



patient âgé de 75 ans , examen clinique thoracique sans particularités.

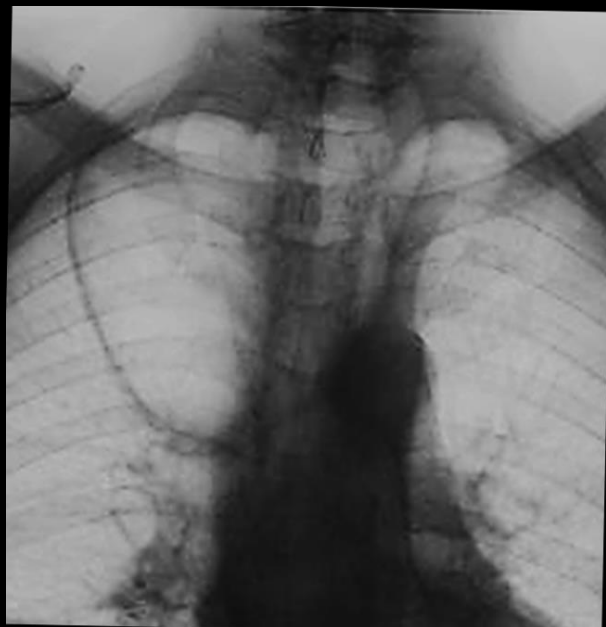
Quels sont les principaux items sémiologiques à retenir pour identifier les anomalies de la région apicale droite ?

obs. Yves Ranchoup. Groupe radiologique du Mail Grenoble



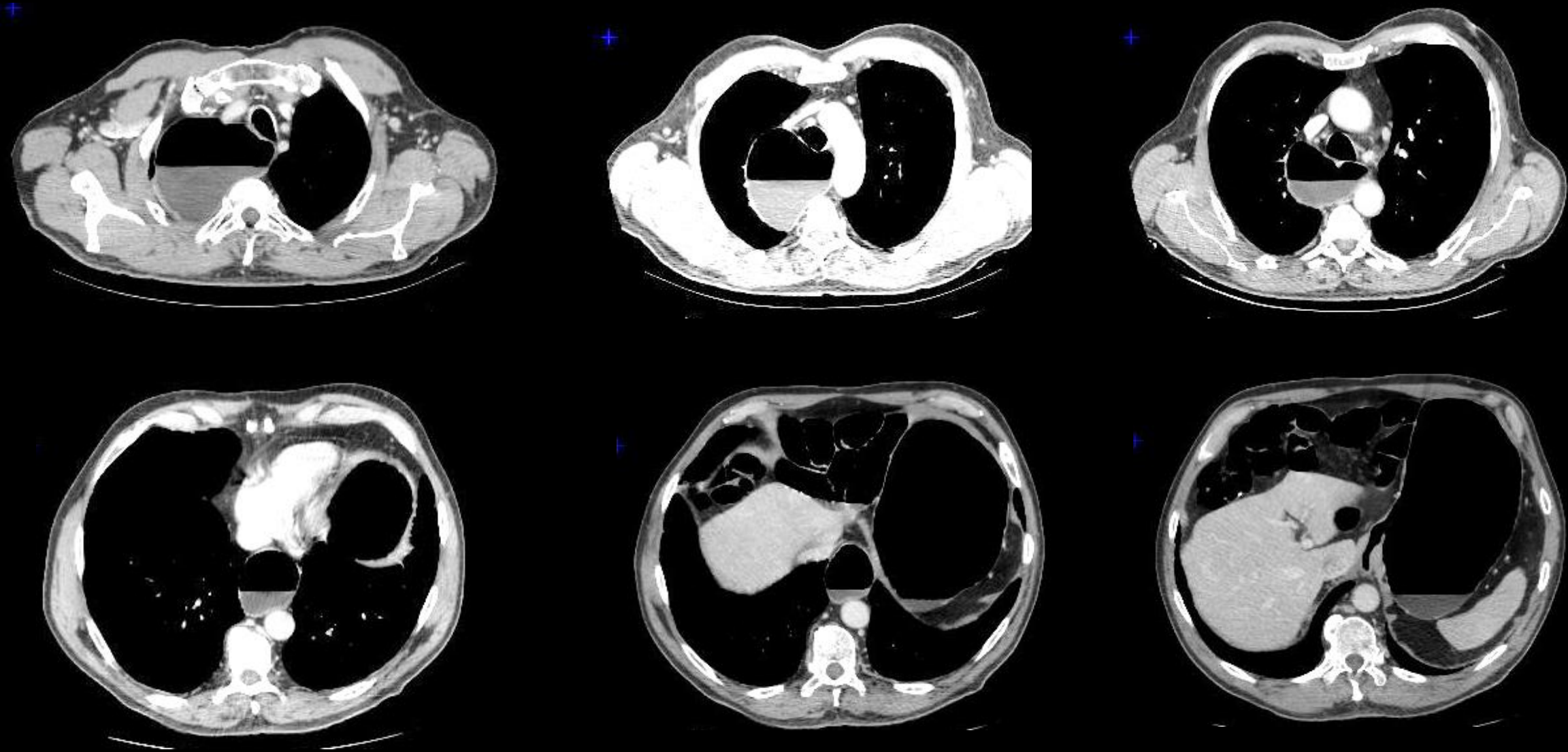


la formation apicale gauche à paroi régulièrement mais modérément épaissie pourrait faire discuter une image "kystique" pulmonaire mais la **lecture "dynamique" de la radiographie** (en adaptant ,l'agrandissement électronique(zoom) , la densité et le contraste) , objective la présence de clartés inhabituelles au niveau du médiastin et du cou

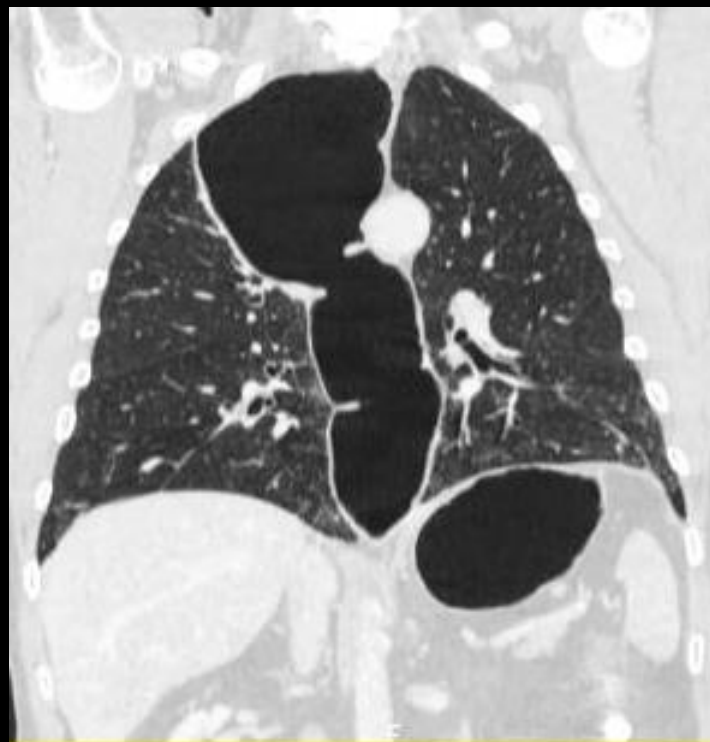


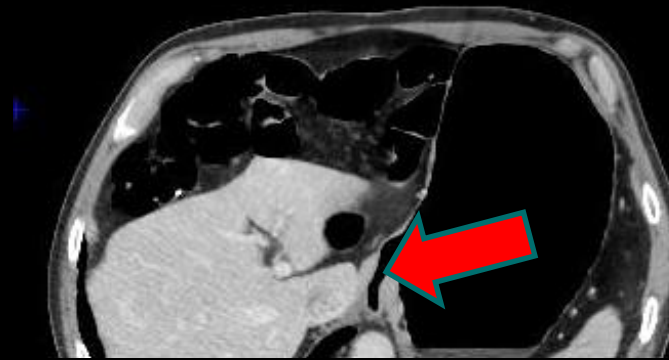
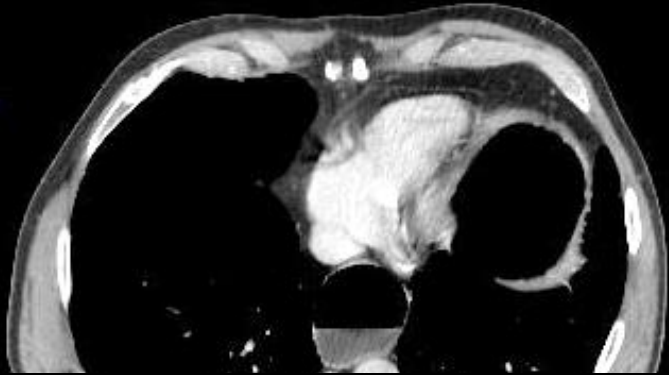
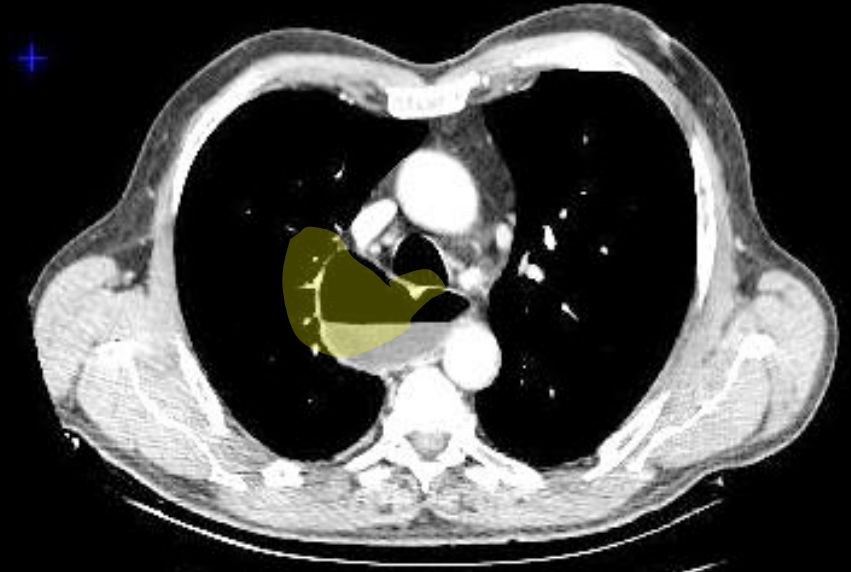
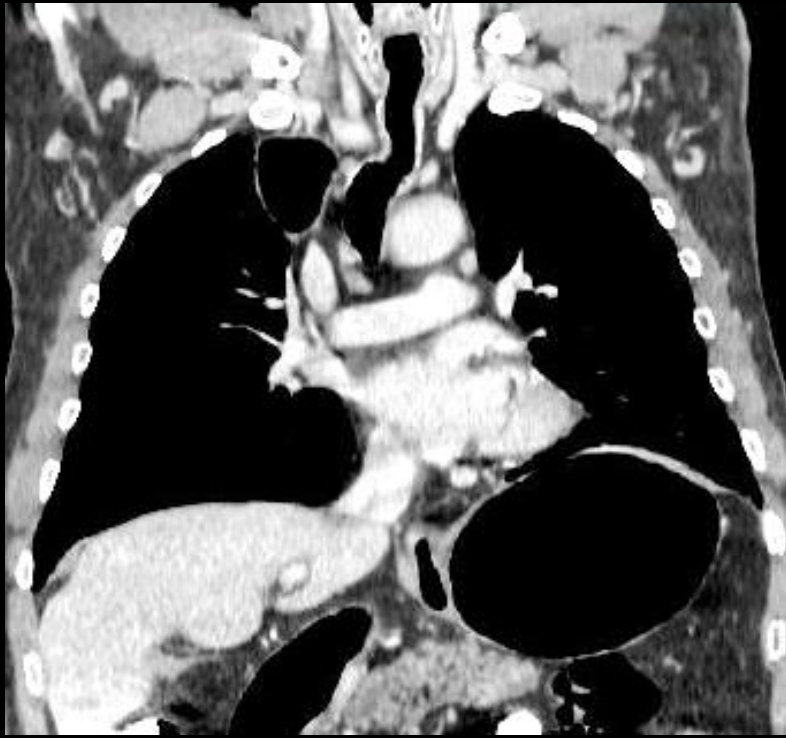
l'inversion des densités peut aider la lecture ,en montrant par exemple :

