

# La dysphagie oro-pharyngée (hors sténose)

 **Véronique VITON**

 Service de gastroentérologie, Hôpital NORD, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Aix-Marseille Université - Chemin des Bourrely, 13915 Marseille - MARSEILLE (France)

 [veronique.viton@ap-hm.fr](mailto:veronique.viton@ap-hm.fr)

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Savoir différencier cliniquement une dysphagie oropharyngée d'une dysphagie œsophagienne
- Connaître les principaux diagnostics différentiels
- Connaître les différentes étiologies
- Connaître la démarche diagnostique et les examens complémentaires utiles
- Savoir prendre en charge les complications

## LIEN D'INTÉRÊT

L'auteure a déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec sa présentation.

## MOTS-CLÉS

Dysphagie oropharyngée ; Vidéoradiographie ; Dénutrition.

## ABRÉVIATIONS

N/A

## Introduction

La dysphagie est définie par une sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire au cours de la déglutition.

Après avoir éliminé les principaux diagnostics différentiels comme l'odynophagie, le globus, l'anorexie, la satiété précoce et le syndrome de rumination il convient de distinguer la dysphagie oro-pharyngée de la dysphagie œsophagienne (ou œso-cardiale pour certains auteurs).

Nous ne traiterons ici que de la dysphagie oro-pharyngée qui a récemment été plus précisément définie par un groupe d'experts de la société européenne de neurogastro-entérologie (1) : « L'UEG/ESNM reconnaît que la dysphagie oropharyngée se définit comme un trouble de la déglutition entraînant une altération du transport efficace et sûr du bol alimentaire depuis la cavité orale, à travers le pharynx, jusqu'à l'œsophage. Les principaux signes sont classés en deux catégories :

« **Signes de sécurité** » (pénétration laryngée et aspiration) ;

« **Signes d'efficacité** » (allongement du temps de déglutition, défaut d'occlusion labiale, chute prématurée du bol dans le pharynx, déglutition fractionnée, régurgitation nasale, résidus oraux ou pharyngés, et défaut d'ouverture du sphincter œsophagien supérieur).

Les principaux symptômes associés comprennent la toux, l'étouffement, la crainte de s'alimenter, les modifications de la voix, la sensation de globe pharyngé, l'allongement du temps des repas, la fatigue et une diminution du plaisir de manger.

La dysphagie œsophagienne est définie par ce même groupe d'experts comme une difficulté à avaler, généralement ressentie au niveau rétrosternal, et en lien avec une anomalie anatomique, mécanique ou fonctionnelle de l'œsophage ou du sphincter œsophagien inférieur.

La prévalence de la dysphagie dans la population générale est mal connue mais serait de l'ordre de 10 à 20 % sans qu'il soit aisé d'individualiser une différence de prévalence entre les deux types de dysphagie (1). Une revue de la littérature

complétée par une méta-analyse a évalué la fréquence de la dysphagie oro-pharyngée en milieu hospitalier et en centres de rééducation. Les résultats ont rapporté une prévalence de 36,5 à 42,5 %. Néanmoins cette analyse a montré une hétérogénéité dans la définition et l'évaluation de la dysphagie oro-pharyngée allant d'une « modification de la déglutition liée à l'âge » (presbyphagie) à une véritable dysphagie (2). Ce travail a également montré que les troubles sont souvent exacerbés par des pathologies neurologiques associées, en particulier la maladie de Parkinson. Cependant ces symptômes sont souvent banalisés et sous-diagnostiqués alors qu'ils peuvent induire des conséquences graves (dénutrition, déshydratation, pneumopathies d'inhalation) pourvoyeuses d'hospitalisations prolongées, de ré-hospitalisations, et d'une morbi-mortalité élevée. L'identification de la dysphagie oro-pharyngée est donc fondamentale chez les patients fragiles afin d'éviter la survenue de complications potentiellement sévères (1).

---

## Rappels physiologiques

---

La déglutition est un élément initial essentiel du processus digestif.

Après ingestion, les aliments subissent une première digestion mécanique par la mastication et une digestion chimique grâce aux enzymes salivaires.

