



Revue bibliographique

Dysphagie : Quelles explorations ? Quelles causes ?

Dysphagia: which investigations, which causes?

Sabine Roman

Université Claude-Bernard-Lyon I,
Hospices civils de Lyon,
Hôpital Édouard-Herriot,
Service d'explorations fonctionnelles digestives,
5, place d'Arsonval,
69437 Lyon cedex 03,
France

Correspondance : S. Roman
sabine.roman@chu-lyon.fr

Copyright : John Libbey Eurotext, 2019
doi : 10.1684/hpg.2019.1810

Cette revue bibliographique s'attachera à évaluer certains articles récents portant sur les méthodes d'exploration de la dysphagie non tumorale, ainsi que sur certaines maladies dysphagiantes et les alternatives thérapeutiques.

L'EndoFLIP™ : un progrès pour l'exploration des patients dysphagiques ?

Carlson DA, Kahrilas PJ, Lin Z, *et al.*
Evaluation of esophageal motility utilizing the functional lumen imaging probe. Am J Gastroenterol 2016 ; 111 : 1726-35.

L'EndoFLIP™ (*Functional Lumen Imaging Probe*) est une nouvelle technique d'exploration œsophagienne pour évaluer la distensibilité œsophagienne et la réponse péristaltique œsophagienne à la distension par un ballonnet placé dans l'œsophage. L'examen est réalisé lors d'une endoscopie sous sédation. Cette étude incluant 145 patients avec dysphagie avait pour but de décrire la fonction œsophagienne étudiée par EndoFLIP™ et de comparer les résultats à ceux d'une manométrie œsophagienne de haute résolution. La moitié des patients inclus avaient une achalasia en manométrie et

l'EndoFLIP™ était toujours anormal chez ces patients ; un défaut de distensibilité de la jonction œsogastrique et/ou des contractions œsophagiennes rétrogrades étaient observés lors de la distension par le ballonnet œsophagien. Parmi les 38 patients avec un tableau d'obstruction de la jonction œsogastrique en manométrie, l'EndoFLIP™ était normal chez 13 %. Une prise en charge symptomatique sans traitement invasif était proposée à ces patients avec un EndoFLIP™ normal considérant qu'il pouvait s'agir d'un faux positif de la manométrie. Enfin, chez les patients avec une manométrie normale ou des troubles mineurs de la motricité œsophagienne en manométrie, l'EndoFLIP™ révélait des anomalies compatibles avec des troubles majeurs de la motricité œsophagienne dans la moitié des cas. On notait notamment quatre cas de défaut de distensibilité de la jonction œsogastrique avec des contractions œsophagiennes rétrogrades lors de la distension œsophagienne (en faveur d'une achalasia), neuf cas de défaut isolé de la distensibilité de la jonction œsogastrique et quatre cas de contractions œsophagiennes rétrogrades en faveur de spasmes œsophagiens.

Ainsi, l'EndoFLIP™ pourrait être plus sensible que la manométrie pour le diagnostic de troubles de la motricité œsophagienne. Non seulement toutes les achalasia diagnostiquées en manométrie le sont aussi par l'EndoFLIP™ mais des cas d'achalasia ou de spasmes œsophagiens pourraient être identifiés par l'EndoFLIP™ alors qu'ils ne l'ont pas été par la manométrie. L'absence de données de suivi doit bien sûr inciter à la prudence quant au véritable gain de l'EndoFLIP™. Des études sont en cours pour déterminer la place de cet examen prometteur pour le diagnostic des troubles moteurs.

Transit œsophagien minuté : une alternative valide à la manométrie ?

Blonski W, Kumar A, Fledman J, *et al.*
Timed barium swallow: diagnostic role and predictive value in untreated achalasia, esophago-gastric junction outflow obstruction and non achalasia dysphagia. Am J Gastroenterol 2018 ; 113 : 196-203.

Le transit œsophagien avec mesure de la hauteur de la colonne de baryte dans l'œsophage à un temps déterminé après l'ingestion de baryte (généralement une et