- .le bord gauche de l'image apicale droite qui se projette sur le médiastin
- .une clarté rubanée refoulée vers la gauche au niveau de la jonction cervico-thoracique et que l'on suit ensuite jusqu'au niveau du bord supérieur de la crosse aortique

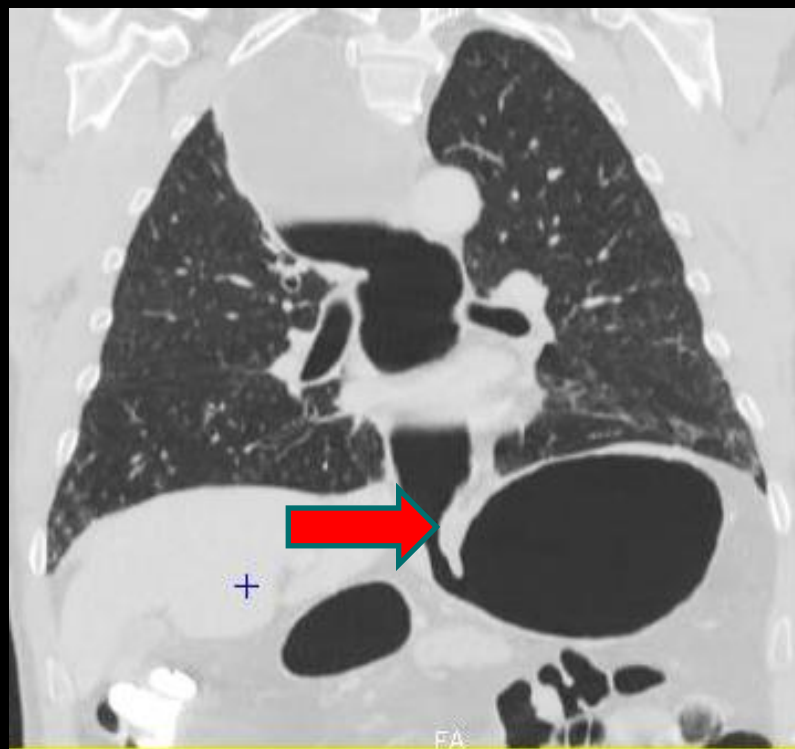
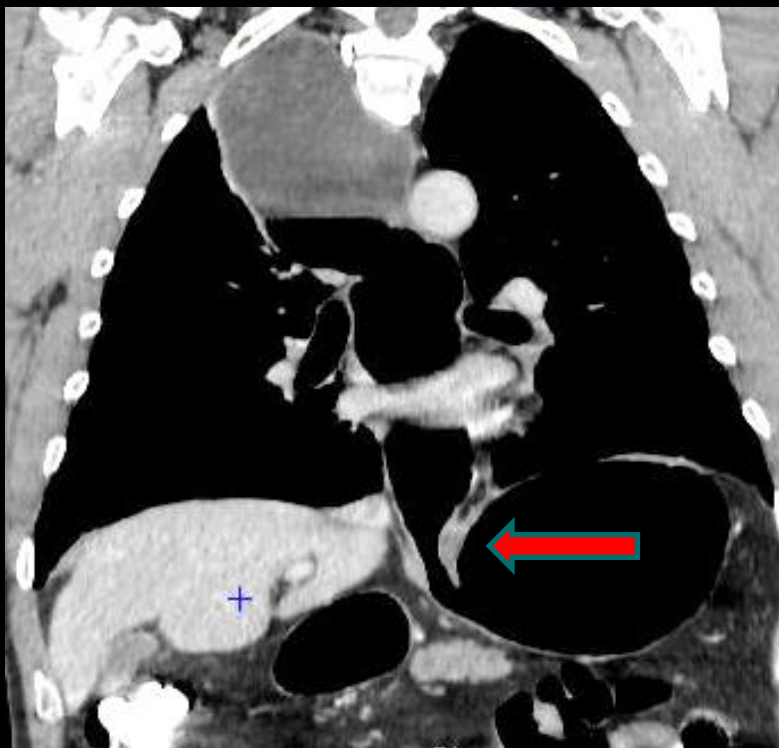


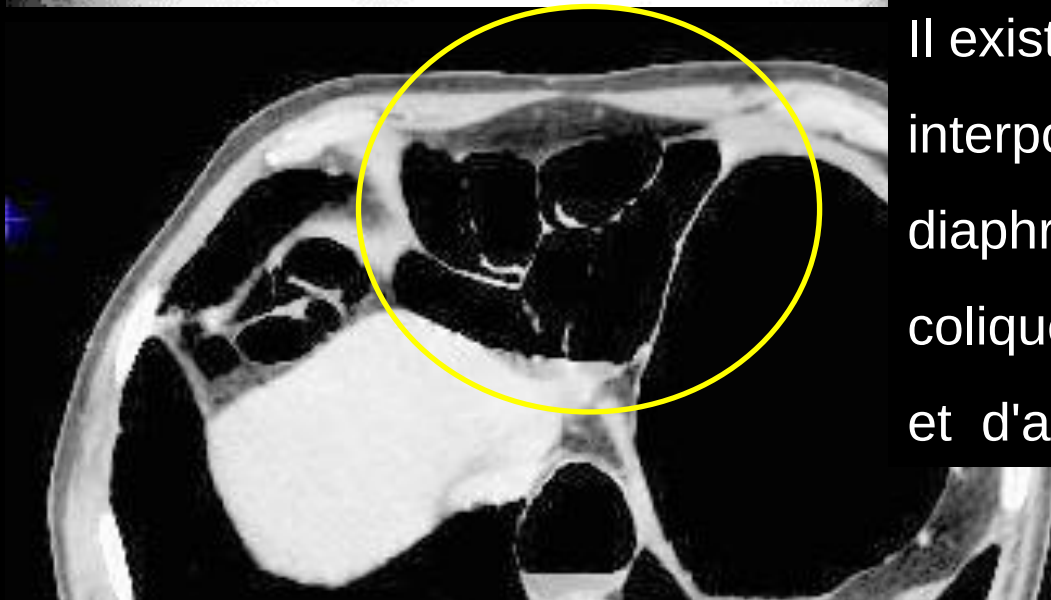
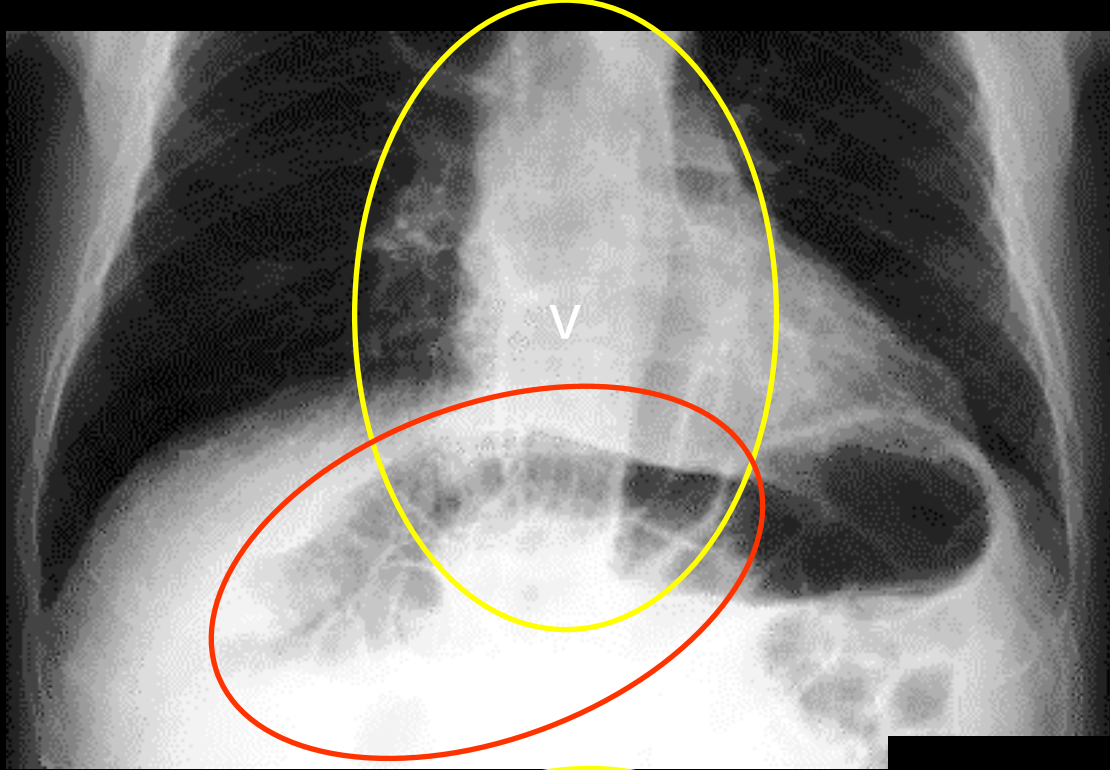
les coupes scanographiques confirment la dilatation massive globale de l'œsophage et l'absence de processus expansif du carrefour œsogastrique



