

# DYSPHAGIE

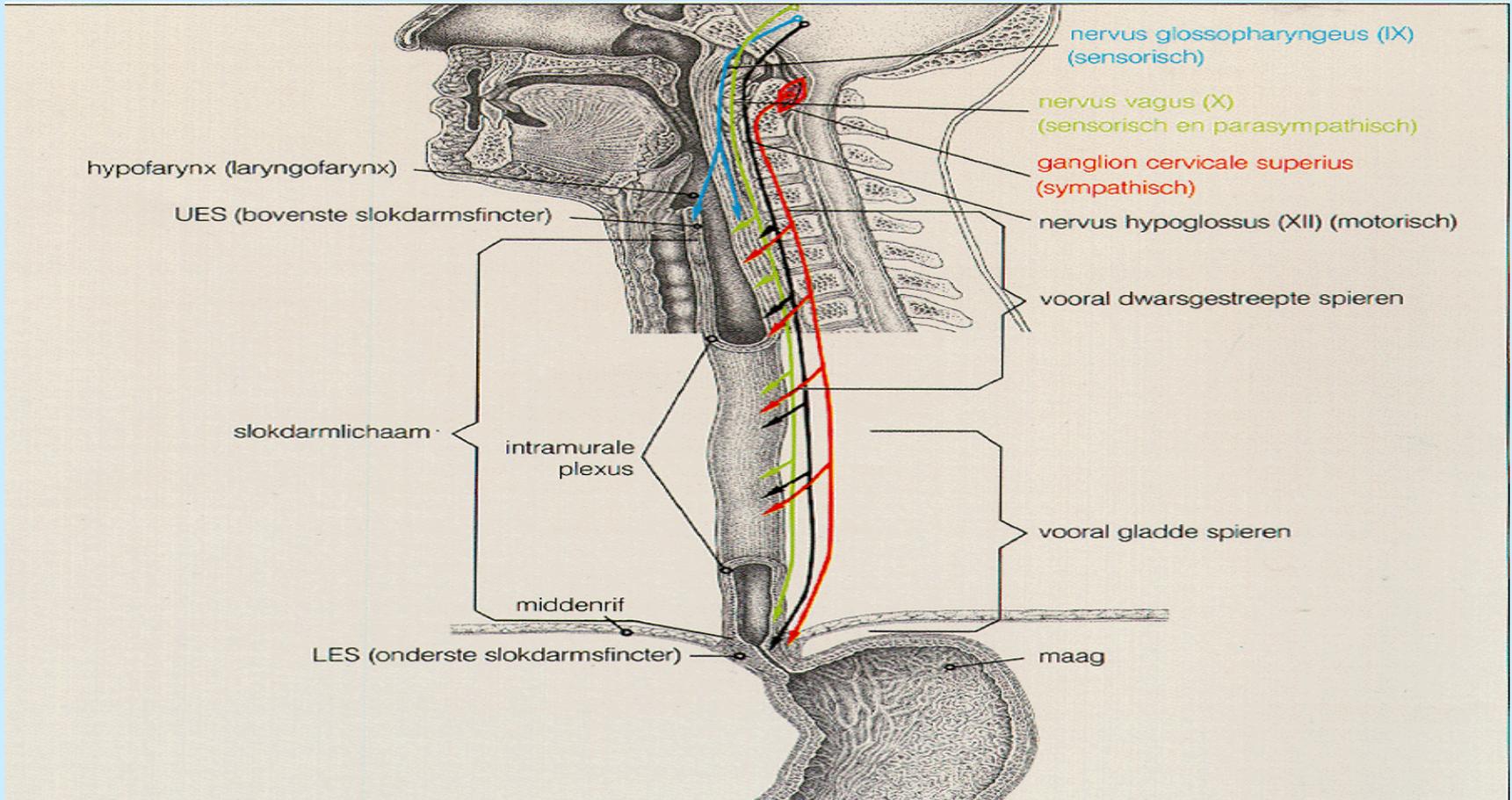
Dr B.SIDI

Gastroenterologie

CHU Brugmann

# Dysphagie

- Difficulté à avaler
  - Solides , liquides , les deux
- Impression d'aliments qui « collent » dans la gorge ou derrière le sternum



# ROLES DU GASTRO

- **DIAGNOSTIC**

- Endoscopique
- Prélèvement pour Histologie
- Bilan d'extention

- **PRISE EN CHARGE**

- Traitement spécifique ( achalasia ...)
- Prothèse oesophagienne
- Gastrostomie percutanée endoscopique (GPE)

# Causes de dysphagie

- **Rétrécissement mécanique**

- Sténose inflammatoire
- carcinome

- **Infections**

- Candida albicans (diabète, cancer, immunodépression)
- Virus herpétique (odynophagie)

- **Troubles moteurs**

- Spasmes oesophagiens (odynophagie aux liquides trop froid ou chaud )
- Achalasie (dysphagie intermittente, boire pour faire passer les aliments solides)