cinq minutes) est utile pour évaluer la clairance œsophagienne chez les patients avec dysphagie. À partir d'une cohorte rétrospective de 117 patients avec achalasie non traitée, de 46 patients avec un défaut de relaxation de la jonction œsogastrique (JOG) et de 146 patients sans anomalie de relaxation de la JOG, les auteurs ont étudié la spécificité et la sensibilité du transit œsophagien minuté avec ingestion de 8 onces (240 mL) de baryte fluide et mesure de la hauteur de colonne de baryte une et cinq minutes après l'ingestion. Le diagnostic d'achalasie et de défaut de relaxation de la JOG était établi par manométrie de haute résolution. Une hauteur de 5 cm ou plus de la colonne de baryte une minute après l'ingestion avait une sensibilité de 94 % et une spécificité de 71 % pour différencier l'achalasie non traitée du défaut de relaxation de la JOG et des troubles non achalasiques. La sensibilité et la spécificité d'une hauteur de colonne de baryte de 2 cm ou plus à cinq minutes étaient respectivement de 85 et 86 %. Cet examen avait une sensibilité et une spécificité beaucoup plus faibles pour le diagnostic de défaut de relaxation de la JOG (sensibilité de 15 à 50 % en fonction des seuils de mesure choisis pour des spécificités de 73 à 87 %), mais il permettait d'identifier des causes anatomiques de défaut de relaxation de la JOG (hernie hiatale, sténose œsophagienne, diverticule épiphénique, fundoplicature trop serrée). L'ajout d'un test avec déglutition d'un comprimé de baryte (13 mm de diamètre, test positif si rétention œsophagienne du comprimé cinq minutes après l'ingestion) permettait un gain diagnostique, par rapport à l'ingestion seule de baryte, de 75 à 100 % en cas d'achalasie et de 49 à 60 % en cas de défaut de relaxation de la JOG.

Même si la manométrie de haute résolution reste l'examen de référence pour le diagnostic de trouble moteur œsophagien, cette étude montre que le transit œsophagien avec mesure de la hauteur de la colonne de baryte résiduelle dans l'œsophage a une bonne sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'achalasie. Cet examen est donc une alternative valide en cas d'échec de manométrie. Par ailleurs, le manque de sensibilité et de spécificité pour le diagnostic de défaut de relaxation de la JOG peut questionner sur la pertinence clinique de ce trouble identifié en manométrie.

L'œsophage marteau-piqueur : la rémission spontanée est-elle possible ?

Kahn A, Al-Qaisi MT, Obeid RA, et al.
Clinical features and long-term outcomes of lower esophageal sphincter-dependent and lower esophageal sphincter-independent jackhammer esophagus. Neurogastroenterol Motil 2019 ; 31 : e13507.

L'œsophage marteau-piqueur est un trouble hypercontractile de la motricité œsophagienne responsable de dysphagie et de douleurs thoraciques. L'hypercontracti-

lité peut concerner uniquement la contraction œsophagienne ou être associée à une hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) post-déglutition. Quarante-huit patients avec un œsophage marteau-piqueur diagnostiqué en manométrie ont été inclus dans cette étude. Si plus de 60 % des patients rapportaient une dysphagie, 17 % ne présentaient ni dysphagie, ni douleur thoracique (manométrie précédant la mise en place d'un cathéter de pH-[impédance]métrie œsophagienne). Aucune caractéristique clinique ne distinguait les patients avec hypercontractilité limitée au corps de l'œsophage de ceux ayant une hypercontractilité incluant le SIO. Seule la présence d'une hernie hiatale endoscopique était plus fréquemment notée chez les patients avec hypercontractilité incluant le SIO. La durée médiane du suivi après le diagnostic initial était de 46 mois. Quarante et un des 66 patients pour lesquels des données de suivi étaient disponibles avaient reçu un traitement spécifique pour le trouble moteur (parmi lesquels injection de toxine botulique, dilatation endoscopique, myotomie chirurgicale, myorelaxants, antidépresseurs tricycliques). L'amélioration symptomatique évaluée par un score validé de dysphagie (*Impact Dysphagia Questionnaire* [IDQ 10], comportant dix questions évaluant la fréquence et la sévérité de la dysphagie) était identique que les patients aient reçu ou non un traitement spécifique ou que l'hypercontractilité concerne ou non le SIO.

Cette étude rétrospective souligne l'existence d'une rémission spontanée possible chez les patients présentant un œsophage marteau-piqueur. Ceci doit inciter à ne pas proposer en première intention des traitements invasifs (comme par exemple la myotomie endoscopique) mais à être plutôt conservateur. La possibilité de la rémission spontanée doit également être prise en compte dans les études prospectives thérapeutiques.

La myotomie endoscopique : nouveau traitement de référence pour les troubles moteurs non achalasiques ?

Filicori F, Dunst CM, Sharata A, et al.
Long-term outcomes following POEM for non achalasia motility disorders of the esophagus. Surg Endosc 2019 ; 33 (5) : 1632-9.

