

# N° 308 DIAGNOSTIC D'UNE DYSPHAGIE

Pr S. Chaussade

Service d'Hépatogastroentérologie – Hôpital COCHIN

## Objectifs

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

### 1 1-DEFINITION

La dysphagie est une sensation de blocage ou de gêne ressentie lors du passage des aliments dans l'œsophage. Elle impose toujours une endoscopie oeso-gastro-duodénale qui doit être effectuée **de première intention pour éliminer une lésion organique de l'œsophage.**

La dysphagie doit être distinguée de l'odynophagie qui est douleur rétrosternale provoquée par la progression des aliments dans l'œsophage, ou d'une sensation de satiété précoce décrite parfois par les malades comme un blocage épigastrique, et des dysphagies oro-pharyngées hautes.

Les causes principales des dysphagies sont : le cancer de l'œsophage, la sténose peptique par reflux acide, les œsophagites infectieuses et l'achalasie primitive de l'œsophage.

## **2 ORIENTATION DIAGNOSTIQUE**

### **2.1 INTERROGATOIRE :**

2.1.1 **l'interrogatoire** a une importance capitale et permet d'orienter rapidement vers une étiologie. L'interrogatoire précise l'évolution de la dysphagie : elle peut être continue, s'aggravant progressivement ou intermittente marquée par d'épisodes de blocage séparés d'intervalles libres, ses caractères : elle peut être élective pour les solides, survenant aussi bien pour les solides que pour les liquides, ou parfois paradoxale plus marquée pour les liquides, elle peut être temporaire, disparaissant par certaines manoeuvres de compression cervicale ou permanente ;

2.1.2 **circonstances de survenue** : âge, notion d'intoxication alcoolo-tabagique chronique, exposition à des agents irritants pour l'oesophage (médicaments, caustique, radiation) immuno-dépression, affection maligne ou

2.1.3 **maladie générale** (diabète, sclérodermie) connue;

2.1.4 **existence de symptômes oesophagiens associés** : reflux gastro-oesophagien, douleurs à l'alimentation (odynophagie), douleurs rétrosternales, régurgitations alimentaires, fausses routes, toux immédiate à l'alimentation, dysphonie, douleurs thoraciques à l'alimentation, hypersialorrhée, hoquet, otalgie ;

2.1.5 **le retentissement nutritionnel** : la notion de perte de poids est capitale ainsi que le pourcentage de perte pondérale par rapport au poids initial

### **2.2 L'EXAMEN CLINIQUE**

Il recherche des ganglions sus claviculaires, une tuméfaction d'un diverticule cervical, une hépatomégalie métastatique, une ascite, ...

### **2.3 EXAMEN A DEMANDER DANS LE CAS D'UNE DYSPHAGIE :**

L'examen essentiel est la **fibroscopie oeso-gastro-duodénale**. La fibroscopie recherche la lésion responsable. En fonction des étiologies, seront réalisés un transit oesogastro-duodéal, une échographie, un scanner médiastinal, une Phmétrie, une manométrie...

## **3 ETIOLOGIES DES DYSPHAGIES**

### **3.1 CAUSES LESIONNELLES**

La dysphagie prédomine sur les solides, elle s'aggrave progressivement et retentit sur l'état général. La fibroscopie trouve une lésion sténosante dont la nature est souvent d'emblée évidente. Des biopsies sont indispensables. En cas de négativité, elles doivent être répétées.

### 3.1.1 LES STENOSES TUMORALES

#### 3.1.1.1 *CANCER DE L'OESOPHAGE*

Essentiellement chez l'homme de 50 ans, carcinome épidermoïde ou adénocarcinome, la dysphagie est le premier signe précédé parfois par les blocages, au début, simple sensation de gêne à la déglutition, gêne rétro sternale associée ou non à une douleur à la déglutition, odynophagie. L'amaigrissement est très précoce et très important à préciser. Elle est au début intermittente puis permanente, partielle ou totale, si le cancer est évolué, la dysphagie s'associe à des douleurs postérieures, à une modification de la voix ou dysphonie, voire une toux à l'alimentation par fistule oesotrachéale.

