

Item 308 : Dysphagie

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1 Définition.....	1
2 Deux types de dysphagie.....	2
3 Démarche diagnostique en cas de dysphagie oesophagienne.....	3
3 . 1 Étape 1 : recherche d'éléments d'orientation par l'interrogatoire.....	1
3 . 2 Étape 2 : recherche prioritaire d'une lésion organique de l'oesophage.....	1
3 . 3 Étape 3 : si l'endoscopie oeso-gastroduodénale est normale, chercher un trouble moteur oesophagien.....	1
4 Dysphagies lésionnelles.....	4
5 Dysphagies fonctionnelles.....	5
5 . 1 L'achalasia.....	1
5 . 2 Autres troubles moteurs de l'oesophage.....	1

OBJECTIFS

ENC :

- Devant une dysphagie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

I DÉFINITION

La dysphagie est une sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire survenant au cours de la déglutition.

Elle doit être différenciée :

- de l'odynophagie (douleur ressentie lors de la progression des aliments dans l'oesophage mais sans sensation de blocage de l'alimentation) ;
- de la sensation de striction cervicale liée à l'anxiété, qualifiée de « *globus hystericus* » ;
- de l'anorexie (perte d'appétit), surtout lorsqu'elle porte de façon élective sur certains aliments (viande) ;
- d'une satiété précoce avec impression possible de blocage épigastrique mais qui survient après plusieurs bouchées.

Ces différents symptômes peuvent éventuellement être associés.

II DEUX TYPES DE DYSPHAGIE

L'interrogatoire permet de distinguer deux types de dysphagie :

- la dysphagie oro-pharyngée qui se traduit par une difficulté à initier la déglutition et à propulser le bol alimentaire dans l'oesophage. Le patient localise nettement sa gêne ou sa sensation de blocage dans la région cervicale. Ce type de dysphagie relève essentiellement de causes ORL ou neurologiques. Elle ne sera pas développée dans ce chapitre ;

- la dysphagie oesophagienne est ressentie comme une sensation de blocage ou une gêne à la progression du bol alimentaire localisée au niveau de la région rétro-sternale.

On distingue aussi, selon le mécanisme en cause, la dysphagie lésionnelle due à un obstacle mécanique, le plus souvent dans la lumière oesophagienne (ex : tumeur maligne) et la dysphagie fonctionnelle due à un trouble moteur (ex : achalasie).

III DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE DYSPHAGIE OESOPHAGIENNE

III.1 ÉTAPE 1 : RECHERCHE D'ÉLÉMENTS D'ORIENTATION PAR L'INTERROGATOIRE

L'interrogatoire précise :

- la localisation rétro-sternale de la gêne et son niveau ;
- l'électivité pour les solides (dysphagie des sténoses organiques) ou l'association avec une dysphagie pour les liquides qui peut prédominer (dysphagie paradoxale) ;
- le mode de début (brutal ou non) ;
- l'évolution (progression plus ou moins rapide, intermittence) ;
- le terrain sur lequel survient la dysphagie : âge, intoxication alcool-tabagique, exposition à des agents irritants pour l'oesophage (médicaments, caustiques, radiations), affection maligne ou maladie générale (sclérodermie, diabète) connue ;
- les symptômes associés : signes de reflux gastro-oesophagien (Reflux gastro-oesophagien) et leur relation chronologique avec la dysphagie, signes ORL et/ou respiratoires, hoquet, hypersialorrhée, fausses routes ;
- l'existence d'une altération de l'état général (anorexie, amaigrissement).

III.2 ÉTAPE 2 : RECHERCHE PRIORITAIRE D'UNE LÉSION ORGANIQUE DE L'OESOPHAGE

1. Endoscopie oeso-gastro-duodénale

C'est l'examen clé à faire en premier lieu devant toute dysphagie. L'examen endoscopique de l'oesophage est en effet la méthode la plus performante pour le diagnostic des tumeurs de l'oesophage et des oesophagites.

L'endoscopie permet à la fois l'étude précise de la muqueuse et la réalisation de prélèvements biopsiques. Les zones qui sont particulièrement à biopsier peuvent être plus facilement décelées en ayant recours à des colorants qui sont vaporisés en spray sur la muqueuse (bleu de méthylène, lugol).

