

DIAGNOSTIC D'UNE DYSPHAGIE

J.P. TRIBOULET - Chirurgie Digestive et Générale -

La dysphagie est une sensation de blocage ou de gêne ressentie lors du passage des aliments dans l'œsophage.

Elle impose toujours une endoscopie oeso-gastro-duodénale qui doit être effectuée de première intention pour éliminer une lésion organique de l'œsophage.

La dysphagie doit être distinguée de l'odynophagie qui est douleur rétrosternale provoquée par la progression des aliments dans l'œsophage, ou d'une sensation de satiété précoce décrite parfois par les malades comme un blocage épigastrique, et des dysphagies oro-pharyngées hautes.

Les causes principales des dysphagies sont : le cancer de l'œsophage, la sténose peptique par reflux acide, les œsophagites infectieuses et l'achalasie primitive de l'œsophage.

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE :

INTERROGATOIRE : l'interrogatoire a une importance capitale et permet d'orienter rapidement vers une étiologie.

L'interrogatoire précise l'évolution de la dysphagie : elle peut être continue, s'aggravant progressivement ou intermittente marquée par d'épisodes de blocage séparés d'intervalles libres, ses caractères : elle peut être élective pour les solides, survenant aussi bien pour les solides que pour les liquides, ou parfois paradoxe plus marquée pour les liquides, elle peut être temporaire, disparaissant par certaines manœuvres de compression cervicale ou permanente ; circonstances de survenue : âge, notion d'intoxication alcoolo-tabagique chronique, exposition à des agents irritants pour l'œsophage (médicaments, caustique, radiation) immuno-dépression, affection maligne ou maladie générale (diabète, sclérodermie) connue ; existence de symptômes œsophagiens associés : reflux gastro-œsophagien, douleurs à l'alimentation (odynophagie), douleurs rétrosternales, régurgitations alimentaires, fausses routes, toux immédiate à l'alimentation, dysphonie, douleurs thoraciques à l'alimentation, hypersialorrhée, hoquet, otalgie ; le retentissement nutritionnel : la notion de perte de poids est capitale ainsi que le pourcentage de perte pondérale par rapport au poids initial

L'EXAMEN CLINIQUE : il recherche des ganglions sus claviculaires, une tuméfaction d'un diverticule cervical, une hépatomégalie métastatique, une ascite, des

signes cutanés d'une sclérodermie. Il sera réalisé une inspection de la bouche et un toucher endo-buccal.

EXAMEN A DEMANDER DANS LE CAS D'UNE DYSPHAGIE : l'examen essentiel est la fibroscopie oeso-gastro-duodénale. La fibroscopie recherche la lésion responsable, mesure la situation par rapport aux arcades dentaires, elle permet la réalisation de biopsies, en fonction des étiologies, seront réalisés un transit oeso-gastro-duodénal, une écho-endoscopie, un scanner médiastinal, une Phmétrie, une manométrie...

LES DYSPHAGIES LESIONNELLES

La dysphagie prédomine sur les solides, elle s'aggrave progressivement et retentit sur l'état général. La fibroscopie trouve une lésion sténosante dont la nature est souvent d'emblée évidente. Des biopsies sont indispensables. En cas de négativité, elles doivent être répétées.

I - LES STENOSES TUMORALES

A - CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Essentiellement chez l'homme de 50 ans, carcinome épidermoïde ou adénocarcinome, la dysphagie est le premier signe précédé parfois par les blocages, au début, simple sensation de gêne à la déglutition, gêne rétro sternale associée ou non à une douleur à la déglutition, odynophagie. L'amaigrissement est très précoce et très important à préciser. Elle est au début intermittente puis permanente, partielle ou totale, si le cancer est évolué, la dysphagie s'associe à des douleurs postérieures, à une modification de la voix ou dysphonie, voire une toux à l'alimentation par fistule oeso-trachéale.

B - C ANCRER DU CARDIA

Il s'agit d'une tumeur située à la jonction oeso-gastrique souvent une lésion préexistante d'endobrachyoesophage due au reflux gastro œsophagien. Le cancer du cardia est rapidement obstructif et entraîne une dysphagie marquée et un amaigrissement.

C - LES AUTRES TUMEURS OESOPHAGIENNES

Il s'agit de tumeurs malignes rares (lymphomes, fibrosarcomes, léiomyosarcomes, rhabdomyosarcomes, mélanomes et métastases œsophagiennes) ou il peut s'agir de tumeurs bénignes : tumeurs stromales (léiomyomes le plus souvent).

