

**DYSPHAGIE CHEZ UN HOMME JEUNE : MODALITES DE LA PRISE  
EN CHARGE**

**UNEXPLAINED DYSPHAGIA IN A YOUNG ADULT : MANAGEMENT  
MODALITIES**

**François MION, Sabine ROMAN**

Hôpital E. Herriot- -Exploration Fonctionnelle Digestive - Pavillon H – 5 place d’Arsonval -

69437 LYON Cedex 03 – Tél : 04 72 11 01 38 – Fax : 04 72 11 75 78 -

[francois.mion@chu-lyon.fr](mailto:francois.mion@chu-lyon.fr)

## **Résumé**

Chez le sujet jeune, la dysphagie haute de cause identifiée est exceptionnelle. Devant une dysphagie basse, il faut toujours éliminer une œsophagite à éosinophiles en pratiquant des biopsies étagées. Cette affection nécessite un traitement spécifique par corticoïdes et éventuellement dilatations endoscopiques. La manométrie œsophagienne et le transit œsophagien sont indispensables si l'endoscopie et les biopsies sont négatives. La manométrie œsophagienne de haute résolution, en permettant une véritable imagerie fonctionnelle de la déglutition représente une avancée diagnostique majeure pour la prise en charge des complications dysphagiantes de la chirurgie anti-reflux et bariatrique.

## **Summary**

Oropharyngeal dysphagia is very rare in young adults. Thoracic dysphagia work-up must include upper GI endoscopy and esophageal biopsies, to exclude eosinophilic esophagitis, which requires specific treatment with corticosteroids and endoscopic dilations. Esophageal manometry and barium swallow must be performed if upper GI endoscopy and biopsies are negative. High resolution esophageal manometry, by disclosing a true functional imaging of swallow, appears as a real breakthrough for the diagnosis of dysphagia occurring after anti-reflux and bariatric surgery.

## **Introduction**

La dysphagie est un symptôme fréquent, qui peut prendre de multiples facettes. Il faut clairement distinguer la dysphagie « haute » ou dysphagie oropharyngée, de la dysphagie « basse » ou thoracique.

## **Dysphagie haute**

La dysphagie oropharyngée est caractérisée par la sensation de nourriture qui « colle » dans la gorge, des épisodes d'étranglement (fausses routes nasales ou bronchiques) ; les aliments sont recrachés en morceaux. Cette forme de dysphagie est exceptionnelle chez le sujet jeune. Elle est secondaire à des pathologies neurologiques ou musculaires (sclérose en plaques [1], accident vasculaire cérébral, Parkinson [2], myopathies, spasme du crico-pharyngien), ou à des anomalies anatomiques bénignes (ostéophytes des vertèbres cervicales [3], diverticule de Zenker, hétérotopie de muqueuse gastrique de l'œsophage cervical...).

Chez les sujets jeunes, homme ou femme, il faut (parfois) prêter attention à l'hétérotopie de muqueuse gastrique de l'œsophage cervical, qui peut être à l'origine de symptômes ORL et de dysphagie. Un cas clinique rapporte l'histoire d'une jeune femme de 33 ans aux antécédents d'asthme et de carcinome laryngé à l'âge de 22 ans (!), traité par radiochimiothérapie [4]. Dans les suites, elle présentait des symptômes de gêne ORL, pyrosis, dysphagie et toux malgré les IPP, puis 2 chirurgies anti-reflux. L'endoscopie révélait une sténose bénigne de l'œsophage cervical, associée à un îlot d'hétérotopie de muqueuse gastrique de 1 cm de diamètre. Les biopsies confirmaient l'existence d'une muqueuse glandulaire de type fundique (avec des cellules pariétales acido-sécrétantes) et de la métaplasie intestinale. Une mucosectomie était alors réalisée, qui permettait l'amélioration des symptômes ORL, puis des dilatations successives de la sténose qui traitaient la dysphagie.

Histoire de chasse, certes, mais qui doit rappeler que la relative fréquence de « l'inlet patch » (1 à 2 %) ne doit pas toujours faire considérer cette lésion comme banale et négligeable. Cette lésion acido-sécrétante peut entraîner des symptômes ORL ou une dysphagie, et peut se compliquer (hémorragie digestive, perforation, adénocarcinome) [5].

