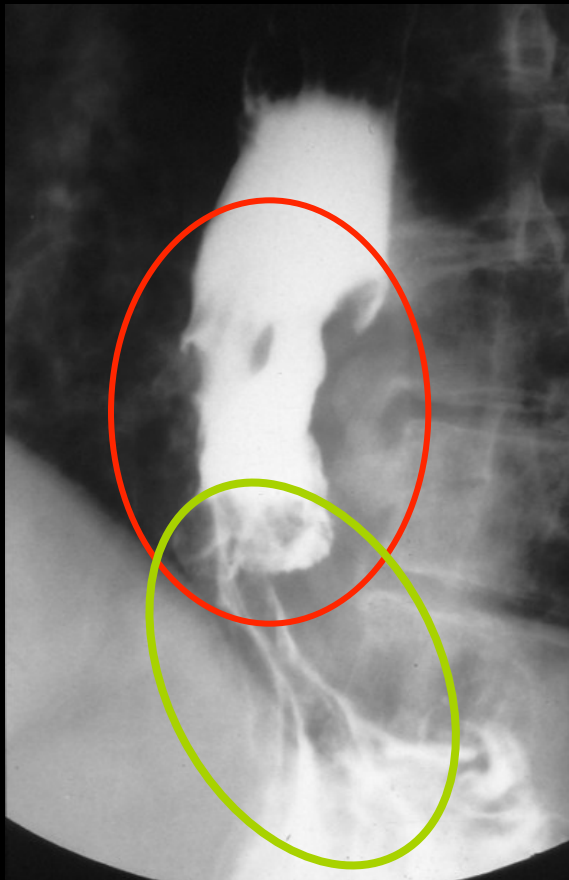


Homme de 60 ans ; présentant une dysphagie progressive avec sensation de blocage épigastrique ,dans un contexte d'amaigrissement et d'asthénie .

Il n'y a pas d'intoxication alcoolique tabagique.

L'exploration radiologique montre les images suivantes



1. décrivez les principales anomalies observables sur l'œsophage et l'estomac

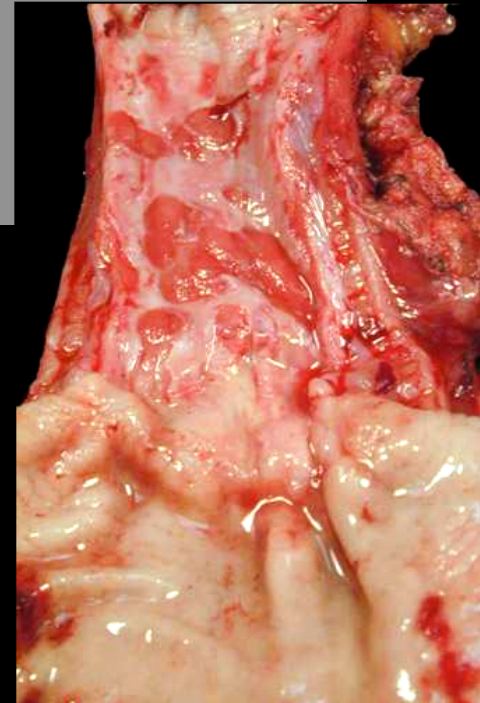
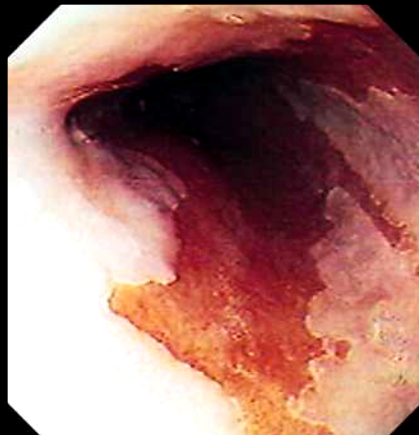
-lésion bourgeonnante pariétale circconférentielle du bas œsophage

-cône d'attraction cardiaque et grosse tubérosité de volume réduit , en faveur d'une malposition cardio-tubérositaire et d'un RGO

2. Dans l'hypothèse d'une lésion maligne, quelle(s) forme(s) histologique(s) doit-on évoquer, dans le contexte étiologique sus décrit ; donnez les principaux éléments significatifs

- 1 adénocarcinome du bas œsophage sur endobrachyoesophage (œsophage de Barrett)

pas d'intoxication alcoolique tabagique  
présence d'éléments radiologiques en faveur d'une malposition cardio-tubérositaire donc d'un RGO  
l'EBO complique 10% des RGO  
la prévalence de l'adénocarcinome dans l'EBO est de 10 à 15%



## EBO ou œsophage de Barrett:

remplacement de la muqueuse  
épidermoïde de l'œsophage par un  
épithélium glandulaire métaplasique  
secondaire à la présence d'un RGO

Principale complication de l'EBO, qui se comporte comme une lésion pré néoplasique, = **dégénérescence en adénocarcinome de l'œsophage.**

**Progression de son incidence passant de 0,8 à 1,9 pour 10 000 en Amérique du Nord**

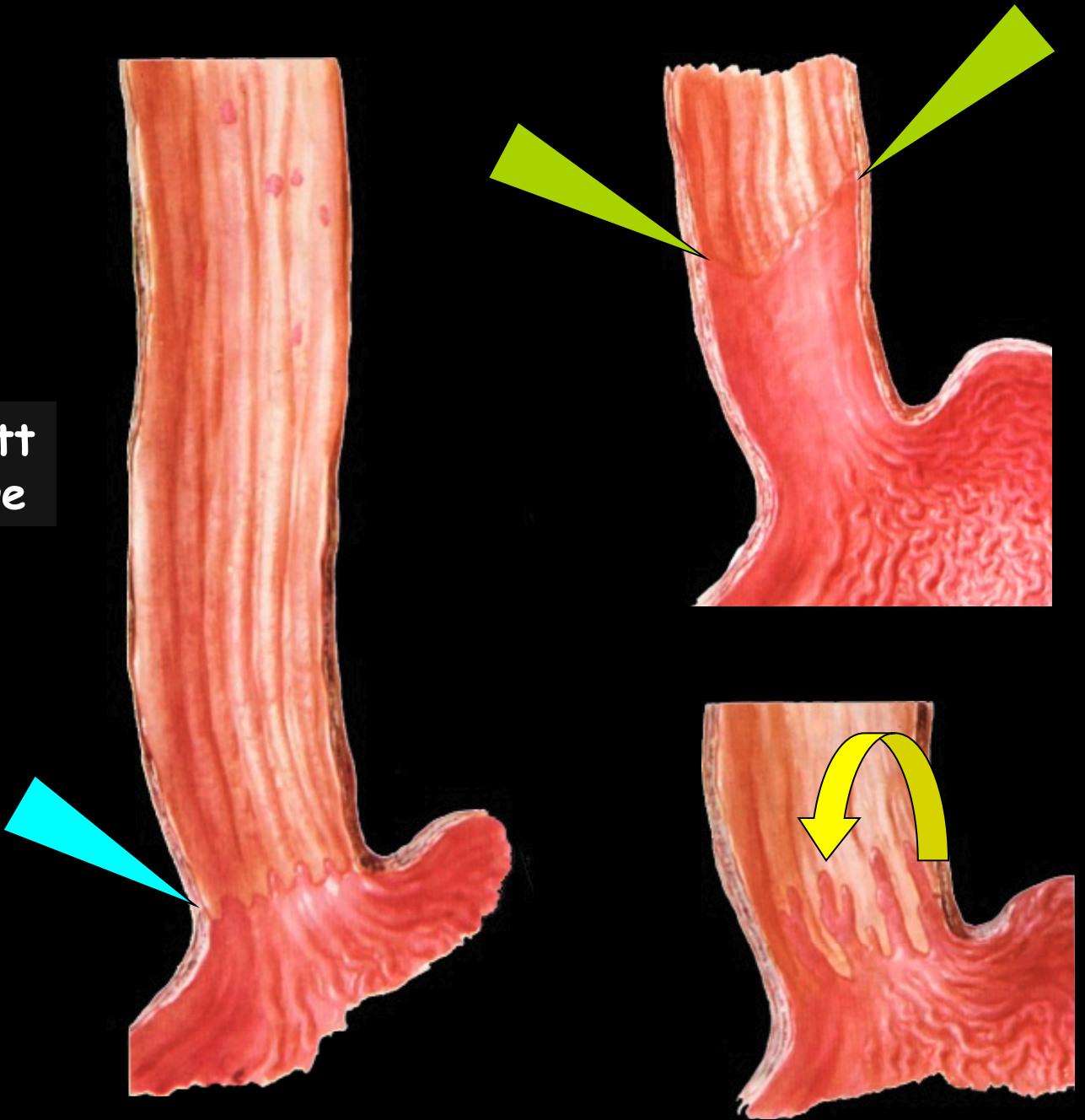
La presque totalité des adénocarcinomes de l'oesophage se développe sur un EBO, et il est possible qu'une part importante des adénocarcinomes du cardia (qui partagent les mêmes particularités épidémiologiques que ceux de l'oesophage) soit également développée sur des EBO courts