La déglutition survient ensuite, c'est un processus complexe qui se déroule en trois phases : orale, pharyngée et œsophagienne (3).

**La phase orale** est un processus volontaire. Les aliments solides sont broyés et mélangés à la salive, c'est la première étape de la digestion. Elle peut se décomposer en phase préparatoire (malaxage et insalivation du bolus) et en phase propulsive. Elle implique la contraction de la langue qui va pousser le bol alimentaire contre le palais mou, puis vers l'arrière dans l'oropharynx. Ce phénomène active les récepteurs sensoriels du nerf glossopharyngien (IX), qui vont stimuler le noyau solitaire du centre de déglutition situé dans la partie inférieure du pont et la moelle allongée du tronc cérébral. La fonction cérébelleuse est très importante à cette étape (coordination des noyaux moteurs des nerfs crâniens V, VII, XII) et va permettre de déclencher les deux phases suivantes de la déglutition.

**La phase pharyngée** est, elle, un processus involontaire et réflexe. C'est le temps le plus important et le plus délicat de la déglutition car il concerne le carrefour aéro-digestif. Le palais mou ferme le nasopharynx pour éviter le reflux. Le pharynx va recevoir le bol alimentaire après s'être raccourci et élargi, alors que le larynx s'élève en raison de la contraction des muscles supra-hyoïdiens et des muscles pharyngiens longitudinaux, entraînant la fermeture du larynx et de la trachée par l'épiglotte.

**La phase œsophagienne** est également involontaire. Elle correspond à l'ouverture du sphincter œsophagien supérieur grâce à l'élévation du larynx associée à la relaxation du muscle crico-pharyngé. C'est l'élément déclencheur du péristaltisme primaire du corps de l'œsophage.

Le centre de la déglutition se situe au niveau bulbaire et cette fonction complexe fait intervenir de nombreux nerfs : les afférences sensorielles proviennent essentiellement des nerfs crâniens V (sensibilité du palais dur, des joues, des deux tiers antérieurs de la langue), IX (sensibilité de l'amygdale, du voile et du pharynx) et X (sensibilité du larynx), les efférences motrices étant le V (masséter), le VII (joues et lèvres), le X (pharynx, larynx et œsophage) et le XII (langue). Ainsi, toute atteinte centrale ou d'un de ces nerfs pourra affecter la déglutition.

---

## Diagnostic clinique

---

### Interrogatoire

À l'interrogatoire, certains éléments peuvent orienter vers une dysphagie oro-pharyngée tels que des blocages alimentaires de siège cervical, des régurgitations pharyngo-orales ou pharyngo-nasales, un « bavage », la présence de résidus buccaux, la nécessité de réaliser des déglutitions multiples, prolongées, avec effort musculaire, une sensation de stase buccale ou pharyngée après la déglutition, une toux concomitante, des fausses routes, une dysphonie, des infections bronchiques à répétition, la nécessité d'adopter des positions inhabituelles lors de la déglutition (parfois rapportée par l'entourage) (3-5).

Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'une dysphagie œsophagienne peut induire des symptômes ressentis au niveau cervical et que les deux mécanismes peuvent coexister.

Le globus, l'anorexie et les affections dentaires seront bien entendu à éliminer en priorité.

Le retentissement sur l'état général et la modification spontanée de texture des aliments n'est pas réellement spécifique d'un type de dysphagie.

En revanche, le mode d'installation de la dysphagie et son ancienneté sont des éléments importants à prendre en compte. En effet, une dysphagie d'installation brutale est évocatrice d'un lien avec l'ingestion d'un corps étranger surtout en cas de douleur associée. Dans ce cas, le diagnostic est souvent simple en raison d'un contexte particulier (ingestion d'un aliment « dur », ingestion accidentelle ou volontaire d'un objet non alimentaire) et la prise en charge se fait dans le cadre de l'urgence avec retrait du corps étranger lors d'une endoscopie. En dehors de ce contexte, une maladie neurologique, en particulier un AVC, ou une cause médicamenteuse avec notamment la prise de psychotropes peuvent induire une dysphagie « aigue », tout comme certaines causes infectieuses locales (abcès rétro-pharyngé, angines, phlegmons). Cependant, la plupart du temps, la dysphagie s'installe de manière progressive, plus ou moins rapidement, quelle que soit l'étiologie.

