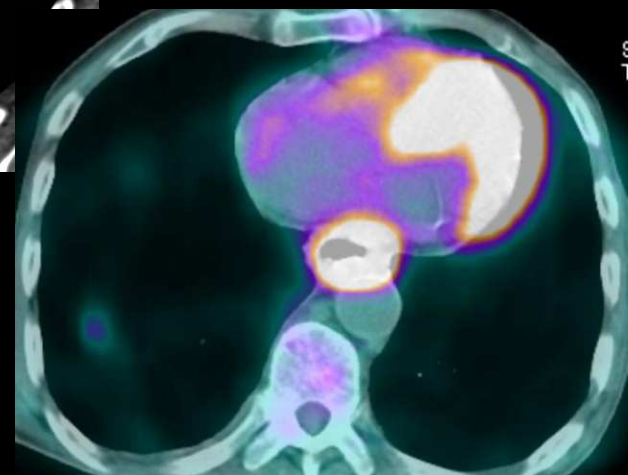
oesophage de Barrett

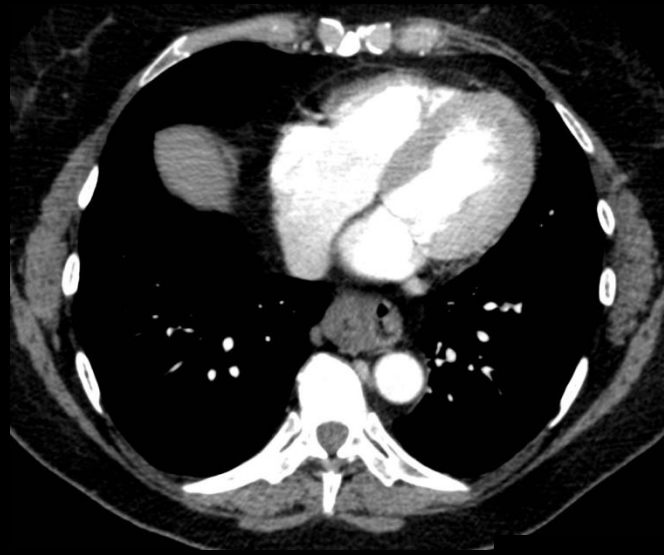
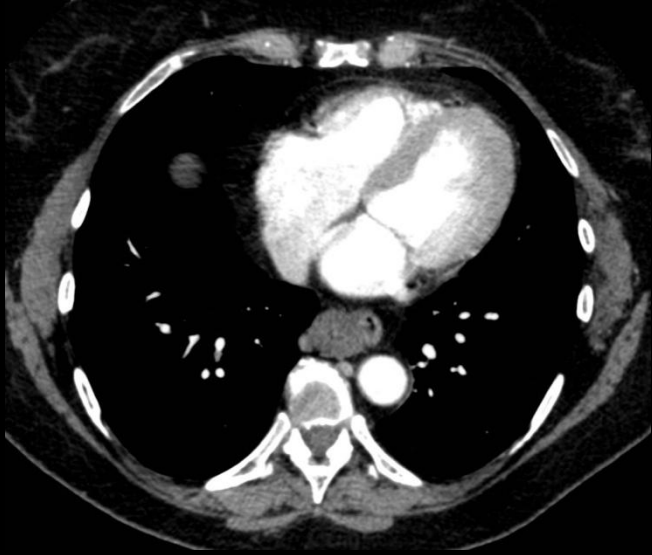
- Aspect réticulaire de la muqueuse
- Sténose