**La prévalence de l'adénocarcinome sur EBO est en moyenne de 10 à 15%. Il peut être le mode de révélation de l'EBO.**

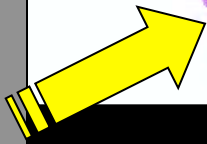
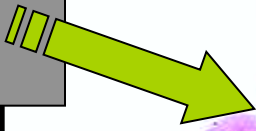
L'incidence de survenue chez des malades suivis pour un EBO est de 1 pour 50 à 1 pour 440 malades /années de surveillance dans des séries prospectives, ce qui correspond à un **risque de 30 à 125 fois supérieur à la population générale.**

oesophage de Barrett  
endobrachyoesophage

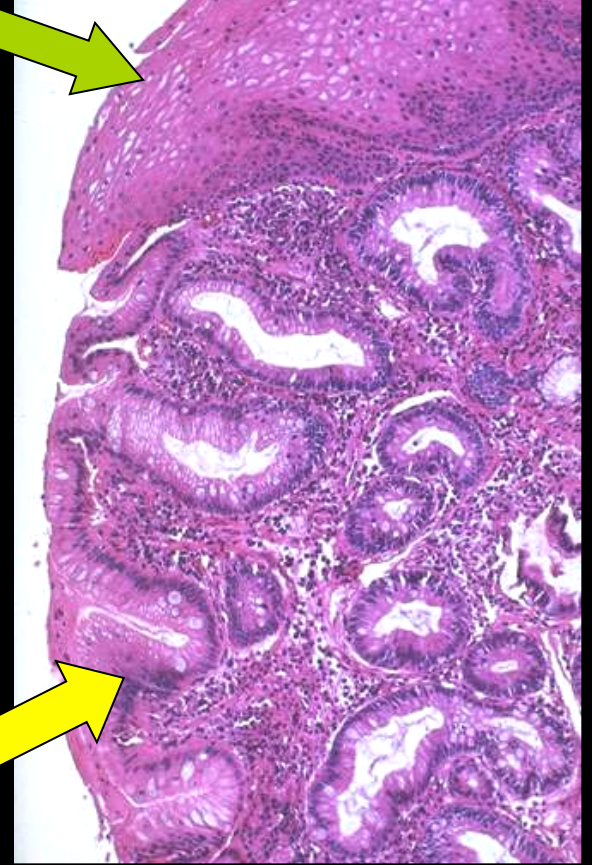
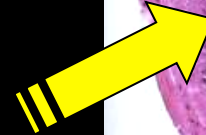
ligne Z ou Z-Z



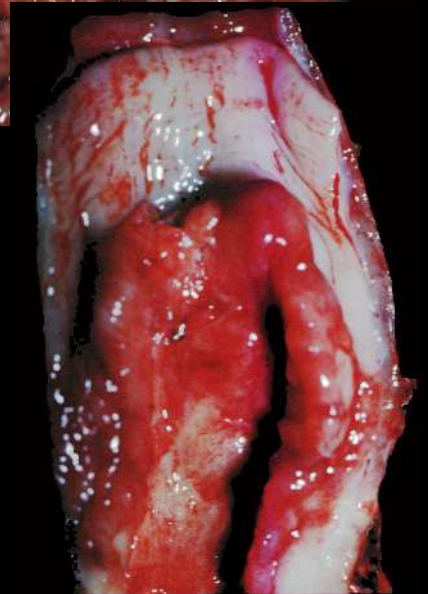
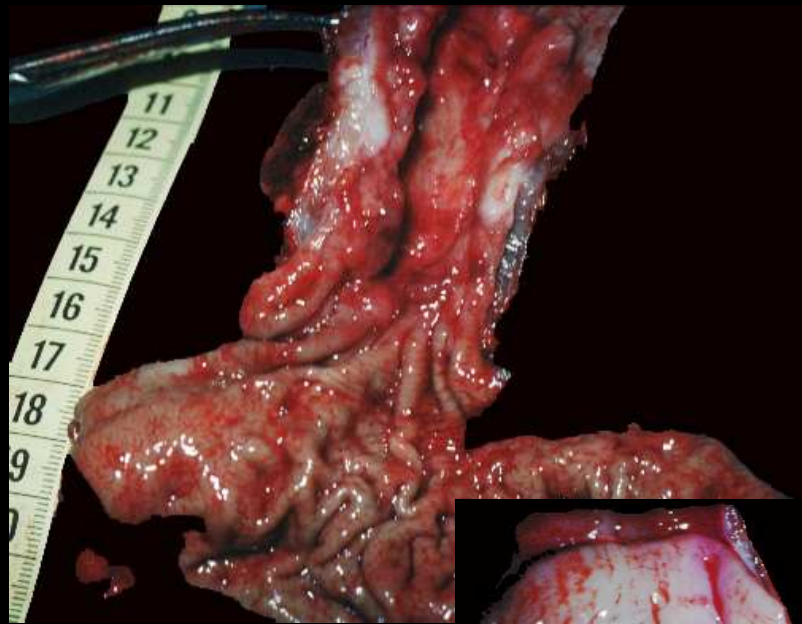
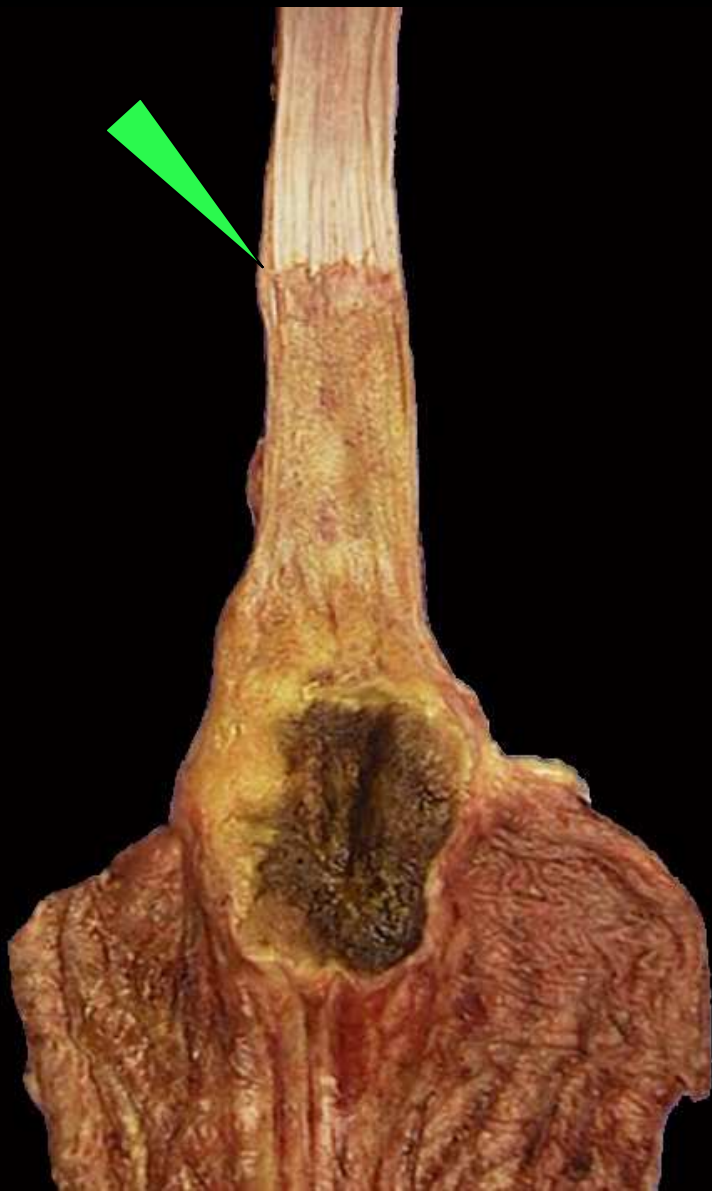
épithélium  
épidermoïde  
oesophagien



