



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH



ŒSOPHAGE THORACIQUE

PR.M.D EL AMRANI

PR. H.FENANE

DR.OUMAIMA MALEK

PLAN :

- I. INTRODUCTION
- II. ANATOMIE DESCRIPTIVE
- III. RAPPORTS
- IV. VASCULARISATION – INNERVATION
- V. APPLICATIONS CLINIQUES
- VI. CONCLUSION

I – INTRODUCTION :

L'œsophage est un conduit musculo-fibreux qui assure le transport du bol alimentaire, il est profondément situé dans le médiastin postérieur.

L'endoscopie est une méthode clinique de routine qui permet d'explorer l'œsophage.

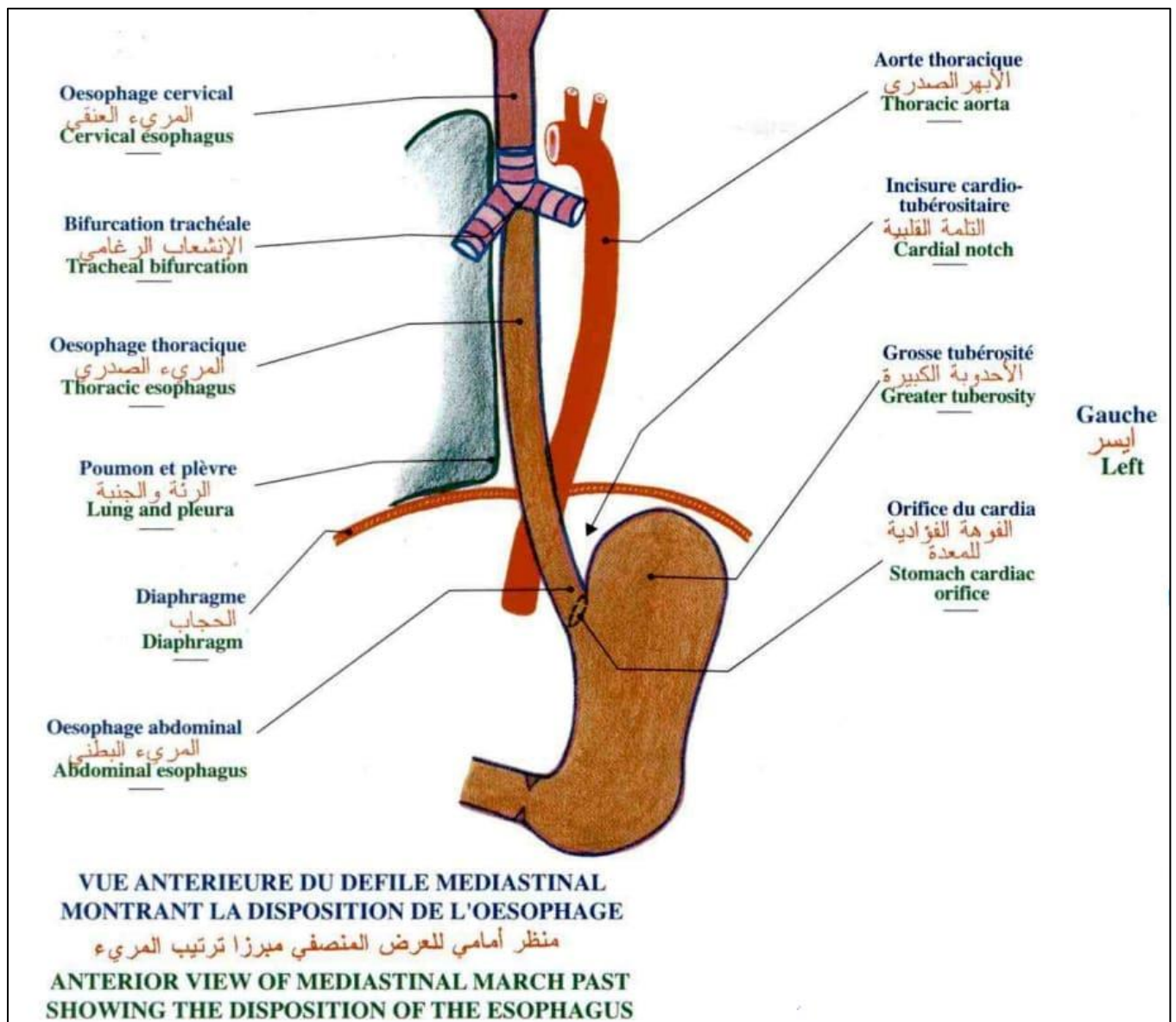
II- ANATOMIE DESCRIPTIVE :

1. Origine–trajet terminaison :

L'œsophage thoracique fait suite à l'œsophage cervical dans l'orifice thoracique en regard de T2.

Il descend dans le médiastin postérieur. Il se porte obliquement en bas et à gauche, sauf en regard de la crosse aortique qui le refoule vers la droite.

Il se termine au niveau de l'orifice œsophagien du diaphragme (D10) où il se continue par l'œsophage abdominal.

