



Entretien avec l'expert

Dysphagie non tumorale

Non tumoral dysphagia

Frank Zerbib

CHU de Bordeaux, Hôpital Haut Lévêque, Centre médico-chirurgical Magellan, Service d'hépatogastroentérologie et oncologie digestive, 33600 Pessac

@ Correspondance : F. Zerbib
frank.zerbib@chu-bordeaux.fr

Copyright : John Libbey Eurotext, 2019
doi : 10.1684/hpg.2019.1809

En cas de suspicion de dysphagie oro-pharyngée, comment orienter la prise en charge diagnostique ?

Une dysphagie d'origine oro-pharyngée peut être évoquée en cas de dysphagie haute (cervicale) associée à des fausses-routes, une dysphonie, ou quand un contexte pathologique compatible est présent (maladie neurologique, terrain alcool-tabagique) [1]. Une évaluation ORL est nécessaire à la recherche d'une maladie obstructive néoplasique. Une évaluation neurologique doit être réalisée s'il y a des signes évocateurs d'une maladie musculaire ou neurologique associés. L'endoscopie digestive haute avec biopsies œsophagiennes est aussi indiquée car si une dysphagie basse est d'origine œsophagienne, une dysphagie haute (ressentie au niveau cervical) peut être oro-pharyngée ou œsophagienne. Si le bilan reste négatif, une manométrie œsophagienne permet d'éliminer un trouble moteur de l'œsophage. Si, au final, une dysphagie oro-pharyngée « fonctionnelle » est suspectée, le radio-cinéma de la déglutition est l'examen de référence. Il permettra de mettre en évidence des anomalies anatomiques (diverticule de Zenker) ou fonctionnelles comme une stase pharyngée, un défaut de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage ou de propulsion pharyngée.

Une dysphagie d'origine oro-pharyngée peut être évoquée en cas de dysphagie haute (cervicale) associée à des fausses routes, une dysphonie,

ou quand un contexte pathologique compatible est présent //

En cas de dysphagie, est-il licite de recourir à la manométrie « conventionnelle » plutôt qu'à la manométrie haute résolution en 2019 ?

Je ne sais pas pourquoi l'on continue à parler de manométrie « conventionnelle » quand on fait référence à la manométrie perfusée avec 4 à 8 capteurs la plupart du temps. La manométrie haute résolution est devenue depuis plusieurs années l'examen de référence pour différentes raisons : facilité d'apprentissage et de réalisation, critères diagnostiques validés, meilleure sensibilité diagnostique [2], bonne reproductibilité inter-observateur [3]. Bien sûr, nous avons pratiqué la manométrie « conventionnelle » pendant des décennies, et il n'est pas question de tout renier. Mieux vaut une manométrie conventionnelle que pas de manométrie du tout. Un examen strictement normal ou un aspect typique d'achalasie seront parfaitement identifiés. La manométrie haute résolution devra être obtenue en cas d'anomalie plus subtile ou difficile à caractériser.

Mieux vaut une manométrie conventionnelle que pas de manométrie du tout //

Y a-t-il un intérêt à faire une manométrie œsophagienne haute résolution (avec ou sans impédancemétrie) avec prise d'un repas solide, en cas de dysphagie ?

C'est une question difficile. Les patients peuvent avoir des problèmes de dysphagie qui ne concernent que les solides, et une manométrie normale si elle est effectuée habituellement uniquement avec ingestion de liquides (gorgées de 5 mL d'eau dégluties en décubitus). Il est donc possible d'augmenter la sensibilité de l'examen d'environ 30 % en faisant ingérer un repas solide aux patients chez qui l'ingestion de liquides n'a pas permis de



trouver des troubles moteurs significatifs [4]. La difficulté est de standardiser les repas solides, ce qui explique que, pour l'instant, la prise d'un repas solide ne figure pas dans la classification de Chicago [5]. Mais cela va certainement changer.

