

Item 270 - Dysphagie

Définition	▪ = sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire au cours de la déglutition ▪ # de odynophagie (Ø sensation blocage), globus hystericus (sensation de striction cervicale liée à l'anxiété), anorexie, satiété précoce																																		
Types	▪ Dysphagie oropharyngée : difficulté à initier la déglutition et à propulser le bol alimentaire dans l'œsophage. Gêne dans la région cervicale. Causes ORL ou neuro ▪ Dysphagie œsophagienne : sensation de blocage ou gêne à la progression du bol alimentaire localisée au niveau rétrosternal																																		
Démarche diagnostique	▪ <u>Interrogatoire</u> : - Etat général : anorexie, asthénie, amaigrissement - Localisation de la gêne - Electivité pour les solides (sténoses organiques) ou dyspahgie pour les liquides, dysphagie paradoxale - Mode de début - Evolution - Age, intoxication alcoolo-tabagique, agents irritants (cyclines, biphosphonates, caustiques, irradiation thoracique), affection maligne, maladie générale (sclérodermie, diabète) - Symptômes associés : pyrosis, régurgitations, signes ORL et/ou respiratoires, hoquet, hypersialorrhée, fausses routes <table><tr><th colspan="5">Score d'Eckardt</th></tr><tr><th rowspan="2">Symptôme</th><th colspan="4">Score</th></tr><tr><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th></tr><tr><td>Dysphagie</td><td>Jamais</td><td>Occasionnelle</td><td>Quotidienne</td><td>A chaque repas</td></tr><tr><td>Régurgitations</td><td>Jamais</td><td>Occasionnelles</td><td>Quotidiennes</td><td>A chaque repas</td></tr><tr><td>Amaigrissement</td><td>Non</td><td>< 5 kg</td><td>5-10 kg</td><td>> 10 kg</td></tr><tr><td>Douleurs thoraciques</td><td>Jamais</td><td>Occasionnelle</td><td>Quotidienne</td><td>A chaque repas</td></tr></table> ▪ Recherche d'une lésion organique de l'œsophage : - EOGD - TDM thoracique, échoendoscopie, transit baryté de l'œsophage ▪ Si recherche négative => <u>recherche d'un trouble moteur œsophagien</u> : Manométrie œsophagienne	Score d'Eckardt					Symptôme	Score				0	1	2	3	Dysphagie	Jamais	Occasionnelle	Quotidienne	A chaque repas	Régurgitations	Jamais	Occasionnelles	Quotidiennes	A chaque repas	Amaigrissement	Non	< 5 kg	5-10 kg	> 10 kg	Douleurs thoraciques	Jamais	Occasionnelle	Quotidienne	A chaque repas
Score d'Eckardt																																			
Symptôme	Score																																		
	0	1	2	3																															
Dysphagie	Jamais	Occasionnelle	Quotidienne	A chaque repas																															
Régurgitations	Jamais	Occasionnelles	Quotidiennes	A chaque repas																															
Amaigrissement	Non	< 5 kg	5-10 kg	> 10 kg																															
Douleurs thoraciques	Jamais	Occasionnelle	Quotidienne	A chaque repas																															
Dysphagie lésionnelle	▪ Prédomine sur les solides, s'aggrave dans le temps, retentit sur l'état général ▪ Sténoses tumorales : - Carcinome épidermoïde : terrain alcoolo-tabagique (1/3 sup et moyen) : sténose irrégulière avec tumeur ulcéro-bourgeonnante, saignant au contact, sténose excentrée - Adénocarcinome œsophagien dvlpé sur EBO : surpoids, RGO ancien, 1/3 inf - Tumeurs bénignes de paroi = tumeurs sous-muqueuses : léiomyome, tumeur à cellules granulaires, tumeur stromale gastro-intestinale (GIST) - Compression extrinsèque par tumeur ou ADP médiastinales ou carcinome broncho-pulmonaire ▪ Sténoses non tumorales : fibreuses, régulières et centrées sur la lumière œsophagienne - Sténose peptique - Sténose caustique - Sténose post-radique - Sténose anastomotique post-op après œsophagectomie - Sténose cicatricielle après résection endoscopique étendue - Sténose cicatricielle survenant dans l'évolution de toute œsophagite ou pathologie de la muqueuse (œsophagite à éosinophiles) - Anneau de Schatzki - Sténose du 1/3 sup de l'œsophage dans le cadre d'un sd de Plumer-Vinson/ Kelly-Paterson, associée à anémie ferriprive - Compression extrinsèque par ADP ou anomalie artérielle																																		

	▪ Œsophagites sans sténose : - Médicamenteuses (tétracyclines, biphosphonates, AINS, chlorure de potassium) => odynophagie - A éosinophilies (H > F) + asthme, dermatite atrophique. Endoscopie : nle ou granité blanchâtre, muqueuse épaissie avec présence de fissures linéaires verticales, sténoses uniques ou multiples et aspect pseudo-trachéal - Infectieuses (Candida spp, CMV, HSV) dans contexte d'ID ▪ Autre cause : diverticule de Zenker (face post de la jonction pharyngo-œsophagienne) : dysphagie haute et régurgitations alimentaires
Dysphagies non lésionnelles	▪ Intéresse les liquides et les solides (parfois paradoxale) ▪ Fluctue dans le temps (sur pls années) ▪ Ne retentit pas toujours sur état général ▪ Achalasie : - Trb moteur primitif = absence relaxation du SIO + absence de contractions péristaltiques normales - Dysphagie paradoxale, capricieuse, intermittente - Régurgitations ⇔ stase œsophagienne anormale - +/- douleurs rétrosternales constrictives, pseudo-angineuses - Stade débutant : endoscopie digestive haute nle +/- ressaut au passage de endoscope - Stade évolué : œsophage dilaté, atone, contenant des résidus alimentaires - Transit œsogastrique : méga-œsophage, cardia spasmé (aspect en bec d'oiseau), stase du pdc dans 1/3 inf de œsophage - Anomalies manométriques œsophagiennes : ○ Type I : « classique », aucune augmentation de pression dans œsophage en réponse à unique déglutition et seulement un défaut de relaxation de la jonction œsogastrique ○ Type II : pressurisation de œsophage liée à la compression du bolus ingéré entre le sphincter supérieur et le SIO ○ Type III : contractions œsophagiennes prématurées (spastiques) - #el : affection néoplasique, maladie de Chagas ▪ Spasmes œsophagiens : ≥ 20% de contractions prématurées ▪ Œsophage hypercontractile ou marteau-piqueur : ≥ 20% de contractions d'intensité élevée ▪ Péristaltisme œsophagien inefficace : ≥ 50% de contractions faibles ou absentes ▪ Péristaltisme œsophagien absent : 100% des contractions absentes