Le contexte général sera également important à préciser en recherchant notamment des antécédents neurologiques (AVC, maladie de Parkinson...) ou musculaire (myosite, myasthénie...) et des signes cliniques évoquant ce type de pathologies, notamment au niveau facial comme un ptosis ou une faiblesse musculaire générale. Il faudra également

examiner attentivement les médicaments pris par le patient pour s'assurer de l'absence de cause iatrogène.

Un terrain anxieux pourra par ailleurs majorer la perception de la sensation de blocage.

Enfin, il est fondamental d'évaluer la sévérité de la dysphagie, ses complications et son retentissement, en particulier la dénutrition et la déshydratation, les fausses routes et les complications respiratoires notamment les broncho-pneumopathies. La consommation éthylo-tabagique est également un élément important dans le contexte.

### Examen clinique

En dehors de l'évaluation générale, fondamentale, visant à apprécier un éventuel retentissement sur l'état nutritionnel et sur l'état d'hydratation, l'examen comportera les temps suivants (3-5) :

- Global du visage et de la posture : asymétrie du visage, déformation posturale notamment cervicale ;
- Oro-pharyngé avec une inspection muqueuse à la recherche d'une lésion endo-buccale, pharyngée, de l'état bucco-dentaire, de signes de sécheresse buccale, d'anomalie de morphologie buccale. Il faudra également évaluer la motricité linguale et s'assurer de l'absence de troubles de la sensibilité locale ne serait-ce qu'en utilisant un écouvillon. L'évaluation de la qualité de la voix est un élément important qui sera parfois plus facilement rapporté par l'entourage ;
- Cervical avec essentiellement la recherche d'adénopathies, d'un nodule thyroïdien voire de goitre, de cicatrice chirurgicale ;
- Respiratoire avec en particulier l'analyse de la toux et de fluidité de la respiration ;
- Neurologique avec l'étude des paires crâniennes et un examen neurologique général et postural.

Enfin, idéalement, une évaluation de la capacité à déglutir différentes textures doit être réalisée, mais ne sera généralement pas en pratique réalisée en consultation de gastro-entérologie mais en centre ORL spécialisé.

De nombreux tests /questionnaires ont été décrits dans la littérature et évaluent différents paramètres, du diagnostic aux complications.

Deux principaux tests diagnostiques peuvent être utilisés : le volume viscosity swallow test (V-VST) et le test de De Pippo.

- Le V-VST consiste à faire ingérer au patient trois volumes successifs (5, 10 et 20 ml) de viscosité croissante (6).

- Le test de De Pippo est un test de dépistage de la dysphagie haute recommandé par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé). Il consiste à faire boire 90 ml d'eau plate à température ambiante, dans un verre, en position assise à 90°. Le test est positif en cas d'interruption nécessaire, de toux ou de voix modifiée pendant la prise.

Ces deux tests présentent une bonne sensibilité et une bonne spécificité (7-8).

Le « Eating Assessment Tool-10 : EAT-10 », traduit et validé dans plus de 10 langues, est un excellent questionnaire d'auto-évaluation de 10 items très utilisé dans le dépistage de la dysphagie, de son retentissement. Il présente une très bonne validité et reproductibilité et permet d'évaluer le risque de fausses routes (9). Il est présenté en Annexe 1.

D'autres tests seront plus spécifiques comme le Deglutition Handicap Index (DHI) qui vise à évaluer le handicap associé à la dysphagie (retentissement psycho-social, conséquences nutritionnelles et respiratoires) ou le « Test Of Masticating And Swallowing Solids » (TOMASS) qui évalue spécifiquement l'ingestion des solides : nombre de bouchées et de cycles masticatoires, nombre de déglutitions par bouchée et temps total (10,11).

