

LA PATHOLOGIE DE L'ŒSOPHAGE

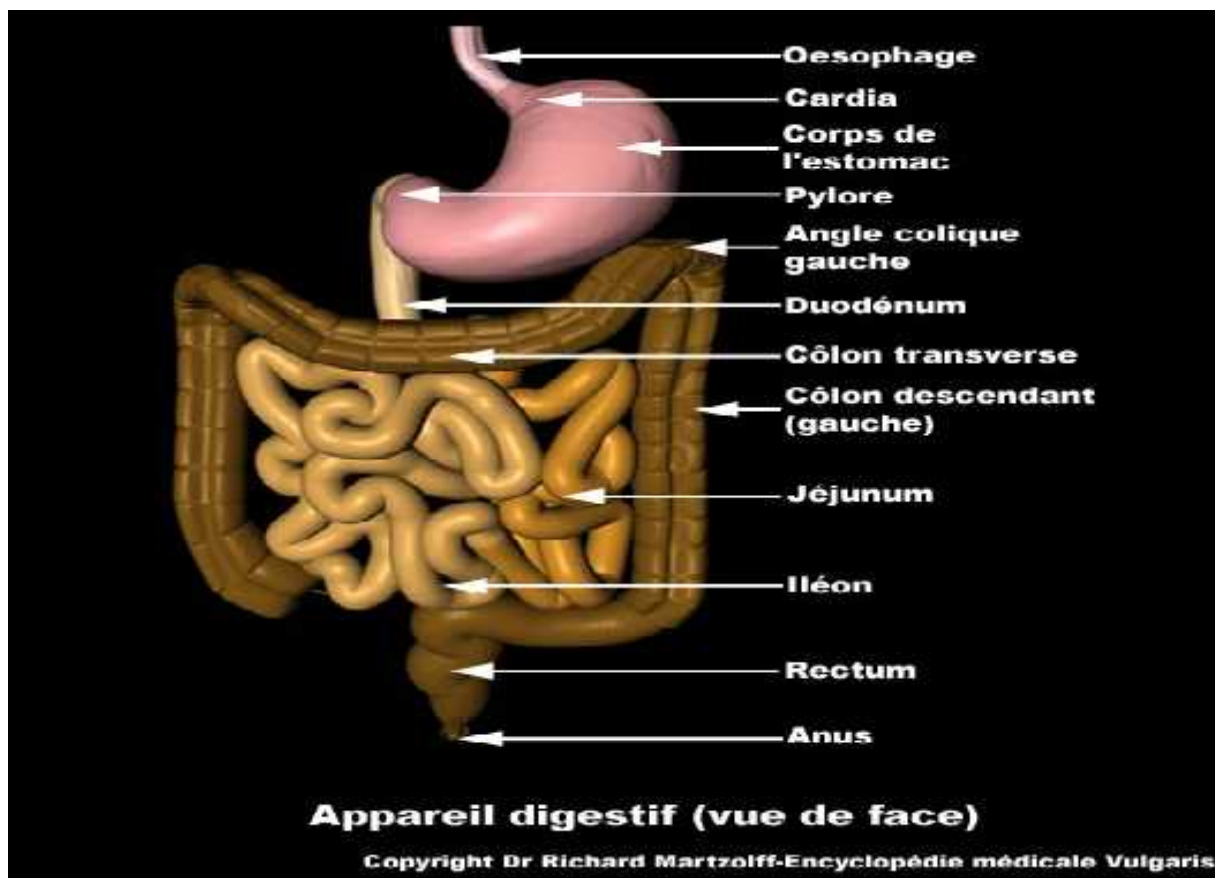
présenté par Dr Belkralladi

A-) RAPPEL ANATOMIQUE :

Un organe tubulé d'environ 25 cm de long conduisant les aliments du pharynx à l'estomac ;

Rapports topographiques étroits avec de nombreux autres organes (notamment médiastinaux) :

- Le lobe gauche du corps thyroïde,
- La trachée,
- La bronche souche gauche,
- L' aorte,
- L' oreillette gauche,
- Les culs-de-sac pleuraux



B-) RAPPEL HISTOPHYSIOLOGIQUE :

1-) **La Muqueuse:**

- **Un épithélium** malpighien non kératinisé continuant avec celui de l'oropharynx. Il se continue en bas avec celui de l'estomac.
- **Le Chorion** contenant des glandes séro-muqueuses au niveau du bas œsophage (se continuant avec les glandes cardiales gastrique).

2-) **La Musculaire muqueuse.**

3-) **La Sous-muqueuse:**

Un espace conjonctif lâche renfermant

- * de nombreuses glandes de type « muqueux »
- * des filets nerveux, des vaisseaux lymphatiques,
- * un important plexus veineux donnant naissance au réseau veineux de drainage de l'œsophage.

4-) **La Musculeuse:**

Constituée de fibres musculaires striées dans sa partie supérieure

plus bas, il s'agit de fibres musculaires lisses disposées en deux couches:

- *circulaire interne* et
- *longitudinale externe*
- entre lesquelles s'observent des plexus nerveux.

5-) **L'adventice** ou la séreuse : renfermant les éléments vasculo-nerveux.

C-) CIRCONSTANCE DE LA DEMANDE D'EXAMEN D'ANATOMOPATHOLOGIE

1-) **SYNDROME OESOPHAGIEN :**

- Une dysphagie, pouvant être intermittente, spasmodique, ou permanente
- une régurgitation
- une sialorrhée
- Des Hématémèses (des vomissements sanglants)
- Une fissuration œsophagienne, annonçant un syndrome de MALLORY WEISS
- Une rupture de varices œsophagienne dans le cadre d'une hypertension portale.

2-) **L'EXAMEN DE PATHOLOGIE**

Est demandé, suite à une étude radiologique et endoscopique, pour rechercher la lésion causale

- Malformative (constitutionnelle ou acquise)
- inflammatoire
- tumorale

1-) MALFORMATIONS GRAVES

- **Atrésie** œsophagienne : absence de développement œsophagien au cours de l'embryogenèse, souvent segmentaire ; associée à une fistule oesotrachéale,

C'est une **urgence thérapeutique** imposant un **dépistage néonatal systématique**;

- Autres types de malformations graves : - sténoses congénitales,
- dédoublement,
- raccourcissement.

2-) DIVERTICULES

Ce sont des cavités sacculaires anormales communiquant avec la lumière œsophagienne ; il est commode de les classer en deux groupes pathogéniques distincts :

** les diverticules de pulsion*

** les diverticules de traction.*

a-) Les diverticules de pulsion

La paroi est constituée uniquement par la muqueuse et la sous-muqueuse avec absence de musculature. Ce sont des diverticules « vrais » se produisant par l'action conjuguée d'une faiblesse de la musculature et d'une asynergie neuromusculaire. Siègent essentiellement à la face postérieure de l'œsophage cervical, Parfois volumineux Jusqu'à un litre de contenance. Ils peuvent se compliquer :
- d'infection - fausse route - d'hémorragies, - de fistulisation - rarement de cancer.

b-) Les diverticules de traction : sont de « faux-diverticules »

La paroi est constituée de la totalité des plans pariétaux œsophagiens .Ils sont presque toujours en rapport avec l'adhérence fibreuse, Siège au niveau du 1/3 moyen de l'œsophage

3. MEGA-OESOPHAGE (dit idiopathique)

C'est une dilatation diffuse de l'œsophage, parfois très importante jusqu'à 20 cm de diamètre. En rapport avec une anomalie de la contractilité du bas œsophage. Intéresse le « sphincter » cardinal peut être :

- **une achalasie**, qui est une anomalie de l'ouverture et du relâchement
- **un cardiospasme**, qui est une contraction permanente de ce sphincter.

Le traitement consiste en une myotomie localisée à ce bourrelet. Il convient de différencier cette forme « idiopathique » des dilatations œsophagiennes secondaire à une sténose tumorale ou inflammatoire.

4. ANNEAUX OESOPHAGIENS : Certains sont dus à :

- une hétérotopie (sébacée, thyroïdienne, trachéobronchique, gastrique),
- une tumeur bénigne
- une sténose prenant un aspect annulaire.

5. DYSPHAGIE SIDEROPENIQUE DE PLUMMER-VINSON (OU SYNDROME DE KELLY-PATTERSON)

Est une affection rare, Il s'agit d'un syndrome vraisemblablement dû essentiellement à une **carence martiale** mais parfois rattaché à une étiologie dysimmunitaire. Survient électivement chez la femme (entre 30 et 50 ans), associe une anémie hypochrome sidéropénique, des anomalies des phanères, des lésions des muqueuses buccale, pharyngienne et œsophagienne responsables d'une dysphagie haute avec image radiologique de rétrécissement.