Même en cas de muqueuse normale, des biopsies muqueuses doivent être systématiquement réalisées pour rechercher une oesophagite à éosinophiles.

2. Autres examens morphologiques

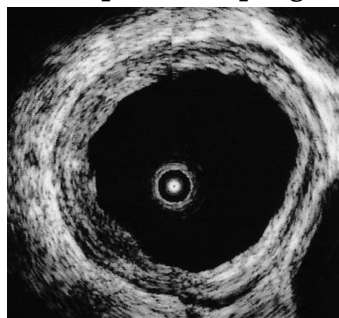
Lorsque l'endoscopie oeso-gastro-duodénale n'est pas techniquement possible (sténose oesophagienne infranchissable) ou qu'elle n'est pas complètement contributive (aspect de compression extrinsèque avec muqueuse normale), la réalisation d'autres examens se discute.

Le scanner thoracique permet de chercher une lésion médiastinale et, en complément de l'endoscopie, il apprécie l'extension pariétale, médiastinale et ganglionnaire des cancers (figure).

L'écho-endoscopie est l'examen qui explore le plus précisément la paroi oesophagienne en documentant l'atteinte des différentes couches, et des structures péri-oesophagiennes (**fig. 34.1**). Elle apprécie l'extension pariétale des tumeurs, détecte les adénopathies métastatiques et différencie les lésions sous-muqueuses intramurales (dans la paroi) des compressions extrinsèques. L'existence d'une sténose en limite les performances.

Le transit baryté de l'oesophage peut être fait en deuxième intention, surtout dans les cas d'endoscopie impossible ou incomplète (sténose infranchissable). Il peut également s'avérer utile pour objectiver une compression extrinsèque ainsi que pour préciser la topographie et l'étendue d'un cancer de l'oesophage.

Fig. 34.1. Aspect normal de la paroi oesophagienne en écho-endoscopie



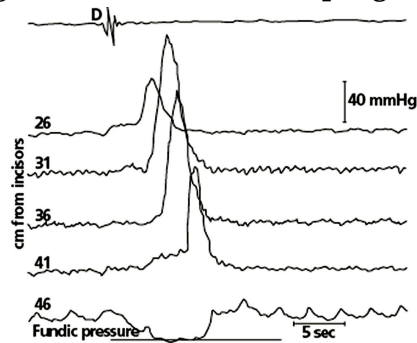
III.3 ÉTAPE 3 : SI L'ENDOSCOPIE OESO-GASTRODUODÉNALE EST NORMALE, CHERCHER UN TROUBLE MOTEUR OESOPHAGIEN

Le transit baryté de l'oesophage et surtout la manométrie oesophagienne sont indiqués pour chercher un trouble moteur lorsqu'un examen endoscopique normal a éliminé une lésion muqueuse oesophagienne ou une compression extrinsèque et que les biopsies muqueuses systématiques, en cas d'aspect normal de la muqueuse, ont écarté une oesophagite à éosinophiles.

La manométrie oesophagienne est l'examen clé pour le diagnostic des troubles moteurs de l'oesophage. Elle enregistre la pression de repos du sphincter inférieur de l'oesophage (Sphincter inférieur de l'oesophage) et sa relaxation lors de la déglutition et ainsi analyse le péristaltisme au niveau du corps de l'oesophage en réponse à des déglutitions d'eau ou de solides (**fig. 34.2**). Elle peut être utile pour rattacher à l'oesophage une douleur thoracique d'allure angineuse.

(En savoir plus : (1) SCHUMACHER S, MÜLLER M. Que faire en cas de troubles de la déglutition? *Forum Medical Suisse [en ligne]*. 2007, No. 05, 130-134 p) (1) Que faire en cas de troubles de la déglutition?

Fig. 34.2. Manométrie oesophagienne



IV DYSPHAGIES LÉSIONNELLES

Dans ce contexte, la dysphagie prédomine sur les solides, s'aggrave progressivement et retentit habituellement sur l'état général.

L'endoscopie découvre dans la majorité des cas une sténose organique de l'oesophage qui est biopsiée à de multiples endroits. En cas de doute diagnostique, ou si les premières ne sont pas contributives, les biopsies doivent être répétées.