### **Les points clés pour la prise en charge de la dysphagie oro-pharyngée**

- Se rappeler que les symptômes sont différents de la dysphagie basse.
- L'endoscopie est toujours le temps initial de l'exploration, et notamment dans les formes neurologiques l'exploration endoscopique dynamique de la déglutition (Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing des ORL anglo-saxons) [6].
- Le radiocinéma de la déglutition, couplé ou non à la manométrie et l'EMG est réservé aux centres experts de cette pathologie.
- La manométrie oesophagienne de haute résolution est probablement une alternative moderne au radiocinéma pour un certain nombre de cas. Elle permet de s'affranchir des problèmes de positionnement de la sonde et du déplacement important du pharynx et du sphincter supérieur de l'œsophage lors des déglutitions. Les défauts d'ouverture du sphincter supérieur de l'oesophage, ou les anomalies de la coordination pharyngo-oesophagienne sont facilement identifiés [7].
- Sur le plan thérapeutique, il faut savoir faire appel aux orthophonistes pour une rééducation de la déglutition (recours à des manœuvres de rotation ou inclinaison de la tête ou du menton.

### **Dysphagie basse**

La dysphagie basse est de présentation le plus souvent radicalement différente. Le sujet perçoit un blocage des aliments derrière le sternum (plus souvent pour les aliments solides ou pâteux), suivi soit de la sensation de passage, facilité ou non par l'ingestion d'eau, soit d'un épisode de vomissement qui soulagera le patient. Les repas doivent être pris très lentement,

avec des interruptions, et les repas en société (restaurant, etc) sont souvent vécus par les patients comme des épreuves qu'ils tendent à éviter. Parfois, l'épisode de blocage alimentaire est total (aphagie) et oblige à une consultation en urgence. Ces symptômes s'associent souvent à des éléments qui peuvent faire errer le diagnostic, comme des régurgitations et/ou un pyrosis (qui sont la conséquence non pas d'un RGO mais d'un reflux du contenu bloqué dans l'œsophage, ou de la fermentation acide de celui-ci), d'épisodes d'étouffements nocturnes avec régurgitations de liquide mousseux (salive stagnante dans l'œsophage). Parfois, les sensations de blocage ou de difficulté de passage des aliments sont ressenties plutôt au niveau de la gorge ou du cou. Enfin, les douleurs thoraciques ne sont pas exceptionnelles dans ce contexte : pyrosis comme on vient de le voir, douleurs constrictives liées à des spasmes œsophagiens qui sont soit responsables de la dysphagie, soit éventuellement la conséquence d'une dilatation œsophagienne en amont d'un blocage alimentaire. Le retentissement sur le poids est très variable selon les cas, mais une perte de poids rapide en quelques mois n'est pas exceptionnelle.

La prise en charge d'une dysphagie basse repose avant tout sur la réalisation d'une endoscopie digestive haute : celle-ci peut être normale, mais il faut s'attacher à identifier des signes tels qu'une stase salivaire, un ressaut au passage du cardia (plus difficile à évaluer avec les endoscopes fins de dernière génération), un aspect atone du corps de l'œsophage, ou au contraire hypertonique (contractions répétées de grande amplitude, spasmes localisés). La réalisation de l'examen sous anesthésie modifie sans doute la motricité œsophagienne, et peut participer au retard au diagnostic très fréquemment observé dans ce contexte [8].

La réalisation de biopsies œsophagiennes multiples étagées est indispensable dans ce contexte, que la muqueuse ait un aspect anormal évocateur d'œsophagite à éosinophiles (EE) (stries longitudinales, anneaux de type bronchique, muqueuse fragile se décollant en lambeau, granulations blanchâtres ou sténose d'allure bénigne), ou un aspect normal (Fig. 1).

La prévalence estimée de l'EE est de 1 à 4 cas pour 10 000 [9,10]. L'EE atteint surtout les hommes (66-76 %), et les symptômes les plus fréquents sont la dysphagie intermittente et les blocages alimentaires. Les biopsies oesophagiennes sont indispensables pour le diagnostic : elles doivent être multiples (3 à 4 par niveau, sur toute la hauteur de l'œsophage), et complétées par des biopsies gastriques et duodénales (recherche d'infiltration à éosinophiles atteignant l'ensemble de la muqueuse digestive). La pHmétrie oesophagienne peut être utile si le diagnostic après biopsies hésite toujours entre EE et RGO, qui peut aussi être responsable d'une infiltration muqueuse à éosinophiles. L'intérêt de la manométrie dans ce contexte n'est pas démontré.

