

La pseudo-diverticulose intramurale de l'œsophage

Aspects radiologiques à propos de 2 cas

C. DELGOFFE, D. RÉGENT *,
J. STINES, B. HUMBERT, A. TRÉHEUX

Résumé : La pseudo-diverticulose intramurale de l'œsophage. Aspects radiologiques à propos de 2 cas

par C. DELGOFFE, D. RÉGENT, J. STINES, B. HUMBERT et A. TRÉHEUX.

Les pseudo-diverticules intramuraux de l'œsophage

Summary : Intramural pseudo-diverticulosis of the œsophagus. Radiological appearances in two cases

by C. DELGOFFE, D. RÉGENT, J. STINES, B. HUMBERT and A. TRÉHEUX.

Intramural pseudo-diverticulosis of the œsophagus is

proviennent d'une anomalie des glandes profondes de l'œsophage, de pathogénie discutée. Il s'agit d'une pathologie rare, souvent méconnue endoscopiquement et qui se présente de façon caractéristique sur les explorations en double contraste.

Mots-clés : Diverticules œsophagiens. Œsophagite. Radiologie.

the result of an anomaly of the deep glands of the œsophagus, the pathogenicity of which is open to debate. A rare lesion, it is often unrecognised on endoscopy, but presents characteristic features on double-contrast examination.

Key-words : Esophageal diverticuli. Esophagitis. Radiology.

Les pseudo-diverticules intramuraux de l'œsophage représentent une pathologie rare et bénigne de l'œsophage. Décrits pour la première fois par MENDL en 1960 [10], on en retrouve actuellement près de 60 cas, tous publiés dans la littérature anglo-saxonne [3, 5] à l'exception de l'observation de LIBERT [8].

Initialement, les lésions avaient été considérées comme des faux diverticules constitués par des évaginations muqueuses le long des trajets vasculaires intrapariétaux de l'œsophage [10]. Ultérieurement, à la suite des travaux de BOYD [1], LUPOVITCH [9], l'origine glandulaire de cette entité a été admise et l'a fait désigner sous le vocable plus approprié de « pseudo-diverticulose intramurale ». La pathogénie exacte reste discutée à l'heure actuelle, mais, pour la majorité des auteurs, la pseudodiverticulose intramurale de l'œsophage est une maladie acquise, secondaire à une atteinte inflammatoire de l'œsophage et caractérisée par une dilatation de ses glandes sous-muqueuses. Les aspects radiologiques sont caractéristiques et très différents de ceux rencontrés dans les diverticules habituels de l'œsophage dont l'anatomie pathologique et la pathogénie sont bien connus.

Nous rapportons deux nouvelles observations qui

nous permettent de rappeler les principaux caractères de la pseudo-diverticulose intramurale de l'œsophage dont le diagnostic repose avant tout sur l'examen radiologique.

Observations

Cas n° 1 : Monsieur KUB... Camille, âgé de 59 ans, est hospitalisé pour le bilan d'extension d'un EOA de la corde vocale droite. Il se plaint cliniquement d'une dysphonie datant d'environ 4 mois et d'une dysphagie intermittente.

Le transit œsophagien en double contraste constate un rétrécissement au niveau de la jonction tiers moyen-tiers supérieur et surtout la présence de petits diverticules se projetant en dehors de la lumière, de répartition assez diffuse mais plus localisée autour de la sténose (fig. 1).

L'œsophagoscopie retrouve la sténose qui interdit le passage du tube. Les biopsies réalisées montrent un épithélium leuco-kératosique. Le chorion est infiltré d'éléments leuco-histiocytaires et présente une fibrose. Il n'existe pas de néoplasme. Deux autres fragments ont un aspect nécrotique avec multiples polynucléaires et hyperplasie épithéliale adjacente. On ne retrouve pas de *Candida Albicans* sur les prélèvements.