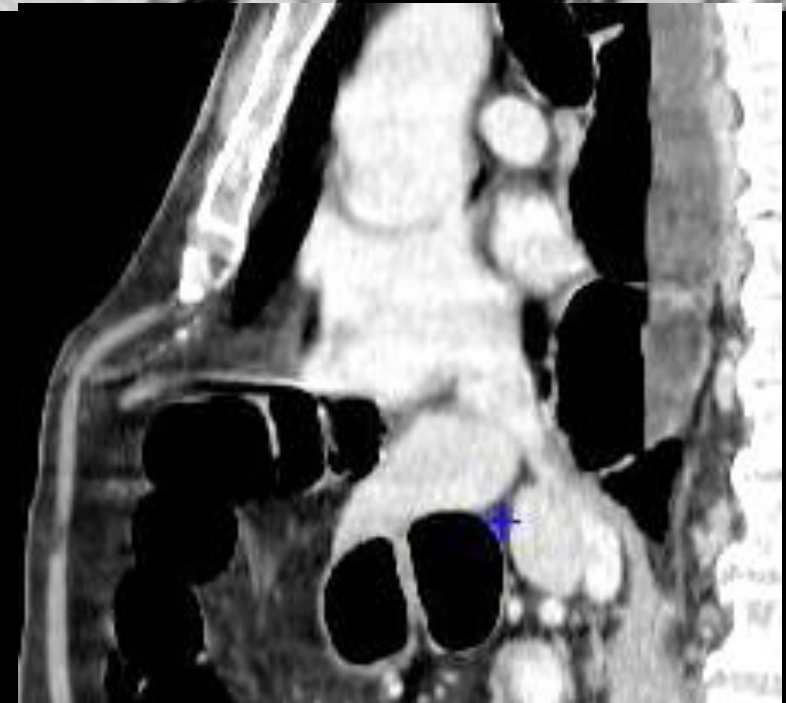


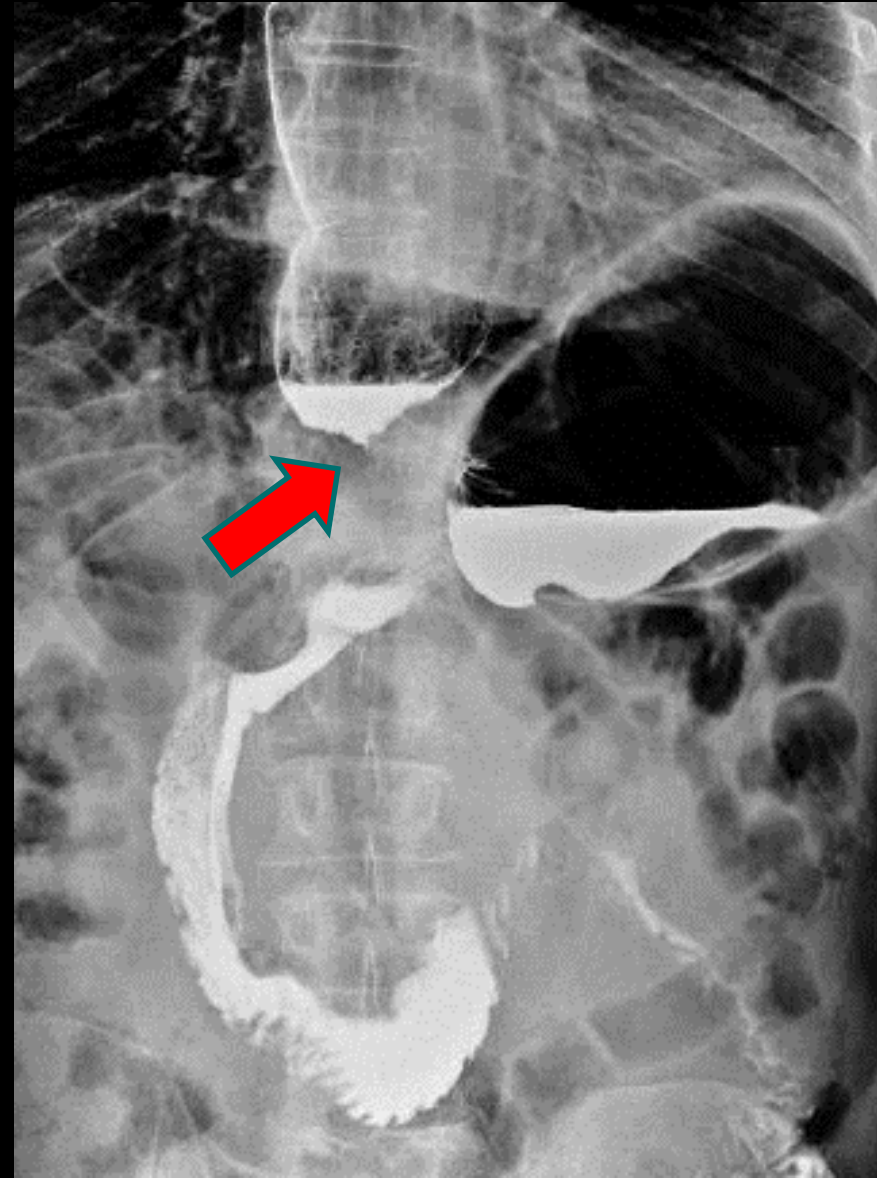
les coupes scanographiques confirment la dilatation massive globale de l'œsophage et l'absence de processus expansif du carrefour œsogastrique



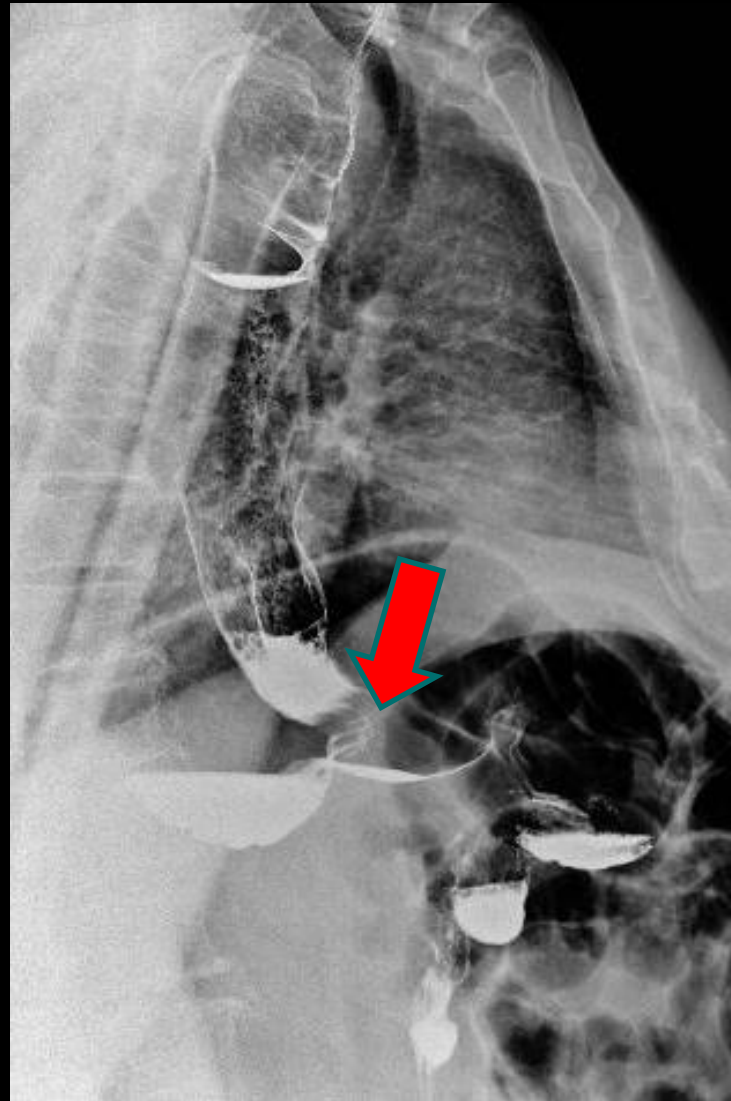
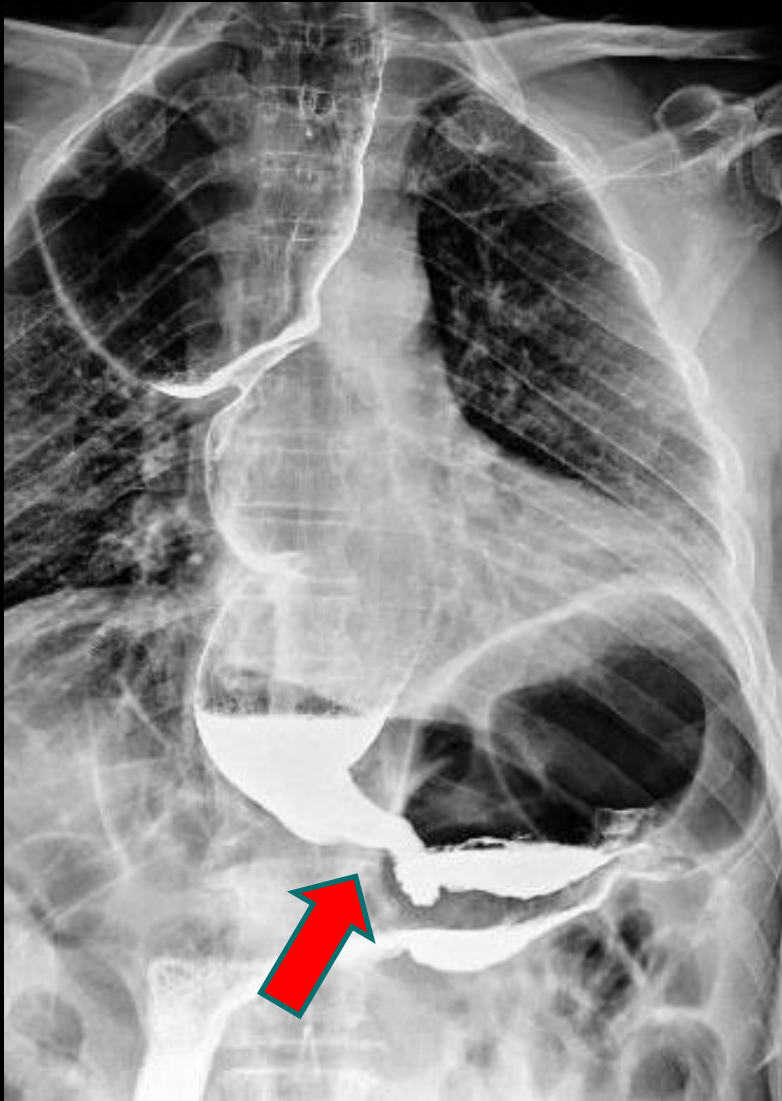


Il existe enfin une
interposition inter hépato-
diaphragmatique de l'angle
colique droit (sd de Chilaïditi)
et d'anses grêles





L'opacification en double
contraste (baryte haute
densité- viscosité faible ;
insufflation gastrique par
gaz carbonique(sels
effervescents) ;
modificateurs du
comportement:
atropiniques...mobilisation
du patient et de la
table...esprit de géométrie
et esprit de finesse + sens
esthétique voir artistique de
l'opérateur !!!



le cardia (flèche rouge)
est en place

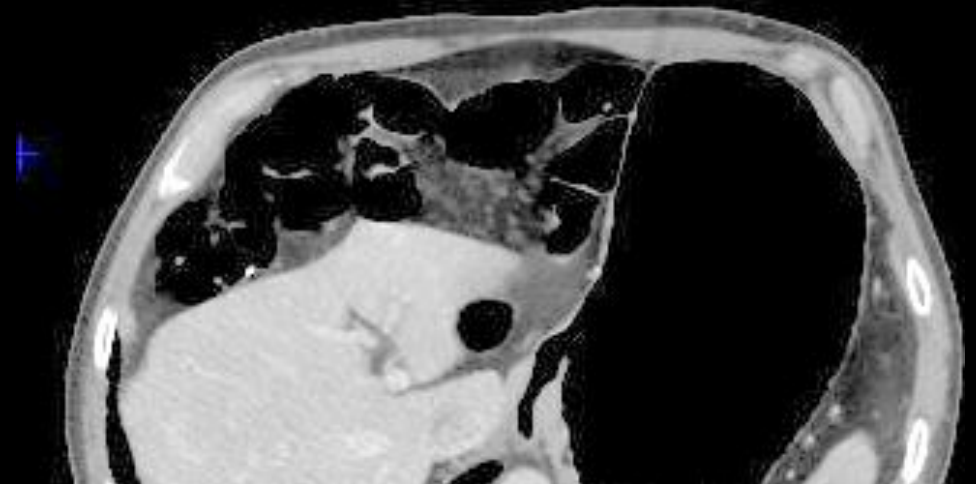
le diagnostic est bien
évidemment : méga-
œsophage idiopathique
ou achalasie primaire
ou cardiospasme ..et
les radiographies
thoraciques suffisent
pour l'affirmer



il n'était pas facile sur la radiographie thoracique de rapporter la formation pseudo-bulleuse apico-médiastinale droite à un mégaoesophage

les clartés gazeuses cervico-médiastinales étaient difficiles à identifier...

