



Troubles moteurs œsophagiens (hors achalasie)

Définition et stratégies thérapeutiques

Sophie MARJOUX

Polyclinique Saint Jean – Cagnes-Sur-Mer

Praticien Attaché EFD – CHU Nice

Liens d'intérêts

- L'orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d'intérêts suivants : Initiations à des congrès nationaux ou internationaux : VIATRIS, Consultants, expert : AMGEN

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

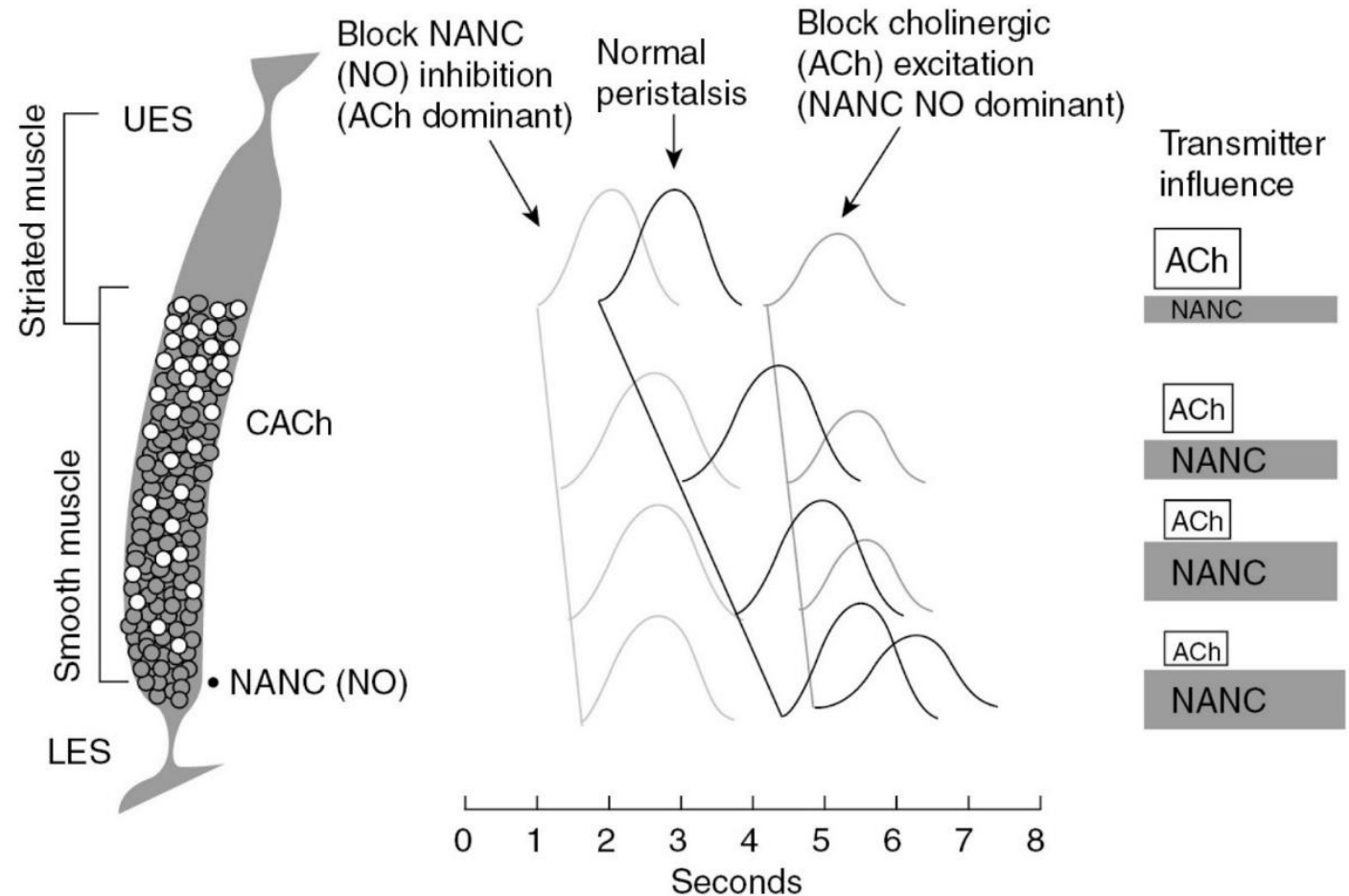
- Connaître la physiopathologie des troubles moteurs œsophagiens
- Connaître les manifestations cliniques
- Connaître leur définition manométrique
- Connaître les explorations à réaliser
- Connaître les options thérapeutiques

