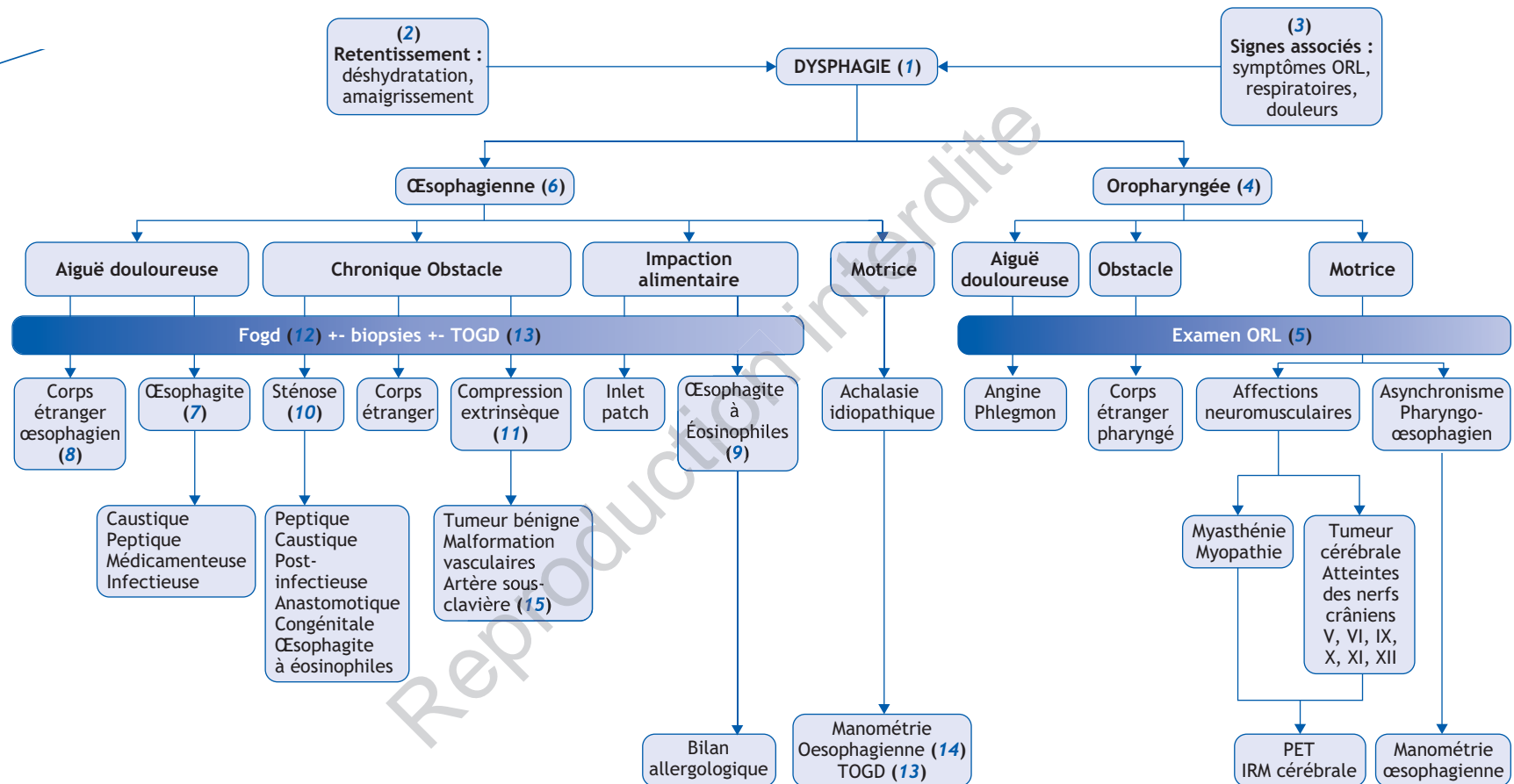


L. Michaud*, P. Fayoux

Pôle enfant et centre de référence des affections congénitales et malformatives de l'œsophage, hôpital
Jeanne-de-Flandre, avenue Eugène-Avinée, 59037 Lille, France



■ Abréviations

FOGD : Fibroscopie œsogastrique
 PET : Potentiels évoqués du tronc
 TDM : Tomodensitométrie
 TOGD : Transit oeso-gastro-duodéal

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) La dysphagie correspond à une sensation de gêne ou de blocage ressentie au moment de l'alimentation, lors de la progression des aliments ou des boissons dans le pharynx ou l'œsophage. La dysphagie peut varier dans sa localisation, son électivité pour les solides et/ou les liquides, son mode de début (brutal ou non) et son évolution (progression plus ou moins rapide, évolution capricieuse ou par intermittence). Elle peut être partielle concernant seulement certaines textures ou totale.

(2) Des signes de retentissement doivent être recherchés. Certains sont liés à la diminution des *ingesta* secondaires à la dysphagie : déshydratation, amaigrissement, infléchissement de la vélocité de croissance pondérale et/ou staturale, retard pubertaire.

