

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

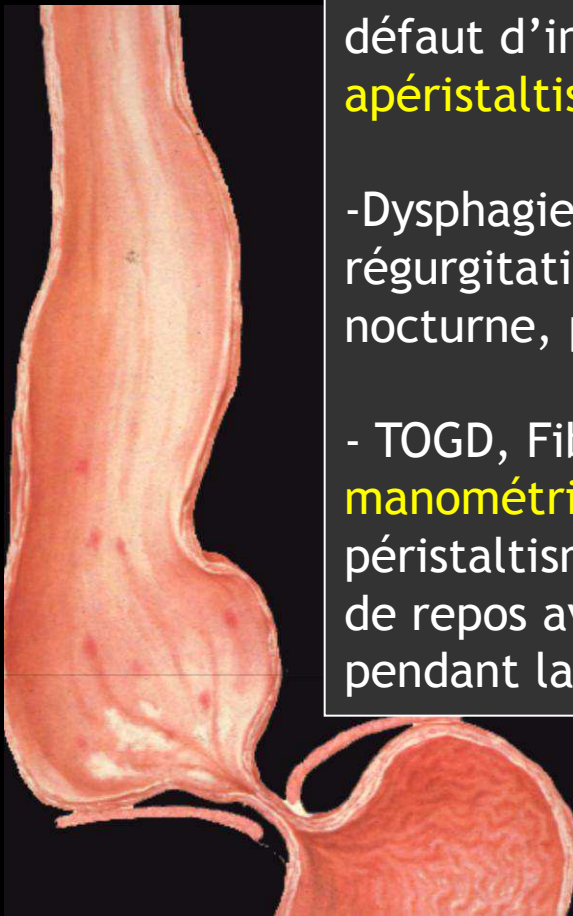
I. Troubles de la motilité

I.1. Achalasie

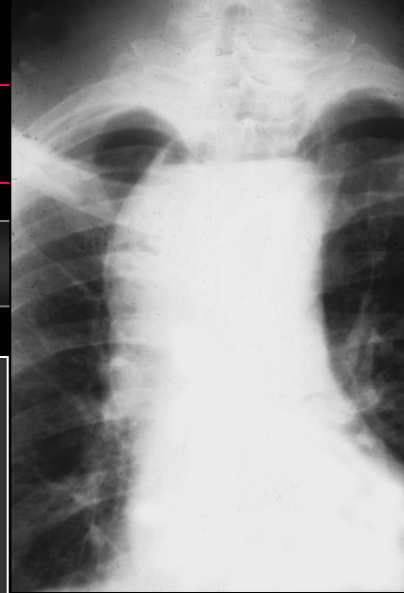
- Trouble moteur oesophagien : défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage, défaut d'innervation intrinsèque et extrinsèque, **apéristaltisme du corps oesophagien**

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

- TOGD, Fibro gastrique avec biopsies, **manométrie+++** (corps de l'œsophage: perte du péristaltisme, SIO: augmentation de la pression de repos avec relaxation incomplète ou nulle pendant la déglutition)



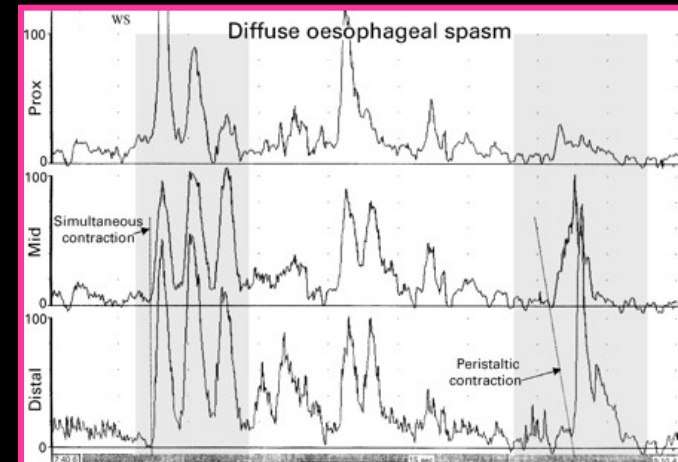
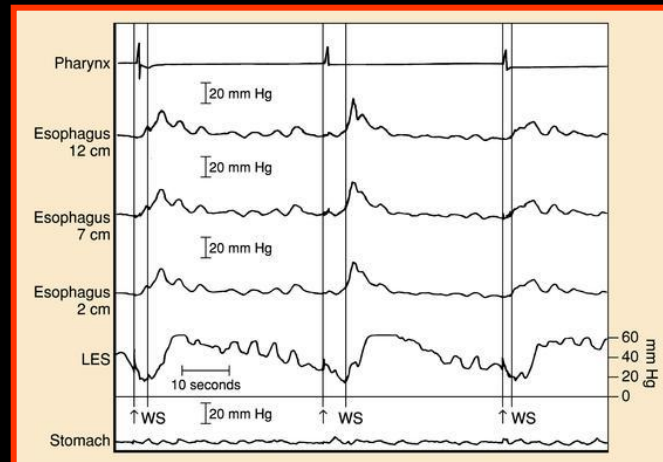
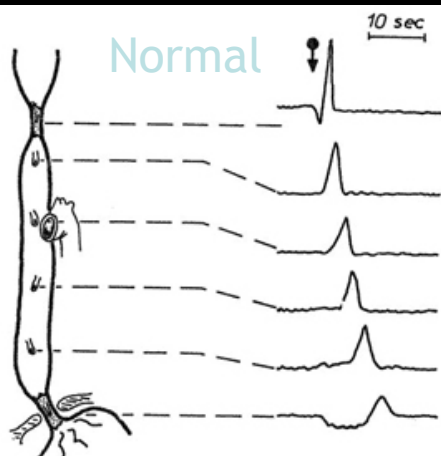
méga œsophage

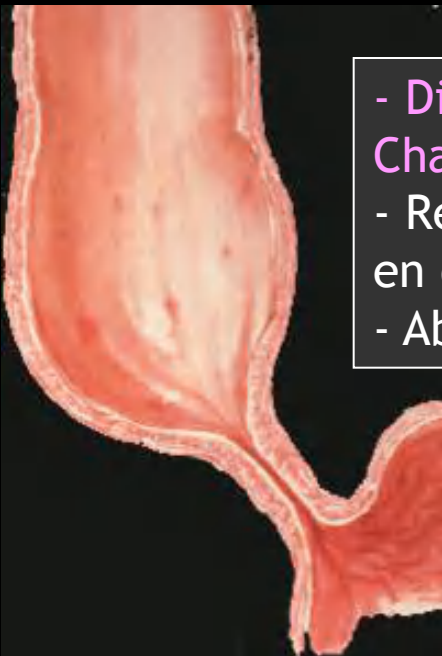


I. Troubles de la motilité

Caractéristiques manométriques des anomalies manométriques définies de l'œsophage (d'après Spechler et Castell ^[3]).

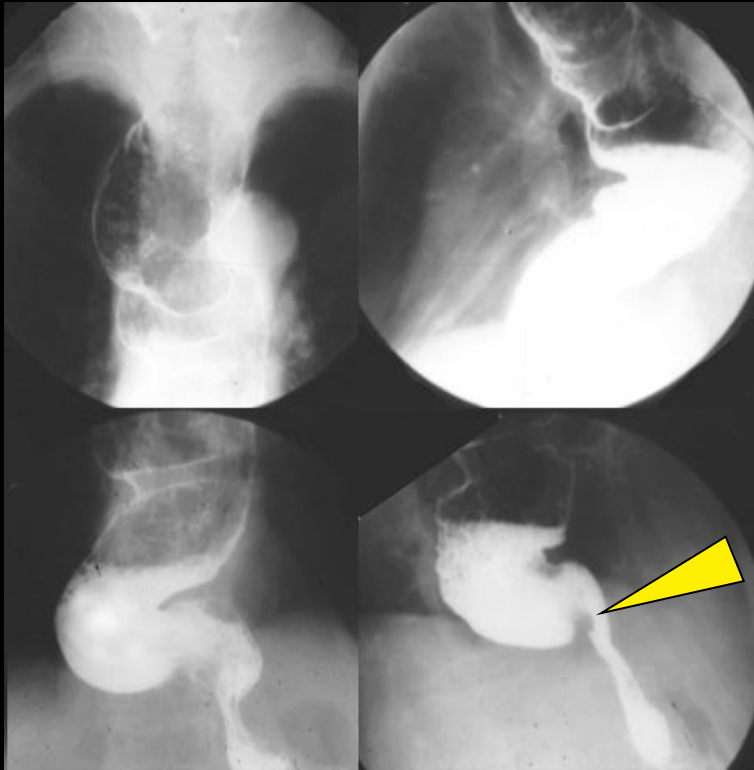
	Pression basale du SIO	Relaxation du SIO	Progression des ondes	Amplitude des ondes distales
Achalasie	Habituellement haute, parfois normale, rarement basse	Incomplète	Simultanées ou absentes Pas de péristaltisme	Basse ou normale
Troubles atypiques de relaxation du SIO	Haute, normale ou basse	Inadéquate (incomplète ou de courte durée)	Quelques séquences péristaltiques normales, ondes simultanées ou absentes possibles	Basse, normale ou haute
SIO hypertonique isolé	Haute	Complète	Normale	Normale
Maladie des spasmes diffus	Basse, normale ou haute	Complète	Simultanées après plus de 10 % des déglutitions	Normale ou haute
Œsophage casse-noisettes	Basse, normale ou haute	Complète	Normale	Élevée
Motricité inefficace	Basse ou normale	Complète	Normale, simultanées ou absentes	Basse après plus de 30 % des déglutitions



- 
- 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 +++++**



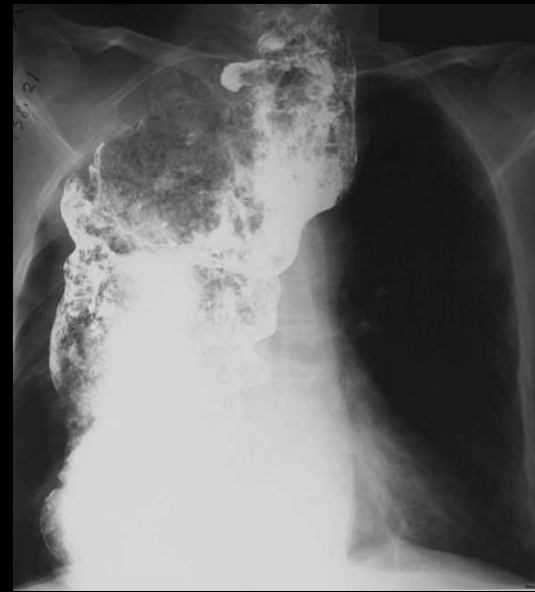
Aspect tardif: dilatation majeure de l'œsophage avec coude sus diaphragmatique , aspect en chaussette

méga œsophage



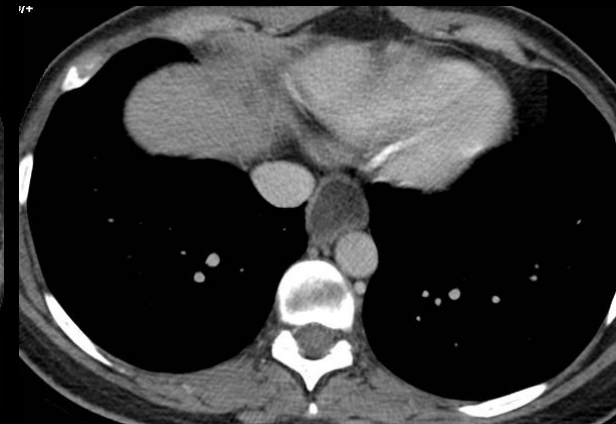
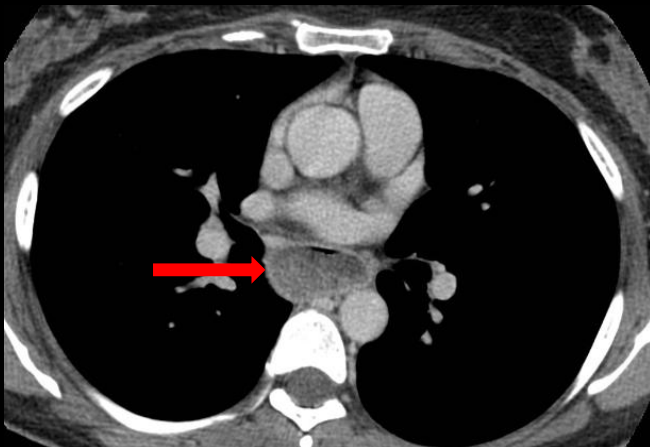
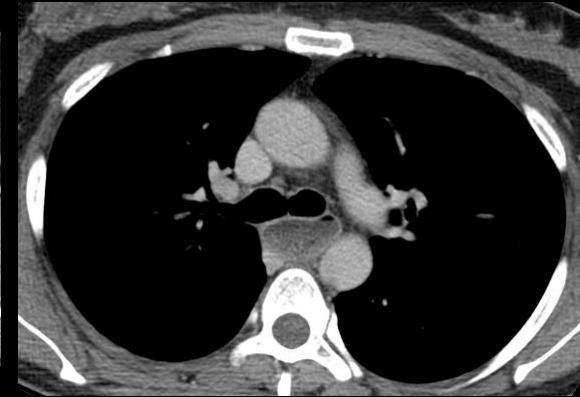
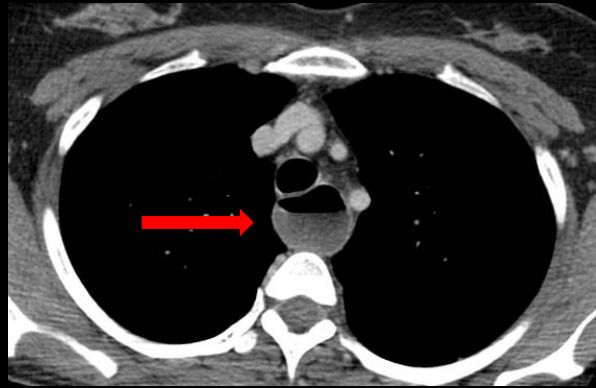
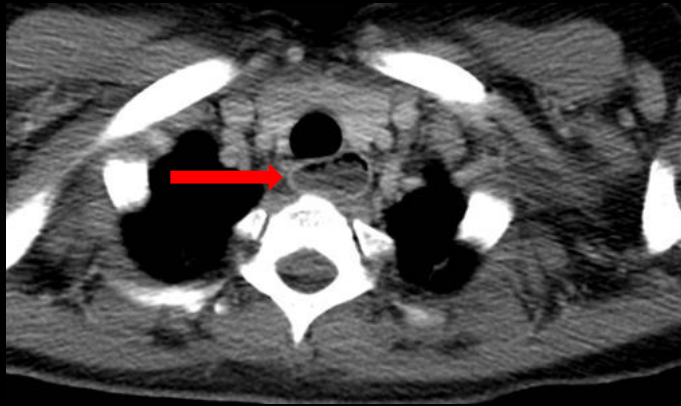


méga œsophage + dyskinésie



méga œsophage historique

Patiente âgée de 47 ans, sans ATCD particulier, présentant depuis plusieurs mois des douleurs épigastriques associées à une dysphagie





ACHALASIE DU SPHINCTER INFERIEUR DE L'OESOPHAGE

Diagnostics différentiels

- **PSEUDO-ACHALASIE**

- Sujet de plus de 50 ans ayant une symptomatologie rapidement progressive
- Cancers : cardia +++, pancréas, estomac, bronches
- Maladies avec infiltration du bas œsophage : amylose, sarcoïdose
- Infiltration de la sous-muqueuse → destruction de l'innervation intrinsèque de l'œsophage
- Diagnostic par écho-endoscopie

- **AUTRES MALADIES MOTRICES PRIMITIVES** : maladie des spasmes étagés, l'œsophage « casse-noisette »
- **TROUBLES MOTEURS SECONDAIRES** : sclérodermie, LEAD, PR, maladie de Chagas, neuropathie végétative (diabète)

Traitement : palliatif

- Médical :

- **Médicamenteux** : myorelaxants, inhibiteurs calciques : efficacité transitoire et tolérance médiocre
- **Dilatation pneumatique** : **dilatation endoscopique à l'aide de ballonnets calibrés** -> rupture mécanique des fibres musculaires de la jonction œso-gastrique. Echec si persistance de la symptomatologie après 3 séances



- Chirurgical : **œso-cardiomyotomie extra-muqueuse** = incision latérale au niveau des muscles du **bas œsophage** et de l'estomac

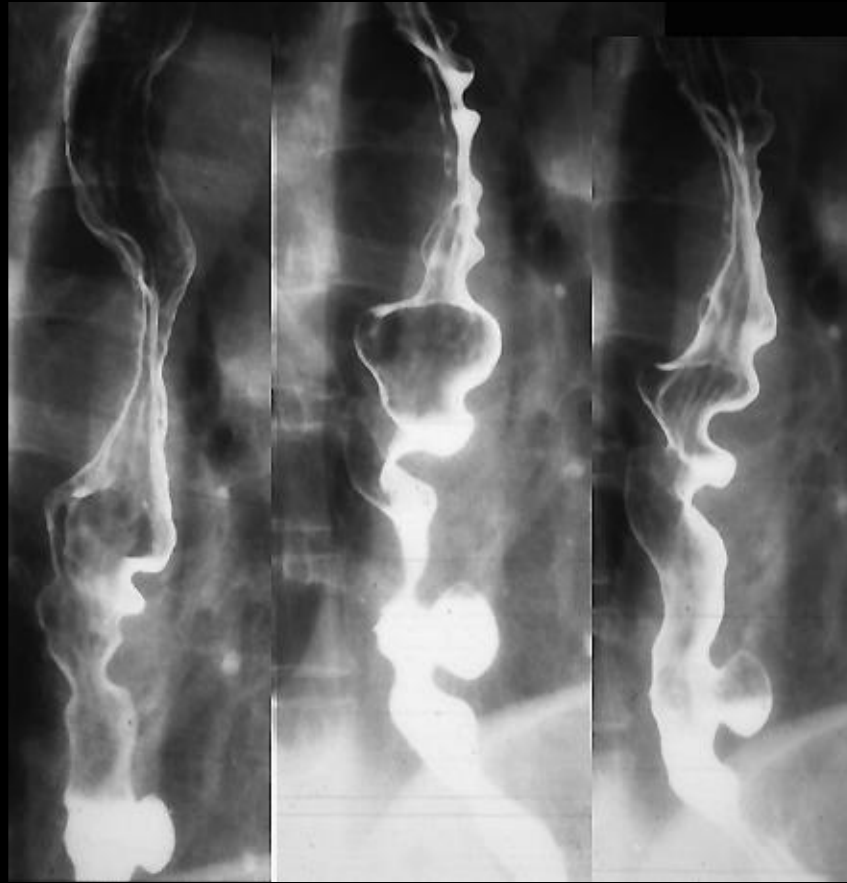
I.2. Maladie des spasmes étagés : Sd de Barsony-Teschendorf



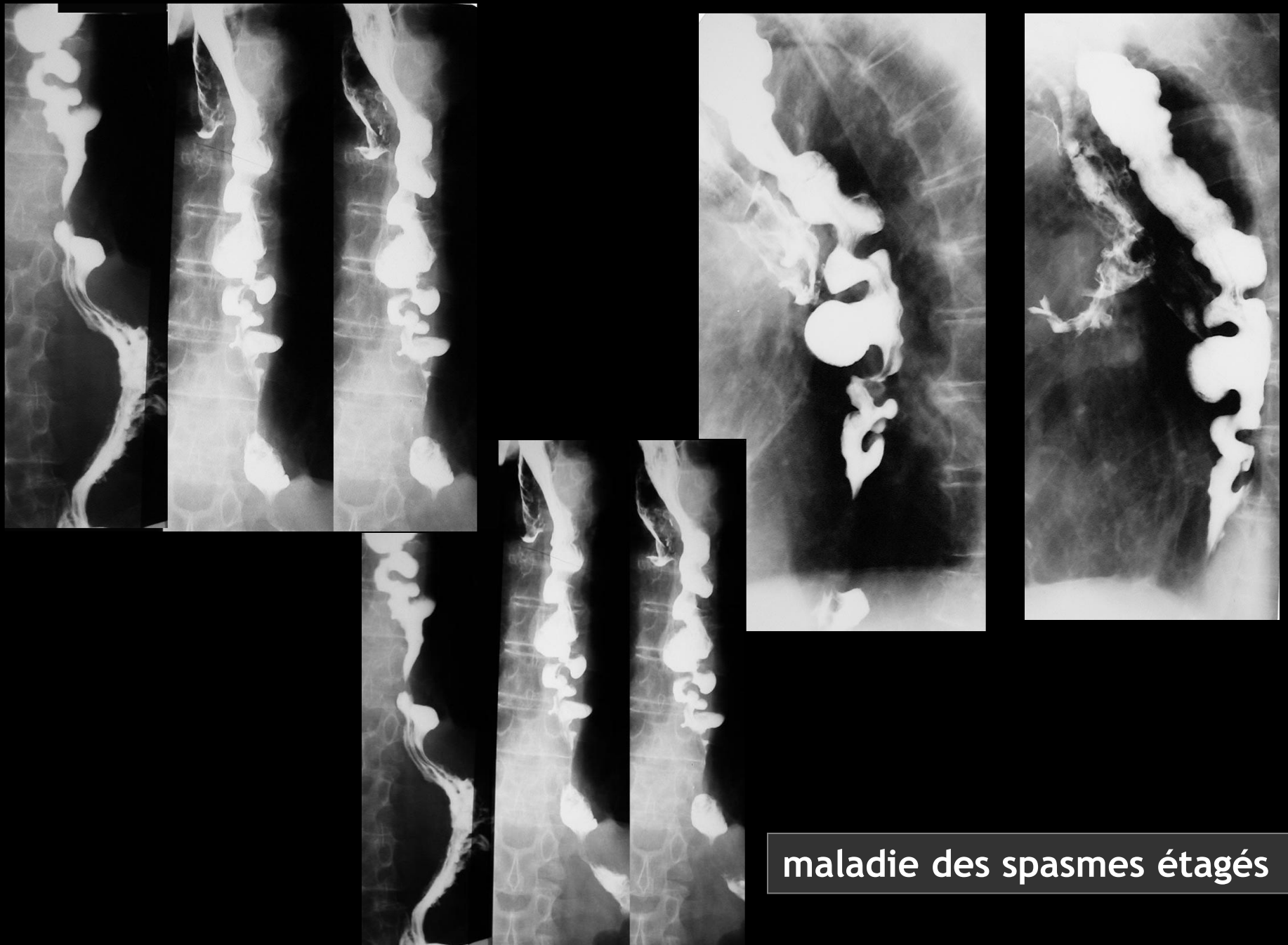
DES : diffuse oesophageal spasm



- **Douloureuse** et dysphagiante
- 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

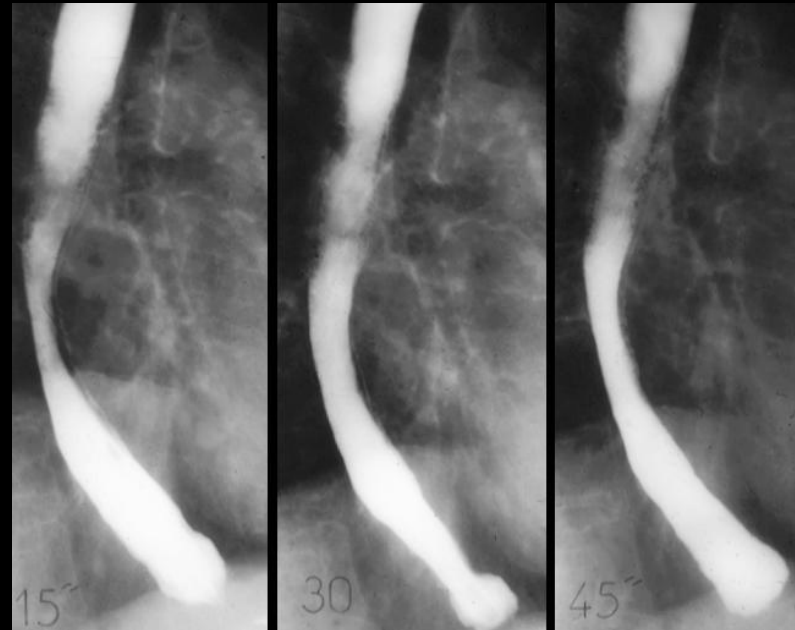
Troubles de motilité secondaires :

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



I. Troubles de la motilité

I.3 Troubles secondaires: sclérodermie



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

sclérodermie viscérale

Le CREST syndrome

Egalement appelé sclérodermie limitée

Forme particulière de sclérodermie

Acronyme :

Calcinose sous-cutanée

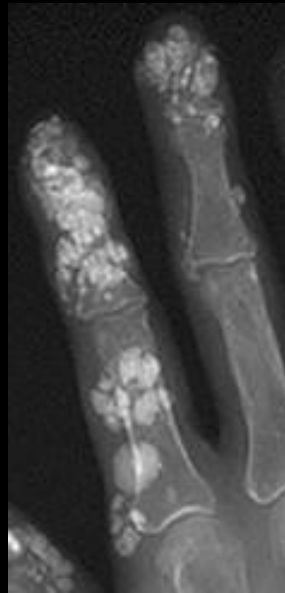
Raynaud

Atteinte **e**sophagienne

Sclérodactylie

Télangiectasies

Ces cinq signes ne sont pas forcément tous présents

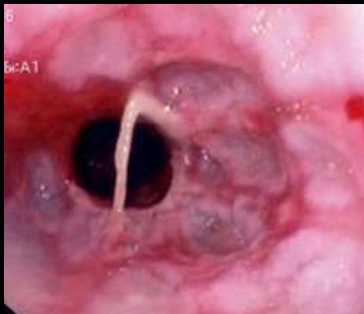
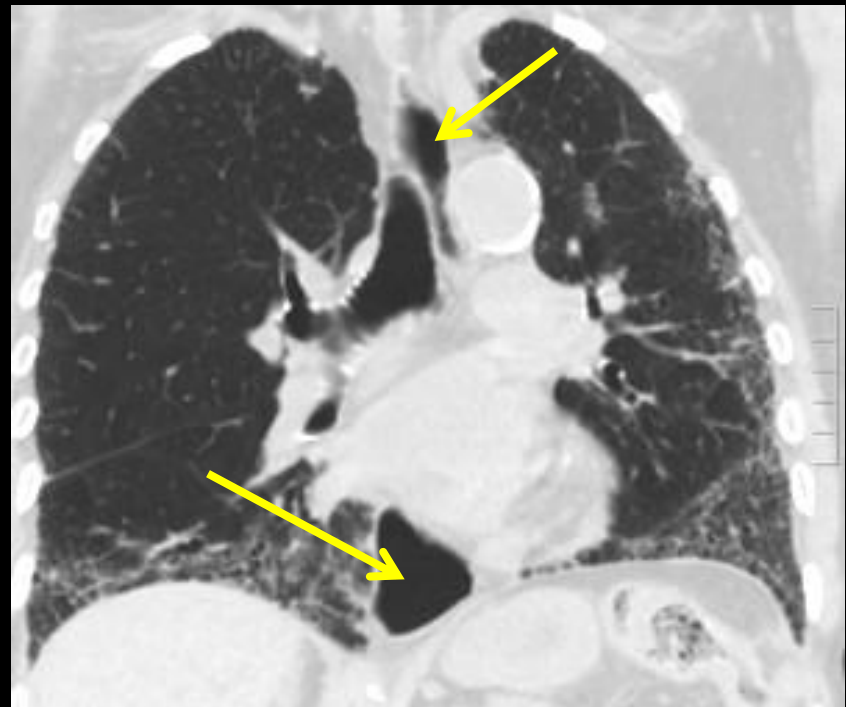
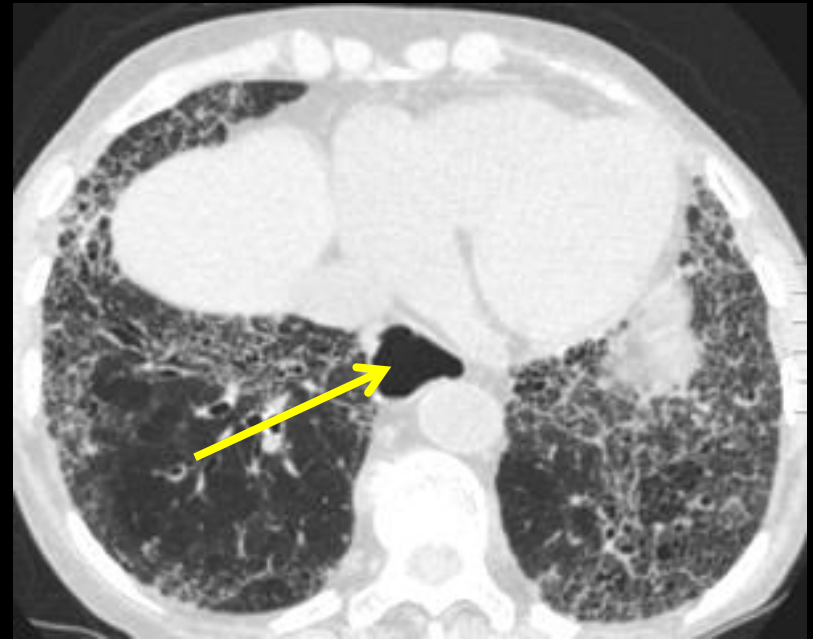
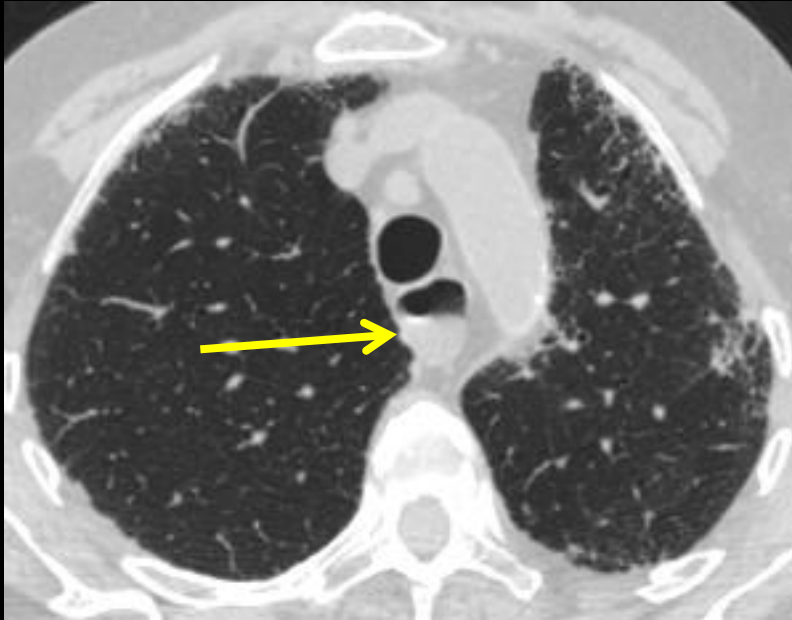


Atteinte œsophagienne

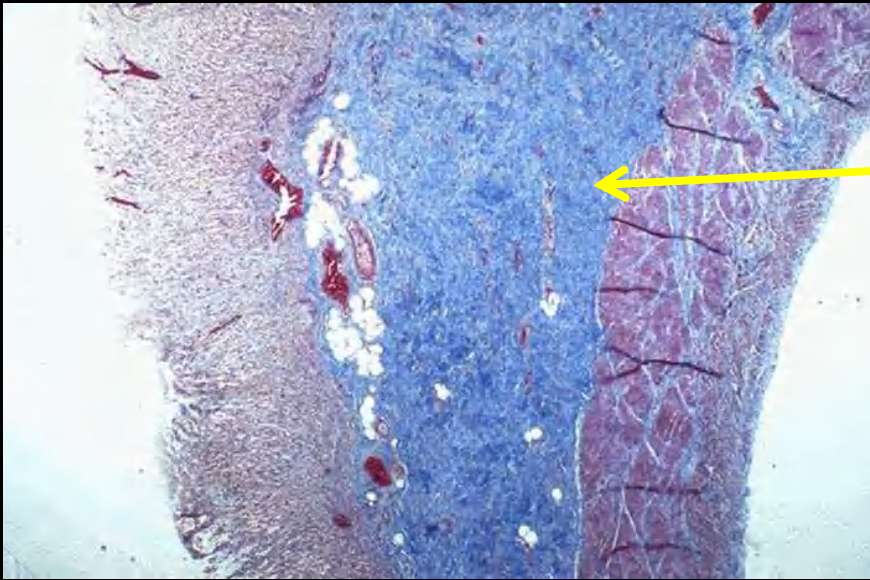
Troubles de déglutition

Dysphagie

Béance œsophagienne +++ , RGO



Œsophagite ulcérée



l'atteinte oesophagienne est une **fibrose sous muqueuse massive** (colorée en bleu au trichrome de Masson) et étendue à un moindre degré à la musculouse

l'œsophage sclérodermique est apéristaltique ; il s'évacue par les forces de gravité , plus ou moins rapidement en fonction de la viscosité de l'opacifiant utilisé (ici baryte "haute densité-viscosité faible" pour TOGD double contraste



I. Troubles de la motilité

I.3 Troubles secondaires: 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



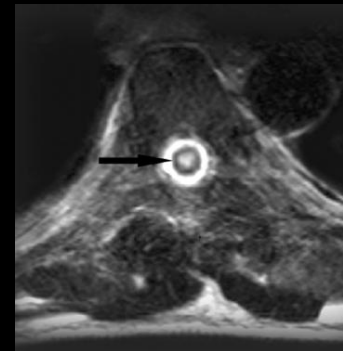
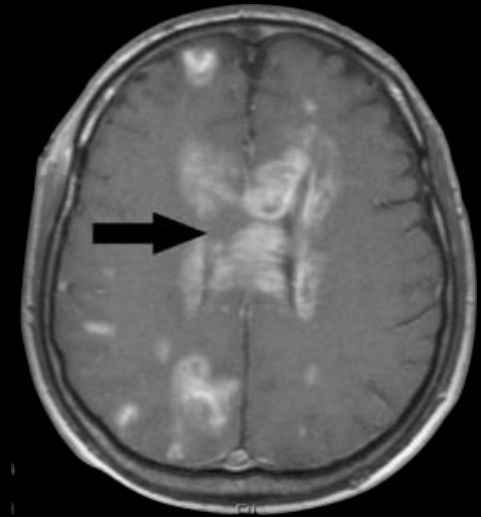
Adolescent de 13 ans
Dysphagie, régurgitations chroniques, perte de 5 kg
Douleurs rétro sternales



Phase aiguë: nodule cutané isolé (*chagome*) au point d'inoculation. Quand ce point est conjonctival, conjunctivite unilatérale et oedème périorbitaire + lymphadénite préauriculaire = **signe de Romãña**.