La paroi œsophagienne est considérablement remaniée :

- l'épithélium atrophique et souvent kératinisé,
- le chorion et la sous-muqueuse sont sclérosés avec un infiltrat inflammatoire,
- la musculature est atrophique.

Cette affection est responsable de la majorité des cancers du 1/3 supérieur de l'œsophage chez la femme : **il s'agit ainsi d'un exemple d'état « pré-cancéreux ».**

6. VARICES CESOPHAGIENNES

Il s'agit de la distension des veines (essentiellement sous-muqueuses) au cours de l'hypertension portale. Leur étiologie est donc celle de l'**hypertension portale** c'est-à-dire essentiellement *les cirrhoses*. Elles siègent à la partie inférieure de l'œsophage (1/3 inférieur)

Histopathologiquement:

- les veines dilatées siègent essentiellement dans la sous-muqueuse, refoulant le chorion et l'épithélium de surface qui peut être le siège de lésions pré-nécrotiques ou nécrotiques.

La **complication** essentielle est la *rupture* et les hémorragies digestives sont parfois foudroyantes

7. PERTES DE SUBSTANCE : Elles peuvent être dues à :

- un corps étranger,
- une rupture de varices œsophagiennes.

- **L'ulcère de l'œsophage** survient en muqueuse de type gastrique (endo-brachyoesophage = œsophage de Barrett) : il est pratiquement toujours rencontré dans le cadre d'une oesophagite « peptique ».
- *Le syndrome de MALLORY-WEISS* est une rupture incomplète, se voyant volontiers chez les sujets éthyliques à la suite d'efforts de vomissements;
- *Le syndrome de BOERHAAVE*, de pathogénie identique, consiste en une rupture complète de l'œsophage

8. SCLERODERMIE : l'atteinte œsophagienne est fréquente

- atteinte de la musculature lisse,
- lésions dégénératives initiales des myofibrilles et secondairement sclérose interstitielle avec une atrophie.
- se surajoute parfois des lésions d'œsophagite peptique due à la béance du cardia.

E. LES OESOPHAGITES ET LA PATHOLOGIE DU REFLUX

1-)-DEFINITION : Il s'agit de l'ensemble des lésions inflammatoires de la paroi œsophagienne. Elles se caractérisent par leur complication commune essentielle :

- la sténose œsophagienne
- la fréquence de l'oesophagite « peptique ».
- On distingue 3 grands groupes d'étiologies

1.2-) OESOPHAGITES PAR AGENTS CHIMIQUES ET PHYSIQUES

Il s'agit essentiellement des *œsophagites par ingestion de produits caustique*.

@ Causes :

- Volontaire (suicidaire),
- criminelle
- accidentelle (notamment petits enfants, débiles mentaux);
- les vomissements acides répétés (de la grossesse) ;
- ingestion de liquide trop froid ou trop chaud,
- sonde œsophagienne (source d'érosions avec œsophagite de voisinage),
- radiothérapie

@ L'évolution à distance se fait vers la **sclérose rétractile** et la constitution des **sténoses étagées**

1.3-) OESOPHAGITES « PEPTIQUES »

- Elles sont dues à l'action du suc gastrique chlorydropeptique et sont ainsi déclenchées par toutes les circonstances favorisant le reflux:
 - Interventions chirurgicales comportant une mobilisation du cardia (ligature des varices oesophagiennes, vagotomie,) ou une résection oesogastrique avec anastomose immédiate.
 - Malpositions cardio-tubérositaires et hernies hiatales,
 - Sténoses pyloriques quelle qu'en soit la cause,
 - Surtout anomalies de la jonction oesogastrique, responsables de la grande majorité des cas.

- **L'endo-brachy-oesophage** : ou œsophage de Barrett est une métaplasie intestinale au niveau de l'œsophage, c'est un état précancéreux, nécessite une surveillance du patient .

LES LESIONS EVOLUTIVES DE L'OESOPHAGITE PEPTIQUE :

AIGUË

@ **L'œsophagite aiguë** comportant un œdème et une congestion du chorion avec un infiltrat inflammatoire pénétrant l'épithélium de surface. Souvent des érosions (par destruction de la muqueuse). Leur cicatrisation aboutit à l'endo-brachy-oesophage.

@ **L'ulcère peptique** est une variété évolutive «sévère» de l'œsophagite érosive.

C'est une perte de substance plus profonde allant jusqu'à la musculuse. Le fond de la perte de substance constitué : - soit par un bourgeon charnu inflammatoire,

- soit par une sclérose dense

- *Les Complications* sont dominées par :
 - perforation rare
 - hémorragies par saignement capillaire ou érosion artérielle,
 - sténose (caractère rétractile de la sclérose).

LES LESIONS CICATRICIELLES =STENOSES PEPTIQUES

- Les sténoses peptiques s'accompagnent d'une distension œsophagienne sus-jacente.
- *L'histopathologie* : une sclérose mutilant la totalité du plan pariétal et diffusant à la graisse péri-œsophagienne.

F. TUMEURS DE L'OE SOPHAGE

1-) LES TUMEURS BENIGNES : Elles sont rares ;

1. *le papillome : tumeur épithéliale bénigne*

2. *les tumeurs musculaires : léiomyomes ; léiomyo-fibromes* parfois de *tumeurs à cellules granuleuses* (tumeurs d'ABRIKOSSOFF).

3. *le polype fibro-vasculaire (ou angio-fibrolipome*

2-)TUMEURS MALIGNES EPITHELIALES PRIMITIVES (les CARCINOMES):

@ Il s'agit dans 99% des cas de *carcinomes*.

@ Elles représentent 3% à 4% de l'ensemble des cancers

@La prépondérance masculine est considérable (80% à 90% des cas selon les statistiques).

@Il représente, chez l'homme, le 4e cancer par sa fréquence après ceux du poumon, de l'estomac, du côlon.

@ 50 à 70 ans mais peut se voir plus précocement lorsqu'il survient sur certaines lésions préexistantes

A-) Les facteurs étiologiques : Ce sont en pratique toutes les circonstances susceptibles de provoquer des irritations répétées de la muqueuse :

- *Habitudes alimentaires* : tabac et alcools, les *boissons brûlantes* (par exemple thé), certains *épices*.
- *Les Lésions œsophagiennes préexistantes*: la dysphagie sidéropénique de PLUMMER-VINSON, le méga-œsophage, les sténoses caustiques L'endobrachyoesophage ((œsophage de Barrett) ;

Le rôle de l'oesophagite peptique est discuté.

B-) Le Siège : 50% des cas : 1/3 inférieur ; 40% : 1/3 moyen ; 10% : 1/3 supérieur

C-) les aspects macroscopiques

Dans la moitié des cas, la lésion est circonférentielle. Les deux aspects les plus fréquents sont :

- **la forme ulcéro-végétante** : il s'agit d'une ulcération à bourrelet périphérique saillant, irrégulier.
- **La forme sténosante (infiltrante)** réalisant un aspect en virole
- **La forme végétante** : Plus rare, parfois, d'aspect polypoïde ;

D-) L' histopathologie

D.1-) Les carcinomes épidermoïdes

Représentent 95% des carcinomes. Il s'agit de carcinome bien différencié, mature (kératine au centre de lobule) ou non, fait de lobules de cellules polygonales jointives à cytoplasme abondant à noyau irrégulier.

d.2-) Les adénocarcinomes primitifs de l'œsophage sont très rares; il se développe à partir d'œsophage de Barrett, d'hétérotopie au 1/3 inférieur de l'œsophage. La plupart des adénocarcinomes intéressant le bas œsophage. Il convient donc de ne retenir le diagnostic d'adénocarcinome primitif de l'œsophage qu'après avoir formellement éliminé l'existence d'un adénocarcinome gastrique.

d.3-) Les carcinomes adéno-squameux sont exceptionnels = carcinome épidermoïde + adénocarcinome

E-) L'extension

@ **L'extension locale** par l'infiltration de la totalité des plans pariétaux avec risque de perforation

@ **L'extension régionale aux organes de voisinage** est fonction du siège de la tumeur :

- Bronches ou trachée avec fistule, source de bronchopneumonie et problèmes diagnostiques parfois difficiles pour déterminer le point de départ du carcinome (bronchique ou œsophagien).
- Aorte et ses branches,
- Plèvre et péricarde (source d'épanchements séreux ou hémorragiques, rarement purulents), voire veines pulmonaires et cœur.
- Nerfs (phrénique, récurrent)

@**Extension à distance:**

- *Les Métastases ganglionnaires:*

- *Les Métastases viscérales:* elles sont rares car il s'agit d'un cancer d'évolution brève; elles intéressent le poumon, le foie, le rachis.

