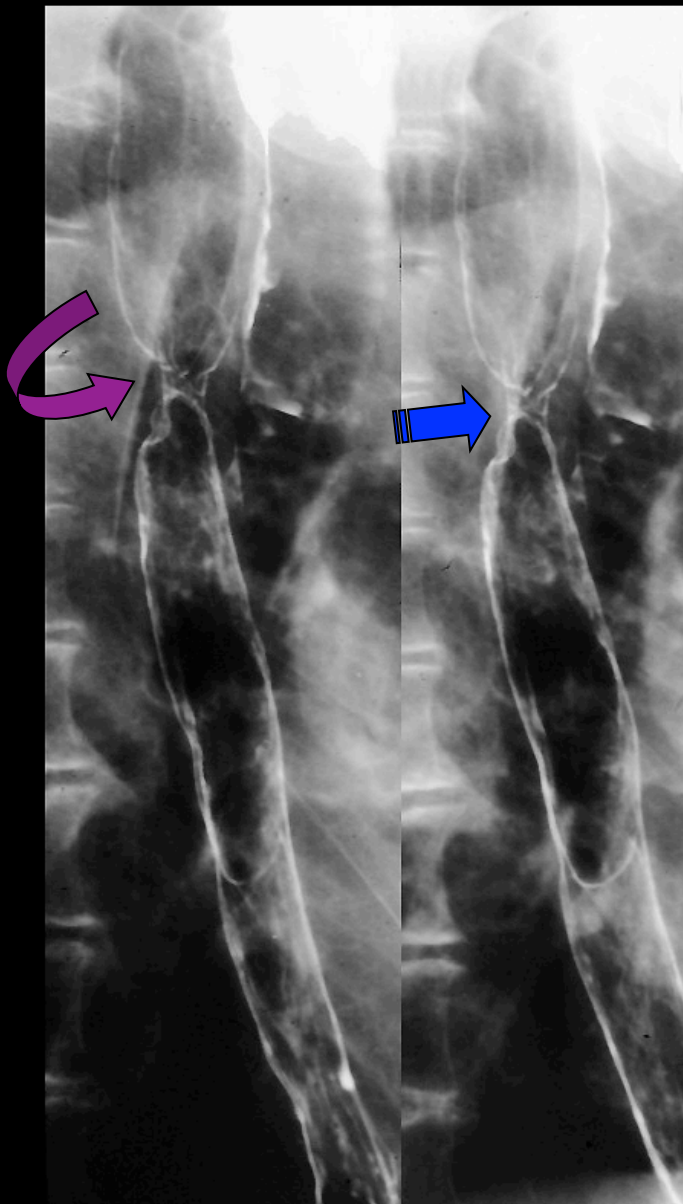




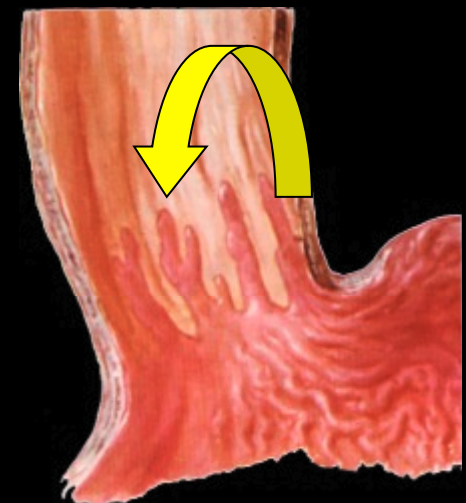
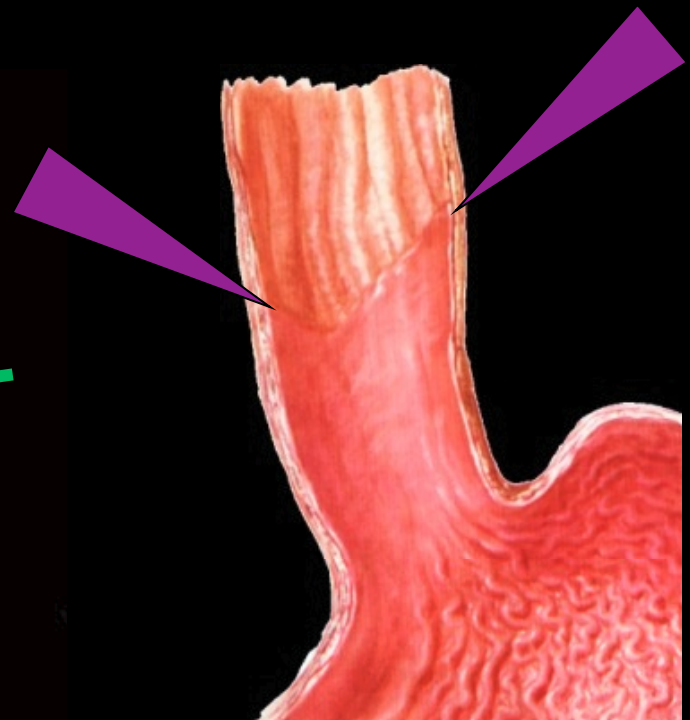
quel(s) diagnostic(s) évoquer devant cette sténose de la jonction 1/3 supérieur-1/3 moyen de l'œsophage ...





