

308- Dysphagie

Définition : la dysphagie est une gêne à la déglutition, une difficulté pour avaler !

La dysphagie représente un des maîtres symptômes de la séméiologie pharyngo-oesophagienne.

Chez l'adulte, son apparition doit avant tout faire évoquer le diagnostic de **cancer**.

Table des matières

DESCRIPTION CLINIQUE

LES SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT

L'EXAMEN CLINIQUE ET ENDOSCOPIQUE

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Les dysphagies d'origine oropharyngée

Les dysphagies d'origine hypopharyngée et laryngée

Les dysphagies d'origine oesophagienne

Dysphagies organiques lésionnelles

Le cancer de l'oesophage

Les diverticules

L'oesophagite peptique

La sténose oesophagienne après ingestion de produit caustique

Les tumeurs bénignes (myomes)

Le diaphragme muqueux du bas oesophage ou anneau de Schatzky :

Les dysphagies avec anémie

Les fistules oesophagotrachéales

Les dysphagies dues à un organe de voisinage par compression extrinsèque de l'oesophage

L'oesophagite, séquelle de radiothérapie

Dysphagie fonctionnelle par trouble moteur oesophagien primitifs

L'achalasie (méga-oesophage idiopathique ou cardiospasme)

Maladie des spasmes diffus ou syndrome des spasmes étagés de Barsony

Autres étiologies

Dysphagie fonctionnelle par trouble moteur secondaire

Collagénoses

Maladies neurologiques ou musculaires

DESCRIPTION CLINIQUE

La dysphagie se traduit par une sensation d'arrêt du bol alimentaire. L'interrogatoire du patient fera préciser : son importance, son évolution dans le temps, son mode d'installation.

- Importance
 - simple gêne au passage du bol alimentaire,
 - Dysphagie complète avec blocage invincible du bol alimentaire ou aphagie.
- Evolution
 - permanente ou au contraire capricieuse, voire paradoxale, laissant passer plus facilement les aliments consistants que les liquides.
- Mode d'installation
 - progressif : la dysphagie s'aggravant plus ou moins rapidement, touchant d'abord les solides puis les liquides.
 - brutal : dysphagie complète installée brutalement.
 - intermittent : la crise de dysphagie alternant avec des rémissions plus ou moins complètes.

LES SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT

Leur présence facilite le diagnostic étiologique.

Ils peuvent être liés à la dysphagie elle-même ou évocateurs de l'organe responsable.

- La douleur (odynophagie) a le mérite d'inquiéter plus rapidement le malade et le médecin tant ce symptôme est significatif d'une lésion pharyngolaryngée ou oesophagienne que ce soit une plaie, une tumeur ou une infection. On précisera son type, son intensité et surtout son siège : douleur pharyngée haute, douleur cervicale, douleur thoracique rétrosternale à irradiations transversales postérieures. Quand la douleur est réduite à ces seules irradiations, le fait qu'elle soit déterminée par la déglutition permet de la rattacher à son origine pharyngo-oesophagienne.
- L'otalgie réflexe est une douleur de l'oreille qui n'est pas due à une atteinte de l'oreille externe ou moyenne ; elle orientera plutôt vers le pharynx (signe du coton dans l'oreille).
- Les régurgitations dont on précisera l'abondance, le caractère précoce ou tardif. Elles peuvent même déterminer un phénomène assez rare de rumination. Elles sont à distinguer des vomissements qui sont d'origine gastrique. Elles orientent le diagnostic vers un diverticule oesophagien.
- L'hypersialorrhée ou la production excessive de salive accompagne souvent la dysphagie ou l'odynophagie.
- La dysphonie orientera évidemment le praticien vers une cause pharyngolaryngée, ou devra faire craindre une paralysie récurrentielle d'origine oesophagienne (récurrent gauche).
- La dyspnée haute, signe clinique toujours tardif, est le témoin d'une atteinte laryngée ou trachéale.
- La toux réflexe par compression ou irritation peut accompagner une tumeur médiastinale ou cervicale. Une toux expulsive peut être en rapport avec des fausses routes.

- Enfin, une altération de l'état général se manifeste toujours après une dysphagie prolongée : amaigrissement, état subfébrile, anémie.
- Les fausses routes peuvent accompagner la dysphagie. Elles sont dépistées à l'occasion de toux réflexe au moment de la déglutition ou d'une pneumopathie de la déglutition affectant le plus souvent la base du poumon droit. Elles peuvent être dues à une insuffisance de fermeture du sphincter laryngé, un défaut de sensibilité pharyngolaryngée ou une aphagie (débordement du larynx par letrop plein alimentaire ou salivaire).