3-) LES TUMEURS MALIGNES CONJONCTIVES PRIMITIVES (SARCOMES)

Ils sont exceptionnels et variés: fibrosarcomes, léiomyosarcomes, rhabdomyosarcomes

4-)LES TUMEURS SECONDAIRES : Sont possibles,

- soit par extension d'un cancer du voisinage (oropharynx, bronches, larynx) ;

-soit localisation d'une maladie générale : lymphome

- soit métastases de cancers viscéraux plus ou moins éloignés : sein, prostate, testicule.

LA PATHOLOGIE DE L'ŒSOPHAGE

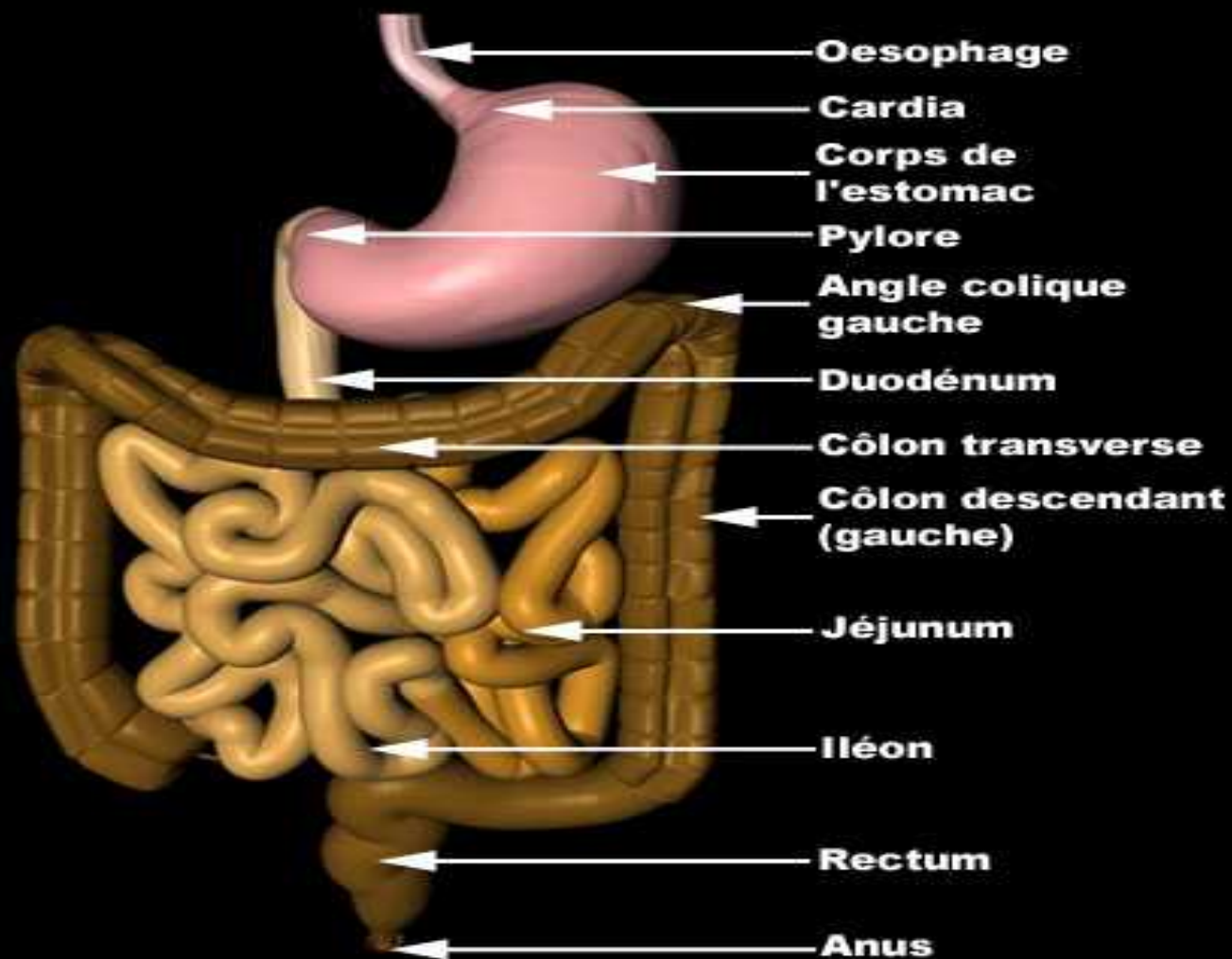
présenté par Dr Belkralladi

A-) RAPPEL ANATOMIQUE :

Un organe tubulé d'environ 25 cm de long conduisant les aliments du pharynx à l'estomac ;

Rapports topographiques étroits avec de nombreux autres organes (notamment médiastinaux) :

- Le lobe gauche du corps thyroïde,
- La trachée,
- La bronche souche gauche,
- L' aorte,
- L' oreillette gauche,
- Les culs-de-sac pleuraux



Appareil digestif (vue de face)

Copyright Dr Richard Martzloff-Encyclopédie médicale Vulgaris

B-) RAPPEL HISTOPHYSIOLOGIQUE :

1-) La Muqueuse:

- **Un épithélium** malpighien non kératinisé continuant avec celui de l'oropharynx . Il se continue en bas avec celui de l'estomac .
- **Le Chorion** contenant des glandes séro-muqueuses au niveau du bas oesophage (se continuant avec les glandes cardiales gastrique).

2-) La Musculaire muqueuse.

3-) La Sous-muqueuse:

Un espace conjonctif lâche renfermant

- * de nombreuses glandes de type « muqueux »
- * des filets nerveux, des vaisseaux lymphatiques,
- * un important plexus veineux donnant naissance au réseau veineux de drainage de l'œsophage.

4-) La Musculeuse:

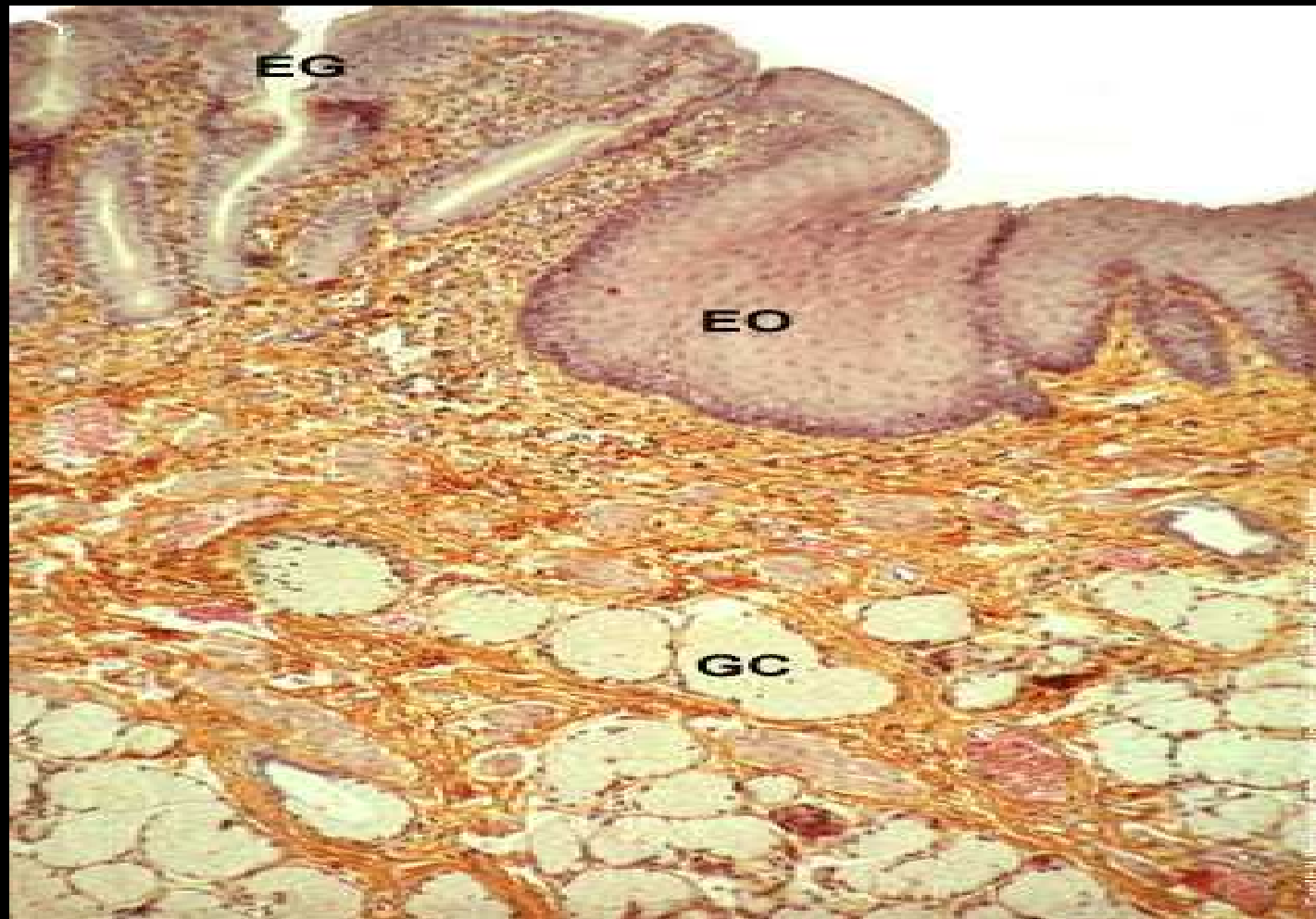
Constituée de fibres musculaires **striées** dans sa partie supérieure
plus bas, il s'agit de fibres musculaires **lisses** disposées en deux couches:

