

Stratégie diagnostique dans les dysphagies

Hubert LOUIS

Service de Gastroentérologie, Hépatopancréatologie et
Oncologie Digestive
Hôpital Erasme et Institut Bordet, Hôpital Universitaire de
Bruxelles

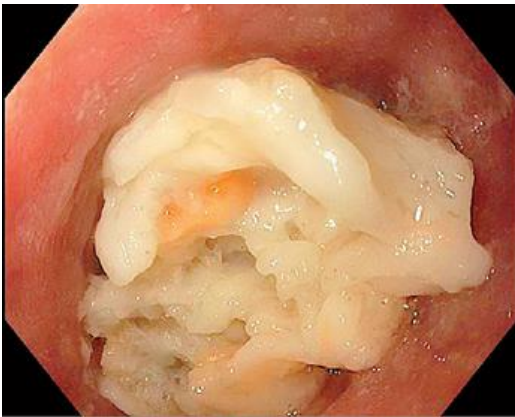


Dysphagie aiguë : impaction alimentaire



Impaction alimentaire: quand réaliser l'endoscopie?

- Immédiate (< 2 h) en cas d'obstruction complète de l'œsophage
- < 24 h impaction alimentaire non obstructive



Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline

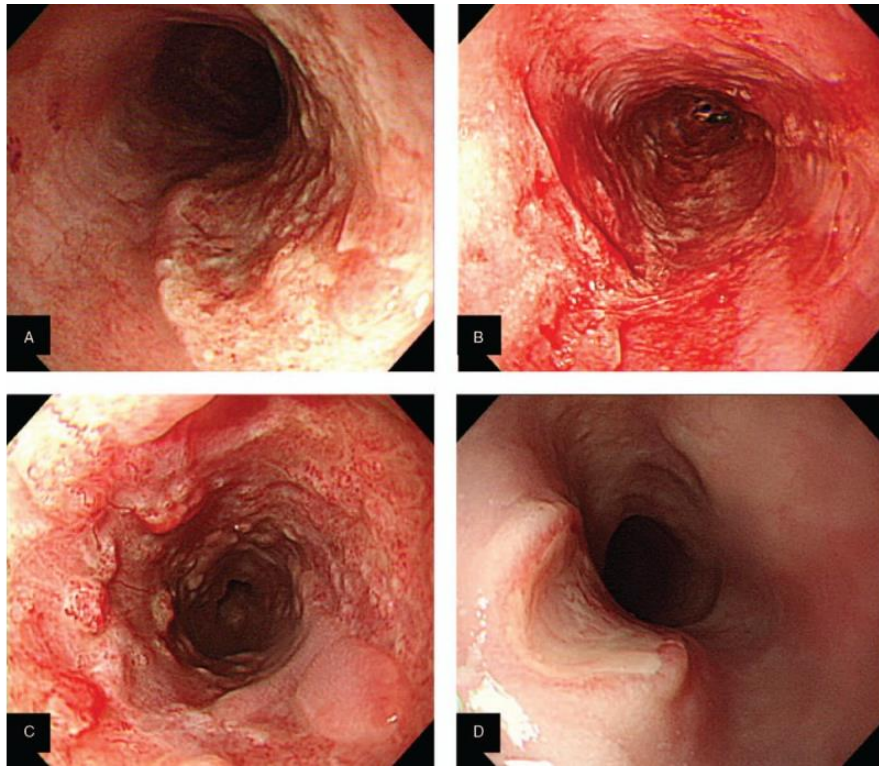


- Glucagon iv?

- Patient jeune: œsophagite à éosinophiles est la 1^{ère} cause, terrain allergique, biopsier l'œsophage
- Patients âgés: exclure lésion obstructive (néoplasie, anneau...)

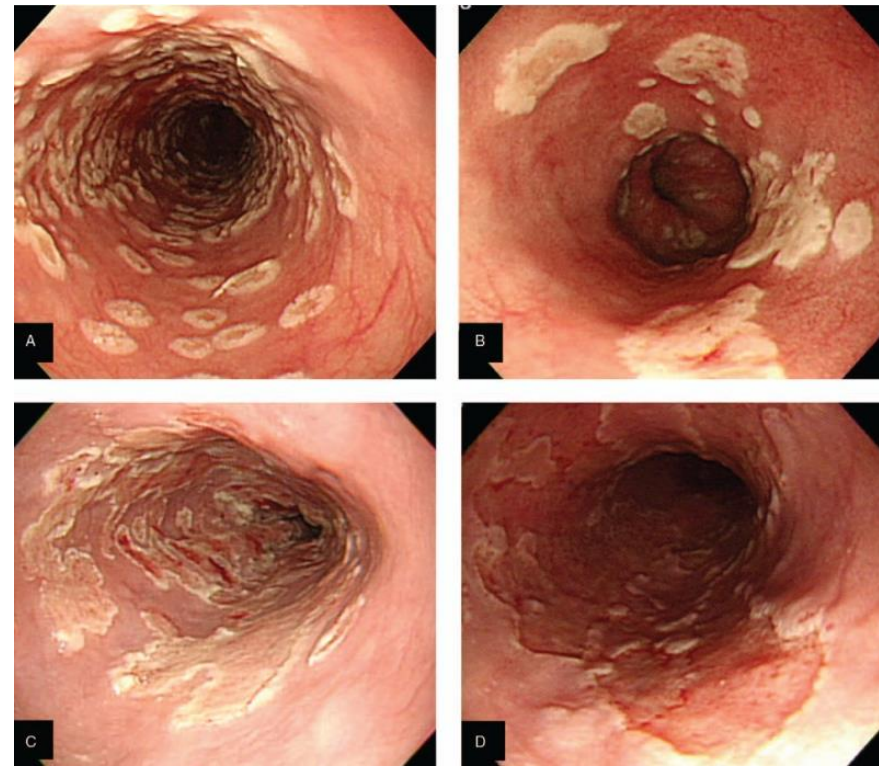
Œsophagite chez patient immunodéprimé

CMV



Ulcères longitudinaux, profonds

HSV-1



Vésicules puis ulcères arrondis, cratériformes (« volcan »), œsophage distal

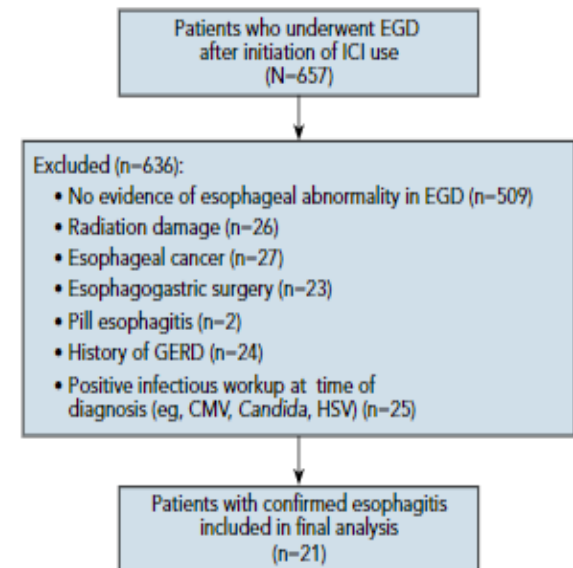
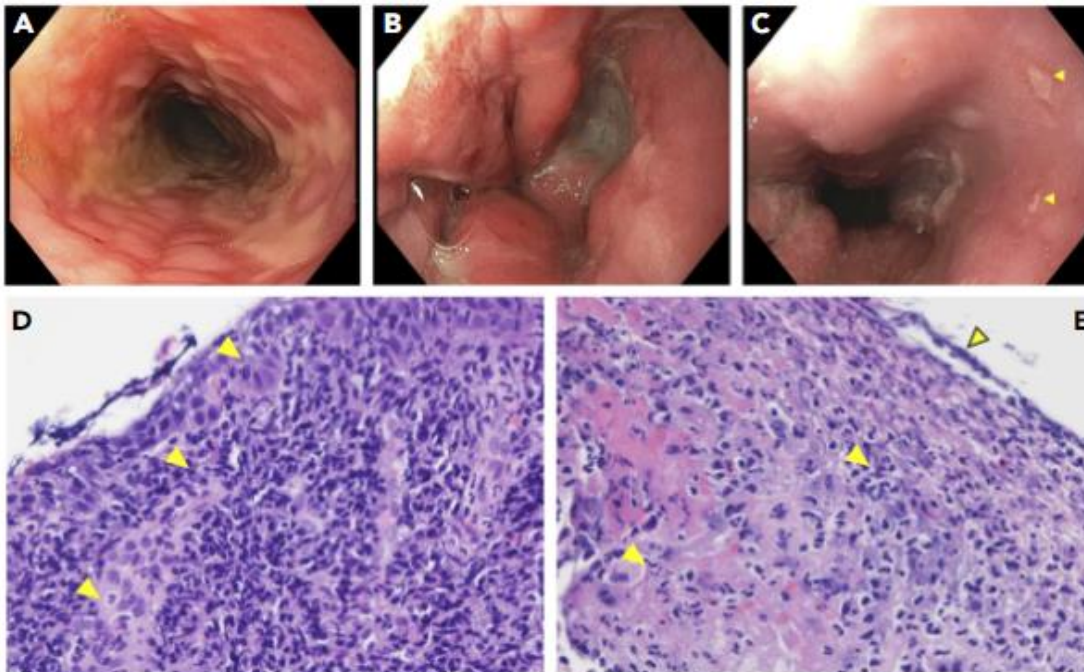
Biopsies (berges des ulcères): histologie (immunomarquages), PCR

Œsophagite chez patient immunodéprimé

Œsophagite associée aux inhibiteurs de points de contrôle immunitaires

Clinicopathologic Features, Treatment Response, and Outcomes of Immune Checkpoint Inhibitor-Related Esophagitis

Kavsa Panneerselvam, MD¹; Rajan N. Amin, MD²; Dongguang Wei, MD³; Dongfeng Tan, MD⁴; Philip J. Lum, BBA⁵; Hao Chi Zhang, MD⁶; David M. Richards, MD⁷; Mehmet Altan, MD⁸; Petros Grivos, MD, PhD⁹; John A. Thompson, MD¹⁰; Anusha S. Thomas, MD¹¹; and Yinghong Wang, MD, PhD¹²



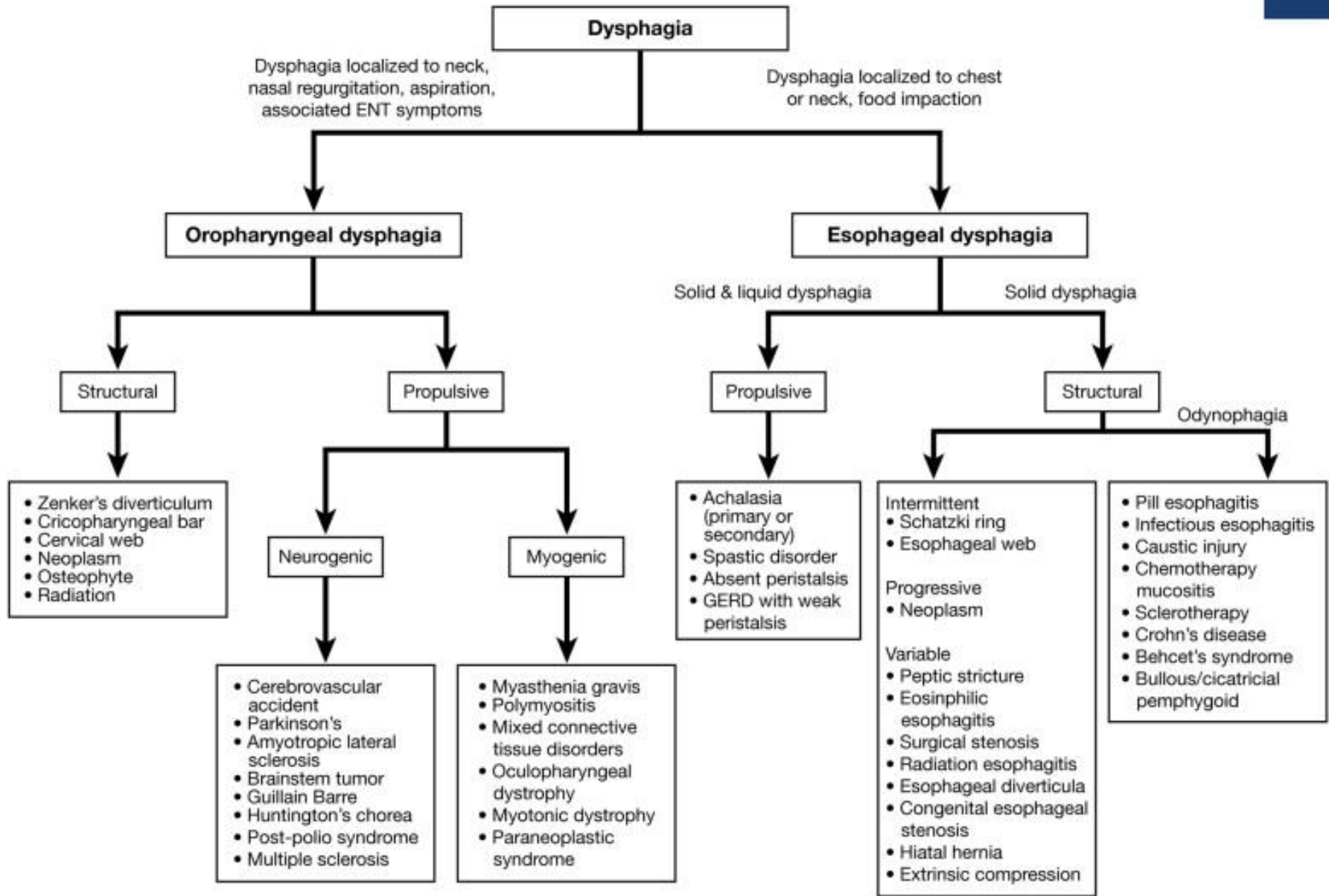
- inhibiteurs de CTLA-4 et inhibiteurs de PD-1/PD-L1 (délai moyen 4 mois)
- Rare (3%), exclure autres causes d'œsophagite (diagnostic d'exclusion)
- Atteinte modérée, le plus souvent atteinte simultanée estomac et/ou duodénum

Dysphagie chronique

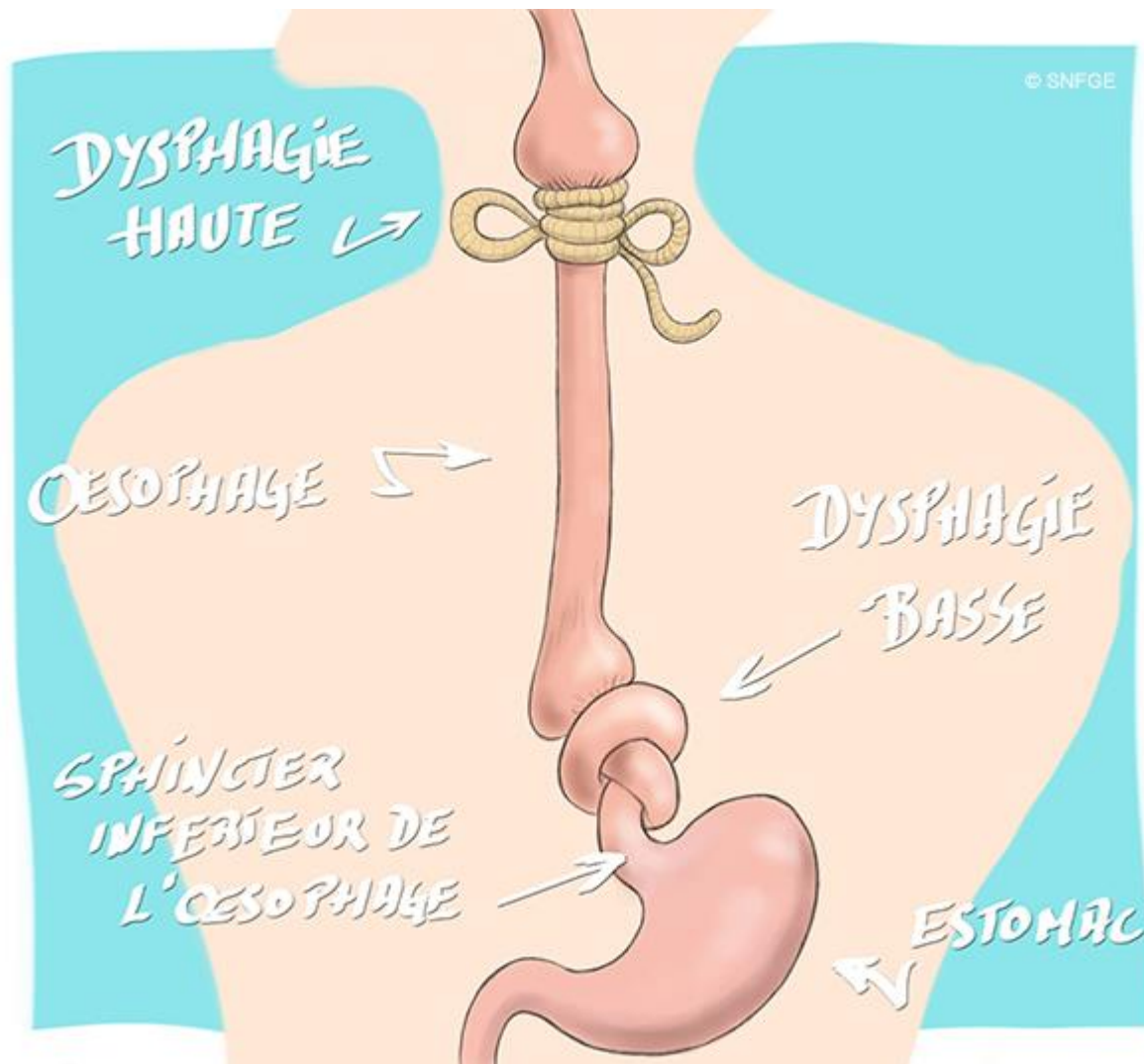


- Déglutition à risque : aspiration (fausse route)
- Déglutition inefficace: déshydratation, perte de poids, dénutrition

Dysphagia: diagnostic différentiel



Dysphagie: c'est où que ça coince?