ligne Z ou Z-Z

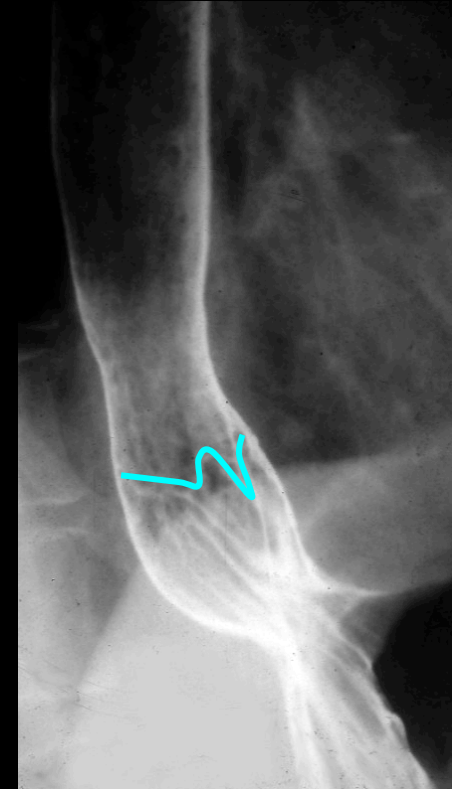
oesophage de Barrett
endobrachyoesophage





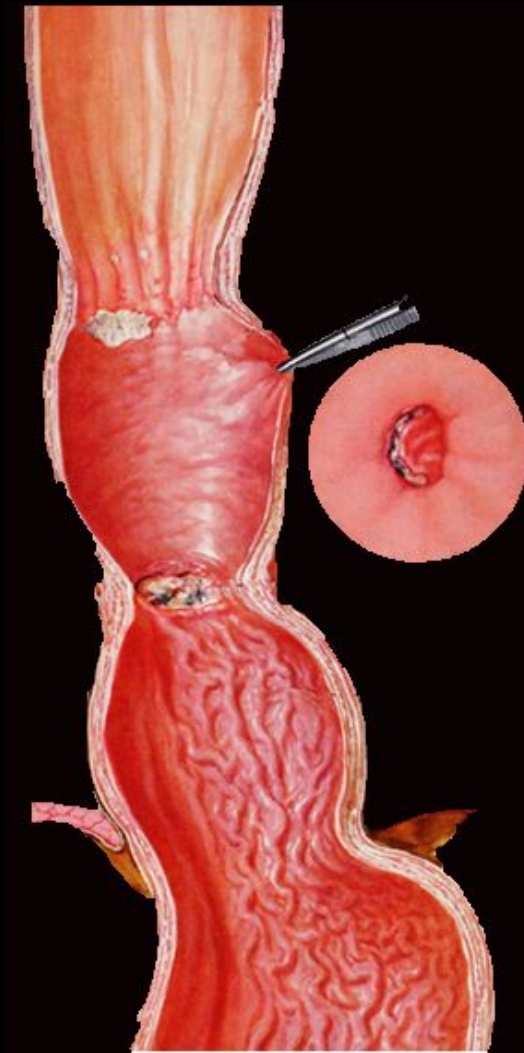
ampoule épiphrénique

dilatation centrée et
modérée du segment sus
phrénique de l'œsophage
thoracique distal.
pas de RGO