Introduction

- Les **troubles moteurs de l'œsophage** (TMO) ne nourrissent pas notre quotidien de gastro-entérologue, d'où notre difficulté à les appréhender quand nous y sommes confrontés
- Ils se manifestent le plus souvent par une **dysphagie** non organique
- Historiquement regroupés en “**spasmes de l'œsophage**”, l'avènement de la manométrie œsophagienne de haute résolution et la classification de Chicago ont permis un affinement diagnostique et une amélioration de leur prise en charge

Physiopathologie

- Centre de la déglutition
 - Situé au niveau du tronc cérébral
 - Principalement le nerf vague qui module l'activité des motoneurones du plexus myentérique
- Prédominance MN inhibiteurs dans l'œsophage distal
 - ⇒ Blocage MN inhibiteurs : contractions prématurées et rapides, défaut relaxation JOG
- Blocage MN excitateurs : contractions retardées, mais rapides également



The Esophagus, Sixth Edition. Edited by Joel E. Richter, Donald O. Castell, David A. Katzka, Philip O. Katz, André Smout, Stuart Spechler, and Michael F. Vaezi.
© 2021 John Wiley & Sons Ltd. Published 2021 by John Wiley & Sons Ltd.
Companion website: www.wiley.com/go/richter/esophagus6e

Quand évoquer un trouble moteur de l'œsophage

- Symptômes cliniques :
 - 1°/ Dysphagie
 - 2°/ Douleur thoracique
 - 3°/ Régurgitations
- Endoscopie œso-gastrique :
 - Signes évocateurs :
 - Stase œsophagienne (salive, aliments),
 - diverticule, œsophage de lutte,
 - passage cardia avec ressaut
- Anamnèse : diabète, pathologies neurologiques, prise d'opiacés complets



Explorations à réaliser

- Systématiquement :

1°/ **Gastroscopie avec biopsies œsophagiennes**

=> Eliminer un obstacle organique, EoE

2°/ **Manométrie œsophagienne haute résolution +/- TOGD**

3°/ **Bilan cardiologique (si douleur)** *Virani SS, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2020*

- Au moindre doute diagnostique :

- **Scanner thoraco-abdomino-pelvien**

- **Echo-endoscopie œso-cardiale**

=> Diagnostic différentiel néoplasie cardiaque ou tumeur compressive

- Participation du RGO ou suspicion d'achalasia :

- **pHmétrie** ou **pHimpédancemétrie** des 24 heures

- **EndoFlip** (planimétrie par impédance)

Manométrie œsophagienne haute résolution

- Examen de référence des TMO
- Conditions de réalisation proposées par la Classification de Chicago v4.0 :
 - Jeûne de 4 heures
 - 10 déglutitions en position assise ou allongée, puis 5 dans l'autre position
 - Déglutitions répétées
 - Épreuve du verre d'eau



Manométrie œsophagienne haute résolution

- Principales mesures :
 - **PRI** : Relaxation de la jonction œso-gastrique
 - **ICD** : Vigueur de l'onde de contraction
 - **LD** : Une onde de contraction est dite prématurée si $LD < 4,5$ s
 - **Pressurisation** œsophagienne

- Classification de Chicago v4.0 :
6 grandes catégories :

