

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE DYSPHAGIE

I – DEFINITION :

La dysphagie se définit comme une sensation de gêne à la progression des aliments ressentie par le patient au niveau de la région rétrosternale ou épigastrique. Il faut différencier de la dysphagie :

- La douleur à la déglutition (odynophagie).
- Le mérycisme ; c'est la remontée d'aliments dans la bouche, ils sont mâchés à nouveau, puis déglutis.
- L'anorexie, les sensations de boule dans la gorge, d'origine psychogène.

II – DEMARCHE DIAGNOSTIQUE :

► INTERROGATOIRE : Précise :

♣ Les caractères de la dysphagie ;

- ancienneté,
- installation brutale ou progressive,
- évolution d'un seul tenant ou au contraire intermittente,
- caractère électif, pour les aliments solides (évocateur d'une affection organique), ou au contraire, global pour les aliments solides et liquides, parfois paradoxalement plus marqué pour les liquides (évocateur d'une affection fonctionnelle).

♣ Les signes associés ;

- pyrosis, (sensation de brûlures rétrosternales ascendantes) évoquant une œsophagite ou une sténose peptique,
- douleur, à la déglutition (œsophagite), permanente (cancer), pseudo angineuse (achalasia),
- régurgitations ou vomissements, sanglants (cancer, œsophagite), alimentaires tardifs (achalasia),
- toux à la déglutition en faveur d'une fistule œsotrachéale, ou après déglutition en faveur d'un trouble moteur
- hypersialorrhée dans les obstructions complètes.

♣ Antécédents et terrain ;

- intoxication alcoolique tabagique,
- ingestion de caustique ou de corps étrangers,
- prises médicamenteuses (vibramycine®),
- antécédents de radiothérapie médiastinale,
- existence d'une affection maligne ou systémique connue en évolution (diabète, collagénose).

► EXAMEN CLINIQUE :

- Il est le plus souvent normal +++
- Apprécie le retentissement de la dysphagie (amaigrissement, déshydratation).
- Recherche des arguments indirects au diagnostic étiologique ;
 - état bucco-dentaire,
 - palpation des aires ganglionnaires cervicales et sus claviculaires,
 - signes de compression médiastinale (dysphonie, œdème en pèlerine, dilatation veineuse aux membres supérieurs),
 - palpation abdominale (hépatomégalie) avec toucher rectal.

► EXAMENS MORPHOLOGIQUES :

♣ Fibroscopie œsogastroduodénale :

- Examen clé de première indication, sauf en cas de contre-indication.

- Permet de visualiser une lésion organique, de réaliser des biopsies, et peut participer au traitement (extraction d'un corps étranger, dilatation).

♣ **Transit baryté de l'œsophage :**

- Réalisé en cas de contre-indication à la fibroscopie (trouble de la conscience sévère, suspicion d'un diverticule de Zenker ou un anévrisme de l'aorte thoracique en raison du risque de perforation).
- Précise l'extension d'une tumeur responsable d'une sténose non franchissable endoscopiquement.

♣ **Manométrie œsophagienne :**

- Indiquée en cas de fibroscopie œsogastroduodénale normale à la recherche de TMO.
- Permet de mesurer la pression du sphincter inférieur et du corps de l'œsophage.

♣ **PHmétrie œsophagienne :** affirme le reflux acide.

♣ **Tomodensitométrie :**

Précise la lésion tumorale, ses rapports avec les organes de voisinage, l'extension locorégionale et ganglionnaire.

III – ETIOLOGIES DES DYSPHAGIES :

A - DYSPHAGIES LESIONNELLES :

Elles sont reconnues par la fibroscopie, et sont principalement dominées par les tumeurs de l'œsophage et les œsophagites.