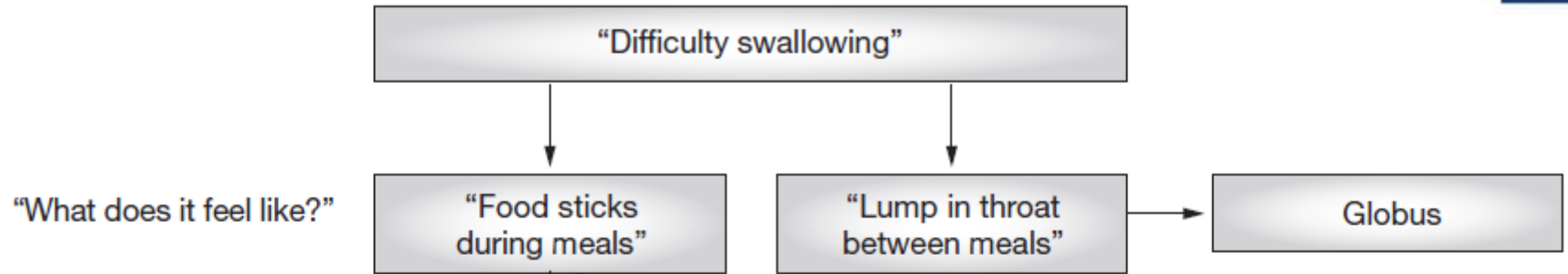


ORL

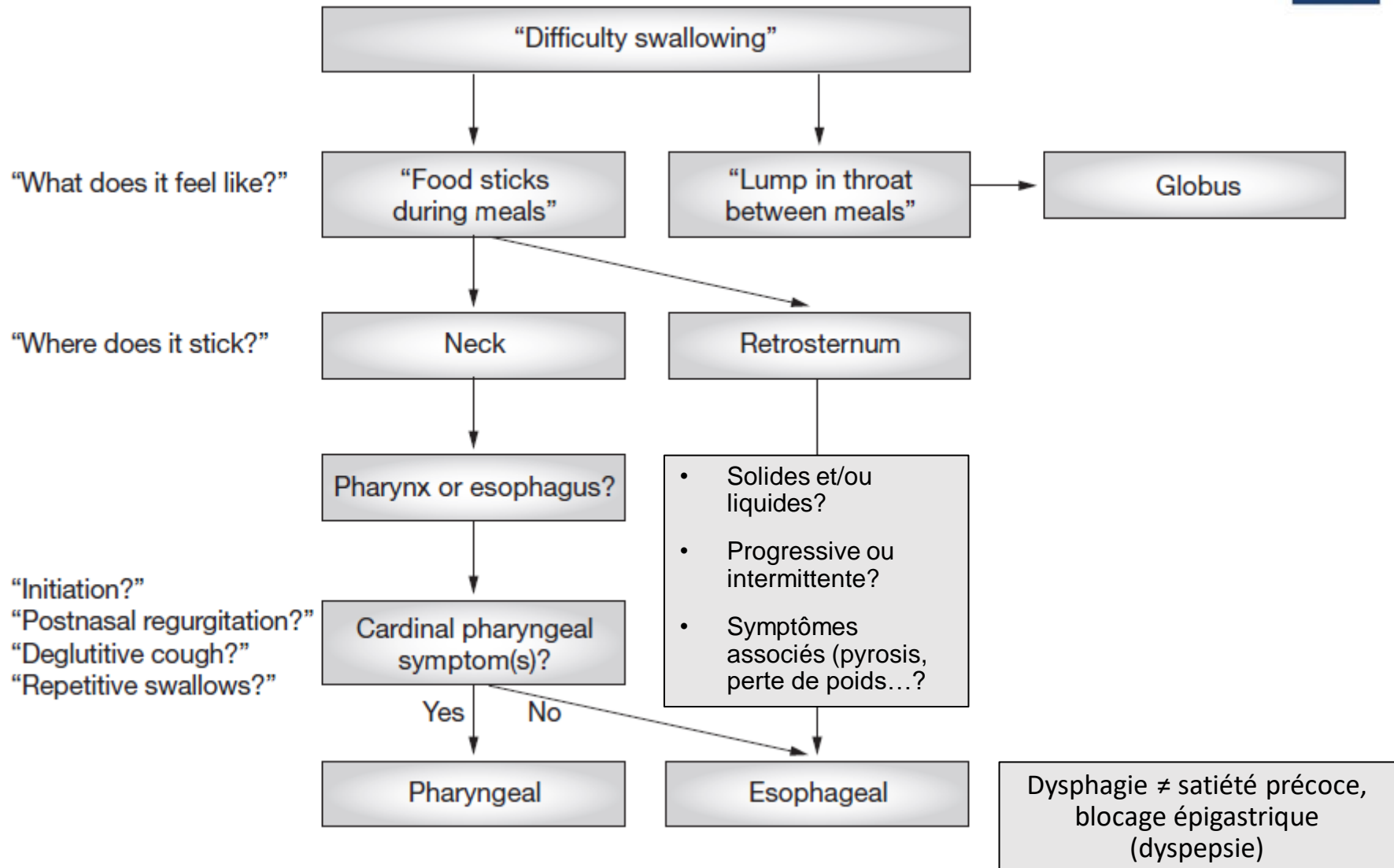
Gastro

- **Le mot dysphagie** ne fait pas partie du langage des patients
- **Dysphagie oro-pharyngée**
Souvent associée à la toux, étouffement, écoulement bave, dysarthrie, dysphonie, pneumonie d'aspiration, régurgitations nasopharyngées
- **Dysphagie œsophagienne** < pathologie de l'œsophage

Dysphagie: approche initiale



Dysphagie: approche initiale



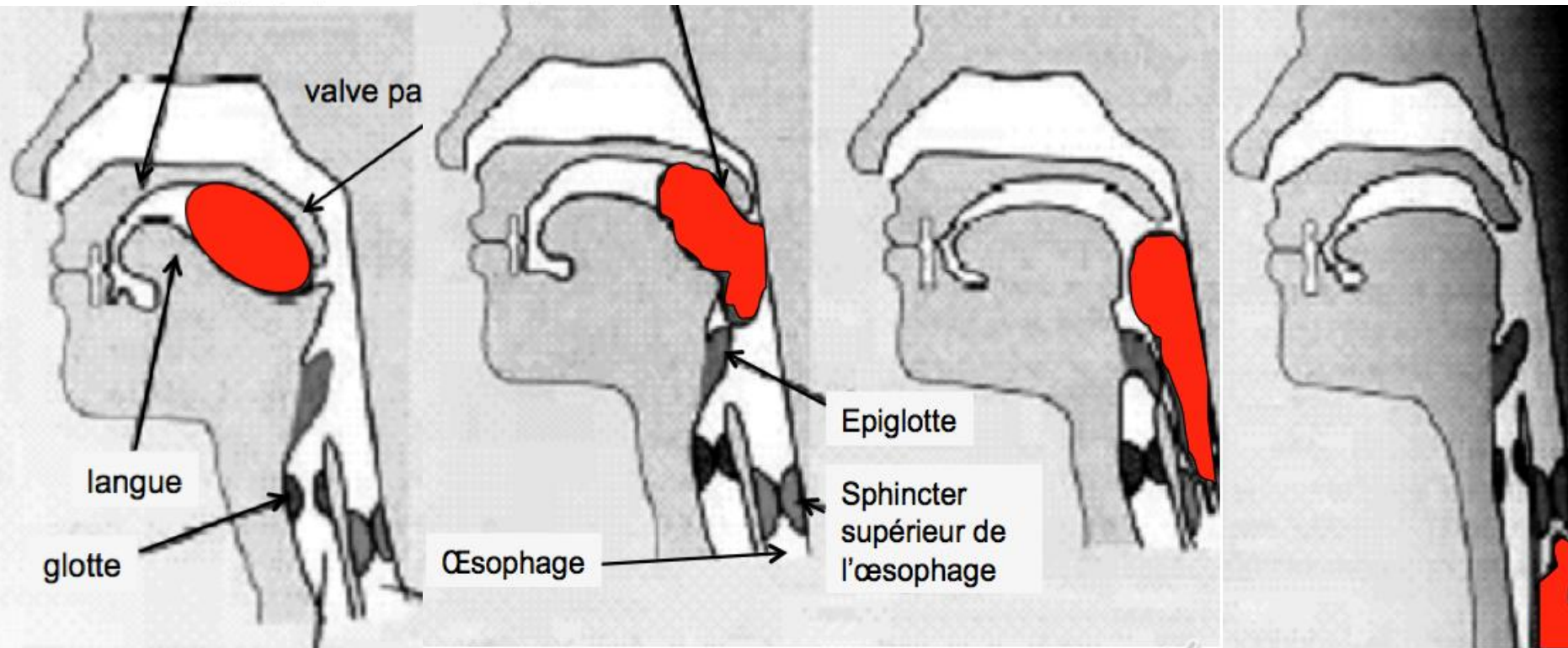
Déglutition

Phase préparatoire

Phase orale

Phase pharyngée

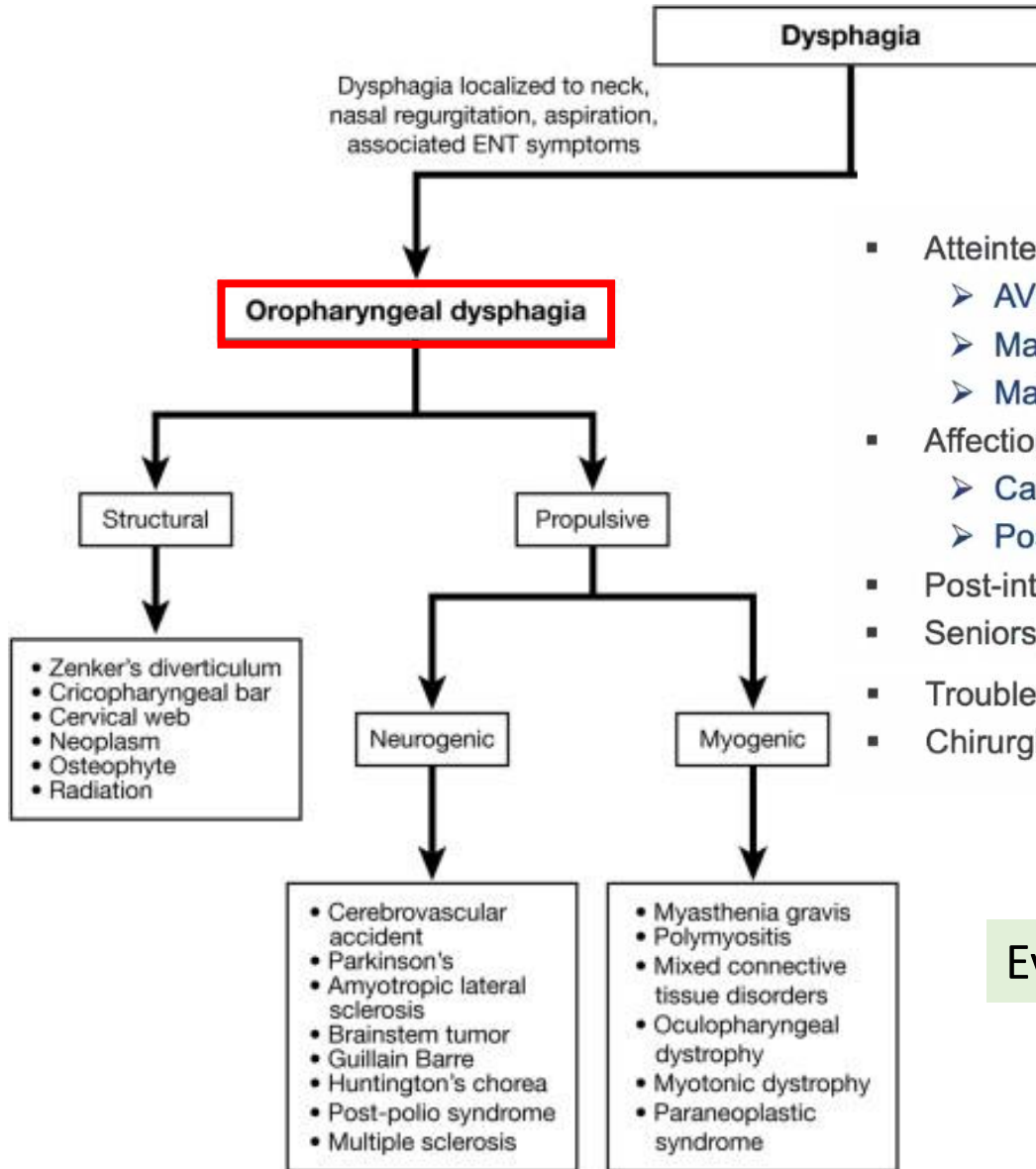
Phase
œsophagienne



Contrôle volontaire
Nerfs crâniens V, VII et XII

Réflexe de déglutition
Nerfs crâniens V, IX,
X et XII

Causes de dysphagie oro-pharyngée



- Atteintes neurologiques
 - AVC, traumatismes crâniens, tumeurs
 - Maladies dégénératives (Parkinson, démences, SEP, ...)
 - Maladies neuromusculaires (myopathies, SLA, ...)
- Affections ORL
 - Cancers
 - Post-chirurgie
- Post-intubation (>48h)
- Seniors (dénutrition, syndrome inflammatoire, médication)
- Troubles de l'oralité
- Chirurgies (de la colonne) cervicale

Evaluation ORL / neurologique

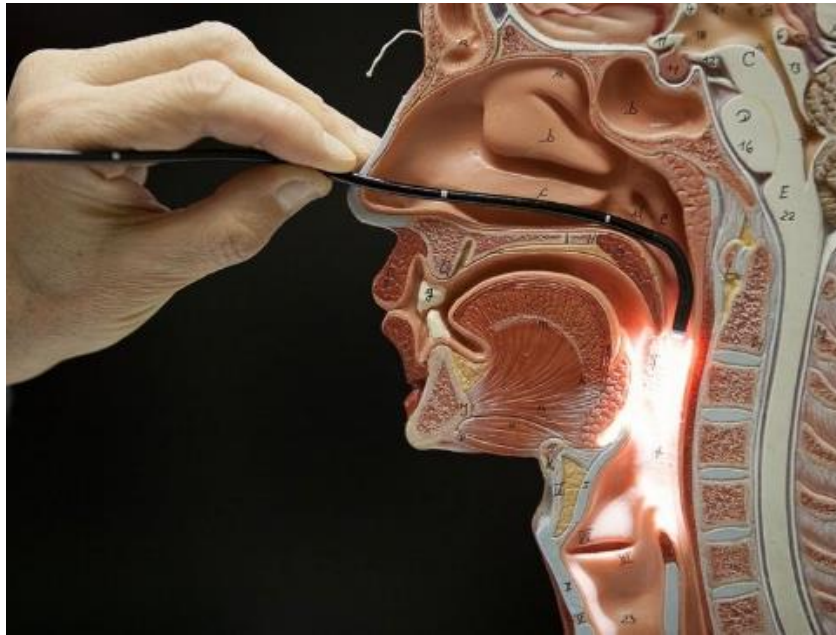
Troubles de la phase orale

- Troubles de la mastication (mauvaise dentition)
- Réduction production de salive (Sjögren, radiothérapie tête et cou, médicaments anticholinergiques)



Dysphagie oro-pharyngée: évaluation ORL

Exclure lésion organique



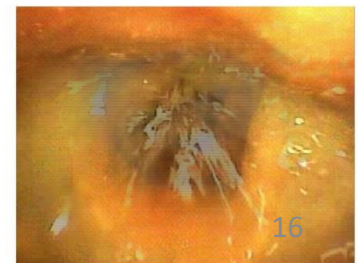
(a)



(b)



(c)



(d)

Evaluation endoscopique de la déglutition
(FEES- fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing)