# Causes de dysphagie

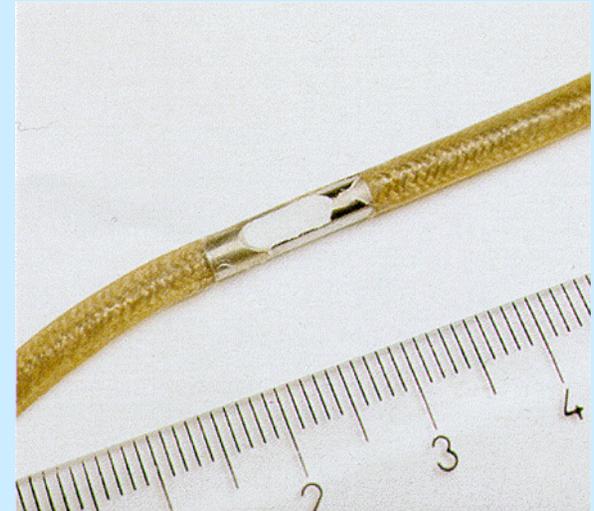
- **Anneau de Schastzki**
- **Syndrome de Kelly-Paterson ou syndrome Plumer-Vinson**
  - Dysphagie chronique, glossite, koïlonychie, anémie microcytaire
  - Carence en fer, riboflavine, thiamine et en vitamine C
  - 10% développe un cancer
- **Dysphagie cricopharyngienne**
- **Pathologie neuro-musculaire**
- **Tumeurs extrinsèques**

# Troubles moteurs de l'oesophage

- **Achalasie**
- **Spasmes diffus**
- **Oesophage casse-noisette (« Nut-Cracker »)**
- **Hypertonie (isolée) du SIO**
- **Troubles moteurs non spécifiques (TMNS)**

# Manométrie oesophagienne

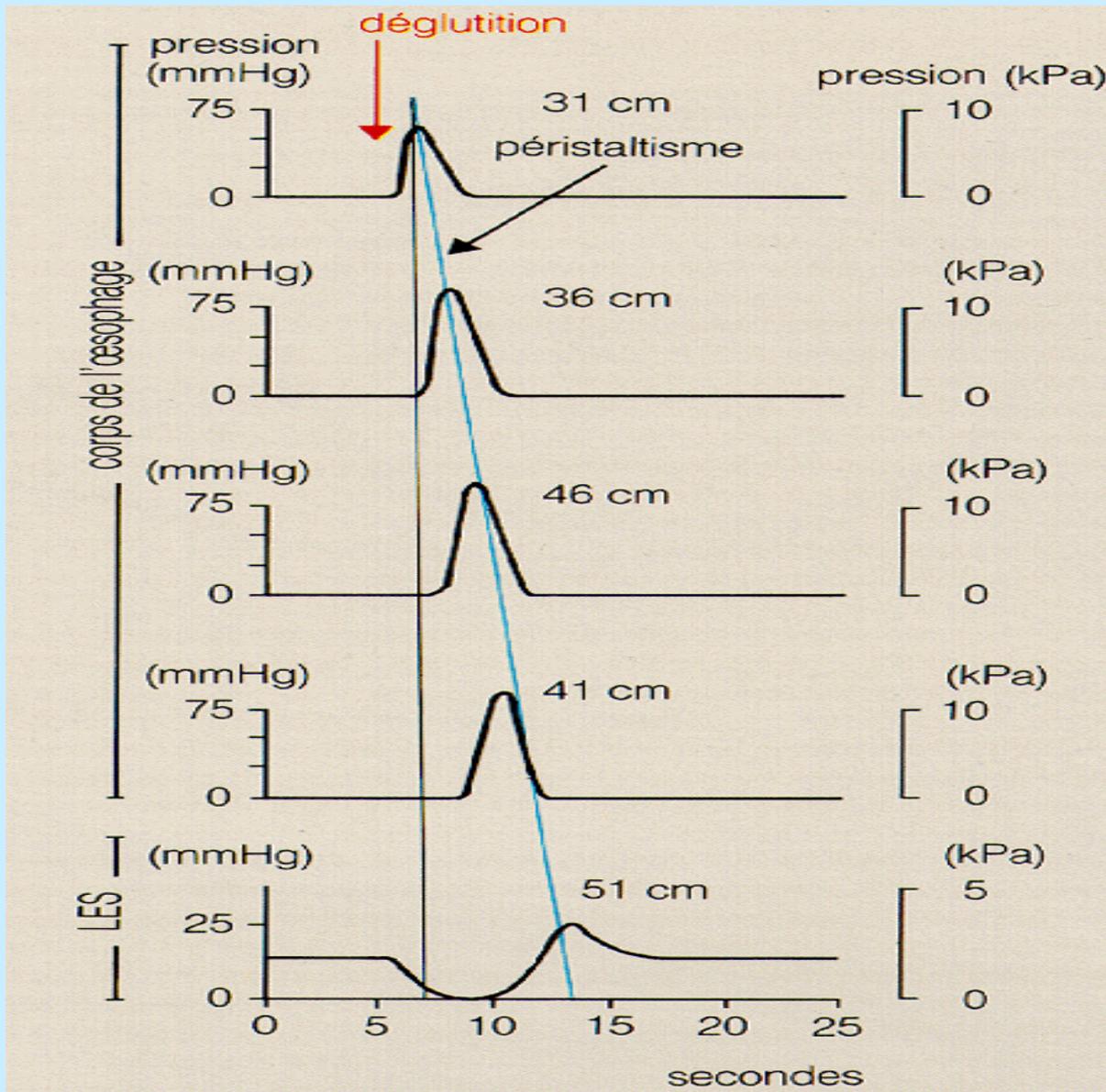
- **Essentielle au diagnostic** des troubles de la motilité oesophagienne.
- **Etude des pressions**
  - SIO, Corps oesophagien, SPO.
- **Repos**
  - SIO et SPO sont contractés
  - SIO 10-30 mmHg
  - SPO 60-90 mmHg
- **Déglutition**
  - Relaxation des sphincters
  - Contraction péristaltique du corps oesophagien.