🕯 **Chez un adulte jeune, allergique, présentant des épisodes de blocages alimentaires, la notion de « biopsies œsophagiennes normales » permet-elle d'éliminer le diagnostic d'œsophagite à éosinophiles ?**

Tout dépend du protocole des biopsies utilisées. La sensibilité des biopsies pour le diagnostic d'œsophagite à éosinophiles s'améliore si l'on multiplie le nombre et le site de biopsies : les recommandations européennes conseillent de faire au minimum six biopsies, pratiquées idéalement sur trois sites différents : deux au tiers inférieur, deux au tiers moyen et deux au tiers supérieur de l'œsophage [6]. Huit à douze biopsies sont recommandées Outre-Atlantique. Le « cut-off » retenu pour l'infiltration à éosinophiles est de 15 éosinophiles par champ à haute définition. Il faut donc demander au pathologiste de bien chiffrer l'infiltration à éosinophiles. Si toutes ces conditions sont réunies, des biopsies normales permettent d'éliminer le diagnostic. Il ne faut cependant pas hésiter à refaire une gastroscopie avec un nombre suffisant de biopsies en cas de doute.

/// La sensibilité des biopsies pour le diagnostic d'œsophagite à éosinophiles s'améliore si l'on multiplie le nombre et le site de biopsies ///

🕯 **Quels traitements et surveillance recommander en cas d'œsophagite à éosinophiles ?**

L'objectif principal du traitement est d'obtenir la rémission histologique [6]. Cela signifie que l'évaluation de l'efficacité d'un traitement repose sur la réalisation de biopsies œsophagiennes. Le traitement de première intention est représenté par les inhibiteurs de la pompe à protons qui permettent d'obtenir 30 à 50 % de rémission histologique. Peuvent également être proposés les corticoïdes locaux (budésonide, fluticasone), administrés sous forme de pulvérisations dégluties, ou sous forme de gel obtenus en préparation magistrale (un traitement de budésonide en comprimés oro-dispersibles devrait être prochainement mis sur le marché). Le régime d'exclusion des six principales familles d'aliments respon-

sables d'œsophagite à éosinophiles peut également être proposé (produits laitiers, blé, œufs, cacahuètes et fruits à coque, poissons et crustacés, soja), permettant d'obtenir environ 75 % de rémission histologique. C'est un protocole lourd puisqu'à la fin de six semaines d'exclusion et à chaque réintroduction d'aliments, une endoscopie avec biopsies doit être réalisée. Des protocoles allégés, excluant quatre voire deux familles seulement (lait et blé) ont été proposés.

/// Les inhibiteurs de la pompe à protons permettent d'obtenir 30 à 50 % de rémission histologique ///

Sur le long terme, si la rémission n'est pas obtenue, le risque de développement d'une fibrose œsophagienne, et donc de sténoses, est augmenté. Idéalement, il faut maintenir le patient sous traitement ou régime alimentaire lui permettant de maintenir une rémission histologique prolongée. Les protocoles de surveillance une fois la rémission obtenue ne sont pas consensuels. Il peut être proposé de s'adapter aux symptômes des patients.

/// Sur le long terme, si la rémission n'est pas obtenue, le risque de développement d'une fibrose œsophagienne, et donc de sténoses, est augmenté ///

🕯 **Quelles explorations recommander en cas de dysphagie survenant après chirurgie œso-gastrique ou bariatrique ?**

Les explorations ont pour objectif d'objectiver une sténose (peptique par exemple), ou une anomalie anatomique type migration intrathoracique ou hernie hiatale. L'endoscopie et le TOGD (ou un scanner avec ingestion de produit de contraste) permettent de diagnostiquer la plupart des situations. Il peut exister des troubles moteurs œsophagiens, soit apparus *de novo* après la chirurgie, soit non diagnostiqués en préopératoire. Une manométrie œsophagienne peut donc être utile.

🕯 **Quel traitement faut-il recommander en première intention en cas d'achalasia en 2019 ?**

Il est admis aujourd'hui, et recommandé par les experts de l'AGA, que la myotomie endoscopique (POEM) est le

traitement de première intention de l'achalasia de type III [7]. Pour l'achalasia de type I ou II, tout est possible, à savoir dilatations, POEM, ou myotomie chirurgicale. Un essai contrôlé randomisé européen a montré que les dilatations pneumatiques et la chirurgie donnent des résultats équivalents à 5 ans [8]. Nous n'avons encore de résultats d'essais contrôlés randomisés impliquant la POEM, dont il faut garder à l'esprit qu'elle expose à un risque significatif de reflux gastro-œsophagien, probablement plus important que les autres techniques (jusqu'à 60 % dans certaines séries) [9]. Il est même rapporté des cas d'œsophage de Barrett apparus après la POEM. C'est la raison pour laquelle personnellement, j'hésite à proposer une POEM à un patient jeune qui risque d'être exposé à un reflux important toute sa vie. Les études de suivi à long terme nous aideront à apprécier ce risque.