Certains tests sont, quant à eux, destinés à évaluer la gravité de la dysphagie, comme le « Dysphagia Outcome and Severity

### Annexe 1 : Questionnaire EAT-10

**A. INSTRUCTIONS :**

Répondez à chaque question en indiquant le nombre de points dans les cases.  
Dans quelle mesure rencontrez-vous les problèmes suivants ?

<p><b>1 Mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>	<p><b>6 Avaler est douloureux.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>
<p><b>2 Mon problème de déglutition retentit sur ma capacité à prendre mes repas à l'extérieur.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>	<p><b>7 Le plaisir de manger est affecté par mes problèmes de déglutition.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>
<p><b>3 Avaler des liquides me demande un effort supplémentaire.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>	<p><b>8 Lorsque j'avale, des aliments se bloquent dans ma gorge.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>
<p><b>4 Avaler des aliments solides me demande un effort supplémentaire.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>	<p><b>9 Je tousse quand je mange.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>
<p><b>5 Avaler des comprimés me demande un effort supplémentaire.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>	<p><b>10 Cela me stresse d'avaler.</b> 0 = aucun problème 1 2 3 4 = de sérieux problèmes</p>

**B. SCORE :**

Additionnez le nombre de points et indiquez votre score total dans les cases.  
Score total (max. 40 points)

**C. LA PROCHAINE ÉTAPE :**

Si le score EAT-10 est supérieur ou égal à 3, il est possible que vous ayez des problèmes pour avaler efficacement et en toute sécurité. Nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin.

Scale » (DOSS). Il s'agit d'une échelle en 7 points allant de l'incapacité à s'alimenter per os (niveau 1) à une alimentation normale (niveau 7) et qui permet de proposer des recommandations en termes de type d'alimentation en fonction du niveau de dépendance (12). La « Fonctionnel Oral Intake Scale) (FOIS) est une échelle similaire allant de 1 à 7 mais spécifique des patients victimes d'AVC (13).

D'autres tests évaluent les complications comme le score de résidus pharyngés de Yale qui apprécie la sévérité des résidus pharyngés en vidéoendoscopie après déglutition, leur localisation et leur quantité, ou le score de Rosenbek qui est une échelle de pénétration-aspiration (14,15).

Enfin, le « Swallowing Quality of Life : SWAL-QoL » évalue quant à lui la qualité de vie des patients dans différentes dimensions. Il comprend 44 items avec un score maximal est de 100 points, un score élevé correspondant à une « bonne » qualité de vie (16).

---

## Quels examens paracliniques ?

---

Les objectifs des explorations sont :

- Le diagnostic étiologique et potentiellement le pronostic en fonction de la cause identifiée ;
- Le diagnostic fonctionnel : mécanisme et sévérité des troubles ;
- Une proposition thérapeutique adaptée à la cause et aux mécanismes identifiés.

### Endoscopies

Comme toujours devant ce type de symptôme, la priorité est d'éliminer une cause organique tumorale et le bilan devra débuter par la réalisation d'une nasofibroscopie pharyngée et d'une endoscopie œso-gastro-duodénale.

Ce bilan endoscopique pourra être complété par une endoscopie ORL et bronchique complète sous anesthésie générale en fonction des premières constatations lors de la nasofibroscopie.

En fonction du contexte clinique, des examens visant à éliminer une pathologie générale (notamment neurologique) pourront être proposés avant d'adresser le patient à un neurologue. Le bilan peut être, dans un premier temps, un bilan biologique standard associé à un dosage des Ac anti-Récepteur à l'acétylcholine, des CPK ainsi qu'une IRM cérébrale. La suite du bilan sera réalisée par l'équipe de neurologie si besoin (EMG, biopsies musculaires, bilans biologiques spécifiques...).

Néanmoins, dans tous les cas, devant une dysphagie oro-pharyngée, il sera nécessaire de préciser le mécanisme des troubles par une vidéoradiographie ou une vidéoendoscopie de la déglutition afin d'adapter le traitement (1).