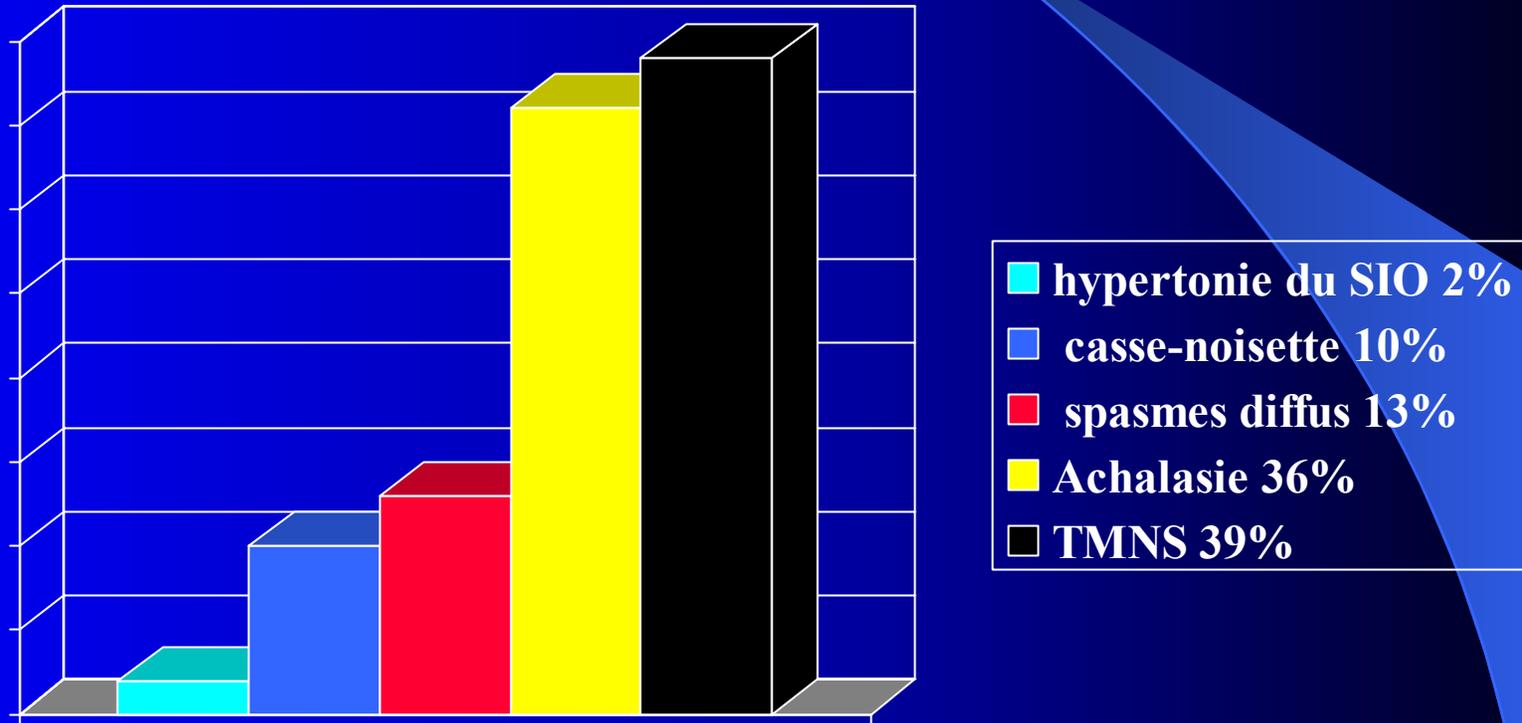
# Manométrie indications

- **MAP de la dysphagie avec OGD normal**
  - 50 % de manométries Anormales !
- **Bilan pré-op avant un Nissen**
  - Recherche d'hypoperistaltisme ( Ampl < 30 mmHg)
- **Douleurs thoraciques non coronariennes**
  - 25 % de mano Anormales
- **Bilans des maladies systémiques**
  - Sclérodermie
  - CREST syndrome
  - Diabète
  - Hypothyroïdie
  - Pseudo-obstruction intestinale chronique