Les principales lésions organiques responsables d'une dysphagie d'origine oesophagienne sont :

- les sténoses tumorales :

- **cancer épidermoïde,**
- **plus rarement adénocarcinome soit primitivement oesophagien développé sur un endobrachyoesophage, soit initialement cardiaal et étendu vers l'oesophage,**
- **de façon exceptionnelle d'autres tumeurs malignes (sarcome et mélanome) ou bénignes (léiomyome) et tumeurs extrinsèques (ganglionnaire, bronchique, médiastinale) ;**

- les sténoses non tumorales :

- **le plus souvent oesophagite peptique (sténose régulière, centrée, souvent à la jonction des 1/3 moyen et inférieur de l'oesophage),**
- **parfois oesophagite caustique ou radique,**
- **beaucoup plus rarement, compression extrinsèque (adénopathie, anomalie artérielle) ;**

- les oesophagites non sténosantes :

- **d'origine médicamenteuse (doxycycline, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, alendronate, chlorure de potassium) au cours desquelles le symptôme prédominant est en fait l'odynophagie,**
- **à éosinophiles, qui touchent surtout l'homme, en association dans 30 à 60 % des cas avec des manifestations atopiques (asthme, dermatite atopique...) et qui peuvent être à l'origine d'une impaction alimentaire (blocage des aliments dans la lumière),**
- **d'origine infectieuse (candida, Cytomégalovirus, herpes) observées le plus souvent dans un contexte particulier (immunodéprimé, diabète) ;**

- le diverticule de Zenker, apanage du sujet âgé, qui siège à la face postérieure de la jonction pharyngo-oesophagienne et au cours duquel la dysphagie est haute et associée à des régurgitations alimentaires parfois déclenchées par une pression cervicale.

V DYSPHAGIES FONCTIONNELLES

Le trouble moteur peut être primitif ou secondaire.

Primitifs :

- achalasie (synonyme : cardiospasm) qui peut aboutir au méga-oesophage idiopathique ;
- maladie des spasmes diffus de l'oesophage ;
- oesophage « casse-noisettes ».

Secondaires :

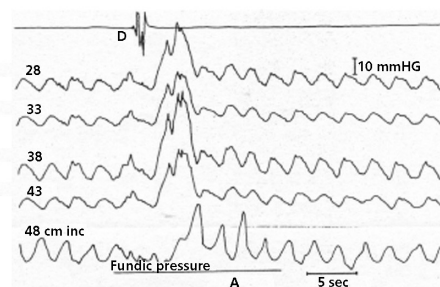
- au cours du RGO ;
- au cours de certaines collagénoses (sclérodermie, dermatomyosite, lupus) ;
- au cours de maladies touchant l'innervation ou la musculature oesophagienne (diabète, amylose, myasthénie).

V.1 L'ACHALASIE

1. Définition

Étymologiquement, achalasie signifie « absence d'ouverture du sphincter ». Mais, il s'agit d'un trouble moteur primitif de l'oesophage de cause inconnue, qui est d'abord défini par l'absence complète de péristaltisme dans le corps de l'oesophage (fig. 34.3). Dans la majorité des cas, cet apéristaltisme est associé à une relaxation du SIO absente ou incomplète lors de la déglutition et à une hypertonie de repos du SIO.

Fig. 34.3. Aspect manométrique d'achalasie



Tracé d'achalasie avec la survenue de contractions synchrones lors des déglutitions (D) traduisant une disparition du péristaltisme oesophagien.

2. Arguments cliniques et paracliniques en faveur d'une achalasie

Au début de la maladie, le signe révélateur habituel est la dysphagie. Elle peut être très modérée. La dysphagie est évocatrice de l'achalasie quand elle est paradoxale, affectant électivement les liquides, et capricieuse, survenant de façon intermittente et inopinée, ou à la suite d'une émotion et cédant lors de manoeuvres inspiratoires ou de changements de position. Des régurgitations sont l'autre grand symptôme de l'achalasie. Elles peuvent orienter à tort vers un RGO ou un diverticule. En survenant durant la nuit, les régurgitations sont parfois à l'origine de complications respiratoires. Plus rarement, la maladie se révèle par des douleurs rétro-sternales constrictives, pseudo-angineuses mais non liées à l'effort. Elle peut entraîner une dénutrition.

