

Item 270 – UE 8

Dysphagie

- I. Physiopathologie
- II. Sémiologie
- III. Signes physiques
- IV. Diagnostic

Objectifs pédagogiques

Nationaux

- Devant une dysphagie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Collège français des enseignants d'ORL

- Savoir reconnaître l'origine pharyngolaryngée d'un trouble de déglutition, en apprécier la gravité et rechercher l'étiologie.
- Connaître les signes d'appel d'un cancer de l'œsophage.

La déglutition est le mécanisme qui permet la préhension des aliments, leur préparation dans la bouche, puis leur propulsion de la bouche vers l'estomac, tout en assurant la protection des voies respiratoires. Au cours de nombreuses affections tumorales ou neurologiques, ce mécanisme est susceptible d'être perturbé et d'engager le pronostic fonctionnel et vital. Cette atteinte peut être révélatrice de la pathologie.

La dysphagie est à la fois la perturbation du processus de déglutition et le symptôme caractérisé par la sensation de blocage, d'arrêt de la progression alimentaire. On parle plus généralement des troubles de la déglutition.

I. Physiopathologie

À côté des causes tumorales pharyngées et œsophagiennes qui constituent des obstacles mécaniques, des étiologies neurologiques très diverses peuvent provoquer des troubles de la déglutition en altérant la commande, nucléaire ou supranucléaire, l'innervation motrice ou sensitive, la transmission neuromusculaire des muscles du pharynx et du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO). La déglutition comporte deux temps volontaires, buccal puis oral, un temps réflexe pharyngo-laryngo-œsophagien (propulsion pharyngée, fermeture et occlusion laryngée, relaxation puis ouverture du SSO) et un temps réflexe œsophagien.

II. Sémiologie

Le terme de dysphagie désigne classiquement les blocages de la progression alimentaire ou salivaire, par exemple au cours d'un cancer de l'œsophage. C'est donc un symptôme exprimé par le patient. Mais le terme dysphagie désigne tous les troubles qui perturbent le processus de la déglutition ; on emploie le terme de dysphagie haute pour les troubles atteignant les temps en amont du temps œsophagien.

A. Symptômes observés au cours des troubles de la déglutition

L'interrogatoire est capital.

1. Description de la dysphagie

Les éléments suivants doivent être recherchés :

- importance : de la simple gêne ou accrochage au passage des aliments, à la dysphagie complète avec blocages alimentaires complets (aphagie) ;
- évolution : permanente, intermittente, capricieuse ;
- mode d'installation : avec aggravation croissante plus ou moins rapide, elle est très évocatrice d'une pathologie cancéreuse chez un sujet alcoolotabagique ; de survenue brutale, la dysphagie évoque un corps étranger (sur sténose œsophagienne, par exemple) ou une pathologie infectieuse.

2. Caractéristiques

On recherchera :

- des signes d'atteinte pharyngo-œsophagienne :
 - blocage des aliments dans la région cervicale basse ;
 - déglutition répétée d'une même bouchée ;
 - mastication prolongée ;
 - voix gargouillante, humide (liée à la stagnation de salive dans l'hypopharynx) ;
 - stagnation d'aliments dans l'hypopharynx ;

- des signes d'atteinte des mécanismes de protection :
 - **fausses routes**, toux au moment des repas (mais aussi fausses routes parfois silencieuses) : cause possible de pneumopathies d'inhalation ;
 - régurgitations nasales ;
- des signes d'atteinte du temps volontaire (temps buccal) :
 - difficultés de la mobilité linguale ;
 - perturbation des praxies (mouvements complexes et coordonnés) buccales ;
 - difficultés dentaires et de mastication ;
 - mouvements anormaux de la sphère orofaciale ;
 - bavage ;
- des difficultés de déclenchement du temps réflexe de la déglutition.

B. Autres symptômes

Les autres symptômes pouvant être associés à la dysphagie sont les suivants :

- dysphonie, dyspnée : rechercher une paralysie laryngée associée ou un obstacle laryngotrachéal ;
- dysphagie douloureuse (odynophagie) : rechercher œsophagite, troubles moteurs de l'œsophage (achalasie, spasmes diffus œsophagiens) ;
- ruminations ou régurgitations, bruits hydroaériques : ils évoquent un diverticule de Zenker, à confirmer par transit baryté pharyngo-œsophagien et en fibroscopie de la déglutition par le signe de la marée ;
- régurgitations, pyrosis (brûlures rétrosternales ascendantes) : ils sont associés au reflux gastropharyngé ou gastro-œsophagien ;
- otalgie réflexe : c'est une douleur ressentie en dehors de toute atteinte de l'oreille externe ou moyenne (tympan normal). Elle oriente d'emblée vers le pharynx ou le vestibule laryngé et doit faire rechercher un cancer.