L'EXAMEN CLINIQUE ET ENDOSCOPIQUE

L'examen clinique doit précéder toute demande d'examens complémentaires et toute prescription de traitement symptomatique.

- Examen ORL : cavité buccale, oropharynx, larynx et hypopharynx au miroir, sans oublier l'observation de la mobilité de la langue à la protraction.
- Palpation de la base de la langue et du plancher buccal
- Palpation du cou à la recherche d'adénopathies, d'une tuméfaction du corps thyroïde, d'une masse latéro-cervicale qui peut être molle ou réductible (diverticule pharyngo-oesophagien).

Le bilan endoscopique est primordial et mérite de faire partie intégrante de l'examen clinique :

- La **fibroscopie pharyngo-laryngée** (souple) par voie nasale est réalisée pendant la consultation spécialisée. Elle permet une excellente observation des structures et de leurs mouvements mais ne permet pas l'observation des organes qui ont une lumière virtuelle : hypopharynx et oesophage.
- La **fibroscopie gastro-oesophagienne** (souple) peut être réalisée en ambulatoire, sous anesthésie locale. Ses indications sont larges et elle permet d'explorer l'oesophage, l'estomac et le duodénum, mais cependant elle ne permet pas de bien visualiser la bouche de l'oesophage et l'hypopharynx.
- La **panendoscopie des voies aérodigestives supérieures au tube rigide** (laryngoscopie, hypopharyngoscopie, œsophagoscopie et bronchoscopie) permet l'observation et la biopsie, notamment de la bouche de l'oesophage, et permet également l'extraction de corps étrangers. Cependant elle nécessite habituellement une hospitalisation et une anesthésie générale.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Ils sont dominés par les examens morphologiques :

- Le transit pharyngo-oesophagien : il permet l'étude de l'oropharynx (vallécules), de l'hypopharynx (sinus piriformes), de la bouche oesophagienne, de l'oesophage et du cardia. Il peut être complété par un radio-cinéma permettant une étude cinétique de la déglutition.

- La radio pulmonaire face et profil peut retrouver une image médiastinale à l'origine d'une compression (goitre plongeant ou autre tumeur médiastinale) et parfois un niveau liquidien (méga-œsophage).
- La TDM cervicale et thoracique, ainsi que l'IRM sont utiles en cas de tumeur de l'œsophage ou du médiastin.
- L'écho-endoscopie œsophagienne permet d'en préciser l'extension.

Explorations fonctionnelles œsophagiennes :

- La pHmétrie permet le diagnostic de reflux gastro-œsophagien : elle se fait sur 3h, ou au mieux sur 24h et permet l'étude du pH œsophagien.
- La manométrie œsophagienne permet le diagnostic de dysphagie fonctionnelle par trouble moteur primitif ou secondaire, en étudiant les variations de pression intraluminale de l'œsophage.

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Eliminer le diagnostic de dysphagie organique est parfois difficile chez un patient anxieux, volontiers cancérophobe. L'interrogatoire devra être très "serré". Les paresthésies pharyngées, les sensations de striction, de spasme pharyngé ou œsophagien sont fréquentes. Elles surviennent surtout lors de la déglutition sèche (sans bolus alimentaire) et peuvent en imposer pour une authentique dysphagie (reflux gastro-œsophagien ou ulcère gastroduodénal). Le moindre doute impose les examens complémentaires précités.

LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

L'ordre le plus logique est topographique : les différentes étiologies seront donc envisagées de haut en bas. Les causes œsophagiennes sont les plus importantes.

Les dysphagies d'origine oropharyngée

- Les corps étrangers fichés (arête de poisson par exemple) dans l'oropharynx (fréquemment dans l'amygdale) sont rapidement évoqués à l'interrogatoire.
- Les angines, le phlegmon péri-amygdalien sont caractérisés par une dysphagie douloureuse fébrile souvent associée à un trismus et une hypersialorrhée.
- Les cancers du sillon amygdaloglosse, de la base de la langue peuvent tardivement donner une dysphagie. Une otalgie réflexe ou une odynophagie attirent l'attention d'autant que le sujet est éthylo tabagique.

