

La dysphagie de l’enfant: Quelles étiologies ? Quelle prise en charge?

R. Laanait , R. El qadiry, H.Nassih , A.Bourrahouat, I. Ait Sab

Service de pédiatrie B, Centre Hospitalo-Universitaire Mohamed VI
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech

INTRODUCTION :

La dysphagie est une sensation de gêne ou de blocage ressentit au moment de l’alimentation lors de la progression des aliments dans l’œsophage . C’est un symptôme de grande valeur sémiologique et qui ne doit pas être banalisé. La FOGD est l’élément diagnostique majeur qui détermine le pronostic et commande la stratégie thérapeutique.

OBJECTIF :

Analyser le profil épidémiologique, clinique et étiologique de la dysphagie de l’enfant et de mettre le point sur l’apport diagnostique de l’endoscopie digestive haute.

METHODE ET MATERIEL :

étude rétrospective étalée sur une période de 8 ans allant de Janvier 2013 à Avril 2021, portant sur 210 cas suivis au service de pédiatrie B du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.

RESULTATS:

I-Données épidémiologiques

A-Répartition selon l'âge:

- ❖ Extrêmes : 2 mois - 15 ans
- ❖ La moyenne d’âge de nos patients :5 ans.

B- Répartition selon le sexe: (figure 1)

- ❖ Une prédominance masculine avec un sexe ratio de 2.
- ❖ Nos patients se répartissent en 140 garçons et 70 filles

C- Répartition selon les antécédents : (figure 2)

- ❖ Notion de vomissements chroniques dans 39% des cas .
- ❖ 10% des cas étaient suivis pour une paralysie cérébrale.
- ❖ l’ingestion de caustique était trouvée dans 17% des cas .
- ❖ Notion d’infection respiratoire à répétition dans 11% des cas

II-Données cliniques et endoscopiques

A- Caractères cliniques de la dysphagie :

- ❖ Progressive dans 81% des cas ,
- ❖ Sélective dans 55 % des cas ,
- ❖ Avec retentissement dans 38%

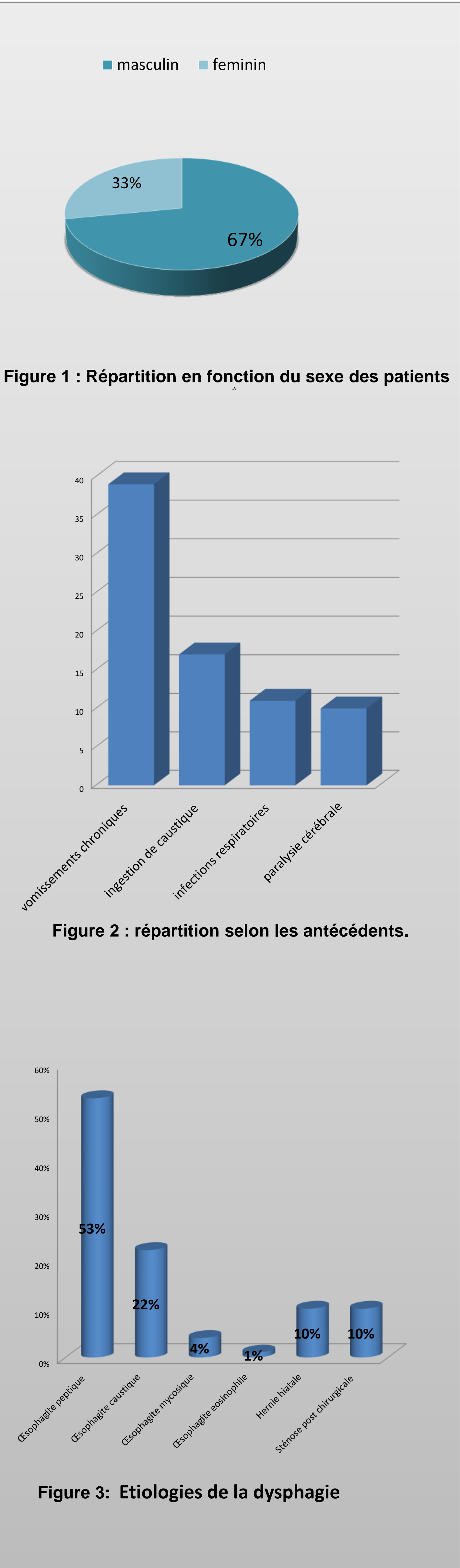
B- Résultats de l’endoscopie : (Figure 3)