C. Signes d'adaptations alimentaires

Il s'agit de modifications de la texture des aliments (le patient exclut certains aliments, mouline ses repas) ; elles sont rendues nécessaires par les troubles et elles sont importantes à préciser. L'alimentation peut être normale, mastiquée longuement, ou de texture modifiée (coupée en petits morceaux, mixée, molle, semi-liquide, liquide). C'est un bon reflet de la sévérité des troubles. Les défauts de propulsion pharyngée et d'ouverture du SSO perturbent d'abord la déglutition des solides mais cela n'a qu'une valeur relative.

L'allongement de la durée des repas est également à rechercher.

D. Facteurs aggravants (+++)

Ce sont la présence d'une trachéotomie, une édentation, un reflux gastro-œsophagien, la présence d'une sonde naso-œsophagienne, une sécheresse buccale.

E. Diagnostic différentiel

L'interrogatoire doit distinguer une dysphagie constante liée à la déglutition d'aliments voire de la salive, évocatrice d'atteinte organique, d'une sensation de « boule dans la gorge », de striction, de spasmes ou de compression chez un patient souvent anxieux, éventuellement améliorée par la prise alimentaire. On parle alors de paresthésies pharyngées, de globus.

Dans tous les cas, on doit éliminer un cancer et faire les examens nécessaires qui permettent d'éliminer ce diagnostic.

III. Signes physiques

L'examen clinique comporte :

- l'examen à l'abaisse-langue de la cavité buccale et de l'oropharynx ; l'examen pharyngolaryngé, avec le miroir laryngé ou la nasofibroscopie, permet de visualiser le pharynx et le larynx ;
- l'étude des nerfs crâniens, la mobilité linguale, vélaire et laryngée ;
- l'étude du réflexe nauséux et vélopalatin ;
- la palpation cervicale à la recherche d'adénopathies, d'une tuméfaction thyroïdienne ou d'une masse cervicale.

On recherche :

- des troubles de la motricité générale et de la posture (pathologies neuromusculaires, infirmité motrice cérébrale) ;
- des dyskinésies orolabiales ;
- des anomalies de la morphologie buccale (macroglossie) ;
- des troubles de la continence salivaire ;
- des paralysies unilatérales des nerfs crâniens (IX-X, XI, XII), responsables d'un retentissement variable en durée et en intensité ; leur observation est facilitée par un examen au nasofibroscope du carrefour pharyngolaryngé ;
- une diminution de la sensibilité pharyngée et la perturbation des réflexes normaux de la déglutition ;
- des atteintes de l'état dentaire et les possibilités de mastication ;
- **l'existence d'une stase salivaire plus ou moins marquée dans la bouche**, sur les parois du pharynx, dans les sinus piriformes ou les vallécules. Cette stase est un très bon signe d'organicité et un bon indicateur de la baisse de la propulsion pharyngée ou d'un trouble de la relaxation du SSO ;
- des troubles salivaires (sécheresse).

On étudie :

- **la morphologie du pharynx et du larynx (à la recherche d'une tumeur du pharynx et du vestibule laryngé) ;**

- la sensibilité pharyngolaryngée (par la palpation du voile avec un écouvillon ou par la palpation de la margelle du larynx avec l'extrémité du nasofibroscope ; elle est complétée par la recherche des réflexes nauséux et vélopalatin à l'examen à l'abaisse-langue) ;
- les perturbations de l'ascension laryngée lors de la déglutition de salive sur commande : retard, incapacité, diminution d'amplitude.

L'atteinte du X se manifeste par une immobilité du larynx du côté atteint avec une béance du sinus piriforme atteint dans lequel s'accumule une stase salivaire, des troubles de la sensibilité du côté atteint, et un signe du rideau : lors de l'examen de l'oropharynx avec l'abaisse-langue ou en fibroscopie, la paroi pharyngée postérieure (et non le voile) se déplace du côté sain qui se contracte lors de la phonation et de la déglutition à la façon d'un rideau (avec les plis pharyngés).

IV. Diagnostic

La démarche diagnostique doit être orientée en réservant les explorations fonctionnelles à des cas sélectionnés.

A. Évaluer la sévérité du trouble

Dans tous les cas, la recherche d'un cancer du pharynx ou de l'œsophage est une priorité.

Il faut d'abord **s'interroger sur le retentissement vital des troubles**. Celui-ci s'apprécie sur :

- **la perte de poids**, à chiffrer en absolu et pourcentage (peser le patient) ;
- l'état pulmonaire (pneumopathies d'inhalation) et la survenue d'épisodes asphyxiques par des fausses routes ;
- l'importance du retentissement psychologique : le patient mange seul et ne partage plus ses repas.

Dans certains cas, les troubles de la déglutition, tout en étant réels, n'entraînent qu'un retentissement fonctionnel sans complications vitales. Dans d'autres cas, c'est le pronostic vital qui est en jeu. Il est alors nécessaire de modifier le mode d'alimentation par sonde nasogastrique, voire par voie parentérale.

