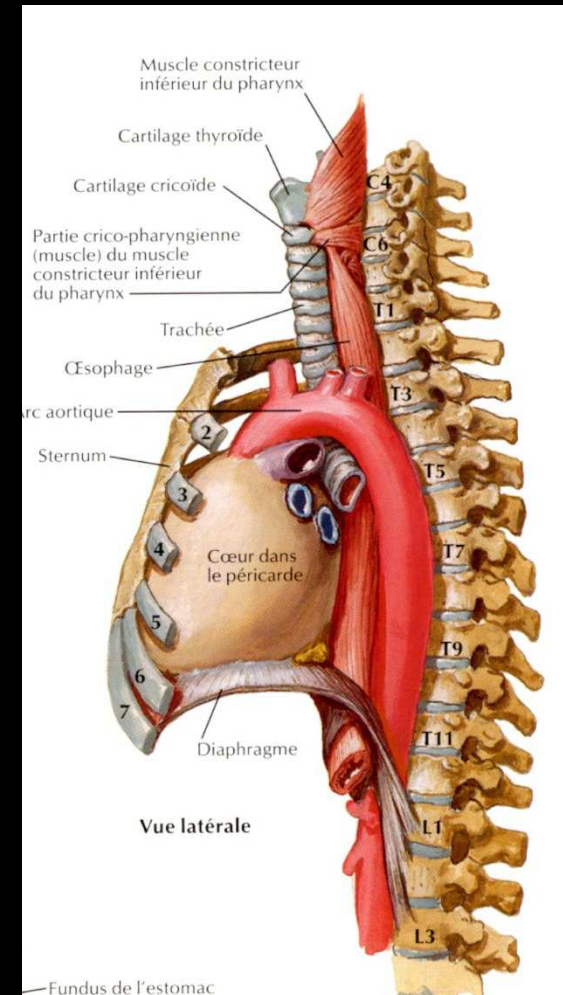


# Imagerie de l'œsophage

DU d'Imagerie abdominale  
Décembre 2011  
A. FAIRISE

# 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

16 cm à 21 cm des AD

• Œsophage **thoracique** : T1 à T10-11, 21cm à 37 cm des AD

• Œsophage **abdominal** : T10-11, 37 à 40 cm des AD

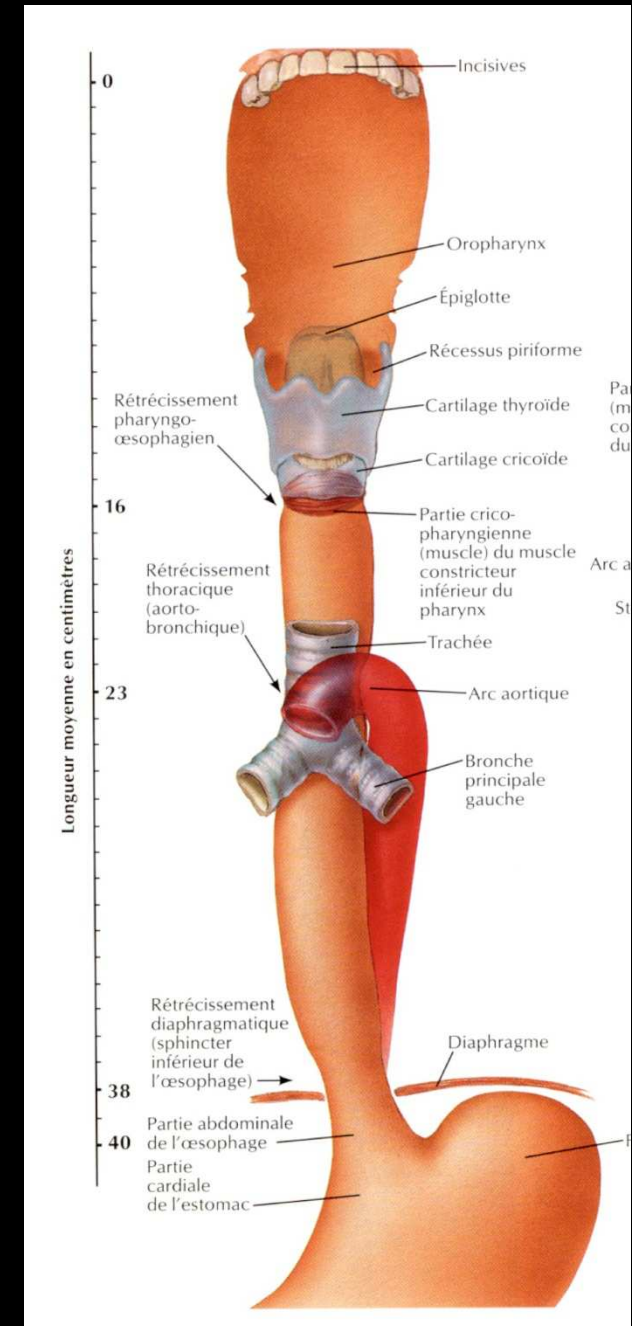
1- Œsophage cervical

2- Œsophage intra-thoracique

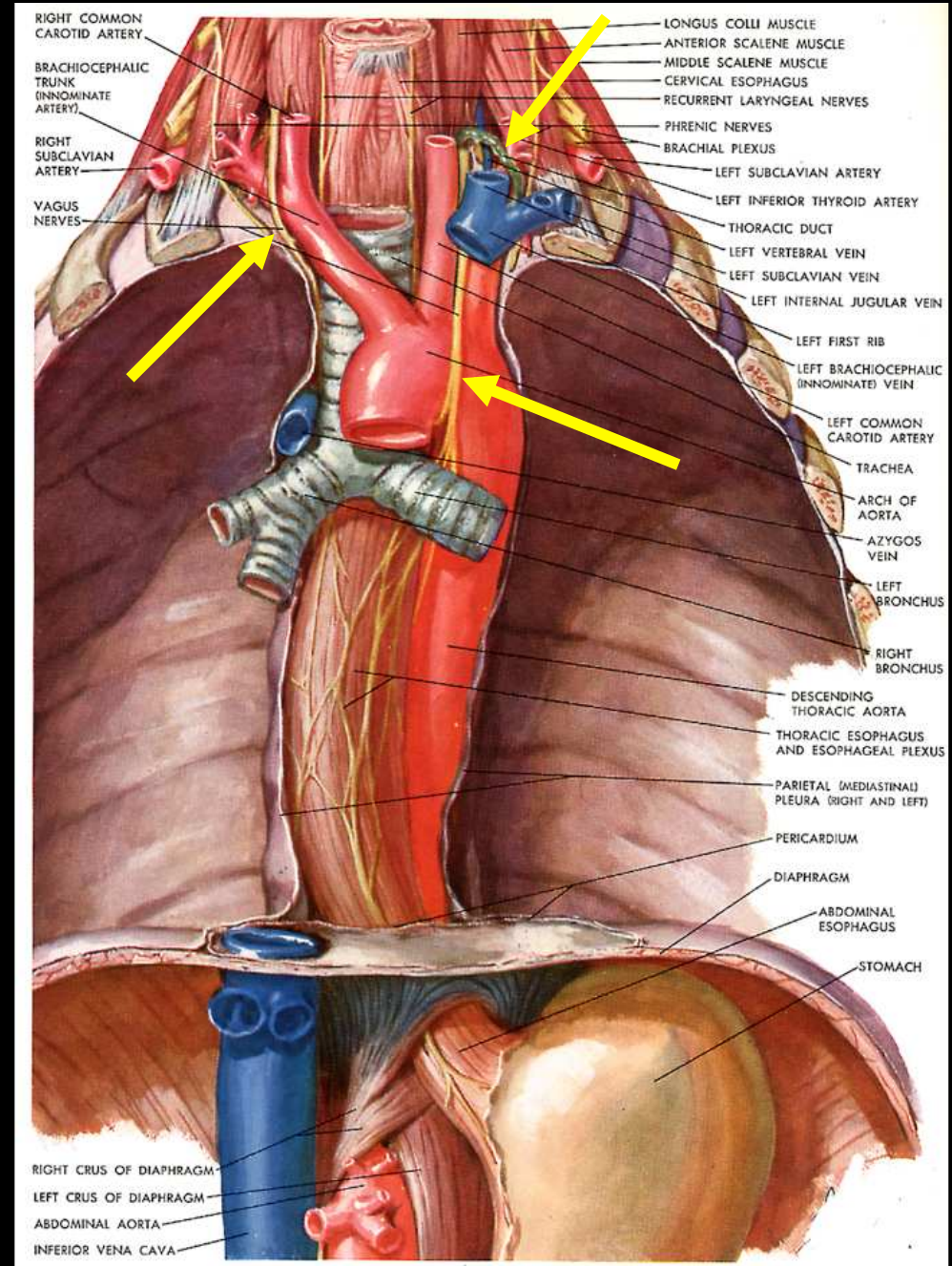
**Tiers supérieur** : de l'orifice supérieur du thorax au bord inférieur de la veine azygos (bif trachéale), à 25 cm des incisives supérieures

**Tiers moyen** : débutant bord inférieur de la veine azygos, de 24 à 32 cm approximativement des incisives supérieures

**Tiers inférieur** : (incluant l'oesophage abdominal), de 32 à 40 cm approximativement des incisives supérieures.

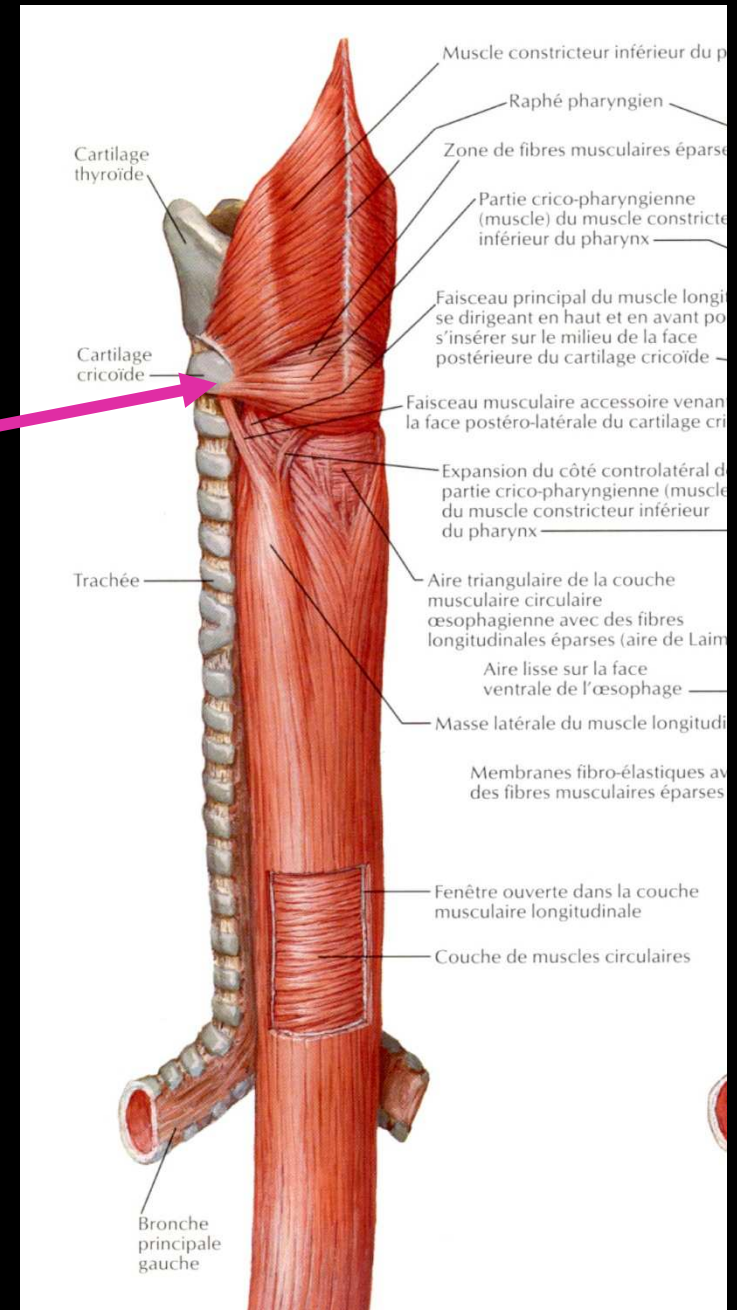


- Rapports:
- **Trachée** : axe du médiastin postérieur, se bifurque en T5, l'oesophage y adhère par les muscles de Luscka
- **Conduit thoracique** : monte en arrière plaqué contre l'aorte, en rapport avec l'oesophage sur une partie de son trajet.
- **Nerfs vagues** :  
droit : passe en arrière de l'oesophage  
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**



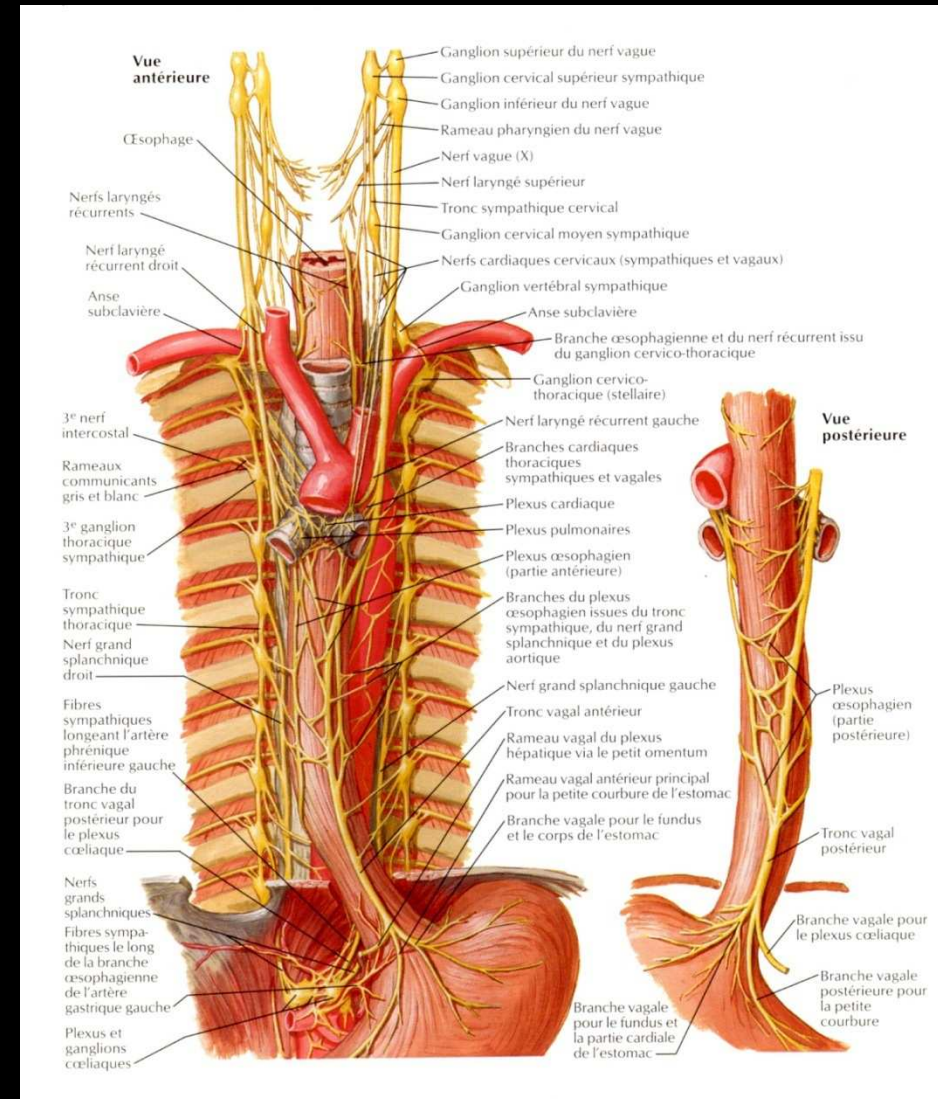
# Anatomie musculaire:

- **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

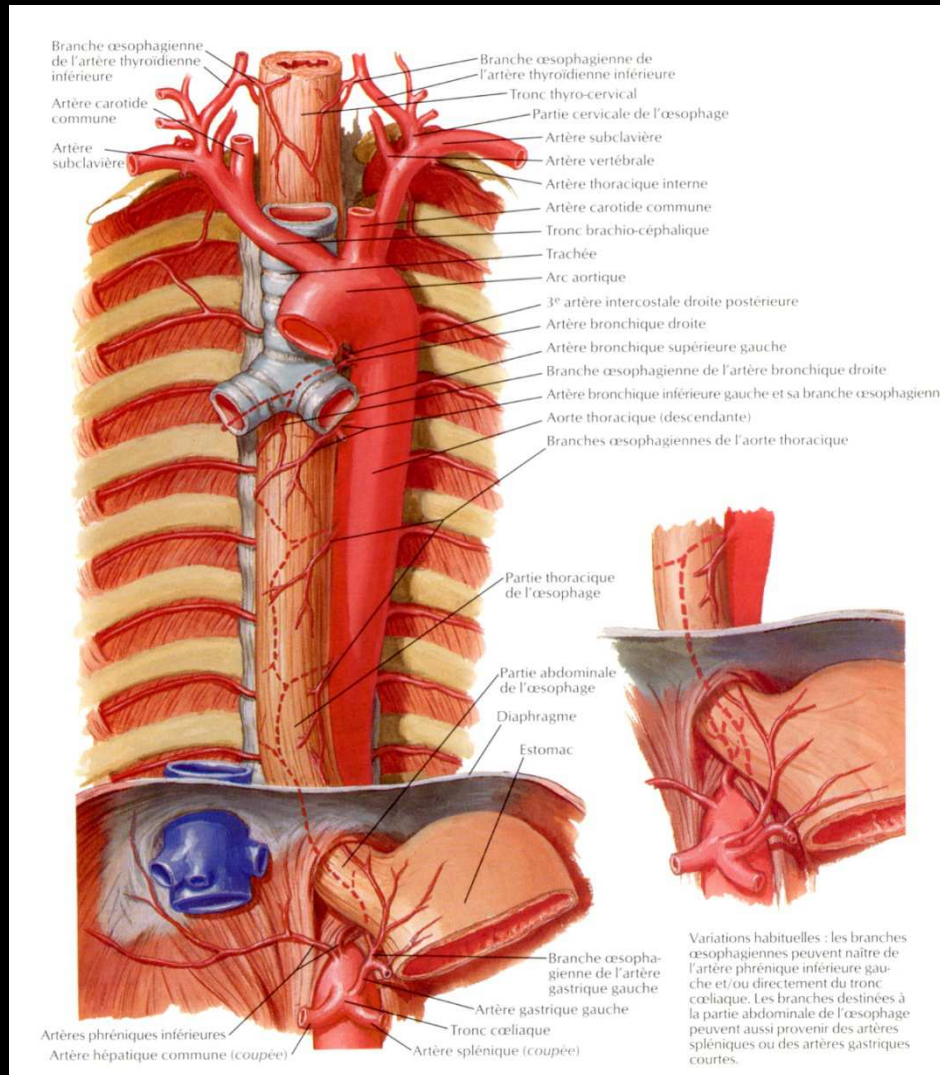


# Innervation:

- **Innervation motrice** assurée par les **nerfs vagues**, (pneumogastriques)
- L'oesophage et le S.O.I 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 :