- Achalasie
- Défaut de relaxation ou Obstruction fonctionnelle de la JOG

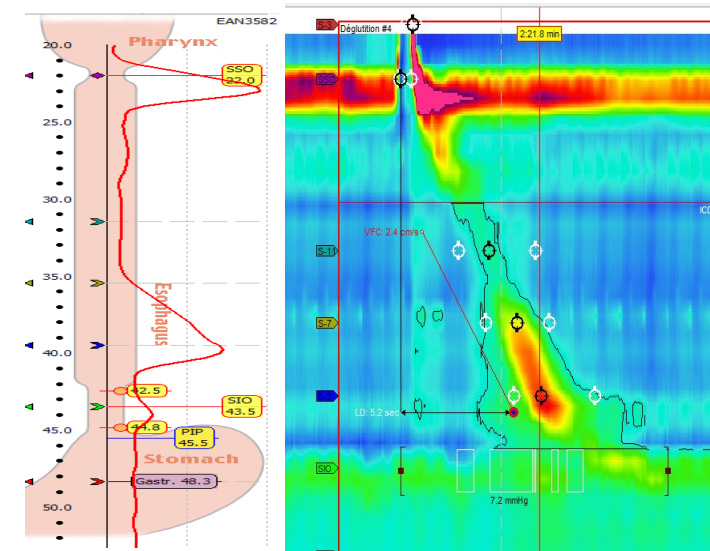
DEFAUT DE RELAXATION DE LA JOG

- Spasmes œsophagiens
- Œsophage hypercontractile

TROUBLES « HYPERCONTRACTILES »

- Syndrome de motricité inefficace
- Contractions absentes

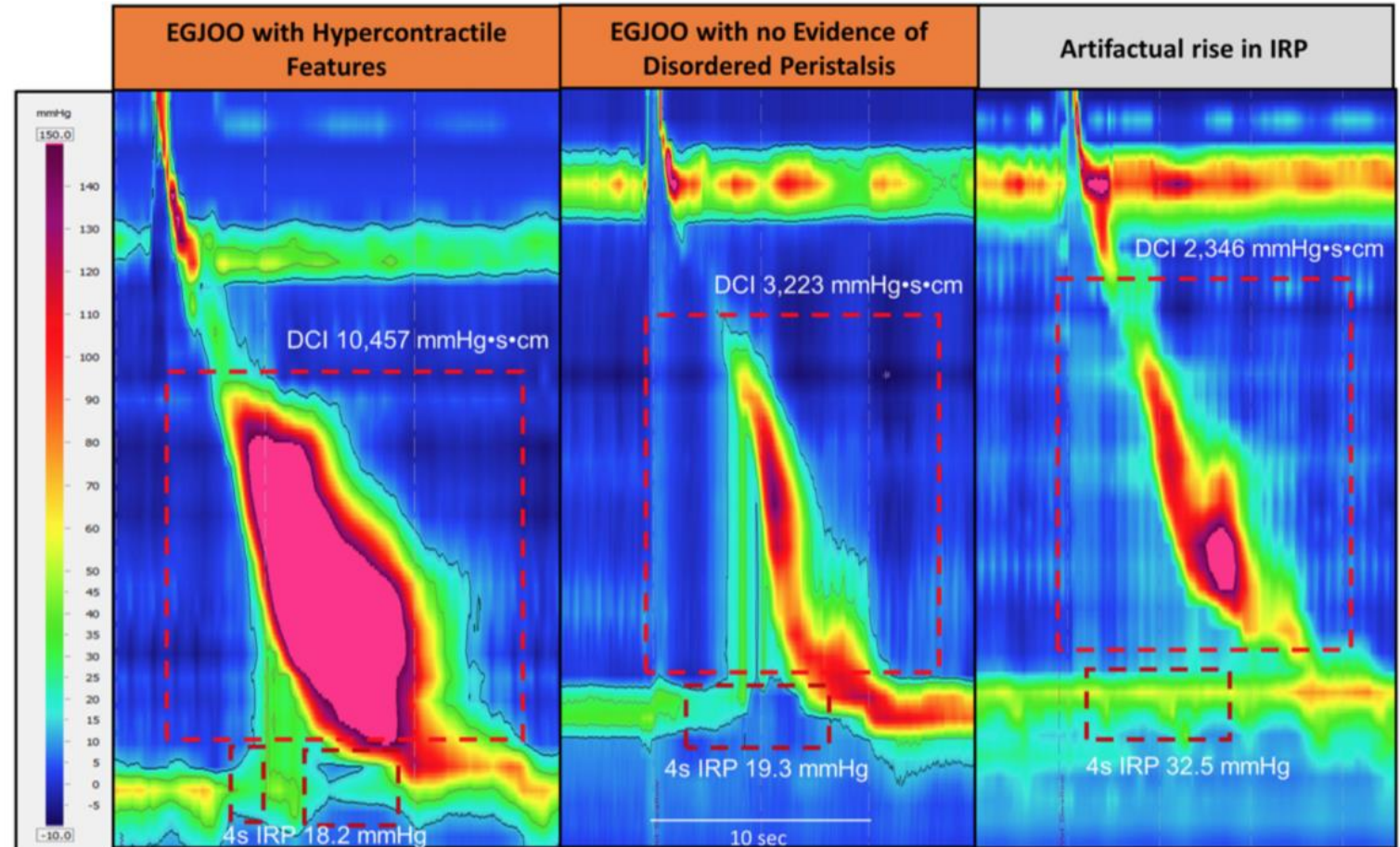
TROUBLES « HYPOCONTRACTILES »