B. Examens complémentaires

1. À but étiologique quand la dysphagie est révélatrice

La *nasofibroscopie* fait partie intégrante de l'examen ORL. Non invasive, elle permet de détecter une cause tumorale pharyngée, un trouble neurologique du carrefour pharyngolaryngé (paralysie du pharynx et/ou du larynx).

La *fibroscopie œsophagienne* est indispensable devant toute dysphagie lorsque l'examen ORL ne détecte pas d'anomalies morphologiques, pour détecter une anomalie muqueuse œsophagienne (tumeur, œsophagite, sténose) et en faire une biopsie.

Le *transit baryté pharyngo-œsophagien* est seulement demandé en cas de signes d'appel évocateurs de diverticule de Zenker (ruminations, bruits hydroaériques, associés aux blocages alimentaires) ou pour préciser une sténose.

Le *scanner cervicothoracique et de la base du crâne* doit être systématique devant une paralysie laryngée pour détecter une cause compressive sur le trajet du nerf vague.

Le *scanner thoracique* recherche une cause compressive.

L'*endoscopie ORL aux tubes rigides* sous anesthésie générale est surtout utile pour vérifier le pharynx et la bouche œsophagienne. Elle est indispensable pour le bilan d'un carcinome pharyngé ([figure 17.1](#)).

L'*IRM du tronc cérébral* est réalisée devant une dysphagie qui ne fait pas sa preuve étiologique, à la recherche d'une atteinte du tronc cérébral.

2. À but fonctionnel et étiologique

L'*étude nasofibroscopique de la déglutition* est un examen non invasif qui permet d'observer le carrefour lors de la déglutition d'aliments de consistance variable (crème, eau, solide) et d'observer des signes indirects de dysfonction du sphincter supérieur de l'œsophage, et de visualiser des fausses routes ; si elle est normale, elle fournit aussi un argument étiologique contre une atteinte du pharynx ou du larynx.

Le *radiocinéma* (ou vidéofluoroscopie) consiste à faire un film de la déglutition au cours de l'ingestion de baryte de consistance variable ; il est utile pour objectiver les anomalies du SSO.

Les *manométries œsophagiennes* sont utiles surtout pour le diagnostic des atteintes motrices œsophagiennes, mais sont classiquement peu performantes pour l'étude du SSO.

C. Diagnostic étiologique : éléments d'orientation

1. Obstacles mécaniques tumoraux le long du tractus digestif

C'est la première recherche étiologique.

Cancers du pharynx et de l'œsophage

Les cancers du pharynx et de l'œsophage sont la première cause de troubles de déglutition et doivent être recherchés avant toute autre exploration.

Leur recherche impose :

- un examen ORL complet ;
- une fibroscopie œsophagienne ; la fibroscopie permet parfois de trouver des signes évocateurs d'un trouble moteur œsophagien (œsophagite).

Les *cancers (carcinomes épidermoïdes) du sinus piriforme*, du vestibule laryngé et de la région rétrocricoïdienne sont à l'origine d'une dysphagie. Il faut préciser s'il existe une extension à la bouche œsophagienne. Les cancers de la glotte et de la sous-glote ne sont pas dysphagiants ([figure 17.2](#)).

Le *cancer de l'œsophage* est responsable d'une dysphagie d'installation progressive avec altération de l'état général. Le diagnostic est endoscopique : lésion bourgeonnante ou ulcéro-infiltrante plus ou moins sténosante, saignant au contact, dont on précise la hauteur et le siège par rapport à l'arcade dentaire supérieure (tiers supérieur, tiers moyen ou tiers inférieur de l'œsophage). La biopsie fournit le diagnostic anatomopathologique : carcinome épidermoïde le plus souvent ou, plus rarement, adénocarcinome (surtout au tiers inférieur de l'œsophage). Le bilan comporte une échoendoscopie, un scanner cervicothoracoabdominal, une laryngo-trachéobronchoscopie.

Tumeurs bénignes de l'œsophage

Elles sont rares (fibromes, léiomyomes).

Causes compressives extrinsèques

Il faut également rechercher des causes compressives extrinsèques : tumeur médiastinale, anévrisme aortique, goitre thyroïdien plongeant, anomalies vertébrales. Le scanner thoracique injecté précise au mieux l'extension.