### Vidéoradiographie de la déglutition (ou vidéofluoroscopie de déglutition)

C'est l'examen fonctionnel de référence pour l'exploration des troubles de la déglutition (1, 17,18). Il consiste à enregistrer en direct, de face et de profil, sous contrôle radiolo-

gique, le passage de différentes textures de bol alimentaire opacifiées : liquides, semi-liquides, pâteux, solides. L'examen est enregistré avec possibilité de ralenti et arrêt sur image. L'examen permet une analyse dynamique des différentes phases de la déglutition :

- Phase orale : propulsion linguale, étanchéité labiale et vélaire ;
- Phase pharyngée : élévation laryngée, inversion épiglottique, ouverture du sphincter œsophagien supérieur ;
- Phase œsophagienne cervicale.

Ainsi, cet examen permettra d'identifier les anomalies à chaque étape : retard de la phase orale (stase, résidus), altération de la phase pharyngée (défaut d'ascension laryngée, fausse route stase valléculaire ou piriforme), atteinte du sphincter œsophagien supérieur (défaut/ retard d'ouverture). En revanche, il ne permet pas d'identifier la cause de la dysphagie mais juste son/ses mécanisme(s).

La vidéoradiographie de la déglutition permet également : 1/ de mettre en évidence des fausses routes silencieuses (potentiellement graves et sources de complications) et 2/ de tester l'efficacité de certaines manœuvres de rééducation (inclinaison tête, déglutition sus-glottique etc.) et d'orienter la prise en charge pour une rééducation orthophonique.

Les avantages de la vidéoradiographie de la déglutition sont :

- D'être un examen dynamique, fonctionnel et reproductible ;
- De permettre une analyse fine des mécanismes des troubles de la déglutition ;
- D'orienter vers la rééducation orthophonique adaptée.

Ses limites et inconvénients sont :

- Une exposition aux rayons X ;
- La nécessité d'une coopération correcte du patient ;
- L'utilisation de produits barytés artificiels qui diffèrent des aliments habituellement ingérés par le patient.

### Vidéoendoscopie de la déglutition

Cette technique fait appel à un nasofibroscope placé dans l'oropharynx et avec lequel on observe la déglutition. Elle a pour avantage de permettre un examen des muqueuses, mais elle est moins complète que la vidéoradiographie car elle n'explore pas les phases orale et œsophagienne. De plus, son utilisation est limitée par son manque de disponibilité.

Une revue récente de la littérature a comparé la performance diagnostique de la vidéoradiographie et de la vidéoendoscopie pour l'évaluation des troubles de la déglutition (19).

Ces deux examens sont réalisés par des ORL spécialisés. Si la vidéoradiographie avait une meilleure capacité diagnostique pour l'évaluation d'un résidu pharyngé, l'aspiration et la pénétration, la différence globale avec la vidéoendoscopie n'était pas significative. En pratique, cette méta-analyse a conclu que les deux examens restent les deux explorations de référence des troubles de la déglutition, sans différence significative en termes de résultats. Si la vidéoradiographie est un examen plus complet, il reste irradiant et non accessible aux patients non compliants. La vidéoendoscopie peut, elle, apporter d'autres éléments grâce à la visualisation

endoscopique directe de la phase pharyngée. Enfin, les deux examens ont une bonne reproductibilité. Le choix de l'une ou de l'autre des techniques sera basé sur la disponibilité de la technique et sur l'expertise des opérateurs.

### Manométrie

Qu'il s'agisse de manométrie « pharyngée » ou œsophagienne, il s'agit du même matériel, en l'occurrence une sonde de manométrie haute résolution.