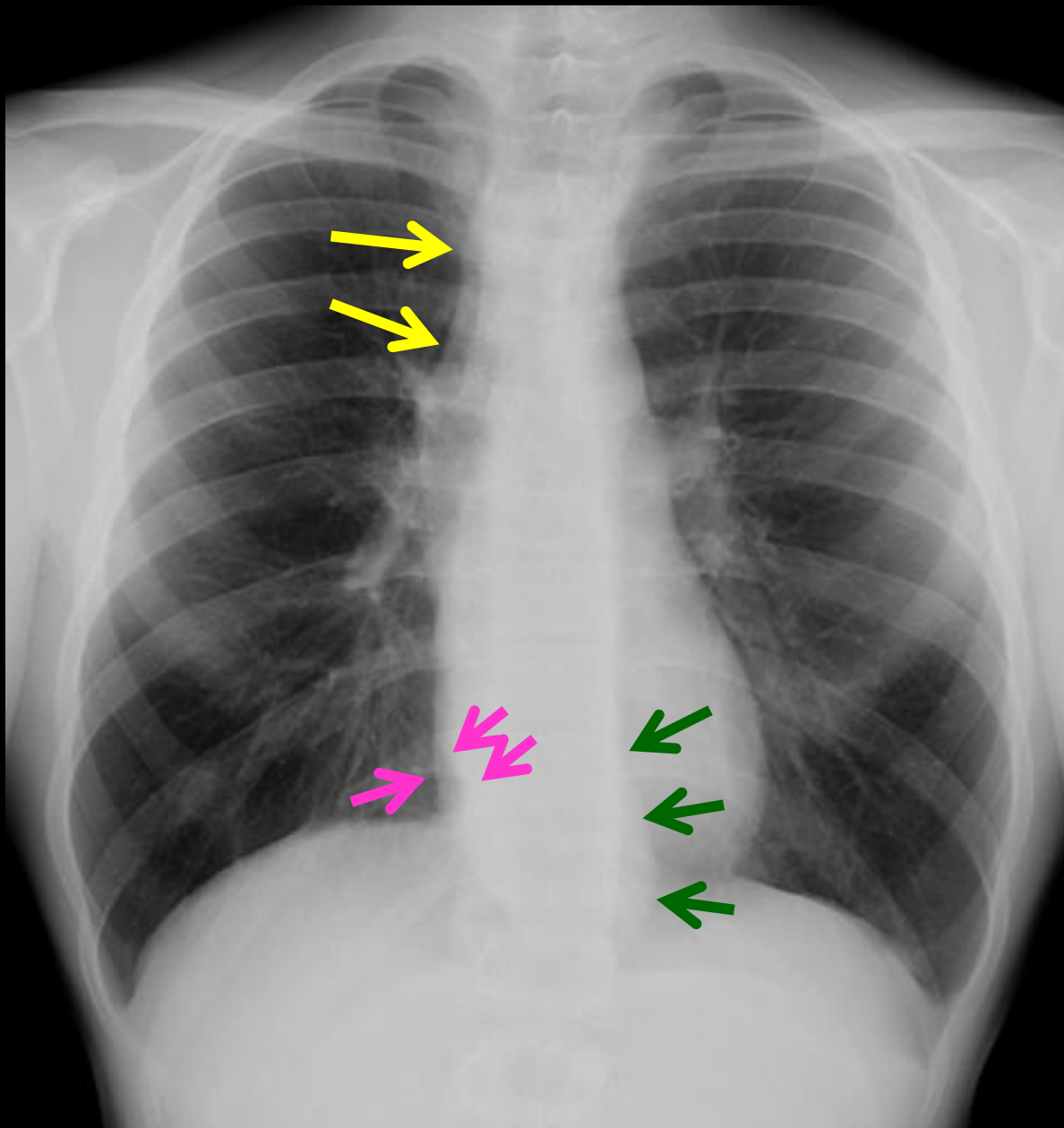
le scanner a beaucoup simplifié le quotidien du radiologue



cas compagnon



homme, 20 ans , incarcéré longue durée; hospitalisé en UHSI : dysphagie d'apparition récente . Quels sont les éléments sémiologiques à retenir sur cette radiographie thoracique.

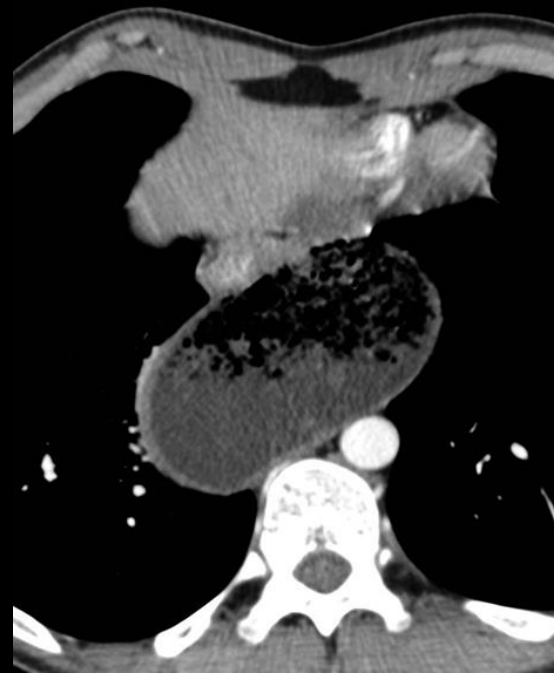
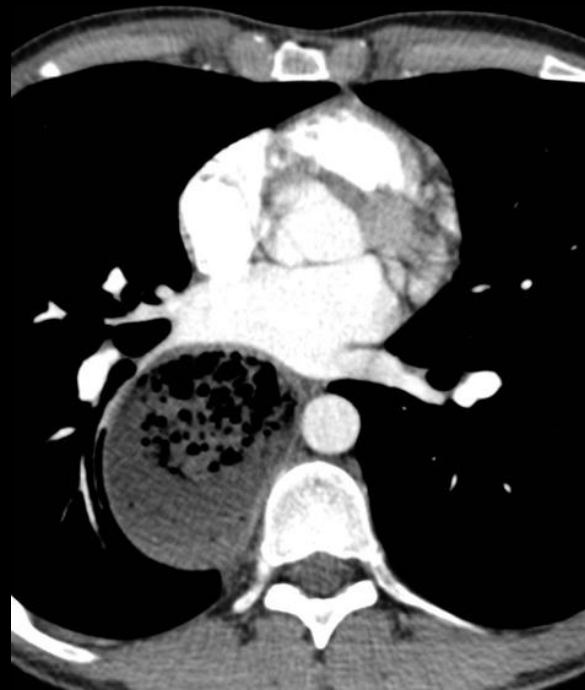
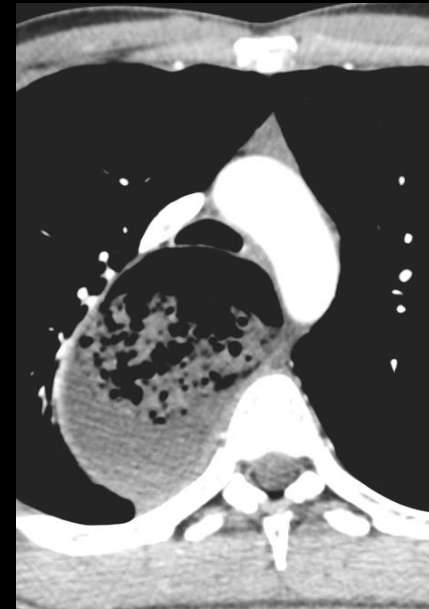
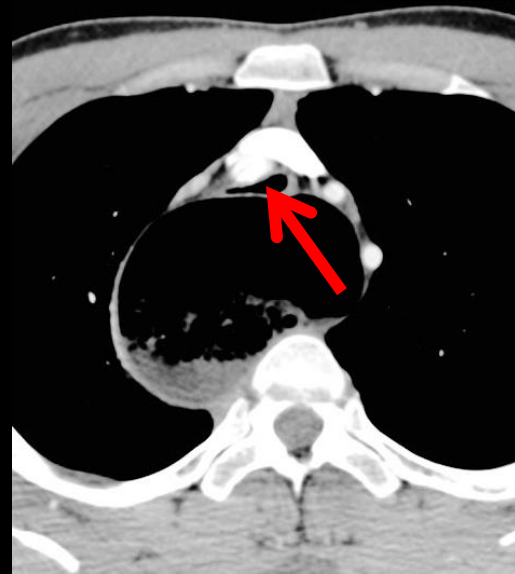


les anomalies observables sur la radiographie thoracique peuvent être des plus discrètes :

-apparition d'une ligne médiastinale supplémentaire à hauteur de l'arc supérieur droit du médiastin →