Paradoxalement, à ce stade débutant de la maladie, l'endoscopie digestive haute est normale.

À un stade plus évolué, la dysphagie perd ses caractères évocateurs d'un trouble moteur. L'endoscopie découvre un oesophage dilaté, souvent atone, contenant des résidus alimentaires parfois abondants.

(En savoir plus : (2) PICHE T., HATLEBAKK JG., Dysphagie au cours du reflux gastro-oesophagien avant chirurgie. Acta Endoscopica [en ligne]. Août 2006, Vol. 36, Numéro 4, 545-554 p.) (2)Dysphagie au cours du reflux gastro-oesophagien avant chirurgie.

3. Principales anomalies manométriques oesophagiennes

Au cours de l'achalasie, diverses perturbations motrices plus ou moins caractéristiques peuvent être mises en évidence par la manométrie. Le critère obligatoire du diagnostic est l'absence totale de péristaltisme dans le corps de l'oesophage (absence de contractions oesophagiennes propagées en réponse à des déglutitions d'eau). Des contractions non propagées mais d'amplitude très importante s'observent dans l'achalasie « vigoureuse ». Il existe fréquemment une hypertonie du SIO ainsi qu'une absence de relaxation ou une relaxation seulement incomplète de ce sphincter. Les anomalies sphinctériennes peuvent manquer au stade initial.

4. Diagnostic différentiel

L'endoscopie doit toujours être réalisée en première intention pour écarter une affection cancéreuse, notamment du cardia. Une tumeur infiltrante du cardia peut être à l'origine de perturbations motrices très voisines de celles observées dans l'achalasie ; on parle

alors de pseudo-achalasia néoplasique.

Il est nécessaire de la chercher par une écho-endoscopie, notamment lorsque l'achalasia se révèle tardivement, après 50 ans, ou lorsque la manométrie oesophagienne met en évidence une importante hyperpression au niveau du SIO.

Chez des sujets ayant vécu en Amérique du Sud, une pseudo-achalasia due à une parasitose (*Trypanosoma cruzi*) doit être cherchée (maladie de Chagas).

5. Principes du traitement

Aucun traitement ne peut actuellement restaurer un péristaltisme oesophagien. Le traitement a pour objectif de diminuer la pression du SIO par section musculaire chirurgicale (myotomie extra-muqueuse, réalisable aujourd'hui par coelioscopie), par dilatation pneumatique sous endoscopie ou par action pharmacologique (dérivés nitrés par voie sublinguale, infiltration intra-sphinctérienne per-endoscopique de toxine botulique) pour permettre la vidange de l'oesophage sans provoquer de RGO.

La dilatation pneumatique réalisée par voie endoscopique et le traitement chirurgical sont les méthodes principales. Leur efficacité est comparable, jugée excellente ou bonne dans plus de trois quarts des cas. Leurs complications (respectivement la perforation de l'oesophage et l'oesophagite par reflux) sont rares. Leur mortalité est quasi nulle.

(En savoir plus : (3) DANG Y., MERCIER D. Treatment of esophageal achalasia with Heller myotomy: retrospective evaluation of patient satisfaction and disease-specific quality of life. Canadian Journal of Surgery [en ligne]. Août 2006, Vol. 49(4), 267-71 p.) (3) Treatment of esophageal achalasia with Heller myotomy: retrospective evaluation of patient satisfaction and disease-specific quality of life.

(En savoir plus : (4) Canal-U/Université V. Segalen Bordeaux. Opération de Heller, valve anti-reflux pour achalasia.) (4) Vidéo.

(Recommandation : (1) Société Française d'Endoscopie Digestive. La dilatation du cardia (achalasia) [en ligne]. Décembre 2006.) (1) La dilatation du cardia (achalasia).

V.2 AUTRES TROUBLES MOTEURS DE L'ŒSOPHAGE

1. Les troubles moteurs primitifs

En dehors de l'achalasia, les troubles moteurs oesophagiens considérés comme primitifs comprennent la maladie des spasmes diffus de l'oesophage et l'oesophage « casse-noisettes ».

Dans la maladie des spasmes diffus de l'oesophage, plus de 10 % des ondes enregistrées au niveau du corps de l'oesophage sont anormales, non propagées, amples et répétitives, et alternent avec un péristaltisme normal (**fig. 34.4**).