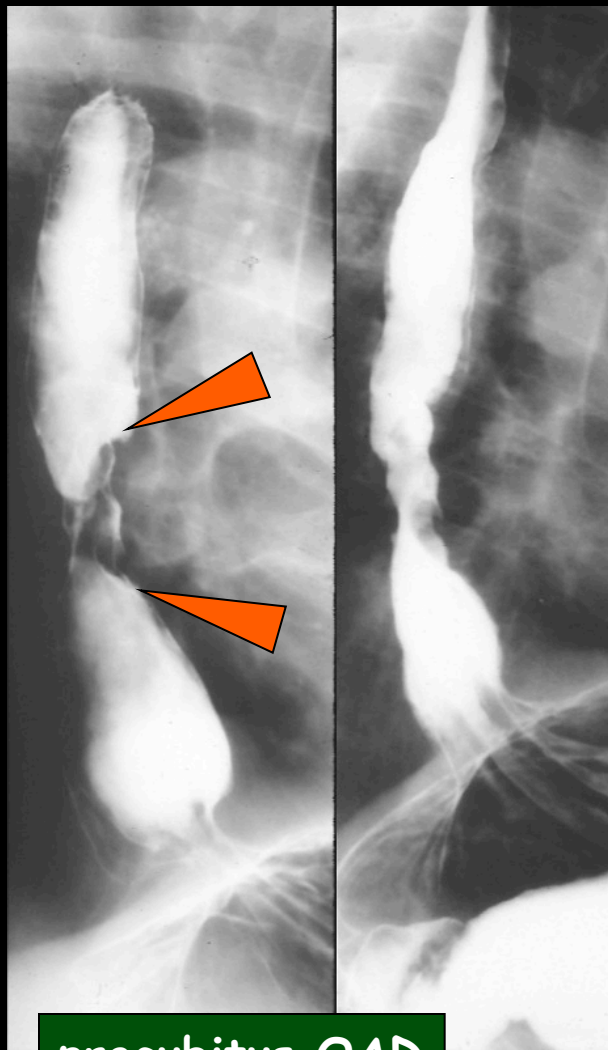
épithélium  
glandulaire  
gastrique ou  
intestinal



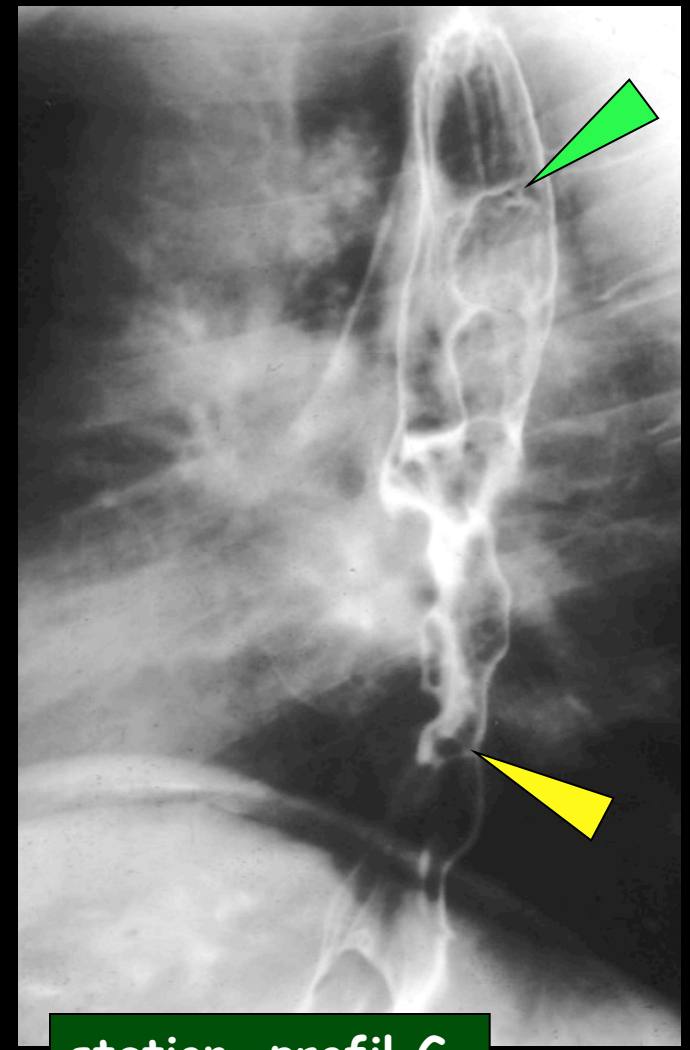
oesophage de Barrett; endobrachyoesophage



adénocarcinome sur  
oesophage de Barrett



procubitus OAD



station profil G

adénocarcinome sur oesophage de Barrett et hernie hiatale par glissement



2. Dans l'hypothèse d'une lésion maligne, quelles forme(s) histologique(s) doit-on évoquer, dans le contexte étiologique sus décrit ; donnez les principaux éléments significatifs

- carcinome épidermoïde de l'œsophage

80% de l'ensemble des K œsophagiens

en l'absence d'intoxication alcoolique tabagique, il faudrait par l'interrogatoire éliminer les autres causes possibles :  
facteurs nutritionnels

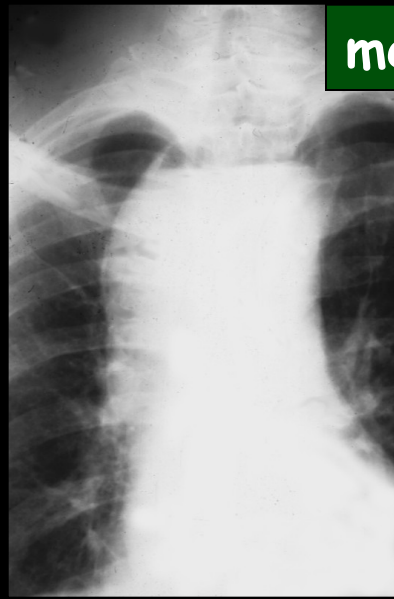
# Le carcinome épidermoïde

- **Etiologie:**
  - **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

- **Etiologie:**
  - **Facteurs endogènes:**
    - **Cancer ORL**
    - **Méga œsophage**
    - **Oesophagite caustique**
    - **Diverticules de Zencker : <1%**
    - **Dysplasie œsophagienne au cours des sidéropénies (Plummer-Vinson, Kelly-Patterson):10%, pays nordiques**
    - **Sclérothérapie des varices œsophagiennes, ATCD de gastrectomie**
    - **Prédisposition génétique: tylose (kératodermie palmo-plantaire héréditaire), maladie coeliaque**

## méga œsophages

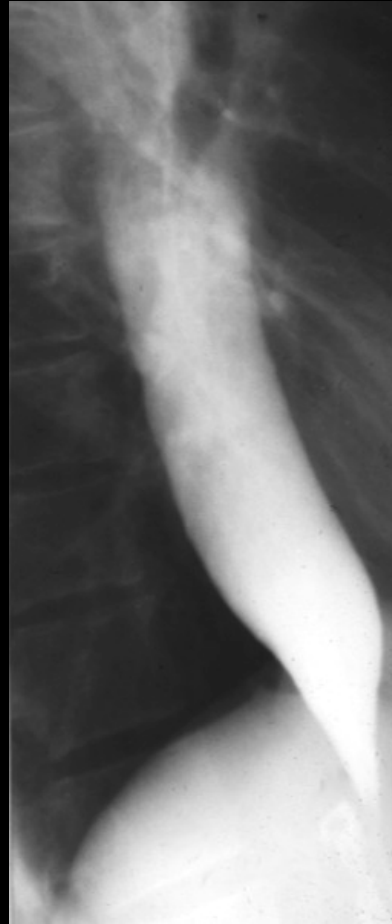


Trouble moteur œsophagien: défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage, défaut d'innervation intrinsèque et extrinsèque, apéristaltisme du corps œsophagien