+/- 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

II. Diverticules

- Diverticules de pulsion +++

- pseudo-diverticules : hernie muco-sous-muqueuse au travers de la musculuse, 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**

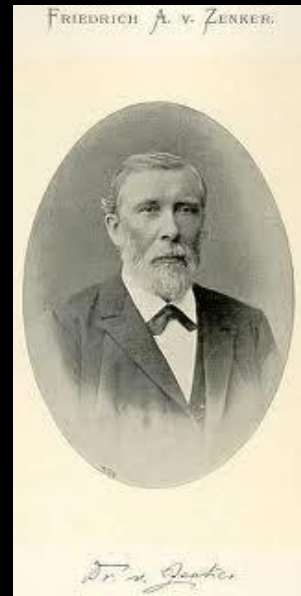
- Par pulsion , également d'origine dyskinétique



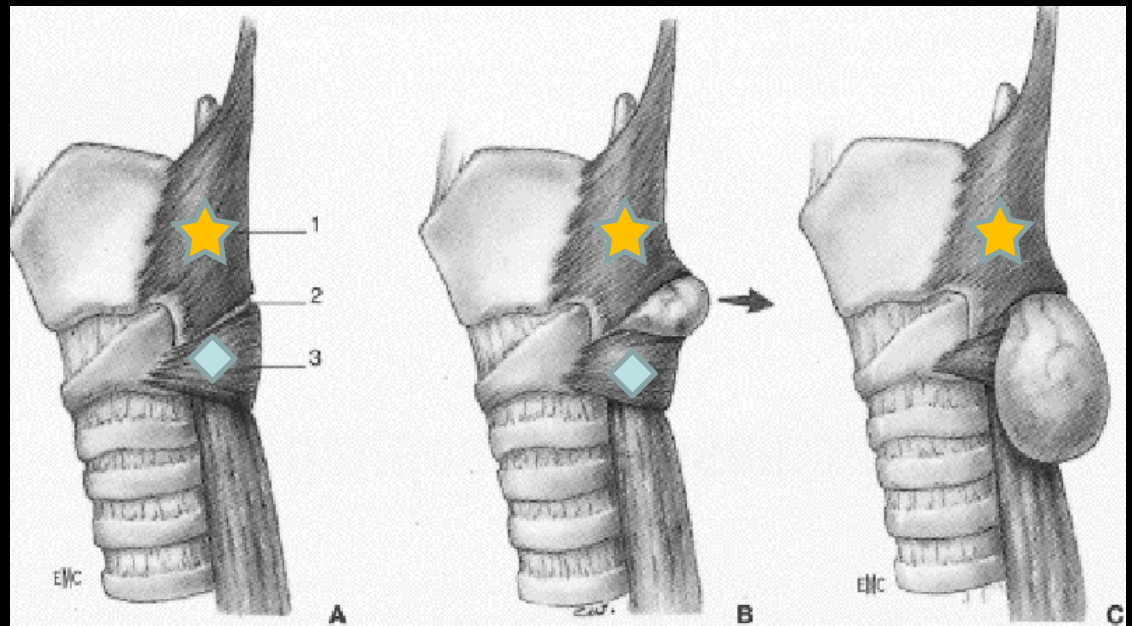
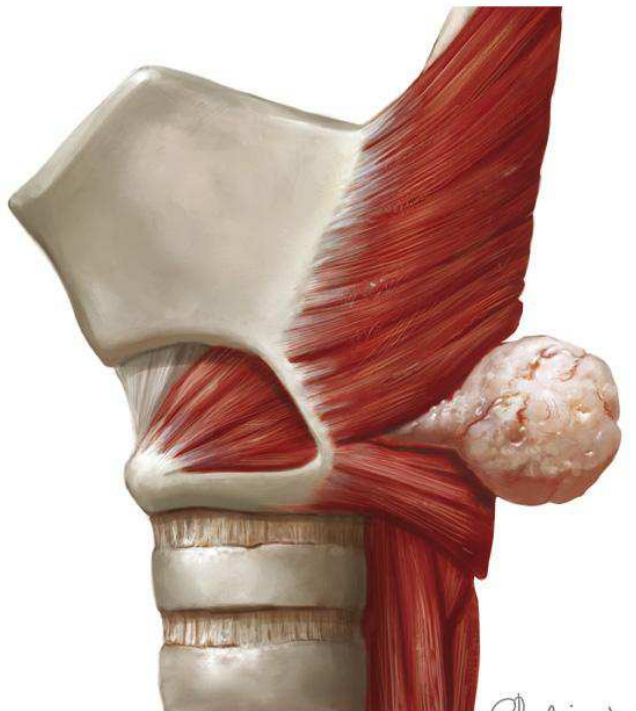
II.1. diverticules de Zenker

Hernie de la portion médiane et inférieure de la muqueuse de la paroi postérieure de l'hypopharynx

Zone de faiblesse anatomique originelle limitée en dehors par les fibres obliques du muscle constricteur inférieur du pharynx ★ propulsant le bol alimentaire et en bas par les fibres horizontales du muscle crico-pharyngien ◆ jouant le rôle de sphincter supérieur de l'oesophage



Diverticule par PULSION



Clinique

Terrain: homme > 50ans, race blanche

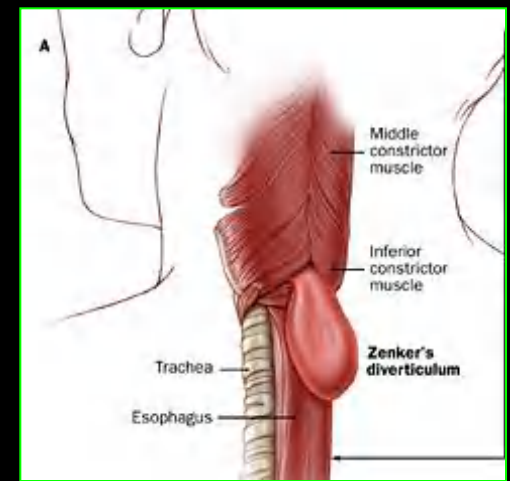
Dysphagie intermittente cervicale: « boule dans la gorge » puis blocages alimentaires augmentant en fréquence et en intensité

Régurgitations non acides d'aliments non digérés

Fétidité de l'haleine

hyper sialorrhée

Toux, pneumopathie d'inhalation



Évolution: blocage vrai aux solides puis aux liquides

Aphagie

Malnutrition

Risque infectieux:

Diverticulite

Abcès

médiastinite

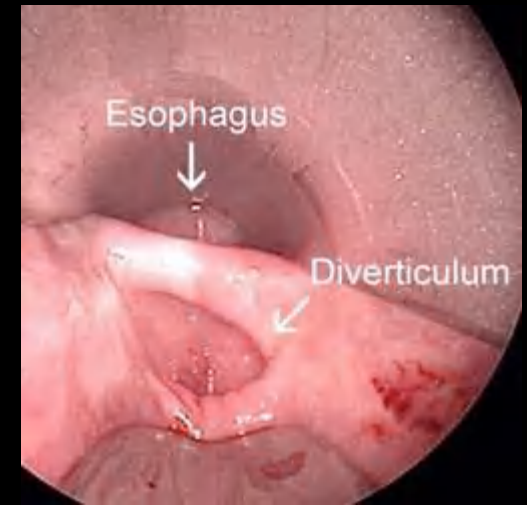
Diagnostic positif

TOGD en double contraste+++

- taille
- siège
- lacune (cancer épidermoïde)
- hernie hiatale/RGO

FOGD: en cas de suspicion de carcinome épidermoïde ! Risque de perforation

Scanner: recherche de complications





Bilar



ment



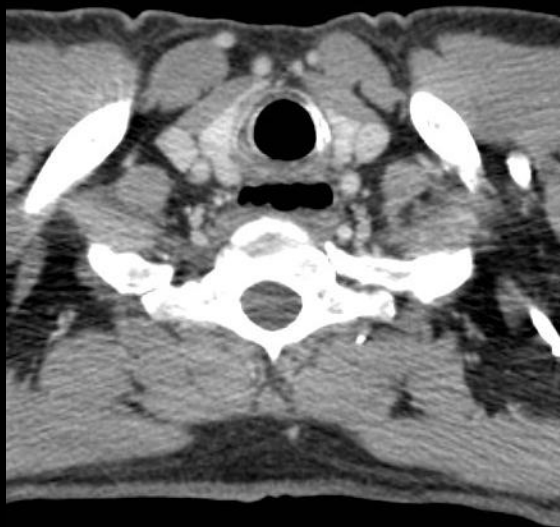
Transit baryté



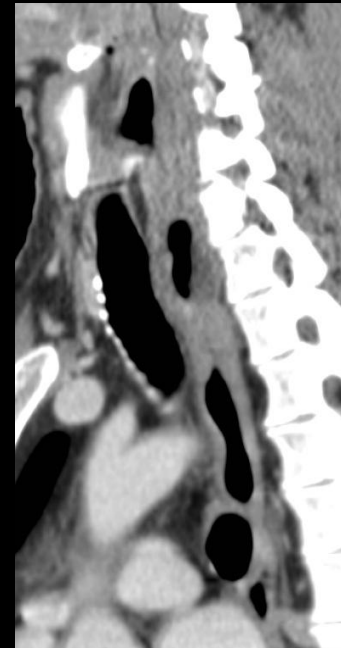
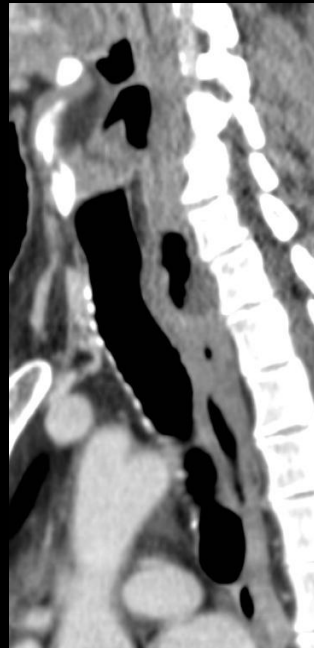
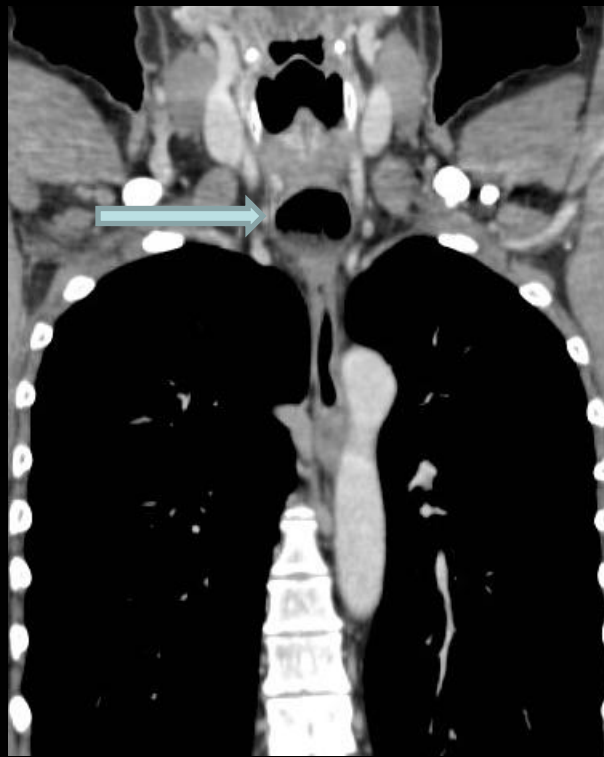
Poche rétro-trachéale supérieure
avec niveau hydro-gazeux
= diverticule de Zenker !



Y penser également en
imagerie en coupes !!!

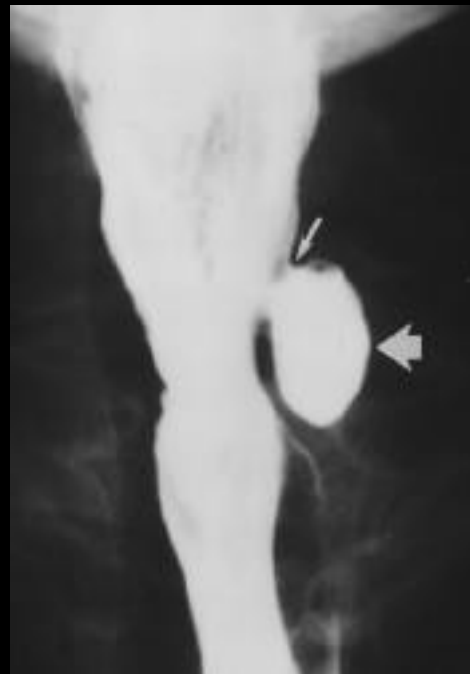
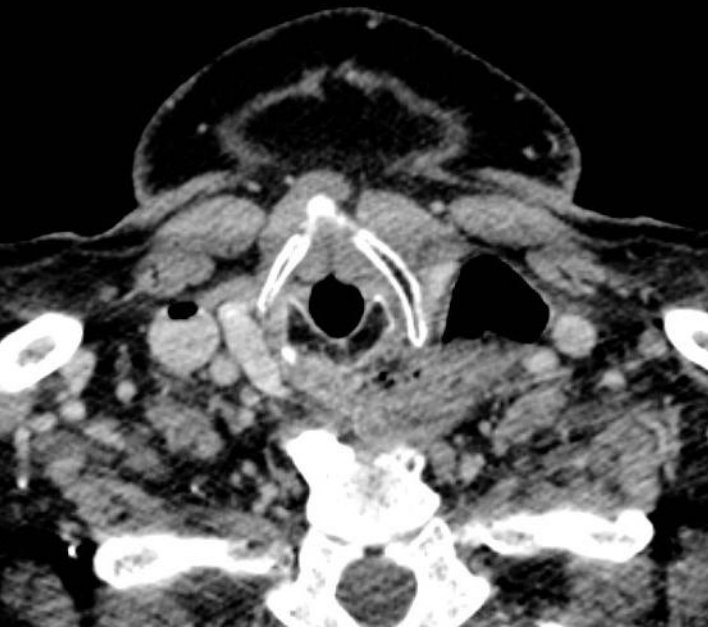


Diverticule de Zenker
symptomatique

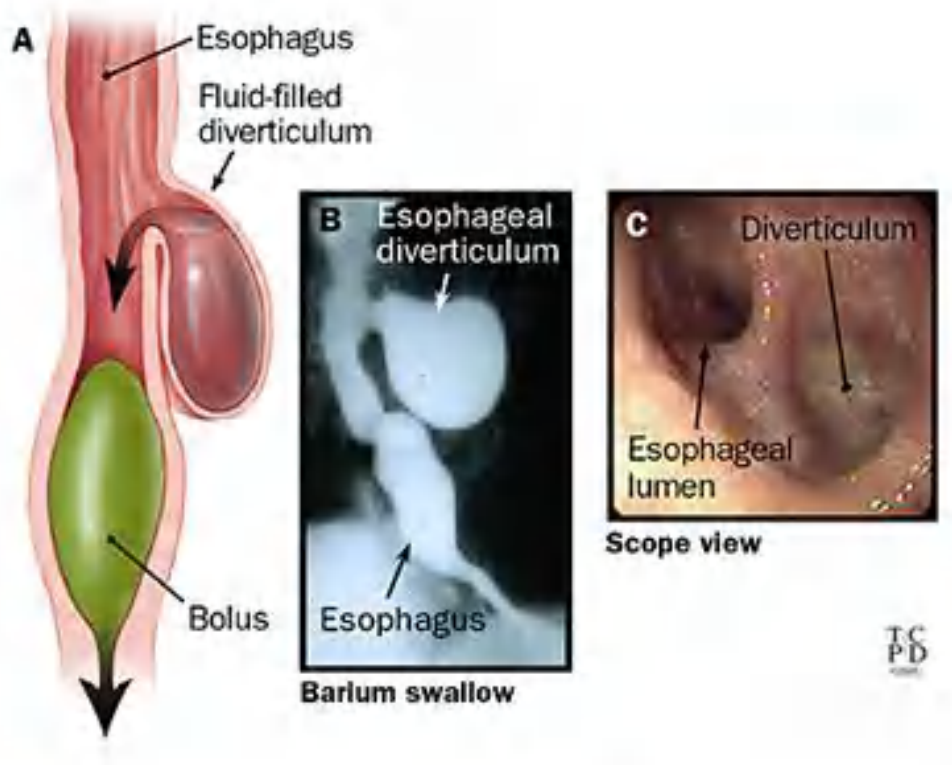


Diagnostic différentiel : **diverticule de Killian-Jamieson +++**

- 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 :

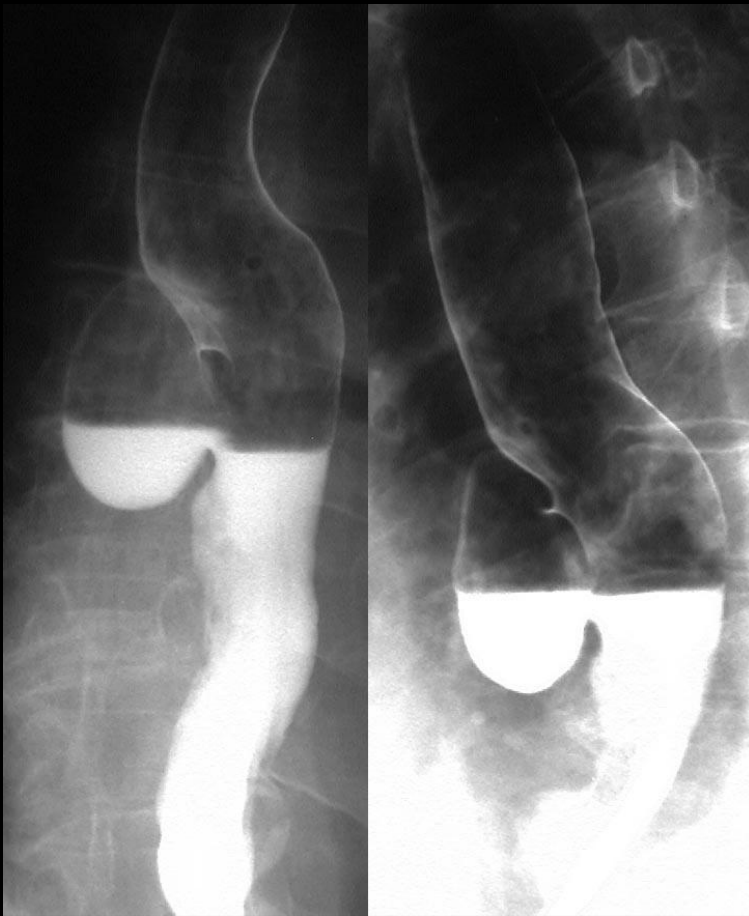
- asymptomatique
- dysphagie et régurgitations si taille élevée

Imagerie : TOGD baryté +++ en double contraste

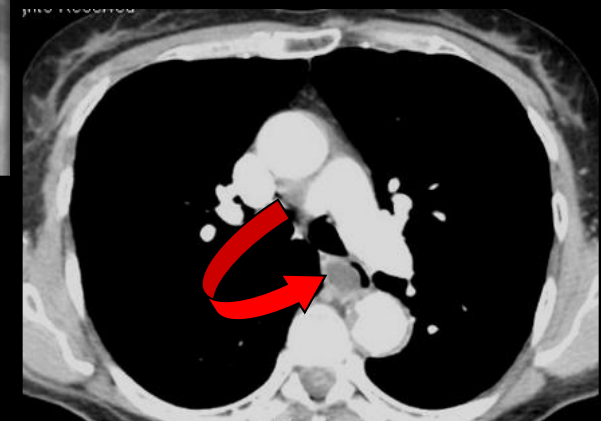
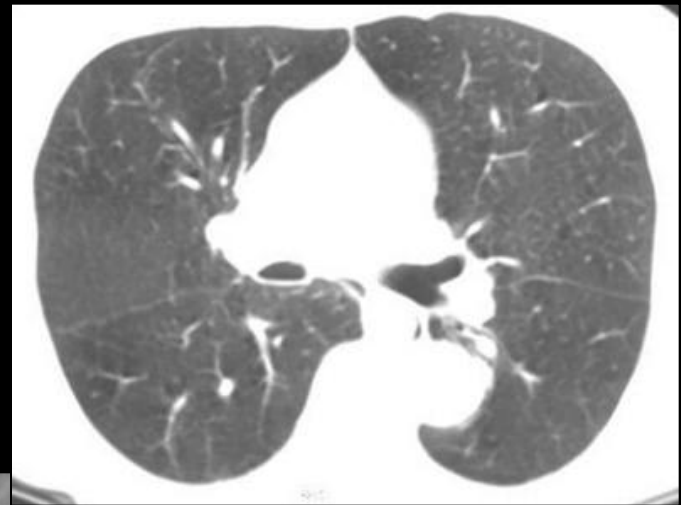
- Œsophage moyen :

- 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

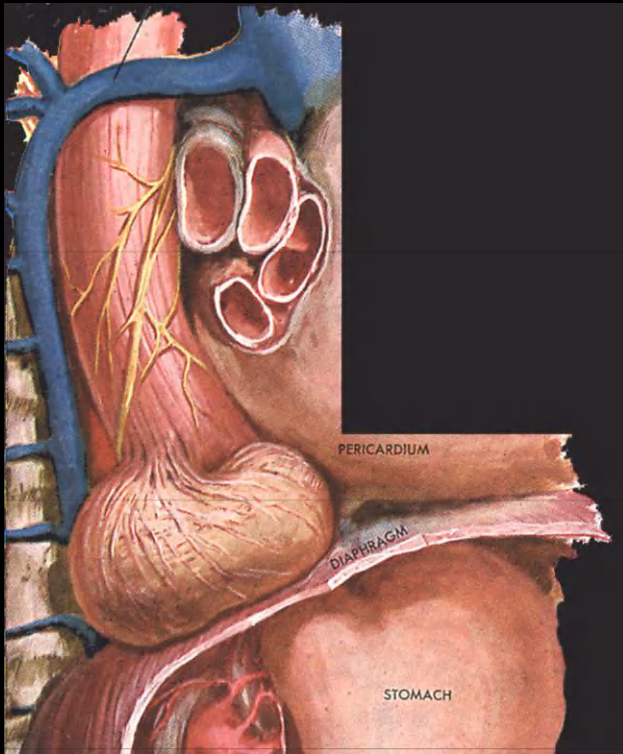
II.3. diverticules épiphréniques

- Œsophage inférieur : diverticule épiphrénique

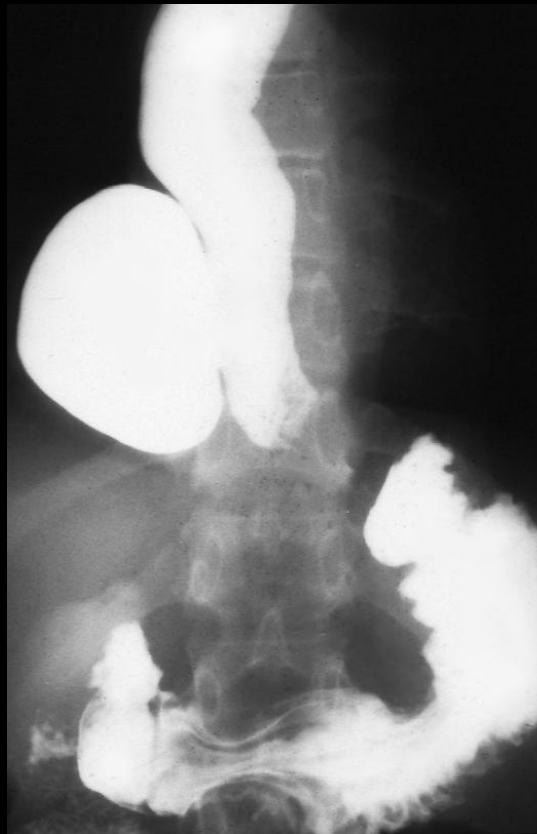
- de grande taille
- le plus souvent à droite
- association fréquente avec achalasie et hernie hiatale



diverticule épiphrénique

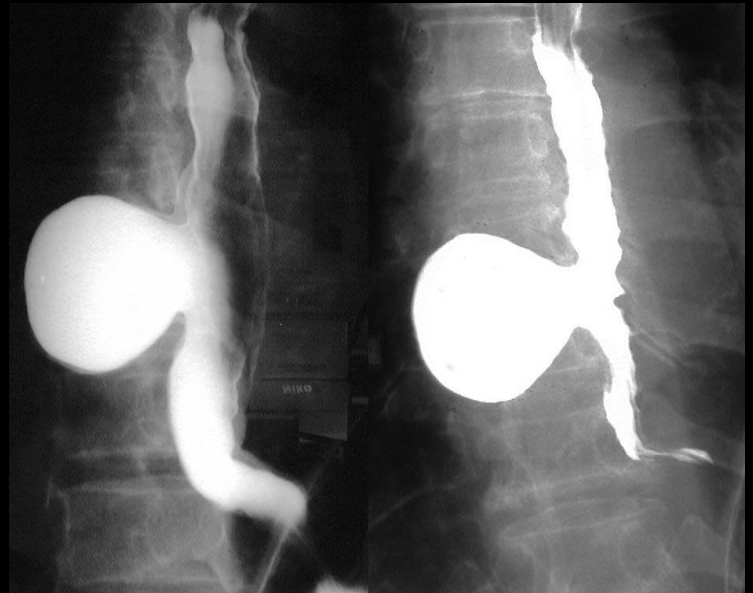
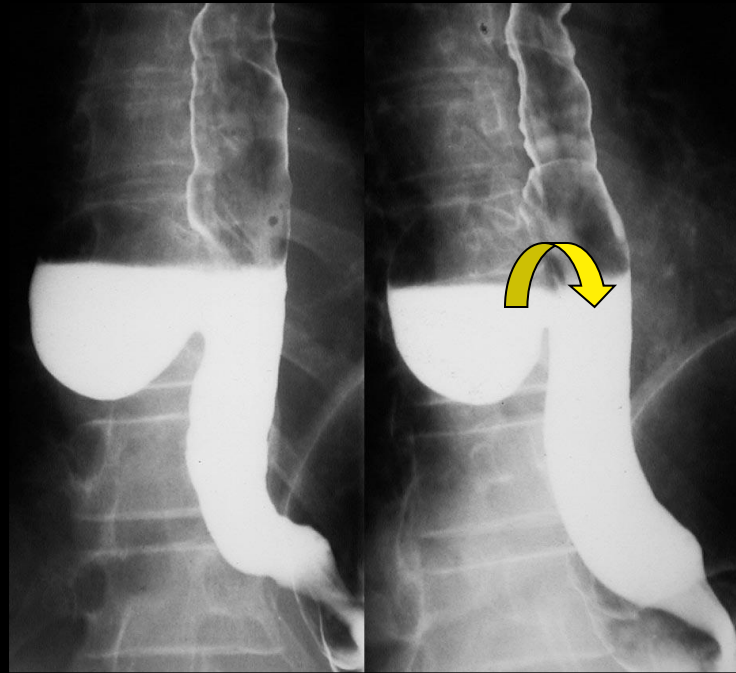
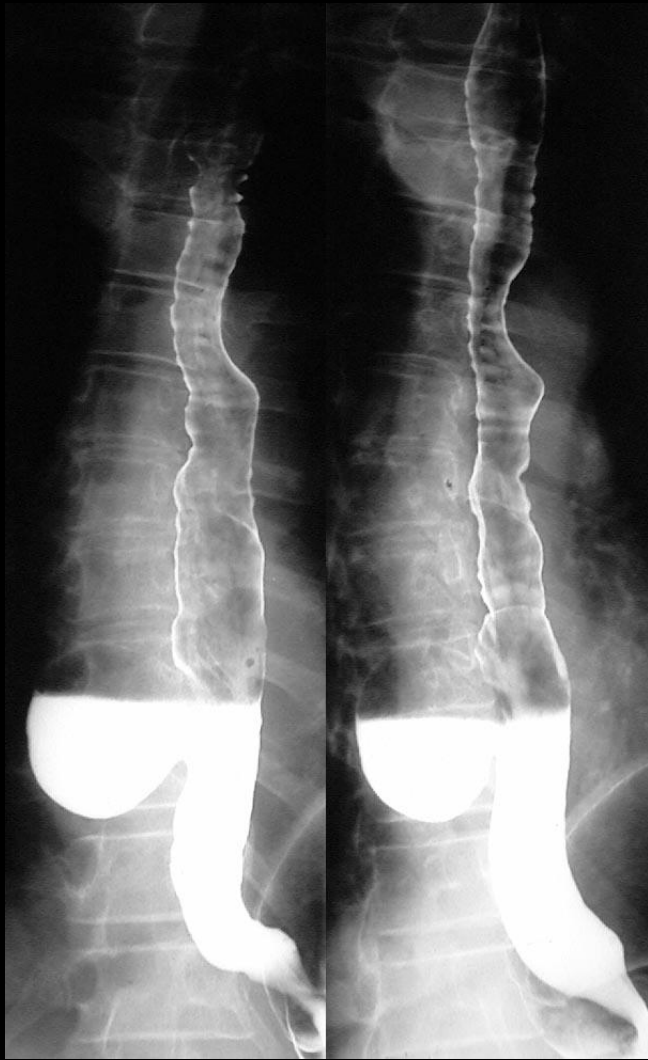