/// La myotomie endoscopique (POEM) est le traitement de première intention de l'achalasia de type III ///

Le traitement par injection de toxine botulinique a-t-il encore une place dans la prise en charge des troubles moteurs œsophagiens ?

La myotomie endoscopique (POEM) est le traitement de première intention de l'achalasia de type III. Pour les autres troubles moteurs œsophagiens, des études non contrôlées ont montré des résultats intéressants [10]. Nous avons aujourd'hui deux études randomisées contre placebo ou procédure fictive, dont les résultats sont discordants. Contrairement à l'étude belge qui était positive [11], l'étude française menée par le Pr Mion à Lyon a montré qu'à trois mois, il n'existait aucune différence entre les injections de Botox et la procédure fictive. Dans la mesure où cette technique n'est pas dénuée de risque (un cas de médiastinite fatale a été rapporté), il est nécessaire de bien informer le patient des risques potentiels d'une part, et d'absence d'efficacité démontrée d'autre part. Mais dans la mesure où il n'existe de toute façon aucune alternative thérapeutique validée, je pense qu'elle peut être proposée dans certains cas.

La myotomie endoscopique peut-elle être recommandée pour le traitement des spasmes œsophagiens ou de l'œsophage marteau-piqueur ?

Pas encore, mais c'est une technique d'avenir. Nous venons de terminer une étude multicentrique française qui a montré 80 % de réponse clinique à court terme (trois mois). Des résultats à plus long terme sont nécessaires, car comme l'ont montré les études avec la toxine botulique, l'évolution spontanée des symptômes en rapport avec ces troubles moteurs peut être favorable. Nous ne pourrions donc pas faire l'économie d'une validation scientifique de la POEM dans les troubles moteurs non achalasiens.

 Liens d'intérêts :
Consultant pour Allergan.

Références

- 1 • Zerbib F, Omari T. Oesophageal dysphagia : manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015 ; 12(6) : 322-31.
- 2 • Roman S, Huot L, Zerbib F, et al. High-resolution manometry improves the diagnosis of esophageal motility disorders in patients with dysphagia: A randomized multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2016 ; 111(3) : 372-80.
- 3 • Fox MR, Pandolfino JE, Sweis R, et al. Inter-observer agreement for diagnostic classification of esophageal motility disorders defined in high-resolution manometry. *Dis Esophagus* 2015 ; 28(8) : 711-9.
- 4 • 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.
- 5 • Ang D, Misselwitz B, Hollenstein M, et al. Diagnostic yield of high-resolution manometry with a solid test meal for clinically relevant, symptomatic oesophageal motility disorders: Serial diagnostic study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017 ; 2(9) : 654-61.
- 6 • Lucendo AJ, Molina-Infante J, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: Evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J* 2017 ; 5(3) : 335-58.
- 7 • Kahrilas PJ, Katzka D, Richter JE. Clinical practice update: The use of peroral endoscopic myotomy in achalasia: Expert review and best practice advice from the AGA Institute. *Gastroenterology* 2017 ; 153 : 1205-11.
- 8 • Moonen A, Annese V, Belmans A, et al. Long-term results of the European achalasia trial: A multicentre randomised controlled trial comparing pneumatic dilation versus laparoscopic Heller myotomy. *Gut* 2016 ; 65(5) : 732-9.
- 9 • Kumbhari V, Familiari P, Bjerregaard NC, et al. Gastroesophageal reflux after peroral endoscopic myotomy: A multicenter case-control study. *Endoscopy* 2017 ; 49 : 634-42.
- 10 • Zerbib F, Roman S. Current therapeutic options for esophageal motor disorders as defined by the Chicago classification. *J Clin Gastroenterol* 2015 ; 49(6) : 451-60.
- 11 • Vanuytsel T, Bisschops R, Farré R, et al. Botulinum toxin reduces Dysphagia in patients with nonachalasia primary esophageal motility disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013 ; 11(9) : 1115-21.