L’aspect endoscopique était pathologique dans 91% des cas révélant les étiologies suivantes :

- ❖ Œsophagite peptique dans 111 cas (53%),
- ❖ Œsophagite caustique dans 46 cas (22%),
- ❖ Œsophagite mycosique dans 9 cas (4%),
- ❖ Œsophagite à éosinophiles chez 2 cas (1%)
- ❖ Ingestion de corps étranger dans 19 cas (9%)
- ❖ Hernie hiatale volumineuse chez 21 patients (10%)
- ❖ Sténose post chirurgicale chez 21 patients (10%)

IV-Données thérapeutiques:

- ❖ Outre le traitement médicopostural prescrit chez tous les patients, le traitement médical est axé sur les IPP qui ont été prescrit d'emblée chez la majorité des cas .
- ❖ Les séances de dilatation endoscopique par bougies de Savary-Gilliard, chez les patients présentant une sténose peptique, évitent souvent le recours au traitement chirurgical.



DISCUSSION :

La dysphagie correspond à une sensation de gêne ou de blocage ressentie au moment de l’alimentation, lors de la progression des aliments ou des boissons dans le pharynx ou l’œsophage. La dysphagie peut varier dans sa localisation, son électivité pour les solides et/ou les liquides, son mode de début et son évolution. Elle peut être partielle concernant seulement certaines textures ou totale.

Une dysphagie oropharyngée justifie un examen ORL complété, en l’absence d’étiologie retrouvée, par une fibroscopie digestive. Si nécessaire, un test de déglutition sous fibroscopie permet une étude fonctionnelle de la déglutition.

La dysphagie œsophagienne se traduit par la sensation de ralentissement ou d’arrêt de blocage des aliments sur le trajet de l’œsophage en rapport avec un obstacle à la progression du bol alimentaire ou des anomalies de la motricité œsophagienne.

l’œsophagite, quelle qu’en soit l’origine, peut être à l’origine d’une dysphagie, le plus souvent douloureuse, de survenue brutale et d’intensité variable. Un corps étranger digestif dont l’ingestion est passée inaperçue peut, s’il est impacté dans l’œsophage, être à l’origine d’une dysphagie. L’œsophagite à éosinophiles est une affection caractérisée par une infiltration intra-épithéliale par des polynucléaires éosinophiles. La symptomatologie révélatrice est souvent atypique, allant de la dysphagie avec sensation d’impaction alimentaire à un tableau de reflux gastro-œsophagien.

L’exploration initiale d’une dysphagie œsophagienne repose sur l’endoscopie digestive haute avec biopsies œsophagiennes et le transit baryté de l’œsophage. L’endoscopie digestive haute permet une étude précise de la muqueuse et éventuellement le diagnostic étiologique de la dysphagie (œsophagite), sténose œsophagienne, In Let Patch (hétérotopie de muqueuse gastrique située au niveau du tiers supérieur de l’œsophage). Elle permet la réalisation de biopsies, systématiques et/ou orientées par des lésions macroscopiques, et si nécessaire la réalisation d’un geste thérapeutique (dilatation d’une sténose). Les enfants atteints de dysphagie bénéficient des soins d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans les troubles de la déglutition en pédiatrie. L'évaluation neurologique est particulièrement importante chez les enfants atteints de dysphagie lorsqu'aucune autre anomalie lors d'un bilan complet, y compris des endoscopies.

La clé d'une prise en charge réussie de la dysphagie est d'en identifier correctement la cause.

Conclusion

- ❑ Chez un enfant dysphagique, l'analyse rigoureuse des caractéristiques de la dysphagie et du contexte clinique constitue l'élément majeur de l'orientation du diagnostic, et l’endoscopie haute constitue l’exploration de première intention.

Bibliographie

Borowitz KC, Borowitz SM. Feeding problems in infants and children: assessment and etiology. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(1):59-72.
Kakodkar K, Schroeder JW Jr. Pediatric dysphagia. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(4):969-977
Dodrill P, Gosa MM. Pediatric dysphagia: physiology, assessment, and management. *Ann Nutr Metab.* 2015;66(suppl 5):24-31

