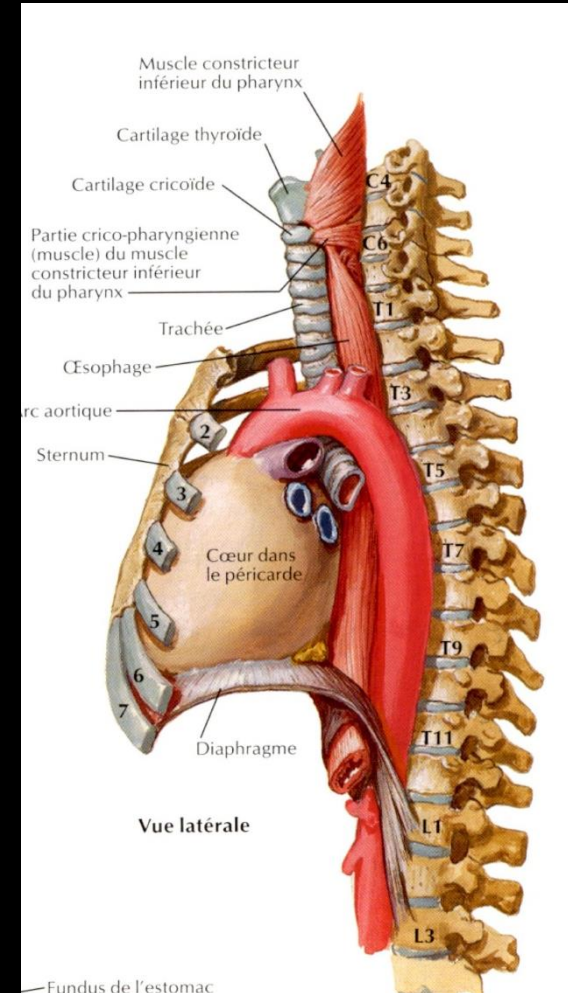


Imagerie de l'œsophage

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, 21 cm à 37 cm des AD

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

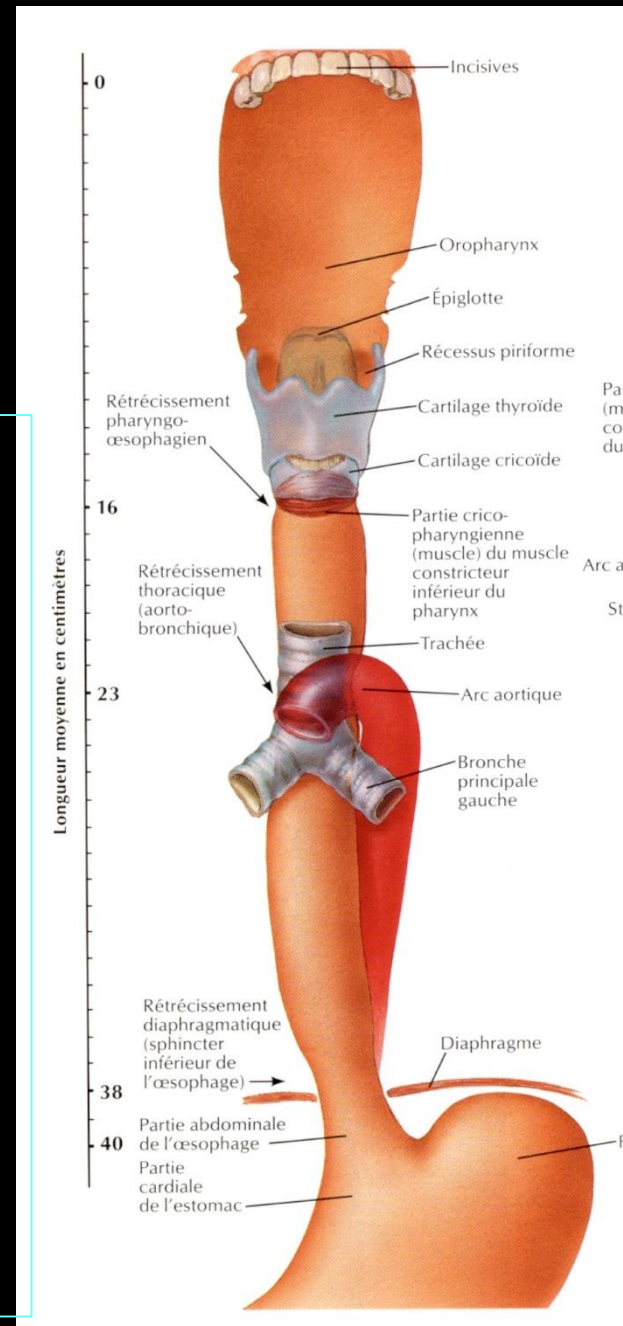
1- Œsophage cervical

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 :

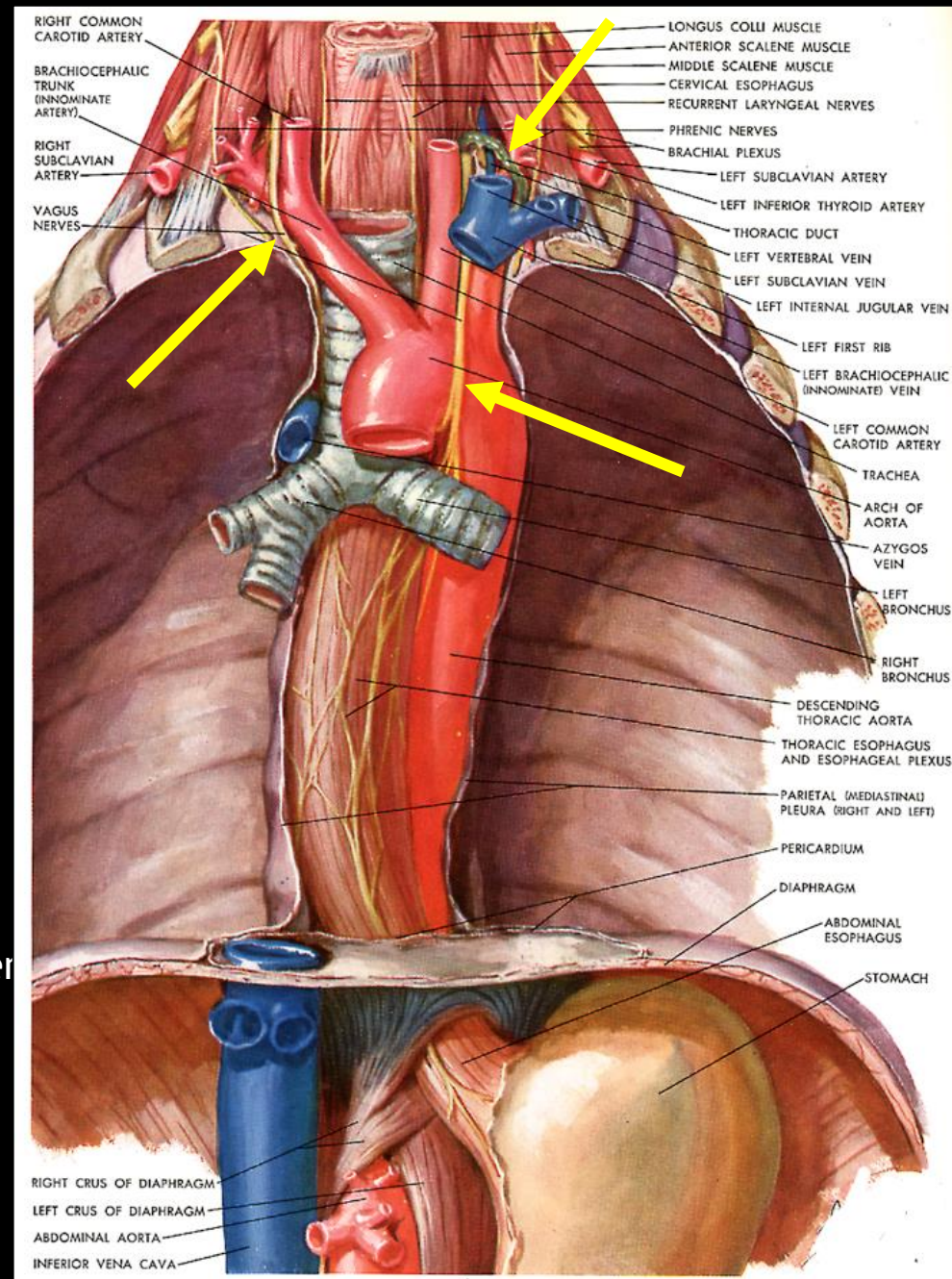
droit : passe en arrière de l'oesophage

gauche : en avant de l'oesophage

échangent dans la partie inférieure de l'oesophage des fibres : plexus péri-oesophagier

Chaîne orthosympathique latéro-vertébrale et ses ganglions

Azygos, hémiazygos, hémiazygos accessoire

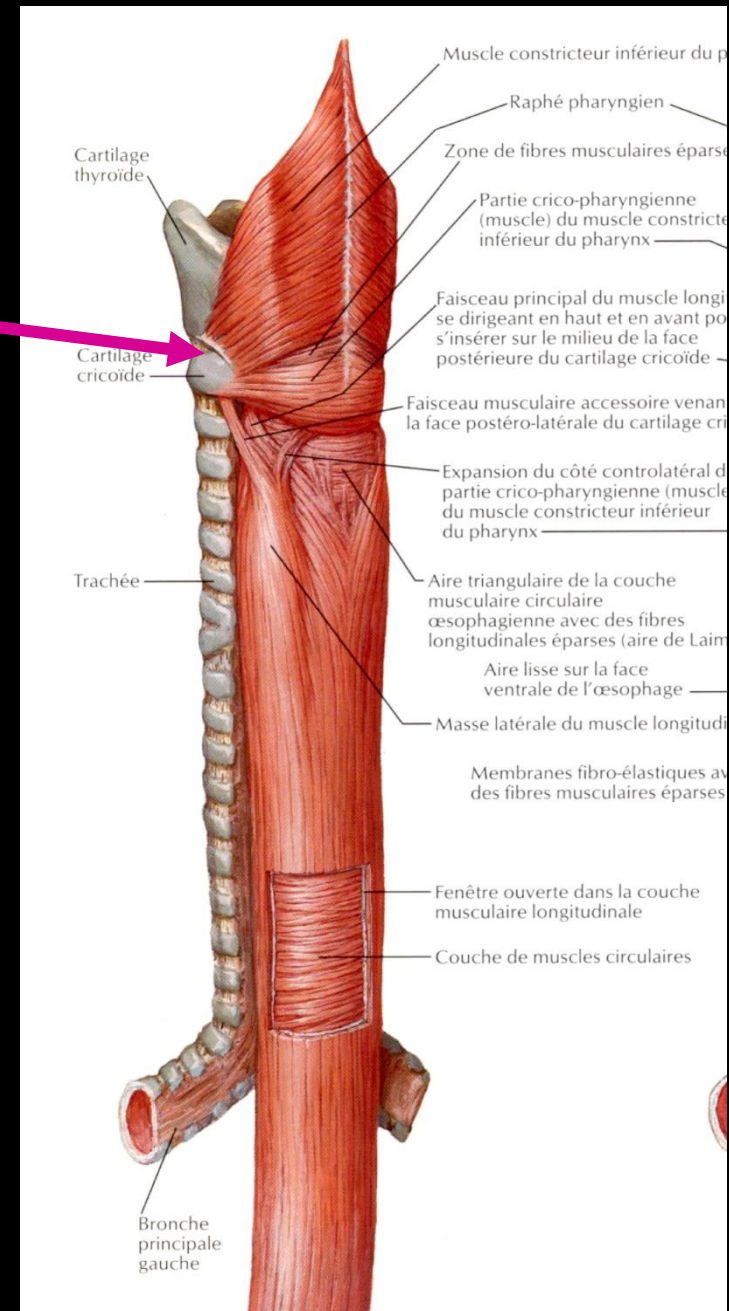


Anatomie musculaire:

SSO: fibres crico-pharyngiennes et caudales des muscles constricteurs pharyngiens inférieurs

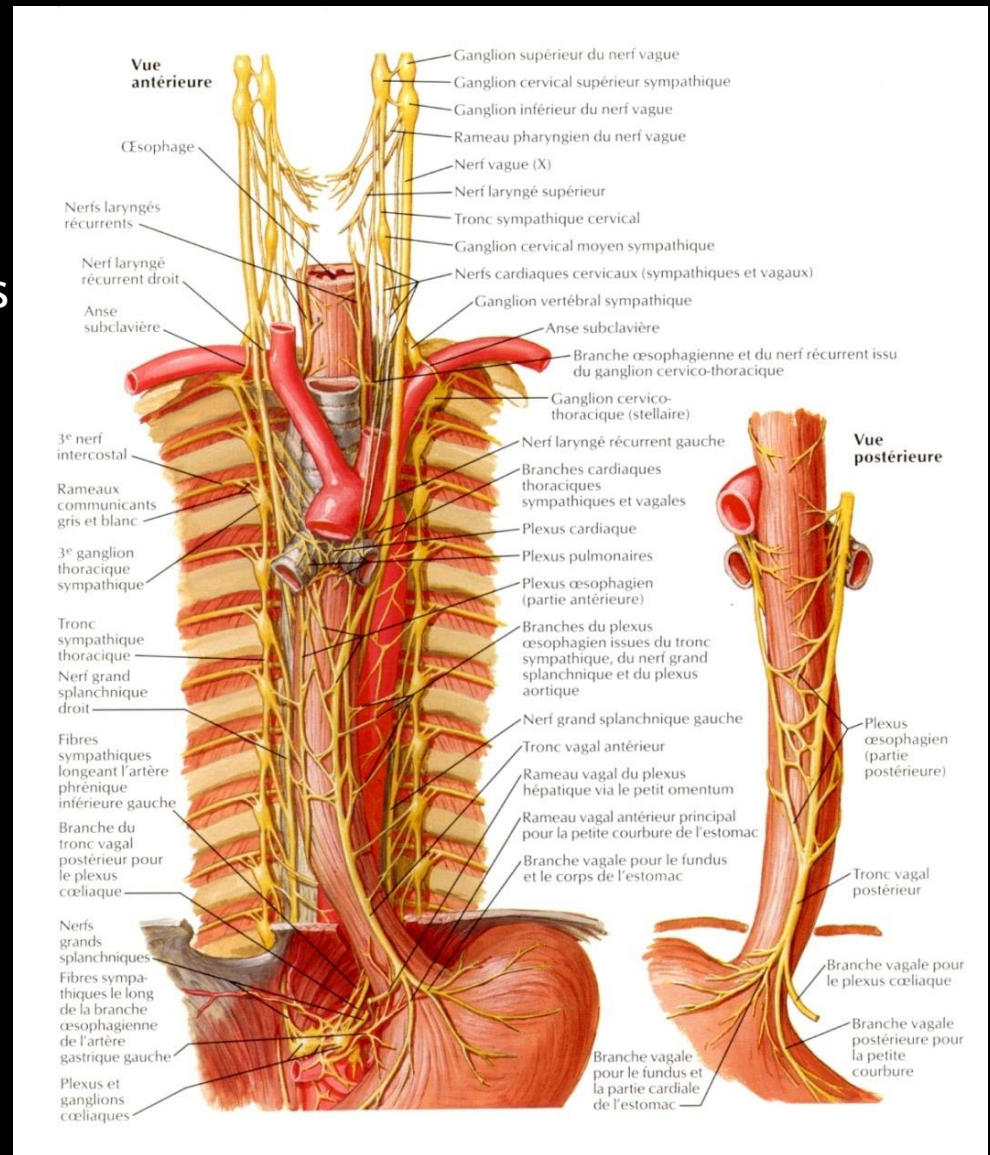
tiers supérieur de l'oesophage : muscles **striés**
zone de transition de longueur variable où se trouve un mélange de muscles striés et lisses
entre la moitié et le tiers de l'oesophage inférieur, y compris le SOI : **muscles lisses**.

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

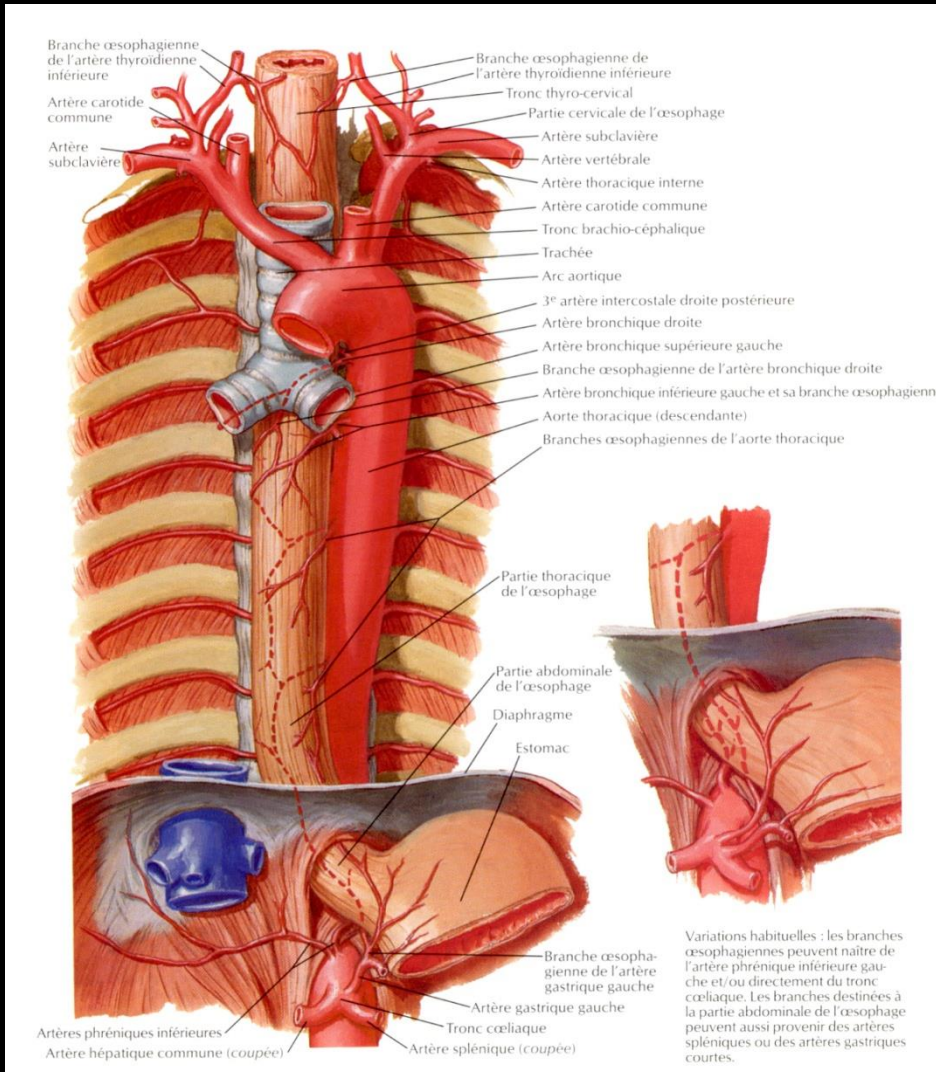


Innervation:

- **Innervation motrice** assurée par les **nerfs vagues**, (pneumogastriques)
- L'oesophage et le SOI 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