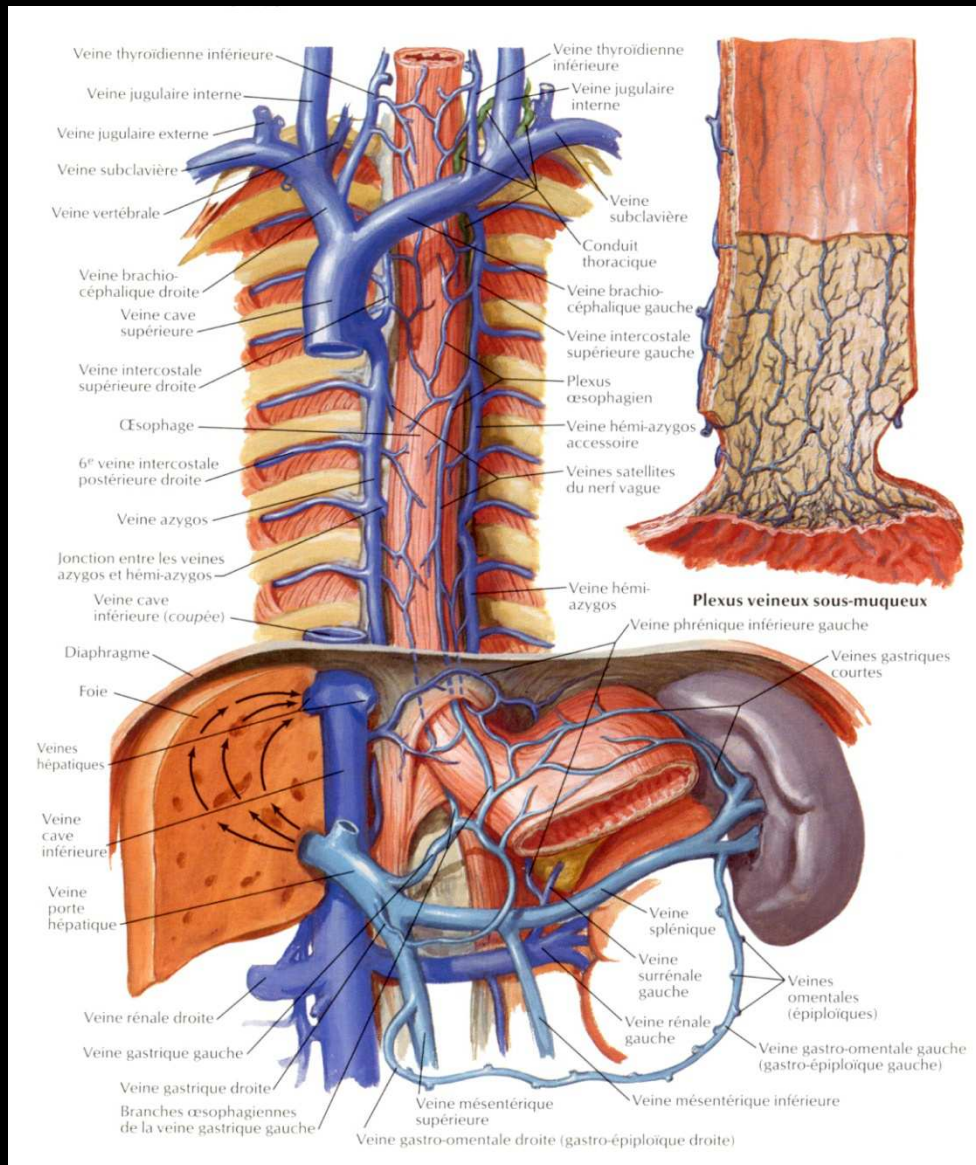


## Artérielle

- **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**

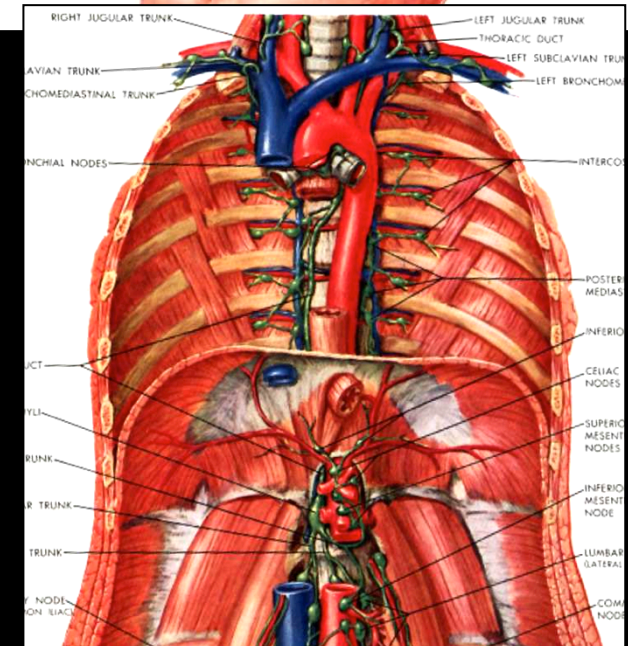
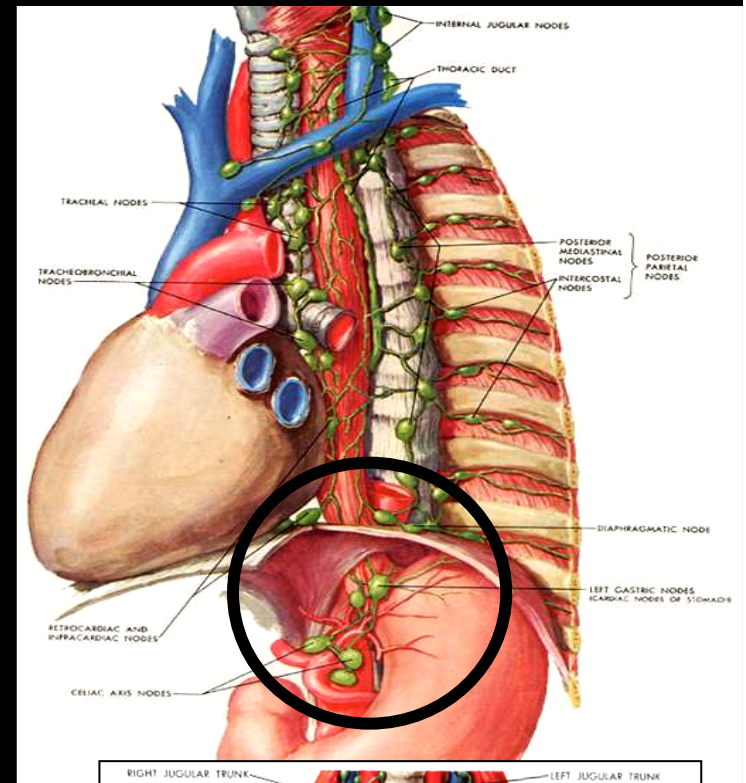
- *Dans le bas oesophage*, les collatérales de la **veine gastrique gauche** (branche de la veine porte) communiquent avec les azygos dans la sous-muqueuse : les varices œsophagiennes dans la sous-muqueuse en cas d'HTP peuvent être la cause d'une hémorragie digestive massive



# Drainage lymphatique:

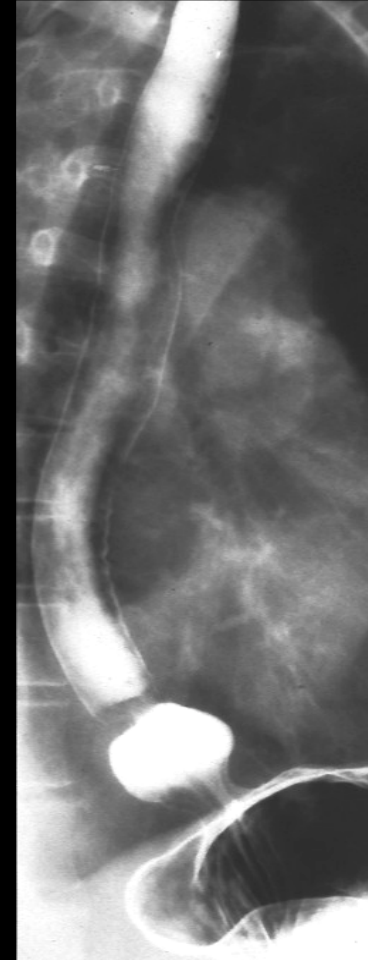
- *Tiers supérieur* : les lymphatiques se déversent dans les ganglions lymphatiques cervicaux profonds
- *Tiers moyen* : ils se déversent dans les ganglions médiastinaux supérieurs et postérieurs
- *Tiers inférieur* : les lymphatiques suivent l'artère gastrique gauche pour aboutir aux ganglions gastriques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

Les interconnexions entre ces trois régions de drainage sont nombreuses.



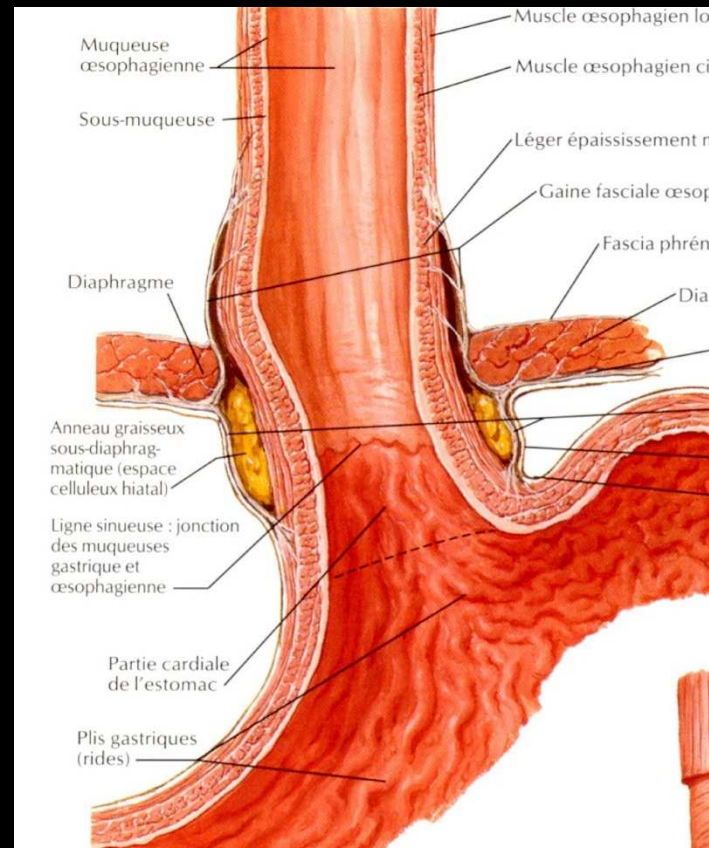
# Physiologie

- 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

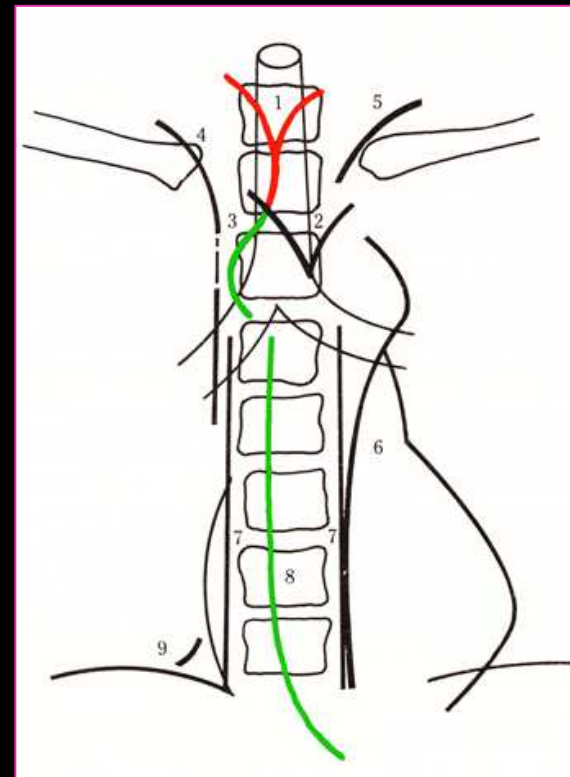
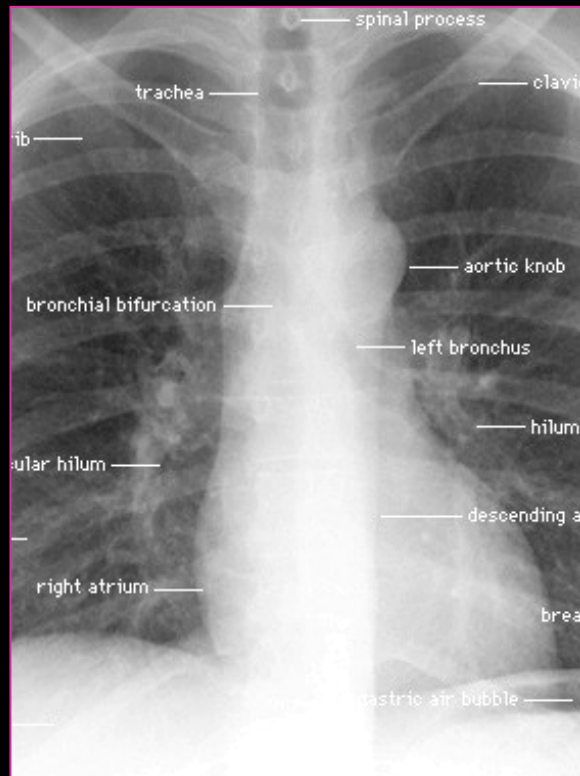


# Techniques d'imagerie de l'œsophage

## 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





volumineux cancer  
épidermoïde du tiers  
moyen

# 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 épiphrénique

# Empreintes normales

- Aorte
- Bronche souche G
- Cœur
- Arteria lusoria





# Techniques d'imagerie de l'œsophage

## 2-transit œsophagien ( suite )

hydrosolubles iodés « classiques »

**Gastrografine\* Télébrix gastro\***

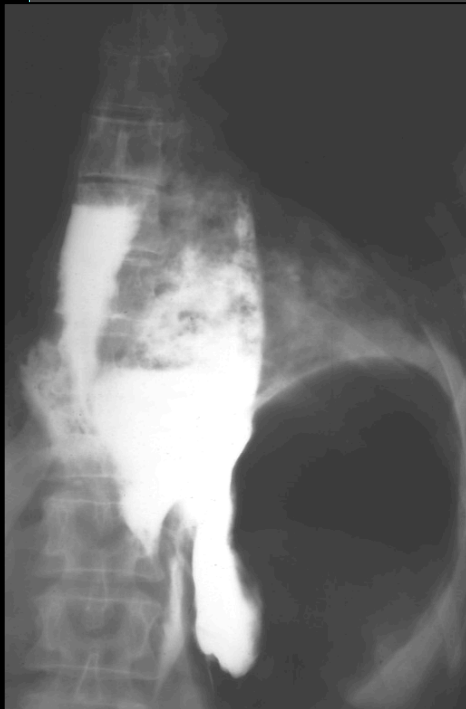
hyperosmolaires ; 3 à 5 fois l'osmolalité  
plasmatique ( dilués 50% )

- contrôles post chir.
- suspicions de rupture ou de perforation

hydrosolubles iodés iso-osmolaires

**Visipaque\***

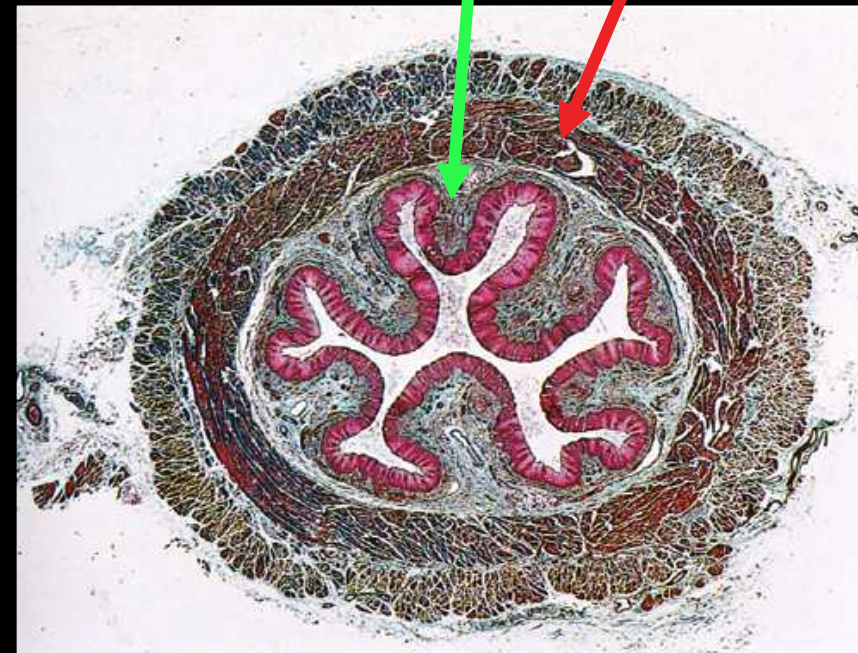
- suspicions de **fistule oeso trachéale**
- fausses routes et troubles de la déglutition



Sd de Boerhaave  
exploré à la baryte !

# Techniques d'imagerie de l'œsophage

## 3-endoscopie et écho endoscopie



# Histologie:

## Trois tuniques :

- la muqueuse
- la sous-muqueuse
- la musculuse
- pas de séreuse distincte (mince couche de tissu conjonctif lâche)

Muqueuse oesophagienne : épithélium pavimenteux, chorion et musculaire muqueuse, en direction longitudinale

Sous-muqueuse : contient du tissu conjonctif, des lymphocytes, des cellules plasmatisques et des cellules nerveuses (plexus de Meissner)

Tunique musculaire : fibres profondes circulaires et fibres superficielles longitudinales.

## 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

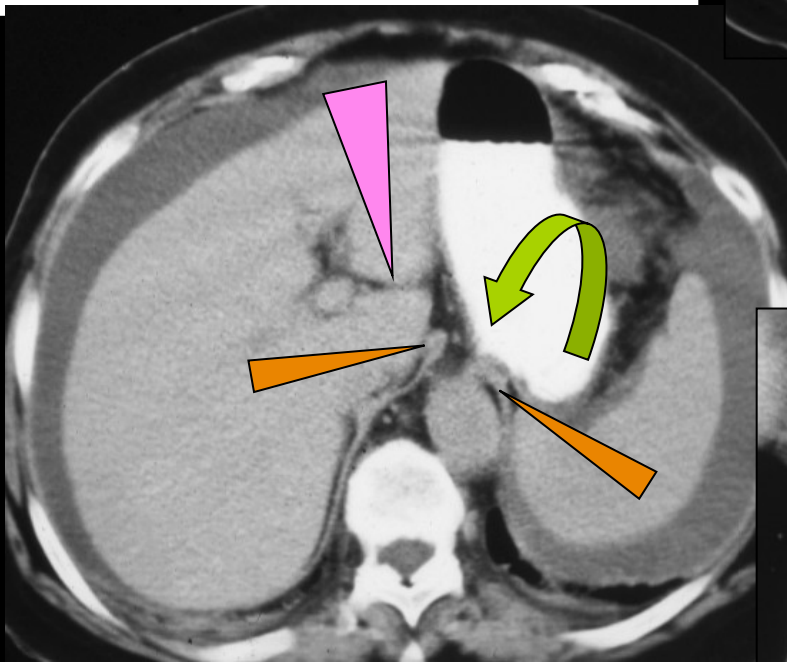
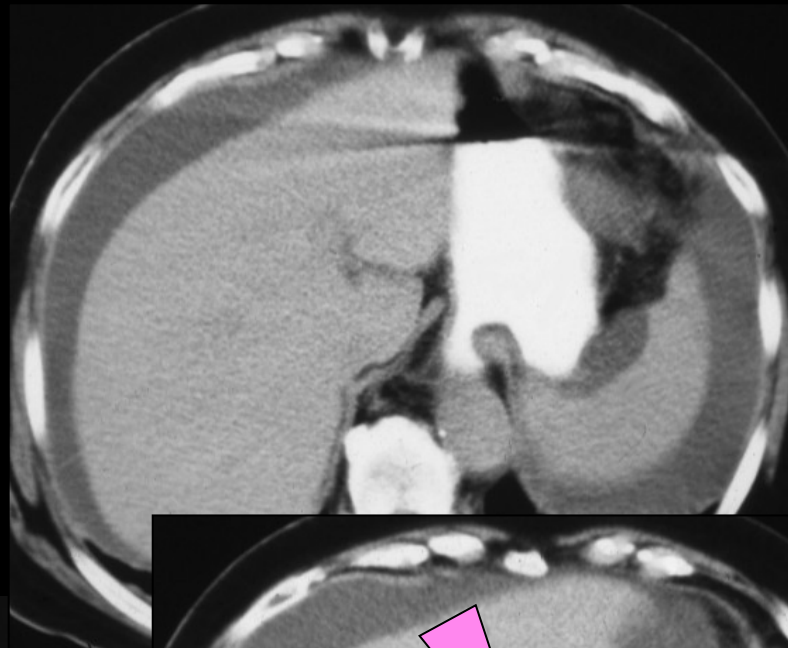
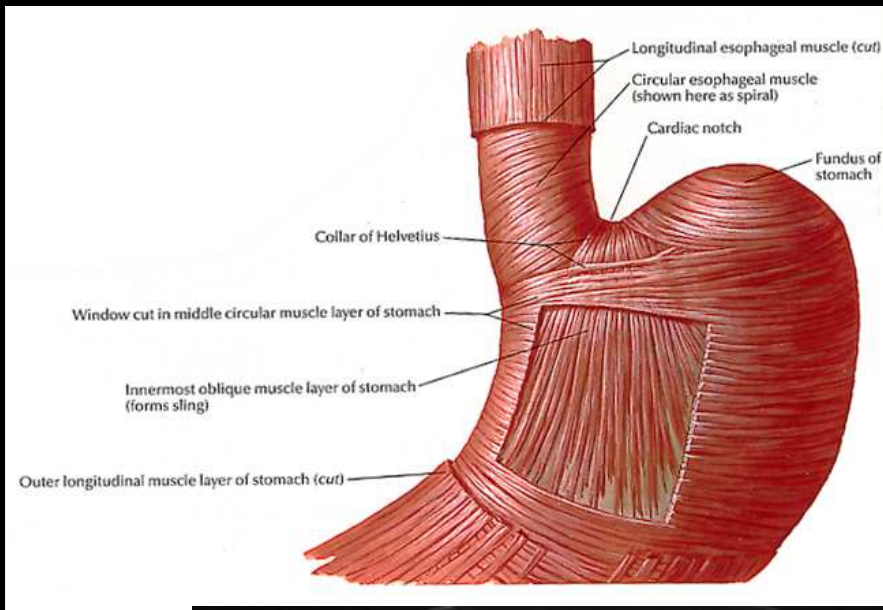
# Techniques d'imagerie de l'œsophage