Les dysphagies d'origine hypopharyngée et laryngée

- Les cancers du sinus piriforme et du vestibule laryngé. La dysphagie est relativement tardive, et l'on doit attacher une grande importance aux signes d'accompagnement : odynophagie, dysphonie, otalgie réflexe, adénopathie cervicale prévalente fréquente.
- Les autres causes sont rares :
 - le corps étranger bloqué est une découverte d'interrogatoire mais peut parfois remonter à plusieurs jours.
 - les causes infectieuses et inflammatoires : phlegmon rétropharyngien, épiglottite dont le tableau est dominé par la dyspnée laryngée fébrile.
 - les tumeurs bénignes sont exceptionnelles : lipomes, neurinomes, kystes.
 - Les causes neurologiques : paralysies laryngées, sclérose latérale amyotrophique.

Les dysphagies d'origine oesophagienne

• DYSPHAGIES ORGANIQUES LESIONNELLES

○ Le cancer de l'oesophage

Il constitue la cause la plus fréquente de dysphagie, donc celle qu'il faut éliminer en premier. La dysphagie est d'abord spasmodique donc intermittente puis elle devient permanente, s'aggravant progressivement pour atteindre la déglutition des liquides avec retentissement sur l'état général. Le carcinome de l'oesophage survient chez le sujet éthylo-tabagique ou anémique (syndrome de Plummer Vinson)

○ Les diverticules

- le diverticule pharyngo-oesophagien de Zencker, facile à reconnaître lorsqu'il est très volumineux, sous la forme d'une tuméfaction latéro-cervicale, le plus souvent gauche, molle et réductible. Il s'agit d'une hernie acquise de la muqueuse hypopharyngée postérieure développée au niveau de la jonction pharyngo-oesophagienne, entre les différentes au-dessus des fibres du sphincter supérieur de l'oesophage dans un hiatus formé par les fibres musculaires du constricteur inférieur du pharynx.
Il peut entraîner un syndrome oesophagien typique avec dysphagie (parfois intermittente ou pouvant aller jusqu'à l'aphagie), La dysphagie est habituellement intermittente suivant le degré de remplissage du diverticule mais des épisodes d'aphagie prolongée en font sa gravité. Les régurgitations (aliments non digérés) doivent faire évoquer le diagnostic de diverticule pharyngo-oesophagien et sialorrhée. Le transit affirme le diagnostic (image d'addition arrondie suspendue rétro-oesophagienne au niveau des premiers centimètres de l'oesophage cervical). Le traitement est chirurgical, au mieux par voie endoscopique, ou par voie externe en cas d'échec exérèse du diverticule et section du muscle cricopharyngien. Le traitement par voie endoscopique est réservé aux sujets très âgés ou fragiles.
- les rares diverticules aortico-bronchiques ou épibronchiques sont dits "de traction" car ils sont généralement dus à l'attraction de la paroi oesophagienne antérieure par des modifications inflammatoires des ganglions au contact, voire à leur fistulisation dans la paroi oesophagienne. Ils sont le plus souvent latents. La dysphagie y est discrète et douloureuse.

○ L'oesophagite peptique

Due à un reflux gastro-oesophagien (souvent secondaire à une hernie hiatale), elle se traduit par une brûlure oesophagienne, parfois associée à une hématurie entraînant une anémie. Cette oesophagite peut évoluer vers la sténose peptique. La fibroscopie oesophagienne fait le diagnostic : muqueuse érythémateuse, érosive, ulcérée ou présence d'une sténose dans les formes évoluées.

Le traitement fait appel aux mesures hygiéno-diététiques, aux antiacides et pansements oesophagiens. Il faut proscrire les anticholinergiques. Il est quelques fois nécessaire d'avoir recours à la chirurgie (montage anti-reflux).

○ La sténose oesophagienne après ingestion de produit caustique

Son apparition, signalée par la dysphagie, est tardive par rapport à l'ingestion du caustique.

○ La dysphagie d'origine infectieuse

Elle est dominée par les mycoses (surtout chez les patients immunodéprimés).