#### Manométrie « pharyngée »

La manométrie pharyngée est un examen simple en pratique, pour lequel on dispose de nombreuses publications dans un nombre varié de pathologies (cancer ORL, diverticule de Zenker, arthroïdèse, maladies neurologiques). De plus, un consensus international a validé en 2020 un protocole standardisé de son interprétation avec les paramètres clés (1). Sa valeur ajoutée, par rapport aux examens de référence est une évaluation de la contractilité pharyngée, de la relaxation du sphincter œsophagien supérieur et de la pressurisation du bolus. Elle peut donc avoir un intérêt pour orienter des traitements comme la dilatation du sphincter œsophagien supérieur, l'injection de toxine botulinique ou la myotomie et pour réaliser un suivi objectif. En revanche, son intérêt apparaît limité dans l'analyse de la déglutition en raison de la présence de la sonde et de nombreux facteurs pouvant interférer avec l'interprétation comme la mobilité pharyngée et l'absence de symétrie de la lumière pharyngée. De plus, sa disponibilité reste limitée dans ce contexte clinique.

Une technique mixte d'analyse « manofluorographique » a été proposée par McConnel *et al.* (20,21). Elle utilise une sonde de manométrie avec des capteurs solides, introduite dans le pharynx par voie trans-nasale. Les mesures de pression sont associées à un enregistrement vidéo pour obtenir une évaluation complète de la phase pharyngée. Si cette technique est intéressante elle reste également limitée par son manque de disponibilité.

#### Manométrie œsophagienne

Dans la mesure ou la localisation de la sensation de blocage est régulièrement difficile à préciser par le patient, elle pourra être proposée au cas par cas pour rechercher un trouble moteur œsophagien associé. En effet, même dans le cas de troubles moteurs majeurs tels que l'achalasie, la dysphagie peut être rapportée comme une perception de blocage « haut ».

#### Électromyogramme (EMG) pharyngé

Son objectif est d'orienter vers une pathologie musculaire ou neurologique mais c'est un examen qui est très peu réalisé en routine en raison de sa faible tolérance et d'une disponibilité limitée.

#### Biopsie du muscle crico-pharyngien

Cet examen rarement réalisé peut permettre de mettre en évidence une pathologie musculaire inflammatoire ou auto-immune.

En résumé, si les endoscopies naso-pharyngée et œso-gastrique sont indispensables pour éliminer une pathologie organique, la vidéoradiographie de la déglutition reste l'outil de référence pour caractériser les troubles de la déglutition et guider la prise en charge, notamment orthophonique.

## Étiologies

La dysphagie oro-pharyngée peut être en lien avec un nombre élevé d'étiologies variées, notamment des maladies neurologiques, neuromusculaires, anatomiques locales (mécaniques, tumorales, infectieuses...), fonctionnelles, iatrogènes (1,22).

L'identification de la cause sera importante dans la mesure où chaque pathologie pourra altérer le processus de déglutition par des mécanismes différents et pourra nécessiter une prise en charge spécifique associée aux mesures générales communes (dénutrition, déshydratation, prévention des complications).

### Causes neurologiques centrales

Elles sont en lien avec une atteinte du contrôle moteur central de la déglutition (cortex, tronc cérébral, cervelet).

Elles peuvent survenir dans un contexte aigu ou s'observer dans le cadre de maladies neurologiques chroniques.

Les causes « aiguës » sont les accidents vasculaires cérébraux (AVC) : surtout bulbo-protubérantiels (tronc cérébral), mais aussi hémisphériques, les traumatismes crâniens, les encéphalopathies aiguës (infectieuses, métaboliques).

Dans le cas des tumeurs cérébrales, la survenue peut être « subaiguë ».

Les causes chroniques regroupent la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens, les démences, la sclérose latérale amyotrophique (SLA) et la maladie de Huntington.

### Causes neurologiques périphériques

Elles sont secondaires à des atteintes des nerfs crâniens impliqués dans la déglutition (V, VII, IX, X, XI, XII). Il peut s'agir de polyradiculonévrites comme le syndrome de Guillain-Barré, de neuropathies périphériques (diabétiques, alcooliques, toxiques), d'atteintes tumorales ou traumatiques des nerfs crâniens (chirurgie ORL, base du crâne) ou du syndrome de Wallenberg.

### Causes neuromusculaires

Il s'agit de pathologies plus rares dont les principales sont : la myasthénie auto-immune, le syndrome de Lambert-Eaton, les myopathies (myosites inflammatoires, dystrophies musculaires), les polymyosites et dermatomyosites.

