

Item 308 : Dysphagie

Collège Français d'ORL

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :	4
SPECIFIQUE :	4
I Physiopathologie	5
II Sémiologie	5
II.1 Symptômes observés au cours des troubles de la déglutition	5
II.1.1 Description de la dysphagie	5
II.1.2 Caractéristiques	5
II.2 Autres symptômes	6
II.3 Signes d'adaptations alimentaires	6
II.4 Facteurs aggravants	7
II.5 Diagnostic différentiel	7
III Signes physiques	7
IV Diagnostic	8
IV.1 Évaluer la sévérité du trouble	8
IV.2 Examens complémentaires	9
IV.2.1 À but étiologique	9
IV.2.2 À but fonctionnel et étiologique	9
IV.3 Diagnostic étiologique : éléments d'orientation	10
IV.3.1 Obstacles mécaniques tumoraux le long du tractus digestif	10
IV.3.1.1 Cancers du pharynx et de l'oesophage	10
IV.3.1.2 Tumeurs bénignes de l'oesophage	11
IV.3.1.3 Causes compressives extrinsèques	11
IV.3.2 Atteintes du sphincter supérieur de l'oesophage	11
IV.3.2.1 Diverticule de Zenker	11

IV.3.2.2	Achalasie du sphincter supérieur de l'oesophage.....	12
IV.3.2.3	Syndrome de Plummer-Vinson (ou de Kelly-Patterson).....	12
IV.3.3	Causes neurologiques ou neuromusculaires.....	12
IV.3.3.1	Sclérose latérale amyotrophique.....	13
IV.3.3.2	Myasthénie.....	13
IV.3.3.3	Paralysie des nerfs crâniens.....	13
IV.3.3.4	Myopathies (myopathies oculopharyngées, mitochondriales, Steinert).....	13
IV.3.3.5	Syndromes pseudobulbaires d'origine vasculaire.....	13
IV.3.3.6	Tumeurs du IVe ventricule.....	14
IV.3.4	Sténoses oesophagiennes et oesophagites.....	14
IV.3.4.1	Sténoses oesophagiennes séquellaires caustique ou peptique.....	14
IV.3.4.2	Autres oesophagites dysphagiantes.....	14
IV.3.5	Troubles moteurs oesophagiens.....	14
IV.3.5.1	Troubles moteurs œsophagiens primitifs.....	14
IV.3.5.2	Troubles moteurs œsophagiens secondaires.....	15
IV.3.6	Causes de dysphagie aiguë.....	15
IV.3.6.1	Causes infectieuses.....	15
IV.3.6.2	Corps étrangers pharyngo-oesophagien.....	15
IV.3.6.3	Brûlures par caustique.....	17
V	Exploration fonctionnelle.....	20
V.1	Observation de la prise alimentaire.....	20
V.2	Nasofibroscopie du carrefour au cours de la déglutition d'un aliment.....	20
V.3	Manométrie.....	21
V.4	Radiocinéma.....	21
V.5	PHmétrie.....	21
VI	Information sur les possibilités thérapeutiques (hors programme de l'ECN).....	22
VI.1	Conseil diététique.....	22
VI.2	Rééducation.....	22

VI.3 Techniques chirurgicales.....	23
VI.3.1 Chirurgie palliative.....	23
VI.3.2 Chirurgie fonctionnelle.....	23
VII Annexes.....	24

OBJECTIFS

ENC :

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

SPECIFIQUE :

- Savoir reconnaître l'origine pharyngo-laryngée d'un trouble de déglutition, en apprécier la gravité et rechercher l'étiologie.
- Connaître les signes d'appel d'un cancer de l'œsophage.

INTRODUCTION

La déglutition est le mécanisme qui permet la préhension des aliments, leur préparation dans la bouche, puis leur propulsion de la bouche vers l'estomac tout en assurant la protection des voies respiratoires. Au cours de nombreuses affections tumorales ou neurologiques, ce mécanisme est susceptible d'être perturbé et d'engager le pronostic fonctionnel et vital. Cette atteinte peut être révélatrice de la pathologie.

La dysphagie est à la fois la perturbation du processus de déglutition et le symptôme caractérisé par la sensation de blocage, d'arrêt de la progression alimentaire. On parle plus généralement des troubles de la déglutition (Troubles de la déglutition).

I PHYSIOPATHOLOGIE

À côté des causes tumorales pharyngées et œsophagiennes qui constituent des obstacles mécaniques, des étiologies neurologiques très diverses peuvent provoquer ces troubles en altérant la commande, nucléaire ou supranucléaire, l'innervation motrice ou sensitive, la transmission neuromusculaire des muscles du pharynx et du sphincter supérieur de l'œsophage (Sphincter supérieur de l'œsophage). La déglutition comporte un temps volontaire oral et un temps réflexe pharyngo-laryngo-œsophagien.

II SÉMIOLOGIE

Le terme dysphagie désigne classiquement le blocage de la progression alimentaire par exemple au cours d'un cancer de l'œsophage. Mais de plus en plus, on désigne, sous le terme dysphagie, tous les troubles qui perturbent le processus de déglutition ; on emploie volontiers le terme de dysphagie haute pour les troubles atteignant le processus normal en amont du corps de l'œsophage.

II.1 SYMPTÔMES OBSERVÉS AU COURS DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

L'interrogatoire est capital.

II.1.1 Description de la dysphagie

Importance : simple gêne ou accrochage au passage des aliments à la dysphagie complète avec blocage alimentaire des solides puis des liquides (aphagie).

Évolution : permanente, intermittente, capricieuse, voire paradoxale avec passage plus facile des aliments solides que liquides.

Mode d'installation avec aggravation croissante de la dysphagie plus ou moins rapide touchant d'abord les solides puis les liquides. Elle est très évocatrice d'une pathologie cancérologique chez un sujet alcoolotabagique. Brutale, la dysphagie évoque alors un corps étranger (sur sténose œsophagienne, par exemple) ou une pathologie infectieuse.

