



Cas clinique

Une dysphagie qui a du mal à passer !

A dysphagia which is difficult to treat

Estelle Bécam¹

François Mion²

¹ CHU de Poitiers, 2 rue de la Milétrie, 86021 Poitiers cedex

² Hospices Civils de Lyon, Hôpital Edouard-Herriot, Service d'explorations fonctionnelles digestives, 5 Place d'Arsonval, 69003 Lyon



Correspondance : F. Mion
francois.mion@chu-lyon.fr

Copyright : John Libbey Eurotext, 2019
doi : 10.1684/hpg.2019.1811

Un patient de 64 ans, vous est adressé par son médecin traitant pour une dysphagie.

Dans ses antécédents, on note un diabète de type 2 insulino-requérant évoluant depuis 15 ans, une hypercholestérolémie et un athérome carotidien, un tabagisme chiffré à 30 paquet-années, sevré depuis deux ans. Son traitement comporte : Levemir, Metformine, Diamicon, Crestor et Kardegic.

Il rapporte depuis deux ans environ une dysphagie intermittente aux solides, avec régurgitations, qui s'est nettement aggravée depuis quelques mois. Il n'y a pas de perte de poids (81 kg pour 175 cm, IMC= 26 kg/m²). Une consultation ORL concluait à l'absence d'anomalie clinique et endoscopique. Les symptômes ont été imputés à un reflux gastro-œsophagien, un traitement d'épreuve par inhibiteurs de la pompe à protons a été réalisé sans efficacité sur les symptômes. Il consulte devant l'aggravation des symptômes.

Quels éléments de l'interrogatoire vous semblent pertinents à recueillir ?

La première étape consiste à caractériser la dysphagie afin de tenter de distinguer dysphagie oro-pharyngée et œsophagienne, de prises en charge différentes.

Dysphagie œsophagienne :

– localisation : haute ou basse ;

– symptômes éventuels associés : régurgitations, douleur thoracique, impaction alimentaire.

Dysphagie oro-pharyngée :

– localisation : haute ;

– symptômes éventuels associés : fausses-routes, toux lors des repas, déglutitions répétées, régurgitations nasales ;

– trouble de la mastication, difficultés à l'initiation de la déglutition ;

– contexte de troubles neurologiques.

Il faudra également préciser les antécédents notamment chirurgicaux œso-gastriques (chirurgie anti-reflux, bariatrique), neurologiques, allergiques (asthme, atonie), ou de maladie systémique (sclérodermie).

Les traitements doivent être renseignés. En effet, certains médicaments peuvent être responsables de troubles moteurs œsophagiens comme les opiacés.

/// Certains médicaments peuvent être responsables de troubles moteurs œsophagiens comme les opiacés ///

Il faut évaluer le retentissement de la dysphagie sur la prise alimentaire, la perte de poids et l'impact sur la qualité de vie.

Quel examen complémentaire demandez-vous en première intention ?

Une endoscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies œsophagiennes étagées (y compris si la muqueuse œsophagienne apparaît normale macroscopiquement).

Toute anomalie morphologique pouvant expliquer la dysphagie sera notée, et les biopsies œsophagiennes cherchent une œsophagite à éosinophiles [1].

Vous réalisez une endoscopie œsogastro-duodénale qui ne trouve pas d'anomalie. Les biopsies œsophagiennes éliminent une œsophagite à éosinophiles.

Quel examen demandez-vous en deuxième intention ?

Une manométrie œsophagienne de haute résolution (MHR) à la recherche d'un trouble moteur de l'œsophage.

Pour citer cet article : Bécam E, Mion F. Une dysphagie qui a du mal à passer !. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 696-700. doi : 10.1684/hpg.2019.1811

Il s'agit de la technique de référence pour l'exploration des troubles moteurs œsophagiens [2].