1/3 inf de l'œsophage
de pulsion



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



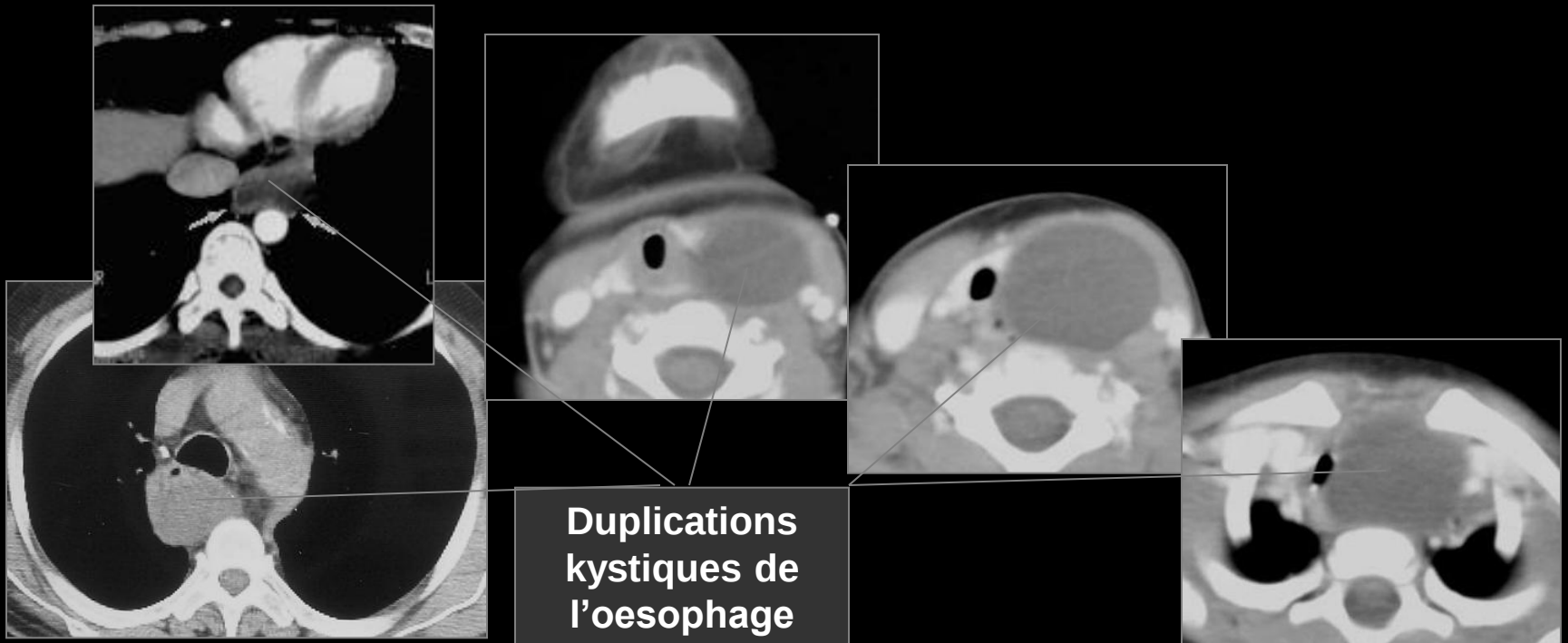


diverticules épiphréniques

Diagnostics différentiels

- hernie hiatale +++

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



Pathologie oesophagienne

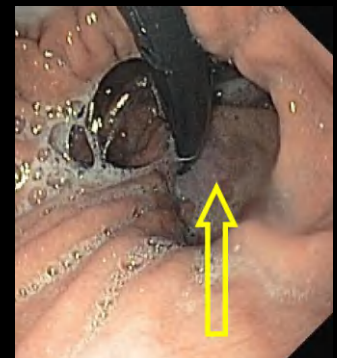
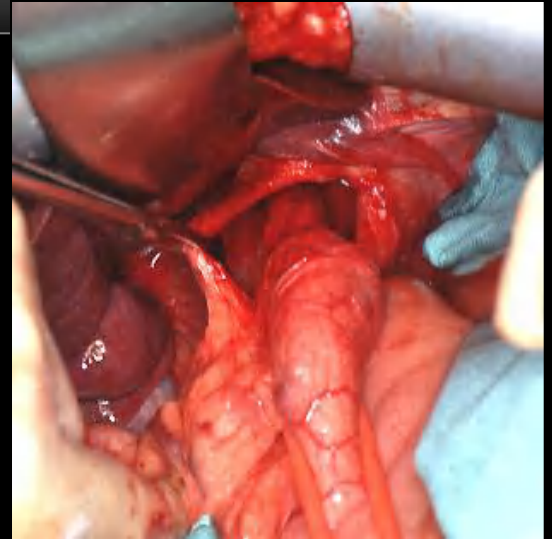
III. Pathologie inflammatoire

III.1. RGO, hernie hiatale, oesophagite peptique

III.1. RGO, hernie hiatale, oesophagite peptique

Hernie hiatale par glissement

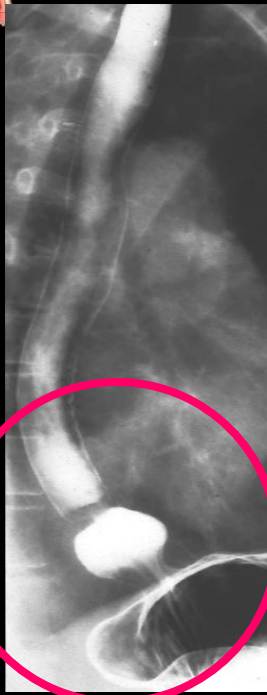
- 90% des HH
- Jonction cardio-oesophagienne en situation intra-thoracique
- svt associée à un RGO par incompetence du SIO



Hernie hiatale par glissement



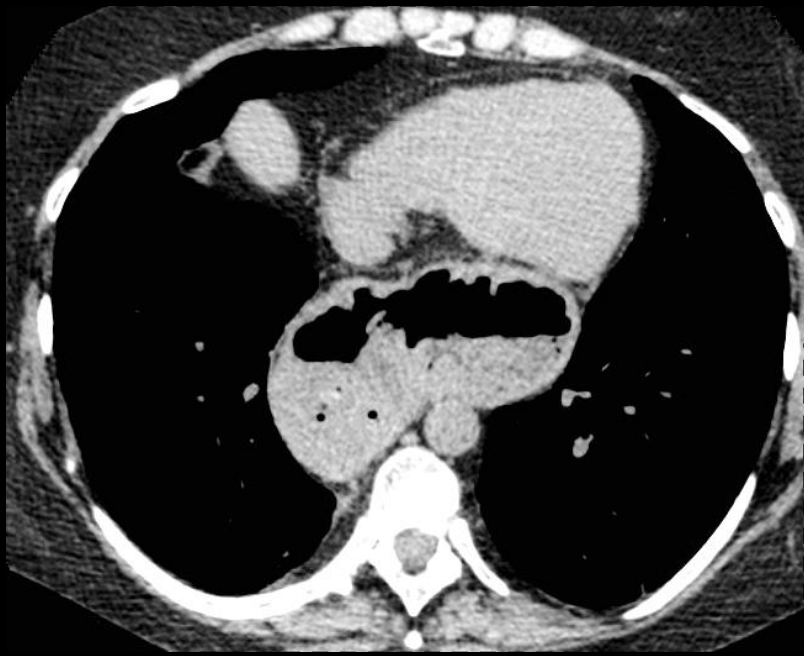
Dilatation
normale
fugace sur
angle de His
normalement
fermé



ampoule épiphrénique

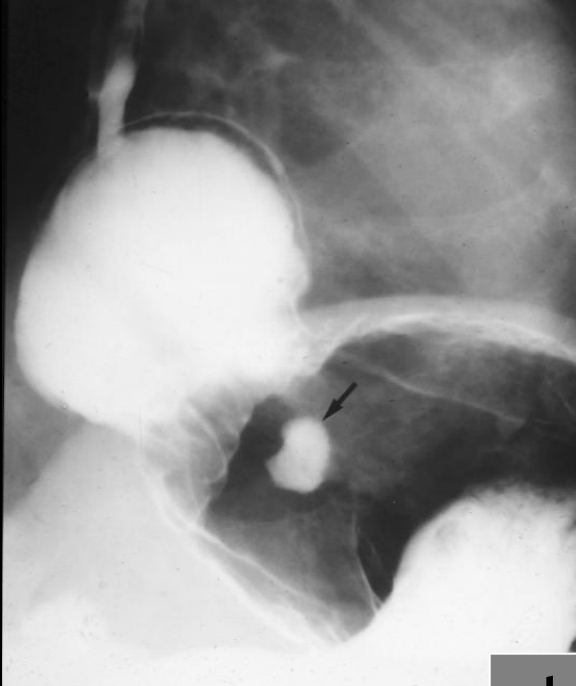
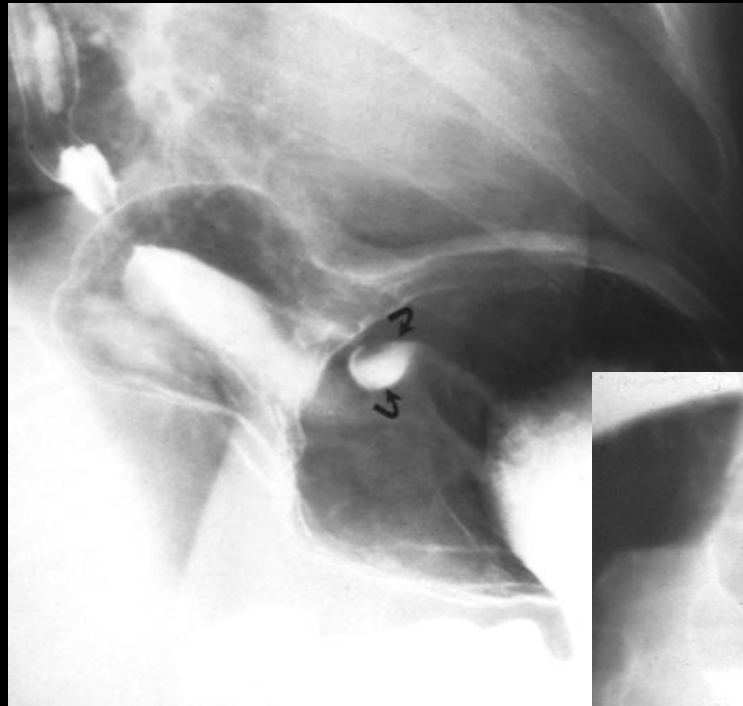


HH par glissement



Hernie hiatale par
glissement

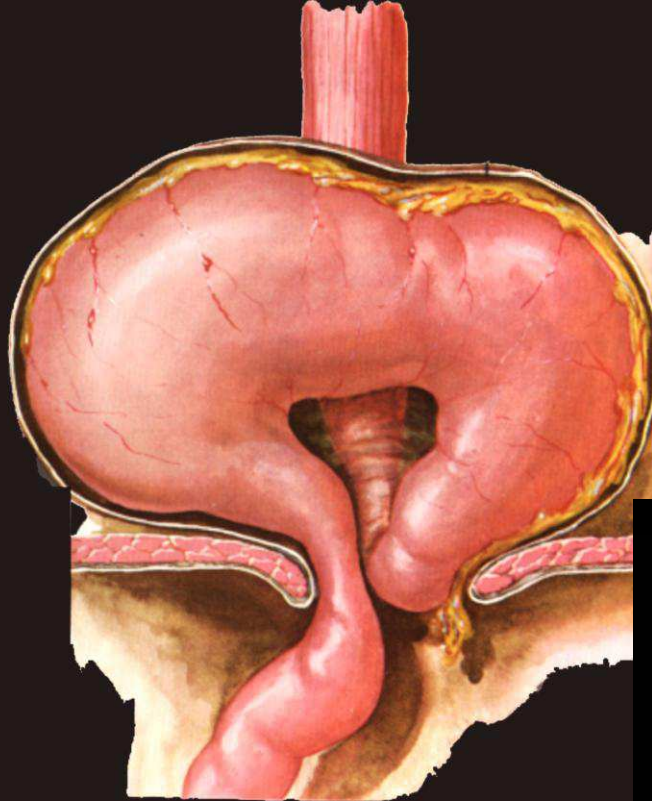




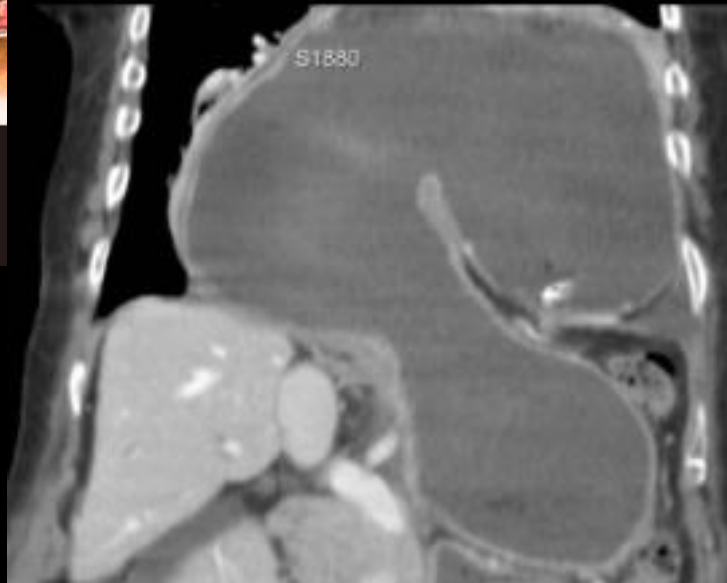
ulcère du collet herniaire

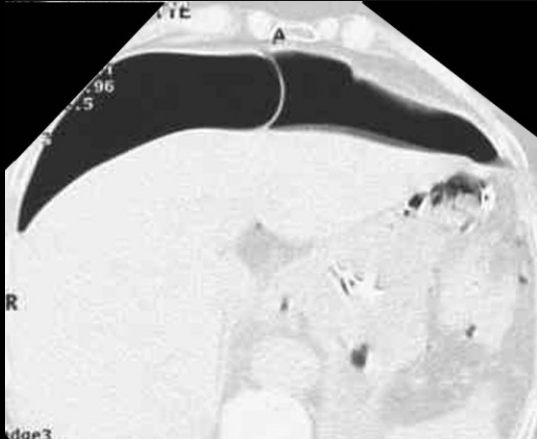
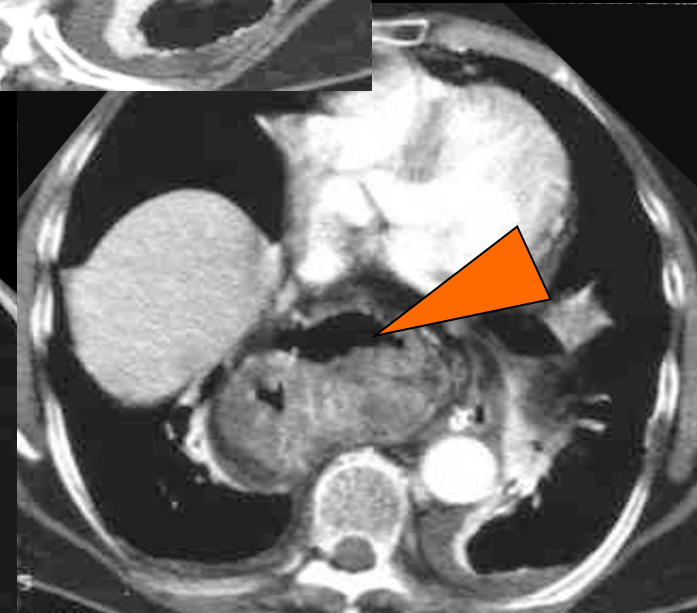
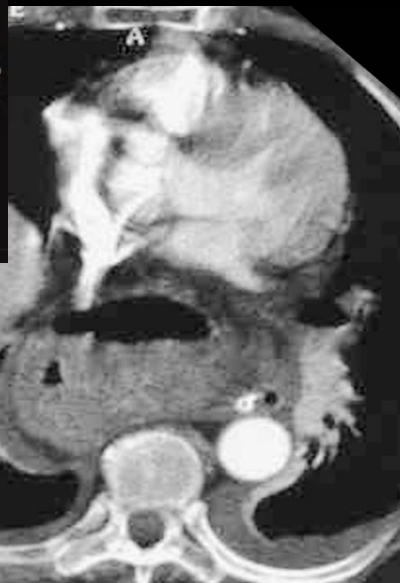
Souvent térébrant et
hémorragique, incrustant
profondément le diaphragme

HH par roulement ou latérale



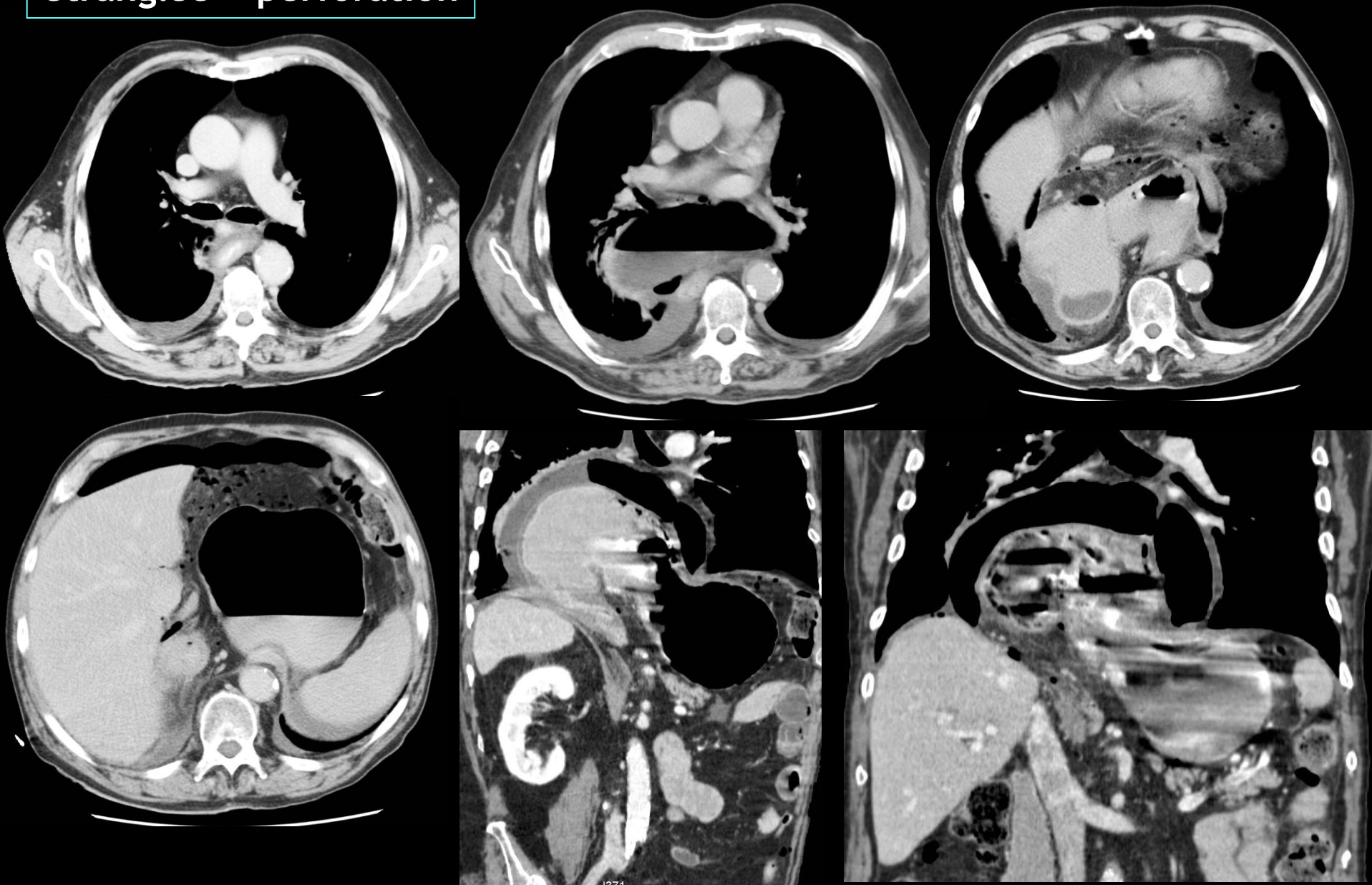
- 15% des HH
- **Cardia sous - diaphragmatique**
- Passage d'une partie de l'estomac dans le thorax en avant de l'œsophage (volvulus organo-axial)
- Pas de RGO mais complications propres à la poche herniaire (infarctus, étranglement)



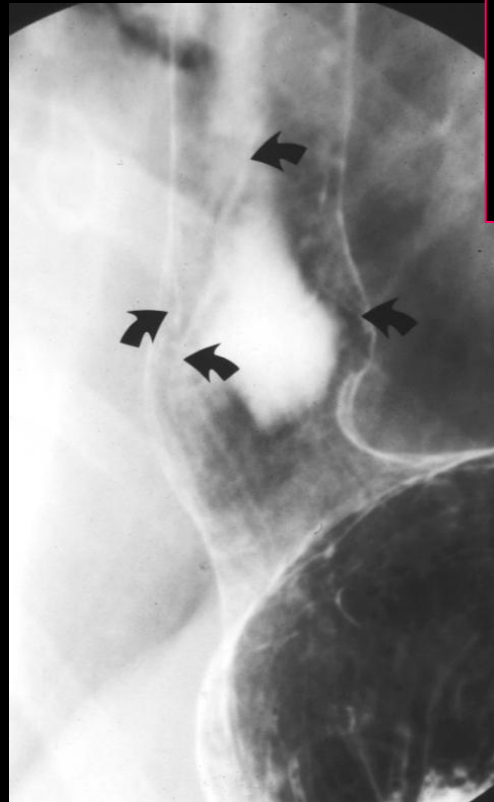
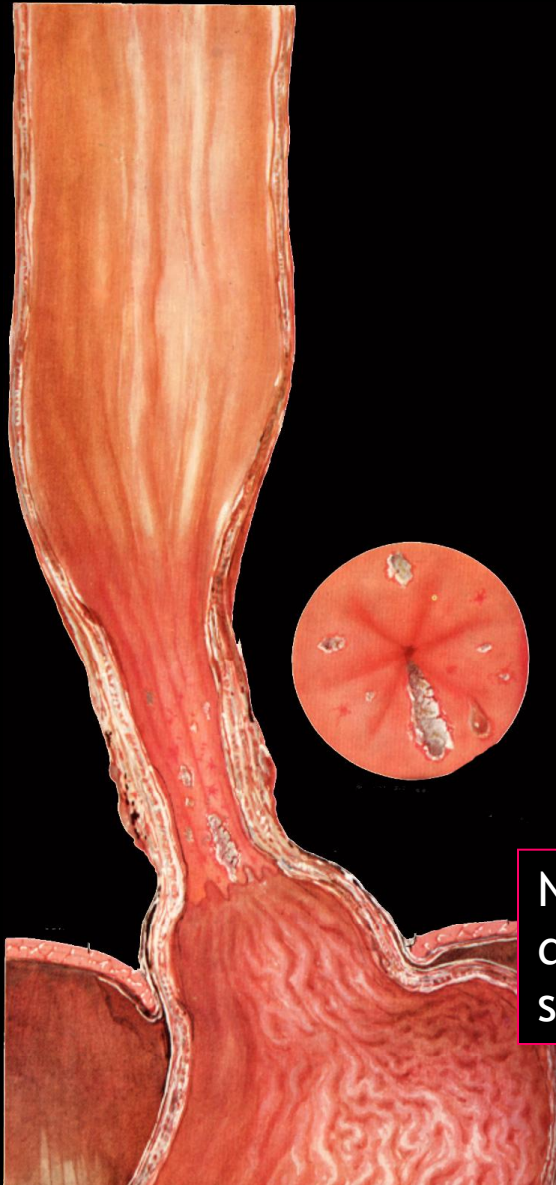


**HH par roulement
étranglée + perforation**

HH par roulement
étranglée + perforation

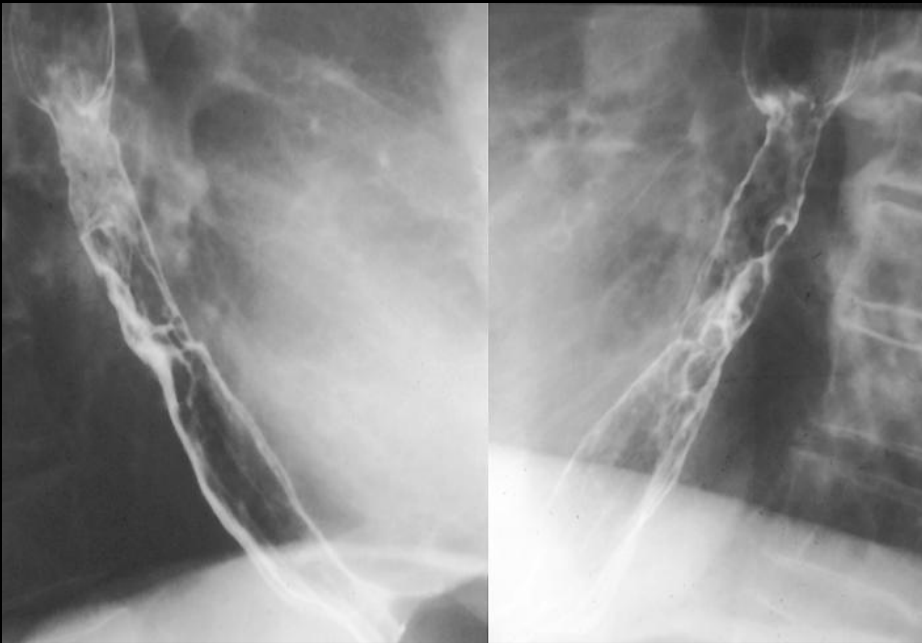


Oesophagites de reflux



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

Nodulations, épaissement
des plis, ulcérations
superficielles

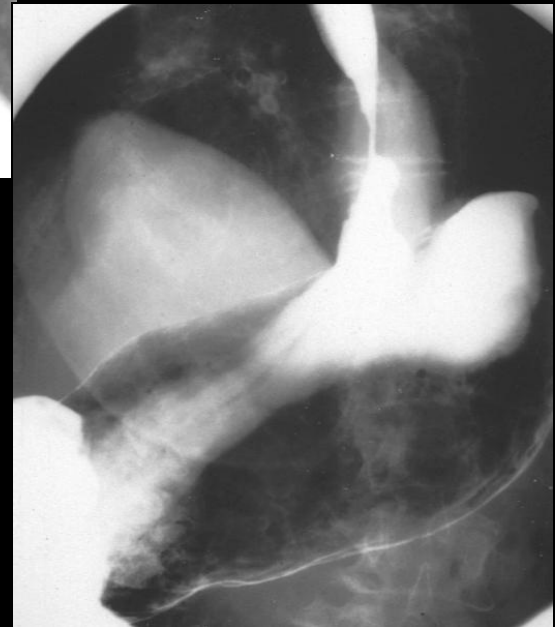
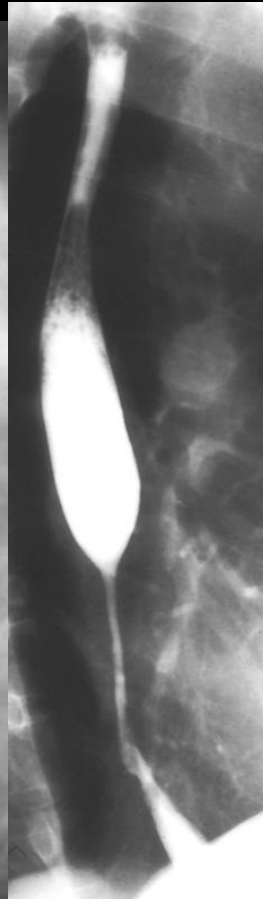
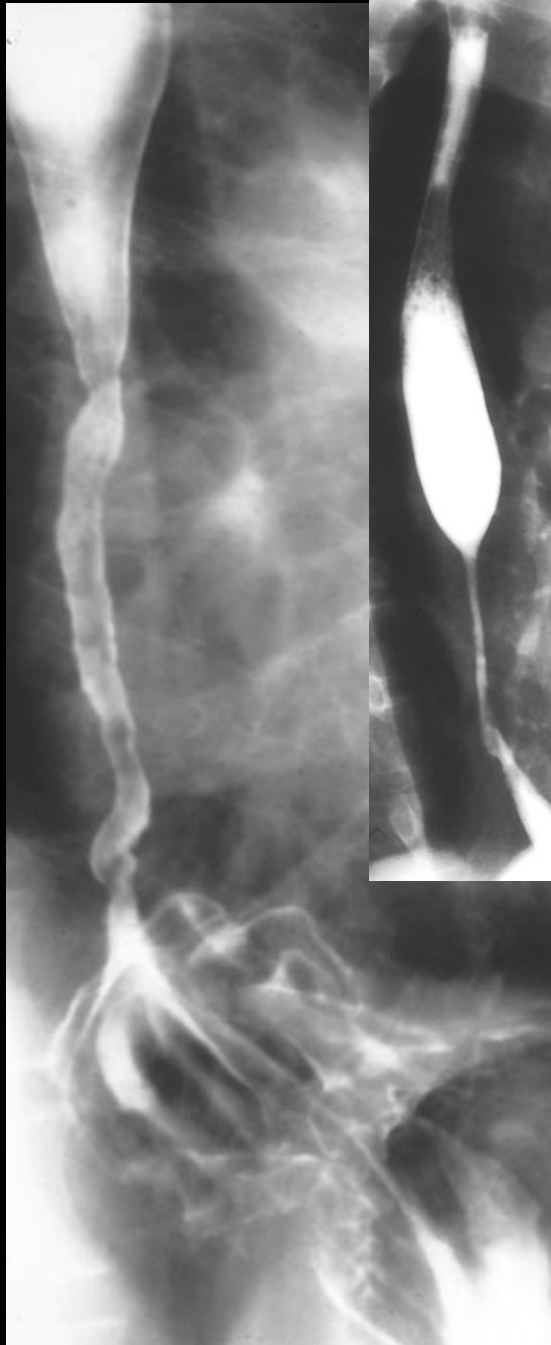