- *circulaire interne* et
- *longitudinale externe*
- entre lesquelles s'observent des plexus nerveux.

5-) L'*adventice* ou la séreuse

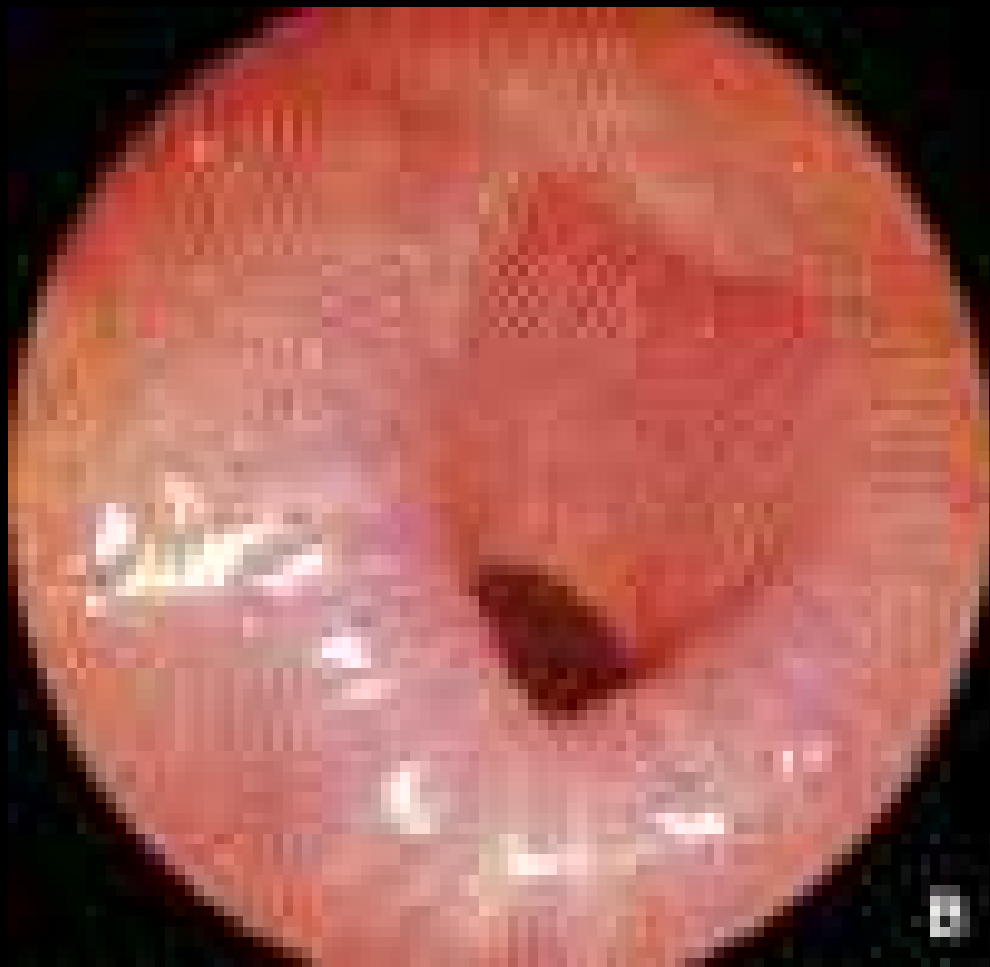
renfermant les éléments vasculo-nerveux.

Jonction oeso-gastrique



C-) CIRCONSTANCE DE LA DEMANDE D'EXAMEN D'ANATOMOPATHOLOGIE

Endoscopie oesophagienne



a-) SYNDROME OESOPHAGIEN :

- Une dysphagie, pouvant être intermittente, spasmodique, ou permanente
- une régurgitation
- une sialorrhée
- Des Hématémèses (des vomissements sanglants)
- Une fissuration œsophagienne, annonçant un syndrome de MALLORY WEISS
- Une rupture de varices œsophagienne dans le cadre d'une hypertension portale.

b-)L'EXAMEN DE PATHOLOGIE

est demandé, suite à une étude radiologique et endoscopique, pour rechercher la lésion causale

- Malformative (constitutionnelle ou acquise)
- inflammatoire
- tumorale

D-)Les lésions malformatives et dystrophiques

1-) MALFORMATIONS GRAVES

- **Atrésie** oesophagienne : absence de développement oesophagien au cours de l'embryogenèse, souvent segmentaire ; associée à une fistule oesotrachéale,

C'est une **urgence thérapeutique** imposant un **dépistage néonatal systématique**;

- Autres types de malformations graves :
 - sténoses congénitales,
 - dédoubllement,
 - raccourcissement.

2-) DIVERTICULES

Ce sont des cavités sacculaires anormales communiquant avec la lumière oesophagienne ; il est commode de les classer en deux groupes pathogéniques distincts :

- * *les diverticules de pulsion*
- * *les diverticules de traction.*

α-) Les diverticules de pulsion

La paroi est constituée uniquement par la muqueuse et la sous-muqueuse avec absence de musculature.

Ce sont des diverticules « vrais » se produisant par l'action conjuguée d'une faiblesse de la musculature et d'une asynergie neuromusculaire.

siègent essentiellement à la face postérieure de l'oesophage cervical

Parfois volumineux Jusqu'à un litre de contenance.

Ils peuvent se compliquer : - d'infection
- fausse route
- d'hémorragies,
- de fistulisation
- rarement de cancer.

b-) Les diverticules de traction : sont de « faux-diverticules »
la paroi est constituée de la totalité des plans pariétaux
oesophagiens
Ils sont presque toujours en rapport avec l'adhérence fibreuse

Siège au niveau du 1/3 moyen de l'oesophage

Poche diverticulaire



Volumineuse poche diverticulaire



3. MEGA-OESOPHAGE (dit idiopathique)

C'est une dilatation diffuse de l'oesophage, parfois très importante jusqu'à 20 cm de diamètre. En rapport avec une anomalie de la contractilité du bas œsophage .

Intéresse le « sphincter » cardinal peut être :

- ***une achalasie***, qui est une anomalie de l'ouverture et du relâchement
- ***un cardiospasme***, qui est une contraction permanente de ce sphincter.

Le traitement consiste en une myotomie localisée à ce bourrelet.

Il convient de différencier cette forme « idiopathique » des dilatations œsophagiennes secondaire à une sténose tumorale ou inflammatoire

4. ANNEAUX OESOPHAGIENS

Certains sont dus à:

- une hétérotopie (sébacée, thyroïdienne, trachéobronchique, gastrique),
- une tumeur bénigne
- une sténose prenant un aspect annulaire.

5. DYSPHAGIE SIDEROPENIQUE DE PLUMMER-VINSON (OU SYNDROME DE KELLY- PATTERSON)

Est une affection rare , Il s'agit d'un syndrome vraisemblablement dû essentiellement à une **carence martiale** mais parfois rattaché à une étiologie dysimmunitaire.

- Survient électivement chez la femme (entre 30 et 50 ans),
- associe une anémie hypochrome sidéropénique, des anomalies des phanères, des lésions des muqueuses buccale , pharyngienne et œsophagienne responsables d'une dysphagie haute avec image radiologique de rétrécissement

La paroi œsophagienne est considérablement remaniée :

- l' épithélium atrophique et souvent kératinisé,
- le chorion et la sous-muqueuse sont sclérosés avec un infiltrat inflammatoire,
- la musculature est atrophique.

