

Dysphagie

UE 8 / ITEM 270

Philippe Schultz, Christian Debry

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 la déglutition, en apprécier la gravité et rechercher l'étiologie. – Connaître les signes d'appel d'un cancer de l'œsophage.

1. Définition

- La dysphagie est une difficulté de déglutition quelle qu'en soit l'origine. La dysphagie haute correspond à des symptômes en amont du corps de l'œsophage.

2. Physiologie

- On distingue trois phases de déglutition :
 - la phase orale, volontaire, permet aux aliments de transiter de la cavité buccale vers l'oropharynx;
 - la phase pharyngée, réflexe, achemine les aliments de l'oropharynx à la bouche de l'œsophage;
 - la phase œsophagienne, également réflexe, correspond au passage des aliments dans l'œsophage.
- Le centre de la déglutition se situe dans le tronc cérébral. Il reçoit et transmet les informations aux muscles effecteurs via les paires crâniennes V (sensibilité de la langue, muscles masticateurs), VII (muscles de la continence labiale), IX (sensibilité de l'oropharynx), X (sensibilité du carrefour pharyngolaryngé et motricité vélaire, pharyngée, bouche de l'œsophage avec le IX et le XI dans le cadre du plexus pharyngé), XII (motricité de la langue).

3. Sémiologie

- La gêne ou difficulté de la vidange buccale et pharyngée se traduit par un accrochage ou un blocage alimentaire. La présence de fausses routes laryngées caractérisées par la toux ou vélaire caractérisées par le reflux buconasal correspond aux autres manifestations cliniques.
- Il peut s'y associer un encombrement pulmonaire, des pneumopathies ou des signes associés comme une dysphonie, une odynophagie (déglutition douloureuse), une otalgie réflexe (cancer ou abcès), des régurgitations œsophagiennes (diverticule de Zenker) voire des manifestations neurologiques périphériques ou centrales.

- Le retentissement de ces troubles s'appréciera par la perte de poids, la nécessité d'une trachéotomie, d'une gastrostomie ou d'une sonde nasogastrique.

4. Examen clinique

- Il faut débiter par un examen des paires crâniennes (protraction de la langue, sensibilité et motricité laryngée, pharyngée, vélaire) puis poursuivre par un examen anatomique de la cavité buccale (muqueuse, denture), de l'oropharynx, du larynx et de l'hypopharynx.
- L'examen fonctionnel de la déglutition fait appel au nasofibroscope. Il étudie la déglutition sèche (sans aliments) et avec différentes textures. Il recherche un obstacle, un déficit, des fausses routes, des stases (vallécules, sinus piriformes). Il analyse la vitesse du transit pharyngé, la qualité de l'ascension du larynx et du recul de la base de langue.
- La recherche de troubles centraux complétera l'examen ORL si nécessaire.

5. Examens complémentaires

- Un des premiers examens à demander est le transit pharyngo-œsophagien, en particulier si on suspecte un diverticule pharyngo-œsophagien. La vidéoradioscopie (radiocinéma) de déglutition qui correspond à un enregistrement vidéo d'un transit pharyngo-œsophagien est très utile. Elle apprécie la qualité de la déglutition lors de toutes les phases et complète l'examen fonctionnel au nasofibroscope.
- L'exploration endoscopique est très utile en cas de suspicion de tumeur ou de pathologie d'installation compressive. Ce peut être une panendoscopie ORL aux tubes rigides, une endoscopie au tube souple œsophagienne, un scanner cervicothoracique injecté.
- L'IRM cérébrale est utile si l'examen neurologique est perturbé.

6. Étiologies

- Les trois principales étiologies sont :
 - obstacles mécaniques : causes tumorales (cancer pharyngolaryngé ou de l'œsophage cervical) ou infectieuses (phlegmon rétro-amygdalien), corps étranger, pathologie de la bouche de l'œsophage comme le diverticule de Zenker ou l'achalasia du sphincter supérieur de l'œsophage, plus rarement compression extrinsèque;
 - origines neurologiques : atteinte d'une paire crânienne (traumatique ou tumo-

rale), maladie neurologique dégénérative (sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson), origine vasculaire, plus rarement achalasia du sphincter inférieur de l'œsophage;

- origine musculaire : myopathies, myasthénie.

7. Prise en charge

- La prise en charge dépendra de l'étiologie et du retentissement de ces troubles.

Se référer également aux items 295, 354.

Questions isolées

QI 1

Quelles sont les propositions exactes concernant la définition d'une dysphagie ?

- A - Douleur hypopharyngée
- B - Blocage alimentaire
- C - Douleur pharyngée à la déglutition
- D - Otagie à la déglutition
- E - Accrochage alimentaire

QI 2

Quelles sont les propositions exactes concernant les éléments de l'examen clinique à rechercher en cas de dysphagie ?

