

CAT DEVANT UNE DYSPHAGIE

2020

Dr : AISSAOUI

I - INTRODUCTION :

- **Définition** : *difficulté, blocage, gêne à la progression des liquides et/ou des solides dans leur trajet de la bouche à l'estomac. Elle indique une perturbation de la déglutition , de la progression ou passage entre œsophage et estomac.*
- **Intérêt** : maître symptôme de la pathologie œsophagienne. Impose une exploration endoscopique systématique et fonctionnelle en l'absence de lésion organique.

Devant une dysphagie, il faut toujours craindre un cancer de l'œsophage+++

02 types d'obstructions:

Mécanique: svt une dysphagie évolutive, concerne les aliments solides puis liquides

Principales causes: sténose peptique, carcinome, anneau de Schatzki...

Troubles de la motricité œsophagienne: habituellement une dysphagie non évolutive, paradoxale

Principales causes: achalasie, spasmes diffuses...

□ 02 types du dysphagie:

Dysphagie haute ou bucco-pharyngée: pendant la déglutition volontaire, plus svt associée à des fausses routes nasales et/ou trachéales, déglutitions répétées

Dysphagie basse ou œsophagienne: après la déglutition volontaire, pas de fausses routes nasales ni déglutitions répétées

Quelques données physiologiques :

La déglutition est un processus contrôlé par le centre de la déglutition dans la moelle, et pour l'œsophage par un réflexe péristaltique largement autonome coordonné par le système nerveux entérique depuis la paroi oesophagienne.

Elle se déroule en 03 phases :

- La phase préparatoire buccale : -Formation du bol alimentaire
-Sous contrôle volontaire
- La phase bucco-pharyngée : -Propulsion du bol alimentaire de la cavité buccale au sphincter supérieur de l'oesophage (SSO)
-Considérée comme réflexe
- La phase oesophagienne : -Transport du bol alimentaire du SSO au sphincter inférieur de l'oesophage (SIO)
-Sous contrôle du système nerveux autonome

Commande des temps 1 et 2

Centre : bulbo-protubérantiel

Afférences :

- terminaisons nerveuses libres : palais, pharynx, larynx, œsophage
- informations véhiculées par : V (nerf maxillaire), IX, laryngé sup (X)

Efférences : V, VII, IX, X (+++)

Action inter-centrale : la déglutition inhibe

- mastication
- Respiration

Temps œsophagien : motricité œsophagienne

Anatomie :

- Sphincter œsophagien supérieur (SOS) : muscle strié (muscle cricopharyngien)
- Œsophage moyen (corps) : strié à la partie sup puis lisse essentiellement
- Sphincter œsophagien inférieur (SOI) : muscle lisse

Innervation:

- SOS : somatique, 1 seul neurone (plaque motrice), X (AC)
- Corps : *SNI : Acétylcholine(AC), Noradrénaline, VIP... *SNE : X (+++)
- SOI : idem corps

II - AFFIRMER LA DYSPHAGIE :


1- Reconnaître la dysphagie :

- Cas facile : blocage ou gêne à la déglutition
- Cas difficile : Accrochage intermittent
Epigastralgie ou gêne en fin des repas
Signes respiratoire et cardio- vasculaire

2- Exclure ce qui n'est pas une dysphagie :

- *Globus hystericus* (boule dans le pharynx)
- *Anorexie*
- *Mericsme* : Phénomène relativement rare qui se caractérise par le retour volontaire ou involontaire (régurgitations) des aliments de l'estomac dans la bouche où ils peuvent être de nouveau mastiqués, mâchonnés, s'observe dans les arriérations mentales, troubles psychologiques, chez l'enfant présentant un profil névrotique et une perturbation des relations affectives avec son entourage.
- *l'odynophagie* (déglutition douloureuse et douleur ressentie lors de la progression du bol alimentaire dans l'œsophage).