II.1.2 Caractéristiques

- Signes d'atteinte pharyngo-œsophagienne :
 - blocage des aliments dans la région cervicale basse ;
 - déglutition répétée d'une même bouchée ;
 - mastication prolongée ;
 - voix gargouillante, humide ;

- reliquats alimentaires buccopharyngés.
- Signes d'atteinte des mécanismes de protection :
 - fausses routes +++, toux au moment des repas (mais aussi fausses routes silencieuses) : cause possible de pneumopathies d'inhalation ;
 - régurgitations nasales.
- Signes d'atteinte du temps volontaire (temps buccal) :
 - difficultés de la mobilité linguale ;
 - perturbation des praxies buccales ;
 - difficultés dentaires et de mastication ;
 - mouvements anormaux de la sphère orofaciale ;
 - bavage.
- Difficulté de déclenchement du temps réflexe de la déglutition.

II.2 AUTRES SYMPTÔMES

Dysphonie, dyspnée : rechercher une paralysie laryngée associée ou une atteinte laryngotrachéale.

Dysphagie douloureuse (= odynophagie) : rechercher œsophagite, troubles moteurs œsophage (achalasia, spasmes diffus œsophagiens).

Ruminations ou régurgitations, bruits hydro-aériques évoquent un diverticule de Zenker à confirmer par transit baryté pharyngo-œsophagien.

Régurgitation, pyrosis (brûlures rétrosternales ascendantes) associées au reflux gastropharyngé ou gastro-œsophagien.

L'otalgie réflexe est une douleur ressentie dans l'oreille en dehors de toute atteinte de l'oreille externe ou moyenne (tympan normal). Elle oriente d'emblée vers le pharynx ou du vestibule laryngé (cancer ++).

II.3 SIGNES D'ADAPTATIONS ALIMENTAIRES

Modifications de la texture des aliments (le patient exclut certains aliments, mouline ses repas) ; elles sont rendues nécessaires par les troubles et elles sont importantes à préciser. L'alimentation peut être : normale, mastiquée longuement ou de texture modifiée (coupée en petits morceaux, mixée, molle, semi-liquide, liquide). C'est un bon reflet de la sévérité des troubles. Il est classique d'attacher une certaine importance à la texture perturbée mais celle-ci, solide ou liquide, ne permet pas d'établir des corrélations fiables avec les étiologies des troubles (citons la dysphagie paradoxale du diverticule de Zenker, touchant classiquement mais non constamment les textures liquidiennes puis solides). Les défauts de

propulsion pharyngée et d'ouverture du SSO perturbent d'abord la déglutition des solides, l'atteinte du temps volontaire ou de la sensibilité pharyngée celle des liquides mais cela n'a qu'une valeur relative.

Allongement de la durée des repas.

II.4 FACTEURS AGGRAVANTS

Trachéotomie, édentation, reflux gastro-œsophagien, sonde naso-œsophagienne, sécheresse buccale.

II.5 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'interrogatoire doit distinguer une dysphagie constante liée à la déglutition d'aliments, évocatrice d'atteinte organique, d'une sensation de boule dans la gorge de striction, de spasmes ou de compression chez un patient anxieux, voire cancérophobe, éventuellement améliorée par la prise alimentaire. On parle alors de paresthésies pharyngées, de globus. Mais dans tous les cas, on doit éliminer un cancer et faire les examens nécessaires qui permettent d'éliminer le diagnostic.

III SIGNES PHYSIQUES

L'examen clinique comporte :

- l'examen à l'abaisse-langue de la cavité buccale et de l'oropharynx. L'examen pharyngolaryngé, avec le miroir laryngé ou la nasofibroscopie, permet de visualiser le pharynx et le larynx ;
- l'étude des paires crâniennes, la mobilité linguale, vélaire et laryngée ;
- la palpation cervicale à la recherche d'adénopathies, d'une tuméfaction thyroïdienne ou d'une masse cervicale.

On étudie :

- les troubles de la motricité générale et de la posture ;
- les dyskinésies orolabiales éventuelles ;
- les anomalies de la morphologie buccale ;
- les troubles de la continence salivaire ;
- l'état dentaire et les possibilités de mastication ;
- les troubles salivaires ;
- la morphologie du pharynx et du larynx, à la recherche d'une tumeur du pharynx. Les tumeurs du vestibule laryngé peuvent être responsables de dysphagie ;

- la diminution de la sensibilité pharyngée et la perturbation des réflexes normaux ; l'étude de la sensibilité pharyngolaryngée se fait de façon assez grossière mais efficace par la palpation du voile avec un écouvillon ou par la palpation de la margelle du larynx avec l'extrémité du nasofibroscope ; elle est complétée par la recherche des réflexes nauséux et vélopalatin ;
- les perturbations de l'ascension laryngée lors de la déglutition de salive à la demande : retard, incapacité, diminution d'amplitude ;
- l'existence d'une stase salivaire plus ou moins marquée dans la bouche, sur les parois du pharynx, dans les sinus piriformes ou les vallécules. Cette stase est un très bon signe d'organicité et un bon indicateur de l'importance de la baisse des possibilités de propulsion buccale et pharyngée ou de relaxation du SSO ;
- les paralysies unilatérales des paires crâniennes concernées (V, VII, IX-X, XI, XII), responsables d'un retentissement variable en durée et en intensité. Leur observation est facilitée par un examen au nasofibroscope du carrefour pharyngolaryngé. *L'atteinte du X se manifeste par une immobilité du larynx du côté atteint avec une béance du sinus piriforme atteint et stase salivaire, troubles de la sensibilité du côté atteint, et signe du rideau : lors de l'examen de l'oropharynx avec l'abaisse-langue, la paroi pharyngée postérieure (et non le voile) se déplace du côté sain lors de la phonation à la façon d'un rideau (avec les plis pharyngés).*

IV DIAGNOSTIC

La démarche diagnostique doit être orientée en réservant les explorations fonctionnelles à des cas sélectionnés.