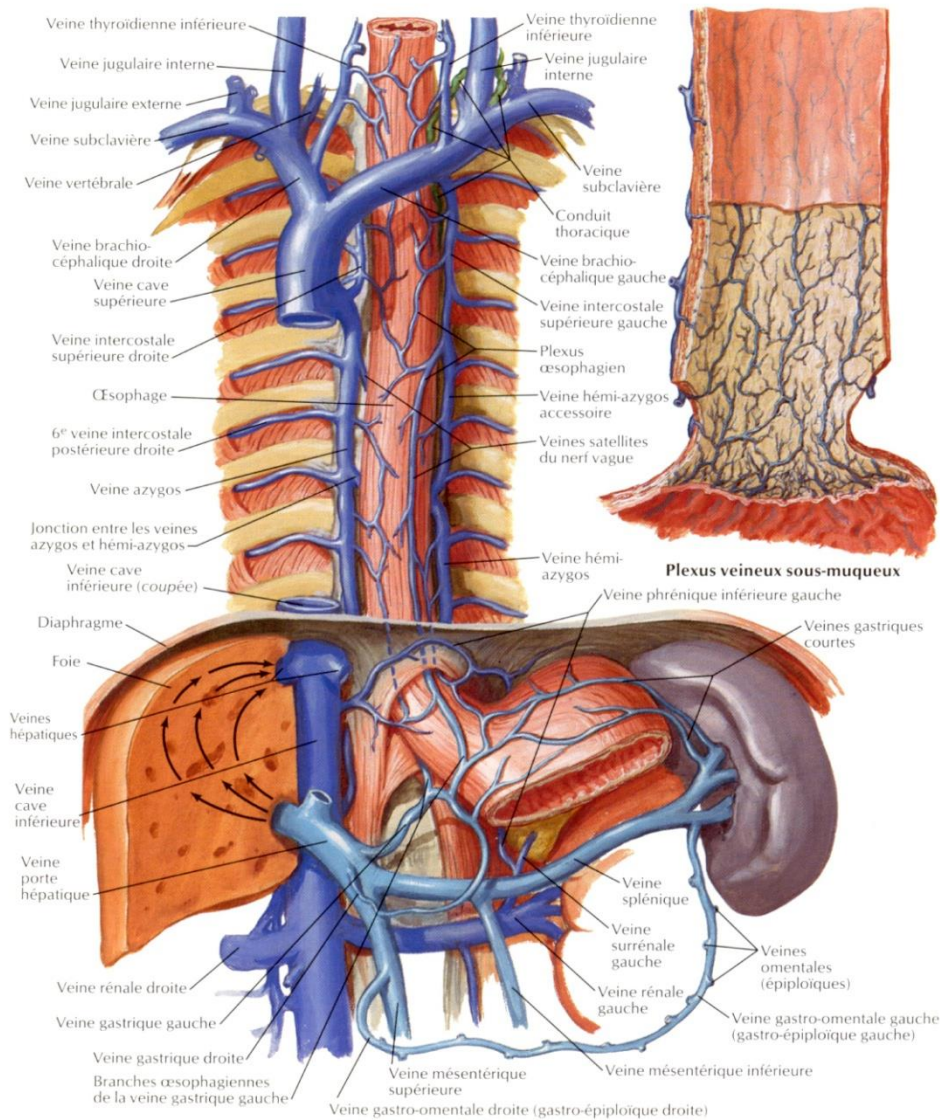
- **SOS et oesophage cervical** :

branches de l'artère **thyroïdienne inférieure**

- **Oesophage thoracique** : 2 artères oesophagiennes **aortiques** ou ramifications terminales des artères bronchiques

- **SOI et bas oesophage** : artère **gastrique gauche** et une branche de l'artère **phrénique gauche**

Veineuse

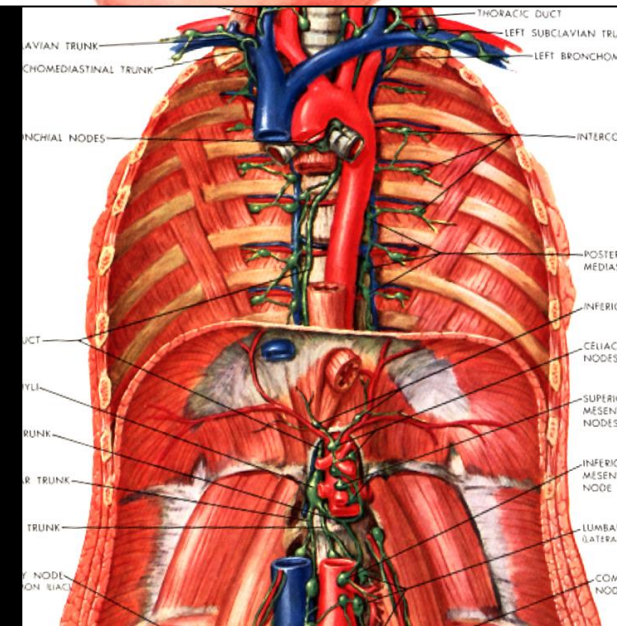
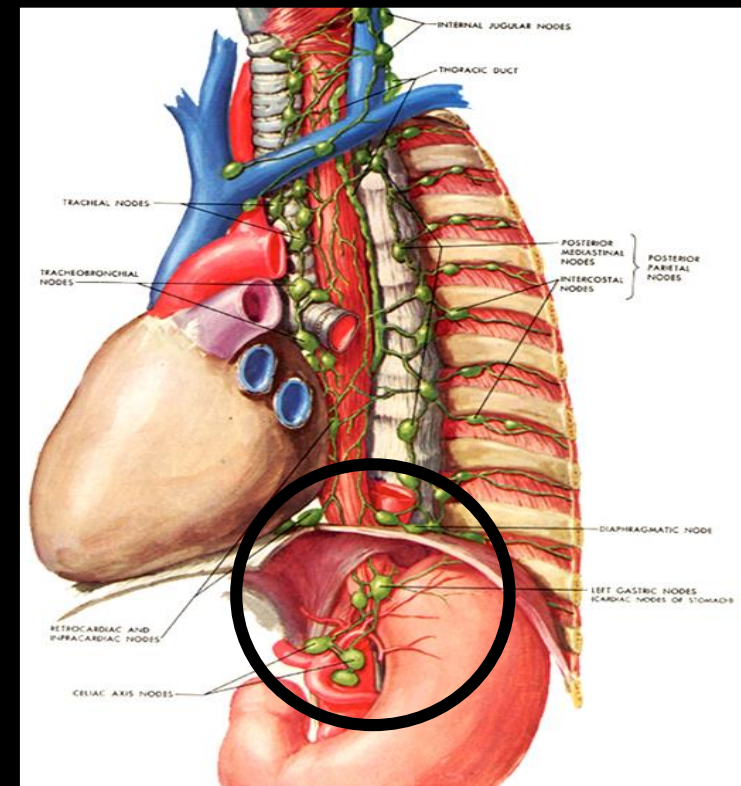


- Retour veineux du *haut oesophage* assuré par un plexus très ramifié, situé dans la sous-muqueuse, qui se déverse dans la *veine cave supérieure*
- Retour veineux de *l'oesophage moyen* se fait par les *veines azygos*
- *Dans le bas oesophage*, les collatérales de la *veine gastrique gauche* (branche de la veine porte) communiquent avec les *azygos* dans la sous-muqueuse : les varices oesophagiennes 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 »

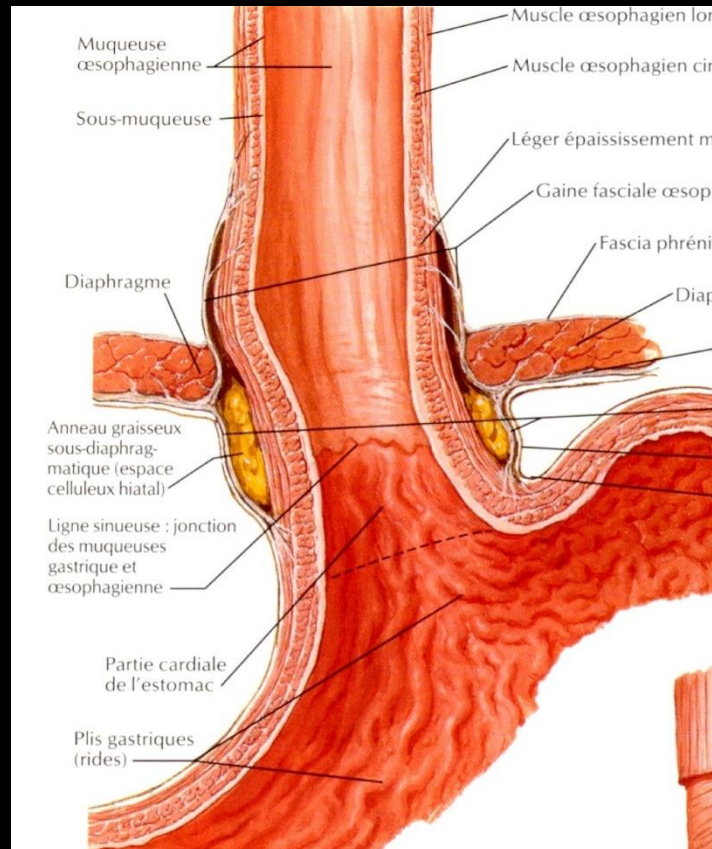
Au même moment, stimulation des muscles qui assurent l'élévation du palais, suivie de la fermeture et de l'élévation du larynx afin d'empêcher le bol alimentaire de faire fausse route

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 intraluminaire : 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

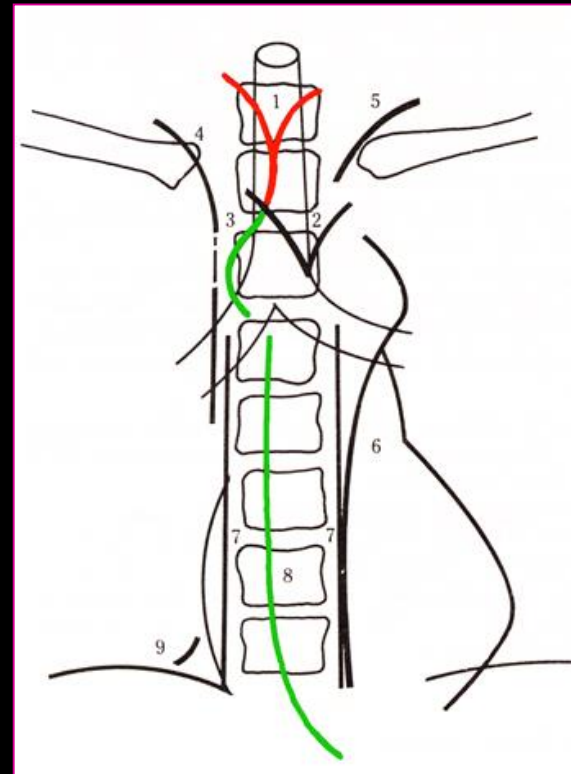
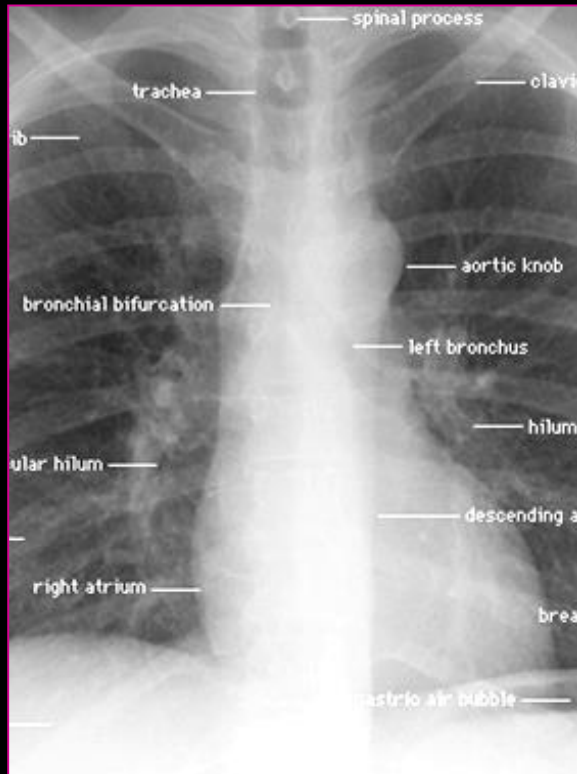


Techniques d'imagerie de l'œsophage

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



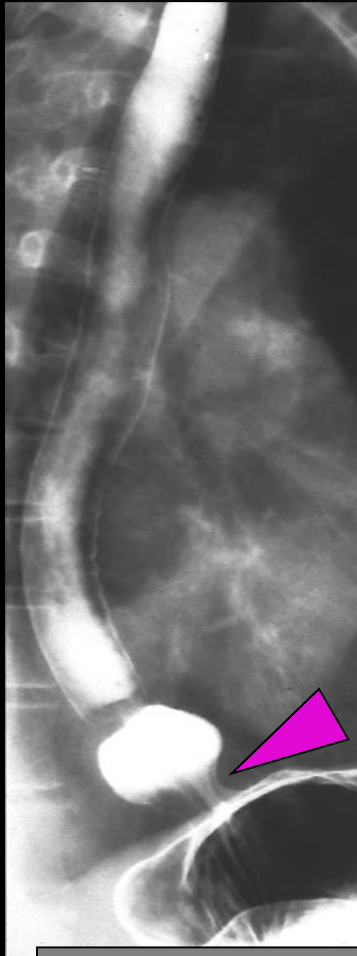


volumineux cancer
épidermoïde du tiers
moyen

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 oesophagien (suite)

hydrosolubles iodés « classiques »

Gastrografine* Télébrix gastro*

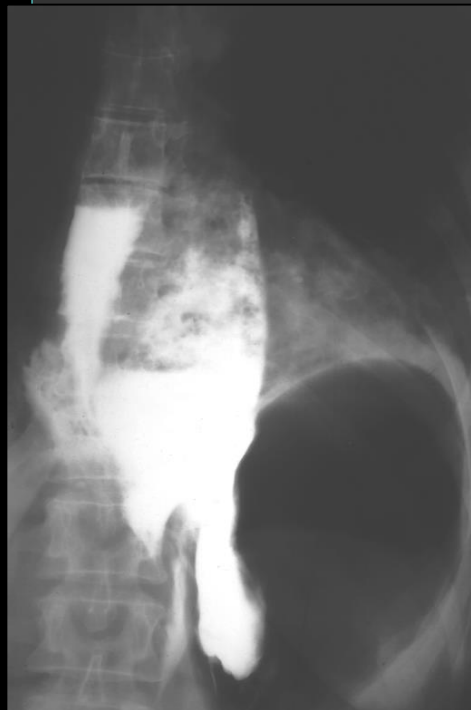
hyperosmolaires ; 3 à 5 fois l'osmolalité
plasmatique (dilués 50%)

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

hydrosolubles iodés iso-osmolaires

Visipaque*

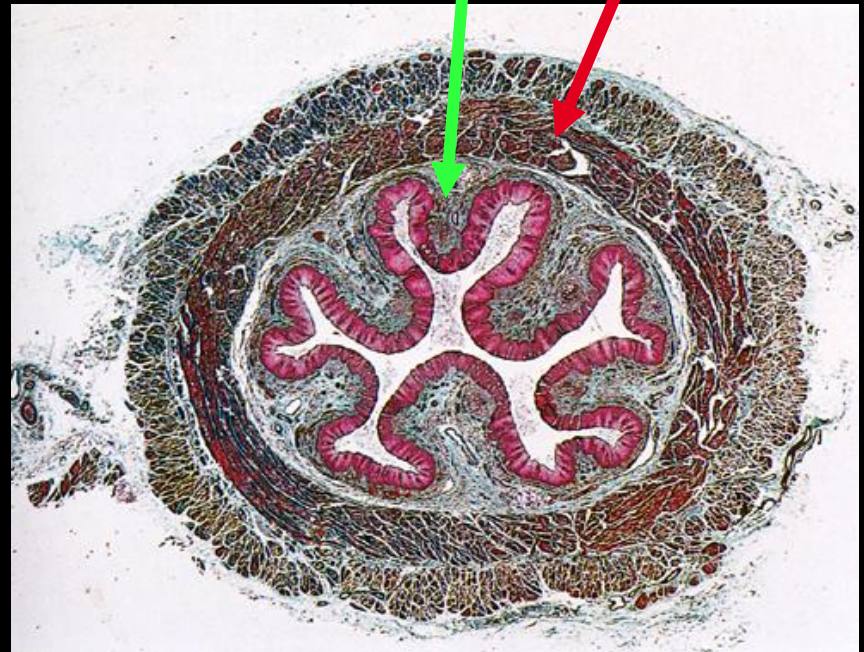
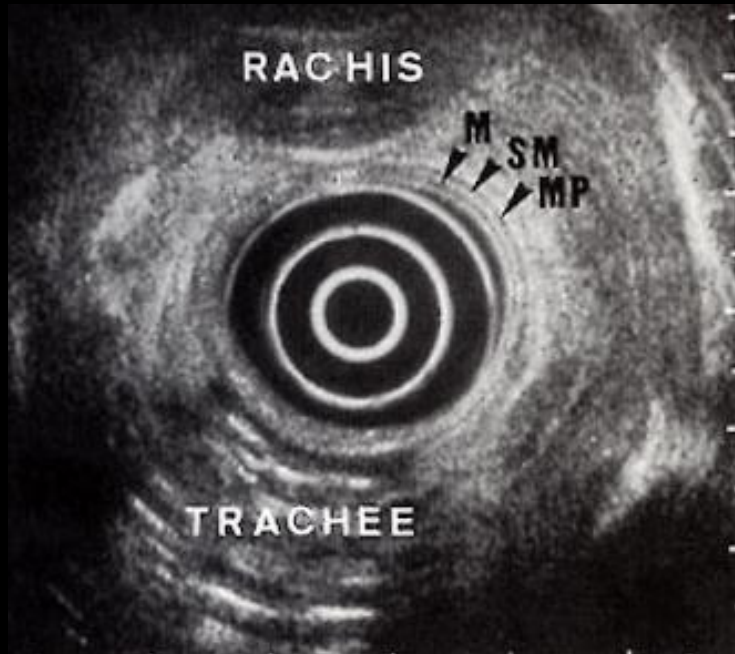
- suspicions de **fistule oeso trachéale**
- fausses routes et troubles de la déglutition



Sd de Boerhaave
!

Techniques d'imagerie de l'œsophage

3-endoscopie et écho endoscopie



Trois tuniques :

- la muqueuse
- la sous-muqueuse
- la musculieuse
- 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 plasmatiques des cellules nerveuses (plexus de Meissner) et des glandes secrétant du mucus

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

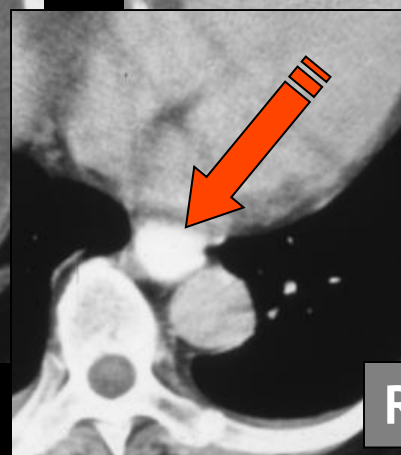
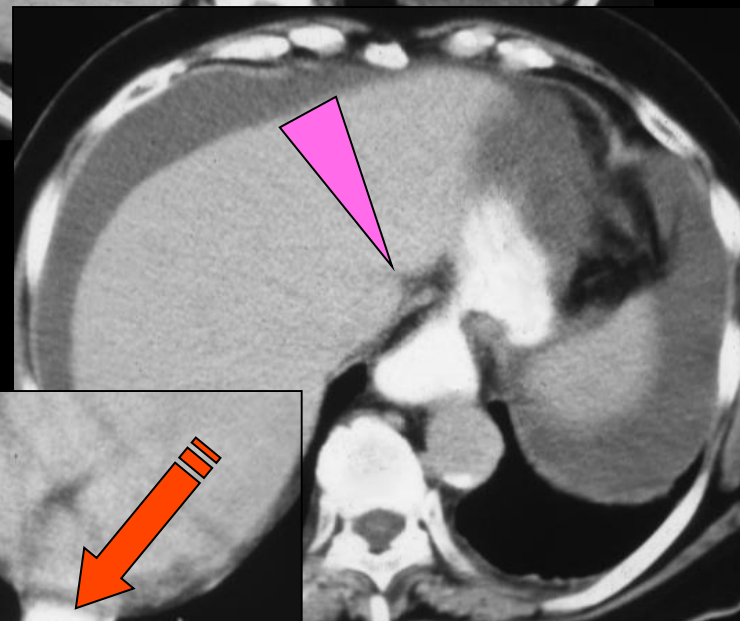
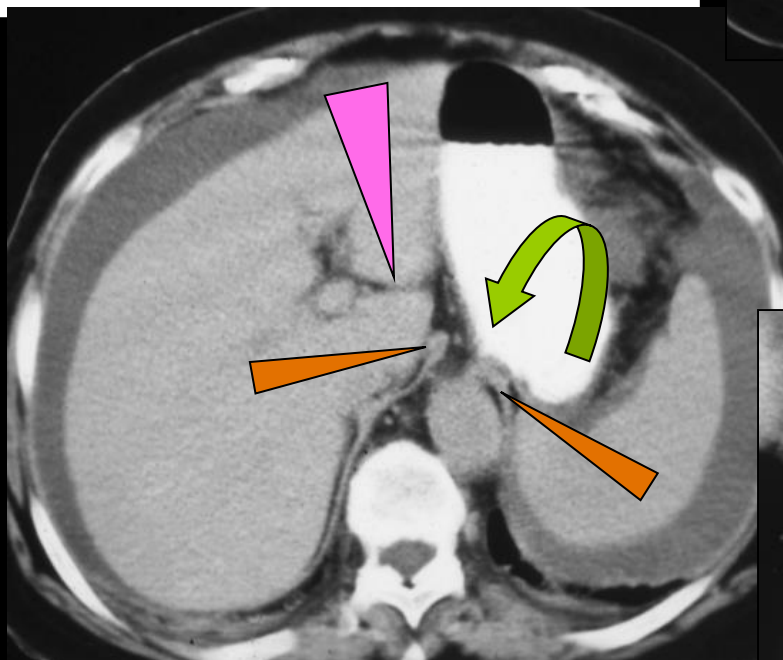
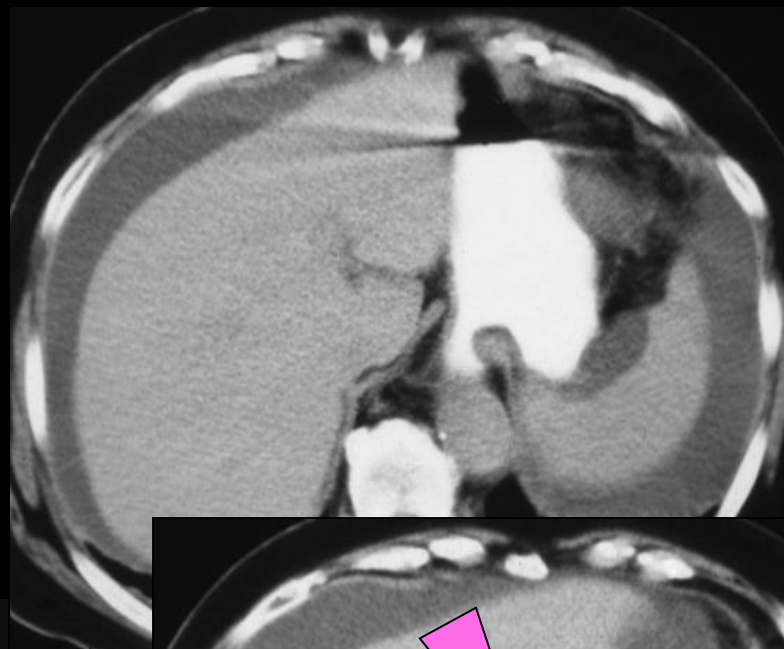
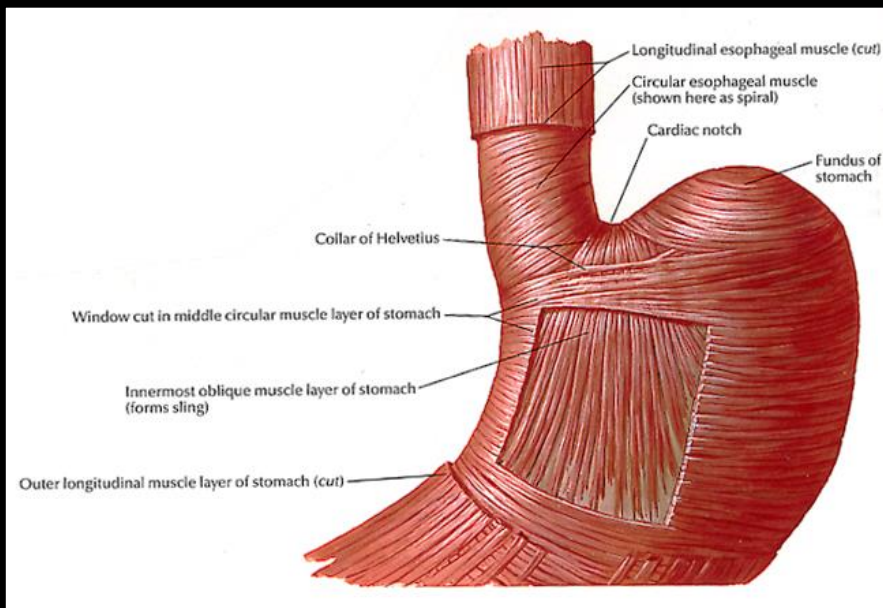
4- Scanner: pathologie tumorale ++