Devant toute dysphagie, il faut :

- Préciser les caractères de cette dysphagie et en apprécier les caractères  interrogatoire soigneux.
- Rechercher des signes associés digestifs et extra-digestifs
- Faire un examen physique complet
- Effectuer de manière systématique une enquête para-clinique orientée vers le dépistage d'un éventuel cancer de l'œsophage.

III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Anamnèse :

♦ Terrain et ATCD :

- ▶ Âge et sexe
- ▶ Intoxication alcoololo-tabagique
- ▶ Immunodépression
- ▶ Maladie générale: diabète, sclérodermie...
- ▶ ATCD: Chirurgie, radiothérapie, cancer...
- ▶ ATCD d'ingestion caustique

♦ Caractères de la dysphagie :

- ▶ Date d'apparition : ancienne (trouble fonctionnelle)
récente
- ▶ Mode de début : brutal
progressif
- ▶ Circonstance d'apparition: brutalement, après ingestion corps étranger,
aggravation progressive
- ▶ Degré de la dysphagie : minime
modérée
aphagie

◆ **Mode évolutif :**

- ▶ permanent : évoluant d'un seul tenant, sans rémission, avec aggravation rapide ou progressive.
- ▶ intermittent : évoluant par accès, avec périodes de rémission plus ou moins parfaites

◆ **signes accompagnateurs**

- ▶ digestif : pyrosis, régurgitations (liquidiennes, alimentaires ou sanglantes), sialorrhée, éructations, nausées ou vomissements, signes de RGO.
- ▶ extradigestif : respiratoires : toux nocturne , toux à la déglutition...

oropharyngés : dysphonie...

cardio-vasculaires

cutanés

neurologiques

signe généraux : AEG avec amaigrissement
sans anorexie, signes de déshydratation, signes de dénutrition.

Examen clinique: **Devra être complet et méthodique**

- ▶ Examen digestif : buccopharyngé: candidose buccale..
abdomen : ascite, HPM . TR: masse, nodule suspect d'un carcinome péritonéale..
- ▶ examen du cou et de la région cervicale : goitre, des ADP
- ▶ examen pleuro-pulmonaire
- ▶ examen cardio-vasculaire
- ▶ examen neurologique
- ▶ examen O R L

Bilan standards: avant la FOGD, en cas des signes de carence: FNS, ionogramme, hépatique, rénal ...

Examens complémentaires :

♦ **FOGD :**

- ▶ examen de 1ère intention
- ▶ fait le diagnostic d'une lésion organique, des biopsies
- ▶ rôle thérapeutique : ablation du corps étranger, laser, dilatation, prothèse

♦ **Radiologie :**

- ▶ Téléthorax: face, profil
- ▶ Transit baryté œsophagien : **TOGD :**

- * complète la fibroscopie si sténose : préciser sa hauteur
- * en cas de fistule œsophagienne : utilise un produit hydrosoluble

♦ **explorations fonctionnelles :**

- ▶ Manométrie œsophagienne

♦ **Autres investigations** : en fonction du diagnostic suspecté

- ▶ Bronchoscopie
- ▶ Scanner thoracique
- ▶ Scintigraphie thyroïdienne
- ▶ Echoendoscopie

ENQUETE ETIOLOGIQUE



Deux types de causes possibles :

- ✓ *Les lésions organiques* de l'œsophage : obstacle, rétrécissement...
- ✓ *Les obstacles fonctionnels* liés à un trouble de la motricité

IV- ETIOLOGIES DES DYSPHAGIES

Causes oro-pharyngées :

Dysphagie oropharyngée, encore appelée buccopharyngée ou pré-oesophagienne : dysphagie haute

- Les patients ont de la difficulté à initier la déglutition et ils identifient d'ordinaire la région cervicale comme présentant un problème.
- Symptômes les plus fréquents:
 - Difficulté à initier la déglutition
 - Régurgitation nasale
 - Toux
 - Voix nasonnée, enrouement
 - Diminution du réflexe de toux, hoquet
 - Suffocation
 - Étouffement,
- Dysarthrie et diplopie (peuvent accompagner une pathologie neurologique cause de dysphagie oropharyngéale).
- Une mauvaise haleine (haleine fétide) peut aussi exister chez des patients avec un diverticule de Zenker important contenant une quantité importante de résidus,