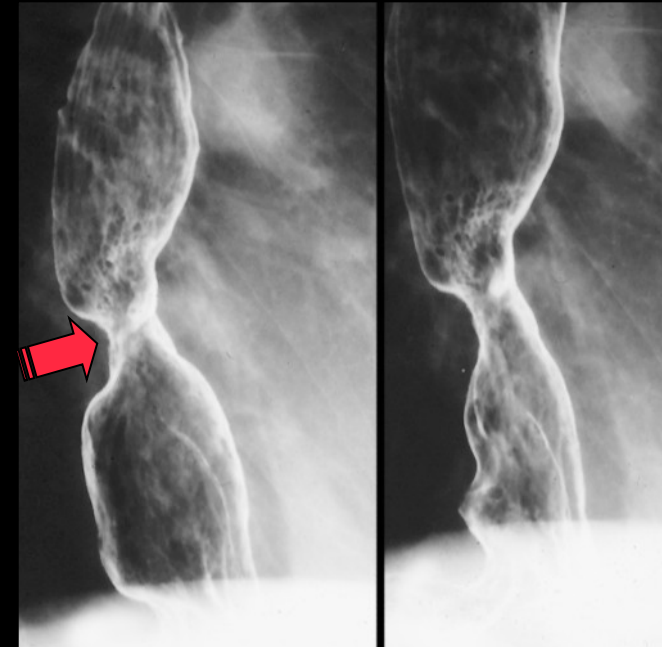
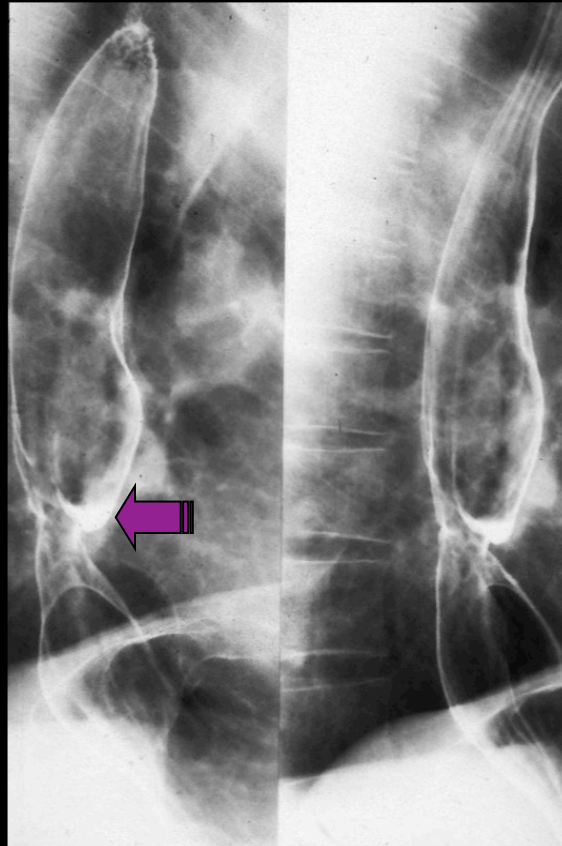


