



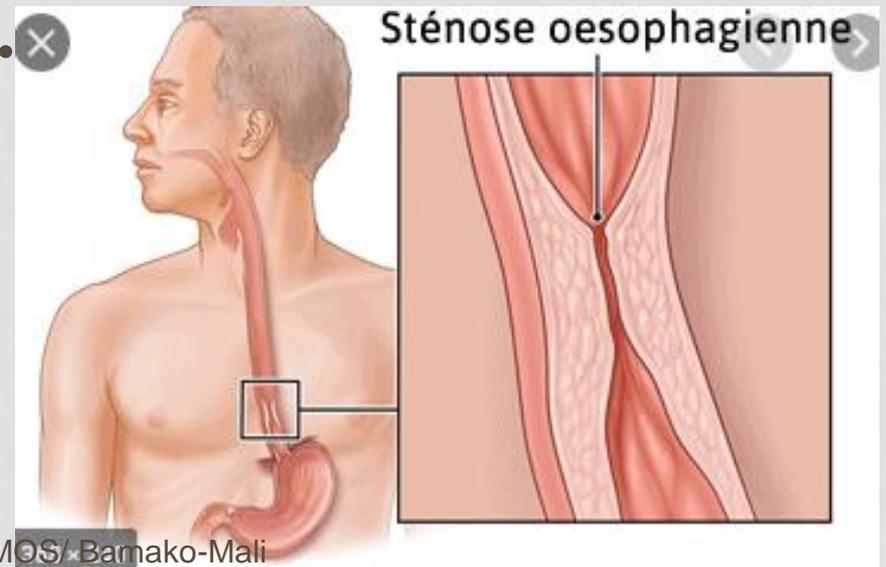
STÉNOSES ŒSOPHAGIENNES

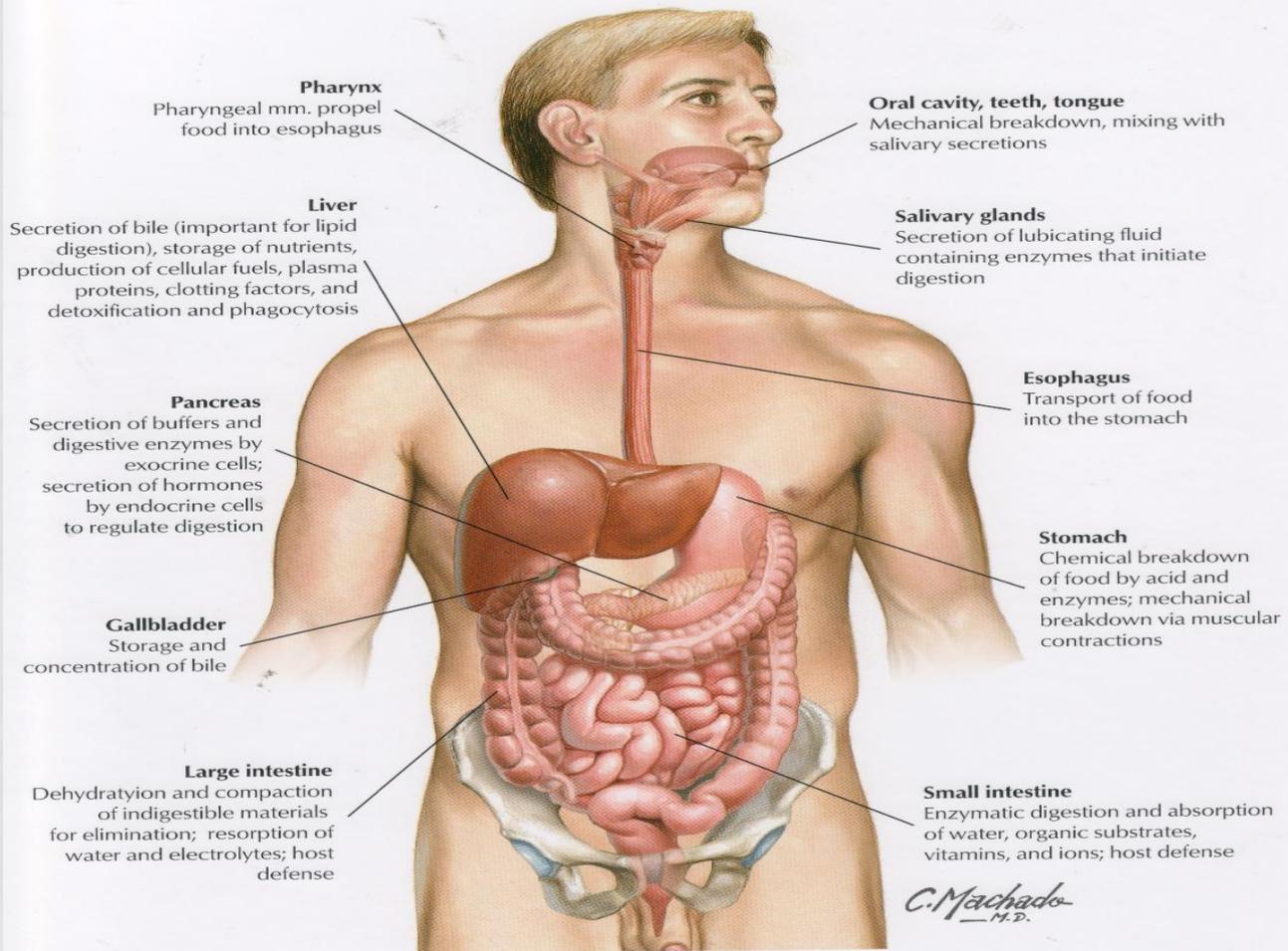
PR DEMBÉLÉ BT

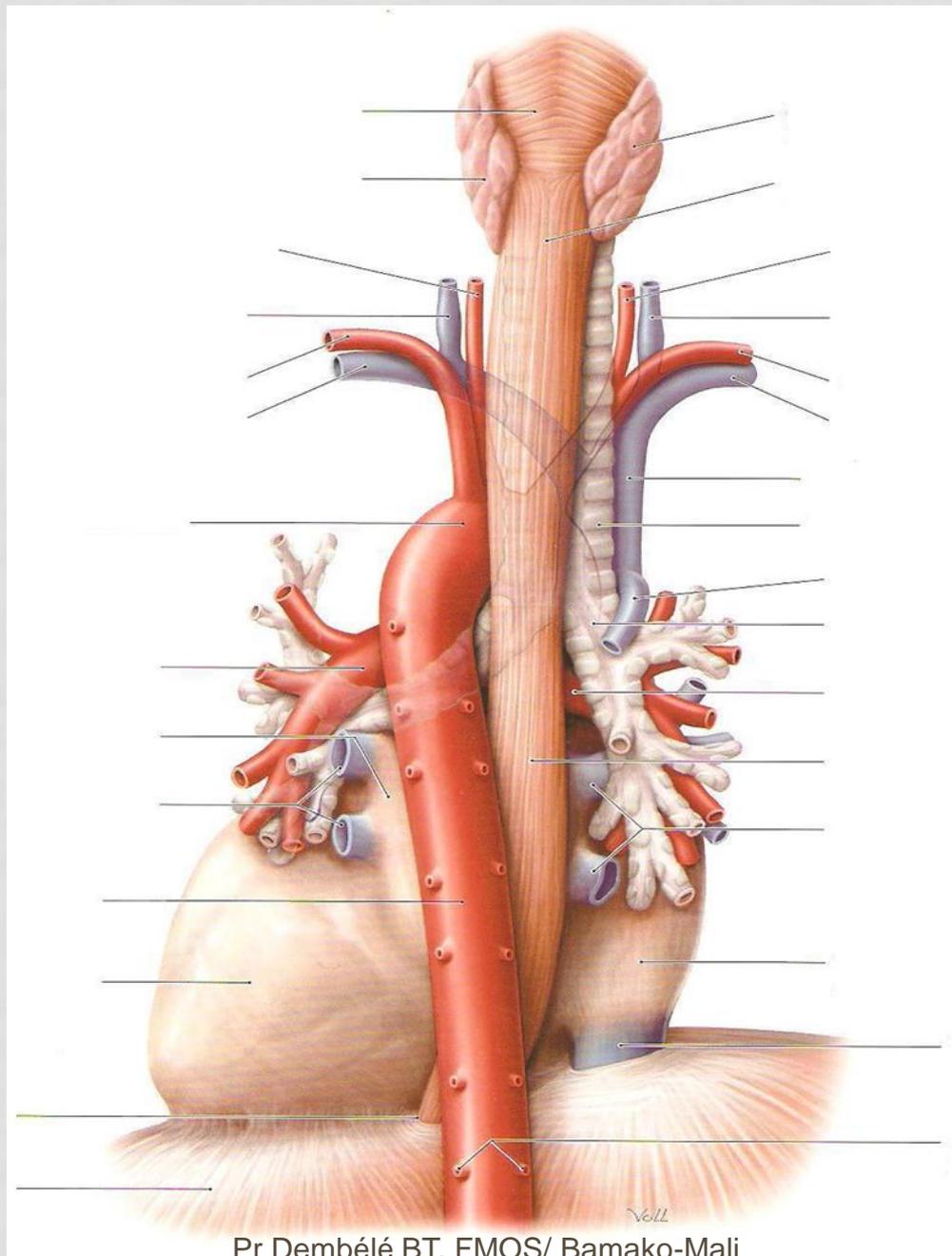


STÉNOSES ŒSOPHAGIENNES

