



## Oesophage: Pathologies rares

### Ingestion de produits toxiques • diverticule oesophagien • oesophagite infectieuse

[Quels sont les produits chimiques dangereux pour l'oesophage ?](#)

[Que faut-il faire en cas d'ingestion de produits dangereux pour l'oesophage ?](#)

[Qu'est ce qu'un diverticule de l'oesophage ? Quel traitement?](#)

[Quelles sont les causes d'oesophagites en dehors du reflux gastro-oesophagien ?](#)

#### 1.5.1. Quels sont les produits chimiques dangereux pour l'oesophage ?

Les principaux agents sont les bases (nécrose liquéfiante étendue en profondeur), les acides (lésions de nécrose plus sévères au niveau de l'estomac). Certaines bases sont associées à un agent tensioactif (nécrose très sévère) ou sont liquides (lésions respiratoires associées).

#### 1.5.2. Que faut-il faire en cas d'ingestion de produits dangereux pour l'oesophage ?

L'ingestion de caustiques impose une hospitalisation d'urgence. Il faut éviter toute manœuvre consistant à faire vomir, à laver le tractus digestif supérieur ou à administrer des produits neutralisants. On doit en revanche nettoyer la bouche, calmer l'agitation du patient et corriger l'hypovolémie. Le bilan initial comporte la recherche de troubles hydroélectrolytiques ou de l'équilibre acido-basique, un examen ORL et une radiographie pulmonaire. Une endoscopie œsogastroduodénale pratiquée le plus rapidement possible permet de classer les lésions en trois stades de gravité croissante : inflammation ou œdème, ulcération et nécrose. Cette classification a une excellente valeur pronostique et permet de guider le traitement. L'alimentation peut être reprise rapidement au stade I ; elle doit être remplacée par une alimentation parentérale associée à une antibiothérapie en cas de lésions ulcérées (stade II) qui seront responsables de séquelles sténosantes près d'une fois sur deux. Au stade III, si la nécrose est diffuse, une exérèse œsophagienne et/ou gastrique doit être pratiquée en urgence. La mortalité est importante.

#### 1.5.3. Qu'est ce qu'un diverticule de l'oesophage ? Quel traitement?

Le diverticule pharyngo-œsophagien ou diverticule de Zenker est un diverticule de pulsion résultant de la protrusion de la muqueuse au travers de la paroi postérieure de la jonction pharyngo-œsophagienne, en amont du SSO (muscle cricopharyngien) ; ce n'est donc pas un diverticule proprement œsophagien. Lorsqu'il est volumineux et symptomatique, ce diverticule requiert une intervention en raison du risque de complications respiratoires. Il faut en faire l'exérèse, associée dans certains cas à une myotomie du muscle cricopharyngien.

Le diverticule du tiers moyen de l'œsophage est dû à la traction de la paroi œsophagienne par un processus inflammatoire ganglionnaire, généralement tuberculeux. De petite taille et à large base d'implantation, il ne donne lieu à aucun trouble et ne nécessite aucune thérapeutique.

Le diverticule épiphrénique se développe selon un mécanisme voisin du diverticule de Zenker dans la partie distale de l'œsophage. Ses symptômes et son traitement se confondent généralement avec ceux du trouble moteur œsophagien associé. Traitement : myotomie seule ou associée à diverticulotomie si base étroite et volumineux

#### 1.5.4. Quelles sont les causes d'oesophagites en dehors du reflux gastro-oesophagien ?

Les œsophagites non peptiques peuvent être d'origine infectieuse (*Candida albicans*, *Cytomégalovirus [CMV]*, *Herpès simplex virus [HSV]*) principalement au cours du SIDA.

Elles peuvent aussi être médicamenteuses, dues à une lésion par contact direct prolongé entre le comprimé ou la gélule (cyclines, chlorure de potassium, aspirine et anti-inflammatoire non stéroïdiens [AINS]) et la muqueuse œsophagienne. Elles provoquent une odynophagie ou une dysphagie qui dure quelques jours et disparaît spontanément.

Elles peuvent être dues également à une maladie inflammatoire (Crohn) ou à la stase alimentaire dans les troubles moteurs œsophagiens et au cours des sténoses organiques.