2. Atteintes du sphincter supérieur de l'œsophage

Diverticule de Zenker

C'est un diverticule pharyngé secondaire à une hernie à travers une faiblesse de la paroi pharyngée postérieure au-dessus du SSO et qui se développe vers le médiastin rétro-œsophagien. Il est responsable d'une dysphagie associée à des régurgitations d'aliments non digérés (stagnant dans la poche diverticulaire), à une toux nocturne de décubitus. Parfois, c'est une pneumopathie d'inhalation et une altération marquée de l'état général qui sont le mode de découverte. La nasofibroscopie met en évidence le signe de la « marée » pathognomonique : une bouchée déglutit disparaît dans l'hypopharynx puis réapparaît, **équivalent rumination** ([figures 17.3 et 17.4](#)). Le traitement est chirurgical (chirurgie ouverte avec myotomie extramuqueuse ou endoscopique, avec myotomie transmuqueuse).

Achalasie du sphincter supérieur de l'œsophage

L'existence d'un blocage cervical bas situé chez un sujet âgé à examen neurologique et fibroscopique normal doit faire évoquer le diagnostic d'achalasia du SSO, dite aussi « du cricopharyngien » (défaut d'ouverture), dont le traitement est chirurgical. Celle-ci survient classiquement chez la personne de plus de 80 ans et est la conséquence d'une fibrose de la musculature striée du SSO. Le diagnostic est affirmé par le radiocinéma. Le traitement efficace est une myotomie extramuqueuse du SSO.

Syndrome de Plummer-Vinson (ou de Kelly-Patterson)

Il est classique, mais exceptionnel. Il s'agit d'une dysphagie haute par atteinte du SSO due à une carence martiale. Il y a un risque élevé de carcinome de la bouche de l'œsophage.

3. Causes neurologiques ou neuromusculaires

Elles constituent un ensemble de causes très fréquentes de dysphagies et de troubles de la déglutition.

Le mécanisme neurologique peut être évident lorsque les troubles surviennent dans un contexte bien identifié : traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, infirmité motrice cérébrale, maladie de Parkinson.

La maladie neurologique peut être inconnue quand les troubles de la déglutition sont révélateurs. Certaines maladies sont fréquemment inaugurées par ces troubles et doivent être évoquées en premier lieu.

Sclérose latérale amyotrophique

Maladie dégénérative de la corne antérieure, elle donne une atteinte motrice pure, pouvant être inaugurée par l'atteinte pharyngée et linguale. Elle se caractérise par des fasciculations et l'atrophie linguale, une dysarthrie, sans atteinte de la sensibilité. L'évolution est rapidement défavorable, par l'atteinte des muscles respiratoires et les membres.

Myasthénie

Liée au défaut de transmission neuromusculaire, la dysphagie est fréquemment révélatrice comme la dysphonie ou l'atteinte oculaire, toutes caractérisées par un caractère variable, aggravé par la fatigue. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du bloc neuromusculaire sur l'EMG, l'existence d'anticorps anticholestérasiques et le test thérapeutique.

Paralysie des nerfs crâniens

Il s'agit surtout de la paralysie du X (nerf vague) : immobilité laryngée unilatérale, stase salivaire dans le sinus piriforme homolatéral, signe du rideau (la paroi pharyngée postérieure se déplace vers le côté sain), trouble de la sensibilité homolatérale.

Elle doit faire explorer tout le trajet du X, en particulier au niveau de la base du crâne, par un scanner et une IRM.

Les tumeurs sont une cause de paralysie du X (neurinomes, tumeurs vasculaires, métastases), mais aussi les neuropathies périphériques (sarcoïdose : neurosarcoïdose, très grave ; diabète) ; enfin, il peut y avoir des atteintes traumatiques (comme lors d'une chirurgie carotidienne).

Myopathies (myopathies oculopharyngées, mitochondriales, de Steinert)

Elles atteignent la musculature striée du pharynx et de l'œsophage (tiers supérieur). Le diagnostic doit être évoqué devant une dysphagie progressivement croissante dans un contexte d'atteinte familiale (maladies héréditaires) avec fréquentes atteintes oculaires (ptosis), sans atteinte sensitive associée — l'association dysphagie-ptosis est très évocatrice de la dystrophie musculaire oculopharyngée. Il existe aussi des atteintes musculaires acquises (myosites, polymyosites).

Syndromes pseudobulbaires d'origine vasculaire

Ils donnent des atteintes progressives dans un contexte d'HTA avec abolition du réflexe nauséux, dissociation automaticovolontaire du déclenchement de la déglutition — la déglutition réflexe s'effectue plus facilement que le déclenchement volontaire de la déglutition —, troubles sensitifs.

Tumeurs du quatrième ventricule

Elles peuvent être révélées par des troubles de la déglutition et doivent être recherchées de principe par une IRM du tronc cérébral devant une dysphagie qui ne fait pas sa preuve.

4. Sténoses œsophagiennes et œsophagites

Sténoses œsophagiennes séquellaires caustiques ou peptiques

La fibroscopie œsophagienne est l'examen qui en permet l'identification, parfois dans le cadre de l'extraction d'un corps étranger œsophagien révélateur. En cas de sténose infranchissable et pour effectuer le bilan d'extension en hauteur, le transit baryté garde une indication.