H 80 ans
ADK sur EBO

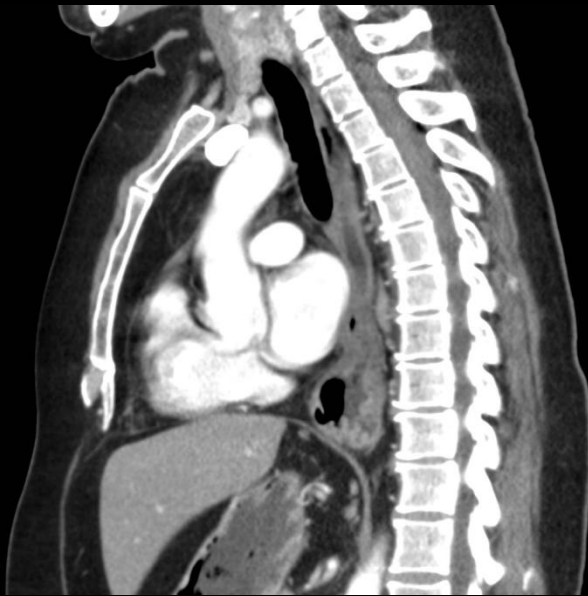




F 56ans

ADK 1/3 inférieur de
l'œsophage T1

Chirurgie de type Levy Santi



Bilan pré thérapeutique et traitements

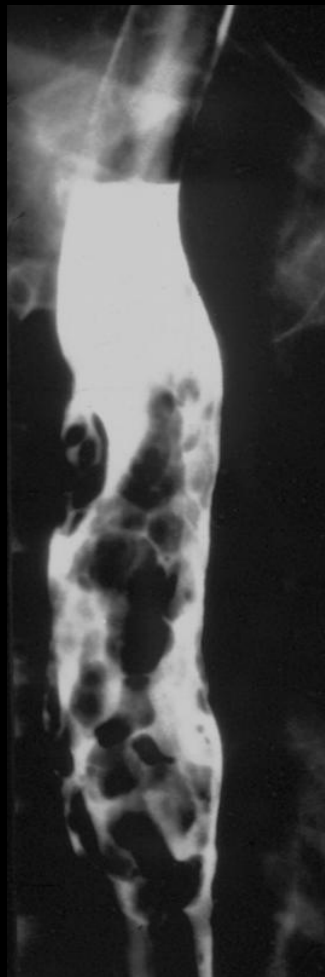
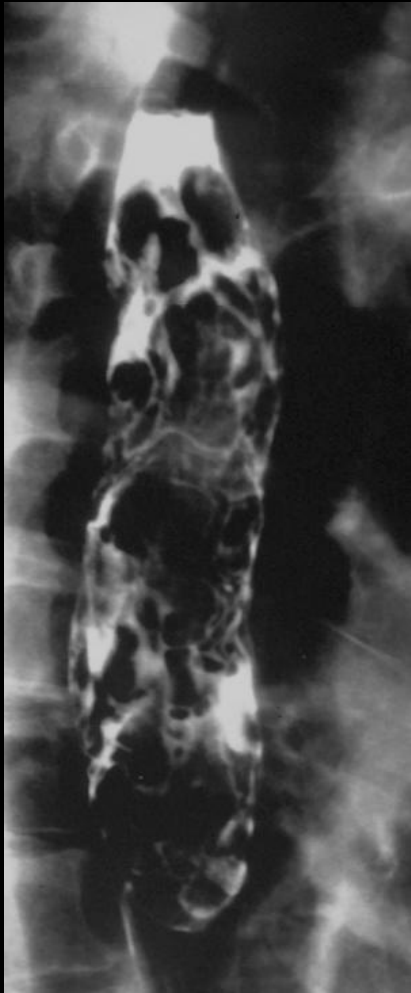
- Etat clinique
- Extension loco régionale et à distance
- Chirurgie: si chirurgie R0 possible, pas de métastase ganglionnaire cervicale ni viscérale
- Stade T1b: chirurgie
- Stade T2 ou T3 ou N+
 - Si non opérable: radiochimiothérapie ou radiothérapie seule ou ttt symptomatique
 - Si opérable, chimiothérapie néoadjuvante +/- chirurgie de rattrapage
- T4: chimio, radio-chimio ou radiothérapie puis réévaluation

Pathologie tumorale de l'œsophage

1 - tumeurs épithéliales malignes (suite)

1c : autres tumeurs malignes rares

- Lymphomes: 2% des LNH digestifs
- Tumeurs stromales ou léiomyosarcomes
- Épithéliosarcomes
- Mélanomes primitifs
- métastases

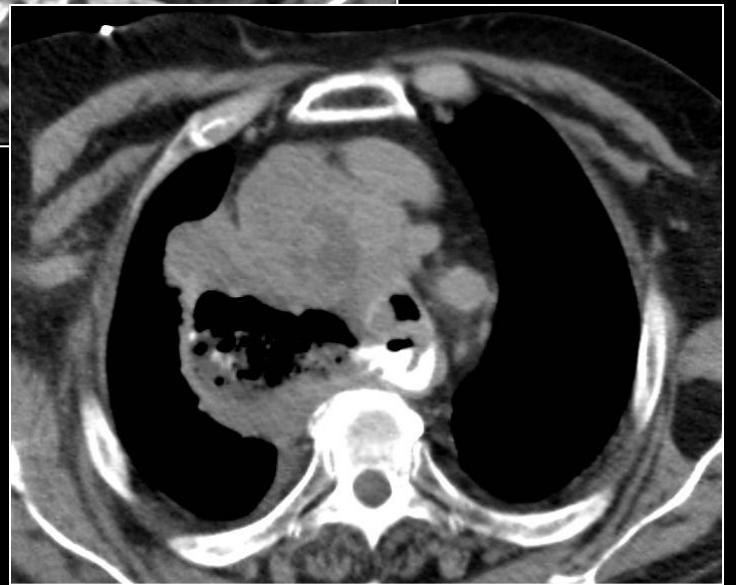
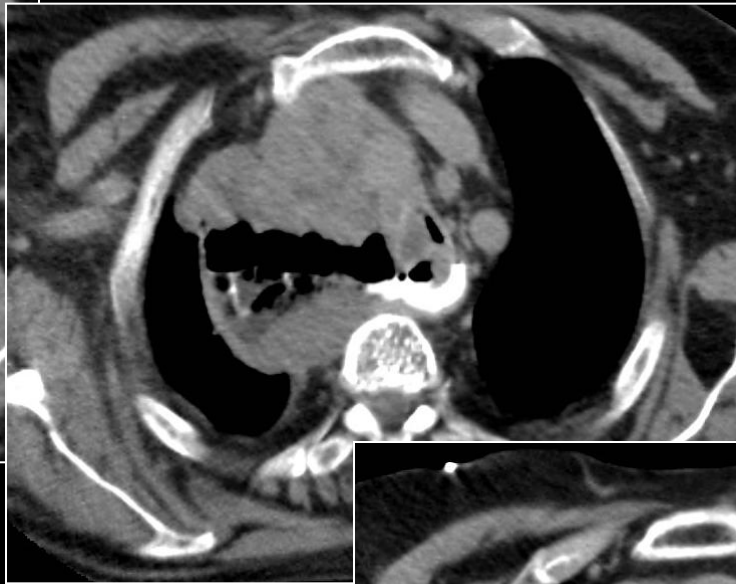
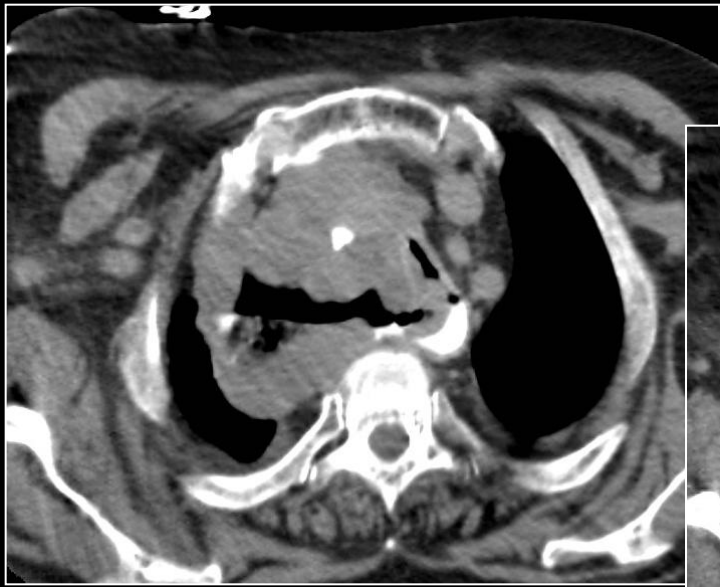


