

UNIVERSITE ALGER 1
FACULTE DE MEDECINE
SERVICE ORL - CHU BEO

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSPHAGIE HAUTE

INTRODUCTION_DEFINITION

La dysphagie se définit comme une sensation de gêne à la déglutition.

On parle:

- D'aphagie** lorsque la déglutition est impossible.

- D'Odynophagie** lorsque la déglutition est douloureuse.

On distingue :

Les dysphagies hautes (pharyngées):

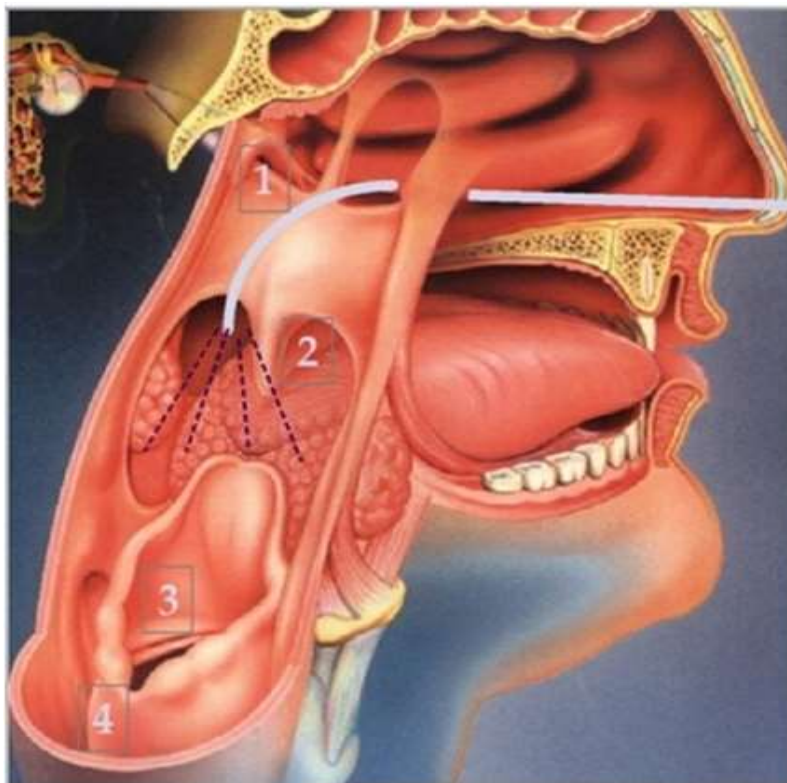
elles nécessitent un examen ORL complet, la pathologie néoplasique est de loin la plus fréquente.

Les dysphagies basses (œsophagiennes):

- qui nécessitent en première intention une FOGD.

- Leurs étiologies sont dominées par les cancers de l'œsophage.

- les troubles fonctionnels moteurs seront évoqués en l'absence de pathologies organiques.



PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION

A- Déglutition normale

Elle comportant 3 phases permettant le transfert du contenu buccal dans l'estomac.

1-Phase labio-buccale: (Volontaire)

mastication et formation du bol alimentaire, qui sera propulsé dans le pharynx par obturation du cavum et les mouvements de la langue.

2-Phase pharyngo-laryngée: (Réflexe)

associe 2 types de mécanismes:

- Protecteur:** par inhibition des centres respiratoires, fermeture vélo-pharyngée évitant le reflux nasopharyngé et ascension avec occlusion laryngée pour prévenir les fausses routes.
- Propulseur:** Par les contractions des muscles constricteurs du pharynx.

3-Phase œsophagienne:

- Le passage du bol alimentaire dans la bouche de Killian se fait par relâchement de son sphincter sup.
- Dans l'œsophage le bol subit un triple mécanisme : contraction péristaltique, pesanteur et d'aspiration œsophagienne.
- Le bol passe dans l'estomac par relâchement du Sphincter oesoph.Inf.

B- Déglutition anormale:

Il existe 2 groupes étiologiques de la dysphagie :

1-Obstruction de cause mécanique :

Par obstacle sur l'axe digestif, c'est la cause la plus fréquente, Le plus souvent évolutive.

2-Obstruction liée à un trouble de la motricité pharyngienne et / ou œsophagienne :

Provocant une dysphagie fonctionnelle, non évolutive, due à un Déficit neurologique ou musculaire, primitif ou secondaire.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSPHAGIE HAUTE

RECONNAITRE LA DYSPHAGIE LA PRENDRE EN CHARGE

I- DIAGNOSTIC POSITIF

A- INTERROGATOIRE

1- Caractères de la dysphagie

- **Context** : repas, boissons chaudes, ingestion de produits caustiques

- Mode d'installation

*Dysphagie aigue : en rapport avec une pathologie infectieuse ou un corps étranger, l'anamnèse est évocatrice.