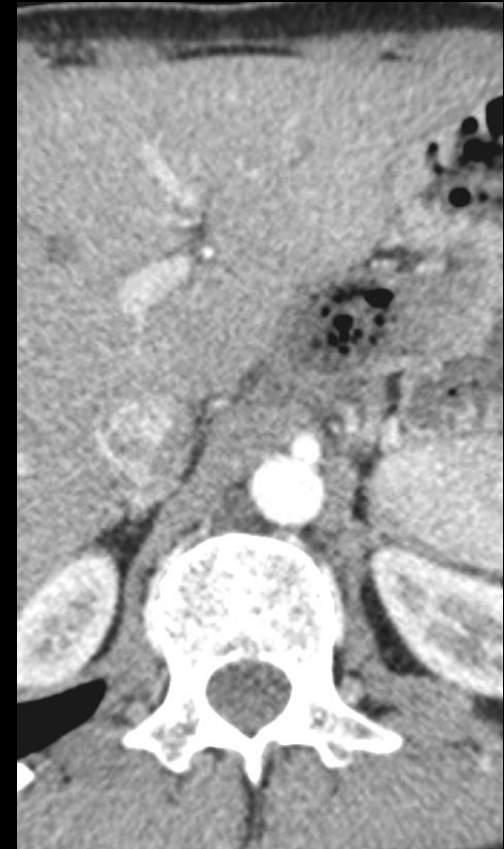
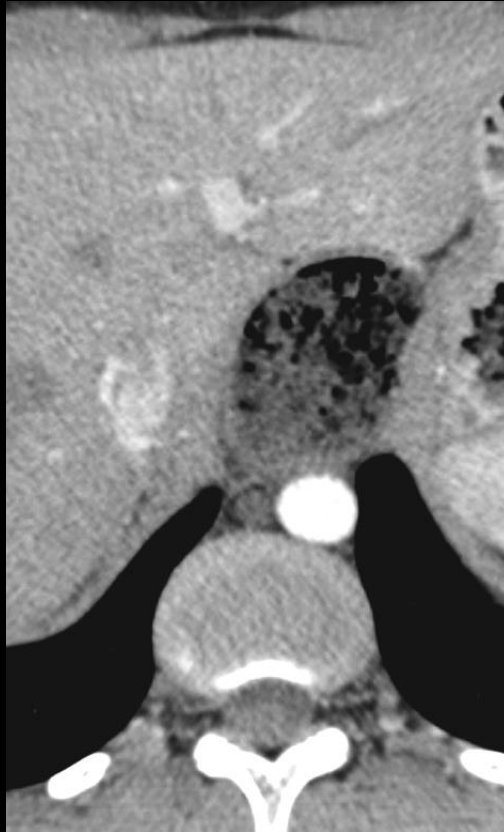
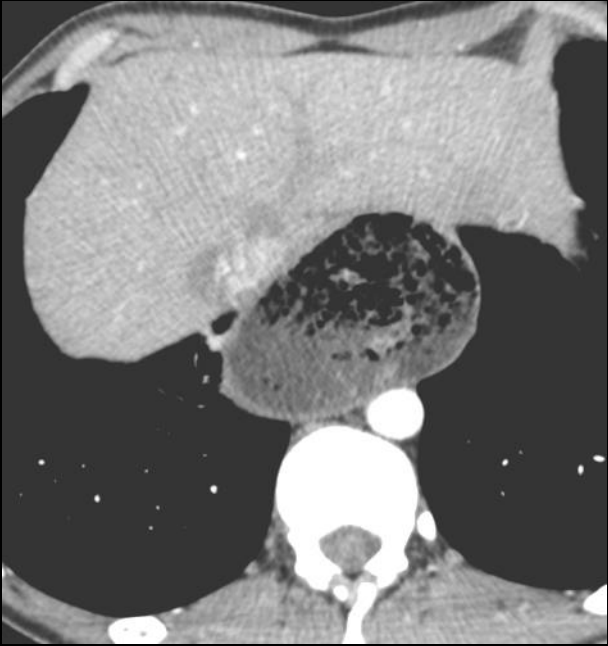
-d'un double contour de l'arc inférieur droit →

-et d'une voussure para rachidienne thoracique basse ,du côté gauche →



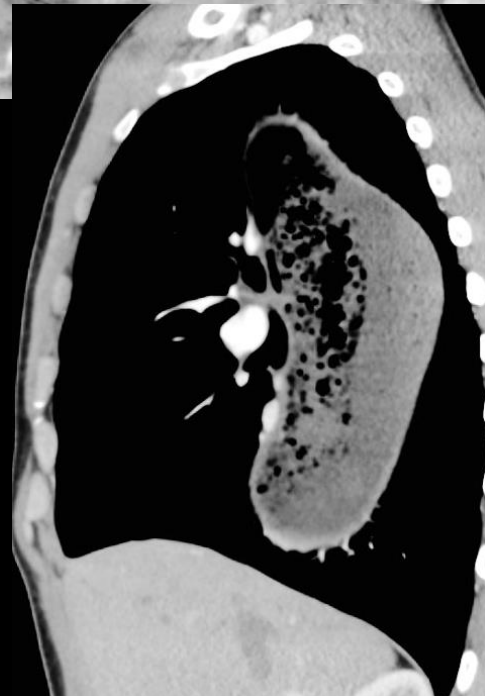
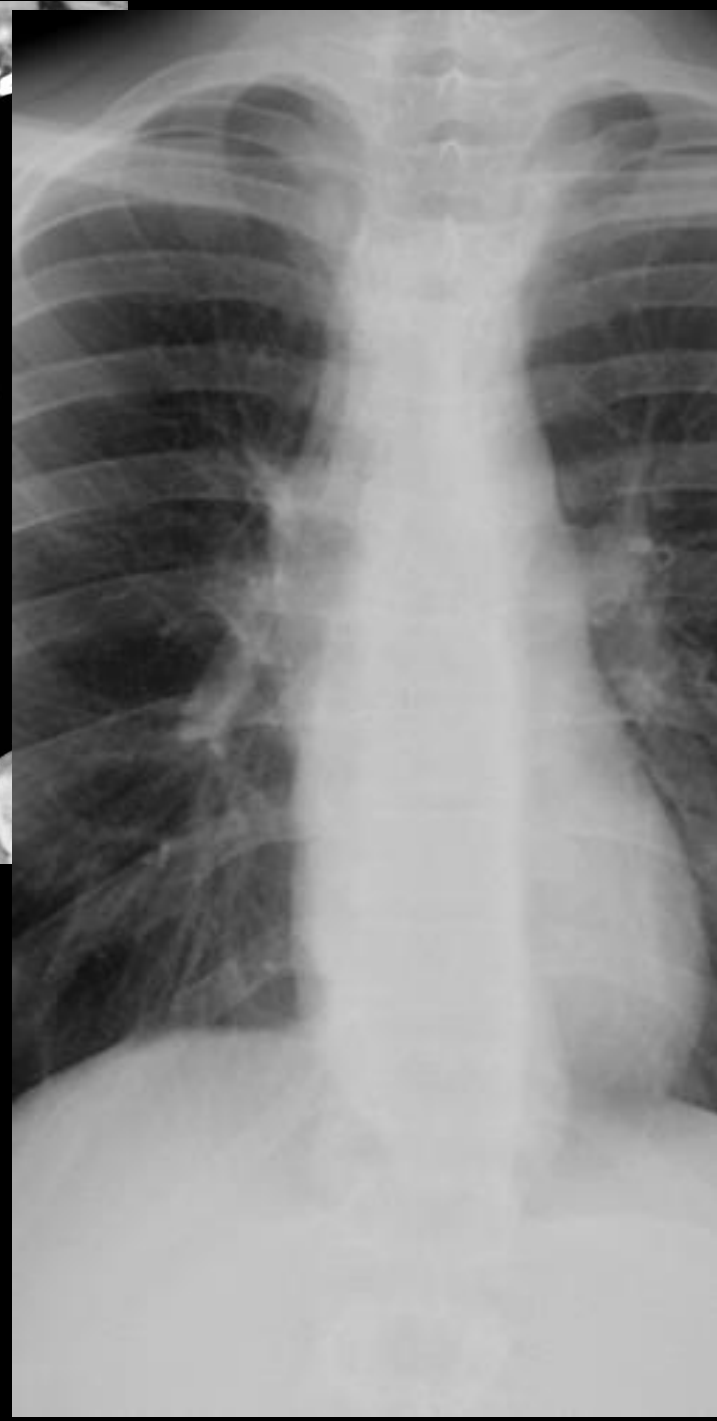
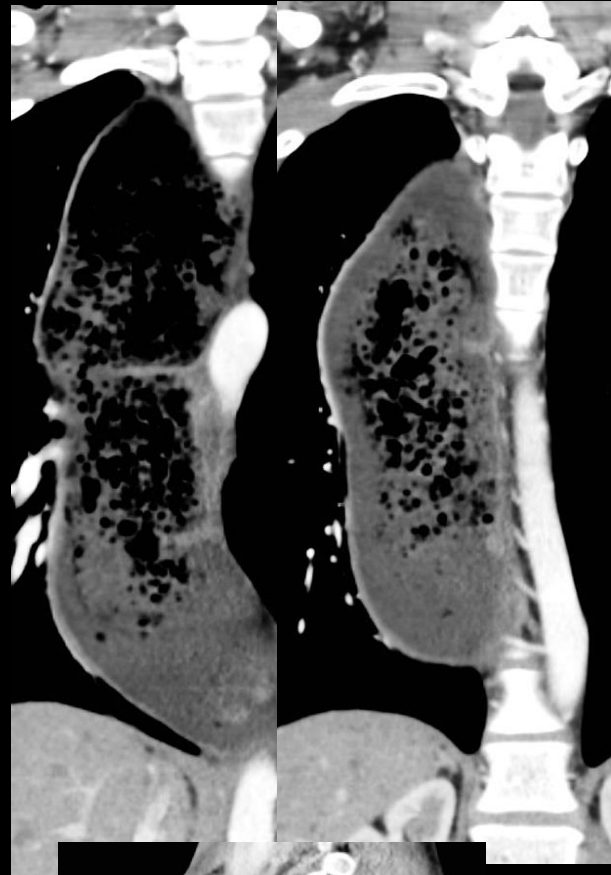
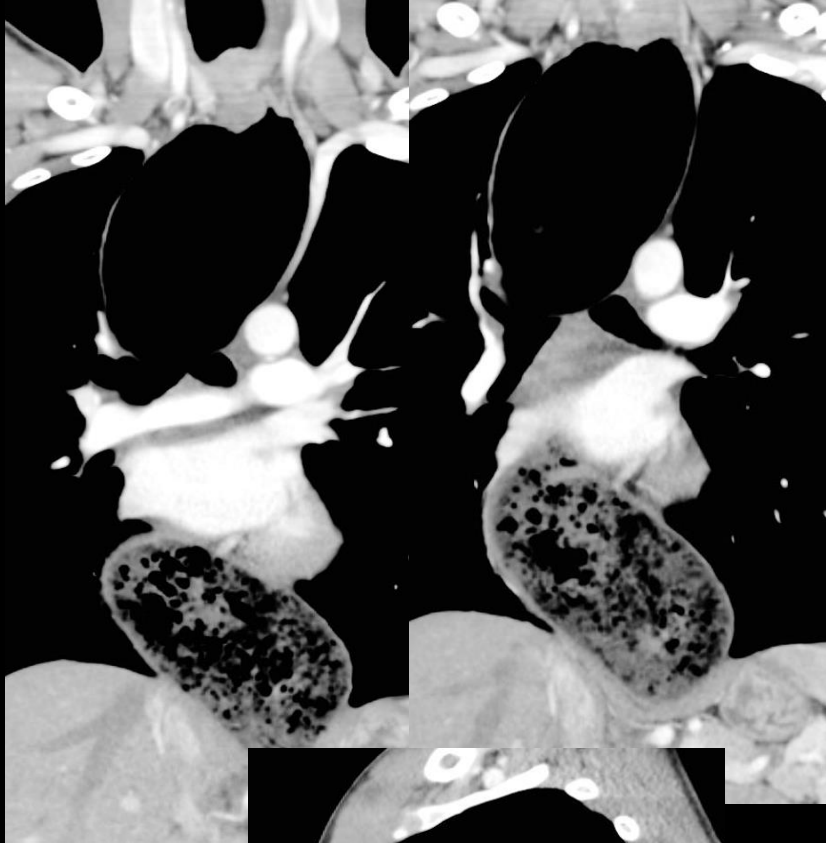
l'oesophage est pourtant
massivement distendu ; sa
lumière est remplie
d'aliments et de salive
déglutis

