



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: **Dysphagie**

Sections

1. Définition
2. Introduction & Eléments clés
3. Epidémiologie
4. Causes
5. Diagnostic clinique
6. Options thérapeutiques
7. Références
8. Liens vers des sites utiles et vers d'autres Recommandations
9. Questions et Commentaires

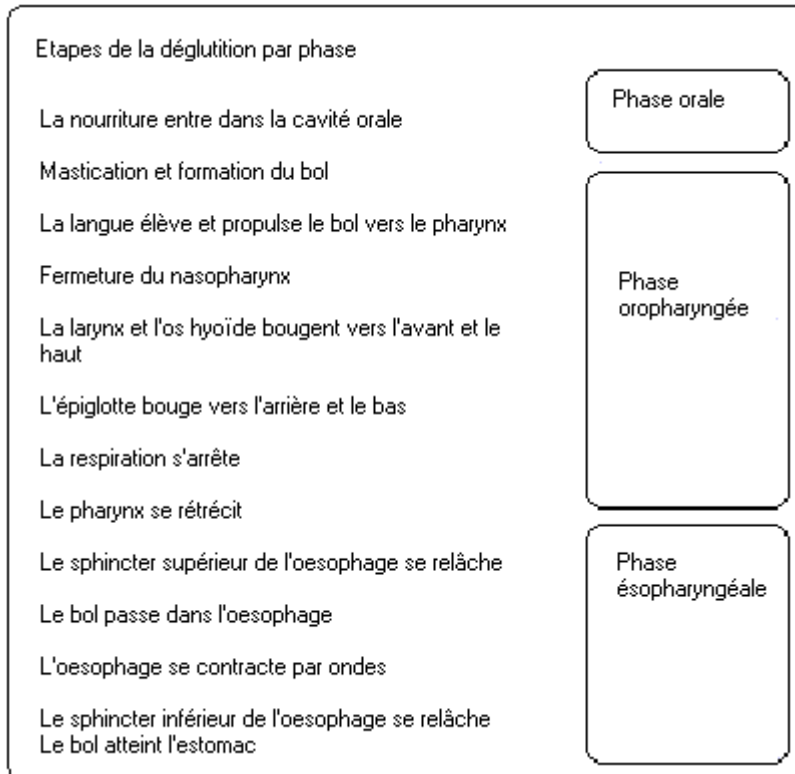
1. Définition

La dysphagie peut se définir comme une difficulté de déglutition (connue dans ce cas sous le nom de dysphagie oro-pharyngée) ou comme une sensation de gêne ou de blocage des aliments lors de la déglutition pendant le passage de la bouche à l'estomac (on parle alors de dysphagie oesophagienne).

La dysphagie est alors la "perception" d'une gêne lors du passage normal du bol alimentaire.

2. Introduction & Eléments clés

La déglutition est un processus contrôlé par le centre de la déglutition dans la moelle, et pour l'œsophage par un réflexe péristaltique largement autonome coordonné par le système nerveux entérique depuis la paroi oesophagienne. Le tableau ci-dessous indique les mécanismes physiologiques impliqués dans les différentes phases.



On doit déterminer l'emplacement de la dysphagie selon la description faite par le patient; la lésion sera à l'emplacement perçu ou en-dessous.

De même, il est important d'établir si la dysphagie concerne des solides, des liquides ou les deux et si elle est progressive ou intermittente. Il est aussi important d'établir la durée du symptôme.

Bien qu'elles puissent se produire fréquemment ensemble, il est tout autant important d'exclure l'odynophagie (déglutition douloureuse et douleur ressentie lors de la progression du bol alimentaire dans l'œsophage). Enfin, un diagnostic différentiel basé sur le symptôme devra exclure la sensation de boule dans le pharynx (globus pharyngeus) «boule dans la gorge», sentiment de pression sur la poitrine, dyspnée et phagophobie (crainte d'avaler),

Eléments clés à considérer dans l'anamnèse.

- Emplacement
- Types d'aliments ou de liquides
- Progressif ou intermittent
- Durée des symptômes

Le point important est de savoir si la dysphagie est oropharyngée ou œsophagienne. Cette distinction peut se faire avec certitude sur la base d'une anamnèse très précise qui fournit des éléments déterminants sur le type de la pathologie (oropharyngée vs œsophagienne dans près de 80-85% des cas).

2.1. Dysphagie oropharyngée, encore appelée buccopharyngée ou pré-oesophagienne - principales manifestations

La dysphagie oropharyngée peut être aussi appelée dysphagie “haute” en raison de sa localisation orale ou pharyngéale.

Les patients ont de la difficulté à initier la déglutition et ils identifient d'ordinaire la région cervicale comme présentant un problème.

Symptômes les plus fréquents:

- Difficulté à initier la déglutition
- Régurgitation nasale
- Toux
- Voix nasonnée, enrouement
- Diminution du réflexe de toux, hoquet
- Suffocation (la pénétration laryngée et l'aspiration peuvent se faire sans suffocation ou toux concomittante), étouffement, régurgitation par le nez.
- Dysarthrie et diplopie (peuvent accompagner une pathologie neurologique cause de dysphagie oropharyngéale).
- Une mauvaise haleine (haleine fétide) peut aussi exister chez des patients avec un diverticule de Zenker important contenant une quantité importante de résidus, avec également achalasie avancée ou obstruction prolongée accompagnée d'accumulation luminale de résidus en décomposition.