Troubles moteurs et options thérapeutiques

- **Obstruction fonctionnelle de la JOG (défaut de relaxation):**

- Définition :
 - PRI élevée (assis **et** couché)
 - Pressurisation intrabolus $\geq 20\%$
 - Péristaltisme conservé
 - Solides / repas conseillé
- Signification clinique incertaine ; Signes cliniques quand présents : dysphagie, douleurs
- Anomalies sur TOGD minuté et/ou Endoflip
- Traitement :
 - Médical : peu efficace antispasmodiques, antidépresseurs, ttt anti-reflux
 - Endoscopique ++ : dilatation pneumatique, toxine botulinique, POEM



Courtesy of National Jewish Health, Esophageal Function Laboratory

Yadlapati et al., *Neurogastroenterol Motil.* 2021

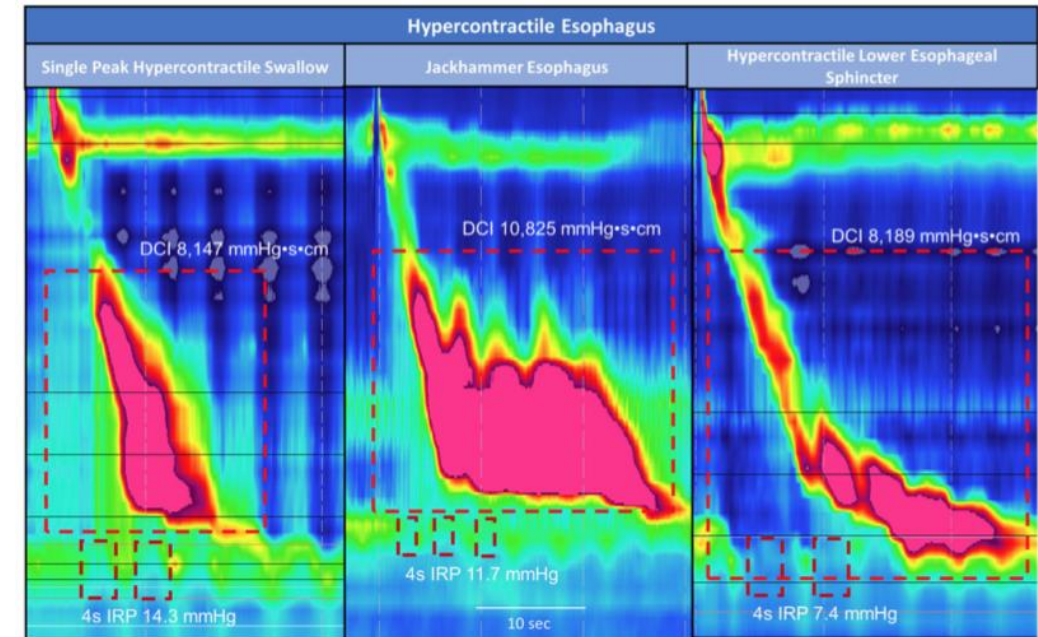
Clayton SB, et al. *Pneumatic dilation improves esophageal emptying and symptoms in patients with idiopathic esophago-gastric junction outflow obstruction. Neurogastroenterol Motil* 2019