○ Les tumeurs bénignes (myomes)

- Les corps étrangers de l'oesophage (cf. corps étrangers)
- Le diaphragme muqueux du bas oesophage ou anneau de Schatzky :
Membrane de 2 à 4 mm d'épaisseur, bien visible au transit oesophagien, il est également la conséquence d'une hernie hiatale.
Le diagnostic est fait essentiellement lors du transit oesophagien et de la fibroscopie oesophagienne. Le traitement consiste en des dilatations.
- Les dysphagies avec anémie
 - Le syndrome de Plummer-Vinson associe à la dysphagie, qui est haute et intermittente, une anémie hypochrome microcytaire hyposidérémique, des troubles des phanères, une glossite atrophique et une achlorhydrie gastrique. A l'examen endoscopique, on observe des replis membraneux sur l'oesophage. Un traitement martial est proposé. Une surveillance très précise s'impose car il s'agit là d'un état prénéoplasique.
 - La maladie de Biermer associant dysphagie et glossite.
- Les fistules oesophagotrachéales
Elles sont d'origine congénitale chez l'enfant, néoplasique ou traumatique chez l'adulte. Les fistules après intubation prolongée ou trachéotomie sont les plus fréquentes. Les signes respiratoires (toux, fausses routes) accompagnant la dysphagie doivent faire évoquer le diagnostic chez un patient qui a fait un séjour en réanimation.
- Les dysphagies dues à un organe de voisinage par compression extrinsèque de l'oesophage
Elle constituent un diagnostic d'élimination radiologique :
 - ostéophytose cervicale majeure de la Maladie de Forestier
 - anévrisme de l'aorte, cardiomégalie
 - phlegmon rétropharyngé
 - tumeur médiastinale, lymphome
 - goitre thyroïdien
- L'oesophagite, séquelle de radiothérapie
- **DYSPHAGIE FONCTIONNELLE PAR TROUBLE MOTEUR OESOPHAGIEN PRIMITIF**
 - L'achalasie (méga-oesophage idiopathique)
Elle est secondaire à un trouble de la motilité oesophagienne et associe une hypertonie du sphincter inférieur de l'oesophage avec troubles de la relaxation, et des anomalies de contraction péristaltique oesophagienne.
La dysphagie est d'abord indolore et volontiers paradoxale (aux liquides) puis devient douloureuse au cours du repas par accumulation des aliments dans l'oesophage (impression d'étouffement, douleurs). Les régurgitations, fréquentes, surviennent plutôt tardivement après le repas, parfois pendant le sommeil. L'état général finit par s'altérer avec un amaigrissement.
Elle impose l'endoscopie oesophagienne pour éliminer un cancer du bas oesophage. Mais c'est la manométrie oesophagienne qui permet le diagnostic : hypertonie du sphincter inférieur de l'oesophage, relaxation incomplète et absence de péristaltisme primaire. Le transit montre une sténose serrée et

régulière avec dilatation d'amont. La radiographie du thorax peut parfois montrer un niveau hydro-aérique de l'oesophage.

Le traitement est médical au stade de début (dérivés nitrés, anticalcique). Les dilatations pneumatiques peuvent être utiles, mais c'est surtout la chirurgie (oeso-cardiomyotomie de Heller) qui donne les meilleurs résultats.

- Maladie des spasmes diffus ou syndrome des spasmes étagés de Barsony
Elle se manifeste par une dysphagie et des crampes rétro-sternales pendant les repas, en raison d'une perte intermittente du péristaltisme oesophagien. Le diagnostic est confirmé par la manométrie oesophagienne. L'endoscopie doit être réalisée pour éliminer un cancer. Un transit oesophagien s'il est réalisé fait apparaître une image de l'oesophage sous-aortique en chapelet.
Le traitement consiste en une administration de dérivés nitrés ou d'anticalciques.
- Autres étiologies
Achalasie du sphincter supérieur de l'œsophage, syndrome du péristaltisme douloureux, hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage isolée.
- **DYSPHAGIE FONCTIONNELLE PAR TROUBLE MOTEUR SECONDAIRE**
 - Collagénoses
Une atteinte de l'oesophage est présente dans 75 % des sclérodermies, elle ressemble à une oesophagite peptique.
Parfois, il existe également une dysphagie en cas de polymyosite, dermatomyosite, lupus érythémateux disséminé ou de syndrome de Gougerot-Sjögren.
 - Maladies neurologiques ou musculaires
AVC et autres atteintes du système nerveux central, atteintes du système nerveux périphérique, et causes neuromusculaires (certaines myopathies, myasthénie).

⚠ L'interrogatoire précis d'un dysphagique est un temps essentiel.

⚠ Les signes d'accompagnement d'une dysphagie orientent le diagnostic étiologique.

⚠ En présence d'une dysphagie, il faut penser à l'oesophage avant tout autre organe, et au cancer avant toute autre étiologie.