Evaluation de la déglutition

- Liquides
- Eau gélifiée
- solides

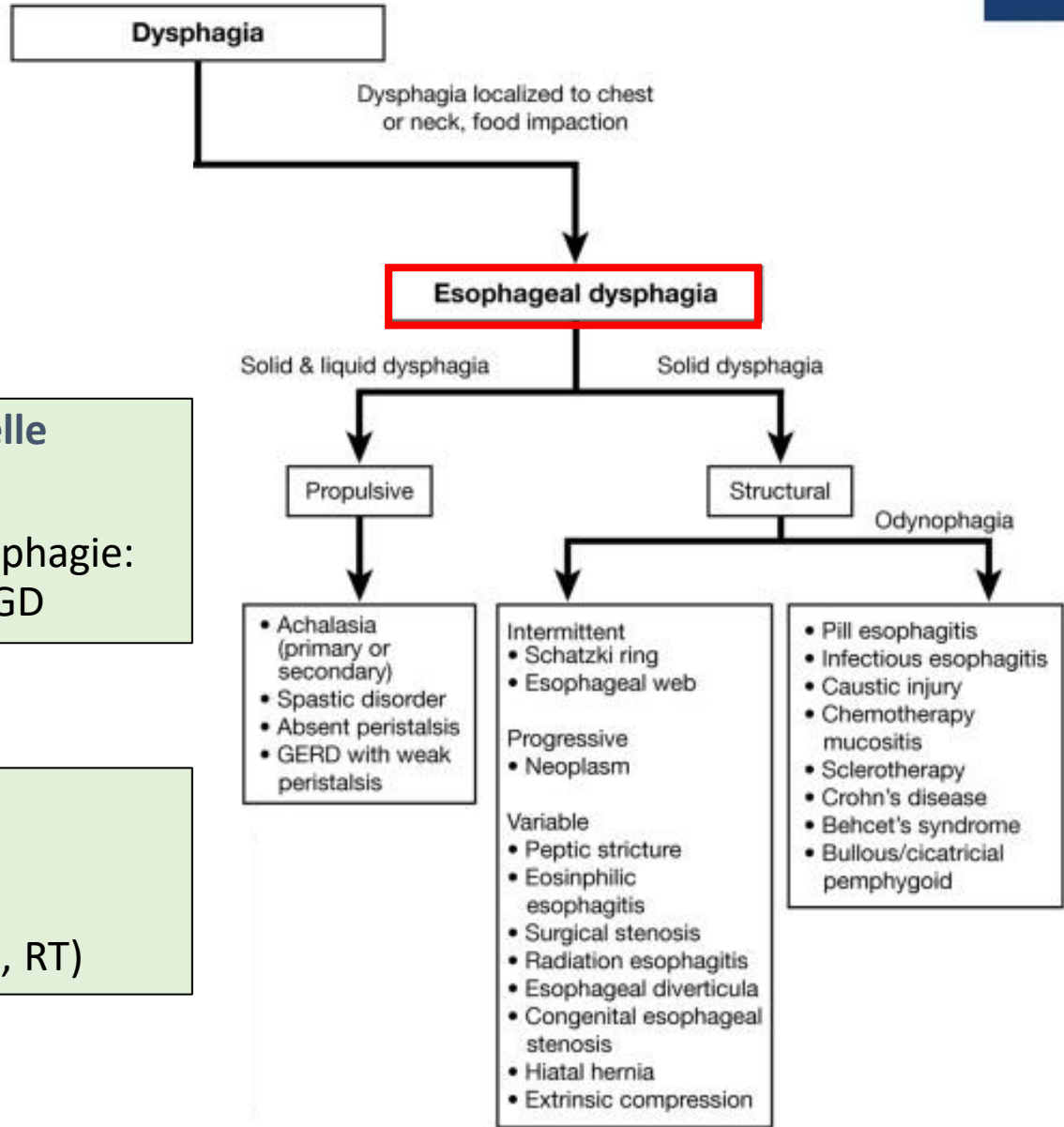


Essai aux liquides

Evaluation radiologique de la déglutition par vidéofluoroscopie



Dysphagie œsophagienne: approche diagnostique



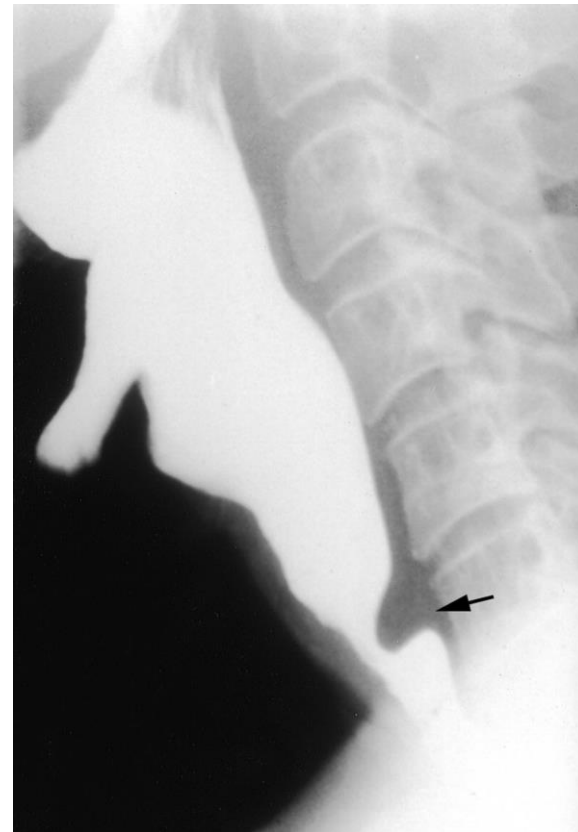
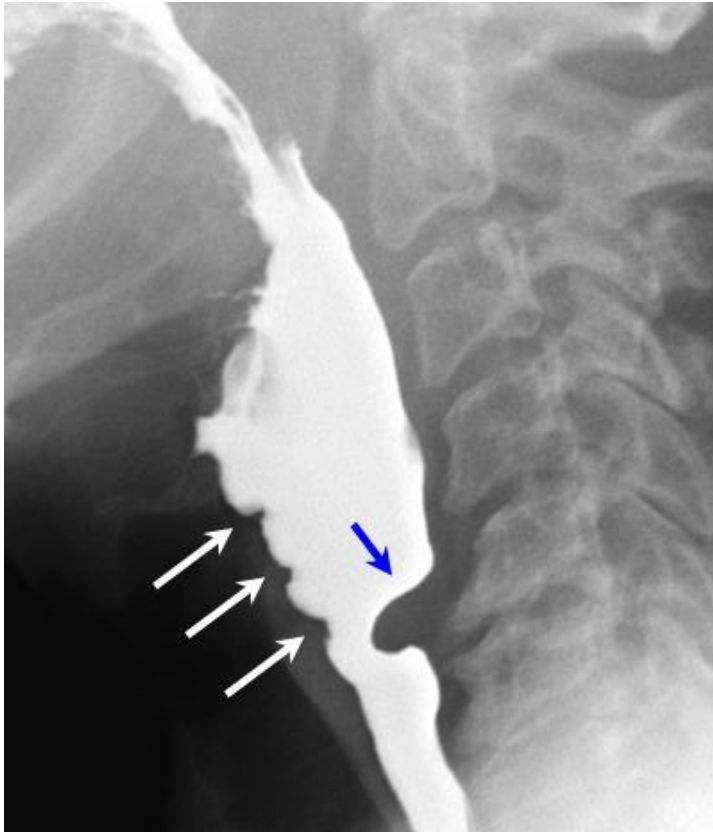
OGD: exclure anomalie structurelle (cancer, sténose, œsophagite...)

Série de > 1600 patients avec dysphagie: 54% lésions diagnostiquées à l'OGD

RX transit baryté de l'œsophage préalable?

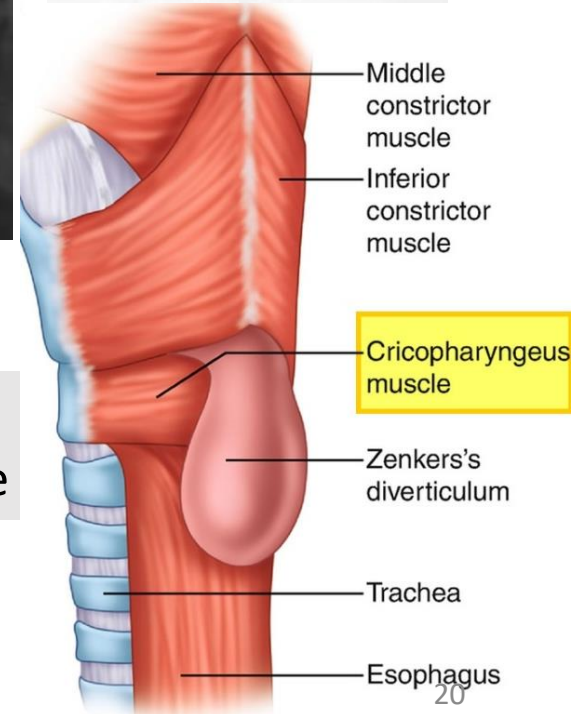
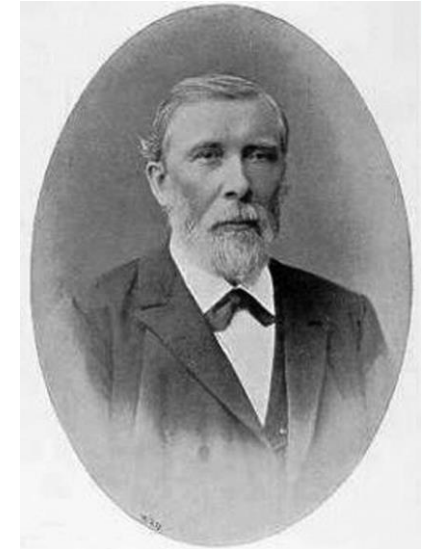
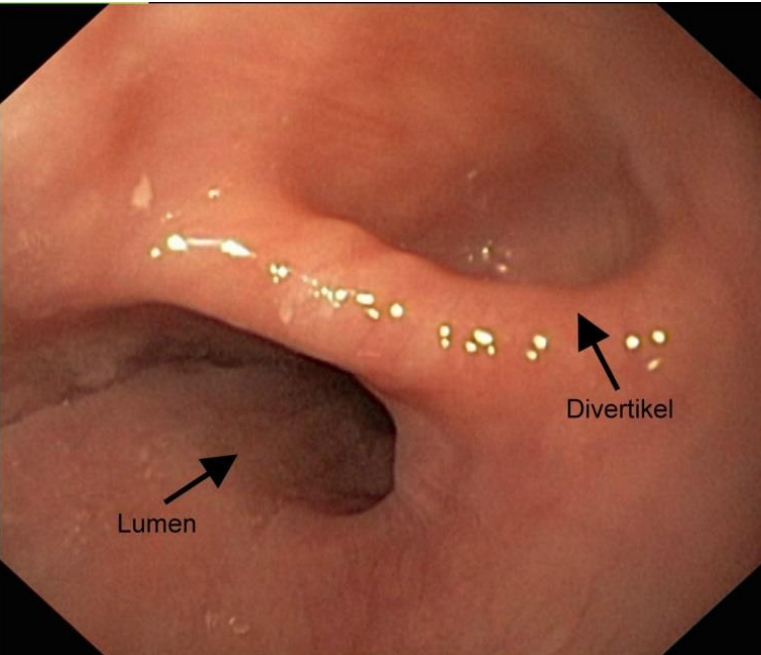
- Suspicion Zenker
- Histoire de sténose (caustique, RT)

Spasme du cricopharyngé



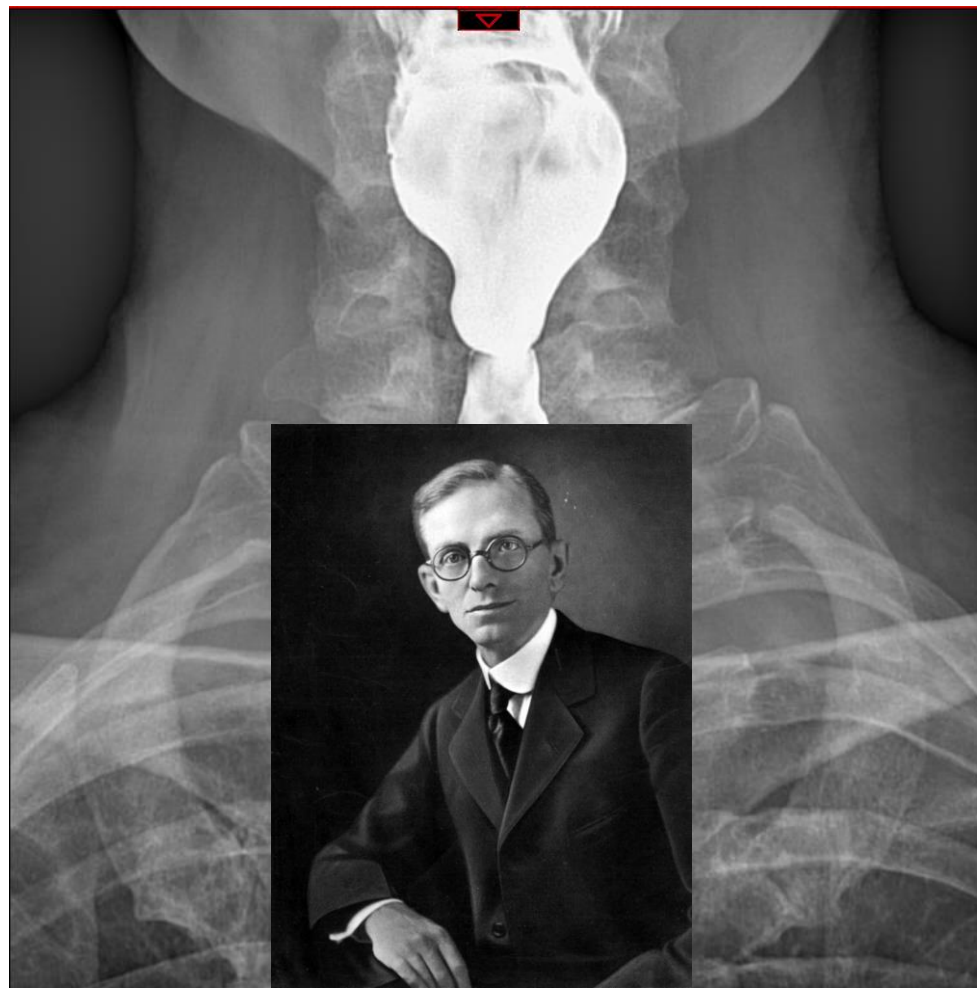
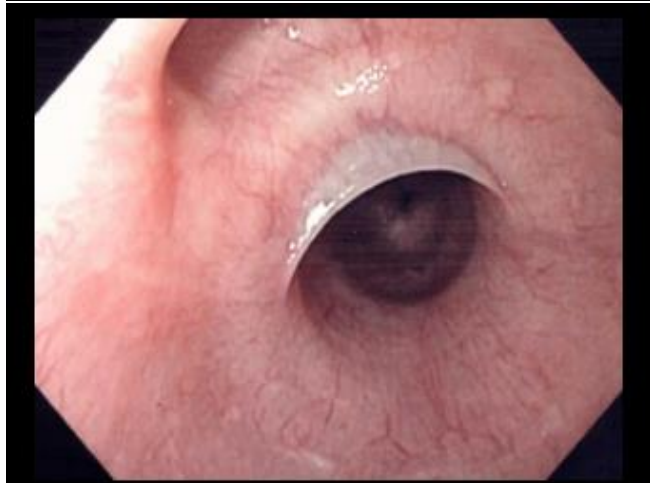
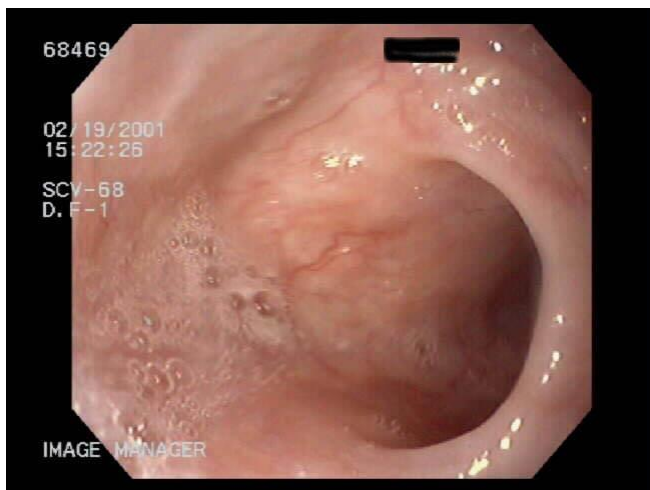
- Difficile de détecter à l'endoscopie (difficulté d'intubation œsophagienne)
- Souvent décrit à la RX de déglutition chez des sujets asymptomatiques (5-19%)

Diverticule de Zenker



- Prévalence estimée 0.01% - 0.1%, hommes > 70 ans
- Dysphagie, régurgitations, toux après les repas, halitose

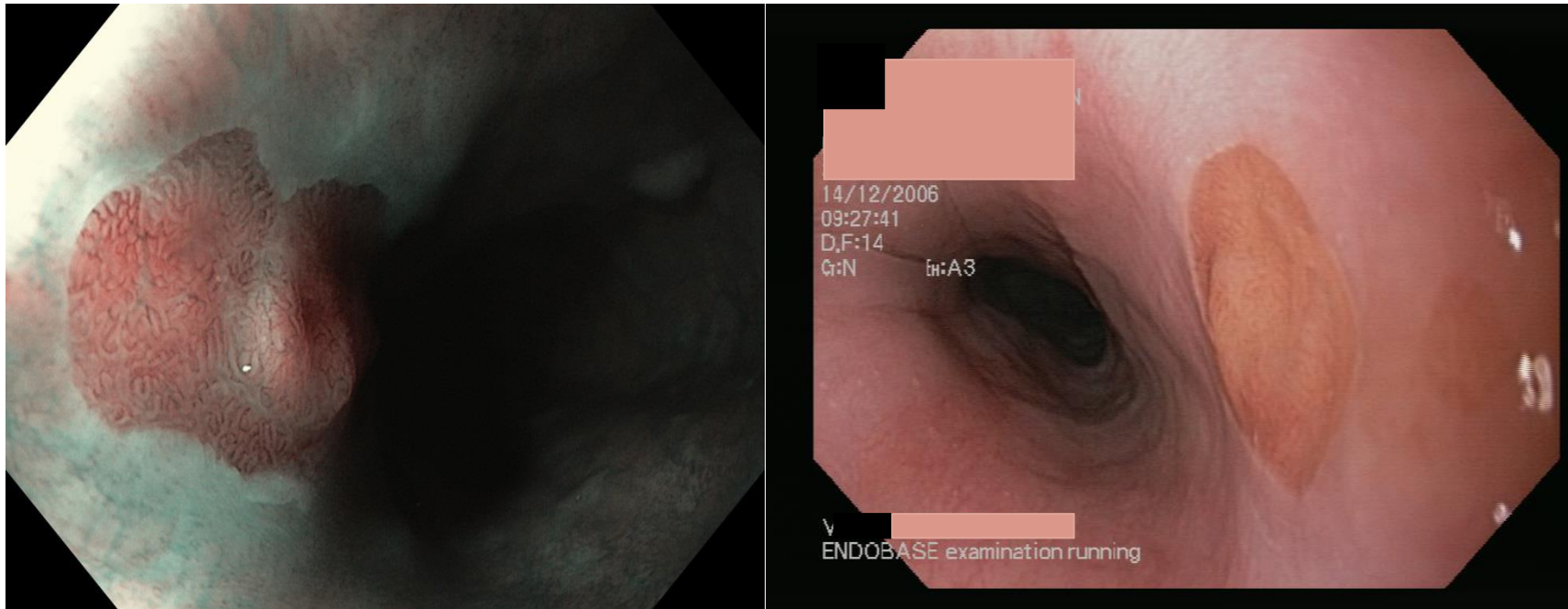
Anneaux muqueux et membranes de l'œsophage cervical



