

Dysphagie

Orientation diagnostique

Dr Guylène Gadsaud¹, Dr Christophe Brévar¹, Pr Jean-Ariel Bronstein²

1. Service de chirurgie viscérale, HIA Brest, 29240 Brest Naval

2. Service de pathologie digestive, HIA Brest, 29240 Brest Naval

ja.bronstein@gmail.com

Objectifs

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

La dysphagie correspond à une gêne ou à un accrochage lors de la prise alimentaire. Elle peut survenir de manière aiguë ou chronique. Elle peut être oropharyngée, mais aussi œsophagienne. La dysphagie oropharyngée ou haute est consécutive à une anomalie des premiers temps de la déglutition et du temps pharyngo-laryngo-œsophagien. Elle concerne le temps volontaire. Ce symptôme signe le plus souvent une affection ORL ou neurologique. La dysphagie œsophagienne ou basse est une perturbation de la phase œsophagienne.

Une dysphagie doit être distinguée

- d'une anorexie : il s'agit plus d'un dégoût des aliments et d'un manque d'appétit que d'une sensation de gêne à l'alimentation,
- d'un mérycisme : il s'agit de régurgitation avec rumination des aliments,
- du *Globus hystericus* : c'est une manifestation d'angoisse qui se traduit par une sensation de boule dans la gorge permanente, indépendamment de la déglutition, qui peut même être, paradoxalement, soulagée par la prise alimentaire.

La dysphagie est un symptôme d'alarme qu'il ne faut jamais négliger et qui traduit soit une cause organique, qu'il faudra systématiquement éliminer, soit une cause fonctionnelle. Le diagnostic positif est habituellement facile et repose sur l'interrogatoire. Le diagnostic étiologique est souvent évident dans les atteintes organiques. Il est plus difficile en cas d'atteinte fonctionnelle. La démarche diagnostique s'appuie sur l'examen endoscopique. Deux affections dominent le tableau clinique : Le cancer œsophagien chez le sujet de plus de 40 ans, le dysfonctionnement œsophagien chez le sujet jeune.

INTERROGATOIRE

L'interrogatoire est une phase essentielle dans le bilan d'une dysphagie (v. tableau).

Caractéristiques de la dysphagie

L'interrogatoire précise le siège, cervical, thoracique, rétro-sternal, variable suivant le lieu du trouble causal, même si le plus souvent il n'existe pas de corrélation avec la réalité anatomique. La sensation d'arrêt peut siéger de la partie basse du cou à la région épigastrique. Il précise le mode de déclenchement, son ancienneté et son mode évolutif. En cas d'obstruction de l'œsophage (par cancer le plus souvent), la dysphagie survient pour des aliments solides : viande et pain surtout, puis elle s'aggrave progressivement et devient complète (aphagie), c'est-à-dire qu'elle est déclenchée aussi bien par les aliments solides que liquides (eau, salive). Parfois le début est insidieux : simple sensation d'accrochage des aliments, gêne passagère. Ailleurs, le début de la dysphagie est brutal : arrêt d'un aliment solide (en cas d'obstruction) ou parfois liquide (trouble moteur de l'œsophage). Habituellement, elle rétrocede après quelques instants, à la suite d'efforts de déglutition ou à la suite d'ingestion de liquide. En cas de début brutal, l'interrogatoire s'attache à dépister de petites gênes fonctionnelles au passage des aliments dans les mois précédents.

Symptômes associés

L'apparition d'une douleur lors de la déglutition ou odyndyphagie évoque une œsophagite, une douleur pseudo-angineuse perprandiale évoque un spasme diffus de l'œsophage, une douleur permanente un cancer.

La notion de régurgitations ayant précédé longtemps la dysphagie oriente vers un reflux gastro-œsophagien (RGO). Des régurgitations spontanées chez un sujet âgé ayant une haleine fétide orientent vers un diverticule œsophagien. Des régurgitations sanglantes évoquent une œsophagite ou un cancer.

Des signes fonctionnels respiratoires (toux, dyspnée) évoquent des fausses routes, une inhalation lors de la déglutition.

D'autres signes fonctionnels peuvent être notés : une hypersialorrhée, signe d'obstruction œsophagienne ; un hoquet récidivant, témoin d'une irritation du nerf phrénique, parfois tenace et invalidant. De même est précisée l'existence d'une dysphonie, d'une dysarthrie, d'un ptosis, ou d'autres signes neurologiques.