Cas n° 2 : Monsieur LAL... est âgé de 67 ans et consulte pour une dysphonie. Il présente une intoxication éthylo-tabagique. Sur

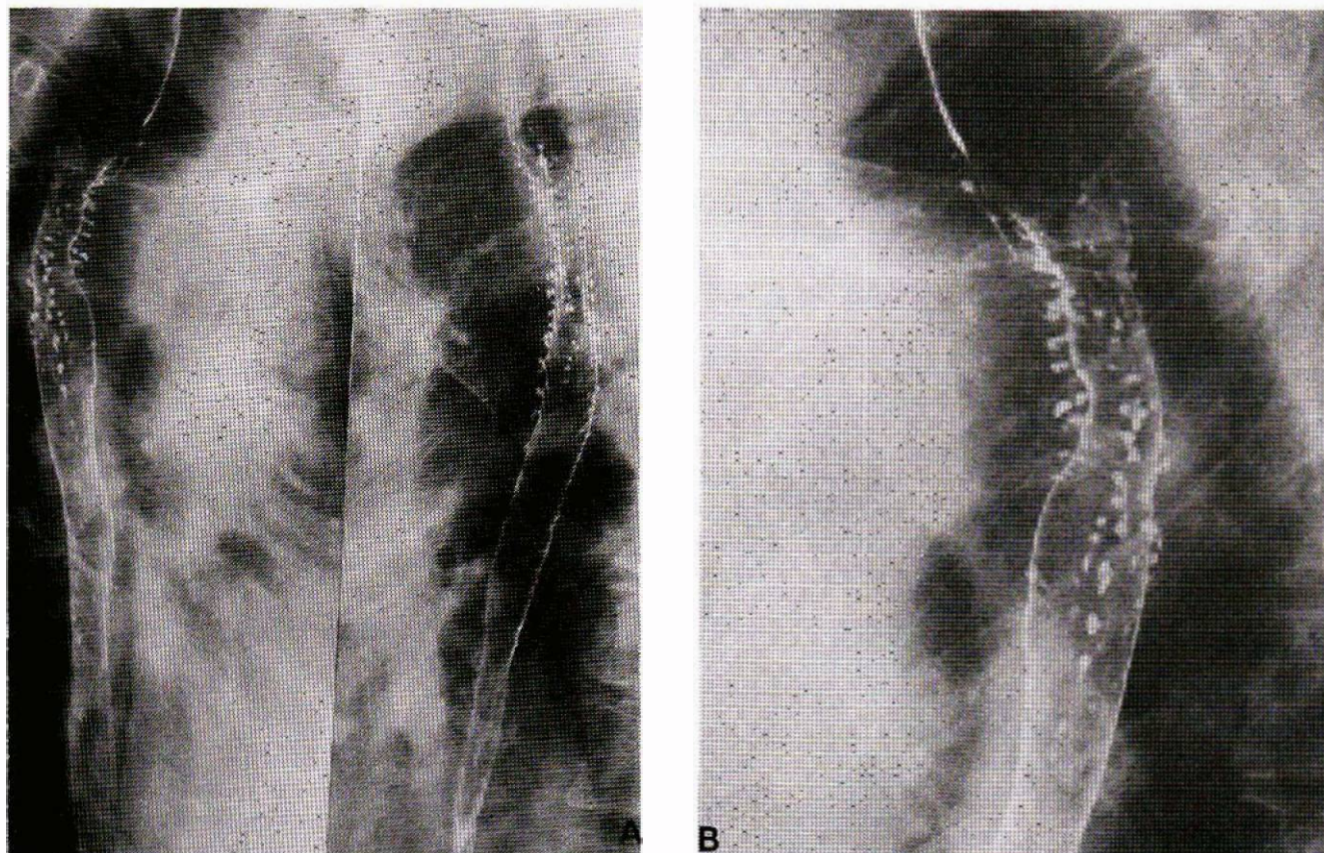


FIG. 1. — A) Sténose de la jonction tiers moyen-tiers supérieur de l'œsophage avec pseudo-diverticulose intramurale
B) Même malade. Détail des images.

le plan clinique, la dysphonie s'aggrave depuis 2 mois, il existe également une dysphagie avec sensations de douleurs rétro-sternales et une otalgie droite.

L'examen ORL constate un néoplasme de la face laryngée de l'épiglotte avec extension à la bande ventriculaire droite et à la commissure antérieure.