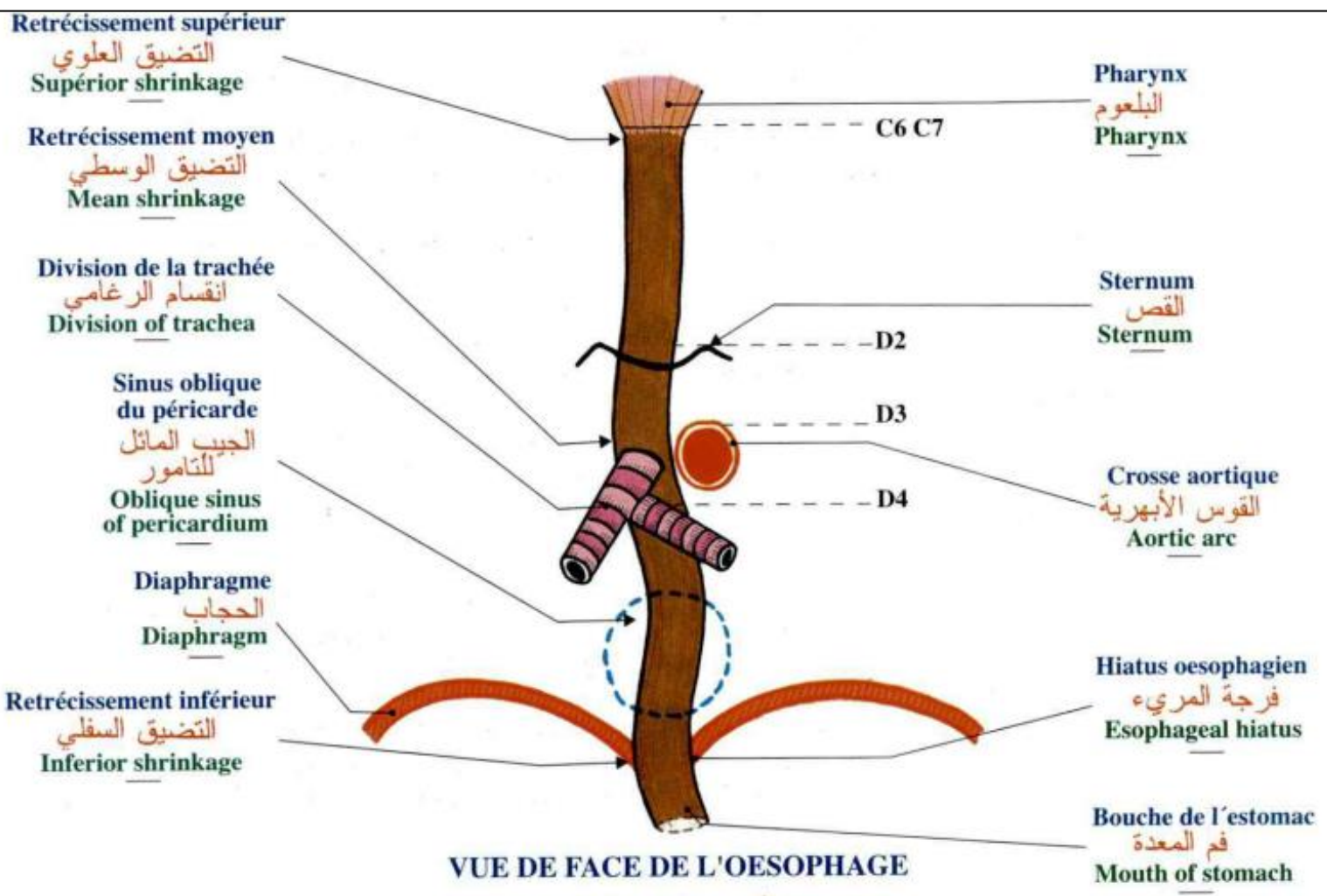


2. Configuration externe :

a. Dimensions :

- ✓ Longueur : 16cm à 18 cm.
- ✓ Calibre : 2 à 3cm.

Il présente trois rétrécissements : Aortique, bronchique et diaphragmatique et une dilatation sus-diaphragmatique : l'ampoule épiphrénique.



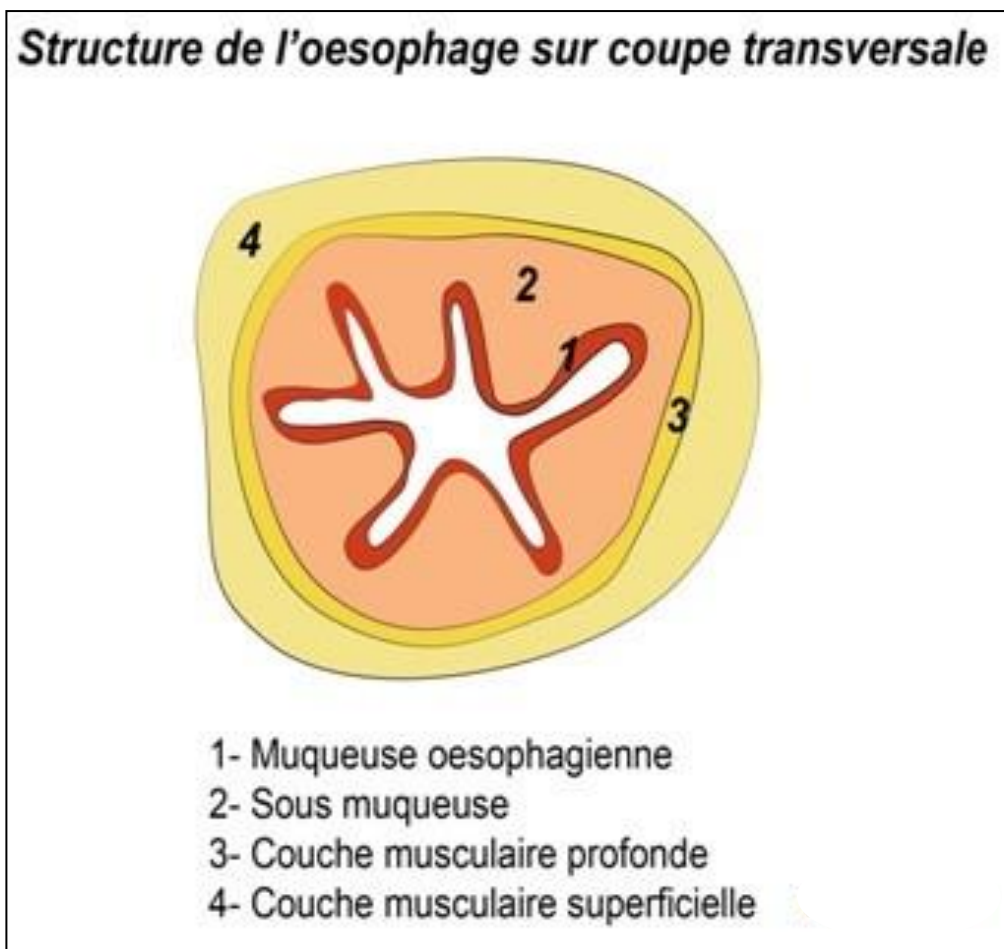
3. Configuration interne :

La paroi de ce conduit est souple, élastique et rétractile est composée de 3 tuniques :

- ✓ Une interne, muqueuse, assez solide, de type malpighien, d'aspect rose lisse.
- ✓ Une moyenne, sous-muqueuse, glandulaire, épaisse, et rétractile.
- ✓ Une externe, musculaire. Avec deux couches ; une profonde : circulaire et l'autre superficielle : Longitudinale.

N.C :