*Dysphagie progressive : évocatrice d'une étiologie organique ou néoplasique, quelques semaines après l'ingestion de caustique il faut évoquer une sténose cicatricielle.

*Dysphagie intermittente : capricieuse; paradoxale; on s'orientera plus volontiers vers une cause fonctionnelle.

- Degrés de la dysphagie

Dysphagie légère ou importante, dysphagie aux solides ou aux liquides

- Siège de la dysphagie

*Haut : oropharyngé, pharyngolaryngé, 1/3 sup de l'œsophage.

*Moyen : 1/3 moyen de l'œsophage.

*Bas : 1/3 inférieur de l'œsophage.

2- Signes associés:

La dysphagie peut être un signe isolé ou accompagnée:

- AEG: Asthénie, amaigrissement, anorexie est fortement évocatrice d'une tumeur maligne.
- Signes digestifs: pyrosis, régurgitation alimentaire orientent vers un RGO ou un diverticule de Zenker.
- Douleur :-Odynophagie oriente vers une œsophagite.
 - Dlr pseudo angineuse oriente vers un syndrome des spasmes diffus œsophagiens.
- Toux, hypersialorrhée, hoquet associe à une lésion du bas œsophage avec atteinte du nerf phrénique.
- Une dysphonie ainsi qu'une otalgie réflexe orienteront vers une origine laryngopharyngée, ou une atteinte récurrentielle par une extension d'une Tm œsophagienne.
- Dyspnée, signe tardif, témoin d'une atteinte laryngée ou trachéale.

3- ATCD et terrain:

- ATCD pathologiques ORL et digestif (RGO, cancer traité, ingestion antérieure de produit caustique, collagénose et maladie neurologiques.
- Intoxication éthylique et/ou tabagique.
- Exposition particulière aux produits toxiques.
- Irradiation thoracique antérieure.

B- EXAMEN PHYSIQUE:

1-signes généraux : température,poids..

2-Examen ORL :

En première intention devant une dysphagie haute avec examen pharyngo-laryngé au nasofibroscope.
L'examen du cou : à la recherche d'ADP ou de tuméfaction cervicale.

3-Examen neurologique : avec étude des paires crâniennes impliquées dans la déglutition (V-VII-IX-X-XII).

4-Examen général : autres ADP, HPMG, SPMG...

C-Examen complémentaire:

1- Fibroscopie œsophagienne :

Souvent réalisé en première intention permettant la vision directe des lésions avec possibilité de biopsie et prélèvement cytologique.

2- TOGD: Indiquée dans:

- Sténose serrée non franchissable par l'endoscopie;
- Diverticule pharyngo-oesophagien.
- Achalasie.

3- TDM-IRM : tumeurs et extension Tumorale.

4- Echoendoscopie : indiquée dans

- Le bilan des Tumeurs du médiastin.
- Analyse les différentes couches de la paroi oesophagienne.
- Permet de préciser l'extension ganglionnaires médiastinales

5- PH-métrie:

- mesure du coefficient d'acidité ou d'alcalinité au niveau de l'Oesophage.
- Confirme le diagnostic de RGO.

6- Manométrie œsophagienne:

- Indication principale dans les dysphagies fonctionnelles par troubles moteurs primitif ou secondaire.
- Exploration des dysphagies en l'absence de lésions organiques.

7- Biologie

- FNS, VS.
- Prélèvement bactériologique.
- IDR à la tuberculine.
- Tests sérologique (HIV, syphilis).

8- biopsies et étude anapath.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Anorexie.
- Troubles psychomoteurs et manifestation d'angoisse.
- Troubles de dentition gênant la mastication.

III- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE : DYSPHAGIES HAUTES

1- Dysphagies fébriles (les angines):

- *Les angines non spécifiques: Erythémateuses ou Erythémato-pultacées.
- *Amygdalite chronique.

- *Phlegmon péri amygdalien, abcès rétropharyngien.
- *Angines spécifiques: Diphtérie, scarlatine, angine de vincent(ulcéro-nécrotique unilatérale), MNI primo-infection herpétique, zona pharyngien.
- *Angines associées à une hémopathie (agranulocytose, leucémie).
- *Épiglottite.
- *pyolaryngocèle.