♣ **Tumeurs de l'œsophage :**

- **Carcinome épidermoïde :** représente 90 % des tumeurs de l'œsophage, siégeant dans les 2/3 supérieurs, il est diagnostiqué par la fibroscopie et les biopsies.
- **Adénocarcinome siégeant au 1/3 inférieur,** se développe sur des zones d'hétérotopie glandulaire, surtout sur **endobranchy-œsophage.**
- **Tumeurs bénignes,** très rares, le plus souvent léiomyome (tumeur sous-muqueuse en fibroscopie).
- **Les tumeurs extra œsophagiennes** pouvant envahir ou refouler l'œsophage :
 - Cancer du cardia ou cancer gastrique remontant sur le cardia.
 - Envahissement par une tumeur bronchique ou médiastinale.
 - Compression par une tumeur ou une adénopathie médiastinale.

♣ **Oesophagites :**

- **œsophagite peptique :** la plus fréquente et complique un reflux gastro-œsophagien dont on connaît les implications évolutives : sténose, endobranchy-œsophage dégénérescence néoplasique.
- **œsophagite caustique :** après ingestion volontaire ou accidentelle d'acide ou base forte, la cicatrisation peut évoluer vers une sténose jusqu'au 3ème mois post ingestion.
- **œsophagites infectieuses :**
 - **Mycosiques (Candida Albicans) :** surtout chez l'immunodéprimé, habituelles au cours du SIDA. La fibroscopie avec biopsies montre une muqueuse œsophagienne inflammatoire, recouverte d'un granité blanchâtre. Les biopsies confirment le diagnostic.
 - **Herpétiques et tuberculeuses :** exceptionnelles.
- **œsophagites post-radiques** après irradiation pour lymphome ou cancer bronchique.
- **œsophagites médicamenteuses :** (Vibramycine®, Dicletel®) se manifestent par une dysphagie brutale après l'ingestion de médicament. La fibroscopie montre une **ulcération en muqueuse normale.**
- ♣ **Corps étrangers de l'œsophage (urgence thérapeutique) :**
 - Fréquents chez l'enfant, chez l'adulte surtout en milieu psychiatrique ou carcéral.
 - La radio de thorax met en évidence un corps étranger radio opaque, recherche un pneumo-médiastin (perforation).
 - La fibroscopie confirme le diagnostic et permet l'extraction.

♣ **Anneaux œsophagiens :**

- **Anneau de Schatzki**, fin diaphragme muqueux siégeant au dessus d'une hernie hiatale, à l'origine de dysphagie paroxystique. Il peut être traité par dilatation endoscopique.
- **Syndrome de Plummer-Vinson**, repli membraneux du haut œsophage, survient chez les femmes scandinaves, il associe une **carence en fer**, une **dysphagie aux solides** et pourrait être un **état précancéreux**.

♣ **Les diverticules :**

- **Diverticule pharyngo-œsophagien (diverticule de Zenker) :**

Il s'agit d'une **hernie de la muqueuse** à travers un defect de la musculuse, au niveau de **jonction pharyngo-œsophagienne**, se développant le plus souvent sur la face postéro-latérale gauche de l'œsophage cervical. Il provoque une dysphagie haute intermittente cédant aux mouvements du cou, des régurgitations d'aliments non digérés, un fétidité de l'haleine, une hypersialorrhée et des complications broncho-pulmonaires. Son traitement est chirurgical.

- **Diverticule épiphrénique du 1/3 inférieur de l'œsophage**, pouvant être secondaire à des troubles moteurs.

♣ **Dysphagia lusoria :**

La dysphagie est due à une artère sous-clavière droite rétro-œsophagienne.

Cette anomalie embryologique est fréquente, mais elle est rarement responsable de symptôme.

B - DYSPHAGIES FONCTIONNELLES :

Les dysphagies fonctionnelles avec troubles moteurs de l'œsophage ne seront envisagées qu'après avoir vérifié, endoscopiquement, la normalité de l'œsophage.

Le diagnostic est évoqué devant :

- sujet jeune < 40 ans,
- dysphagie ancienne, souvent capricieuse, variable d'un jour à l'autre,
- le caractère paradoxal de la dysphagie, qui prédomine pour les liquides.

Le diagnostic est confirmé par la manométrie œsophagienne.

On distingue les dysphagie fonctionnelles primitives et secondaires.

(voir cours troubles moteurs de l'œsophage).