Remaniements fibreux : sténoses
circonférentielles symétriques,
centrées, sur l'œsophage distal

oesophagites de reflux



Oesophagites peptiques



Oesophagite peptique

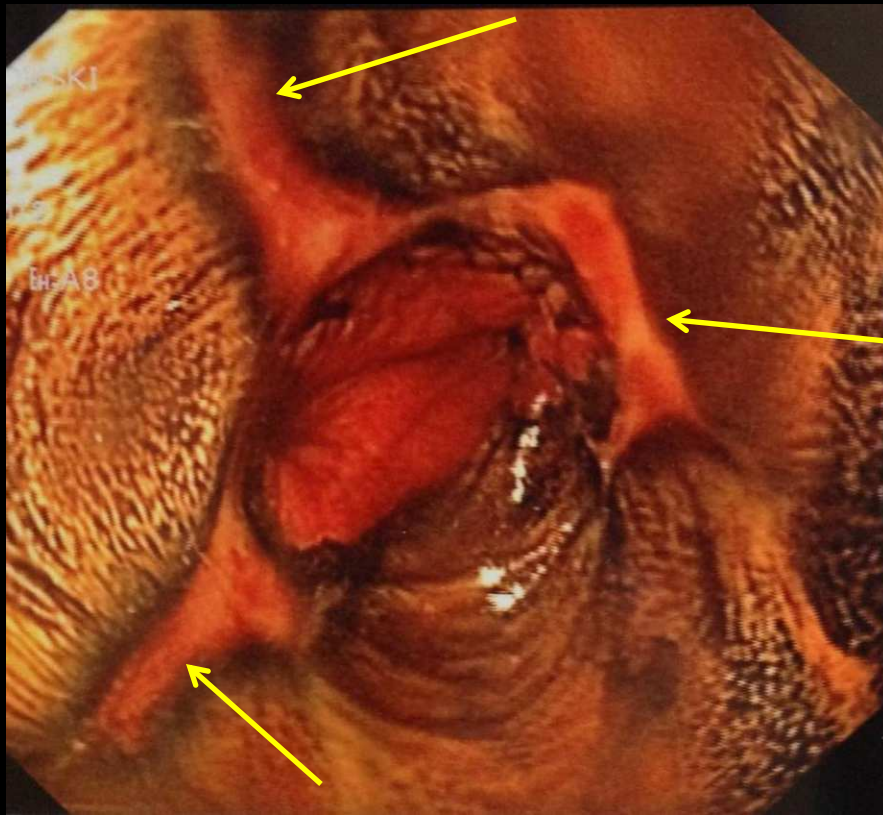
Grade 1 : érosion isolée

Grade 2 : érosions confluentes

Grade 3 : érosion circulaire

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

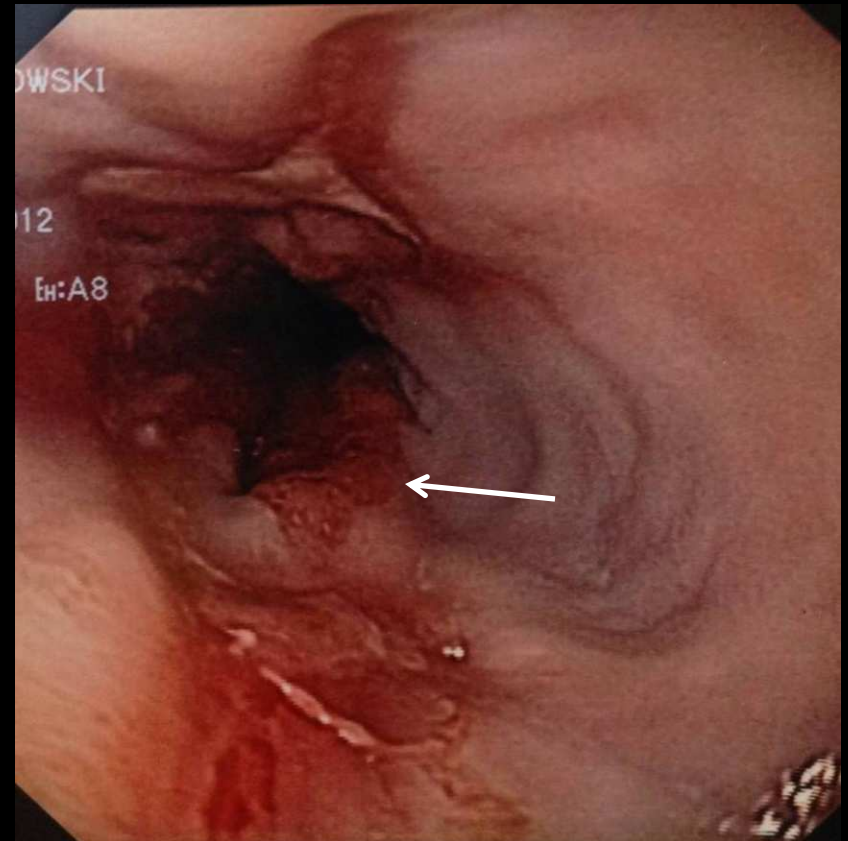
Grade 5 : endobrachyoesophage

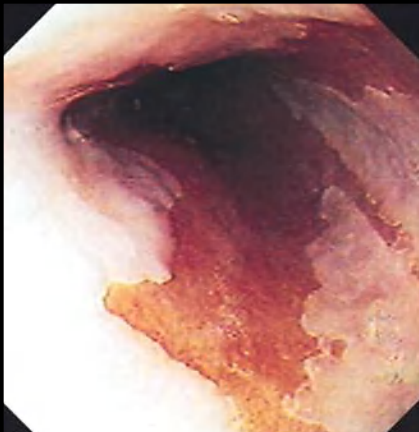
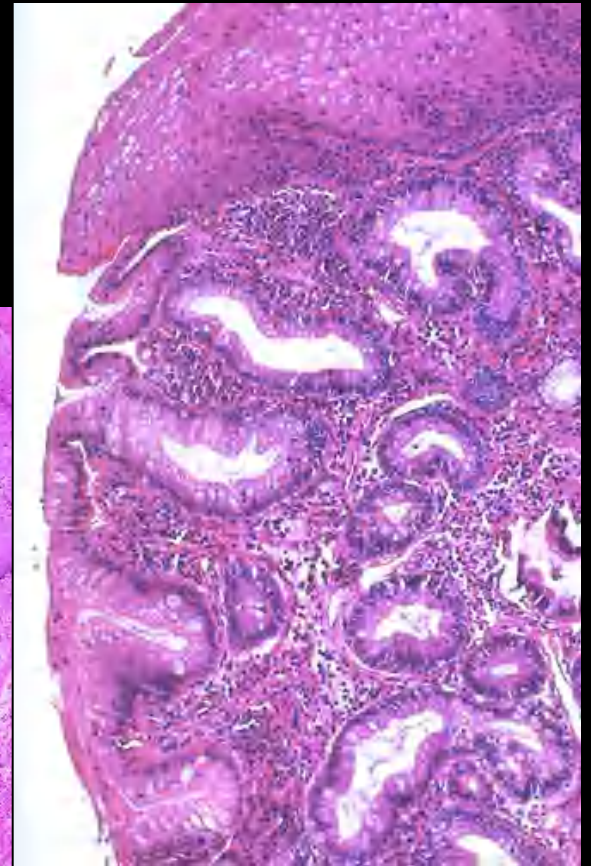
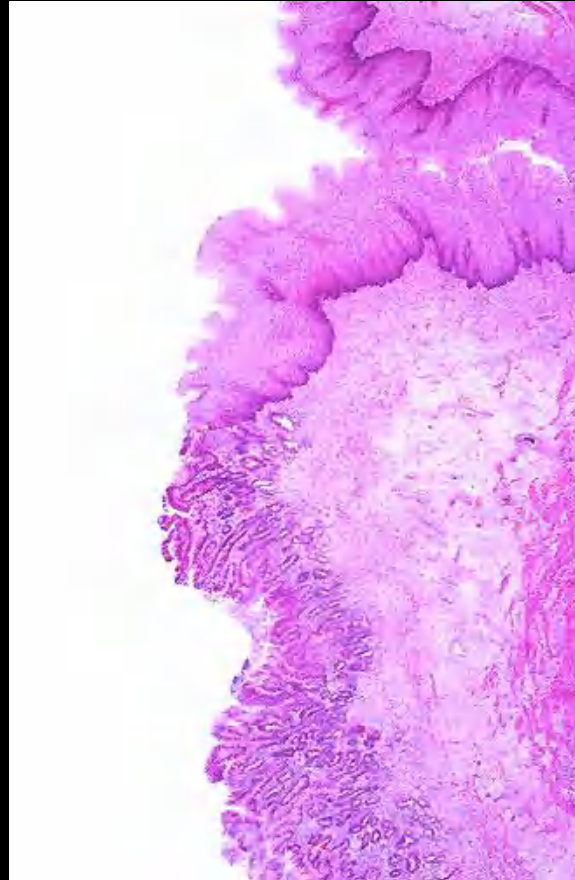
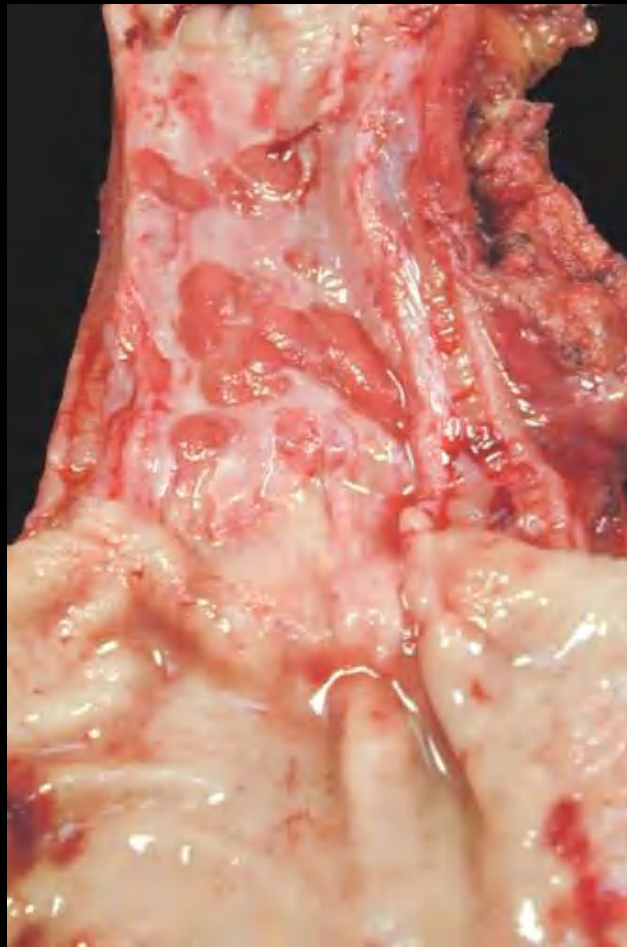


**Oesophagite peptique
de stade C**

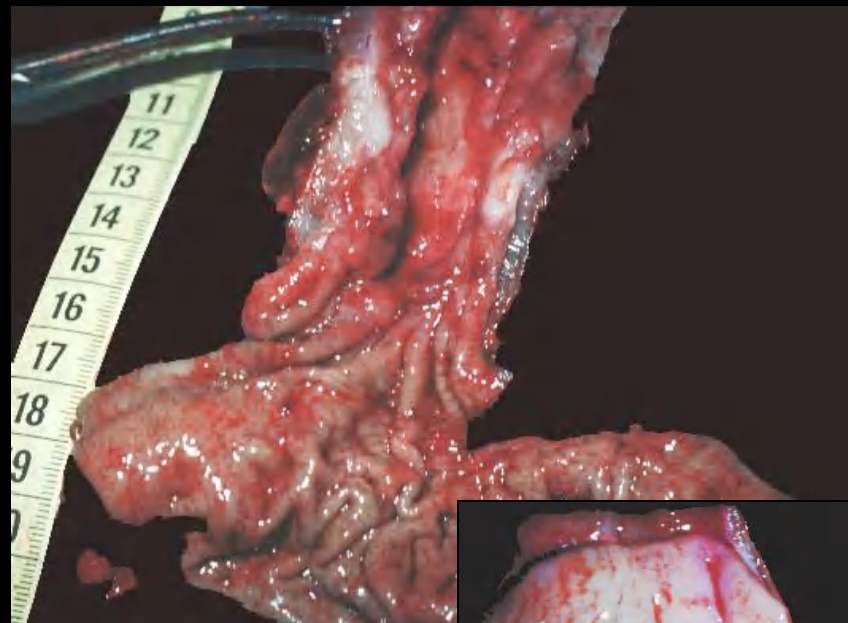
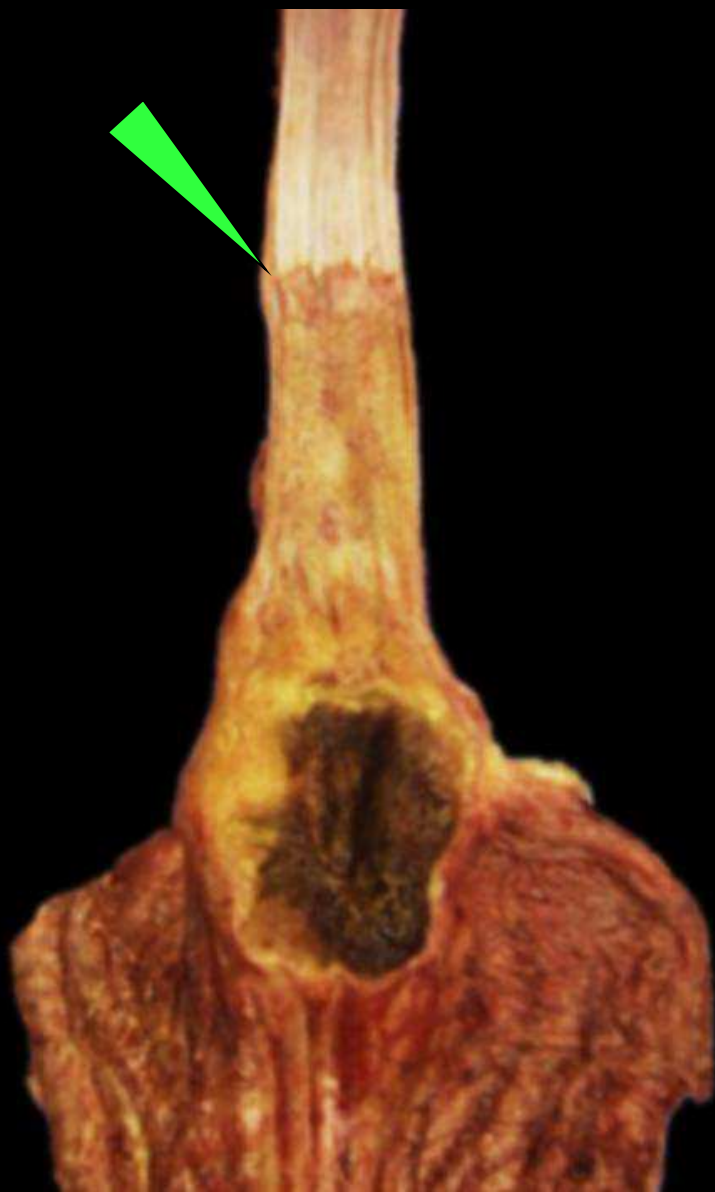
**Coloration au Lugol
3 ulcérations →
surmontant la ligne Z**

→ **Ligne Z**



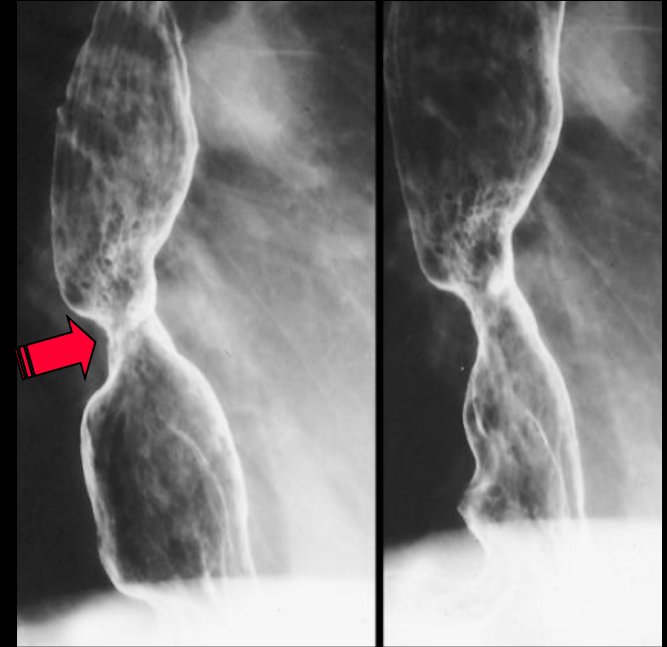
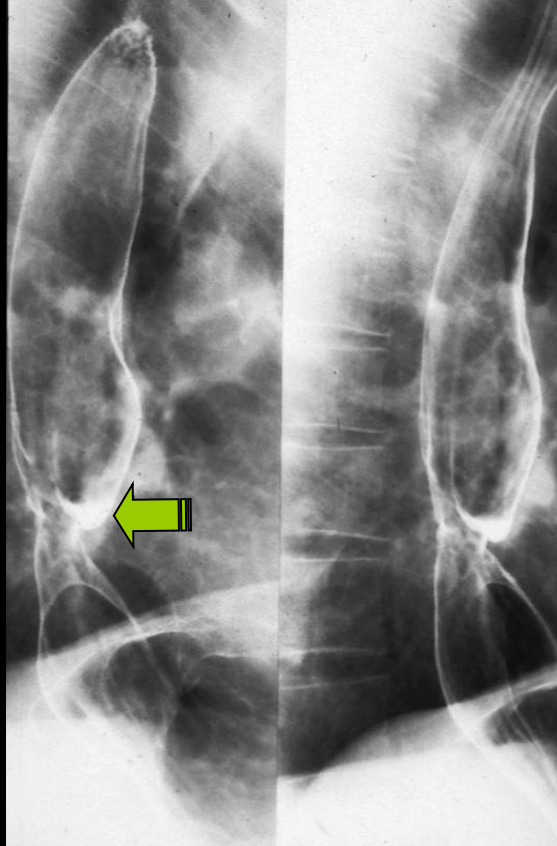
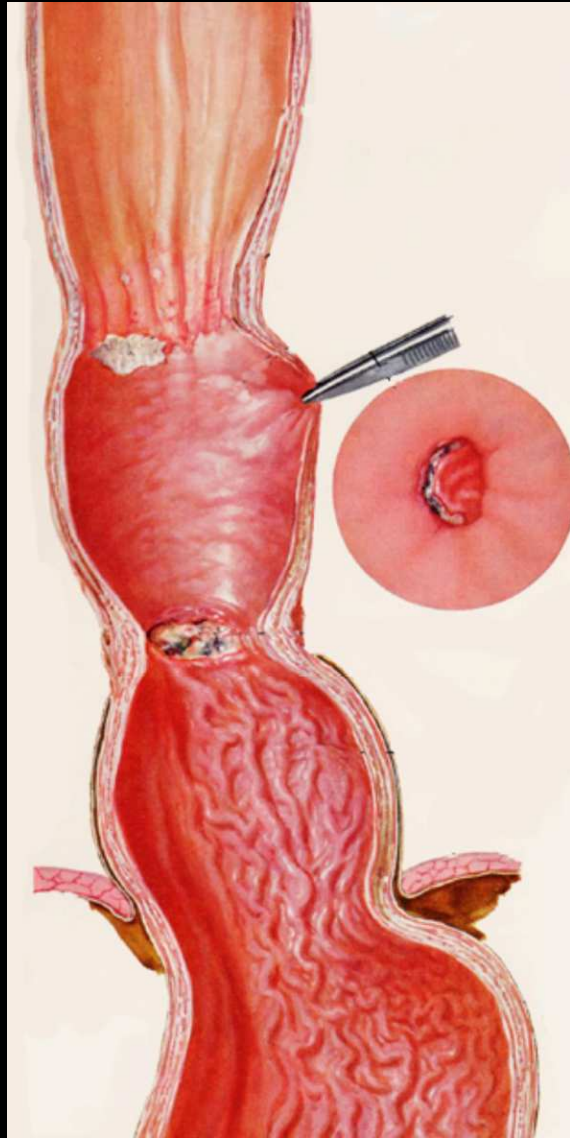


oesophage de Barrett



ADK /oesophage de
Barrett

Images aréolaires de
type gastrique sur la
muqueuse du bas
oesophage



endobrachyoesophage

Sténoses peptiques

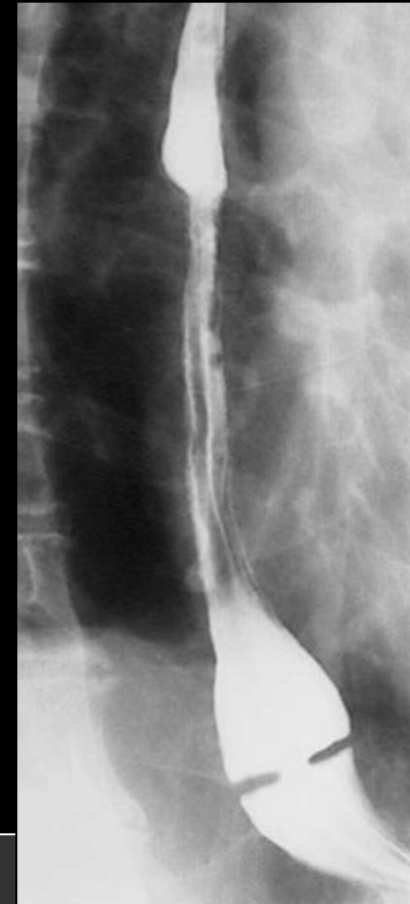
Anneau de Schatzki

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

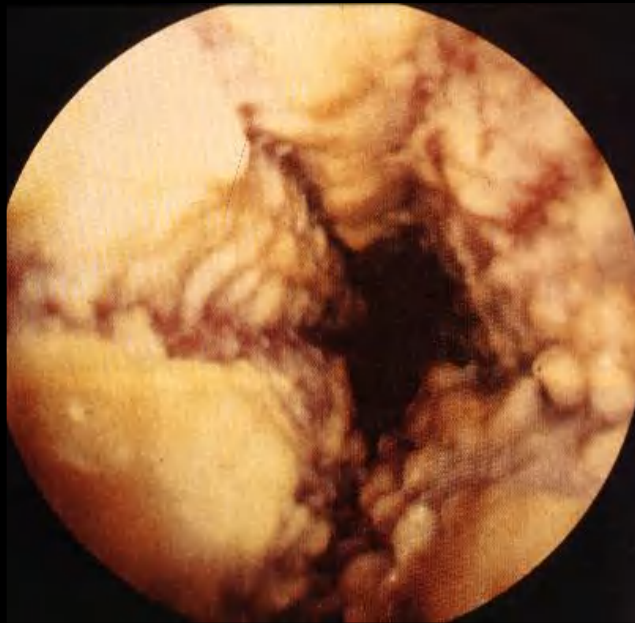
III.2. Oesophagites infectieuses

III.2. Oesophagites infectieuses

2a. candidose oesophagienne

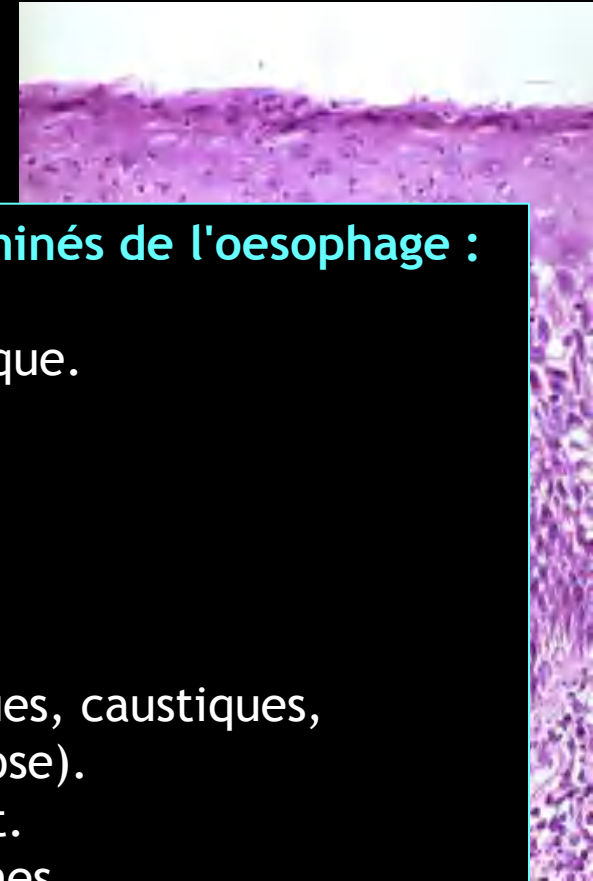


- Atteinte infectieuse la + fréquente chez les patients ID (SIDA, chimio, ttt immunosuppresseurs, corticothérapie)
- **Aspect endoscopique caractéristique** : muqueuse érythémateuse recouverte d'enduits et plaques blanchâtres



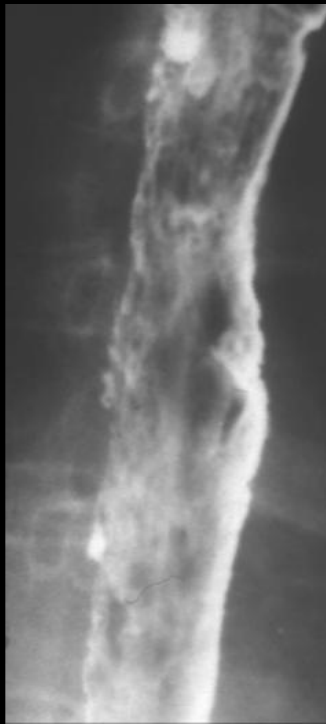
Name:
Sex: Age:
D. O. Birth:
04/30/2002
08:45:48
CVP: A1 / I
D. F:
E: 4 G: N

Physician:
Comment:

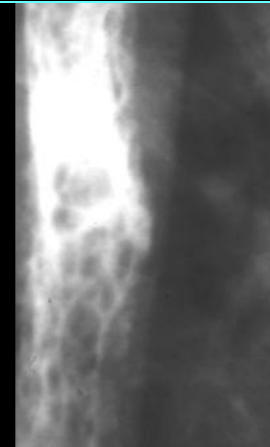


Micronodules disséminés de l'oesophage :