IV.1 ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DU TROUBLE

Il faut d'abord évaluer la sévérité du trouble. Les troubles présentés sont-ils liés à la déglutition d'aliments ou aggravés par elle ? Sont-ils au contraire présents en dehors de la prise alimentaire et même soulagés par elle ? La réponse à cette question permet de distinguer les troubles vrais de la déglutition des paresthésies pharyngées ou « globus ». Dans les deux cas, la recherche d'un cancer des voies aérodigestives est une priorité. Quel est le retentissement vital des troubles ? Celui-ci s'apprécie sur la perte de poids, l'état pulmonaire (pneumopathies d'inhalation) et la survenue d'épisodes asphyxiques par fausses routes. Dans certains cas, les TD, tout en étant réels, n'entraînent qu'un retentissement fonctionnel sans complications vitales. Dans d'autres cas, c'est le pronostic vital qui est en jeu. Inversement, le pronostic vital peut être mis en jeu, il est alors nécessaire d'hospitaliser le patient sans délai pour modifier le mode d'alimentation entérale par une alimentation par sonde nasogastrique ou par voie parentérale. En cas de détresse

respiratoire, il faut ventiler le patient en réanimation et parfois poser l'indication d'une trachéotomie.

IV.2 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

IV.2.1 À but étiologique

Nasofibroskopie : elle fait partie intégrante de l'examen ORL, simple, au fauteuil ; elle permet de détecter une cause tumorale pharyngée, un trouble neurologique du carrefour pharyngolaryngé (paralysie du pharynx et/ou du larynx).

Fibroskopie œsophagienne : elle est indispensable devant toute dysphagie pour détecter une anomalie muqueuse œsophagienne (tumeur, œsophagite, sténose) et la biopsier.

Transit baryté pharyngo-œsophagien : il est seulement demandé en cas de signes d'appel évocateur de diverticule pharyngo-œsophagien de Zenker ou pour préciser une sténose.

Radio pulmonaire : elle permet de détecter des signes de compression œsophagienne thoracique.

Scanner cervicothoracique et de la base du crâne : il doit être systématique devant une paralysie laryngée pour détecter une cause compressive sur le trajet du nerf vague.

Scanner thoracique : rechercher une cause compressive.

Endoscopie ORL aux tubes rigides sous anesthésie générale : surtout utile pour vérifier l'état de la bouche œsophagienne, car celle-ci s'explore mal en fibroskopie. Indispensable pour le bilan d'un carcinome pharyngé (figure 1).

Figure 1 : oesophagoscopie au tube rigide réalisée sous anesthésie générale.



Le tube rigide est placé délicatement dans l'œsophage et la visualisation est aidée par l'utilisation d'une optique grossissante. Au travers de la lumière du tube, de nombreux gestes endoscopiques sont réalisables (biopsies, extraction de corps étranger).

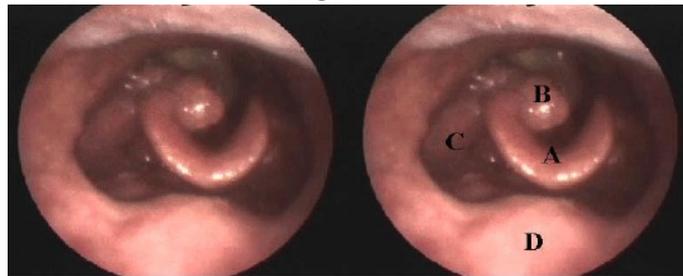
IV.2.2 À but fonctionnel et étiologique

Nasofibroskopie : examen simple et peu invasif, elle permet d'observer le carrefour lors de la déglutition d'aliments et d'observer des signes indirects de dysfonction du sphincter supérieur de l'œsophage, de visualiser d'éventuelles fausses routes ; normale, elle fournit aussi un argument étiologique contre une atteinte du pharynx ou du larynx.

Radiocinéma (ou vidéofluoroscopie) : utile pour observer les atteintes du SSO.

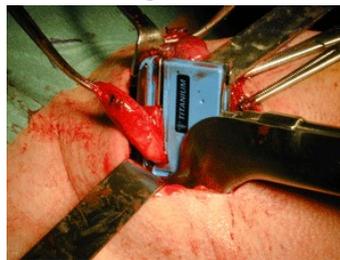
Manométries œsophagiennes : utiles pour le diagnostic des atteintes motrices œsophagiennes, ou quantifier une éventuelle hypertonie du SSO qui peut être en faveur d'une achalasie.

Figure 2 :



Images en nasofibroskopie d'un patient présentant un cancer bourgeonnant du repli ary-épiglottique droite (B). Noter l'épiglotte (A), le sinus piriforme droit (C), la face postérieure du voile du palais (D).

Figure 3 :



Photographie opératoire montrant un diverticule de Zenker (dans la pince à gauche) sectionné à l'aide d'une pince à suture automatique (bleue)

IV.3 DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE : ÉLÉMENTS D'ORIENTATION

IV.3.1 Obstacles mécaniques tumoraux le long du tractus digestif

C'est la première recherche étiologique.

IV.3.1.1 Cancers du pharynx et de l'œsophage

Ils sont la première cause de troubles de déglutition et doivent être recherchés avant toute autre exploration. Leur recherche impose l'examen ORL complet quel que soit le contexte ; vis-à-vis de l'œsophage, l'examen à demander de première intention est une fibroscopie de préférence au transit baryté. Ce dernier examen n'est indiqué que lorsque l'interrogatoire est évocateur d'un possible diverticule de Zenker (ruminations, bruits hydro-aériques

cervicaux, toux nocturne). La fibroscopie permet parfois de trouver des signes évocateurs d'un trouble moteur œsophagien (œsophagite).

Les cancers du sinus piriforme, du vestibule laryngé et de la région rétrocricoïdienne sont à l'origine d'une gêne pharyngée. L'existence d'une dysphagie avec blocage alimentaire est évocatrice d'une extension à la bouche œsophagienne, surtout si elle est associée à une otalgie réflexe. Les cancers de la glotte et de la sous-glotté ne sont pas dysphagiants (figure 2).

