

Item 308 – Dysphagie

34

- | | |
|---|------------------------------|
| I. DÉFINITION | IV. DYSPHAGIES LÉSIONNELLES |
| II. DEUX TYPES DE DYSPHAGIE | V. DYSPHAGIES FONCTIONNELLES |
| III. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE DYSPHAGIE ŒSOPHAGIENNE | |

Objectifs pédagogiques

- ▶ 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'œsophage 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'œsophage. 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 œsophagienne est ressentie comme une sensation de blocage ou une gêne à la progression du bol alimentaire localisée au niveau de la région rétro-sternale.

CONNAISSANCES – DYSPHAGIE

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

III. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE DYSPHAGIE ŒSOPHAGIENNE

A. 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 alcoolo-tabagique, exposition à des agents irritants pour l'œsophage (médicaments, caustiques, radiations), affection maligne ou maladie générale (sclérodermie, diabète) connue ;
- les symptômes associés : signes de reflux gastro-œsophagien (RGO) 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).

B. Étape 2 : recherche prioritaire d'une lésion organique de l'œsophage

1. Endoscopie œso-gastro-duodénale

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

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 œsophagite à éosinophiles.

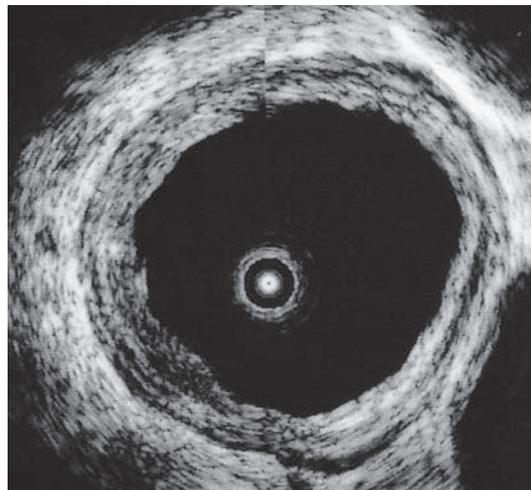
2. Autres examens morphologiques

Lorsque l'endoscopie œso-gastro-duodénale n'est pas techniquement possible (sténose œsophagienne 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 œsophagienne en documentant l'atteinte des différentes couches, et des structures péri-œsophagiennes (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.

► **Fig. 34.1.** Aspect normal de la paroi œsophagienne en écho-endoscopie. ►



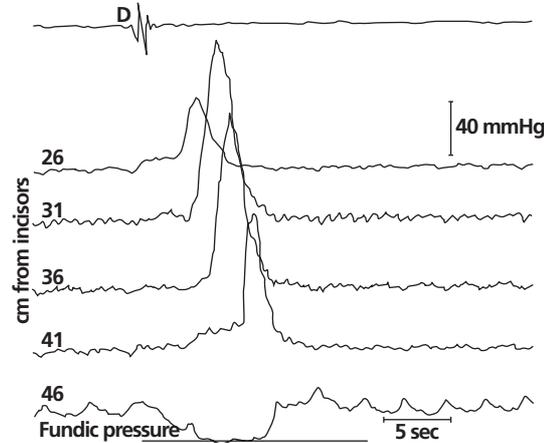
Le transit baryté de l'œsophage peut être fait en deuxième intention, surtout dans les cas d'endoscopie impossible ou incomplète (sténose infranchissable). Il peut également s'avérer utile pour objectiver une compression extrinsèque ainsi que pour préciser la topographie et l'étendue d'un cancer de l'œsophage.

C. Étape 3 : si l'endoscopie œso-gastro-duodénale est normale, chercher un trouble moteur œsophagien

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

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

CONNAISSANCES – DYSPHAGIE

► **Fig. 34.2.** Manométrie œsophagienne. ►

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'œsophage 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 œsophagienne sont :

- les sténoses tumorales :
 - cancer épidermoïde,
 - plus rarement adénocarcinome soit primitivement œsophagien développé sur un endobranchyœsophage, soit initialement cardiaque et étendu vers l'œsophage,
 - 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 œsophagite peptique (sténose régulière, centrée, souvent à la jonction des 1/3 moyen et inférieur de l'œsophage),
 - parfois œsophagite caustique ou radique,
 - beaucoup plus rarement, compression extrinsèque (adénopathie, anomalie artérielle) ;
- les œsophagites 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*, CMV, *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-œsophagienne 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 : cardiospasme) qui peut aboutir au méga-œsophage idiopathique ;
- maladie des spasmes diffus de l'œsophage ;
- œsophage « 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 œsophagienne (diabète, amylose, myasthénie).