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

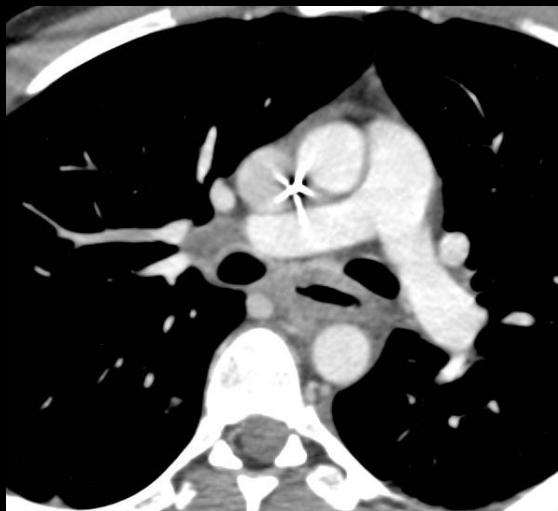
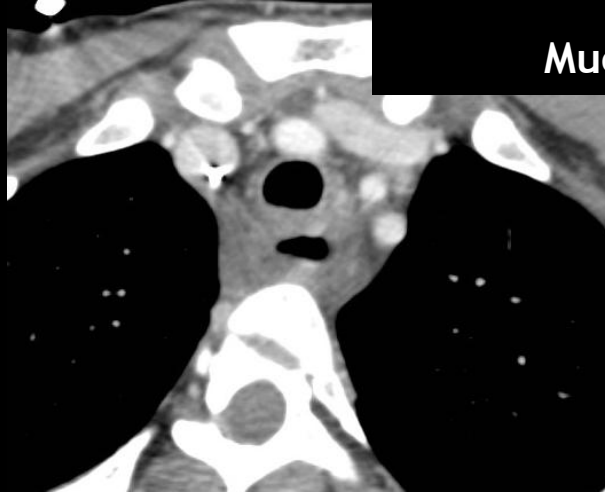
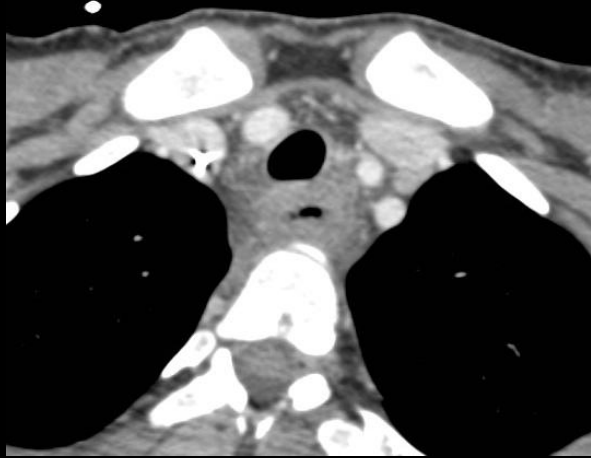


Nodules plans
correspondant aux
« plaques » donnant un
aspect crénelé simulant
des ulcérations

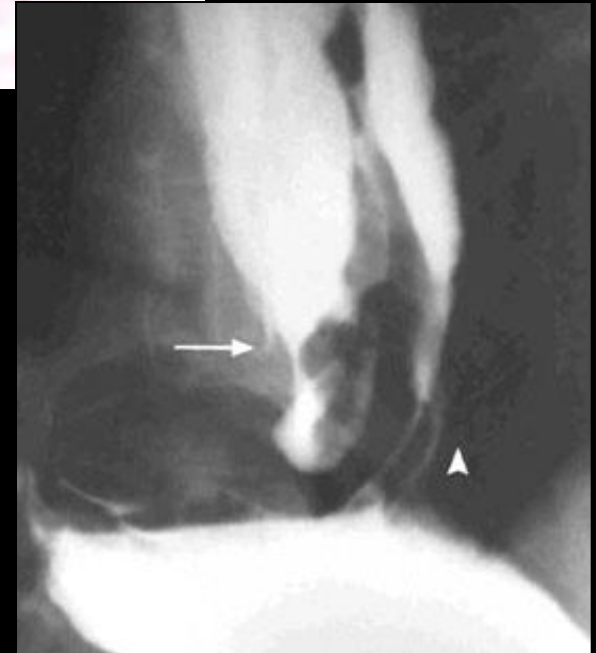
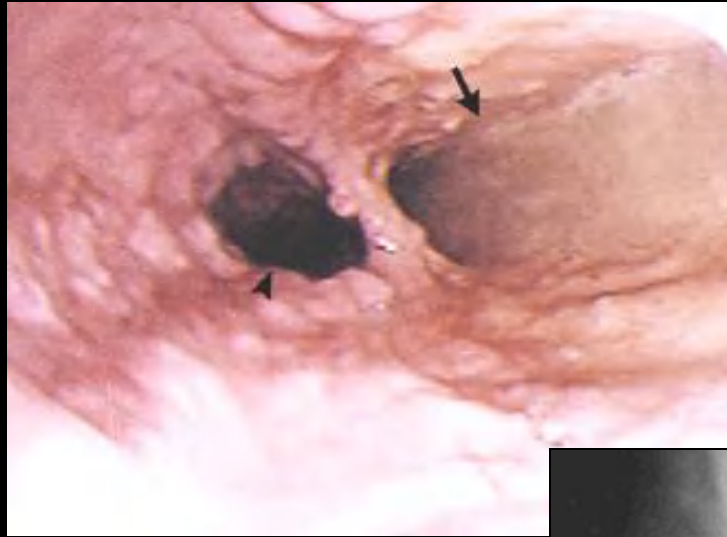


**candidose
oesophagienne**

Patient de 32 ans
Lymphome B diffus à grandes
cellules digestif en cours de
traitement
Mucite et oesophagite

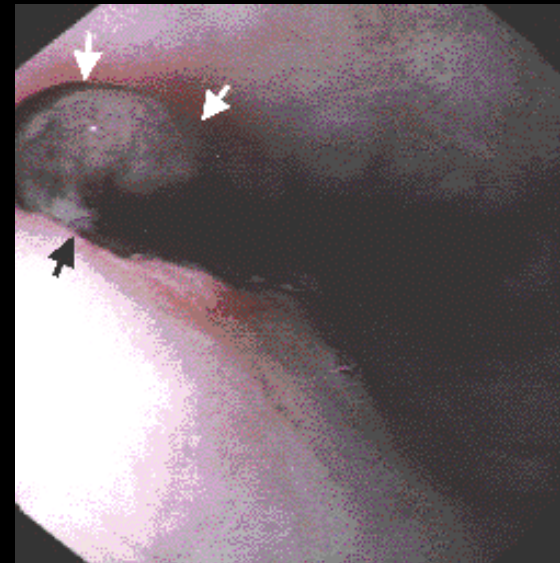


2b. oesophagite à CMV



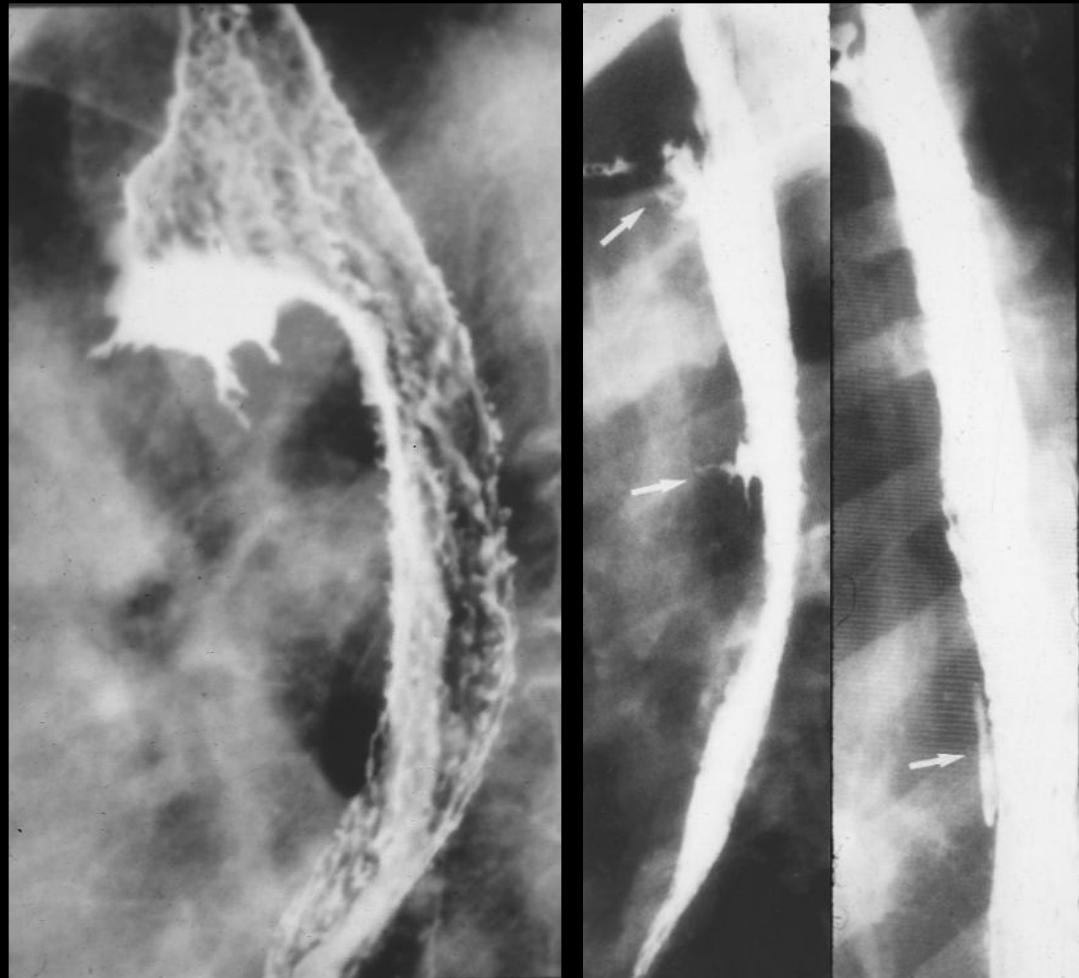
- Immunodéprimés
- Grands ulcères profonds peu nombreux

2c. oesophagite HIV



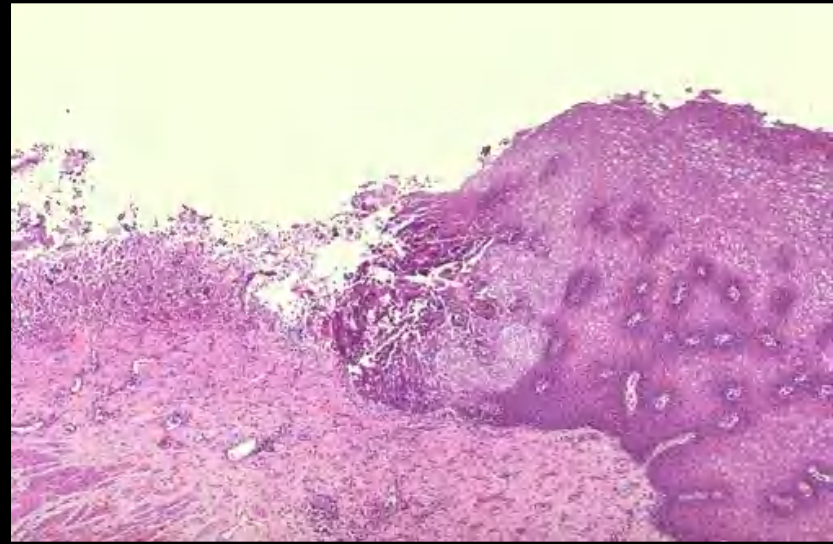
- Ulcères géants uniques des 2/3 inf de l'œsophage
- Rare depuis traitements antirétroviraux

2d. oesophagite BK



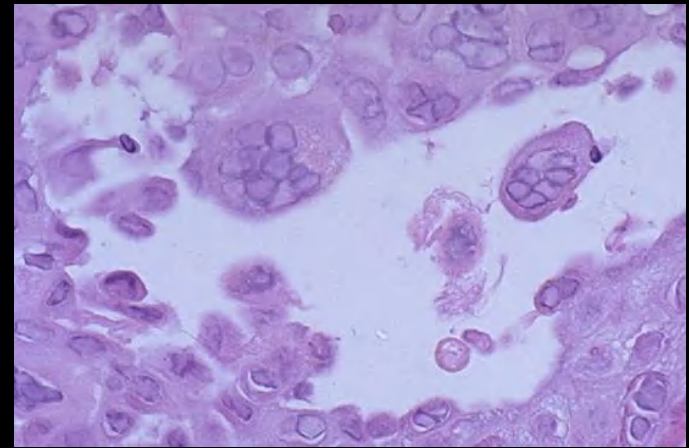
- Rare, complique un foyer tuberculeux ganglionnaire médiastinal
- **Trajets fistuleux borgnes** profonds et anfractueux avec lésions ulcérées étendues et fibrose pariétale sténosante

2 e. oesophagite herpétique

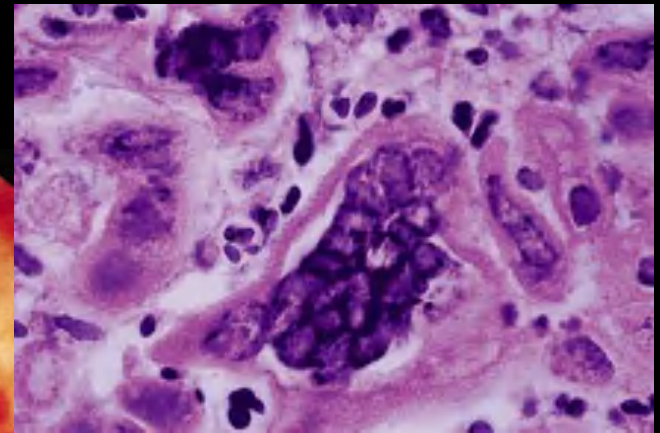
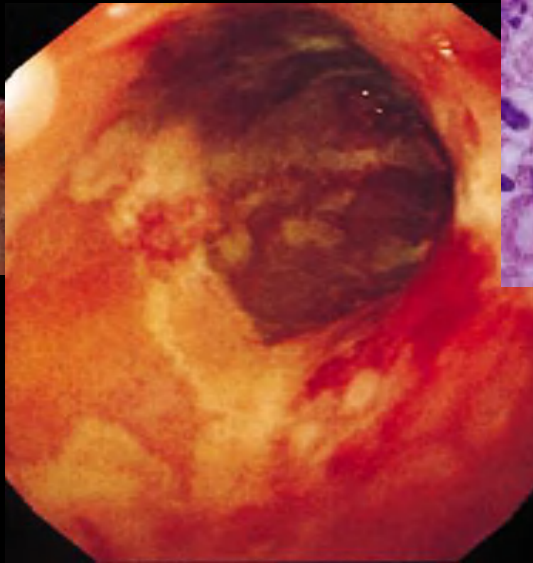


- HSV I
- Petites lésions ulcérées punctiformes entourées d'un halo, sur une muqueuse par ailleurs saine
- Traduit toujours une défaillance sévère des défenses immunitaires





oesophagite herpétique



Pathologie oesophagienne

III. Pathologie inflammatoire

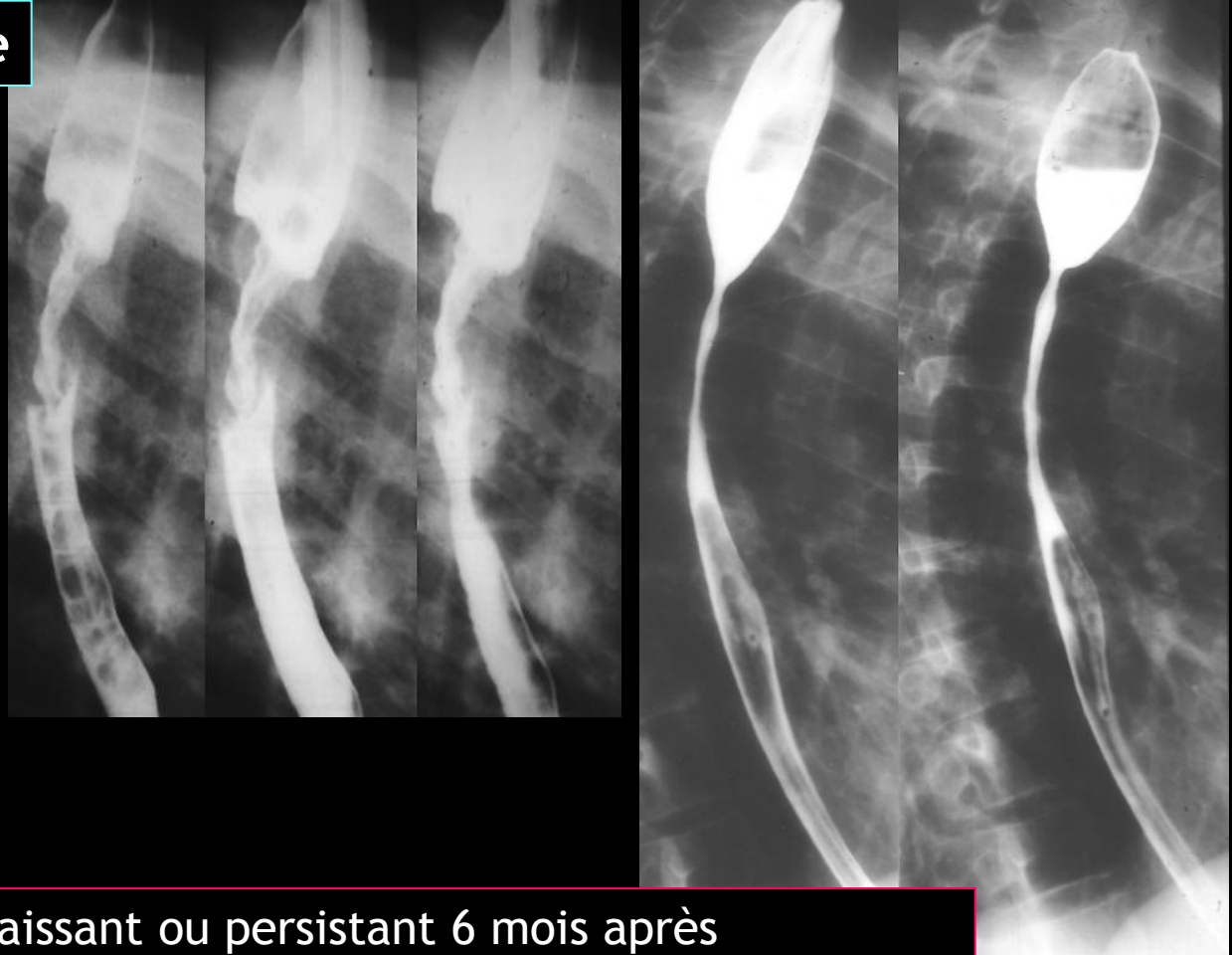
III.1. RGO, hernie hiatale,oesophagite peptique

III.2. Oesophagites infectieuses

III.3. Oesophagites d'autres causes

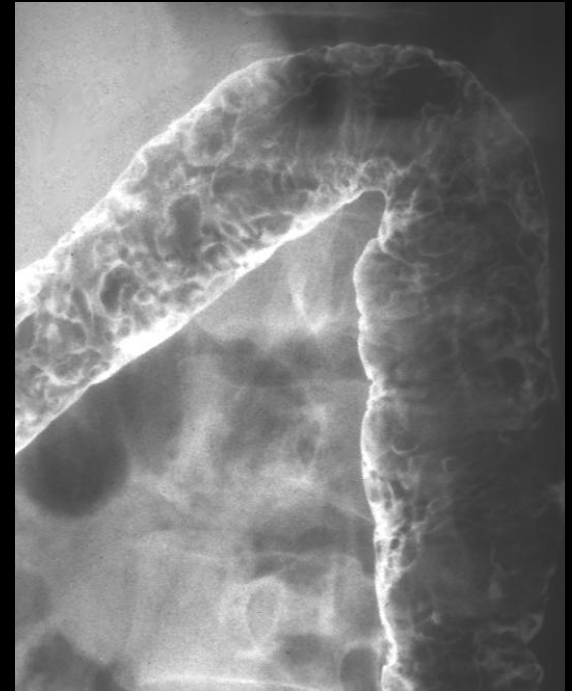
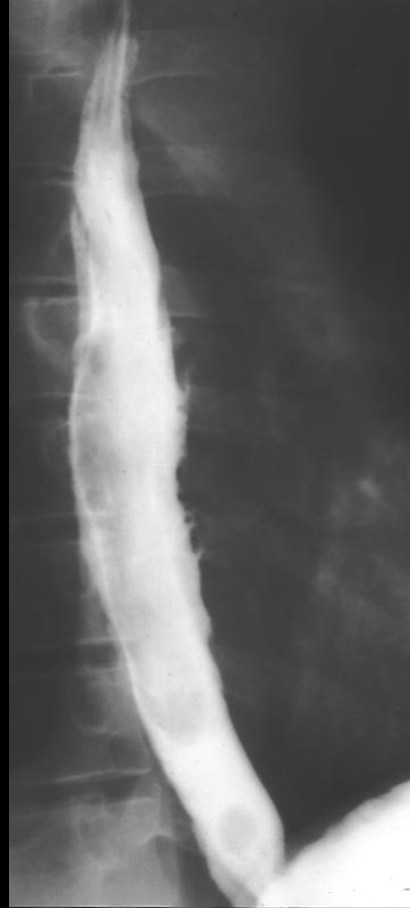
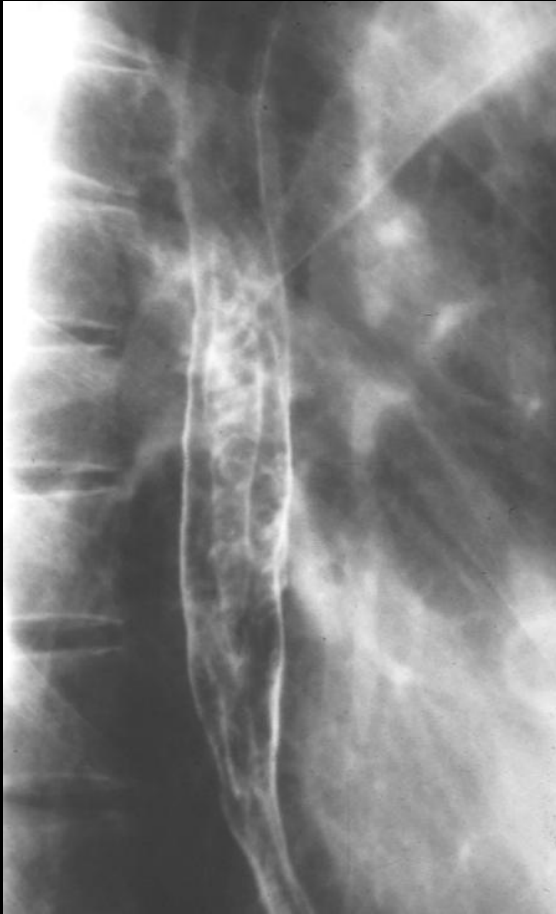
III.3. Oesophagites d'autres causes

3a. oesophagite radique



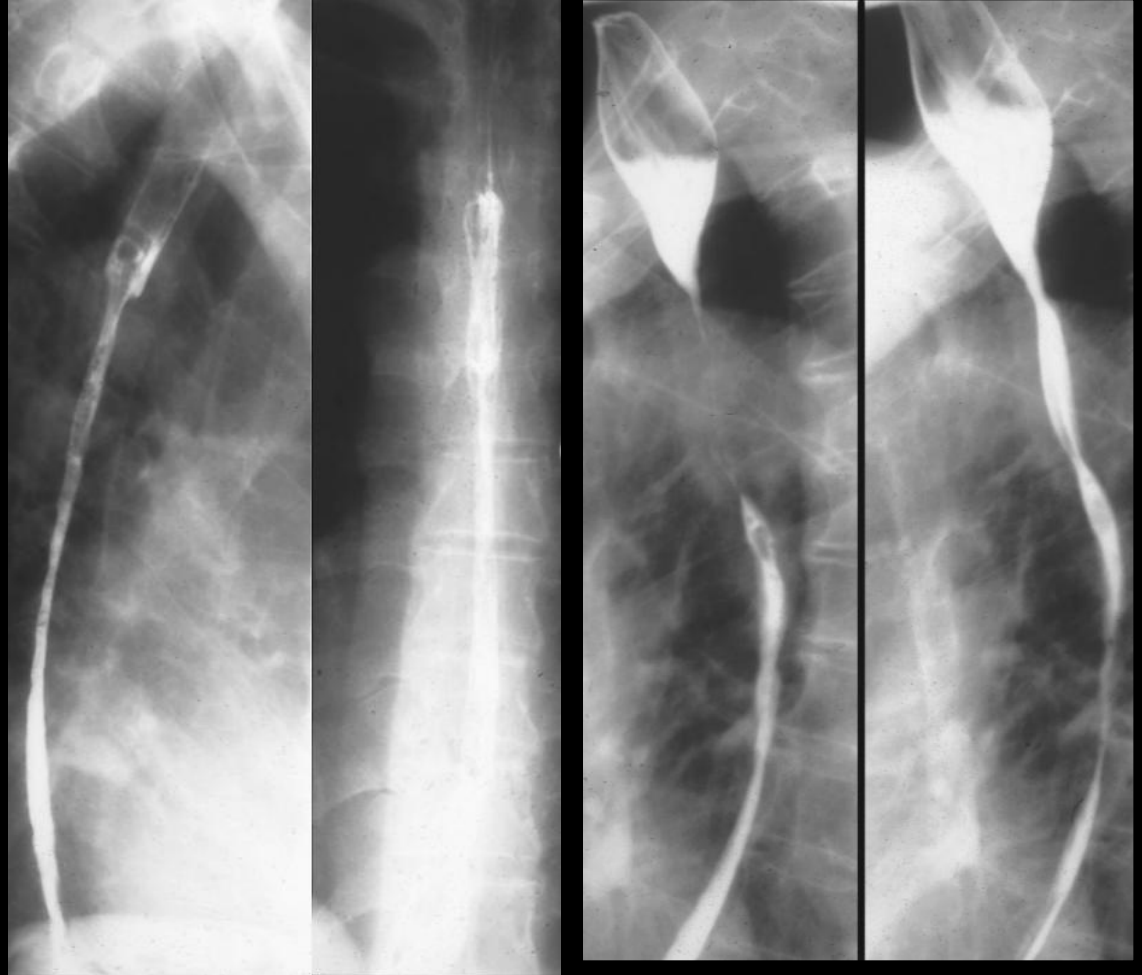
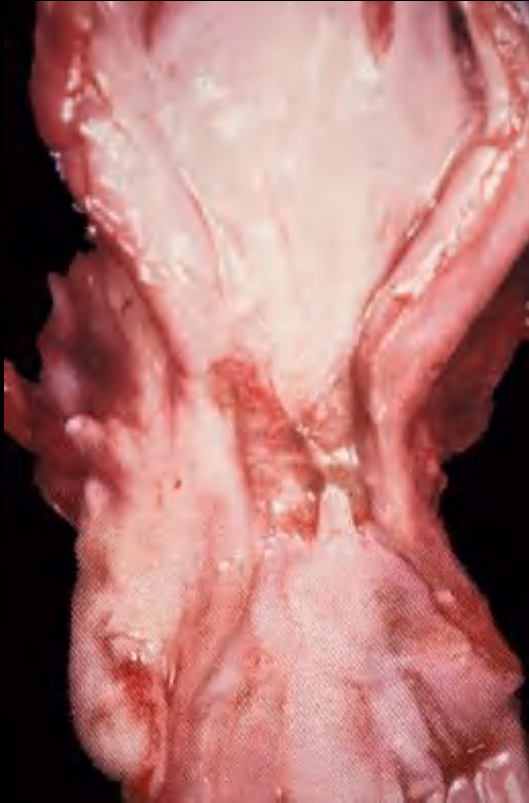
- Formes chroniques, apparaissant ou persistant 6 mois après l'irradiation, surtout si association avec chimio par adriamycine
- Sténose segmentaire parfois ulcérée en regard du champ d'irradiation

3b. maladie de Crohn de l'oesophage

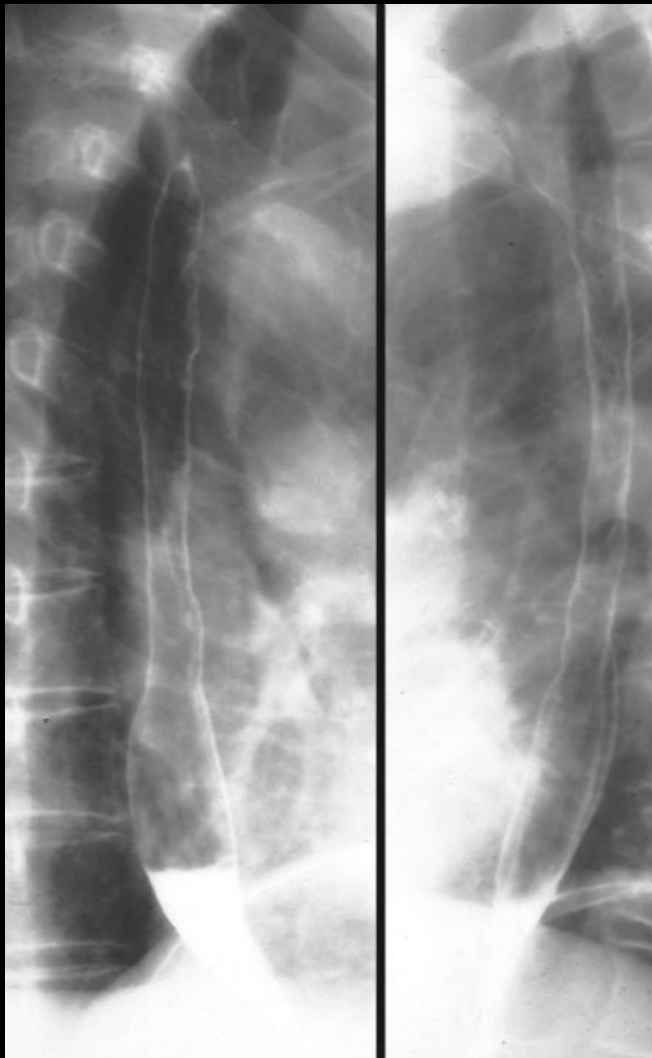


Lésions superposables à celles du grêle et du colon, allant de l'ulcération aphtoïde à l'ulcération perforée, à l'abcès ou à la sténose

3c. oesophagite caustique



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

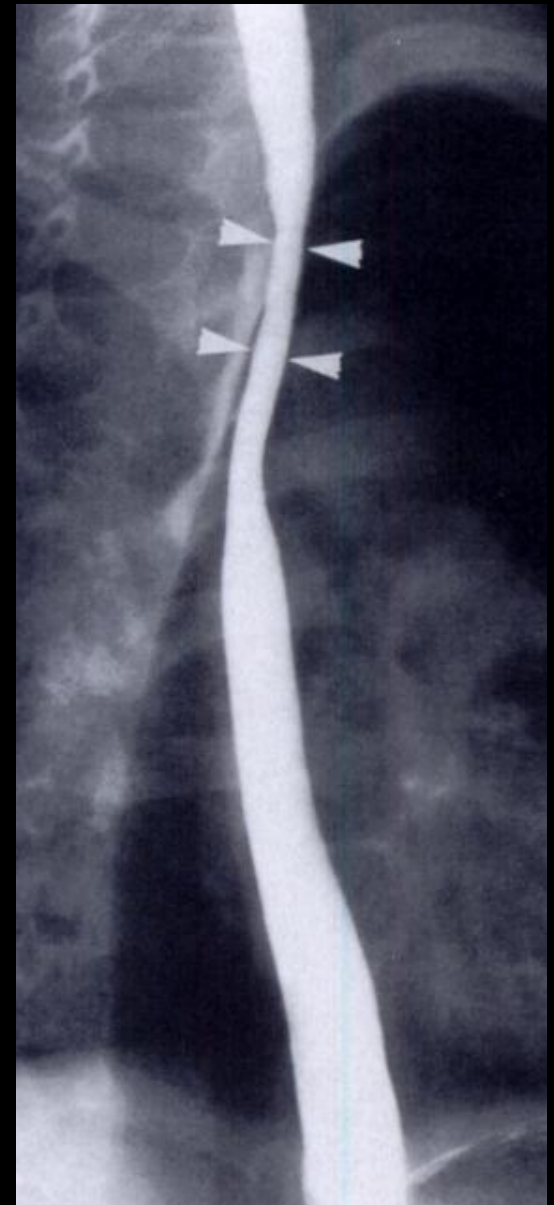
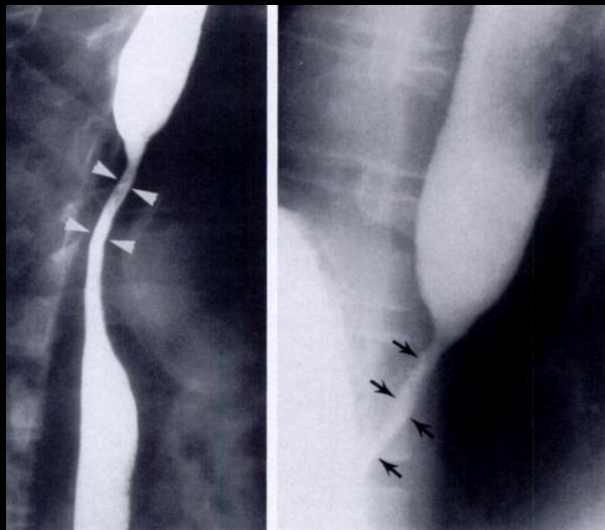


oesophagite caustique

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

3d. oesophagite à éosinophile

- Enfant et adulte de moins de 40 ans
- 4H/ 1F
- Episodes aigus de dysphagie avec impaction alimentaire
- Atopie dans la moitié des cas
- Hyperéosinophilie modérée et augmentation des IgE
- Endoscopie: aspect crénelé (sillons longitudinaux et sténoses annulaires)
- Histo: infiltrat d'éosinophiles dense étendu (diff de reflux)
- TOGD: petit œsophage ne se distendant pas ou sténose
- Evolution variable: amélioration ou stagnation dans 2/3 cas et aggravation dans 1/3 cas (corticoïdes, antileucotriènes, dilatation endoscopique ????)