Les spasmes œsophagiens, l'œsophage marteau-piqueur et le défaut de relaxation de la jonction œsogastrique sont des troubles moteurs responsables de dysphagie et de douleurs thoraciques. La prise en charge de ces troubles est mal codifiée et la myotomie endoscopique (*Per Oral Endoscopic Myotomy* [POEM]) pourrait être une option. Les dossiers de 40 patients ayant eu une POEM pour des troubles moteurs non achalasiques (œsophage marteau-piqueur [$n = 15$], spasmes œsophagiens [$n = 11$] et défaut de relaxation de la jonction œsogastrique [$n = 14$]) ont été revus. Le symptôme principal était une



dysphagie dans 75 % des cas et des douleurs thoraciques dans 17,5 %. La myotomie était plus longue chez les patients avec spasmes (13 ± 6 cm), que chez les patients avec œsophage marteau-piqueur ($9,9 \pm 5,4$) ou défaut de relaxation de la jonction œsogastrique ($7,4 \pm 2,4$; $p = 0,034$). Après POEM, une amélioration symptomatique (basée sur une diminution du score d'Eckardt) était observée chez 90 % des patients. Un reflux pathologique, diagnostiqué en pH-métrie, était présent chez 38 % des patients après POEM. Un suivi à moyen terme (médiane 48 mois) était disponible chez 29 patients, 82 % de ces patients avaient une amélioration symptomatique persistante.

Cette étude démontre que la POEM peut être efficace à moyen terme chez des patients avec des troubles moteurs non achalasiques. Le taux de reflux post-POEM est comparable à ce qui est observé pour les POEM réalisés chez les patients avec achalasie. Le caractère rétrospectif, monocentrique et non contrôlé de cette étude devrait conduire à confirmer ces résultats dans une étude plus large et au mieux randomisée.

Histoire naturelle de l'œsophagite à éosinophiles : traiter au plus tôt pour prévenir la survenue de la fibrose ?

Warners MJ, Oude Nijhuis RAB, de Wijkerslooth LRH, et al. *The natural course of eosinophilic esophagitis and long-term consequences of undiagnosed disease in a large cohort.* Am J Gastroenterol 2018 ; 113 : 836-44.

L'œsophagite à éosinophiles est une maladie inflammatoire œsophagienne pouvant conduire à la formation de sténoses. Sa prévalence est en augmentation et elle représente aujourd'hui la première cause de dysphagie chez le sujet jeune. Les données concernant son évolution naturelle sont rares. Le but de cette étude rétrospective de cohorte était de mieux connaître l'histoire naturelle de la maladie et de déterminer le lien entre un diagnostic retardé d'œsophagite à éosinophiles et la survenue de complications.

Sept cent vingt et un patients (dont 117 enfants) de 15 centres hospitaliers des Pays-Bas ont été inclus. Comme attendu, 73 % des patients de cette cohorte étaient de sexe masculin. Pour l'ensemble des patients inclus dans la cohorte (adultes et enfants), l'âge moyen au diagnostic était de 36 ± 18 ans. Si on prenait en compte uniquement les enfants, l'âge moyen de diagnostic était de 10 ± 5 ans. La dysphagie et les impactions alimentaires étaient les manifestations cliniques les plus fréquentes chez les adultes tandis que les enfants se plaignaient plus de douleurs abdominales et de vomissements. Le délai moyen entre les premiers symptômes et le diagnostic était de 7 ± 8 ans chez les adultes et 3 ± 4 ans chez les enfants. Des sténoses œsophagiennes étaient trouvées en

endoscopie chez 76 % des adultes contre 39 % des enfants ($p < 0,001$). Plus le délai diagnostique était long, plus le pourcentage de sténose et d'impaction alimentaire était élevé (de 19 et 24 %, respectivement, pour un délai diagnostique de moins de deux ans à 52 et 57 % pour un délai diagnostique de plus de 21 ans). En analyse multivariée, le délai diagnostique (OR : 1,09 ; intervalle de confiance à 95 % : 1,05-1,13) et le sexe masculin (OR : 2,69 ; intervalle de confiance à 95 % : 1,61-4,50) étaient les principaux facteurs de risque de développer une sténose œsophagienne. Enfin, le risque de développer une sténose augmentait de 9 % par année de retard diagnostique.

Cette étude montre que le risque de sténose œsophagienne augmente avec le délai diagnostique et possiblement l'absence de traitement. Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer si une prise en charge thérapeutique précoce, comme dans les maladies inflammatoires intestinales, permet de limiter l'évolution vers la fibrose et les sténoses œsophagiennes.

Opiacés et troubles digestifs : l'œsophage aussi !

Ratuapli SK, Crowell MD, DiBaise JK, et al.