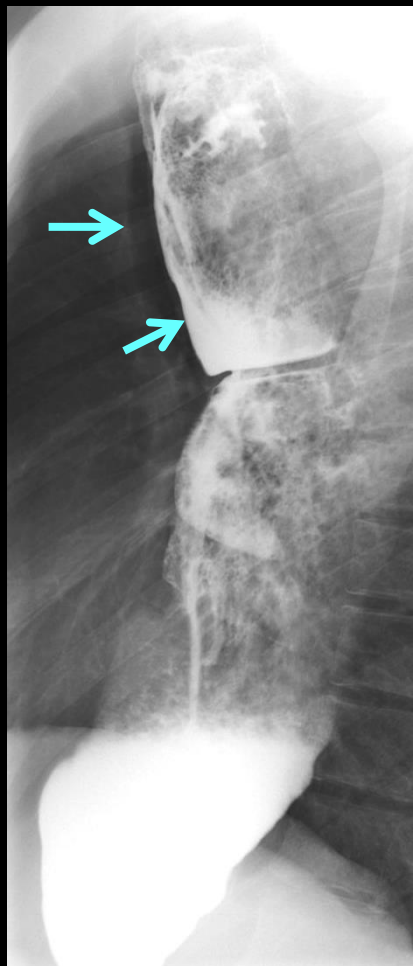
. Notez la **compression
trachéale haute**



il n'y a bien évidemment aucun épaissement pariétal suspect à la jonction œsogastrique

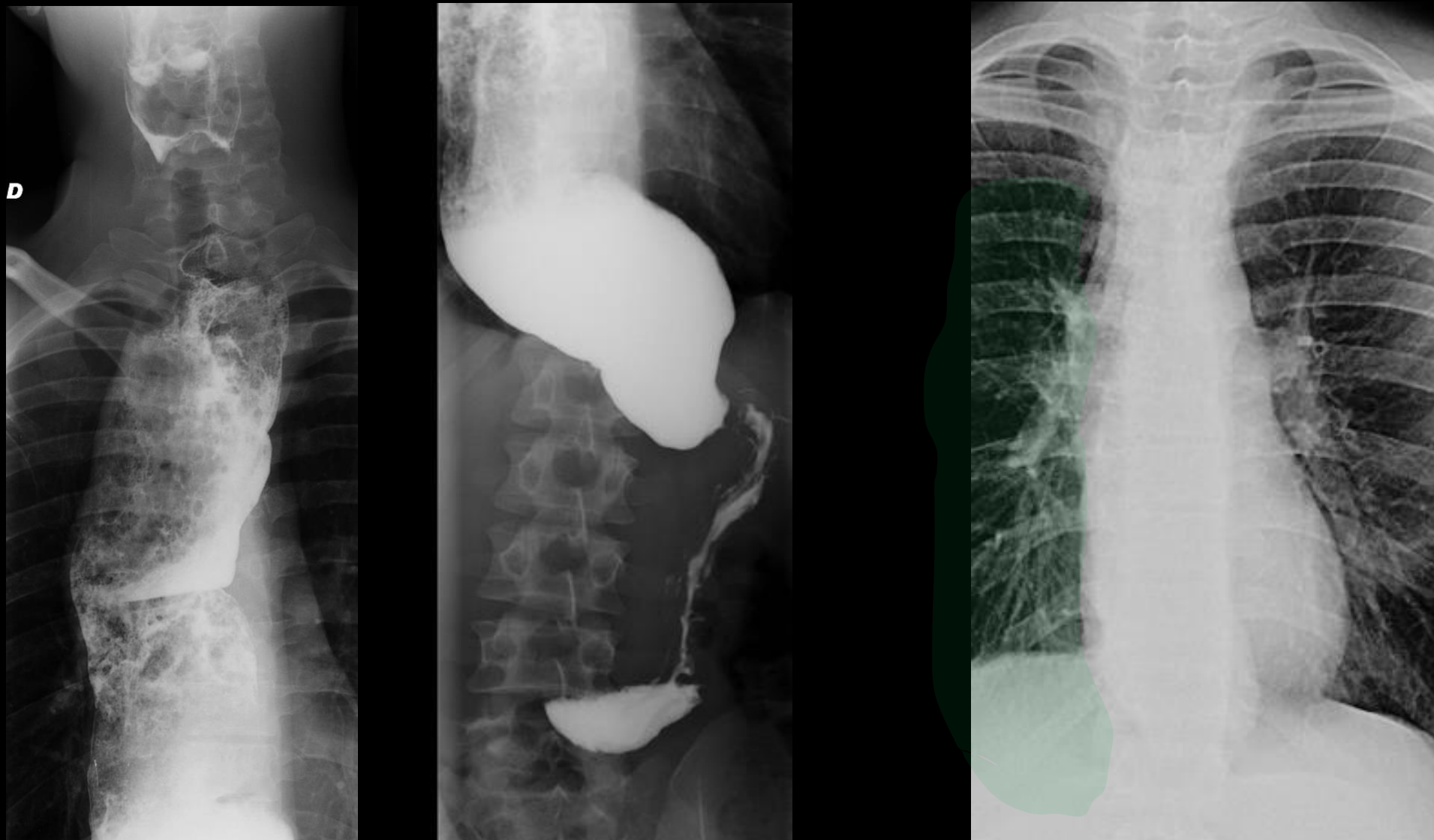
les
reformations
frontales et
sagittales
objectivent le
refoulement
des structures
médiastinales
(trachée
,atrium
gauche) par
l'œsophage
thoracique
distendu





le transit œsophagien aux hydrosolubles iodés montre l'importance de la stase alimentaire et salivaire dans l'œsophage distendu ainsi que le très important retard au franchissement du cardia .

le refoulement de l'axe trachéal est bien objectivé



malgré l'importance de la dilatation de l'œsophage thoracique , les radiographies thoraciques , en particulier l'incidence de face ne montraient que des nuances sémiologiques "subtiles" observées a posteriori.....avec l'imagerie en coupes

l'achalasie primaire ou idiopathique de l'œsophage

désordre primitif de la motilité oesophagienne; la dégénérescence du système nerveux intrinsèque conduisant aux perturbations du péristaltisme et en particulier au **défaut de relaxation du sphincter œsophagien inférieur (SIO)**

1-étiologie –pathogénie

destruction inflammatoire progressive des cellules ganglionnaires de l' œsophage distal
apéristaltisme ; dilatation proximale , stase alimentaire chronique

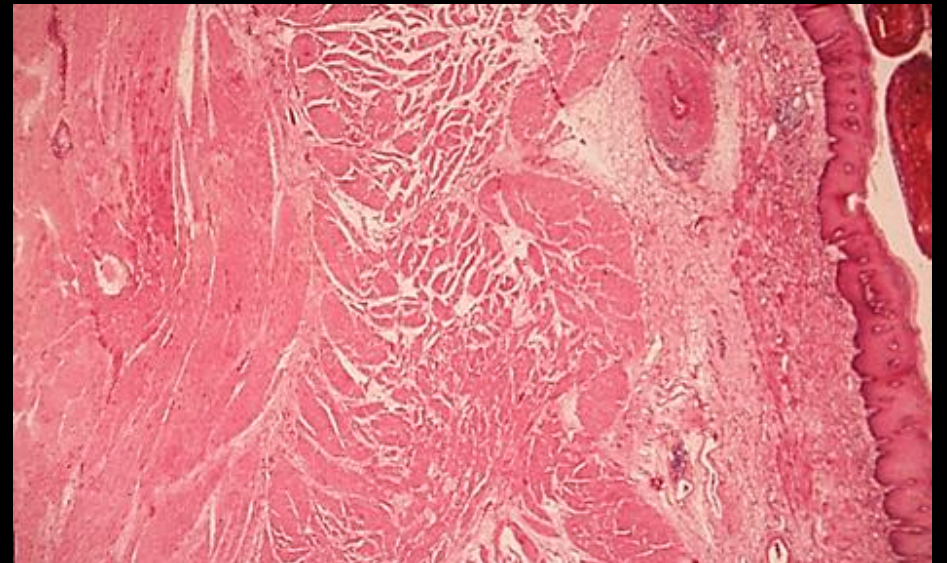
rares formes familiales : **syndrome d' Allgrove (1978)** ; **3A ou 4A syndrome** : achalasie , alacrima , autonomic disturbance , Addison disease (ACTH insensitivity) maladie génétique gène AAAS sur le chromosome 12q13

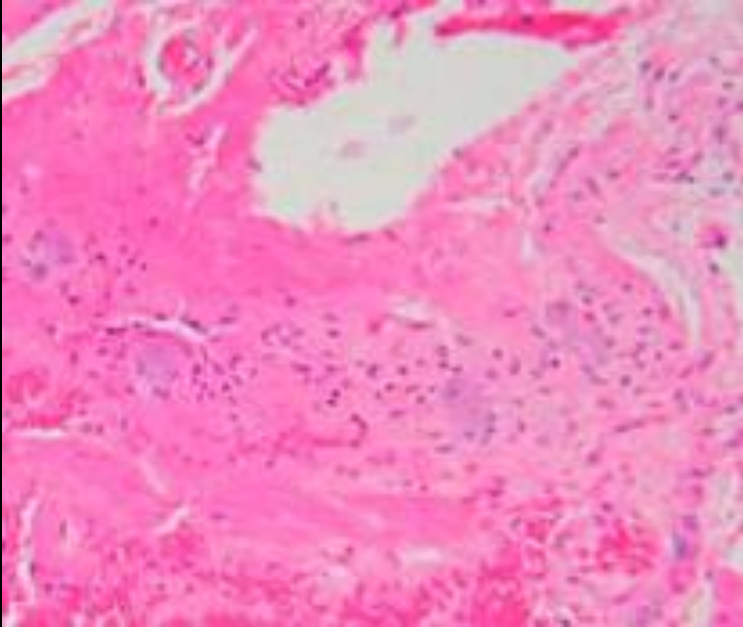
2-anatomie pathologique

inflammation des cellules ganglionnaires
distales (ganglionite) **infiltrat**
lymphocytes T , **plasmocytes** ,
éosinophiles , **mastocytes**
jusqu'à **disparition des cellules**
ganglionnaires

hypertrophie de la musculature et fibrose

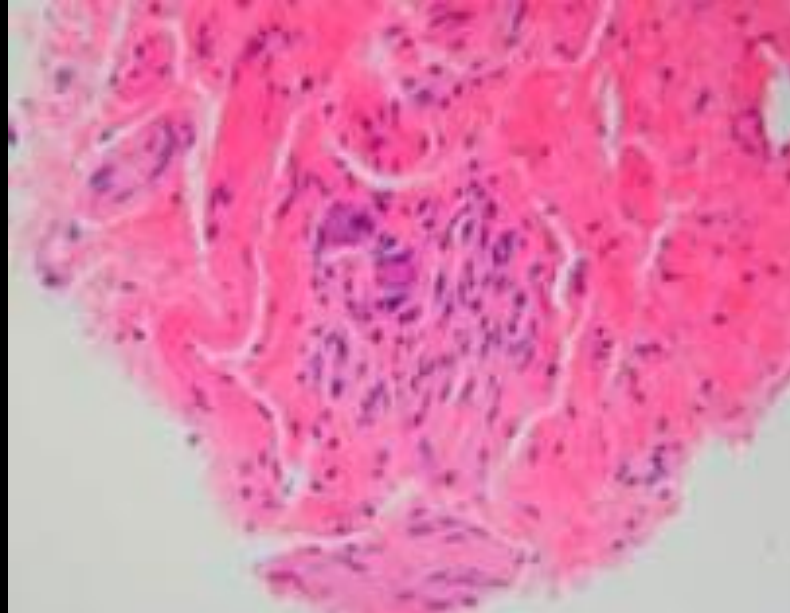
hyperplasie épithéliale et des cellules
basales (papillomatose)
œsophagite lymphocytaire



