

**TROUBLES MOTEURS DE
L'ŒSOPHAGE :**
**Signes cliniques, explorations
morphologiques**

Dr J-François DUPUY

Clinique des Emailleurs (Limoges)

3 ème Journée Médico-Chirurgicale du Limousin

E.S.T.E.R. Technopole - 20 Juin 2009

TMO secondaires

TMO primitifs

TMO secondaires

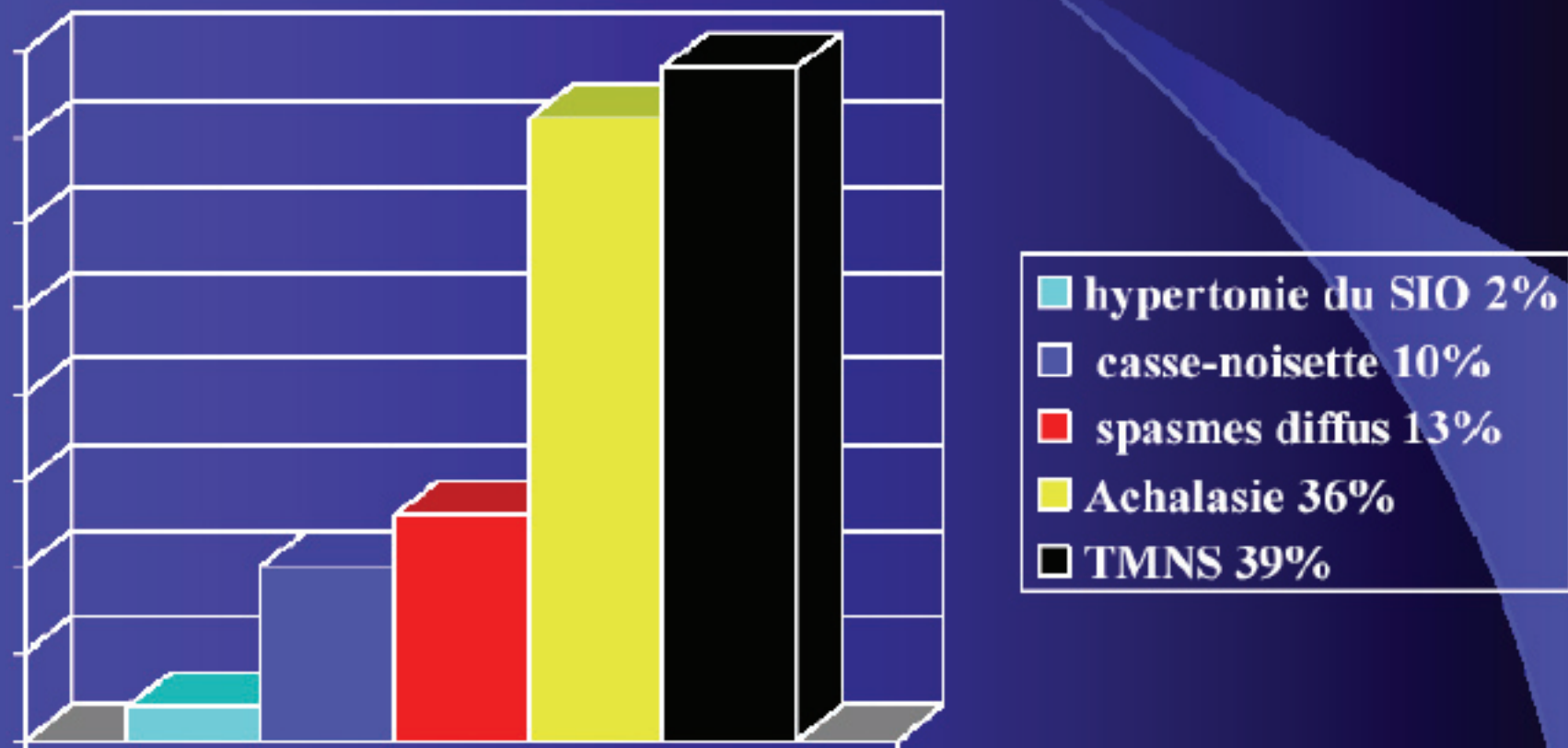
- RGO - Hernies hiatales - Pré/Post-opératoires
- Maladies systémiques (sclérodermie)
- Neuropathies (diabète, alcool, amylose)
- Maladies neuro-musculaires
- Presbyoesophage
- Oesophagites (quelle qu'en soit la cause)
- Cancer infiltrant œsophage -> tout obstacle
- Médicaments
- M de Chagas