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

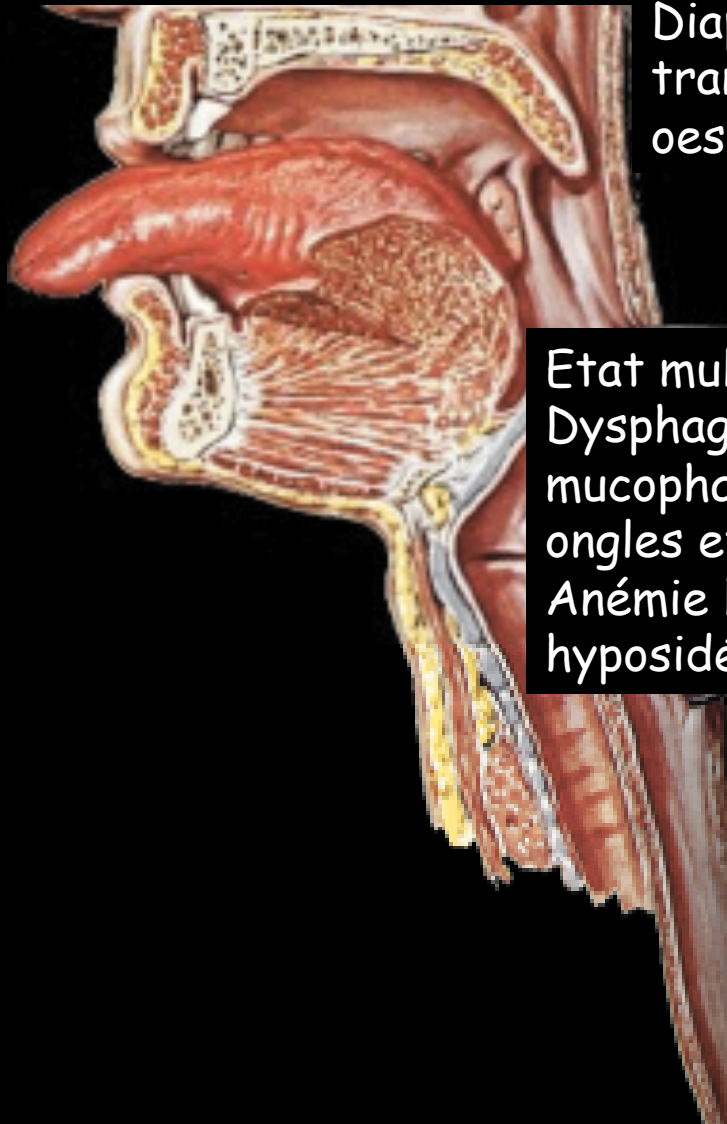
Fibro gastrique avec biopsies, manométrie+++





Dilatation oesophagienne en  
chaussette, rétrécissement  
régulier centré en queue de radis  
Absence d'ondes péristaltiques

**méga œsophages**

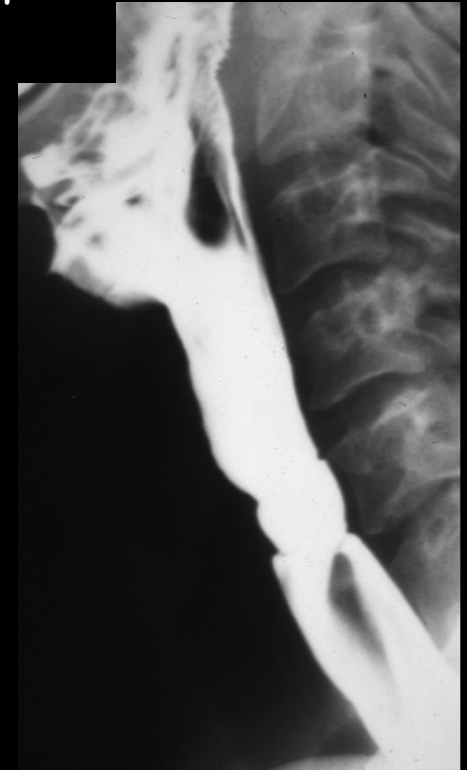


Diaphragme muqueux  
translucide, partie basse  
oesophage cervical



Etat multicarentiel  
Dysphagie constante, anémie, lésions  
mucophanériennes (perlèche, glossite,  
ongles et cheveux cassants)  
Anémie hypochrome microcytaire et  
hyposidérémie

dysphagie sidéropénique  
de Plummer-Vinson



### 3-Quelles méthodes d'imagerie prescrivez vous

1 pour confirmer le diagnostic

2 pour préciser l'extension des lésions et définir les modalités de prise en charge thérapeutique

- 1 pour confirmer le diagnostic

endoscopie et biopsies multiples

sensibilisation par les colorations : Lugol; bleu de toluidine surtout pour K épidermoïdes ; recherche d'autres localisations

2 pour préciser l'extension des lésions

situation et extension en hauteur +++: endoscopie

TOGD

extension locale (T 1 T2 N1) : écho endoscopie

extension régionale et à distance : scanner thoracique et abdominal

ganglions caeliaques et sus claviculaires = M+

PET-CT 18FDG ++++++

!!! Ne pas oublier dans le bilan la recherche de lésions associées !!!

- Cancer ORL associé dans 5 à 13% des cas: laryngoscopie indirecte sous AL indispensable +/- examen ORL sous AG
- Cancer bronchique associé: fibro bronchique +++



## 4. Apports du scanner

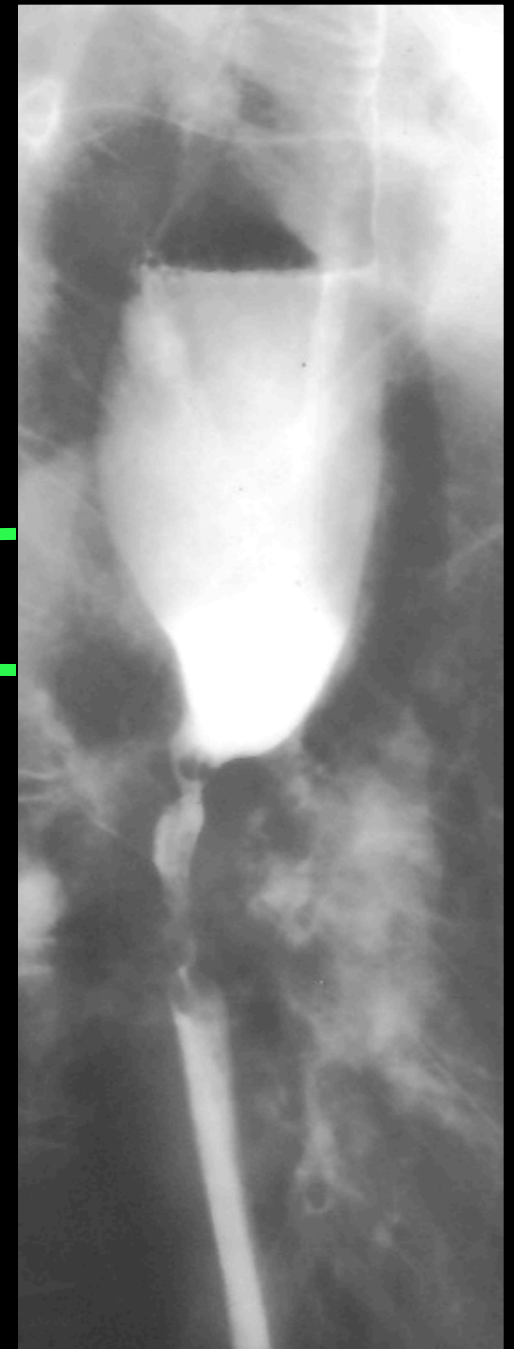
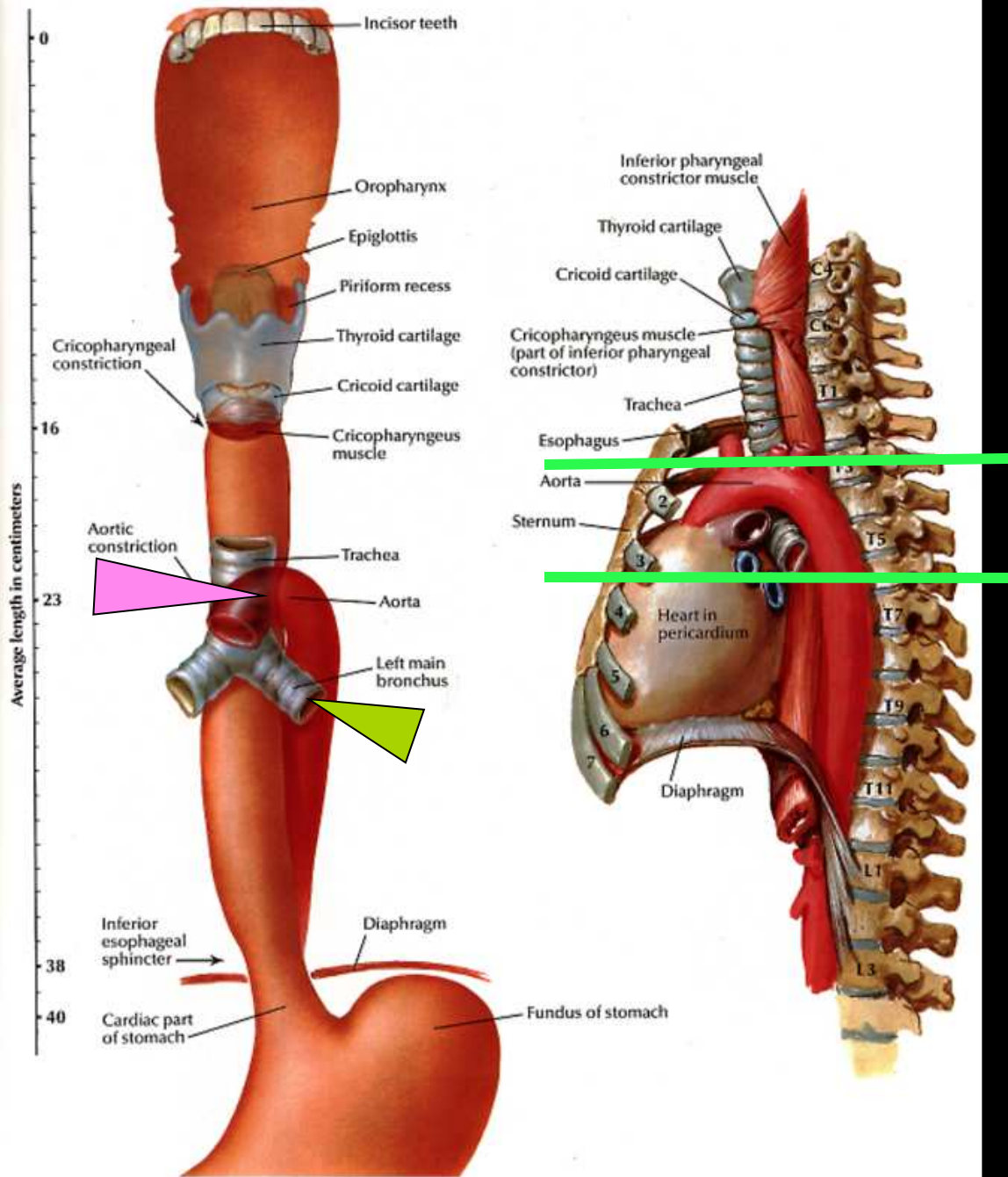
Examen clé pour l'extension locorégionale et métastatique, pour l'évaluation de la résécabilité et le choix thérapeutique