Une manométrie œsophagienne est réalisée. La relaxation de la jonction œso-gastrique apparaît normale (pression de relaxation intégrée médiane (PRI) < 15 mmHg). Concernant les contractions du corps de l'œsophage lors des déglutitions d'eau, on observe 60 % de contractions prématurées (latence distale < 4,5 secondes), et 40 % de contractions normales.

Il est porté le diagnostic de spasmes œsophagiens diffus (figure 1).

Quels examens complémentaires pourraient être utiles en complément ?

La rareté de ce trouble moteur (spasmes œsophagiens diffus) incite à compléter les explorations morphologiques, à la recherche d'une cause : scanner thoraco-abdominal à la recherche d'une maladie infiltrante du cardia, éventuellement un échoendoscopie œso-gastrique (épaisseur de la musculuse œsophagienne et anomalies péri-œsophagiennes).

Dans le cadre des troubles moteurs œsophagiens, le transit baryté œso-gastro-duodéal (TOGD) est souvent informatif, concernant la motricité œsophagienne et le passage cardiaal.

Une échoendoscopie est réalisée montrant un épaississement de la musculuse œsophagienne sur le tiers inférieur de l'œsophage, sans signe de malignité. Le TOGD montre un aspect en tire-bouchon (figure 2).

Le diagnostic retenu est donc celui de spasmes œsophagiens diffus primitifs.

Quel score clinique vous permet d'évaluer la gravité de la dysphagie ?

Le score d'Eckardt permet l'évaluation des symptômes dans l'achalasia mais il peut être appliqué aux autres troubles moteurs œsophagiens. Cela permet une évaluation reproductible de la sévérité des symptômes (tableau 1).

Le score d'Eckardt est à 7/12 (dysphagie à tous les repas, régurgitations quotidiennes, douleur thoracique occasionnelle). En raison du caractère idiopathique et de la

