

Sémiologie endoscopique de l'endobrachy-œsophage et des anomalies anatomiques du cardia

J.B. OLLYO, C.H. FONTOLLIET, P.H. MONNIER, M. SAVARY
Clinique ORL et Institut de pathologie, 1011 Lausanne-CHUV, (Suisse)

L'endobrachy-œsophage (EBO) correspond, d'après la définition de Lortat-Jacob, qui créa ce terme en 1957, à un « brachy-œsophage ayant pour seul caractère de brièveté son aspect endocavitaire, c'est-à-dire muqueux » [1]. Ce terme, tout comme celui d'œsophage de Barrett, qui ne représentent qu'une forme particulière (diffuse et circulaire) d'un phénomène beaucoup plus vaste, devrait être abandonné au profit d'un terme pouvant englober également les diverses formes non circulaires de métaplasie cylindrique, à savoir celui d'**épithélialisation cylindrique du bas œsophage (ECBO)** [2].

En effet, comme Savary l'a décrit [3], puis prouvé [4], l'ECBO est, dans la quasi-totalité des cas, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, un phénomène acquis, précoce ou tardif, faisant suite à la destruction de la muqueuse épidermoïde par un reflux gastro-œsophagien pathologique et constitue donc un processus de réparation métaplasique. Par conséquent, l'ECBO épouse obligatoirement la forme des lésions érosives ou ulcérées qui l'ont précédée (Fig. 1); son expression endoscopique est donc très variée [2]:

- îlot(s) ou bande(s) de muqueuse cylindrique sans continuité avec la muqueuse gastrique;
- prolongements non circulaires de muqueuse cylindrique, en continuité avec la muqueuse gastrique, uniques ou multiples, confluentes ou non à leur base, et prenant un aspect en languettes, en flammèches ou en étoile;
- plage diffuse et circulaire (aspect de manchon ou de couronne):
 - a) à démarcation cylindro-malpighienne asymétrique et irrégulière, comportant des îlots malpighiens résiduels disséminés (EBO de type II selon Savary-Miller);
 - b) à limite supérieure régulière, sans îlots malpighiens résiduels en son sein (EBO de type I selon Savary-Miller);
 - c) non typisable étant donné l'existence de phénomènes inflammatoires ou cicatriciels importants (sténose(s), ulcère(s), érosions circulaires,...) à la jonction cylindro-malpighienne et/ou au sein de l'EBO (type inconnu).

L'EBO de type I, dans notre expérience, peut résulter d'une malformation congénitale ou être parfois, comme

l'EBO de type II et de type inconnu, acquis suite à une maladie de reflux gastro-œsophagien [2, 3]. L'EBO de type II est par ailleurs important à diagnostiquer du fait qu'il peut se compliquer d'ulcère de Barrett [5] et qu'il peut également, lors de protocoles thérapeutiques, être confondu avec un EBO en voie de disparition [6]; de plus, cet EBO conditionne la localisation typique (et parfois atypique) des érosions, des ulcères et des sténoses peptiques et permet donc de préciser avec exactitude la topographie des œsophagites de reflux de grade 1 à 4 dans la nouvelle classification de Savary [7].

Chez l'adulte, l'ECBO se distingue aisément de la muqueuse malpighienne par sa couleur saumon ou rougeâtre [3]; chez l'enfant, par contre, le diagnostic macroscopique est plus difficile, voire parfois impossible, puisqu'il existerait des formes invisibles ou « blanches » dans 20 à 45 % des cas [8, 9, 10]. Les biopsies étagées du bas-œsophage seraient donc impératives chez l'enfant présentant des signes ou des symptômes compatibles avec une maladie de reflux gastro-œsophagien.