Un diagnostic précis peut être posé en cas de pathologie neurologique précise accompagnant la dysphagie oropharyngée, comme par exemple:

- Hémiparésie à la suite d'une hémiparésie et d'un AVC
- Ptose des paupières
- Indications de myasthénie
- Maladie de Parkinson
- Autres pathologies neurologiques incluant une dystonie cervicale, une hyperostose cervicale, et une malformation d'Arnold-Chiari
- Des déficits spécifiques ou des paralysies des nerfs crâniens impliqués dans le processus de déglutition peuvent aussi aider à déterminer l'origine du trouble oropharyngéen afin de porter un diagnostic. Le patient bave, est dysarthrique.

2.2. Dysphagie oesophagienne Principales manifestations

La dysphagie oesophagienne peut aussi porter le nom de dysphagie “basse” en raison de sa localisation vraisemblable dans l'oesophage distal ; bien qu'on puisse noter que certains patients atteints de dysphagie oesophagienne, telle que l'achalasie, peuvent la décrire dans la région cervicale, mimant une dysphagie oropharyngéale.

- Les dysphagies qui se déclenchent identiquement avec les solides et les liquides impliquent souvent un problème de motilité oesophagienne. Cette suspicion se renforce quand les dysphagies intermittentes avec solides et liquides sont associées avec une douleur thoracique.

- Les dysphagies qui se produisent avec des solides mais jamais avec des liquides suggèrent la possibilité d'une obstruction mécanique avec sténose luminale de diamètre inférieure à 15 mm. Si elles sont progressives, il faut envisager une sténose peptique ou un carcinome. De plus il faut noter que les patients atteints de sténoses peptiques ont une longue histoire de brûlures d'estomac et de régurgitation, mais pas de perte de poids. Inversement, les patients atteints de cancer de l'œsophage tendent à être plus âgés avec des pertes de poids marquées.

L'examen des patients atteints de dysphagie œsophagienne offre d'habitude un intérêt limité; cependant une lymphadénopathie cervicale/supraclaviculaire peut être palpable chez les malades ayant un cancer de l'œsophage. En outre, quelques patients porteurs de sclérodermie et de sténoses peptiques secondaires peuvent présenter le syndrome CREST (calcinose digitale, maladie de Raynaud, dysmotilité œsophagienne, sclérodactylie, téléangiectasie).

Une mauvaise haleine peut suggérer une achalasia avancée ou une obstruction prolongée avec accumulation de résidus se décomposant lentement dans la lumière de l'œsophage.

3. Épidémiologie

La dysphagie est un problème fréquent. Par exemple l'incidence de la dysphagie en soins intensifs peut atteindre 33 % et des études ont montré que 30-40 % des patients hospitalisés ont des troubles de la déglutition ce dont résulte une incidence importante de complications de l'aspiration.

D'un autre côté, des données épidémiologiques ne peuvent pas être fournies globalement puisque le tableau de la plupart des maladies qui peuvent causer une dysphagie diffère entre l'Europe de l'Ouest, l'Amérique du Nord, l'Asie orientale, le Moyen-Orient ou l'Afrique. Par ailleurs, ce tableau varie selon l'âge du patient et l'on doit se souvenir que le spectre des pathologies dans la dysphagie de l'enfant diffère de celui des adultes. En conséquence, seules des approximations sont possibles globalement. Généralement la dysphagie se produit dans toutes les tranches d'âge, mais sa prévalence augmente avec l'âge

Chez les patients plus jeunes, la dysphagie implique souvent des traumatismes de la tête et du cou ou des cancers de la gorge et de la bouche. La prévalence des tumeurs varie selon les différents pays. Par exemple, alors qu'aux USA, l'adénocarcinome est le type de cancer de l'œsophage le plus fréquent, ce n'est pas le cas en Inde et en Chine. De même des sténoses corrosives de l'œsophage (chez des individus qui ont absorbé des produits corrosifs dans un but suicidaire) ou une tuberculose peuvent être des aspects importants dans un cadre non occidental. .

4. Causes de la Dysphagie

Lorsqu'on entreprend d'établir l'étiologie de la dysphagie, il est utile de suivre la même classification que celle existante pour l'évaluation des symptômes, c'est à dire de faire une distinction entre les causes qui affectent essentiellement le pharynx et l'œsophage proximal (dysphagie oropharyngée ou "haute") et les causes qui

affectent surtout le corps de l'oesophage et la jonction oesophagogastrique (dysphagie oesophagienne ou "basse"). Cependant il est vrai que de nombreux troubles se chevauchent et qu'ils peuvent produire à la fois une dysphagie oropharyngéenne et oesophagienne. Une histoire naturelle détaillée de la maladie y compris des médicaments pris est très importante puisque les substances médicamenteuses peuvent être impliquées dans la pathogénèse de la dysphagie

4.1. Dysphagie oropharyngée

Chez les patients jeunes, la dysphagie oropharyngée est le plus souvent causée par une inflammation musculaire, des replis semi-lunaires et des anneaux. Chez les patients plus âgés, la cause est d'ordinaire un trouble du système nerveux central par exemple un accident vasculaire cérébral, une maladie de Parkinson et une démence. Généralement, il est utile de faire une distinction entre les problèmes mécaniques et les troubles de la motilité neuromusculaire, comme indiqué ci-dessous