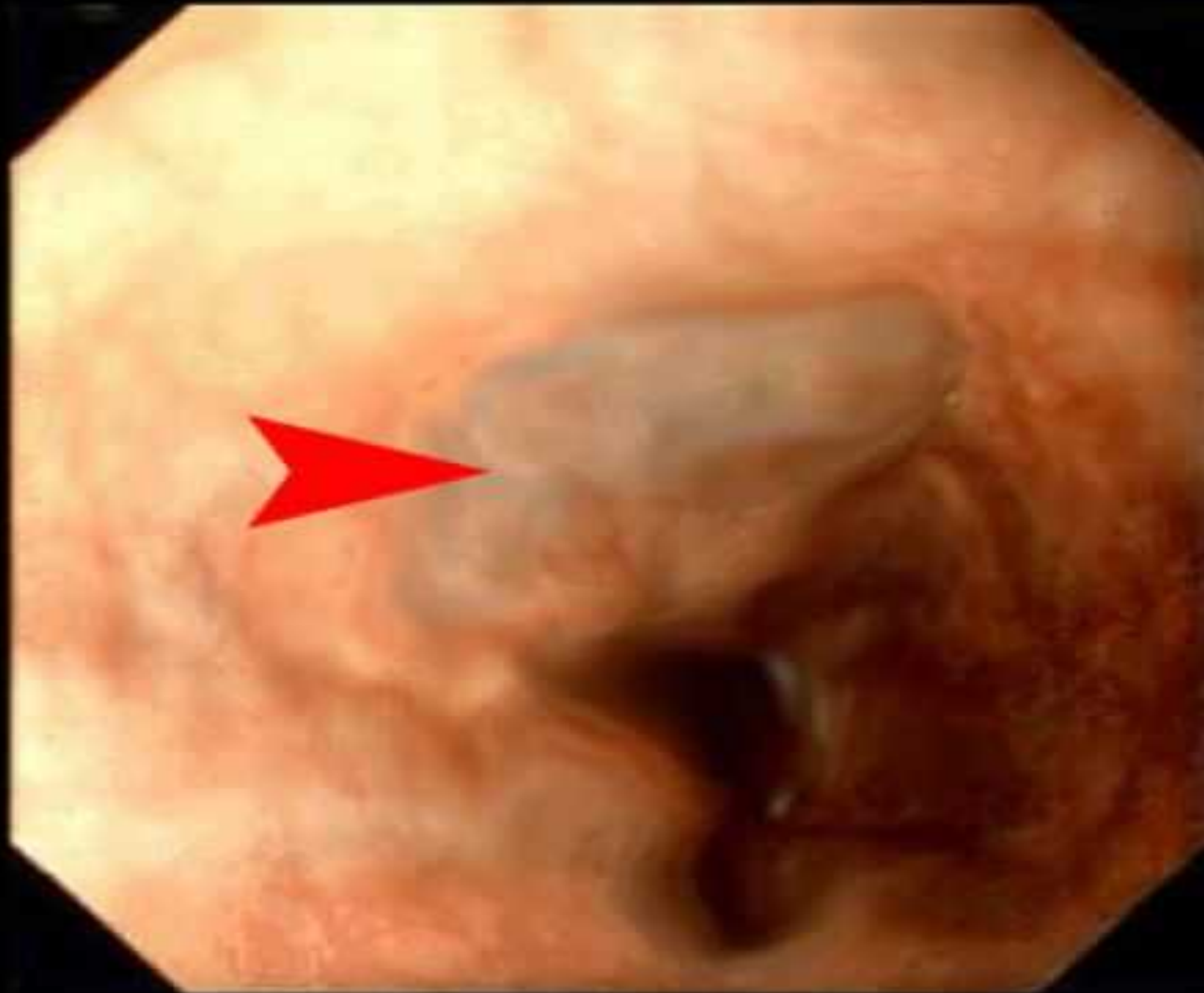
cette affection est responsable de la majorité des cancers du 1/3 supérieur de l' œsophage chez la femme : **il s'agit ainsi d'un exemple d'état « précancéreux ».**

6. VARICES OESOPHAGIENNES

- Il s'agit de la distension des veines (essentiellement sous-muqueuses) au cours de l'hypertension portale .
- Leur étiologie est donc celle de l'**hypertension portale** c'est-à-dire essentiellement *les cirrhoses*.
- Elles siègent à la partie inférieure de l'oesophage (1/3 inférieur)

Histopathologiquement:

- les veines dilatées siègent essentiellement dans la sous-muqueuse, refoulant le chorion et l'épithélium de surface qui peut être le siège de lésions pré-nécrotiques ou nécrotiques.
- **La complication essentielle est la rupture**
- Les hémorragies digestives sont parfois foudroyantes



**Varice oesophagienne
(endoscopie)**

7. PERTES DE SUBSTANCE

Elles peuvent être dues à :

- un corps étranger,
- une rupture de varices oesophagiennes.
- ***L'ulcère de l'oesophage*** survient en muqueuse de type gastrique (endo-brachyoesophage= oesophage de Barrett) : il est pratiquement toujours rencontré dans le cadre d'une oesophagite « peptique ».
- *Le syndrome de MALLORY-WEISS* est une rupture incomplète, se voyant volontiers chez les sujets éthyliques à la suite d'efforts de vomissements;
- *Le syndrome de BOERHAAVE* , consiste en une rupture complète de l'oesophage

8. SCLERODERMIE

L'atteinte œsophagienne est fréquente

- atteinte de la musculature lisse,
- lésions dégénératives initiales des myofibrilles et secondairement sclérose interstitielle avec une atrophie.

E. LES OESOPHAGITES ET LA PATHOLOGIE DU REFLUX

1-)DEFINITION

Il s'agit de l'ensemble des lésions inflammatoires de la paroi oesophagienne. Elles se caractérisent par leur complication commune essentielle :

- la sténose oesophagienne
- la fréquence de l'oesophagite « peptique ».
- On distingue 3 grands groupes d'étiologies

1.1-) OESOPHAGITES INFECTIEUSES

* *Bactériennes*

@ *Tuberculeuse* : pratiquement toujours secondaire à des lésions pulmonaires.

- *Macroscopiquement*: tantôt forme ulcéreuse «simple»; tantôt forme pseudotumorale.
- *Histopathologiquement*: lésion caséo-folliculaire ou folliculaire).

@ à *germes banals* : rarement observées (propagation de contiguïté à partir d'une rhinopharyngite),

**Mycosiques* : essentiellement à candida par propagation d'une infection bucco-pharyngée.

- *Macroscopiquement*, il s'agit d'une oesophagite pseudo-membraneuse avec fissures et des ulcérations sous-jacentes.
- *Histopathologiquement*: nous retrouvons un amas fibrineux de surface renfermant le mycélium

1.2-) OESOPHAGITES PAR AGENTS CHIMIQUES ET PHYSIQUES

Il s'agit essentiellement des *œsophagites par ingestion de produits caustique*.

@ Causes :

- Volontaire (suicidaire),
- criminelle
- accidentelle (notamment petits enfants, débiles mentaux);
- les vomissements acides répétés (de la grossesse) ;
- ingestion de liquide trop froid ou trop chaud,
- sonde œsophagienne
- radiothérapie

@ L'évolution à distance se fait vers

- la **sclérose rétractile**,
- La constitution des **sténoses étagées**

Sténose oesophagienne circonférentielle



Sténose oesophagienne



1.3-) OESOPHAGITES « PEPTIQUES »

- Elles sont dues à l'action du suc gastrique chloxydropeptique et sont ainsi déclenchées par toutes les circonstances favorisant le reflux:
 - Interventions chirurgicales comportant une mobilisation du cardia (ligature des varices oesophagiennes, vagotomie,) ou une résection oesogastrique avec anastomose immédiate.
 - Malpositions cardio-tubérositaires et hernies hiatales,
 - Sténoses pyloriques quelle qu'en soit la cause,
 - Surtout anomalies de la jonction oesogastrique, responsables de la grande majorité des cas.
- ***L'endo-brachy-oesophage*** : ou œsophage de Barrett est une métaplasie intestinale au niveau de l'œsophage , c'est un état précancéreux , nécessite une surveillance du patient

Œsophage de Barrett

Métaplasie intestinale



Flèche = cellule caliciforme

LES LÉSIONS ÉVOLUTIVES DE L'ŒSOPHAGITE PEPTIQUE :

AIGUË

@ *L'oesophagite aiguë* comportant

- un oedème et une congestion du chorion avec un infiltrats inflammatoires pénétrant l'épithélium de surface.
- Souvent des érosions (par destruction de la muqueuse)
- leur cicatrisation aboutit à l'endo-brachy-oesophage.