# Manométrie Oesophagienne



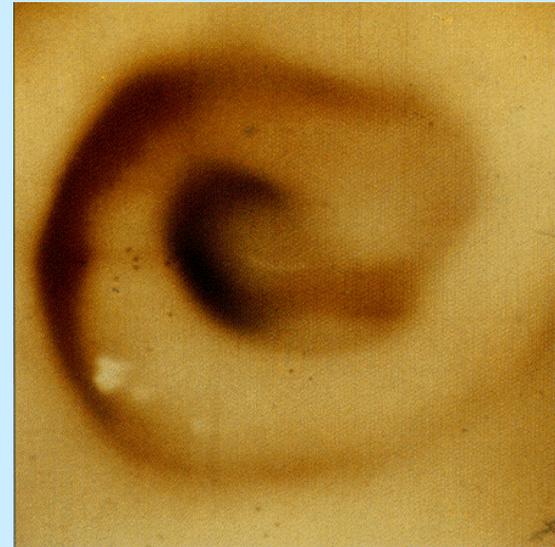
# Troubles moteurs primitifs de l'oesophage



Dysphagie ( 132/251 ) Katz et al 1987

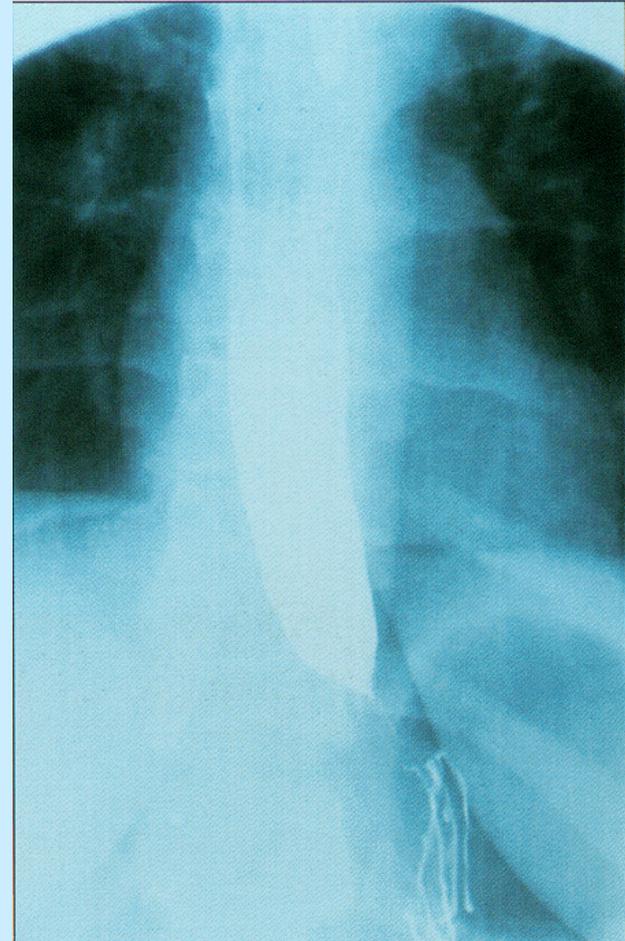
# Spasme de l'oesophage

- Contraction oesophagienne non propulsive( contraction tertiaire)
  - Odynophagie
  - dysphagie
- Aspect RX « en pile d'assiettes »
- Aspect endoscopique d'oesophage de « felin »



# ACHALASIE

- Trouble moteur
- Absence de péristaltisme dans l'œsophage
  - Achalasia aganglionnaire
  - Méga-oesophage
- Trouble de la relaxation du SOI
  - Primaire
    - Maladie de Chagas
    - métastase
  - Secondaire
- Diagnostiqué à tout âge , svt entre 50 et 60 ans.
- Autosomique récessive+HLA