TMO primitifs

Achalasie

- Maladie des spasmes étagés (diffus) de l'œsophage
- Œsophage casse-noisette
- SIO hypertonique
- Défaut de relaxation du SIO, motricité oesophagienne inefficace ... Troubles moteurs oesophagiens non spécifiques

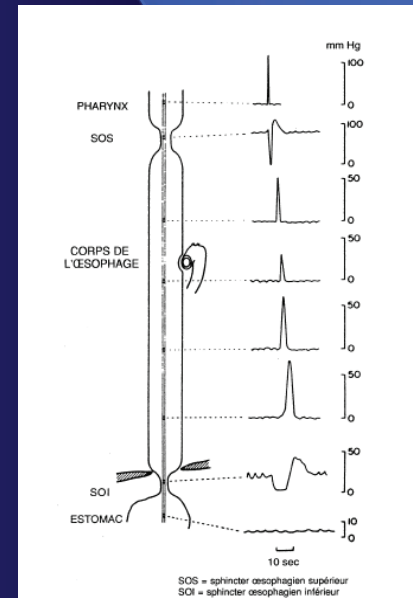
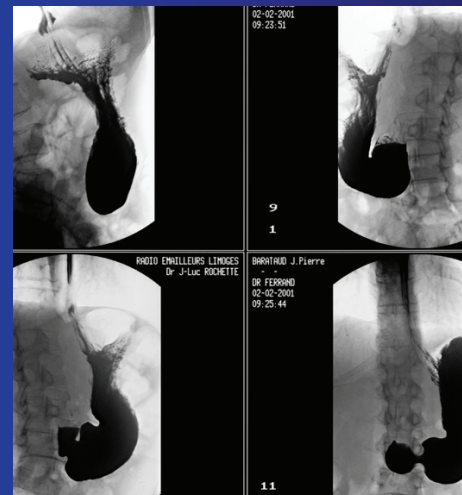
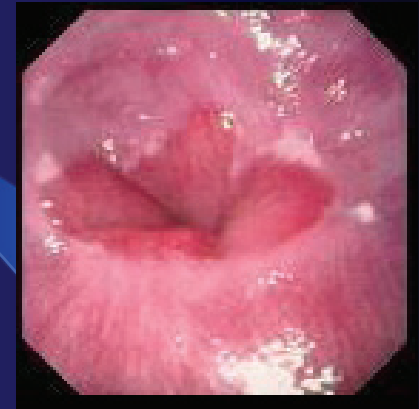
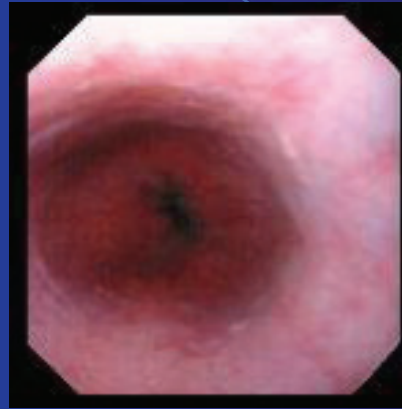
Troubles moteurs primitifs de l'oesophage



Dysphagie (132/251) Katz et al 1987

TMO

- Clinique
- (Bilan Cardio)
- Endoscopie
- Scanner/EES
- TOGD
- Manométrie



CLINIQUE

- Les symptômes :
 - Dysphagie
 - Douleur thoracique +/- pseudo-angineuse, +/- odynophagie (Bilan cardiaque négatif)
 - Régurgitations
 - Pyrosis
- Les signes associés :
 - âge
 - Ancienneté des symptômes ?, Variabilité ?
 - AEG ?
 - Fausse-routes alimentaires ? troubles neurologiques ? Acrosyndrome ?
- Le contexte :
 - Alcoolisme ? Tabagisme ? Diabète ? Maladie systémique ? Atteinte neurologique ? Atteinte rhumatologique ?
 - RGO ?