Syndrome de Plummer-Vinson

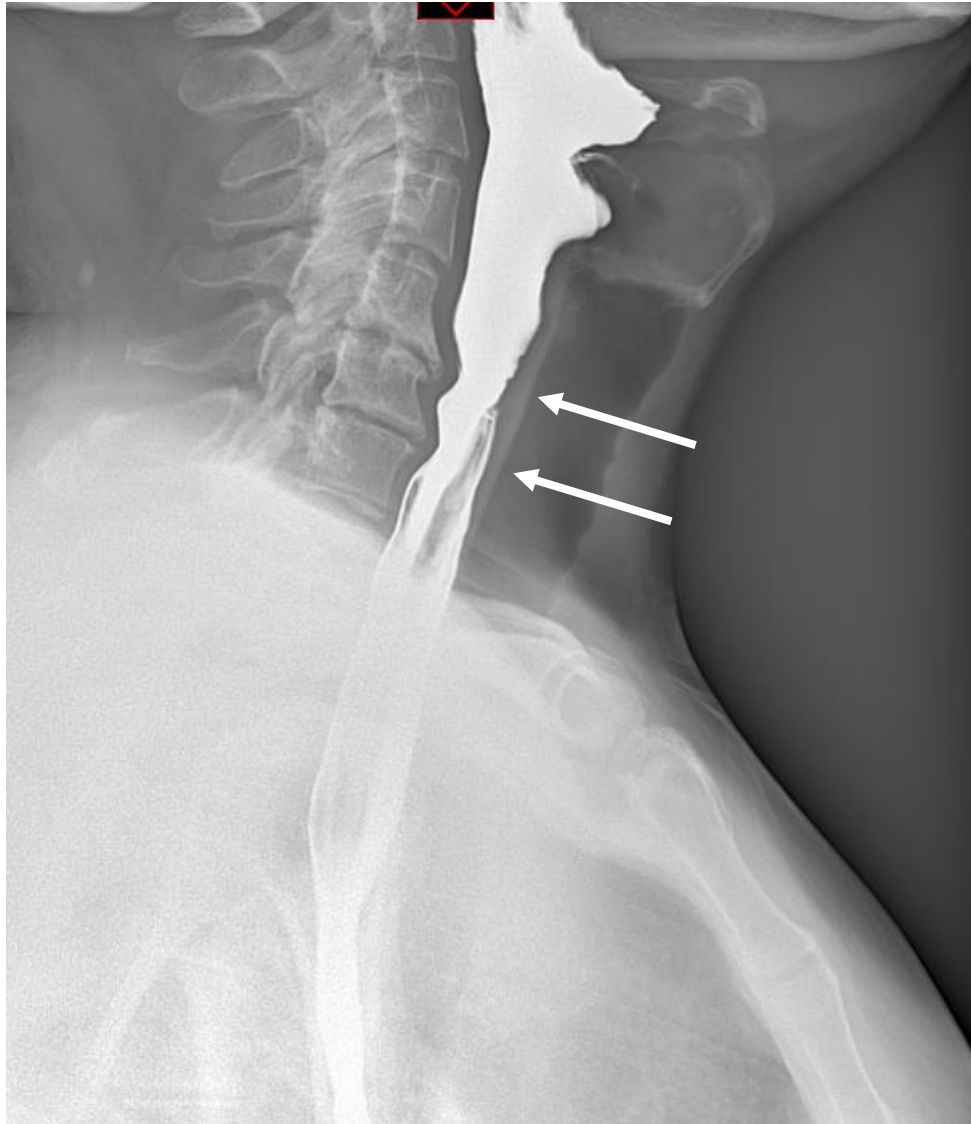
- Dysphagie, anémie ferriprive
- Rare

Muqueuse gastrique hétérotopique dans l'œsophage cervical



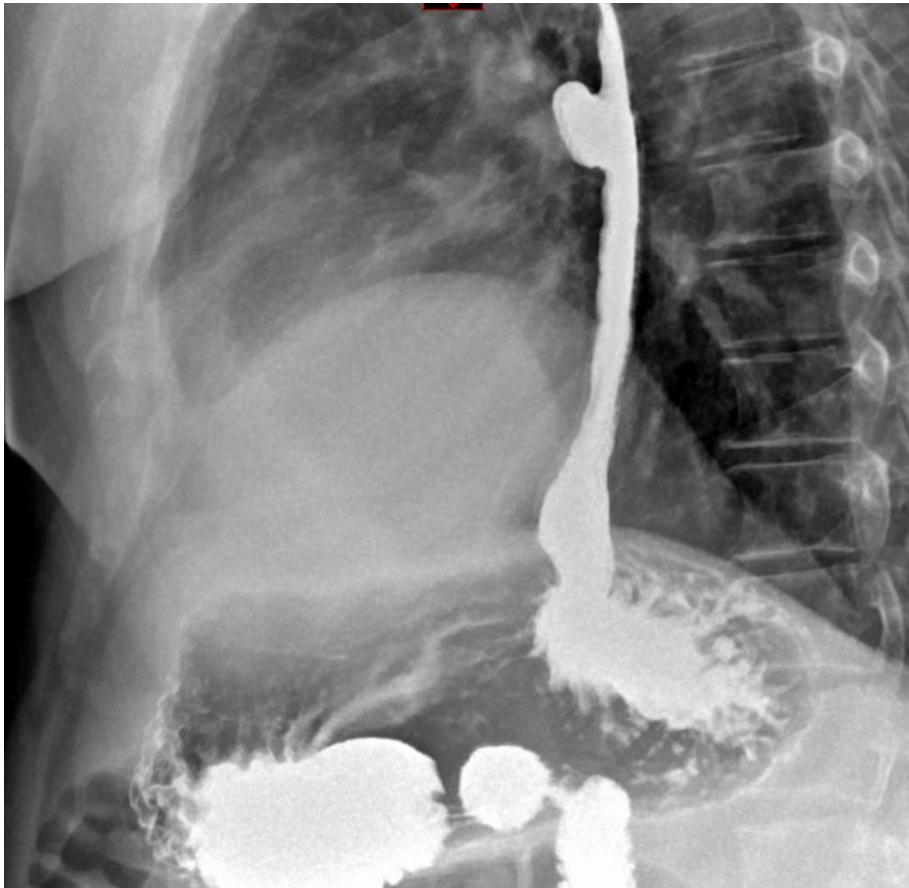
- Congénital, prévalence 5%
- Le plus souvent asymptomatique
- Sécrétion acide → lésions peptiques
- < 10% globus, symptômes ORL
- < 1% impaction alimentaire, dysphagie, anneau, sténose

Ostéophytes cervicaux

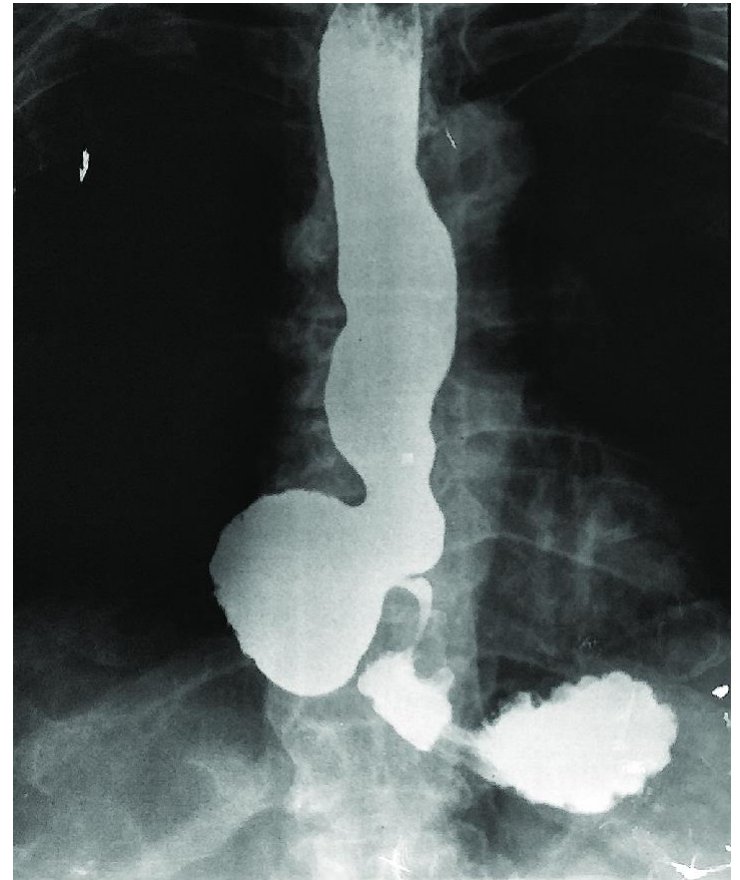


Diverticules œsophagiens

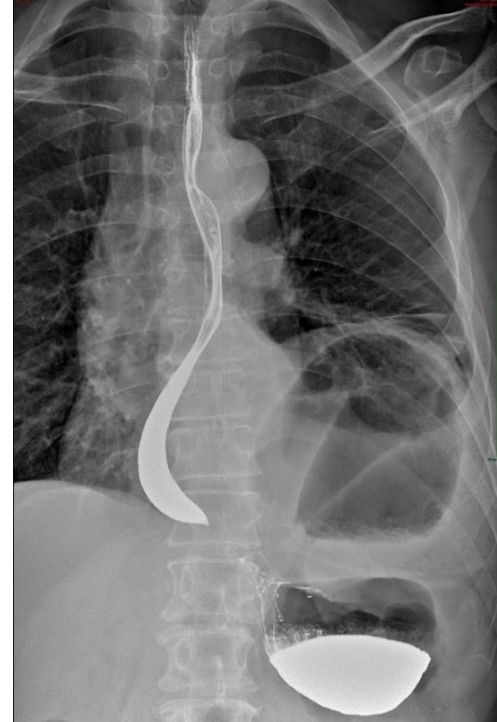
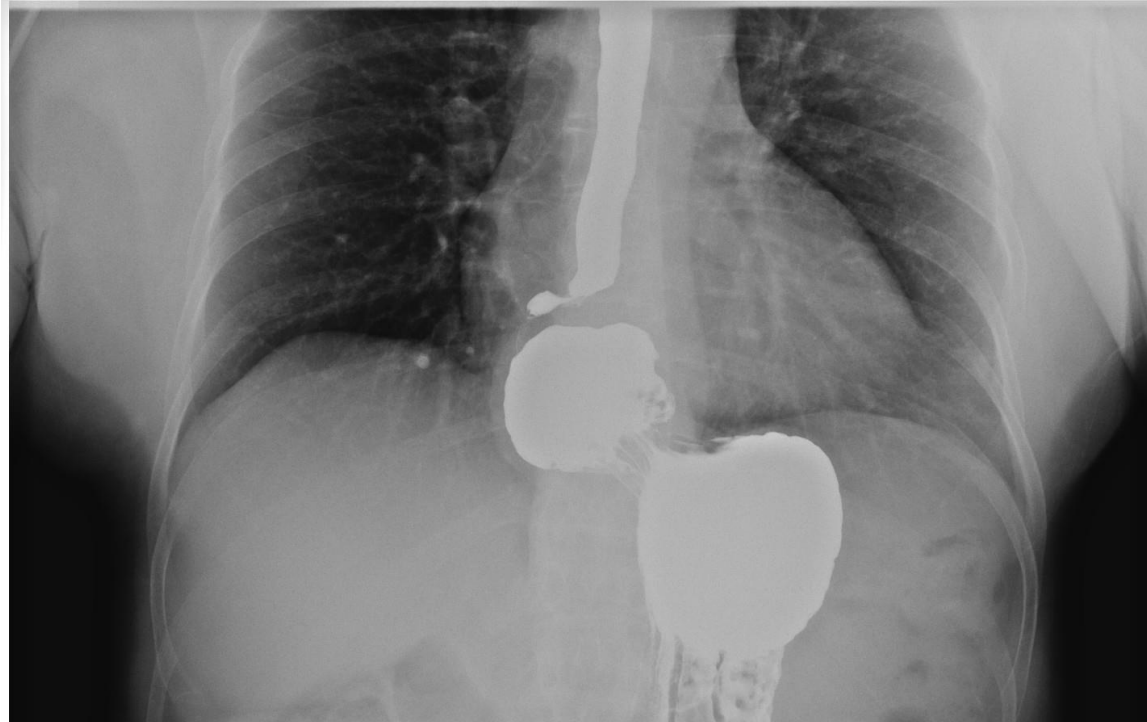
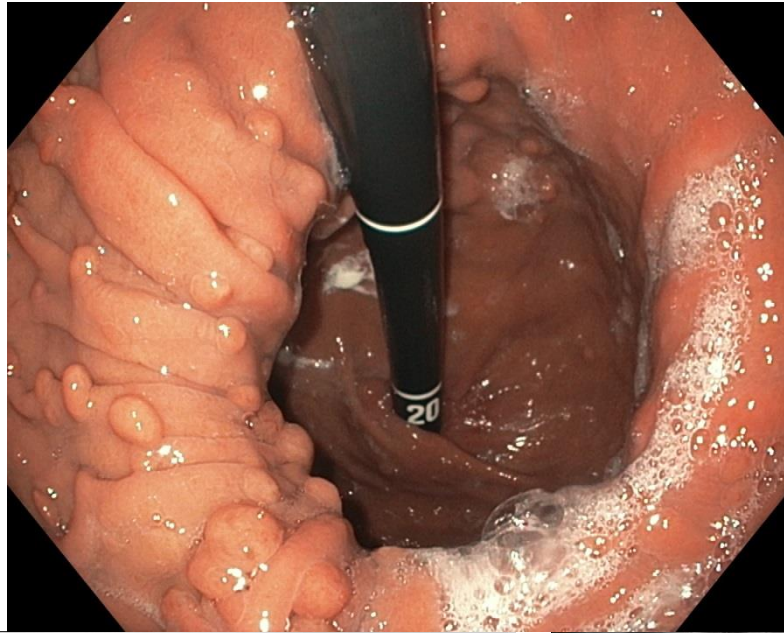
Œsophage moyen



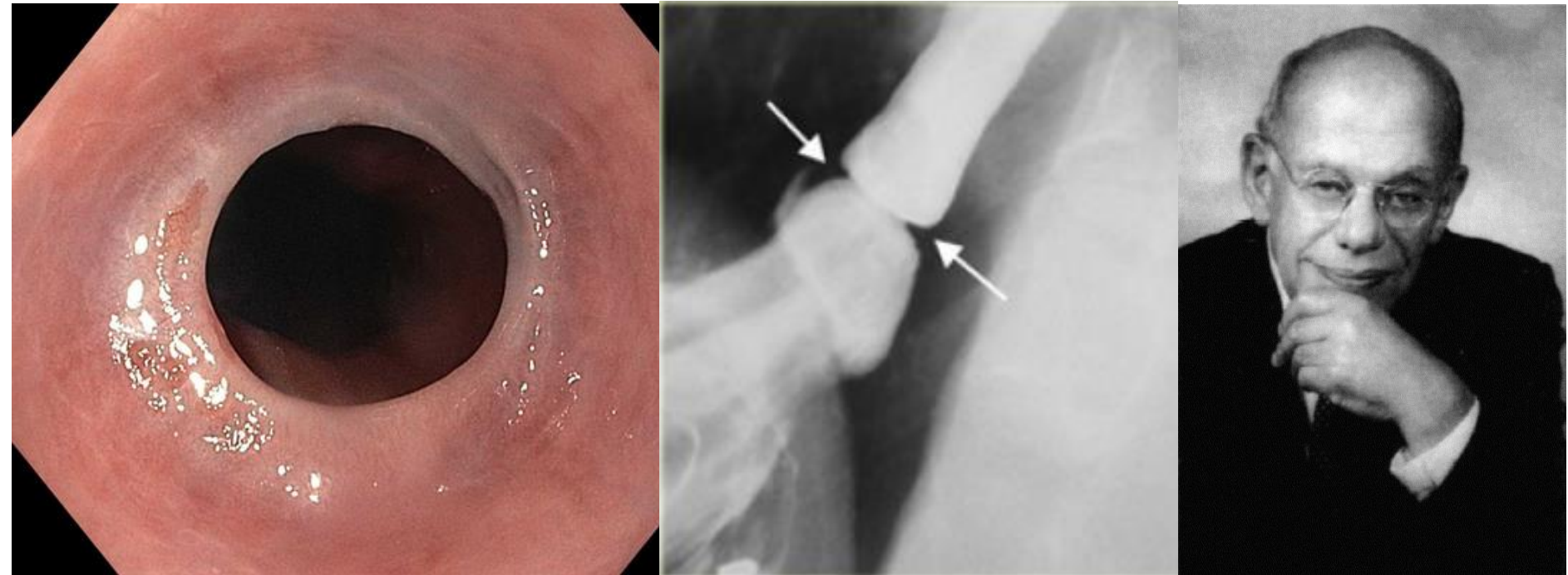
Œsophage distal (épiphrénique)



Hernie hiatale



Anneau de Schatzki



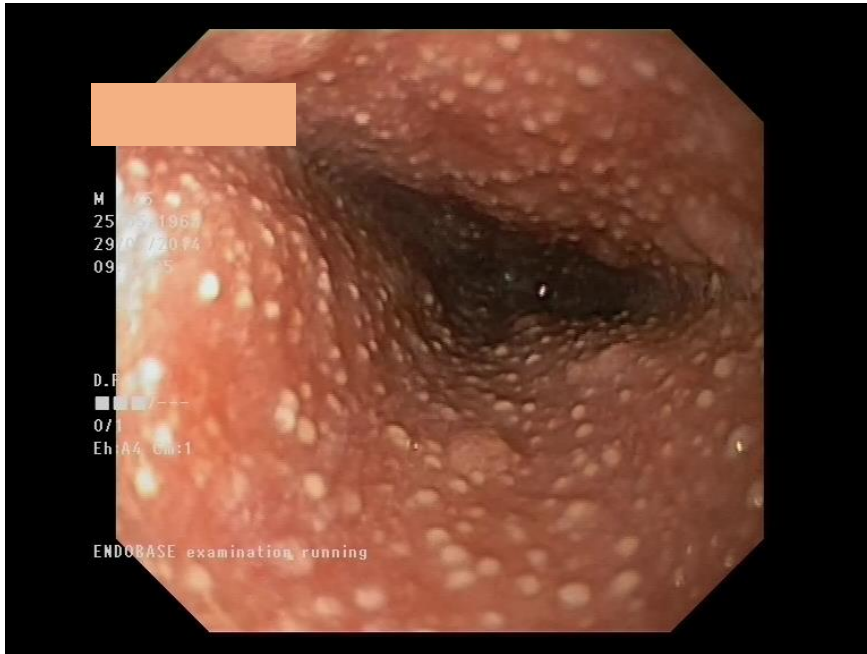
Associé au RGO

Am J Roentgenol 1955;70:911

Ne pas manquer un cancer du cardia



Œsophagite à éosinophiles



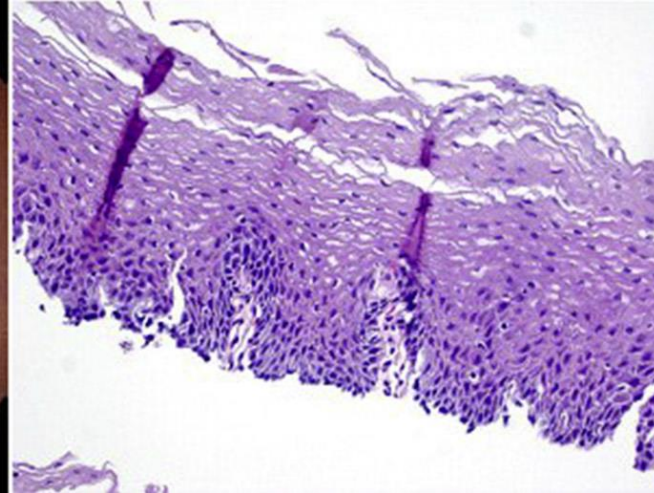
Abcès à éosinophiles “pseudomycose”

- Prévalence 1-6/10.000
- Patients jeunes, contexte allergique (> 50%)
- Douleurs thoraciques, dysphagie (pain, viande), histoire d'impaction alimentaire