# SCLERODERMIE

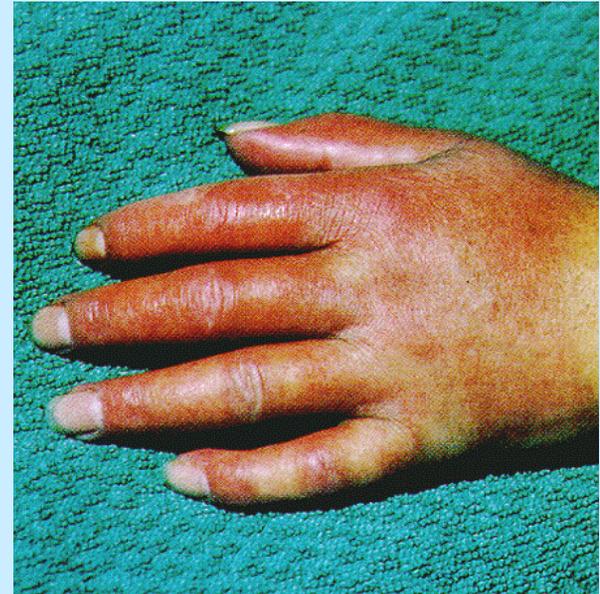
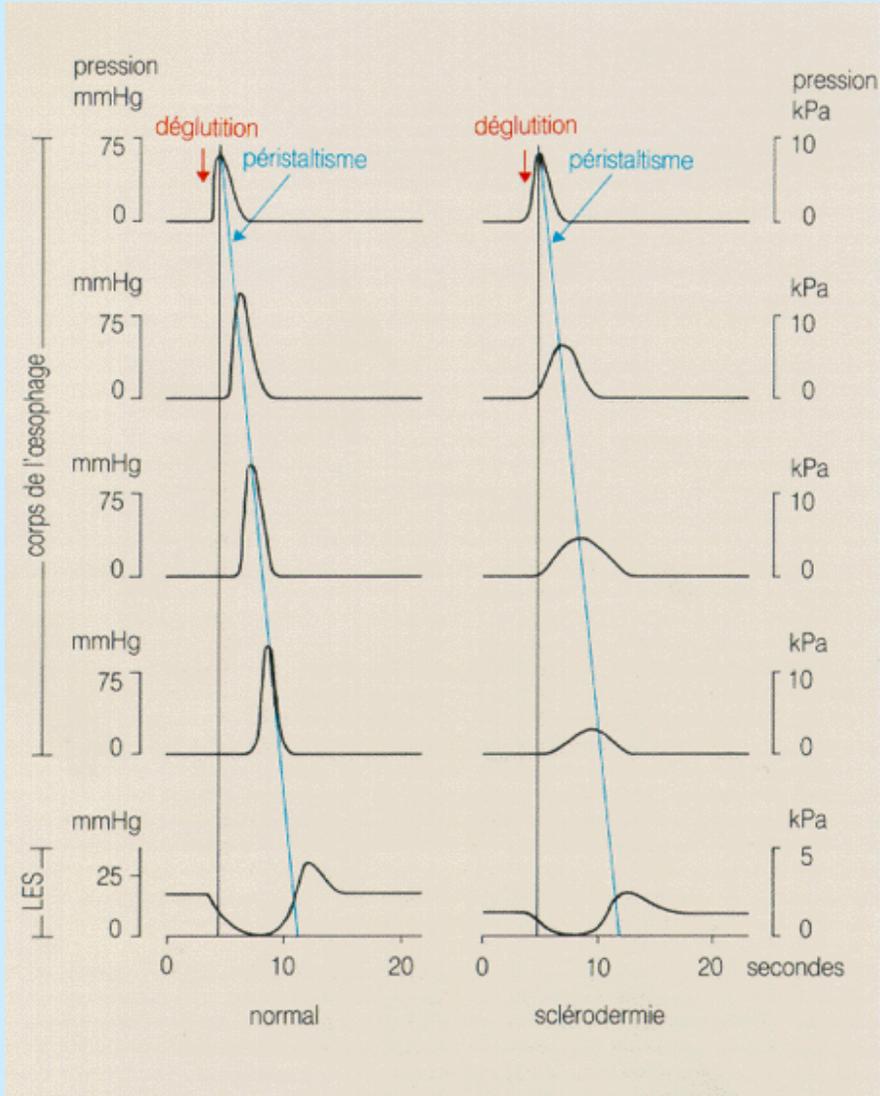
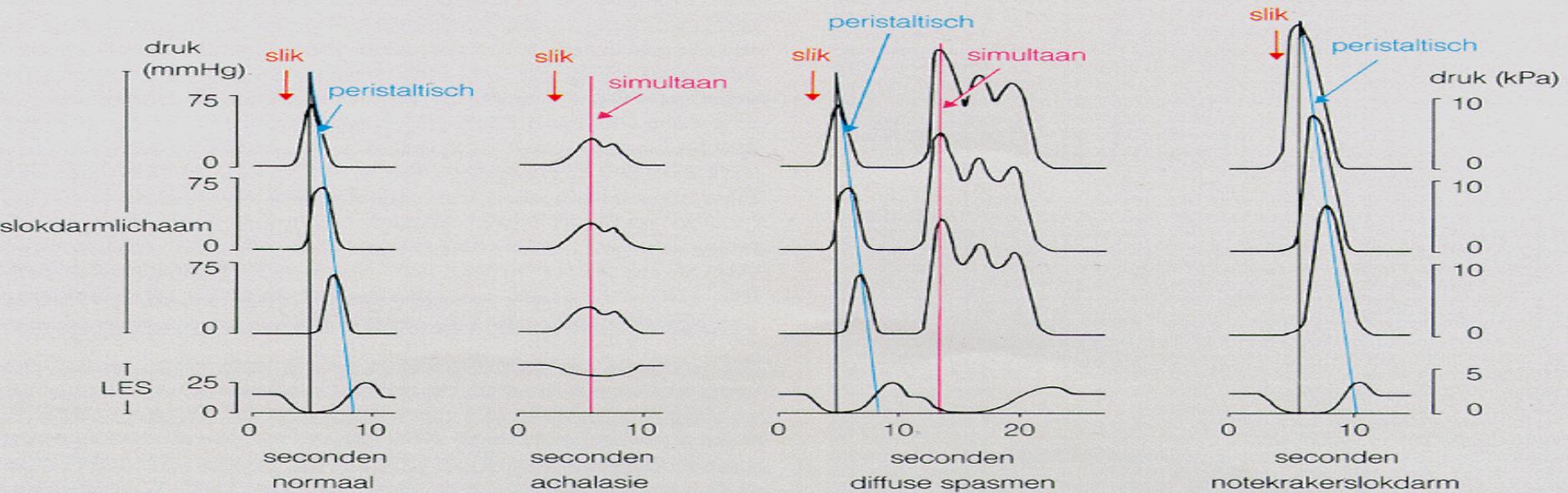