#### 3.1.1.2 *CANCER DU CARDIA*

Il s'agit d'une tumeur située à la jonction oeso-gastrique souvent une lésion préexistante d'endobrachyoesophage due au reflux gastro oesophagien. Le cancer du cardia est rapidement obstructif et entraîne une dysphagie marquée et un amaigrissement.

#### 3.1.1.3 *LES AUTRES TUMEURS OESOPHAGIENNES*

Il s'agit de tumeurs malignes rares (lymphomes, fibrosarcomes, léiomyosarcomes, rhabdomyosarcomes, mélanomes et métastases oesophagiennes) ou il peut s'agir de tumeurs bénignes : tumeurs stromales (léiomyomes le plus souvent).

#### 3.1.1.4 *TUMEURS EXTRINSEQUES*

Développées au contact de l'oesophage (adénopathie, tumeur bronchique, médiastinale, médiastinite carcinomateuse) qui peuvent être responsables d'une sténose de l'oesophage dont la muqueuse est normale. C'est le scanner et l'écho-endoscopie qui permettent le diagnostic.

### 3.1.2 LES STENOSES NON TUMORALES

#### 3.1.2.1 *LA STENOSE PEPTIQUE*

Il s'agit d'une complication rare et sévère des oesophagites ulcérées du reflux gastro oesophagien. Après une longue période de reflux gastro oesophagien acide, le patient signale progressivement la diminution du reflux et l'apparition d'une dysphagie étalée sur plusieurs années avec un amaigrissement très modéré. La sténose siège le plus souvent au niveau de la jonction tiers moyen-tiers inférieur de l'oesophage. Le diagnostic est endoscopique, des biopsies répétées doivent être systématiques. Le transit oeso-gastro-duodéal montre un rétrécissement court, bien centré, se raccordant progressivement avec la muqueuse oesophagienne voisine.

#### 3.1.2.2 *LES AUTRES STENOSES OESOPHAGIENNES BENIGNES*

- STENOSES CAUSTIQUES : 2 à 12 semaines après l'ingestion accidentelle ou volontaire d'un acide fort ou d'une base forte
- STENOSES POST-CHIRURGICALES : développées sur anastomose oesophagienne
- STENOSES RADIQUES : survenant plusieurs mois ou années après l'irradiation du médiastin.

### 3.1.3 LES OESOPHAGITES NON STENOSANTES

Une dysphagie peut être observée au cours des oesophagites sans qu'il n'existe une sténose à l'endoscopie ou à la radiologie.

#### 3.1.3.1 *OESOPHAGITE PEPTIQUE*

Conséquence habituelle du reflux gastro oesophagien : ulcération à l'endoscopie au niveau de la jonction oeso-gastrique remontant plus ou moins sur l'oesophage

#### 3.1.3.2 *OESOPHAGITES INFECTIEUSES*

Surviennent essentiellement chez les malades immuno-déprimés. La dysphagie et l'odynophagie associées peuvent limiter considérablement l'alimentation : les trois agents infectieux identifiés sont le CANDIDA, le CYTOMEGALOVIRUS et l'HERPES-VIRUS

#### 3.1.3.3 *OESOPHAGITES MEDICAMENTEUSES*

Elles se manifestent par des douleurs rétro sternale brutale et intense, accentuée par la prise alimentaire. Les médicaments le plus souvent en cause sont la doxycycline, les nouveaux biphosphonates (alendronate). Ces oesophagites sont favorisées par la prise d'un comprimé « à sec » et au coucher.

### 3.1.4 LES DIVERTICULES ET ANNEAUX OESOPHAGIENS

#### 3.1.4.1 *DIVERTICULE DE ZENKER*

Il siège à la face postérieure de la jonction pharyngo-oesophagienne, se manifeste chez un sujet âgé par une dysphagie haute intermittente et des régurgitations d'aliments non digérés qui soulagent le patient, ces régurgitations peuvent être déclenchées par la rotation de la tête ou la pression sur une région particulière du cou.