Cancer de l'œsophage : dysphagie d'installation progressive avec altération de l'état général. Le diagnostic est endoscopique : lésion bourgeonnante ou ulcéro-infiltrante plus ou moins sténosante, saignante au contact dont on précise la hauteur et le siège par rapport à l'arcade dentaire supérieure (1/3 supérieur, 1/3 moyen ou 1/3 inférieur de l'œsophage). La biopsie fournit le diagnostic anatomopathologique : carcinome épidermoïde le plus fréquent ou plus rarement adénocarcinome (surtout 1/3 inférieur de l'œsophage). Le bilan comporte une écho-endoscopie, un scanner cervico-thoraco-abdominal, une laryngo-trachéobronchoscopie.

IV.3.1.2 Tumeurs bénignes de l'oesophage

Elles sont rares (fibromes, léiomyomes).

IV.3.1.3 Causes compressives extrinsèques

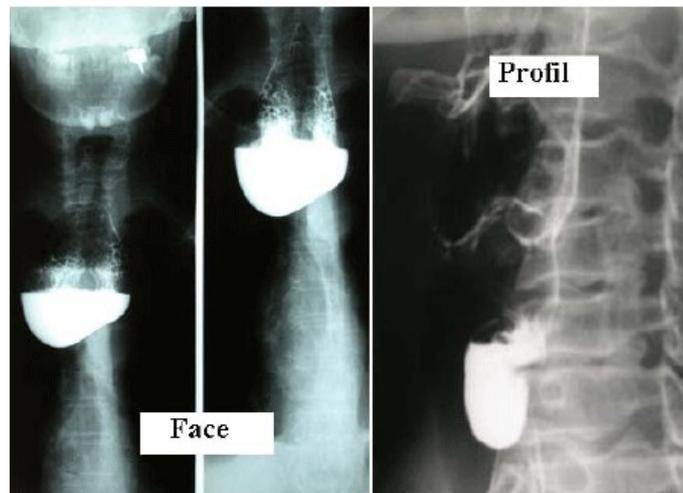
Il faut également rechercher des causes compressives extrinsèques : tumeur médiastinale, anévrysme aortique ou goitre thyroïdien plongeant. La radiographie pulmonaire de face et de profil peut révéler une image médiastinale à l'origine d'une compression œsophagienne (goitre plongeant ou tumeur médiastinale, un niveau liquide de méga-œsophage, une pneumopathie de déglutition), mais la TDM thoracique injectée précise mieux l'extension.

IV.3.2 Atteintes du sphincter supérieur de l'oesophage

IV.3.2.1 Diverticule de Zenker

C'est un diverticule pharyngo-œsophagien secondaire à une hernie à travers une faiblesse de la paroi pharyngée postérieure au-dessus du SSO et qui se développe vers le médiastin rétro-œsophagien. Il est responsable d'une dysphagie intermittente ou fluctuante associée à des régurgitations d'aliments non digérés (stagnant dans la poche diverticulaire), à une toux nocturne de décubitus. Parfois, c'est une pneumopathie d'inhalation et une altération marquée de l'état général qui sont le mode de découverte. En nasofibroscopie, signe de la marée pathognomonique = une bouchée déglutie disparaît dans l'hypopharynx puis réapparaît = équivalent rumination (figure 3 et figure 4). Le traitement est chirurgical.

Figure 3 et 4 : Opacification pharyngo-laryngée de face et de profil chez un patient présentant un diverticule de Zenker



L'orifice du diverticule se situe sur la face postérieure de l'axe digestif, et le diverticule se place en arrière de la lumière oesophagienne

IV.3.2.2 Achalasie du sphincter supérieur de l'oesophage

L'existence d'un blocage cervical bas situé chez un sujet âgé à examen neurologique et fibroscopique normal doit faire évoquer le diagnostic d'achalasie (défaut d'ouverture), dont le traitement est chirurgical. Celle-ci survient chez la personne de plus de 80 ans en général et est en règle générale la conséquence d'une fibrose de la musculature striée du SSO.

IV.3.2.3 Syndrome de Plummer-Vinson (ou de Kelly-Patterson)

Classique, mais exceptionnel. Il s'agit d'une dysphagie haute par atteinte du SSO due à une carence martiale très souvent associée à un carcinome de la bouche de l'oesophage.

IV.3.3 Causes neurologiques ou neuromusculaires

Elles constituent un ensemble de causes très fréquentes de dysphagies et troubles de la déglutition.

Le mécanisme neurologique peut être évident lorsque les troubles surviennent dans un contexte bien identifié : traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, infirmité motrice cérébrale, Parkinson.

La maladie neurologique peut être inconnue quand les TD sont révélateurs. Certaines maladies sont fréquemment inaugurées par ces troubles et doivent être évoquées en premier lieu.

IV.3.3.1 Sclérose latérale amyotrophique

Maladie dégénérative de la corne antérieure, elle donne une atteinte motrice pure, pouvant être inaugurée par l'atteinte pharyngée et linguale. Elle se caractérise par les fasciculations et l'atrophie linguale, une dysarthrie, créant un tableau d'emblée évocateur devant une dysphagie. L'évolution est rapide vers la dégradation et l'extension de l'atteinte vers les muscles respiratoires et les membres.

IV.3.3.2 Myasthénie

Liée au défaut de transmission neuromusculaire, la dysphagie est fréquemment révélatrice comme la dysphonie ou l'atteinte oculaire, toutes caractérisées par le caractère variable, aggravé par la fatigue. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du bloc neuromusculaire sur l'EMG, l'existence d'anticorps anticholinérgiques et le test thérapeutique.

IV.3.3.3 Paralysie des nerfs crâniens

Surtout paralysie du X (nerf vague) avec immobilité laryngée unilatérale + stase salivaire sinus piriforme homolatéral + signe du rideau (la paroi pharyngée postérieure se déplace vers le côté sain) + trouble de la sensibilité homolatérale. Elle doit faire explorer tout le trajet du X et en particulier au niveau de la base du crâne par un scanner. Les tumeurs sont une cause de paralysie du X (neurinomes, métastases) mais aussi les neuropathies périphériques (sarcoïdose : neurosarcoïdose, très grave ; diabète) ; enfin, il peut y avoir des atteintes traumatiques (par exemple, chirurgie carotidienne).