ENDOSCOPIE

- = Examen de base, ++ après 40 ans
- **OBSTACLE :**
Tumeur ? Infiltration ? Sténose (peptique, caustique ...) ? Compression extrinsèque ? Diaphragme (Schatski) ?
- **PAS D'OBSTACLE MAIS UN OU DES ÉLÉMENTS PATHOLOGIQUES :** Oesophagite (peptique, mycotique, à éosinophiles ...) ?, diverticule ? Bécance cardiale ? Hernie hiatale ? ... Stase ? Reflux ? ...`
- **NORMALE**

Au terme de ce bilan, éventuellement complété par une TDM et/ou une EES

- 1) On a une explication certaine (++ obstacle, oesophagite) :
 - on arrêtera le bilan étiologique
 - on traitera la cause
- 2) On a une explication probable, on veut affirmer le TMO (SDM) et/ou en préciser le mécanisme intime (RGO, médicament ...),
ou, on n'a aucune explication claire (--> TMO primitifs),
 - on poursuivra le bilan : TOGD, manométrie, pH-métrie, impédancemétrie

ENDOSCOPIE NORMALE en cas de TMO primitifs ?!

- En principe oui,
- Au début des troubles probablement,
- Mais ...en fait :
 - diamètre œsophage ? régularité calibre ?
 - spasmes ? stase liquidienne ? anomalies discrètes de la muqueuse (aspect pseudo-trachéal, sillons, pavage, décollements, petits dépôts ...) ?
 - ressaut lors du franchissement du cardia ? béance cardiale ?

MANOMÉTRIE OESOPHAGIENNE

- Examen minutieux - Le médecin doit lui aussi être ... patient ! - Retrait rapide ou retrait progressif
- SIO : 32 +/- 13 cm d'eau - relaxation > à 90 %
- CORPS : ondes péristaltiques après DH (5 ml d'eau) d'amplitude = 135 +/- 50 cm d'eau et de durée = 4 +/- 1 s
- SSO
- Manométrie haute résolution (36 capteurs) -> représentation spatio-temporelle 3 D
- Manométrie couplée à l'impédancemétrie oesophagienne

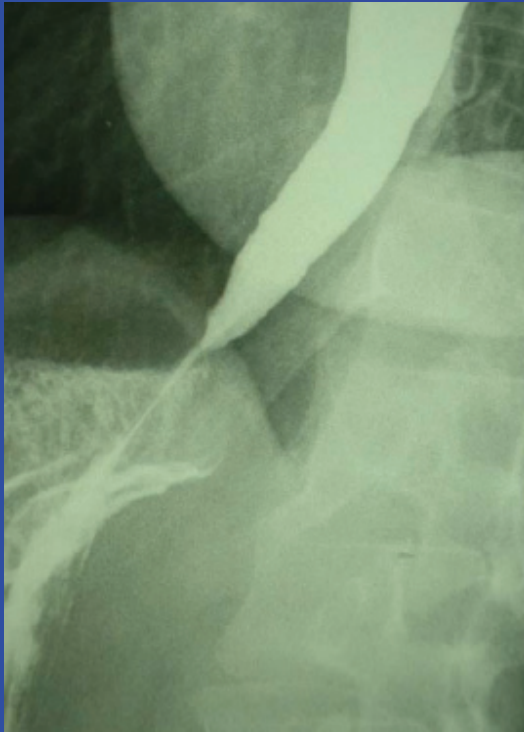
MANOMÉTRIE et IMPÉDANCEMÉTRIE OESOPHAGIENNES

- La mesure de l'impédance électrique endoluminale permet de détecter et d'évaluer la progression d'un bolus (d'air, de salive, de contenu gastrique) dans un organe creux, l'œsophage
- Couplée à la manométrie (comme elle peut l'être à la pH-métrie pour le bilan de certains RGO), l'impédancemétrie peut augmenter la sensibilité de la manométrie dans l'approche diagnostique des TMO primitifs comme des TMO secondaires à un RGO