Tableau	Corps	SIO
<b>Achalasie</b>	<b>Absence de péristaltisme</b> Augmentation de la pression de base	<b>Relaxation absente du SIO</b> Diminution de la durée de relaxation Hypertonie du SIO
<b>Spasme diffus</b>	<b>Contractions non propagée &gt; 10% et péristaltisme intermittent</b> Augmentation de l'Ampl et de la durée des contractions Contractions polyphasiques	Relaxation incomplète du SIO Hypertonie du SIO
<b>Nut-Cracker</b>	<b>Augmentation de l'Ampl moyenne des ondes (&gt;120 mmHg)</b> <b>Péristaltisme normal</b> Augmentation de la durée des ondes contractiles	

# TROUBLES DE LA MOTILITE



# Cancer de l'œsophage

- **Incidence variable**
  - 10-30/100000 France
  - 150 /100000 Iran et Chine
- **La fréquence augmente avec l'âge**
  - Age moyen 62 ans, Rare avant 30 ans
  - Homme > Femme (sex-ratio >15)
- **10 % des Cancers digestifs**



# Cancer de l'oesophage

- **Adénocarcinome**

- 20 %
- Sex-Ratio = 3
- Endobrachyoesophage  
(10%)
- Irradiation ionisante +

- **Epidermoïde**

- 80%
- Sex-Ratio >15
- Tabac x Alcool
- Irrations ionisantes ++
- Oesophagie caustique

# Signes cliniques

- Dysphagie (85 %)
  - Intermittentes > élective aux solides > aphagie
- Douleur
- Altération de l'état général
- FD, dysphonie , Syndrome de Claude Bernard Horner
- Hémorragie

# Endoscopie

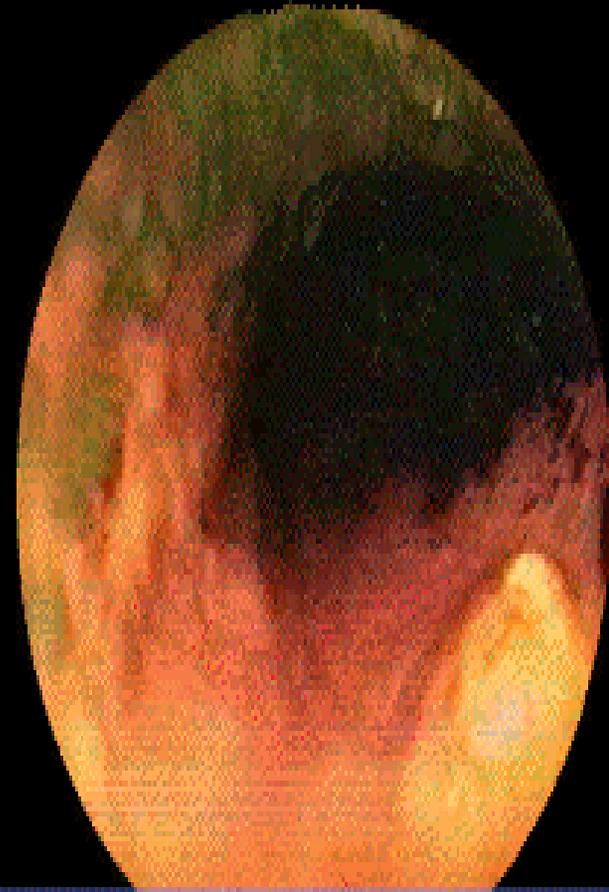
Chez tout Patient Présentant une dysphagie

Préciser le pôle supérieur par rapport à la bouche oesophagienne

Préciser l'extention gastriques des lésions du cardia.

# Cancer de l'oesophage

- Lésion ulcérée
- Anfractueuse
- Fond blanchâtre
- Bouvrelet irrégulier et dur
- Lésion végétante irrégulière friable et hémorragique
- Rétrécissement infranchissable



Cancer superficiel de l'oesophage  
Service de gastro-entérologie

# Gastrostomie endoscopique percutanée (GPE)

**PEG** méthode permettant une alimentation gastrique, chez les patients qui sont dans l'incapacité transitoire ou définitive de se nourrir totalemment ou partiellement par voie orale *normalement*.

# Indications

	AVC	Neoplasie	Demence
Grant et al,	29,9 %	21,9 %	10,7%
Van Rosendaal et al	63%	16%	14%
Dwolatzky et al 2001	3%	3%	84%
Galia et al	32%	9 %	21%

# Mise en place de GPE

FIG. 2 : Emplacement habituel de la gastrostomie.

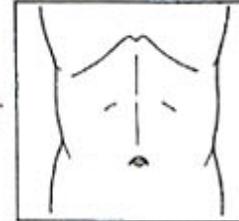


FIG. 3 : Ponction gastrique percutanée.

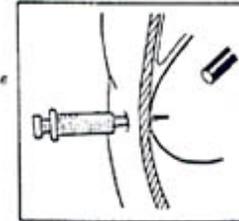


FIG. 4 : Passage transpariétal d'un fil guide saisi par la pince de l'endoscope.

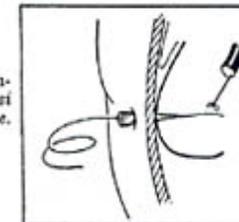


FIG. 5 : Le fil guide permet un va-et-vient de la louche à la paroi abdominale par les voies digestives.