Idipathic eosinophilic esophagitis

Kenneth M, James E. Mayle et al. Radiology 1993

Pathologie oesophagienne

IV. Divers

IV.1. Ruptures de l'oesophage

IV.1. Ruptures de l'oesophage

Clinique très variable:

Tableau thoracique aigu hyperalgique à début brutal+++ .

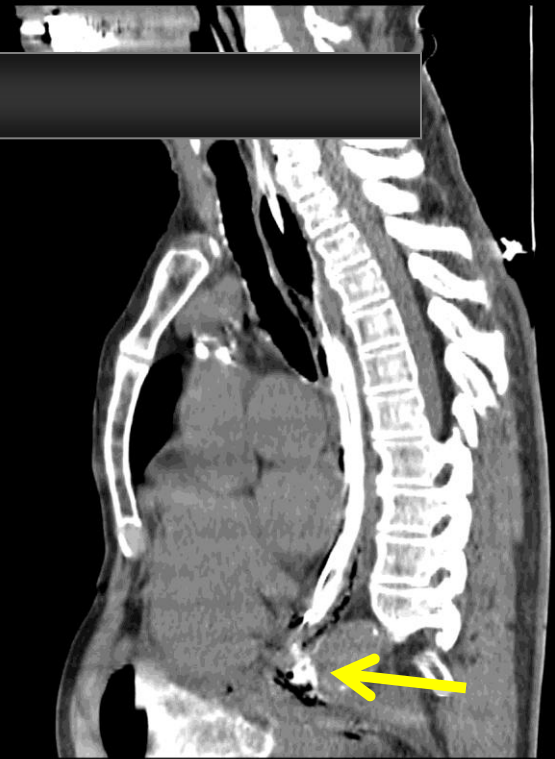
Tableau infectieux subaigu: pleurésie , médiastinite

Etiologie:

Rupture spontanée sur oesophage apparemment sain.

Perforation: plaie transmurale sur oesophage pathologique ou consécutive à des manoeuvres endoscopiques endoluminales diagnostiques et / ou thérapeutiques

15%	rupture spontanée
65%	iatrogène
14%	corps étranger acérés déglutis (arête de poisson , bréchet de poulet , fragment osseux , produit caustique , comprimé médicamenteux toxique ...)
6%	divers



Buts de l' imagerie:

- confirmer le diagnostic => pneumomédiastin
- localiser la brèche
- identifier un corps étranger radio-opaque
- évaluer le retentissement loco-régional et diagnostiquer les complications

Radiographies standard

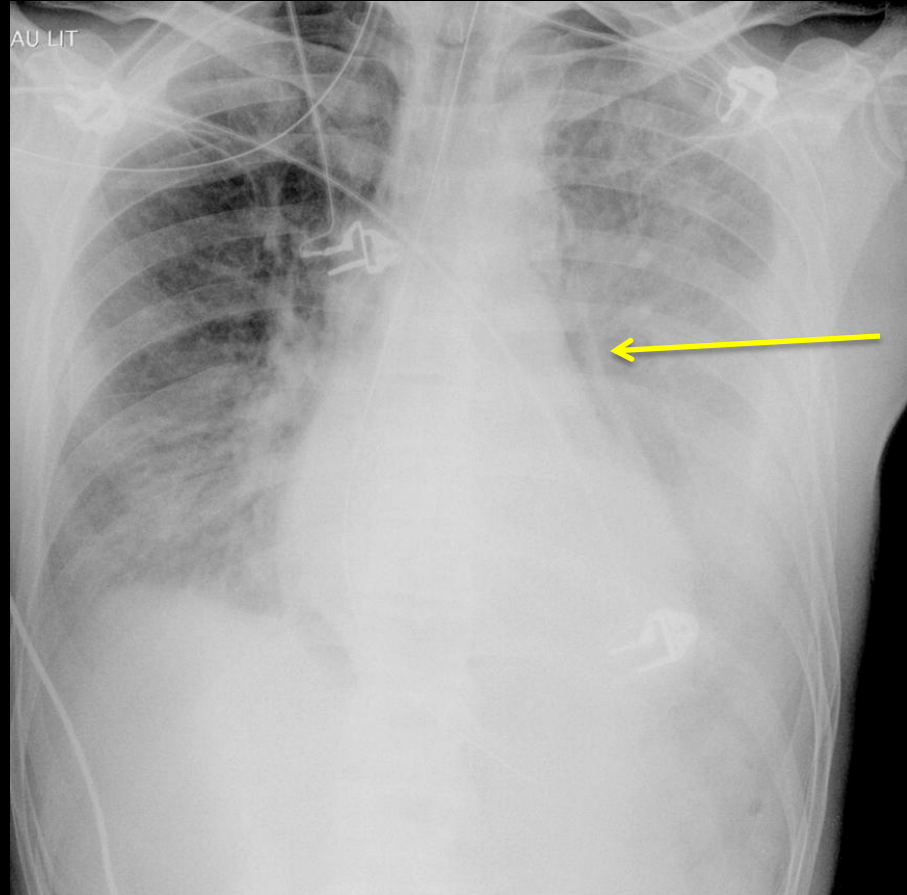
Recherche signes directs ou indirects
pneumomédiastin

Signes directs:

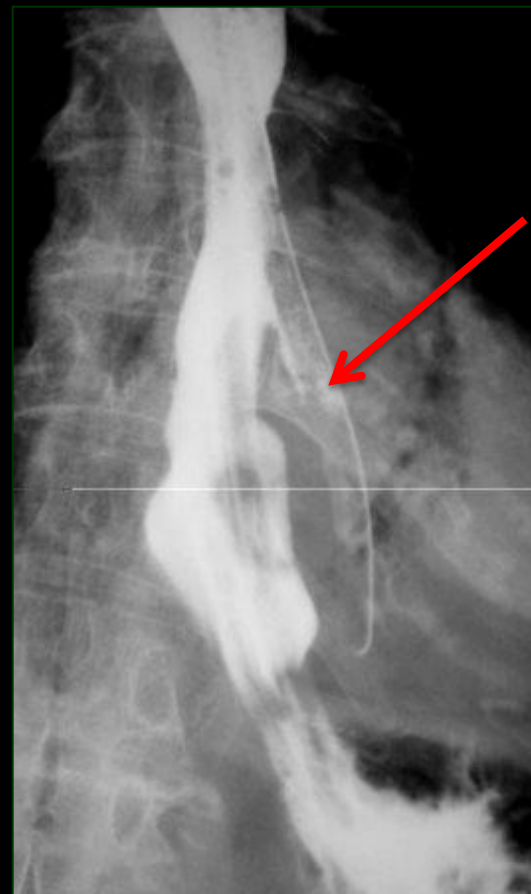
- Aspect feuilleté du médiastin
- Lignes radiotransparentes délimitant médiastin
- Emphysème sous-cutané

Signes associés:

- Epanchement pleural
- Pneumopathie ou atélectasie basale gauche



Transit oesophagien



Utile

- pour le suivi évolutif.

- pour le diagnostic positif et topographique des ruptures autres que "spontanées" comme celles présentées ci-dessus qui sont des ruptures iatrogènes

- MAIS chaque fois que possible , préférer le scanner avec balisage opaque aux iodés hydrosolubles et reformations multiplanaires pour l'étude précise des remaniements péri-oesophagiens et à distance (médiastin , plèvre , parenchyme pulmonaire)

Formes cliniques des ruptures de l'oesophage

Rupture de l'oesophage cervical

- rares
- instrumentales ou sur corps étrangers déglutis

Rupture de l'oesophage thoracique:

- Rupture de l'oesophage moyen: rare, après endoscopie
- Rupture de l'oesophage distal: **forme classique (Boerhaave)** , compliquant un effort de vomissement post-prandial brutal qui "surprend" le sphincter oesophagien inférieur , entraînant une dilatation endoluminale à haute pression qui peut provoquer un **accroissement de 5 fois le diamètre normal** . La déchirure se fait toujours au même endroit , sur le bord gauche , au tiers inférieur de l'oesophage thoracique , en raison d'un point faible de la paroi à ce niveau

Rupture de l'oesophage abdominal:

- rare
- diagnostic difficile, tableau moins bruyant (**pneumopéritoine**)

Rupture oesophage cervical

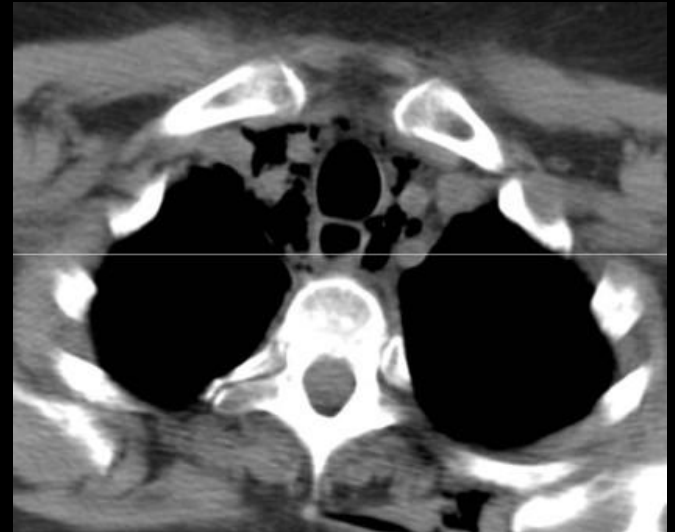
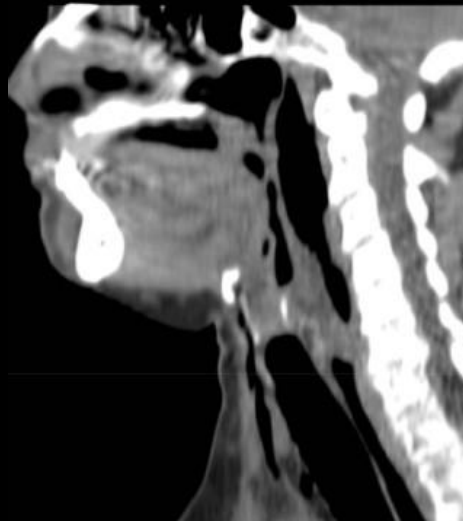
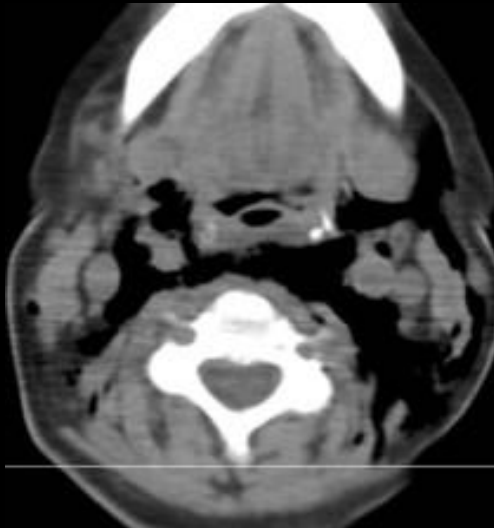
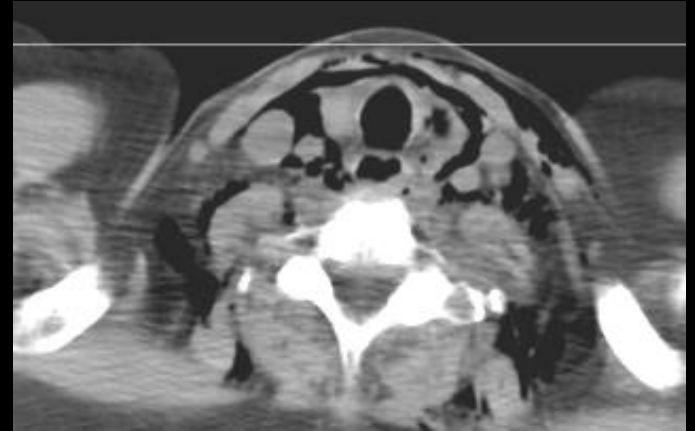
Endoscopie, ou après **intubation trachéale**

Dysphagie, douleurs cervicales après quelques heures.

Emphysème sous-cutané.

Retard diagnostique fréquent:

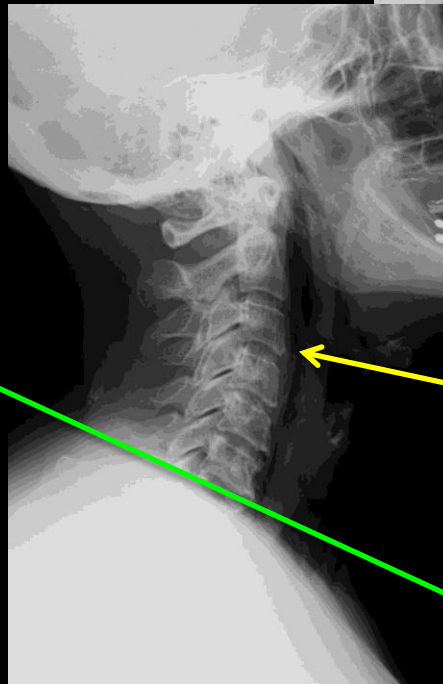
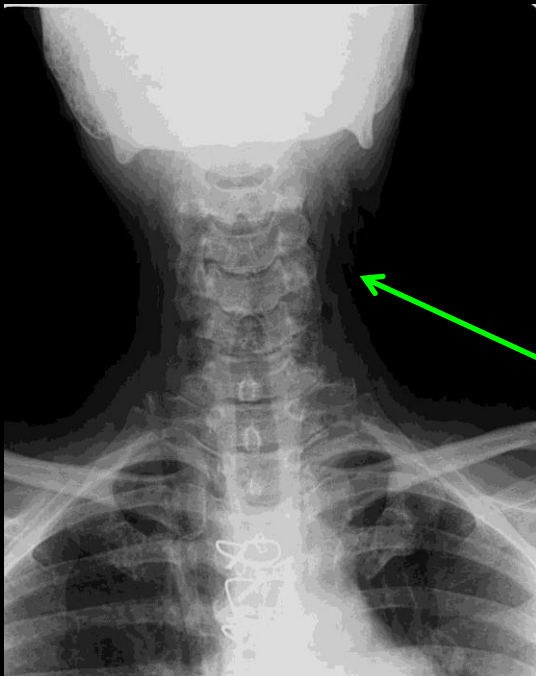
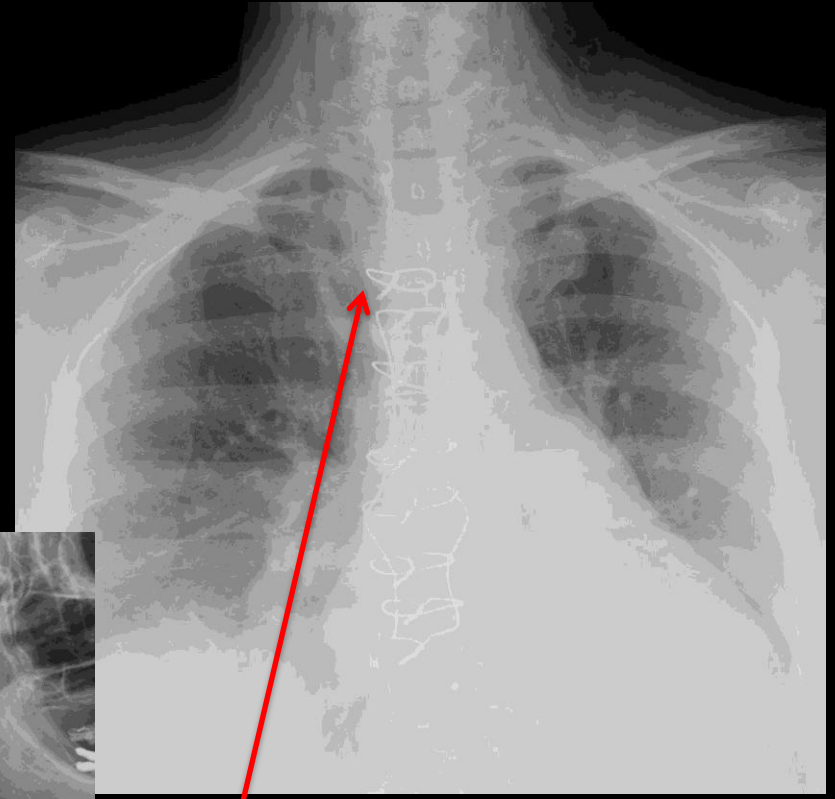
Abcès rétro-pharyngien.



Rupture oesophage cervical

Patiente de 63 ans, chirurgie de CIA.
AIT post-opératoire: **réalisation d'une ETO à visée étiologique**

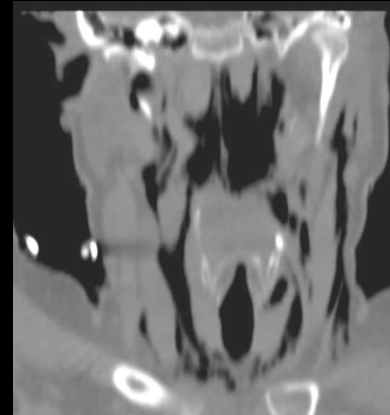
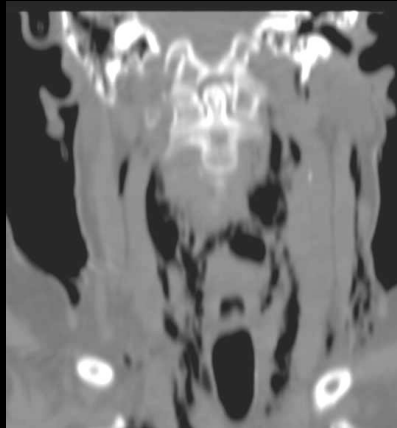
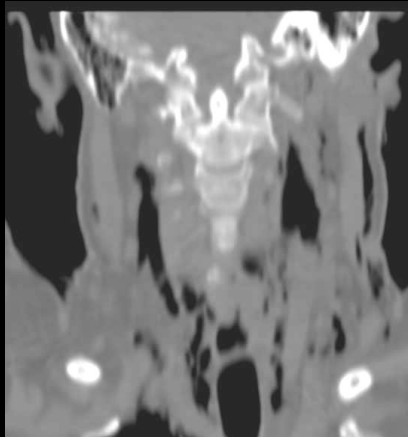
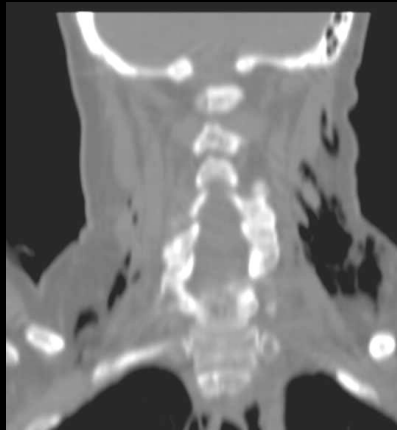
Douleurs cervicales et fébricule **quelques heures après**



pneumomédiastin

signe de Minnigerode dissection gazeuse de l'espace cellulo-graisseux rétro-pharyngien (pré-vertébral)

emphysème sous cutané et profond cervical



scanner cervical chez le même patient

Rupture oesophage thoracique

Forme classique: **Syndrome de Boerhaave**

Homme, cinquantaine.

Efforts de vomissements , sensation de déchirure profonde , à rechercher par l'interrogatoire +++

Déchirure de la partie inférieure d'un oesophage sain, de 2 à 10 cm. sur le bord gauche



Forme mineure:

Syndrome de Mallory-Weiss

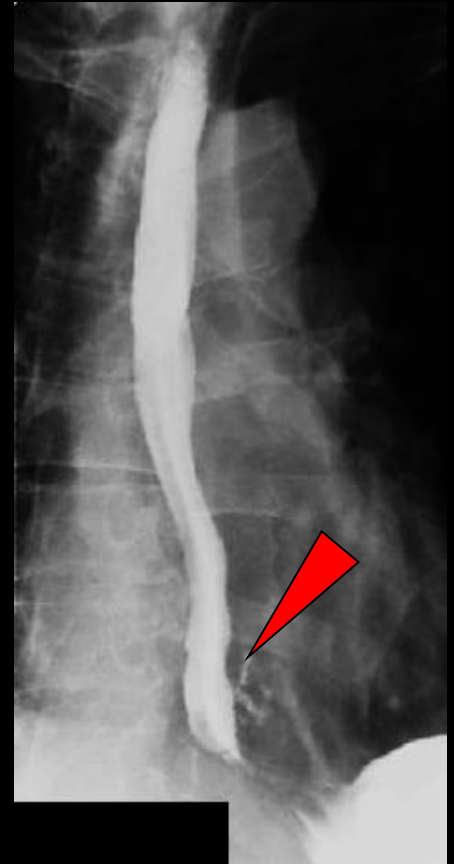
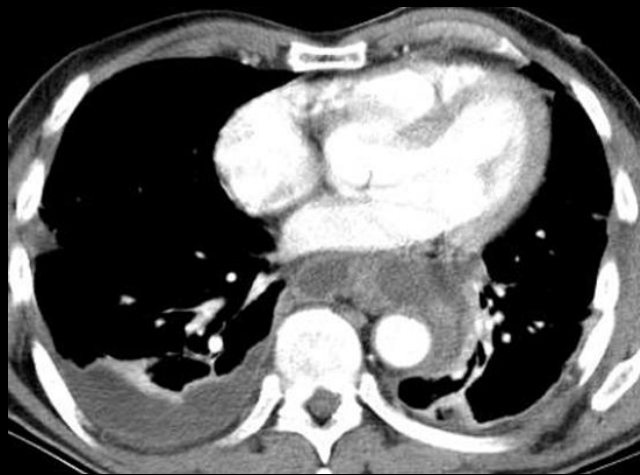
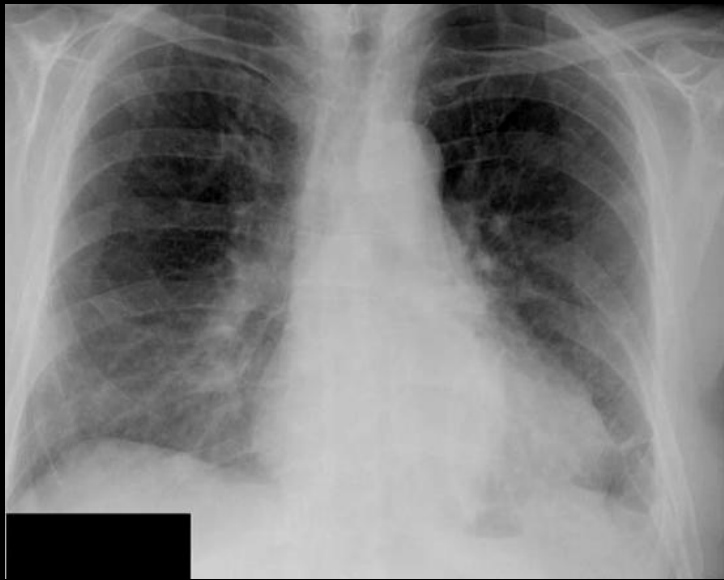
Lacération longitudinale muqueuse oesophagienne à proximité du cardia

Pas de rupture transmurale

Efforts vomissements répétés

Hématémèse



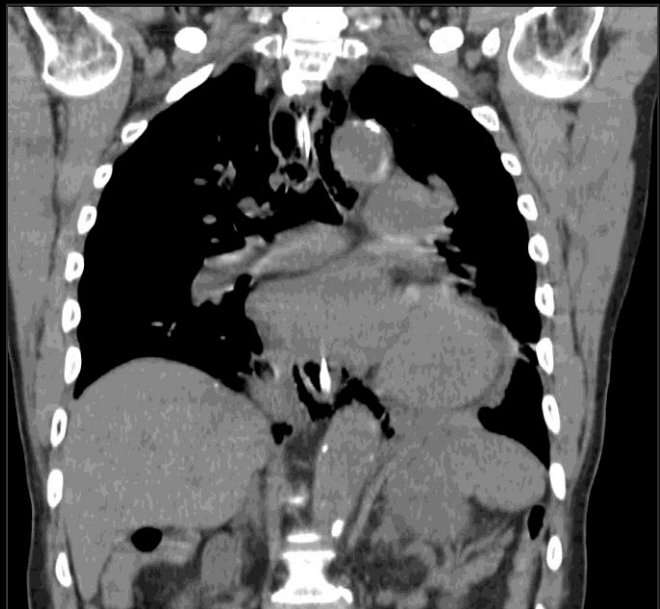


rupture spontanée de l'œsophage Sd de Boerhaave

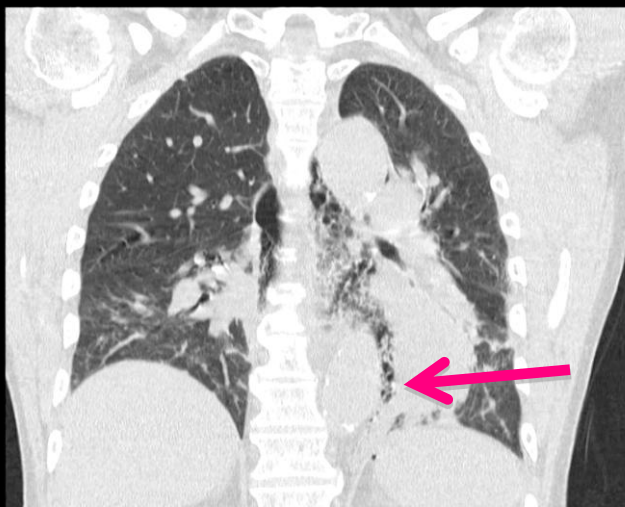
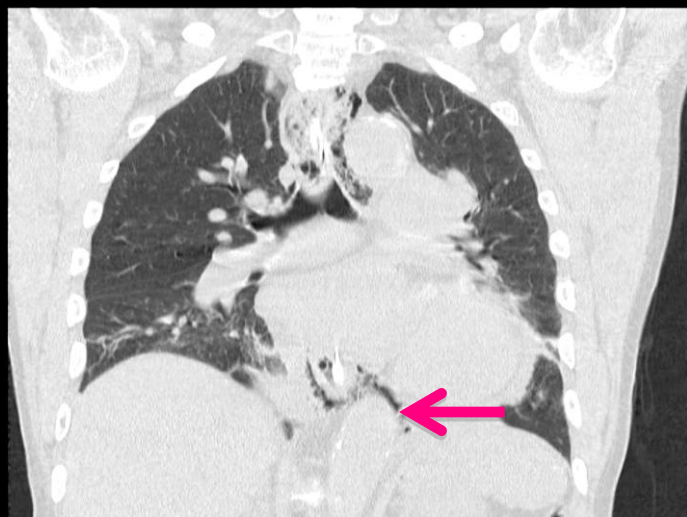
Patient de 79 ans. ; douleurs abdominales fébriles évoluant depuis 24 heures; apparition douleur thoracique gauche, dyspnée, et hématemèse . Mise en place d'une sonde d'aspiration naso-gastrique . Scanner sans injection de produit de contraste