Examen clé pour l'extension locorégionale et métastatique, pour l'évaluation de la 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°

Avec ingestion d'eau ++++

- Péricarde, cœur, diaphragme, veine azygos
- Extension ganglionnaire médiastinale
- Extension métastatique: méta pulmonaires, hépatiques, surrénales. Les ganglions à distance (sus claviculaires) sont considérés comme métastases



hernie hiatale par glissement

RGO spontané

Techniques d'imagerie de l'œsophage

5-IRM

images pondérées T2 pour

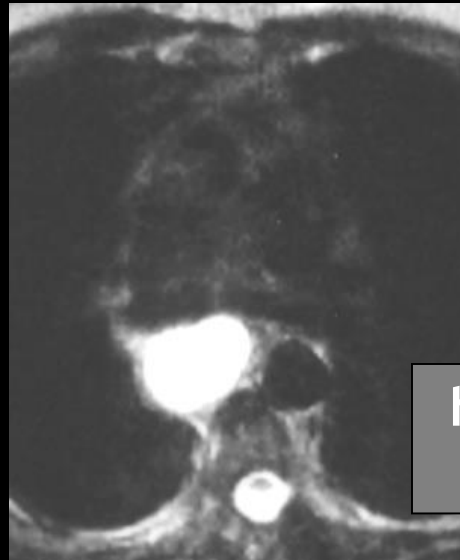
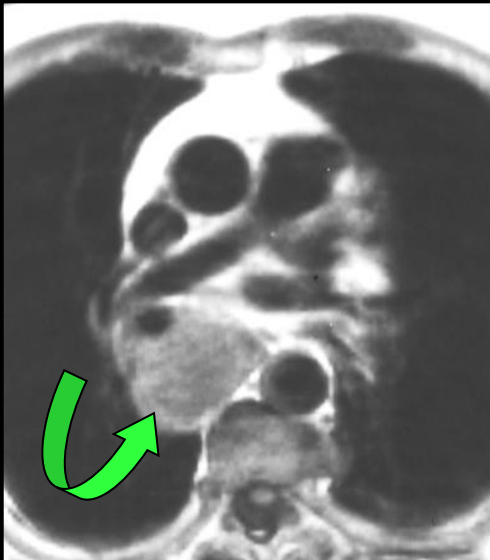
- les structures **liquidiennes** : dysembryoplasies (duplications) kystiques, hématomes...

- les structures à **composante cellulaire** : T conjonctives

«

-

les lésions à **composante grasseuse** : polype fibro- grasseux

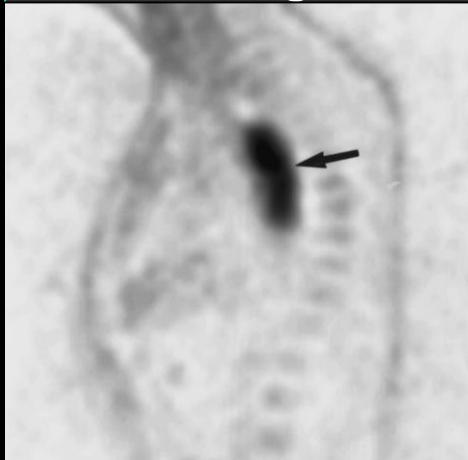


hématome spontané intra-
mural de l'oesophage

Techniques d'imagerie de l'œsophage

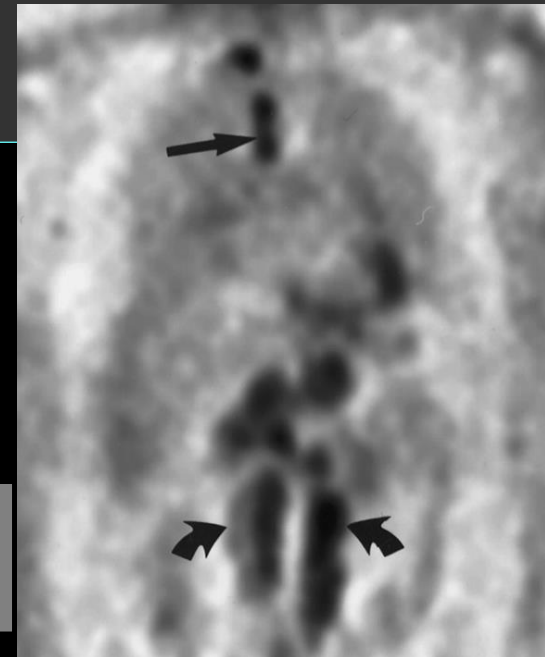
6-médecine nucléaire

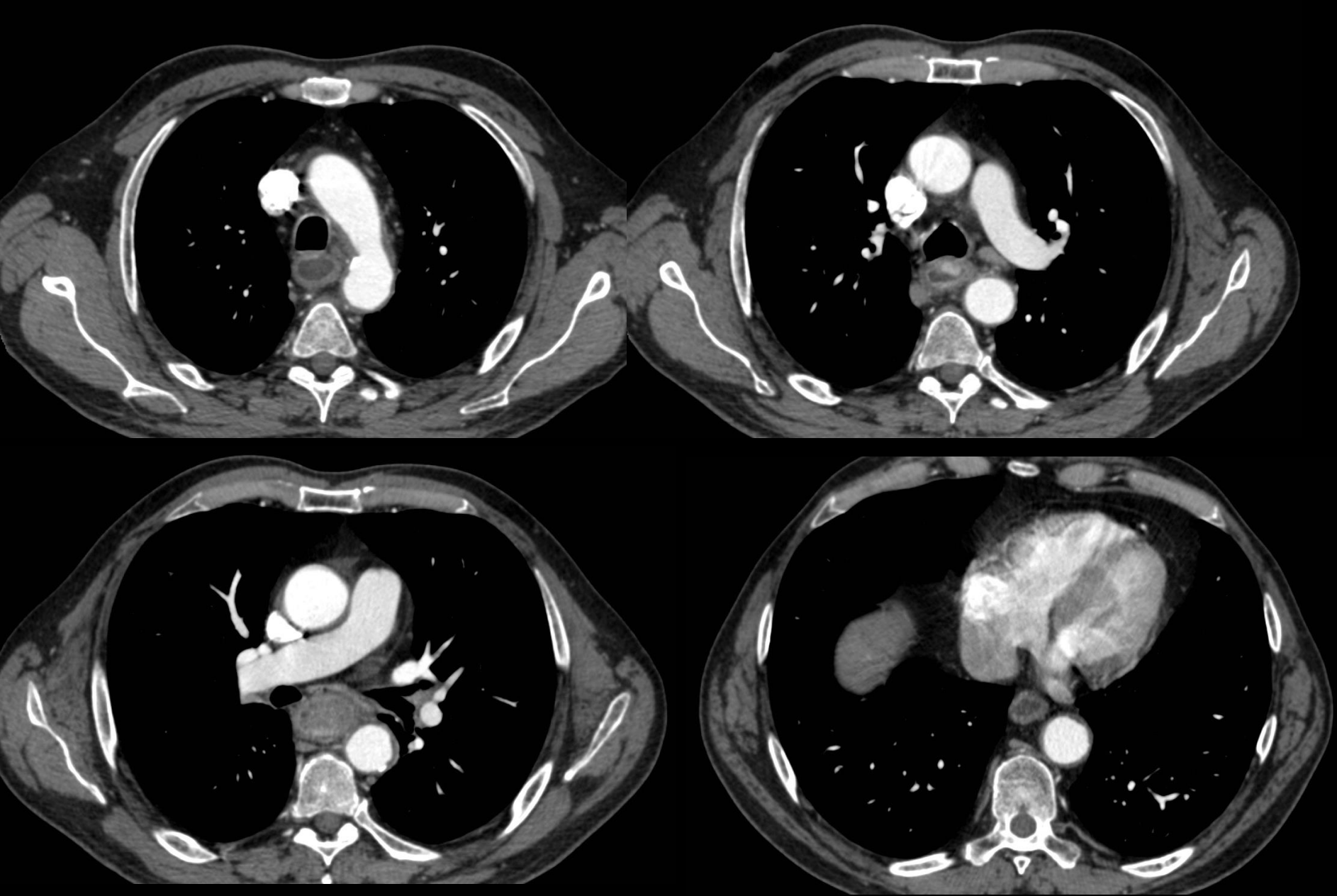
- étude **scintigraphiques** de la **clairance** de l'œsophage, du RGO ...
par ingesta avec traceur (soufre colloïdal) marqué au ^{99m}Tc
- **PET scan** (^{18}F FDG)
bilan d'extension ganglionnaire et métastatique viscéral pré-opératoire des K
diagnostic des **récidives**



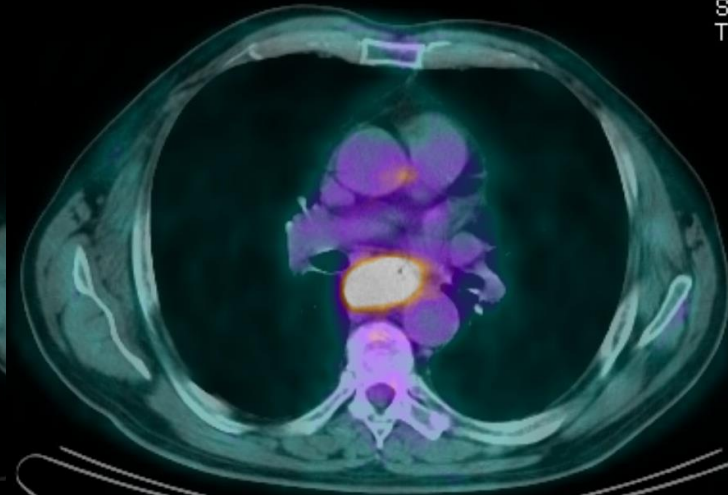
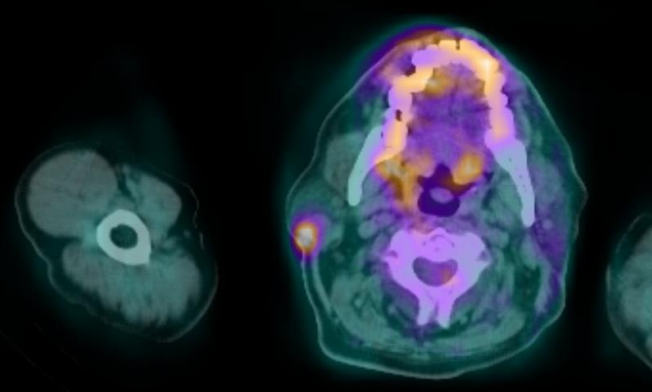
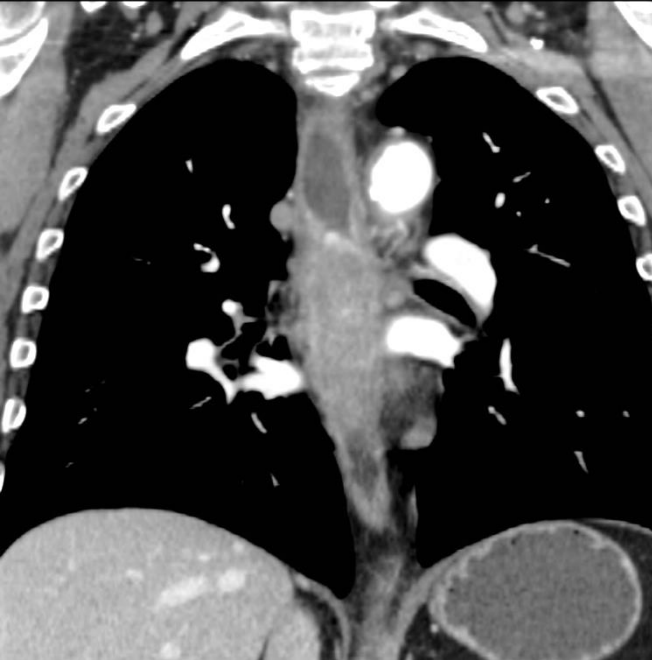
cancer 1/3 moyen

cancer 1/3 moyen
avec métas GG





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

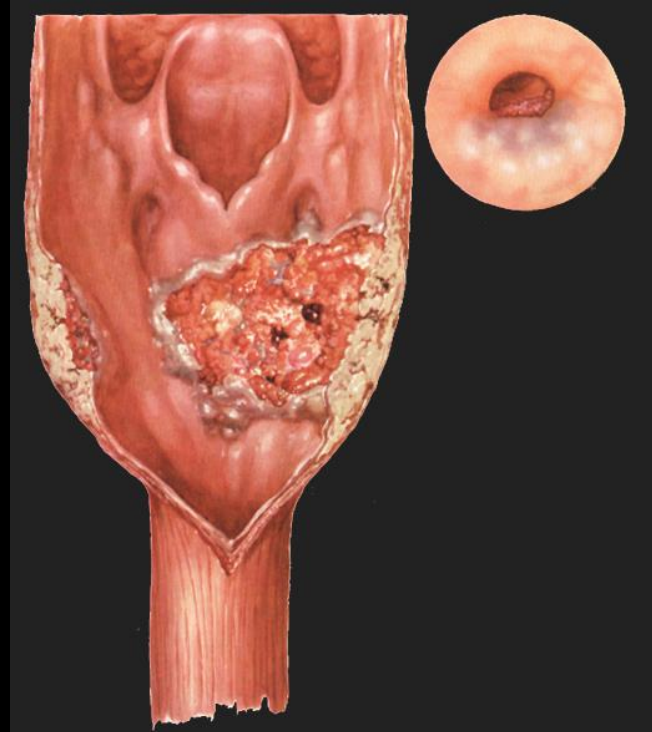


bilan d'extension PET CT au 18 FDG d'un sarcome de l'oesophage

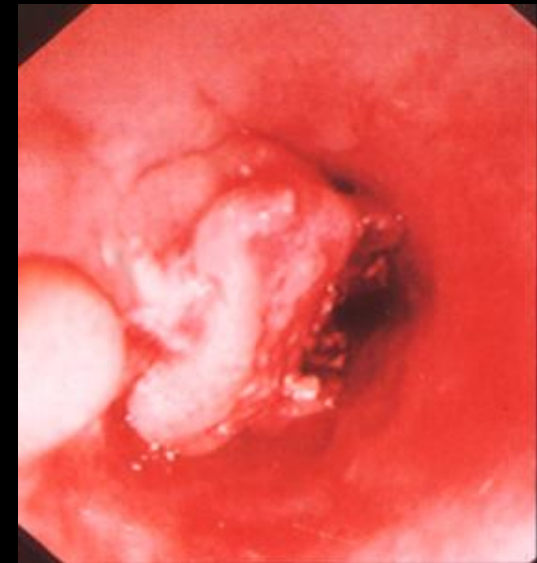
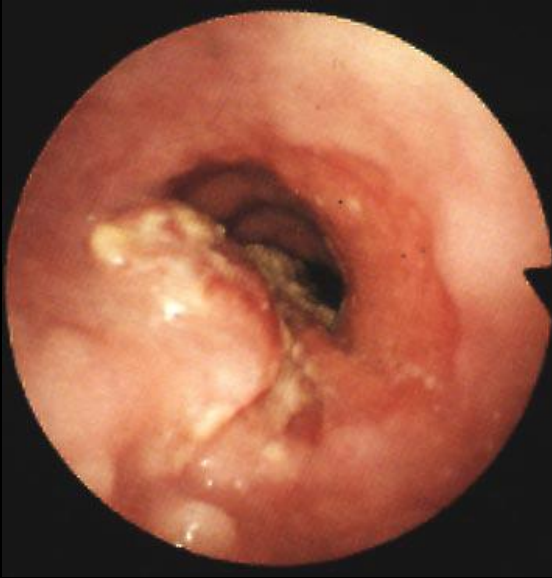
Pathologie tumorale de l'œsophage

1 - tumeurs épithéliales malignes

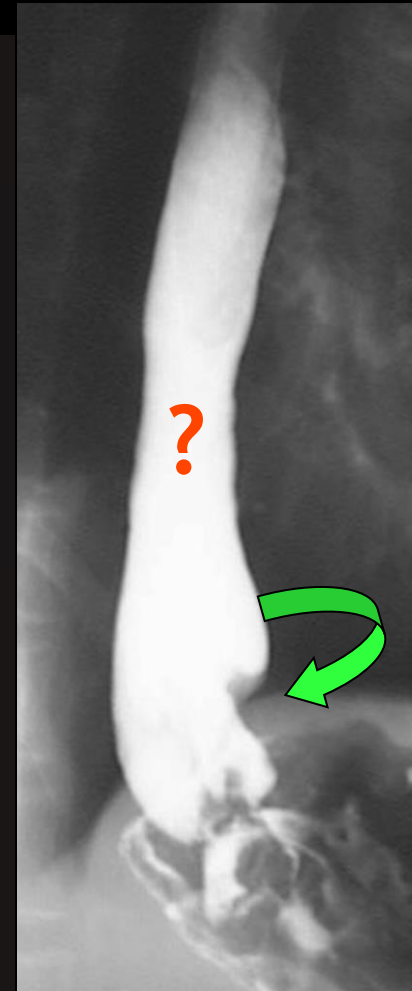
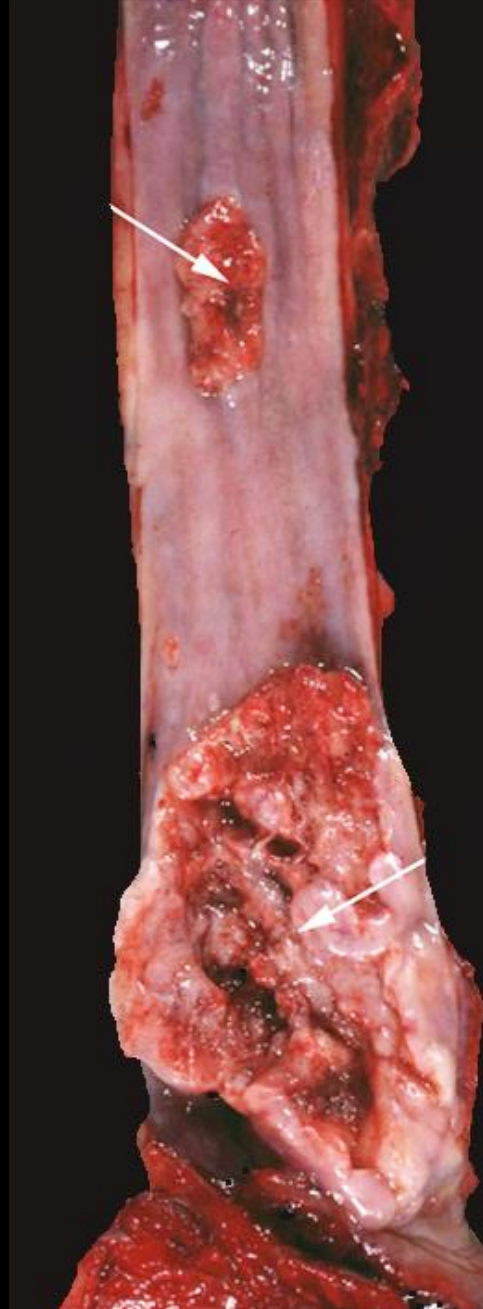
1a. cancers épidermoïdes (80-90%)



formes macroscopiques



endoscopie + biopsies
colorations



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

Le carcinome épidermoïde

- 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 socio-économiques

Le carcinome épidermoïde

Étiologie :