Les œsophagites ulcérées secondaires au reflux gastro-œsophagien peuvent se compliquer de sténoses peptiques à l'origine d'une dysphagie et d'un amaigrissement. L'endobrachyœsophage (œsophage de Barrett) est défini par l'apparition, favorisée par le reflux acide, d'une métaplasie du bas œsophage se traduisant par le remplacement progressif du tissu œsophagien normal (muqueuse malpighienne) par un tissu anormal de type muqueuse glandulaire de type intestinal. Le risque évolutif des œsophagites peptiques et de l'endobrachyœsophage est la cancérisation.

Les sténoses caustiques surviennent plusieurs semaines après l'ingestion d'un acide fort ou d'une base forte. Au stade aigu, l'endoscopie permet d'évaluer l'étendue des lésions et la

profondeur de la brûlure. L'évolution sténogène est à l'origine d'une dysphagie progressive et sévère.

Les sténoses post-radiques surviennent plusieurs mois ou années après une irradiation médiastinale. Elles semblent plus fréquentes après radiochimiothérapie.

Les sténoses postchirurgicales surviennent sur une anastomose œsophagienne.

L'anneau de Schatzki est un diaphragme situé juste au-dessus du cardia et secondaire à un reflux gastro-œsophagien. La dysphagie est souvent intermittente, essentiellement pour les solides. L'anneau est aisément reconnu à l'endoscopie et sur le transit œsogastroduodéal.

Autres œsophagites dysphagiantes

Les œsophagites infectieuses surviennent surtout chez les malades immunodéprimés. Les germes en cause sont le *Candida*, le cytomégalovirus et l'herpès virus.

Il peut exister aussi des sténoses inflammatoires (maladie de Crohn).

Les œsophagites médicamenteuses peuvent être provoquées par de nombreux médicaments : doxycycline, comprimés de chlorure de potassium, aspirine, bisphosphonates.

5. Troubles moteurs œsophagiens

Troubles moteurs œsophagiens primitifs

L'*achalasie* du sphincter inférieur de l'œsophage, ou méga-œsophage, est une affection nerveuse dégénérative d'étiologie inconnue, qui entraîne une absence de péristaltisme et de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage. La dysphagie, d'abord indolore, devient douloureuse, accompagnée de régurgitations fréquentes, nocturnes, pouvant à la longue entraîner un amaigrissement. L'endoscopie permet d'éliminer un cancer du bas œsophage. La manométrie œsophagienne met en évidence une hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage avec absence de péristaltisme. Le transit œsophagien montre une sténose remontée d'une dilatation d'amont et, sur la radiographie de thorax, il est parfois retrouvé un niveau liquide.

La *maladie des spasmes diffus de l'œsophage* est une affection qui se manifeste par une dysphagie et des douleurs rétrosternales perprandiales, secondaires à une perte intermittente du péristaltisme œsophagien. L'endoscopie élimine un cancer. Le transit œsophagien, quand il est réalisé, révèle une image œsophagienne en chapelet. Le diagnostic est confirmé par la manométrie œsophagienne, indiquant un péristaltisme normal, alternant avec des contractions.

Troubles moteurs œsophagiens secondaires

Parmi les *collagénoses*, la sclérodermie comporte une atteinte œsophagienne fréquente. Elle se complique souvent par une œsophagite peptique parfois sténosante. La manométrie révèle une diminution de l'amplitude des contractions péristaltiques des deux tiers inférieurs de

l'œsophage avec une hypotonie du sphincter inférieur. Les autres collagénoses responsables de dysphagie sont le lupus ou le syndrome de Gougerot-Sjögren.

Les *dermatopolymyosites* comportent une atteinte de la musculature striée pharyngée et du tiers supérieur de l'œsophage, associée à une atteinte du corps de l'œsophage.

Les *achalasiae secundaires* se compliquent souvent par atteinte neurologique diffuse (amylose) et par atteinte des plexus nerveux œsophagiens d'origine néoplasique (surtout cancer de voisinage).

6. Causes de dysphagie aiguë

Causes infectieuses

Les angines et le phlegmon péri-amygdalien entraînent une dysphagie douloureuse, fébrile, avec parfois trismus et hypersialorrhée.

Les phlegmons péri- et rétropharyngés évoluent dans un tableau de dysphagie et d'hypersialorrhée fébrile. Le scanner permet de préciser l'extension avant le traitement qui est chirurgical.

Corps étrangers pharyngo-œsophagiens

Les *corps étrangers oropharyngés*, fréquemment alimentaires et acérés (arête, os...), fichés dans l'amygdale ([figure 17.5](#)) ou la base de langue, sont souvent visibles à l'abaisse-langue ou au miroir. L'extraction peut s'avérer difficile à cause des réflexes nauséux et de l'hypersialorrhée.