Chez l'adulte, les biopsies dirigées sont indiquées pour confirmer l'ECBO et pour préciser la nature exacte des lésions atypiques au voisinage et surtout au sein de l'ECBO (ulcère de Barrett, polype adénomateux, polype inflammatoire, dyscoloration dysplasique, adénocarcinome, cancer épidermoïde sur pastille malpighienne résiduelle, carcinoïde,...). Les biopsies systématiques de l'ECBO, quant à elles, sont indispensables dans le cadre de la surveillance oncologique; en présence d'une EBO les biopsies doivent être étagées sur les quatre faces, vu que l'épithélium spécialisé, qui lui seul peut évoluer vers l'adénocarcinome, peut se situer sur toute l'étendue de l'EBO (disposition en « mosaïque ») et non seulement sur la partie proximale, avec plus distalement uniquement une muqueuse de type cardiaque puis une muqueuse de type fundique (disposition en « zone ») [11]. Le bleu de méthylène qui se fixe spécifiquement et rapidement sur l'épithélium spécialisé permettrait de diriger les biopsies systématiques à visée oncologique [12] et peut-être d'en diminuer le nombre nécessaire, et partant le coût.

Se basant sur la publication de Hayward [13] qui prétendait que les 1-2 derniers centimètres de l'œsophage pouvaient être normalement tapissés de

Tirés à part : J.B. OLLYO, clinique ORL et institut de pathologie, 1011 Lausanne-CHUV.

Mot-clés : Cardite, endobrachy-œsophage, épithélialisation cylindrique du bas œsophage, épithélium spécialisé.

