

## IMAGERIE DE L'ŒSOPHAGE ET L'ESTOMAC

- I) INTRODUCTION :** *La pathologie de l'œsophage et l'estomac est dominée par la maladie ulcéreuse et tumorale ; l'endoscopie digestive reste l'examen de première intention ; les examens radiologiques et l'imagerie en coupe jouent un rôle primordial dans le bilan pré-thérapeutique et l'extension des lésions .*

### II) ŒSOPHAGE :

#### II-1) Indications

- Dysphagie
- Hémorragie digestive haute
- Masse médiastinale postérieure à la radio du thorax

#### II-2) Techniques d'examen :

##### II-2-a) Transit œsophagien :

- Malade à jeun
- Il faut toujours précéder l'opacification de l'œsophage par un cliché du thorax à la recherche de signes de perforation qui contre indique l'examen.
- On étudie l'œsophage en réplétion obtenue par déglutition d'un produit de contraste ( sulfate de baryum ) puis en évacuation après déglutition
- Eventuellement administration d'un modificateur de comportement type PRIMPERAN.
- L'étude dynamique s'effectue sous scopie télévisée ( PERISTALTISME )
- Souvent compléter l'examen par un transit gastrique
- Les incidences de base sont : face – profil – OAD – OAG

##### II-2-b) Echographie trans-oesophagienne :

Permet l'étude des différentes couches de la paroi œsophagienne et l'extension trans-pariétale et médiastinale des processus malins œsophagiens.

##### II-2-c) TDM :

Coupes dans le plan axial de la totalité du thorax après distension de l'œsophage par un produit de contraste ou de l'eau, avant et après injection en IV de produit de contraste.

Permet l'évaluation de l'épaisseur de la paroi œsophagienne, l'aspect de la graisse périsvéricale l'extension aux organes du médiastin ( trachée, bronches, ganglions, vx ...etc). On utilise un produit de contraste iodé comme opacifiant la gastrograffine très diluée ou l'eau.

##### II-2-d) IRM ( Imagerie par résonance Magnétique ) :

Avantages : Coupes dans les trois plans axial, frontal, coronal.

Permet de visualiser les VX sans produit de contraste.

Intérêt : Bilan d'extension loco-régional des tumeurs malignes.

### II-3) Résultats :

#### II-3-a) Radio anatomie normale :

- 3 segments cervical, thoracique, abdominal
- 3 rétrécissements : cervical à hauteur de C6 , aortique à hauteur de D4, diaphragmatique à hauteur de D10.

- Critères de normalité :

Bords de l'œsophage nets et réguliers

Comprend 2 plis verticaux parallèles séparés par trois inter-plis

#### II-3-b) Sémiologie pathologique

\*) troubles fonctionnels : la dyskinesie.

\*) lésions organiques dominées par les sténoses.

- Sténose bénigne : c'est un défilé axial régulier se raccordant de façon progressive avec les segments sus et sous sténotiques.
- Sténose maligne : c'est un défilé excentré irrégulier se raccordant d'une façon aigue avec les segments sus et sous sténotique.
- Lacune : c'est une image de soustraction pouvant être sessile ou pédiculés; bénigne ou maligne.
- La niche : c'est une image d'addition traduit l'existence d'ulcération.

### III) EXPLORATION DE L'ESTOMAC :

#### III-1) Techniques d'examen :

##### III-1-a) Transit gastro-duodéal :

###### III-1-a-1) Indications :

- Fibroscopie digestive non concluante.
- Fibroscopie négative malgré la clinique évocatrice.
- Pathologie pariétale
- Pathologie extrinsèque
- Troubles moteurs.

III-1-a-2) préparation du malade : malade à jeun; s'il y a une stase gastrique faire une aspiration par une sonde

###### III-1-a-3) conduite de l'examen :

- technique mono-contaste : comporte deux phases :
  - muco-graphie ou couche mince : consiste en ingestion d'une petite quantité de baryte et mobilisation du malade permettant de tapisser la muqueuse par le PC sur toutes ses faces. Son intérêt est l'étude du plissement gastrique.
  - Phase de réplétion : on remplit l'estomac par la baryte permettant d'obtenir :
    - la silhouette et contours gastriques.
    - Mode de vidange.
    - Recherche de reflux gastro-oesophagien ou hernie hiatale.
- technique double contraste : Consiste à insuffler l'air dans l'estomac après l'avoir administré une petite quantité de baryte. Cette technique permet de mettre en évidence des petites lésions.
- Incidence réalisée :
  - Position debout : ASP, cliché de face, profil; OAD.
  - Position couchée : la série bulbaire ( OAD ), cliché d'ensemble.

### III-2) Echographie abdominale :

- Estomac vide : apparaît sous forme de cocarde avec un centre hyper-échogène et une périphérie hypo-échogène.
- Estomac pleine : réalise un aspect pseudo-kystique dont la paroi ne doit pas dépasser 10 mm.

### III-3) TDM Abdominale : Coupes axiales pratiquées sans et avec injection de PC et après ingestion de gastrograffine ou de l'eau.

Indications : Bilan d'extension des cancers gastriques, pathologie extrinsèque, masse pariétale extra-muqueuse.

### III-4) Résultats :

#### III-4-a) Radio anatomie normale :

- contours réguliers et souples
- plis parallèles et fins
- contractions symétriques
- pylore implanté au centre de base du bulbe et de l'antrum

#### III-4-b) Sémiologie :

- Sténose bénigne : c'est un défilé axial régulier se raccordant de façon progressive avec les segments sus et sous sténotiques.
- Sténose maligne : c'est un défilé excentré irrégulier se raccordant d'une façon aigue avec les segments sus et sous sténotiques.
- Lacune : c'est une image de soustraction pouvant être sessile ou pédiculée.
- Niche : c'est une image d'addition traduit l'existence d'ulcération.
- Raideur : estomac figé indéformable avec effacement des plis exemple linite plastique ou cancer infiltrant
- Modifications des plis :
  - hypertrophiés ( gastrite )
  - effacés ( linite plastique )
  - anarchiques ( ulcère malin )

### IV) CONCLUSION :

- **La fibroscopie digestive** est adaptée à l'étude des lésions des muqueuses et surtout de faire les biopsies
- **L'imagerie digestive** est adaptée à l'étude des lésions pariétales, extrinsèques et l'extension trans pariétale et loco-régionale des cancers.