

L'IMAGE DU MOIS

Oesophagite infectieuse majeure mise en évidence par tomодensitométrie thoracique

A. HENROTEAUX (1-4), M. HOYOUN (1-4), B. GHAYE (2), P. DELVENNE (3), J-L. CANIVET (4)

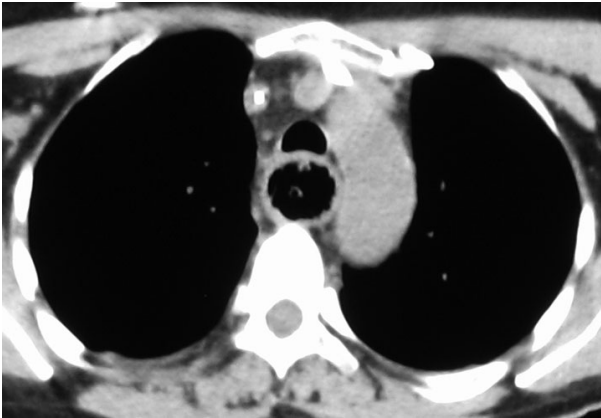


Figure 1 : Tomodensitométrie thoracique. Vue axiale en fenêtres médiastinales. L'image montre une dilatation importante de la lumière de l'œsophage associé à un épaississement pariétal et une infiltration de la graisse avoisinante. Notez également l'effet de masse exercé sur la portion membraneuse de la trachée située en avant.

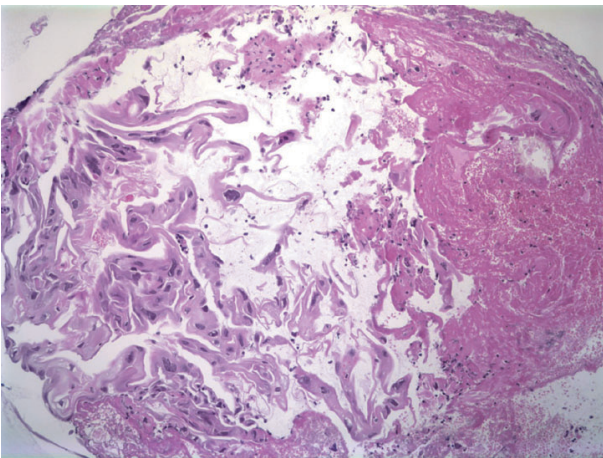


Figure 3 : Agrandissement 100x de la biopsie œsophagienne. Matériel fibrino-hémorragique comportant des lambeaux superficiels d'épithélium épidermoïde constitués par des kératinocytes montrant des atypies nucléaires suggestives, mais non caractéristiques d'une infection virale.

HISTOIRE CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une patiente, âgée de 58 ans, présentant un syndrome néphrotique. Une biopsie rénale est réalisée et le diagnostic d'amyloïdose primaire est posé (chaîne légère lambda). La patiente est alors adressée au service d'hématologie pour collecte de cellules

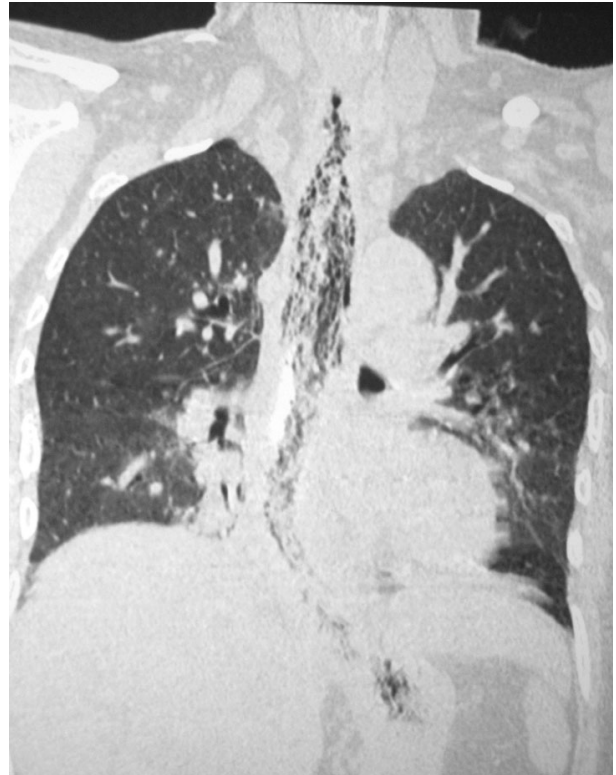


Figure 2 : Tomodensitométrie thoracique. Reconstruction coronale courbe dans le plan de l'œsophage en fenêtres pulmonaires. L'image montre à nouveau une dilatation sévère de la lumière œsophagienne. Le fenêtrage révèle la présence de matériel endoluminal de type pseudo-membraneux tout le long de la lumière œsophagienne.

souches en vue d'une autogreffe. Celle-ci est réalisée après conditionnement par melphalan. Environ une semaine après la greffe, la patiente développe un tableau clinique de choc septique sur aplasie, associé à des hématomèses et est transférée au service de soins intensifs. L'examen clinique abdominal est sans particularité. La tomодensitométrie thoracique montrera un épaississement pariétal de l'œsophage sur toute sa longueur, de 8 à 10 mm en moyenne, accompagné d'une dilatation importante de la lumière obstruée par des structures d'aspect pseudo-membraneux. Les limites de l'œsophage sont floues, la graisse avoisinante est infiltrée, suggérant une oesophagite infectieuse (Fig. 1, 2). Dans un même temps, l'examen endoscopique confirmera la présence de fausses membranes sur toute la hauteur de l'œsophage mais aussi d'ulcérations caractéristiques d'une oesophagite virale, et plus spécifiquement évocatrices d'un CMV. Il n'y a pas de plaque blanchâtre typique