## 4- Scanner: pathologie tumorale ++

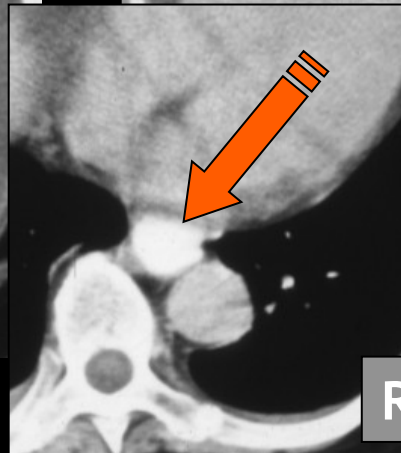
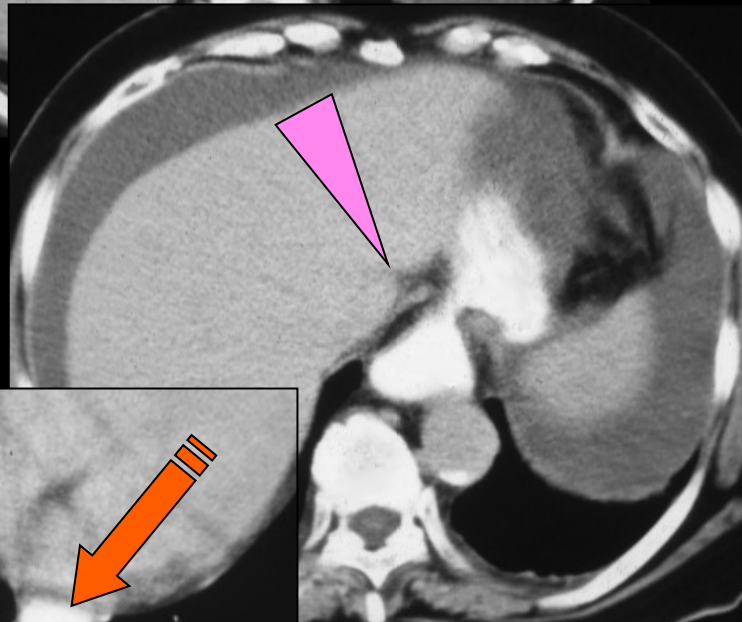
*Examen clé pour l'extension locorégionale et métastatique, pour l'évaluation de la résecabilité et le choix thérapeutique :*

- 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: méta pulmonaires, hépatiques, surrénales. Les ganglions à distance (sus claviculaires) sont considérés comme métastases

Avec ingestion d'eau ++++



hernie hiatale par glissement



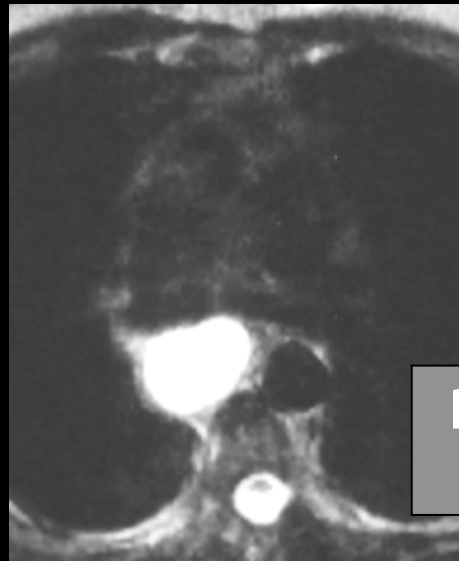
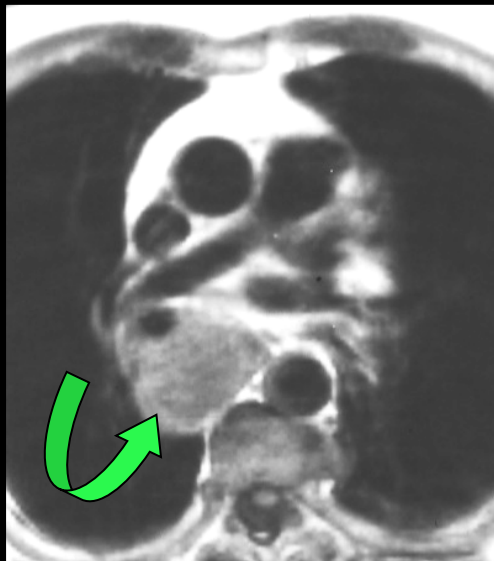
RGO spontané

# 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

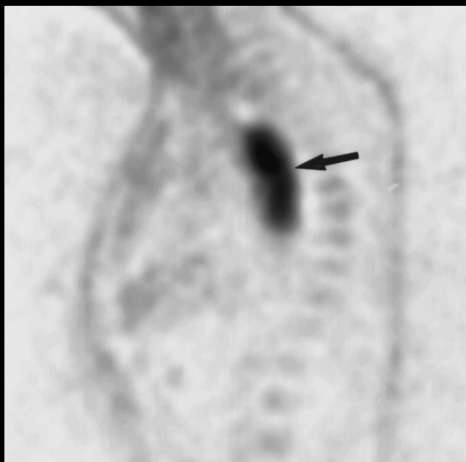


hématome spontané intramural de l'oesophage

# Techniques d'imagerie de l'œsophage

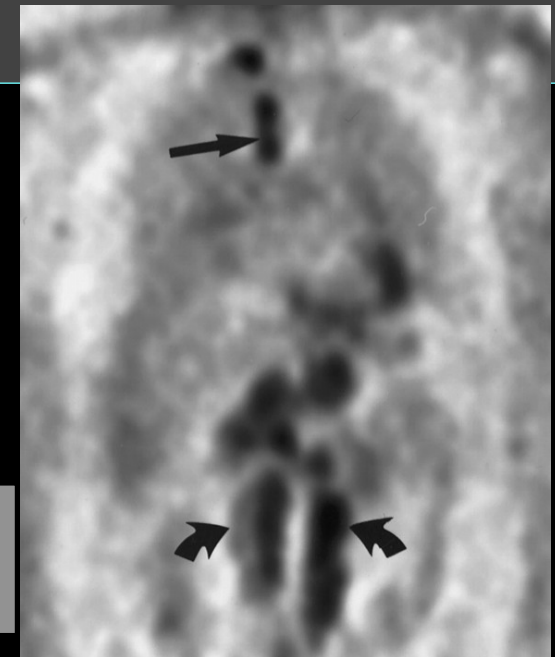
## 6-médecine nucléaire

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

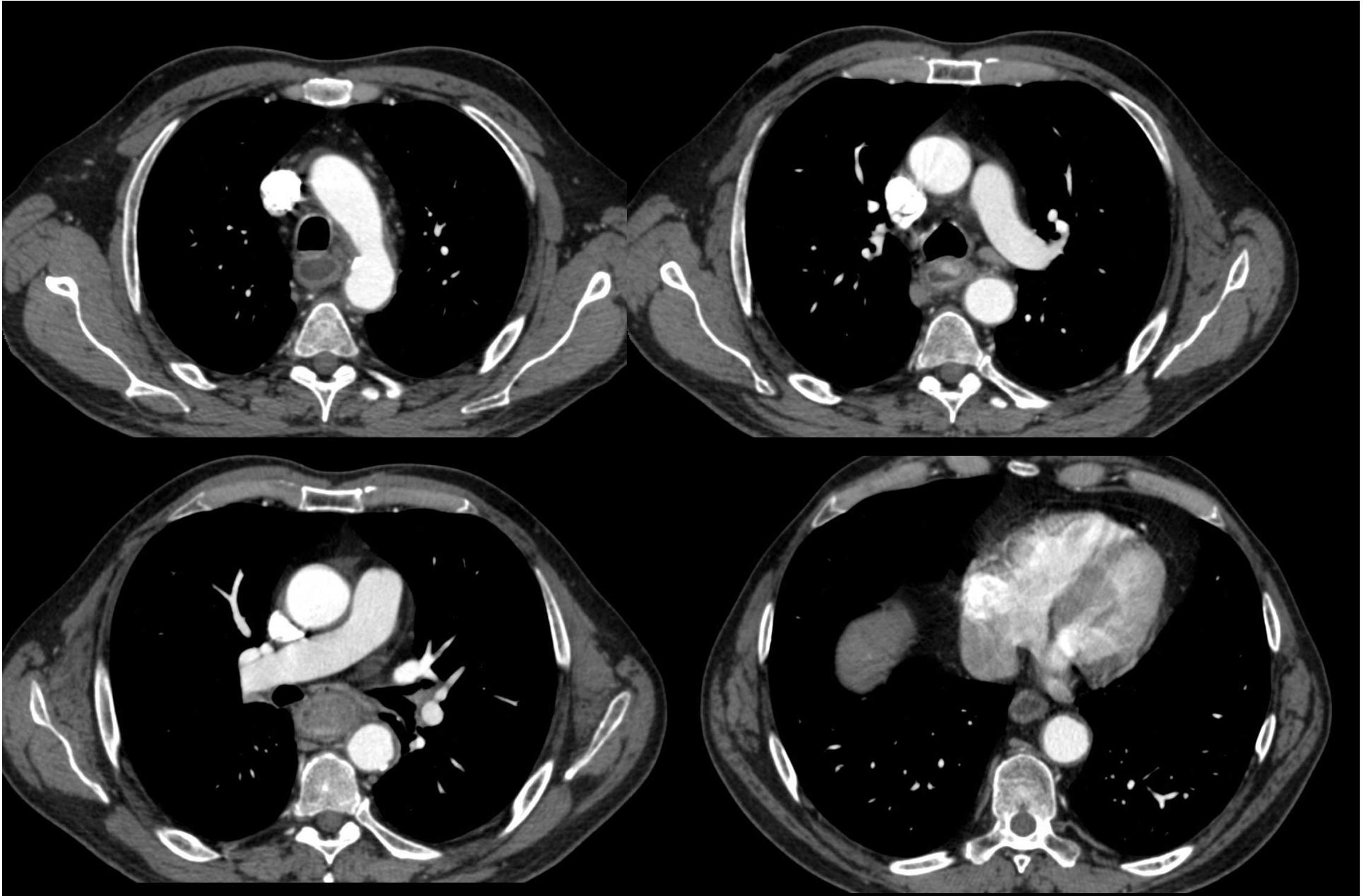


cancer 1/3 moyen

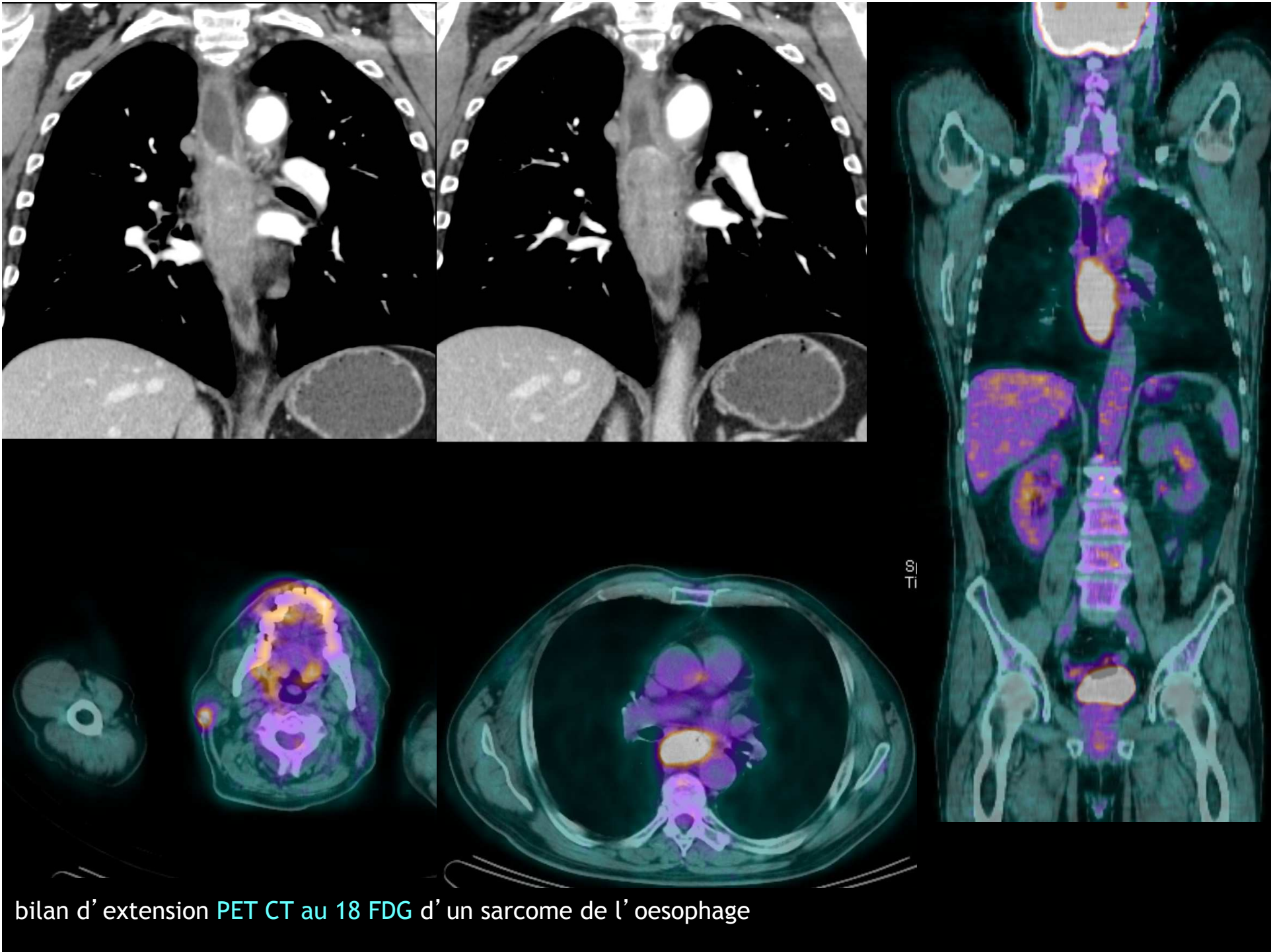
cancer 1/3 moyen  
avec métas GG







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

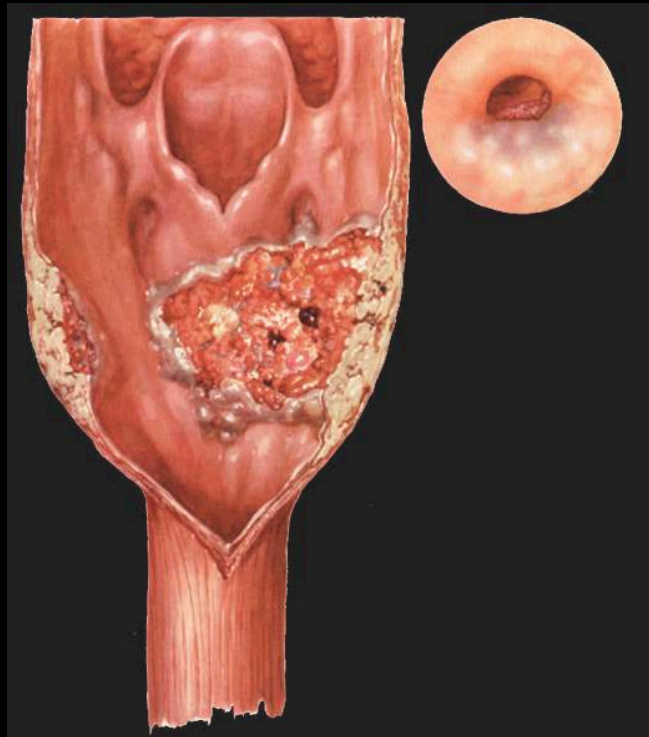


bilan d' extension PET CT au 18 FDG d' un sarcome de l'oesophage

# Pathologie tumorale de l'œsophage

## 1 - tumeurs épithéliales malignes

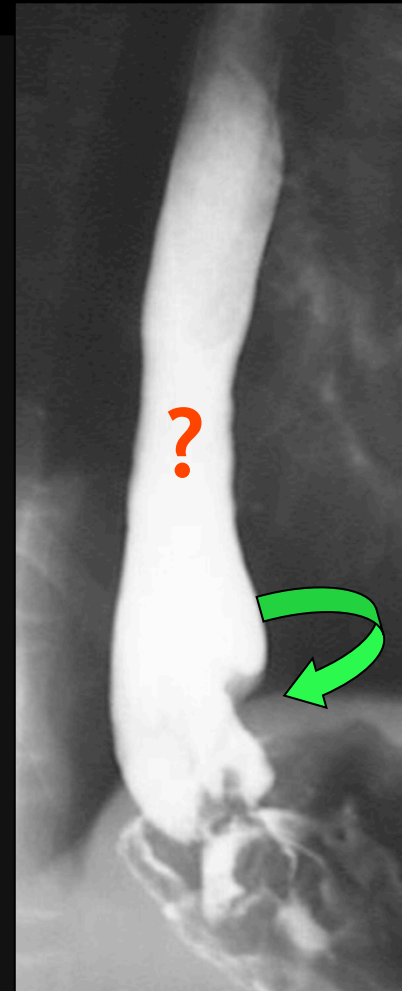
### 1a. cancers épidermoïdes (80-90%)



formes macroscopiques



endoscopie + biopsies  
colorations



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

# Le carcinome épidermoïde

- Etiologies :

- **Facteurs exogènes:**

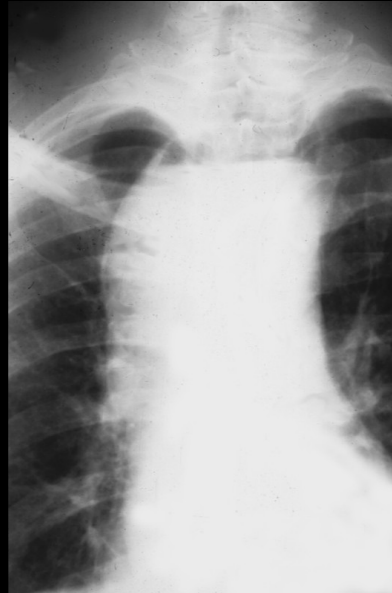
- **Alcool**
- **Tabac**
- **Alimentation et habitudes alimentaires:** aliments ou liquides chauds; plantes irritantes avec particules de silice, avoine, blé, déficit vitaminique, en zinc, en molybdène
- **Substances carcinogènes:** nitrosamines, mycotoxines contaminant l'alimentation
- **Radiations ionisantes**
- **Facteurs socioéconomiques**

# Le carcinome épidermoïde

- Etiologies :

- Facteurs endogènes:

- Cancer ORL
- Méga oesophage
- Oesophagite caustique
- Diverticules de Zenker : <1%
- Dysplasie oesophagienne au cours des sidéropénies (Plummer-Vinson, Kelly-Patterson) : 10%, pays nordiques
- Sclérothérapie des varices oesophagiennes, ATCD de gastrectomie
- Prédisposition génétique: tylose (kératodermie palmo-plantaire héréditaire), maladie coeliaque