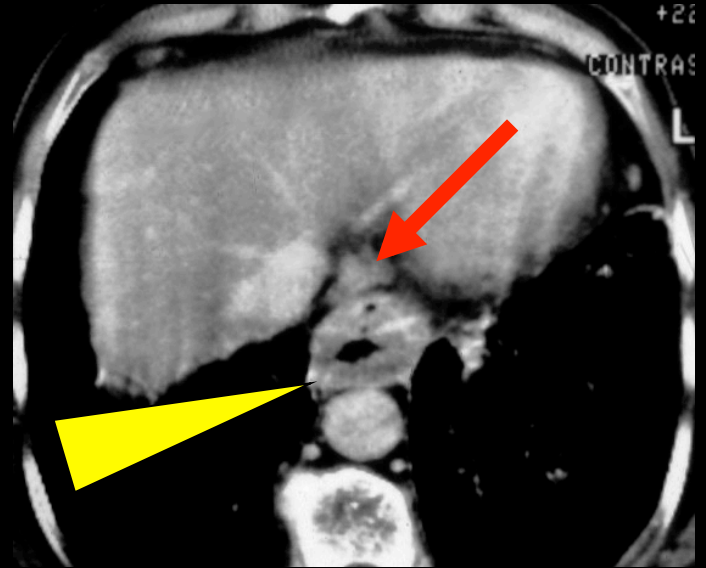
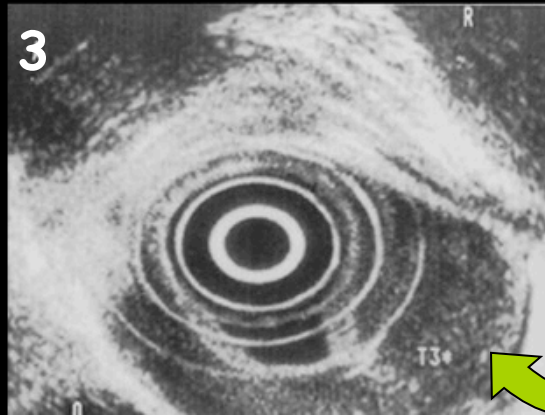
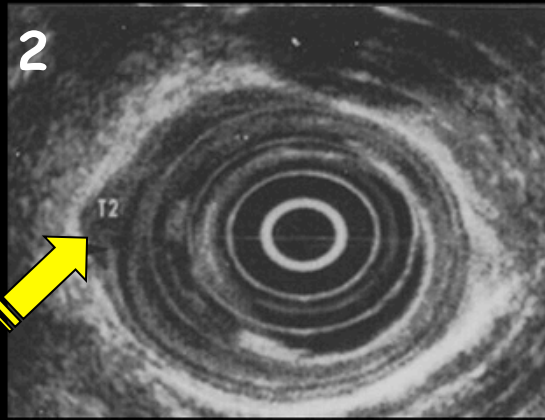
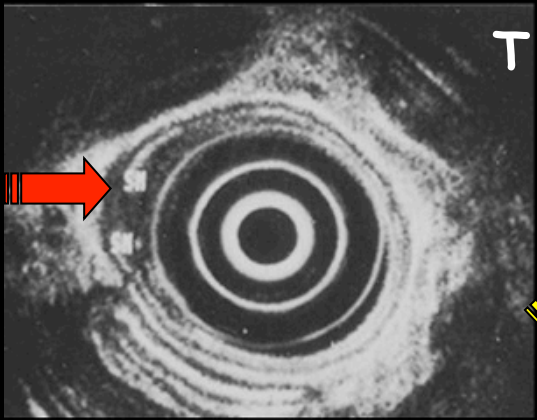
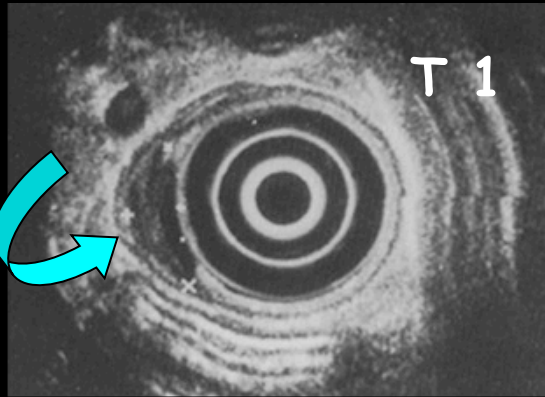
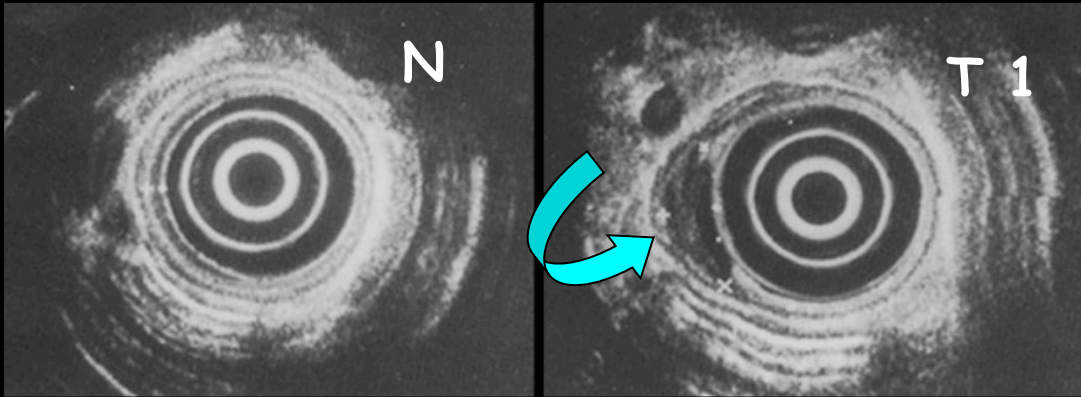
- **Tumeur**: épaissement pariétal circonférentiel
- **Extension aux structures de voisinage**:
  - Axe trachéobronchique: bombement, refoulement, bourgeonnement endoluminal, fistule oesotrachéale
  - Aorte: envahissement très probable si recouvrement par la tumeur sur plus de 90°
  - Péricarde, cœur,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