@ *L'ulcère peptique* est une variété évolutive «sévère» de l'oesophagite érosive.
c'est une perte de substance plus profonde allant jusqu'à la musculuse.

le fond de la perte de substance constitué,

- soit par un bourgeon charnu inflammatoire,
- soit par une sclérose dense

• *Les Complications* sont dominées par :

- perforation rare
- hémorragies par saignement capillaire ou érosion artérielle,
- sténose (caractère rétractile de la sclérose).

LES LESIONS CICATRICIELLES =STENOSES PEPTIQUES

- Les sténoses peptiques s'accompagner d'une distension oesophagienne sus-jacente.
- *L'histopathologie : une* sclérose mutilant la totalité des plans pariétaux et diffusant à la graisse péri-oesophagienne.

F. TUMEURS DE L'OESOPHAGE

1-) LES TUMEURS BENIGNES :

Elles sont rares ;

1. le papillome : tumeur épithéliale bénigne

2. les tumeurs musculaires

- *léiomyomes*
- *léiomyo-fibromes*
- *parfois de tumeurs à cellules granuleuses (tumeurs d'ABRIKOSSOFF).*

3. le polype fibro-vasculaire (ou angio-fibrolipome

papillome



2-)TUMEURS MALIGNES EPITHELIALES PRIMITIVES (les CARCINOMES):

- @ Il s'agit dans 99% des cas de *carcinomes*.
- @ Elles représentent 3% à 4% de l'ensemble des cancers
- @ La prépondérance masculine est considérable (80% à 90% des cas selon les statistiques).
- @ Il représente, chez l'homme, le 4e cancer par sa fréquence après ceux du poumon, de l'estomac, du côlon.
- @ 50 à 70 ans mais peut se voir plus précocement lorsqu'il survient sur certaines lésions préexistantes

A-) Les facteurs étiologiques

- Ce sont en pratique toutes les circonstances susceptibles de provoquer des irritations répétées de la muqueuse :
 - *Habitudes alimentaires* : tabac et alcools , les boissons brûlantes (par exemple thé), certains épices.
 - *Les Lésions oesophagiennes préexistantes*: la dysphagie sidéropénique de PLUMMER-VINSON, le méga-oesophage, les sténoses caustiques L'endobrachyoesophage ((oesophage de Barrett) ;
Le rôle de l'oesophagite peptique est discuté.

B-)Le Siège :

50% des cas : 1/3 inférieur ; 40% : 1/3 moyen ; 10% : 1/3 supérieur

c-) les aspects macroscopiques

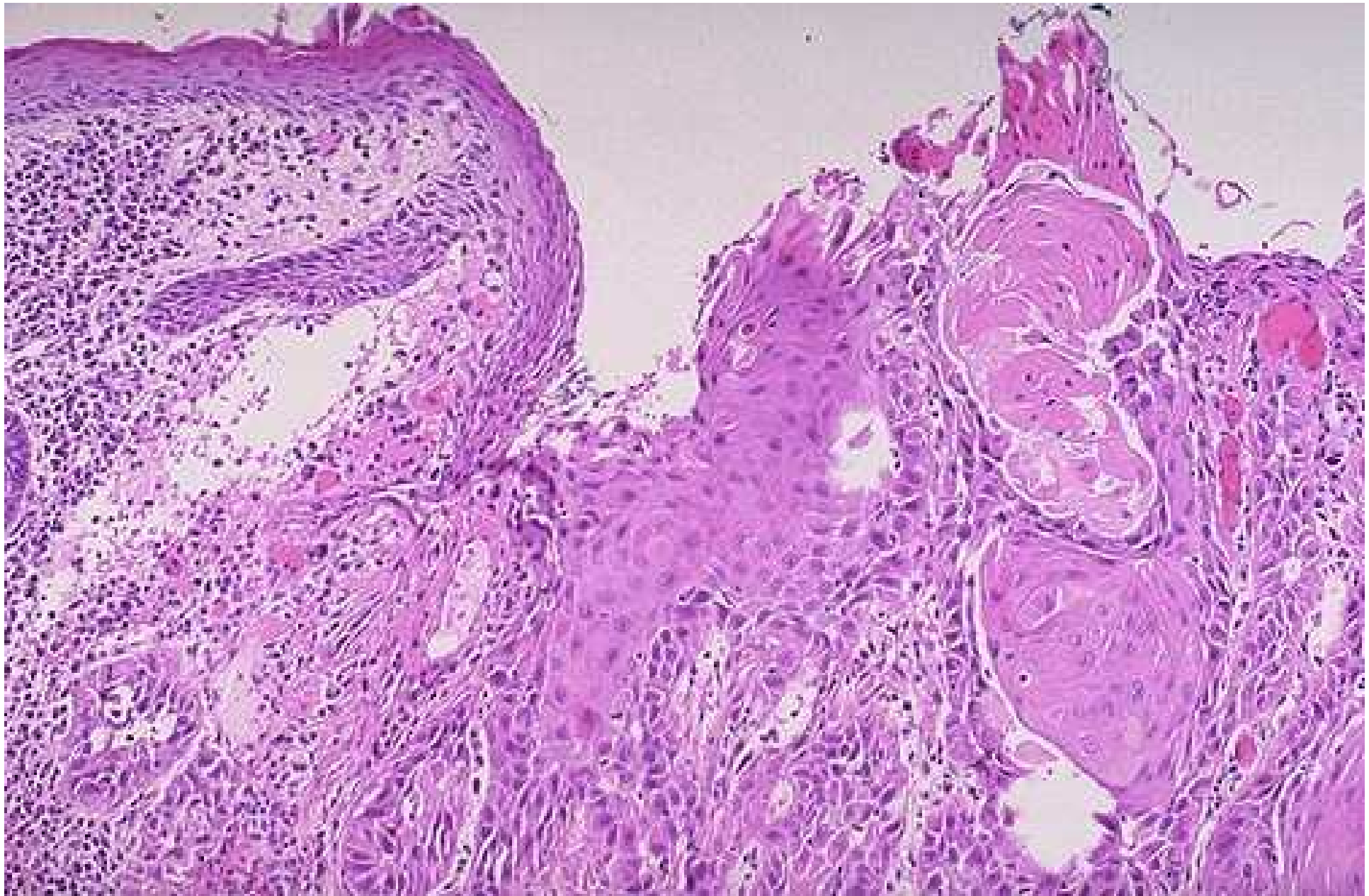
Dans la moitié des cas, la lésion est circonférentielle. Les deux aspects les plus fréquents sont :

- ***la forme ulcéro-végétante*** : il s'agit d'une ulcération à bourrelet périphérique saillant, irrégulier.
- ***La forme sténosante (infiltrante)*** réalisant un aspect en virole
- ***La forme végétante*** : Plus rare, parfois, d'aspect polypoïde ;

D-)L' histopathologie

D.1-) Les carcinomes épidermoïdes

représentent 95% des carcinomes. Il s'agit de carcinome bien différencié, mature(kératine au centre de lobule)ou non, fait de lobules de cellules polygonales jointives à cytoplasme abondant à noyau irrégulier.