4.1.1. Causes mécaniques et obstructives

- Infections (par exemple abcès rétropéritonéaux)
- Thyromégalie
- Lymphadénopathie
- Diverticule pharyngo-oesophagien de Zencker, responsable de dysphagie importante, souvent au début du repas
- Maladies neuro-motrices (myosite, fibrose)
- Tumeurs malignes de la tête et du cou
- Ostéophytes cervicales (rare)
- Tumeurs malignes oropharyngées (rare)
- Goîtres
- Antécédents de résection chirurgicale

4.1.2. Troubles neuromusculaires

- Maladies du système nerveux central telles que accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, paralysie du nerf cranial ou bulbaire (par exemple sclérose en plaques, maladies neuro-motrices), sclérose amyotrophique latérale.
- Spasmes oesophagiens diffus, étagés ou non spécifiques tels que spasme crycopharyngéal ou myasthénie, dystrophie musculaire oculopharyngéale, et autres.
- Maladies du muscle strié
- Dysfonction du sphincter supérieur de l'oesophage

La dysphagie post accident vasculaire cérébral a été identifiée dans 50 % des cas. La sévérité de la dysphagie tend à être associée à la sévérité de l'AVC. Jusqu'à 50 % des patients atteints de maladie de Parkinson manifestent des symptômes en lien avec une dysphagie oropharyngéale et jusqu'à 95 % montrent des anomalies à la vidéoesophagographie. Une dysphagie cliniquement significative peut se manifester rapidement dans les maladies de Parkinson, mais elle est plus fréquente dans les étapes postérieures.

4.1.3. Autres

- Dentition pauvre

- Ulcères oraux
- Xerostomie
- Utilisation prolongée de la penicillamine

4.2. Dysphagie oesophagienne

Trois types de pathologies peuvent causer une dysphagie.

- Maladies mucosales (intrinsèques), fibroses, cancer
- Maladies médiastinales (extrinsèques) qui obstruent l'œsophage
- Maladies neuromusculaires affectant le muscle de l'œsophage et son innervation, interrompant le péristaltisme ou la relation avec le sphincter inférieur de l'œsophage ou les deux.

Tableau 1. Causes les plus habituelles de la dysphagie oesophagienne

Corps étrangers (cause d'habitude une dysphagie aigüe)

Maladies mucosales

- Sténose peptique secondaire à un reflux gastroœsophagien
- Anneaux de l'œsophage et replis semi-lunaires (dysphagie sidéropénique ou syndrome de Plummer-Vinson, anneau de Schatzki) (ref 5)
- Tumeurs de l'œsophage
- Traumatisme chimique (par exemple ingestion caustique, causes médicamenteuses, sclérothérapie pour varices)
- Brûlure par radiation
- Oesophagite infectieuse
- Oesophagite eosinophilique

Maladies médiastinales

- Tumeurs (par exemple cancer du poumon, lymphome)
- Infections (par exemple tuberculose, histoplasmosé)
- Maladies cardiovasculaires (compression vasculaire)

Maladies affectant le muscle et son innervation

- Achalasie (idiopathique ou associée avec une maladie de Chagas) et pseudo-achalasie
- Sclérodermie
- Autres troubles de la motilité
- Problèmes postchirurgicaux (par ex. post fundoplication, systèmes antireflux)

5. Diagnostic clinique

5.1 Introduction

Une histoire naturelle détaillée recouvrant les éléments fondamentaux du diagnostic est importante et peut souvent permettre d'établir un diagnostic avec certitude. Il est

important de déterminer soigneusement le lieu de perception des problèmes de déglutition (dysphagie oropharyngée vs oesophagienne).

5.2 Diagnostic de la dysphagie oropharyngéenne et conduite à tenir

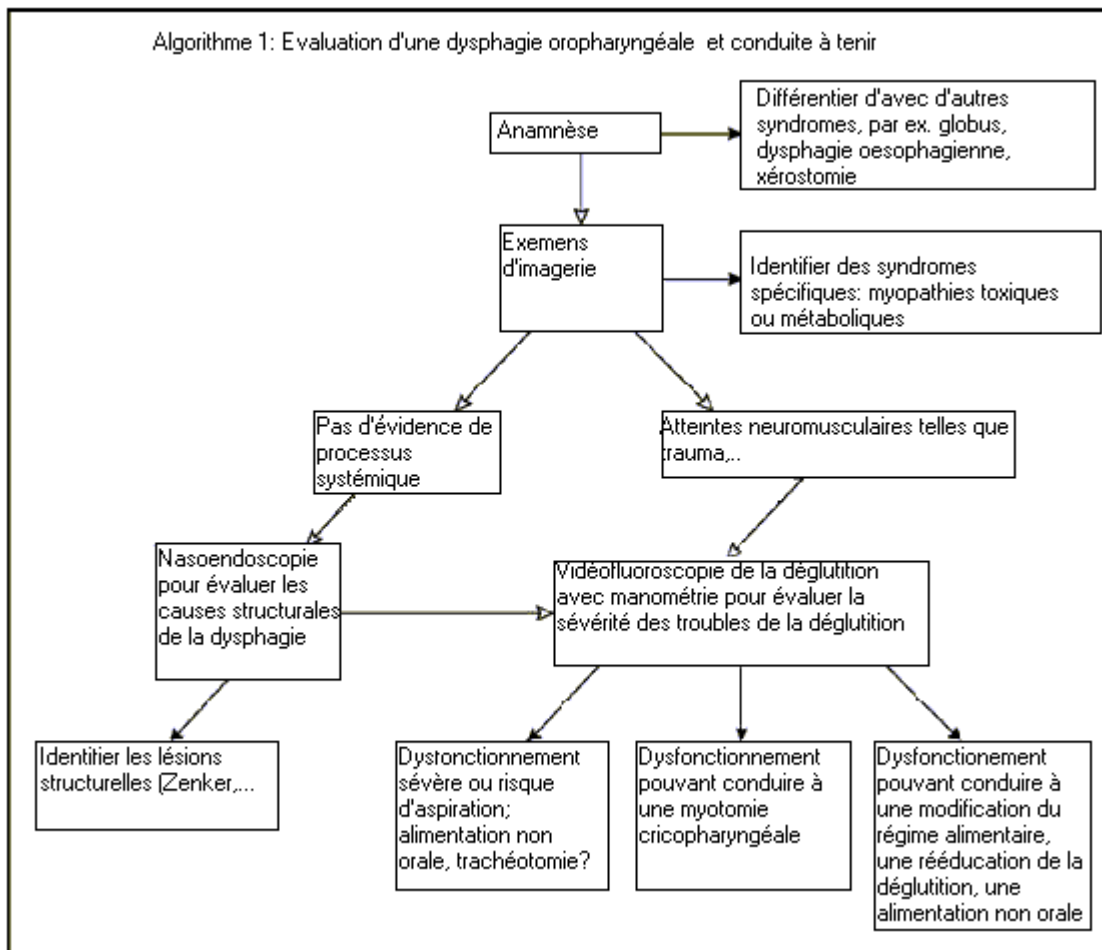
Ce test n'est pas onéreux et peut être utile pour renforcer les resultants obtenus par la clinique et l'examen.