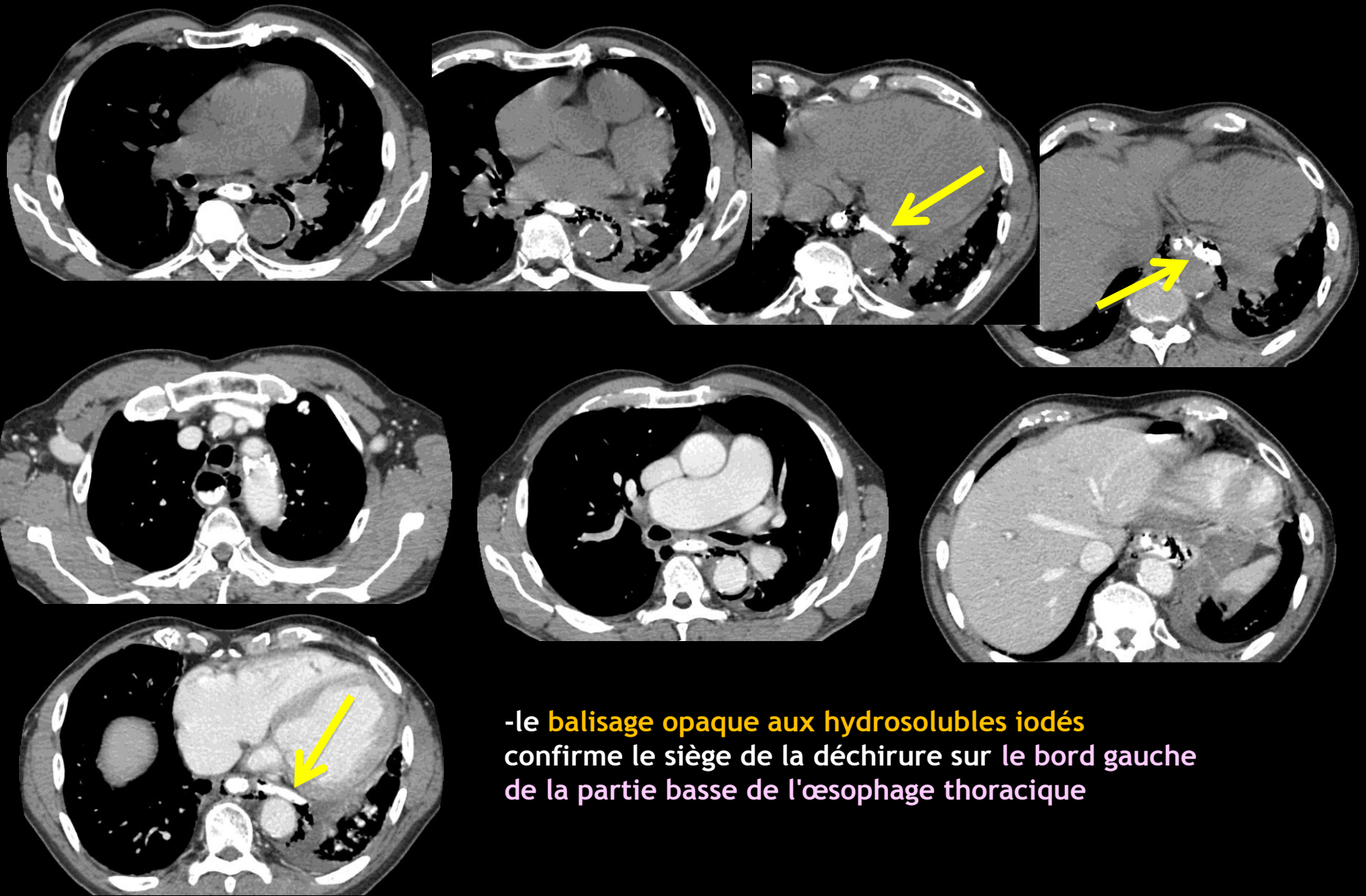
Dissection gazeuse des espaces cellulo-graisseux du médiastin postérieur , remontant le long de l'œsophage à partir de la jonction thoraco-abdominale



En l'absence de geste endoscopique empruntant l'œsophage récent (fibroscopie digestive haute , mais aussi échocardiographie trans oesophagienne) , rupture "spontanée" de l'œsophage ou syndrome de Boerhaave

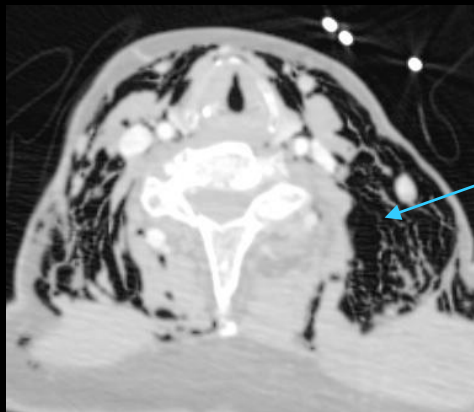


-les reformations coronales en fenêtres "tissus mous" et "parenchyme pulmonaire" montrent clairement le point de départ de la diffusion du gaz , à hauteur du bas œsophage

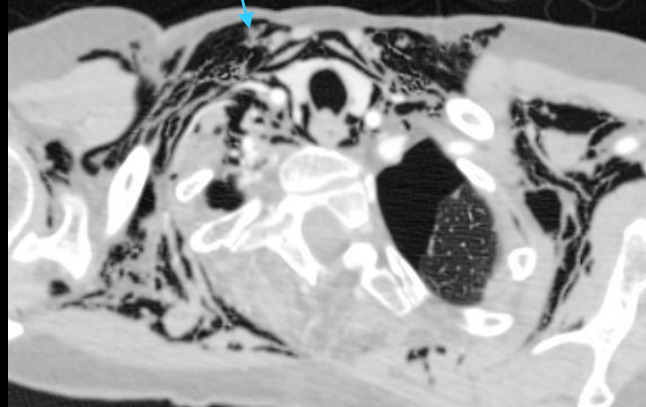


-le **balisage opaque aux hydrosolubles iodés** confirme le siège de la déchirure sur le bord gauche de la partie basse de l'œsophage thoracique

-il existe un épanchement pleural et une hypoventilation marquée de l'hémi-thorax gauche , évocateurs d'une **fistule oeso-pleurale** mais le trajet n'est pas objectivé par le produit de contraste que l'on ne retrouve pas non plus dans le liquide pleural (ce qui n'exclut pas le diagnostic car le trajet n'est pas forcément à haut débit



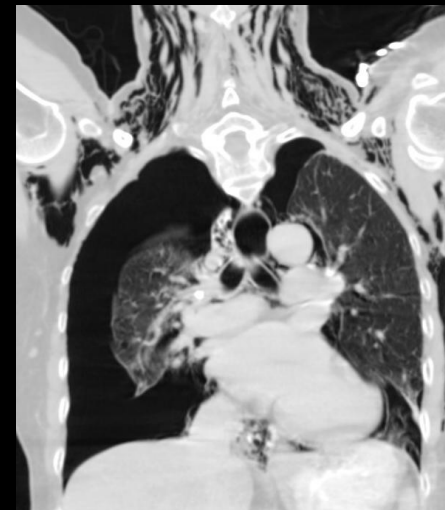
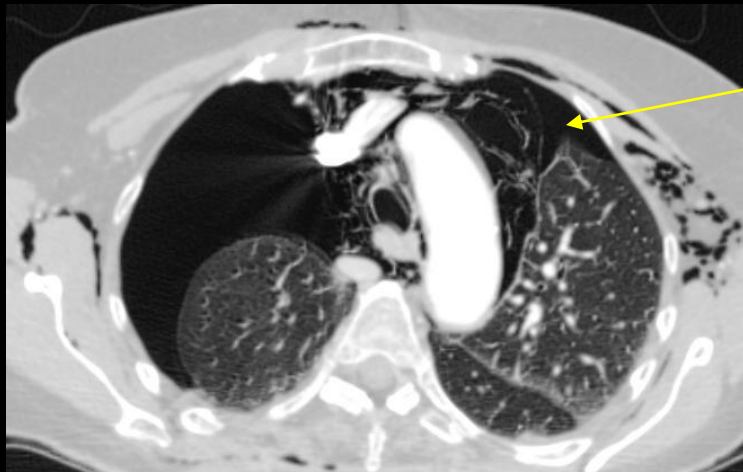
Emphysème SC

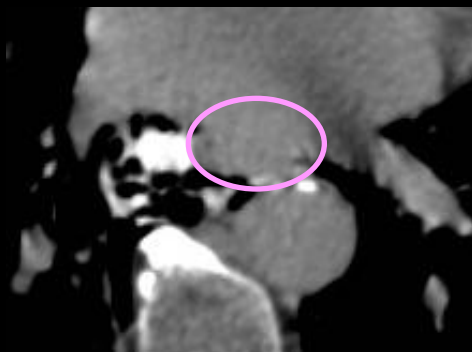
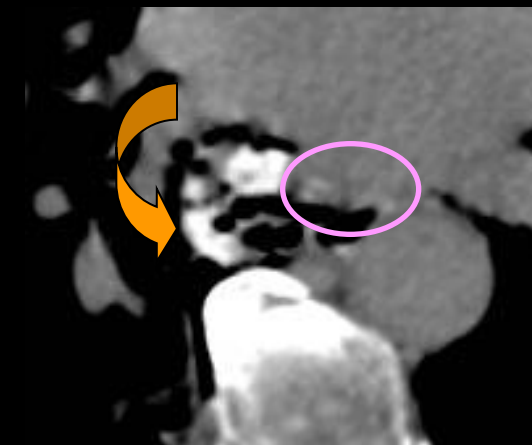
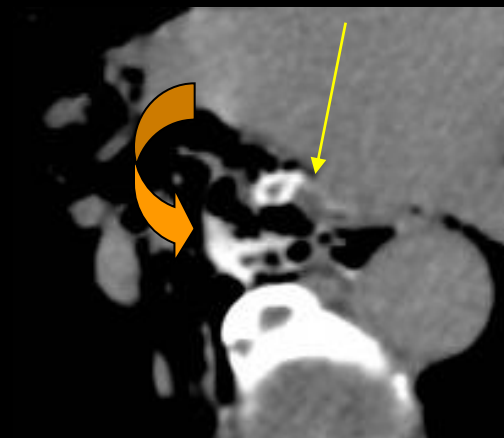
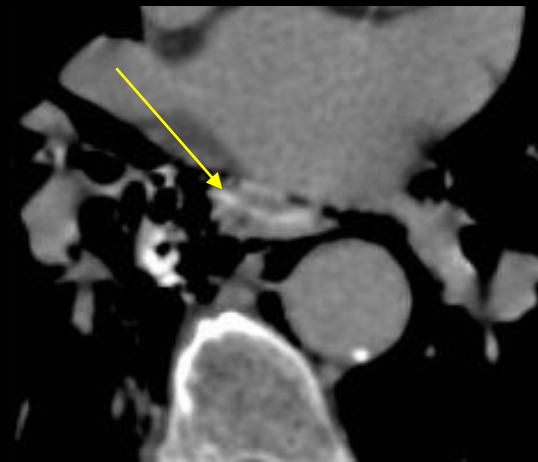
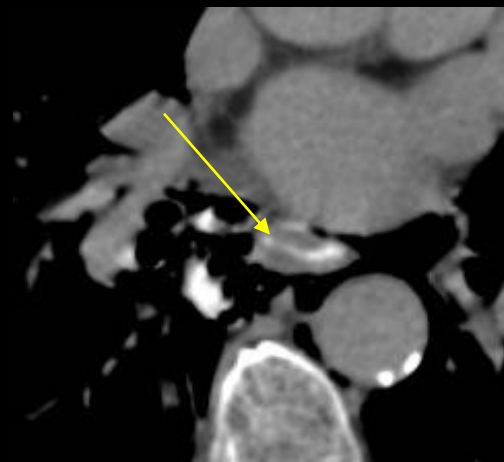


Patiente de 67ans
Endoscopie digestive haute en urgence pour retrait d'un
os de poulet
Dyspnée brutale et détresse respiratoire aiguë
Transfert en réanimation médicale pour prise en charge



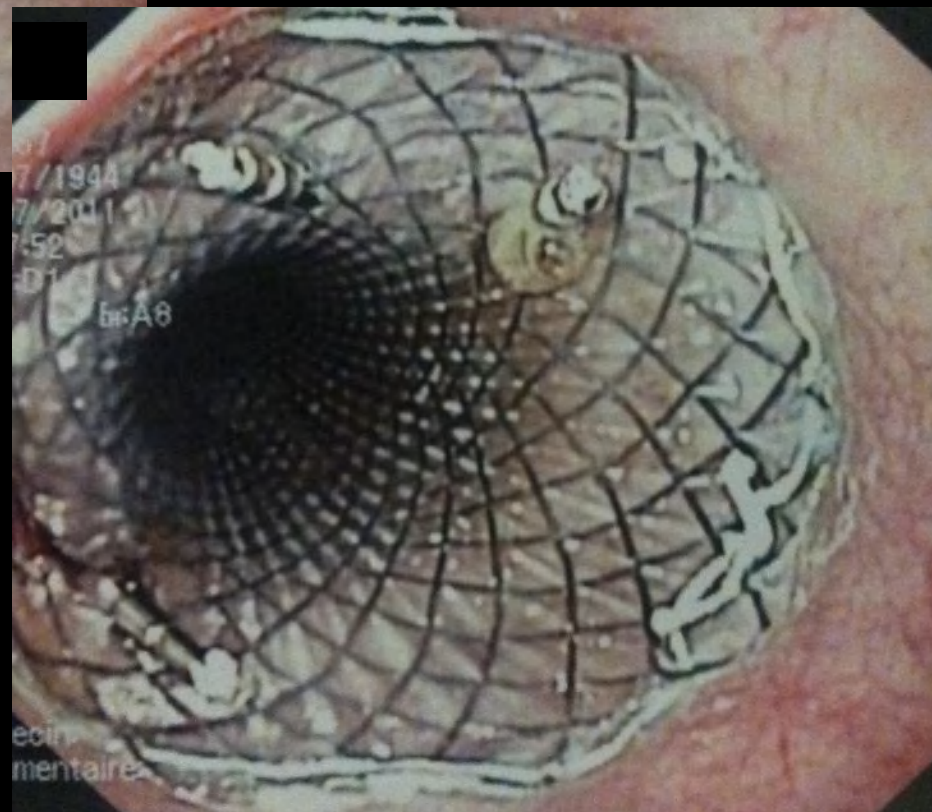
pneumothorax

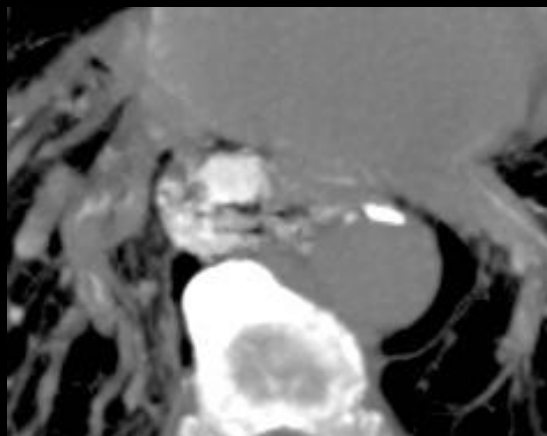
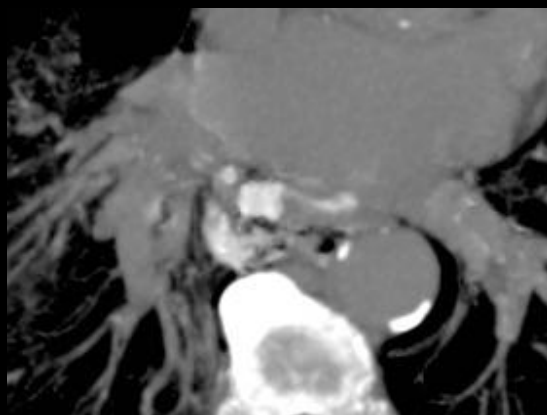
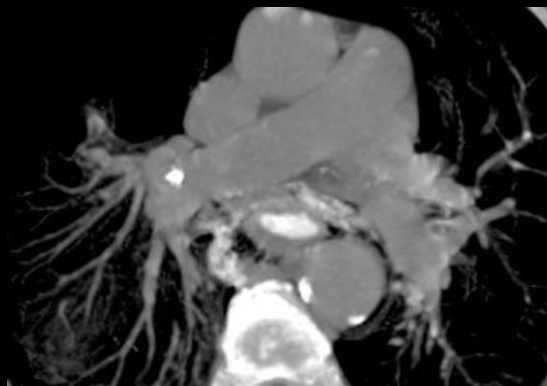
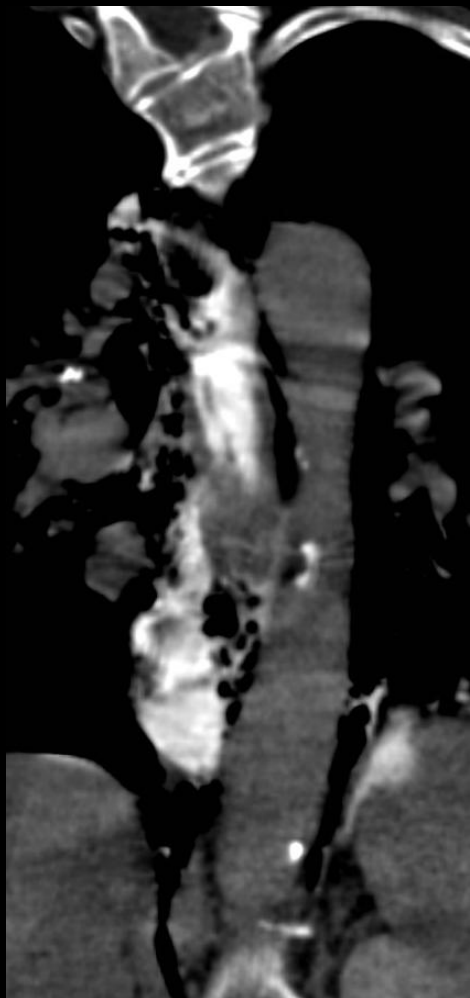




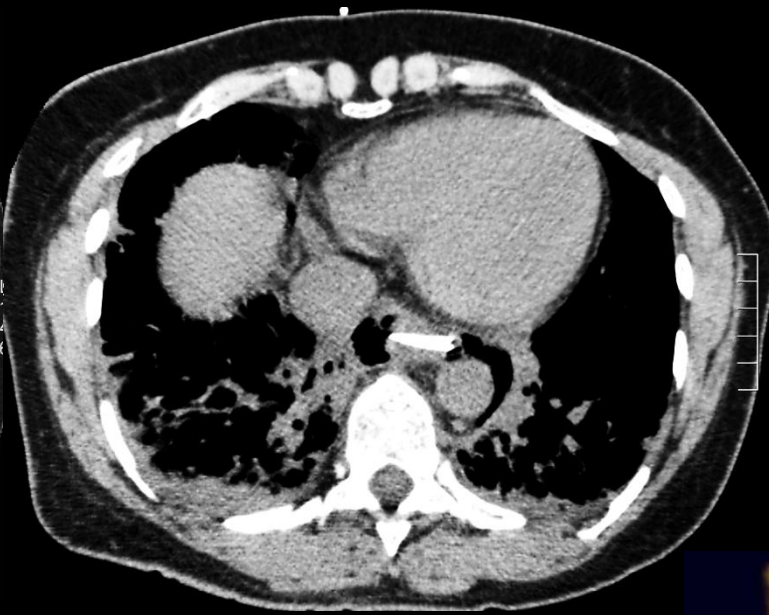
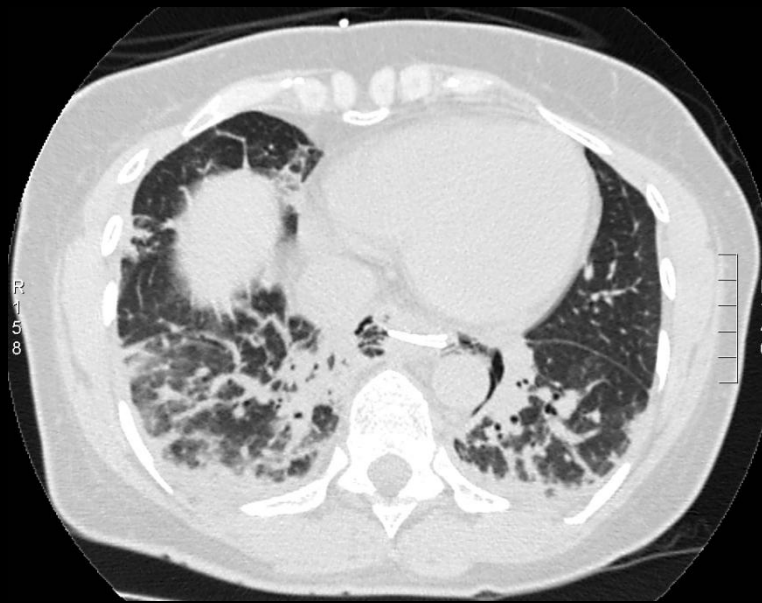


Mise en place d'une
prothèse couverte par
voie endoscopique

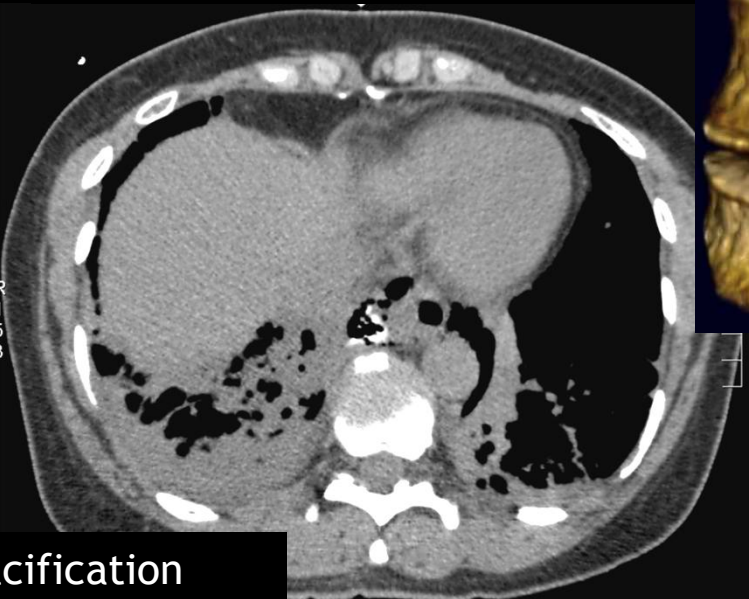
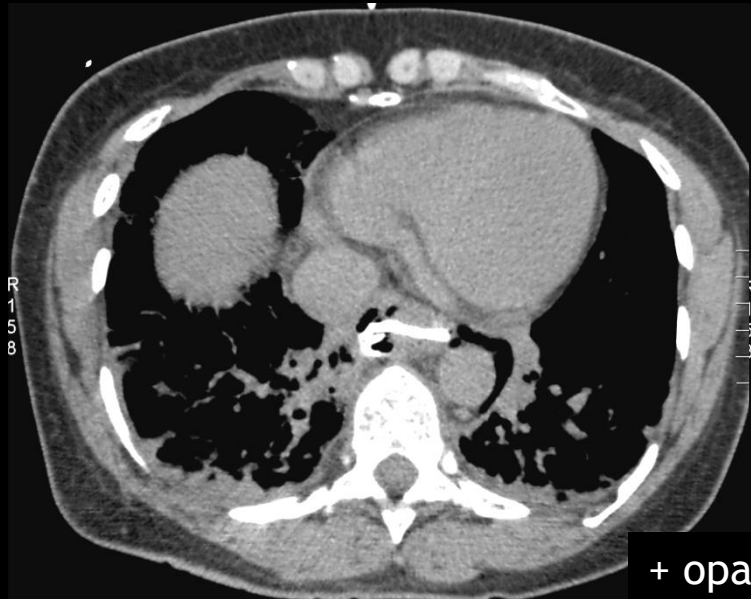




Plaie per endoscopique
du tiers moyen droit
de l'œsophage



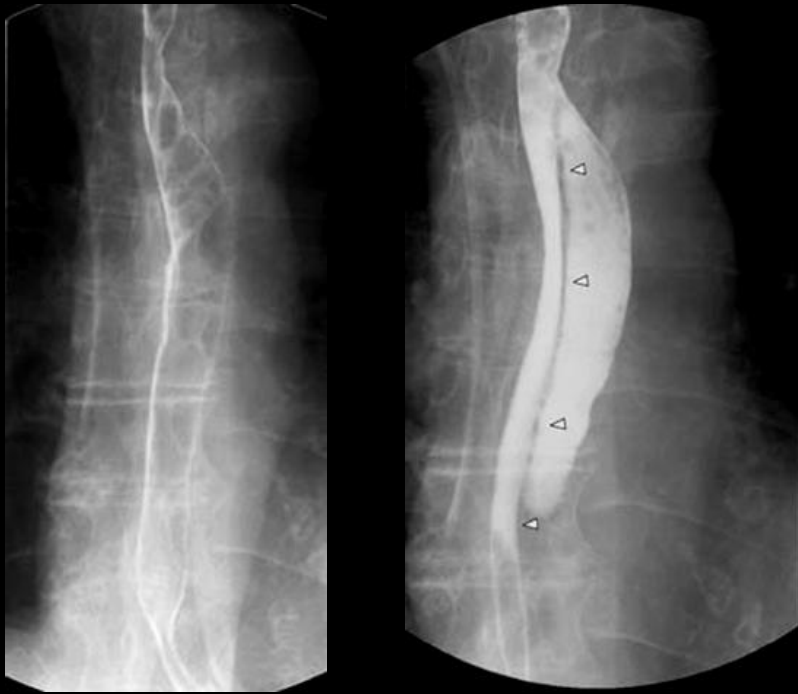
F 57 ans
Dépressive



+ 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

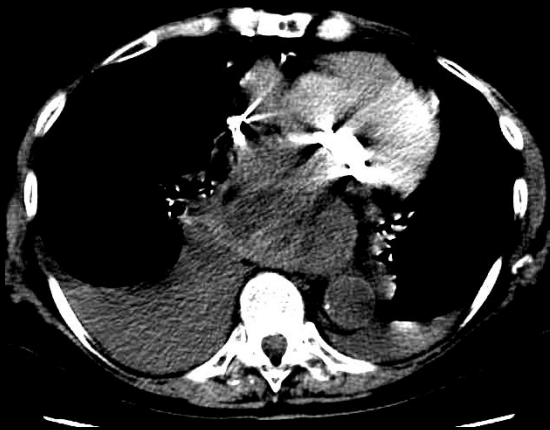
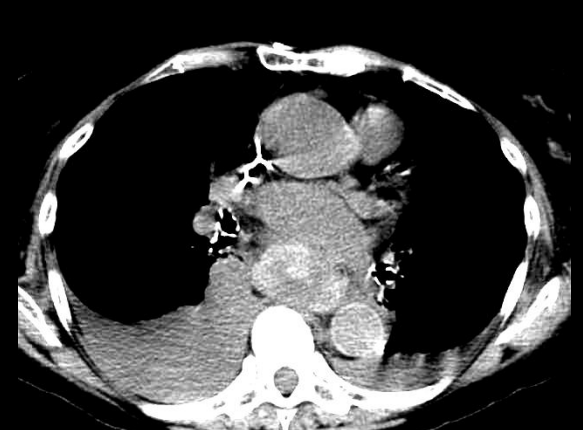
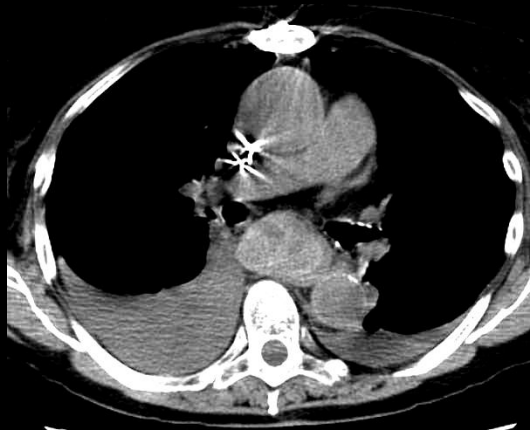
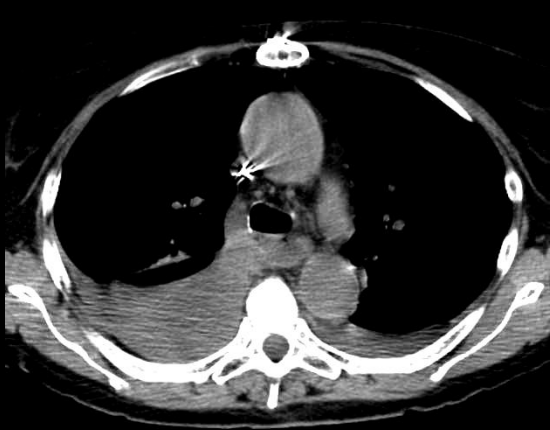


2. dissection intra-murale de l'œsophage ; double-barrelled oesophagus

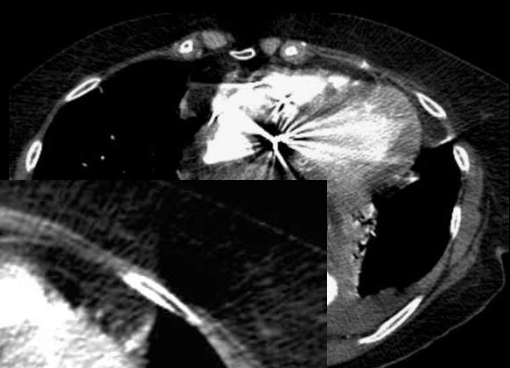
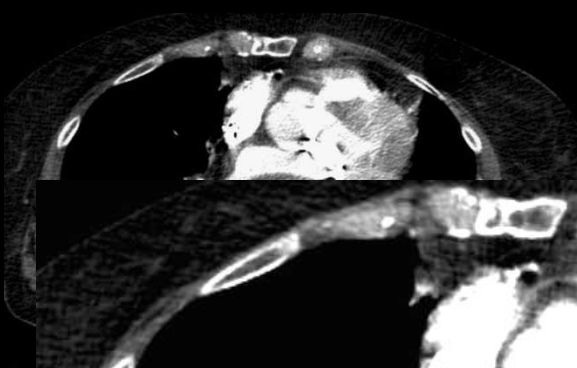
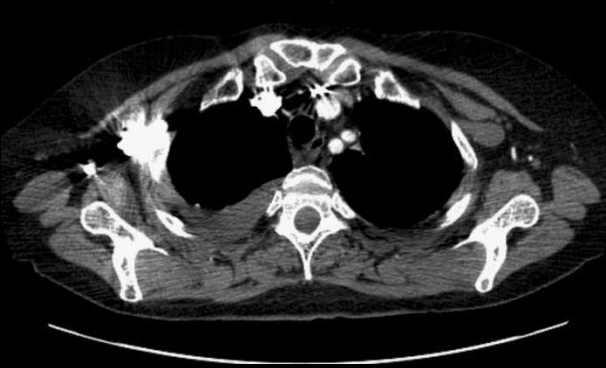