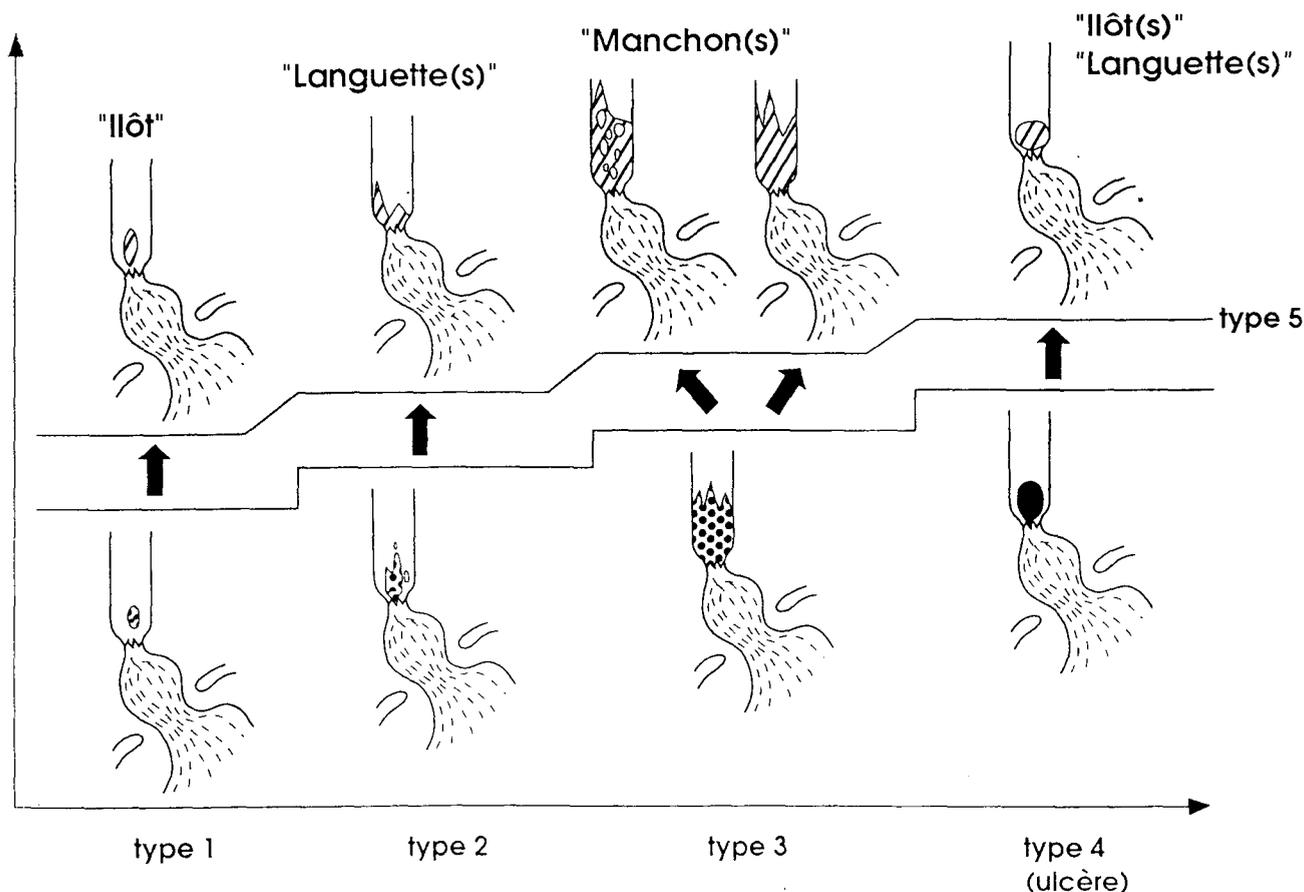


Figure 1

Parallélisme entre l'aspect des cicatrices cylindriques et les 4 types d'œsophagites de reflux

muqueuse cylindrique, un grand nombre d'auteurs n'ont retenu ou ne retiennent toujours comme ECBO pathologique que les formes diffuses et parfois localisées mesurant au minimum 3 cm de hauteur [2, 14]. Spechler a critiqué cette publication qui ne reposait sur aucune étude personnelle, ni sur des données de la littérature et il a proposé, en 1996, une classifica-

tion alternative de l'ECBO qui abandonne les dimensions jugées arbitraires et imprécises pour ne retenir que la présence ou l'absence d'épithélium spécialisé (il rappelle un épithélium intestinal à surface villosité, avec des cellules caliciformes et des glandes muqueuses), seul type d'épithélium qui permet d'affirmer que l'ECBO est bien pathologique [14]. L'épi-

TABEAU I
CLASSIFICATIONS DE L'ÉPITHÉLIALISATION CYLINDRIQUE DU BAS-ŒSOPHAGE (ECBO)

Endoscopique	Histologiques (N = 3)	« Anatomique »
A) FORMES LONGUES — « Manchon » • EBO de type I selon Savary-Miller • EBO de type II selon Savary-Miller • EBO de type inconnu B) FORMES COURTES — « Couronne » — Languette(s) — Pastille(s) C) FORMES ULTRA-COURTES* — Jonction œso-gastrique « normale » • aspect irrégulier (ligne Z) • aspect régulier (ligne ronde) — Jonction de type inconnu	I) ECBO EN « ZONES » — Epithélium de type spécialisé (situé sur la partie proximale) — Epithélium de type « cardinal » (situé sur la partie médiane) — Epithélium de type « fundique » (situé sur la partie distale) II) ECBO EN « MOSAÏQUE » L'épithélium de type spécialisé est régulièrement réparti sur toute l'étendue de l'ECBO III) ÉPITHÉLIUM SPÉCIALISÉ — Présent — Absent	A) FORMES CONGÉNITALES <i>(anomalies embryologiques)</i> — EBO de type I selon Savary — Languette(s): ligne Z — Pastille(s) B) FORMES ACQUISES <i>(suite à la maladie de reflux gastro-œsophagien)</i> — EBO de type I selon Savary — EBO de type II selon Savary — EBO de type « inconnu » — Languette(s) — Pastille(s)

* La présence d'un épithélium spécialisé caractérise ces formes « invisibles » ou « mal visibles ».

thélium spécialisé, dans cette classification de Spechler, peut se localiser au sein de l'ECBO ou même au niveau de la jonction œso-gastrique ; en effet, un épithélium spécialisé peut être rencontré sur de minuscules prolongements cylindriques de la ligne Z, isolé ou en association avec une « **cardite** » (inflammation de la partie supérieure de l'estomac qui peut elle-aussi être accompagnée d'épithélium spécialisé, et partant être source d'erreurs...), et pourrait, dans certains cas, correspondre à une **forme ultra-courte d'ECBO** [15].

L'ECBO secondaire à un reflux gastro-œsophagien pathologique avec ou sans signes inflammatoires associés, est, surtout dans sa forme courte et ultra-courte, difficile à différencier, endoscopiquement, des anomalies anatomiques du cardia d'origine congénitale, se présentant sous forme de pastilles, d'EBO de type I selon Savary-Miller et surtout de la ligne Z. La jonction œso-gastrique est, en effet, den-

telée (parfois asymétriquement) dans 92 % des cas et « ronde » seulement dans 8 % des cas (série prospective personnelle portant sur 3 854 adultes ne signalant pas de symptômes de reflux et avec bas œsophage « normal », endoscopés entre 1990 et 1996). Les biopsies, incontournables, si elles révèlent un épithélium spécialisé (absent ou rarissime dans les formes congénitales) permettent de trancher.