### Causes anatomiques locales

Elles sont nombreuses et variées.

Il peut s'agir :

- De tumeurs de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx ;
- De séquelles de radiothérapie cervico-faciale ;
- De séquelles de chirurgie ORL ou cervicale ;
- D'un goitre compressif ou de masses cervicales volumineuses (adénopathies ou tumeur loco-régionale) ;

**Tableau 1 : principales causes et mécanismes de dysphagie oro-pharyngée**

Groupe étiologique	Exemples de maladies	Mécanisme physiopathologique	Contexte clinique typique
<b>Neurologiques centrales</b>	AVC, traumatisme crânien, tumeur cérébrale, SEP, Parkinson, SLA, démence, encéphalopathie	Trouble du contrôle central moteur de la déglutition, incoordination réflexe	Installation aiguë (AVC) ou progressive (neurodégénérative), troubles neurologiques associés
<b>Neurologiques périphériques</b>	Guillain-Barré, neuropathies diabétiques/alcooliques, atteintes des nerfs crâniens (chirurgie, tumeur, trauma), syndrome de Wallenberg	Déficit moteur périphérique des nerfs crâniens (V, VII, IX, X, XI, XII)	Atteintes bilatérales fréquentes, troubles moteurs associés, évolution subaiguë
<b>Neuromusculaires</b>	Myasthénie, Lambert-Eaton, polymyosite, dermatomyosite, dystrophies musculaires, amyotrophies	Défaut de transmission neuromusculaire ou de contraction musculaire	Fatigabilité, troubles moteurs diffus, atteinte musculaire généralisée
<b>Anatomiques / mécaniques</b>	Tumeurs ORL, séquelles chirurgie/ radiothérapie, infections locales, diverticule de Zenker, ostéophytes cervicaux, malformations	Obstacle mécanique ou déformation anatomique empêchant le passage du bol	Signes ORL locaux, altération anatomique visible à l'examen clinique ou en imagerie
<b>Fonctionnelles / iatrogènes</b>	Sédatifs, anticholinergiques, neuroleptiques, intubation prolongée, déconditionnement musculaire, phagophobie	Trouble de la coordination, altération vigilance, sécheresse buccale, perte force musculaire	Pas de lésion organique, traitement médicamenteux, réanimation, contexte psychiatrique

- D'hyperostose squelettique idiopathique comprimant l'hypopharynx, plus rarement d'ostéophytes cervicaux (spondylose cervicale) ;
- D'un diverticule de Zenker ;
- D'un spasme du sphincter œsophagien supérieur (« barre » cricopharyngienne, « achalasie » du sphincter œsophagien supérieur) ;
- D'infections locales (abcès rétro-pharyngé, angines, phlegmons) mais dans ce cas il y a un contexte de survenue aiguë.

### Causes fonctionnelles/ iatrogènes

Il peut s'agir :

- D'effets indésirables médicamenteux observés notamment avec les sédatifs (altération de la vigilance et des réflexes), les neuroleptiques (syndrome parkinsonien secondaire), les anticholinergiques (sécheresse buccale) ;
- Des séquelles d'intubation prolongée (lésions laryngées, désadaptation) ;
- De troubles de la coordination de la déglutition d'origine psychogène (phagophobie) ;
- D'une « fatigue » avec déconditionnement musculaire chez des sujets âgés ou dénutris.

Le cas particulier de la dysphagie oro-pharyngée du sujet âgé a fait l'objet d'une publication commune (« position paper ») de la société européenne des troubles de la déglutition et de l'union européenne de la société de médecine gériatrique (23). En effet, chez le sujet âgé, la fréquence de la dysphagie oro-pharyngée est de 30-40 % chez les personnes âgées autonomes et de l'ordre de 44 à 60 % chez les sujets institutionnalisés (24,25). Ce travail rappelle l'importance du dépistage de ce trouble souvent sous diagnostiqué chez les

personnes âgées et fragiles avec un impact considérable sur la morbidité et en particulier l'état de nutrition, d'hydratation, la survenue de complications respiratoires, la réduction de la masse musculaire, la sarcopénie et le taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation.