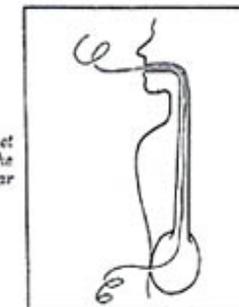


FIG. 6 : Montage réalisé sur la sonde de Pezzer pour faciliter son passage transpariétal.

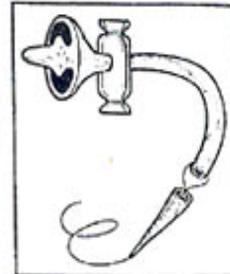
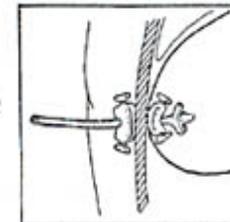


FIG. 7 : Descente dans la cavité gastrique de la sonde de gastrostomie.



FIG. 8 : Arrimage pariétal de la gastrostomie.



# Sonde de gastrostomie

- Permet une alimentation enterale
- Passer le cap de la radiothérapie d'un NEO ORL
- Permet une rééducation de la déglutition.
- Espérance de vie > 1 mois
- Moins de risque de retrait
- Permet une rééducation



# Facteurs de mauvais pronostic

- *Causes de Mortalité*

- Grand âge
- Présence d'un cancer
- Précocité par rapport au début de l'affection et de la dénutrition.
  - *Mazzini et al, J Neurol 1995*
    - SLA survie 40% si GPE précoce
    - SLA survie 5% si refus de GPE
- Démence avancée
- BMI très bas

# Survie

	AVC	Demence	Temoins
Sanders et al, 2000	44% à 1 an	10% à 1 an	
Nair et al, 2000	56 % à 6 mois		73% à mois
Mitchell et al 1999	81% à 1mois 38% à 12 mois		

# PEG ET DEMENCE

## Survival Analysis in Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Feeding: A Worse Outcome in Patients With Dementia

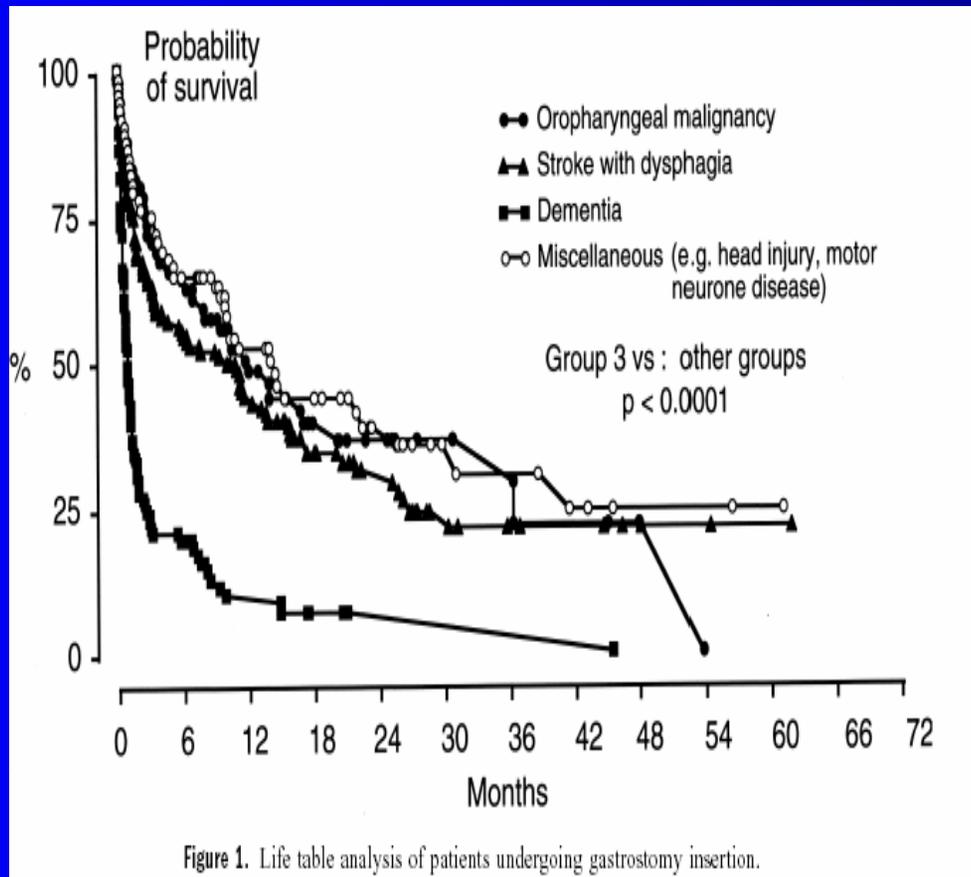
---

D. S. Sanders, M. J. Carter, J. D'Silva, G. James, R. P. Bolton, and K. D. Bardhan

*Doncaster Royal Infirmary, Doncaster; Rotherham District General Hospital, Rotherham; and Royal Hallamshire Hospital, Sheffield, United Kingdom*