## 5. Apports de l'échoendoscopie ?

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 ggl et structures de voisinage
- N'a d'intérêt que si elle peut orienter la décision thérapeutique



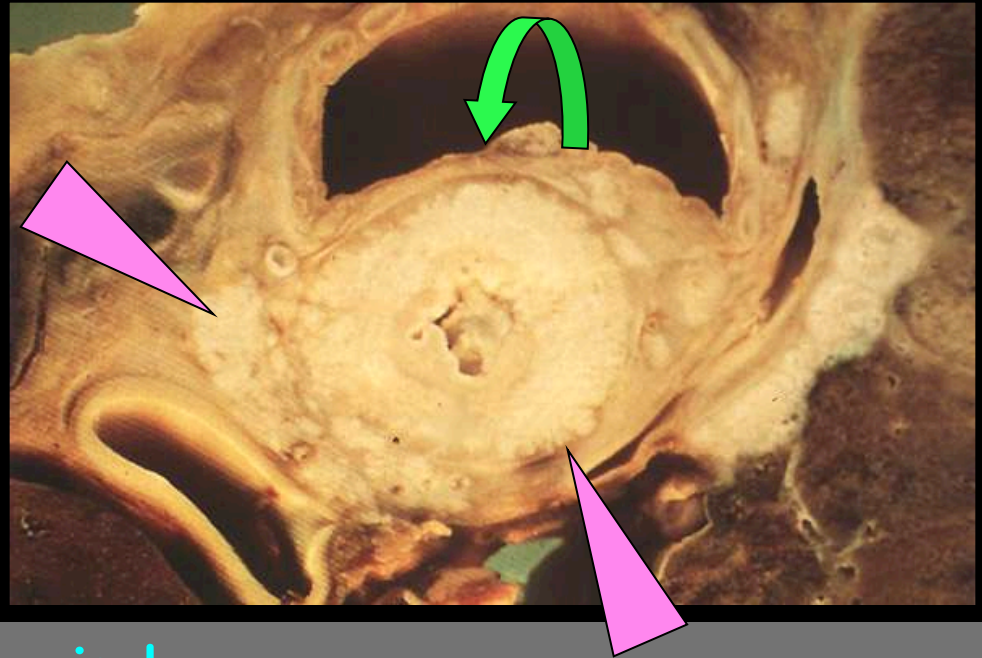
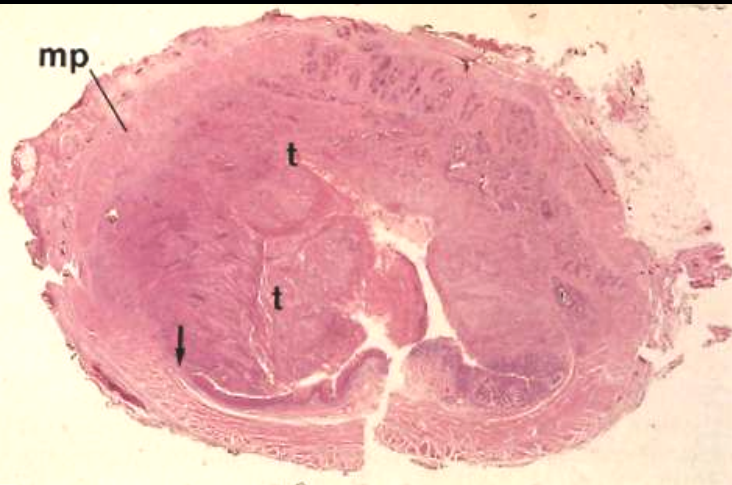


extension T en profondeur

# Classification TNM

- Tis
- T1: envahissement limité à la sous muqueuse
- T2: envahissement de la musculature sans la dépasser
- T3: envahissement de l'adventice
- T4: envahissement des structures adjacentes
  
- N1: invasion des ggl régionaux médiastinaux et péri gastriques à l'exclusion des ggl coeliaques
  
- M1: métastases à distance comprenant les ADP coeliaques

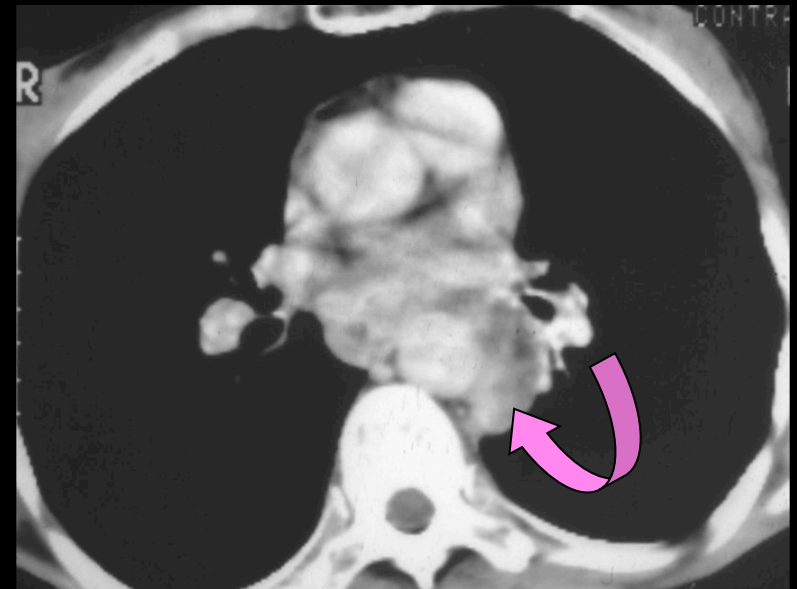
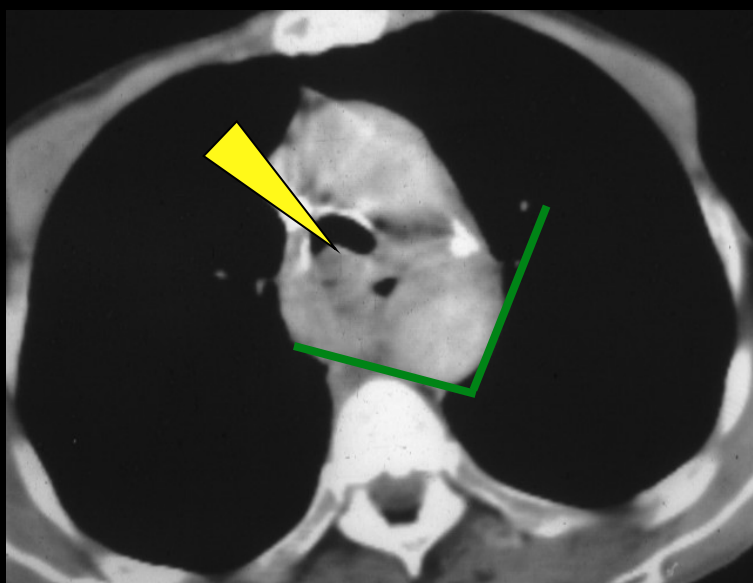
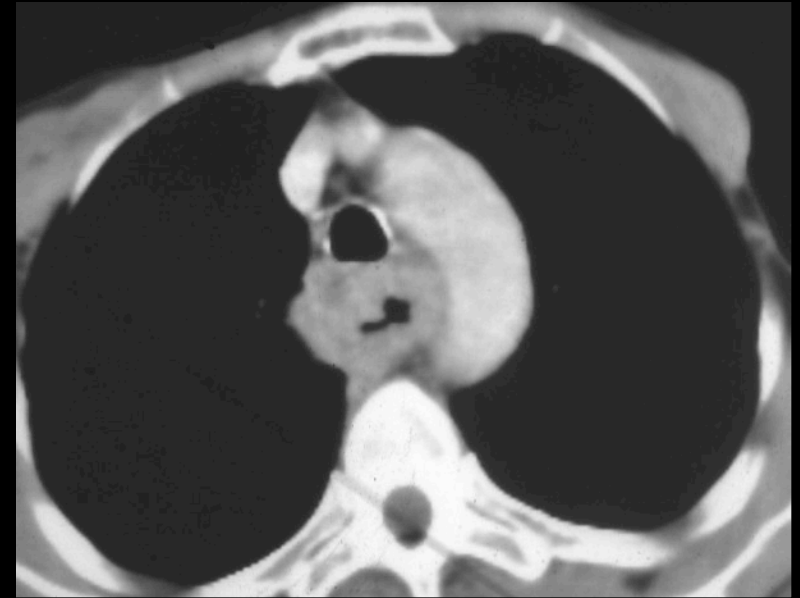
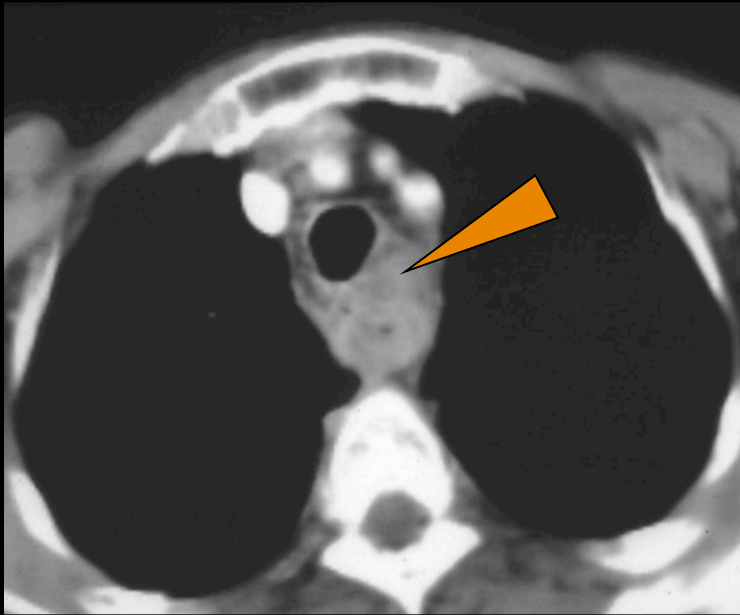
# bilan d'extension locale T critères d'opérabilité ( d'extirpabilité !!! )



