

LA DYSPHAGIE

Objectifs du cours :

Savoir reconnaître une dysphagie et argumenter les principales hypothèses diagnostiques afin de demander les examens complémentaires nécessaires

Définition de quelques signes fonctionnels digestifs:

1 : L'Anorexie :

L'anorexie est une diminution ou perte de l'appétit, globale ou élective (dégoût de certains aliments). Elle peut-être secondaire à une infection sévère comme la tuberculose (signes d'imprégnations), à certaines néoplasies, ou être d'origine psychique : anorexie mentale. Dans ce contexte la boulimie, comme l'anorexie constitue un trouble du comportement alimentaire (TCA) qui touche essentiellement les femmes jeunes sans atteinte organique.

2 : La Polyphagie : est à l'inverse une augmentation de l'appétit.

au cours du diabète elle s'associe à la polydipsie.

3 : La dysphagie : cf cours.

4 : Le Pyrosis : Sensation de brûlures rétro sternales ascendante de l'estomac vers la bouche (décrit comme un reflux acide).

Il est spontané ou aggravé par les repas gras et la position penchée en avant, parfois nocturne, il sera amélioré par la position surélevé du tronc et témoigne le plus souvent d'un reflux gastro-œsophagien (RGO).

5 : La régurgitation : Reflux involontaire vers la bouche, sans effort de vomissements de débris alimentaires contenus dans l'œsophage survenant soit immédiatement après le repas ou plus tard lorsque le patient s'allonge

6 :Hyper-sialorrhée : augmentation du débit salivaire.

7 : Eructation : Expulsion bruyante d'air par la bouche ou le nez provenant de l'œsophage ou de l'estomac (**rot**).

Définition de la dysphagie :

- C'est une sensation de gêne à la déglutition ou obstacle à la progression du bol alimentaire entre la bouche et l'estomac, décrit par le patient comme une simple gêne, difficulté ou un arrêt complet des aliments.

- Ce symptôme traduit une lésion fonctionnelle ou organique au niveau de l'oropharynx, de l'œsophage ou de la partie proximale de l'estomac.

Orientation diagnostique :

Un interrogatoire attentif et un examen clinique soigneux permettent généralement d'orienter le diagnostic.

A - L'interrogatoire : précise les caractéristiques de la dysphagie.

- *La date de début :* Récente → obstacle organique.

Ancienne → fonctionnel.

- *Le mode de début :* Brutal (corps étranger) ou progressif : simple accrochage des aliments puis aggravation de la dysphagie pour les solides : → Cancer.

- *Le degré de dysphagie :* minime ou importante

- *Le siège :* rapporté par le patient ne présume pas toujours du siège exact de la lésion.

- * Dysphagie haute: le blocage s'effectue au niveau de la région hyoïdienne ou sous-hyoïdienne.
 - * D medio-thoracique : Dysphagie rétro-sternale.
 - * D basse : rétro-xyphoïdienne ou en regard du creux épigastrique.
 - *Le mode d'évolution* : intermittente ou permanente.
 - *Circonstances de survenue* : aigue, provoquée ou spontanée.
 - *Type de Dysphagie*:
 - * Sélective (pour certains aliments) ou non sélective (pour tous les aliments).
 - * Partielle (pour les solides seulement) ou totale (solides et liquides).
 - * Paradoxe (pour les liquides et non pour les solides)
 - *Les signes associés* :
 - * Hyper-sialorrhée, pyrosis, régurgitations, éructation, douleurs œsophagiennes.
 - * Douleurs thoraciques ou dorsales, fausses routes ++ ou une toux au cours des repas, hoquet, dysphonie, dyspnée...
 - * Des signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement +++, fièvre
 - *L'âge* : Cause de dysphagie différente si c'est un enfant (troubles primitifs de la motricité) ou un adulte (d'abord éliminer un cancer chez l'adulte).
 - *Les antécédents personnels* : orientent le diagnostic
 - Intoxication alcoolique tabagique.
 - Ingestion de caustiques
 - Corps étrangers
 - Radiothérapie médiastinale, thoracique et cervicale
 - Pathologie œsogastrique connue (hernie hiatale, RGO)
 - Antécédents chirurgicaux et ORL.
 - Maladie systémique telle que la sclérodermie
 - *Caractère douloureux* : Odynophagie
- Diagnostic différentiel** : la dysphagie est à différencier de :
- *Globus hystericus* « boule d'angoisse » : sensation de striction cervicale généralement liée à de l'anxiété.

B- L'EXAMEN CLINIQUE :

- Il doit rechercher le retentissement de la dysphagie sur l'état général : Etat nutritionnel poids, pli de dénutrition ou pli cutané de déshydratation
- Il doit être complet sans oublier l'examen des aires ganglionnaires cervicales (rechercher une volumineuse adénopathie), l'examen de la loge thyroïdienne, un examen ORL (L'examen à l'abaisse-langue de la cavité buccale et de l'oropharynx : la morphologie du pharynx et du larynx, recherche d'une tumeur du pharynx) et un examen neuromusculaire : l'étude des paires crâniennes, la mobilité linguale, vélaire et laryngée.