2- Dysphagies non fébriles:

La première cause à rechercher est surtout tumorale, notamment en présence de facteurs de risques: homme âgé de 40 à 60 ans et intoxication alcoolo-tabagique.

- Au niveau de l'oro-pharynx

***Corps étrangers :** Rapidement évoqué à l'interrogatoire et ce d'autant qu'ils sont mal supportés et souvent douloureux (exemple : arête de poisson), l'extraction est souvent facile.

***Cancer de l'oropharynx:**

. Cancer de l'amygdale : Carcinome épidermoïde de l'amygdale le plus fréquent
Homme entre 50 et 60 ans, éthlo-tabagique.

Clinique:- Odynophagie, otalgie réflexe, AEG.

-Ulcération dure au touché, saignant au contact.

. Cancer du Sillon amygdalo-glosse et de la base de la langue.

***Ulcération amygdalienne tuberculeuse**

- Notion de contagé.
- signes d'imprégnation tuberculeuse.
- Ulcération douloureuse sans infiltration ni saignement.
- TLT, Prélèvement de gorge et culture, Biopsie qui donne le diagnostic de certitude.

***Ulcération amygdalienne syphilitique**

- Ulcère localisé à l'AMG qui ne saigne au contact.
- ADP multiples.
- Notion de contagé.
- Mise en évidence du tréponème, Sérologie.

***Goitre basi-lingual**

- tuméfaction de la base de la langue, rouge sombre.
- échographie cervicale : loge thyroïdienne vide.

b- Au niveau de l'hypopharynx

***Corps étranger:** parfois bloqués dans le sinus piriforme ou dans la région rétro cricoïdienne
l'extraction se fait souvent par voie endoscopie est sous anesthésie générale.

***Les sténoses caustiques** dont la prise en charge est multidisciplinaire.

*** Cancer de l'hypopharynx:**

- Homme 40 à 60 ans. Dg souvent tardif associant: Dysphagie mécanique, odynophagie, crachats sanglants, dysphonie, dyspnée et ADP cervicales.
- Siège le plus fréquent est le sinus piriforme.
- Pronostique sombre marqué par une lymphophilie et un pouvoir métastatique important et récidives locales et ganglionnaires fréquentes.

*** Cancer vestibulaire laryngé et de la margelle laryngée.**

c- La base du cou

***Corps étrangers de la bouche oesophagienne :**

Rapidement évoqué à l'interrogatoire, mal supporté et souvent douloureux (exemple : pièce de monnaie), avec hypersialorrhée et vomissements post prandiaux précoces. l'extraction par voie endoscopie est souvent facile, sous anesthésie générale.

***Cancer thyroïdien**, goitre.

***Cancer** de la trachée.

***Cancer** de la bouche oesophagienne.

***Diverticule pharyngo-oesophagien** (diverticule de Zenker)

Se voit chez les personnes âgées, c'est une hernie de la muqueuse et de la sous muqueuse, développée à travers un défaut de la musculature, à la jonction pharyngo-oesophagienne, sur la face postéro-latérale gauche de l'œsophage cervical avec hypertonie du muscle crico-pharyngien., c'est le plus fréquent des diverticules.

- Clinique:Homme de plus de 50 ans avec :
 - Régurgitations d'aliments non digérés avec haleine fétide.
 - dysphagie fréquente parfois intermittente.
 - Fausses routes et pneumopathies d'inhalation, atéléctasie.
 - Bruits hydro- aériques dans le cou à l'auscultation.
 - Stagnation salivaire invalidante.
 - L'examen clinique est habituellement normal car une masse réductible palpable dans le cou est exceptionnelle.

-Ex. complémentaires : Le transit baryté est capital, l'endoscopie est envisagée dans le but d'éliminer un cancer associé (intradiverticulaire ou oesoph.) (Risque + élevé).

- TRT: il est chirurgical, il peut être réalisé par voie externe ou endoscopique.

IV- TRAITEMENT

- Le trt est étiologique spécialisé en dehors des angines.
- Intérêt : bonne orientation des patients pour une bonne thérapeutique.

CONCLUSION

Toute dysphagie impose un bilan clinique et para clinique complet et rigoureux permettant de retrouver ou d'orienter vers une étiologie, le TRT reste étiologique.
La crainte de survenue d'un Cancer doit être sans cesse à l'esprit du clinicien dans la démarche diagnostique et dont la prise en charge est multidisciplinaire.