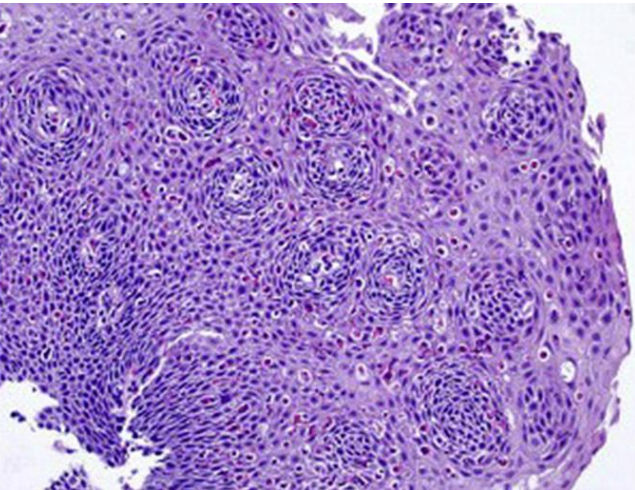
Œsophagite à éosinophiles: aspect endoscopique



Œsophagite à éosinophiles: l'endoscopie peut être normale sous IPP

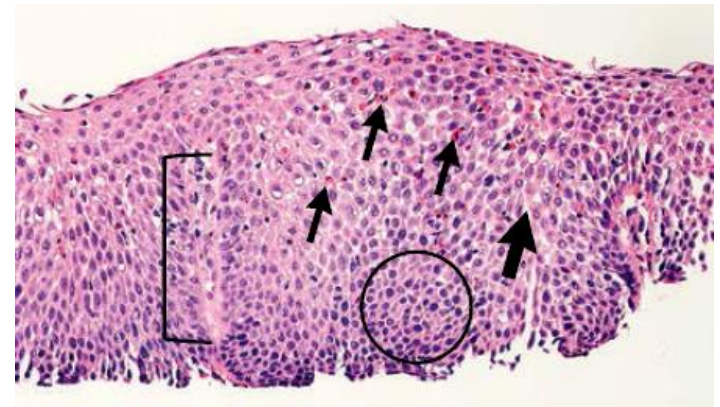
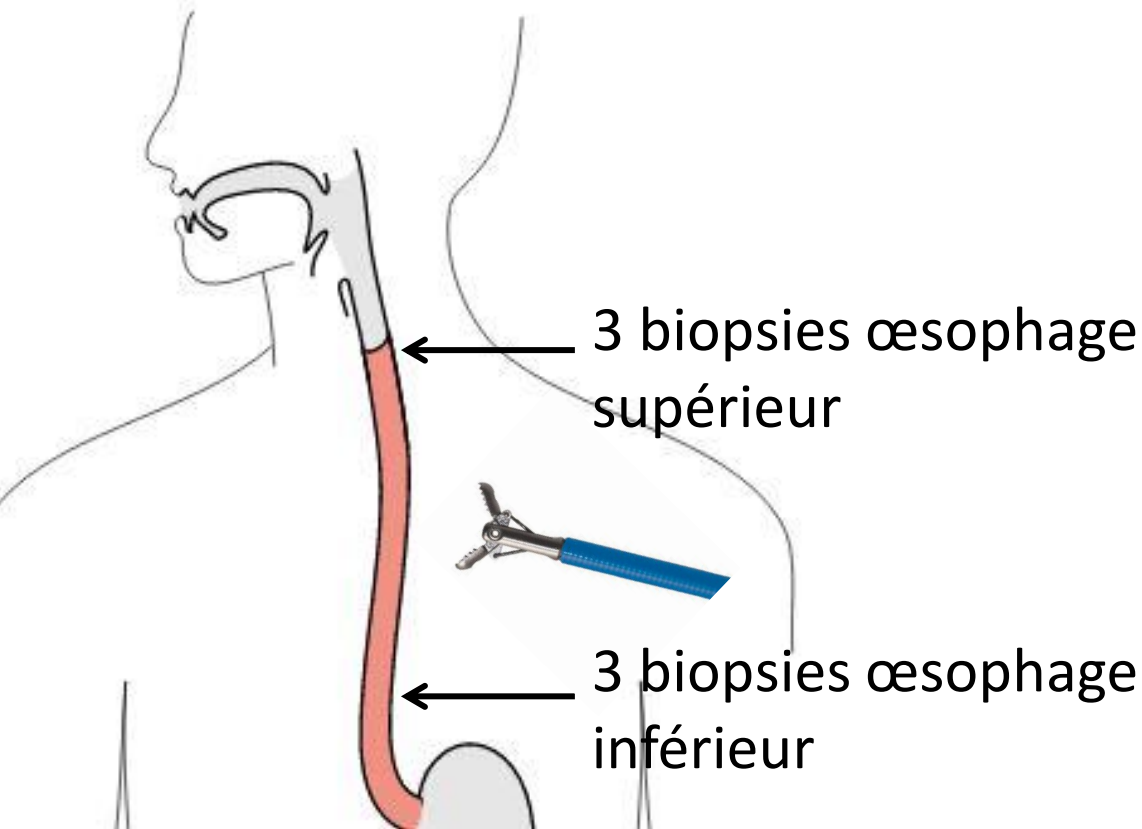


Sous IPP



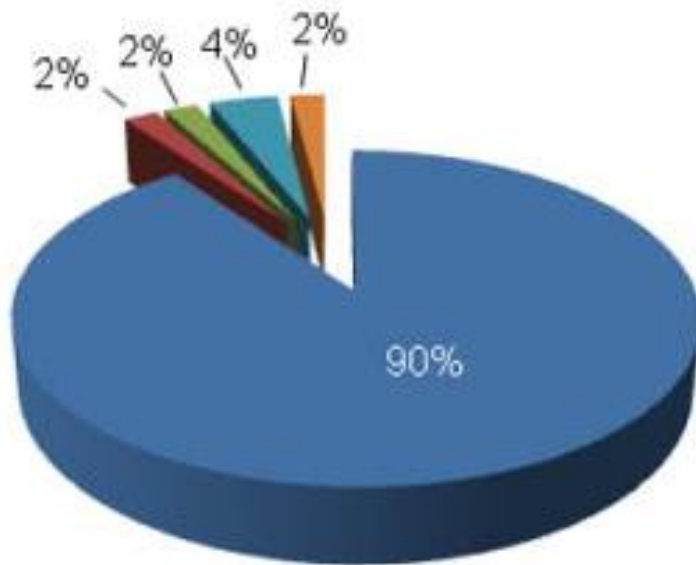
**4 semaines
arrêt IPP**

Suspicion d'œsophagite à éosinophiles: biopsier

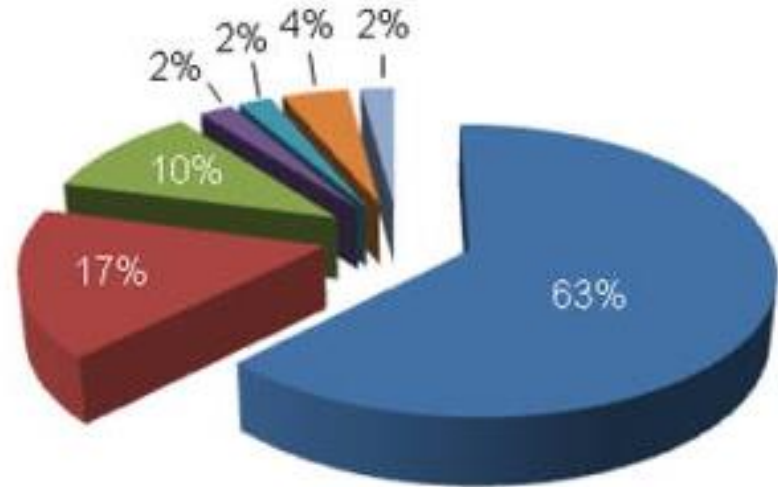


> 15 éosinophiles/champ
à fort grossissement

Troubles moteurs de l'œsophage chez patients avec œsophagite à éosinophiles



Controls (n=50)

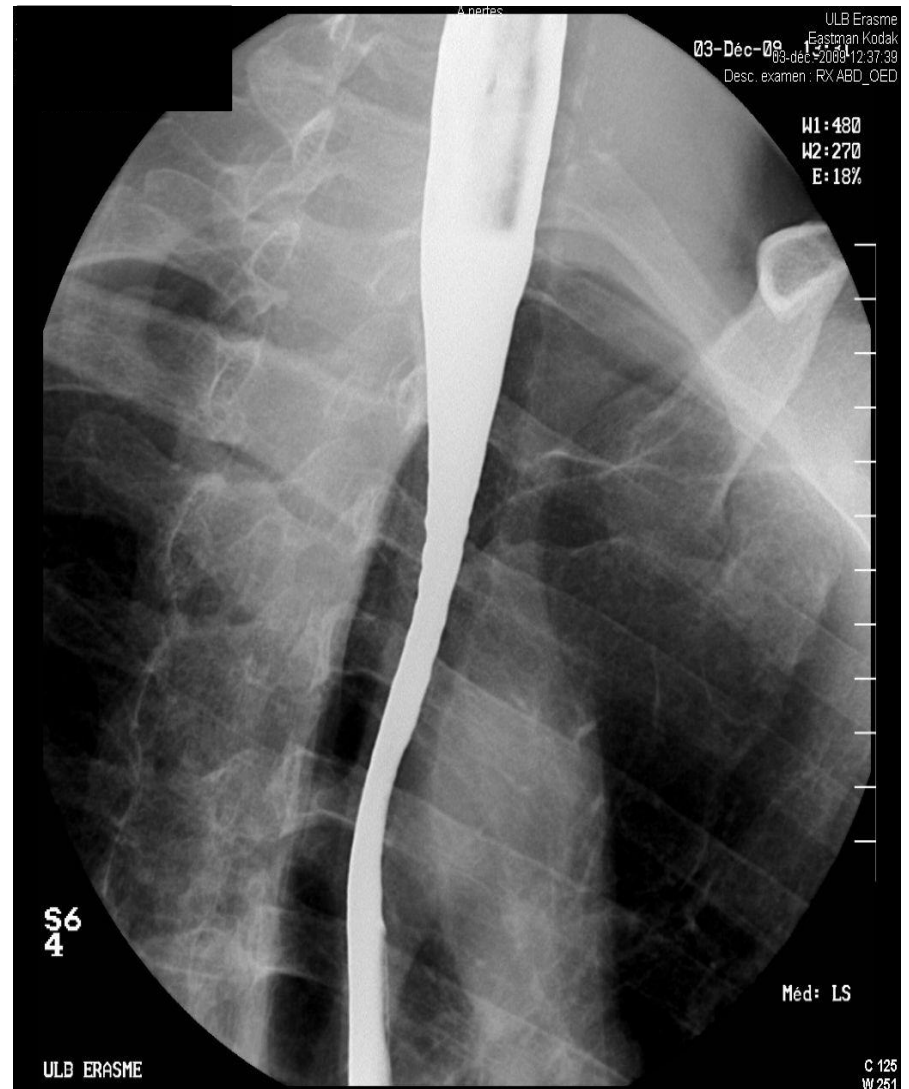
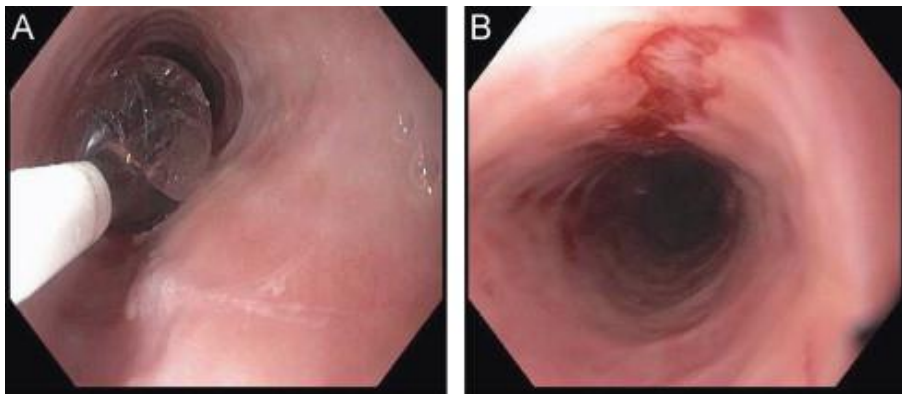


EoE patients (n=48)

- Normal
- Weak peristalsis
- Frequent failed peristalsis
- Absent peristalsis
- Hypertensive peristalsis
- Rapid contraction with normal latency
- Functional EGJ obstruction

- Dysphagie < ↓ distensibilité œsophage
- Troubles moteurs
 - < effets toxiques des éosinophiles
 - réversibles après traitement de l'œsophagite
- **Manométrie non indiquée**

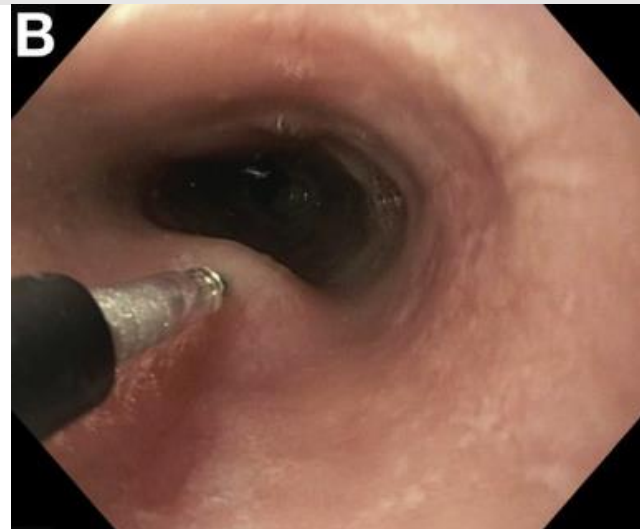
Œsophagite à éosinophiles: sténoses



Œsophagite à éosinophiles: tests allergiques?

- Identifier maladies allergiques concomitantes (ex, asthme, rhinite allergique)
 - IgE spécifiques
 - Prick tests cutanés
 - Patch tests cutanés
- L'utilité des tests d'allergie dans l'identification des déclencheurs alimentaires de l'EoE est faible chez les adultes et variable chez les enfants.
 - Aliments identifiés par les régimes d'éviction: lait, blé, œufs, soja, cacahuètes/noix, poisson/crustacés

- Pistes futures:
 - IgG4 spécifiques?
 - Prick tests œsophagiens?

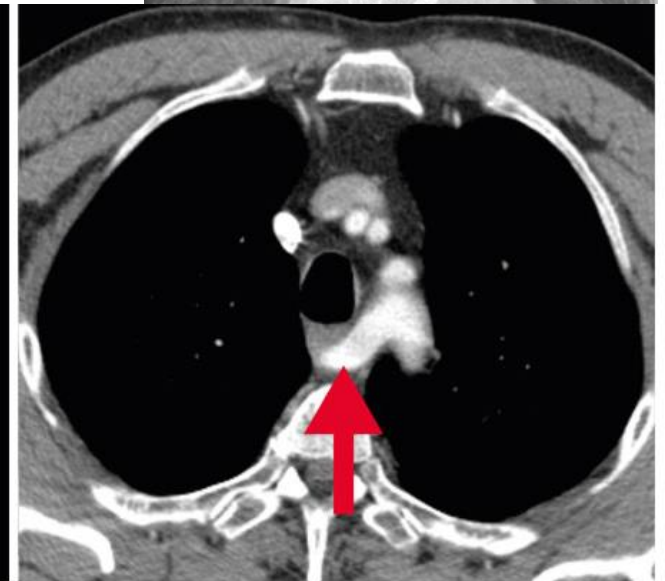


Causes rares: anomalies cardiovasculaires

Anévrysme de l'aorte thoracique



Arteria lusoria



Œsophagite radique

F 67 ans, dysphagie, OGD 3 ans après
CT-RT pour adénocarcinome pulmonaire

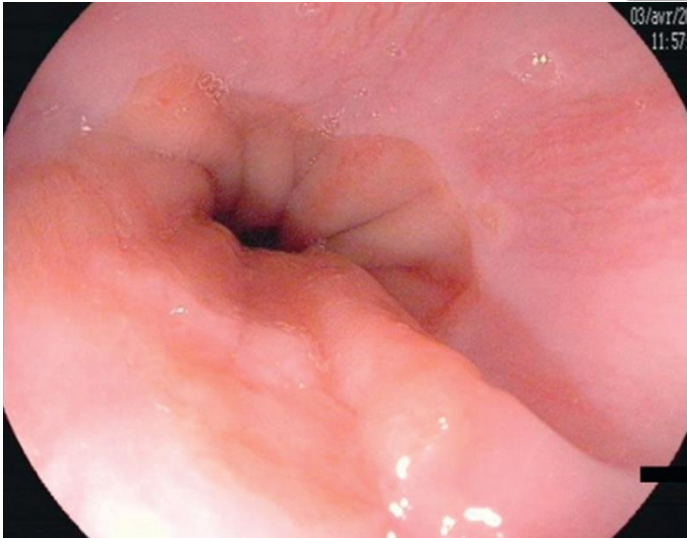


Causes rares de dysphagie

F 57 ans, lichen plan



Dysphagie œsophagienne: approche diagnostique



Dysphagia

Dysphagia localized to chest or neck, food impaction

Esophageal dysphagia

Solid & liquid dysphagia

Solid dysphagia

Propulsive

Structural

Odynophagia

- Achalasia (primary or secondary)
- Spastic disorder
- Absent peristalsis
- GERD with weak peristalsis

- Intermittent
 - Schatzki ring
 - Esophageal web
- Progressive
 - Neoplasm
- Variable
 - Peptic stricture
 - Eosinophilic esophagitis
 - Surgical stenosis
 - Radiation esophagitis
 - Esophageal diverticula
 - Congenital esophageal stenosis
 - Hiatal hernia
 - Extrinsic compression