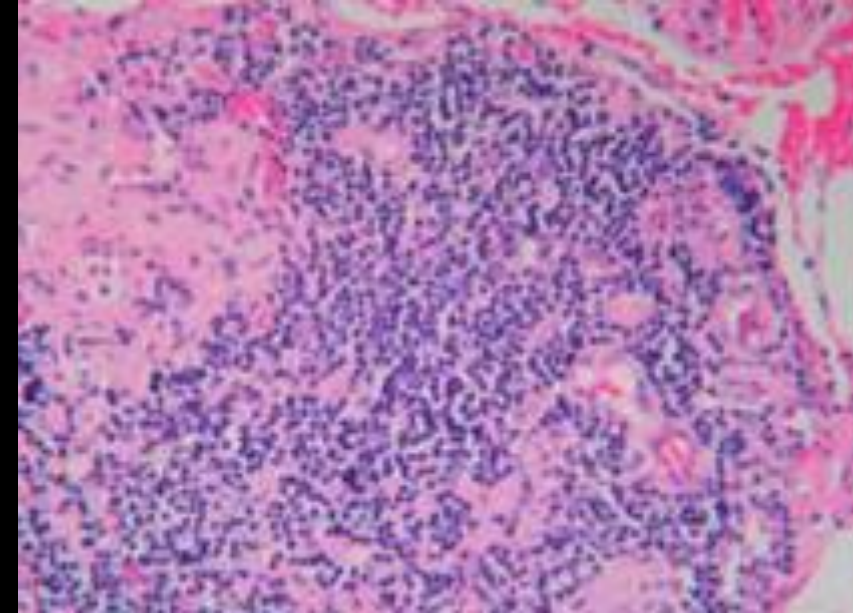


cellules myentériques normales

GI Motility online (2006)
doi:10.1038/gimo22



cellules myentériques présentes
infiltrat inflammatoire modéré



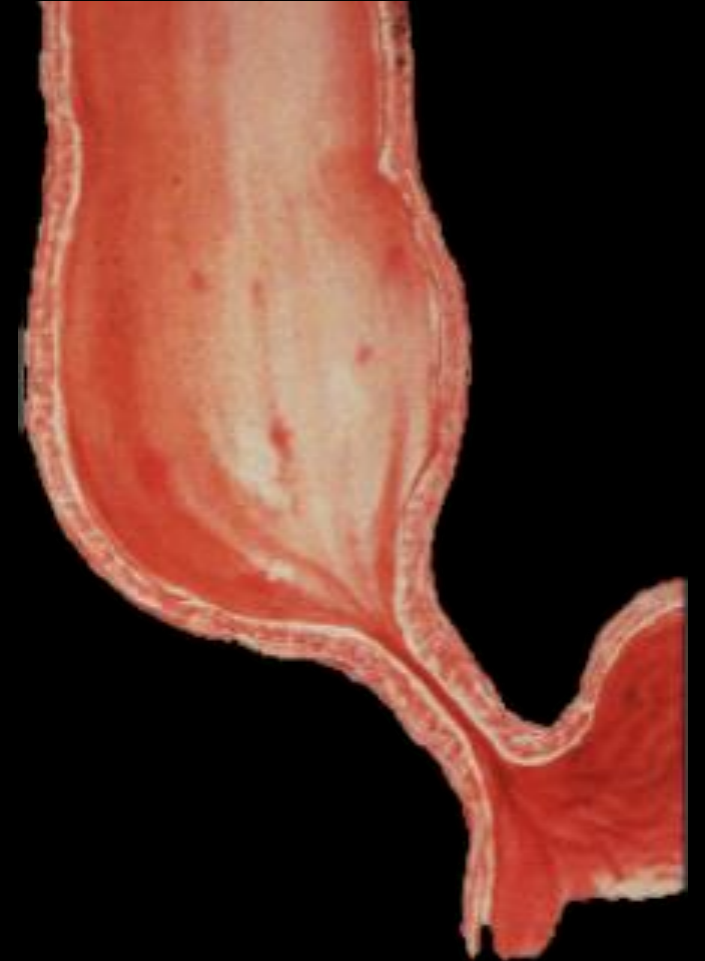
cellules myentériques absentes
infiltrat inflammatoire massif

3-clinique

progression indolente ; retard diagnostic souvent très important

dysphagie **paradoxale** (plus importante pour les liquides que pour les solides)

vomissements ,
perte de poids



4-imagerie

.radiographie thoracique standard F / P (cf. supra)

.opacifications *baryte fluide –haute tension (kV > 100)
 * double-contraste mucographie en distension)

importance fondamentale de la cinétique (motricité oesophagienne; clairance de
l'oesophage : clichés minutés de l'évacuation de la lumière oesophagienne)

. imagerie en coupes CT++++

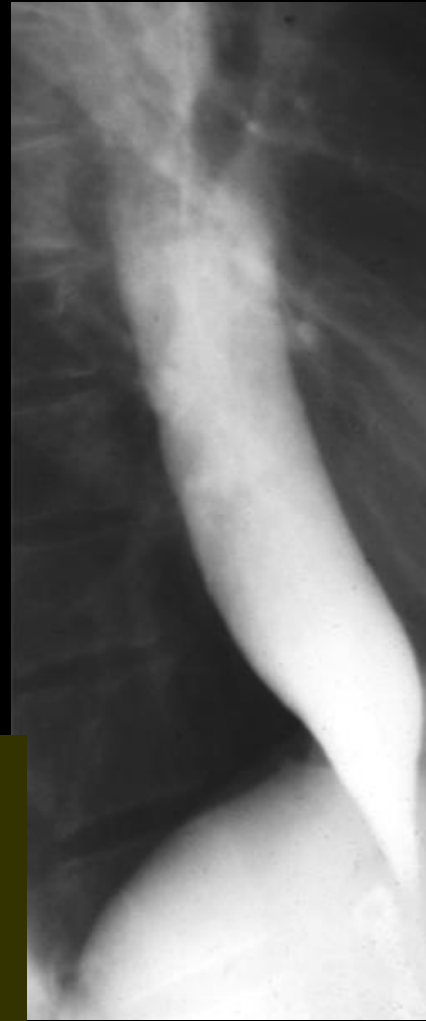
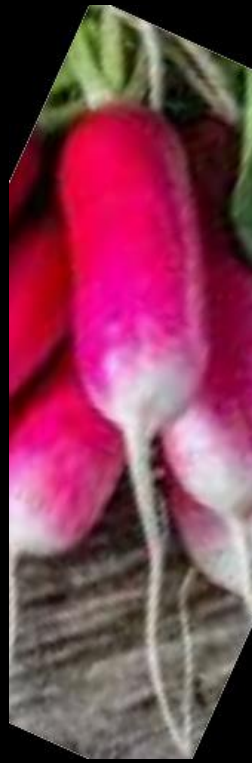
. fibroscopie

.transit opaque **2 formes**

a-mégaoesophage "en queue de
radis" (bird's beak)

.endoscopie

. manométrie : défaut de relaxation
du SIO



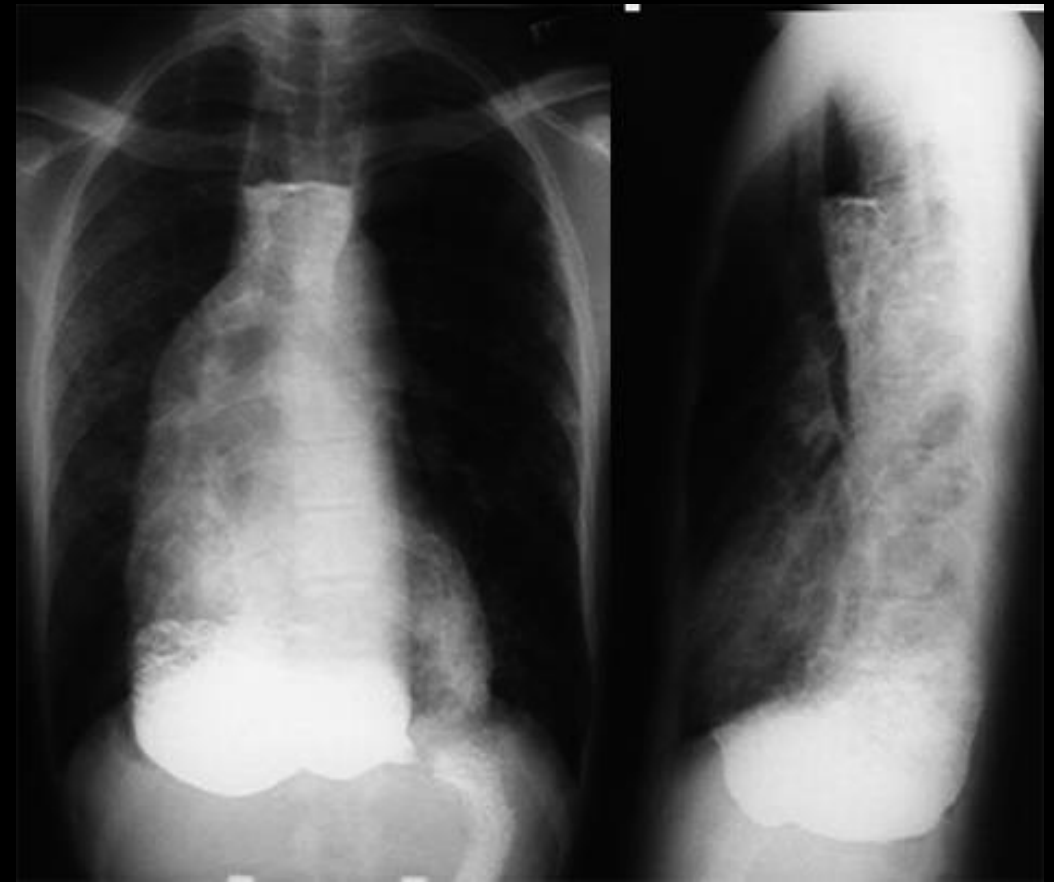
les métaphores animales , végétales, alimentaires...
qui parsemaient la sémiologie radiologique des grands
anciens ne méritent pas le mépris des "intelligents
artificiels" d'aujourd'hui et demain car elles demeurent
des repères précieux pour mémoriser et comprendre
les mécanismes qui les soutendent.