Les *corps étrangers hypopharyngés*, rarement, se compliquent d'une perforation pharyngée avec emphysème ou abcès cervical. Un scanner est nécessaire.

Les *corps étrangers œsophagiens* ([figure 17.6](#)) peuvent être alimentaires, notamment sur une sténose sous-jacente, ou il peut s'agir de jouets, pièces de monnaie chez l'enfant, ou de n'importe quel objet sur terrain psychiatrique.

Citons le cas particulier des piles, ingérées essentiellement par le petit enfant. L'extraction s'impose d'urgence à cause du risque de perforation, de fistule œsotrachéale ou de sténose secondaire.

La dysphagie douloureuse en constitue le signe d'appel.

La complication principale est la **perforation œsophagienne**, avec apparition d'une douleur thoracique à projection postérieure, un emphysème cervical et, au stade de la médiastinite, une fièvre et une altération de l'état général.

La radiographie cervicale de profil peut retrouver le signe de Minigerode (image claire pré-vertébrale), un emphysème médiastinal sous forme d'une ligne bordante de la silhouette cardiaque. Actuellement un scanner cervicomédiastinal doit être réalisé en cas de suspicion de médiastinite. Plus rarement, un test à la gastrographine est réalisé lors d'un transit pharyngo-œsophagien à la recherche d'une fistule.

Le traitement est l'extraction endoscopique au tube rigide sous anesthésie générale et vérification de l'état de la muqueuse à la recherche d'une plaie ou d'une perforation. Au stade de médiastinite, un abord cervical gauche est réalisé pour lavage et drainage et extraction du corps étranger, qui peut s'associer à un abord thoracique en cas d'extension basse.

Brûlures par caustique

Il s'agit d'une ingestion accidentelle chez l'enfant, avec des brûlures souvent proximales. L'endoscopie sous anesthésie générale est fonction de l'étendue des lésions buccales et oropharyngées et du type de caustique ingéré.

L'ingestion est souvent volontaire chez l'adulte lors de tentative d'autolyse : dans ce cas, l'ingestion est massive avec brûlures volontiers proximales et distales. L'endoscopie complète est indispensable pour un bilan lésionnel et la pose d'une sonde naso-œsophagienne.

Les produits ingérés en cause sont les suivants :

- acides : acide chlorhydrique, détartrants ;
- bases : soude caustique, potasse, ammoniac ;
- autres : hypochlorite de soude (eau de Javel), permanganate de potassium, eau oxygénée.

En cas de besoin, des renseignements peuvent être obtenus auprès du service de toxicologie de référence.

La symptomatologie clinique est variable selon le type et la quantité de caustique ingéré, allant de la simple brûlure buccale ou oropharyngée à une douleur cervicale et thoracique intense avec dysphagie majeure et hypersialorrhée. Les complications immédiates ou différées peuvent être un état de choc ou une perforation entraînant médiastinite ou péritonite.

L'examen clinique comprend :

- un examen buccal, oropharyngé et pharyngolaryngé ;
- l'appréciation de l'état général avec prise du pouls et de la tension à la recherche d'un état de choc ;
- la recherche d'une dyspnée, d'un emphysème cervical qui est en faveur d'une perforation ;
- la recherche d'une défense ou d'une contracture abdominale en faveur d'une péritonite.

L'examen endoscopique est réalisé au tube rigide sous anesthésie générale ou bien au fibroscope mais avec un risque de majorer la perforation par l'insufflation. Trois stades de brûlures sont décrits :

- stade I : brûlures superficielles sous forme d'érythème ;
- stade II : hémorragies et ulcérations ;
- stade III : lésions nécrotiques profondes.

D'autres examens biologiques ou d'imagerie sont demandés en fonction de l'état clinique et de l'évolution :

- évolution favorable dans les brûlures superficielles ;
- complications :
 - perforation immédiate ou secondaire, responsable de médiastinite ou de péritonite de pronostic grave ;
 - hémorragie digestive ;
 - dyspnée laryngée ;
- séquelles : sténose hypopharyngée ou sténose œsophagienne. Le risque sténogène est surtout majeur dans les stades III par brûlure caustique. La sténose peut être partielle ou totale. Le bilan est fait par endoscopie et, en cas de sténose majeure, par transit pharyngo-œsophagien.