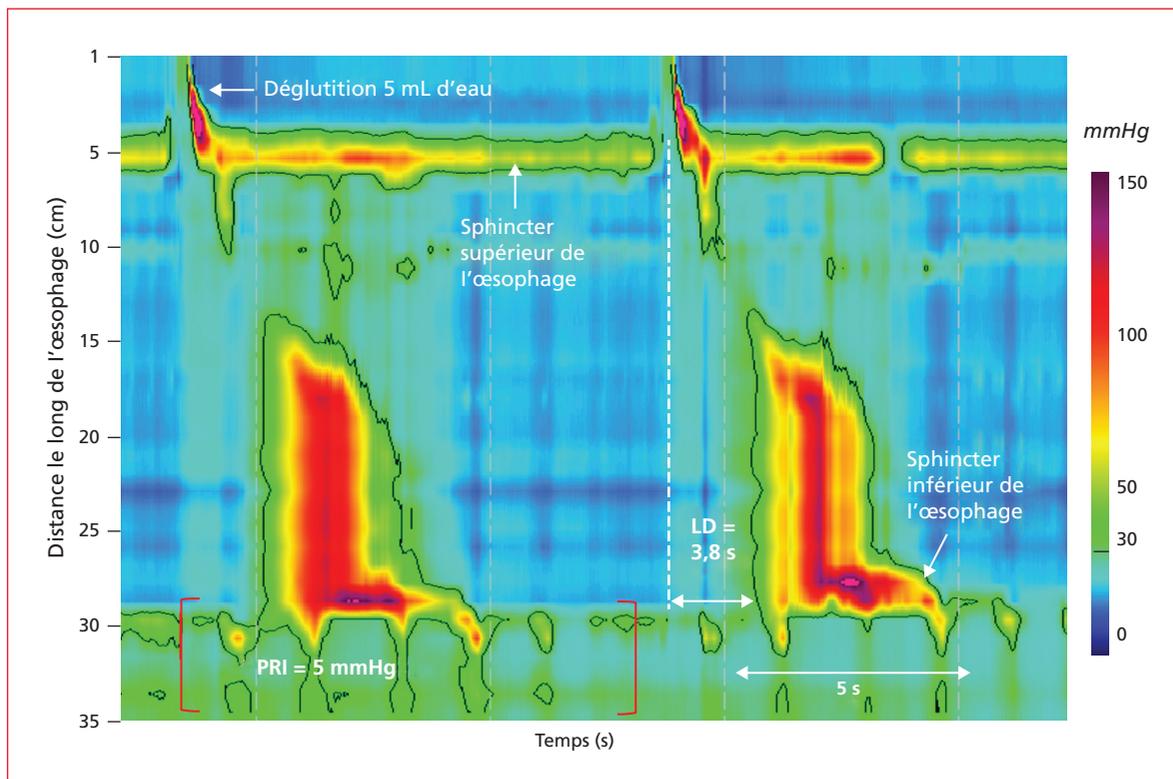


Figure 1 • Spasmes de l'œsophage. PRI : pression résiduelle intégrée, LD = latence distale.

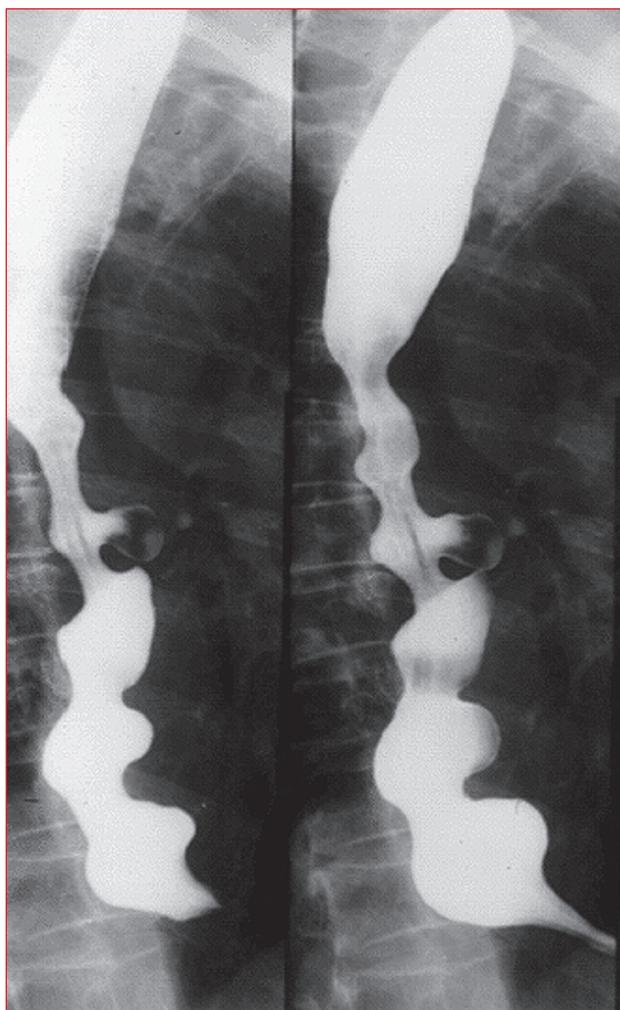


Figure 2 • Transit oeso-gastro-duodénal : aspect en tire-bouchon sur la moitié inférieure du corps de l'œsophage, le passage cardiaal se fait sans difficulté.

gêne modérée du patient, un traitement médical par inhibiteur des canaux calciques (diltiazem 200 mg LP par jour) est instauré.

Le patient présente une amélioration des symptômes avec disparition des régurgitations, mais persistance d'une dysphagie quotidienne et de rares douleurs thoraciques.

Vous le revoyez en consultation un an plus tard car il a perdu 3 kg, la dysphagie aux solides reste quotidienne. En raison de cet amaigrissement, il est décidé de réaliser une nouvelle manométrie œsophagienne avec ingestion de solides (pain).