En conclusion, la sémiologie endoscopique de l'ECBO (tableau I) est multiple et variée. Le diagnostic endoscopique de certitude, en présence de formes courtes et ultra-courtes, est presque toujours impossible, raison pour laquelle les biopsies dirigées sont impératives, biopsies qui, si elles mettent en évidence un épithélium spécialisé en territoire œsophagien permettent de rattacher l'ECBO à un processus acquis ; la classification endoscopique de l'ECBO (tableau I) devrait donc toujours être complétée par cette donnée histologique.

RÉFÉRENCES

1. LORTAT-JACOB J.L. — L'endobranchy-œsophage. *Ann. chir.*, 1957, 11, 1247-1255.
2. MONNIER P.H., FONTOLLIET C.H., OLLYO J.B., SAVARY M. — L'épithélialisation cylindrique du bas œsophage. *Méd. et Hyg.*, 1988, 46, 2549-2561.
3. SAVARY M., MILLER G. — L'œsophage. *Manuel et Atlas d'endoscopie*. Editions Gassmann SA, Soleure (Suisse), 1977.
4. MONNIER P.H., OLLYO J.B., FONTOLLIET C.H., SAVARY M. — Epidemiology and natural history of reflux esophagitis. *Sem. laparosc. Surg.*, 1995, 2, 2-9.
5. OLLYO J.B., FONTOLLIET C.H., MONNIER P.H., BAUERFEIND P., CILLUFFO T., GONVERS J.J., SAVARY M. — Hétérogénéité pathogénique des ulcères de Barrett. *Schweiz. Med. Wschr.*, 1989, 119, 747-751.
6. OLLYO J.B., GONVERS J.J., FROELICH F., RESTEL-LINIA., MONNIER P.H., FONTOLLIET C.H., SAVARY M. — L'endobranchy-œsophage régresse-t'il après traitement efficace du reflux gastro-œsophagien ? *Schweiz. med. Wschr.*, 1990, 120, 716-720.
7. OLLYO J.B., FONTOLLIET C.H., BROSSARD E., LANGF. — La nouvelle classification de Savary des œsophagite de reflux. *Acta. endosc.*, 1992, 22, 307-320.
8. COOPER J.E., SPITZ L., WILKINS B.M. — Barrett's esophagus in children : a histologic and histochemical study of 11 cases. *Ped. Surg.*, 1987, 22, 191-196.
9. DAHMS B.B., ROTHSTEIN F.C. — Barrett's esophagus in children: a consequence of chronic gastro-œsophageal reflux. *Gastroenterology*, 1984, 86, 318-323.
10. HASSAL E., WEINSTEIN W.M., AMENT M.E. — Barrett's esophagus in childhood. *Gastroenterology*, 1985, 89, 1331-1337.
11. FONTOLLIET C.H., MONNIER P.H., OLLYO J.B., SAVARY M. — Histologie de l'endobranchy-œsophage : intérêt dans la surveillance des patients. *Schweiz. med. Wschr.*, 1990, 120, 630-631.
12. CANTO I.F., SETRAKIAN S., PETRAZ R.E., BLADES E., CHAK A., SIVAK M.V. — Methylene blue selectively stains intestinal metaplasia in Barrett's esophagus. *Gastrointest. Endosc.*, 1996, 44, 1-7.
13. HAYWARD J. — The lower end of the oesophagus. *Thorax*, 1961, 16, 36-41.
14. SPECHLER S.J., GOYAL R.K. — The columnar-lined esophagus, intestinal metaplasia, and Norman Barrett. *Gastroenterology*, 1996, 110, 614-621.
15. RIDDELL R.H. — The Biopsy diagnosis of gastro-esophageal reflux disease, « carditis » and Barrett's esophagus, and sequelae of therapy. *Am. J. Surg. Pathol.*, 1996, 20 (suppl. 1), S31-S50.