Il consiste à faire boire au patient 150 ml d'eau aussi vite que possible, l'examineur notant le temps et le nombre de déglutitions. A partir de ces données, la vitesse de déglutition et le volume moyen des déglutitions peut être calculé. Ce test a une sensibilité prédictive de plus de 95 % pour identifier la presence de dysphagie. Il peut se voir complété par un « test alimentaire » en utilisant une petite quantité de gateau placé sur le dos de la langue (ref 6).

Alors que ce test peut établir une dysphagie, il ne peut pas identifier l'aspiration dans 20-40 % des cas à cause d'une absence du réflexe de toux.

Des tests plus spécifiques et plus sûrs doivent être entrepris pour l'évaluation de la dysphagie, en fonction des caractéristiques du patient et de la signification de son problème. A cet effet, il faut remarquer que l'étude vidéo fluoroscopique de la déglutition (aussi connue sous le nom de transit baryté de l'oesophage) est la norme standard retenue pour le diagnostic de la dysphagie oropharyngée et la nasoendoscopie est la norme standard pour l'évaluation des causes structurales de la dysphagie (refs 7,8,9). Les techniques videofluoroscopiques peuvent aussi être utilisées en télétransmission pour faciliter l'interprétation dans des endroits éloignés (ref 10). L'évaluation videofluoroscopique peut aussi aider à prédire le risque de pneumonie d'inhalation (ref 11).

L'algorithme proposé ci-dessous donne une liste des tests plus sophistiqués et des procédures nécessaires pour établir un diagnostic et proposer des thérapies spécifiques.



* Alimentation jéjunale en phase aiguë; gastrostomie directe à l'estomac par un orifice ou un tube traversant la peau et la paroi abdominale voisine en phase chronique.

5.3. Diagnostic de la dysphagie oesophagienne et conduite à tenir

5.3.1. L'aspect clinique doit être abordé d'abord.

La question la plus importante en ce qui concerne la dysphagie oesophagienne est d'exclure une tumeur maligne.

L'histoire naturelle du patient peut donner des indices; et le caractère malin est vraisemblable dans ces cas:

- Durée courte (< 4 mois)
- Progression de la maladie
- Dysphagie concernant plus les solides que les liquides
- Perte de poids

Achalasie plus vraisemblable dans les cas suivants

- Dysphagie concernant solides et liquides
- Problème existant depuis plusieurs mois ou années

- Pas de perte de poids

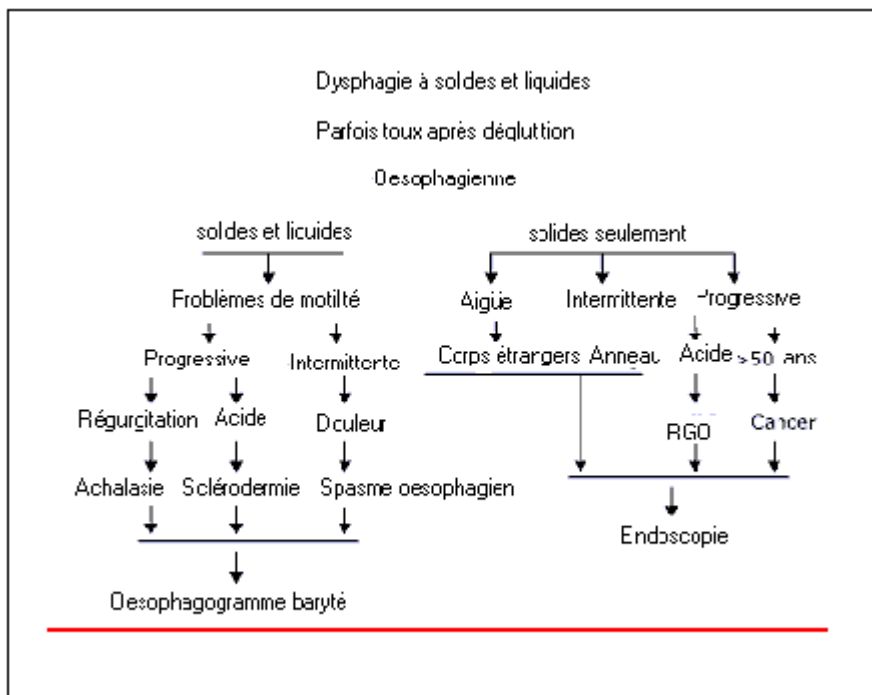
En ce qui concerne les tests, on discute si l'endoscopie ou la déglutition barytée doit être le premier test mis en œuvre.