AJG 2000;95:1474-1475

# PEG ET DEMENCE



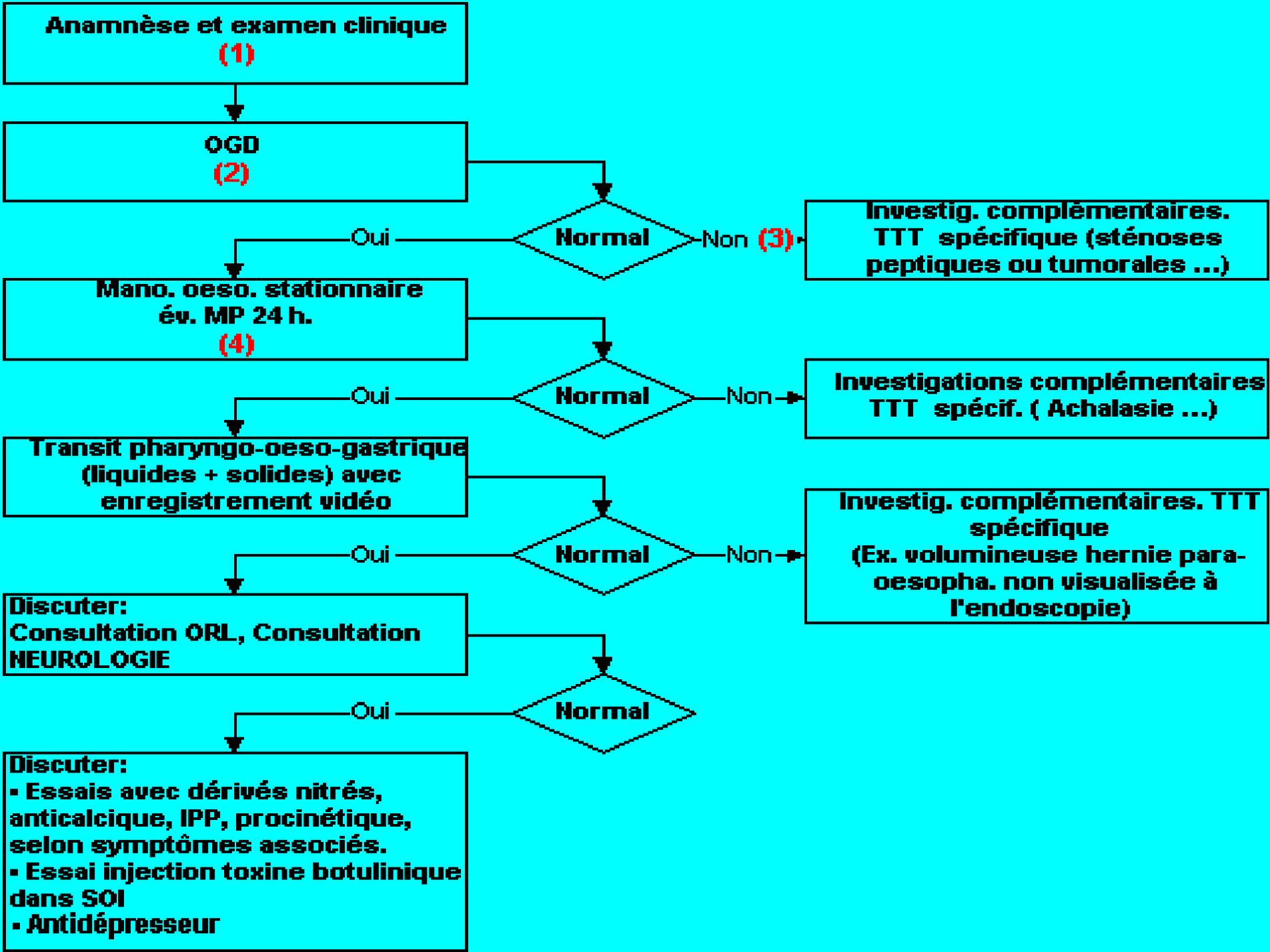
- **Mortalité globale**

- 28 % à 1 MOIS
- 44 % à 3 MOIS
- 63 % à 12 MOIS

- **Mortalité/ Dements**

- 54 % à 1 MOIS
- 78 % à 3MOIS
- 90 % à 12MOIS

**conclusion**



**Anamnèse et examen clinique**

**(1)**

**OGD**

**(2)**

**Normal**

Non **(3)**

**Investig. complémentaires.  
TTT spécifique (sténoses  
peptiques ou tumorales ...)**

**Mano. oeso. stationnaire  
év. MP 24 h.**

**(4)**

**Normal**

Non →

**Investigations complémentaires  
TTT spécif. (Achalasie ...)**

**Transit pharyngo-oeso-gastrique  
(liquides + solides) avec  
enregistrement vidéo**

**Normal**

Non →

**Investig. complémentaires. TTT  
spécifique  
(Ex. volumineuse hernie para-  
oesopha. non visualisée à  
l'endoscopie)**

**Discuter:  
Consultation ORL, Consultation  
NEUROLOGIE**

**Normal**

**Discuter:**

- Essais avec dérivés nitrés, anticalcique, IPP, prokinétique, selon symptômes associés.
- Essai injection toxine botulinique dans SOI
- Antidépresseur

**Merçi pour votre attention**