Troubles moteurs et options thérapeutiques

• Œsophage hypercontractile

- Définition :
 - Vigueur excessive des contractions pour $\geq 20\%$ des déglutitions ($> 8000 \text{ mmHg}\cdot\text{s}\cdot\text{cm}$)
 - PRI normale
 - En l'absence de spasme et d'obstruction de la JOG
- Significatif uniquement si symptômes présents (dysphagie, douleurs)
- Critères pour achalasia ou spasmes doivent être absents
- Eliminer avec certitude obstacle mécanique ++
- Rechercher facteurs favorisants (diabète, opiacés...)



Yadlapati et al., *Neurogastroenterol Motil.* 2021

Troubles moteurs et options thérapeutiques

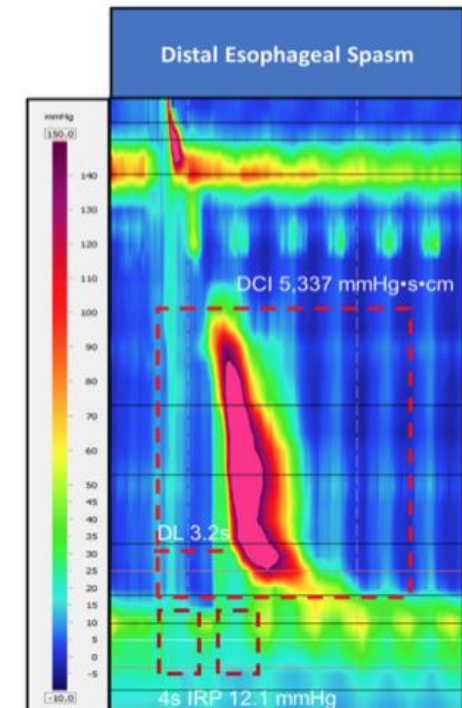
• Spasmes œsophagiens

- Entité rare
- « Œsophage en tire-bouchon » au TOGD
- Définition :
 - Symptômes cliniques présents (dysphagie, douleur thoracique)
 - Contractions prématurées pour $\geq 20\%$ des déglutitions (LD < 4,5 s)
 - En l'absence de contractions inefficaces (ICD > 450 mmHg.s.cm)
 - PRI normale

TOGD



Manométrie



Yadlapati et al.

Troubles moteurs et options thérapeutiques

- **Œsophage hypercontractile et Spasmes œsophagiens : Traitement :**

- **Médical** : Inhibiteurs calciques, dérivés nitrés, antidépresseurs, sildenafil, anticholinergiques (efficaces, mais effets secondaires) ; éviter les opiacés complets

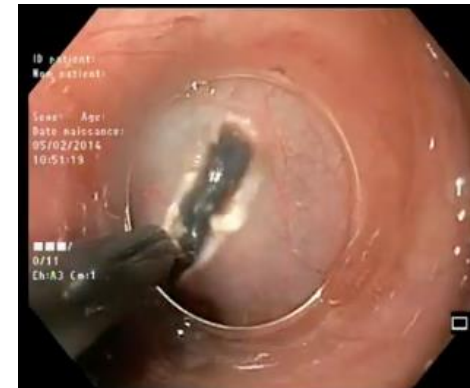
Cannon RO 3rd et al. Imipramine (...). N Engl J Med 1994, Clouse RE et al. Low-dose trazodone (...). Gastroenterology 1987, Eherer AJ et al. Effect of sildenafil (...). Gut. 2002

- **Endoscopique** : Avec prudence : toxine botulinique, POEM (RCP motricité ++ locale ou GFNG)

Mion F, Marjoux S, et al. Botulinum toxin (...). Neurogastroenterol Motil. 2019, Marjoux S, Pioche M, et al. Fatal mediastinitis (...). Endoscopy. 2013, Tan MZ et al. Mediastinitis, pseudo-aneurysm formation, aortic bleed, and death from endoscopic botulinum toxin injection. Endoscopy. 2016, Filicori F et al. POEM (...). Surg Endosc 2019