LMNH de l'oesophage

Volumineuse lésion bourgeonnante et ulcérée



LMNH de l'oesophage

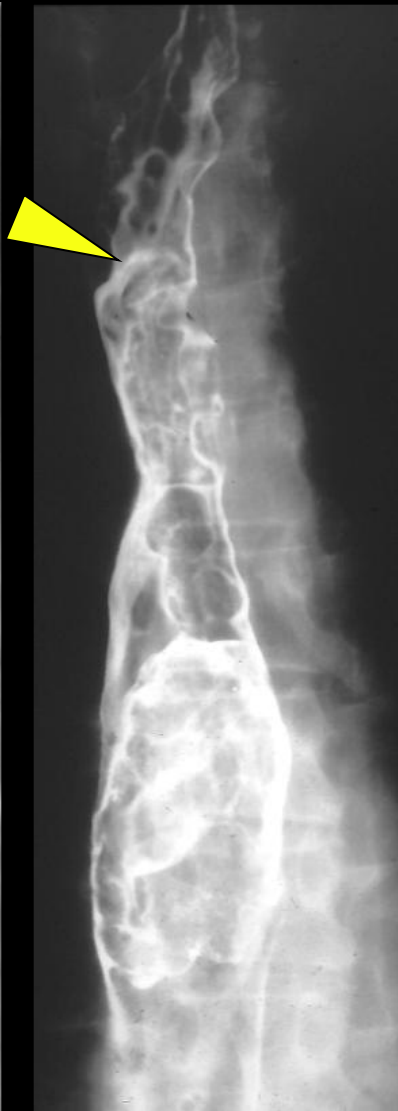


Carcinome à cellules fusiformes (épithéliosarcome) de l'oesophage



- Tumeur mixte épithéliale et conjonctive, volumineuse lésion polylobée endoluminale
- Pronostic moins mauvais que carcinome épidermoïde