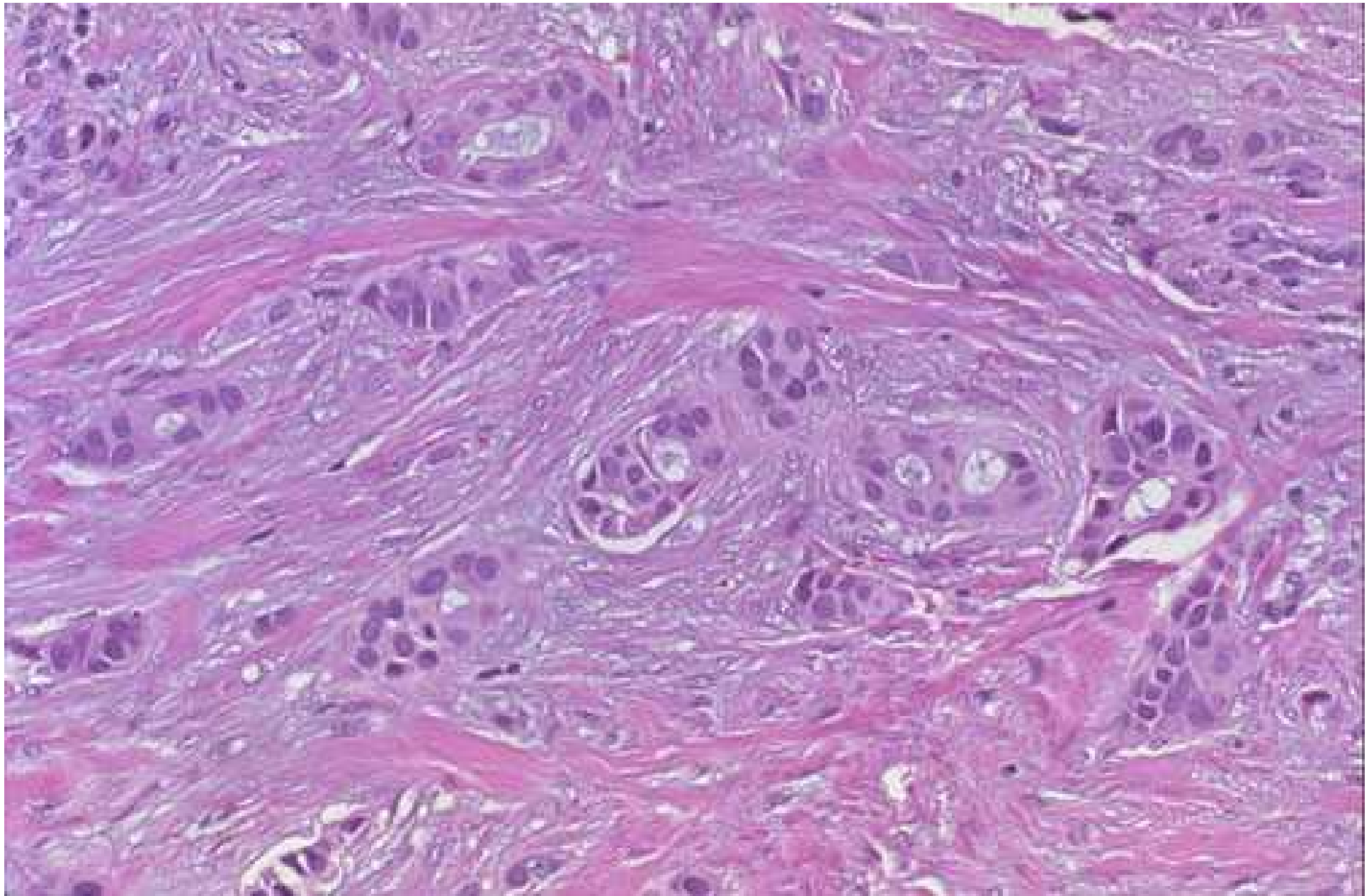
The normal squamous epithelium at the left merges into the squamous cell carcinoma at the right, which is infiltrating downward. The neoplastic squamous cells are still similar to the normal squamous cells, but are less orderly. This is a well-differentiated squamous cell carcinoma.



Squamous cell carcinoma. Note the disorderly growth of the squamous epithelial cells in these large nests with pink keratin in the centers.

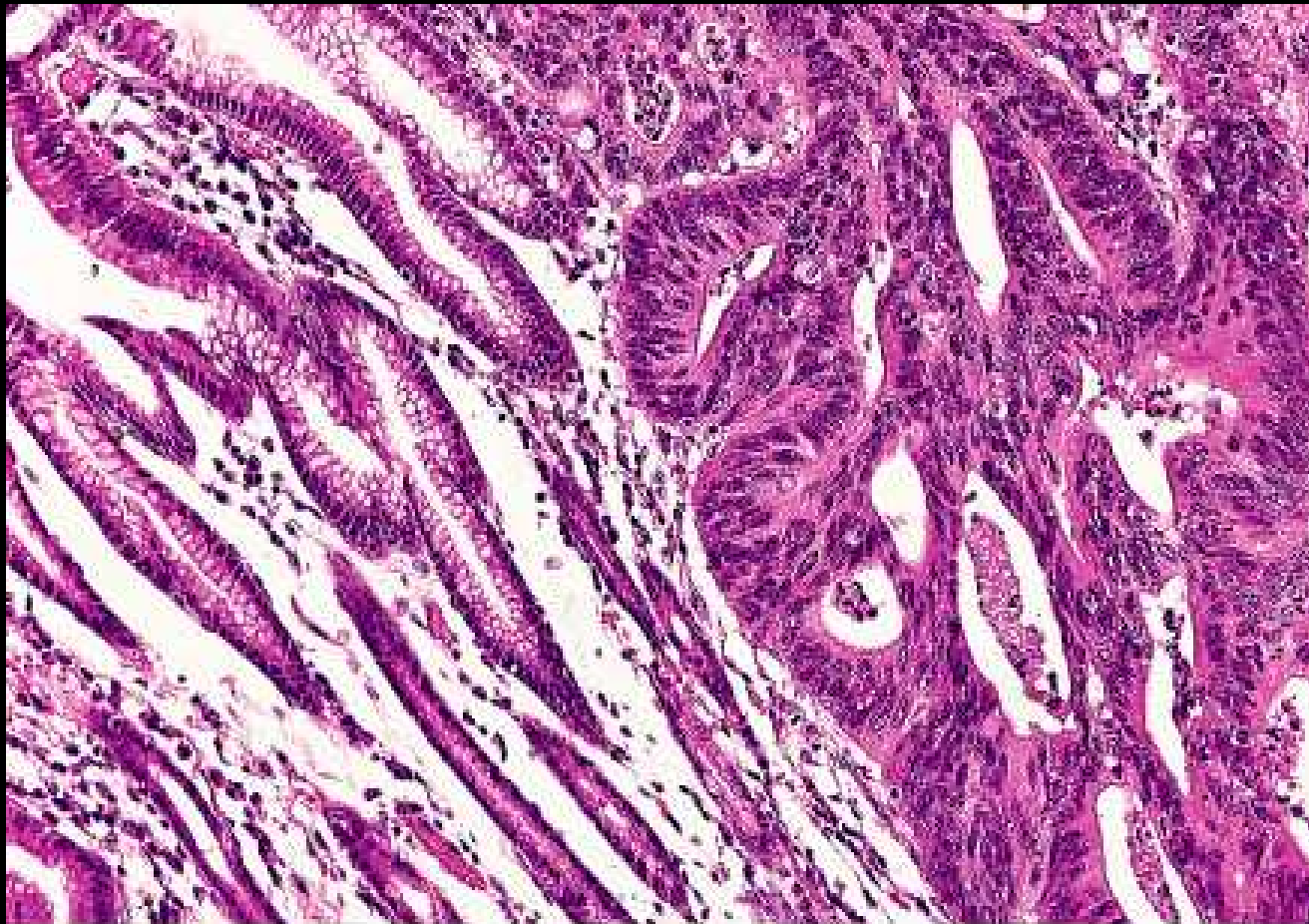
d.2-) Les adénocarcinomes primitifs de l'oesophage sont très rares; il se développe à partir d'œsophage de barrett , d'hétérotopie au 1/3 inférieur de l'oesophage. La plupart des adénocarcinomes intéressant le bas oesophage . Il convient donc de ne retenir le diagnostic d'adénocarcinome primitif de l'oesophage qu'après avoir formellement éliminé l'existence d'un adénocarcinome gastrique.

d.3-) Les carcinomes adéno-squameux sont exceptionnels = carcinome épidermoïde + adénocarcinome



At high magnification, the infiltrating ductal carcinoma of breast has pleomorphic cells infiltrating through the stroma.

adénocarcinome



© Elsevier Inc 2004 Rosai and Ackerman's Surgical Pathology 9e

E-) L'extension

@ ***L'extension locale*** par l'infiltration de la totalité des plans pariétaux avec risque de perforation

@ *L'extension régionale aux organes de voisinage* est fonction du siège de la tumeur :

- Bronches ou trachée avec fistule, source de bronchopneumonie et problèmes diagnostiques parfois difficiles pour déterminer le point de départ du carcinome (bronchique ou oesophagien).
- Aorte et ses branches,
- Plèvre et péricarde (source d'épanchements séreux ou hémorragiques, rarement purulents), voire veines pulmonaires et coeur.
- Nerfs (phrénique , récurrent)

@Extension à distance:

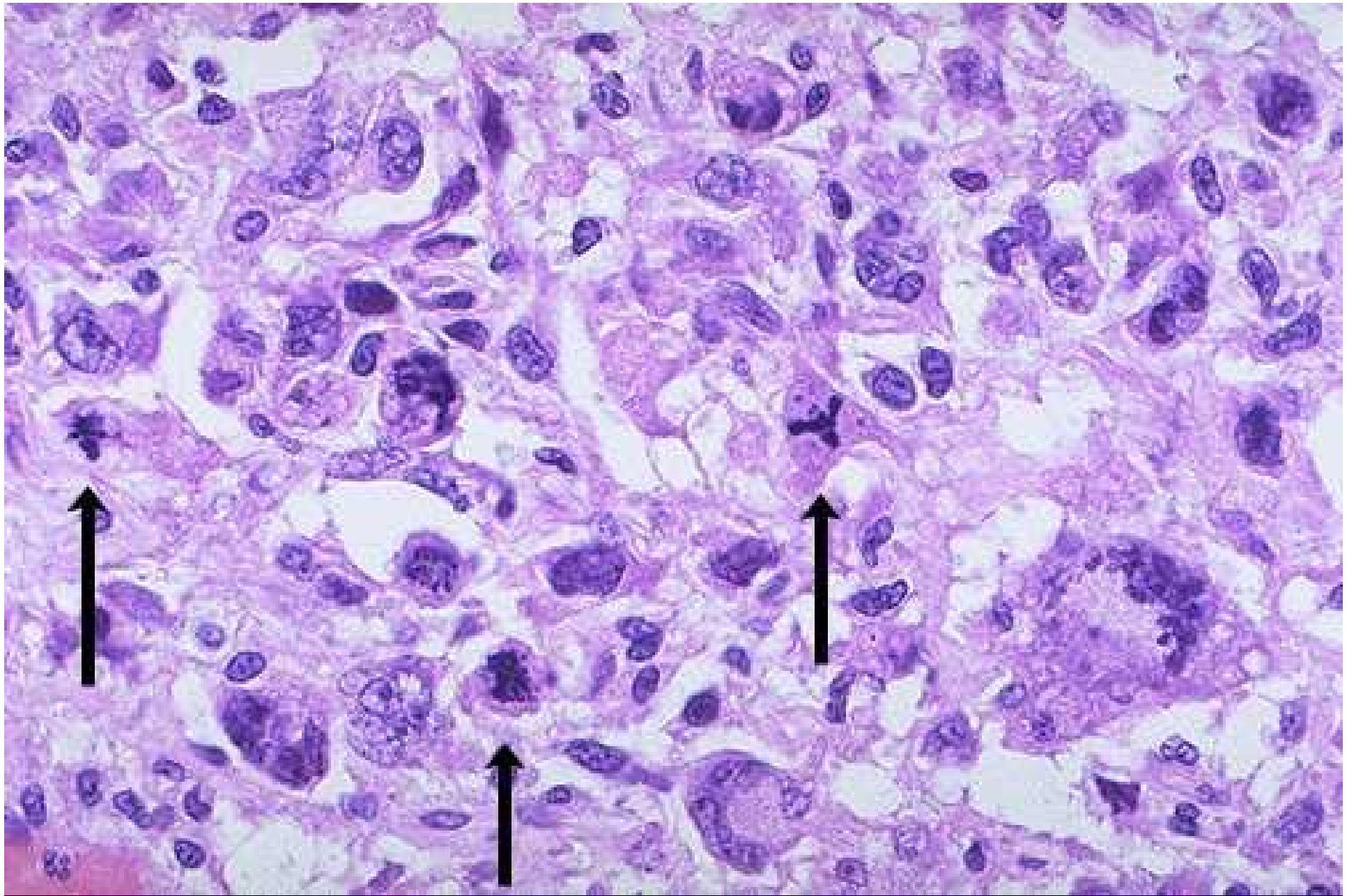
- *Les Métastases ganglionnaires:*

-*Les Métastases viscérales:* elles sont rares car il s'agit d'un cancer d'évolution brève; elles intéressent le poumon, le foie, le rachis.

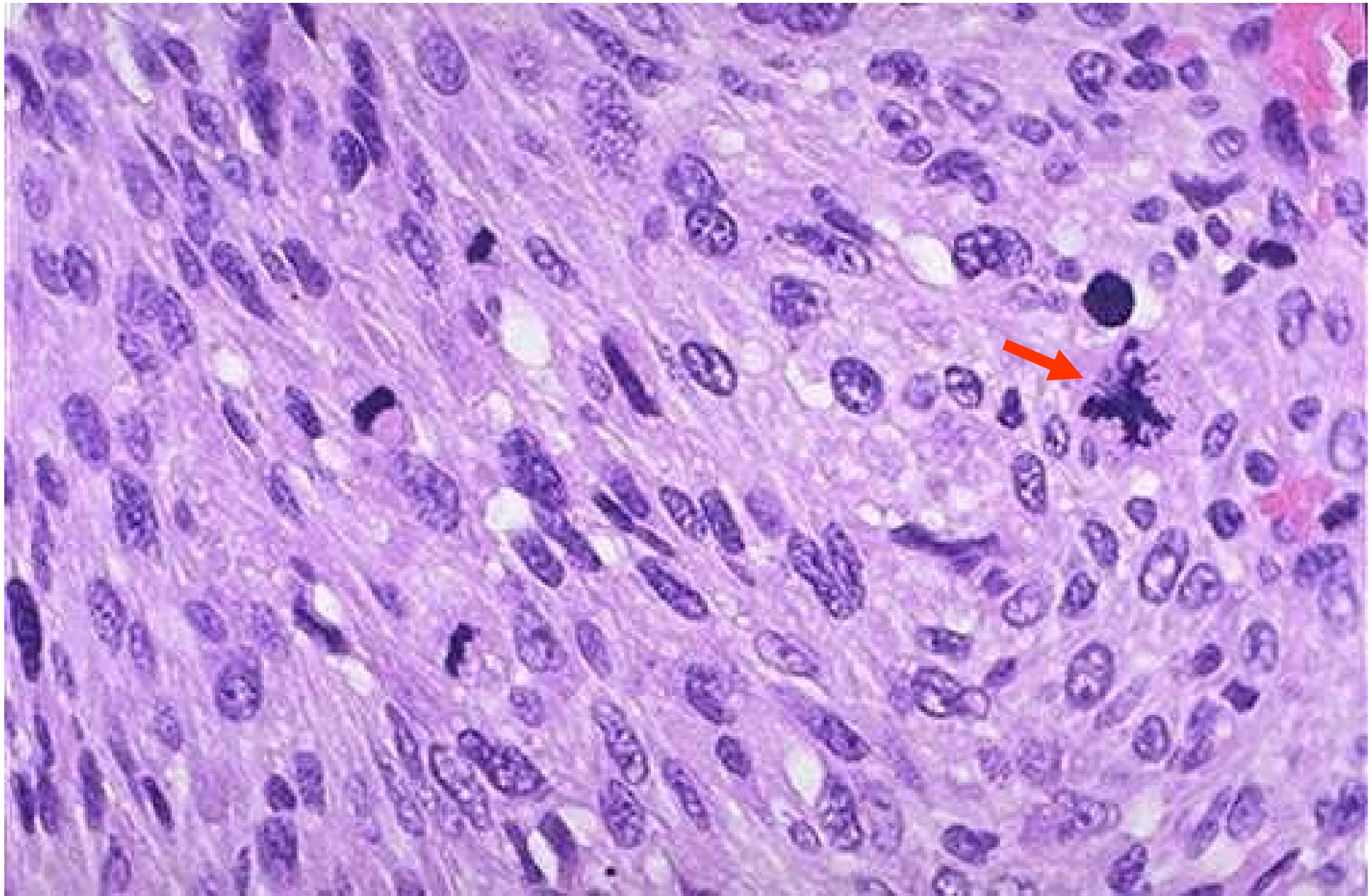
3-) LES TUMEURS MALIGNES CONJONCTIVES PRIMITIVES (SARCOMES)

Ils sont exceptionnels et variés:

- fibrosarcomes,
- léiomyosarcomes,
- rhabdomyosarcomes



Here are three abnormal mitoses. Mitoses by themselves are not indicators of malignancy. However, abnormal mitoses are highly indicative of malignancy. The marked pleomorphism and hyperchromatism of surrounding cells also favors malignancy.



This sarcoma has many mitoses. A very large **abnormal mitotic figure** is seen at the right.

4-)LES TUMEURS SECONDAIRES :

Sont possibles,

- soit par extension d'un cancer du voisinage (oropharynx, bronches, larynx) ;
- soit localisation d'une maladie générale : lymphome
- soit métastases de cancers viscéraux plus ou moins éloignés : sein, prostate, testicule...