La PRI médiane est de 21 mmHg (N< 15 mm Hg), 100 % des contractions œsophagiennes sont prématurées (LD < 4,5 secondes) (figure 3). Il y a une pressurisation pan-œsophagienne lors de l'ingestion de 200 mL d'eau (figure 4). L'ingestion de pain entraîne une pressurisation franche dans le corps de l'œsophage, avec spasme du sphincter inférieur de l'œsophage (figure 5). Vous reprenez cette fois le diagnostic d'achalasia de type III.

Quelle est la prise en charge thérapeutique préférentielle de l'achalasia de type III ?

L'injection de toxine botulinique dans le cardia et les derniers centimètres de l'œsophage est une possibilité, avec une efficacité en principe limitée dans le temps. Les résultats de la cardio-myotomie chirurgicale type Heller ou les dilatations pneumatiques du cardia sont moins satisfaisants en cas d'achalasia de type III. La technique possiblement la plus efficace pourrait être la myotomie endoscopique de type POEM (Peroral Endoscopic Myotomy), sans que la littérature soit formelle sur le sujet [3, 4].

Un POEM a été réalisé sans complication immédiate. Au terme d'un suivi de six mois, le patient n'a plus de dysphagie en dehors de blocages alimentaires très occasionnels pour les solides, et il signale la disparition des douleurs thoraciques et l'absence de signe de reflux (pyrosis ou régurgitation) (score d'Eckart à 1/12). Une endoscopie oeso-gastro-duodénale de contrôle à la recherche de signes de RGO est prévue un an après le POEM.

TABLEAU 1 • Le score d'Eckardt.

Points	Perte de poids	Dysphagie	Douleur thoracique	Régurgitations
0	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
1	Moins de 5 kg	Occasionnelle	Occasionnelle	Occasionnelle
2	Entre 5 et 10 kg	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne
3	Plus de 10 kg	À chaque repas	Plusieurs fois par jour	À chaque repas