Contexte médical du patient

On recherche des pathologies associées plus ou moins complexes (cancer ORL ou œsophagien, une immunodépression [VIH, hémopathie], la notion d'ingestion de caustique, de corps étranger, de chirurgie cervicale ou abdominale, une prise de médicaments, une maladie de système, une pathologie endocrinienne, une maladie ou un traitement psychiatrique) ou des antécédents familiaux évocateurs de pathologie héréditaire, en particulier musculaire. On recherche tout particulièrement une intoxication éthylo-tabagique active ou sevrée. Si elle est présente, et plus particulièrement chez un homme entre 40 et 50 ans, il faudra s'évertuer à rechercher une origine tumorale, qui reste la plus grave et la plus probable des causes dans cette situation. Une altération de l'état général oriente vers une cause organique.

EXAMEN CLINIQUE

Il comporte systématiquement un examen de la cavité buccale avec un abaisse-langue, un examen ORL, la palpation cervicale, sus-claviculaire, et l'examen abdominal. Il permet à la fois d'apprécier le retentissement et les complications de la dysphagie et une orientation étiologique.

Complications

Elles incluent les fausses routes, les pneumopathies de déglutition, salivaires ou alimentaires ; leur fréquence et leur sévérité constituent un élément pronostique majeur. La perte pondérale est aussi un bon paramètre de la sévérité d'une dysphagie, et une perte de 10 % du poids doit être considérée comme sévère

et peut imposer une hospitalisation en urgence pour prise en charge nutritionnelle. Celle-ci ne signe pas automatiquement une cause néoplasique.

Signes orientant vers une cause

À l'inspection, on recherche une mycose de la cavité buccale (immunodépression), un œdème en pèlerine pouvant traduire une compression médiastinale.

À la palpation, on cherche un goitre thyroïdien, des adénopathies cervicales (affection maligne), une anomalie morphologique du cou (exceptionnel) évoquant un diverticule cervical.

L'examen cherche à évaluer la motricité des structures musculaires ou articulaires impliquées dans la déglutition et la sensibilité bucco-oro-pharyngo-laryngée. Des troubles neurologiques (réflexes vélo-palatins, réflexe nauséeux) orientent vers une neuropathie.

L'examen abdominal notera l'existence d'une hépatomégalie (cancer), des nodules sous-cutanés (carcinose péritonéale), une fièvre (cancer, œsophagite).

On recherche également des signes évocateurs d'une maladie de système : présence d'un syndrome de Raynaud, d'une xérostomie (asialie), d'une xérophtalmie, ou d'autres manifestations extradiigestives (dermatologique, articulaire,...).

EXAMENS PARACLINIQUES

Fibroscopie œso-gastro-duodénale (FGD)

C'est l'examen de première intention à réaliser devant toute dysphagie. Il est indispensable et incontournable. Le but de cet examen est d'abord diagnostique pour éliminer une cause organique. En examinant la filière digestive jusque dans le duodénum, il analyse le contenu (présence d'un corps étranger, de résidus alimentaires (troubles moteurs de l'œsophage), mais aussi le contenant (aspect de la muqueuse, présence ou non d'une anomalie du relief évoquant alors une compression extrinsèque, étude de la motricité).

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Dysphagie – Orientation diagnostique ».

M. T. vous consulte pour la première fois, car il se plaint d'une sensation d'accrochage des aliments lorsqu'il mange. Il a 51 ans, est serveur dans un bar et présente un tabagisme actif à 20 paquets-années. Il ressent cette sensation de blocage depuis quelques mois et les symptômes se sont intensifiés depuis deux semaines, surtout pour la viande.

- ❶ Quels sont les éléments cliniques à rechercher ?
- ❷ Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous et pourquoi ?
- ❸ Quel bilan prescrivez-vous à ce patient ? Rédigez l'ordonnance.
- ❹ Quelles informations délivrez-vous à votre patient ?

La fibroscopie réalisée rapporte : une sténose du tiers moyen de l'œsophage avec un aspect normal de la muqueuse. L'examen anatomopathologique des biopsies de la muqueuse confirme l'absence de cellules tumorales et une muqueuse œsophagienne normale.