Opioid-induced esophageal dysfunction (OIED) in patients on chronic opioids. Am J Gastroenterol 2015 ; 110 : 979-84.

Les effets secondaires des opiacés sur le transit colique sont bien connus et conduisent généralement à la prescription préventive de laxatifs lors de l'introduction d'un traitement par opiacés. Les effets sur la motricité œsophagienne ont été moins étudiés. Le but de cette étude rétrospective était de comparer chez des patients sous traitement chronique par opiacés les résultats de manométries œsophagiennes effectuées sous traitement à celles de manométries effectuées après au moins 24 heures d'arrêt du traitement opiacé.

Parmi 121 patients recevant un traitement chronique par opiacés, 66 ont eu une manométrie œsophagienne alors qu'ils avaient pris leur traitement depuis moins de 24 heures et 55 ont eu la manométrie alors qu'ils avaient arrêté leur traitement depuis plus de 24 heures. Un défaut de relaxation de la jonction œsogastrique était observé chez 27 % des patients recevant le traitement lors de la manométrie contre 7 % des patients ayant arrêté les opiacés ($p = 0,004$) et une achalasie de type III chez 11 % versus 0 % ($p = 0,01$). La pression de relaxation de la jonction œsogastrique était plus élevée et la latence distale plus courte (une latence distale réduite est en faveur du diagnostic de spasmes œsophagiens) chez les patients sous opiacés lors de la manométrie que chez ceux ayant arrêté le traitement. Enfin, les données ont été



comparées à celles de manométries réalisées chez des patients ne recevant aucun traitement opiacé : le diagnostic d'achalasia, d'œsophage marteau-piqueur et de défaut de relaxation de la jonction œsogastrique était moins fréquent chez les patients sans opiacés que chez les utilisateurs chroniques d'opiacés.

Ainsi, la prise d'opiacés lors de la manométrie modifie de façon significative la motricité œsophagienne. Toutefois, cette étude n'a pas évalué le lien entre les symptômes et les troubles moteurs identifiés. Il reste à déterminer si la dysphagie et les douleurs thoraciques, symptômes possiblement associés au défaut de relaxation de la jonction œsogastrique et aux spasmes, peuvent être la conséquence d'un traitement par opiacés.

Dysphagie post-fundoplicature : Quels facteurs de risque ? Que proposer ?

Hasak S, Brunt LM, Wang D, Gyawali CP.
Clinical characteristics and outcomes of patients with postfundoplication dysphagia. Clin Gastroenterol Hepatol 2018 Oct 17. pii : S1542-3565(18)31141-8. doi : 10.1016/j.cgh.2018.10.020. [Epub ahead of print].

Cette étude rétrospective a été menée chez 157 patients ayant eu une fundoplicature pour reflux gastro-œsophagien dans un centre tertiaire. L'intensité de la dysphagie post-fundoplicature a été évaluée sur une échelle de Likert allant de 0 (pas de dysphagie) à 4 (dysphagie quotidienne sévère). Cinquante-cinq pour cent des patients rapportaient une dysphagie précoce (c'est-à-dire dans les six semaines suivant la chirurgie) mais une dilatation endoscopique n'était nécessaire que

dans 3,5 % des cas. Dans plus de la moitié des cas, la dysphagie régressait spontanément.

Une dysphagie tardive (c'est-à-dire persistant ou survenant plus de six semaines après la chirurgie) était rapportée par 34 % des patients. Les symptômes étaient gênants chez 18,5 % des patients et nécessitaient la réalisation d'une dilatation endoscopique dans 33 % des cas et une reprise chirurgicale dans 20 % des cas. Une amélioration de la dysphagie était observée chez 78 % des patients traités par dilatation et 73 % des patients réopérés. Les facteurs de risque de dysphagie tardive, en analyse univariée, étaient une dysphagie préopératoire, une dysphagie postopératoire précoce, la récurrence de hernie hiatale, et l'absence de réserve contractile après déglutitions répétées sur la manométrie préopératoire. En analyse multivariée, seule l'absence de réserve contractile était prédictive de dysphagie tardive.

Cette étude confirme l'évolution spontanément favorable de la majorité des dysphagies postopératoires précoces. La dilatation endoscopique et la reprise chirurgicale sont des options à discuter pour les patients avec dysphagie tardive. Le test de déglutitions, répétées sur la manométrie préopératoire, pourrait aider à identifier les patients à risque de dysphagie tardive.

Liens d'intérêts :

l'auteur déclare les liens d'intérêts suivants : intervention ponctuelle pour Medtronic (réunion experts Endoflip décembre 2018), versements substantiels au budget d'une institution dont il est responsable : Medtronic (consulting)