Les critères histopathologiques pour le diagnostic d'EE sont variables dans la littérature : il faut sensibiliser le pathologiste à la recherche d'EE, compter au moins 15 éosinophiles à fort grossissement (x 400), avec des lésions évocatrices comme les micro-abcès à éosinophiles, une hyperplasie de la couche basale, la présence d'éosinophiles à la surface de la muqueuse [11].

Pour conforter le diagnostic, l'intérêt du comptage des éosinophiles dans le sang, du dosage des IgE totales ou des bilans allergiques extensifs reste incertain.

Sur le plan thérapeutique, il est pour l'instant recommandé de traiter les symptômes, plutôt que de vouloir « guérir » l'inflammation à éosinophiles : l'EE est une pathologie chronique dont l'évolution symptomatique et les risques de complications (sténose en particulier) restent très mal connus [10,12]. Les traitements diététiques (diète élémentaire, exclusion d'allergènes putatifs) proposés chez l'enfant semblent inapplicables chez l'adulte. Seuls les corticoïdes (systémiques ou en application locale) ont fait preuve d'une efficacité dans le traitement de l'EE. Le fluticasone ou le budésonide administré en spray dégluti (pas de boisson ni alimentation dans les 30 minutes qui suivent) semblent aussi efficaces que la prednisone per os, avec peut-être moins d'effets secondaires systémiques [9].

La dilatation endoscopique (ballonnets hydrostatiques ou bougies) est utile pour les patients symptomatiques présentant une sténose fixe en endoscopie. Les risques de déchirure muqueuse ou de perforation semblent plus élevés en cas d'EE, ce qui doit inciter à proposer dans un premier temps un traitement diététique ou par corticoïdes [13]. Il faut souvent réaliser plusieurs séances de dilatation dans ce contexte.

La manométrie œsophagienne est indispensable en cas de dysphagie basse inexpliquée, c'est-à-dire avec endoscopie digestive haute normale. Cet examen permet d'identifier un trouble moteur œsophagien susceptible d'expliquer les symptômes. Le trouble moteur responsable de dysphagie le mieux caractérisé est l'achalasie : cette maladie rare (prévalence de l'ordre de 1/100 000) est caractérisée par une relaxation incomplète du sphincter inférieur de l'œsophage et l'absence de péristaltisme œsophagien lors des déglutitions [14]. L'étiologie reste inconnue, la principale anomalie histologique identifiée étant une altération des populations neuronales de la paroi œsophagienne (diminution des neurones inhibiteurs au profit des neurones excitateurs) [14].

Le traitement repose sur 3 modalités instrumentales (aucun médicament n'est efficace dans ce contexte) : 2 techniques endoscopiques, la dilatation pneumatique du cardia ou l'injection de toxine botulique, et une technique chirurgicale, la myotomie de Heller associée ou non à un montage anti-reflux [15,16]. La bataille fait toujours rage entre les tenants du traitement endoscopique et ceux du traitement chirurgical. Les résultats des études publiées peuvent être utilisés dans tous les sens : les essais randomisés ont des effectifs faibles ; les études avec des effectifs plus conséquents sont rétrospectives. Globalement, on peut dire que la chirurgie est au moins aussi efficace que les dilatations répétées. La dilatation pneumatique endoscopique est sans doute plus efficace que la toxine botulique, mais avec un risque non négligeable de perforation œsophagienne (variable selon les études, autour de 1,5 % dans une méta-analyse récente) [15].

Un travail récent de l'équipe de Chicago [17] montrait que la manométrie de haute résolution distinguait 3 profils manométriques, associant absence de relaxation du SIO et : 1) absence de pression dans le corps de l'œsophage (correspondant plutôt à un œsophage dilaté) ; 2) augmentation de pression dans tout le corps lors des déglutitions (« pressurisation ») ; et 3) spasmes du corps de l'œsophage (Fig. 2). L'intérêt de distinguer ces 3 profils serait de mieux orienter le traitement : les meilleurs résultats seraient obtenus, quel que soit le traitement utilisé pour les types 2 ; les types 1 répondraient mieux à la myotomie alors que les résultats seraient décevants pour les types 3 (spasmes associés) pour tous les traitements.