❺ Avec ces nouvelles informations, quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ? Complétez le bilan.

Éléments de réponse dans un prochain numéro

La FOGD a cependant des limites pour l'exploration de l'hypopharynx et de la bouche œsophagienne, car l'intubation se fait à l'aveugle. Grâce au canal opérateur, il est possible de faire des biopsies de la muqueuse œsophagienne à des fins histologiques, microbiologiques (bactériologique, virologique, mycologique). Un geste thérapeutique peut être proposé au cours de l'examen.

La FOGD doit être réalisée chez un patient à jeun depuis au moins 6 heures après une anesthésie locale du carrefour aéro-digestif (qui est controversée chez l'enfant devant les risques de fausses routes lors de la reprise de l'alimentation) ou sous anesthésie générale conventionnelle quand un geste thérapeutique est programmé.

Le repérage des lésions suspectes à biopsier peut être optimisé par l'utilisation de colorations vitales, comme l'indigo carmin, le bleu de toluidine, très utilisé en ORL, le lugol à 2 % et le bleu de méthylène pour le dépistage des métaplasies digestives. Les biopsies doivent être multiples et étagées. Il n'y a pas de contre-indication absolue à la réalisation de cet examen. Une FOGD peut être reportée en cas de détresse cardio-respiratoire mal ou non contrôlée par la réanimation, devant une suspicion de fistule aorto-duodénale lors d'une hématomèse massive, et doit être discutée au cas par cas quand le risque perforatif est important : patient peu coopérant ou agité ; présence d'une sténose importante, fibreuse et circulaire de l'œsophage cervical, suspicion d'un diverticule de Zenker à collet large, existence d'un anévrisme de l'aorte thoracique.

La FOGD présente des risques propres, essentiellement de perforation et d'hémorragie, qui doivent être exposés au patient et à sa famille afin d'obtenir son consentement éclairé.

La laryngoscopie, souvent effectuée par nasofibroscope et, si nécessaire, par une endoscopie au tube rigide sous anesthésie générale, complète l'examen ORL en cas de dysphagie haute.

Autres examens complémentaires

Ils doivent être discutés au cas par cas.

1. Examens d'imagerie

Ils sont prescrits en première intention en cas de suspicion de diverticule de Zenker, mais aussi pour faire un inventaire plus précis des lésions au niveau local, régional ou général.

✓ **Un cliché de profil sans préparation** à l'étage cervical permet de dépister un élargissement de l'espace prévertébral (plus de 15 mm en regard de C4) avec aération anormale en cas de perforation.

✓ **Le transit œso-gastro-duodénal** ou TOGD peut être réalisé en simple ou double contraste (produit de contraste associé à une dilution gazeuse à l'air permettant une mucographie optimale). Il est réalisé au sulfate de baryum, ou aux hydrosolubles iodés quand il existe une suspicion de perforation médiastinale. Il est tout particulièrement indiqué pour rechercher un diverticule, une fistule œso-bronchique, une sténose de l'œsophage et des dyskinésies motrices (achalasie, maladie des spasmes diffus...). Le TOGD permet également une étude dynamique radiocinématographique de la déglutition, mais nécessite un plateau technique adapté et une grande irradiation des patients.

POINTS FORTS

à retenir

- **Devant toute dysphagie, une cause organique doit être recherchée.**
- **Chez un homme, éthylo-tabagique, de 50 ans, il faut penser à un cancer de l'œsophage.**
- **L'interrogatoire est primordial devant une dysphagie.**
- **La fibroscopie œso-gastro-duodénale est indispensable et incontournable.**
- **Quelques situations nécessitent une hospitalisation en urgence : perte de poids de plus de 10 % du poids habituel, pneumopathie d'inhalation par fausse route, ingestion de caustique.**
- **En cas de suspicion d'un diverticule œsophagien, il faut pratiquer un transit œso-gastro-duodénal en première intention.**

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 1618)

✓ **La tomодensitométrie** permet une étude plus fine de la paroi de l'œsophage et des éléments environnants. La pathologie endoluminale comprend les dilatations gazeuses et liquidienues (en rapport soit avec une sténose sous-jacente, soit avec un trouble moteur). Les anomalies de paroi consistent à dépister des épaississements (épaisseur > 5 mm) mais sans pouvoir préciser la cause de ceux-ci. Elle est indispensable dans le bilan d'extension d'un cancer de l'œsophage ou pour retrouver la cause d'une compression extrinsèque responsable de cette dysphagie. L'utilisation de produit de contraste hydrosoluble permet la mise en évidence de fistule (il ne sera d'ailleurs utilisé que dans cette indication, car il peut gêner l'analyse de l'épaisseur de la paroi œsophagienne).