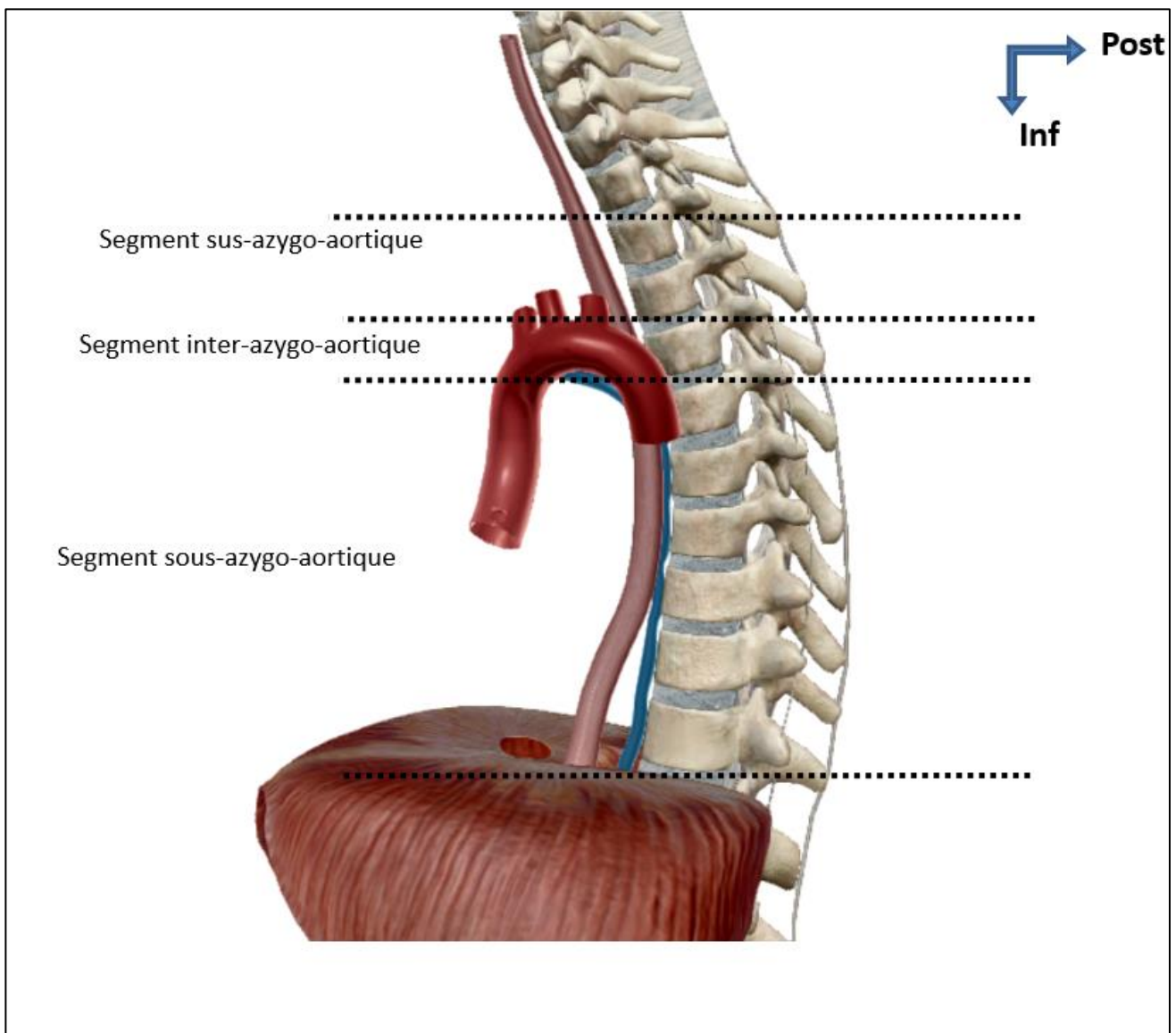
- ✓ Les contractions péristaltiques sont souvent visibles au cours de la fibroscopie.
- ✓ On note l'absence de séreuse, ce qui explique la dissémination rapide des néoplasies.



4. Segmentation anatomique :

On divise l'œsophage thoracique en trois segments :

- ✓ Sus-azygo-aortique,
- ✓ Inter-azygo-aortique,
- ✓ Sous-azygo-aortique.



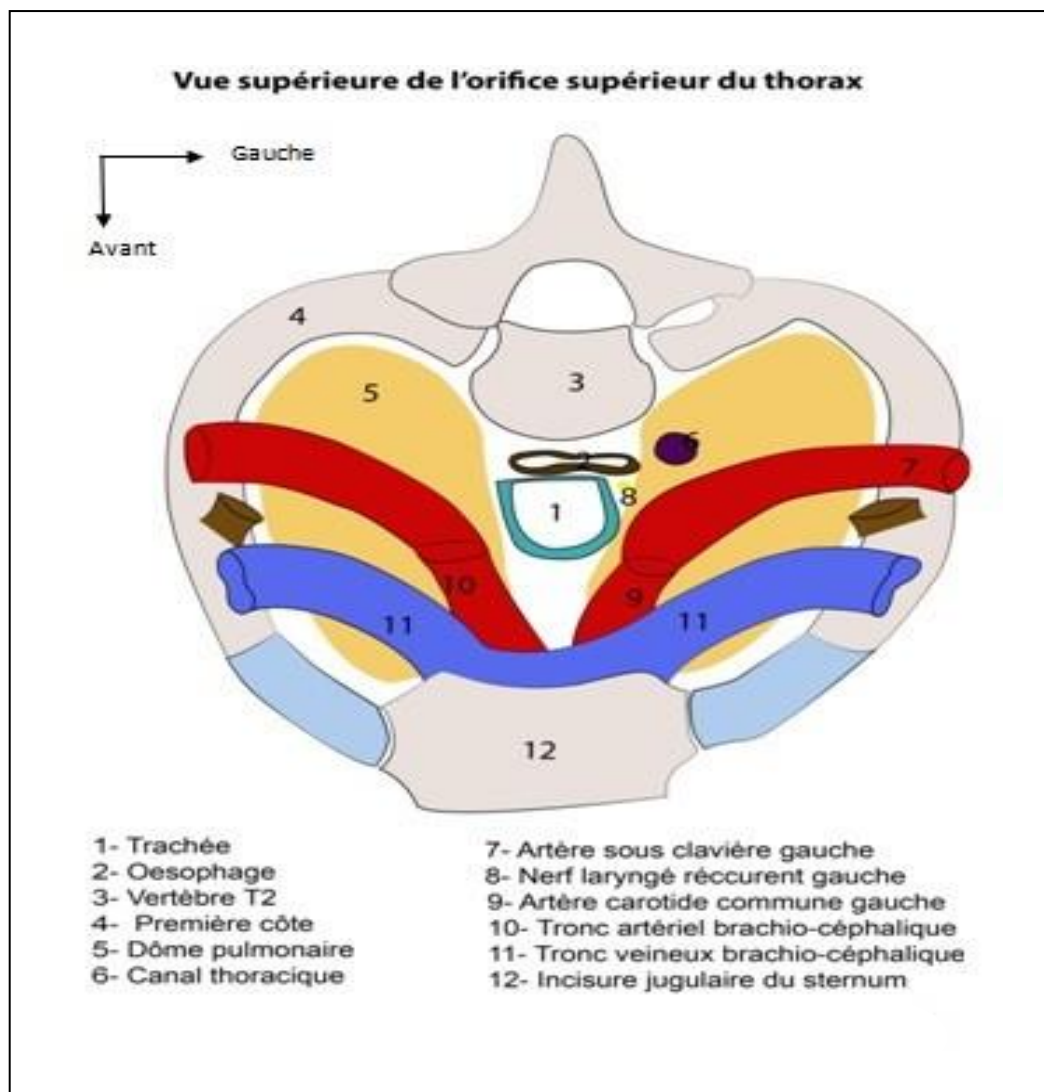
I – RAPPORTS :

A l'origine : au niveau de l'orifice supérieur du thorax, il est limité par :

- ✓ En arrière : la deuxième vertèbre thoracique T2.
- ✓ En avant : l'incisure jugulaire du sternum.
- ✓ Latéralement : la première côte.

