

Item270-Dysphagie.

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: item 308	- Organique / élective / progressive - Fonctionnelle / paradoxale / intermittente - SdG: AEG / Troisier / dénutrition - Manométrie si EOGD = normale - Achalasie : manométrie = (3) - Dilatation endoscopie ou myotomie	- Dysphagie = EOGD +++ - Rechercher cancer oesophage - Sérologie VIH si candidose

Généralités

Définitions

- **Dysphagie**: blocage ou gêne à la progression des aliments. On distingue:
 - dysphagie haute = au niveau du cou ≠ basse = rétrosternale
 - dysphagie élective = prédomine sur les solides ≠ paradoxale = sur les liquides
- **!! NPC avec**
 - **aphagie**: impossibilité totale de déglutir
 - **odynophagie**: douleur à la déglutition (pharyngée le plus souvent)

Physiopathologie: 2 types de dysphagies

- **Dysphagies organiques (lésionnelles)**
 - = dues à une lésion physique de l'oesophage
 - → diagnostic par **EOGD**
 - **Typiquement**
 - prédominante sur les solides = élective
 - aggravation progressive
 - retentissement important: dénutrition rapide
- **Dysphagies fonctionnelles**
 - = dues à un trouble moteur de l'oesophage
 - → diagnostic par **manométrie** (pas de lésions à l'EOGD)
 - **Typiquement**
 - prédominante sur les liquides = paradoxale
 - évolution intermittente / déclenchée par émotions, repas rapides
 - peu de retentissement: pas de dénutrition

Etiologies

Causes organiques

- **Etiologies pariétales**
 - Cancer de l'oesophage (**A savoir !**)
 - Oesophagite peptique +++
 - Diverticules: de Zenker / du 1/3 inférieur
 - Oesophagite: infectieuse / médicamenteuse / à éosinophiles (gastroscopie normale = dg histo !) / caustique..
- **Etiologies extrinsèques**
 - Compression par une ADP médiastinale / goître / CBNPC..
- **Etiologies intra-luminales**
 - Syndrome de Kelly-Paterson
 - Anneau de Schatzki

Causes fonctionnelles

- **Troubles moteurs primitifs**

- Achalasie
- Maladie des spasmes diffus
- **Troubles moteurs secondaires**
- Sclérodémie
- Pseudo-achalasie
- Neuropathies

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire (++)**
 - **Terrain:** atcd de RGO / cancer / radiothérapie / VIH..
 - **Prise:** médicamenteuse / intoxication **alcoolo-tabagique** (cancer)
 - **Anamnèse:** évolution / ancienneté / facteurs déclenchants
 - **Signes fonctionnels**
 - **Caractériser la dysphagie +++**
 - Siège: haute ou basse
 - Mode: élective ou paradoxale
 - Evolution: progressive ou paroxystique
 - **Rechercher des signes associés**
 - AEG / perte de poids / dysphonie
 - régurgitations / pyrosis / déglutition / vomissements
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes:** poids ++ / température / PA
 - **Pour orientation étiologique**
 - Ex. abdominal: recherche une HMG / TR (carcinose péritéale)
 - Ex. buccal et ORL ++ : candidose / goître / ADP cervicale
 - **Arguments pour une dysphagie oropharyngée +++**
 - Dysphagie haute apparaissant dès la déglutition
 - Associée à une toux / des régurgitations nasales
 - **Rechercher des signes de gravité (pour cancer A savoir ! ())**
 - Troubles de la déglutition: cf risque de fausse route et pneumopathie +++
 - Compression médiastinale +++ : dysphonie / hoquet / dyspnée / sd cave sup.
 - Examen des aires ganglionnaires superficielles: Gg de Troisier ++

Examens complémentaires

- **Endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGDA savoir ! ())**
 - **Systématique** devant toute dysphagie (!! même si tableau fonctionnel)
 - **Biopsies** systématiques étagées / recherche: cancer / oesophagite / diverticule / anneau
- **Manométrie oesophagienne ++**
 - Systématique si absence de lésion à l'EOGD et biopsies normales : dysphagie fonctionnelle
 - → étude du SIO + péristaltisme: recherche de troubles moteurs oesophagiens
- **Autres examens: selon le contexte**
 - **Transit OGD:** si **diverticule** ou sténose serrée empêchant la FOGD
 - **TDM thoracique:** si refoulement par une masse extrinsèque
 - **Naso-fibroscopie:** en cas de dysphagie oro-pharyngée
 - **Echo-endoscopie:** en 2^{de} intention si lésion pariétale de petite taille

Diagnostic étiologique

Dysphagie organique (lésionnelle)

- **Cancer de l'oesophage +++** (cf **Tumeurs de l'oesophage.**)
 - !! A évoquer systématiquement devant toute dysphagie (**A savoir !**)
 - Cancer de l'oesophage révélé par une dysphagie dans 90% des cas
 - **Terrain**
 - Intoxication **éthylo-tabagique** (épidermoïde)
 - Atcd de RGO avec EBO (adénocarcinome)
 - **Caractéristiques de la dysphagie**
 - Elective puis globale puis aphagie
 - Evolution progressive sans intervalle libre
 - Signes associés: hypersialorrhée / régurgitations / odynophagie
 - **Signes de malignité**