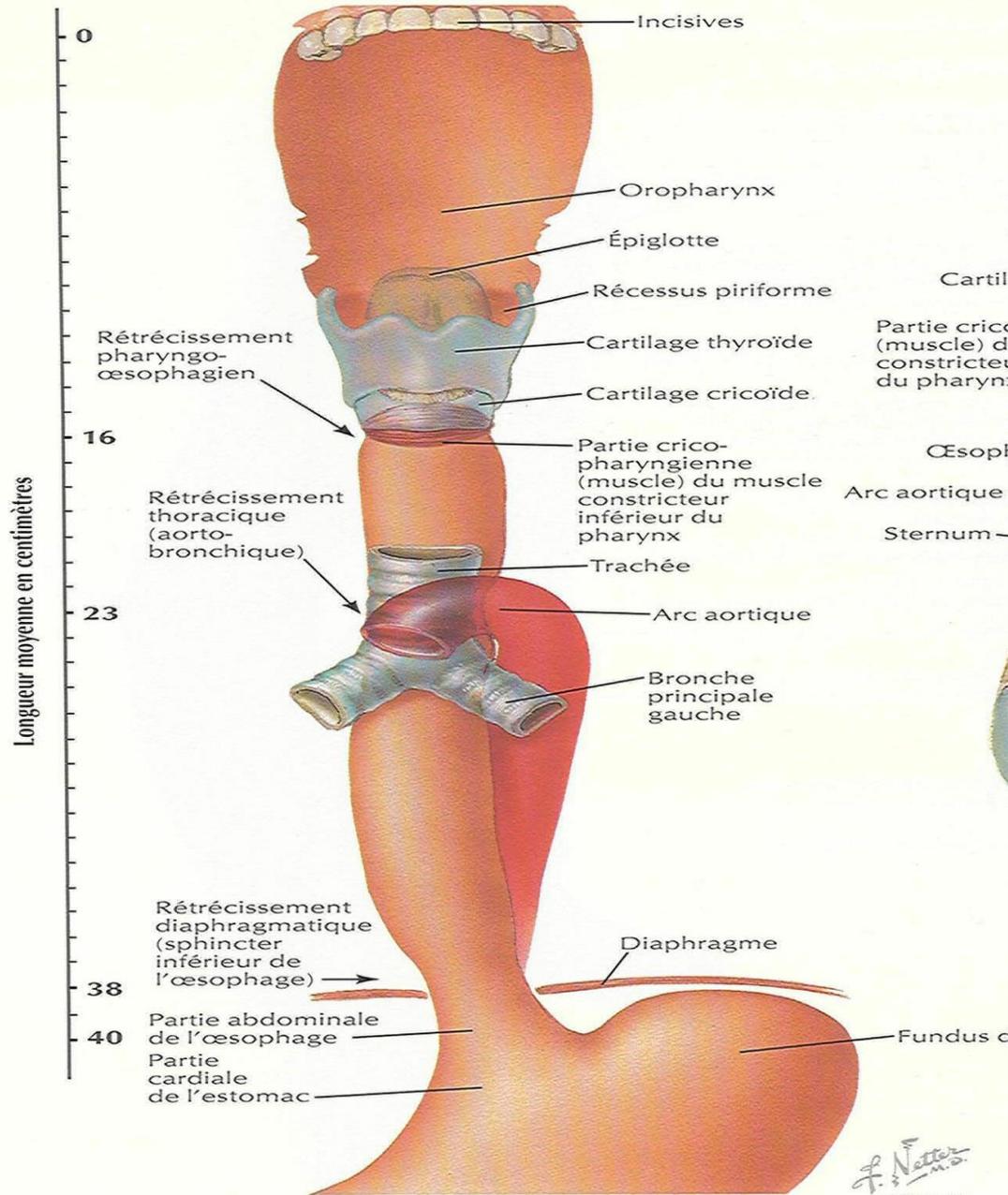
- Pathologies congénitales ou acquises provoquant une diminution permanente du calibre de l'œsophage :
 - **Endobrachyoesophage,**
 - **Sténose peptique**
 - **Sténose caustique.**