lignée Z

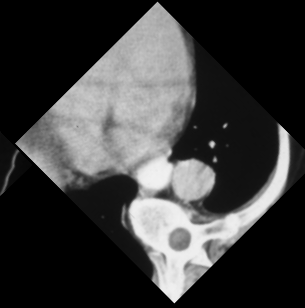
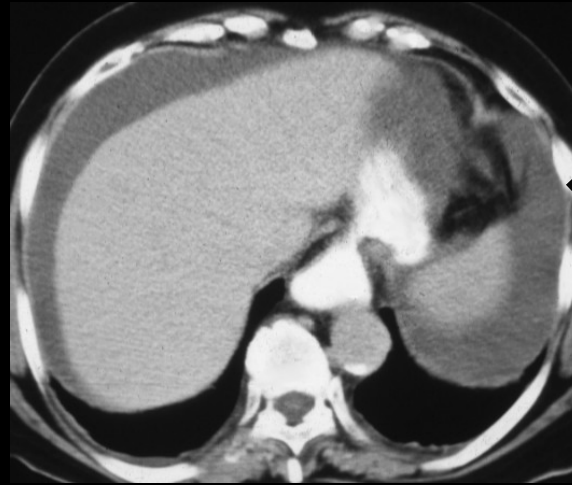
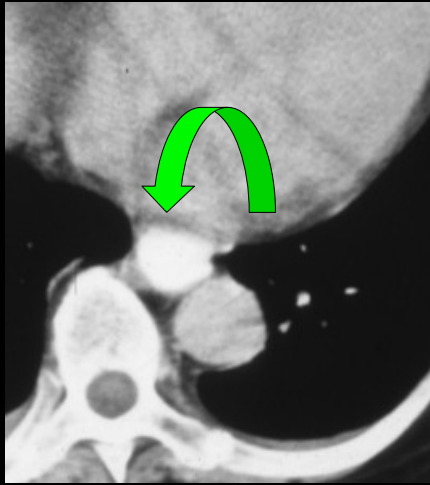
ouverture de l'angle de His
effacement de la valvule de Gubaroff
reflux gastro-oesophagien (RGO)
endobrachyoesophage
œsophage de Barrett
adénocarcinome du bas œsophage



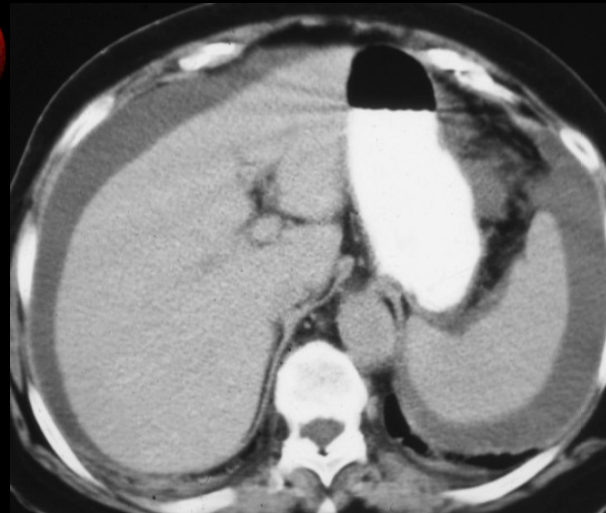
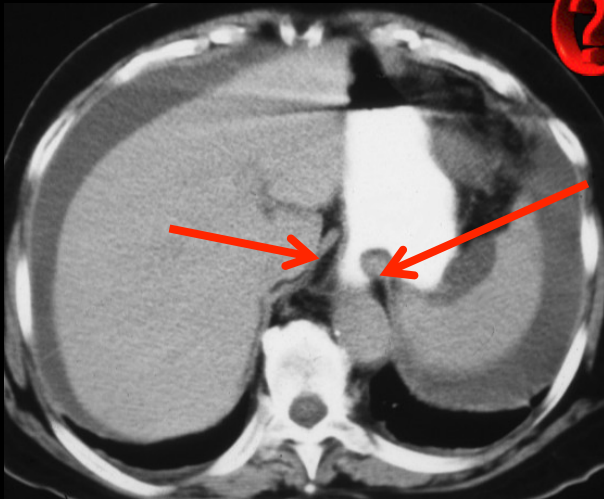
Sténoses peptiques



images aréolaires de type
gastrique sur la
muqueuse du bas
oesophage



la mise en évidence du RGO
est optimisée en OPD !!!



le RGO spontané est visible au scanner

c'est un diagnostic important ! épigastralgies , pyrosis , dysphagie ... , mais aussi
asthme nocturne ++ , fausses routes , broncho pneumopathies , toux , hypersialorrhée ...

take home message

- le RGO spontané est visible au scanner et s'accompagne d'une petite poche à air gastrique et d'un cône d'attraction hiatal .

- il s'observe plus particulièrement chez les sujets brévilignes pléthoriques et expose au risque d'adénocarcinome du bas œsophage sur oesophage de Barrett.

- les sténoses peptiques fibreuse longues sont devenues exceptionnelles ; elle peuvent se compliquer d'un carcinome épidermoïde

- les lésions d'endobachyoesophage sont très variables en intensité et en étendue ; leur surveillance est bien évidemment du domaine de l'endoscopie