Facteurs endogènes:

Cancer ORL

Méga oesophage

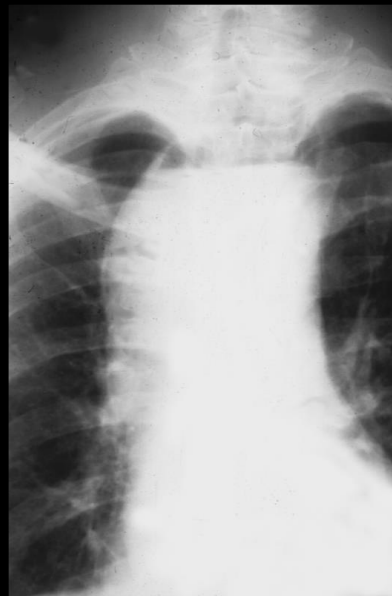
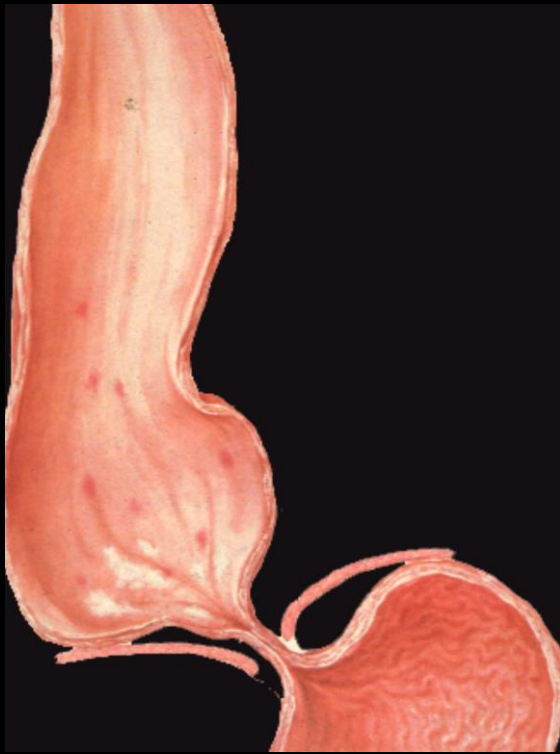
Oesophagite caustique

Diverticules de Zenker : <1%

Dysplasie oesophagienne au cours des sidéropénies (Plummer-Vinson, Kelly-Patterson) : 10%, pays nordiques

Sclérothérapie des varices oesophagiennes, ATCD de gastrectomie

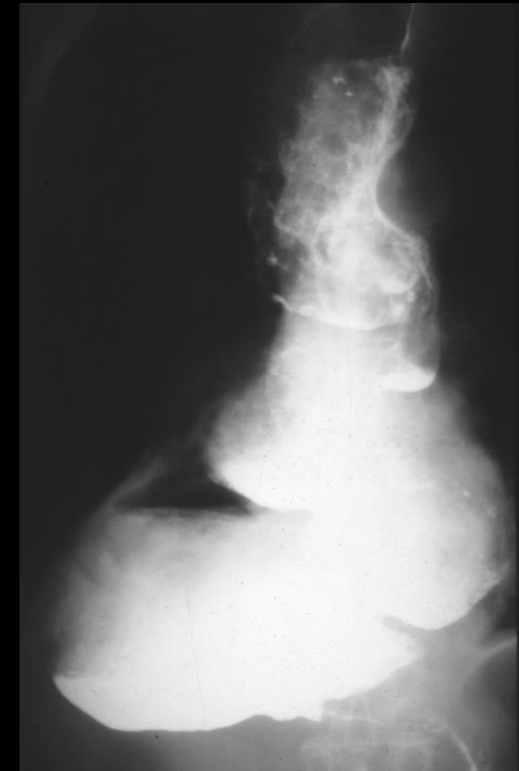
Prédisposition génétique: tylose (kératodermie palmo-plantaire héréditaire), maladie coeliaque

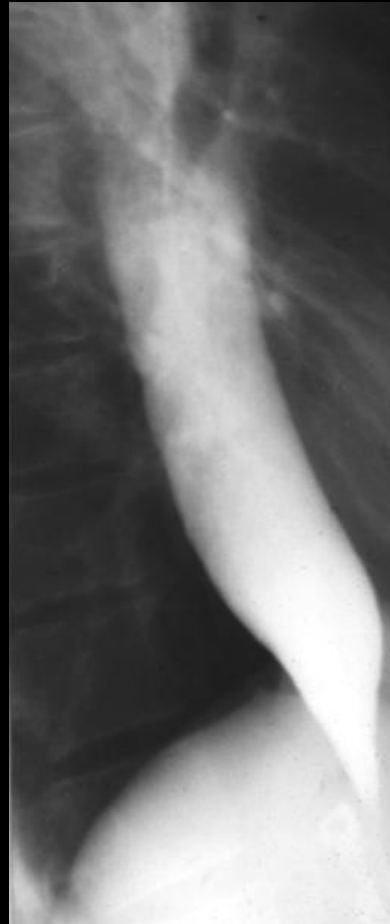


- Trouble moteur oesophagien : défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage, défaut d'innervation intrinsèque et extrinsèque, apéristaltisme du corps oesophagien

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

- Fibro gastrique avec biopsies, manométrie+++



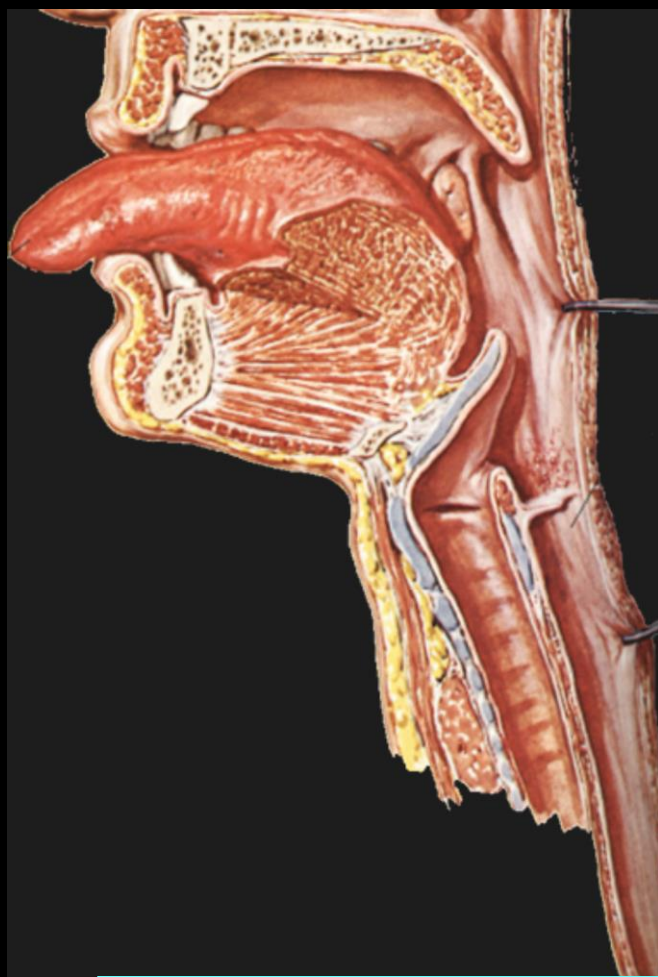


Dilatation oesophagienne en
chaussette

Rétrécissement régulier centré en
queue de radis

Absence d'ondes péristaltiques

méga œsophage

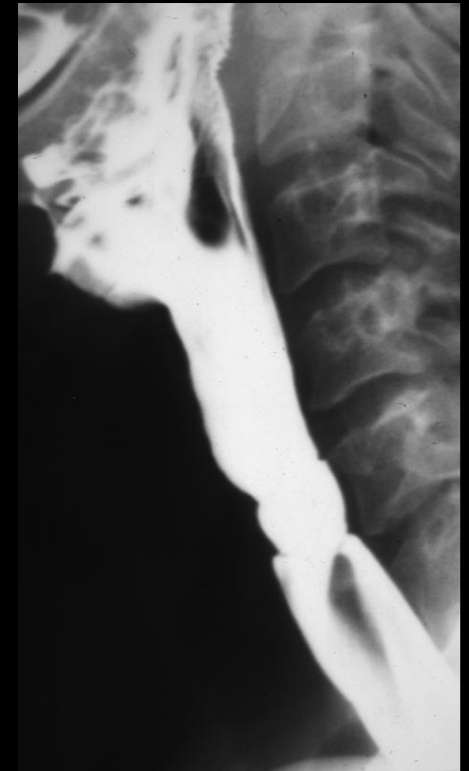


Diaphragme muqueux
Translucide (partie basse
oesophage cervical)

Dysphagie sidéropénique de Plummer-Vinson

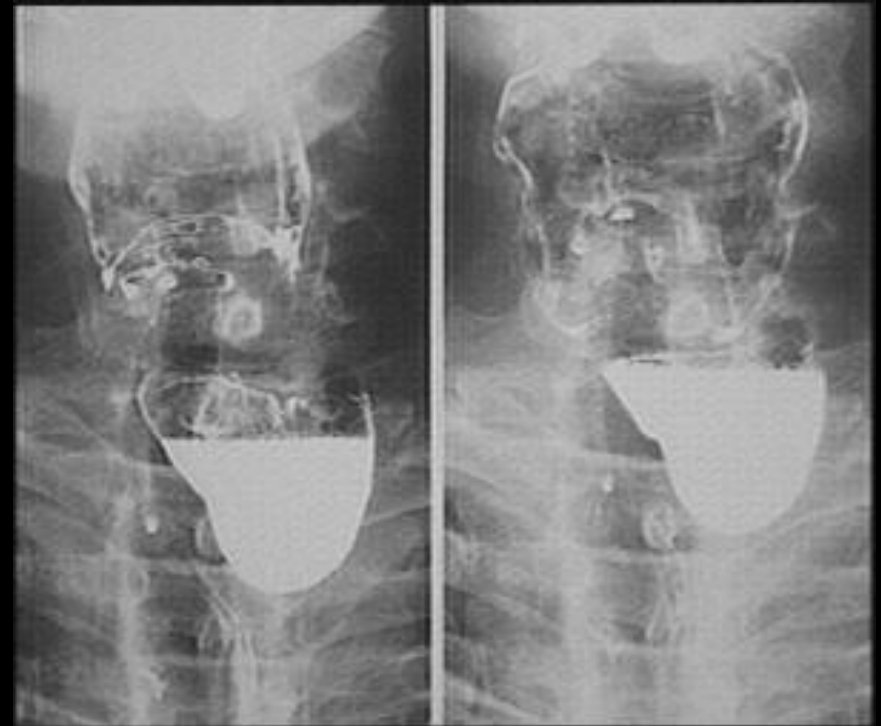
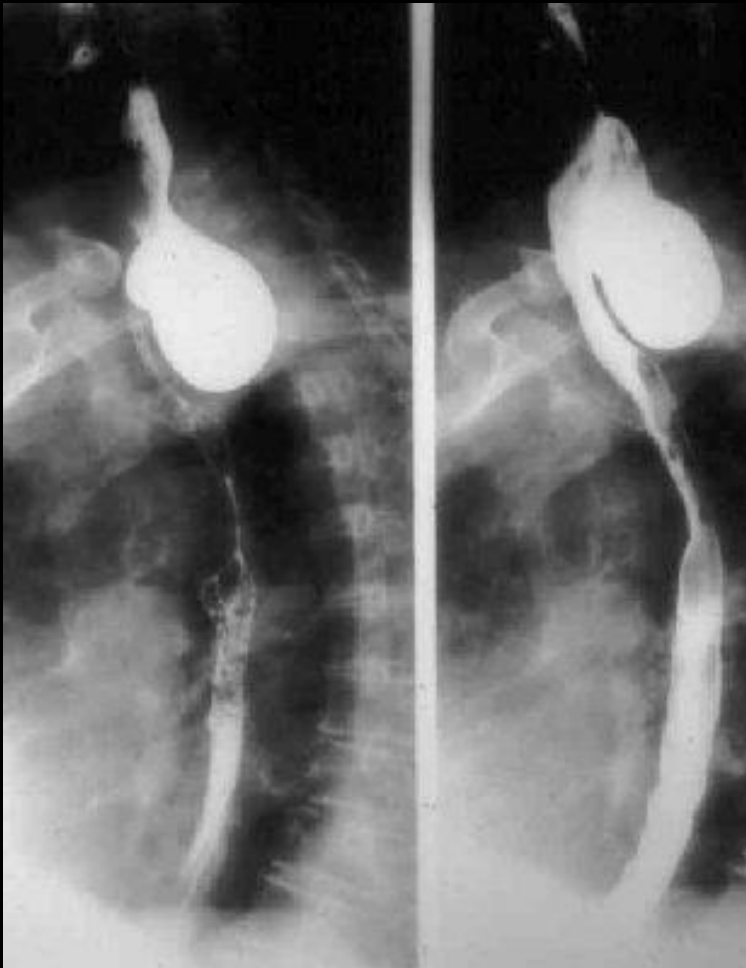
Etat multicausal

- 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 musculature, sans la dépasser

T3 : tumeur envahissant la graisse médiastinale

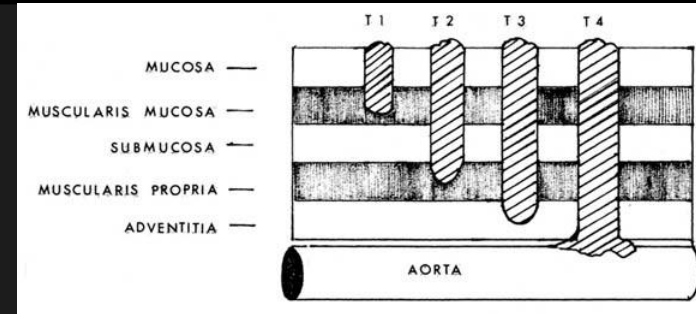
T4 : tumeur envahissant les structures adjacentes

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

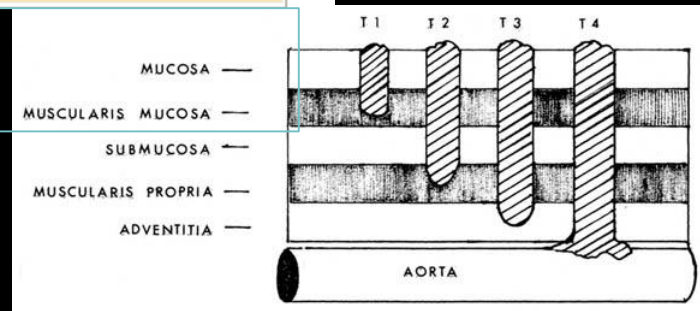
- Les ganglions régionaux sont ceux du territoire de l'œsophage incluant les ganglions de l'axe coeliaque et les ganglions para-œsophagiens du cou mais pas les ganglions sus-claviculaires.

NX	Le statut des ganglions régionaux ne peut être évalué
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastases dans 1-2 ganglions lymphatiques régionaux
N2	Métastases dans 3-6 ganglions lymphatiques régionaux
N3	Métastases dans 7 ganglions régionaux ou plus
pN0	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 **Ila** : **T2 ou T3** N0, M0

Stade **Ilb** : T1 ou T2 **N1**, M0

Stade **III** : T3 ou T4, **N1** M0

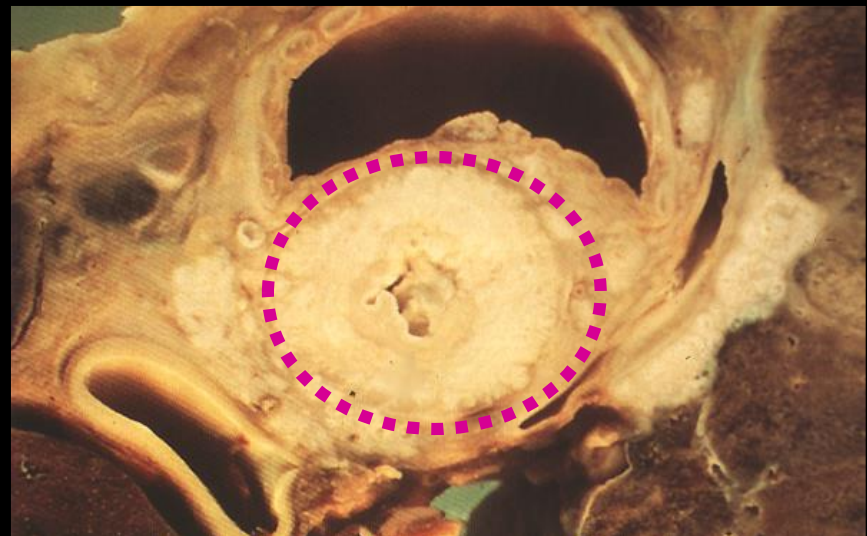
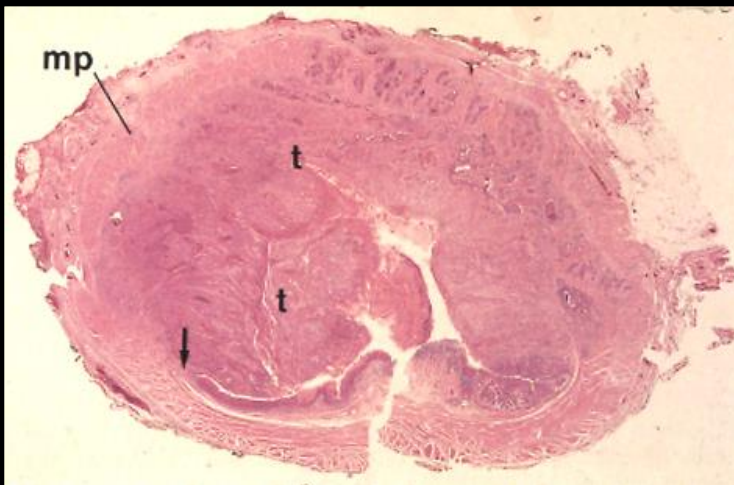
Stade **IV** : tous T ou tous N **M1**

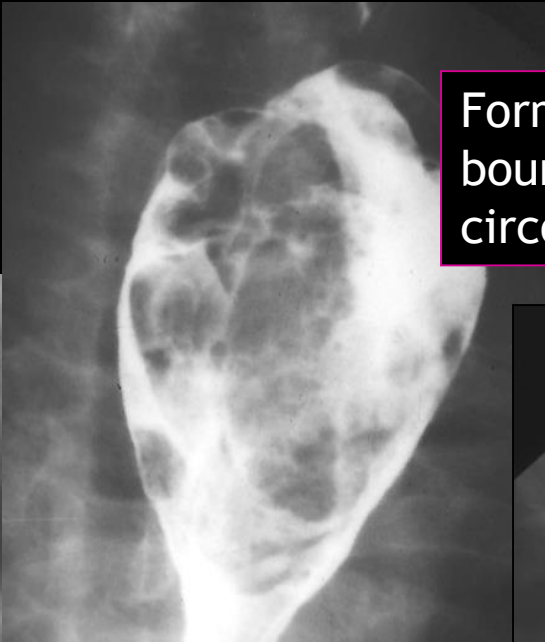
Groupement par stades UICC

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

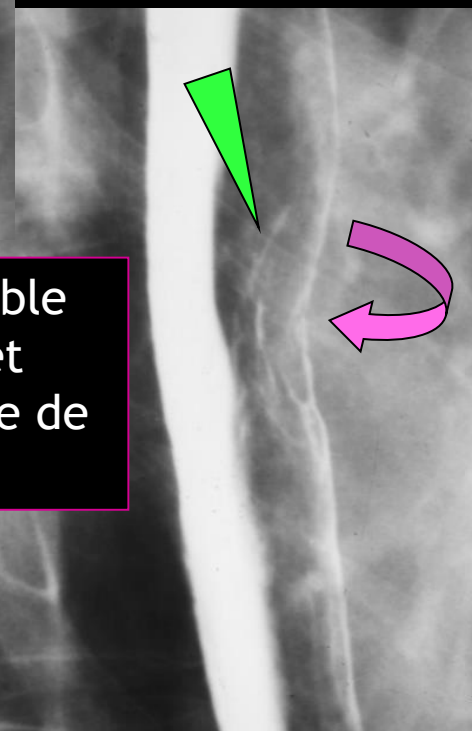


Forme polypoïde:
Lésion en surélévation
nodulaire endoluminale
sans infiltration pariétale