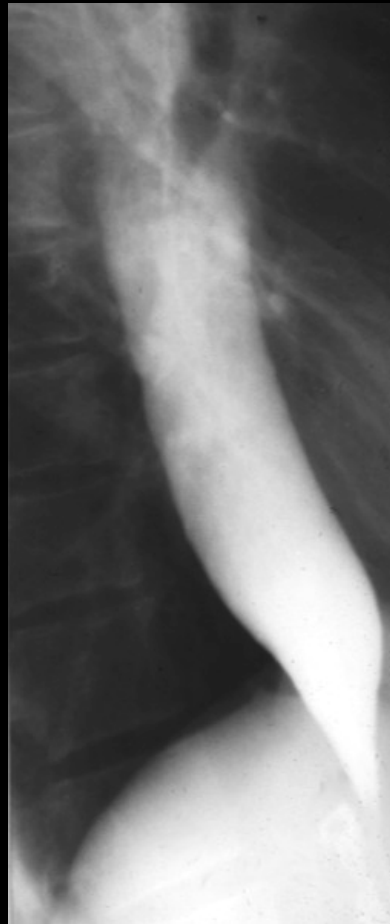


- Trouble moteur œsophagien : défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage, défaut d'innervation intrinsèque et extrinsèque, apéristaltisme du corps œsophagien

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

- Fibro gastrique avec biopsies, manométrie+++





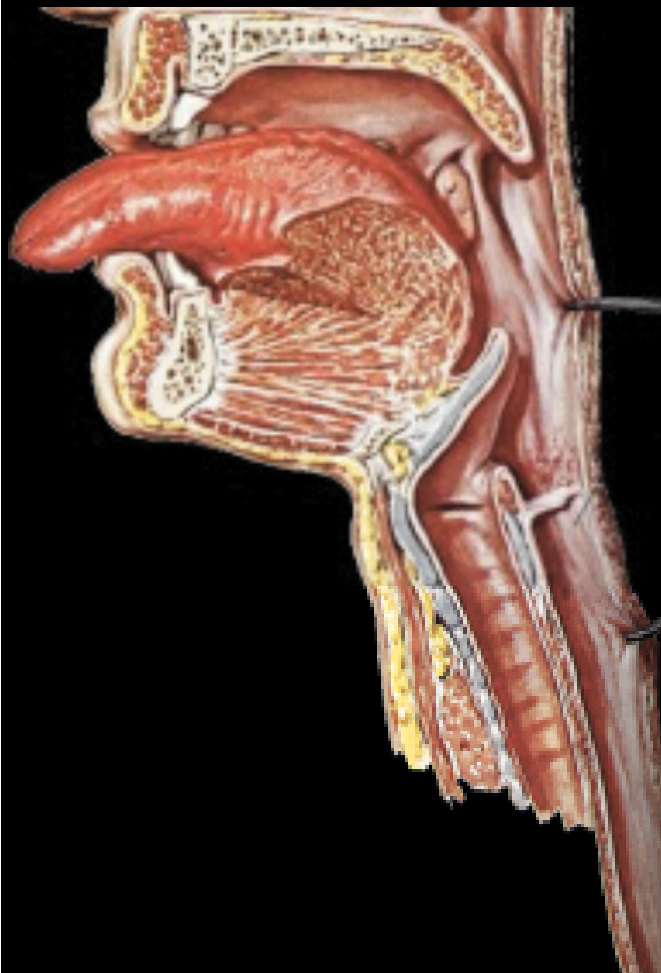
Dilatation oesophagienne en  
chaussette

Rétrécissement régulier centré en  
queue de radis

Absence d'ondes péristaltiques

méga œsophage



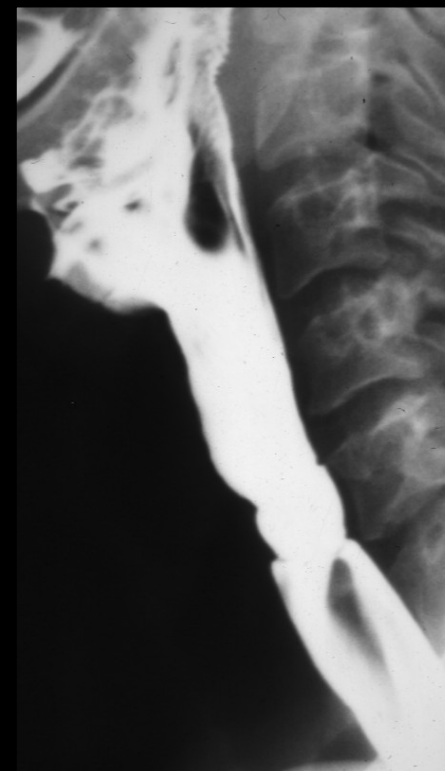


Diaphragme muqueux  
Translucide (partie basse  
oesophage cervical)

### Dysphagie sidéropénique de Plummer-Vinson

#### Etat multicausal

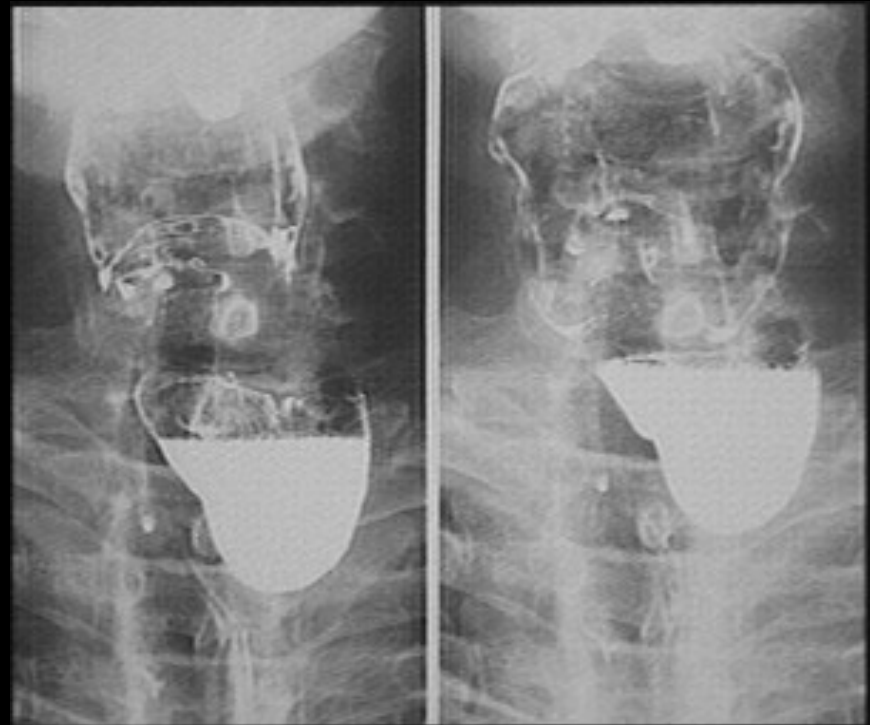
- Dysphagie constante
- Anémie hypochrome
- Lésions mucophanériennes  
(perlèche, glossite, ongles et  
cheveux cassants)



## Diverticule de Zenker

- Hernie postérieure de la muqueuse et de la sous-muqueuse, à travers la musculuse

- Entre le constricteur inférieur du pharynx et le crico-pharyngien



# Classification TNM des K oesophagiens (UICC 2009)

**Tis** Carcinome in situ ou dysplasie de haut grade

**T1** : envahissement limité à la sous-muqueuse

**T2** : tumeur envahissant la musculuse, sans la dépasser

**T3** : tumeur envahissant la graisse médiastinale

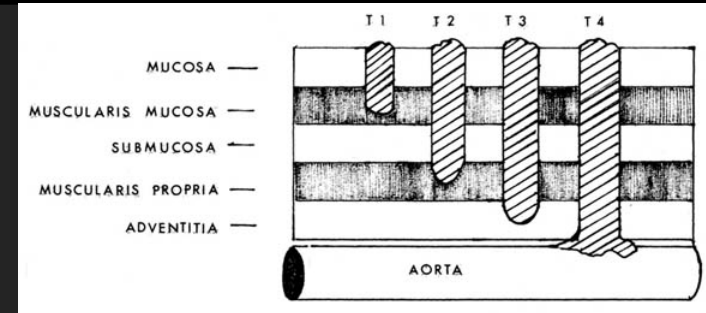
**T4** : tumeur envahissant les structures adjacentes

**T4a** : plèvre, péricarde, diaphragme

**T4b** : aorte, corps vertébral, trachée

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

**N1** : métastases ganglionnaires lymphatiques régionales

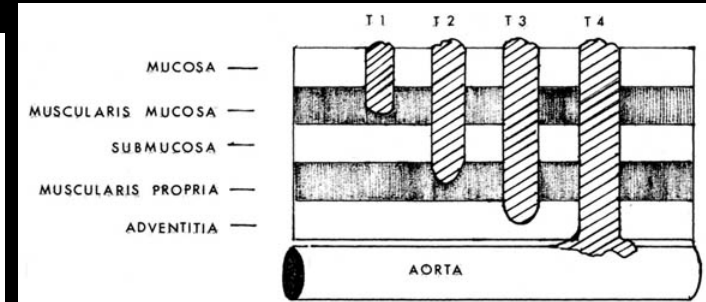


# Classification TNM des K oesophagiens (UICC 2009)

## 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.

<b>NX</b>	Le statut des ganglions régionaux ne peut être évalué
<b>N0</b>	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
<b>N1</b>	Métastases dans 1-2 ganglions lymphatiques régionaux
<b>N2</b>	Métastases dans 3-6 ganglions lymphatiques régionaux
<b>N3</b>	Métastases dans 7 ganglions régionaux ou plus
<b>pNO</b>	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 IIa : T2 ou T3 N0, M0

Stade IIb : T1 ou T2 N1, M0

Stade III : T3 ou T4, N1 M0

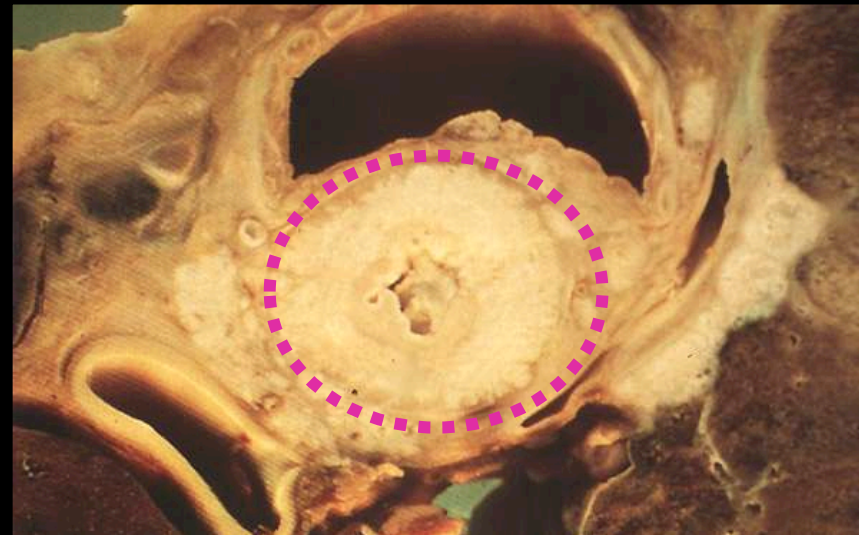
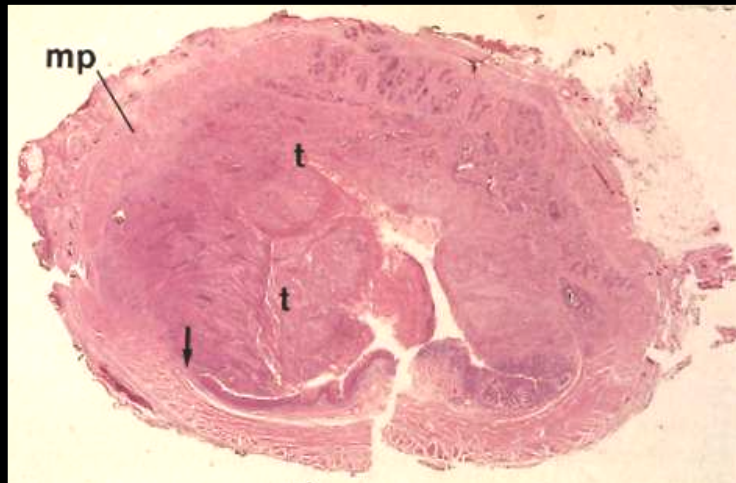
Stade IV : tous T ou tous N M1

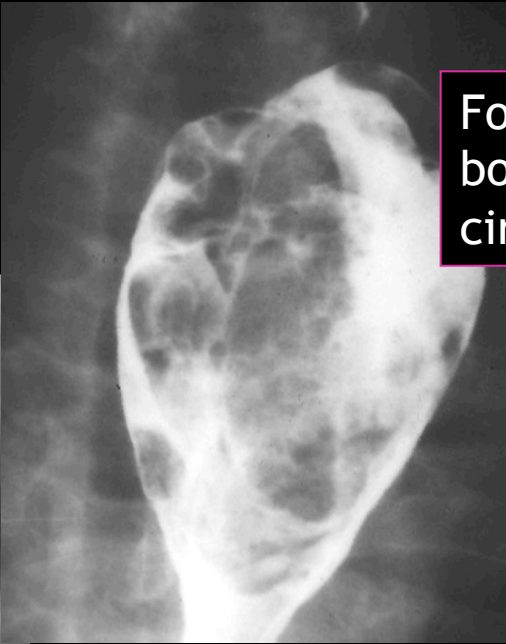
Groupement par stades UICC

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

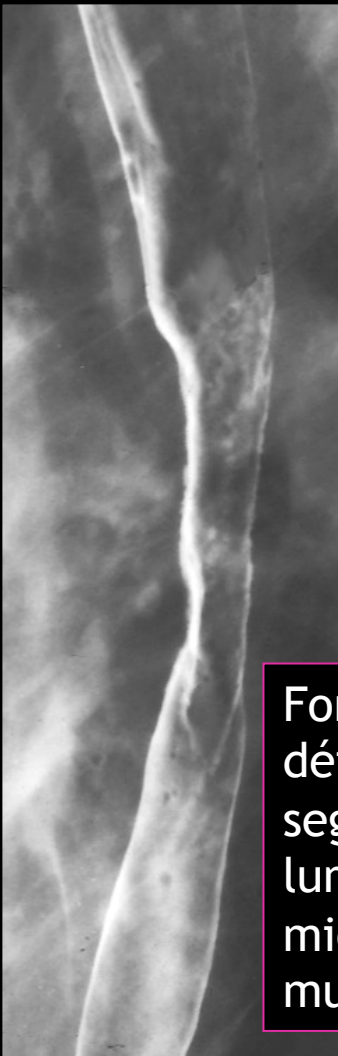
## Bilan d'extension local T ( et N proximal )

- en **taille** : **axial circonférentiel** (endos ++ et écho-endos)
- en **hauteur** ( + localisation )  
cliché thorax F+P / scanner  
avec opacification de l'oeso ( DC +++)
- en **profondeur** (+ ADP proximales ) : écho-endoscopie






Forme étendue ulcéro  
bourgeonnante,  
circonférentielle



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



Forme sténosante  
circonférentielle

formes macroscopiques des gros K épidermoïdes

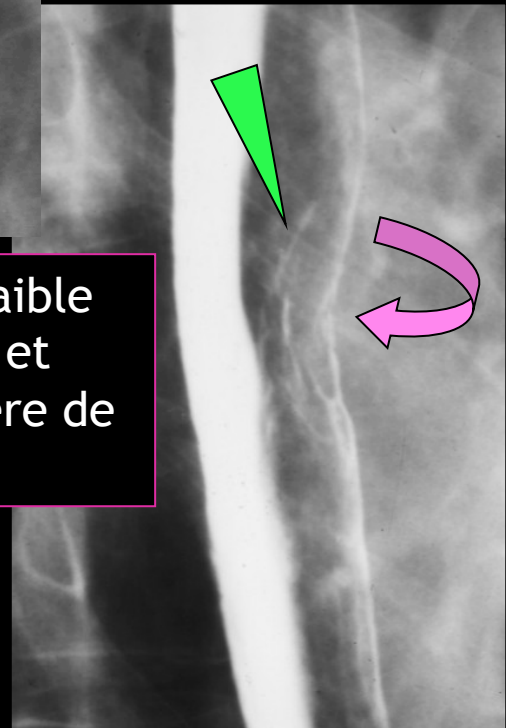


Forme polypoïde:  
Lésion en surélévation  
nodulaire endoluminale  
sans infiltration pariétale



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

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



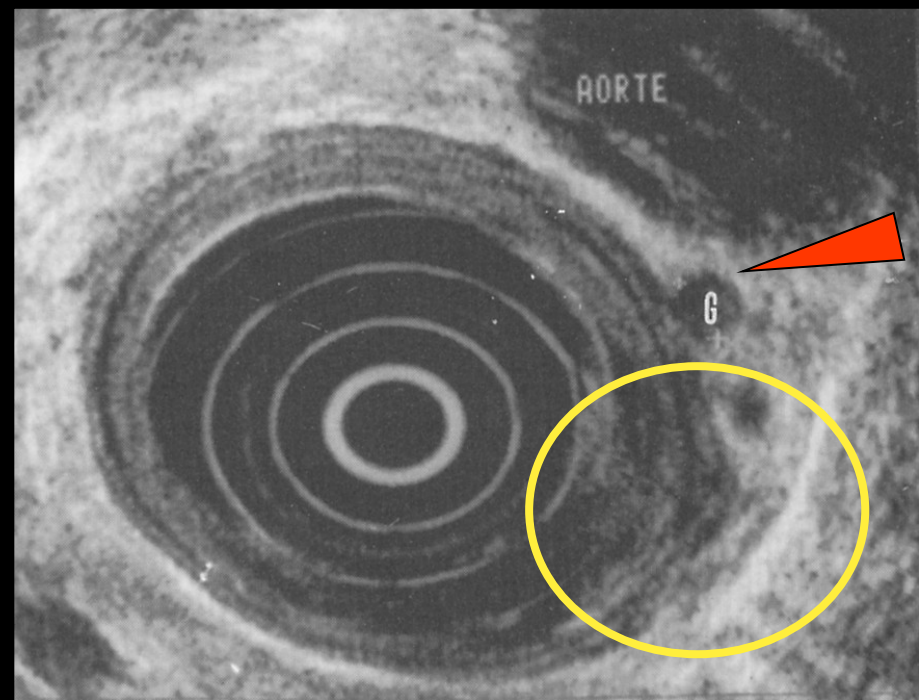
formes macroscopiques des petits K épidermoïdes



## Bilan d'extension local T ( et N proximal )

Echo-endoscopie :

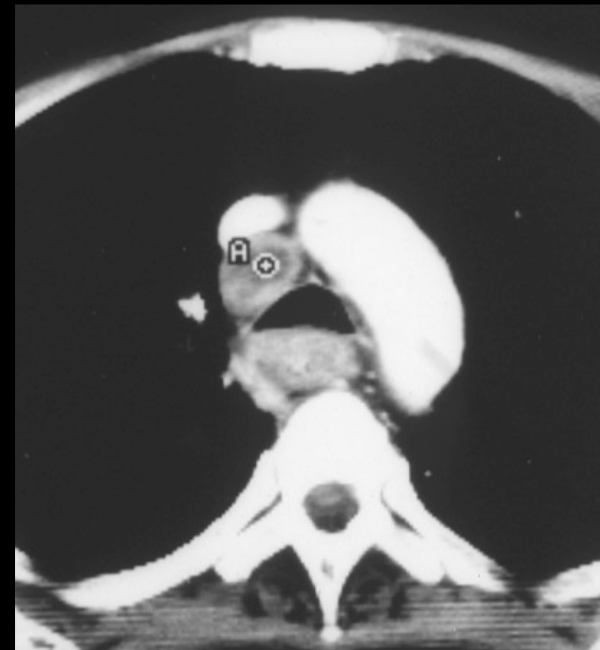
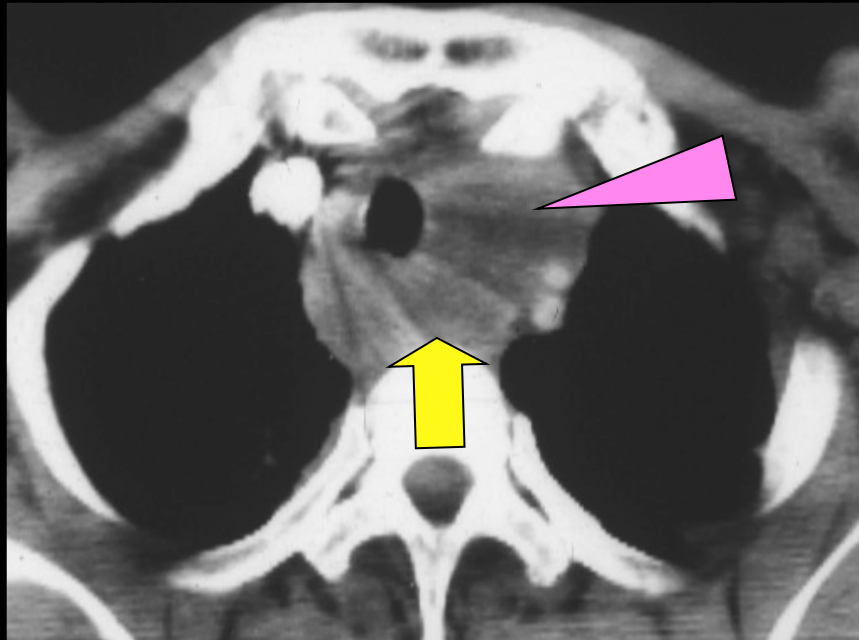
- extension en profondeur +++
- ganglions ++