Il occupe une situation postérieure et médiane, entrant en rapport avec :

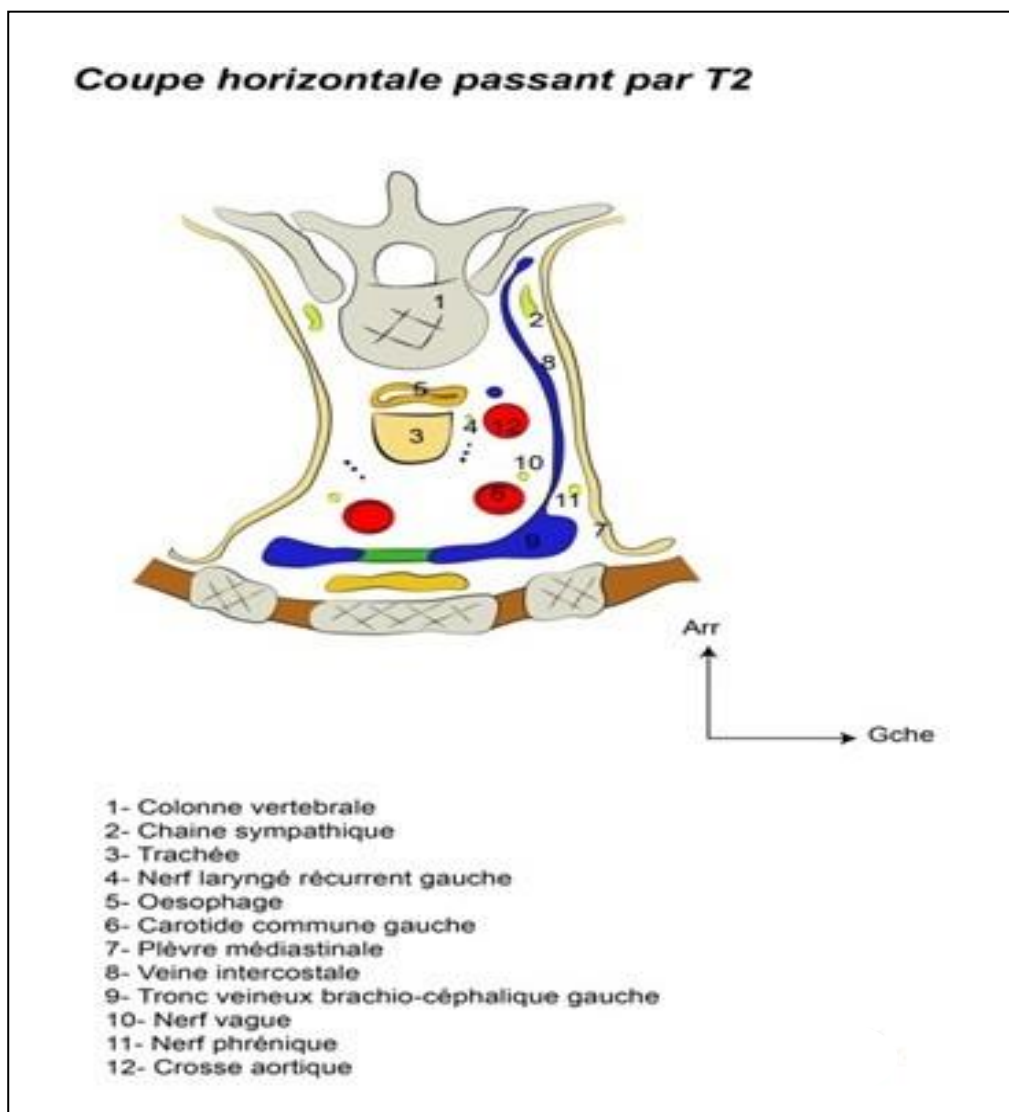
- ✓ En arrière et à gauche : l'artère sous-clavière gauche et le canal thoracique.
- ✓ En avant : la trachée et le nerf laryngé récurrent gauche.
- ✓ Latéralement : les dômes pleuraux.



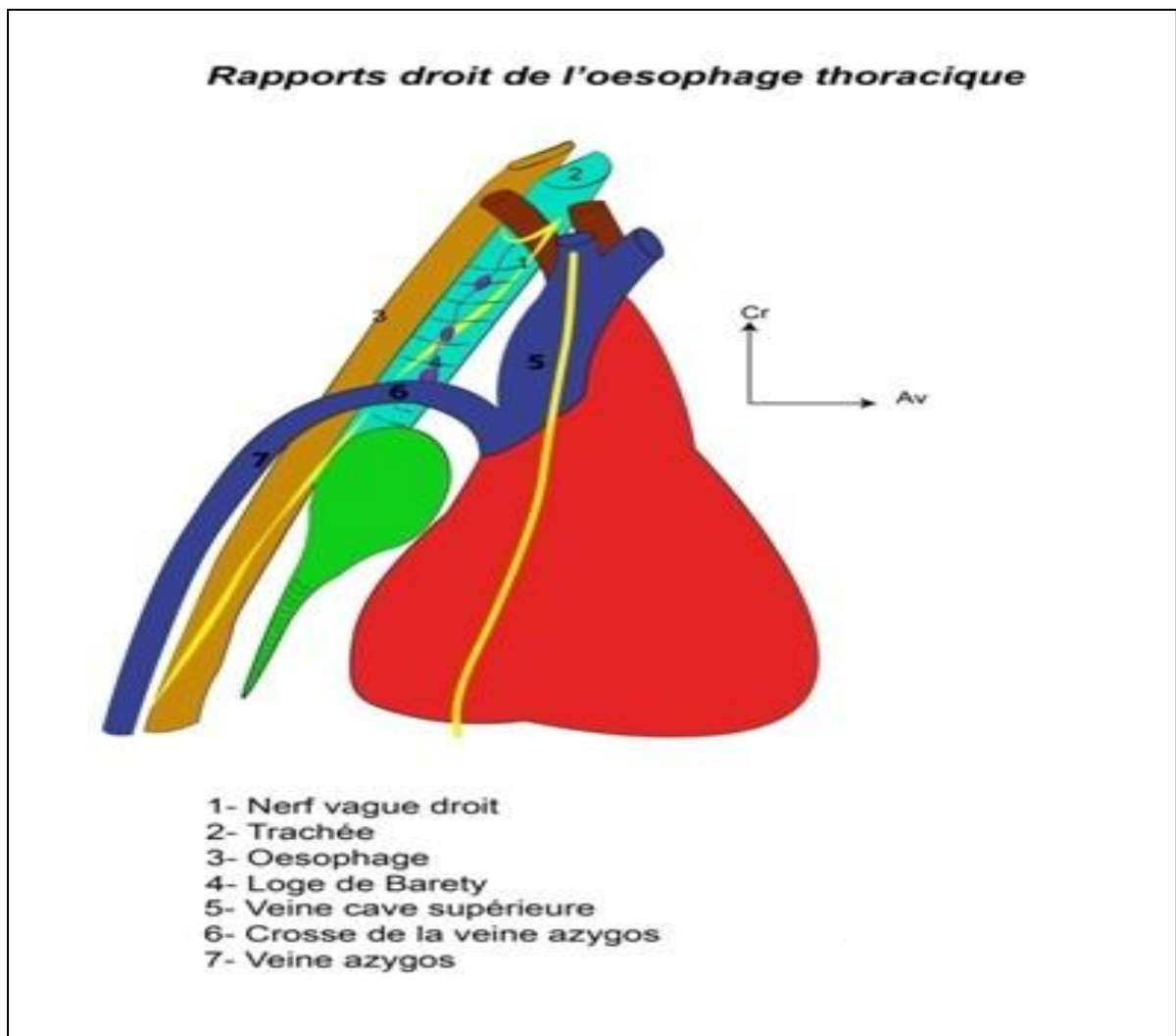
1. Etage supérieur, sus-azygo-aortique

L'œsophage est en rapport avec :

- En arrière :
 - ✓ Le rachis (D2-D3),
 - ✓ Recouvert des muscles prévertébraux,
 - ✓ Le sympathique, plus externe, devant les articulations costo-vertébrales.
- En avant : la trachée avec, dans le dièdre costo-trachéal gauche :
 - ✓ Le récurrent gauche,
 - ✓ Et sa chaîne lymphatique.