IV.3.3.4 Myopathies (myopathies oculopharyngées, mitochondriales, Steinert)

Atteignent la musculature striée du pharynx et de l'œsophage (1/3 supérieur). Le diagnostic doit être évoqué devant une dysphagie progressivement croissante dans un contexte d'atteinte familiale (maladies héréditaires) avec fréquentes atteintes oculaires (ptosis), sans atteinte sensitive associée (l'association dysphagie- ptosis est très évocatrice de myopathie oculopharyngée). Il existe aussi des atteintes musculaires acquises dans les polymyosites.

IV.3.3.5 Syndromes pseudobulbaires d'origine vasculaire

Ils donnent des atteintes progressives dans un contexte d'HTA avec abolition du réflexe nauséux, dissociation automatico-volontaire du déclenchement de la déglutition (la déglutition réflexe s'effectue plus facilement que le déclenchement volontaire de la déglutition), troubles sensitifs.

IV.3.3.6 Tumeurs du IV^e ventricule

Elles peuvent être révélées par des troubles de la déglutition et doivent être recherchées de principe par une IRM du tronc cérébral devant une dysphagie qui ne fait pas sa preuve.

IV.3.4 Sténoses oesophagiennes et oesophagites

IV.3.4.1 Sténoses oesophagiennes séquellaires caustique ou peptique

La fibroscopie œsophagienne est l'examen qui en permet l'identification, parfois dans le cadre de l'extraction d'un corps étranger œsophagien révélateur. En cas de sténose infranchissable et pour effectuer le bilan d'extension en hauteur, le transit baryté garde une indication.

Les œsophagites ulcérées secondaire au reflux gastro-œsophagien peuvent rarement se compliquer de sténoses peptiques à l'origine d'une dysphagie et d'un amaigrissement. Elles doivent faire rechercher une cancérisation, souvent à la jonction du 1/3 moyen et 1/3 inférieur de l'œsophage.

Les sténoses caustiques surviennent plusieurs semaines après l'ingestion d'un acide fort ou d'une base forte. Au stade aigu, l'endoscopie permet d'évaluer l'étendue des lésions et la profondeur de la brûlure. L'évolution sténogène est à l'origine d'une dysphagie progressive et sévère.

Les sténoses post-radiques surviennent plusieurs mois ou années après une irradiation médiastinale.

Les sténoses postchirurgicales surviennent sur une anastomose œsophagienne.

L'anneau de Schatzki est un diaphragme situé juste au-dessus du cardia et secondaire à un reflux gastro-œsophagien. La dysphagie est souvent intermittente, essentiellement pour les solides. L'anneau est aisément reconnu à l'endoscopie et sur le transit œsogastroduodéal.

IV.3.4.2 Autres oesophagites dysphagiantes

Les œsophagites infectieuses surviennent surtout chez les malades immunodéprimés, les germes en cause sont le candida, le cytomégalovirus et l'herpès virus.

Pour les œsophagites médicamenteuses, de nombreux médicaments peuvent entraîner : doxycycline, les comprimés de chlorure de potassium, l'aspirine, les biphosphonates.

IV.3.5 Troubles moteurs oesophagiens

IV.3.5.1 Troubles moteurs oesophagiens primitifs

L'achalasie (du sphincter inférieur de l'œsophage ou mégacœsophage) : affection nerveuse dégénérative d'étiologie inconnue, elle entraîne une absence de péristaltisme et de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage. La dysphagie d'abord indolore, devient

douloureuse accompagnée de régurgitations fréquentes, nocturnes, pouvant à la longue entraîner un amaigrissement. L'endoscopie permet d'éliminer un cancer du bas œsophage. La manométrie œsophagienne met en évidence une hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage avec absence de péristaltisme. Le transit œsophagien d'une sténose remontée d'une dilatation d'amont et sur la radiographie de thorax, il est parfois retrouvé un niveau liquide.

Maladie des spasmes diffus de l'œsophage : l'affection se manifeste par une dysphagie et des douleurs rétrosternales per-prandiales, secondaires à une perte intermittente du péristaltisme œsophagien. L'endoscopie élimine un cancer. Le transit œsophagien, quand il est réalisé, révèle une image œsophagienne en chapelet. Le diagnostic est confirmé par la manométrie œsophagienne, indiquant un péristaltisme normal, alternant avec des contractions.

IV.3.5.2 Troubles moteurs □sophagiens secondaires

Collagénoses : la sclérodermie comporte une atteinte œsophagienne fréquente. Elle se complique souvent par une œsophagite peptique parfois sténosante. La manométrie révèle une diminution de l'amplitude des contractions péristaltiques des 2/3 inférieurs de l'œsophage avec une hypotonie du sphincter inférieur. Parmi les autres collagénoses responsables, le lupus ou le syndrome de Gougerot-Sjögren.

Les dermatopolymyosites comportent une atteinte de la musculature striée pharyngée et du 1/3 supérieur de l'œsophage associée à l'atteinte du corps de l'œsophage.

*Les achalasia*s secondaires se compliquent souvent par atteinte neurologique diffuse (amylose), par atteinte des plexus nerveux œsophagiens d'origine néoplasique (surtout cancer de voisinage).

IV.3.6 Causes de dysphagie aiguë

IV.3.6.1 Causes infectieuses

Les angines et le phlegmon péri-amygdalien entraînent une dysphagie douloureuse, fébrile avec parfois trismus et hypersialorrhée.

Le phlegmon rétropharyngé évoluant dans un tableau de dyspnée laryngée fébrile avec dysphagie et hypersialorrhée.

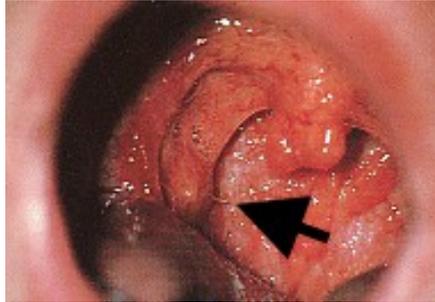
IV.3.6.2 Corps étrangers pharyngo-oesophagien

(Cf. chapitre 8).