✓ **La place de l'imagerie par résonance magnétique** reste à définir actuellement.

✓ **L'échoendoscopie** est un examen de deuxième ligne. Elle comporte de nombreux avantages, mais elle reste, comme tout examen échographique, opérateur-dépendant. Elle possède un pouvoir de résolution très élevé qui permet d'obtenir une image d'excellente qualité. Cet examen permet une analyse très fine de la paroi œsophagienne. Elle permet également de repérer des éléments vasculaires et ganglionnaires (si diamètre > 4-5 mm). L'hypoéchogénéité et l'épaississement pariétal sont des éléments forts d'orientation vers une origine néoplasique, et elle constitue un examen utile au bilan d'extension d'une tumeur œsophagienne. Elle permet également la réalisation de ponctions ganglionnaires échoguidées dans le médiastin postérieur.

2. Explorations fonctionnelles

Elles permettent d'étudier les différentes phases de la déglutition.

✓ **En cas de dysphagie oro-pharyngée**, 2 explorations sont utiles pour analyser le déficit fonctionnel : les effets de l'ingestion d'aliments de consistance variable, l'observation de la prise alimentaire au cours d'une nasofibroscope de la déglutition. Si ceux-ci ne

sont pas concluants, d'autres examens sont proposés : le radio-cinéma pharyngo-œsophagien, et la manométrie pharyngo-œsophagienne.

✓ **En cas de dysphagie œsophagienne**, une manométrie œsophagienne recherche un trouble moteur de l'œsophage, et une pH-métrie, un RGO pathologique.

La manométrie œsophagienne permet une étude mécanique et pressionnelle du péristaltisme pharyngo-œsophagien (étude du sphincter supérieur, du corps, et du sphincter inférieur de l'œsophage). Elle est réalisée chez un patient à jeun depuis au moins 6 heures avec juste une anesthésie nasale, après interruption depuis au moins 12 heures de tous médicaments pouvant modifier la motricité œsophagienne (dérivés nitrés, inhibiteurs calciques, prokinétiques, certains psychotropes...).

La pH-métrie permet un enregistrement des variations du pH dans l'œsophage distal par l'intermédiaire d'une sonde. Elle est réalisée en ambulatoire pendant 3 à 24 heures. Elle est pathologique quand le pourcentage de temps passé à $\text{pH} \leq 4$ est supérieur à 4,2 %. Elle est réalisée chez un patient à jeun depuis au moins 6 heures avec une anesthésie locale nasale et ayant arrêté depuis au moins 8 jours les inhibiteurs de la pompe à protons, depuis 48 heures les anti-H2, et depuis 12 heures les prokinétiques.

Une conduite à tenir est proposée dans la figure 1.

PRINCIPALES CAUSES

Au terme de l'enquête clinique et morphologique, il est possible de distinguer les causes évidentes, survenant dans un contexte aigu ou à l'occasion de circonstances particulières, des dysphagies hautes ou basses.

Causes évidentes

1. Dysphagie postopératoire, après fundoplicature

Il s'agit soit d'une dysphagie précoce (6 à 12 semaines après la chirurgie) par anomalie du montage antireflux ou par troubles moteurs préexistants, soit d'une dysphagie tardive par altération du montage ou récurrence du RGO.

2. Ingestion de corps étrangers

C'est une urgence thérapeutique qui survient aux deux âges extrêmes de la vie. La mortalité liée à leur ingestion est actuellement inférieure à 1% en France. La nature des corps étrangers varie avec l'âge. Les enfants ingèrent des pièces de monnaie, des crayons..., les adultes avalent le plus souvent des corps étrangers alimentaires, des os, des arêtes. Les récurrences sont le fait d'ingestions volontaires (malades psychiatriques, prisonniers),