## - éléments d'inopérabilité chirurgicale

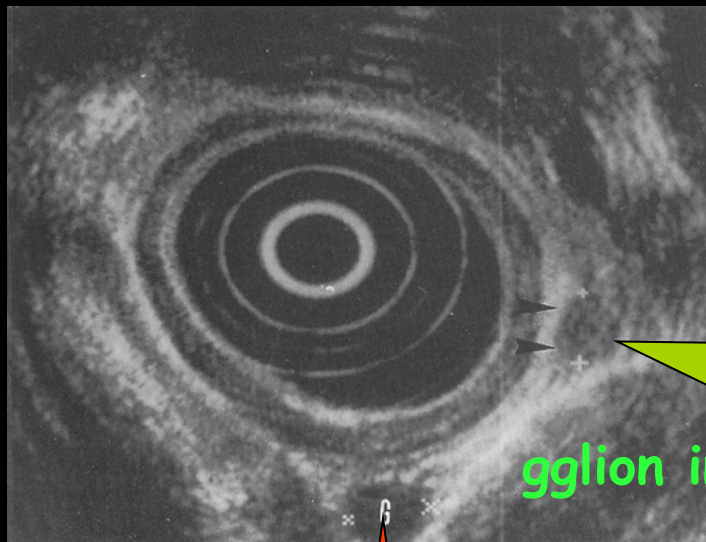
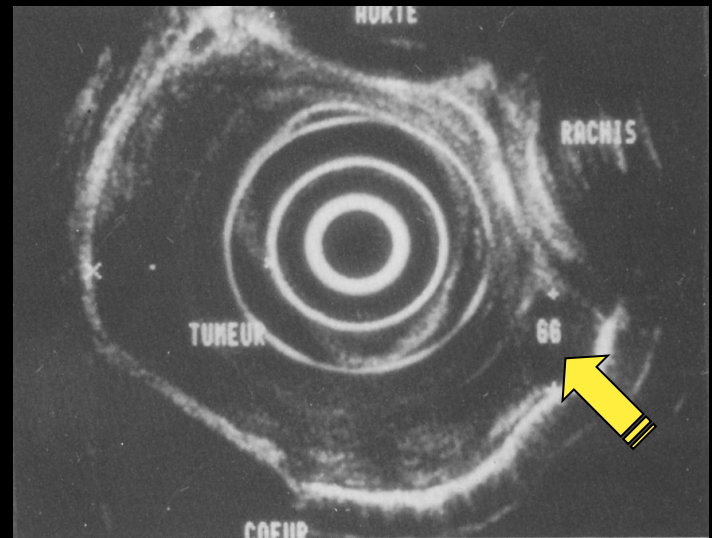
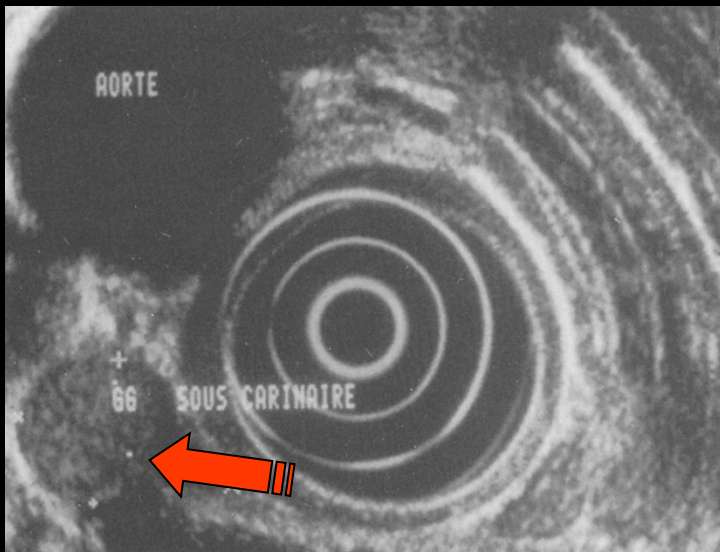
**T** invasion de l'arbre trachéo-bronchique, de l'aorte, des veines pulmonaires et du péricarde

**M** présence de métastases viscérales (foie, surrénales reins..)  
présence de **métastases ganglionnaires à distance** (sous-clavier, caeliques, axillaires)  
carcinomatose péritonéale

