

EXAMENS RADIOLOGIQUES AU NIVEAU

DIGESTIF

OESO GASTRO DUODENAL

Dr B. TENIOU
et BENZAGOUTA
Maître Assistants
Imagerie Médicale

Dr B. TENIOU
et BENZAGOUTA
Maître Assistants
Imagerie Médicale

Introduction :

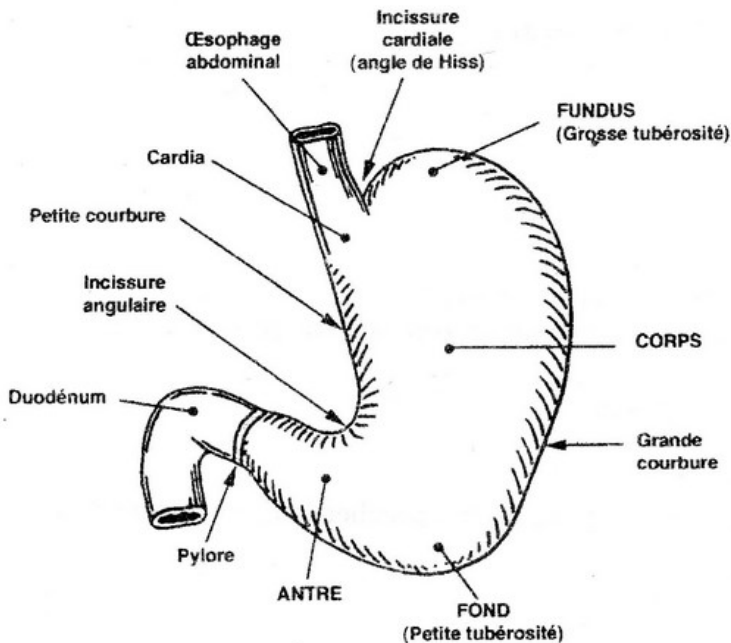
L'exploration Radiologique Digestive Comprend Le Transit Œsophagien, Le Transit Oeso-Gastro-Duodénal, Le Transit Du Grêle Et Le Lavement Opaque.

Le Transit Œsophagien Et Le Transit Oeso-Gastro-Duodénal, C'est La Visualisation Sur Les Radiographies De L'œsophage Et/Ou De L'estomac Rendu Visible Par Une Boisson Radio-Opaque Bue Pendant Le Déroulement De L'examen.

Les Clichés Sont Réalisés Au Cours De La Prise Du Produit Opaque Et Après Ingestion Pour Etudier Les Différentes Parties De L'œsophage Et De L'estomac.

La Radiologie Conventiennelle Reste La Technique De Base D'exploration En Imagerie

Rappel anatomique



TECHNIQUES D'EXPLORATION

I ASP (abdomen sans préparation)

On voit du diaphragme à la symphyse pubienne. On réalise un ASP pour rechercher des calcifications, une occlusion.

On distingue les reins, les psoas, l'aorte, les os du bassin, la vessie si elle est pleine.

II TOGD (transit-oeso-gastro duodenal)

Examen radio par opacification de l'œsophage, du duodénum, de l'estomac avec un produit de contraste.

Le transit œso-gastro-duodénal (TOGD) est un examen d'imagerie qui emploie un (sulfate de baryum) et les pour produire des images du tube digestif supérieur, soit l'œsophage, l'estomac et le segment supérieur de l'intestin grêle.

Le baryum est un liquide blanc et crayeux qui couvre l'intérieur des organes et indique clairement leur contour sur l'image radiologique. Une radiographie spéciale (radioscopie) forme une image en mouvement du baryum qui circule dans le tube digestif supérieur.

1) Préparation

- Expliquer le déroulement de l'examen.
- Personne à jeun pendant 12 heures.
- Arrêt du traitement 2 jours avant si la personne prend des médicaments radio-opaques.

2) Conséquence d'une mauvaise préparation

Résultats faussés.

3) Déroulement de l'examen

- On fait d'abord un ASP.
- On donne une poudre effervescente et on interdit de roter.
- On fait boire à la personne du sulfate de baryum dilué avec de l'eau (une gorgée).
- On regarde à la scopie le trajet.
- On fait boire à la personne ½ litre de produit.
- On visualise.
- On donne un verre de produit non dilué.
- Pour voir s'il y a un reflux gastro-oesophagien, on fait pencher la tête en avant et on fait tousser.
- Durée de l'examen : 30 minutes.
- La personne peut se réalimenter après l'examen.

4) Indications

- Ulcère
- Tumeur
- Hernie hiatale

5) Contre-indications

Fistules

Dr. B. TENCIO
Dr. B. Z. M. M. M. M.
Mestre Asistente
Imageria Médica

III semiologie radiologique

1-Résultats normaux du transit œsophagien :

L'oesophage est un tuyau contractile. Le déplacement des contractions aide la progression du bol alimentaire. Ces contractions expliquent la variabilité de l'aspect morphologique de l'oesophage et l'importance de l'analyse dynamique.

La muqueuse de l'oesophage possède un plissement longitudinal bien visible sur les clichés obtenus en faible remplissage alors qu'ils disparaissent en distension.