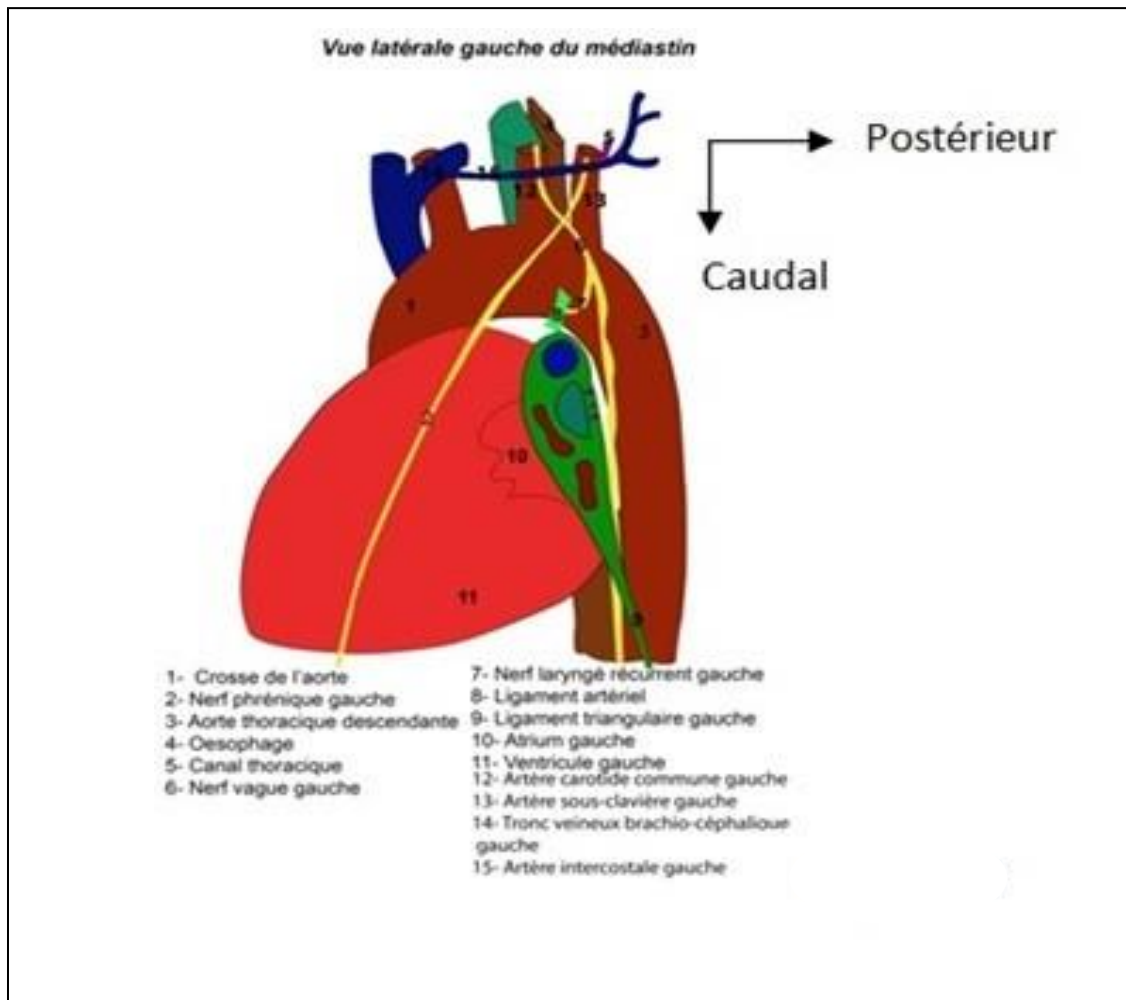


- A droite :
 - ✓ Le nerf vague droit, croisant obliquement, en bas et en arrière, la face latérale de la trachée, pour gagner le bord droit de l'œsophage,
 - ✓ La plèvre médiastinale et la face médiale du poumon droit.
 - ✓ Les constituants de la loge latéro-trachéale droite de (Barety) formée par :
 - En avant : la veine cave supérieure.
 - En dehors : la plèvre.
 - En dedans : la trachée.
 - En bas : la crosse de la veine azygos.
 - Et en arrière : le nerf vague gauche.



- A gauche : l'artère sous Clavière gauche qui le longe.
- ✓ En arrière d'elle : le canal thoracique.
- ✓ En avant d'elle : un quadrilatère de Bourguery limité :
 - En arrière : par l'artère sous Clavière gauche.
 - En avant : par la carotide primitive gauche.
 - En bas : la crosse aortique.
 - En haut : la veine intercostale supérieure gauche.
- ✓ Plus en dehors : la plèvre médiastinale tapissant un triangle limité par :
 - En avant : la sous Clavière gauche.
 - En arrière : le rachis.
 - En bas : La crosse aortique.

N.C : Ce triangle est le triangle de découverte de l'œsophage sus-aortique lors de la thoracotomie latérale gauche.



2. Etage moyen, inter-azygo-aortique :

L'œsophage est en rapport avec :

- En arrière :
 - ✓ La face antérieure de la 4^e vertèbre thoracique,
 - ✓ Le canal thoracique.

N.C : Il peut en général être respecté dans la chirurgie de l'œsophage, mais son excrèse et sans conséquence à conditions de le lier efficacement pour éviter le chylothorax.

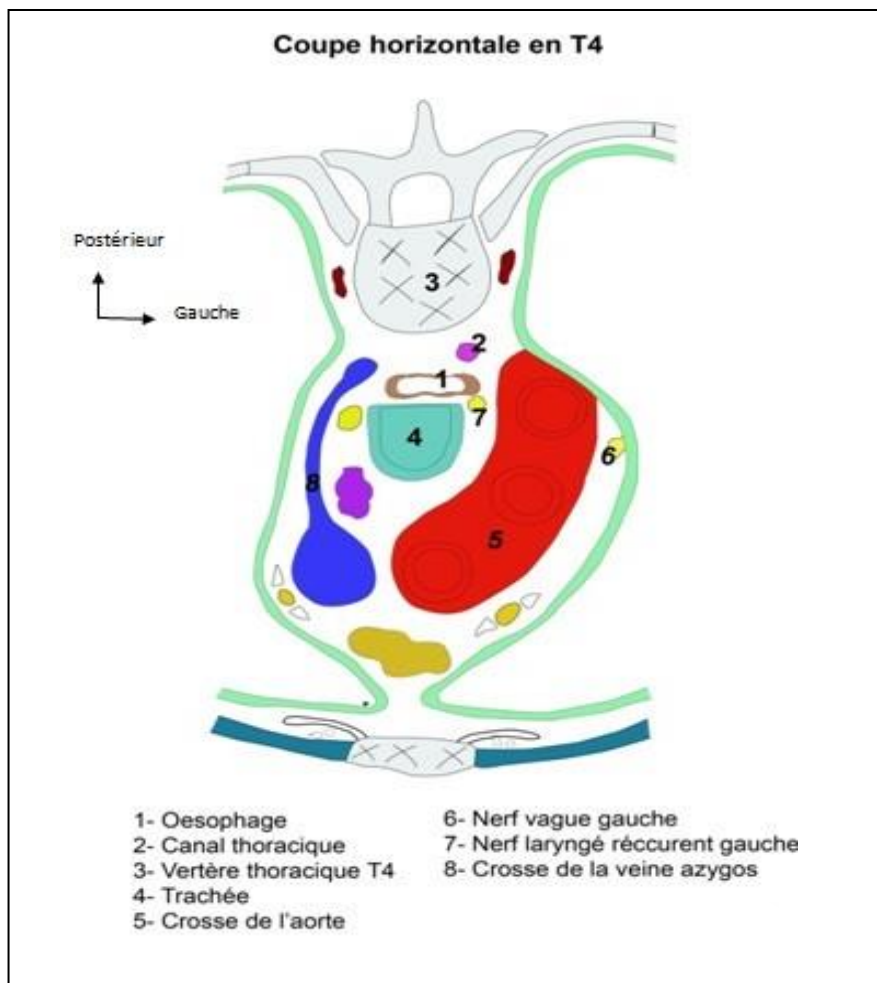
- En avant :
 - ✓ La bifurcation trachéale,
 - ✓ Les ganglions lymphatiques : péri trachéaux, et inter-trachéo-bronchiques.
- A gauche :
 - ✓ La crosse de l'aorte, appuie sa face postéro-droite sur le bord gauche de l'œsophage, y marquant un rétrécissement visible radiologiquement. Elle donne là des branches à destinée bronchique et œsophagienne.