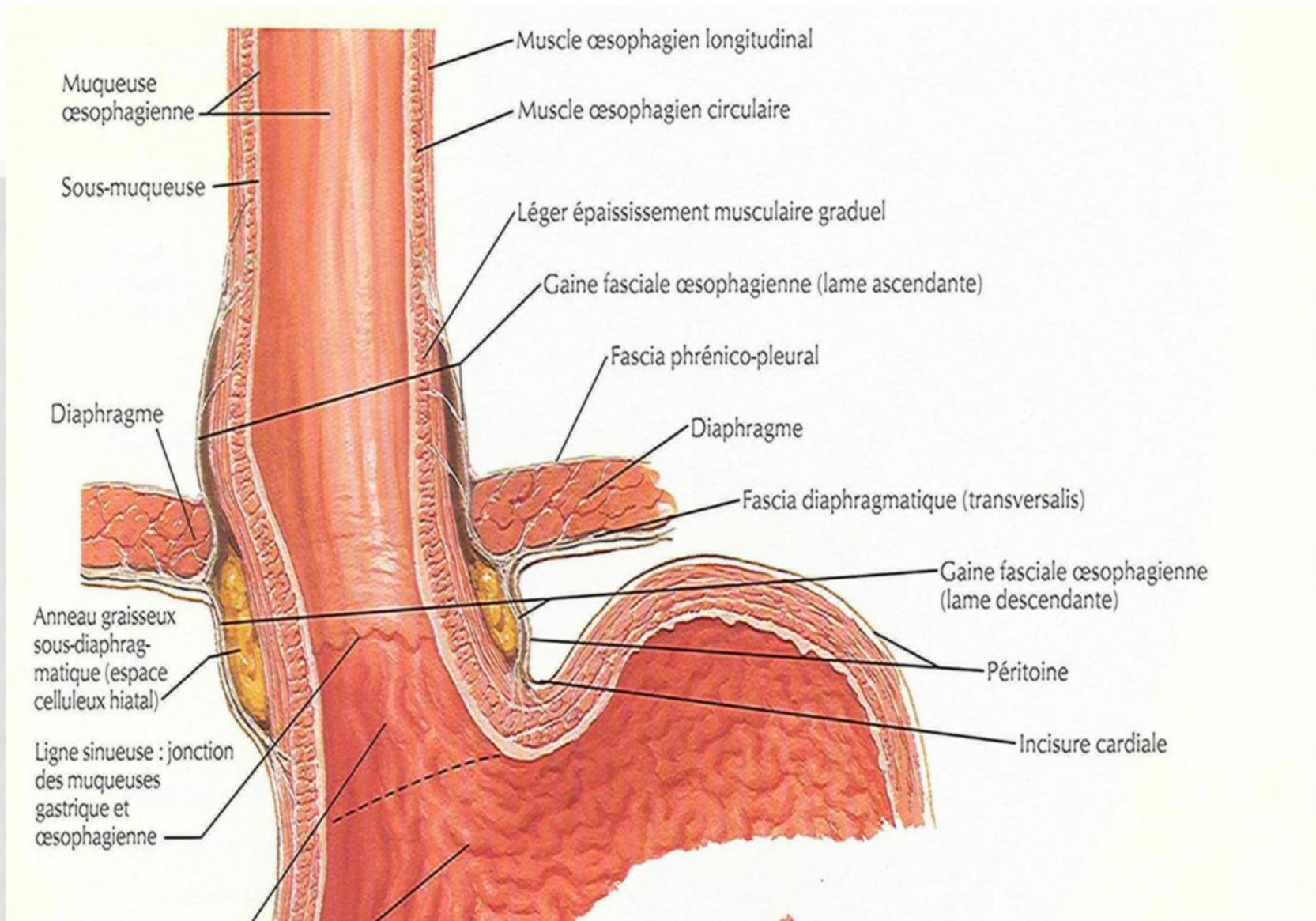


Pr Dembélé BT, FMOS/ Bamako-Mali



ENDOBRACHYOESOPHAGE

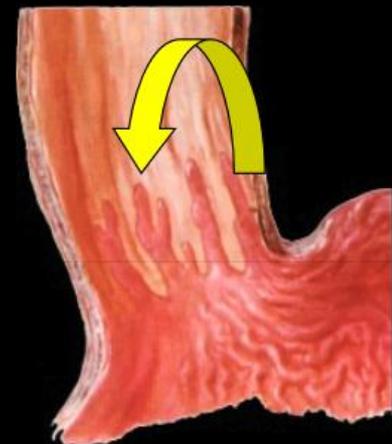
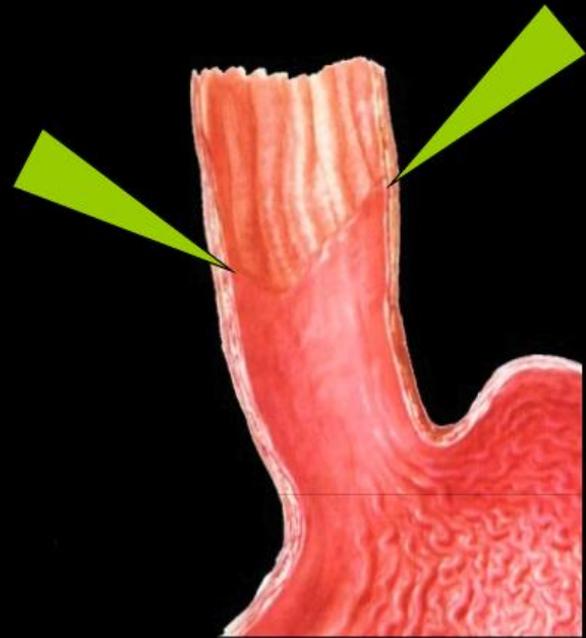
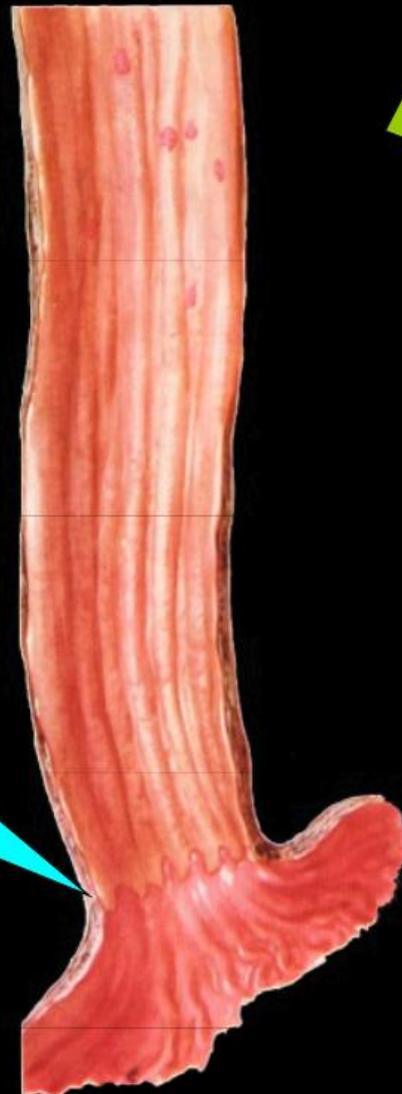
- **Malformation congénitale ou acquise** caractérisée par remplacement épithel pavimenteux de l'oesophage distal et/ou moyen par épithélium cylindrique, qui continue sans limites dans l'estomac.
- Zone de transition entre épithélium pavimenteux et cylindrique est **au-dessus du cardia.**

