

CAT devant une dysphagie

Année universitaire:
2021-2022

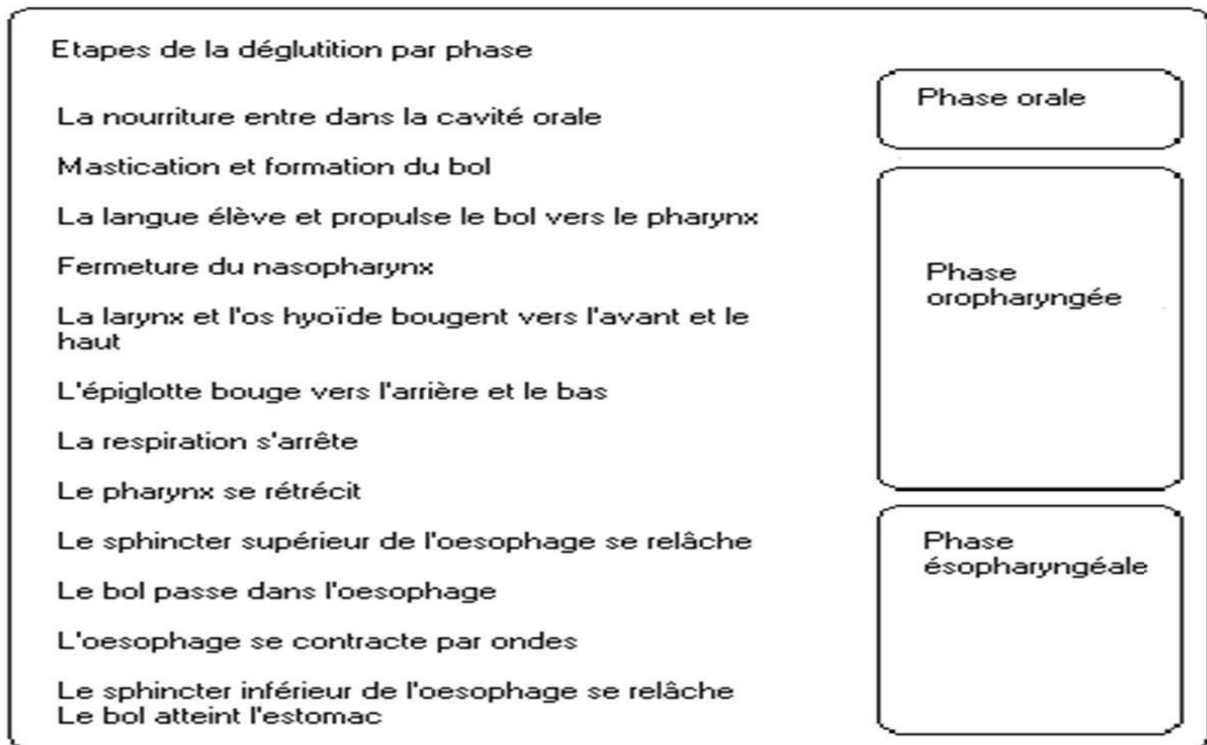
Dr. TORCHI N.

Introduction

- Dysphagie : se définit comme une gêne à la déglutition ou un obstacle à la progression du bol alimentaire,
- Peut aller de la simple gêne à l'arrêt complet « aphagie »
- C'est un symptôme fréquent, traduisant une pathologie organique ou fonctionnelle au niveau de l'oropharynx ou de l'œsophage
- Souvent associée à d'autres symptômes qui orientent vers l'étiologie

Quelques données physiopathologique :

La déglutition est un processus contrôlé par le centre de la déglutition dans la moelle, et pour l'œsophage par un réflexe péristaltique largement autonome coordonné par le système nerveux entérique depuis la paroi oesophagienne



Orientation diagnostique

1. AFFIRMER LA DYSPHAGIE :

Exclure ce qui n'est pas une dysphagie :

- Anorexie
- Globus hystericus (boule dans le pharynx)
- Mericysme

Phénomène relativement rare qui se caractérise par le retour volontaire ou involontaire (régurgitations) des aliments de l'estomac dans la bouche où ils peuvent être de nouveau mastiqués.

2. Enquête étiologique

Interrogatoire

Examen physique

Examens complémentaires

Interrogatoire : doit faire préciser

A. Le terrain

L'âge :

Les antécédents:

- Intoxication alcoolique tabagique.
- Ingestion de caustiques (accidentelle ou volontaire), corps étrangers
- Radiothérapie médiastinale, thoracique ou cervicale
- Pathologie oeso-gastrique connue (hernie hiatale, RGO)
- Antécédents chirurgicaux et ORL.
- Maladie systémique (sclérodermie...)