## Bilan d'extension local T ( et N proximal )

Place du scanner dans le bilan T:

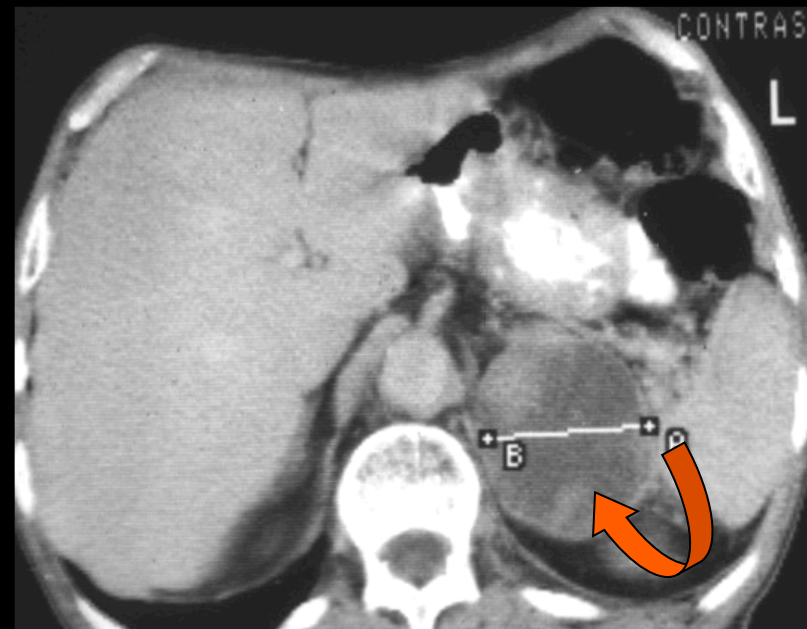
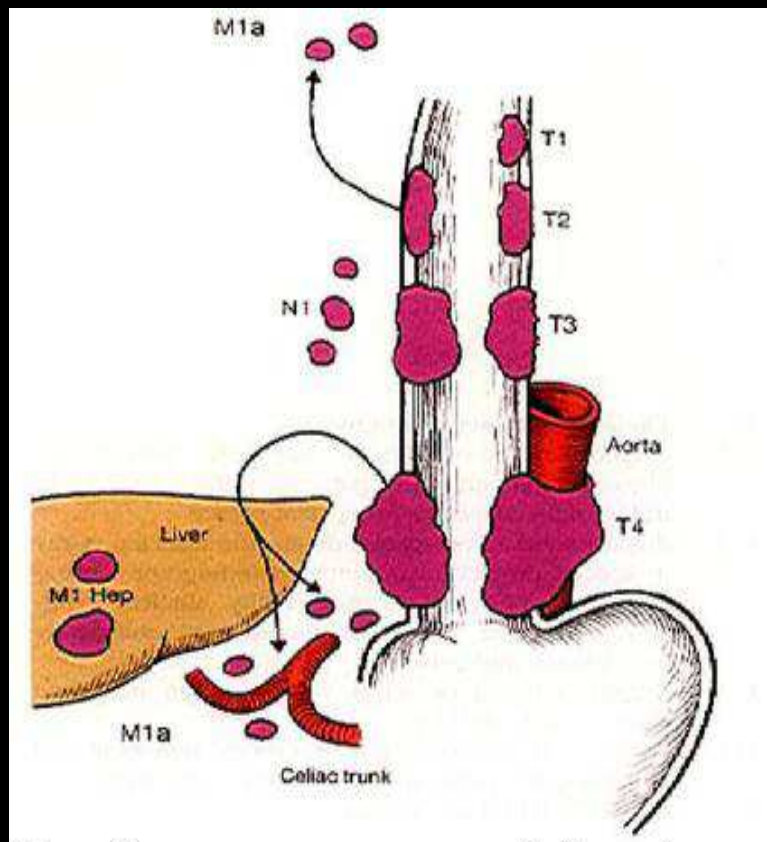
- taille de la lésion : **diamètre >3cm**
- infiltration des structures adjacentes  
**convexité antérieure de la paroi trachéale postérieure**  
**recouvrement de l'aorte sur plus de 90° (angle de Pincus)**



## 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 :

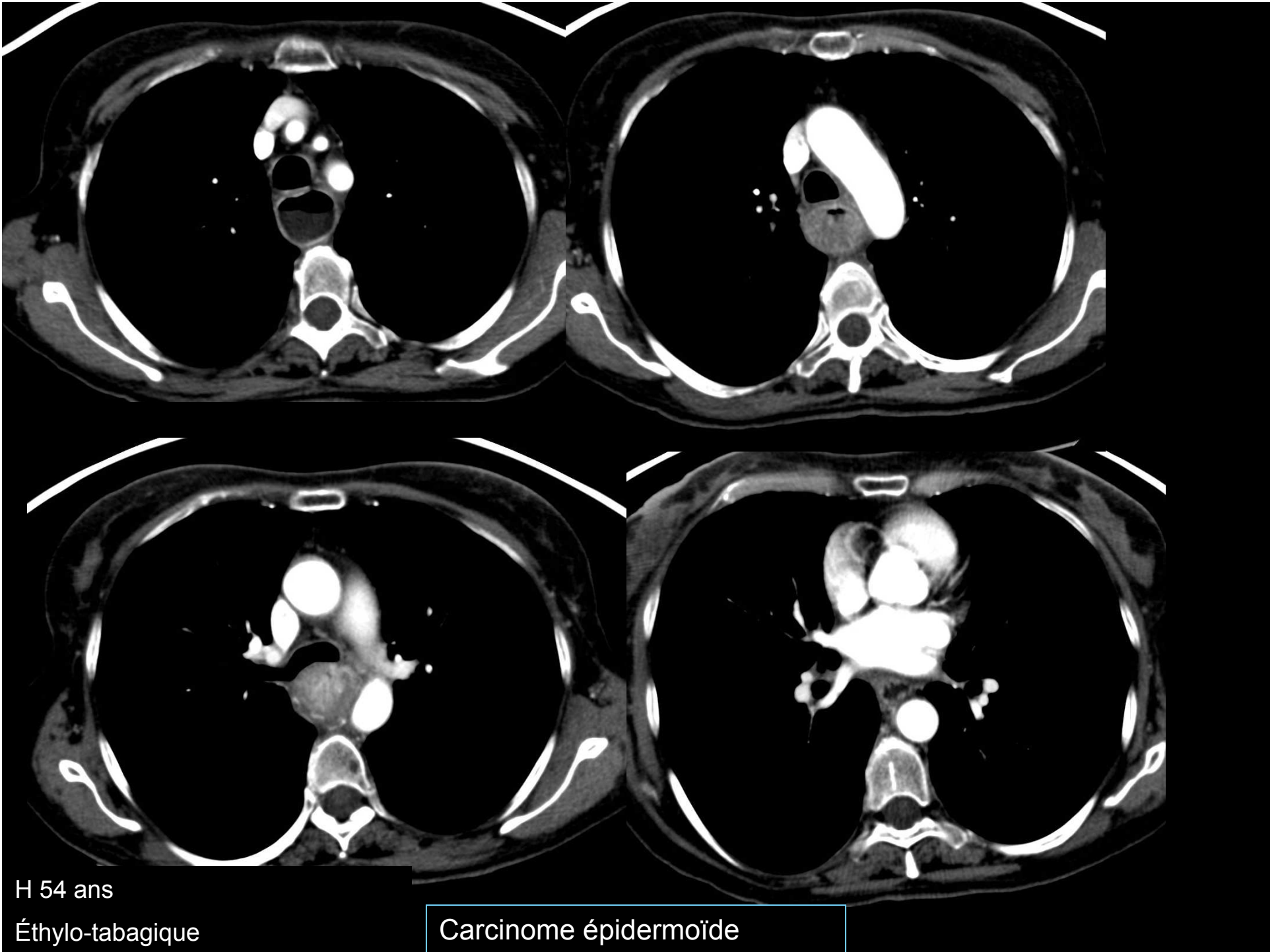
- pas supérieure au scanner pour le bilan d'extension médiastinal ou prédiction de résecabilité tumorale

- TEP FDG:

- intérêt dans l'extension locorégionale et à distance

- TOGD:

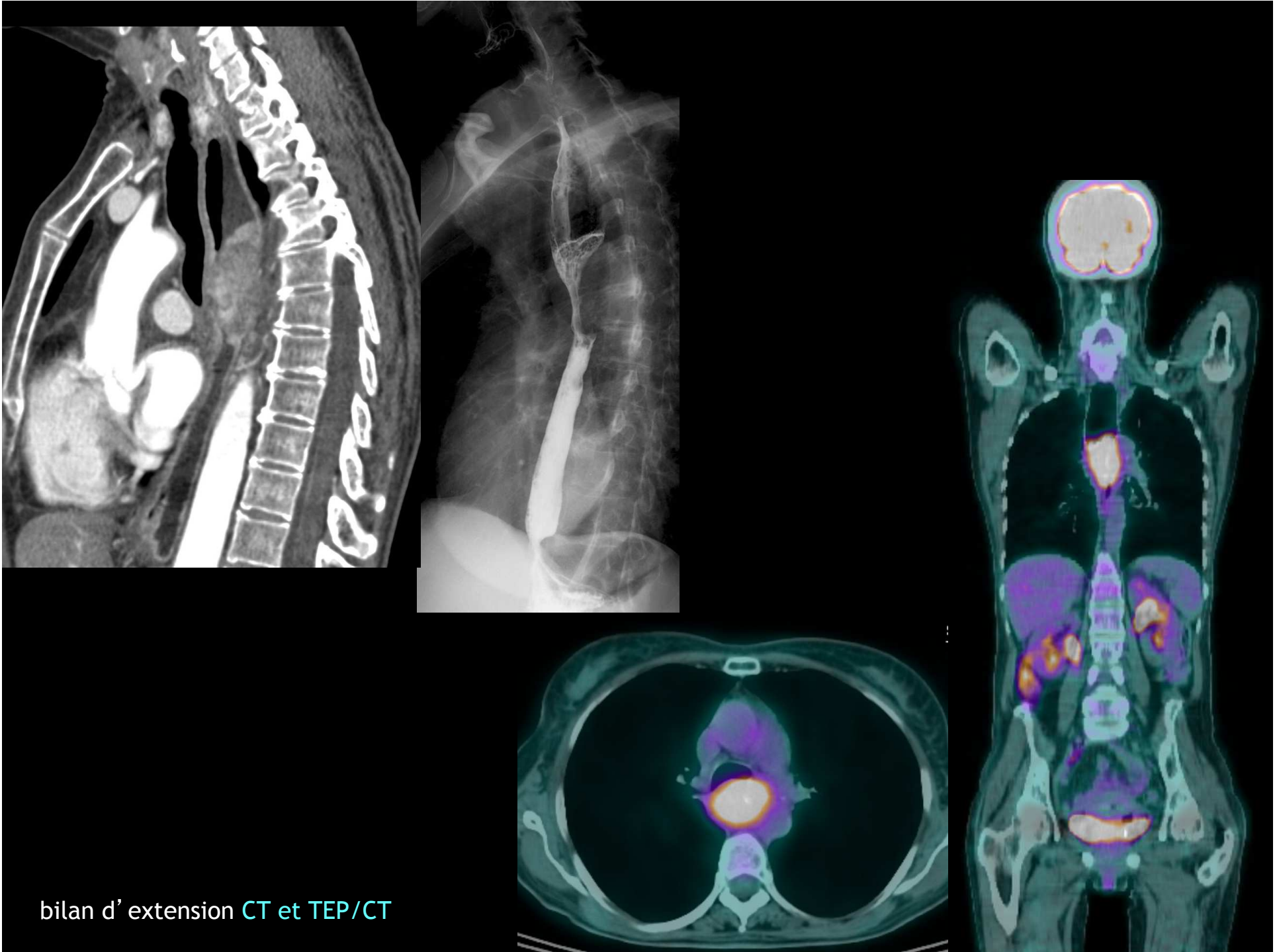
- niveau du pôle sup de la tumeur : localisation de l'anastomose, thoracique ou cervicale
- longueur de la tumeur (>5cm) et désaxation de la lumière (facteurs de mauvais pronostic)
- intérêt si une **endoprothèse** doit être posée



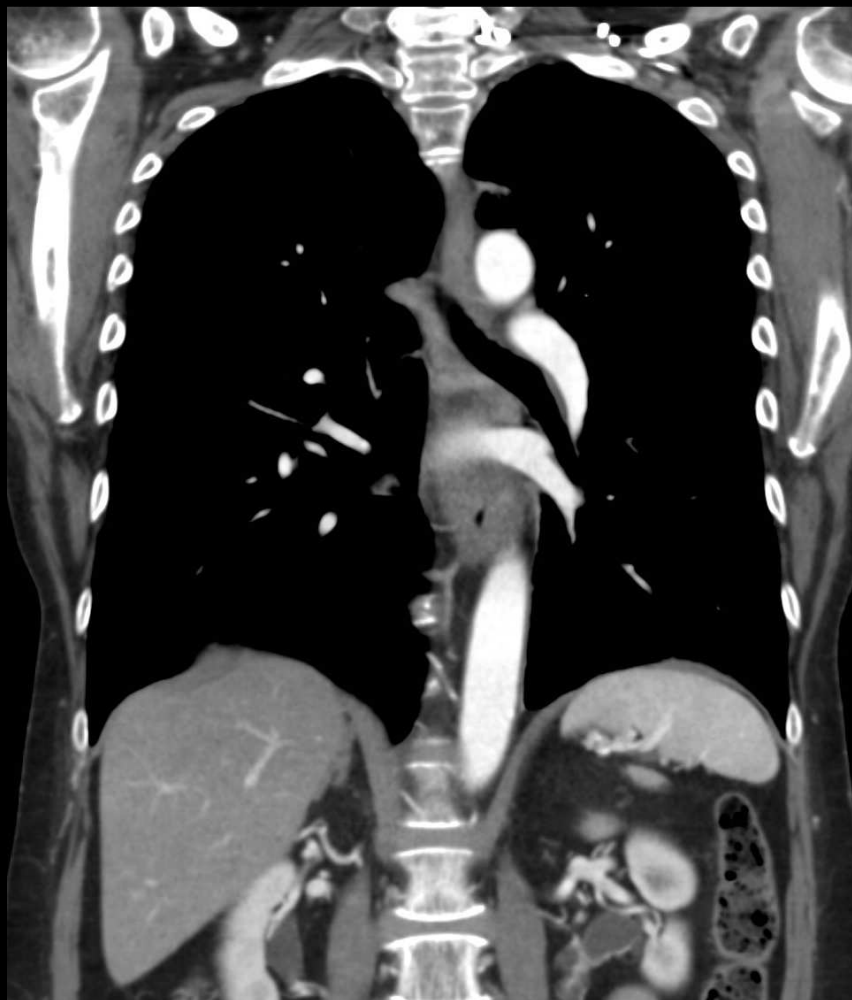
H 54 ans

Éthylo-tabagique

Carcinome épidermoïde



bilan d' extension CT et TEP/CT



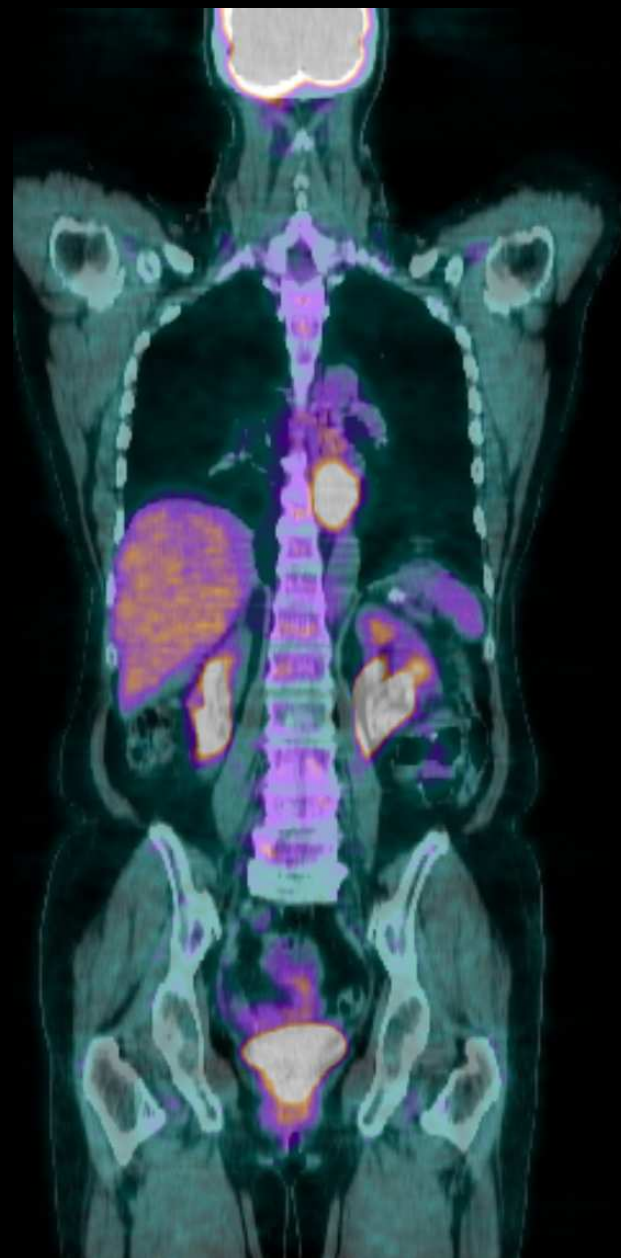
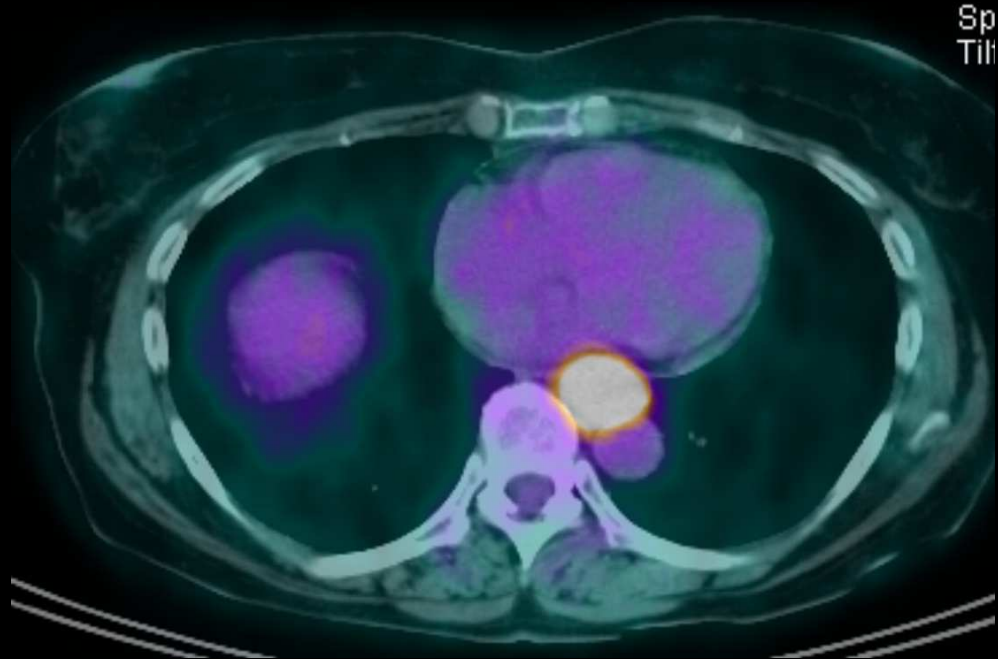
F 69 ans