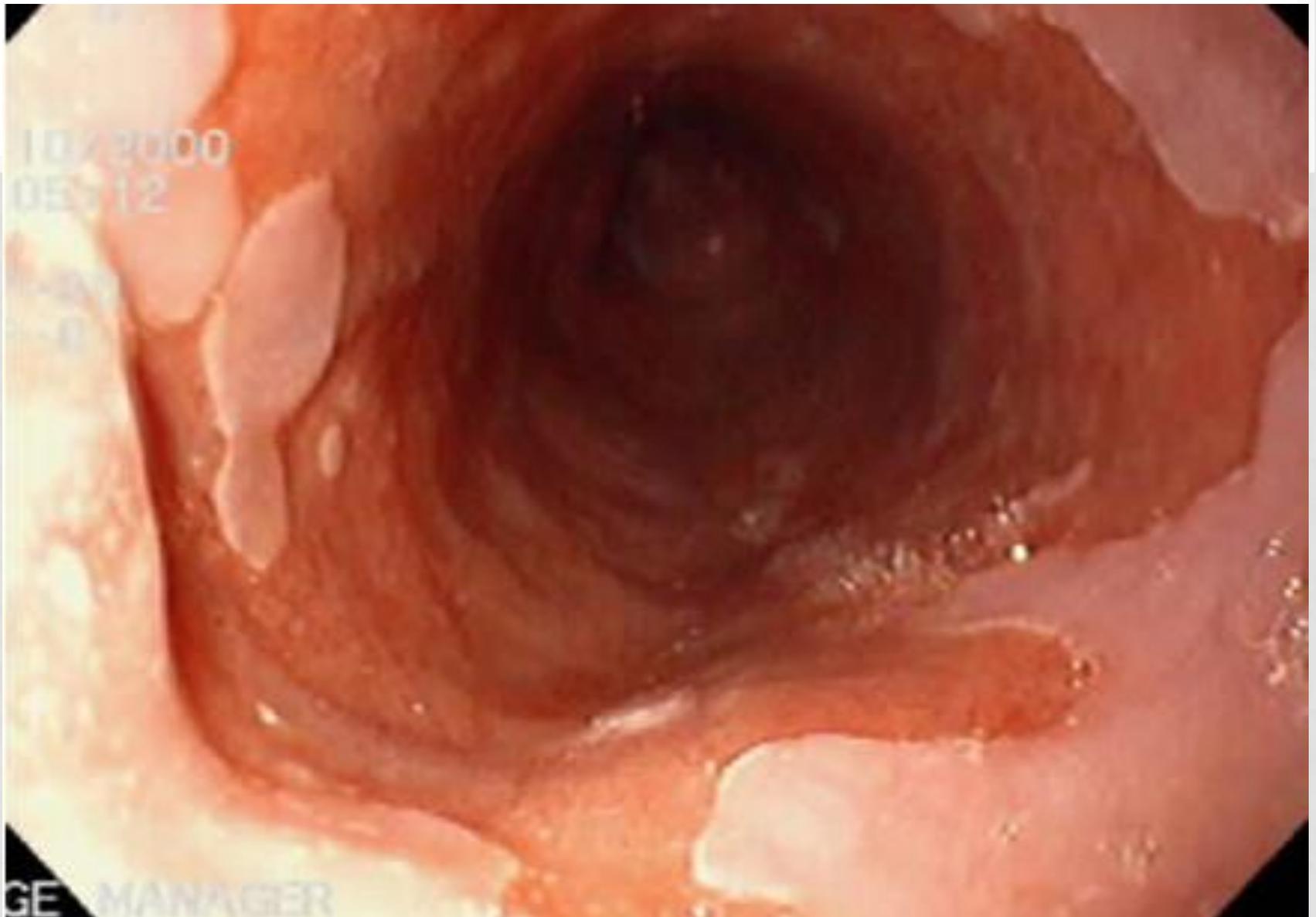


**oesophage de Barrett
endobrachyoesophage**

ligne Z ou Z-Z

**Muqueuse métaplasique au
dessus de la ligne Z**



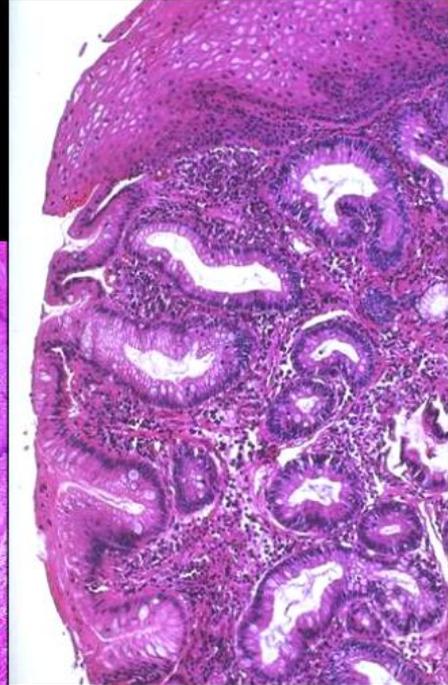
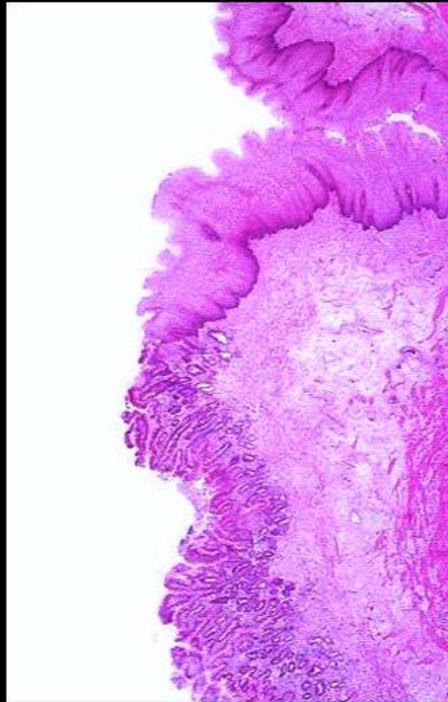
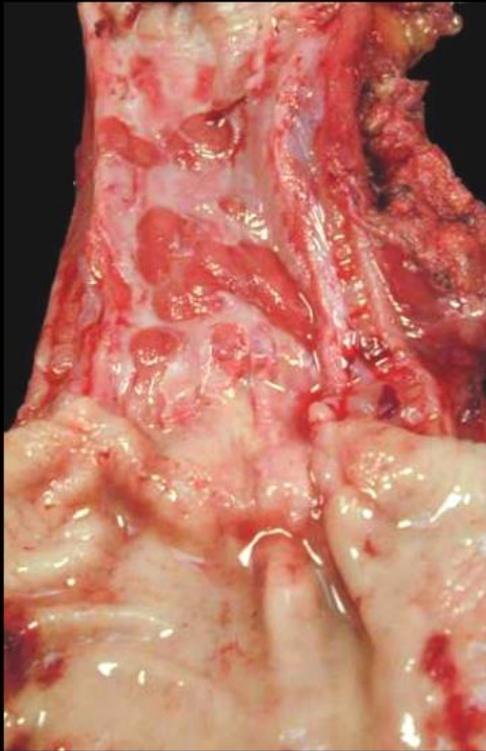


BRACHYŒSOPHAGE

- Diminution longueur oesophage entraînant transfert estomac thorax
- Jonction entre épithélium pavimenteux et cylindrique reste au niveau du cardia
- inné (rare) ou acquis (secondaire à une oesophagite de reflux)

AUTRES DÉFINITIONS

- **Syndrome de BARRETT** : œsophage distal est revêtu par muqueuse glandulaire gastrique produisant acide
- **Ulcère de BARRETT** : ulcère œsophagien entouré muqueuse gastrique.
- **Ulcère de transition** : ulcère dans zone transition épithélium pavimenteux à épithélium cylindrique.



oesophage de Barrett

EPIDEMIOLOGIE

- Au cours **oesophagite de reflux**, endobrachyoesophage est retrouvé dans 7% des cas.
- Sa fréquence augmente avec l'âge
- Homme plus souvent atteint que femme.
- Consommation abusive **alcool** est un facteur favorisant.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **La fibroscopie** et la biopsie permettent de poser le diagnostic positif
- L'étendue de l'endobrachyoesophage peut être quantifiée par la radiomanométrie.

TRAITEMENT

- Endobrachyoesophage asymptomatique doit être contrôlé par une fibroscopie.
- Traitement médicamenteux dans **oesophagite de reflux.**
- Traitement chirurgical : voir sténose peptique.

STENOSE PEPTIQUE OESOPHAGIENNE

16

OBJECTIFS

- Définir la sténose peptique
- Citer 3 facteurs favorisants
- Décrire 4 signes fonctionnels
- Citer 3 examens complémentaires
- Énumérer 4 formes cliniques
- Citer principes traitement
- Citer 3 mesures préventives

DEFINITION

- Sténose œsophagienne **est peptique** lorsqu'elle est causée par l'action chronique de **l'acide gastrique** ou du **contenu basique de l'intestin grêle** sur la muqueuse œsophagienne.

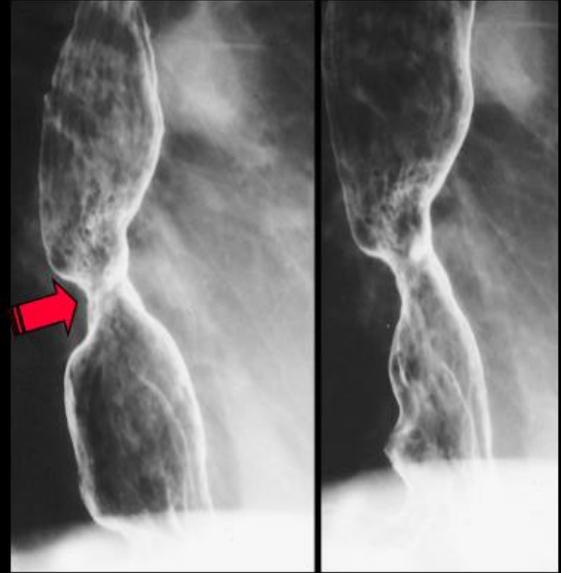
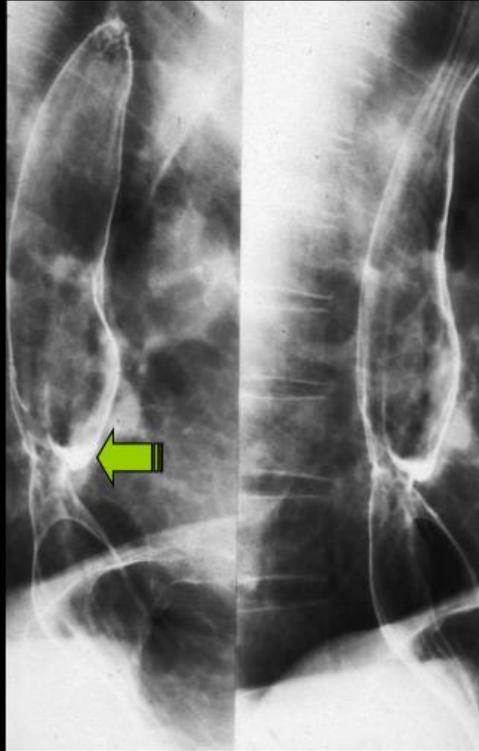
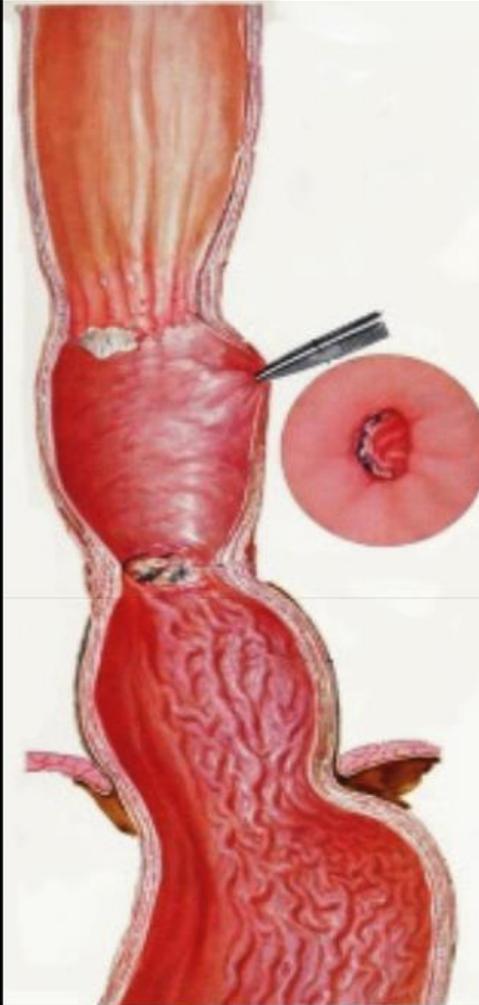
EPIDEMIOLOGIE

- **Principale complication** de œsophagite de reflux et endobrachyoesophage
- **8,3% des hernies hiatales opérées**
- 2 à 11% dans les endoscopies
- Sex-ratio : 1,3-4/1 en faveur Homme
- Tout âge (âge moyen : 60 ans)
- Race blanche > race noire.