Tableau Liste des questions à poser à un patient dysphagique

QUESTION	ORIENTATION
■ Les symptômes surviennent-ils au moment de la déglutition ou quelques secondes après ?	■ Permet de distinguer une dysphagie oro-pharyngée d'une dysphagie œsophagienne
■ Toussez-vous juste après la déglutition ? ■ Les aliments remontent-ils dans le nez au moment de la déglutition ?	■ Signes en faveur d'une dysphagie oro-pharyngée
■ Avez-vous des problèmes pour avaler des solides, des liquides ?	■ La dysphagie aux liquides suggère un trouble moteur La dysphagie aux solides aggravant une dysphagie liquide suggère une sténose œsophagienne bénigne ou maligne
■ Depuis quand présentez-vous ce symptôme ?	■ Une progression rapide évoque une sténose maligne
■ Avez-vous l'impression que ce symptôme progresse, reste stable ou est intermittent ?	■ Une dysphagie intermittente évoque un trouble moteur
■ Pouvez-vous montrer du doigt où les aliments s'arrêtent ?	■ En général, le diagnostic topographique à l'interrogatoire est peu sensible, sauf en cas de dysphagie oro-pharyngée
■ Avez-vous d'autres symptômes comme une perte d'appétit, un amaigrissement, des nausées, des vomissements, des régurgitations alimentaires, un pyrosis, une odynophagie, des douleurs thoraciques ?	
■ Avez-vous des antécédents de diabète, de sclérodémie, de maladie neuromusculaire (AVC, maladie de Parkinson, myasthénie, ...), d'alcoolisme, de tabagisme, de cancer ?	
■ Avez-vous été opéré de larynx, de l'œsophage, de l'estomac, de la moelle épinière ?	
■ Avez-vous déjà reçu une radiothérapie dans le passé ?	
■ Prenez-vous des médicaments, en particulier du chlorure de potassium, de l'alendronate, de l'aspirine , des AINS, des tétracyclines, de la quinidine, de la vitamine C ?	