B. Les caractères sémiologiques de la dysphagie

- *La date de début* : Récente
Ancienne.
 - *Le mode de début* : Brutal ou progressif
 - *Le degré de dysphagie* : minime, importante ou à l'extrême une aphasie.
 - *Le mode d'évolution* : intermittente ou permanente.
-
- *Le siège* :
 - cervical
 - thoracique
 - Abdominal
 - Degré de la dysphagie : minime (aliments solides)
modérée (aliments semi-liquides)
aphasie
 - **Paradoxale** (plus marquée pour les liquides que pour les solides)

C. Les signes associés :

- Signes de reflux gastro-oesophagien (pyrosis, régurgitations acides ou alimentaires)
- Odynophagie (= dysphagie douloureuse)
- Fausses routes
- Régurgitations
- Douleurs thoraciques
- Hoquet
- Hypersialorrhée

Examen clinique

Doit être complet

Signes généraux

- Altération de l'état général : **poids+++**
- Signes de déshydratation (rares)
- Signes de dénutrition

Examen clinique

• SIGNES PHYSIQUES

- Adénopathies cervicales et sus-claviculaires
- Tuméfaction cervicale
- Ascite
- Toucher rectal : recherche d'une masse, d'un nodule suspect de carcinose péritonéale
- Hépatomégalie tumorale
- Candidose buccale

Examens Paracliniques

• ENDOSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE : TOUJOURS+++

Permet de rechercher une **lésion de l'oesophage** et de réaliser des **biopsies**.

- **Autres examens** : orientés par l'examen clinique
- Radiographie pulmonaire, TOGD
- **Manométrie oesophagienne**: en cas de dysphagie œsophagienne avec EOGD normale
- **Examen laryngoscopique**.
- **Bronchoscopie**;
- **Tomodensitométrie thoracique, et echo-endoscopie haute**

Etiologies

Causes oro-pharyngées :

Les patients ont de la difficulté à initier la déglutition et ils identifient d'ordinaire la région cervicale comme présentant un problème.

Infectieuses :

Pharyngite
Diphthérie
Angine et phlegmon amygdalien

tumorales :

Kc du larynx
Kc de l'amygdale

Neurologiques

Hémi-parésie à la suite d'un AVC
myasthénie
Maladie de Parkinson

Les causes oesophagiennes

Les causes œsophagiennes de la dysphagie sont divisées en deux grands cadres:

1. Les dysphagies liées à une lésion de l'oesophage, dites **dysphagies lésionnelles** (ou organiques)
2. Les dysphagies liées à un trouble moteur de l'oesophage primitif ou secondaire, dites **dysphagies non lésionnelles** (ou fonctionnelles).

Les lésions organiques de l'oesophage

parmi lesquelles on retrouve :

- Dysphagie liée à une sténose œsophagienne tumorale
- Dysphagie liée à une sténose œsophagienne non tumorale
- Dysphagie liée à une œsophagite non sténosante
- Anomalies anatomiques de l'oesophage : diverticules et anneaux œsophagiens

Les lésions organiques de l'oesophage

Tumorale

Kc de l'oesophage :

Deux types histologiques principaux:

- **Carcinome épidermoïde** sur terrain alcool-tabagique
- **Adénocarcinome** sur endobrachyoesophage (RGO)

Altération de l'état général++ avec amaigrissement

Dysphagie rapidement **progressive**, aux solides puis aux liquides

Diagnostic : endoscopie oeso-gastroduodénale avec biopsies

Tm bénignes : Rares

Léiomyome

Les sténoses de l'œsophage

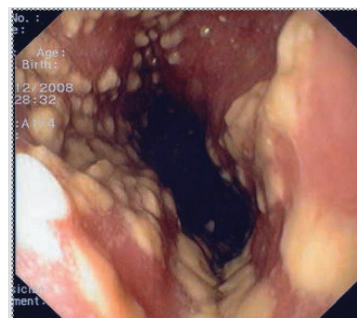
- ❑ **Sténoses Caustiques:** Complique une oesophagite caustique
Survient **2 à 12 semaines** après l'ingestion du caustique
- ❑ **Sténoses Peptiques:** Complique un **reflux gastro-oesophagien** avec oesophagite sévère
- ❑ **Sténoses radiques** Survient plusieurs mois ou années après une radiothérapie cervicale ou thoracique
- ❑ **Sténoses post chirurgicales**

Les œsophagites non sténosantes

- œsophagite peptique qui complique RGO



- œsophagite infectieuse : surtout candidosique



Les compressions extrinsèques de l'œsophage

- Compressions tumorales d'origine cervico-médiastinale
- Adénopathies médiastinales lymphomateuse ou métastatique , Tm thyroïdienne , Tm médiastinale...