- **Abstention thérapeutique et surveillance**

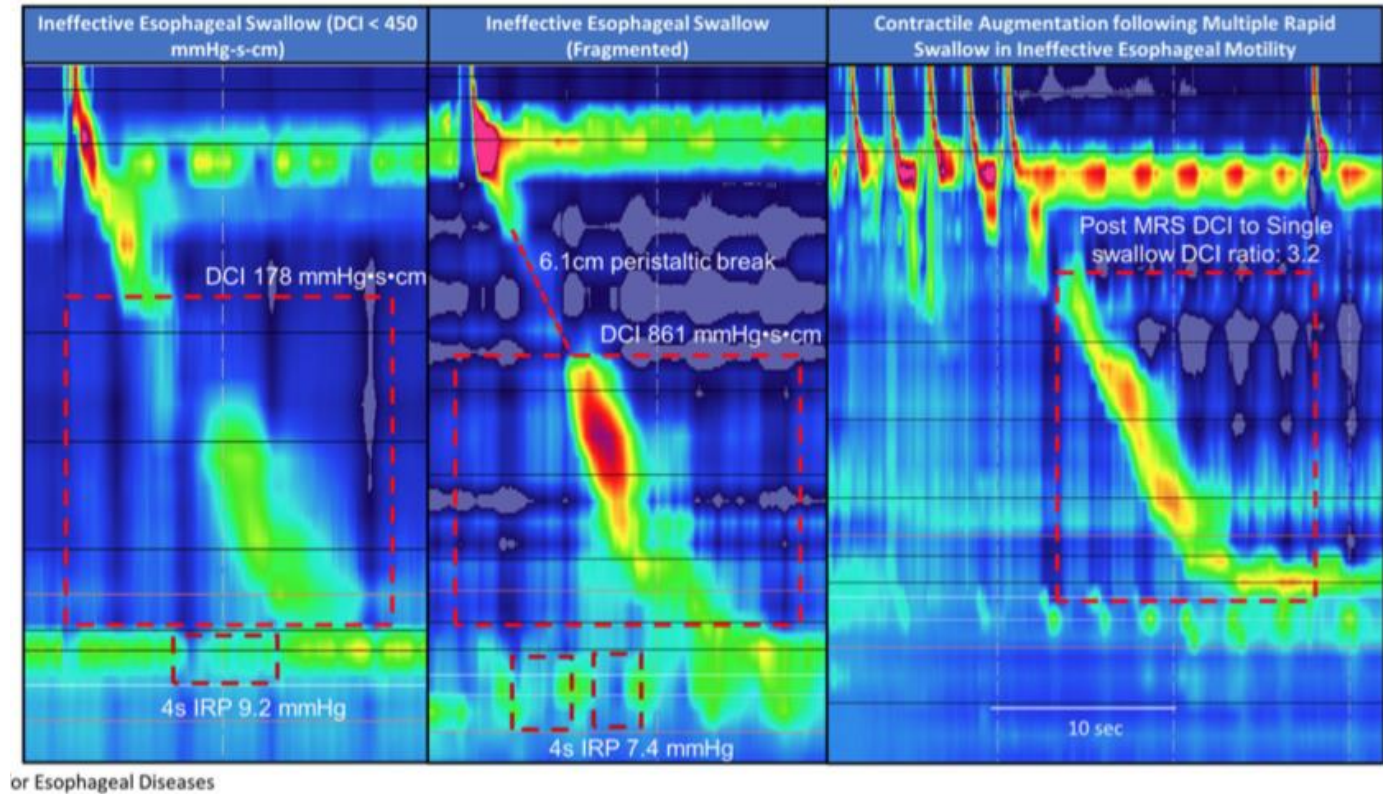
- Symptômes peu marqués, fluctuants
- Refaire investigations en fonction de l'évolution



Troubles moteurs et options thérapeutiques

- **Syndrome de motricité inefficace**

- Définition :
 - > 70% des déglutitions inefficaces ou $\geq 50%$ absentes
 - PRI normale
- Très fréquent ; le plus souvent asymptomatique
- Traitement :
 - Médical : IPP, règles hygiéno-diététiques
 - Pas de contre-indication à une chirurgie anti-reflux