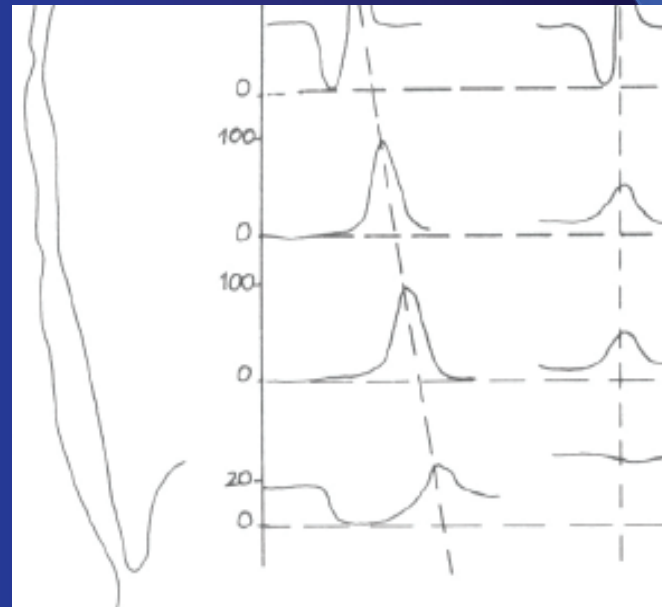
ACHALASIE - 1

- Ou, Cardiospasme
- Dysphagie paradoxale, +/- émotionnelle, intermittente, capricieuse
- Régurgitations
- Douleurs rétro-sternales (odynophagie)
- Fibroscopie
 - > attention au cancer infiltrant du cardia
- -----> Mégaoesophage (avec son risque de dégénérescence)

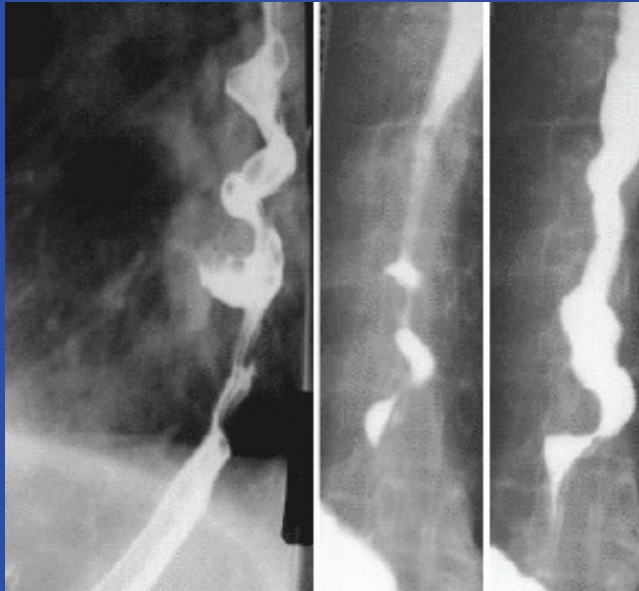
ACHALASIE - 2



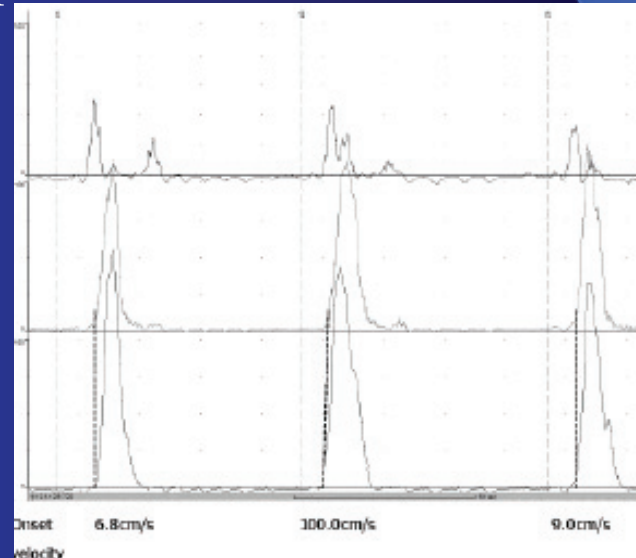
- Absence totale de péristaltisme
- Défaut de relaxation SIO
- +/- hypertonie du SIO
- (Achalasia vigoureuse) (formes débutantes)



SPASMES ÉTAGÉS

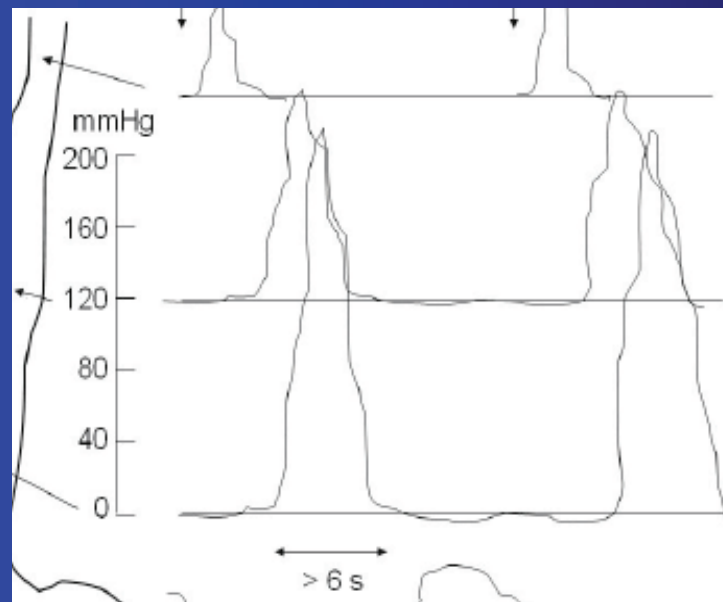


- Dysphagie, Douleurs thoraciques
- « œsophage en tire-bouchon »
- Grandes ondes spontanées, non propagées, alternant avec des périodes de péristaltisme normal
 - Possibilité d'ondes polyphasiques et d'ondes spontanées