5.3.2. Oesophagogramme baryté ou déglutition barytée

L'oesophagogramme baryté -conduit avec le patient supin et debout – souligne les irrégularités de la lumière de l'oesophage et identifie la plupart des cas d'obstruction, (anneaux). L'examen baryté de l'oropharynx et de l'oesophage durant la déglutition est le test initial le plus utile il peut aussi aider dans la détection de l'achalasie et du spasme oesophagien diffus, bien que la manométrie soit un outil plus sûr dans le diagnostic de ces pathologies. Il peut être également utile d'inclure une pastille de baryum pour identifier de petites sténoses. Un oesophagogramme baryté peut également se révéler utile chez les patients dysphagiques avec une endoscopie négative si cette pastille est utilisée.

5.3.3.

Durant l'endoscopie, on se servira d'un endoscope à fibres optiques passé dans la bouche jusqu'à l'estomac avec une visualisation détaillée de l'appareil gastrointestinal supérieur. L'introduction de la sonde dans la cavité gastrique est très importante pour exclure une pseudoachalasie due à une tumeur de la jonction oesophagogastrique. Prendre en compte l'algorithme suivant avant de prendre une décision.



5.3.4. Autres tests diagnostiques

- Manométrie oesophagienne
Cette méthode de diagnostic est moins facilement utilisable que la déglutition barytée et que l'endoscopie, mais elle peut être très utile dans des cas précis. Elle est basée sur l'enregistrement de la pression de la lumière de

l'oesophage en utilisant des techniques de perfusion.

La manométrie est indiquée quand on suspecte une cause oesophagienne de la dysphagie après avoir fait une déglutition barytée, une endoscopie, et après une thérapie anti-reflux appropriée (et cicatrisation de l'oesophagite prouvée endoscopiquement).

Les trois causes principales de la dysphagie qui peuvent être diagnostiquées par manométrie oesophagienne sont l'achalasia, la sclérodermie (peristaltisme oesophagien inefficace, c'est à dire ondes de contractions de l'oesophage insuffisantes) et un spasme oesophagien.

- Scintigraphie oesophagienne de transit

Le patient avale un liquide radioactif (par exemple de l'eau mêlée à du colloïde soufré avec du technetium-99m) et l'on mesure la radioactivité. Les patients avec des troubles de la motilité oesophagienne ont typiquement une clearance de la radioactivité plus lente dans l'oesophage, ce qui entraîne une durée accrue de l'exposition à l'acidité gastrique. La technique est essentiellement utilisée pour la recherche, mais elle commence maintenant à avoir des applications pratiques dans quelques centres spécialisés.

6. Options thérapeutiques

6.1. Dysphagie oropharyngée

il existe peu d'options thérapeutiques pour la dysphagie oropharyngée car les troubles neurologiques ou neuromusculaires qui la provoquent peuvent rarement être améliorés par une thérapie pharmacologique ou chirurgicale. De notable exceptions sont le traitement médical de la maladie de Parkinson et de la myasthénie. La gestion des complications est d'identique importance. A ce propos, l'identification des risques de pneumonie d'inhalation est un élément fondamental lorsqu'on considère les options thérapeutiques.

Alimentation et régime

Un changement de régime alimentaire avec des nourritures plus molles et des postures peut aider. L'alimentation orale est la meilleure à chaque fois que cela est possible. Modifier la consistance des aliments et donner des fluides ou des nourritures molles peut revêtir une grande importance. (ref 12). On doit apporter du soin à surveiller les besoins en fluides et les besoins nutritionnels (risque de déshydratation). L'addition d'acide citrique à l'alimentation améliore les réflexes de déglutition peut-être à cause de l'augmentation de l'accroissement de la stimulation gustatoire et trigéminal par l'acide (ref 13) . Un traitement adjuvant avec un inhibiteur d'enzyme de conversion de l'angiotensine pour faciliter le réflexe de toux peut aussi se montrer utile (ref 14).

En présence d'un fort risque de pneumonie d'inhalation ou quand l'alimentation par voie orale ne suffit pas, une alternative nutritionnelle doit être envisagée. Un tube souple destiné à l'alimentation peut être introduit sous contrôle radiologique. L'alimentation par gastrostomie après AVC réduit la mortalité et améliore le processus nutritionnel comparé à l'alimentation nasogastrique. La gastrostomie percutanée endoscopique en passant un tube dans l'estomac par voie percutanée abdominale sous surveillance endoscopique est d'ordinaire préférable –lorsque cela est possible- à la gastrostomie chirurgicale. La probabilité est faible que ces tubes destinés à l'alimentation puissent être enlevés chez les patients âgés, chez ceux qui

ont eu un AVC bilatéral ou une pneumonie d'inhalation durant la vidéofluoroscopie initiale (ref 15).

