



? Post-test > QCM

1 / Quel est le seul symptôme correspondant à la dysphagie ?

- a • gêne dans la gorge lors de la déglutition
- b • sensation de blocage lors du passage des aliments
- c • douleur au passage des aliments
- d • dégoût des aliments
- e • remontée de salive dans la bouche

▼ Bonne réponse :

b. La réponse a correspond au globus (anciennement *globus hystericus*, gêne sans cause identifiée, avec sensation de corps étranger dans la gorge), la réponse « c » définit l'odynophagie (plutôt présente en cas d'œsophagite ulcérée), la réponse « d » à l'anorexie. Les remontées de salive (ou régurgitations) peuvent être associées à la dysphagie.

2 / Quels symptômes cliniques évoquent plutôt une dysphagie oropharyngée qu'une dysphagie œsophagienne ?

- a • perte de poids
- b • fausse-route
- c • régurgitations nasales
- d • régurgitations mousseuses
- e • voix mouillée

▼ Bonnes réponses :

b, c, e. La perte de poids n'est pas spécifique, les régurgitations mousseuses (salivaires) peuvent s'observer en cas de dysphagie œsophagienne. Les fausses-routes et régurgitations nasales évoquent plus volontiers une anomalie du fonctionnement des étapes oropharyngées de la déglutition, alors que la voix mouillée est associée à une stase salivaire pharyngée.

3 / Quels sont les avantages de la manométrie œsophagienne haute résolution par rapport à la manométrie « conventionnelle » ?

- a • positionnement précis et simple de la sonde
- b • apprentissage plus facile

- c • diagnostic plus fréquent de troubles moteurs œsophagiens
- d • meilleure compréhension des mécanismes des dysphagies postopératoires
- e • identification plus facile d'une hernie hiatale

▼ Bonnes réponses :

a, b, c, d, e. La manométrie de haute résolution est d'apprentissage plus facile, de réalisation plus simple pour l'opérateur et le patient (pas de mobilisation de la sonde une fois en place), et facilite le diagnostic dans toutes les situations un peu complexes (hernie hiatale, achalasie ou autres troubles moteurs, dysphagie après chirurgie œsogastrique, notamment après chirurgie bariatrique).

4 / Combien de biopsies œsophagiennes faut-il réaliser en cas de suspicion d'œsophagite à éosinophiles ?

- a • 2
- b • 4
- c • 6
- d • 8
- e • 12

▼ Bonne réponse :

d. Les recommandations sont de réaliser quatre biopsies dans l'œsophage distal et quatre dans l'œsophage proximal. Une étude récente tend à montrer qu'augmenter le nombre de biopsies à quatre à trois niveaux, soit douze biopsies, permet d'augmenter la rentabilité diagnostique (Radicic K, *et al. Clin Gastroenterol Hepatol* 2018). Quoi qu'il en soit, le message important est de ne pas se contenter de deux ou trois biopsies œsophagiennes, en cas de suspicion du diagnostic d'œsophagite à éosinophiles.

5 / Quelle est la durée optimale du traitement par corticoïdes en cas d'œsophagite à éosinophiles ?

- a • 4 semaines
- b • 8 semaines
- c • 6 mois
- d • 1 an
- e • au long cours

▼ Bonne réponse :

e. Un traitement d'entretien par corticoïdes « locaux » déglutis est conseillé, notamment pour les patients avec des symptômes sévères, des lésions endoscopiques sténosantes, et une récurrence rapide des symptômes à l'arrêt du traitement initial (huit semaines sont recommandées). Cette recommandation de traitement de maintenance, pour éviter la progression de la fibrose pariétale, est plus difficile à maintenir pour des patients peu symptomatiques.

6 / Quels examens faut-il réaliser avant d'envisager un traitement endoscopique ou chirurgical d'une achalasie ?

- a • gastroscopie
- b • coloscopie
- c • transit œso-gastro-duodéal (TOGD)
- d • manométrie œsophagienne
- e • échocardiographie œsophagienne

▼ Bonnes réponses :

a, c, d. La gastroscopie est indispensable pour éliminer une autre cause aux symptômes du patient (tumeur, œsophagite, compression...). La manométrie œsophagienne de haute résolution permet d'établir le diagnostic (apéristaltisme et défaut de relaxation de la jonction œsogastrique) et de déterminer le type d'achalasie (1, 2 ou 3), ce qui peut permettre d'orienter la prise en charge et de prédire les résultats du traitement choisi. Le TOGD est également un élément important du diagnostic initial, permettant de bien visualiser l'existence ou non d'une dilatation de l'œsophage. L'échocardiographie œsophagienne peut mettre en évidence un épaississement de la couche musculaire œsophagienne, mais n'est pas indispensable dans la majorité des cas. La coloscopie est inutile.