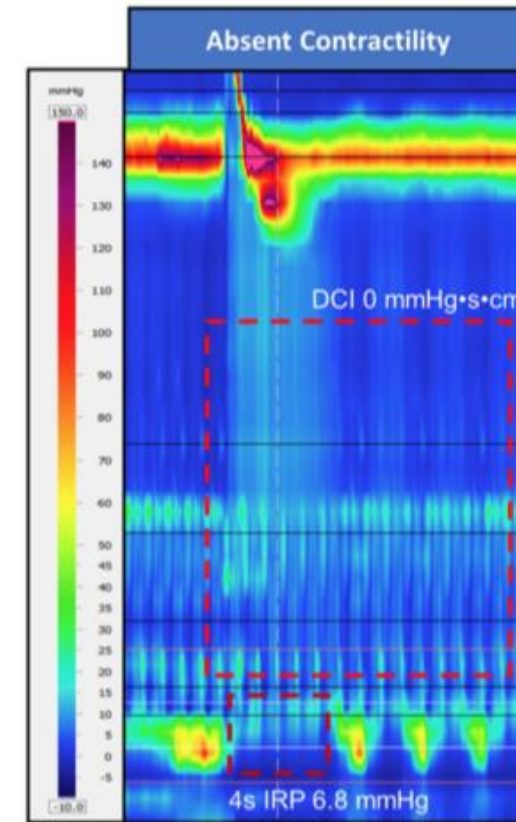


Yadlapati et al., *Neurogastroenterol Motil.* 2021

Troubles moteurs et options thérapeutiques

• Contractions absentes

- Définition :
 - Contractions absente pour 100% des déglutitions
 - PRI normale
- « Œsophage type sclérodermique » (syndrome de CREST): hypotonie de la JOG
- Parfois achalasia type 1 débutante :
si $PRI \geq 10$ mmHg, compléter les tests fonctionnels
(*tests de sensibilisation de la MHR, repas test, mano-impédancemétrie, TOGD minuté, EndoFlip*)
- Traitement :
 - Pas de ttt si pas de symptômes
 - Spécifique : Sclérodermie ou Achalasia
 - Idem Sd de motricité inefficace : ttt anti-reflux, RHD
 - Contre-indication à une chirurgie anti-reflux



Yadlapati et al., Neurogastroenterol Motil. 2021

Conclusion

- **TMO hors achalasia** : Bien décrits depuis l'avènement de la MHR
- **Prise en charge** : Mal codifiée, surtout du fait de leur rareté
- **Diagnostic avant tout différentiel** :
 - Bien compléter le bilan notamment en cas de **défaut de relaxation de la JOG** et d'**hypercontractilité** : la priorité = éliminer un cancer du cardia ou une tumeur extrinsèque compressive
 - Causes médicamenteuses
- **Traitement** :
 - 1°/ Abstention et rassurer (si pas de symptômes ou limités)
 - 2°/ Surveillance (MHR de suivi : évolution possible vers achalasia)
 - 3°/ ttt médicamenteux (surtout si RGO)
 - 4°/ ttt endoscopique (balance bénéfice-risques, avis d'experts)

POINTS FORTS

- Un trouble moteur de l'œsophage doit être évoqué en cas de **dysphagie** avec **gastroscopie et biopsies œsophagiennes** normales.
- L'examen de référence en cas de suspicion de trouble moteur de l'œsophage est la **manométrie œsophagienne haute résolution**, réalisée selon le protocole défini par la dernière version de la **Classification de Chicago** (v 4.0).
- Certains troubles moteurs œsophagiens atypiques peuvent annoncer le développement d'une **achalasia** : un suivi et une répétition des examens peuvent être nécessaires.
- La prise en charge des troubles moteurs de l'œsophage est essentiellement **médicale** ou **endoscopique** (toxine botulinique ou myotomie endoscopique).
- Lorsque les symptômes cliniques ne sont pas invalidants, ou majorés par le stress, **rassurer et proposer une surveillance** est une option thérapeutique valide.