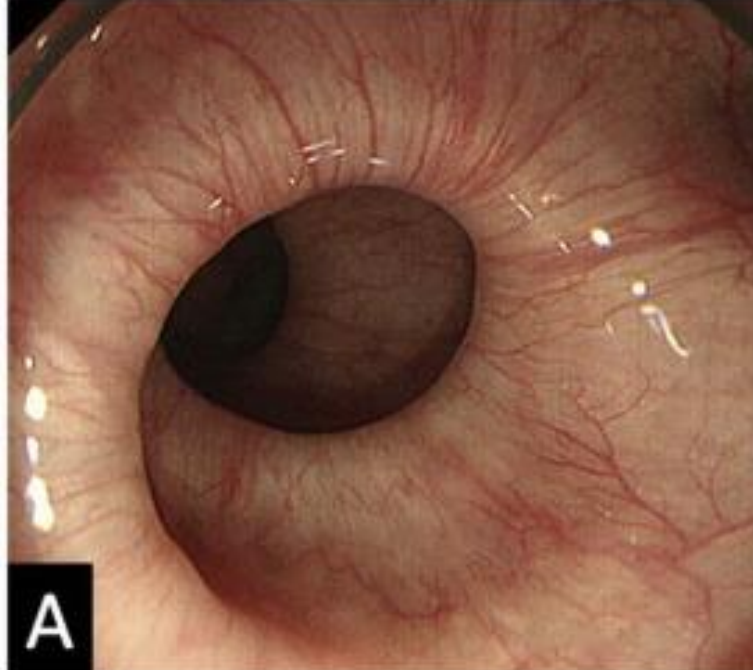
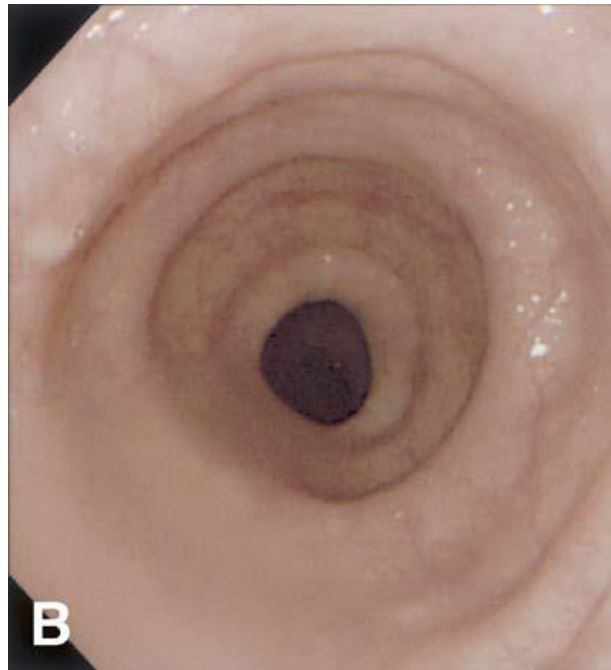
- Pill esophagitis
- Infectious esophagitis
- Caustic injury
- Chemotherapy mucositis
- Sclerotherapy
- Crohn's disease
- Behcet's syndrome
- Bullous/cicatrical pemphigoid

OGD: pas d'anomalie



RX transit baryté de l'œsophage
Manométrie œsophagienne

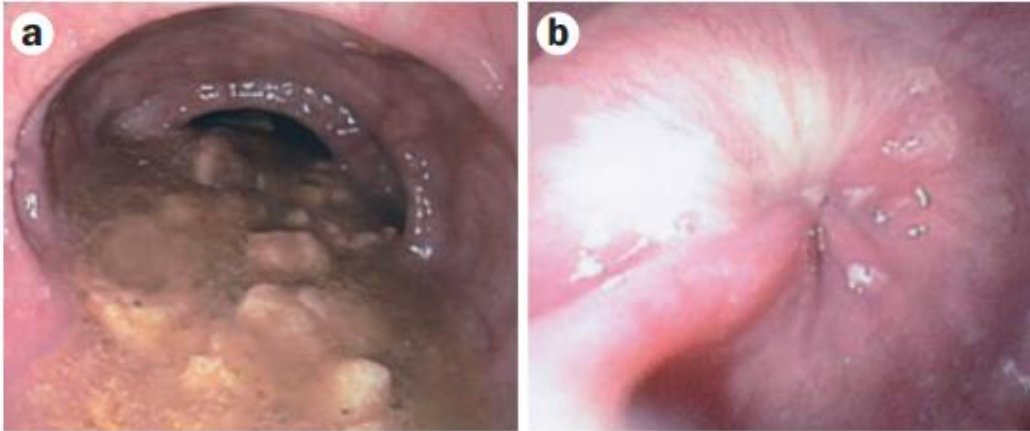
Troubles moteurs suspectés à l'endoscopie et ou l'imagerie



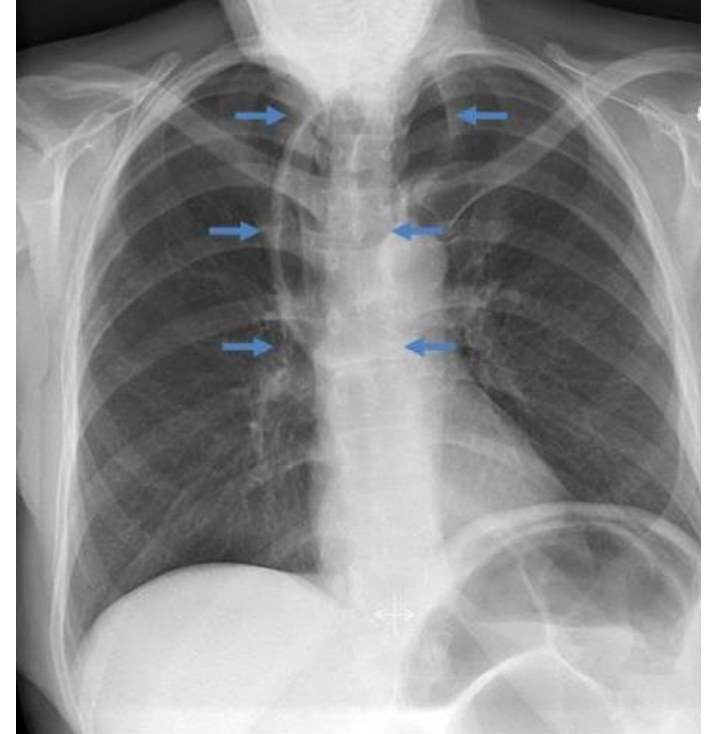
Contractions tertiaires



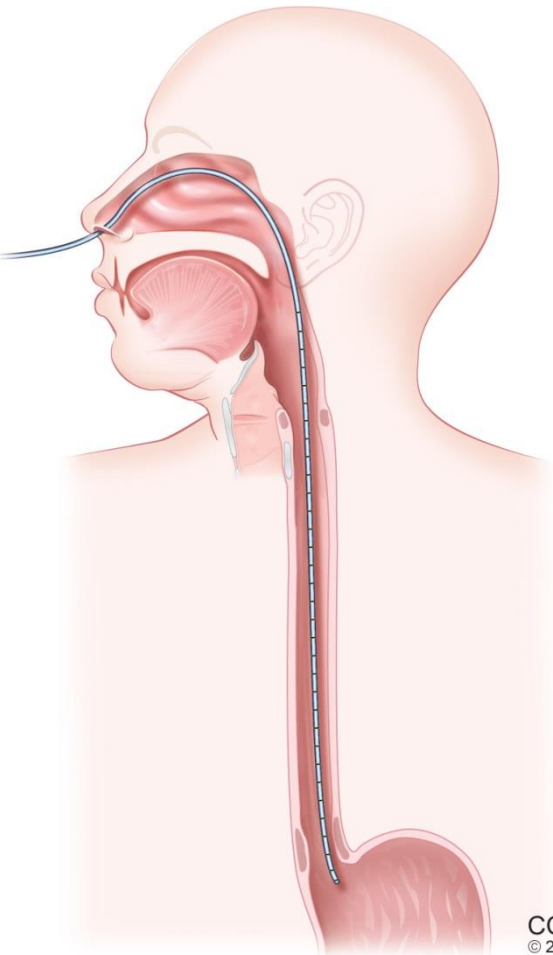
Achalasie suspectée à l'endoscopie ou l'imagerie



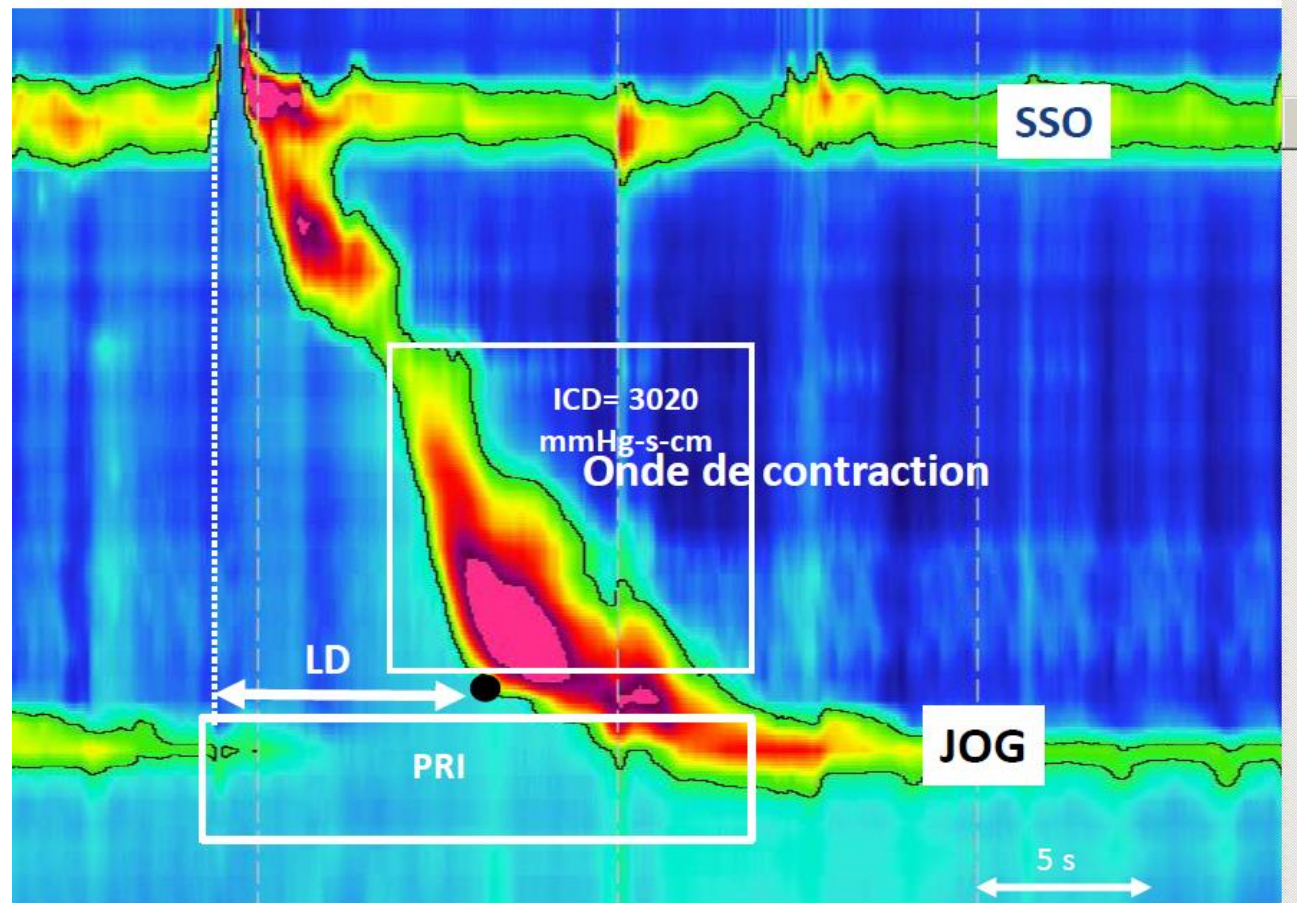
Zerbib & Omari, Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2015



- Achalasia prévalence 10/100.000
- Exclure pseudoachalasia (tumeur infiltrant le cardia)
 - âge > 60 ans, amaigrissement ++, symptômes d'apparition récente
 - CT thoraco-abdominal, EUS-FNA



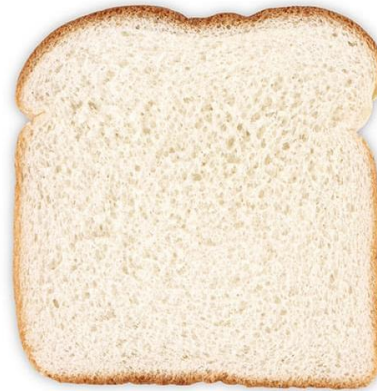
CCF
© 2017



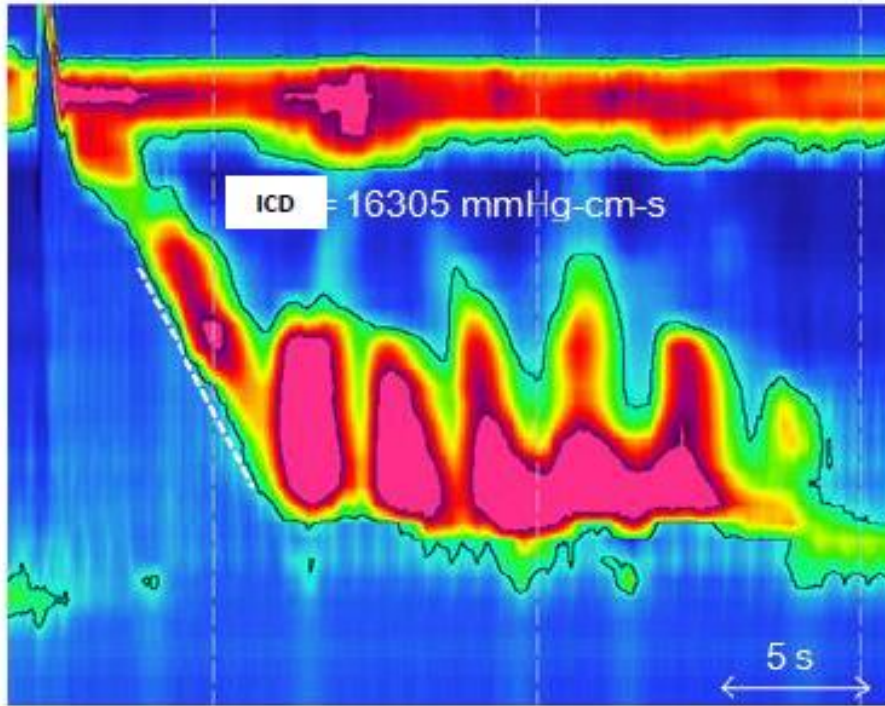
- Topographie des pressions de l'œsophage
- Evaluation spatio-temporelle de l'activité motrice du pharynx à l'estomac

Manométrie œsophagienne: « tests de provocation »

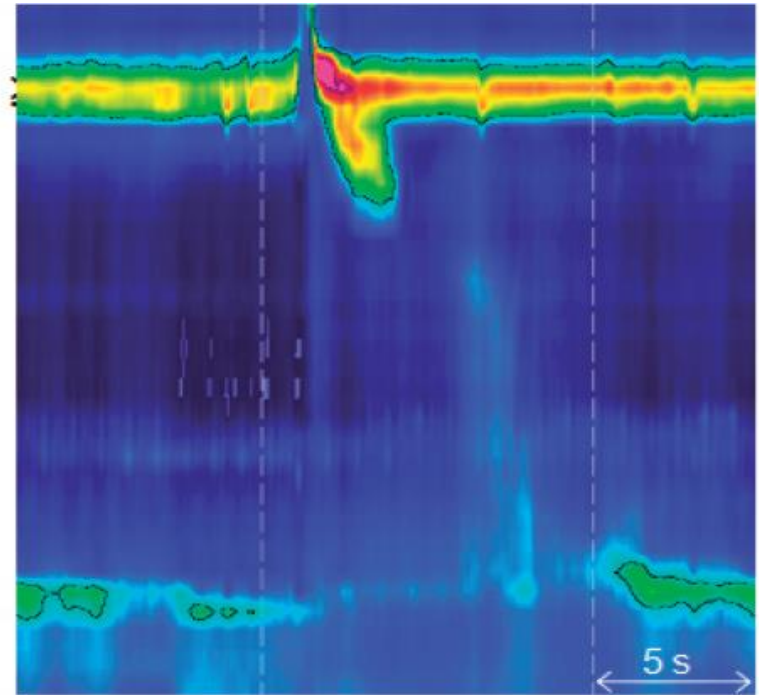
- Déglutitions rapide 5 gorgées eau
Évaluer la réserve péristaltique
- Boire un verre de 200 mL eau
Détection d'une obstruction de la jonction œsogastrique
- Repas solide (riz, tartine)
Détection d'une obstruction de la jonction œsogastrique
Dévoiler un trouble spastique
Le test aux solides augmente le rendement diagnostique de la manométrie



Dysphagie: spasticité ou hypomotilité?