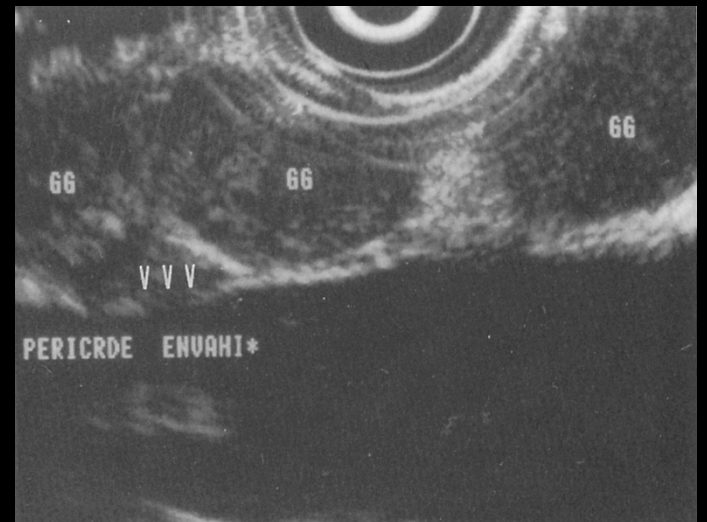


angle de Pincus  $>90^\circ$

adénopathies régionales



gglion inflammatoire

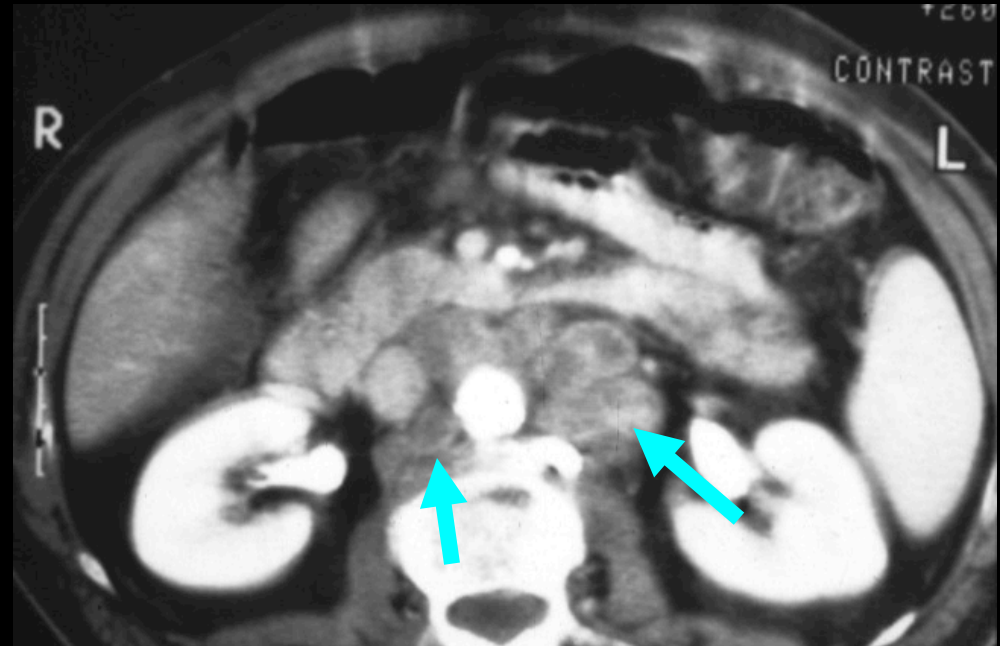
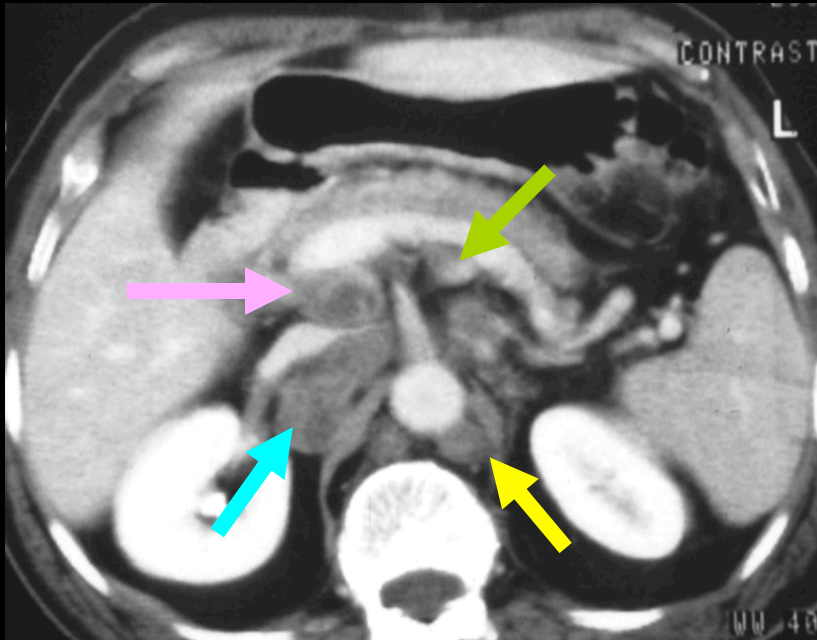


gglion envahi

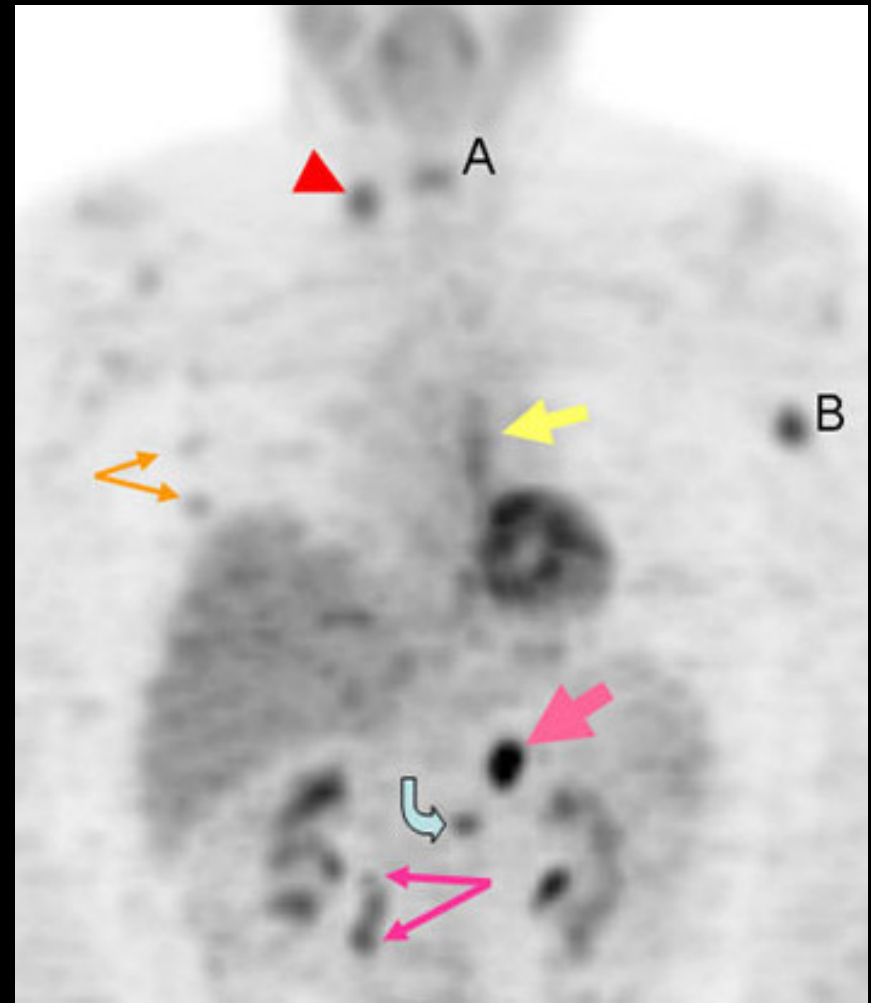
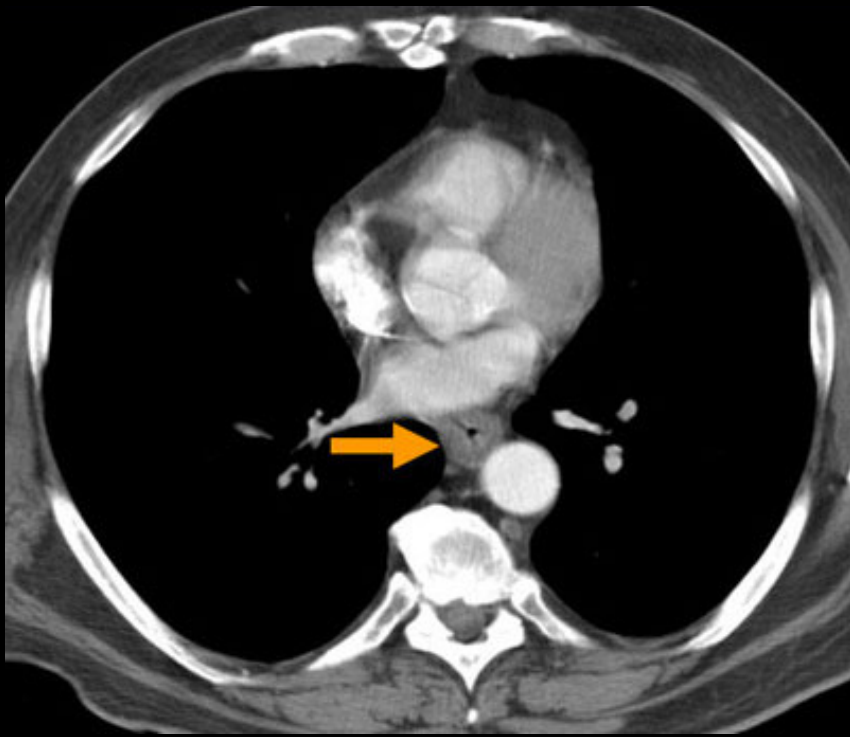
bilan d'extension locale N  
écho endoscopie



6. Le scanner abdominal pratiqué chez ce patient a montré les aspects suivants . Décrivez les principales anomalies en précisant leur siège anatomique



- adénopathies du **pédicule hépatique (hiatus de Winslow) et péri-pancréatiques**
- adénopathies **rétro péritonéales** (para aortiques et inter aortico-caves ) et de **l'espace infra-médiastinal postérieur**



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