Le transit œso-gastro-duodénal retrouve des images d'addition se projetant en dehors de la lumière œsophagienne situées surtout au niveau du tiers supérieur de l'œsophage jusqu'à la hauteur de la bifurcation bronchique bien visible en raison de fausses routes lors du transit (fig. 2). L'endoscopie montre une muqueuse inflammatoire mais les orifices des diverticules ne sont pas nettement perçus. La recherche de *Candida Albicans* n'est pas pratiquée.

Commentaires

1) La pseudo-diverticulose de l'œsophage est une affection dont le diagnostic repose exclusivement sur la radiologie (FARACK [6]) :

— la dysphagie est le maître symptôme. Elle est d'intensité variable, le plus souvent modérée, qu'elle soit associée ou non à une sténose œsophagienne. La dysphagie ne semble pas corrélée avec la taille et l'extension de la pseudo-diverticulose. L'homme paraît plus souvent atteint que la femme mais il n'existe pas de différence très significative. Quelques cas ont été rapportés chez l'enfant [2];

— l'aspect radiologique est caractéristique par la présence de petites images diverticulaires en tête d'épingle, arrondies, 2 à 3 mm, se projetant en dehors de la lumière œsophagienne et reliées à celle-ci par un petit collet de 1 mm de long, de trajet horizontal. Les études en réplétion montrent bien les lésions des bords de l'œsophage, mais les explorations en double contraste permettent d'objectiver parfaitement les pseudo-diverticules quel que soit leur situation. Les pseudo-diverticules sont associés ou non à une sténose œsophagienne qui siège le plus souvent au niveau du tiers supérieur de l'œsophage;

— l'endoscopie constate des remaniements inflammatoires de la muqueuse et ce n'est que dans de rares cas que l'ostium des pseudo-diverticules a pu être mis en évidence (1 fois sur 5 pour 53 cas recensés par BRUHLMAN). Quelquefois, on observe des exsudats jaunâtres aux orifices. La biopsie n'est jamais assez profonde pour retrouver ces lésions qui siègent dans la sous-muqueuse et ne montre, le plus souvent, qu'une inflammation chronique.

2) Sur le plan anatomo-pathologique, il est maintenant acquis que ces diverticules se développent aux dépens des glandes de l'œsophage. Les glandes œsophagiennes sont de deux types :

— les unes superficielles localisées à la

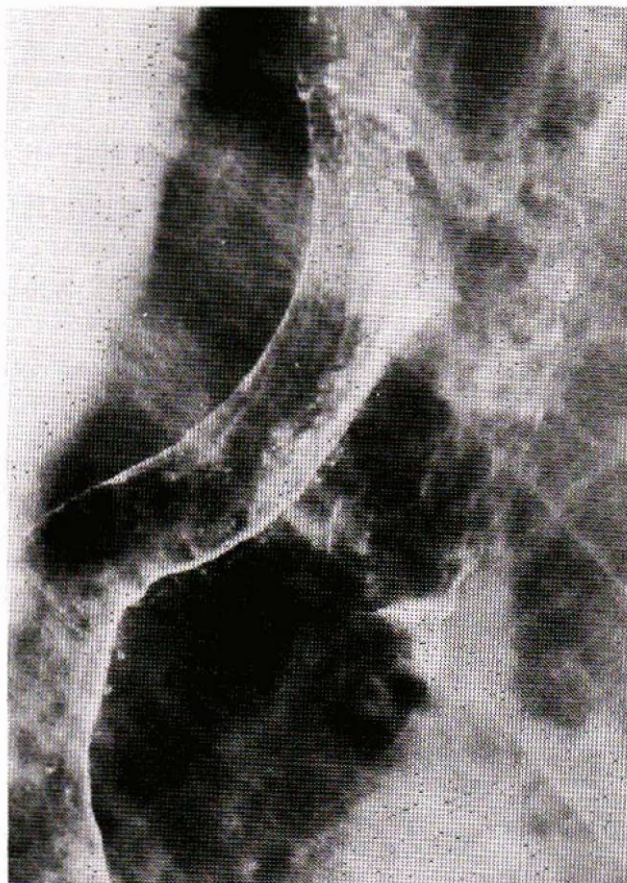


FIG. 2. — Pseudo-diverticulose intramurale du tiers supérieur de l'œsophage.