3. hématome intra-mural de l'oesophage

Hématome intramural de l'oesophage étendu sur toute sa hauteur



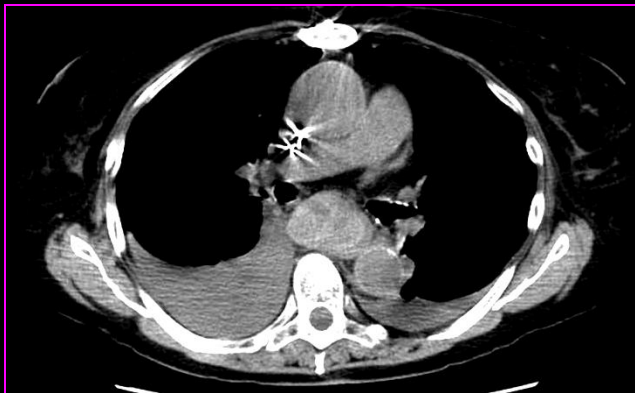
Scanner non injecté



Scanner injecté

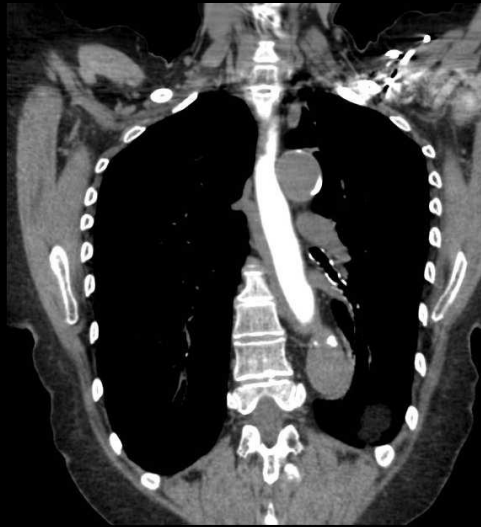


Scanner de contrôle à J 8



Scanner initial





Scanner de contrôle, avec opacification du tractus digestif supérieur; restitutio ad integrum

Pathologie oesophagienne

IV. Divers

IV.1. Ruptures de l'oesophage

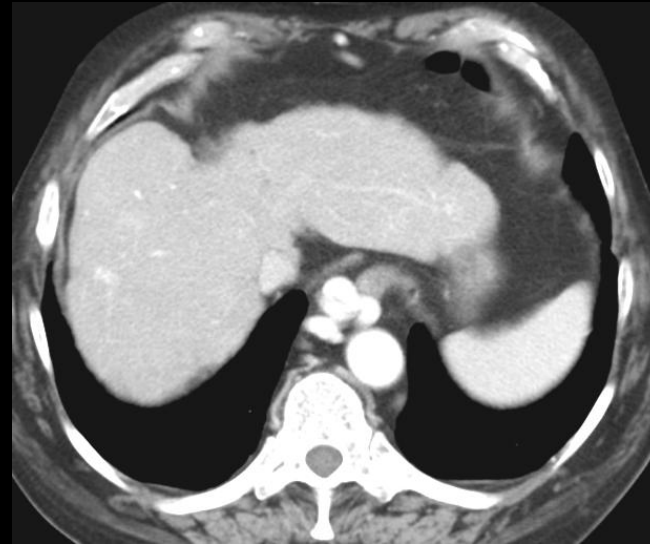
IV.2. Varices oesophagiennes

IV.2. Varices oesophagiennes

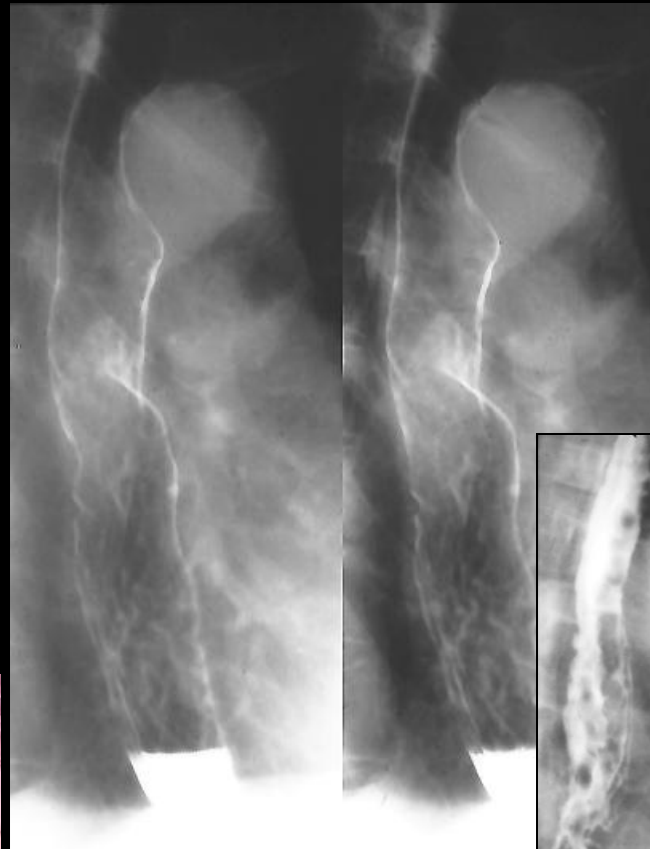


- Diagnostic endoscopique
 - Petites varices: épaississement des plis de l'œsophage distal, non spécifique
 - Grosses varices: aspect serpigineux
- Scanner ++

IV.2. Varices oesophagiennes

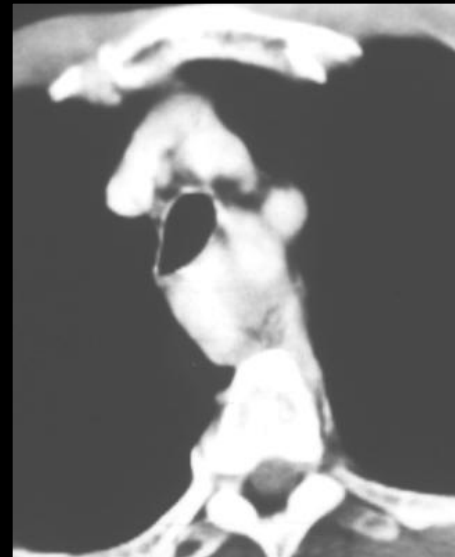
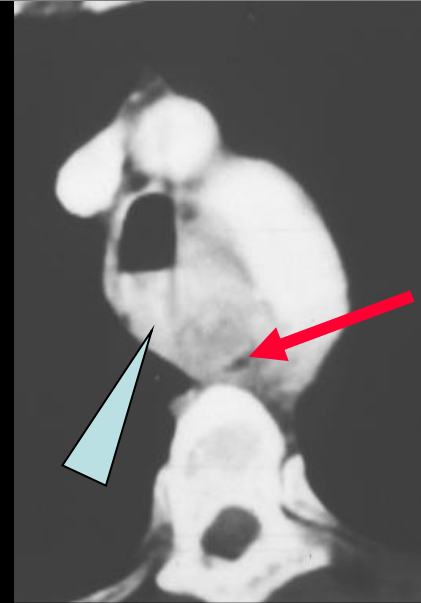
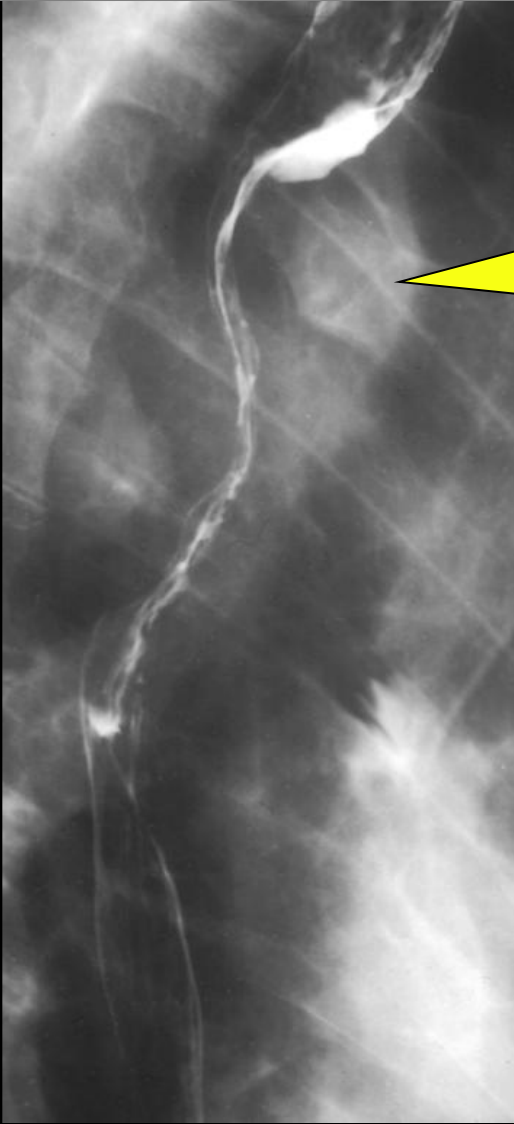


- Diagnostic endoscopique
 - Petites varices: épaississement des plis de l'œsophage distal, non spécifique
 - Grosses varices: aspect serpigneux
- Scanner ++

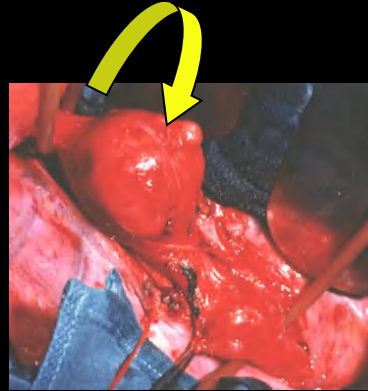


varices
oesophagiennes

IV.3. Fibromatose médiastinale



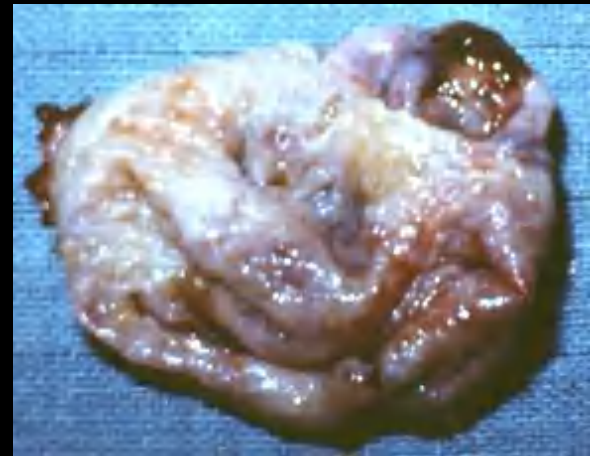
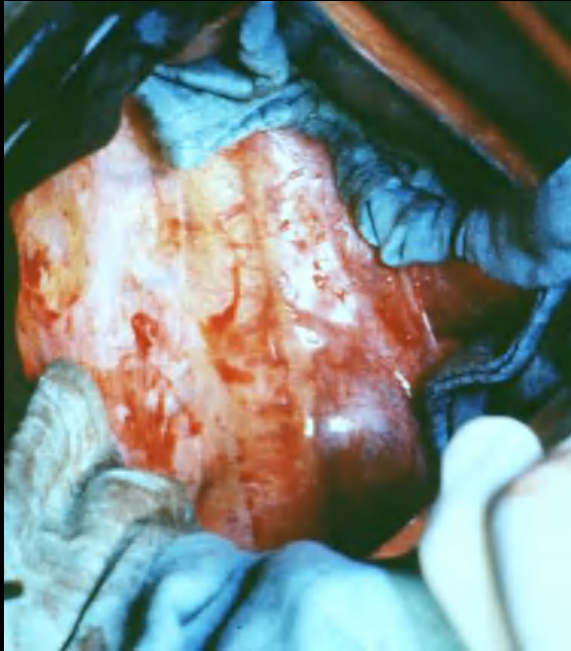
IV.4. Kyste bronchogénique de la paroi oesophagienne



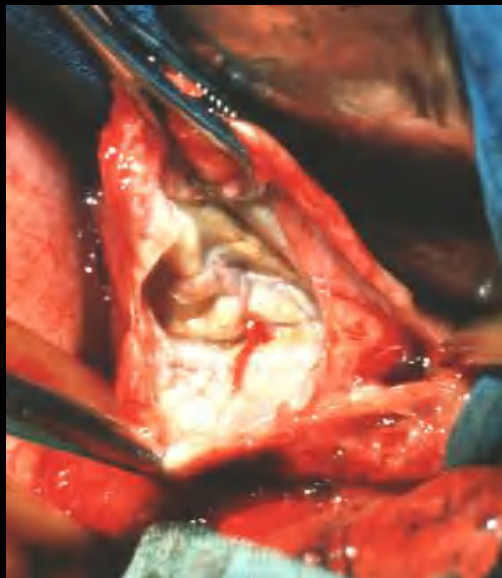
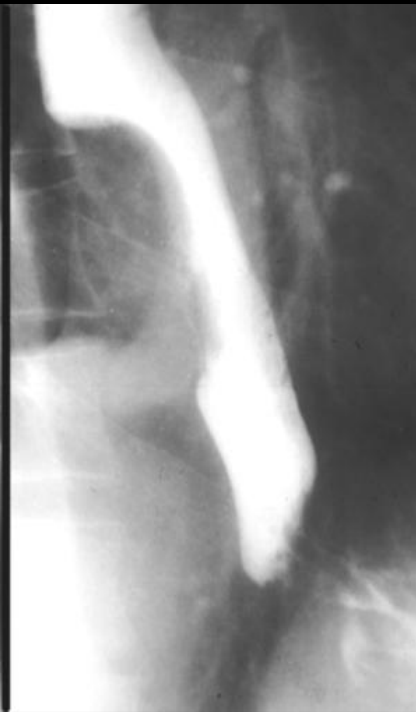
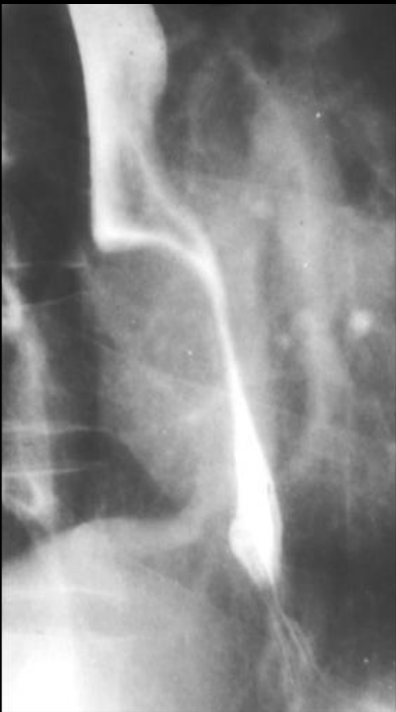
- Dérivés kystiques de l'intestin primitif antérieur
- Néoformations intramurales sous muqueuses analogues aux léiomyomes mais à contenu partiellement ou totalement liquidien



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



**kyste bronchogénique
de la paroi oesophagienne**

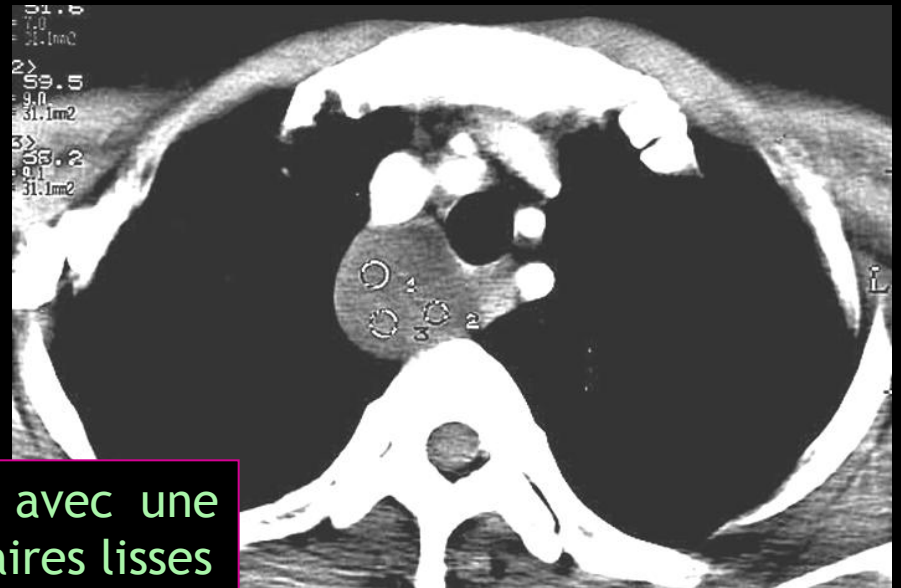


kyste bronchogénique
de la paroi oesophagienne

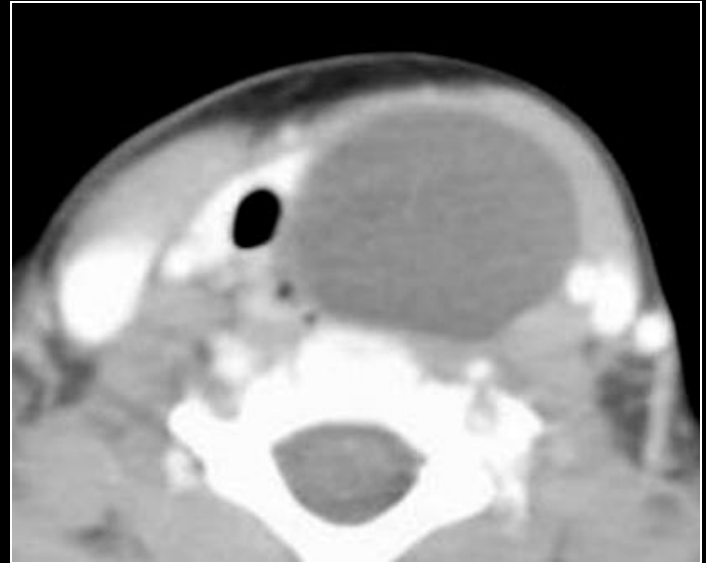
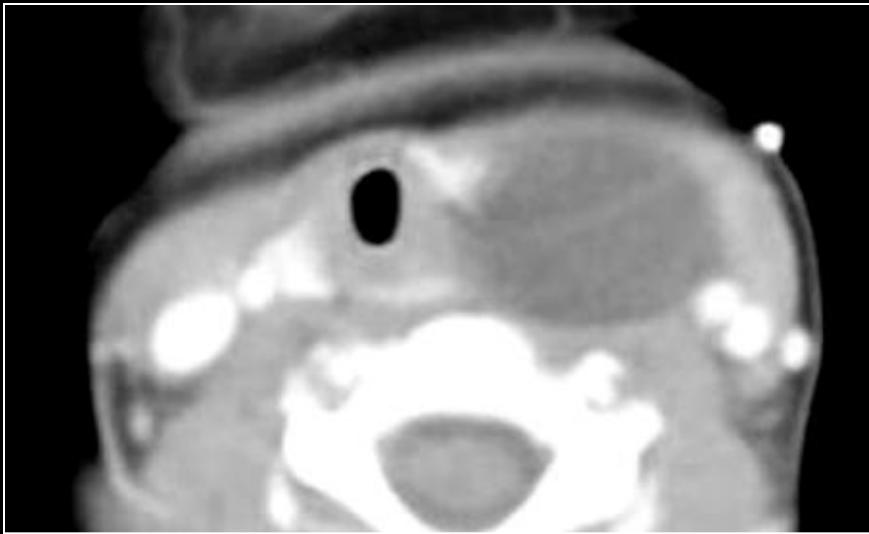


Epithélium cilié

IV.5. Duplication kystique de l'oesophage



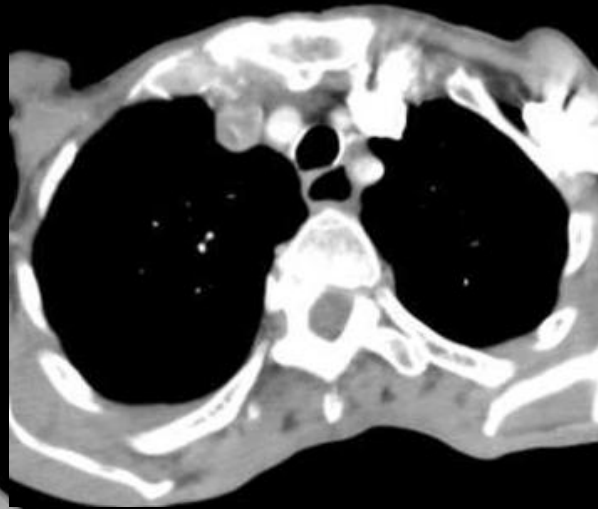
- Contact oesophagien et paroi propre avec une muqueuse digestive et 2 couches musculaires lisses
- Recherche des anomalies vertébrales ou médullaires associées (kyste neuroentérique)



duplication kystique de l'oesophage

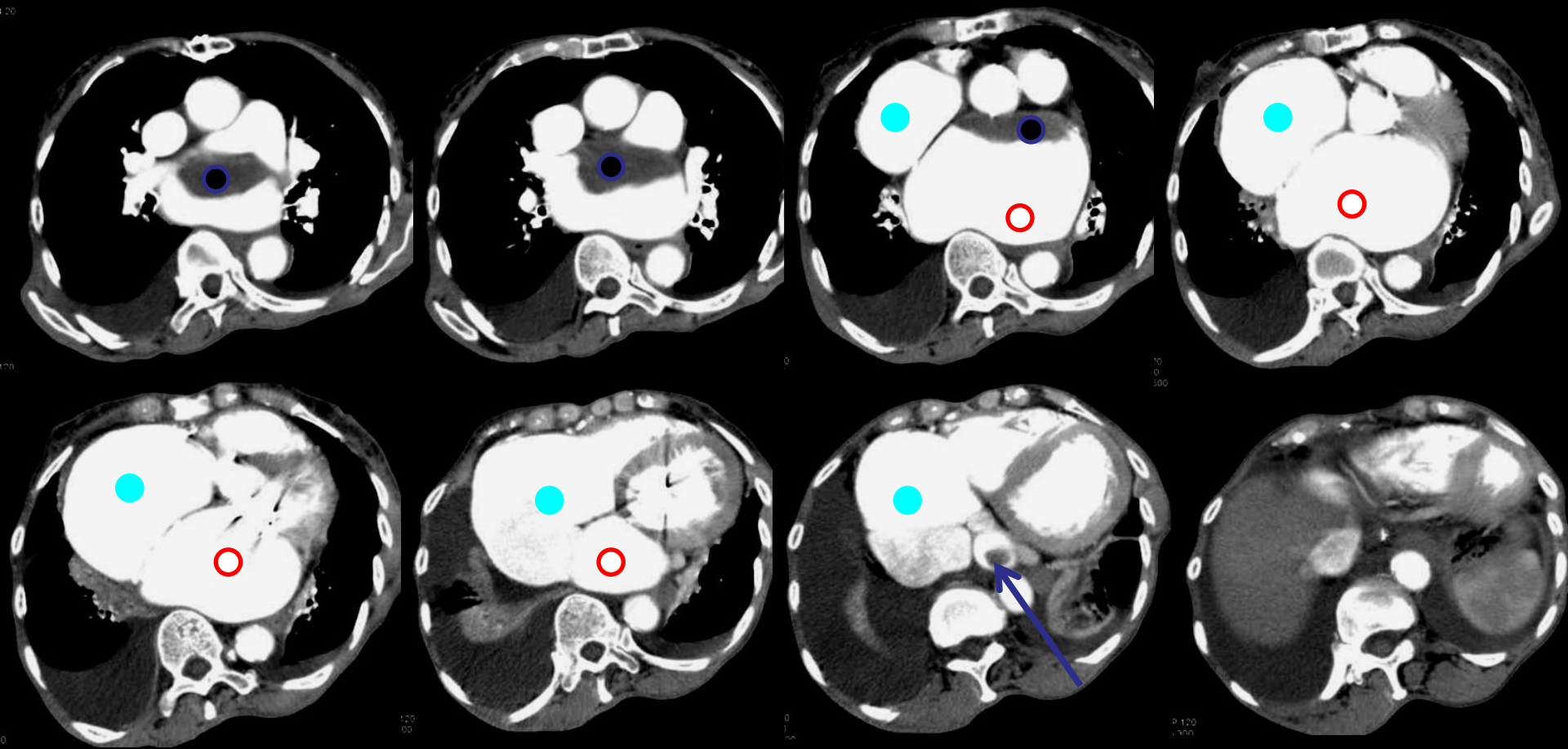
IV.6. Dysphagie cardio vasculaire

Femme de 90 ans. . Dysphagie aux solides et liquides +++
ATCD : HTA, insuffisance cardiaque
Fibroscopie = compression de l'œsophage par une masse
extrinsèque.



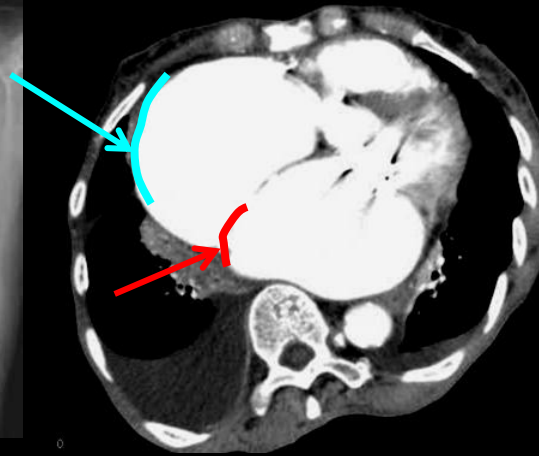
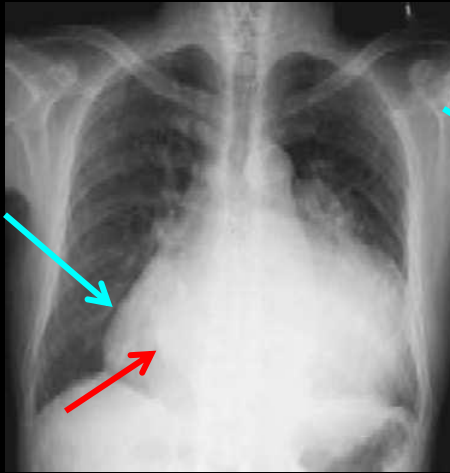
-cardiopathie dilatée avec index cardio-thoracique > 0.6 ; silhouette cardiaque très évocatrice de rétrécissement mitral "historique" : saillie de l'arc moyen gauche (HTAP post- capillaire) avec **aspect de double arc** traduisant la **dilatation de l'auricule gauche**, dilatation atriale gauche majeure

-sur les coupes thoraciques hautes du scanner, on objective une petite distension aérique du tiers supérieur de l'œsophage et un épanchement liquide pleural droit de moyenne abondance, ainsi qu'une dilatation des branches droite et gauche de l'artère pulmonaire

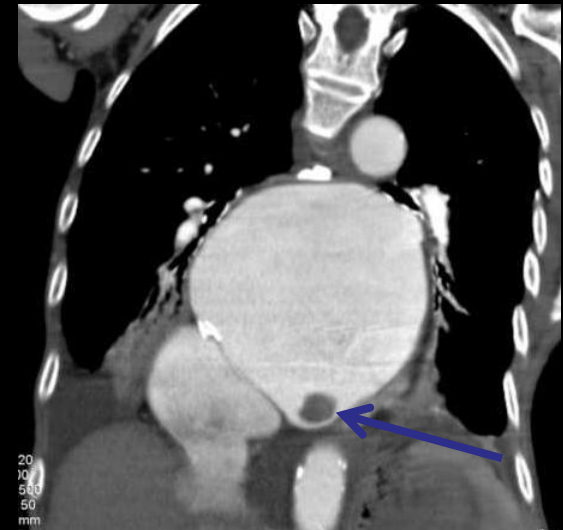
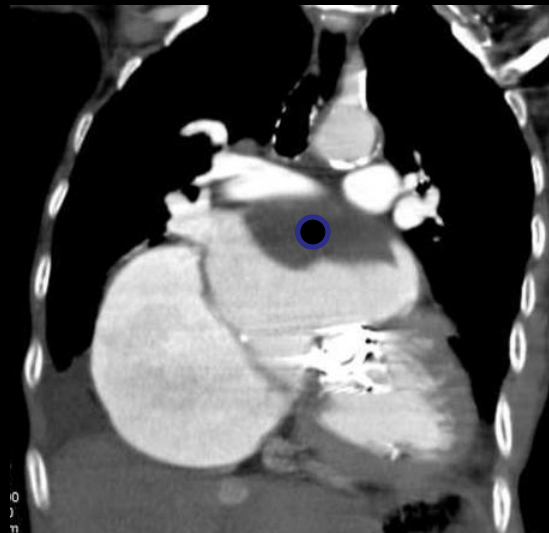


les coupes sous-jacentes confirment :

- .la dilatation atriale gauche majeure et la présence d'une prothèse valvulaire mitrale
- .la présence d'un volumineux thrombus mural antéro-supérieur et d'un second thrombus mural au pôle inférieur de l'atrium
- .une dilatation majeure de l'atrium droit avec reflux cave inférieur modéré



la confrontation scanner en coupe axiale-radiographie par projection de face du thorax permet de comprendre grâce à la **loi des incidences tangentielles de Tillier** (un trait prend naissance sur une image radiographique par projection lorsque le rayon incident aborde tangentiellement la surface d'une structure opaque ou l'interface séparant de structures d'opacités différentes) la formation de **l'aspect en double contour de l'arc inférieur droit**. Le contour externe correspond à la prise en tangence du bord droit de l'atrium droit; le contour interne correspond à la prise en tangence du bord droit de l'atrium gauche.



les reformations multiplanaires confirment la présence d'un volumineux thrombus mural sur la paroi supérieure de l'atrium gauche et d'un second thrombus plus petit dans la partie déclive.



Enfin ,de toute évidence, la distension gazeuse œsophagienne se situe exclusivement en amont de l'atrium gauche dilaté qui comprime le segment moyen de l'œsophage thoracique.

Il s'agit donc d'une **dysphagie cardio-vasculaire** , dénomination sous laquelle on regroupe les dysphagies en relation avec une compression vasculaire et/ ou cardiaque de l'œsophage.

Parmi les origines cardiaques, le rétrécissement mitral "vieilli" est le plus souvent en cause , avec les cardiopathies dilatées majeures tandis que les **origines vasculaires** , souvent désignées sous le terme de **dysphagia aortica** sont plus nombreuses : anomalies des troncs supra aortiques de type dysphagia lusoria ou mégadolicho tronc artériel brachio-céphalique, anévrismes de l'aorte thoracique ,anomalies des arcs aortiques ...etc.

Pour les amateurs de beau langage, la dysphagie liée à une dilatation de l'atrium gauche a été désignée sous le terme de **dysphagia megalatriensis** *Dysphagia megalatriensis . T. LE ROUX AND M. A. WILLIAMS*
From the Thoracic Unit, University of Natal, Durban, Natal, South Africa Thorax 1969;24:603-606