Mélanome de l'oesophage



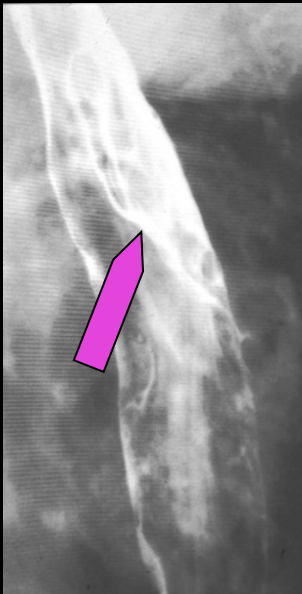
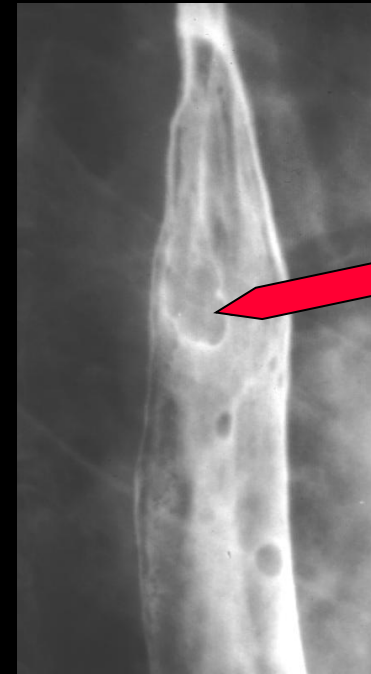
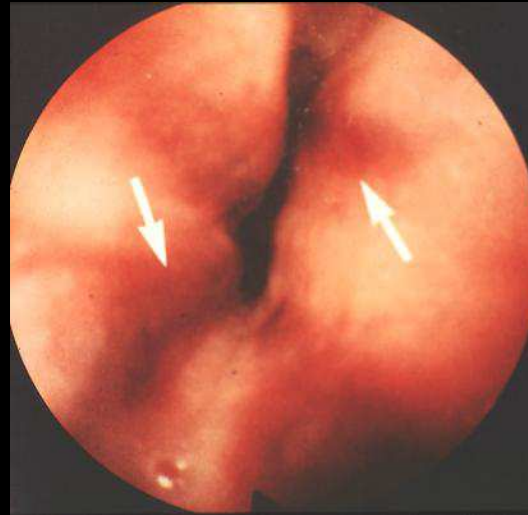
Volumineuse lésion
bourgeonnante et ulcérée

mélanosarcome

SIDA

Atteinte digestive
fréquente

Lésion polypoïde
solitaire / nodules
tumoraux
sous muqueux

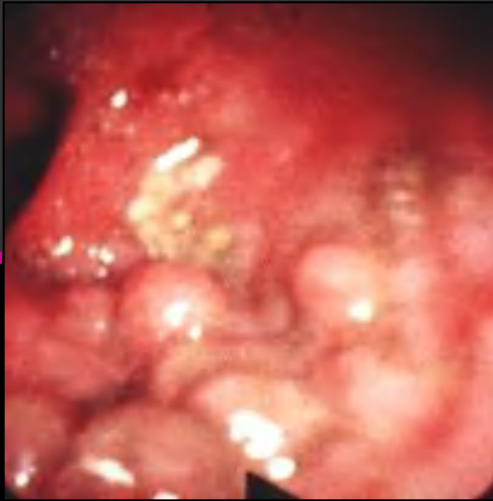


Sarcome de Kaposi de l'oesophage

Pathologie tumorale de l'œsophage

2-Tumeurs bénignes

a. Tumeurs muqueuses



Papillome ++
Adénome (plus rare)



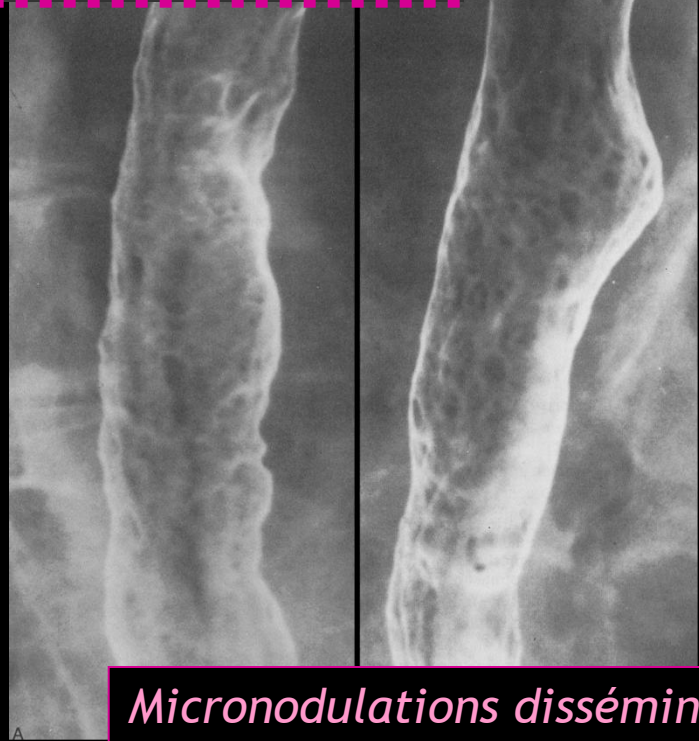
Papillome



- Unique et distal, environ ½ cm
- Si multiples : *papillomatose oesophagienne*
- HPV dans 50% des cas, favorisé par le RGO
- Transformation maligne rare, mais distinction entre carcinome polypoïde et papillome difficile
- Exérèse endoscopique complète nécessaire