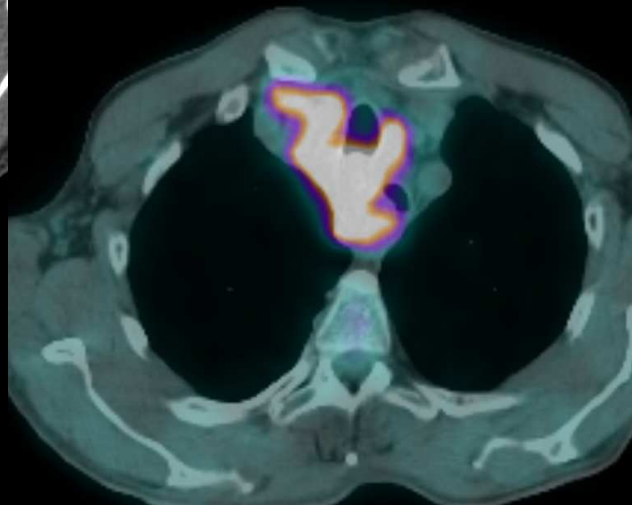
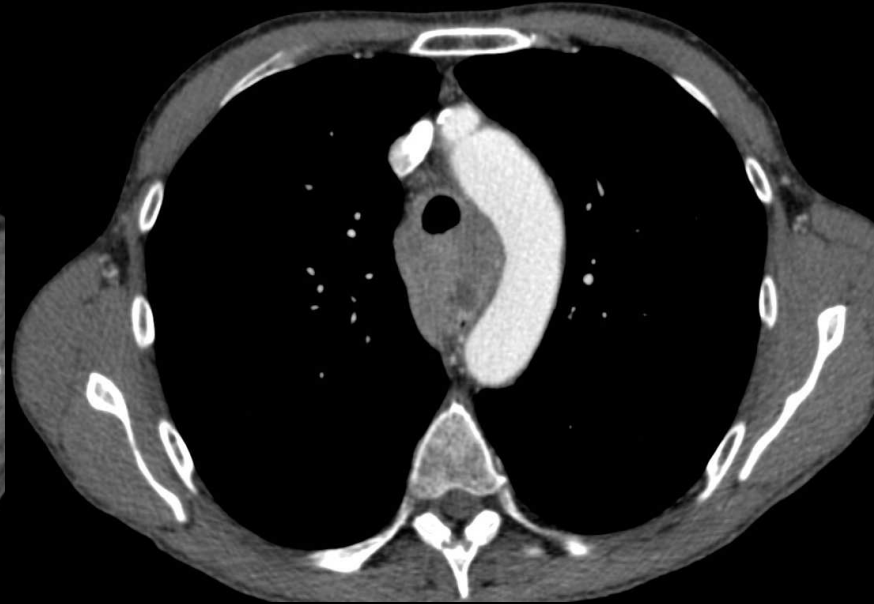
Bilan pré-thérapeutique

K épidermoïde du 1/3 moyen





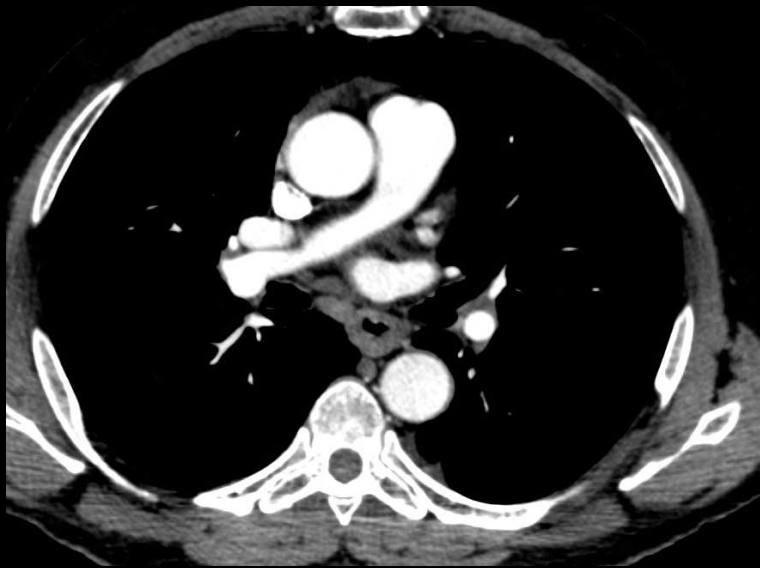




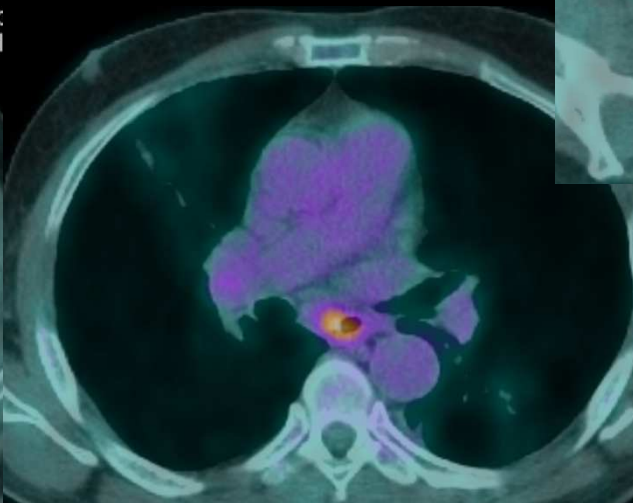
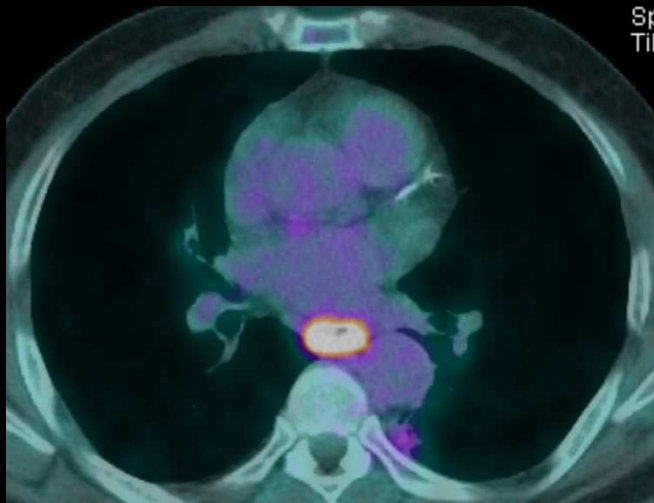
H 57 ans

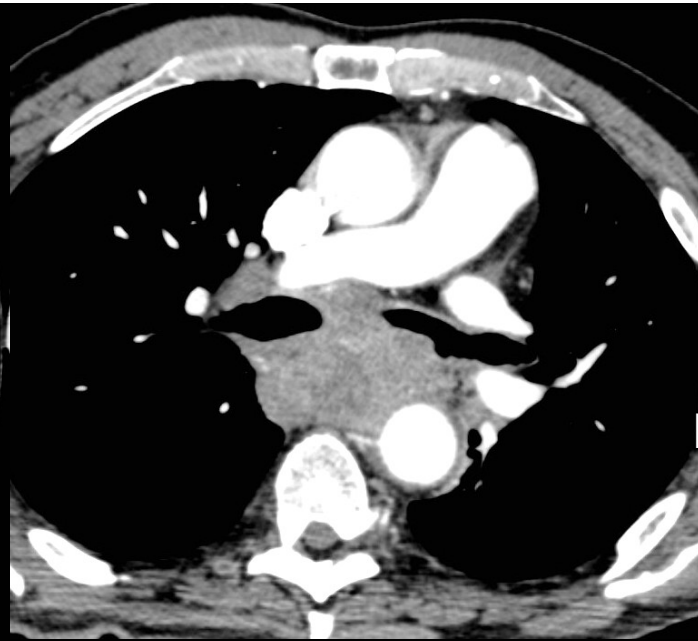
Bilan pré-thérapeutique

T4



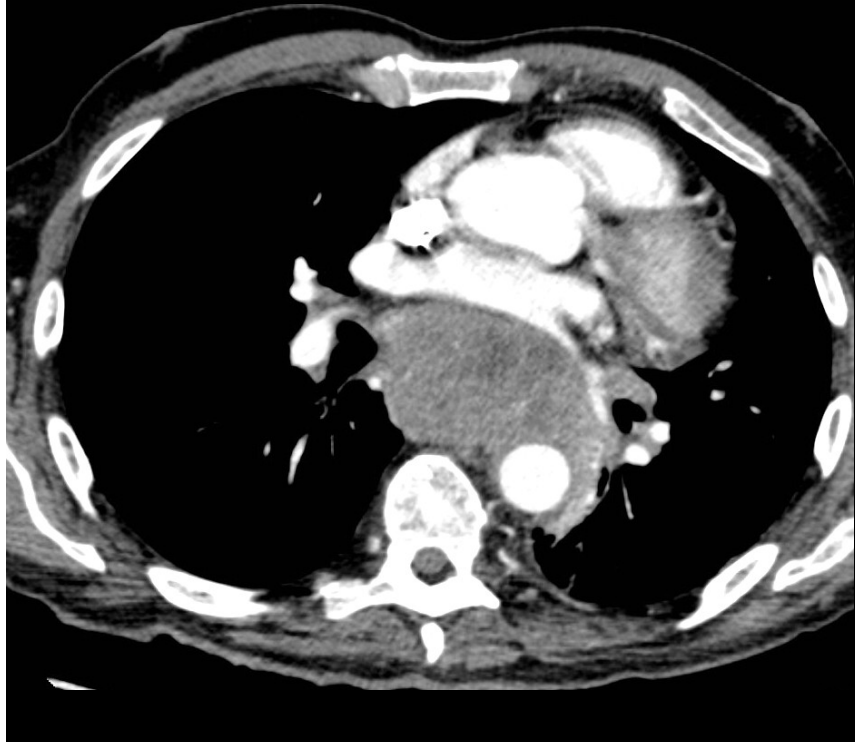
H 66 ans  
ATCD de dilatations  
itératives de  
l'œsophage pour  
sténose caustique  
K épidermoïde

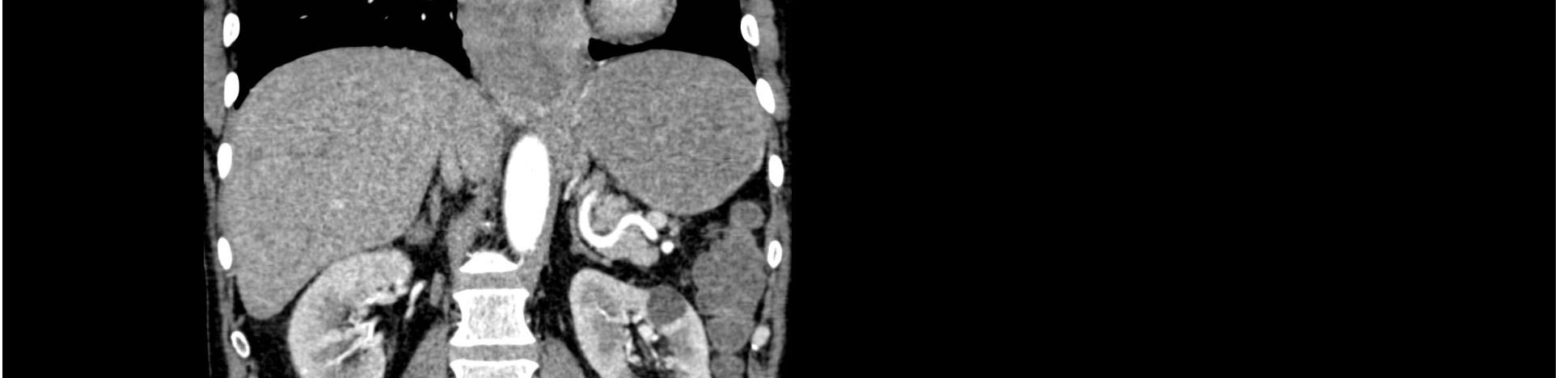




K épidermoïde

T4N+M1





# Pathologie tumorale de l'œsophage

## 1 - tumeurs épithéliales malignes (suite)

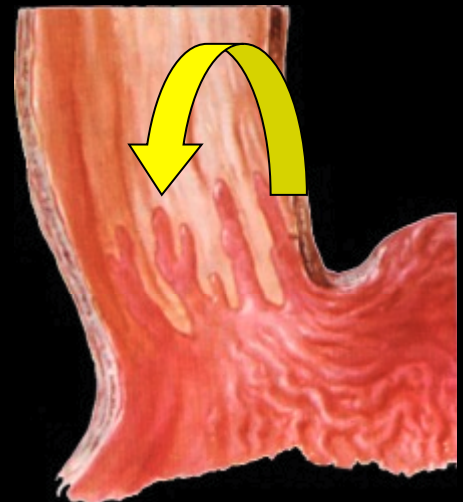
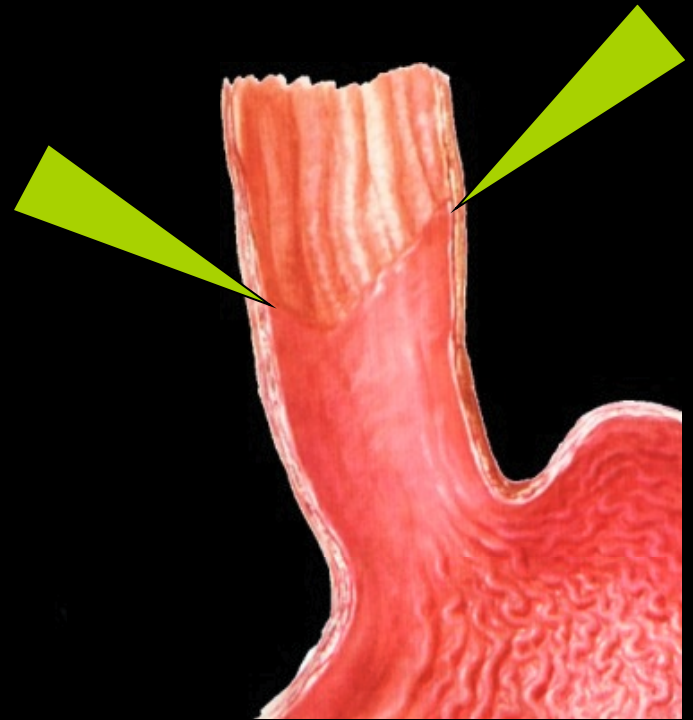
1b adénocarcinomes : 5-10% ; œsophage de Barrett  
métaplasie gastrique et/ou intestinale de  
la muqueuse du bas œsophage secondaire à un RGO

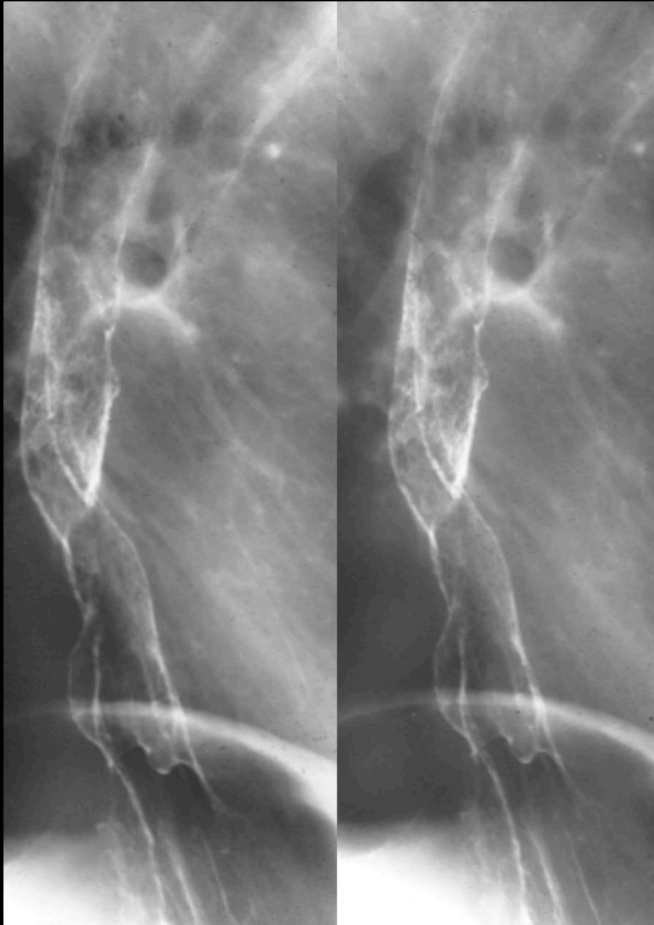


oesophage de Barrett  
endobrachyoesophage

ligne Z ou Z-Z

Muqueuse métaplasique au  
dessus de la ligne Z





## oesophage de Barrett

- Aspect réticulaire de la muqueuse
- Sténose

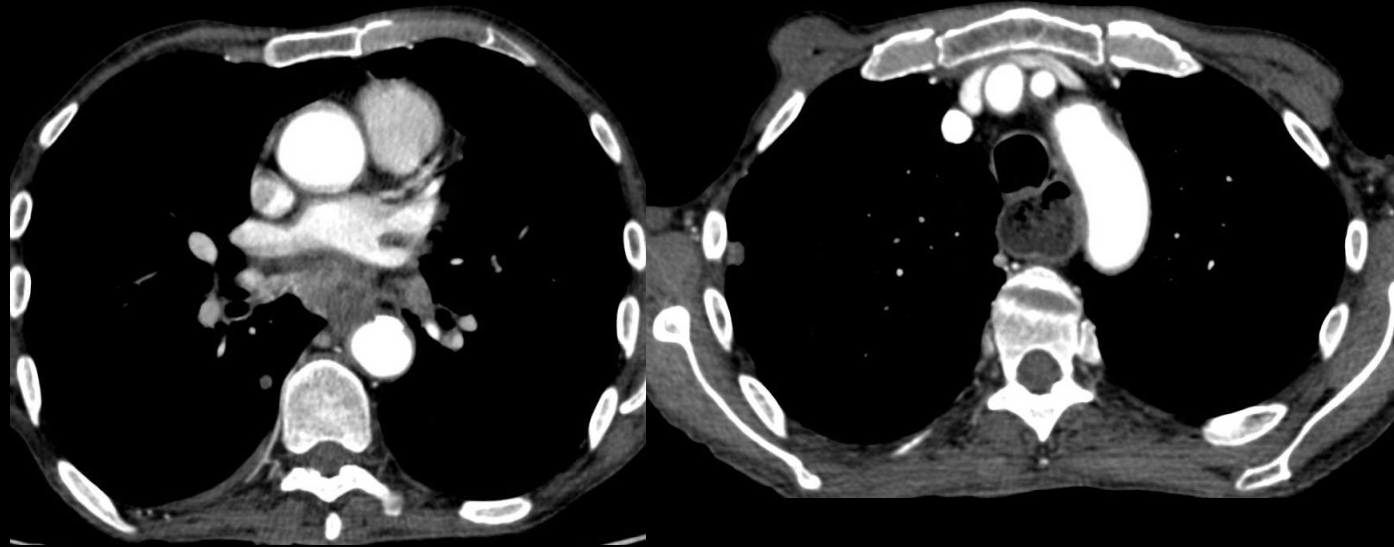




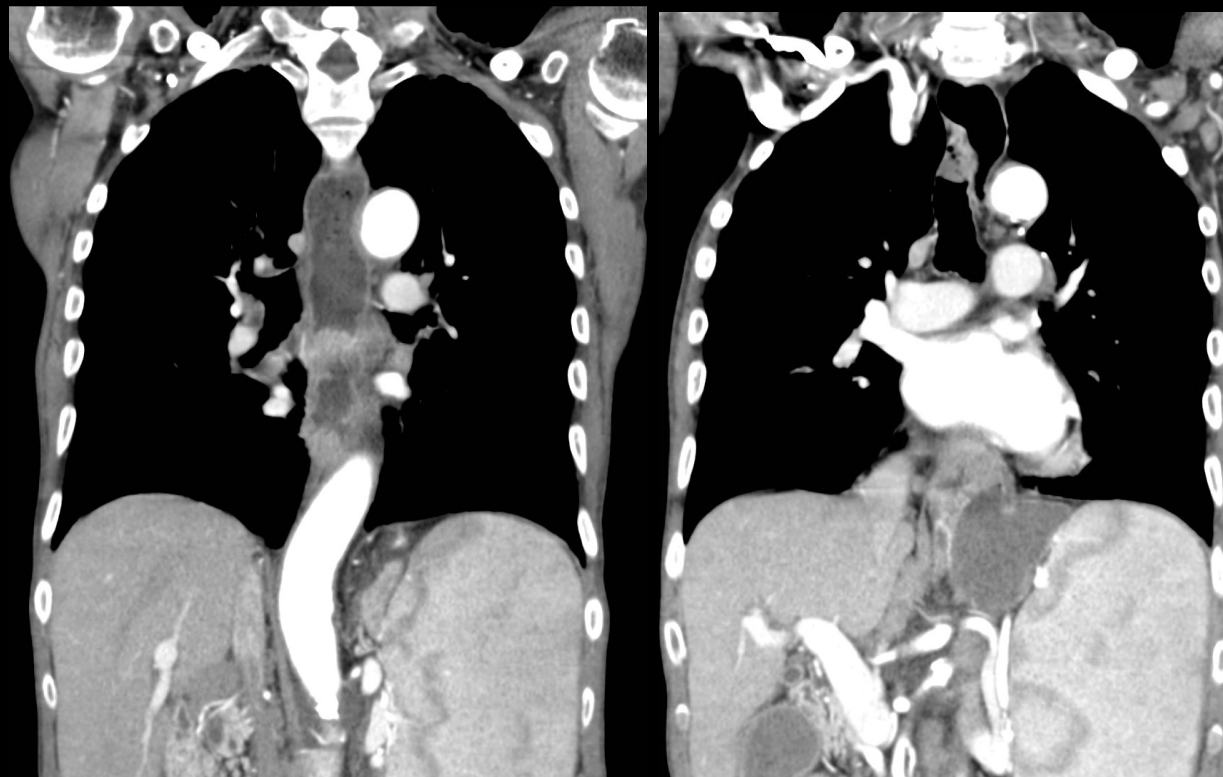
## Œsophage de Barret :