Des traitements chirurgicaux destinés à diminuer les causes spastiques de la dysphagie telles que la myotomie cricopharyngéale, ont été couronnés de succès dans 60 % des cas, mais leur utilisation reste controversée (ref 16). D'un autre côté, le fait d'ôter une gêne mécanique, comme un diverticule de Zenker important et compressif peut souvent aider.

Rééducation de la déglutition

De nombreuses techniques thérapeutiques ont été développées pour rééduquer le processus de déglutition. Elles comprennent des séances de kinésithérapie, et des stimulations thermales et gustatoires.

6.2. Dysphagie oesophagienne

Le tableau 2, ci-dessous, présente une liste d'options qui peuvent être retenues.

Tableau 2.

| Pathologies | Traitements conservatoires | Traitements invasifs |
|---|--|--|
| Spasme oesophagien diffus | Nitrate, Bloquants du canal calcique | Dilatations ou myotomie longitudinal |
| Achalasie | Alimentation molle, anticholinergiques, bloquants du canal calcique | Dilatation, injection de toxines botuliques, myotomie de Heller |
| Sclérodémie | Thérapie médicale systémique anti-reflux de la sclérodémie | Aucun |
| Sténose peptique | Médicaments anti-reflux (Bloquants H2, Inhibiteurs de pompe à protons) | Dilatation; fundoplication |
| Oesophagite infectieuse | Antibiotiques (nystatin, acyclovir) | Aucun |
| Diverticule pharyngoesophagien (Zenker) | Aucun | Restauration endoscopique ou externe en plus d'une myotomie cricopharyngée |
| Anneau de Schatzky | Alimentation molle | Dilatation |

6.2.1. Sténoses peptiques oesophagées

Des sténoses peptiques sont d'ordinaire le résultat du reflux gastro oesophagien (RGO), mais elles peuvent aussi être causées par des substances médicamenteuses

Le diagnostic différentiel doit exclure:

- les sténoses caustiques après ingestion de produits chimiques corrosifs.
- Les sténoses provoquées par des substances médicamenteuses
- Les sténoses post opératoires
- Les sténoses fongiques

Après confirmation par endoscopie, la dilatation est le traitement de choix et la procédure est décrite ci-dessous.

Les sténoses oesophagiennes doivent être dilatées de manière progressive par des bougies flexibles de Savary ou des ballonnets. Le choix des types de dilatateurs doit

être basé sur leur disponibilité dans le service où l'on travaille et l'expérience qu'en a l'utilisateur car les expériences publiées dans la littérature n'ont pas établi de manière convainquante la supériorité d'un type de dilateur par rapport à un autre. Si la dilatation est effectuée avec des bougies, la première doit avoir un diamètre approximativement égal à celui de la sténose. Des bougies dont le diamètre augmente progressivement sont passées jusqu'à ce qu'on rencontre une résistance, après quoi seulement deux autres bougies seront passées pendant la même séance. Si on utilise un ballonnet, la dilatation initiale doit être limitée à un diamètre égal ou inférieur à 30-35 mm. La taille de la dilatation initiale de la sténose ne semble pas influencer une rechute ou le besoin de dilatation ultérieure. Et donc, il n'y a aucune raison de dilater les sténoses de manière agressive pour prévenir une rechute. La mesure de la dilatation chez un individu doit être basée sur la réponse symptomatique à la thérapie et sur les difficultés rencontrées pendant la procédure de dilatation. La plupart des patients retirent un soulagement d'une dilatation avec un diamètre compris entre 30-35 mm. Les sténoses ne doivent généralement pas faire l'objet de dilatations supérieures..

Une thérapie antireflux agressive avec inhibiteurs de la pompe à protons ou fundoplication améliore la dysphagie et diminue le besoin de recourir à d'autres dilatations chez les patients souffrant de sténoses oesophagiennes peptiques. Chez les patients dont la dysphagie persiste ou recommence après traitement initial par dilatation ou thérapie anti-reflux, la cicatrisation de l'oesophagite de reflux doit être confirmée endoscopiquement avant de répéter la dilatation. Lorsque la cicatrisation de l'oesophagite de reflux est avérée, le besoin d'autres dilatations est déterminé empiriquement. Les patients qui ne ressentent qu'un soulagement de courte durée de leur dysphagie après dilatation peuvent apprendre la technique pour le faire par eux-mêmes. Dans les sténoses réfractaires, on peut essayer une injection de stéroïdes sur la sténose. Rarement les vraies sténoses réfractaires peuvent exiger une résection de l'œsophage suivie d'une plastie reconstructive. Exceptionnellement on peut conseiller pour les sténoses bénignes une prothèse endoluminale (ref 17). Le risque de rupture est d'environ 0.5%. La chirurgie est généralement en cas de perforation franche.