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

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

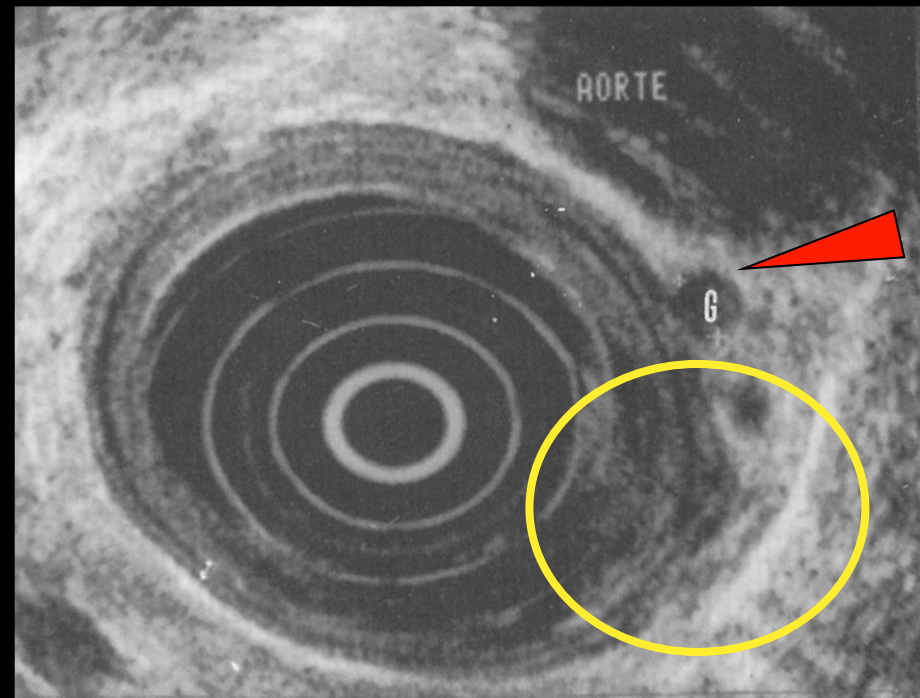


formes macroscopiques des petits K épidermoïdes

Bilan d'extension local T (et N proximal)

Echo-endoscopie :

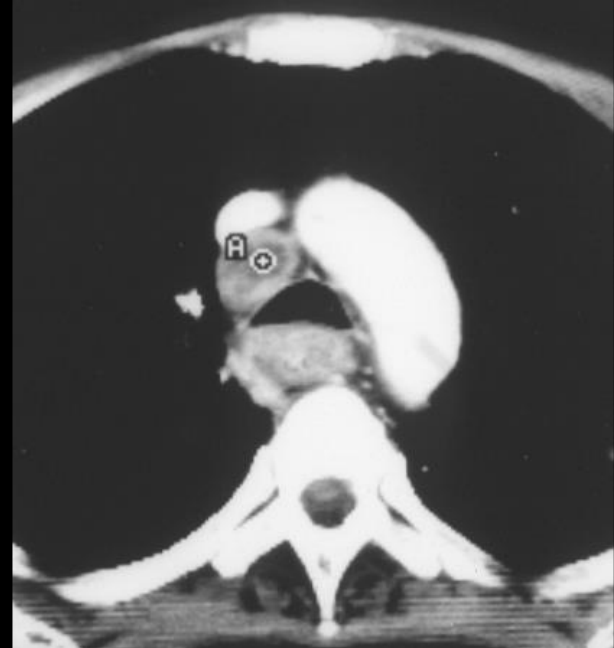
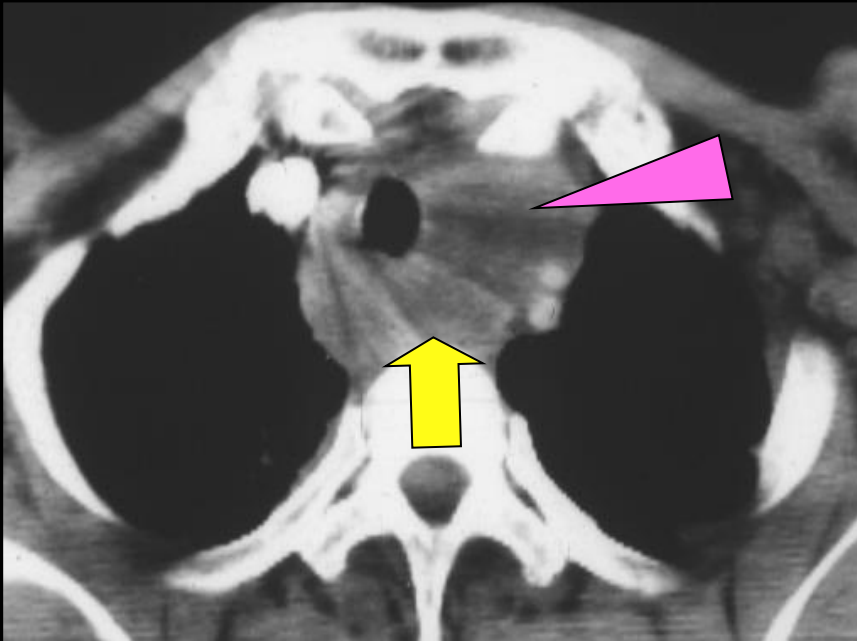
- extension en profondeur +++
- ganglions ++



Bilan d'extension local T (et N proximal)

Place du scanner dans le bilan T:

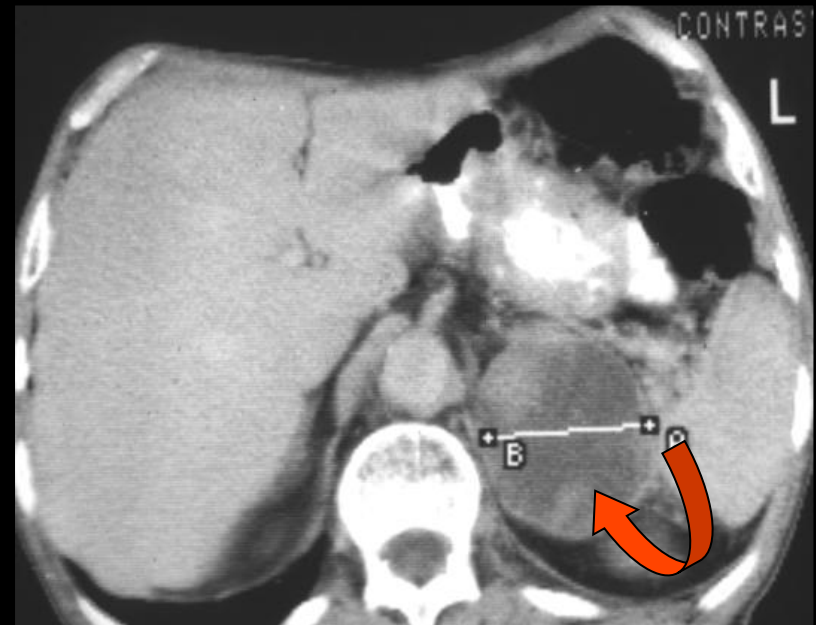
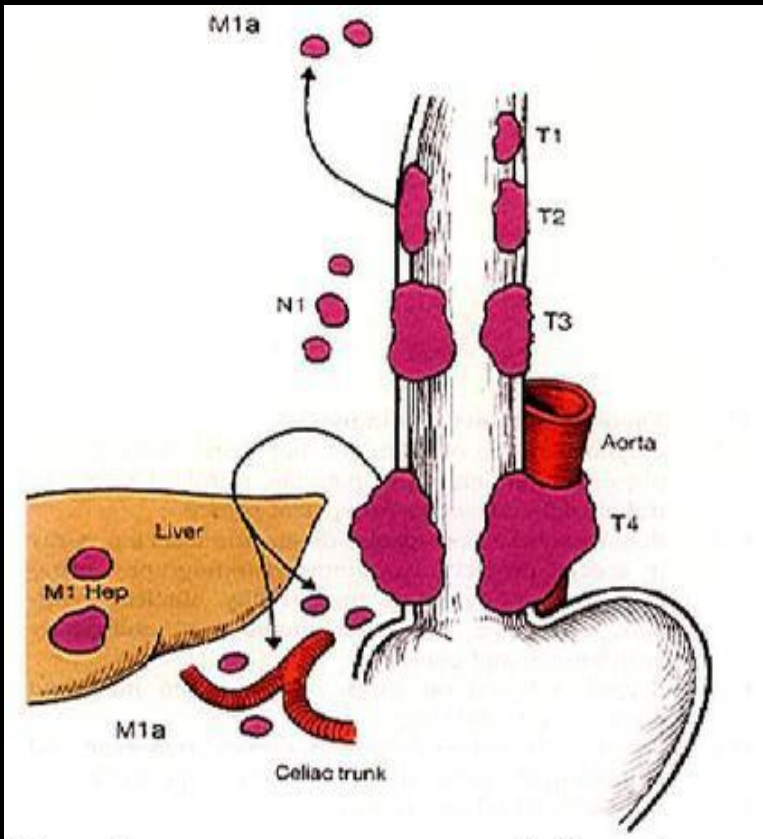
- taille de la lésion : **diamètre >3cm**
- infiltration des structures adjacentes
convexité antérieure de la paroi trachéale postérieure
recouvrement de l'aorte sur plus de 90° (angle de Pincus)



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 :

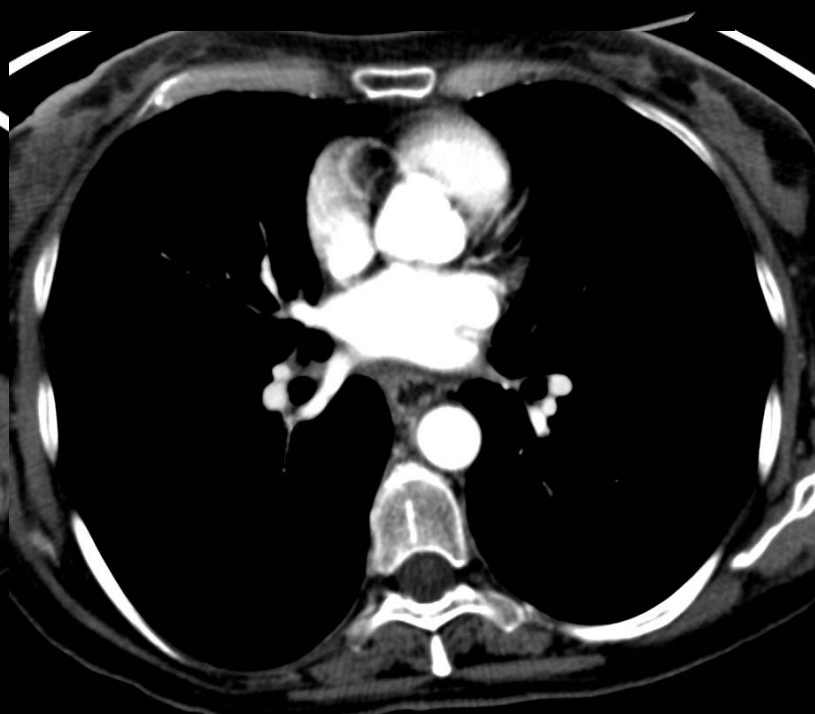
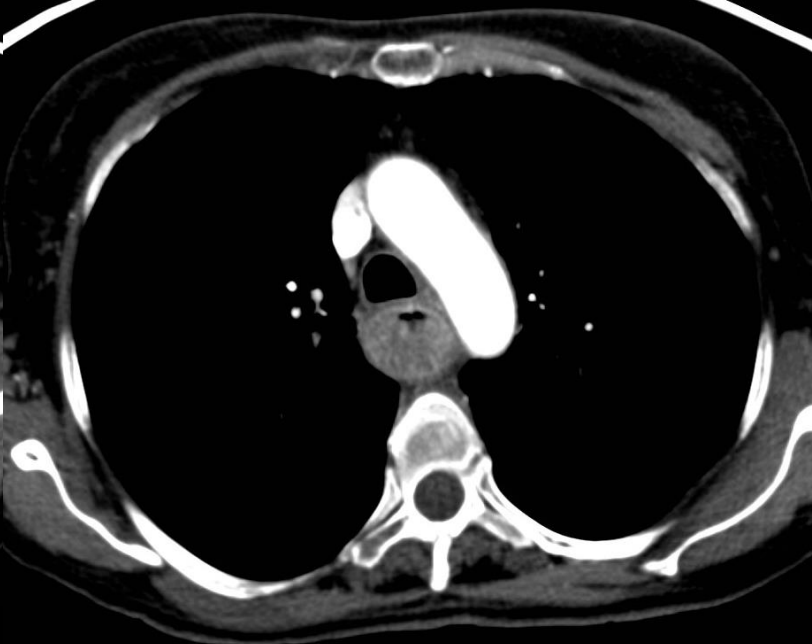
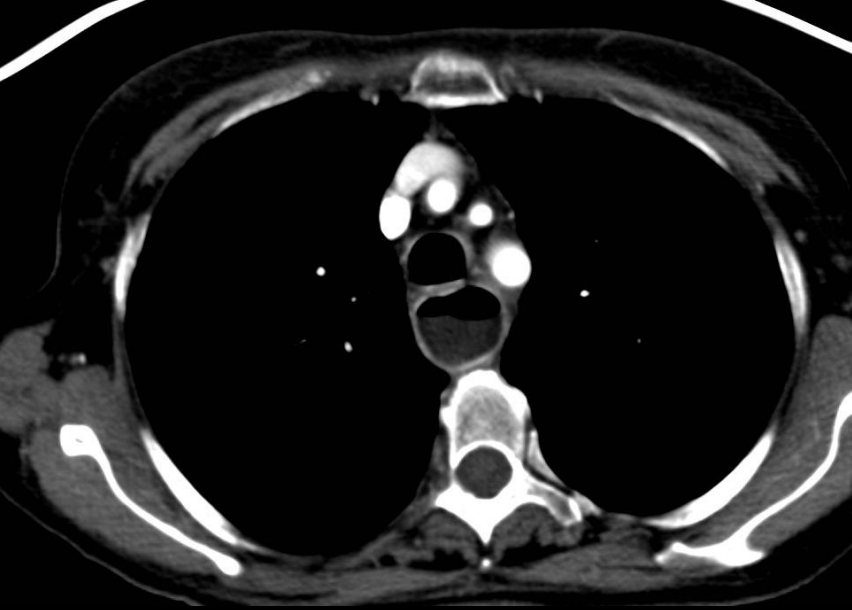
- pas supérieure au scanner pour le bilan d'extension médiastinal ou prédiction de résécabilité tumorale

- TEP FDG:

- intérêt dans l'extension locorégionale et à distance

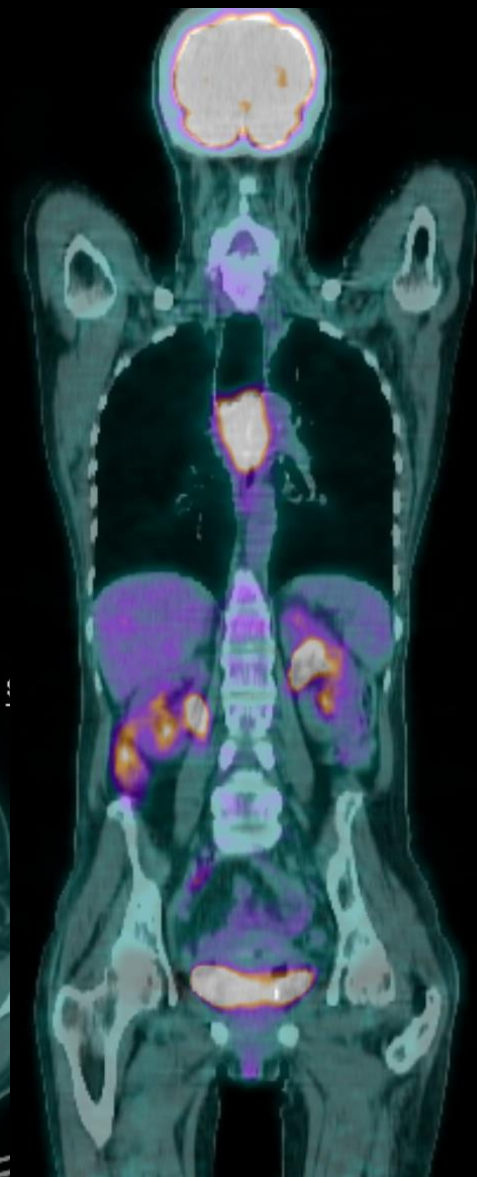
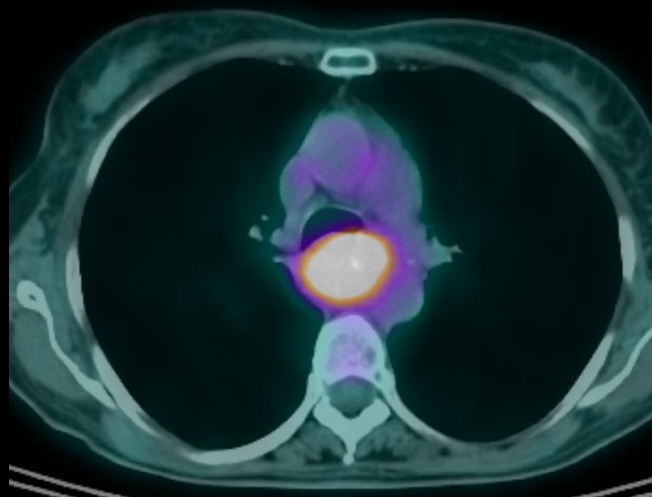
- TOGD:

- 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

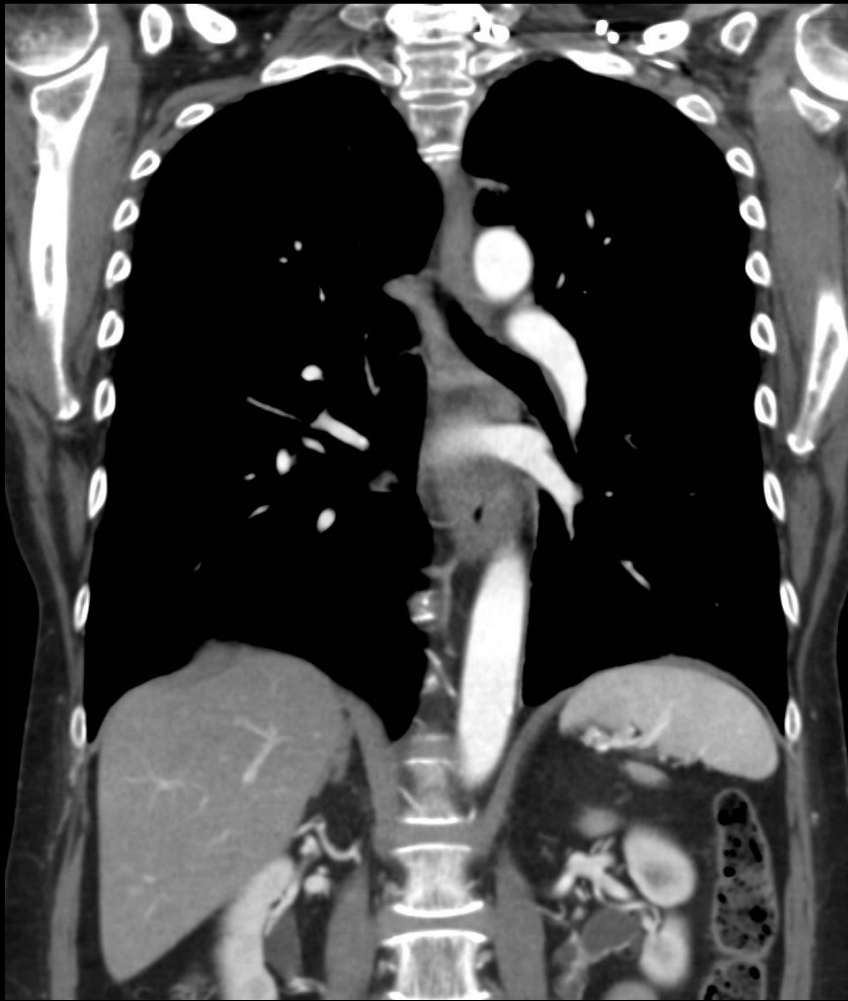


H 54 ans
Éthylo-tabagique

Carcinome épidermoïde



bilan d'extension CT et TEP/CT



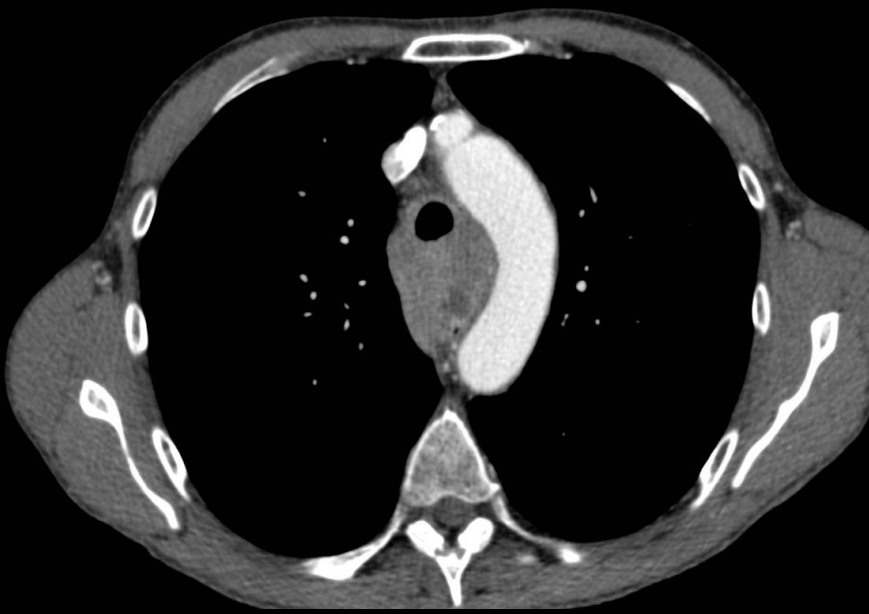
F 69 ans

Bilan pré-thérapeutique

K épidermoïde du 1/3 moyen



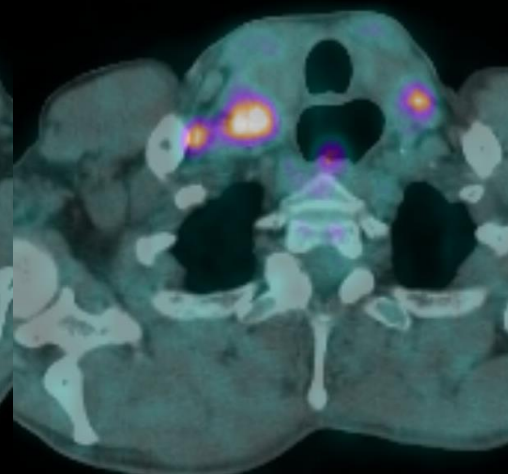
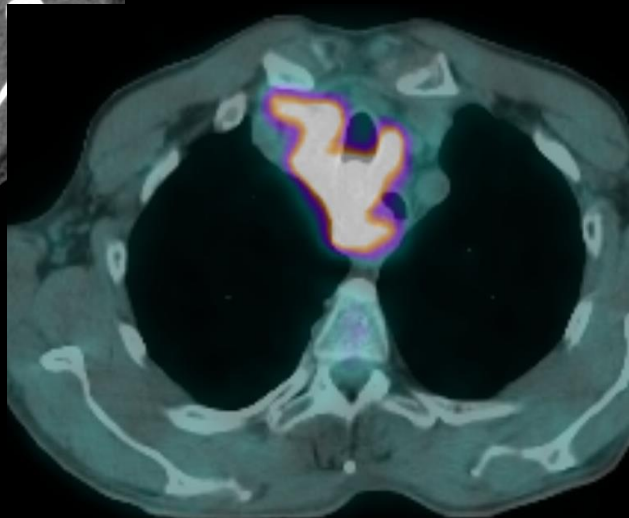


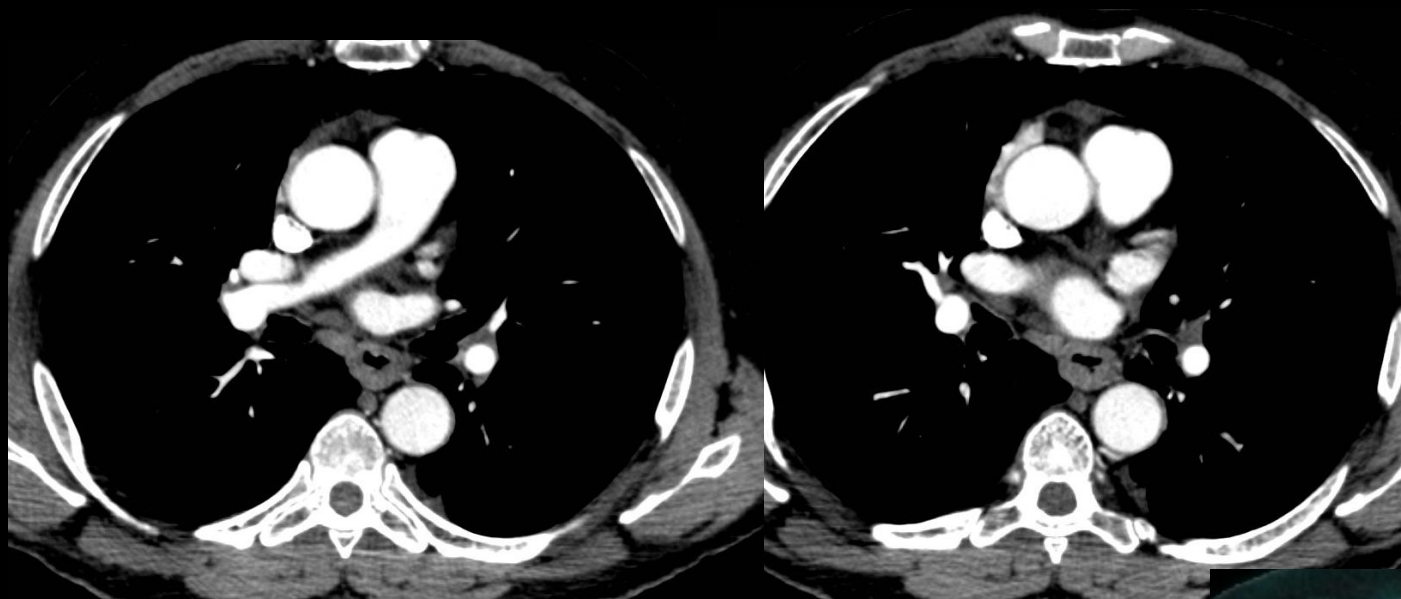


H 57 ans

Bilan pré-thérapeutique

T4

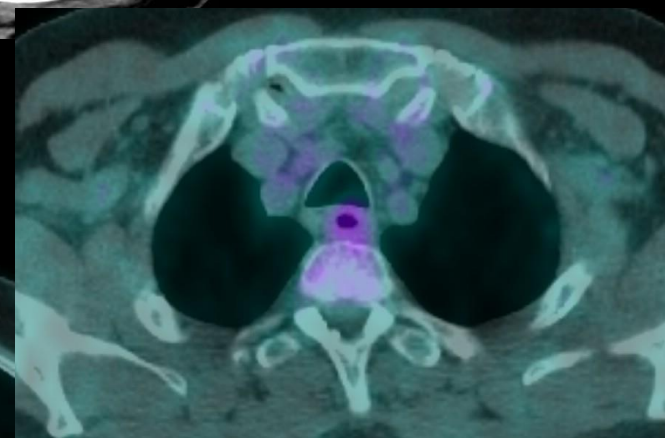
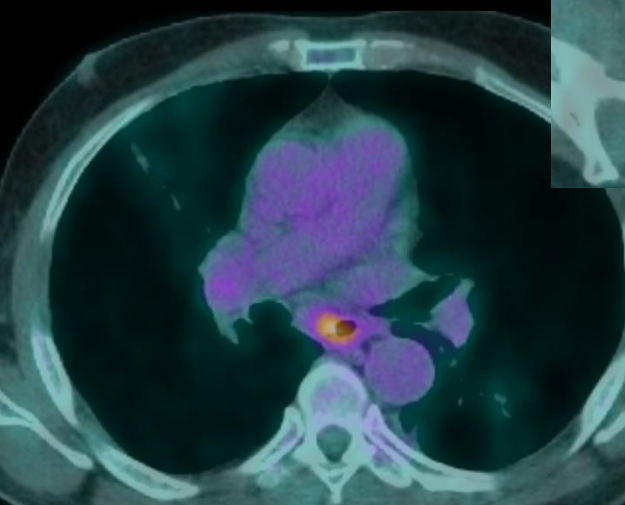




H 66 ans

ATCD de dilatations
itératives de
l'œsophage pour
sténose caustique

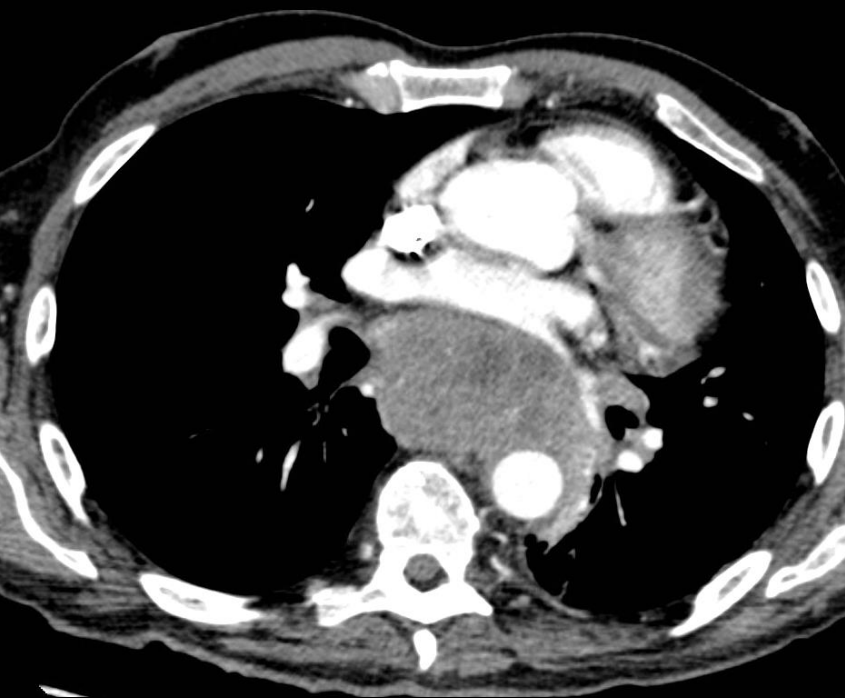
K épidermoïde

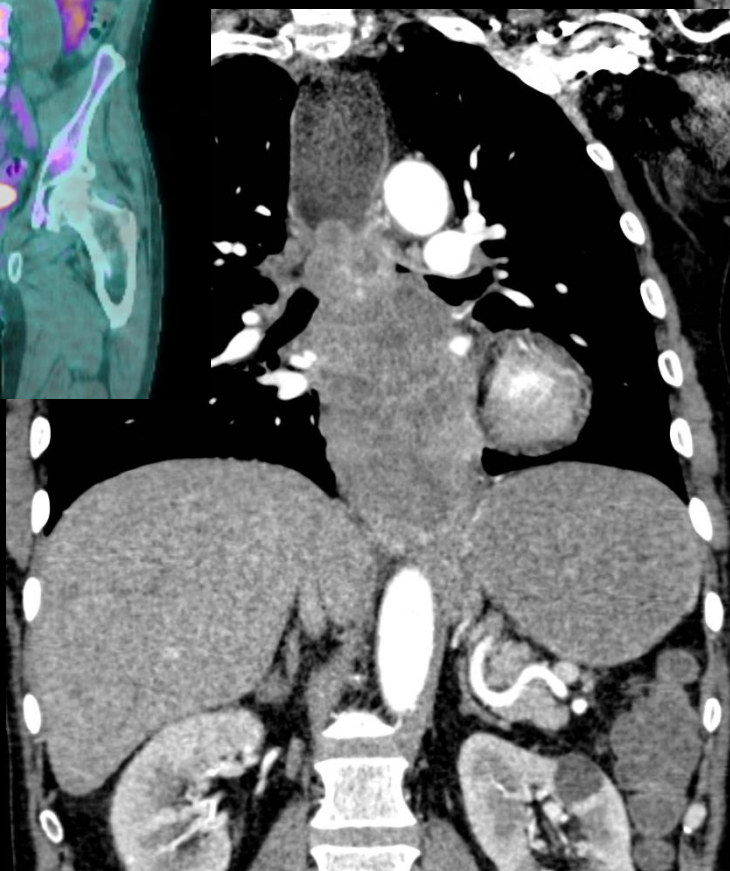
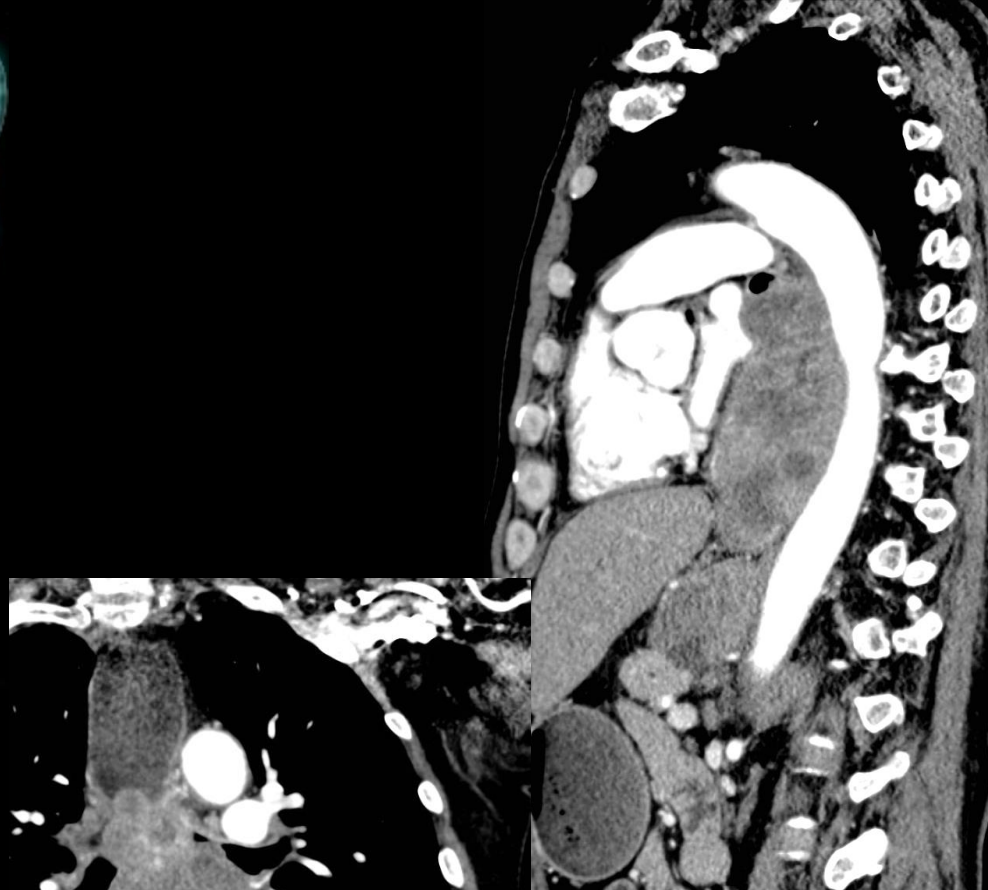




K épidermoïde

T4N+M1





Pathologie tumorale de l'œsophage

1 - tumeurs épithéliales malignes (suite)

1b adénocarcinomes : 5-10% ; œsophage de Barrett

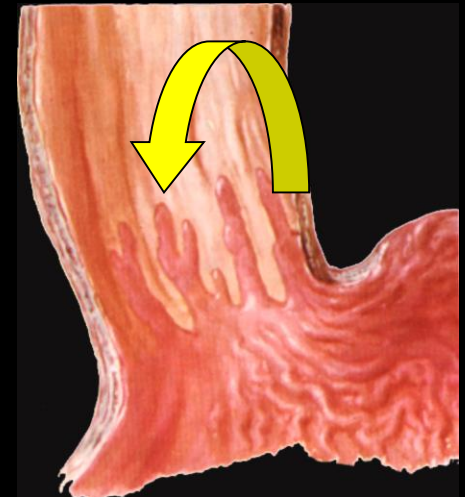
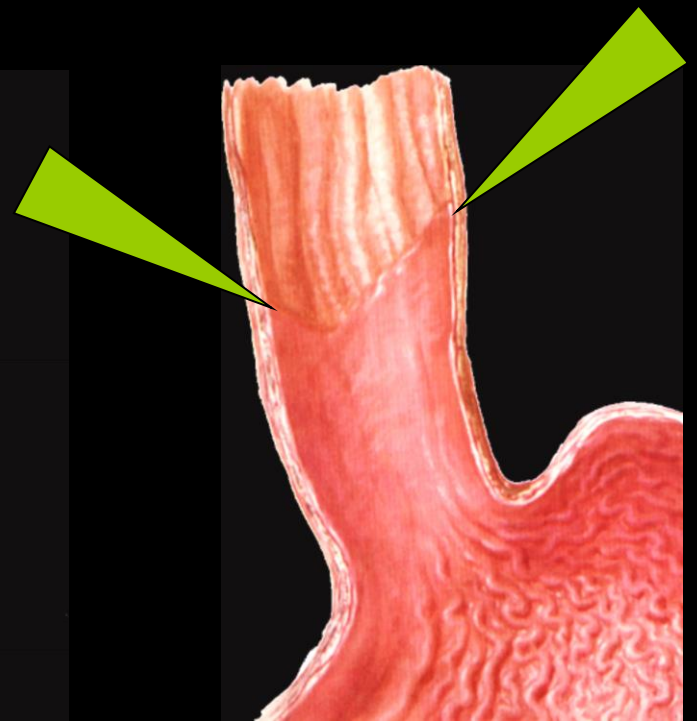
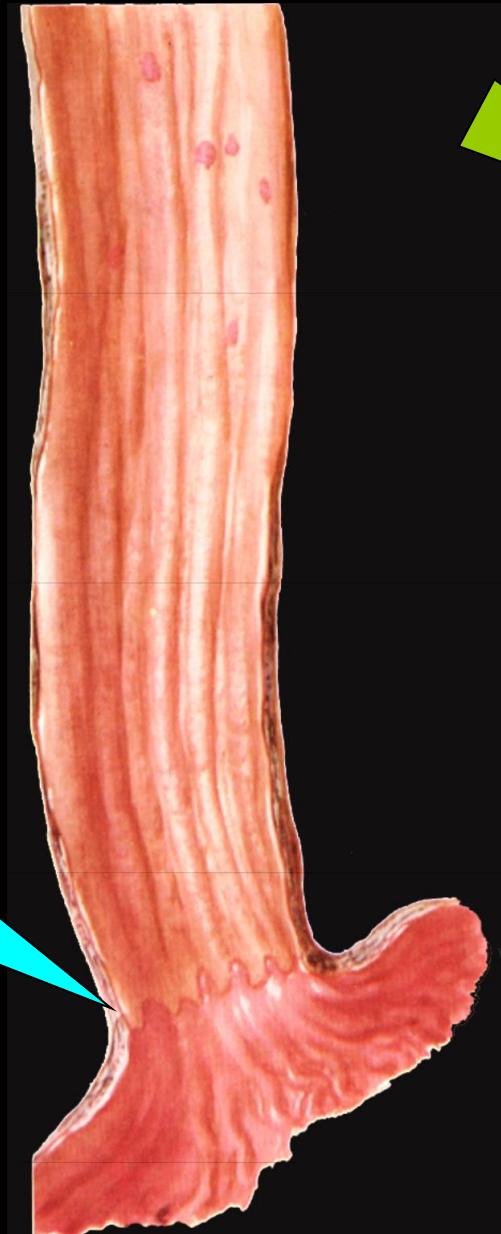
métaplasie gastrique et/ou intestinale de
la muqueuse du bas œsophage secondaire à un RGO