D - TUMEURS EXTRINSEQUES

Développées au contact de l'œsophage (adénopathie, tumeur bronchique, médiastinale, médiastinite carcinomateuse) qui peuvent être responsables d'une sténose

de l'œsophage dont la muqueuse est normale. C'est le scanner et l'écho-endoscopie qui permettent le diagnostic.

II - LES STENOSES NON TUMORALES

A - LA STENOSE PEPTIQUE

Il s'agit d'une complication rare et sévère des œsophagites ulcérées du reflux gastro œsophagien. Après une longue période de reflux gastro œsophagien acide, le patient signale progressivement la diminution du reflux et l'apparition d'une dysphagie étalée sur plusieurs années avec un amaigrissement très modéré. La sténose siège le plus souvent au niveau de la jonction tiers moyen-tiers inférieur de l'œsophage. Le diagnostic est endoscopique, des biopsies répétées doivent être systématiques. Le transit oeso-gastro-duodénal montre un rétrécissement court, bien centré, se raccordant progressivement avec la muqueuse œsophagienne voisine.

B - LES AUTRES STENOSES OESOPHAGIENNES BENIGNES

- STENOSES CAUSTIQUES : 2 à 12 semaines après l'ingestion accidentelle ou volontaire d'un acide fort ou d'une base forte
- STENOSES POST-CHIRURGICALES : développées sur anastomose œsophagienne
- STENOSES RADIQUES : survenant plusieurs mois ou années après l'irradiation du médiastin.
- STENOSES EXTRINSEQUES NON TUMORALES dues à une adénopathie, une fibrose médiastinale ou un arc aortique (dysphagia lusoria)
- STENOSES D'ORIGINE INFECTIEUSE sont exceptionnelles (tuberculose)

III - LES OESOPHAGITES NON STENOSANTES

Une dysphagie peut être observée au cours des œsophagites sans qu'il n'existe une sténose à l'endoscopie ou à la radiologie.

A - OESOPHAGITE PEPTIQUE

Conséquence habituelle du reflux gastro œsophagien : ulcération à l'endoscopie au niveau de la jonction oeso-gastrique remontant plus ou moins sur l'œsophage

B - OESOPHAGITES INFECTIEUSES

Surviennent essentiellement chez les malades immuno-déprimés. La dysphagie et l'odynophagie associées peuvent limiter considérablement l'alimentation : les trois agents infectieux identifiés sont le CANDIDA, le CYTOMEGALOVIRUS et l'HERPES-VIRUS. Au cours du sida, on observe aussi des ulcérations œsophagiennes sans cause infectieuse identifiée qui répondent au traitement médical

C - OESOPHAGITES MEDICAMENTEUSES

Elles se manifestent par des douleurs rétro sternale brutale et intense, accentuée par la prise alimentaire. Les médicaments le plus souvent en cause sont la

doxycycline, les comprimés de chlorure de potassium, l'aspirine, les nouveaux biphosphonates (alendronate). Ces œsophagites sont favorisées par la prise d'un comprimé « à sec » et au coucher.

IV - LES DIVERTICULES ET ANNEAUX OESOPHAGIENS

A - DIVERTICULE DE ZENKER

Il siège à la face postérieure de la jonction pharyngo-œsophagienne, se manifeste chez un sujet âgé par une dysphagie haute intermittente et des régurgitations d'aliments non digérés qui soulagent le patient, ces régurgitations peuvent être déclenchées par la rotation de la tête ou la pression sur une région particulière du cou.

B - ANNEAU DE SCHATZKI

Il s'agit d'un diaphragme incomplet du bas œsophage constitué d'éléments musculaires recouvrant la muqueuse qui pourrait être favorisée par le reflux gastro œsophagien. Souvent asymptomatique, il est très étroit mais peut entraîner une dysphagie et souvent intermittente ou de simples blocages lors de bouchées d'aliments solides. IL est aisément reconnu par l'endoscopie ou le transit oeso-gastro-duodéal. Le traitement est dilatation ou laser.

C - LE SYNDROME DE PLUMMER-VINSON OU KELLY PETERSON

Il intéresse surtout la femme, comporte une association d'une dysphagie haute et d'une carence martiale. Il peut exister un diaphragme muqueux post-cricoïdien mis en évidence par le transit baryté. Il peut être le siège d'une dégénérescence néoplasique.