FACTEURS PRÉDISPOSANT

- **Reflux gastro-oesophagien (RGO)** avec production locale d'acide (élément principal)
- Endobrachyoesophage: sténose apparaît au-dessus zone de transition (sténose haute);
- **Sténose pylorique et duodénale**, Sondage gastrique prolongé, Interventions chirurgicales sur cardia, Sclérodermie, Syndrome de **ZOLLINGER-ELLISON** → RGO secondaire → sténose peptique oesophagienne (sténose basse)

Images aréolaires de type gastrique sur la muqueuse du bas oesophage



endobrachyoesophage

SYMPTOMES

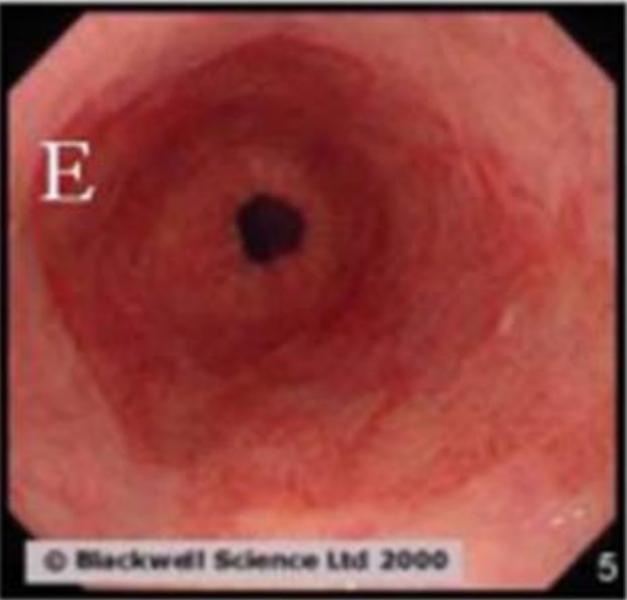
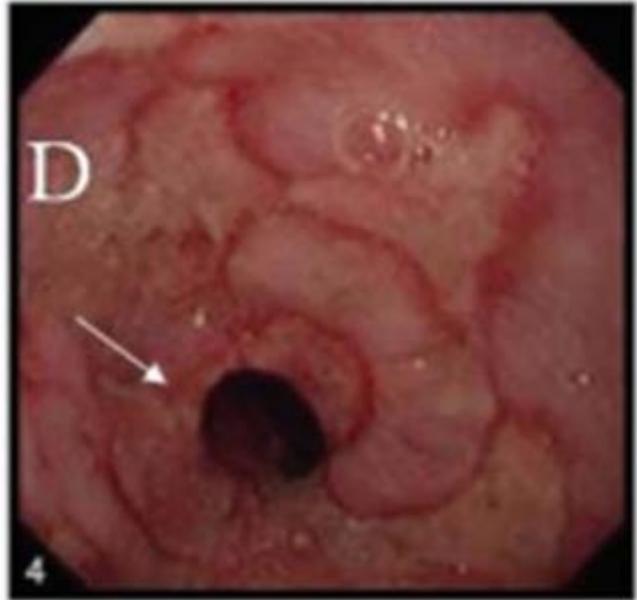
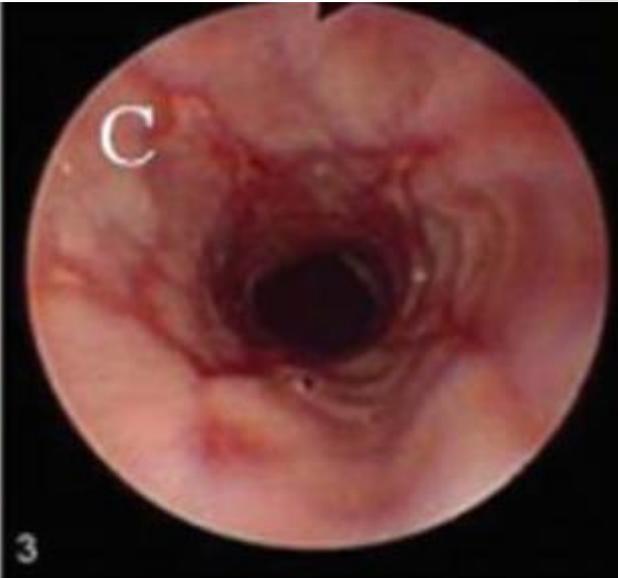
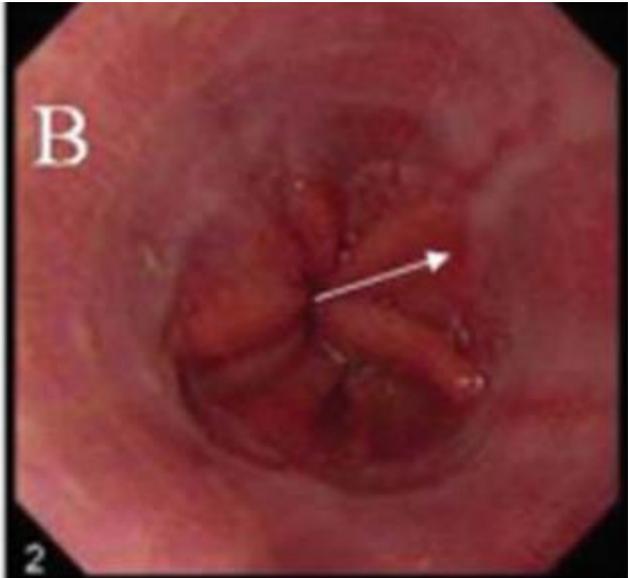
- **Dysphagie** pour les aliments solides ou liquides, absolue ou relative, permanente ou intermittente.
- **Pyrosis**, douleurs retro sternales, régurgitations, vomissements, amaigrissements.

FIBROSCOPIE

- **Évalue nature, type, siège, étendue, calibre, et dilatabilité de la sténose.**
- = Entonnoir symétrique tapissé de fibrines
- Muqueuse pré-sténotique normale ou inflammatoire.

- Sténose le + souvent dans œsophage inférieur, habituellement courte et segmentaire.
Sténoses longues et tubulaires: moins de 10%.
- **Faire biopsies étagées et histologie**





AUTRES EXAMENS

- **TOGD** : montre sténose sans relief muqueuse, mais pas de renseignements sur nature. Reconnaissance RGO et localisation du cardia sont difficiles.
- **MANOMETRIE** : intérêt négligeable
- **PH-MÈTRE OESOPHAGIENNE**: permet d'identifier un RGO
- **SCINTIGRAPHIE OESOPHAGIENNE** : apprécie la quantité du liquide reflué et le ralentissement du vidange.

CLASSIFICATION (FORMES CLINIQUES)

- Sténose haute + RGO primaire : insuffisance cardia + endobrachyoesophage
- **Sténose basse + RGO secondaire** : insuffisance cardia sans endobrachyoesophage
- Sténose haute + production locale d'acide sans RGO : endobrachyoesophage sans insuffisance du cardia
- **Sténose peptique avec oesophagite** en amont de la sténose
- Sténose peptique cicatricielle sans oesophagite en amont de la sténose

COMPLICATIONS-EVOLUTIONS

- **Hémorragie digestive**
- **Ulcère**
- **Perforation**

TRAITEMENT 1

- **Moyens : Médicaux et Chirurgicaux**
- Méthodes :
 - Médicales : réduire le RGO par Anti-H2, Pansement- gastrique et dilatation par bougies
 - **chirurgicales :**
 - Sténose haute : fundoplication +/- VSS
 - Sténose basse : fundoplication + dilatation incision longitudinale sténose + gastropexie
 - Sténose avec production locale d'acide : résection, **vagotomie haute** + fundoplication.

TRAITEMENT 2

- INDICATIONS :
 - **Chirurgie** = seul traitement définitif. Méthodes anti-reflux sont préférées à la résection
 - **La dilatation** exclusive doit être réservée aux malades âgés avec un mauvais état général. Elle doit être associée au traitement médical.
- **Résultats : 70-80%** de succès dans les sténoses avec oesophagite, 40% sans oesophagite, létalité opératoire 2%;

PREVENTION

- **Élément important du traitement :**
 - Traitement adéquat et précoce œsophagite
 - Eviter anastomoses oeso-gastriques basses, **cardio-myotomie isolée**
 - Eviter intubations nasogastriques prolongées
 - Arrêter intoxication éthylique et tabagique.

STÉNOSES CAUSTIQUES DE L'ŒSOPHAGE

32

OBJECTIFS

- Citer produits chimiques utilisés dans ménages
- Décrire stades
- Citer 5 signes fonctionnels
- Énumérer examens complémentaires
- Citer principes du traitement

GENERALITES 1

- Complication action **acide, sel, base** sur muqueuse oesophagienne.
- Produits: **Eau de Javel, Soude caustique**, Permanganate potassium, Formol, Eau oxygénée, Acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique

GENERALITES 2

- → consommés par **mégarde** ou pour raisons **suicide, psychiatrique**.
- **Ampleur action dépend**: nature, quantité, concentration, durée de contact sur la muqueuse digestive.