2a. Tumeurs muqueuses

Acanthose glycogénique



acanthose glycogénique

Micronodulations disséminées de la muqueuse

D.différentiel : oesophagite candidosique

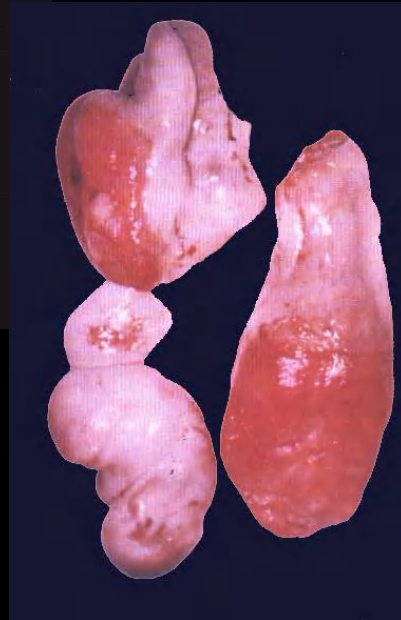
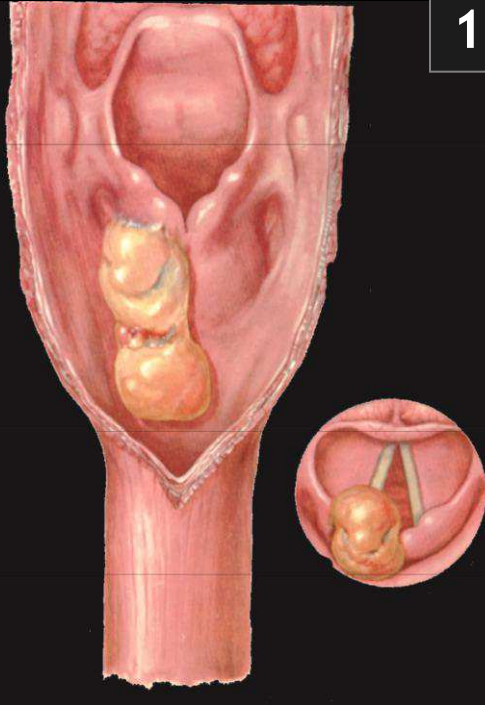
- **Évolution sénile de la muqueuse oesophagienne** détectée à partir de 50 ans, sans risque de dégénérescence (chez 30% des patients ayant un transit oesophagien)
- **Nodules muqueux arrondis de 1 à 10 mm** avec une atteinte plus diffuse que la leucoparakératose oesophagienne (petits nodules muqueux arrondis, prédominant sur le 1/3 sup, risque de dégénérescence de 5 à 10%)

Pathologie tumorale de l'œsophage

2-Tumeurs bénignes

b-tumeurs conjonctives

1. Polype fibro-vasculaire de l'œsophage



- Développé aux dépens du tissu fibreux, des vx et de la graisse de la sous-muqueuse au niveau pharyngo-oesophagien
- Peuvent se **pédiculiser** dans la lumière oesophagienne et devenir volumineux, voire géants (différentiel: carcinome à cellules fusiformes)
- Rechercher la présence de **graisse** au sein de la lésion en scanner ou en IRM +++
- Exérèse chirurgicale nécessaire pour affirmer la bénignité



Polype fibro-vasculaire de l'œsophage

Difficulté de déglutition chez un patient de 47 ans ;
épisode asphyxique récent , avec sensation de corps
étranger pharyngée

-présence d'un processus expansif
polylobé intraluminal , paraissant pédiculé
et rattaché à la partie haute de
l'œsophage cervical

-la densité radiographique de la majeure
partie de la lésion apparaît faible par
rapport à son volume, ce qui suggère à un
"œil densitométrique" un contingent
graisseux lésionnel important

Diagnostics différentiels

-parmi les **lésions sous muqueuses** :

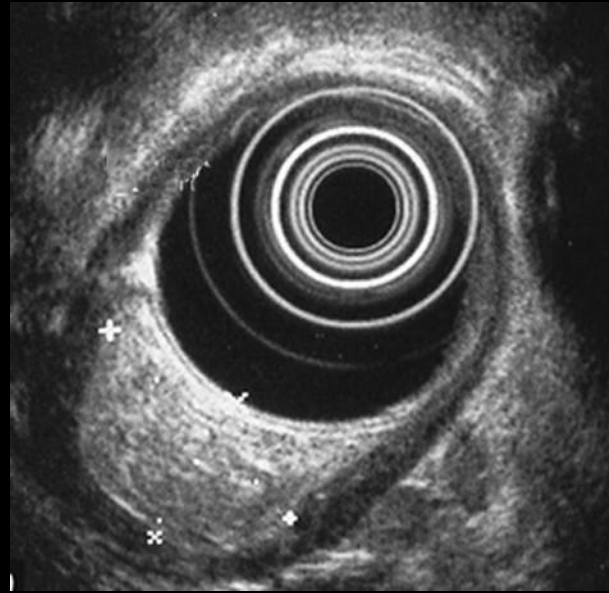
. le **léiomyome** ,

. les **dysembryoplasies kystiques** (duplication
kystique , kyste bronchogénique de la paroi
oesophagienne) ,

. les lésions malignes volumineuses
polylobées (carcino-sarcome, léiomyosarcome
, mélanome malin primitif)

.le **lymphome primitif** .. pourraient être
discutés , en rappelant que **les GIST sont très
exceptionnellement rencontrées dans ce
segment digestif**