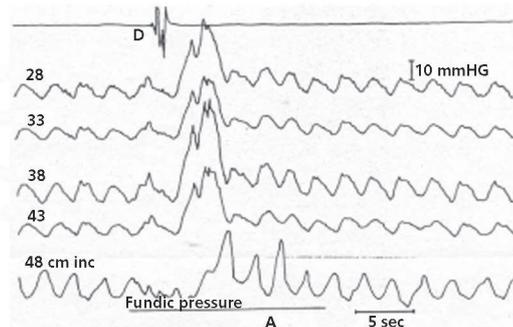
A. L'achalasie

1. Définition

Étymologiquement, achalasie signifie « absence d'ouverture du sphincter ». Mais, il s'agit d'un trouble moteur primitif de l'œsophage de cause inconnue, qui est d'abord défini par l'absence complète de péristaltisme dans le corps de l'œsophage (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 œsophagien.



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 manœuvres inspiratoires ou de changements de position. Des régurgitations

CONNAISSANCES – DYSPHAGIE

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 œsophage dilaté, souvent atone, contenant des résidus alimentaires parfois abondants.

3. Principales anomalies manométriques œsophagiennes

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'œsophage (absence de contractions œsophagiennes 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-achalasie néoplasique. Il est nécessaire de la chercher par une écho-endoscopie, notamment lorsque l'achalasie se révèle tardivement, après 50 ans, ou lorsque la manométrie œsophagienne met en évidence une importante hyperpression au niveau du SIO.

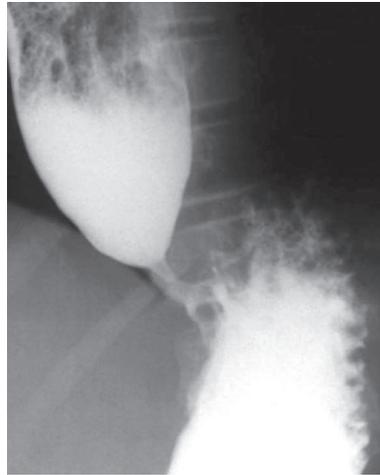
Chez des sujets ayant vécu en Amérique du Sud, une pseudo-achalasie due à une parasitose (*Trypanosoma cruz*) doit être cherchée (maladie de Chagas).

5. Principes du traitement

Aucun traitement ne peut actuellement restaurer un péristaltisme œsophagien. 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'œsophage 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'œsophage et l'œsophagite par reflux) sont rares. Leur mortalité est quasi nulle.

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



B. Autres troubles moteurs de l'œsophage

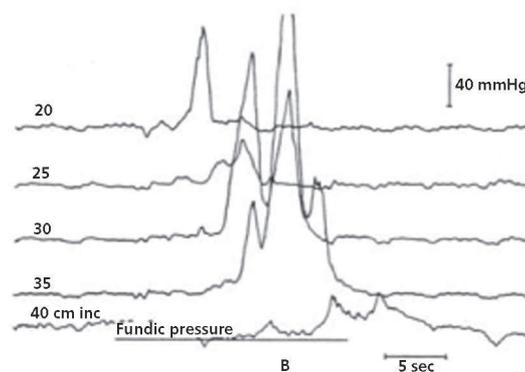
1. Les troubles moteurs primitifs

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

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

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

► **Fig. 34.5.** Aspect manométrique de spasmes de l'œsophage. ►



CONNAISSANCES – DYSPHAGIE

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

2. Les troubles moteurs œsophagiens dits « secondaires »

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

① Points clés

- En cas de dysphagie, une endoscopie œso-gastro-duodénale doit être effectuée en première intention pour chercher une lésion organique de l'œsophage.
- Le cancer de l'œsophage est à l'origine d'une dysphagie progressive, portant initialement sur les solides, avec amaigrissement rapide. L'endoscopie et les biopsies confirment le diagnostic.
- La recherche d'une lésion organique devant une dysphagie peut conduire à faire une écho-endoscopie.
- En cas de dysphagie avec endoscopie normale, les biopsies muqueuses œsophagiennes doivent être systématiques pour chercher une œsophagite à éosinophiles.
- La manométrie œsophagienne est l'exploration clé pour l'identification d'un trouble moteur œsophagien.
- L'achalasia primitive de l'œsophage est le principal trouble moteur œsophagien, responsable au début de son évolution d'une dysphagie intermittente et paradoxale.
- Son diagnostic est manométrique avec la mise en évidence d'une absence complète de péristaltisme.
- Une achalasia récente chez un sujet de plus de 50 ans doit faire envisager l'hypothèse d'une achalasia secondaire et réaliser une tomодensitométrie abdominale et/ou une écho-endoscopie œsophagienne pour chercher une tumeur sous-muqueuse ou péri-œsophagienne.