La manométrie œsophagienne détecte d'autres troubles moteurs moins bien caractérisés, dont la responsabilité dans la genèse des symptômes reste incertaine. Par exemple, l'atteinte œsophagienne caractéristique de la sclérodermie (contractions très faibles ou absentes dans les 2/3 inférieurs de l'œsophage, hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage) n'est qu'inconstamment associée à des symptômes cliniques de dysphagie [18]. Les spasmes œsophagiens peuvent être responsables de douleurs thoraciques et de dysphagie, mais le traitement des formes les plus sévères reste difficile : les antispasmodiques (y compris les dérivés nitrés ou antagonistes des canaux calciques) sont peu efficaces, les dilatations endoscopiques ou l'injection de toxine botulique aléatoires, ainsi que la myotomie chirurgicale.

### **Complications de la chirurgie du tube digestif haut**

Les sténoses anastomotiques ne posent pas de problèmes diagnostiques : facilement identifiées par endoscopie et/ou transit baryté, leur traitement passe par une approche endoscopique (dilatations) ou chirurgicale.

La dysphagie survenant après chirurgie anti-reflux nécessite souvent, en plus de l'endoscopie et du transit baryté, une manométrie œsophagienne pour évaluer la motricité du



corps de l'œsophage. Là encore, la manométrie de haute résolution permet une véritable imagerie fonctionnelle de la déglutition, en identifiant non seulement les contractions musculaires, mais également les variations de pression intra-bolus, et donc les obstacles (organiques ou fonctionnels) à l'origine des symptômes [19]. On peut ainsi décrire facilement une récurrence de hernie hiatale au-dessus d'un manchon anti-reflux en place, qui rendra les dilatations inutiles et orientera vers une réfection chirurgicale du montage (Fig. 3).

Enfin, les anneaux gastriques mis en place dans le cadre du traitement chirurgical de l'obésité morbide s'avèrent être également des pourvoyeurs de dysphagie [20]. Le développement de pseudo-achalasies n'est pas exceptionnel après ce type de chirurgie, avec la survenue d'une dilatation œsophagienne et d'un apéristaltisme au-dessus d'un anneau trop serré, placé ou ayant migré immédiatement sous le cardia. Les examens pré-opératoires (manométrie) ne permettent pas de prédire la survenue de ce type de complications, qui sont peut-être liées au mode alimentaire des patients (poursuite de la prise de repas volumineux malgré la présence de l'anneau. Le desserrage de l'anneau ne suffit pas toujours à normaliser la motricité œsophagienne : l'ablation de l'anneau est indispensable dans ces situations.

## **Conclusion**

Chez le sujet jeune, la dysphagie haute de cause identifiée est exceptionnelle. Devant une dysphagie basse, il faut toujours éliminer une œsophagite à éosinophiles en pratiquant des biopsies étagées. La manométrie œsophagienne et le transit œsophagien sont indispensables si l'endoscopie et les biopsies sont négatives. La manométrie œsophagienne de haute résolution, en permettant une véritable imagerie fonctionnelle de la déglutition représente une avancée diagnostique majeure pour la prise en charge des complications dysphagiantes de la chirurgie anti-reflux et bariatrique.

## Références

- [1] Tassorelli C, Bergamaschi R, Buscone S, Bartolo M, Furnari A, Crivelli P, et al. Dysphagia in multiple sclerosis: from pathogenesis to diagnosis. *NeuroSci* 2008;29 Suppl 4:S360-3.
- [2] Evatt ML, Chaudhuri KR, Chou KL, Cubo E, Hinson V, Kompoliti K, et al. Dysautonomia rating scales in Parkinson's disease: sialorrhea, dysphagia, and constipation--critique and recommendations by movement disorders task force on rating scales for Parkinson's disease. *Mov Disord* 2009;24:635-46.
- [3] Oppenlander ME, Orringer DA, La Marca F, McGillicuddy JE, Sullivan SE, Chandler WF, et al. Dysphagia due to anterior cervical hyperosteoehyotosis. *Surg Neurol* 2009.
- [4] Basseri B, Conklin JL, Mertens RB, Lo SK, Bellack GS, Shaye OA. Heterotopic gastric mucosa (inlet patch) in a patient with laryngopharyngeal reflux (LPR) and laryngeal carcinoma: a case report and review of literature. *Dis Esophagus* 2009;22:E1-5.
- [5] Mion F, Lambert R, Partensky C, Cherkaoui M, Berger F. High-grade dysplasia in an adenoma of the upper esophagus developing on heterotopic gastric mucosa. *Endoscopy* 1996;28:633-5.
- [6] Duval M, Black MA, Gesser R, Krug M, Ayotte D. Multidisciplinary evaluation and management of dysphagia: the role for otolaryngologists. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;38:227-32.
- [7] Pandolfino JE, Kahrilas PJ. New technologies in the gastrointestinal clinic and research: impedance and high-resolution manometry. *World J Gastroenterol* 2009; 15:131-8.
- [8] Thorn K, Thorn SE, Wattwil M. The effects of cricoid pressure, remifentanyl, and propofol on esophageal motility and the lower esophageal sphincter. *Anesth Analg* 2005;100:1200-3.