N.C : Ces branches doivent être liées lors de l'abord chirurgical par voie gauche de ce segment œsophagien (l'artère du décroisement).

- ✓ Le nerf vague gauche qui donne le nerf récurrent gauche qui gagne l'angle trachéo-œsophagien.

N.C : La possibilité de paralysie récurrentielle dans les tumeurs œsophagiennes.

- A droite :
 - ✓ La crosse de la grande veine azygos,
 - ✓ Le nerf X droit en dedans de la crosse de l'azygos.



3. Etage inférieur, sous-azygo-aortique :

- En arrière l'oesophage est en rapport avec :
 - ✓ L'aorte thoracique descendante,
 - ✓ Les artères intercostales postérieures,
 - ✓ La veine azygos,
 - ✓ Le canal thoracique,
 - ✓ La colonne vertébrale de T4 à T10.
- En avant, de haut en bas :
 - ✓ La bronche gauche, reliée à l'oesophage par un muscle,
N.C : Ce qui explique les fistules oeso-bronchiques néoplasiques.
 - ✓ Les ganglions inter-trachéo-bronchiques,

- ✓ Le cœur : L'oreillette gauche et la terminaison des veines pulmonaires, par l'intermédiaire du péricarde, constituant à ce niveau le sinus oblique du péricarde (cul-de-sac de Haller).

N.C : Ce qui peut expliquer la dysphagie en cas d'épanchement péricardique dans les péricardites.

N.C : Les rapports avec l'oreillette gauche expliquent la possibilité de refoulement de l'œsophage en cas de dilatation de l'OG. Cette dilatation peut ainsi être explorée par une radiographie du thorax après ingestion de produit de contraste.

- Latéralement :

- ✓ Les nerfs vagues satellites de l'œsophage,
- ✓ Le poumon fixé à la plèvre médiastinale,
- ✓ La chaîne sympathique et l'origine des splanchniques.

Dans la traversée diaphragmatique :

Le hiatus œsophagien du diaphragme : Musculaire, extensible et contractile, situé au niveau de T10, un peu à gauche de la ligne médiane, et contient :

- ✓ L'œsophage, doublé à ce niveau par une gaine celluleuse favorisant son glissement, et recevant quelques fibres musculaires du diaphragme.

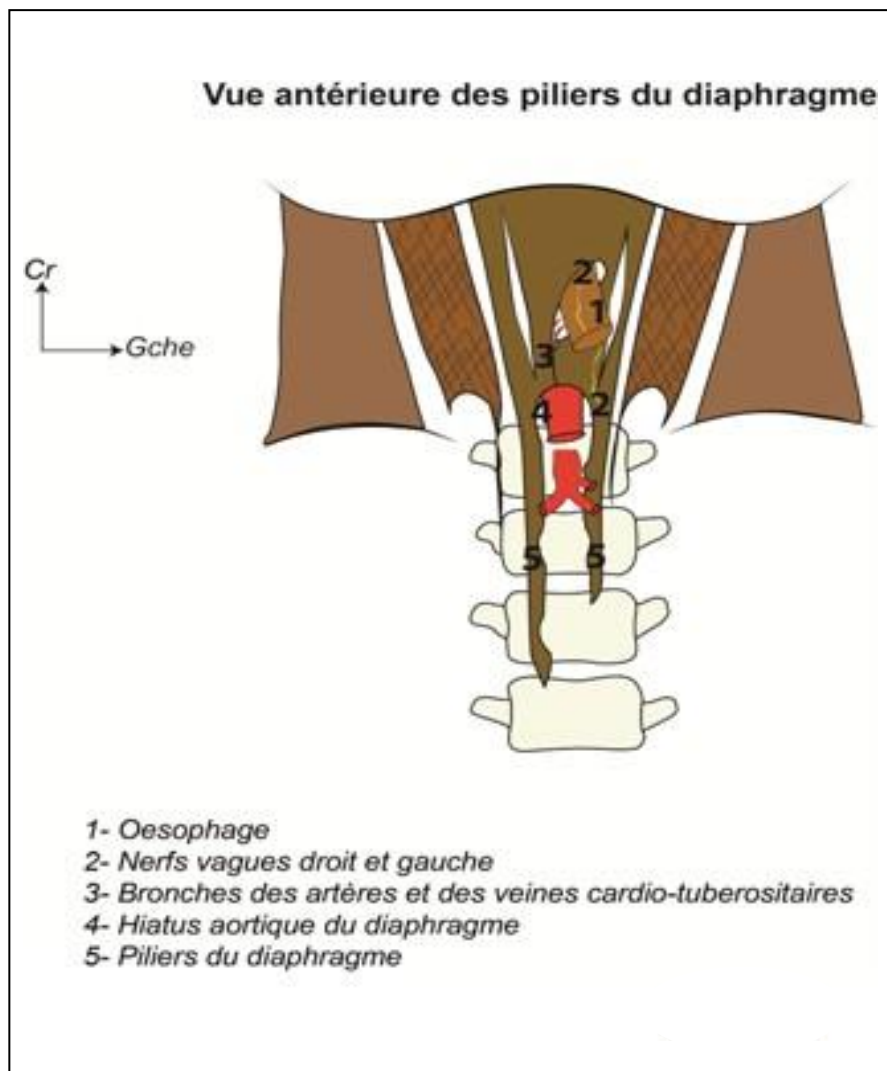
N.C : Cette membrane distendue dans les hernies hiatales, permet à l'œsophage de rester indépendant du diaphragme mais n'assure pas sa fixité.

- ✓ Les 2 nerfs vagues, le droit en arrière, le gauche en avant,
- ✓ Et des branches des artères et des veines cardio-oeso-tubérositaires et phréniques.

– Cet orifice entre en rapport, avec :

- En arrière et en bas : l'espace infra-médiastinal postérieur et le hiatus aortique.
- En avant : le centre tendineux du diaphragme et l'orifice de la veine cave inférieure.
- Latéralement : les piliers du diaphragme et leurs orifices.