mégaoesophages
" en queue de radis"
ou "en bec d'oiseau"

.transit opaque **2 formes**

b-mégaoesophage" en chaussette"

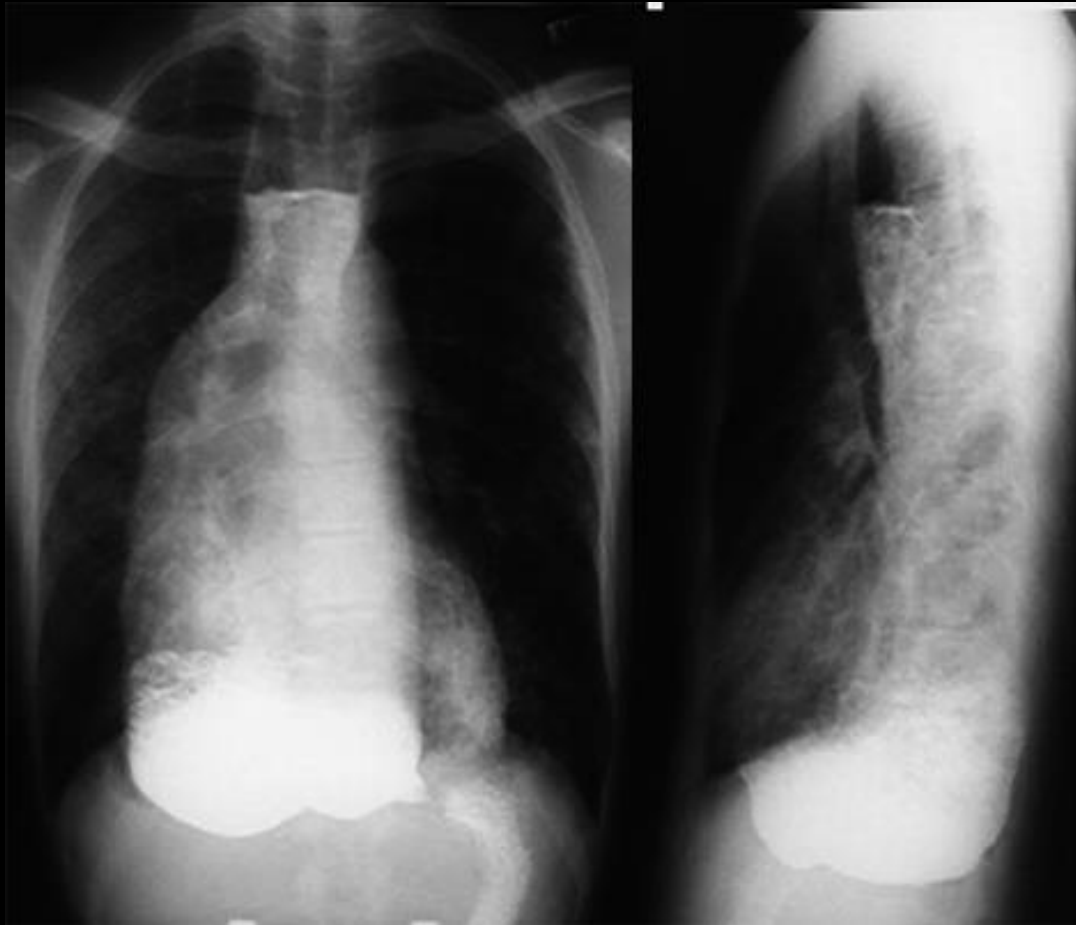
floculation irréversible de la baryte au contact du liquide de stase dans l'œsophage , responsable de l'aspect "en tempête de neige"...

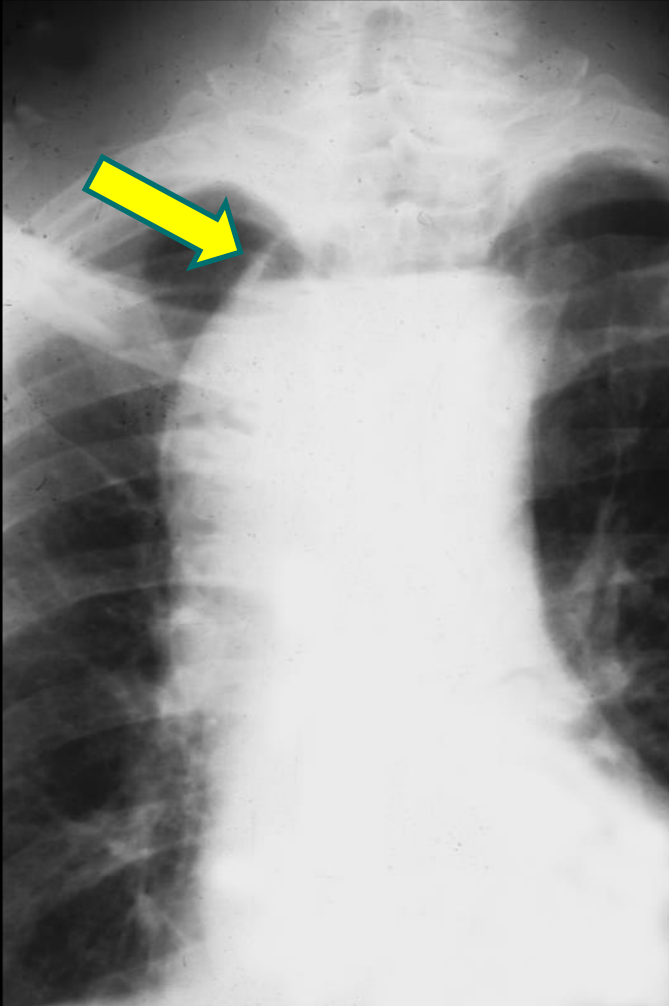


,la distension majeure de l'œsophage thoracique s'accompagne d'une coudure qui s'étale sur l'hémi-coupole diaphragmatique droite

autres exemples de -mégaoesophage" en chaussette"

, peu ou pas symptomatique , ce qui explique le retard diagnostique mais ce sont ces formes "vieilles"
qui exposent le plus aux greffes néoplasiques(carcinomes épidermoïdes).





l'élargissement du médiastin sur la radiographie thoracique de face est facilement rapporté à l'œsophage grâce au niveau horizontal liquide de stase-air

de profil, le refoulement régulier arciforme de la clarté trachéale lève le doute s'il y en avait un



forme dite "historique" de mégaoesophage qui ne s'observe pas chez des sujets particulièrement négligents

Les patients n'ont en fait jamais pu manger correctement, sans en être conscients; tout au plus ils auront été considérés comme des petits mangeurs capricieux ayant toujours eu des difficultés à synchroniser la durée de leur repas a celle de leurs commensaux , depuis la cantine scolaire ,et probablement la crèche jusqu'à l'EHPAD

5-explorations fonctionnelles

Etudes de transit :

- .Marqueurs radio-opaques
- .Scintigraphie dynamique
- .Test respiratoire au lactulose

Mesure de l'activité phasique :

- .Electromyographie : étude de l'activité électrique de la musculature
- . Manométrie : étude des variations de pression

6-diagnostic différentiel

-œsophagite de reflux ;pas de destruction des cellules ganglionnaires

-achalasies secondaires

.maladie de Chagas Trypanosoma cruzi transmis par morsure d'insectes ; Amérique du sud ; la myocardite associée fait le pronostic

...



maladie de Chagas

6-diagnostic différentiel (suite)

.....

.œsophagite caustique

.maladies neurologiques dégénératives Parkinson

pseudo-obstruction intestinale chronique idiopathique

-pseudo achalasies

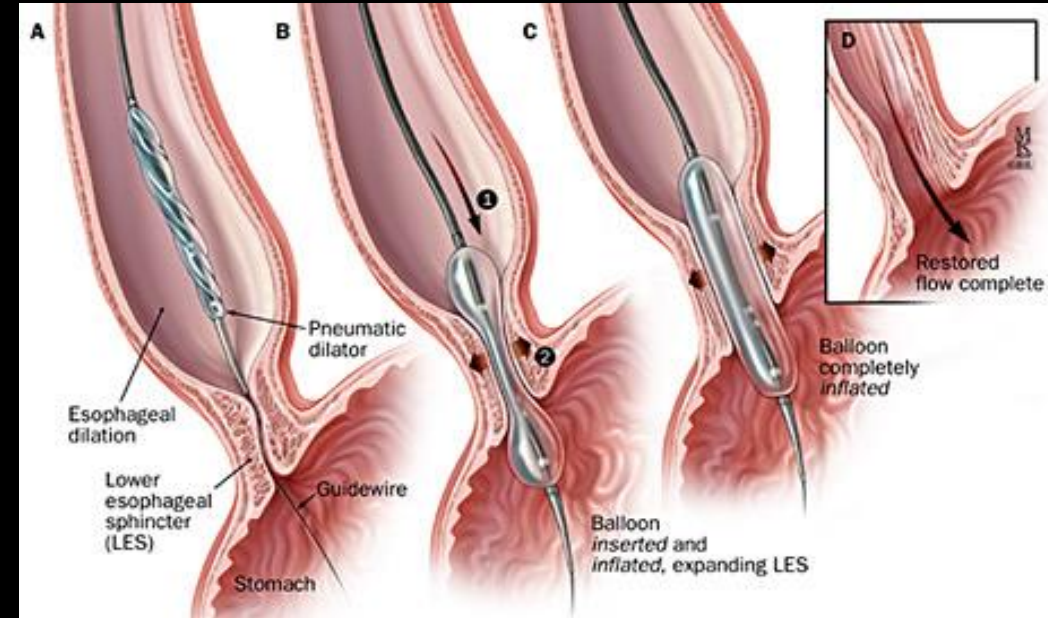
.sur adénocarcinome du cardia

.pathologies infiltrantes

amylose , sarcoïdose , histiocytose X

7-traitements :

- .dilatation pneumatique : 70 % de bons résultats
- .**oesophagomyotomie** (intervention de **Heller**) sous coelio (RGO secondaire dans 50 % des cas)
fundoplicature anti-reflux associée
- .toxine botulinique intra sphinctérienne abandonnée



9-complications :

- .oesophagite érosive
- .carcinome épidermoïde (risque X par 33)
- .adénocarcinome chez les patients avec RGO

http://thoracicsurgery.stanford.edu/patient_care/benign_esophageal.html