#### 3.1.4.2 *ANNEAU DE SCHATZKI*

Il s'agit d'un diaphragme incomplet du bas oesophage constitué d'éléments musculaires recouvrant la muqueuse qui pourrait être favorisée par le reflux gastro oesophagien.

## 3.2 CAUSES FONCTIONNELLES

Le diagnostic de dysphagie d'origine fonctionnelle ne peut être porté qu'après constatation à la fibroscopie oeso-gastro-duodénale, du caractère normal de la muqueuse oesophagienne. Les dysphagies fonctionnelles sont liées à un trouble moteur oesophagien primitif ou secondaire mis en évidence par la manométrie oesophagienne.

### 3.2.1 LES TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS PRIMITIFS

#### 3.2.1.1 *ACHALASIE OU CARDIOSPASME*

Il s'agit d'une affection nerveuse dégénérative d'étiologie inconnue. Caractérisée anatomiquement par une altération de l'innervation intrinsèque de l'oesophage avec raréfaction des plexus nerveux de Meissner et Auerbach. Il existe une perte des ganglions nerveux de l'oesophage inférieur entraînant une

absence de péristaltisme oesophagien et de relaxation du sphincter inférieur de l'oesophage. La dysphagie est présente chez tous les patients, elle affecte d'emblée les liquides et les solides. Elle est plus rarement paradoxale affectant sélectivement les liquides. Elle est variable d'un jour à l'autre, capricieuse, elle se manifeste au début par des blocages intermittents, les régurgitations alimentaires sont possibles en fin de repas, elles peuvent entraîner des fausses routes, des quintes de toux. Des douleurs thoraciques par distension considérable de l'oesophage sont possibles, pendant longtemps, il n'existe pas d'amaigrissement. A un stade évolué, la dysphagie devient permanente et entraîne un amaigrissement

Le diagnostic de l'affection repose sur la manométrie : l'anomalie constante est l'absence d'ondes péristaltiques propagées (achalasia), qui sont remplacées par des complexes non propulsifs, associée à un trouble de relaxation du sphincter inférieur de l'oesophage lors de la déglutition dont le tonus de base est normal, ou augmenté dans 50% des cas (cardiospasme). Des contractions sont possibles, spontanées ou déclenchées par la déglutition, parfois très vigoureuses, mais elles ne sont jamais propagées.

Le traitement repose sur la dilatation pneumatique ou la chirurgie (séromyotomie de Heller) qui peut être réalisée sous coelioscopie.

### 3.2.1.2 *LA MALADIE DES SPASMES DIFFUS DE L'OESOPHAGE*

Dans cette affection, la dysphagie est variable, capricieuse et modérée, il peut exister une dysphagie paradoxale plus marquée pour les liquides que pour les solides, des douleurs (spasmes). Ces contractions simultanées alternent cependant avec un péristaltisme normal et des relaxations du sphincter inférieur de l'oesophage normales.

## 3.2.2 B – LES TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS SECONDAIRES

### 3.2.2.1 *LA SCLERODERMIE*

### 3.2.2.2 *ACHALASIES SECONDAIRES (PSEUDO-ACHALASIES)*

Elles correspondent le plus souvent à des compressions tumorales de la région cardiale à développement essentiellement sous-muqueux ou péri-oesophagien (tumeur du cardia, tumeur de voisinage)

Figure 1 Manométrie oesophagienne normale : une déglutition déclenche une onde de contraction oesophagienne qui se propage le long de l'oesophage en même temps que le sphincter oesophagien inférieur s'ouvre (baisse de pression à ce niveau d'enregistrement).