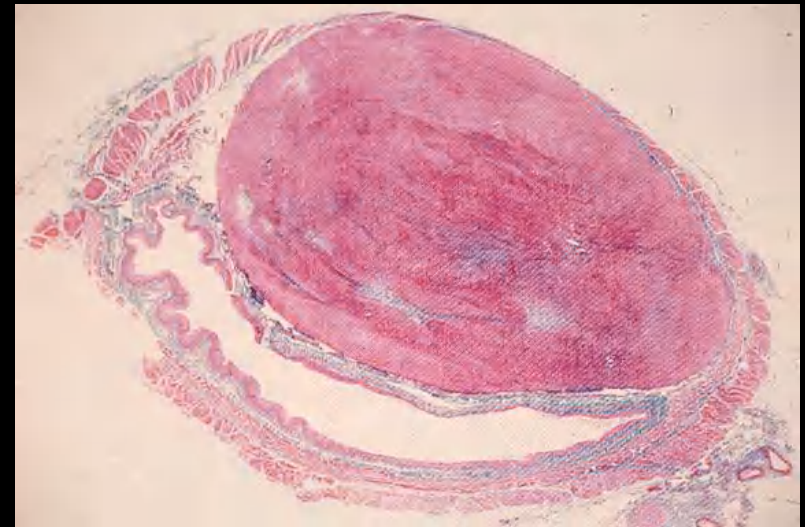
Le scanner tout comme l'écho endoscopie sont donc les examens de choix pour confirmer la présence d'un contingent adipeux important en faveur du diagnostic



2. Léiomyome de l'œsophage

- La + fréquente des tumeurs bénignes
- 2/3 inférieurs de l'œsophage
- Masse unique, homogène, svt polylobée, pseudocapsule
- Si multiple: léiomyomatose
- Contours bien limités

Symptomatique dans la moitié des cas: douleur thoracique, dysphagie



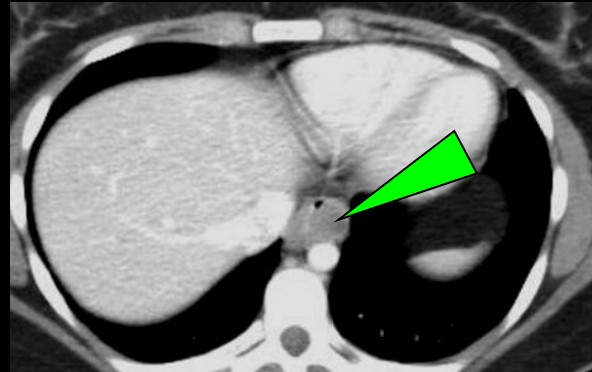


TOGD:

tumeur intramurale,
réduisant la lumière oesophagienne
par un **refoulement régulier et lisse**
de la muqueuse

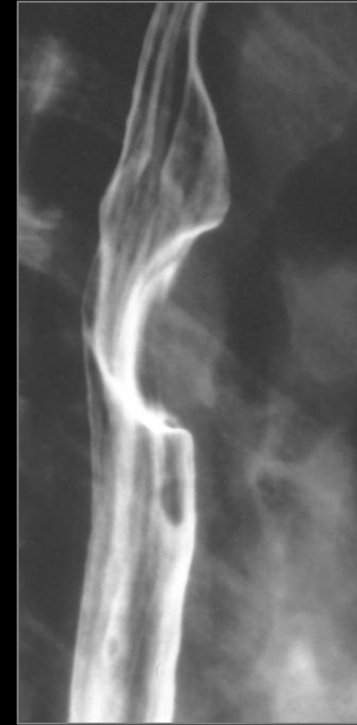
TDM:

masse homogène de densité
tissulaire, non calcifiée,
hypervasculaire, en hyperT2
discrètement hétérogène