*Infectieuses :

- ▶ Pharyngite
- ▶ Diphtérie
- ▶ Tuberculose laryngée

*Tumorales :

- ▶ Kc du larynx
- ▶ Kc de l'amygdale

*Neurologiques

- Hémiparésie à la suite d'un AVC
- myasthénie
- Maladie de Parkinson
- Autres pathologies neurologiques incluant une dystonie cervicale, une hyperostose cervicale, et une malformation d'Arnold-Chiari
- Des déficits spécifiques ou des paralysies des nerfs crâniens impliqués dans le processus de déglutition peuvent aussi aider à déterminer l'origine du trouble oropharyngé en afin de porter un diagnostic.

*Compression extrinsèque

Cervicale :

- ▶ Arthrose cervicale
- ▶ Mal de Pott
- ▶ Thyroïdiennes
- ▶ Goitre volumineux
- ▶ thyroïdite
- ▶ Kc thyroïdien

*Autres :

- ▶ Diverticule de ZENKER
- ▶ Sd de Plumer Vinson

*Troubles fonctionnelles: rares

Primitives: l'achalasie crico-pharyngée primitive (ACPP)

Secondaires: Les dermatopolymyosites

Diverticule de ZENKER

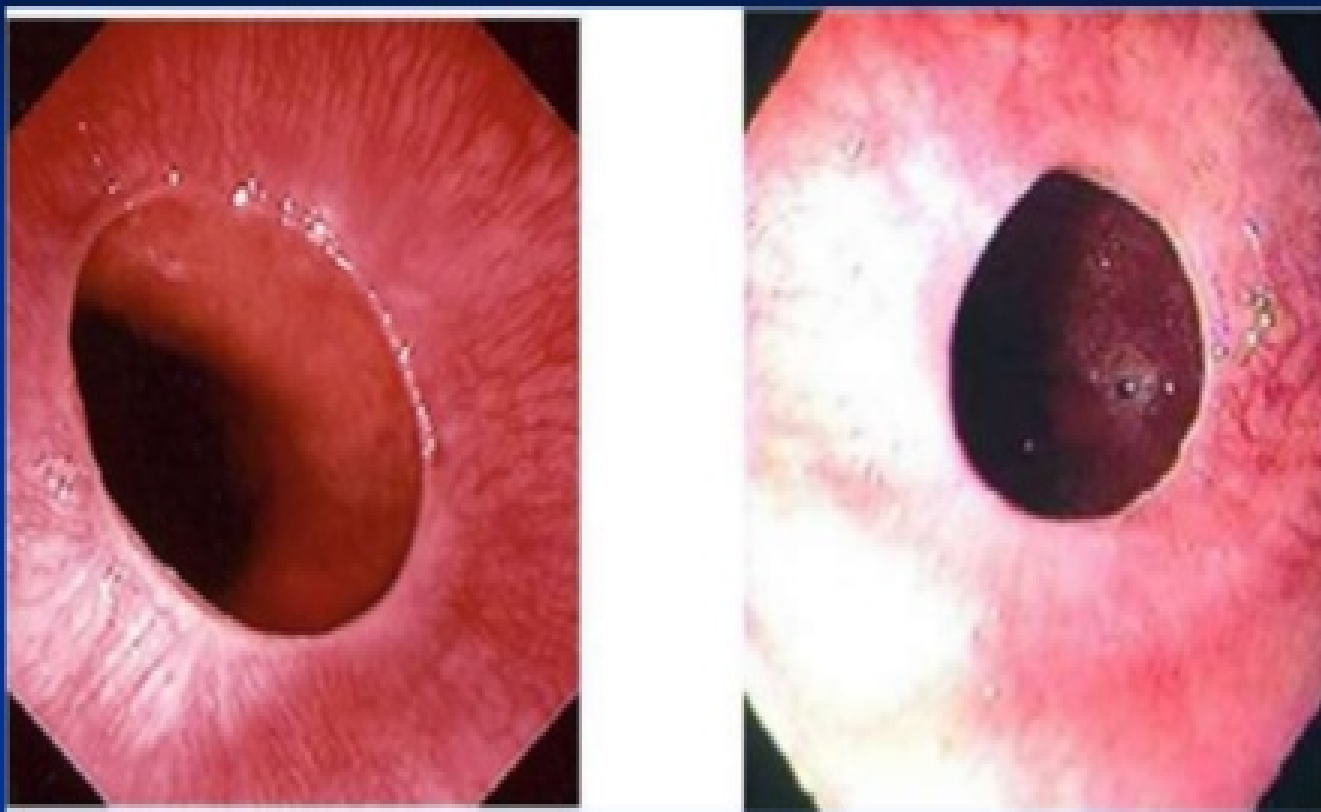
- Diverticule de l'hypo-pharynx postérieur, situé au niveau du muscle crico-pharyngien (SSO) qui est en hypertonie
- Terrain: sujet âgé+++
- Clinique: Dysphagie de siège cervical
Régurgitations, Toux
Risque de pneumopathie
Tuméfaction cervicale avec borborygmes
- Diagnostic: FOGD prudente +++ : risque de perforation
TOGD : fait le diagnostic
- TRT: chirurgical: résection du diverticule + résection du muscle crico-pharyngien.