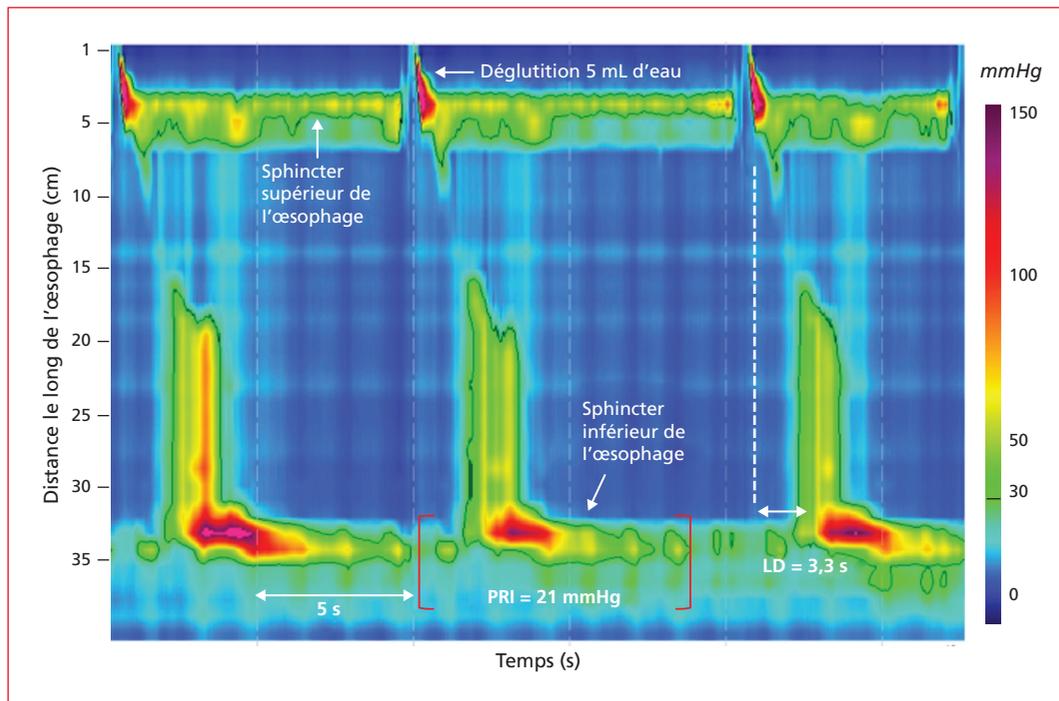


Figure 3 • Tracé de MHR avec déglutitions de 5 mL d'eau en position couchée. Les contractions œsophagiennes sont prématurées ($LD < 4,5$ s), et la relaxation de la jonction œso-gastrique est anormale (PRI médiane > 15 mm Hg). Ces anomalies sont compatibles avec une achalasie de type III.

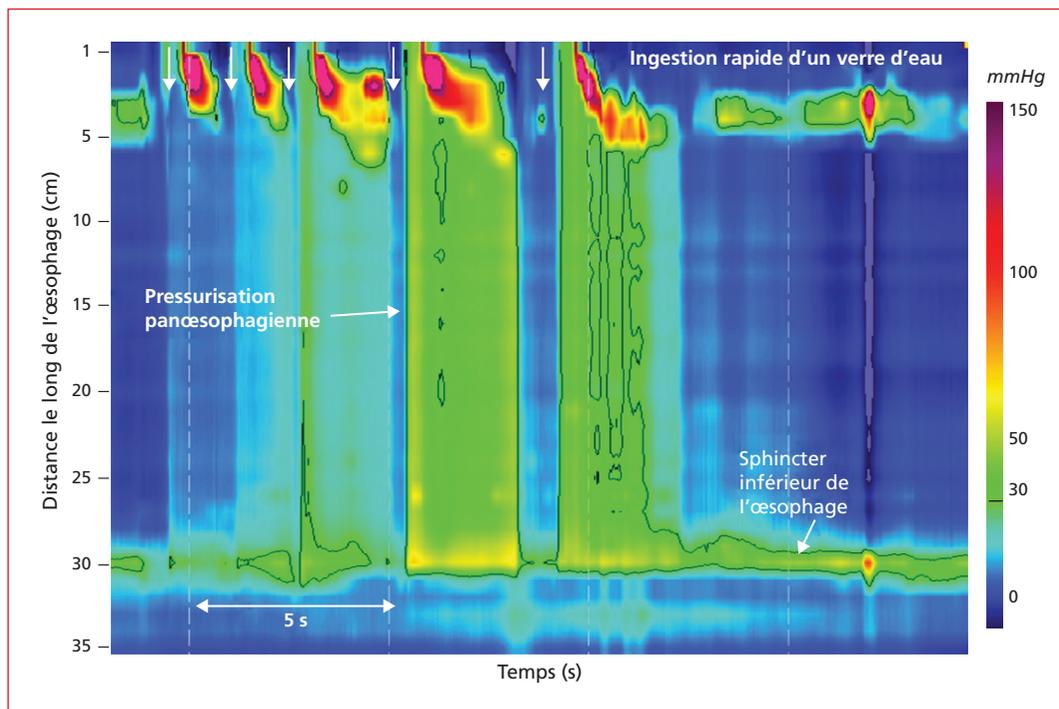


Figure 4 • Ingestion rapide de 200 mL d'eau en position assise, lors de la manométrie œsophagienne. On observe une augmentation de pression dans l'œsophage (pressurisation pan-œsophagienne), avec un gradient de pression œso-gastrique nettement positif. Cette anomalie témoigne d'un défaut de vidange de l'œsophage, en lien avec le défaut de relaxation de la jonction œso-gastrique.

