

## ITEM 308 : DYSPHAGIE

### DEFINITION

<b>Dysphagie</b>	Blocage/gêne à la progression des aliments
<b>Dysphagie haute</b>	= Au niveau du cou
<b>Dysphagie basse</b>	= Au niveau rétro-sternal
<b>Dysphagie élective</b>	Prédominant sur les solides – Le + svt organique
<b>Dysphagie paradoxale</b>	Prédomine sur les liquides – Le + svt fonctionnelle
<b>Aphagie</b>	Empêche toute alimentation

### ETIOLOGIES

#### Dysphagie organique

<b>Tumorale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer de l'œsophage ou du cardia</li> <li>- Sténose anastomotique après oesophagectomie : biopsie pour recherche d'une récurrence K sur cicatrice</li> <li>- Compression extrinsèque par une tumeur de voisinage [EOGD : Muqueuse oesophagienne N refoulée – TDM]</li> </ul>
<b>Infectieuse</b>	- Terrain ID → Sérologie VIH : Candida – CMV – HSV
<b>Iatrogène</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oesophagite médicamenteuse : Biphosphonates – K+ - Aspirine/AINS</li> <li>- Oesophagite radique</li> </ul>
<b>Toxique</b>	Oesophagite caustique
<b>RGO</b>	Oesophagite peptique sténosante
<b>Malformation</b>	Diverticule de Zencker : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hernie muqueuse + sous-muqueuse à la face post de la jct° pharyngo-oesophagienne</li> <li>- Dysphagie haute positionnelle</li> <li>- Régurgitations d'aliments non digérés lors de la rotation de la tête/pression du cou</li> <li>- Toux nocturne</li> <li>- Tuméfaction cervicale</li> <li>- Haleine fétide</li> <li>- TOGD : Image d'addition au 1/3 sup de l'œsophage</li> <li>- TTT endoscopique ou chirurgical</li> </ul> Sd de Plummer Vinson : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mbne au 1/3 sup de l'œsophage + carence en fer</li> <li>- TTT : Résection endoscopique de la membrane + Supplémentation en fer</li> </ul> /!\ Surveillance EOGD annuel car FdR de K épidermoïde Anneau de Schatzki <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anneau oesophagien du bas œsophage</li> <li>- TTT par dilatation endoscopique</li> </ul>
<b>Autres</b>	CE – Dysphagie post-fundoplicature (régresse en 6-12 semaines – EOGD sinon)

#### Dysphagie fonctionnelle = Tb moteur oesophagien

<b>Primitif</b>	Achalasie = Méga œsophage idiopathique	Clinique : Femme d'âge mur – Dysphagie d'allure fonctionnelle Paraclinique : <ul style="list-style-type: none"> <li>- TOGD : Rétrécissement du bas œsophage en queue de radis – Dilatation d'amont – Poche à air oesophagienne et non gastrique</li> <li>- Manométrie : Apéristaltisme du corps oesophagien – Hypertonie de repos du SIO – Défaut de relaxation du SIO à la déglutition</li> <li>- C° : Fausses routes/PNP d'inhalation : prévenues par le TTT</li> </ul> K épidermoïde non prévenu par le TTT : dépistage → EOGD si modification des signes cliniques – Récidive de la dysphagie - Douleur
-----------------	--	--

		<p>TTT :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médical : DN – Inh calcique</li> <li>- Endoscopie : Dilatation pneumatique du SIO</li> <li>- Chir : Cardiomyotomie extra-muqueuse + système anti-reflux si échec du TTT endoscopique (persistance des sptmes &gt; 3 séances)</li> </ul>
	Maladie des spasmes diffus oesophagiens	<p>Clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysphagie intermittente – Intensité variable</li> <li>- DT pseudo-angineuse – Déclenchée ½ fois par alimentat° – Soulagée par DN</li> </ul> <p>Paraclinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TOGD : Œsophage en pile d'assiettes</li> <li>- Manométrie : Contractions synchrones de tout le corps oesophagiens au sein d'un péristaltisme normal</li> </ul> <p>TTT : DN – Inh. Calcique</p>
<b>Haire</b>	Pseudo-achalasia	<p>= Compression extrinsèque du plexus d'Auerbach (cardia) [tumeur pancréatique ou du cardia] CI : 50 ans – Sptmes rapidement progressifs – Perte de poids</p>
	Connectivite Sclérodermie ++	<p>Possible CREST sd : Calcinose sous-cutanée – Raynaud – Tb oesophagien – Sclérodactylie - Télangiectasies</p>
		<p>Manométrie : Hypopéristaltisme du bas œsophage – Hypotonie sévère du SIO</p>
	Neuropathie	<p>TTT : /!\ CI au TTT chirurgical du RGO (aggraverait les sptmes)</p> <p>Diabète - Amylose</p>

### Oesophagite caustique

Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysphagie complète et douloureuse</li> <li>- Préciser : Nature – Qté – Heure d'ingestion – Caractère volontaire ou accidentel – Médicament/Aliment associés</li> <li>- Examen clinique à répéter ++</li> <li>- Cste – Coloration des téguments – Examen endobuccal – Abdo – Thoracique – TR</li> </ul>
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bio : NFSpq – BR – BHC – Glycémie – TP-TCA – Gpe Rh RAI – GDS lactates – Recherche de toxiques</li> <li>- ASP : perforation ?</li> <li>- Fibro bronchique si dyspnée</li> <li>- FOGD en l'absence de gravité/complication entre H3 et H24</li> </ul>
TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MEC : ½ assis – A jeun – Pas de vomissements</li> <li>- VVP +/- remplissage +/- O2 +/- trachéotomie</li> <li>- CorticoT si œdème laryngé</li> <li>- ATB si PNP</li> </ul>

### CLINIQUE

<b>Dysphagie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paradoxe ou élective</li> <li>- Ancienneté</li> <li>- Intensité</li> <li>- Retentissement : Poids – Etat d'hydratation</li> <li>- Douleurs (odynophagie)</li> </ul>	
<b>OD</b>	Signes associés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Néoplasie : Dysphonie – Dyspnée – Hypersialorrhée – Hoquet – Fausses routes – ADP – AEG</li> <li>- Tb moteurs oesophagiens : DT rétrosternales – Régurgitations – Pyrosis</li> <li>- MAI : Vitiligo – Raynaud – Arthralgies – Sd sec – Sclérodactylie</li> </ul>
	Terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Age : Jeune = Fonctionnel / Agé = organique</li> <li>- ATCD d'ingestion de caustique</li> <li>- TTT</li> <li>- VIH +</li> </ul>
	FdR de K épidermoïde	<p>OH – Tabac – ATCD de K ORL/VADS/Bronchopulmonaire – ATCD de radioT thoracique</p>
	FdR d'ADK sur EBO	<p>ATCD de RGO + oesophagite</p>

**PARACLINIQUE**

<b>EOGD</b>	Systematique devant toute dysphagie - Dysphagie organique : Biopsie - Dysphagie fonctionnelle : EOGD N
<b>Bio</b>	Retentissement : Recherche d'un sd carenciel
<b>Cs ORL spécialisée</b>	Systematique
<b>Manométrie oesophagienne</b>	Si EOGD N : Recherche d'un tb moteur oesophagien
<b>TDM ou TOGD</b>	Si obstacle infranchissable/CI à l'EOGD – Suspicion de fistule (PC hydrosoluble et non baryté)