Diverticule de Zenker

Syndrome de Plummer-Vinson ou dysphagie sidéropénique (Kelly-Patterson) :

- Surtout pays nordiques**
- Prédominance femme > 50 ans**
- Dysphagie + anémie sidéropénique**
- FOGD □ replis muqueux très fins (membranes) au
niveau de l'hypopharynx et du tiers supérieur de
l'œsophage**
- Lésion précancéreuse □ Surveillance
endoscopique régulière**
- TRT martial**



Syndrome de Plummer Vinson

Dysphagie œsophagienne:

compressions extrinsèques

*Cardio-vasculaire :

- ▶ RM
- ▶ Péricardite
- ▶ Dysphagie lusoria : compression de l'œsophage par une anomalie congénitale de l'arc aortique; l'anomalie de l'artère sous-clavière droite rétro-œsophagienne la + fréquente
- ▶ Anévrisme de l'aorte

*Autres :

- ▶ ADP médiastinales : malignes
bénignes (sarcoïdose, tuberculose)
- ▶ Thymome
- ▶ Tm du lobe gauche du foie
- ▶ Tm de la grosse tubérosité gastrique



Bilan : cœur,
thyroïde et
poumon

Anomalies Os &
Muscles

TDM cervico
thoraco-
abdominale

Causes intrinsèques :

***Morphologiques :**

- ▶ atrésie de l'œsophage
- ▶ sténose congénitale
- ▶ diverticules d l'œsophage
- ▶ anneau de Schatzki: repli muqueux du tiers inférieur de l'oesophage



Radiologie

***Inflammatoires :**

- ▶ œsophagite peptique: Complication du RGD
- ▶ Œsophagite granulomateuse : Crohn, sarcoïdose
- ▶ Sténose caustique
- ▶ sténose radique



FOGD + TDM

***Infectieuses :**

- ▶ œsophagite tuberculeuse
- ▶ œsophagite syphilitique (stade III)
- ▶ œsophagite mycotique (terrain + +)
- ▶ œsophagite herpétique à CMV