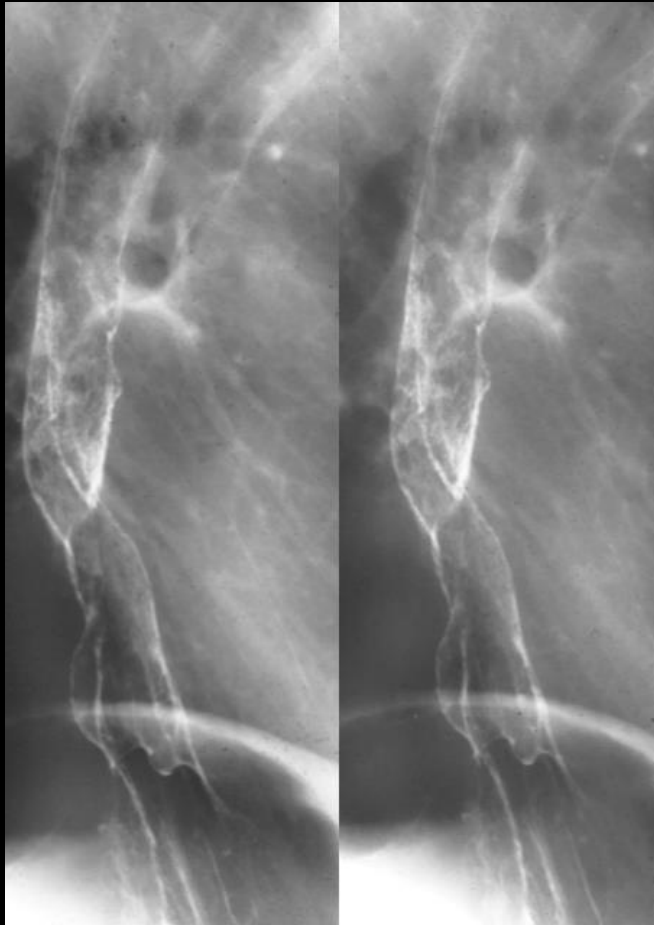


oesophage de Barrett
endobrachyoesophage

ligne Z ou Z-Z

Muqueuse métaplasique au
dessus de la ligne Z





oesophagege de Barrett

- Aspect réticulaire de la muqueuse
- Sténose



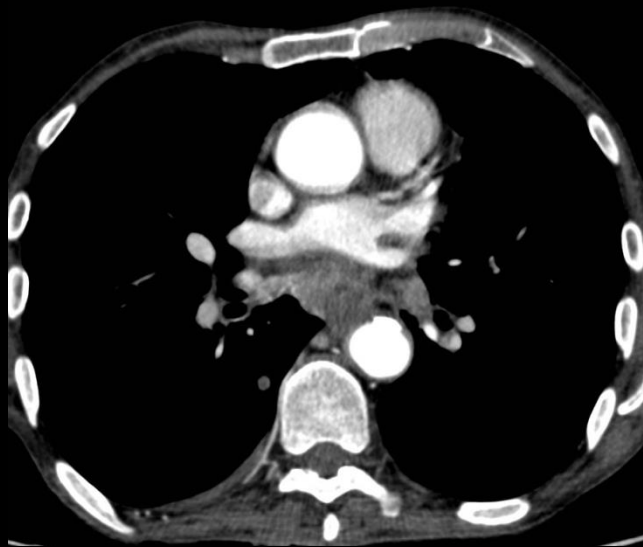
Œsophage de Barret :

- Principale complication de l'EBO, qui se comporte comme une lésion pré néoplasique : **dégénérescence en adénocarcinome de l'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%

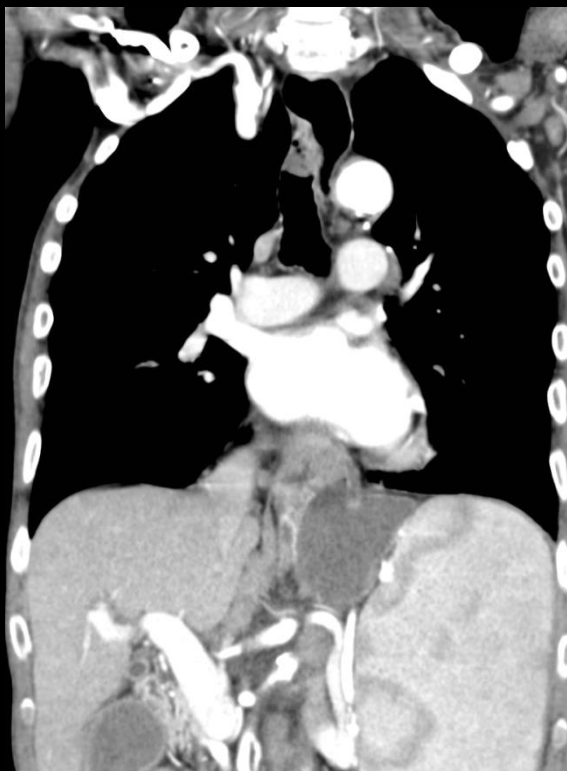
- Risque de 30 à 125 fois supérieur à la population générale

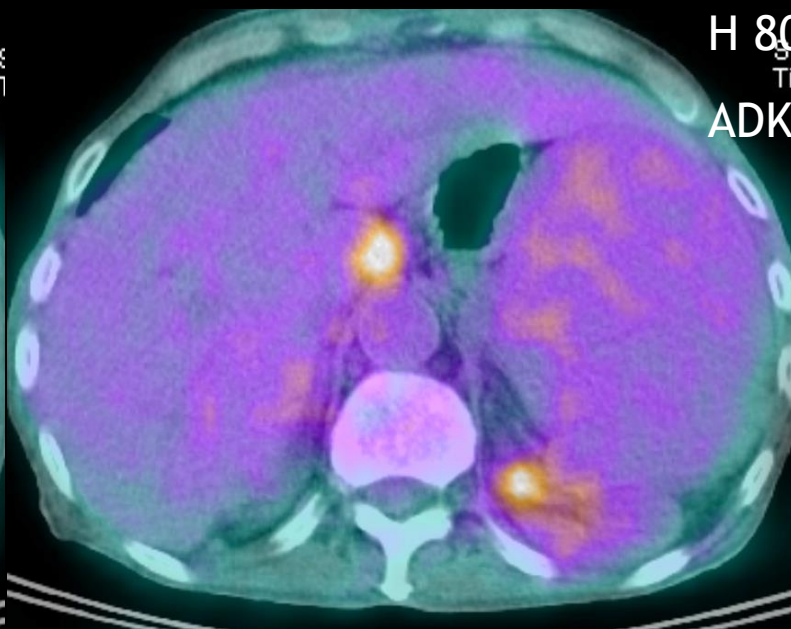
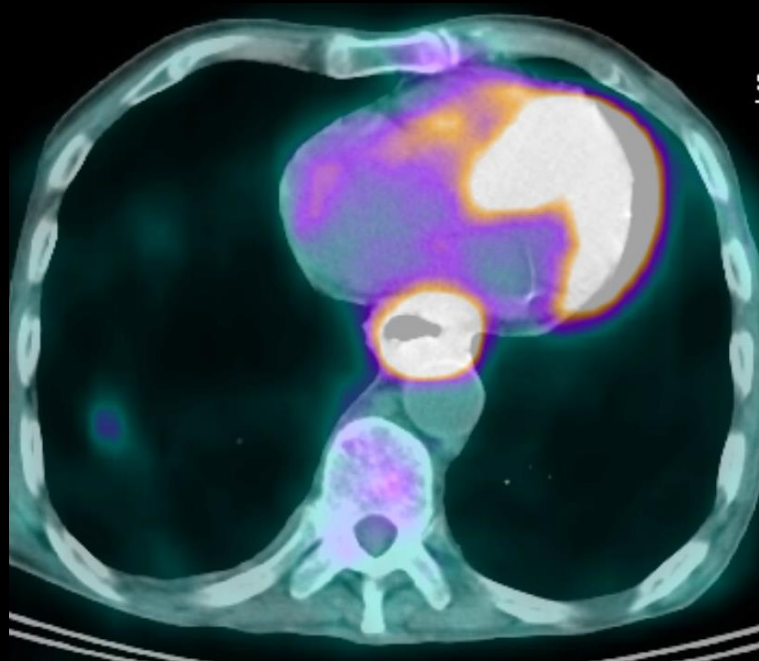




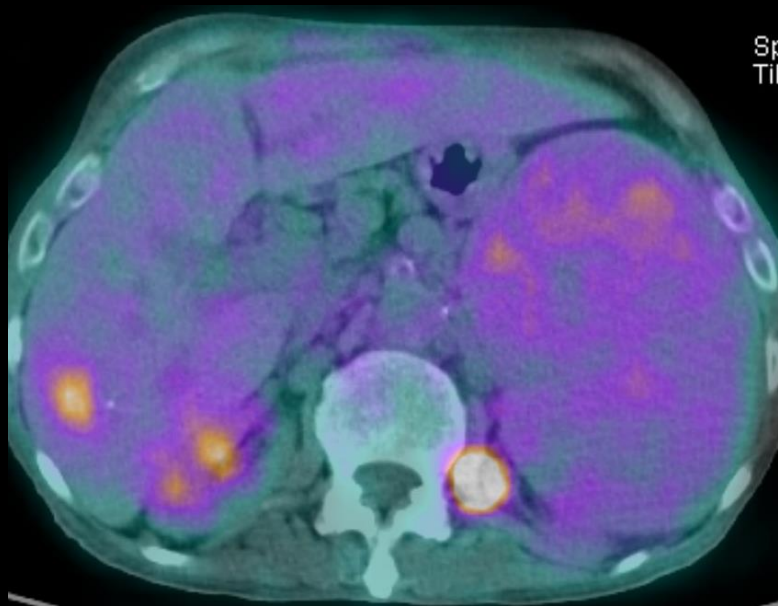
H 80 ans

ADK sur EBO





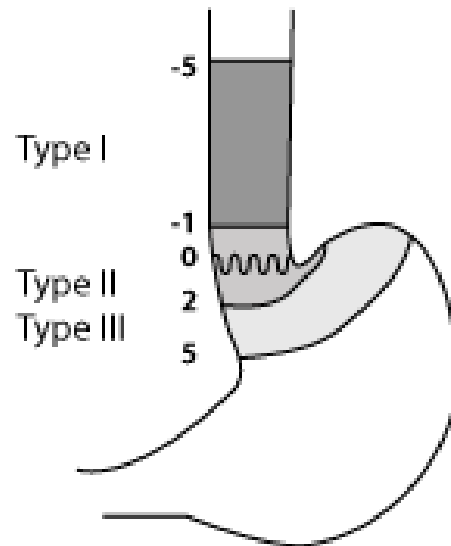
H 80 ans
 ADK sur EBO



Sr
 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

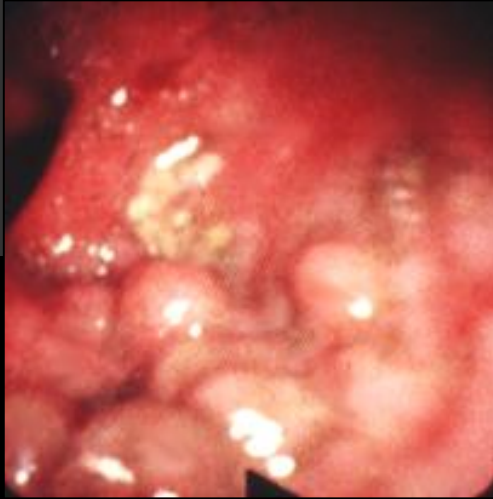
M1 Présence de métastase(s) à distance

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 oesophagienne*
- 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

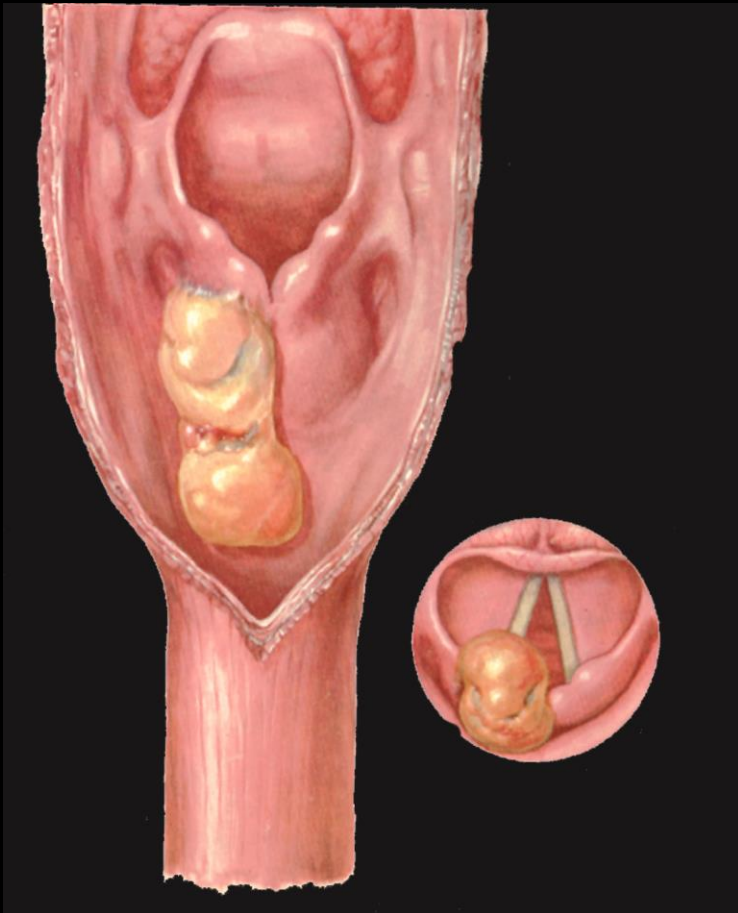
- Évolution sénile de la muqueuse oesophagienne détectée à partir de 50 ans, sans risque de dégénérescence (chez 30% des patients ayant un transit oesophagien)
- Nodules muqueux arrondis de 1 à 10 mm avec une atteinte plus diffuse que la leucoparakératose oesophagienne (petits nodules muqueux arrondis, 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)

1. Polype fibro-vasculaire de l'œsophage



- Rechercher la présence de **graisse** au sein de la lésion en scanner ou en IRM

+++

- Exérèse chir nécessaire pour affirmer la bénignité

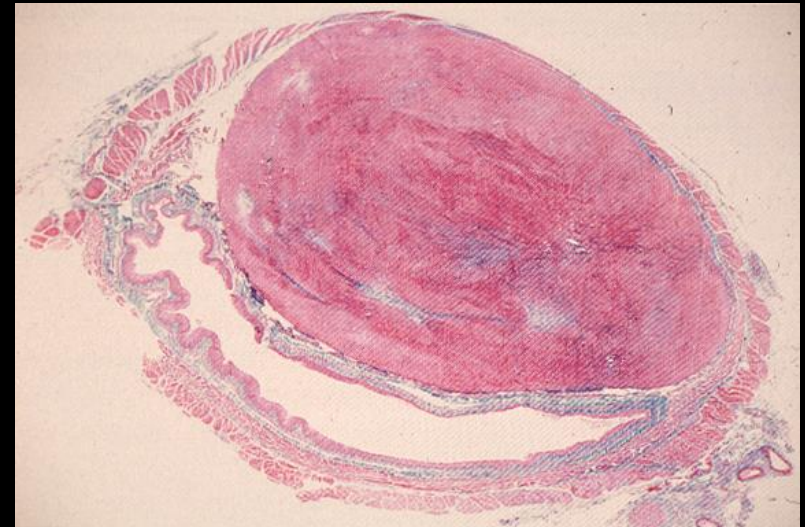


Polype fibro-vasculaire de l'œsophage

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



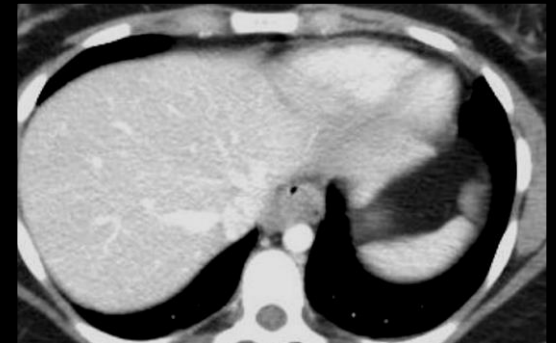
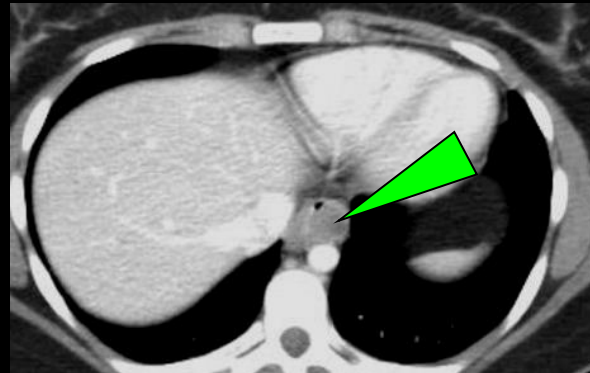


TOGD:

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



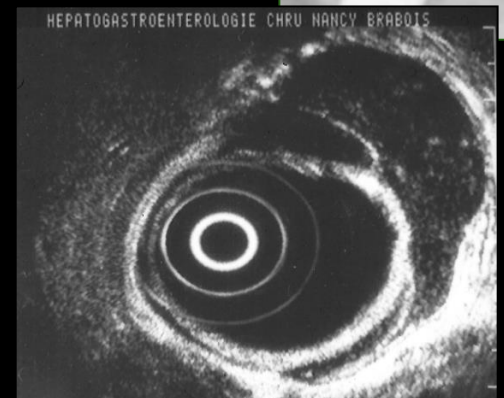
léiomyome oesophagien

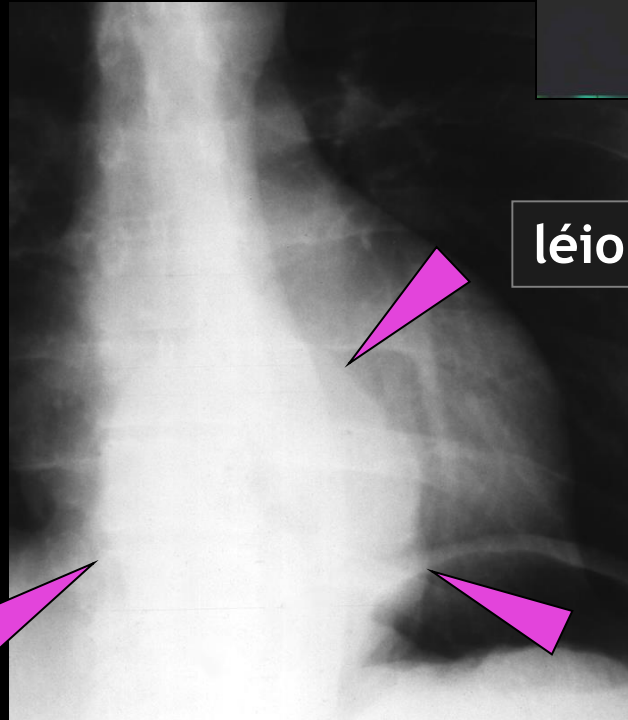
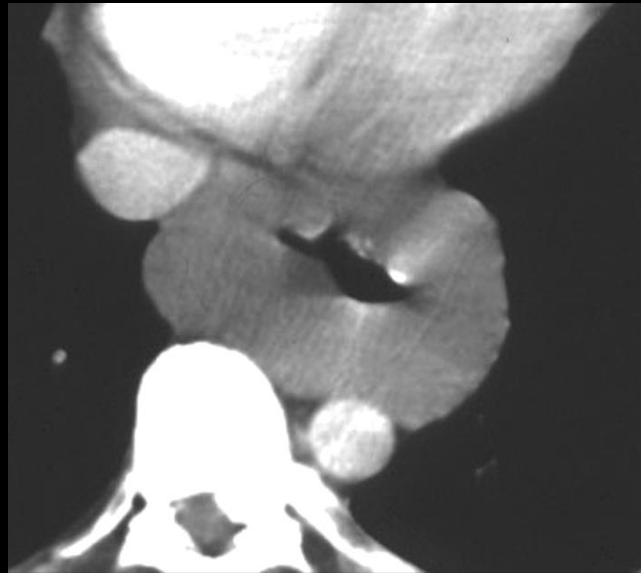


léiomyome de l'œsophage



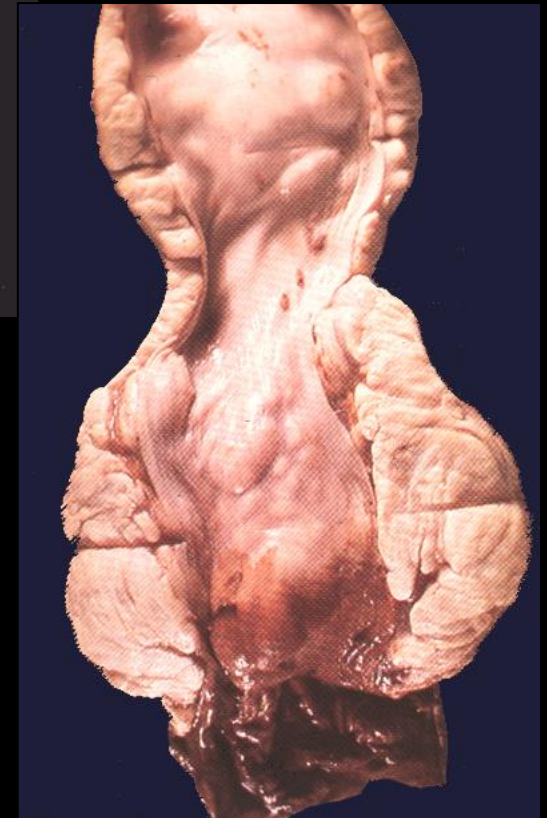
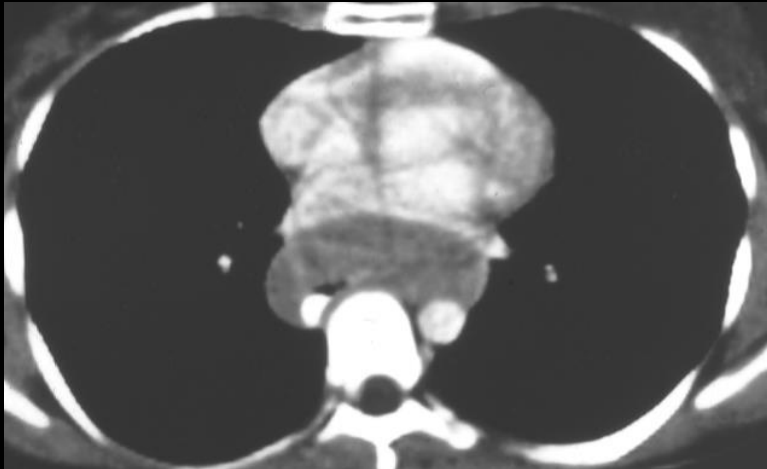
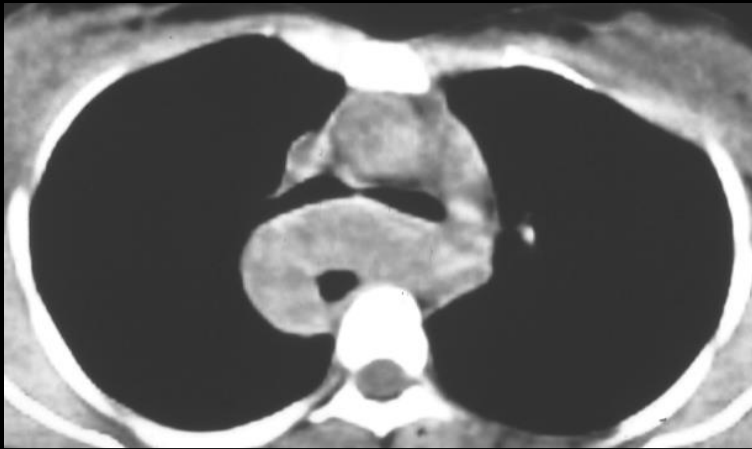
- Pas de critère fiable pour bénignité
- Pas de malignité quand < 3 cm
- Hémorragie intra tumorale, nécrose, remaniements architecturaux : critères de malignité
- Diagnostic de bénignité anapath = évaluation activité mitotique