ANATOMOPATHOLOGIE 1

- Acides agissent par coagulation,
Bases par colliquation
→ transformation réversible ou irréversible des substances organiques : **oesophagite corrosive**.
- **3 stades :**
- I : Érythème, Oedème, Abrasion muqueuse
- II : Vésicule, Fibrines, Érosion (muqueuse, sous-muqueuse)
- Stade III : Ulcération, Nécrose (Perforation).

ANATOMOPATHOLOGIE 2

- **Guérison en 3 stades :**
 - Stade initial : démarcation de la nécrose (4ème jour)
 - Stade intermédiaire : granulation (4ème semaine)
 - **Stade de la sténose : cicatrisation (4ème mois)**

CLINIQUE 1

- **Aigu** : Agitations, nausées, vomissements, brûlures, cutanées, douleurs retro-sternales, dysphagie, hypersalivation, choc, troubles acido-basiques, manifestations septiques (**perforation: 50-70% létalité**)
- **Sténose** : dysphagie, régurgitation, perte poids.

CLINIQUE 2

- **Examen physique:** stade aigu: brûlures causées par vomissements dans bouche et sur peau, mains, menton, thorax.

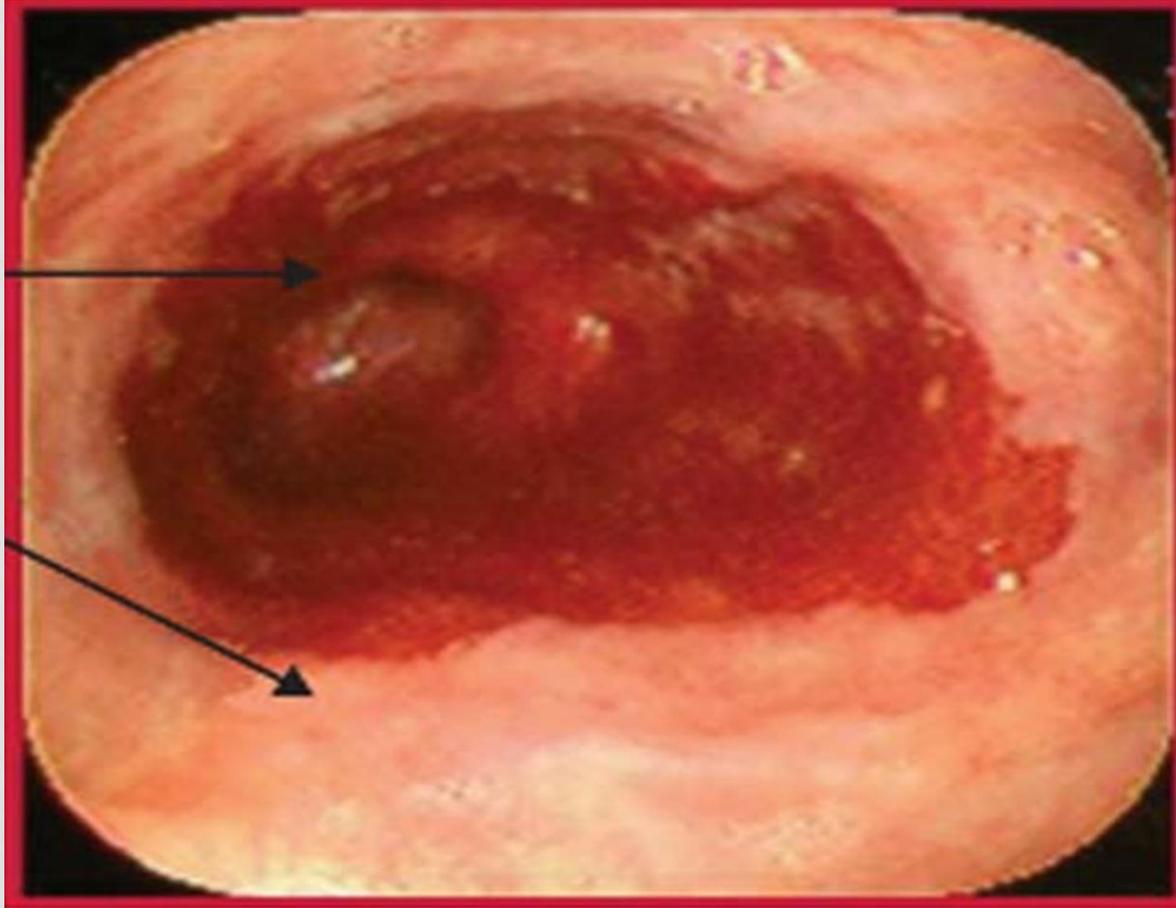
EXAMENS COMPLEMENTAIRES 1

- En urgence :
- ° TOGD aux **hydrosolubles** : images d'addition, diffuses, irrégulières sur la paroi oesophagienne avec atonie de l'œsophage
 - ° **PH-MÈTRE**, analyse chimique des vomissements.
 - ° Rx thorax, ASP : **Perforation?**



EXAMENS COMPLEMENTAIRES 2

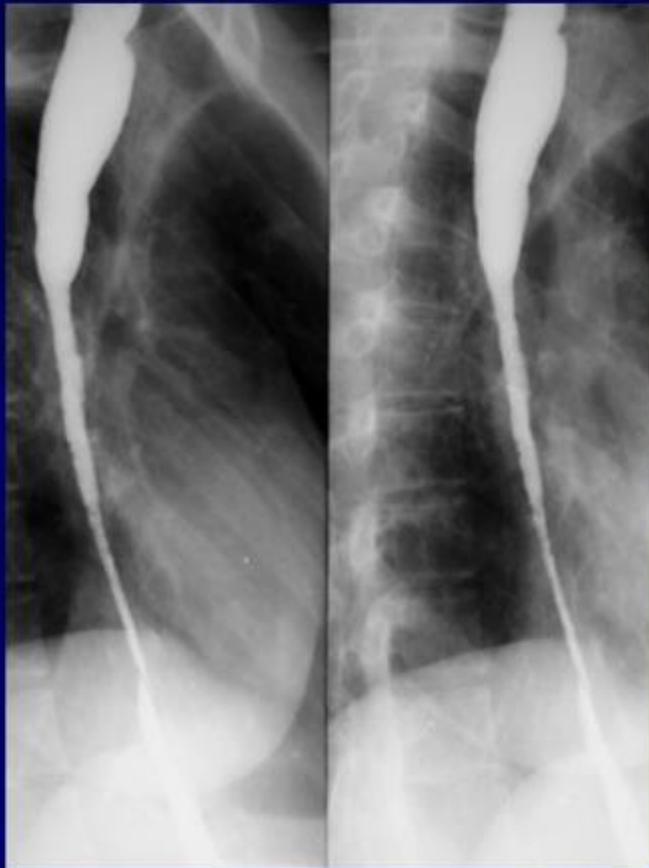
- **Endoscopie : (dans 72 h)** sans biopsie, complétée par aspiration gastrique.
- Examens pour le suivi : Faire une fibroscopie tous les 2 mois et un **TOGD** tous les 2 ans



COMPLICATIONS-EVOLUTIONS

- **Perforation** : mediastinite, épanchement pleural, pneumothorax, abcès retropharyngéal, emphysème médiastinal, péritonite, perforation trachéale.
- **Perforation secondaire** (redoutable), hémorragie, fistule oeso-trachéale, gastro-colique.
- Sténose oesophagienne
- **Sténose antro-pylorique: (vomissements+++)**

Bénigne de la sténose œsophagienne



- stenoza oesophagien post caustica:
- sténose de l'axe (centrée), de longs chemins, lignes nettes ,lente transition vers l'œsophage normal
 - recouvrant dilatée avec stase de



PRE-



DILATATION



COMMANDE

TRAITEMENT 1

- **Stade aigu** : ° éviter prise médicaments ou lait, ne pas provoquer vomissements, éviter décubitus dorsal, nettoyer bouche avec compresses sèches
 - ° **voies veineuses**, correction hypo volémie, aspiration endoscopique liquide gastrique

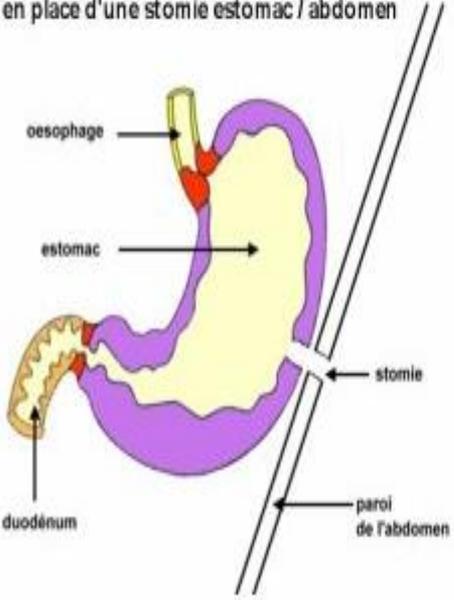
TRAITEMENT 2

- **Stade de la sténose :**
- ° Médical : Antibiothérapie, **Corticothérapie**, **dilatation** précoce dès 8ème jour, à répéter tous 4 jours (sténose survient dans 4 à 16%, 80% des sténoses apparaissent dans 2 premiers mois).