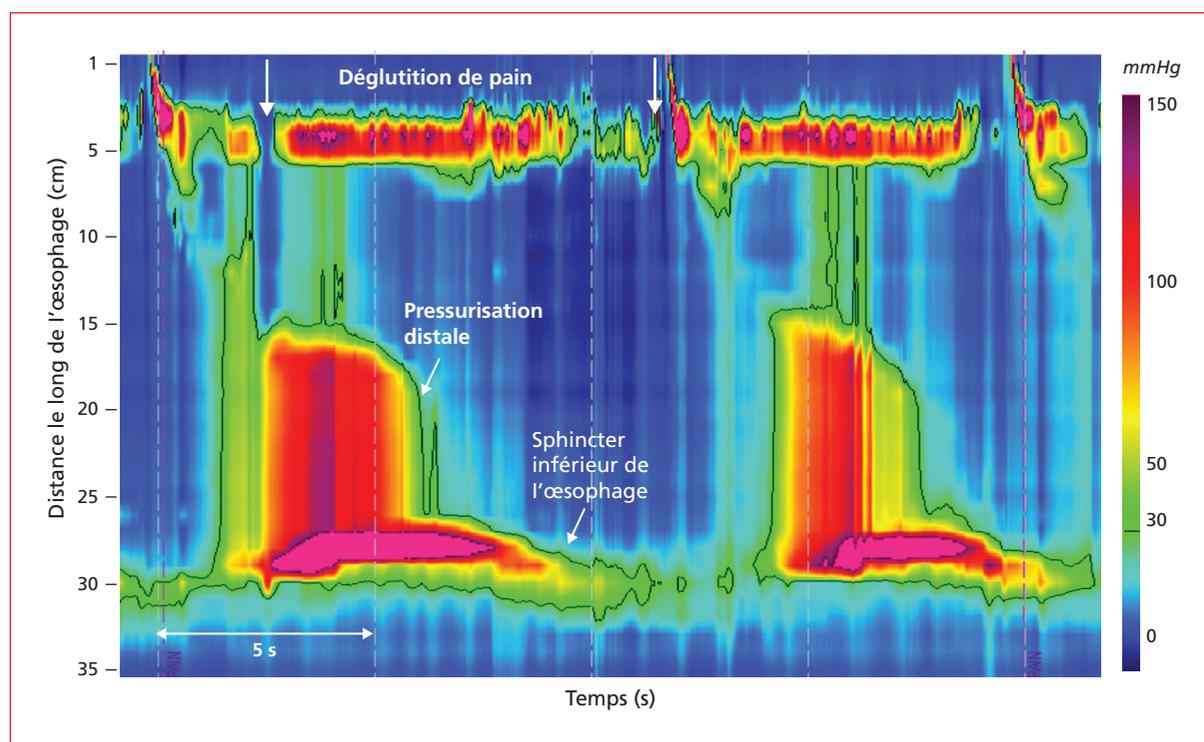


Figure 5 • Manométrie œsophagienne avec ingestion de pain en position assise. On note un défaut de relaxation de la jonction œso-gastrique avec un spasme du sphincter inférieur de l'œsophage lors des déglutitions de solides. Les contractions œsophagiennes sont toujours prématurées, et on note une pressurisation distale intense.

Liens d'intérêts :

EB déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article. FM : interventions ponctuelles pour Laborie et Medtronic.

Références

1 • Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, *et al.* Guidelines on eosinophilic esophagitis: Evidence-based statements and recommendations for diagnosis

and management in children and adults. *United Eur Gastroenterol J* 2017 ; 5(3) : 335-58.

2 • Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, *et al.* International High Resolution Manometry Working Group. The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3. 0. *Neurogastroenterol Motil* 2015 ; 27(2) : 160-74.

3 • von Renteln D, Inoue H, Minami H, *et al.* Peroral endoscopic myotomy for the treatment of achalasia: A prospective single center study. *Am J Gastroenterol* 2012 ; 107(3) : 411-7.

4 • Swanstrom LL, Kurian A, Dunst CM, *et al.* Long-term outcomes of an endoscopic myotomy for achalasia: The POEM procedure. *Ann Surg* 2012 ; 256 (4) : 659-67.