Œsophage hypercontractile



Contractilité absente

Jackhammer



Classification des troubles moteurs (Chicago v.4)

Esophageal Peristalsis

Hypomotility

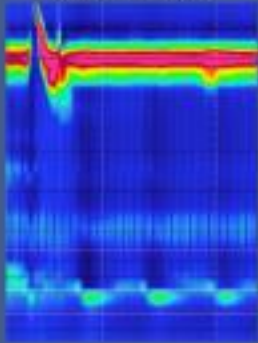
Spasticity

EGJ Physiology

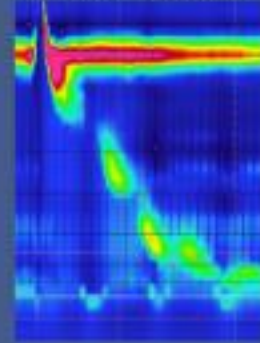
Without EGJ outflow disorder

Disorders of EGJ Outflow

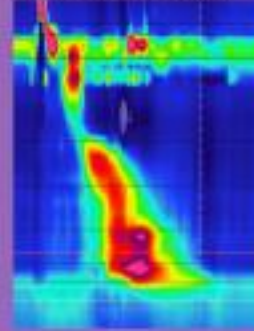
Absent Contractility



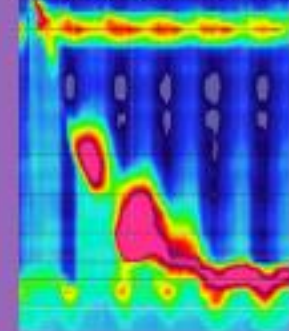
Ineffective Esophageal Mobility



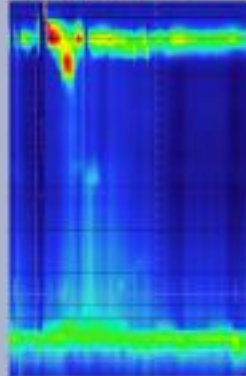
Distal Esophageal Spasm



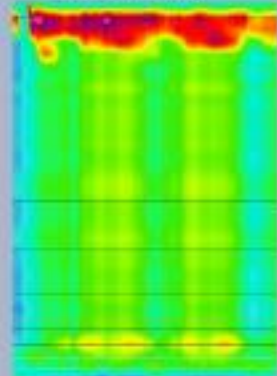
Hypercontractive Esophagus



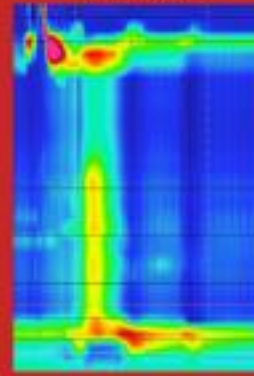
Type 1 Achalasia



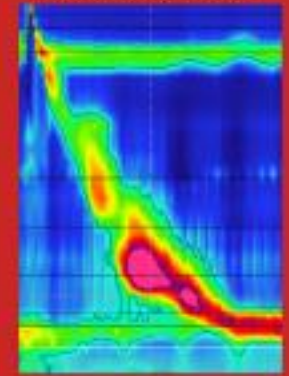
Type 2 Achalasia



Type 3 Achalasia



EGJ Outflow Obstruction*



Classification des troubles moteurs (Chicago v.4)



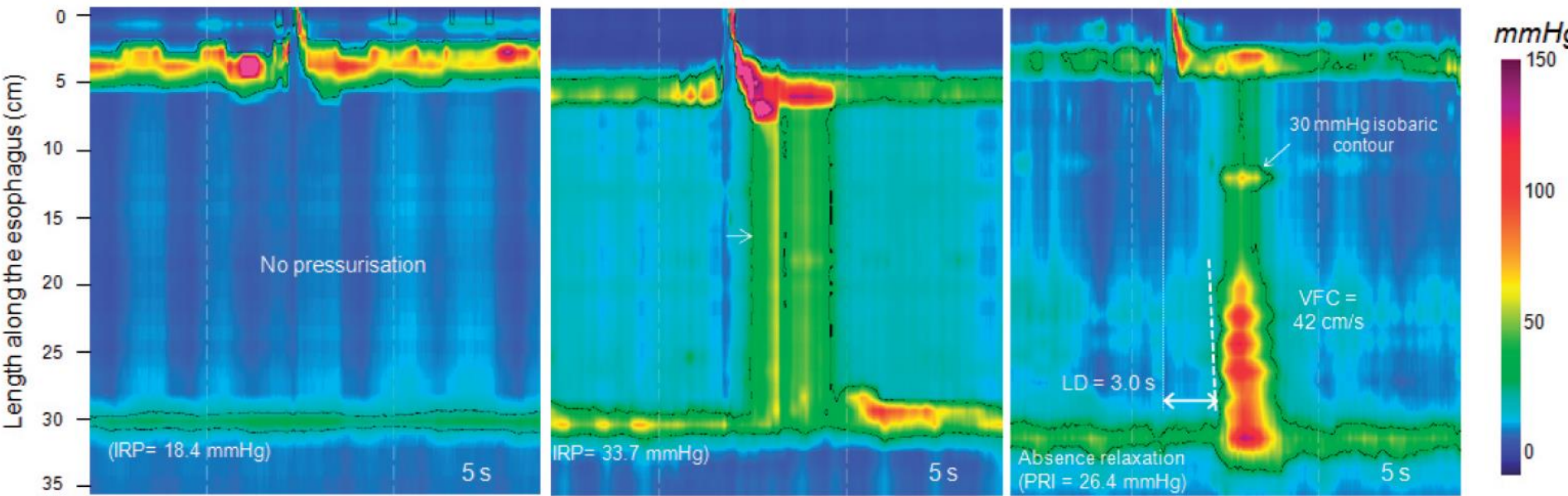
- **En principe, troubles non observés chez un individu asymptotique**
- **Troubles liés à une obstruction de la JOG**
 - ❖ Achalasie (types I à III)
 - ❖ Obstruction fonctionnelle de la jonction gastrique
- **Troubles du péristaltisme**
 - ❖ Spasmes de l'œsophage
 - ❖ Œsophage hypercontractile
 - ❖ Péristaltisme absent
 - ❖ Péristaltisme inefficace

Achalasie: imagerie (bouchée barytée)



Identification de 3 sous-types d'achalasia

Relaxation anormale SOI, péristaltisme anormal



Type I

Type II

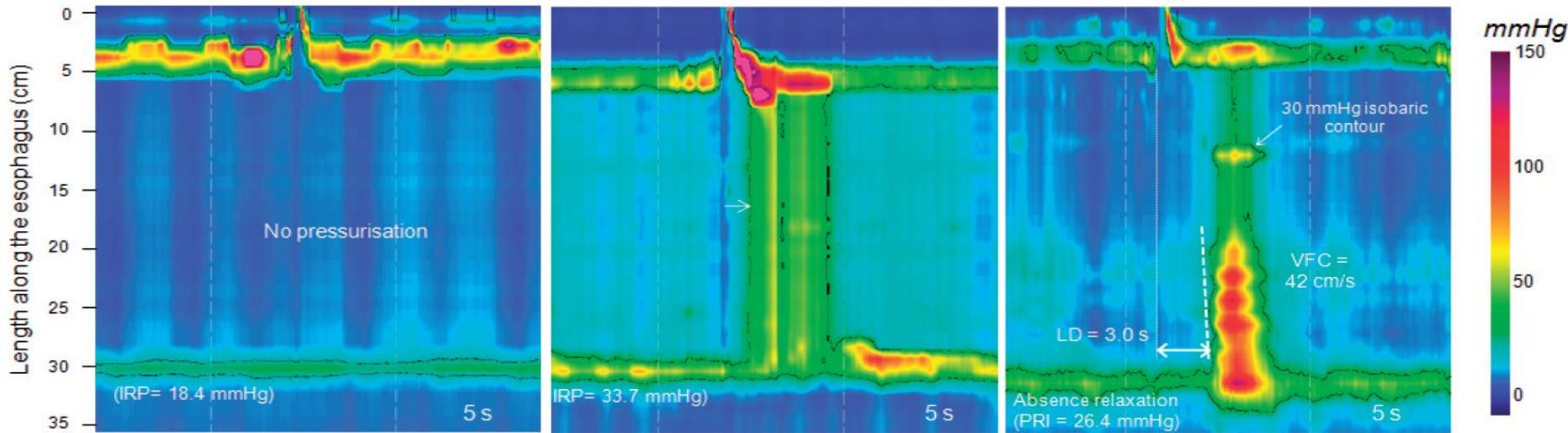
Type III

Contractilité absente

Contractilité absente
Pressurisation

> 20%
Contractions prématurées

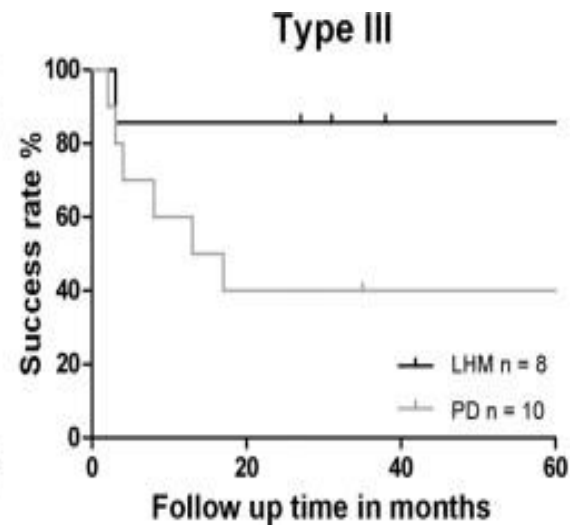
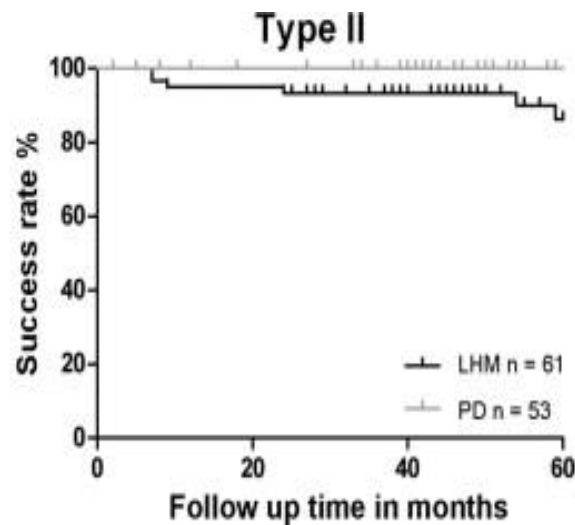
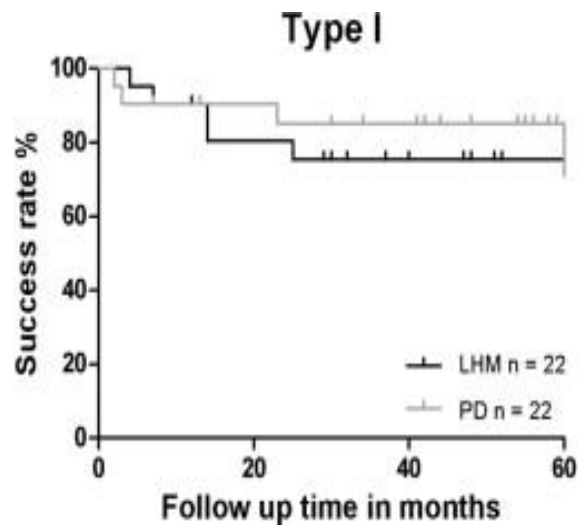
Identification de 3 sous-types d'achalasia: implications thérapeutiques



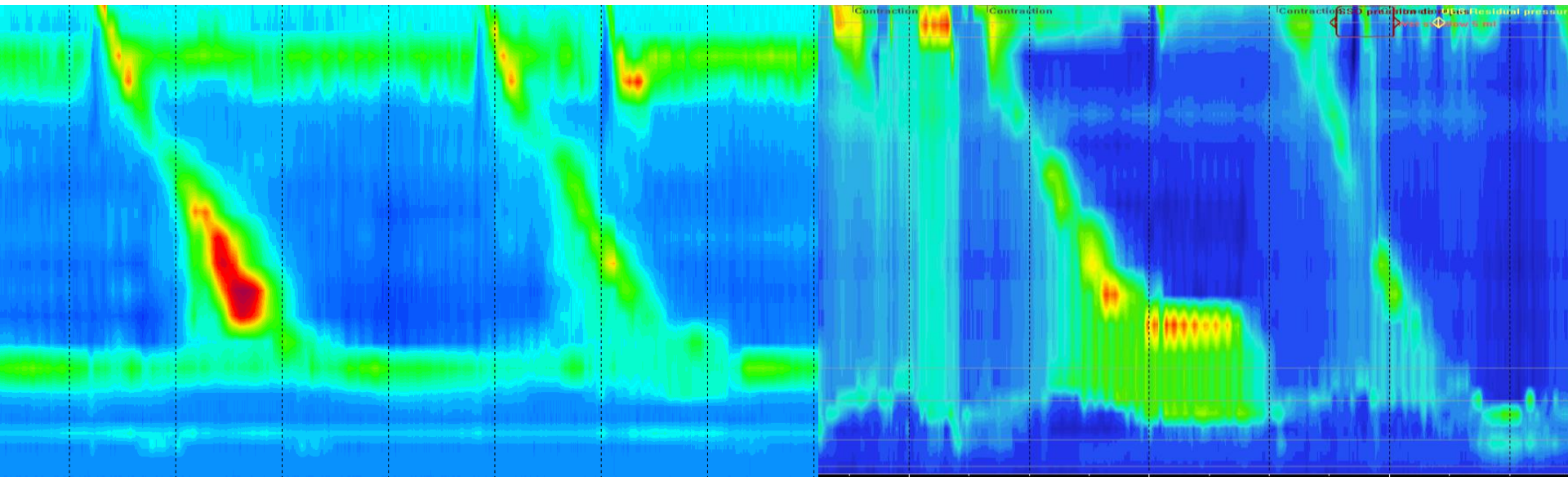
Type I

Type II

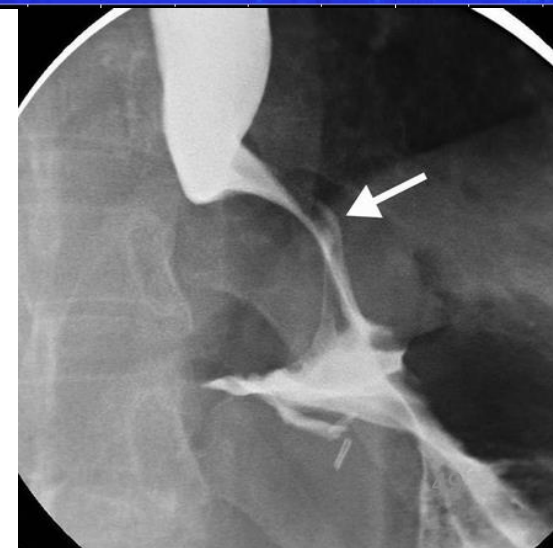
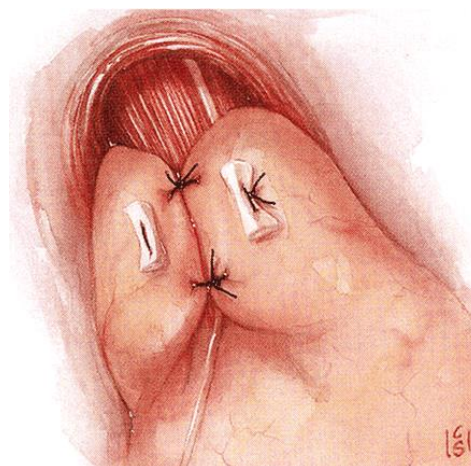
Type III



Obstruction de la jonction œsogastrique

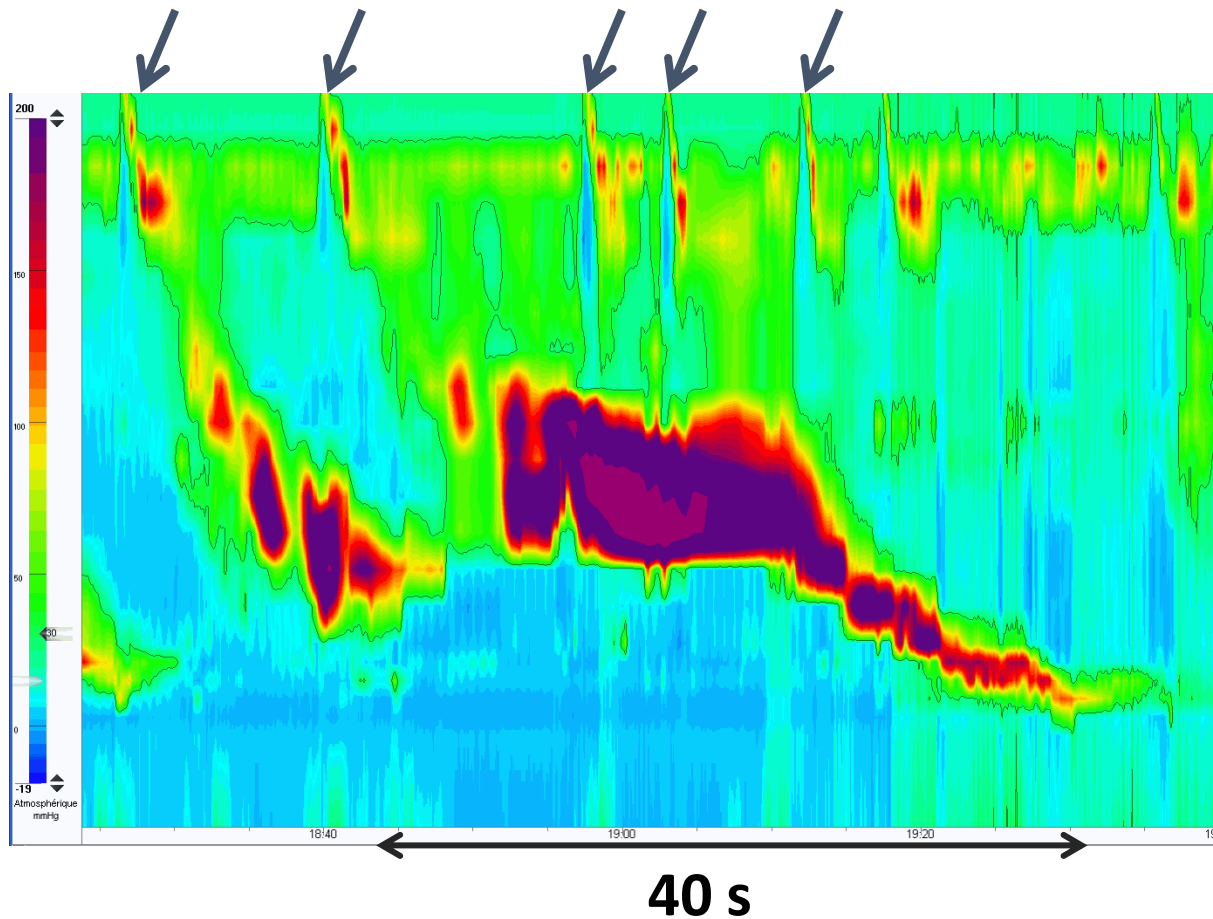


Dysphagie post fundoplicature
(Nissen)