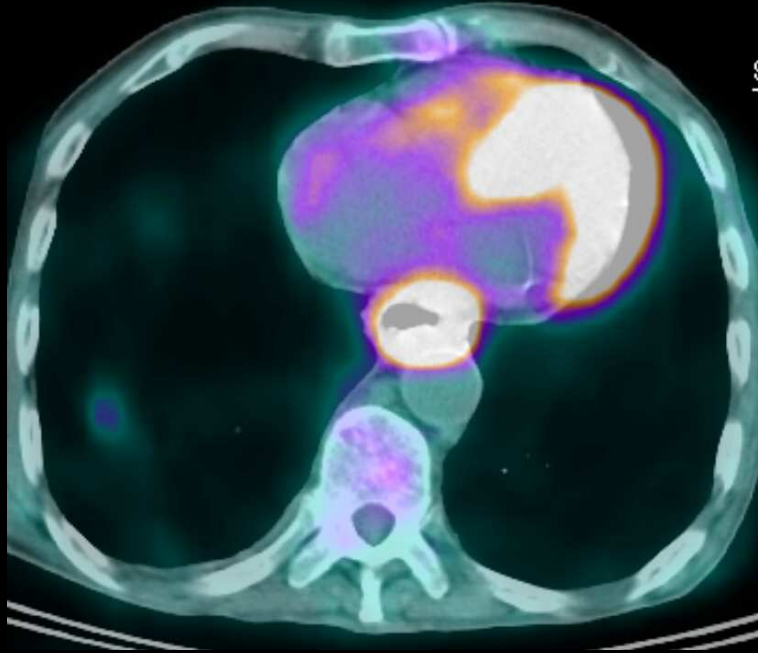
- Principale complication de l' EBO, qui se comporte comme une lésion pré néoplasique : **dégénérescence en adénocarcinome de l'oesophage**
- **Progression de son incidence passant de 1 à 10 en Amérique du Nord**
- La presque totalité des **adénocarcinomes** du cardia se développe sur un EBO, et il est possible qu'une partie des **adénocarcinomes du cardia** (qui partagent les mêmes épidémiologiques que ceux de l'oesophage) se développe sur des EBO courts
- **La prévalence de l' adénocarcinome sur un EBO est de 10 à 15%**
- **Risque de 30 à 125 fois supérieur à la population générale**



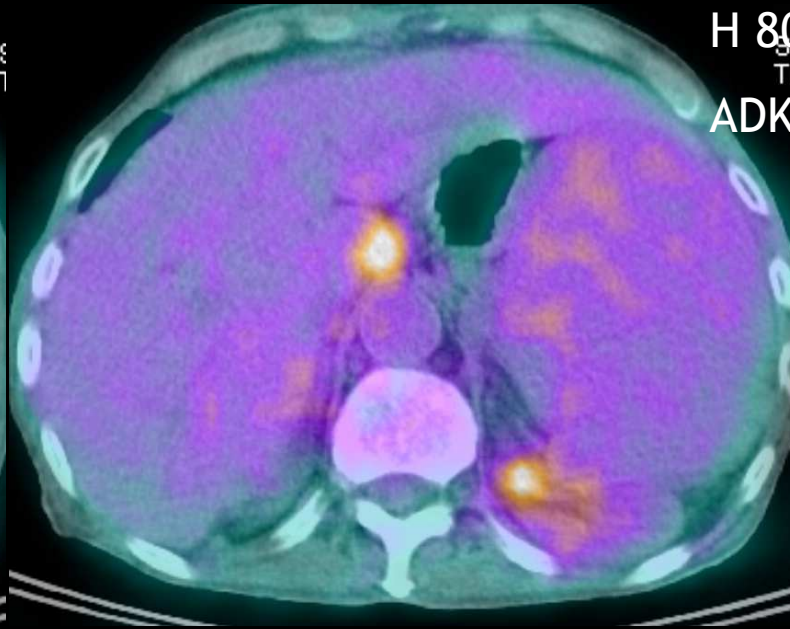


H 80 ans  
ADK sur EBO

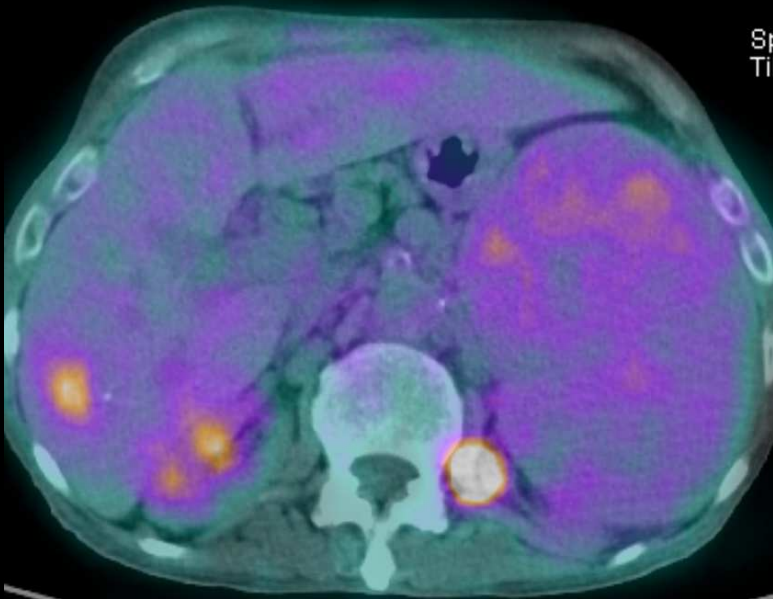




8  
TII



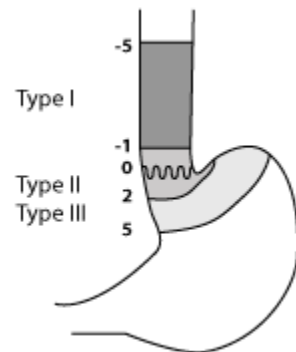
H 80 ans  
ADK sur EBO



8  
TII

# 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 endobrachyoesophage),

- 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 ou la 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

# Pathologie tumorale de l'œsophage

## 2-Tumeurs bénignes

### a. Tumeurs muqueuses

Papillome ++  
Adénome (plus rare)



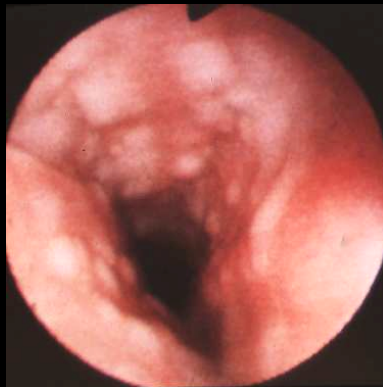
Papillome



- Unique et distal, environ ½ cm
- Si multiples : *papillomatose œsophagienne*
- 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

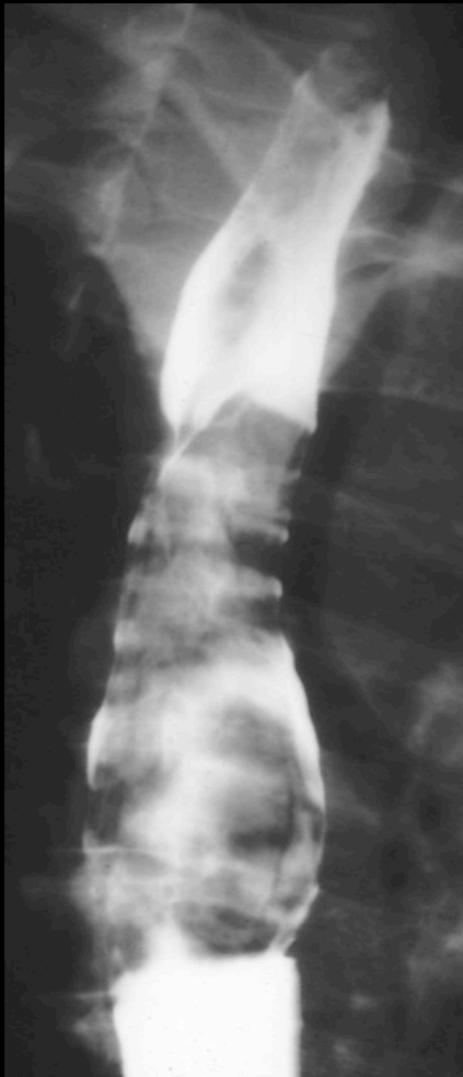
### b-tumeurs conjonctives

#### 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 chir nécessaire pour affirmer la bénignité



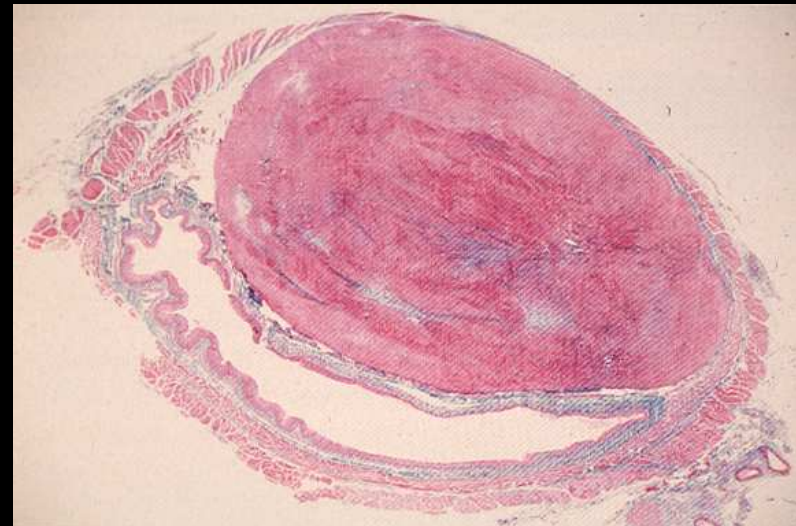


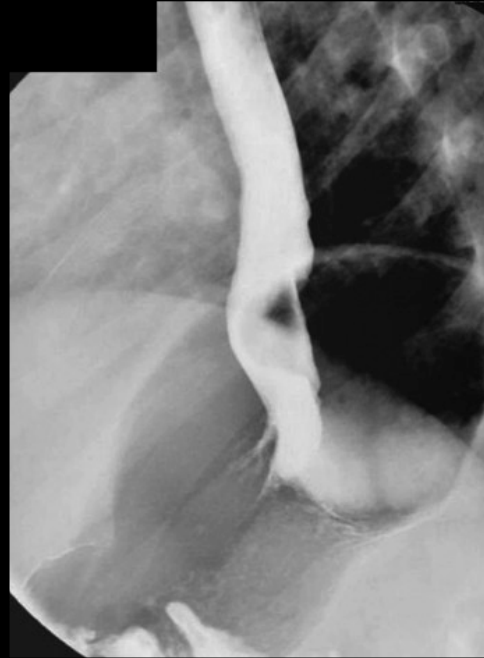
Polype fibro-vasculaire de l'œsophage

## 2. Léiomyome de l'œsophage

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

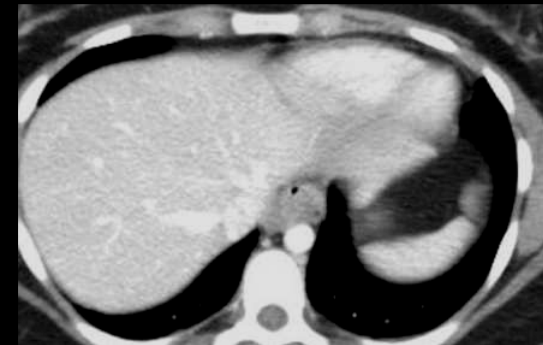
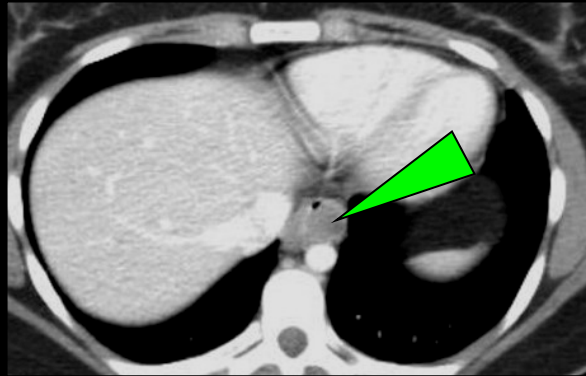
Symptomatique dans la moitié des cas: douleur thoracique, dysphagie





**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

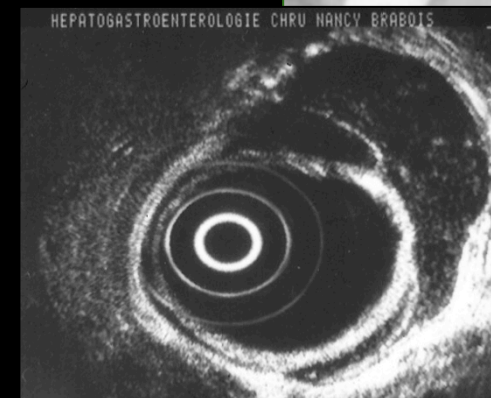


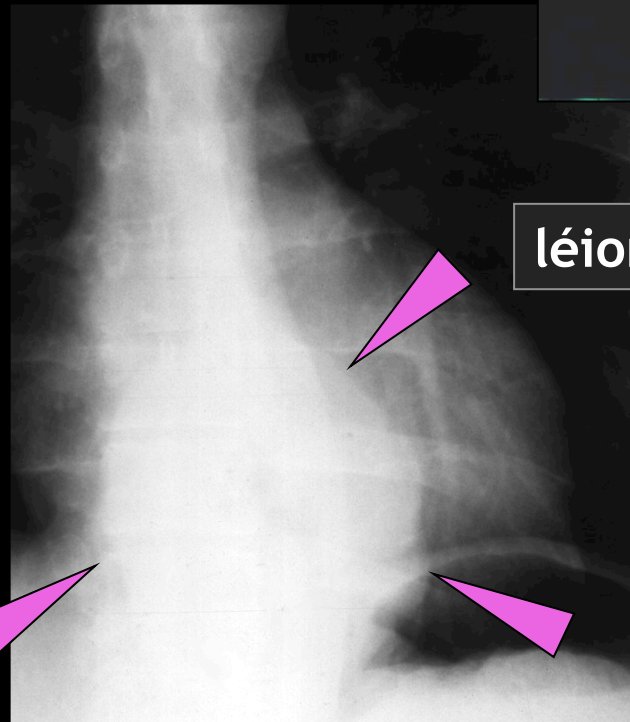
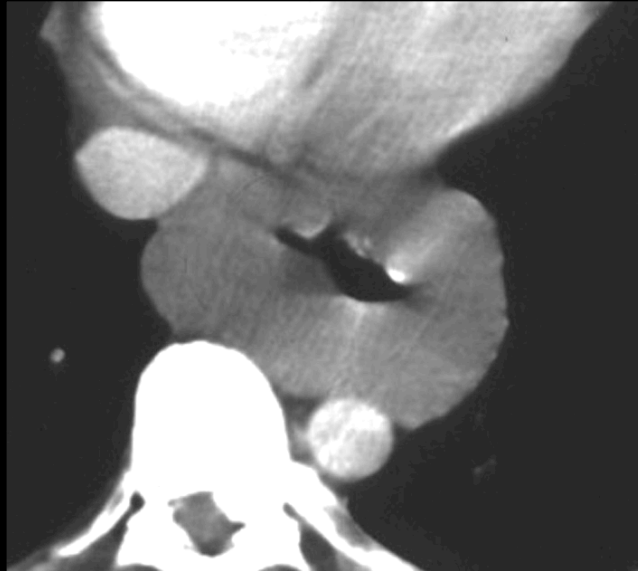
léiomyome oesophagien

## léiomyome de l'œsophage



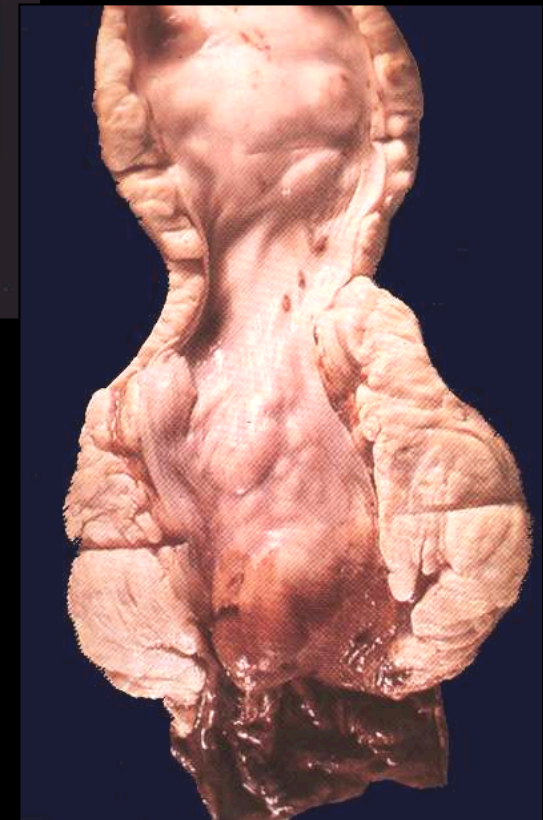
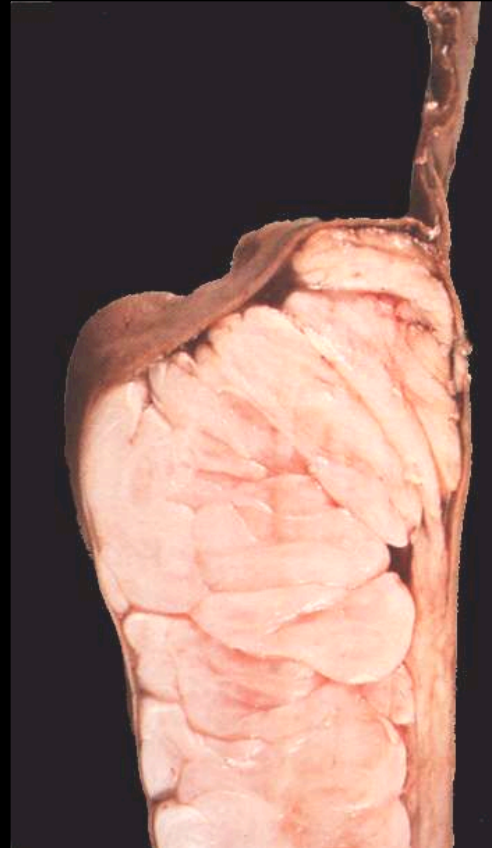
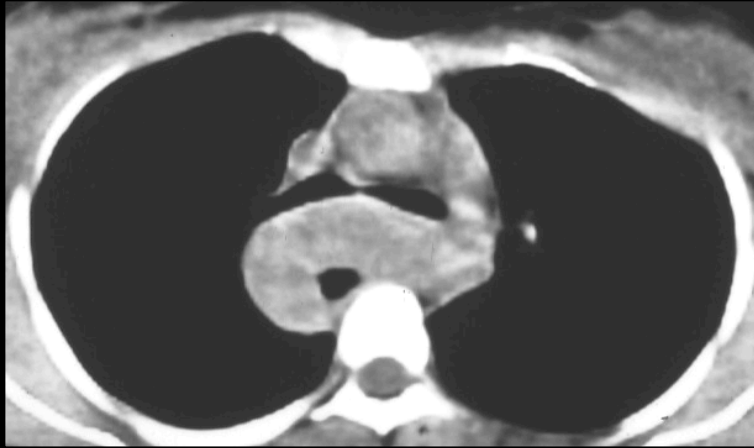
- Pas de critère fiable pour bénignité
- Pas de malignité quand  $< 3$  cm
- Hémorragie intra tumorale, nécrose, remaniements architecturaux : critères de malignité
- Diagnostic de bénignité anapath = évaluation activité mitotique