- A - Une paralysie du nerf glossopharyngien (IX)
- B - Une paralysie du nerf vague (X)
- C - Une paralysie du nerf facial (VII)
- D - Une stase salivaire dans les sinus piriformes
- E - Des fausses routes

QI 3

Parmi ces facteurs, quels sont ceux qui perturbent la déglutition ?

- A - Une trachéotomie
- B - Une sonde nasogastrique
- C - Une gastrostomie
- D - Une xérostomie
- E - Une rhinolalie fermée

QI 4

Quelle est la paire crânienne impliquée dans la sensibilité de l'oropharynx ?

- A - Le V
- B - Le IX
- C - Le X
- D - Le XI
- E - Le XII

QI 5

Quelle est la paire crânienne impliquée dans la sensibilité du carrefour pharyngolaryngé ?

- A - Le V
- B - Le IX
- C - Le X
- D - Le XI
- E - Le XII

QI 6

Quelles sont les deux complications à rechercher impérativement chez un patient qui présente une dysphagie ?

- A - La perte de poids
- B - La perte d'appétence
- C - Les pneumopathies
- D - L'allongement des repas
- E - Les blocages alimentaires

QI 7

Qu'évoque-t-on, en première intention, en présence du « signe de la marée » parmi les propositions suivantes ?

- A - Un cancer de l'hypopharynx
- B - Une paralysie du plexus pharyngé
- C - Un diverticule de Zenker
- D - Une atteinte pseudo-bulbaire
- E - Une myopathie mitochondriale

QI 8

Quelles sont les propositions exactes concernant l'achalasia du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) ?

- A - Elle correspond à une dégénérescence des fibres nerveuses innervant le SSO
- B - Elle correspond à une fibrose des fibres musculaires du SSO

- C - Elle survient chez la personne âgée
- D - Elle peut survenir à n'importe quel âge adulte
- E - Le traitement est chirurgical

QI 9

Quelles sont les propositions exactes concernant la maladie des spasmes diffus de l'œsophage ?

- A - Il existe une dysphagie et des douleurs rétrosternales
- B - Cette pathologie survient préférentiellement dans les maladies dégénératives du SNC
- C - Il existe une dysphagie paradoxale aux liquides

- D - Le transit œsophagien est évocateur
- E - Le traitement repose sur une vagotomie sélective

QI 10

Quels sont les signes cliniques présents en cas de dysphagie d'origine myasténique ?

- A - Signes cliniques survenant généralement après 75 ans
- B - Présence d'un ptosis intermittent unilatéral
- C - Fatigabilité musculaire
- D - Présence d'un bloc neuromusculaire à l'EMG
- E - Test à la prostigmine positif

Réponses

QI 1

B E – Ne pas confondre l'odynophagie, qui est une douleur pharyngée ou œsophagienne lors de la déglutition, et la dysphagie, qui est une difficulté de déglutition se traduisant par un accrochage puis un blocage pour les solides puis les liquides (aphagie).

QI 2

A B D E – Pas de difficultés particulières pour cette question.

QI 3

A B D – La canule de trachéotomie perturbe la déglutition car elle gêne l'ascension du larynx et détourne le flux d'air laryngé qui favorise la sensibilité sus-glottique et donc le réflexe de fermeture du larynx lors du passage du bol alimentaire.

QI 4

B – Pas de difficultés particulières pour cette question.

QI 5

C – La dixième paire crânienne innerve les muscles qui assurent la fermeture du larynx à travers le nerf récurrent (ou nerf laryngé inférieur). Le nerf laryngé supérieur (branche également du nerf vague) est responsable de la sensibilité du carrefour pharyngolaryngé.

QI 6

A C – La perte de poids et les pneumopathies de déglutition sont responsables d'une dégradation de l'état

général du patient et mettent en jeu le pronostic vital. La perte d'appétence et l'allongement des repas auront principalement une répercussion psychologique sur l'alimentation. Les blocages alimentaires imposeront une modification des textures.

QI 7

C – Le signe de la marée est une régurgitation hypopharyngée d'une partie du bol alimentaire qui, avalé, est resté coincé dans le diverticule. Il est rare mais peut être reproduit par pression basicervicale du diverticule.

QI 8

B C E – Achalasie signifie « difficulté à se relâcher ». L'achalasie du SSO est à différencier de l'achalasie du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) qui correspond à un trouble moteur primaire de l'œsophage. Il se caractérise par une absence de péristaltisme œsophagien et une absence de relaxation du SIO liée à une atteinte du plexus myentérique (plexus d'Auerbach).

QI 9

A D – On retrouve au transit œsophagien des images en chapelet ou en tire-bouchon correspondant aux spasmes.

QI 10

B C D E – Pas de difficultés particulières pour cette question.