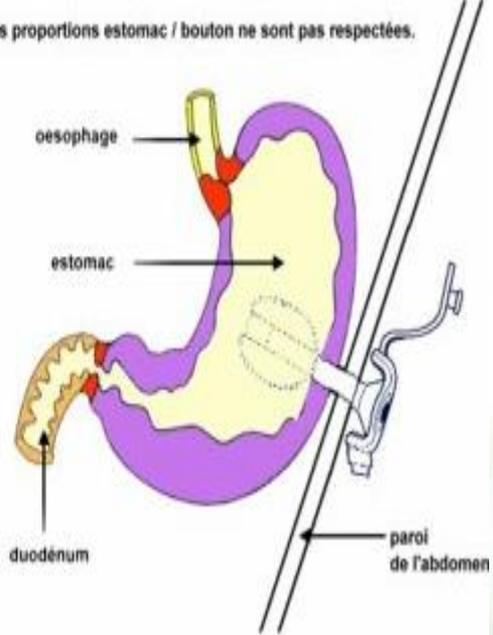
TRAITEMENT 3

- **Dilatation, répétée à vie** (sténoses longues)
- **Chirurgie** : Exérèse œsophage avec ou sans estomac par cervico-thoraco-laparotomie, Rétablissement continuité par gastro-, colo-, ou jejunoplastie.
- **Cancérisation** : 1,2 à 16%, apparaît 20 ans plus tôt et 100 fois plus élevée que chez la population normale

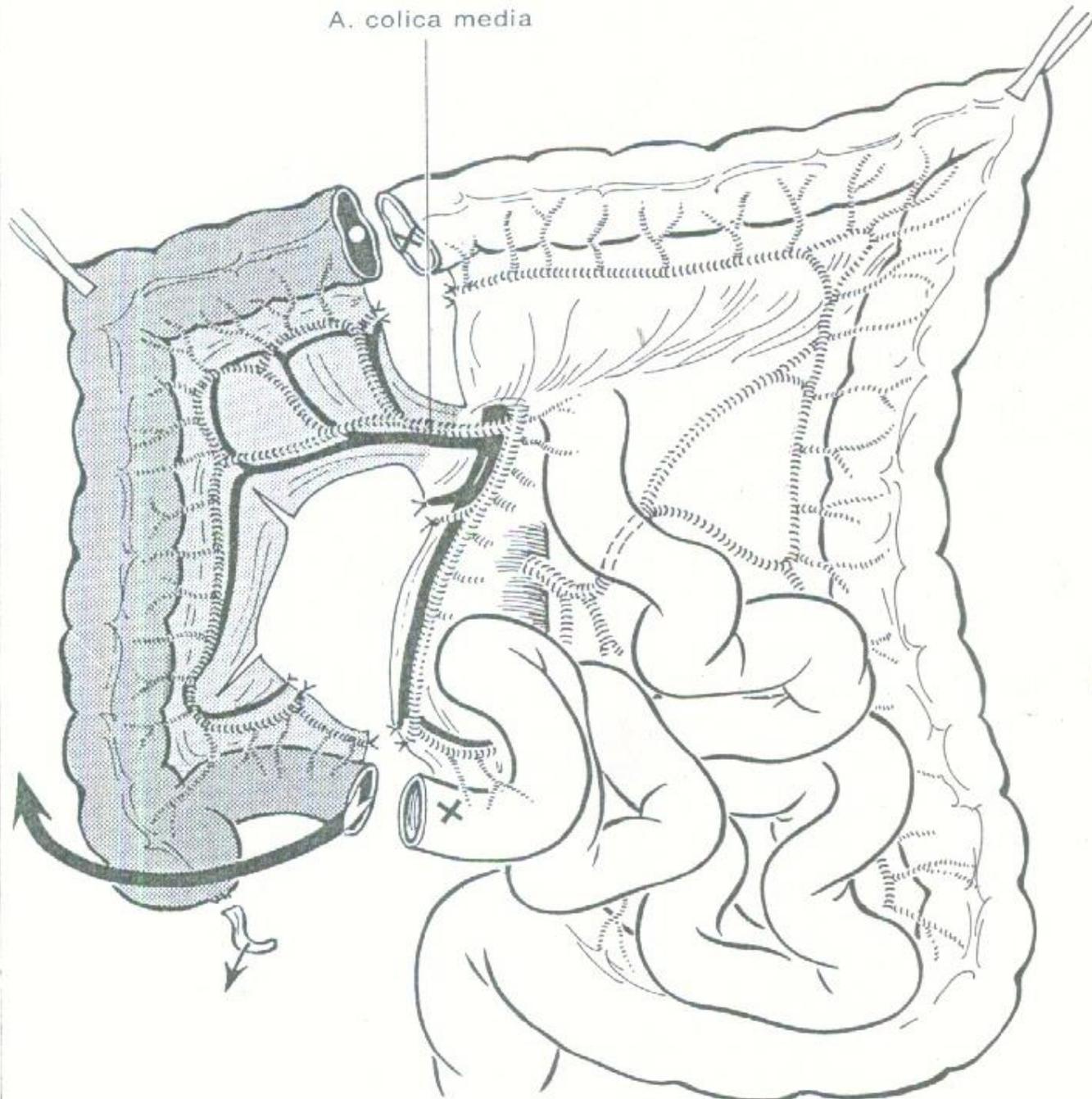
Mise en place d'une stomie estomac / abdomen



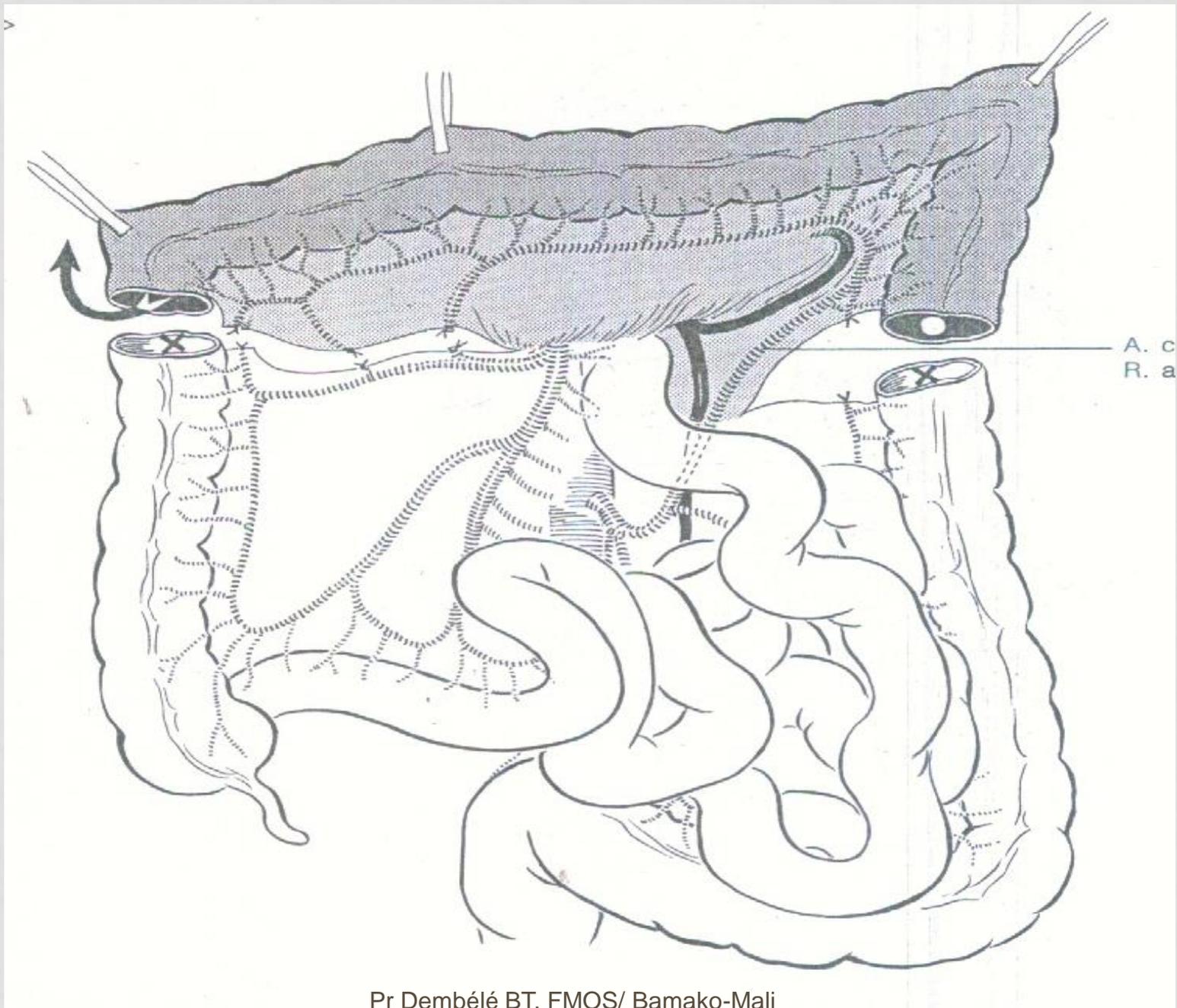
Les proportions estomac / bouton ne sont pas respectées.