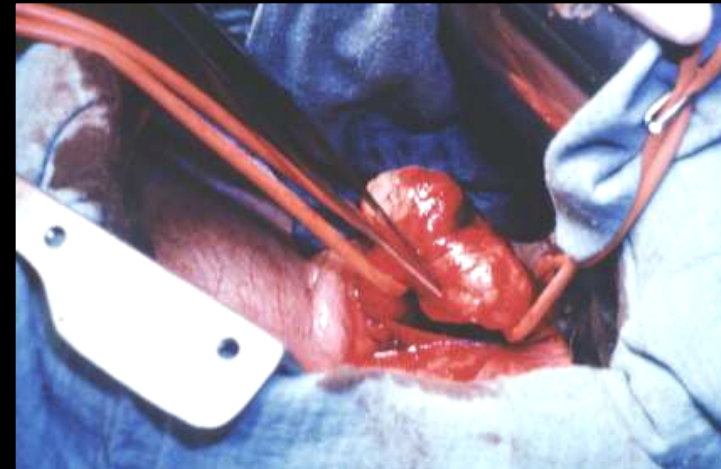
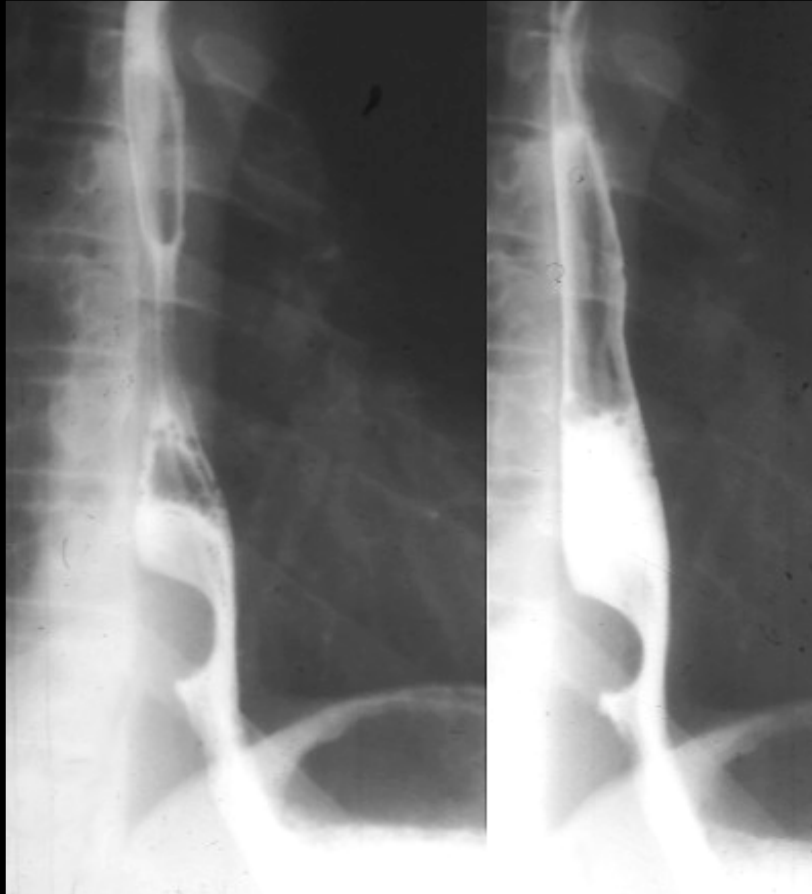
léiomyomatose

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



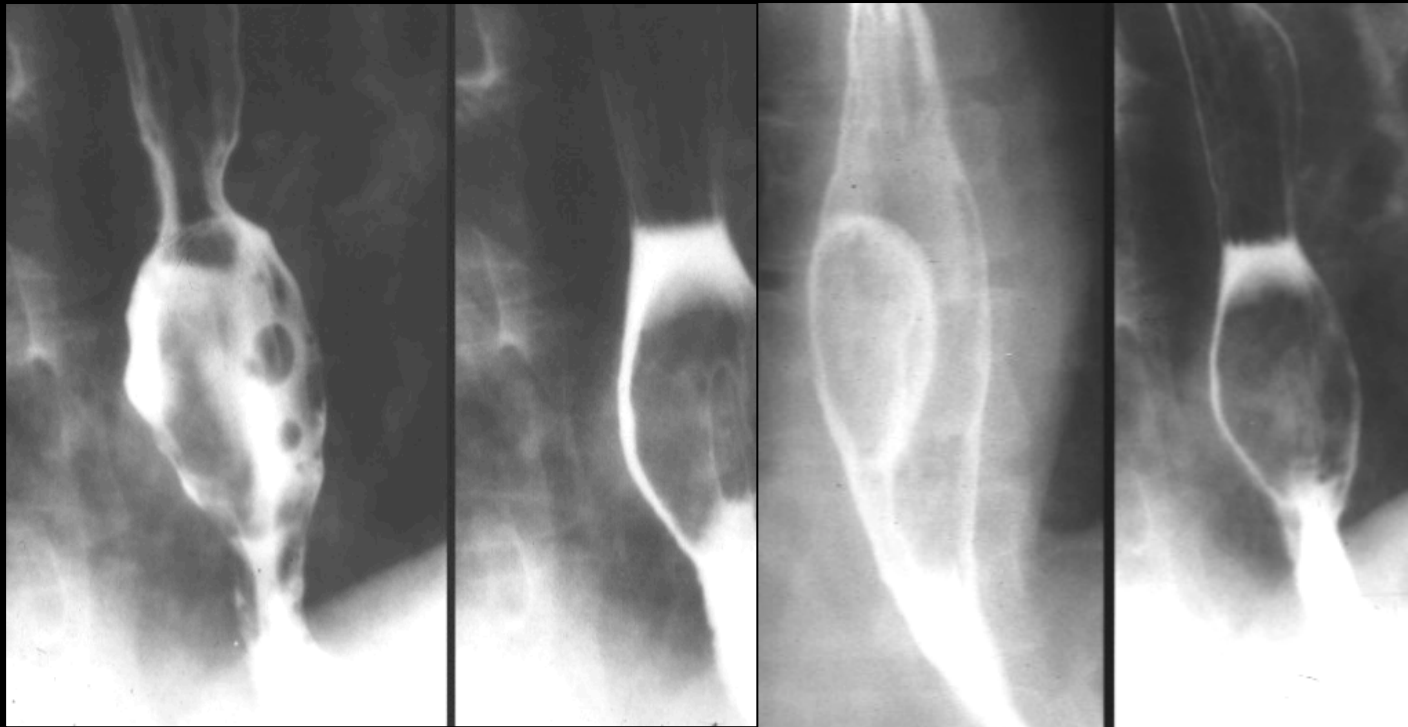
léiomyomatose

### 3. Neurofibrome



Neurofibrome solitaire, découverte histologique  
Aspects clinique et radio idem

#### 4. Tumeur d'Abrikossoff = T à cellules granuleuses

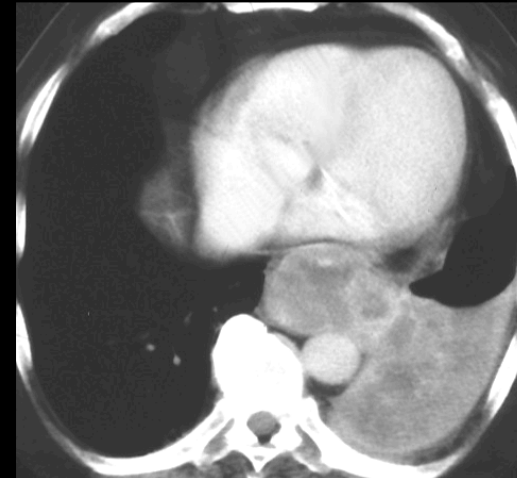
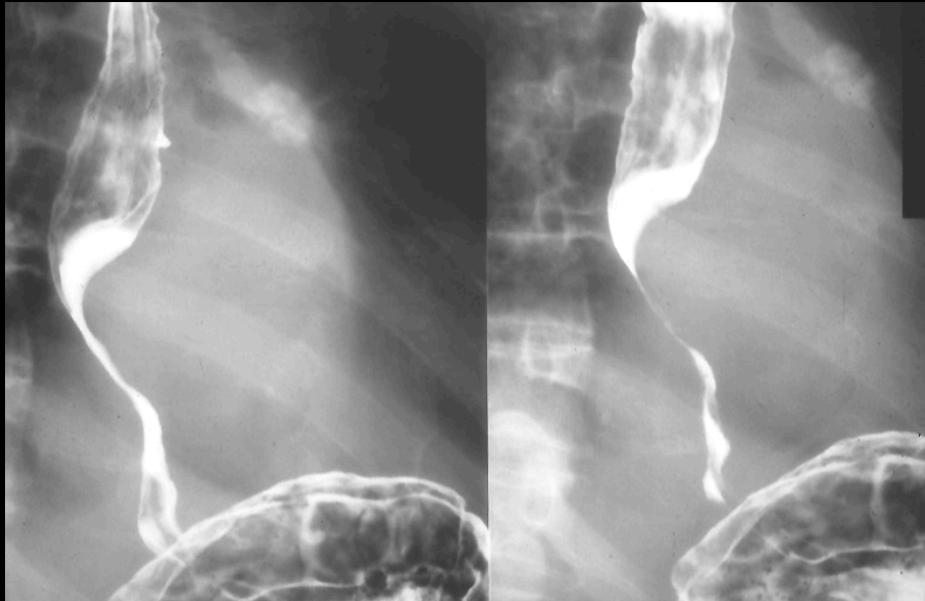


- Développée dans la **sous-muqueuse**, multifocale dans 10% des cas
- Dégénérescence exceptionnelle
- 1/3 moyen ou inf, **arrondie bien limitée**
- Fréquente association à une hyperplasie épithéliale : irrégularités muqueuses , sténose oesophagienne
- si circulaire: différentiel = carcinome épidermoïde



# Pathologie tumorale de l'œsophage

## 3- Autres tumeurs



### 3a. Métastases

Contiguïté : invasion par cancer **estomac** / **poumon** / pharynx / larynx

Contiguïté : invasion par adénopathie médiastinale

Hématogène : **SEIN** +++

### 3b. Mélanome de l'oesophage



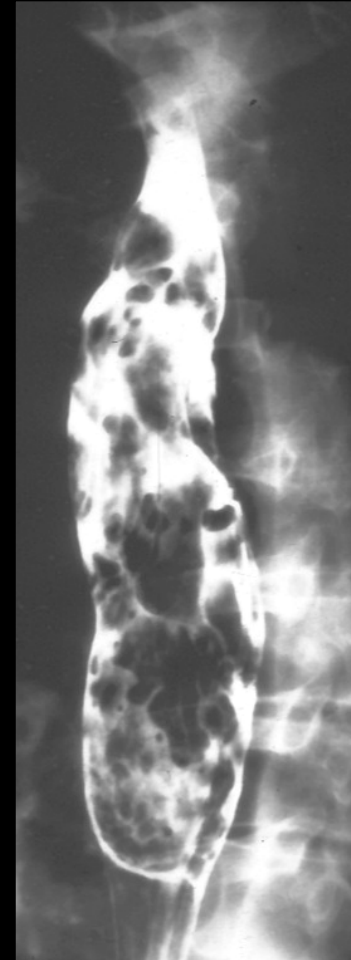
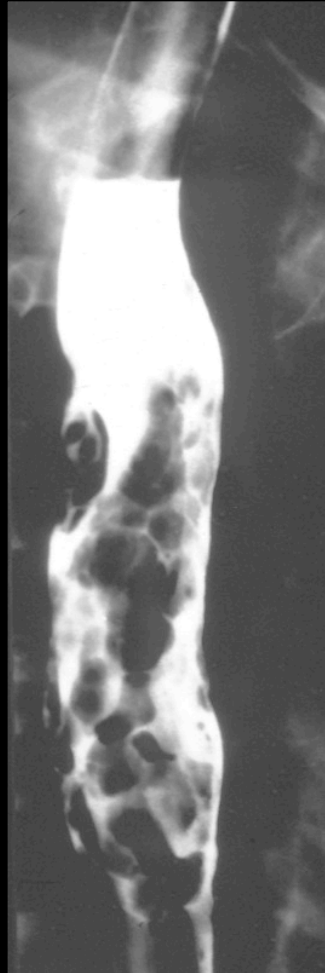
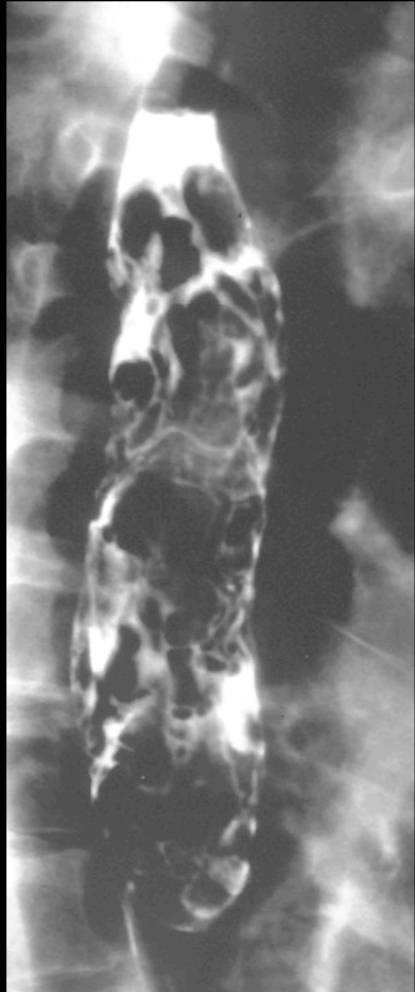
Volumineuse lésion  
bourgeonnante et ulcérée

mélanosarcome

### 3c. Carcinome à cellules fusiformes (épithéliosarcome) de l'oesophage



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

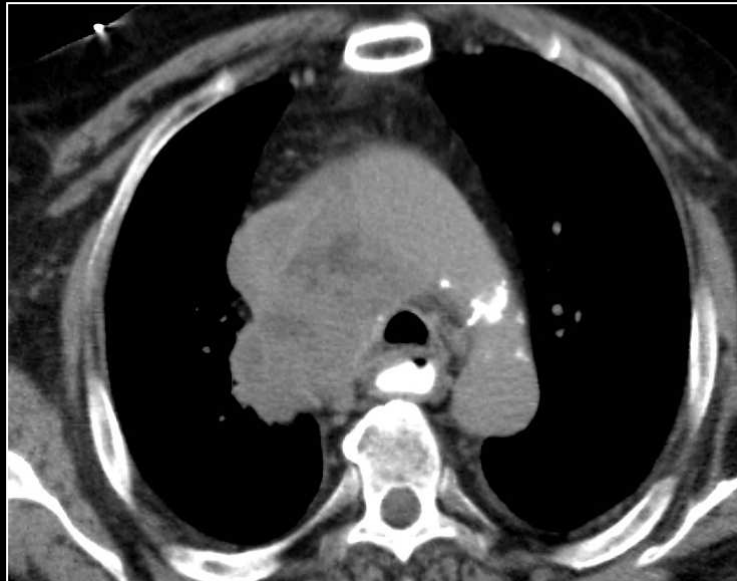
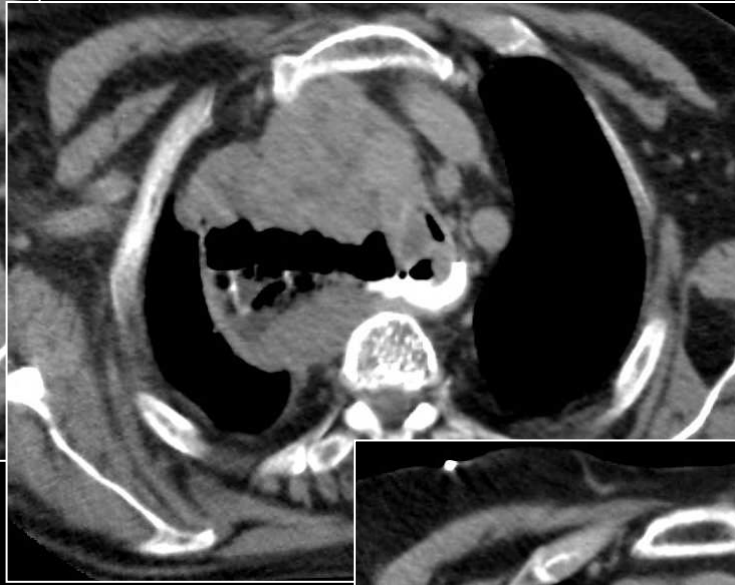


3d . LMNH de l'oesophage

Volumineuse lésion bourgeonnante et ulcérée



3d . LMNH de l'oesophage

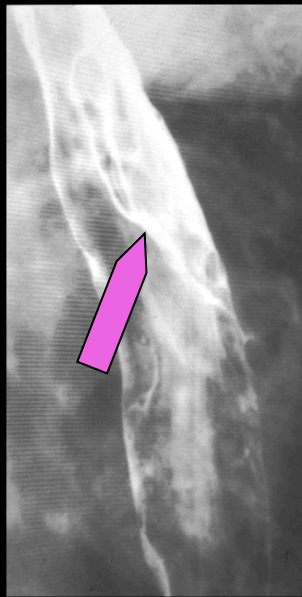
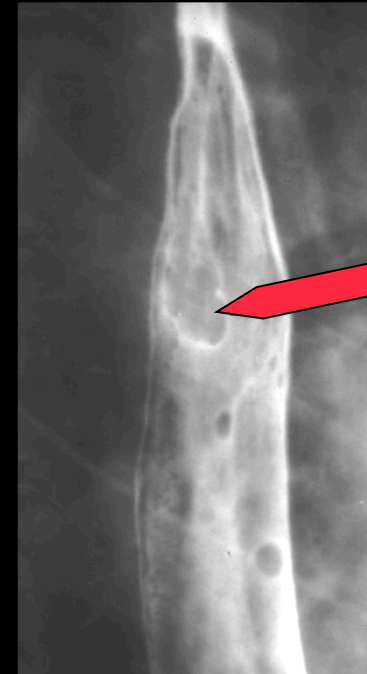
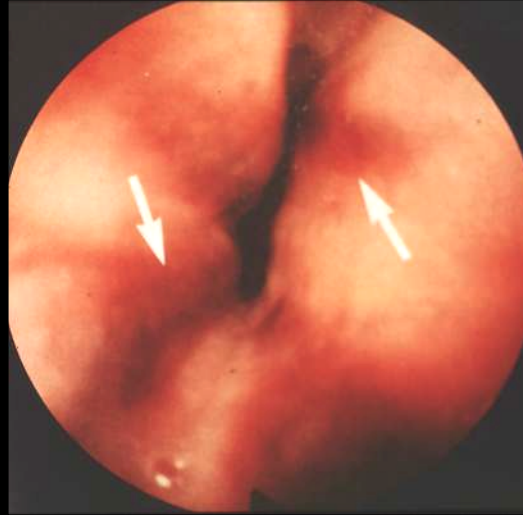


3d . LMNH de l'oesophage

SIDA

Atteinte digestive  
fréquente

Lésion polypoïde  
solitaire / nodules  
tumoraux  
sous muqueux



3e. Sarcome de Kaposi de l'oesophage