Corps étrangers oropharyngés : fréquemment alimentaires et acérés (arête, os...), fichés dans l'amygdale ou la base de langue, ils sont souvent visibles à l'abaisse-langue ou au miroir.

L'extraction peut s'avérer difficile à cause des réflexes nauséux et de l'hypersialorrhée (Figure 5).

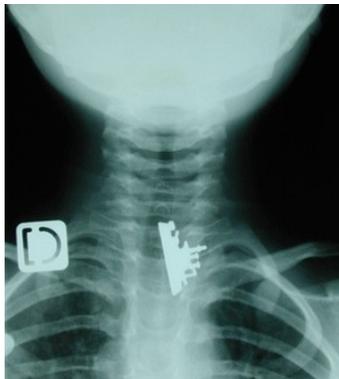
Figure 4 : Arête de poisson fichée dans l'amygdale droite (flèche).



Corps étrangers hypopharyngés : rarement, ils se compliquent d'une perforation pharyngée avec emphysème ou abcès cervical. Une radiographie cervicale complémentaire de profil peut être utile.

Corps étrangers œsophagiens : alimentaire notamment sur une sténose sous-jacente ou jouet, pièce de monnaie chez l'enfant ou n'importe quel objet sur terrain psychiatrique. Citons le cas particulier des piles, ingérées essentiellement par le petit enfant. L'extraction s'impose d'urgence à cause du risque de perforation, de fistule œsotrachéale ou de sténose secondaire (figure 6).

Figure 5 : Corps étranger radio-opaque de la bouche de l'œsophage.



Signes d'appel : dysphagie douloureuse.

La complication principale est la perforation œsophagienne avec apparition d'une douleur thoracique à projection postérieure, un emphysème cervical et au stade de la médiastinite : fièvre et altération de l'état général.

La radiographie cervicale de profil peut retrouver le signe de Minigerode (image claire prévertébrale), un emphysème médiastinal sous forme d'une ligne bordante de la silhouette cardiaque.

Un scanner peut être utile en cas de suspicion de médiastinite. Plus rarement, un test à la gastrographine est réalisé lors d'un transit pharyngo-œsophagien à la recherche d'une fistule.

Le traitement est l'extraction endoscopique au tube rigide sous anesthésie générale et

vérification de l'état de la muqueuse à la recherche d'une plaie ou d'une perforation. Au stade de médiastinite : abord cervical gauche pour lavage et drainage et extraction d'un corps étrangers, soit par voie endoscopique ou de cervicotomie.

IV.3.6.3 Brûlures par caustique

Ingestion accidentelle chez l'enfant avec souvent brûlures proximales. L'endoscopie basse sous anesthésie générale est fonction de l'étendue des lésions buccales et oropharyngées et du type de caustique ingéré.

Ingestion souvent volontaire chez l'adulte lors de tentative d'autolyse : dans ce cas, l'ingestion est massive avec brûlures volontiers proximales et distales. L'endoscopie complète est indispensable pour bilan lésionnel et pose de sonde naso-œsophagienne.

Les produits ingérés en cause :

- acides : acide chlorhydrique, détartrants ;
- bases : soude, caustique, potasse, ammoniac ;
- autres : hypochlorite de soude (eau de Javel), permanganate de potassium, peroxyde d'eau oxygène (eau oxygénée) ;
- en cas de besoin, renseignements auprès du service de toxicologie de référence.

La symptomatologie clinique est variable selon le type et la quantité de caustique ingéré allant de la simple brûlure buccale ou oropharyngée à une douleur cervicale et thoracique intense avec dysphagie majeure et hypersialorrhée. Les complications immédiates ou différées peuvent être un état de choc ou une perforation entraînant médiastinite ou péritonite.

L'examen clinique comprend :

- un examen buccal, oropharyngé et pharyngolaryngé ;
- l'appréciation de l'état général avec prise du pouls et de la tension à la recherche d'un état de choc ;
- recherche d'une dyspnée, d'un emphysème cervical qui est en faveur d'une perforation ;
- d'une défense ou d'une contracture abdominale en faveur d'une péritonite.

L'examen endoscopique est réalisé au tube rigide sous anesthésie générale ou bien au fibroscope mais avec un risque de majorer la perforation par l'insufflation. Trois stades de brûlures sont décrits :

- stade I : brûlures superficielles sous forme d'érythème ;
- stade II : hémorragies et ulcérations ;

- stade III : lésions nécrotiques profondes.

D'autres examens biologiques ou d'imagerie sont demandés en fonction de l'état clinique et de l'évolution :

- évolution favorable dans les brûlures superficielles ;
- les complications :
 - perforation immédiate ou secondaire responsable de médiastinite ou de péritonite de pronostic grave,
 - hémorragie digestive,
 - dyspnée laryngée,
 - les séquelles : sténose hypopharyngée ou sténose œsophagienne. Le risque sténogène est surtout majeur dans les stades III par brûlure caustique. La sténose peut être partielle ou totale. Le bilan est fait par endoscopie et en cas de sténose majeure par transit pharyngo-œsophagien.

Récapitulatif d'éléments d'orientation diagnostique devant une dysphagie chronique sans cause évidente

On pense d'abord aux causes mécaniques dominées par les cancers de l'œsophage, du pharynx et du vestibule laryngé, d'autant qu'il s'y associe une otalgie réflexe : l'examen ORL et la fibroscopie œsophagienne sont les examens indispensables devant toute dysphagie.

Devant un cancer de l'hypopharynx, un blocage fait rechercher une extension à la bouche de l'œsophage.

Devant une dysphagie intermittente associée à des régurgitations ou ruminations, le transit baryté pharyngo-œsophagien permet de faire le diagnostic de diverticule de Zenker lorsque l'examen pharyngolaryngé est normal ou révèle le signe de la marée.

Les antécédents familiaux de TD identiques doivent orienter vers une myopathie ou une maladie neurologique hérédo-dégénérative.