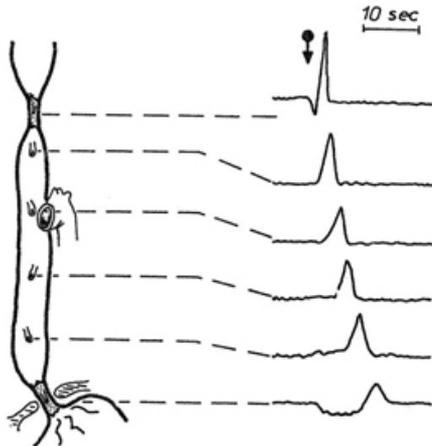


Figure 1 bis Relation entre le péristaltisme oesophagien et la progression d'un bolus dans l'oesophage. Le bolus est schématisé par la zone grisée. La survenue d'une contraction d'amont puis sa propagation (reconnue par le recueil d'une augmentation de pression sur les différentes voies d'enregistrement) assurent la progression du bolus.

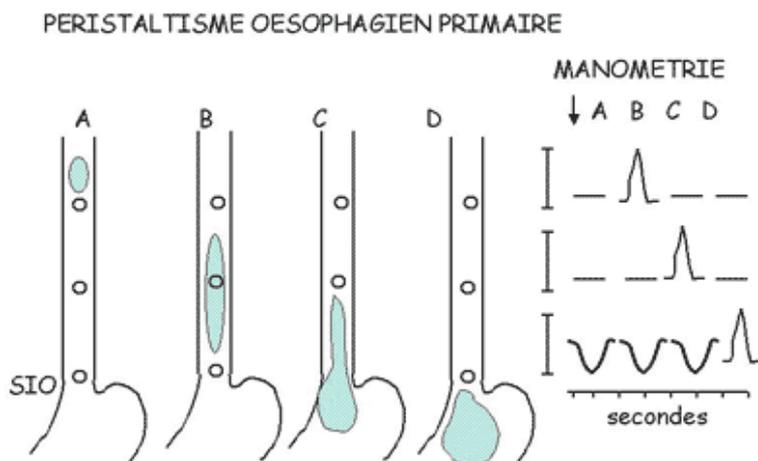


Figure 2 Profil manométrique typique d'une achalasia (ou mégaoesophage) avec l'existence de contractions constamment simultanées et jamais propagées alors qu'existent au niveau du sphincter inférieur une hyperpression et une absence de relaxation en réponse à une déglutition. Dans les formes évoluées d'achalasia, les contractions oesophagiennes sont de petite amplitude aux différents d'enregistrement.

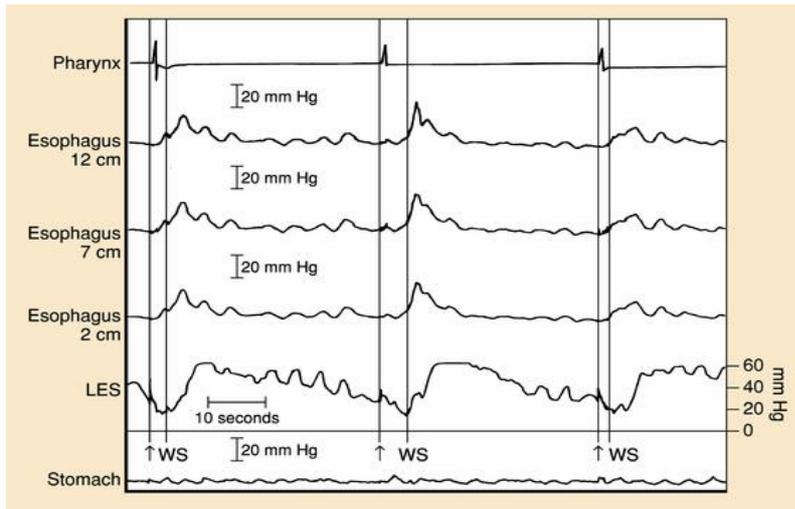


Figure 3 : Aspects endoscopique et radiologique d'une achalasia



Figure 4 : Aspect radiologique d'un spasme diffus