FIG. 3. — Localisation œsophagienne ulcéreuse d'une maladie de Crohn.

muqueuse, qui ressemblent aux glandes cardiales de l'estomac;

— les autres profondes, sous-muqueuses ou annexielles, tubulo-alvéolaires siègent dans la sous-muqueuse où elles forment plusieurs lobules [2, 5]. Leur canal excréteur traverse la muscularis mucosae obliquement vers le bas et présente un trajet parallèle au grand axe de l'œsophage. Ces glandes sont concentrées surtout au niveau des segments inférieur et supérieur de l'œsophage.

C'est aux dépens des glandes profondes que se développent les pseudo-diverticules comme l'ont montré les études anatomo-pathologiques de WIGHTMANN [16] et BOYD [1]. Pour la plupart des auteurs, il existerait une prolifération des glandes sous-muqueuses entraînant une hyperplasie secondaires des épithéliums glandulaires et des canaux excréteurs. Ces lésions détermineraient l'apparition d'une fibrose pariétale et d'adhérences para-œsophagiennes. UMLAS [13] considère que seuls les canaux excréteurs des glandes sont dilatés alors que les acinis eux-mêmes seraient épargnés.

3) La pathogénie des pseudo-diverticules intramurales de l'œsophage reste le chapitre le plus discuté. Différentes hypothèses s'affrontent :

— L'hypothèse proliférative. C'est la théorie de

l'adénomatose soutenue par LUPOVITCH [7]. Par des phénomènes acquis ou congénitaux, il y a un excès de glandes qui sont prédisposées à l'infection, à l'obstruction et à la dilatation.

— L'hypothèse mécanique par hyperpression intra-œsophagienne initialement proposée par MENDEL [10] est de moins en moins retenue par les auteurs. Cependant, des troubles de la motilité œsophagienne ont été constatés dans un certain nombre d'observations.

— L'hypothèse infectieuse ou inflammatoire. Elle est retrouvée dans presque toutes les théories pathogéniques, soit comme phénomène secondaire, soit comme le phénomène initial. Cette inflammation peut être spécifique car on a souvent identifié du *Candida Albicans* mais, en raison de la fréquence avec laquelle on retrouve ce germe dans l'œsophage, il n'est pas possible de lui attribuer toute la responsabilité des pseudo-diverticuloses intramurales [4].

4) Les complications de la pseudo-diverticulose intramurale de l'œsophage sont essentiellement représentées par l'apparition d'une sténose œsophagienne. Celle-ci est habituellement longue, concentrique et siège à la partie supérieure de l'œsophage [4]. L'apparition de cette sténose semble faire partie de la maladie pseudo-diverticulaire, et paraît liée à des

remaniements inflammatoires et fibreux périglandulaires. Ceci expliquerait le nombre important de pseudo-diverticules observés aux alentours des sténoses et la localisation préférentielle au tiers supérieur. Mais il est également possible que cette sténose soit à l'origine d'une stase et d'une infection, elles-mêmes responsables de la dilatation des glandes. Dans cette dernière hypothèse, la différence entre la fréquence des sténoses œsophagiennes et la rareté de la pseudo-diverticulose intramurale ne trouve pas d'explication [12].

5) Le diagnostic différentiel radiologique de la pseudo-diverticulose intramurale peut se poser avec la maladie de Crohn œsophagienne (fig. 3). L'aspect radiologique est très proche en raison de la profondeur des lésions ulcéreuses comme le signale BRAUN [2]. Cependant, on n'observe jamais de granulome sur les coupes anatomo-pathologiques et le contexte clinique est caractéristique.

On élimine facilement, sur les images de muco-graphie en distension, les diagnostics différentiels habituellement cités : diverticules multiples plus larges et moins nombreux, œsophagites à *Candida* ou herpétiques, œsophagites peptiques.

6) Sur le plan thérapeutique, la dilatation améliorerait la dysphagie et certains auteurs pensent qu'elle diminuerait le nombre des pseudo-diverticules [7].