L'existence de troubles intermittents, ou liés à l'exercice physique ou à la fatigue, doit faire penser systématiquement à une myasthénie. De même, des antécédents de ptosis transitoire, même unilatéral.

L'existence d'un ptosis palpébral bilatéral doit faire évoquer une possible maladie musculaire.

L'existence de fasciculations musculaires, notamment au niveau de la langue ou des muscles scapulaires, doit faire évoquer une pathologie dégénérative de la corne antérieure (sclérose latérale amyotrophique). Mais seules les fasciculations linguales franches, spontanées et à la percussion, ont une valeur.

Paralysie unilatérale des dernières paires crâniennes (IX, X, XI, XII). Son origine peut se situer

au niveau du tronc cérébral ou de la fosse postérieure, mais aussi du cou, des espaces parapharyngés. Au contraire, il n'y a pas de paralysie flasque d'origine centrale.

Les troubles de la sensibilité pharyngolaryngée, l'abolition du nauséux peuvent faire évoquer une pathologie neurovasculaire et éliminent une pathologie musculaire et de la corne antérieure.

Une dissociation automatico-volontaire est évocatrice d'un syndrome pseudo-bulbaire et d'une étiologie supranucléaire ; elle est mise en évidence lorsque le malade peut déglutir correctement un aliment (c'est-à-dire sur un mode automatique), alors que la déglutition à la demande (volontaire) est impossible ou difficile. Une bonne façon de sensibiliser ce signe est de demander au patient de garder l'aliment dans la bouche sans le déglutir puis d'enclencher la déglutition sur commande.

Une hypertension artérielle, un diabète, une anémie ferriprive sont des causes possibles de TD et doivent être systématiquement recherchés.

L'existence d'une atteinte des téguments ou des articulations, d'un syndrome sec, doit faire évoquer une maladie de système.

L'association à des troubles de la déglutition haute de signes fonctionnels à type de douleurs thoraciques ou épigastriques ou de reflux gastro-œsophagien patent doit faire évoquer une maladie motrice de l'œsophage. C'est l'exploration fonctionnelle qui permet ici de poser le diagnostic. Le méga-œsophage ou achalasie du sphincter inférieur de l'œsophage se manifeste par une dysphagie souvent indolore et paradoxale au début puis qui devient douloureuse au cours des repas après accumulation des aliments. Le reflux gastro-œsophagien est responsable d'une dysphagie douloureuse, capricieuse associée à un pyrosis et à une symptomatologie de la sphère ORL variable (dysphonie, algies pharyngées, obstruction nasale, rhino-sinusites).

Si tous ces diagnostics ne font pas leur preuve, il faut faire une IRM cérébrale qui permet de détecter une tumeur du IV^e ventricule ou une anomalie de la charnière crânio-occipitale révélées par des TD. Mais au terme du bilan étiologique neurologique le plus poussé, clinique et complémentaire, il reste un certain nombre de patients dont les TD restent sans certitude étiologique, notamment chez les sujets âgés. Un traitement symptomatique adapté doit être mis en route et un suivi neurologique maintenu.

V EXPLORATION FONCTIONNELLE

Elle explore les phases de la déglutition qui sont perturbées.

V.1 OBSERVATION DE LA PRISE ALIMENTAIRE

C'est la plus simple des explorations fonctionnelles. Elle permet de visualiser :

- les difficultés liées à la posture ou à la motricité ;
- la qualité du temps volontaire et en particulier les troubles d'ouverture buccale, de continence labiale, de mastication, la persistance de réflexes archaïques ou d'une déglutition primaire ;
- le déclenchement du temps pharyngé : il est bien marqué par la survenue de l'ascension laryngée ; celle-ci est objectivée en mettant la main sur le bord supérieur du thyroïde, l'os hyoïde et la mandibule et doit être franche et ample. Des petits mouvements verticaux répétés sont au contraire présents lorsque cette initialisation ne se fait pas et aucune bouchée supplémentaire ne doit alors être donnée ;
- les efforts répétés de déglutition d'une même bouchée, traduisant la diminution des capacités propulsives du pharynx ou la difficulté de franchissement de la bouche de l'œsophage.

V.2 NASOFIBROSCOPIE DU CARREFOUR AU COURS DE LA DÉGLUTITION D'UN ALIMENT

On utilise un nasofibroscope, sans anesthésie locale ; on donne au patient une crème et si possible d'autres consistances. L'observation se fait en se plaçant dans le cavum puis au bord inférieur du voile. On visualise ainsi :

- les fausses routes, vers le cavum et à travers le larynx. Celles-ci peuvent survenir :
 - avant le déclenchement de la déglutition (fausses routes primaires) lorsqu'une continence buccale postérieure déficiente entraîne la chute d'aliments dans le pharynx avant que la fermeture laryngée ne soit survenue,
 - lors de la déglutition, lorsque les aliments descendent directement dans le larynx, ce qui témoigne de troubles de la sensibilité,
 - secondairement, quand les aliments s'accumulent dans le pharynx débordent les possibilités de protection laryngée (fausses routes secondaires) ;
- la qualité de la propulsion pharyngée. Normalement, le déclenchement du temps pharyngé s'accompagne d'un flash lié à l'ascension du larynx et à la contraction de la cavité pharyngée ; au terme de celui-ci, le carrefour redevient visible et il ne

persiste aucun reliquat alimentaire, car la clairance pharyngée a été complète. Quand la propulsion est diminuée, le pharynx se contracte mais reste « trop bien visible » pendant tout le cycle, tandis que des reliquats alimentaires s'accumulent dans l'hypopharynx. En cas d'apéristaltisme, les parois pharyngées restent inertes. En cas d'obstacle au niveau de la bouche de l'œsophage, il y a également accumulation d'aliments dans la partie basse de l'hypopharynx ;

- la sensibilité du carrefour : elle s'apprécie directement avec l'extrémité du fibroscope placée sur la margelle et dans le larynx.

Au terme de ces examens, des renseignements importants sur l'atteinte du déroulement de la déglutition ont été obtenus.