L'oesophage « casse-noisettes » se caractérise par des ondes péristaltiques anormales, prolongées et de très grande amplitude prédominant dans la partie distale de l'oesophage (**fig. 34.5**).

Au cours de ces deux affections, le fonctionnement du SIO est normal.

(En savoir plus : (5) METMAN E.H., NEGREANU L., GODART B. Troubles moteurs primitifs de l'oesophage (en dehors de l'achalasia). *Acta Endoscopica* [en ligne]. Août 2006, Vol. 36, Number 4, 571-587 p.) (5) Troubles moteurs primitifs de l'oesophage (en dehors de l'achalasia).

Fig. 34.4. Aspect radiologique d'achalasia évoluée, parvenue au stage de méga-oesophage

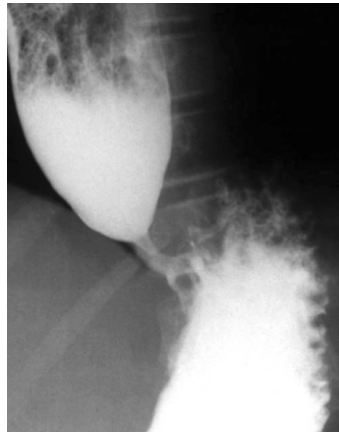
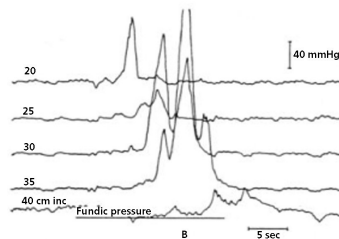


Fig. 34.5. Aspect manométrique de spasmes de l'oesophage



2. Les troubles moteurs oesophagiens dits « secondaires »

Ils peuvent être observés au cours des collagénoses (sclérodermie), du diabète, de l'amylose et de nombreuses affections du système nerveux central ou périphérique.

(Recommandation : (2) World Gastroenterology Organisation. *WGO Practice Guideline Dysphagia* [en ligne]. 2007.) (2)Dysphagia.

VI ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- (1) SCHUMACHER S, MÜLLER M. Que faire en cas de troubles de la déglutition? Forum Medical Suisse [en ligne]. 2007, No. 05, 130-134 p : http://www.medicalforum.ch/archive_f/2007/2007-05.Html
- (2) PICHE T., HATLEBAKK JG., Dysphagie au cours du reflux gastro-œsophagien avant chirurgie. Acta Endoscopica [en ligne]. Août 2006, Vol. 36, Numéro 4, 545-554 p. : <http://www.springerlink.com/content/u586426602645130/>
- (3) DANG Y., MERCIER D. Treatment of esophageal achalasia with Heller myotomy: retrospective evaluation of patient satisfaction and disease-specific quality of life. Canadian Journal of Surgery [en ligne]. Août 2006, Vol. 49(4), 267-71 p. : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16948885?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- (4) Canal-U/Université V. Segalen Bordeaux. Opération de Heller, valve anti-reflux pour achalasia. : http://www.canal-u.tv/producteurs/universite_victor_segalen_bordeaux_2_dcam/dossier_programmes/sciences_de_la_sante_et_du_sport/medecine/operation_de_heller_valve_anti_reflux_pour_achalasia
- (5) METMAN E.H., NEGREANU L., GODART B. Troubles moteurs primitifs de l'œsophage (en dehors de l'achalasia). Acta Endoscopica [en ligne]. Août 2006, Vol. 36, Number 4, 571-587 p. : <http://www.springerlink.com/content/f17k6x46316p1512/>

RECOMMANDATION

- (1) Société Française d'Endoscopie Digestive. La dilatation du cardia (achalasia) [en ligne]. Décembre 2006. : <http://www.sfed.org/Tube-digestif-haut/La-dilatation-du-cardia-achalasia.html>
- (2) World Gastroenterology Organisation. WGO Practice Guideline - Dysphagia [en ligne]. 2007. : <http://www.worldgastroenterology.org/dysphagia.html>

ABRÉVIATIONS

- CMV : Cytomégalovirus
- RGO : Reflux gastro-oesophagien
- SIO : Sphincter inférieur de l'oesophage