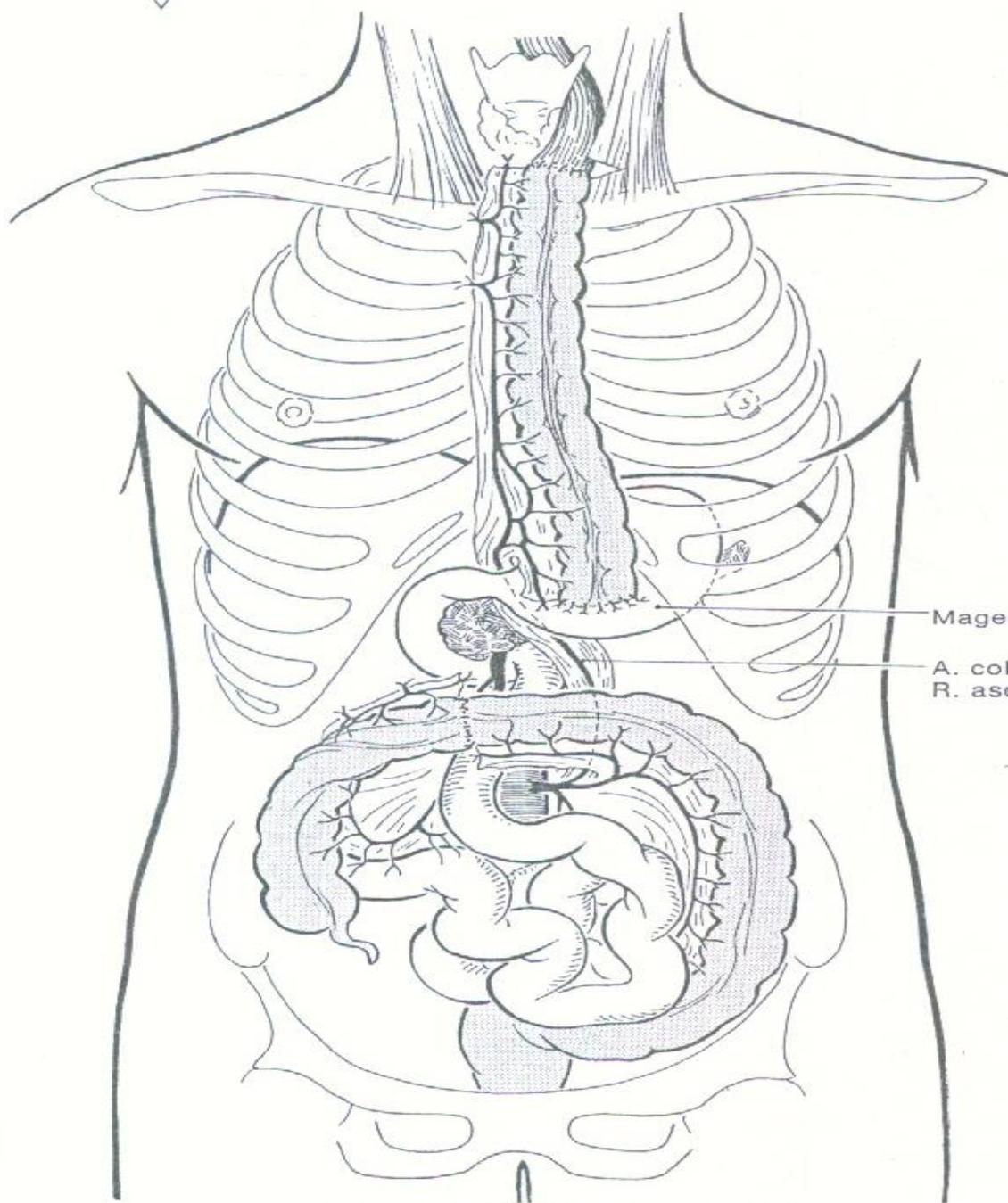


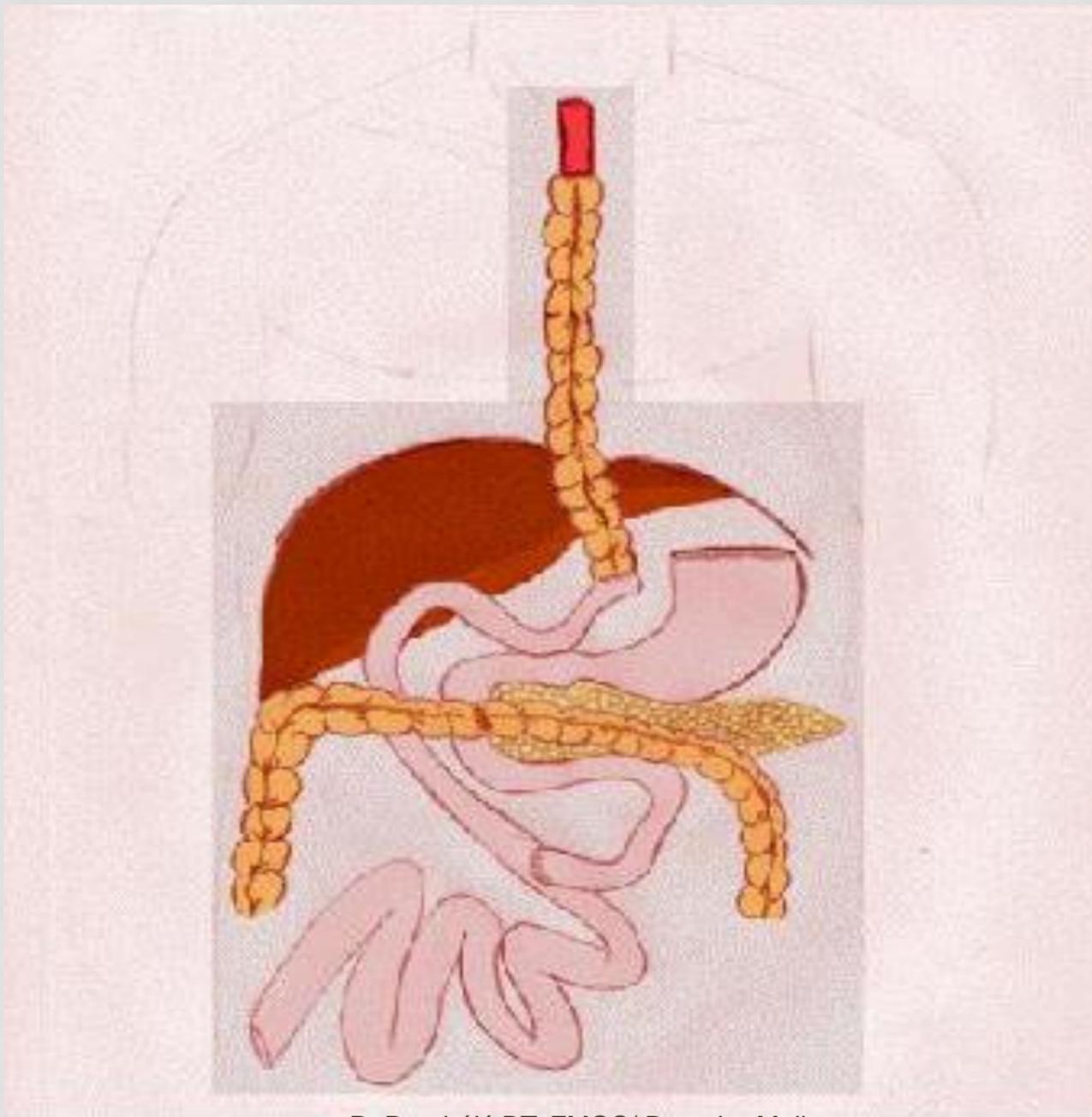
A. colica media



A
m







Sténoses