Le trajet de l'oesophage est rectiligne et comporte trois segments : cervical, thoracique et abdominal. La portion cervicale est assez difficile à analyser en distension car le transit y est très rapide. La portion thoracique comporte les empreintes de la crosse de l'aorte, de la bronche souche gauche et enfin celle de l'oreillette gauche qui déplace l'oesophage en arrière et à droite.

La portion abdominale est rétrécie à son origine au niveau de la traversée du diaphragme surmontée d'une zone qui peut s'expandre, l'ampoule épiphénique.

2- Signes pathologiques élémentaires

Les anomalies de taille ou de calibre : essentiellement la sténose dont on précisera le siège et les caractères (forme, longueur, diamètre, centrée ou excentrée, raccordement à l'oesophage sain adjacent, aspect de la muqueuse). Son origine peut être cancéreuse, peptique, caustique.

Les anomalies de forme, et de situation : mégaoesophage...

Les images d'addition : le diverticule, l'ulcération sur oesophagite ou cancer.

Les images de soustraction réalisant une lacune correspondant souvent à une tumeur bénigne ou maligne.

Les anomalies fonctionnelles : par exemple le reflux gastro-oesophagien, spontané, positionnel car apparaissant souvent uniquement en décubitus. Il doit être recherché en scopie.

3-Résultats normaux du transit gastro-duodéal :

L'estomac se distend avec l'augmentation de son contenu. La présence de l'angle de His entre l'oesophage et la grosse tubérosité forme un mécanisme antireflux. Comme au niveau de l'oesophage la progression des contractions de la

grosse tubérosité vers l'antra et le pylore entraîne l'évacuation progressive du contenu vers le duodénum.

- La muqueuse gastrique possède un plissement régulier plus épais au niveau de la grosse tubérosité. Il devient de plus en plus fin en direction du pylore. Au niveau du duodénum il est plus tortueux et plus serré (aspect "en feuille de fougères").

On retrouve les différentes zones décrites en anatomie : les deux portions de l'estomac, verticale puis horizontale, se terminant par le pylore. Les 4 portions duodénales encadrant la tête du pancréas.

4. Signes pathologiques élémentaires

Les anomalies de calibre ou de taille : distension gastrique ou à l'opposé la sténose qui au niveau de l'estomac ne survient habituellement que dans des pathologies avancées. En revanche elle est plus fréquente au niveau du pylore et du duodénum, soit par lésion murale soit par compression extrinsèque. Ceci est lié au plus petit calibre de ce segment digestif.

Les anomalies de forme, et de situation : Au niveau de l'estomac, elles comprennent les plicatures, ptoses ou volvulus. On peut en rapprocher les hernies hiatales, soit par glissement avec ascension du cardia s'accompagnant d'un reflux, soit par roulement avec cardia en place et ascension de la grosse tubérosité à travers le hiatus œsophagien, soit enfin mixte. Au niveau du duodénum il peut s'agir de déformations d'origine extrinsèque, essentiellement en rapport avec une masse pancréatique.

Les anomalies du relief : exagération, modification ou effacement du plissement gastrique normal. Ces anomalies sont globales dans les gastrites. Il existe aussi des modifications localisées au voisinage des lésions ulcérales ou bourgeonnantes : attraction et épaississement des plis.

Les images d'addition : le diverticule (essentiellement duodéal) et surtout l'ulcération : elle réalise l'image de "niche" qui de face comporte typiquement une image centrale remplie de baryte et qui apparaîtra donc comme plus absorbante, une couronne correspondant au bourrelet oedémateux responsable d'un halo plus radiotransparent et enfin un remaniement des plis périphériques attirés et épaissis. De profil on retrouve l'ulcération creusée dans la paroi gastrique et qui déborde les contours normaux de l'estomac réalisant une image d'addition. Elle peut ici aussi être accompagnée d'un bourrelet symétrique. Il faut dissocier les ulcérations sur paroi saine, l'ulcère bénin, et les ulcérations compliquant une infiltration cancéreuse. En fait cette distinction est maintenant avant tout histologique grâce aux prélèvements effectués en endoscopie.

LES images de soustraction réalisant une lacune. Elle peut, comme au niveau de l'oesophage, être de nature bénigne ou maligne. Ici aussi la biopsie est fondamentale

Techniques radiologiques disponibles

1-Echographie

- Contraste naturels Contraste naturels élevés
- Organe plein
- Tube digestif
- Doppler sans contraste
- Usage de contraste IV
- Très disponible
- Rapide
- au lit du patient
- Opérateur dépendant
- Patient dépendant (obésité, gaz)

Dr P. TEBBOU
M. BENTAGHOUTA
Maire Assistant
Imagerie Médicale

2-Tomodensitométrie

- Contrastes naturels faibles
- Anomalies de l'environnement graisseux
- Faible discrimination tumorale sans contraste
- Injection de contraste souvent nécessaire (iode: néphrotoxique)
- Ingestion de contraste pour la distension des anses digestives (eau , CO2)
- Très disponible
- Irradiant
- Coût élevé (< IRM)
- Rapide (urgences)
- Investigation de plusieurs régions (tout l'abdomen, thorax+ abdomen)

3-IRM

- Contraste naturels élevés (T1, T2)
- Angiographie sans contraste possible
- Cholangiographie et urographie sans contraste
- Contraste intraveineux
- Ingestion de contraste pour la distension des anses digestives (eau ..)
- peu disponible
- lente
- Exploration d'un segments d'abdomen