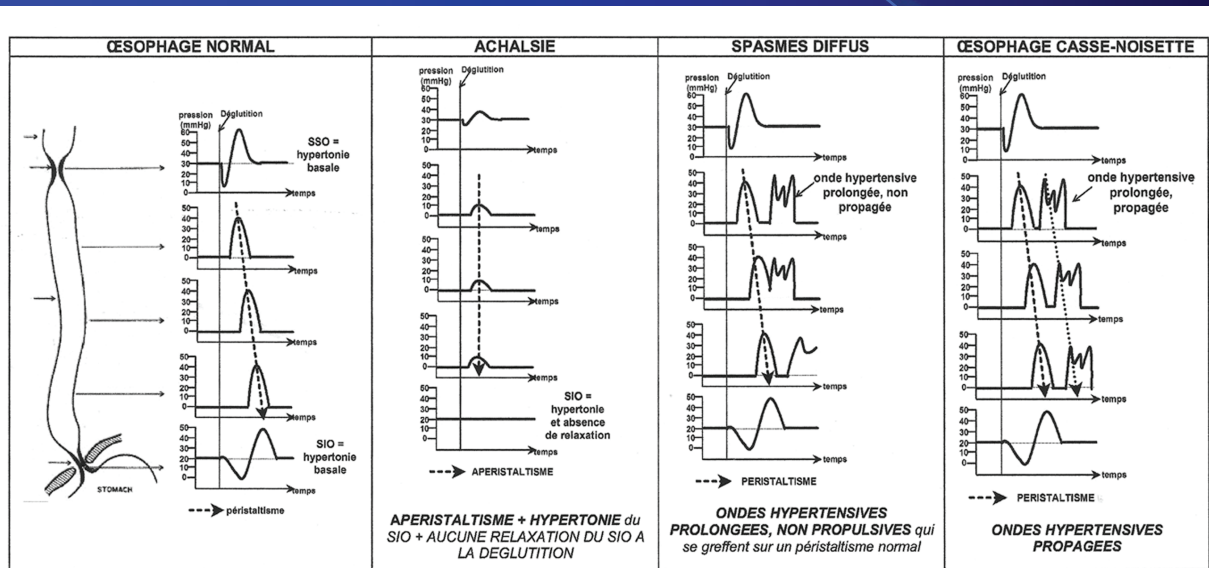


ŒSOPHAGE CASSE-NOISETTE

- Ou, sd du péristaltisme douloureux
- Pas de dysphagie, Douleurs thoraciques pseudo-angineuses
- Très grandes ondes, prolongées, propagées



TMO primitifs



POINT DE REPERE :

- **apéristaltisme + hypERTonie basale et absence de relaxation du SIO = ACHALASIE**
 - **Achalasie primitive ou idiopathique** : trouble moteur primitif de l'œsophage
 - **Achalasie secondaire** : on parle de pseudo-achalasie
 - processus néoplasique ou paranéoplasique
 - maladie de Chagas
- **apéristaltisme + hypOTonie basale du SIO** : maladie systémique : **sclérodermie +++**

TMO non spécifiques

- Les plus nombreux
- Fréquence accrue d'ondes non propagées (> 20 %)
- Ondes polyphasiques
- Ondes de faible amplitude
- Relaxation incomplète isolée du SIO
- Ondes de durée supérieure à la normale (> 6 s)
-

Conclusions

- Toujours chercher une cause ou tout au moins une explication en cas de TMO ---> TMO II et TMO I
- Se méfier du cancer infiltrant de l'oesophage
- TMO et RGO ++
- Endoscopie et Manométrie
- Pour les TMO primitifs, hormis pour l'achalasia, pas de traitement spécifique => fréquence peut-être sous estimée, car à quoi bon chercher quelque chose que l'on ne sait pas traiter !!.....
- => Suivre les patients, leur expliquer, les revoir, ++ si TMO non spécifiques - refaire manométrie
...