(1) Etudiante en Médecine, ULg.
(2) Service d'Imagerie Médicale,
(3) Service d'Anatomie Pathologique,
(4) Service de Soins Intensifs Généraux, CHU Sart Tilman, Liège.

du *Candida*, ni de mycéliums invasifs à la biopsie. L'immuno-histologie et l'amplification de l'ADN (réalisées sous traitement antiviral) ne permettront cependant pas de mettre en évidence le CMV, ni l'Herpès, ni l'EBV. L'examen microscopique retiendra le diagnostic d'oesophagite virale accompagnée d'une surinfection bactérienne (Fig. 3). Les lésions évolueront favorablement sous Cymévène® associé à une antibiothérapie à large spectre.

DISCUSSION

Les oesophagites infectieuses peuvent avoir une étiologie virale, bactérienne, fongique ou parasitaire (1). Parmi les virus impliqués, on trouve l'Herpes Simplex Virus (HSV) qui peut affecter les sujets immunocompétents comme les immunodéprimés et dont les ulcérations sont souvent recouvertes de fausses membranes (2), le CMV, qui touche préférentiellement les immunodéprimés, (cancer, hémopathies, SIDA,...). Il est décrit que des particules virales du HIV peuvent elles-mêmes être responsables d'ulcérations oesophagiennes lors de la séroconversion HIV (3). Les oesophagites bactériennes sont rarement diagnostiquées en tant qu'entités spécifiques, car les bactéries sont habituellement présentes en association avec d'autres micro-organismes viraux ou fongiques. Mentionnons aussi les oesophagites à *Candida*, qui sont des germes commensaux, mais parfois pathogènes chez les patients immunodéprimés (SIDA). Pour terminer, notons qu'en cas de déficit sévère de l'immunité, plusieurs micro-organismes peuvent co-exister au niveau des lésions d'oesophagite.

Les symptômes principaux de l'oesophagite sont, quelle qu'en soit l'étiologie, la douleur thoracique, l'odynophagie, la dysphagie, ainsi que des manifestations systémiques comme les nausées, les vomissements,... Dans les cas les plus avancés, des hématomés peuvent survenir.

La tomodynamométrie de l'oesophage n'est pas l'examen de choix pour le diagnostic de l'oesophagite, bien que, chez la majorité des patients, on retrouvera une image suggestive, caractérisée par un épaississement circonferentiel (>5mm) de la paroi, et ce sur un segment relativement long (4). Les autres causes d'épaississement (habituellement plus limité) de la paroi oesophagienne observé en tomodynamométrie sont les tumeurs bénignes ou malignes, l'oesophage de Barrett, l'achalasie secondaire, le spasme, les varices et la pseudodiverticulose oesophagienne. De plus, l'épaississement pariétal de l'oesophage est présent quelle que soit

l'étiologie de l'oesophagite (peptique, infectieuse,...); dans ce cas, une cause spécifique ne peut habituellement pas être suspectée par la tomodynamométrie. Il faut dès lors souligner le caractère exceptionnel de l'image tomodynamométrique présentée ici, associant un épaississement important, une dilatation majeure de la lumière et la présence d'innombrables fausses membranes. Les examens de choix dans le diagnostic de l'oesophagite sont la radiographie en double contraste de l'oesophage et l'endoscopie. La radiographie en double contraste permet déjà dans un certain nombre de cas, de poser un diagnostic étiologique contrairement à la tomodynamométrie (5). Mais, l'examen endoscopique permettant de réaliser des prélèvements en vue d'une analyse histologique et microbiologique, donnera quant à lui le diagnostic étiologique de certitude (6). Sur la radiographie en double contraste des oesophagites herpétiques ou à CMV, on observe de discrètes ulcérations superficielles, plus souvent de taille importante en cas de CMV, présentes sur une muqueuse par ailleurs saine. Les deux agents infectieux sont généralement non différenciables par cet examen. A l'endoscopie on peut visualiser trois types de lésions en fonction du stade d'évolution : des vésicules (propre à l'Herpès), des ulcères superficiels et des nécroses tissulaires (communes aux deux agents). Seule, une biopsie avec examen immuno-histologique déterminera l'étiologie exacte. Le *Candida* donne quant à lui des lésions typiques en plaques, blanchâtres, entourées d'une muqueuse érythémateuse. Ces lésions présentent une topographie diffuse. Mentionnons qu'en cas d'oesophagite peptique, les lésions (muqueuse érythémateuse et ulcères) souvent circonferentielles siègent distalement suite au mécanisme de reflux.

BIBLIOGRAPHIE

- Goyal RK.— Maladies de l'oesophage, In Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL Ed. Harrison. *Principes de Médecine Interne*. Flammarion, Paris, 2002, 1647-1648.
- Gaudric M, Tulliez M.— Les oesophagites infectieuses. *Ann.Gastroentérol Hépatol*, 1990, **26**, 111-114.
- Levine MS.— Infectious Esophagitis. *Semin Roentgenol*, 1994, **29**, 341-350.
- Berkovich GY, Levine MS, Wallace TM Jr.— CT findings in patients with esophagitis. *AJR*, 2000, **175**, 1431-1434.
- Levine MS, Rubesin SE.— Diseases of the Esophagus: Diagnosis with esophagography. *Radiology*, 2005, **237**, 414-427.
- Schwesinger WH.— Endoscopic diagnosis and treatment of mucosal lesions of the esophagus. *Surg Clin North Am*, 1989, **69**, 1185-1201.