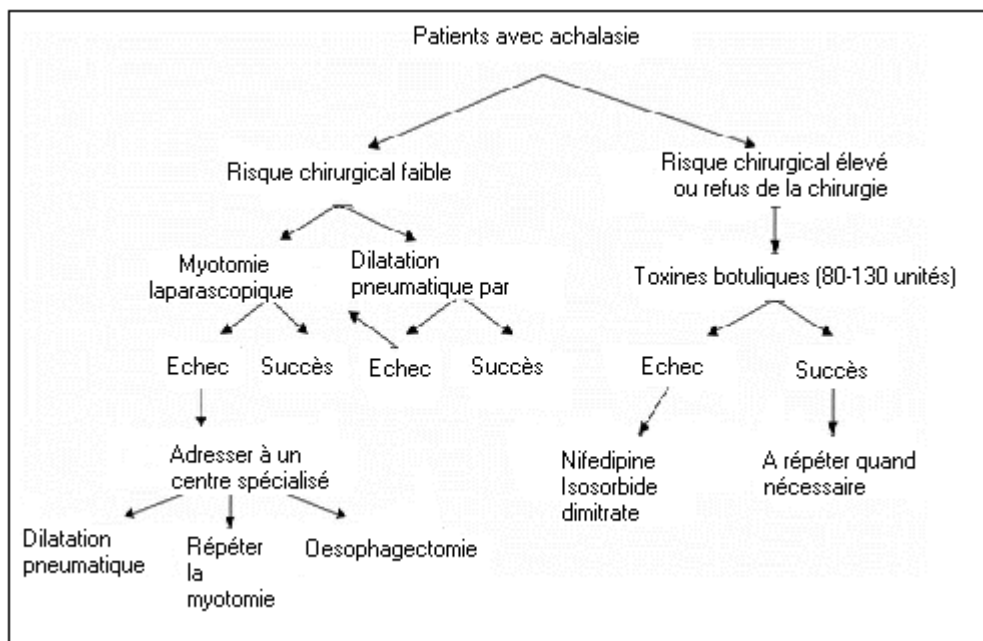
6.2.2. Traitement des anneaux de la muqueuse de l'œsophage inférieur (Anneaux de Schatzki)

Une thérapie par dilatation pour anneaux de l'œsophage inférieur implique le passage d'une seule bougie large ou d'un ballonnet (30-35 mm) pour casser (plutôt que pour seulement ébrécher) les anneaux. Après dilatation, toute oeseophagite de reflux associée est traitée complètement. Le besoin de dilatations ultérieures est déterminé empiriquement. Cependant la rechute est vraisemblable et les patients doivent être informés qu'ils auront besoin d'autres dilatations dans le futur. La manométrie oesophagienne est recommandée chez les patients dont la dysphagie persiste ou recommence rapidement, en dépit d'une dilatation appropriée ou d'une thérapie antireflux. Pour les patients qui ont des troubles de la motilité susceptibles d'être traités, comme l'achalasie, la thérapie concernera les problèmes de motilité. Si on ne trouve aucun trouble qui puisse être traité, on répétera l'endoscopie pour confirmer la cicatrisation de l'endoscopie et la cassure de l'anneau. En ce qui concerne les malades chez qui l'anneau persiste, on essaiera une autre tentative de dilatation. Les anneaux réfractaires à toute dilatation par ballonnets ou bougies peuvent répondre à une dilatation pneumatique avec des ballonnets plus larges (ceux utilisés pour l'achalasie), à une incision électrochirurgicale par endoscopie et une résection chirurgicale. Ces traitements ne doivent concerner que les patients ayant des anneaux de la muqueuse de l'œsophage inférieur et seulement après que toutes les autres causes de dysphagie aient été exclues.

6.2.3. Achalasie

La conduite à tenir devant une achalasie dépend largement du risque chirurgical. Une procédure endoscopique à faible risque, telle qu'une injection de toxines botuliques, est ordinairement efficace, mais avec des effets temporaires (six mois ou moins) et elle est réservée pour les patients complètement exclus de la chirurgie. Chez ceux pour lesquels l'acte chirurgical est une option, la plupart des gastroentérologues commencent avec une dilatation pneumatique par endoscopie (environ 6% de risque de perforation) et optent pour une myotomie laparoscopique type Heller, là où une double dilatation forcée a échoué. Quelques gastroentérologues préfèrent opter directement pour l'acte chirurgical sans autre essai thérapeutique préalable.

Voir l'algorithme suivant pour le choix des options.



Une thérapie médicale avec des nitrates ou des bloquants du canal calcique est souvent inefficace ou mal tolérée. Une injection de toxines botuliques peut servir de thérapie initiale chez les patients qui représentent un risque chirurgical si le médecin juge que les médicaments et le passage de bougies seraient mal supportés. L'injection de toxines botuliques apparaît être une procédure sûre qui peut entraîner une rémission clinique d'au moins six mois pour à peu près les deux tiers des patients atteints d'achalasie. Cependant, la plupart des malades auront besoin d'injections répétées pour maintenir la rémission; environ les 2/3 des patients en rémission à six mois le seront à un an. Quand ces traitements ont échoué, le médecin et les patients doivent décider si les bénéfices potentiels de la dilatation pneumatique ou de la myotomie dépassent les risques substantiels de ces procédures chez les patients âgés ou handicapés. Une alimentation par gastrostomie est une alternative plus sûre que la dilatation pneumatique ou que la myotomie, mais beaucoup de patients sans problèmes neurologiques trouvent la gastrostomie inacceptable.