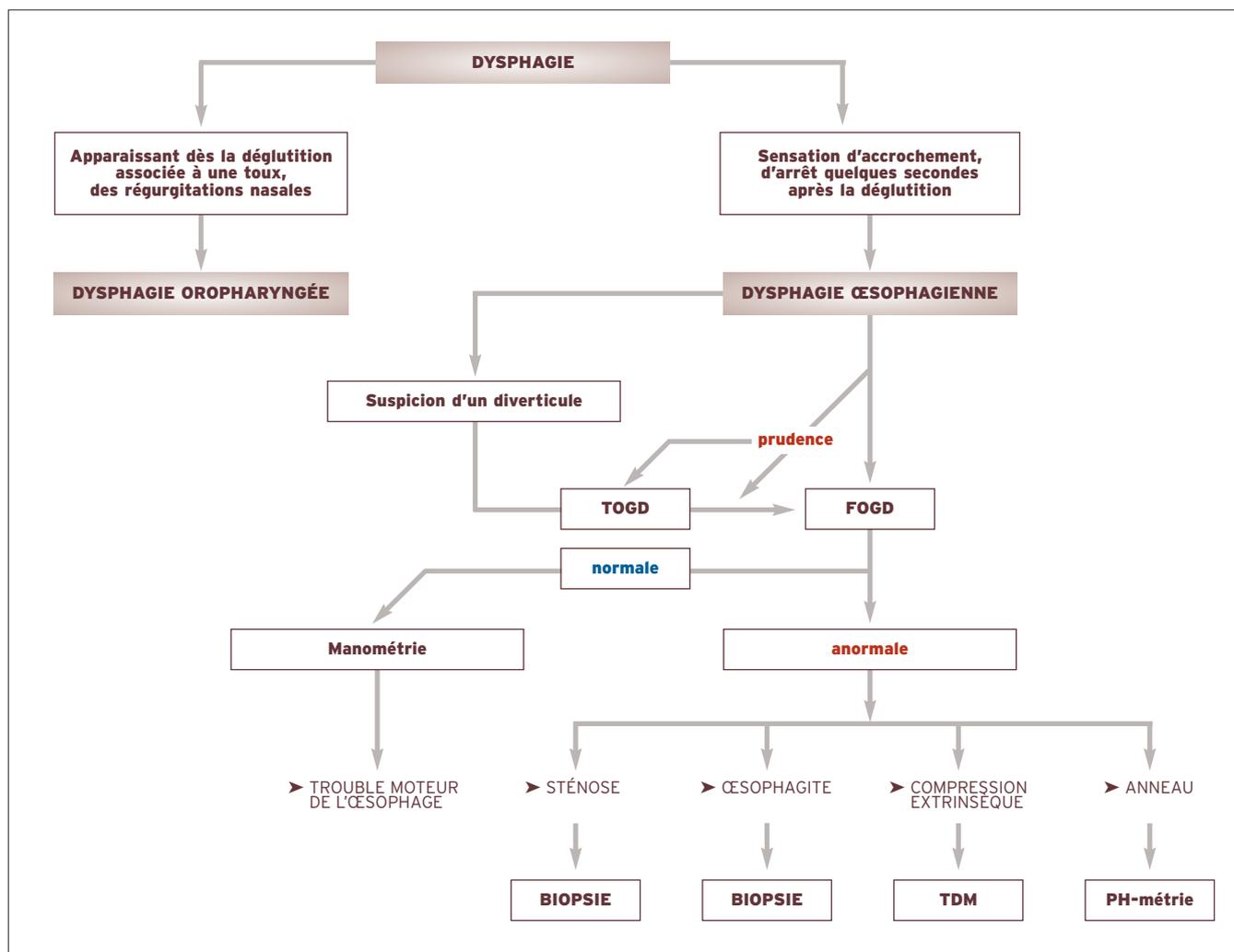


Figure 1 Orientation diagnostique devant une dysphagie.

d'une sténose digestive préexistante, d'un trouble moteur de l'œsophage. Le diagnostic est évident en aigu compte tenu des circonstances de survenue : aphasie ou dysphagie douloureuse. On réalise en urgence une FOGD qui permet de confirmer le diagnostic, d'extraire le corps étranger et de rechercher les facteurs favorisants.

3. Brûlure caustique

Elle est liée à l'absorption de substances corrosives de manière accidentelle ou volontaire à but d'autolyse. L'ingestion de produits alcalins est plus fréquente que celle de produits acides. Les alcalins provoquent des nécroses actives par saponification des graisses et dissolution des protéines, ce qui permet une pénétration profonde du produit dans les tissus avec atteinte de la totalité de l'épaisseur. Les acides provoquent une nécrose par coagulation avec formation d'une escarre protectrice, l'atteinte est souvent moins profonde.

Les patients présenteront une dysphagie initiale contemporaine de l'accident du fait de l'œsophagite. L'endoscopie initiale évalue les lésions et pose l'indication opératoire. Après la phase aiguë, une fibrose s'installe, à l'origine d'une sténose œsophagienne. L'endoscopie évalue les lésions (fig. 2). Un traitement endoscopique (dilatation) peut être proposé.

Dysphagies oro-pharyngées ou hautes

Les troubles de la déglutition sont souvent mal connus, souvent ignorés, voire négligés. Ils représentent un facteur important de mortalité chez les patients âgés et chez les patients présentant des maladies neurologiques.

Les tumeurs de l'axe pharyngo-œsophagien, en premier lieu malignes, sont les premières causes de dysphagie haute.

D'autres affections sont susceptibles de perturber la déglutition : les affections neurologiques (dégénératives, accidentelles ou séquellaires), mais aussi certaines myopathies.



Figure 2 Œsophagite caustique.

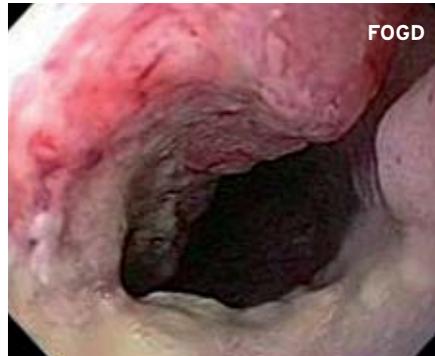


Figure 3 Carcinome épidermoïde (œsophage).



Figure 4 Sténose peptique annulaire.

Dysphagies œsophagiennes ou basses

L'endoscopie complétée par un examen histologique de la muqueuse permet de scinder les causes organiques (obstacles organiques pariétaux, compression de l'œsophage, causes intraluminales) des causes fonctionnelles ou troubles moteurs œsophagiens qui peuvent être soit primitifs, soit associés à une maladie générale.