C/EXPLORATIONS:

- **Toute dysphagie impose un bilan radio endoscopique +++.**
- La conduite de ce bilan dépendra de l'étiologie suspectée d'après l'interrogatoire et l'examen clinique :
 - **Fibroscopie œso-gastrique** avec biopsies: **systématique.**
 - **Nasofibroscopie et laryngoscopie**: lors de l'examen ORL ; elle permet de détecter une cause tumorale pharyngée, un trouble neurologique du carrefour pharyngolaryngé (paralysie du pharynx et ou du larynx).
 - **Radiographie pulmonaire** : recherche une cause de compression œsophagienne
 - **Manométrie œsophagienne**: le gold standard pour le diagnostic de la dysphagie fonctionnelle
 - **PHmétrie**: essentielle pour le diagnostic du reflux.

- **Tomodensitométrie thoracique, cervicale, abdominale** : causes tumorales ou compressives

- **Echo-endoscopie.**

LES ETIOLOGIES DES DYSPHAGIES : A/ OESOPHAGIENNES :

1-CAUSES MECANIQUES (obstruction) :

1-a/Cancer de l'œsophage et du cardia: Dysphagie récente, siège au niveau de l'œsophage, d'abord aux solides uniquement, la dysphagie est rapidement progressive : amaigrissement important.

1-b /Tumeurs bénignes : rares, léiomyome, adénome.

1-c/Sténose peptique suite à une œsophagite peptique : compliquant un reflux gastro-œsophagien (RGO) : dysphagie ancienne, généralement basse, aux solides uniquement, aggravation lente, sans amaigrissement, souvent des antécédents de pyrosis ou de régurgitation anciens et des symptômes du RGO ;*Traduisant le passage passif du contenu gastrique vers l'œsophage* : - *Pyrosis* : *favorisé par le décubitus après un repas, après un effort ou déclenché par les changements de position (notamment le décubitus ou l'antéflexion du tronc : signe du **lacet** survenant au lacement des chaussures*

1-d/ Endobrachyœsophage: Transformation de la muqueuse malpighienne œsophagienne en une muqueuse glandulaire gastrique ; le risque dans ce cas est la dysplasie et secondairement une cancérisation de l'œsophage.

1-e/Corps étrangers : Terrain: Fréquents chez l'enfant, chez l'adulte surtout en milieu psychiatrique ou carcéral.

2/ CAUSES FONCTIONNELLES : Absence d'obstacle mécanique ou organique

a/Mécanismes :

- Réduction de la force de propulsion
- Anomalie de relâchement sphinctérien.

b/Les causes sont :

b-1/Primitives :

***Achalasie du cardia** ou méga œsophage idiopathique : il s'agit d'un trouble moteur primitif de l'œsophage défini par une absence du péristaltisme du corps de l'œsophage associée à une relaxation du SIO absente ou incomplète lors de la déglutition. Due à une altération de l'innervation intrinsèque de l'œsophage

- Clinique : dysphagie paradoxale et le TOGD: dilatation du corps de l'œsophage.
- Diagnostic : repose sur la manométrie +++ : absence d'ondes péristaltiques propagées.

***Maladie des spasmes étagés** de l'œsophage : douleurs rétro sternales per ou postprandiales intermittentes, il s'agit d'un trouble du péristaltisme avec une bonne relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage lors de la déglutition, c'est la manométrie qui confirme cette anomalie

b-2/Secondaires :

- Les causes neurologiques : paralysie des paires crâniennes, Sclérose latérale amyotrophique
- Les maladies musculaires : Myopathie, Myasthénie....
- Œsophagite infectieuse : mycosique (Candidose), Herpétique ou tuberculeuse (rare).
- Œsophagite post-radique après irradiation pour un cancer bronchique ou du sein.

B/ CAUSES EXTRA-OESOPHAGIENNES:

1/ Causes oro-pharyngées infectieuses : La dysphagie est ressentie comme une difficulté d'initier la déglutition : angine streptococcique s'accompagne d'une dysphagie douloureuse, pharyngite, candidose bucco-pharyngée.

2/Cancer du pharynx

3 / Les causes compressives : pas de lésion in situ mais compression extrinsèque de l'œsophage par les organes de voisinage :

- Tumeur bronchique.
- Adénopathie.
- Cancer volumineux de la thyroïde et les goitres compressifs, tumeurs médiastinales.
- Rarement grosse oreillette gauche suite à un rétrécissement Mitral, ou un anévrysme

Aortique

Conclusion

La dysphagie est un symptôme digestif grave qui nécessite une enquête étiologique rigoureuse pour ne pas retarder le diagnostic de certaines étiologies telles que le cancer de l'œsophage.