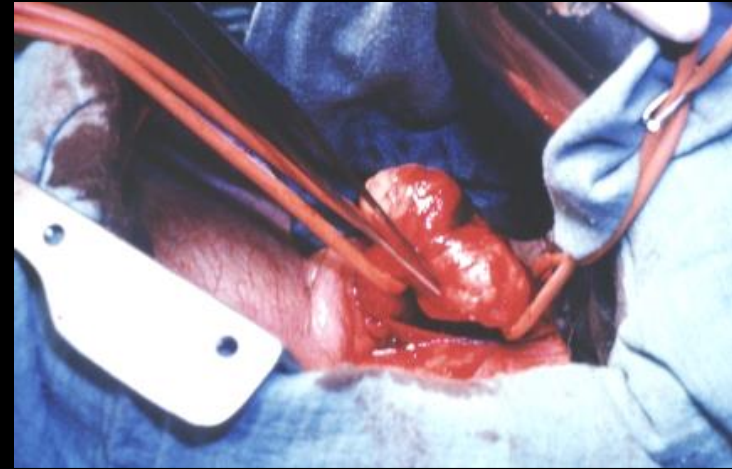
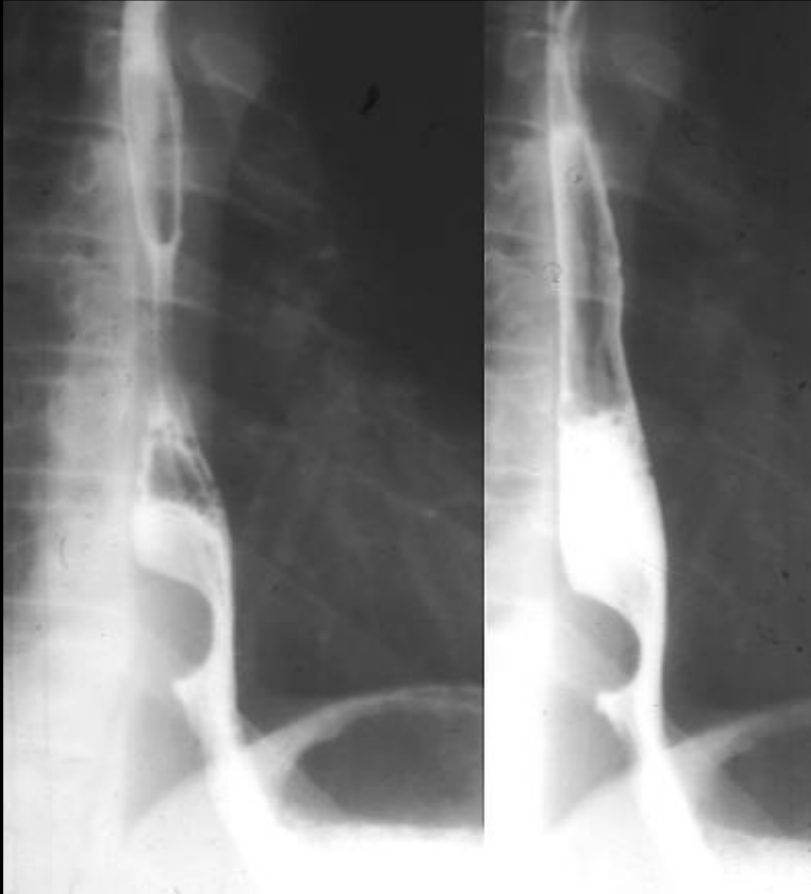
léiomyomatose

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



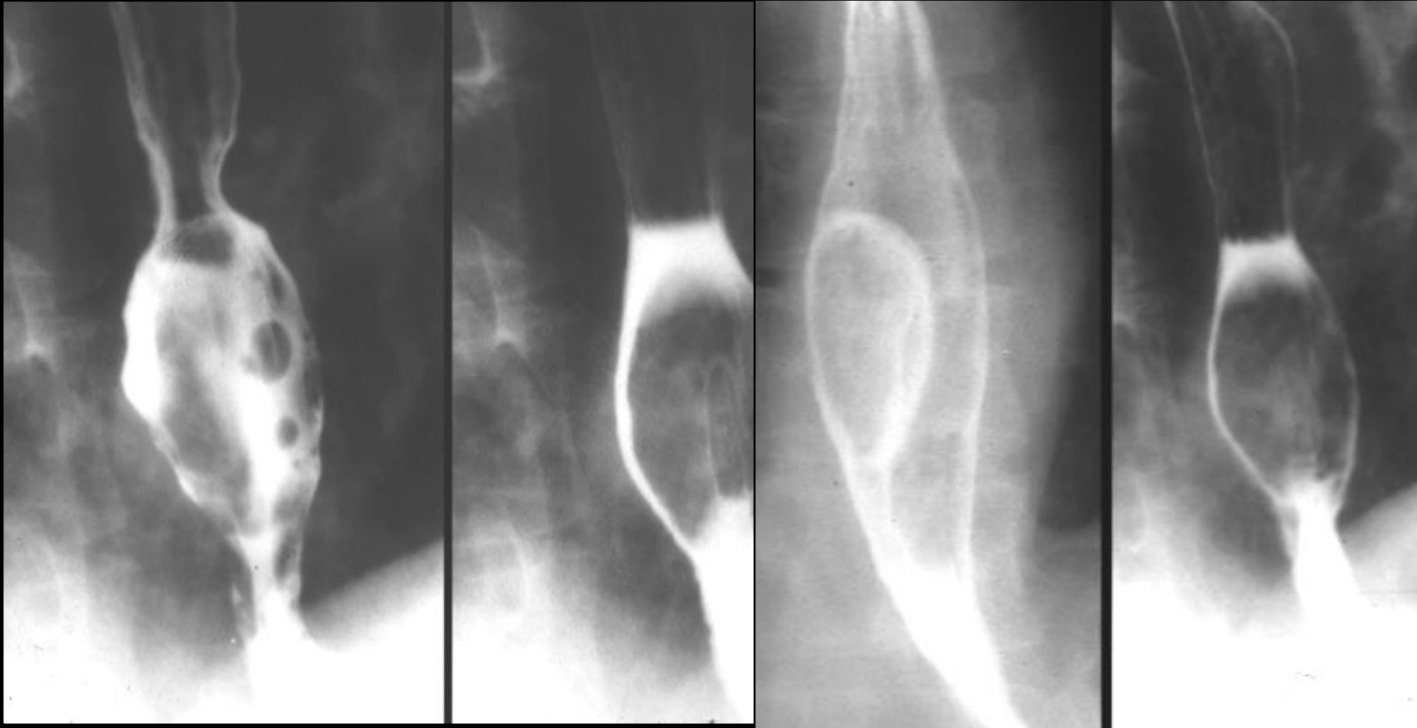
leiomyomatose

3. Neurofibrome



Neurofibrome solitaire, découverte histologique
Aspects clinique et radio idem

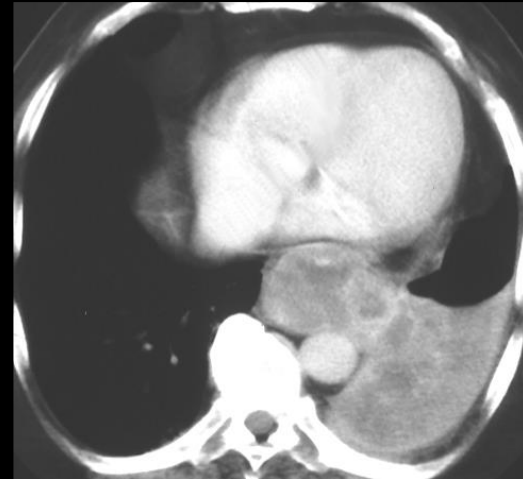
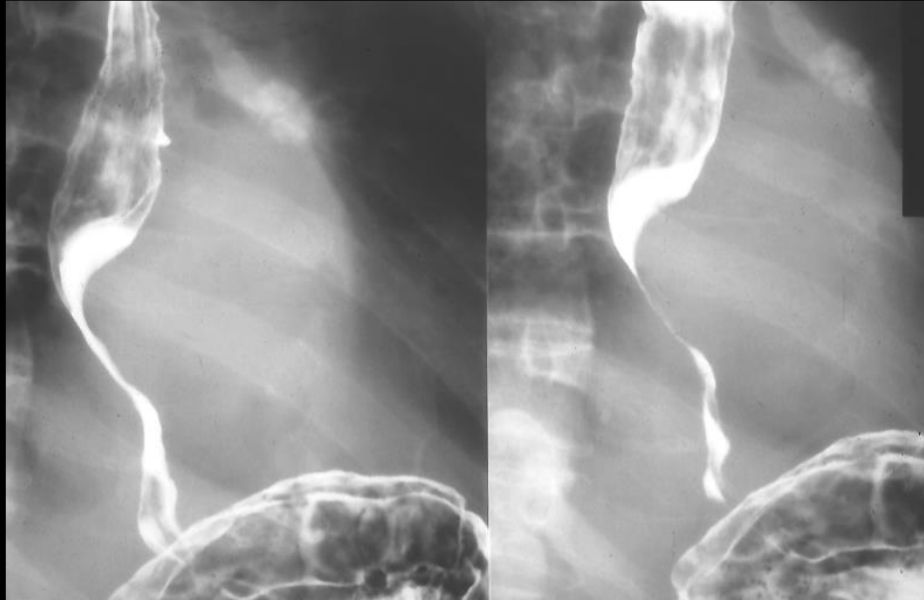
4. Tumeur d'Abrikossoff = T à cellules granuleuses



- 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



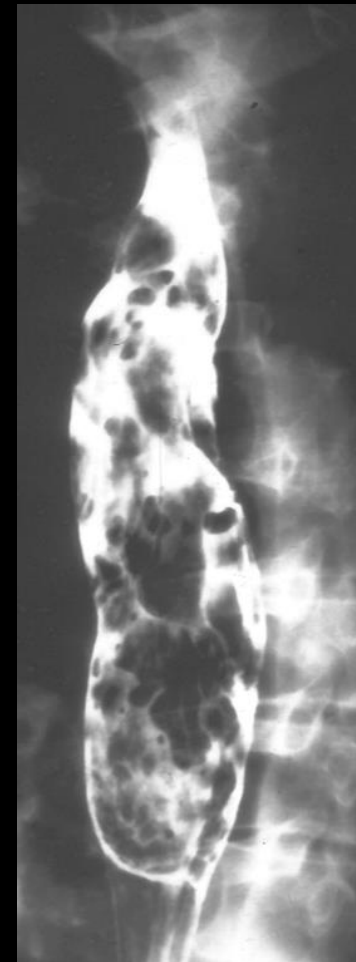
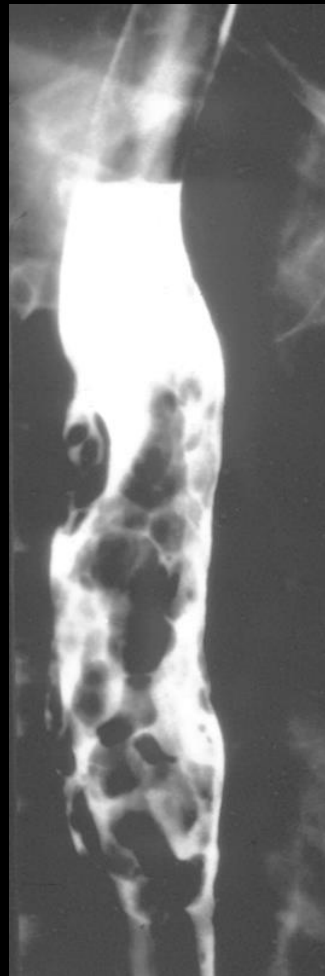
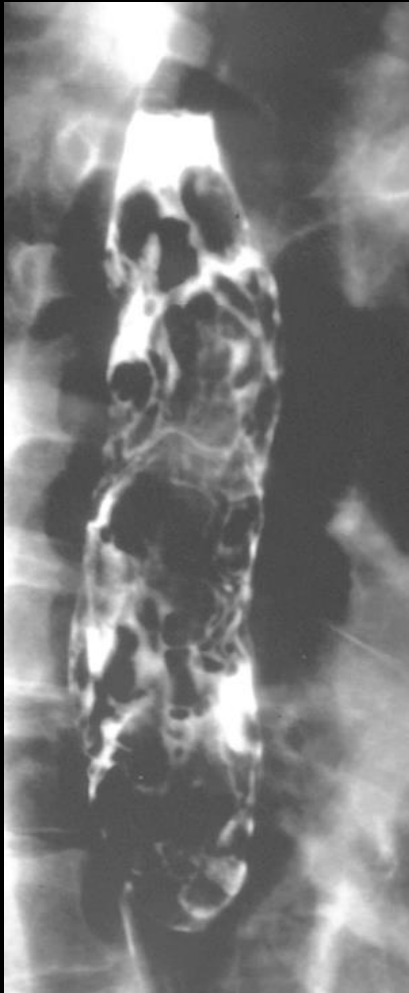
Volumineuse lésion
bourgeonnante et ulcérée

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

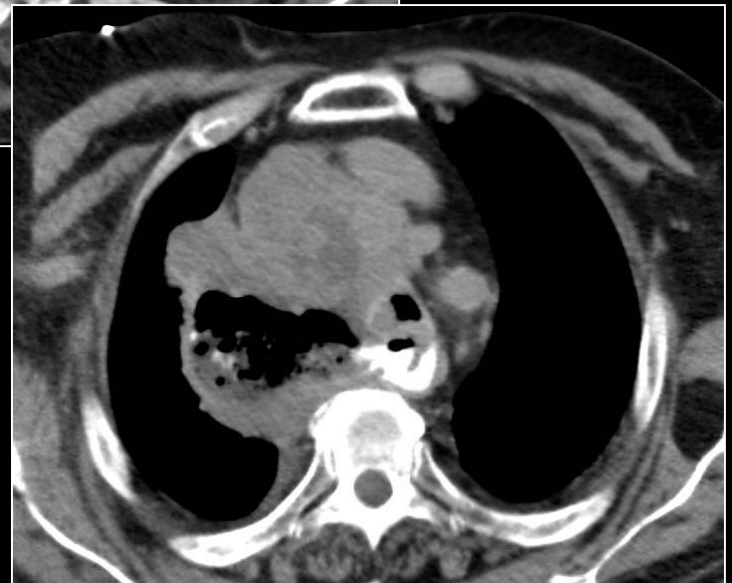
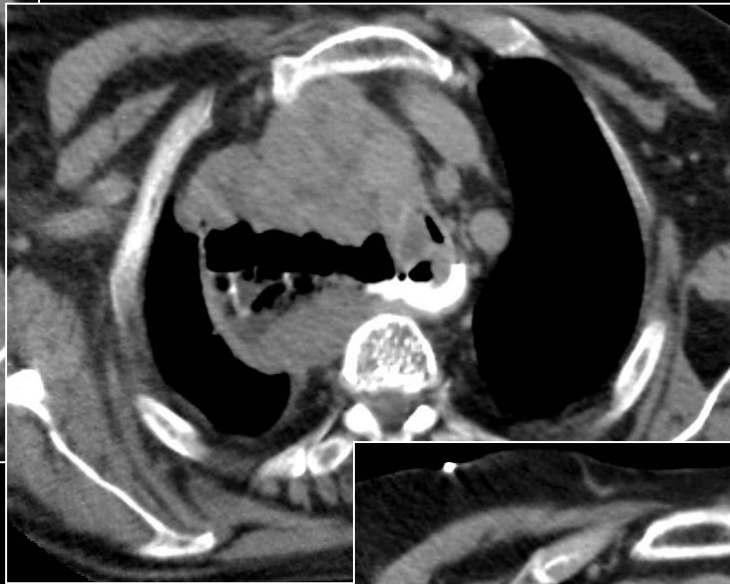


3d . LMNH de l'oesophage

Volumineuse lésion bourgeonnante et ulcérée



3d . LMNH de l'oesophage

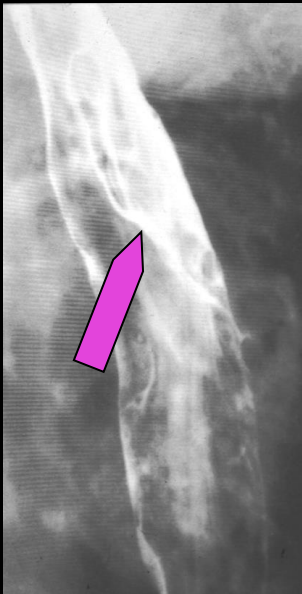
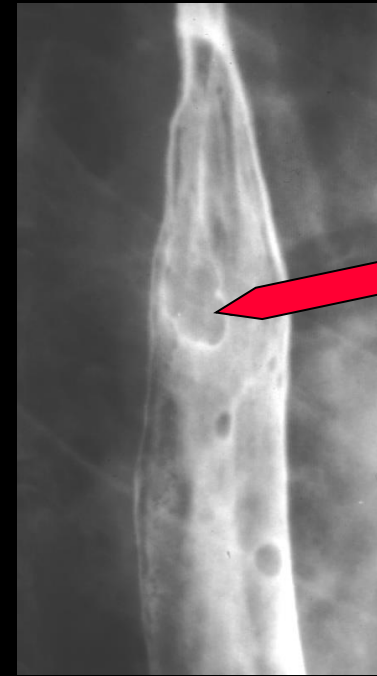
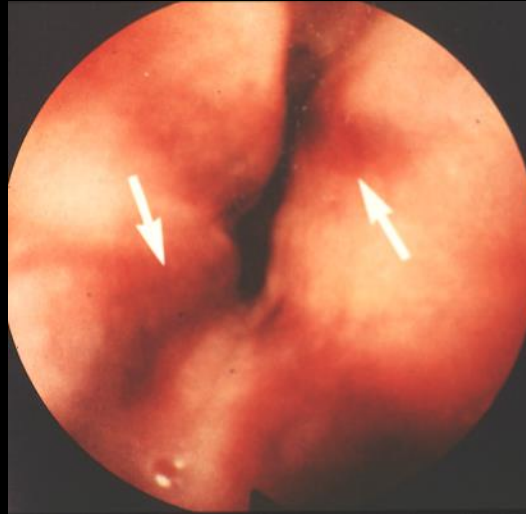


3d . LMNH de l'oesophage

SIDA

Atteinte digestive
fréquente

Lésion polypoïde
solitaire / nodules
tumoraux
sous muqueux



3e. Sarcome de Kaposi de l'oesophage