1. Dysphagie œsophagienne organique

✓ **Cancers de l'œsophage** : la dysphagie est progressive sans rémission, s'accompagne d'un amaigrissement, homme de 50 ans dans un contexte alcool-tabagique (fig. 3)

✓ **Cancer du cardia** : la dysphagie est basse, le terrain est celui d'un RGO, avec notion d'un œsophage de Barret.

✓ **Envahissement œsophagien** : par un cancer de voisinage essentiellement bronchique.

✓ **Tumeur bénigne** (polype, leiomyome) : rare, la dysphagie est tardive et modérée.

✓ **Œsophagite et sténose peptique** : c'est la complication d'un RGO (fig. 4).

✓ **Œsophagite infectieuse** :

– essentiellement mycotique (*Candida albicans*), compliquant un traitement (antibiotique, corticoïdes ou immunosuppresseur) ou un déficit immunitaire. La présence de dépôts blanchâtres est notée en endoscopie, des mycelles sont mis en évidence en histologie. Rechercher une candidose buccale associée ;

– œsophagites virales (CMV, herpès, VZV) survenant dans le contexte d'une infection VIH.

✓ **Œsophagite médicamenteuse** : doxycycline, bromure de pinavérium, chlorure de potassium... La dysphagie est douloureuse, médiosternale, à irradiation postérieure. Il existe une ulcération unique à l'emporte-pièce avec fond fibrinonécrotique, le comprimé est parfois enclavé dans l'œsophage.

✓ **Œsophagite radique** : après irradiation thoracique pour lymphome ou cancer bronchique. Au départ, on retrouve une dysphagie douloureuse, parfois accompagnée de petites hémorragies actives ou d'un syndrome anémique. Ensuite, on retrouve une dysphagie plus accentuée mais non douloureuse en rapport avec une sténose.

✓ **Diverticules œsophagiens** :

– diverticule pharyngo-œsophagien (de Zenker) : il s'agit d'une hernie acquise de la muqueuse pharyngo-œsophagienne postérieure. Il est rare et représente 1 % des maladies de l'œsophage. Les patients sont âgés (60-80 ans). La dysphagie est capricieuse, intermittente et transitoire, associée à une hypersialorrhée modérée, une halitose et/ou une toux sèche, des régurgitations non acides, soit spontanées, soit apparaissant en décubitus dorsal avec rejet paradoxal d'aliments non digérés. L'évolution se fait vers une véritable rumination. Il existe une tuméfaction latérale gauche au tiers inférieur du cou en extension. Le meilleur examen complémentaire de cette pathologie est classiquement le TOGD (fig. 5) ;

– diverticule médiosternale (parabronchique) : situé au tiers moyen, sa caractéristique est une très grande latence. L'endoscopie est indispensable pour rechercher une lésion associée (l'existence de signes fonctionnels ne devant pas faire incriminer en premier lieu le diverticule) ;



Figure 5 Diverticule de Zenker.

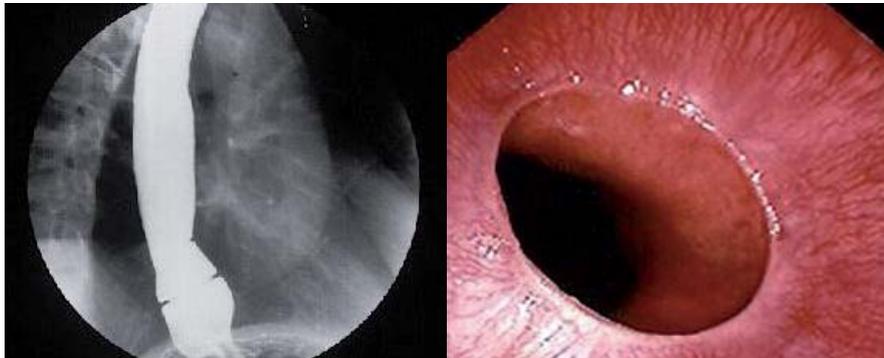


Figure 6 Anneau de Schatzki.

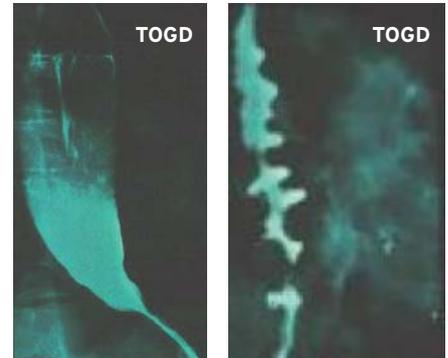


Figure 7 Achalasie.