- **AEG** avec dénutrition rapide +++ / ADP superficielles
- Signes de compression médiastinale: hoquet / dysphonie, etc.
- **Diagnostic positif** = FOGD avec biopsies
- **Oesophagite peptique +++** (cf **Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.**)
 - **Clinique**
 - signes de RGO: pyrosis / régurgitations acides / positionnel
 - signes d'oesophagite: odynophagie / hématemèse
 - **Diagnostic = EOGD avec biopsie**
 - Ulcérations (érosions) de la muqueuse (grades de Savary-Miller)
 - Rechercher endobrachyoesophage / muqueuse de Barrett
 - !! Biopsies systématiques pour éliminer une sténose néoplasique
- **Diverticules de l'oesophage**
 - **Diverticule de Zenker**
 - = à la jonction pharyngo-oesophagienne postérieure (1/3 sup)
 - **Clinique**: régurgitations / haleine fétide / dysphagie haute / personne âgée +++ / pneumopathies infectieuses répétées
 - **TOGD**: confirme le diagnostic: image d'addition au 1/3 supérieur
 - **Traitement**: uniquement si symptomatique; diverticulotomie per-endoscopique (centres experts) si échec chirurgie
 - **Diverticules 1/3 moyen ou inférieur**
 - Le plus souvent secondaires à un trouble moteur ++
- **Oesophagites (non peptiques)**
 - **Oesophagie médicamenteuse**: recherche prise de Mdt (sans eau et couché ++) / odynophagie surtout
 - **Oesophagite à éosinophile**: prédominance masculine / associé à manifestations atopiques / impaction alimentaire / biopsies oesophagiennes étagées même si visualisation normale
 - **Oesophagite infectieuse**: candidosique (!! VIH) / virales (HSV / CMV..)
 - **Oesophagite caustique**: rechercher ingestion volontaire ou acc. de caustique (javel +)
 - **Oesophagite radique**: rechercher atcd de RadioT
- **Compression extrinsèque**
 - **Causes**: ADP médiastinales ++ / goître thyroïdien / CBNPC / anévrisme Ao, etc.
 - **Paraclinique**: FOGD = muqueuse normale refoulée → TDM thorax +++
- **Obstacles intra-luminaux (rares)**
 - **Syndrome de Kelly-Paterson (= anneau de Plummer-Vinson)**
 - = anneau fibreux oesophagien supérieur: dysphagie haute
 - avec **anémie** ferriprive (microcytaire) ++ / FdR de cancer de l'oesophage
 - **Anneau de Schatzki**
 - = anneau par repli muqueuse du bas oesophage: dysphagie basse
 - avec **hernie** hiatale +/- RGO ++

Dysphagie fonctionnelle

- **Achalasie du sphincter inférieur de l'oesophage +++**
 - = ex-mégaoesophage idiopathique
 - **Physiopathologie**
 - Neuropathie idiopathique avec raréfaction des c. du plexus d'Auerbach
 - → apéristaltisme oesophagien avec défaut de relaxation du SIO, hypertonie du SIO et absence de relaxation.
 - **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Dysphagie fonctionnelle: intermittente (puis permanente)
 - Régurgitations ++ / terrain: 50-60ans et sex ratio = 1
 - **Paraclinique**
 - **EOGD**: !! souvent normale +/- sensation de « ressaut » au cardia
 - **TOGD**: sténose du bas oesophage / dilatation en amont (image « en queue de radis »)
 - **Manométrie**: fait le diagnostic +++
 - apéristaltisme: constant
 - absence de relax du SIO à la déglutition
 - hypertonie de repos du SIO
 - **Complications**
 - Risque de dégénération en carcinome épidermoïde (surveillance ++)
 - Pneumopathies d'inhalation
 - **Traitement**
 - **Traitement médicamenteux**: myorelaxants = relaxation du SIO
 - Inhibiteurs calciques: nifédipine (Adalate®)
 - Dérivés nitrés: Risordan® (ES: RGO)
 - **Traitement endoscopique**

- **Dilatation** par ballonnet (séances à répéter)
- Injection de toxine botulique (mais transitoire)
- Myotomie endoscopique avec dissection sous muqueuse (centres experts) : moins de comorbidités que la chirurgie
- **Traitement chirurgical**
 - Séro-**myotomie** extra-muqueuse (opération de Heller)
- **Maladie des spasmes diffus oesophagiens**
 - **Clinique**
 - Douleur thoraciques rétro-sternales (!! pseudo-angineuses)
 - La dysphagie prédomine sur les régurgitations
 - **Paraclinique**
 - **FOGD** = normale / **TOGD** = image « en pile d'assiette »
 - **Manométrie +++**
 - contractions synchrones diffuses sur péristaltisme normal
 - pression du SIO au repos normale (≠ achalasia)
- **Troubles moteurs de l'oesophage secondaires**
 - **Sclérodermie** (cf **Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.**)
 - **CREST Sd**: calcinose / Raynaud / Esophagus / Sclérodactylie / Téléangiectasie
 - **Clinique**: RGO invalidant +/- oesophagite peptique
 - **Manométrie**: hypotonie sévère du SIO / ↓ du péristaltisme des 2/3 inférieurs
 - **Pseudo-achalasia**
 - Par compression extrinsèque du cardia mimant une hypertonie du SIO
 - Causes: cancer de l'estomac (cardia) / cancer du pancréas
 - **Neuropathies végétatives**
 - Neuropathie diabétique ++
 - Autres: amylose, etc.

Synthèse pour questions fermées

Quel est le premier examen complémentaire à réaliser devant une dysphagie ?

- EOGD

Pour quelle raison réaliser des biopsies oesophagiennes systématiques devant une endoscopie à muqueuse normale ?

- Recherche d'une oesophagite à éosinophile

Femme 55 ans, seul antécédent = fracture de Pouteau-Colles il y a 1 mois, odyndysphagie d'installation récente, quel diagnostic suspectez vous ?

- Oesophagite médicamenteuse à l'alendronate (ostéoporose fracturaire !)

Femme 80 ans, dysphagie + voix nasonnée, troubles fluctuants, EOGD normale, quel est le premier diagnostic à évoquer ?

- Myasthénie (il existe un pic de fréquence chez le sujet âgé)