

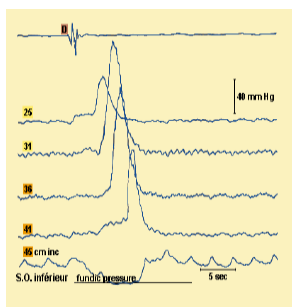
## LES DYSPHAGIES

### I/RAPPEL-ŒSOPHAGE

- L'œsophage est un organe tubulaire revêtu d'un épithélium malpighien.
- Sa structure musculaire striée et lisse, son innervation extrinsèque (pneumogastriques) et intrinsèque (plexus nerveux autonome) permettent la propulsion des aliments du pharynx vers l'estomac.
- L'élément principal s'opposant au reflux du contenu gastrique est le sphincter inférieur de l'œsophage (SIO)

### II/Motricité œsophagienne

- *A l'état de repos, l'œsophage est vide d'air ou de liquide et n'est animé d'aucune contraction.*
- *Il est fermé à ses deux extrémités grâce à la contraction tonique de ses sphincters, ce qui protège à la fois les voies aériennes supérieures et le bas œsophage d'un reflux*
- *Au moment de la déglutition, immédiatement après le relâchement du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) « la bouche de Killian » une onde péristaltique parcourt l'œsophage de haut en bas au (péristaltisme primaire).*
- *Le SIO (sphincter inférieur de l'œsophage) se relâche avant même que l'onde péristaltique ne l'ait atteint.*
- *Cette relaxation est suivie par une contraction qui prolonge l'onde péristaltique*



## I/Définition :

- Gêne à la déglutition ou obstacle à la progression du bol alimentaire entre la bouche et l'estomac, peut aller de la simple gêne à l'arrêt complet
- C'est un symptôme fréquent, traduisant une lésion fonctionnelle ou organique au niveau de l'oropharynx, de l'oesophage ou de la partie proximal de l'estomac.
- L'endroit où la sensation de gêne est ressentie ne correspond pas toujours au niveau de la lésion.

A différencier de :

- Globus hystericus* la sensation de striction cervicale généralement liée à l'anxiété
- L'anorexie (perte d'appétit), surtout lorsqu'elle porte de façon élective sur certains aliments (viande).

**II/Orientation diagnostique** : Un interrogatoire soigneux et un examen clinique attentif permettent d'orienter le diagnostic étiologique.

## A - L'interrogatoire

**1- L'âge** : fixe le contexte +++. Il faut d'emblée différencier la survenue d'une dysphagie chez un enfant ou un adolescent de celle survenant chez un adulte, ou il faut à tout prix éliminer un cancer.

### 2- les antécédents

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

### 3/ les caractères sémiologiques de la dysphagie :

#### a- son siège :

- dysphagie haute: le blocage s'effectue au niveau de la région hyoïdienne ou sous- hyoïdienne - dysphagie medio thoracique : le malade montre la région rétro-sternale.
- dysphagie basse : le malade montre le haut du creux épigastrique. Mais ceci ne présume pas de façon sûre du siège de la lésion.

#### b- son intensité : il peut s'agir

- d'une difficulté d'initier la déglutition, nécessitant une extraction alimentaire ou un verre d'eau pour avaler la bouchée.
- au maximum, c'est une sensation d'accrochage ou de blocage des aliments solides et liquides : Aphagie: impossibilité totale de progression des aliments liquides et solides

#### C- caractère douloureux : Odynophagie

**d- date de début** :-dysphagie récente (2-3 mois) : suspecte +++ (cancer de l'œsophage) -ancienne.

### e- son évolution

- intermittente ou permanente
- Stable ou progressive

### f-TYPE

- Sélective** (pour certains aliments solides) ou **non sélective** (pour tous les solides)
- Partielle** (pour les solides seulement) ou **totale** (Aphagie pour les solides et les liquides)
- Paradoxe** (pour les liquides et non pour les solides)

f- Circonstances de survenue : aigue, provoquée, spontannée

### g -les signes associés :

- Hyper-sialorrhée, pyrosis, régurgitations,
- Douleurs thoraciques ou dorsales, toux nocturne, hoquet, dysphonie,
- Des signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement +++, fièvre

### B- L'examen clinique :

- Il doit rechercher le retentissement de la dysphagie sur l'état général : poids, pli cutané ou pli de dénutrition.
- Il doit être complet sans oublier l'examen des aires ganglionnaires cervicales, l'examen de la loge thyroïdienne, un examen ORL et un examen neuromusculaire.