Figure 8 Spasme diffus de l'œsophage.

– diverticule épiphrénique : situé au tiers inférieur, la dysphagie est basse, s'accompagne d'une douleur rétrosternale, d'un pyrosis. L'endoscopie est indiquée pour rechercher une lésion associée.

✓ **Anneau :**

– bas œsophage (Schatzki) : rétrécissement annulaire mince siégeant à la jonction de la muqueuse glandulaire et malpighienne, au-dessus d'une hernie hiatale. La dysphagie est basse au début des repas pour les solides. En endoscopie, il existe un rétrécissement annulaire (fig. 6).

– haut œsophage (Plummer-Vinson) : le syndrome de Kelly-Paterson associant une dysphagie haute avec membrane de l'œsophage cervical et une carence martiale.

✓ **Compression extrinsèque :** elle donne rarement une dysphagie. Il existe d'autres signes fonctionnels associés (dysphonie, dyspnée).

Les causes sont :

- anévrisme de l'aorte thoracique, artère sous-clavière droite ectopique (*dysphagia lusoria*) ;
- hypertrophie auriculaire gauche (RM) ;
- thyroïde (goitre ou cancer), thymome ;
- adénopathie (Hodgkin, tuberculose) ;
- envahissement médiastinal (cancer bronchique, ORL,...) ;
- articulaire : maladie de Forestier.

La tomodensitométrie est d'une aide précieuse au diagnostic en permettant de préciser l'origine de la compression.

2. Dysphagie fonctionnelle primitive

✓ **Achalasie :** c'est une régurgitation per- ou post-prandiale, parfois associée à une toux nocturne, à une douleur rétrosternale indépendante des repas, maximale la nuit.

Le TOGD montre une augmentation du calibre du corps œsophagien, un rétrécissement régulier et progressif de l'extrémité inférieure (fig. 7).

La FOGD recherche une lésion associée, en particulier un cancer.

La manométrie montre l'absence de contraction péristaltique, et l'absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage.

✓ **Spasme diffus de l'œsophage :** les douleurs rétrosternales per-prandiales simulent un angor.

Le TOGD retrouve des spasmes étagés (aspect de pseudo-diverticules) (fig. 8).

La FOGD : indispensable pour éliminer une cause organique.

La manométrie montre un péristaltisme présent dans le tiers supérieur, stationnaire dès le tiers moyen, et la relaxation conservée du sphincter inférieur de l'œsophage lors de la déglutition.

✓ **Péristaltisme douloureux de l'œsophage :** la douleur est pseudo-angineuse perprandiale. La manométrie montre des contractions péristaltiques augmentées en durée et en amplitude.

3. Causes fonctionnelles secondaires

✓ **Sclérodémie :** une atteinte œsophagienne est présente dans 79 % des scléroses systémiques, tout particulièrement dans le CREST syndrome. La dysphagie est fréquemment révélatrice. On doit penser à ce diagnostic lorsqu'il existe conjointement un syndrome de Raynaud, une sclérodactylie. En manométrie, on retrouve une diminution, voire une disparition des contractions des deux tiers distaux de l'œsophage avec une hypotonie sévère du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) responsable d'un RGO avec œsophagite peptique et évolution vers l'endobrachyœsophage, ou une sténose peptique. La manométrie œsophagienne est l'examen le plus sensible de cette pathologie.

✓ **Les achalasia secondaires** surviennent au cours de nombreuses affections : maladies neurologiques diffuses dégénératives, infiltratives (amylose), infectieuses (maladies de Chagas) ; cancers infiltrant les plexus nerveux (œsophage, sein, poumon, rein) ou comprimant la région cardiaque (cancer du cardia).

✓ **Les troubles moteurs non spécifiques** peuvent s'observer au cours de maladies atteignant la musculature (connectivites, lupus érythémateux disséminé, dermatomyosite, polymyosite, polyarthrite rhumatoïde), ou l'innervation œsophagienne (neuropathie végétative) : diabète, amylose, pseudo-obstruction intestinale chronique.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.