Points clés

- La gravité des troubles de la déglutition se juge sur la perte de poids et l'état pulmonaire.
- Devant une dysphagie, la première cause à évoquer est le cancer : pharynx, larynx et œsophage, d'autant qu'il s'y associe une otalgie réflexe.
- Les troubles de la déglutition sont des troubles de la déglutition des aliments, ce qui les distingue des globus, paresthésies pharyngées et autres « boules dans la gorge ».
- La plus simple, la moins coûteuse et la plus performante des explorations fonctionnelles de la déglutition est l'observation de la prise alimentaire.
- Les maladies neurologiques à évoquer en premier lieu devant des troubles de la déglutition ne faisant pas leur preuve sont : la sclérose latérale amyotrophique, la myasthénie, les myopathies, les syndromes pseudobulbaires d'origine vasculaire.
- Chez un vieillard avec troubles de la déglutition sans maladie neurologique manifeste et à fibroscopie œsophagienne normale, penser à un diverticule de Zenker ou à une achalasie du sphincter supérieur de l'œsophage (dite aussi du muscle cricopharyngien), accessible à une chirurgie, la myotomie du sphincter supérieur de l'œsophage.
- La nasofibroscopie de la déglutition est un examen fonctionnel simple et validé, permettant la détection des fausses routes et l'évaluation de la fonction pharyngée résiduelle. Elle permet aussi de détecter un diverticule de Zenker (signe de la marée).
- Les manométries ont un intérêt restreint dans les atteintes du pharynx et du sphincter supérieur de l'œsophage mais sont contributives dans les atteintes motrices du corps de l'œsophage et du sphincter inférieur de l'œsophage ; le radiocinéma est l'exploration la plus utile du sphincter supérieur de l'œsophage et pour l'indication d'une chirurgie à ce niveau.

Récapitulatif d'éléments d'orientation diagnostique devant une dysphagie chronique sans cause évidente

On évoque en premier des causes mécaniques dominées par les cancers de l'œsophage, du pharynx et du vestibule laryngé, d'autant qu'il s'y associe une otalgie réflexe : l'examen ORL et la fibroscopie œsophagienne sont les examens indispensables devant toute dysphagie.

Devant un cancer de l'hypopharynx, des blocages alimentaires majeurs font rechercher une extension à la bouche de l'œsophage.

Devant une dysphagie associée à des ruminations et des bruits hydroaériques, le transit baryté pharyngo-œsophagien permet de faire le diagnostic de **diverticule de Zenker** lorsque l'examen pharyngolaryngé est normal ou révèle le signe de la marée.

Chez un patient de plus de 80 ans ou chez un patient dysphagique à fibroscopie œsophagienne normale, il faut penser à une achalasie du SSO. Le diagnostic est affirmé par le radiocinéma, et le traitement chirurgical est efficace.

Les antécédents familiaux de troubles de déglutition identiques doivent orienter vers une myopathie ou une maladie neurologique dégénérative.

L'existence de troubles intermittents ou liés à l'exercice physique ou à la fatigue doit faire penser systématiquement à une **myasthénie**, de même que des antécédents de ptosis transitoire, même unilatéral.

L'existence d'un ptosis palpébral bilatéral doit faire évoquer une possible maladie musculaire.

L'existence d'une dysarthrie et de fasciculations musculaires, notamment au niveau de la langue ou des muscles scapulaires, doit faire évoquer une pathologie dégénérative de la corne antérieure (**sclérose latérale amyotrophique**). Mais seules les fasciculations linguales franches, spontanées et à la percussion, ont une valeur.

La **paralysie unilatérale** des dernières paires crâniennes (IX, X, XI, XII) peut avoir pour origine le tronc cérébral ou la fosse postérieure, mais aussi le cou, les espaces parapharyngés. L'IRM permet de rechercher une cause tumorale compressive.

Les troubles de la sensibilité pharyngolaryngée, l'abolition du réflexe nauséux peuvent faire évoquer une **pathologie neurovasculaire** et éliminent une pathologie musculaire et de la corne antérieure.

Une dissociation automaticovolontaire est évocatrice d'un syndrome pseudobulbaire et d'une étiologie supranucléaire.

L'association à des troubles de la déglutition haute, à des signes fonctionnels à type de douleurs thoraciques ou épigastriques, ou de reflux gastro-œsophagien patent doit faire évoquer une **maladie motrice de l'œsophage**. C'est l'exploration fonctionnelle qui permet ici de poser le diagnostic.

Si tous ces diagnostics ne font pas leur preuve, il faut faire une IRM cérébrale pour rechercher une tumeur du quatrième ventricule ou une anomalie de la charnière cranio-occipitale, révélées par des troubles de déglutition. Mais au terme du bilan étiologique neurologique le plus poussé, clinique et complémentaire, il reste un certain nombre de patients dont les troubles de la déglutition restent sans certitude étiologique, notamment chez les sujets âgés. Un traitement symptomatique adapté doit être mis en route et un **suivi neurologique maintenu à la recherche de l'apparition d'une pathologie dégénérative évolutive**.