Quand s'est manifestée une atteinte importante et complexe, portant simultanément sur les temps buccal et pharyngé, par exemple au décours de traumatismes crâniens graves ou d'accidents vasculaires cérébraux, le choix de l'arrêt de l'alimentation orale doit souvent être fait tout en poursuivant la rééducation selon des modalités variables.

Quand l'examen ne fournit aucun élément anormal objectif devant une symptomatologie haute souvent à type de blocages plus ou moins nets et intermittents, un obstacle tumoral doit avoir été éliminé grâce à la fibroscopie œsophagienne.

Les autres explorations fonctionnelles sont poursuivies quand il existe des signes d'atteinte isolée ou prédominante du temps pharyngé ou des signes d'appel évocateurs d'une pathologie motrice de l'œsophage. C'est dans ces cas que la manométrie et le radiocinéma sont essentiels, en particulier pour étudier la fonction du SSO.

V.3 MANOMÉTRIE

Pour l'étude du pharynx et du SSO, la manométrie n'est pas considérée par la plupart comme un examen très performant (musculature striée, conformation anatomique peu favorable.). Quand il existe un doute sur une pathologie motrice du corps de l'œsophage ou du sphincter inférieur de l'œsophage, les techniques de manométrie reprennent tout leur intérêt (techniques avec cathéters perfusés).

V.4 RADIOCINÉMA

Il donne une image qualitative très visuelle du processus de déglutition entier. Il est particulièrement intéressant quand une indication de traitement chirurgical du sphincter supérieur de l'œsophage est envisagée ; il permet de visualiser un défaut d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO).

V.5 PHMÉTRIE

Elle est soit post-prandiale de 3 h mais méconnaît les reflux nocturnes, soit sur 24 h. Elle étudie surtout le nombre et la durée des épisodes de reflux acides (pH inférieur à 4).

VI INFORMATION SUR LES POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES (HORS PROGRAMME DE L'ECN)

Les troubles de la déglutition posent des problèmes de gravité variable :

- dans les atteintes les plus sévères, ils mettent en jeu le pronostic vital ;
- dans les cas moins sévères, ils n'entraînent pas de conséquences vitales mais perturbent la qualité de vie.

La diététique et la rééducation constituent les méthodes non chirurgicales disponibles. La chirurgie intervient soit de façon curative avec comme objectif d'améliorer le processus de déglutition perturbé, soit de façon palliative pour réduire les conséquences vitales de l'atteinte de ce processus.

VI.1 CONSEIL DIÉTÉTIQUE

Il permet au patient d'utiliser au mieux ses capacités résiduelles pour garder une alimentation orale efficace. C'est d'abord une aide à la sélection des aliments au sein d'une alimentation normale, en fonction de leur texture, de leur agrément et de leur valeur nutritive, excluant certains, améliorant la préparation d'autres grâce à des recettes adéquates. Aux étapes suivantes, lors du passage à une texture moulinée puis lorsqu'une alimentation non orale devient indispensable pour tout ou partie de l'apport calorique, un soutien diététique est indispensable. Les suppléments industriels hypercaloriques de texture variable sont très utiles.

VI.2 RÉÉDUCATION

L'intervention du rééducateur et de l'orthophoniste a pour objectif de maintenir une autonomie et une alimentation orale le plus longtemps possible. Trois critères guident son action :

- le pronostic de récupération du patient. Les possibilités offertes par la rééducation et le type de travail seront différents dans une pathologie où l'aggravation est inéluctable (SLA, syndrome pseudobulbaire vasculaire) et dans une autre marquée par des bonnes possibilités de récupération (traumatisme crânien, accident vasculaire du tronc cérébral par exemple) ;
- les observations physiopathologiques de la maladie fournies par l'exploration fonctionnelle ;
- l'état général du patient car l'anxiété, la fatigue, l'encombrement pulmonaire ou la dépression peuvent majorer la dysphagie.

VI.3 TECHNIQUES CHIRURGICALES

VI.3.1 Chirurgie palliative

Elle est dominée par la pratique des gastrostomies. L'arrêt de l'alimentation orale est toujours sévèrement ressenti par des patients ; il devient nécessaire dès que l'apport calorique est insuffisant par voie orale ou qu'il entraîne des fausses routes dangereuses. Les gastrostomies sont le plus souvent faites désormais de façon perendoscopique (GPE), ce qui améliore la tolérance psychologique de la gastrostomie.

Les trachéotomies visent à protéger les voies aériennes tout en shuntant le larynx et en assurant la ventilation soit spontanément, soit avec une assistance ventilatoire. Indiquées dans des cas de troubles de la déglutition avec fausses routes massives, elles imposent dans cette situation la mise en place de canules à ballonnet visant à empêcher les chutes de salive et d'aliments dans les voies aériennes. Elles ont plusieurs inconvénients :

- tout d'abord, l'étanchéité obtenue n'est jamais absolue et les voies aériennes ne sont pas totalement à l'abri ;
- le gonflage du ballonnet est générateur d'un traumatisme trachéal source possible de sténose ;
- enfin, la trachéotomie gêne le fonctionnement normal du larynx (défaut d'ascension laryngé, ouverture réflexe des cordes vocales) et constitue un facteur surajouté de perturbation de la déglutition.

VI.3.2 Chirurgie fonctionnelle

La myotomie du sphincter supérieur de l'œsophage est appelée communément dans la littérature myotomie du cricopharyngien. Elle consiste en la section de la musculature striée de la jonction pharyngo-œsophagienne, constituée par le muscle cricopharyngien, mais aussi les derniers centimètres du constricteur inférieur du pharynx et accessoirement les premiers centimètres de l'œsophage cervical. C'est en règle une myotomie extramuqueuse, faite par voie cervicale.

La chirurgie des diverticules de Zenker est faite soit par voie endoscopique (myotomie transmuqueuse), soit par voie cervicale classique.

Les injections de graisse autologue et les thyroplasties peuvent être proposées lorsqu'il existe une paralysie ou un defect anatomique, notamment laryngés, susceptible de faciliter les fausses routes.

VII ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- SSO : Sphincter supérieur de l'œ�ophage
- TD : Troubles de la déglutition