- [9] Atkins D, Kramer R, Capocelli K, Lovell M, Furuta GT. Eosinophilic esophagitis: the newest esophageal inflammatory disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2009; 6:267-78.
- [10] Furuta GT, Liacouras CA, Collins MH, Gupta SK, Justinich C, Putnam PE et al. Eosinophilic esophagitis in children and adults: a systematic review and consensus recommendations for diagnosis and treatment. *Gastroenterology* 2007; 133:1342-63.
- [11] Odze RD. Pathology of eosinophilic esophagitis: what the clinician needs to know. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:485-90.
- [12] Rothenberg ME. Biology and Treatment of Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology* 2009; 10:10.
- [13] Cohen MS, Kaufman AB, Palazzo JP, Nevin D, Dimarino AJ, Jr., Cohen S. An audit of endoscopic complications in adult eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5:1149-53.
- [14] Walzer N, Hirano I. Achalasia. *Gastroenterol Clin North Am* 2008;37:807-25, viii.
- [15] Campos GM, Vittinghoff E, Rabl C, Takata M, Gadenstätter M, Lin F, et al. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2009;249:45-57.
- [16] Leonard DS, Broe P. Oesophageal achalasia: an argument for primary surgical management. *Surgeon* 2009;7:101-13.
- [17] Pandolfino JE, Kwiatak MA, Nealis T, Bulsiewicz W, Post J, Kahrilas PJ. Achalasia: a new clinically relevant classification by high-resolution manometry. *Gastroenterology* 2008;135:1526-33.
- [18] Lock G, Holstege A, Lang B, Schölmerich J . Gastrointestinal manifestations of progressive systemic sclerosis. *Am J Gastroenterol* 1997;92:763-71.

- [19] Pandolfino JE, Fox MR, Bredenoord AJ, Kahrilas PJ. High-resolution manometry in clinical practice: utilizing pressure topography to classify oesophageal motility abnormalities. *Neurogastroenterol Motil* 2009;22:22.
- [20] Arias IE, Radulescu M, Stiegeler R, Singh JP, Martinez P, Ramirez A, et al. Diagnosis and treatment of megaesophagus after adjustable gastric banding for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis* 2009;5:156-9.

## Légendes des figures

**Figure 1** 4 aspects endoscopiques de l'œsophagite à éosinophiles :

A : anneaux concentriques (pseudo-trachée)

B : muqueuse fragile se détachant en lambeau

C : macules blanchâtres (pseudo-candidose)

D : stries longitudinales

*4 endoscopic aspects of eosinophilic esophagitis :*

*A: concentric mucosal rings (trachealization)*

*B: fragile mucosa with longitudinal shearing*

*C: white granular exsudates (pseudo-candidosis)*

*D: longitudinal lines*

**Figure 2** Représentation en manométrie de haute résolution des 3 types d'achalasie décrit par Pandolfino et al [17].

Le type I est associé à un œsophage dilaté, le type 2 à une augmentation de pression homogène dans tout le corps de l'œsophage lors des déglutitions, et le type 3 associe une absence de relaxation du SIO et des spasmes du corps œsophagien.

*High resolution manometry figures of the 3 types of achalasia, as described by Pandolfino et al.[17] : type I is associated with dilated esophagus, type II with global pressurization of the esophagus, and type III with esophageal spasm.*

**Figure 3** Représentation en manométrie de haute résolution d'une récurrence de hernie hiatale (SIO: sphincter inférieur de l'oesophage) au-dessus d'une zone de haute pression représentant le montage anti-reflux en place.

*High resolution manometry representation of a recurrent hiatal hernia (SIO: lower esophageal sphincter) situated 3 cm above a high pressure zone corresponding to the surgical anti-reflux valve.*