LES DYSPHAGIES FONCTIONNELLES

Le diagnostic de dysphagie d'origine fonctionnelle ne peut être porté qu'après constatation à la fibroscopie oeso-gastro-duodénale, du caractère normal de la muqueuse œsophagienne.

Les dysphagies fonctionnelles sont liées à un trouble moteur œsophagien primitif ou secondaire mis en évidence par la manométrie œsophagienne.

A - LES TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS PRIMITIFS

1° ACHALASIE OU CARDIOSPASME

Il s'agit d'une affection nerveuse dégénérative d'étiologie inconnue. Il existe une perte des ganglions nerveux de l'œsophage inférieur entraînant une absence de péristaltisme œsophagien et de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage. La dysphagie est présente chez tous les patients, elle affecte d'emblée les liquides et les solides. Elle est plus rarement paradoxale affectant sélectivement les liquides. Elle est variable d'un jour à l'autre, capricieuse, elle se manifeste au début par des blocages

intermittents, les régurgitations alimentaires sont possibles en fin de repas, elles peuvent entraîner des fausses routes, des quintes de toux. Les douleurs thoraciques transfixiantes par distension considérable de l'œsophage sont possibles, pendant longtemps, il n'existe pas d'amaigrissement. A un stade évolué, la dysphagie devient permanente et entraîne un amaigrissement. L'apparition de petites hématomèses, de modifications atypiques des douleurs et d'un amaigrissement orientent vers un cancer associé. Le diagnostic de l'affection repose sur la manométrie qui retrouve :

- a) une hypertrophie du sphincter inférieur de l'œsophage, supérieur à 45 millimètres de Hg, mais ceci n'est pas constant
- b) une insuffisance ou une absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage lors de la déglutition d'un peu d'eau
- c) et surtout **une absence totale de péristaltisme œsophagien** (apéristaltisme) au niveau du corps de l'œsophage.

Des contractions sont possibles, spontanées ou déclenchées par la déglutition, parfois très vigoureuses, **mais elles ne sont jamais propagées**. Le traitement repose sur la dilatation pneumatique ou la chirurgie (séromyotomie de Heller) qui peut être réalisée sous coelioscopie. (toxine botulinique)

2° LA MALADIE DES SPASMES DIFFUS DE L'ŒSOPHAGE

Dans cette affection, la dysphagie est variable, capricieuse et modérée, il peut exister une dysphagie paradoxale plus marquée pour les liquides que pour les solides, des douleurs (spasmes). Ces contractions simultanées alternent cependant avec un péristaltisme normal et des relaxations du sphincter inférieur de l'œsophage normales.

B - LES TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS SECONDAIRES

A - LA SCLERODERMIE

Dans 75% des cas de sclérodermie, il existe une diminution de l'amplitude des contractions péristaltiques des 2/3 inférieurs de l'œsophage et/ou une hypotonie du sphincter inférieur. Ces anomalies sont souvent asymptomatiques. En présence d'une dysphagie, en cas de sclérodermie, il convient préalablement de rechercher une œsophagite peptique due à un reflux gastro œsophagien qui est une complication fréquente de cette maladie.

B - ACHALASIES SECONDAIRES (PSEUDO-ACHALASIES)

Elles correspondent à trois types d'anomalies :

- a) les atteintes neurologiques diffuses (pseudo-obstruction chronique idiopathique, amylose, maladie de CHAGAS, due à l'infection par *Trypanosoma Cruzi*)
- b) les atteintes des plexus nerveux œsophagiens d'origine néoplasique (cancer des poumons à petites cellules, cancer du pancréas, de l'estomac, de la plèvre) ou secondaire à un envahissement néoplasique (tumeur gastrique)
- c) les compressions tumorales de la région cardiale à développement essentiellement sous-muqueux ou péri-oesophagien (tumeur du cardia, tumeur de voisinage)

C - AUTRES TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS SECONDAIRES

- Au cours du reflux gastro œsophagien, des anomalies motrices (diminution des ondes péristaltiques, contractions simultanées évoquant une maladie des spasmes diffus) sont fréquentes et pourraient induire ou majorer un reflux et rendre compte d'une dysphagie.
- Des troubles moteurs œsophagiens non spécifiques peuvent s'observer au cours des maladies touchant l'innervation ou la musculature œsophagienne : le diabète, l'amylose, les collagénoses (lupus érythémateux disséminé), dermatomyosite, myasthénie.