7. Références

1. Dysphagia - ABC of the upper gastrointestinal tract. William Owen BMJ 2001;323:850-853 [Pubmed-Medline](#)
2. A Technical Review on Treatment of Patients with Dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus Gastroenterology. 1999 Jul; 117(1): 233-54. [Pubmed-Medline](#)
3. Oesophageal motility disorders Joel E Richter The Lancet ; 8 september 2001; 358/9284;823-828. [Pubmed-Medline](#)
4. Current concepts expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract Baron Todd H New England Journal of Medicine; 2001 31 May; 344 (22);1681-1687 [Pubmed-Medline](#)
5. Plummer-Vinson syndrome Atmatzidis-K, Papaziogas-B, Pavlidis-T, Mirelis-Ch, Papaziogas-T. Diseases of the Esophagus 2003, 16/2 (154-157) [Pubmed-Medline](#)
6. Dysphagia in patients with nasopharyngeal cancer after radiation therapy: A videofluoroscopic swallowing study. Chang-Y-C, Chen-S-Y, Lui-L-T, Wang-T-G, Wang-T-C, Hsiao-T-Y, Li-Y-W, Lien-I-N. DYSPHAGIA, 2003, Vol/Iss/Pg. 18/2 (135-143). [Pubmed-Medline](#)
7. Morphological findings in dynamic swallowing studies of symptomatic patients. Scharitzer-M, Pokieser-P, Schober-E, Schima-W, Eisenhuber-E, Stadler-A, Memarsadeghi-M, Partik-B, Lechner-G, Ekberg-O. M. Scharitzer European Radiology EUR-RADIOL, 01 MAY 2002, 12/5 1139-1144). [Pubmed-Medline](#)
8. Visualization of swallowing using real-time true FISP MR fluoroscopy. Barkhausen-J, Goyen-M, von-Winterfeld-F, Lauenstein-T, Debatin-J-F European Radiology 01 JAN 2002, 12/1 (129-133). [Pubmed-Medline](#)
9. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. Ramsey-D-J-C, Smithard-D-G, Kalra-L. Stroke 01 MAY 2003, 34/5 (1252-1257). [Pubmed-Medline](#)
10. Real-time remote telefluoroscopic assessment of patients with dysphagia. Perlman-A-L, Witthawaskul-W. Dysphagia 2002, 17/2 (162-167). [Pubmed-Medline](#)
11. Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia. Pikus-L, Levine-M-S, Yang-Y-X, Rubesin-S-E, Katzka-D-A, Laufer-I, Geffer-W American Journal of Roentgenology 01 JUN 2003, 180/6 (1613-1616). [Pubmed-Medline](#)
12. Tolerance of early diet textures as indicators of recovery from dysphagia after stroke. Wilkinson-T-J, Thomas-K, MacGregor-S, Tillard-G, Wyles-C, Sainsbury-R. Dysphagia , 2002, 17/3 (227-232). [Pubmed-Medline](#)
13. Effect of citric acid and citric acid-sucrose mixtures on swallowing in neurogenic oropharyngeal dysphagia. Pelletier-C-A, Lawless-H-T. Dysphagia 2003, 18/4 (231-241). [Pubmed-Medline](#)
14. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Marik-P-E, Kaplan-D. Chest 01 JUL 2003, 124/1 (328-336). [Pubmed-Medline](#)
15. Predictors of Feeding Gastrostomy Tube Removal in Stroke Patients With Dysphagia. Ickenstein-G-W, Kelly-P-J, Furie-K-L, Ambrosi-D, Rallis-N, Goldstein-R, Horick-N, Stein-J. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 2003, 12/4 (169-174).
16. Quality of life following surgical treatment of oculopharyngeal syndrome. Gervais-M, Dorion-D. Journal of Otolaryngology 2003, 32/1(1-5). [Pubmed-Medline](#)
17. Relapsing cardiac stenosis after laparoscopic Nissen treated by esophageal stenting. Poudroux-P, Verdier-E, Courtial-P, Bapin-C, Deixonne-B, Balmes-J-L. Dysphagia 2003, 18/3 (218-222) [Pubmed-Medline](#)

8. Liens vers des sites utiles et d'autres Recommandations

1. Medical Position Statement on the Management of Oropharyngeal Dysphagia ; Gastroenterology 1999; 116; 452-478 [Link](#)
2. Diagnosis and Management of Achalasia. Practice Guideline. The American Journal of Gastroenterology; 1999; 94/12;3406-3412. [Link](#)
3. ACR Appropriateness Criteria for imaging recommendations for patients with dysphagia - Radiology 2000 June; 215 (suppl) 225-230. [Link](#)
4. Management of patients with stroke; III Identification and management of Dysphagia ; SIGN Guideline No 20 ; pilot edition november 1997; [Link](#)
5. Diagnosis and treatment of swallowing disorders (dysphagia) in acute care stroke patients. (ACHPR-99-E023. Rockville: AHCP, 1999). [Link](#)
6. M. Louay Omran, Dysphagia. [Link](#)
7. Clinical Use of esophageal manometry; AGA Medical Position statement; reviewed 2001. [Link](#)
8. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. American Society of Anesthesiologists Anesthesiology 1999 Mar;90(3):896-905. [Link](#)

9. Questions et Commentaires

Invitation au Commentaire

Le Comité des recommandations pratiques examinera avec intérêt vos commentaires et les questions que vous pourriez avoir. Merci de ne pas hésiter à cliquer sur l'icône ci-dessous pour nous faire connaître vos points de vue et votre expérience sur cette pathologie.

C'est ensemble que nous progresserons.

guidelines@worldgastroenterology.org