(3) D'autres signes peuvent être associés : vomissements, pyrosis, symptômes oto-rhino-laryngologie (ORL) ou respiratoires (épisodes de toux ou de suffocation). La dysphagie peut s'accompagner de hoquet, d'une halitose, d'une hypersialorrhée. Des douleurs pharyngées, rétro-sternales, thoraciques ou dorsales lors de la déglutition doivent être recherchées.

(4) Les dysphagies hautes ou oropharyngées résultent de troubles dès les premiers temps de la déglutition et du phénomène réflexe pharyngo-laryngo-œsophagien. L'origine peut être liée à une atteinte de la motricité ou de la sensibilité bucco-pharyngo-laryngée, ou à un trouble de la coordination. Les symptômes surviennent habituellement dès les premiers temps de la déglutition et peuvent associer des bécasses alimentaires et des fausses-roues.

(5) Une dysphagie oropharyngée justifie un examen ORL complété, en l'absence d'étiologie retrouvée, par une fibroscopie pharyngo-laryngée. Si nécessaire, un test de déglutition sous fibroscopie permet une étude fonctionnelle de la déglutition.

La vidéo-radiographie de la déglutition permettra si besoin de compléter l'évaluation fonctionnelle notamment de la motricité et de la coordination pharyngo-laryngée et pharyngo-œsophagienne. D'autres explorations plus spécialisées sont orientées par l'examen clinique et les données de l'examen ORL : exploration du tronc cérébral (potentiels évoqués du tronc, IRM) si on suspecte une pathologie neurologique, manométrie œsophagienne qui permet l'étude du sphincter supérieur de l'œsophage si on suspecte un asynchronisme pharyngo-œsophagien.

(6) La dysphagie œsophagienne se traduit par la sensation de ralentissement ou d'arrêt de blocage des aliments sur le trajet de l'œsophage en rapport avec un obstacle à la progression du bol alimentaire ou des anomalies de la motricité œsophagienne.

(7) L'œsophagite, quelle qu'en soit l'origine, peut être à l'origine d'une dysphagie, le plus souvent douloureuse, de survenue brutale et d'intensité variable.

(8) Un corps étranger digestif dont l'ingestion est passée inaperçue peut, s'il est impacté dans l'œsophage, être à l'origine d'une dysphagie.

(9) L'œsophagite à éosinophiles est une affection caractérisée par une infiltration intra-épithéliale par des polynucléaires éosinophiles. La symptomatologie révélatrice est souvent atypique, allant de la dysphagie avec sensation d'impaction alimentaire à un tableau de reflux gastro-œsophagien.

(10) Tous les types de sténose œsophagienne peuvent être à l'origine d'une dysphagie : sténose anastomotique, peptique, caustique ; beaucoup plus rarement, sténose post-infectieuse chez un patient immunodéprimé ou sténose post-sclérose de varices œsophagiennes. Les sténoses congénitales de l'œsophage peuvent se révéler par une dysphagie isolée ainsi que l'œsophagite à éosinophiles.

(11) Plus rarement, la dysphagie peut être secondaire à une compression extrinsèque (tumeur du médiastin, adénopathies), à une malformation vasculaire artérielle (artère sous-clavière droite aberrante), ou à une tumeur bénigne du bas de l'œsophage (léiomyome).

(12) L'exploration initiale d'une dysphagie œsophagienne repose sur l'endoscopie digestive haute avec biopsies œsophagiennes et le transit baryté de l'œsophage. L'endoscopie digestive haute permet une étude précise de la muqueuse et éventuellement le diagnostic étiologique de la dysphagie (œsophagite), sténose œsophagienne, *In Let Patch* (hétérotopie de muqueuse gastrique située au niveau du tiers supérieur de l'œsophage). Elle permet la réalisation de biopsies, systématiques et/ou orientées par des lésions macroscopiques, et si nécessaire la réalisation d'un geste thérapeutique (dilatation d'une sténose).

(13) Le transit baryté apporte des informations complémentaires, en particulier lorsque l'endoscopie ne peut pas être réalisée d'emblée ou qu'elle est incomplète (sténose œsophagienne infranchissable). Il recherche une compression extrinsèque, une dilatation en amont d'un obstacle et/ou un aspect en faveur d'une achalasie.

(14) La manométrie œsophagienne est l'examen clé pour le diagnostic des troubles de la motricité œsophagienne (achalasie de l'œsophage avec blocages, impaction, régurgitation d'aliments non digérés, signes respiratoires nocturnes). Elle permet également l'étude du sphincter supérieur de l'œsophage.

(15) La tomodynamométrie thoracique avec coupes axiales et transverses recherche des lésions pariétales et/ou médiastinales, particulièrement en cas de compression extrinsèque sur l'opacification œsophagienne.

■ Liens d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêts pour cet article.

*Auteur correspondant :
Adresse e-mail : Laurent.Michaud@chru-lille.fr (L. Michaud)

■ Références

Papadopoulos A, Koletzko S, Heuschkel R, et al. Management guidelines of eosinophilic esophagitis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:107-18.

Franklin AL, Petrosyan M, Kane TD. Childhood achalasia : a comprehensive review of disease, diagnosis and therapeutic management. *World J Gastrointest Endosc* 2014;16:105-11.

Weiss MH. Dysphagia in infants and children. *Otolaryngol Clin North Am* 1988;21:727-35.