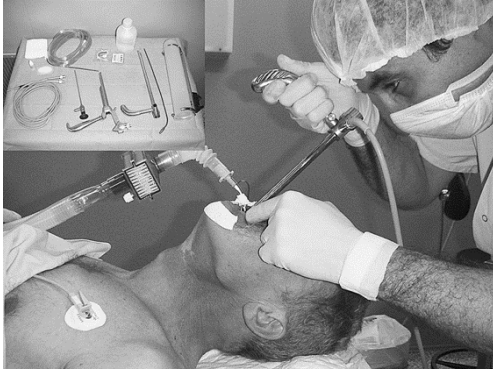


Fig. 17.1.

Œsophagoscopie au tube rigide réalisée sous anesthésie générale.

Le tube rigide est placé délicatement dans l'œsophage et la visualisation est aidée par l'utilisation d'une optique grossissante. Au travers de la lumière du tube, de nombreux gestes endoscopiques sont réalisables (biopsies, extraction de corps étranger).



Fig. 17.2.

Cancer du pli aryépiglottique.

Images en nasofibroscope d'un patient présentant un cancer bourgeonnant du pli ary-épiglottique droit (B). Noter l'épiglotte (A), le sinus piriforme droit (C), la face postérieure du voile du palais (D).

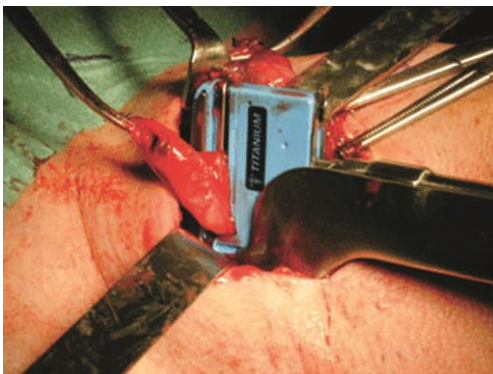


Fig. 17.3.

Photographie opératoire montrant un diverticule de Zenker (dans la pince à gauche) sectionné à l'aide d'une pince à suture automatique (bleue).

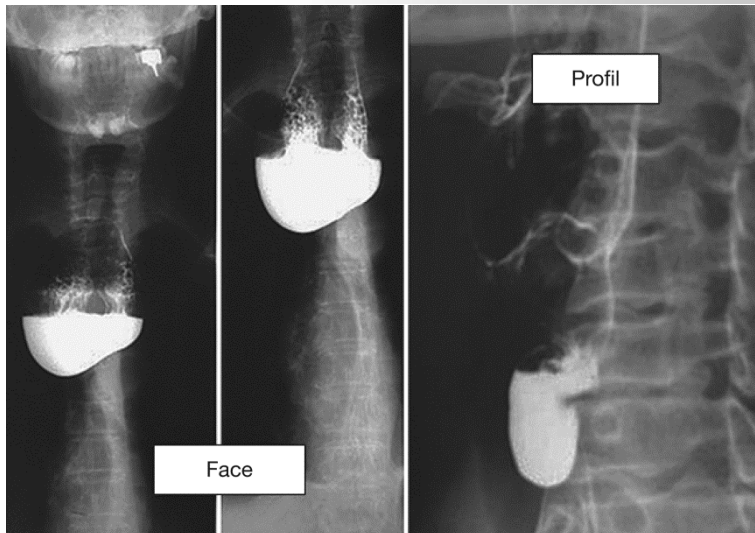


Fig. 17.4.

Opacification pharyngolaryngée de face et de profil chez un patient présentant un diverticule de Zenker.

L'orifice du diverticule se situe sur la face postérieure de l'axe digestif, et le diverticule se place en arrière de la lumière œsophagienne.

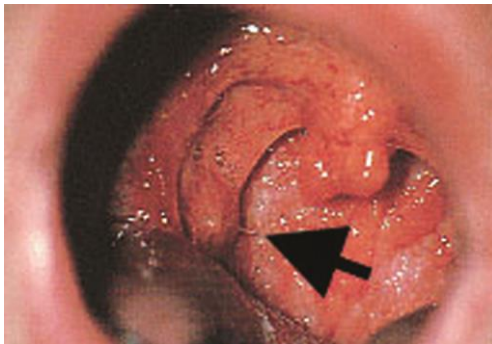


Fig. 17.5.

Arête de poisson fichée dans l'amygdale droite (flèche).

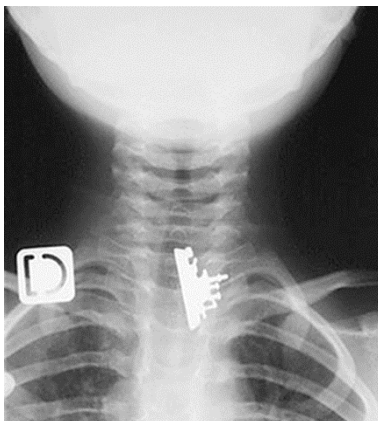


Fig. 17.6.

Corps étranger radio-opaque de la bouche de l'œsophage.