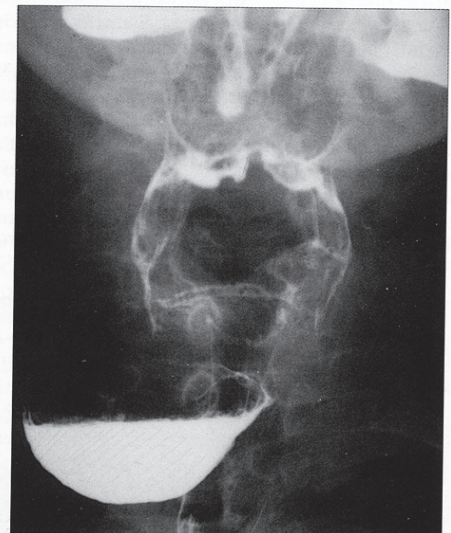
Diverticule de Zenker

- Les plus fréquents : 70 % des diverticules de l'œsophage
- Ils sont souvent provoqués par des troubles de la motricité du SSO
- Sujets de plus de 60 ans

Le tableau associe :des régurgitations d'aliments non digérés ,

Une dysphagie

Les fausses routes et les pneumopathies d'inhalation sont fréquents.



Diverticule de Zenker.

Dysphagies « fonctionnelles »

- Absence d'obstacle mécanique ou organique
- L'endoscopie oeso-gastroduodénale est en règle normale et le diagnostic repose sur la **manométrie oesophagienne**.
- Les troubles moteurs oesophagiens peuvent être primitifs ou secondaires.

Mécanismes :

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

primitive

Achalasie du cardia : mégaoesophage idiopathique, défini par

- ✓ une absence du péristaltisme du corps de l'oesophage
- ✓ associée à une relaxation du SIO absente ou incomplète lors de la déglutition.

Due à une altération de l'innervation intrinsèque de l'oesophage

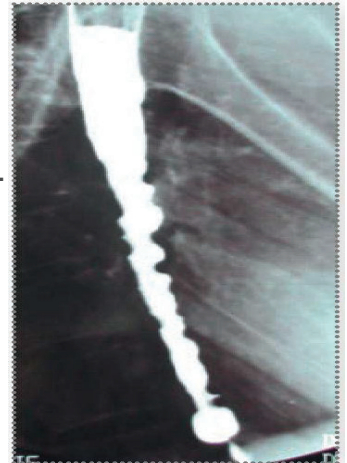
Clinique : dysphagie paradoxale, intermittente

–**Diagnostic** : repose sur la manométrie +++ :

- **Principes du traitement**
- Le but du traitement est de lever l'obstacle au niveau du sphincter inférieur de l'oesophage
- • **Traitement endoscopique** = dilatation pneumatique
- • **Traitement chirurgical** : myotomie de heller

Maladie des spasmes diffus de l'oesophage :

- une perte intermittente du péristaltisme de l'oesophage remplacé par des ondes de contractions synchrones et inefficaces.
- **L'endoscopie** ne retrouve pas de dilatation mais un oesophage spastique avec une stase salivaire ou alimentaire.
- **La manométrie** confirme le diagnostic en mettant en évidence une pression normale du SI0 mais des ondes non propagées.



- **OEsophage « casse noisette »** : ondes de contraction œsophagienne de grande amplitude, responsables de douleurs thoraciques per prandiales

Secondaires :

- Les causes neurlogiques : sclerodermie
- Les maladies musculaires : myasthenie

conclusion

- La dysphagie est définie par une gêne à la déglutition ou une sensation de blocage du bol alimentaire.
- Le diagnostic étiologique peut être évoqué dès l'interrogatoire et l'examen clinique. Néanmoins, la principale crainte étant **le cancer de l'oesophage**, il faut toujours faire une endoscopie oeso-gastroduodénale
- les causes les plus fréquentes de dysphagie:
 - ✓ Tumeurs sténosantes
 - ✓ Sténoses non tumorales de l'oesophage : la sténose peptique
 - ✓ Lésions de la muqueuse œsophagienne non sténosantes :
- Lorsque l'endoscopie oeso-gastroduodénale est normale, il faut évoquer un trouble de la motricité œsophagienne. Le diagnostic repose alors sur la manométrie œsophagienne