N.C : Cet orifice participe à la continence oeso-cardiale avec l'incisure cardiale, et le sphincter inférieur de l'œsophage, ce dernier correspond à une notion physiologique et non à une entité anatomique, et est le résultat de la différence entre la pression positive due aux organes abdominaux qui s'exerce sur l'œsophage abdominale et la pression négative s'exerçant sur l'œsophage thoracique entouré de plèvre.

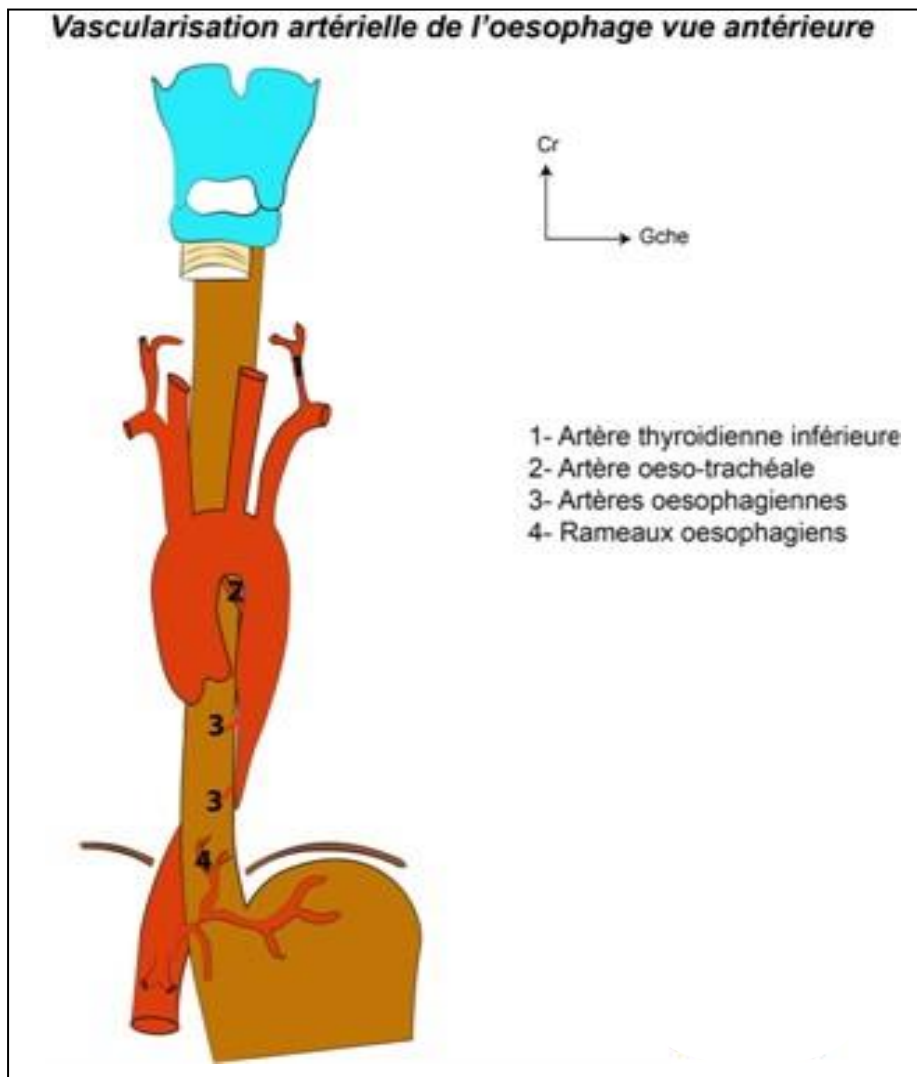


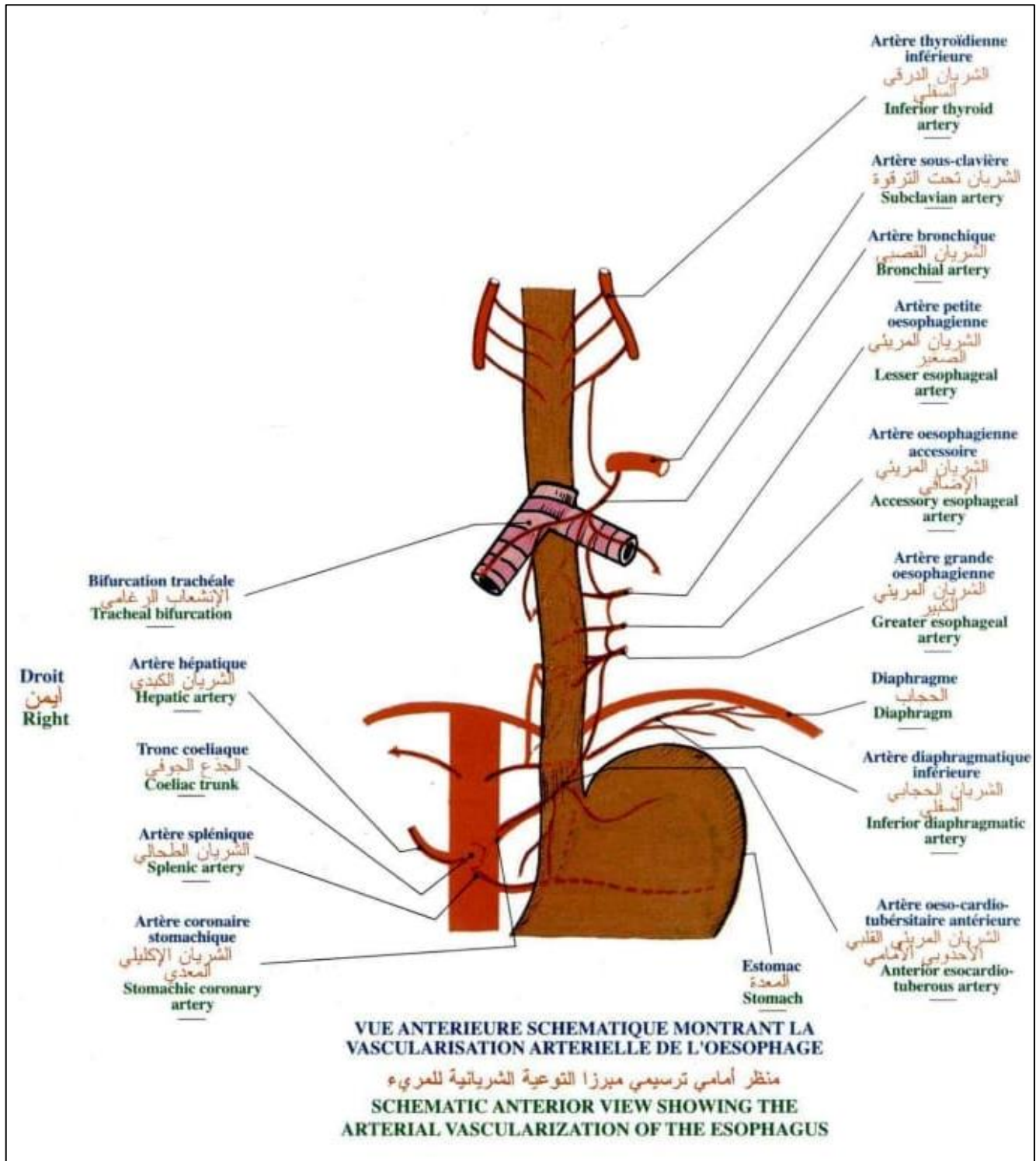
II- VASCULARISATION – INNERVATION :

1. Vascularisation artérielle :

- ✓ Le segment thoracique haut est irrigué par une branche de la thyroïdienne inférieure.