Conclusion

L'aspect radiologique de la pseudodiverticulose intramurale de l'œsophage est tout à fait caractéristique et l'exploration en double contraste permet d'affirmer le diagnostic de cette affection rare qui échappe en général à l'examen endoscopique.

Bibliographie

1. BOYD (R.M.), BOGOCH (A.), GREIG (J.H.), TRITES (E.W.) : Esophageal intramural pseudodiverticulosis. *Radiology*, 1974, 113, 267-270.
2. BEAUN (P.), NUSSLE (D.), ROY (C.C.), CUENDET (A.) : Intramural diverticulosis of the esophagus in an eight year boy. *Pediatr. Radiol.*, 1978, 6, 235-237.
3. BRÜHLMANN (N.F.), ZOLLIKOFER (C.L.), MARANTA (E.), HEPTI (M.L.), BIVETTI (J.), GIGER (M.), WELLAUER (J.), BLUM (A.L.) : Intramural pseudodiverticulosis of the esophagus : Report of seven cases and literature review. *Gastrointest. Radiol.*, 1981, 6, 199-208.
4. CASTILLO (S.), ABURASHED (A.), KIMMELMAN (J.), ALEXANDER (L.C.) : Diffuse intramural esophageal pseudodiverticulosis. New cases and review. *Gastroenterology*, 1977, 72, 541-545.
5. CHO (S.R.), SANDERS (M.M.), TURNER (M.A.), LIU (C.I.), KIPREOS : Esophageal intramural pseudodiverticulosis. *Gastrointest. Radiol.*, 1981, 6, 9-12.
6. FARACK (U.M.), KINNEAR (D.G.), JABBARI (M.) : Die intramurale Pseudodivertikulose des Ösophagus-eine primär radiologische Diagnose. *Fortschr. Roentgenstr.*, 1979, 130, 508-509.
7. HODES (P.J.), ATKINS (J.P.), HODES (B.L.) : Esophageal intramural diverticulosis. *Am. J. Roentgenol.*, 1966, 96, 411-413.
8. LIBERT (M.), DE TOEUF (J.), ANDRÉ (P.) : Pseudodiverticulose intramurale de l'œsophage. *Acta Gastroenterol. Belg.*, 1978, 41, 162-168.
9. LUPOVITCH (A.), TIPPINS (R.) : Esophageal intramural pseudodiverticulosis. A disease of adnexal glands. *Radiology*, 1974, 113, 271-272.
10. MENDEL (K.), MCKAY (J.M.), TANNER (C.H.) : Intramural diverticulosis of the esophagus and Rokitansky-Aschoff sinuses in the gallbladder. *Br. J. Radiol.*, 1960, 33, 496-501.
11. MENDEL (K.), DARRAGH (M.R.), STEPHENSON (S.F.) : Segmental intramural diverticulosis associated with and confined to a spastic area of muscular hypertrophy in a columnar lined esophagus. *Clin. Radiol.*, 1973, 24, 440-444.
12. MUHLETALE (C.A.), LAMS (P.M.), JOHNSON (A.C.) : Occurrence of esophageal intramural pseudodiverticulosis in patients with pre-existing benign esophageal stricture. *Br. J. Radiol.*, 1980, 53, 299-303.
13. ÜMİLAS (J.), SAKHUJA (R.) : The pathology of esophageal intramural pseudodiverticulosis. *Am. J. Clin. Pathol.*, 1976, 65, 314-320.
14. VAN OVERBEEK (J.J.M.), EDENS (E.Th.), GÖKEMEIER (J.D.M.), BRÖCKER (F.H.L.) : Intramural diverticulosis of the esophagus. *Laryngoscope*, 1978, 88, 1671-1679.
15. SHAPIRO (M.J.), SLOAN (W.C.) : Intramural pseudodiverticulosis of the esophagus. *Ann. Otol.*, 1977, 86, 594-597.
16. WIGHTMANN (A.J.A.), WRIGHT (E.A.) : Intramural esophageal diverticulosis. A correlation of radiological and pathological findings. *Br. J. Radiol.*, 1974, 47, 496-498.