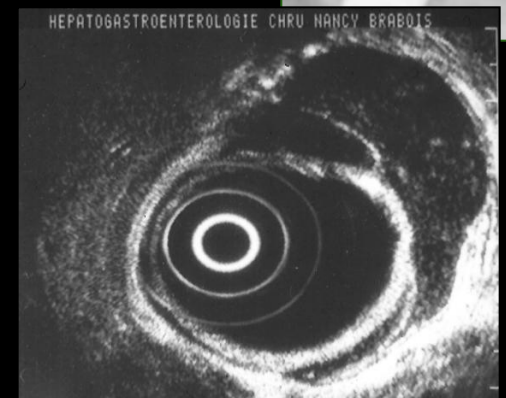


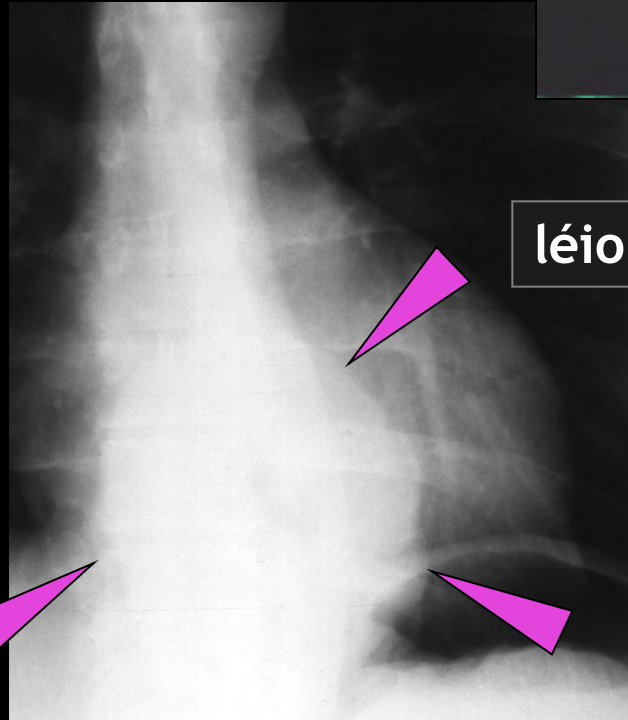
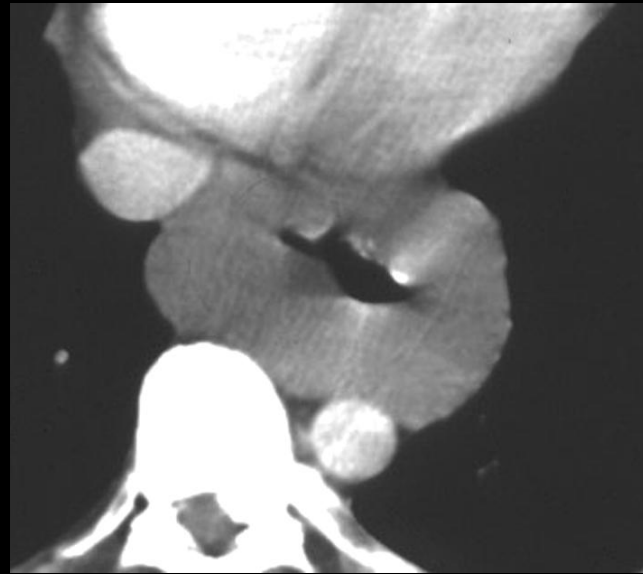
léiomyome oesophagien

léiomyome de l'œsophage



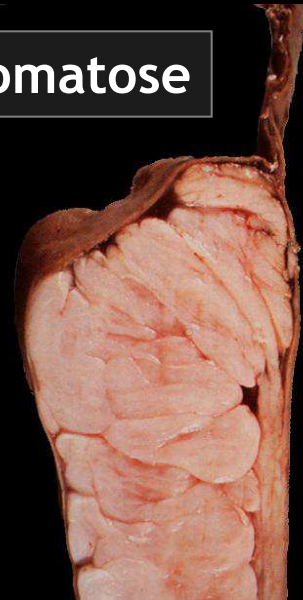
- Pas de critère fiable pour bénignité
- Pas de malignité quand < 3 cm
- Hémorragie intra tumorale, nécrose, remaniements architecturaux : critères de malignité
- Diagnostic de bénignité anapath = évaluation activité mitotique



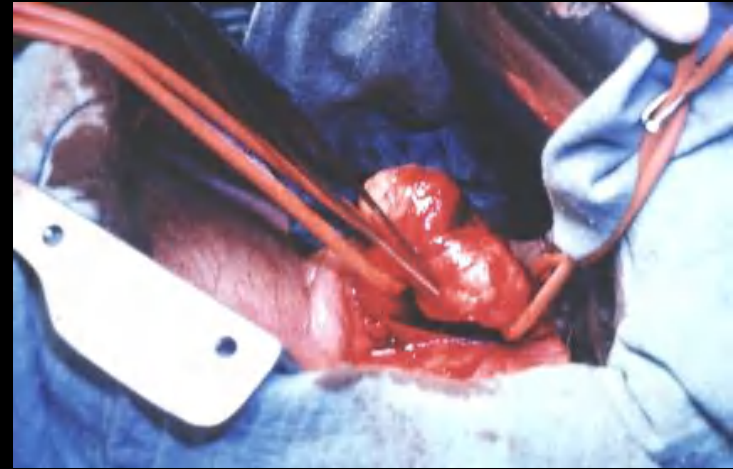
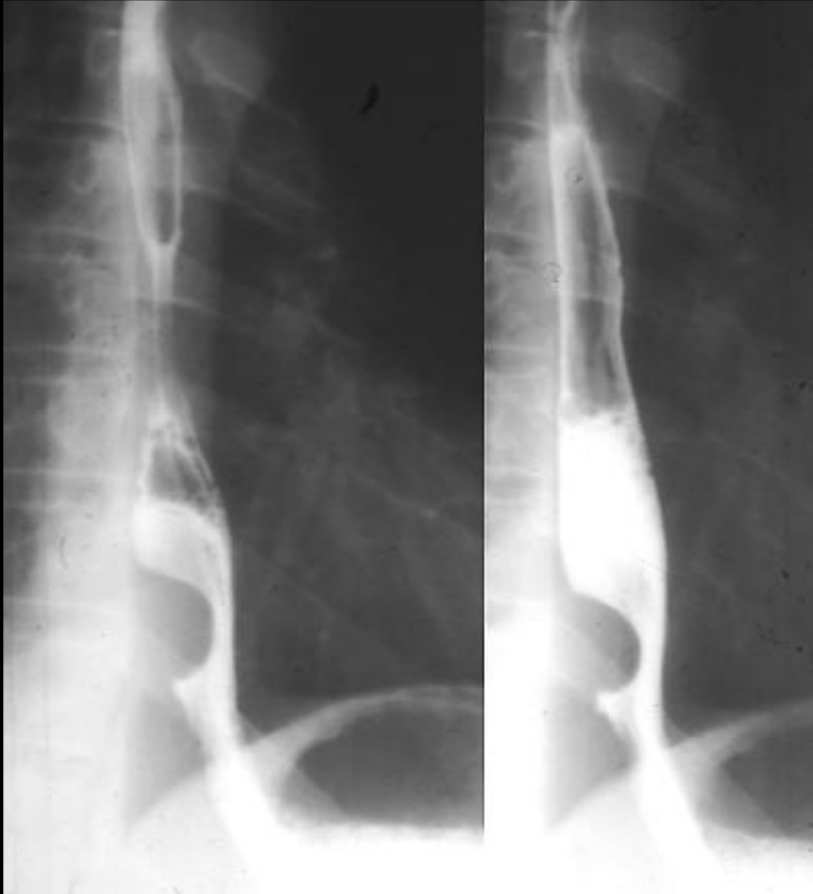