### C/DIAGNOSTIC :

BILAN Toute dysphagie impose un bilan radio endoscopique +++. La conduite de ce bilan dépend de l'étiologie suspectée d'après l'interrogatoire et l' examen clinique :

- Radiographie pulmonaire, transit baryte œsophagien.
- Fibroscopie oeso-gastrique (+ biopsies),
- Manometrie œsophagienne: examen clef pour le diagnostic de la dysphagie fonctionnelle
- PHmétrie: essentielle pour le diagnostic du re flux
- Examen laryngoscopique. Bronchoscopie; si suspicion d'un problème ORL
- Tomodensitométrie thoracique, cervicale, abdominale, écho-endoscopie.

### III /LES ETIOLOGIES :

#### A/DYSPHAGIES OESOPHAGIENNES

#### 1-CAUSES MECANIQUES (obstruction)

1-a/Cancer de l'œsophage et du cardia: dysphagie récente, siège à tout l'œsophage, d'abord aux solides uniquement, puis rapidement progressifs, amaigrissement important.

1-b/Tumeurs bénignes : rares, léiomyome, adénome

**1-c/Sténose peptique:** œsophagite peptique :compiquant un reflux gastrooesophagien(RGO) :dysphagie ancienne ,généralement basse , aux solides uniquement , à aggravation lente ,sans amaigrissement ,souvent des antécédents de pyrosis ou de régurgitation anciens.

**1-d/Endobrachyoesophage:**Transformation de la muqueuse malpighien en une muqueuse glandulaire gastrique  
Le risque est la cancérisation

**1-e/Diverticule de l'oesophage de ZENCKER:** hernie de la muqueuse à travers un defect de la musculouse, à la jonction pharyngé-oesophagien se manifeste par une dysphagie intermittente cervicale

**1-f/Corps étrangers :** Terrain: Fréquents chez l'enfant, chez l'adulte surtout en milieu psychiatrique ou carcéral.

## 2/ Les troubles fonctionnels œsophagiens

Absence d'obstacle mécanique ou organique

### **a/Mécanismes :**

Réduction de la force de propulsion

Anomalie de relâchement sphinctérien

### **b /Les causes sont :**

#### **b-1/PRIMITIVES :**

**\*/Achalasie du cardia :** ou cardiospasme ou mégaoesophage idiopathique, il s'agit d'un trouble moteur primitif de l'oesophage 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, capricieuse

-TOGD: dilatation du corps de l'oesophage.

-Diagnostic : repose sur la manométrie +++ :absence d'ondes péristaltiques propagées

**\*/Maladie des spasmes étagés de l'oesophage :** douleurs rétro sternales postprandiales intermittentes.il s'agit d'un trouble du péristaltisme avec une bonne relaxation du sphincter inférieur de l'oesophage lors de la déglutition.

-Manométrie: confirme le trouble

#### **b-2/Secondaires :**

-Les causes neurologiques

-Les maladies musculaires :

-Œsophagites infectieuses : mycotiques (Candida Albicans)

Herpétiques et tuberculeuses (rares)

-Œsophagites post-radique après irradiation pour lymphome, cancer bronchique ou cancer du sein

## B/Causes extra œsophagiennes:

**1/causes oropharyngées infectieuses :** La dysphagie est ressentie comme une difficulté d'initier la déglutition : angine, pharyngite, candidose bucco-pharyngée.

**2/ Les causes compressives :** tumeur bronchique, adénopathie, cancer de la thyroïde, les goitres compressifs

## III/ AUTRES SIGNES :

### **Symptômes de RGO : Reflux gastro-œsophagien**

Traduisant le passage passif du contenu gastrique

Favorisées par des : **Syndrome postural**

**-Décubitus après un repas**

- Après un effort
- Signe du Lacet

### A/Pyrosis :

- Sensation de reflux acide de bas en haut
- Brûlures rétro sternales ascendantes
- Jusque vers la bouche, reflux dans le larynx ou les bronches possible
- Spontanées ou aggravées par les repas
- Position penchée en avant
- Survenue nocturne (réveille le patient), l'oblige à dormir 1/2 assis
- Signes Associés: asthme, laryngite chronique, gêne pharyngée, bronchites à répétition

**B/Les régurgitations** : est le reflux vers la bouche sans effort de vomissements de débris alimentaires contenus dans l'œsophage survenant soit immédiatement après le repas ou plus tard lorsque le malade s'allonge