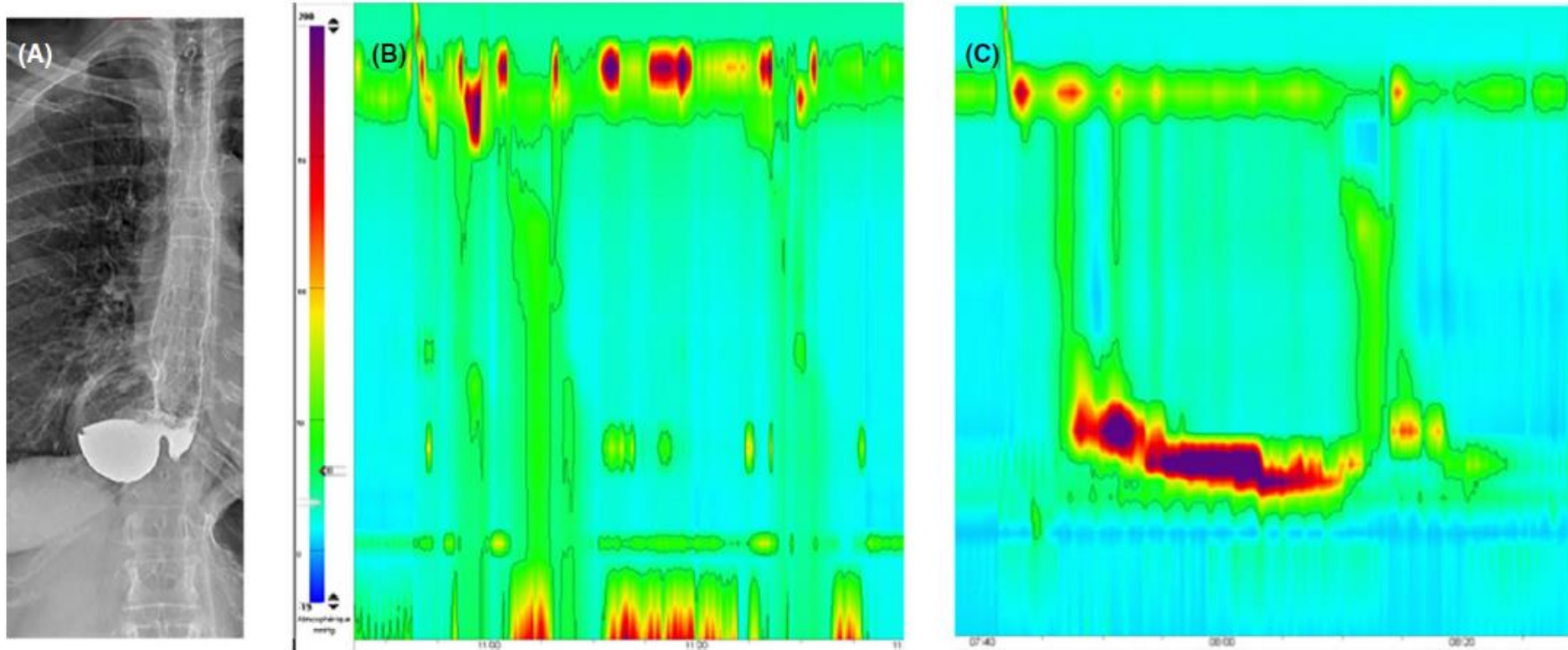


Œsophage hypercontractile

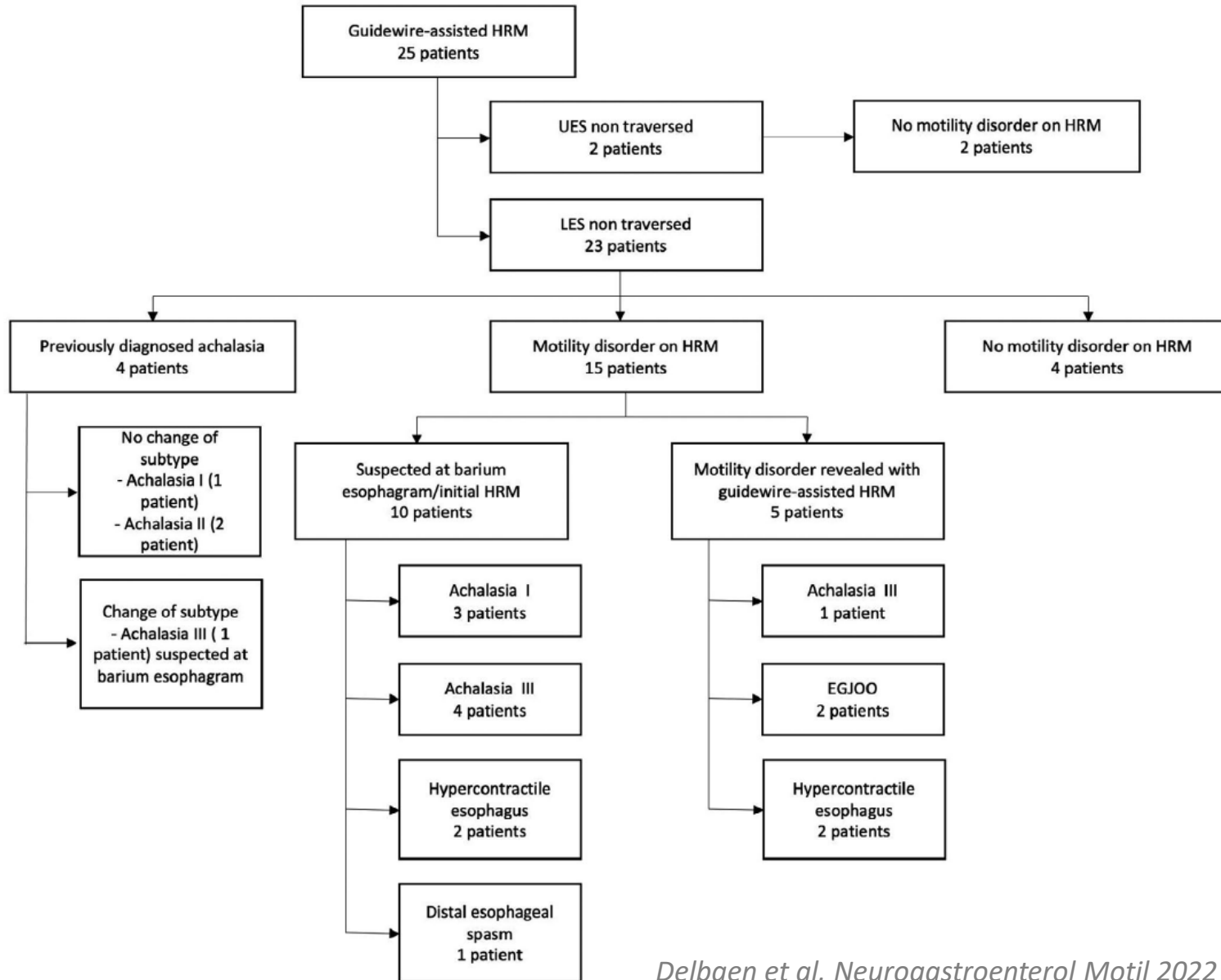
- Anciennement: œsophage casse noisette
- Ondes toniques, prolongées (> 20 s)
- Prise d'opiacés?



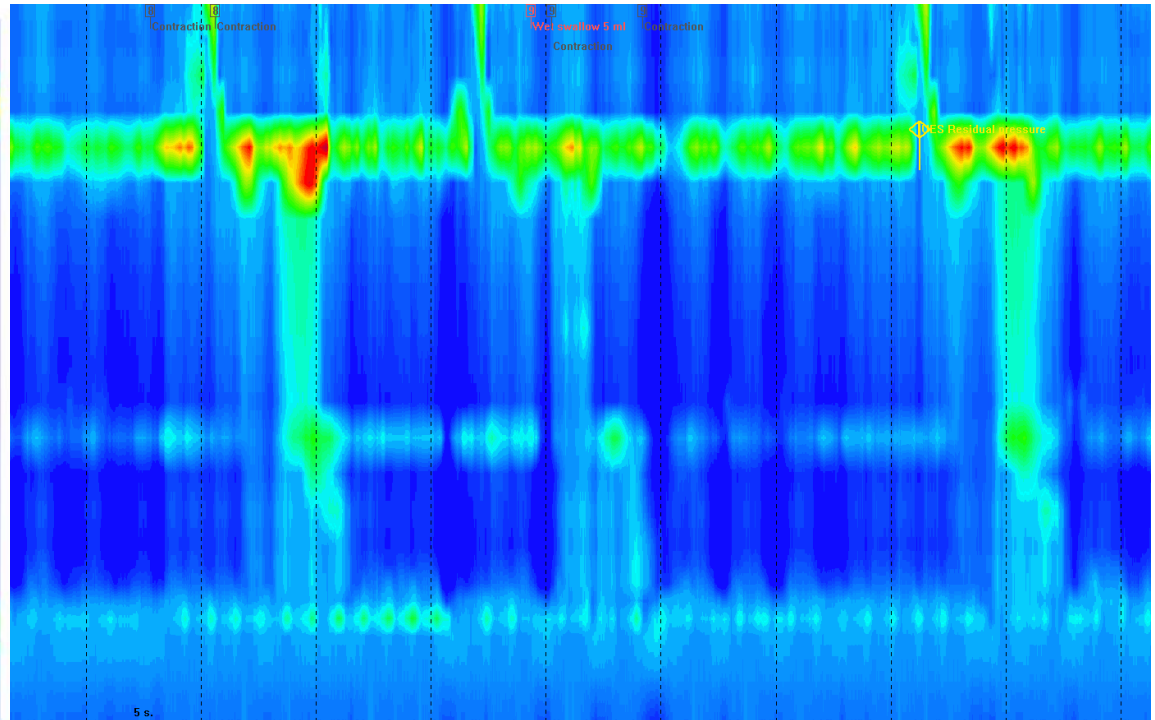
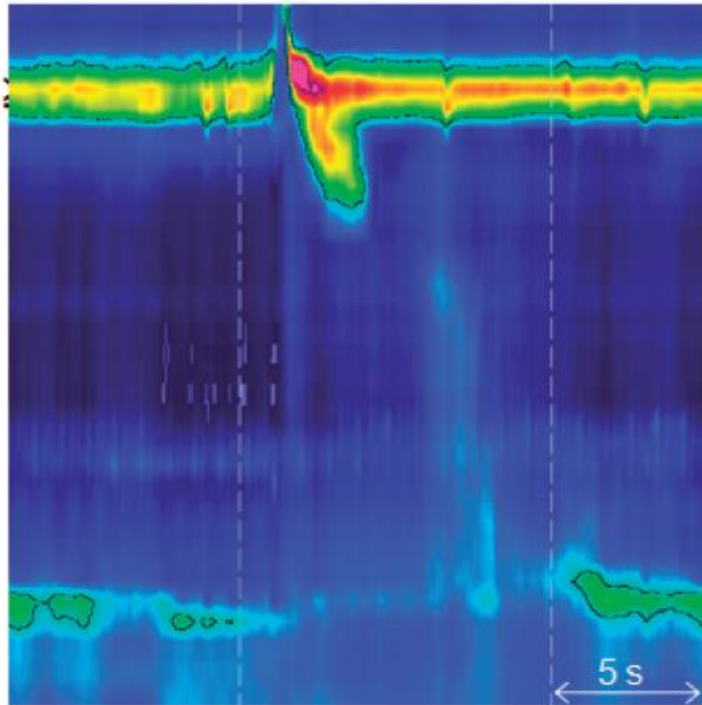
Diverticules œsophagiens et troubles moteurs associés



Manométrie sur fil-guide en cas d'échec du passage du cardia

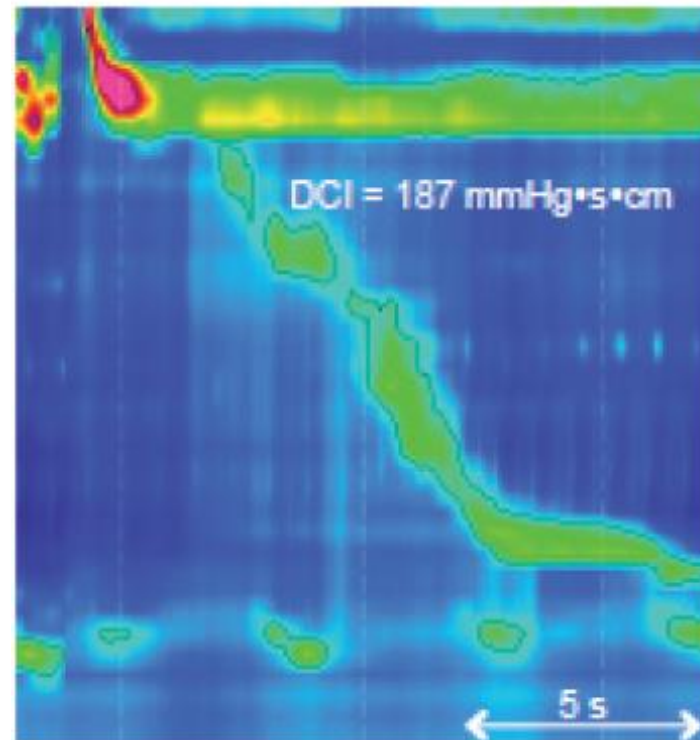
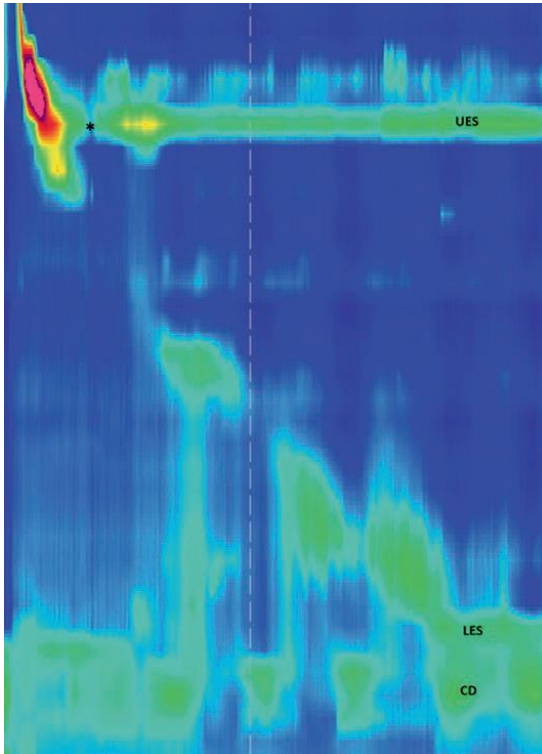


Péristaltisme absent



- Sclérodermie
- Associé au RGO

Péristaltisme inefficace



- « Ondes hypotensives »
- ≥ 70 % déglutitions inefficaces ou > 50 % ondes absentes
- Associé au RGO

Et si tous les examens sont normaux?

Dysphagie fonctionnelle

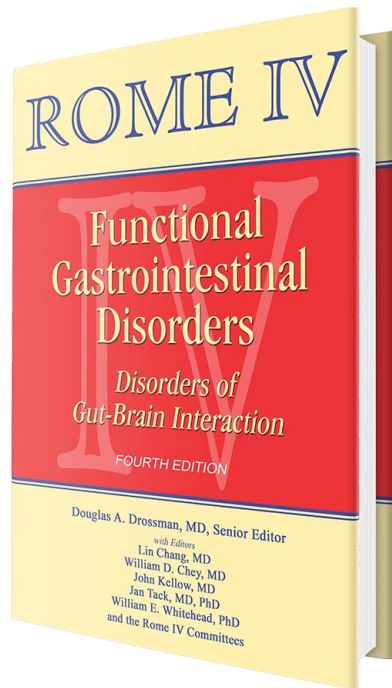
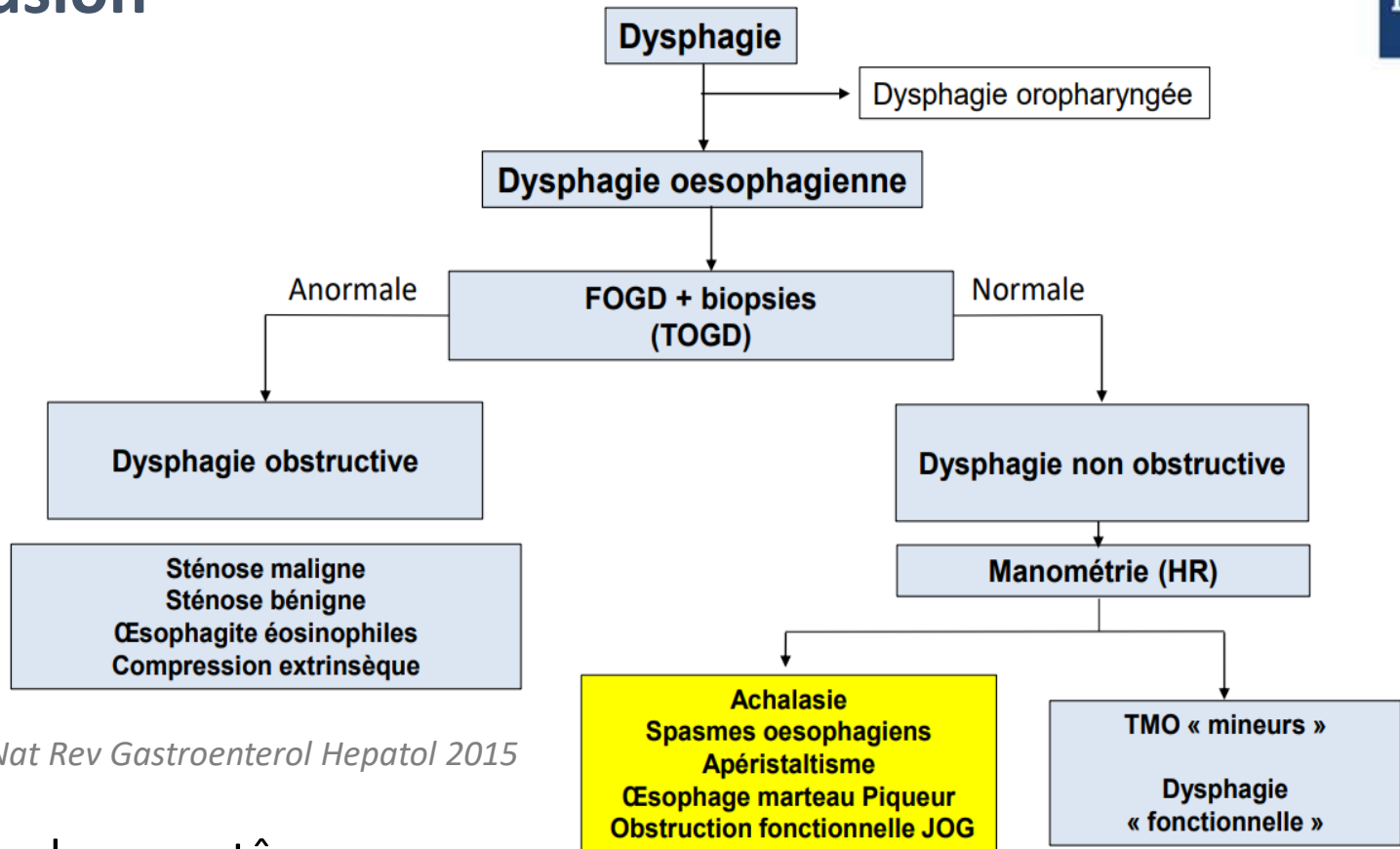


Table 1. Functional Esophageal Disorders

- Functional chest pain
- Functional heartburn
- Reflux hypersensitivity
- Globus
- Functional dysphagia

Conclusion



Zerbib & Omari, Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2015

- ❖ Caractériser les symptômes
- ❖ Différencier dysphagie oro-pharyngée / œsophagienne
- ❖ L'OGD est l'examen de première intention
- ❖ RX bouchée barytée (anomalie structurelle, trouble moteur)
- ❖ Manométrie œsophagienne: examen de choix pour identifier un trouble moteur
- ❖ Penser à l'œsophagite à éosinophiles (patients jeunes)!

Merci de votre attention!