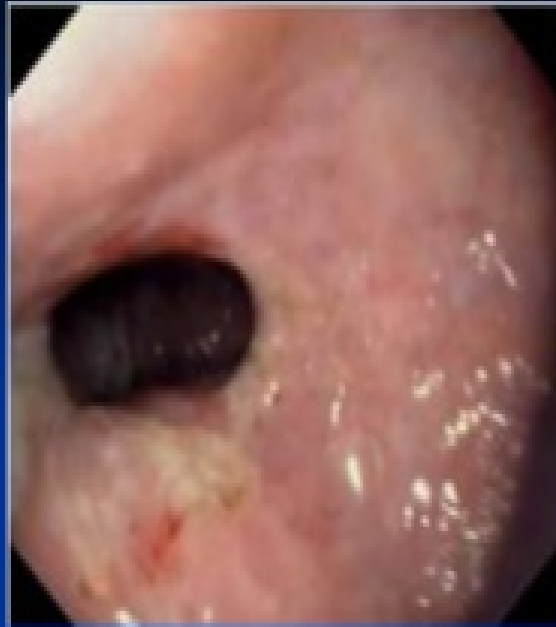


Terrain + Séro

Anneau de Schatzki



Anneau de Schatzki



Sténose peptique



Œsophagite radique

*Tumorale

- ▶ Kc de l'œsophage : Terrain , dysphagie capricieuse
FOGD + BIOPSIES : font le diagnostic
- ▶ Tm bénignes : Rares : Léiomyome srtt ; asymptomatique ; TRT
chirurgical si dysphagie gênante ou doute diagnostique
- ▶ Kc du cardia

*Générale :

- ▶ Sclérodermie.
- ▶ Neuropathie diabétique
- ▶ neuropathie alcoolique

*Autres causes plus rares :

- ▶ Dysphagie postopératoire
- ▶ Dysphagie paranéoplasique
- ▶ Amylose
- ▶ Hypothyroïdie



Endos + Bx

Contexte

Explo fonctionnelle

Examens spécialisée

▶ Ingestion de corps étranger □ tableau de dysphagie aiguë chez un enfant
ou chez un attardé mental+ → **Urgence** → **FOGD en urgence**

CANCER DE L'OESOPHAGE

Clinique :

Surtout sujet âgé

Alcool-tabagique

Dysphagie récente, progressive, d'abord aux solides, puis aux solides, puis aphasie

Douleurs rétro-sternales, régurgitations sanglantes, sialorrhée, hoquet

Régurgitation d'aliments digérés

AEG rapide

Parfois HPM tumorale, ganglion de Troisier

Examen ORL (tumeur synchrone)

Endoscopie digestive haute : Voir et Biopsier □ Dc dans 90% des cas

Transit baryté oesophagien : 3 types de lésions élémentaires :

Processus bourgeonnant

Processus ulcéré

Processus infiltrant : sténose courte, excentrée, irrégulière

Bilan d'extension : echo-endoscopie, scanner thoraco-abdominal, bronchoscopie, ORL, téléthorax