7 / Quelle complication semble plus fréquente après myotomie endoscopique (POEM) qu'après myotomie chirurgicale (Heller) pour le traitement de l'achalasie ?

- a • adénocarcinome du cardia
- b • dysphagie
- c • reflux gastro-œsophagien (RGO)
- d • anémie ferriprive
- e • cancer épidermoïde de l'œsophage

▼ Bonne réponse :

c. Le RGO semble plus fréquent après POEM d'après une méta-analyse publiée récemment (Schlottmann F, *et al. Ann Surg* 2018), peut-être du fait de l'association d'un geste anti-reflux dans la majorité des cas de myotomie chirurgicale. La définition du RGO (clinique, endoscopique ou pH-métrique) était, cependant, très variable selon les études. Il n'y a pas d'étude contrôlée de qualité sur cette importante question. La longueur de la myotomie endoscopique pourrait être un facteur favorisant le RGO. Le risque de complications cancéreuses ne semble pas supérieur dans un cas ou dans l'autre, de même que la probabilité d'une anémie ferriprive.

8 / Quel type d'achalasie est susceptible de moins bien répondre à la dilatation pneumatique du cardia ?

- a • type I
- b • type II
- c • type III
- d • type IV
- e • type V

▼ Bonne réponse :

c. L'achalasie de type 3 est caractérisée par un défaut de relaxation de la jonction œsogastrique et des contractions anormales (de type spasmes) dans le corps de l'œsophage. La dilatation pneumatique ne déchire les fibres musculaires qu'au niveau du cardia et la persistance de contractions anormales dans le corps de l'œsophage peut expliquer la moins bonne réponse thérapeutique de ce type d'achalasie. La myotomie endoscopique, qui permet d'étendre la section des fibres musculaires dans l'œsophage, pourrait s'accompagner d'une meilleure réponse thérapeutique. Les types 4 et 5 d'achalasie n'existent pas (encore) !

9 / Quelles explorations sont plus utiles pour le diagnostic d'une dysphagie oropharyngée que pour celui d'une dysphagie œsophagienne ?

- a • gastroscopie
- b • manométrie œsophagienne
- c • examen ORL endoscopique de la déglutition
- d • radiocinéma
- e • évaluation neurologique

▼ Bonnes réponses :

c, d, e. La gastroscopie et la manométrie œsophagienne sont utiles quel que soit le type de dysphagie. La manométrie œsophagienne, y compris de haute résolution, n'est pas extrêmement performante pour l'évaluation des phases initiales oropharyngées de la déglutition. L'endoscopie ORL lors de déglutitions de liquides et de solides, de même que l'analyse des temps précoces de la déglutition par radiocinéma, permettent de mieux orienter le diagnostic, mais nécessitent des praticiens rompus à ces explorations. L'évaluation neurologique est indispensable en cas de dysphagie oropharyngée, à la recherche d'une maladie neurologique ou musculaire striée.

10 / Quel critère manométrique permet le diagnostic de spasmes œsophagiens dans la classification de Chicago ?

- a • absence de péristaltisme
- b • défaut de relaxation de la jonction œsogastrique
- c • vitesse rapide de propagation du péristaltisme pour 30 % des déglutitions
- d • contractions prématurées pour au moins 20 % des déglutitions
- e • contractions d'amplitude anormalement élevée pour plus de 20 % des déglutitions

▼ Bonne réponse :

d. La présence de contractions prématurées (latence distale < 4,5 secondes), pour au moins 20 % des déglutitions,

permet le diagnostic de spasmes diffus de l'œsophage, en l'absence de défaut de relaxation de la jonction œsogastrique (dans ce cas, on retient le diagnostic d'achalasia de type 3). La rapidité de propagation des contractions œsophagiennes n'est plus un critère pris en compte dans la classification de Chicago 3.0. La présence d'au moins 20 % de contractions d'amplitude élevée (intégrale de contraction distale > 8 000 mmHg.cm.s) définit l'œsophage marteau-piqueur (*jackhammer*).

11 / Quel examen permet le diagnostic de dysphagia lusoria ?

- a • manométrie œsophagienne
- b • pH-métrie œsophagienne
- c • TOGD
- d • scanner cérébral
- e • scanner thoracique

▼ Bonne réponse :

e. La dysphagia lusoria représente une rare cause de dysphagie, liée à une artère sous-clavière droite aberrante passant derrière l'œsophage, et pouvant entraîner une compression et une dysphagie plutôt pour les solides. Le scanner thoracique est le seul examen permettant de visualiser précisément cette anomalie vasculaire. L'indication chirurgicale n'est retenue qu'exceptionnellement, en cas de gêne très significative. Cette anomalie vasculaire est, en effet, le plus souvent asymptomatique.