- ✓ Les segments thoraciques moyens et inférieurs sont irrigués par des branches de l'aorte thoracique descendante :
 - L'artère oeso-trachéale,
 - Et les artères œsophagiennes.
- ✓ Le segment immédiatement sus-diaphragmatique, moins bien vascularisée, est irrigué par :
 - Les rameaux des artères oeso-cardio-tuberositaires,
 - Et les rameaux des artères phréniques inférieures.





VUE ANTERIEURE SCHEMATIQUE MONTRANT LA VASCULARISATION ARTERIELLE DE L'ESOPHAGE

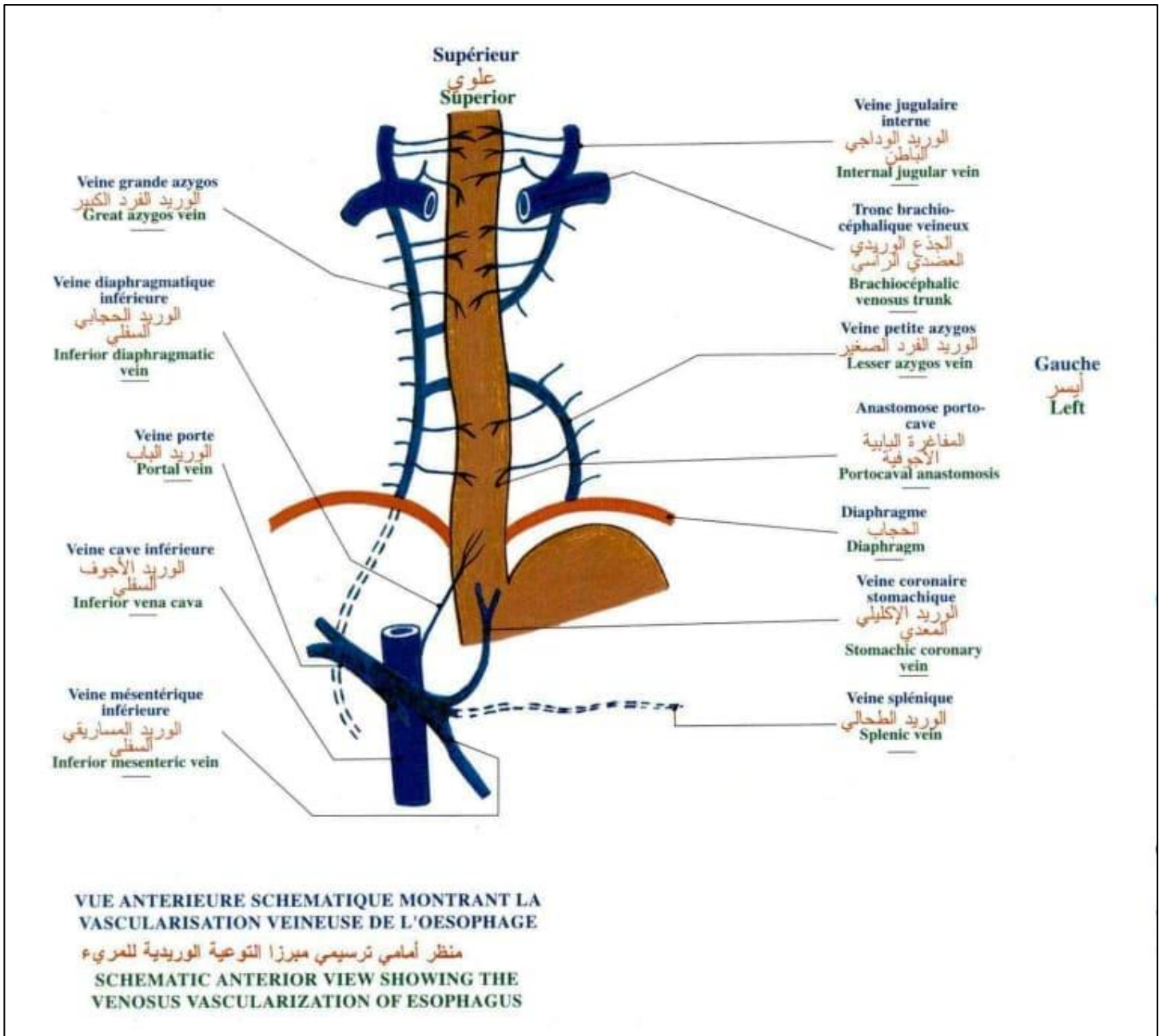
منظر أمامي ترميمي مبرزاً التوعية الشريانية للمريء

SCHEMATIC ANTERIOR VIEW SHOWING THE ARTERIAL VASCULARIZATION OF THE ESOPHAGUS

2. Vascularisation veineuse :

Les veines de l'œsophage se drainent :

- ✓ En haut dans le système cave : par les veines diaphragmatique et azygos.
- ✓ En bas dans le système porte : par les veines stomachique et splénique.



NC : Ces deux systèmes sont largement anastomosés au niveau du plexus sous-muqueux ce qui explique qu'en cas d'hypertension-portale une dilatation des veines sous-muqueuses formant des varices survient par reflux de sang dans le système cave, leur rupture est responsable d'hémorragie digestive.

3. Drainage lymphatique :

Après un premier relais dans les ganglions para-œsophagiens, les lymphatiques gagnent une série de relais étagé du cou au tronc cœliaque et dont les plus importants sont les ganglions :

- ✓ Latérotrochéaux,
- ✓ Intertrachéobronchiques,
- ✓ De l'espace portale,
- ✓ Et coronaires stomachiques.

N.C : La dissémination des relais, le caractère souvent paradoxal de leur envahissement, la contiguïté du canal thoracique sont autant de cause d'échec de l'oesophagectomie pour cancer.

2- Innervation :

La double innervation sympathique et parasympathique provient des nerfs vagues (directement et par l'intermédiaire des nerfs laryngés récurrents) et du sympathique (avant tout du sympathique thoracique).

III – APPLICATIONS CLINIQUES :

Le cancer de l'œsophage : est un cancer se développant dans la muqueuse de l'œsophage. Le type le plus fréquent est le carcinome épidermoïde de l'œsophage, souvent associé à une intoxication alcool-tabagique.

Le début d'une dysphagie chez toute personne âgée de plus de 45 ans doit faire suspecter l'existence d'un cancer de l'œsophage. On peut procéder à une endoscopie digestive, qui permet d'observer une éventuelle tumeur et d'en prélever une biopsie.

IV – CONCLUSION :

L'anatomie permet de comprendre la gravité des cancers : situation profonde, absence de séreuse, réseau lymphatique multidirectionnel. Ainsi que la difficulté de l'abord chirurgical vu l'importance de ses rapports vasculo-nerveux très important et la nécessité de choix de la voie d'abord en fonction du siège de la lésion.