Bilan d'opérabilité : Cardio. , EFR

TRT : chirurgical



Carcinome épidermoïde



léiomyome

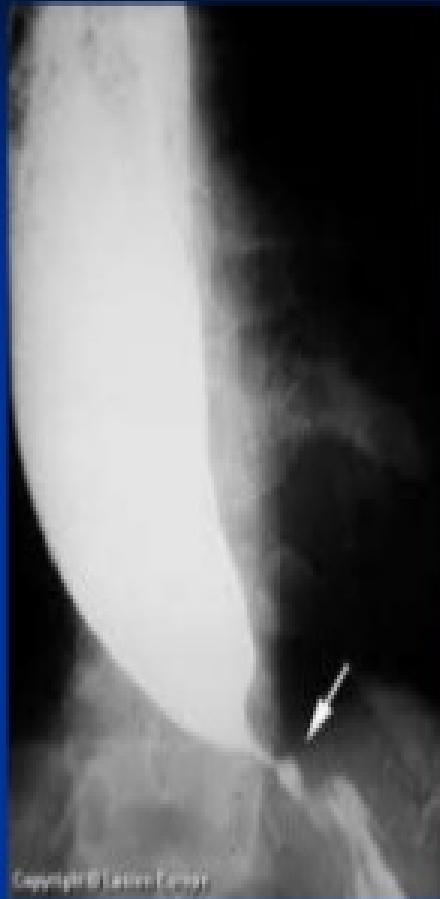


*Causes fonctionnelles :
primitives

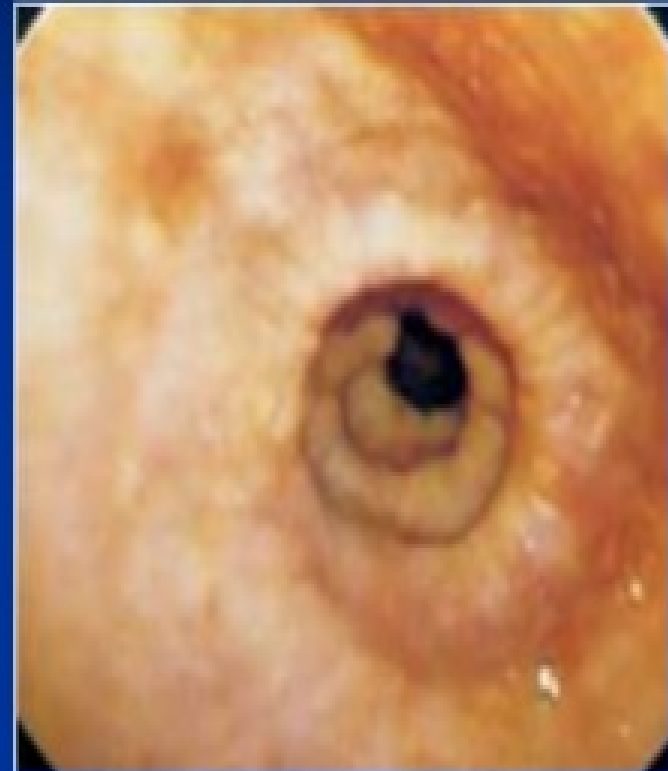
- ▶ Achalasie ou méga-œsophage idiopathique :
 - dysphagie paradoxale
 - régurgitations
 - dlrs rétrosternales
 - FOGD : œsophage dilaté et atone, signe de ressaut au franchissement du cardia, recherche d'un petit cancer du cardia ou d'une dégénérescence maligne
 - Manométrie : Examen clé pour le diagnostic
 - Hypopéristaltisme du corps oesophagien
 - Hypertonie du SIO au repos
 - Absence de relaxation du SIO lors de la déglutition
 - TRT : Médical (dérivés nitré) : effet temporaire
 - Dilatation pneumatique
 - Cardiomyotomie de Heller
- ▶ Spasme diffus de l'œsophage
- ▶ Sd des spasmes douloureux de l'œsophage.



MANOMETRIE



Achalasia du cardia



Spasme diffus de l'oesophage

Secondaire:

- Amylose
- Dysthyroïdies
- Sclérodermie
- Neuropathie diabétique
- Neuropathie alcoolique
- Maladies neuro-musculaires.

Caractéristiques de la dysphagie

Solides uniquement

obstruction

Intermittente -
non progressive

Persistante ou
progressive

RGO

œsophagite / sténo
se peptique

Âge > 50 ans, pas
de RGO

Tumeurs et autres
causes de sténoses

Anneau
oesophagien

Liquides et solides, paradoxale

Troubles moteurs

Intermittente avec
des douleurs
thoraciques
dominant le
tableau

Persistante ou
progressive,
douleurs et
inconfort au 2^{ème}
plan

Signes respiratoires:
Achalasie

Spasmes diffus

RGO: Sclérodermie

V-CONCLUSION :

Dysphagie = SF

Traduit pathologie ORGANIQUE ou FONCTIONNELLE

Topographie: oropharyngée
oesophagienne
organes du voisinage

Sans oublier les atteintes neuromusculaires

NECESSITE :

Interrogatoire soigneux

Examen physique complet

Batterie d'examens paracliniques (Fibro +++)

Liste exhaustive des étiologies à évoquer de façon standardisée et à explorer selon le contexte

Kc de l'œsophage à évoquer en 1^{er}!!!!