léiomyomatose

- Prolifération de tissu musculaire lisse
- Peut être associée à la léiomyomatose viscérale, ou au syndrome d'Alport

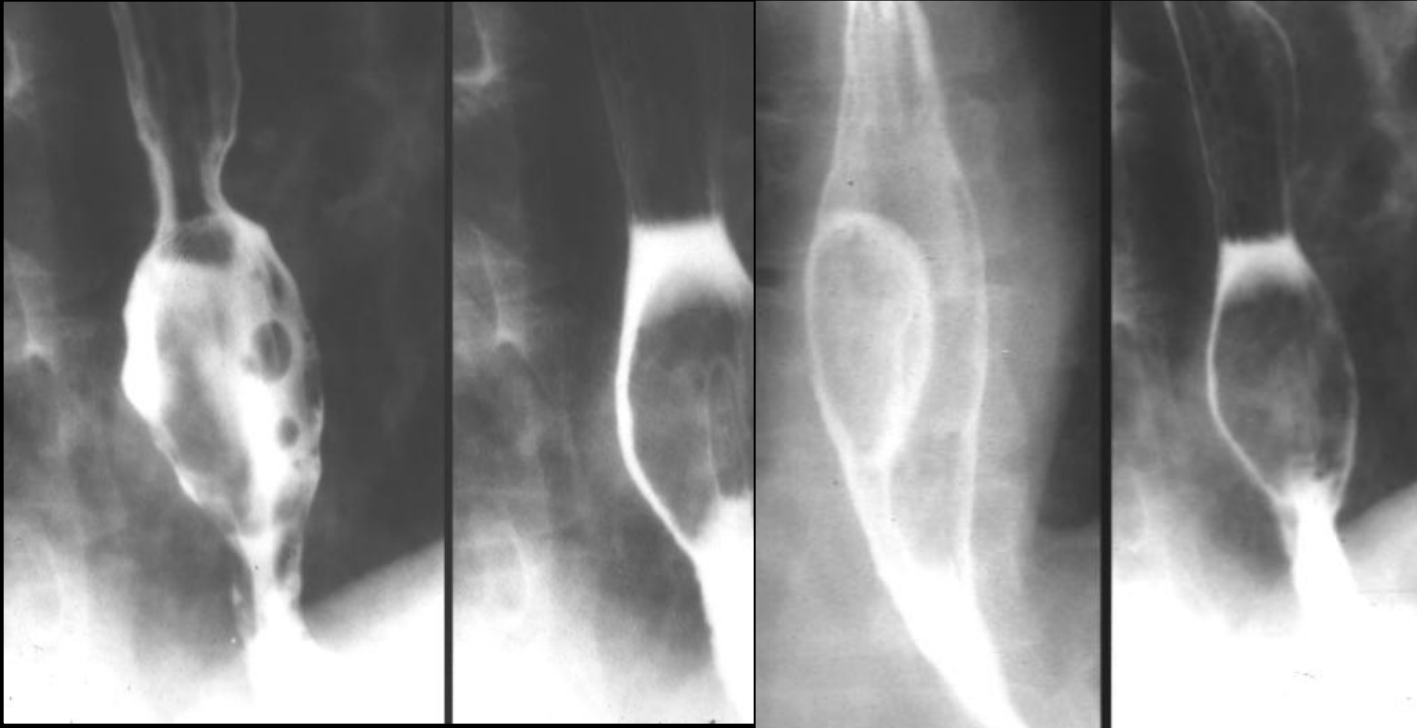


3. Neurofibrome



Neurofibrome solitaire, découverte histologique

4. Tumeur d'Abrikossoff = T à cellules granuleuses



- Développée dans la **sous-muqueuse**, multifocale dans 10% des cas
- Dégénérescence exceptionnelle
- Développée à partir des cellules de Schwann
- 1/3 moyen ou inférieur, **arrondie bien limitée**
- Fréquente association à une hyperplasie épithéliale : irrégularités muqueuses , sténose oesophagienne
- si circulaire: différentiel = carcinome épidermoïde