### Traitement

Le traitement dépendra bien entendu de la cause mais, dans un certain nombre de cas, sera purement symptomatique et visera également à éviter les complications et le retentissement de la dysphagie. Il nécessite la mise en place d'une stratégie multimodale faisant intervenir de nombreux professionnels de santé (ORL, neurologues, gastroentérologues, gériatres, kinésithérapeutes spécialisés et les phoniatres), individualisée, guidée par l'étiologie, la sévérité et les résultats des explorations. Plusieurs recommandations ont été publiées par différentes sociétés savantes en fonctions des étiologies (neurologiques, cancer ORL ...) (1, 23,26,27).

### Mesures générales communes

Plusieurs mesures générales peuvent être proposées quelle que soit la cause de la dysphagie oro-pharyngée :

- La « sécurisation » au plus tôt pour éviter les risques d'inhalation : posture, ralentissement du rythme, adaptation des textures/viscosités à réévaluer régulièrement, rythme et environnement de la prise de repas, évitement des doubles tâches, surveillance de la vigilance. La viscosité est une mesure validée scientifiquement par de nombreuses études qui permet la réduction significative du risque d'inhalation (28).
- L'optimisation de la nutrition et soins de bouche (diététicien + hygiéniste dentaire).

- Lorsque la nutrition orale est possible, elle devra être adaptée au mécanisme de la dysphagie. En effet, en cas de retard à l'initiation de déglutition pharyngée, on proposera un épaississement des textures (en raison du risque majoré d'inhalation des liquides) alors qu'en présence d'un trouble de la propulsion pharyngée ou de la réduction de l'ouverture de la jonction pharyngo-œsophagienne, il faudra favoriser une alimentation liquide ou semi-liquide. Des modifications de textures pourront être adaptées en fonction de l'évolution des symptômes et de la maladie et aux capacités cognitivo-comportementales chez les sujets âgés et en cas de pathologie neurologique. Dans les cas les plus sévères, d'incapacité anatomique (chirurgie de cancer ORL) ou fonctionnelle (maladie neurologique, trouble cognitif), une nutrition artificielle par gastrostomie pourra être mise en place et dans les meilleurs délais pour limiter la dénutrition et ses complications. En cas de risque d'inhalation importante, l'alimentation par voie jéjunale pourra être préférée.
- Le traitement de la sécheresse buccale notamment en cas de radiothérapie (spray et gels hydratants, utilisation de chewing-gums et bonbons pour stimuler la sécrétion salivaire).
- L'évaluation du mécanisme précis des troubles par vidéoradiographie ou vidéoendoscopie de la déglutition pour guider la stratégie thérapeutique.
- La mise en place d'une rééducation structurée de la déglutition par orthophonie (exercices, manœuvres) avec notamment une rééducation vocale. En effet, la rééducation (incluant le chant thérapeutique, des exercices vocaux et d'ascension et d'abaissement laryngé) a montré une amélioration des étapes orales et pharyngées de la déglutition. Ces séances, d'environ 20-30 min, doivent être prescrites pour une durée minimale de 10 jours mais idéalement de 8 semaines (29).
- La modification et l'optimisation du traitement de la maladie chronique à adapter au cas notamment dans le cas des pathologies neurologiques.
- La discussion de techniques de neurostimulation dans les formes sélectionnées, en centre expert.
- La possibilité de certains gestes endoscopiques ou chirurgicaux ciblés en cas de trouble anatomique ou de dysfonction cricopharyngée.

### Mesures spécifiques – Traitements étiologiques

**Dans le cas particulier des cancers ORL**, un consensus d'experts a proposé un certain nombre de mesures préventives : évaluation de l'état nutritionnel avant le traitement et surveillance tout au long du traitement, les patients étant encouragés à continuer à s'alimenter pendant le traitement dans la mesure du possible, limitation du champ d'irradiation, exercices prophylactiques de déglutition, gestion optimisée de la douleur, traitement d'un lymphœdème associé, réalisation d'une myotomie crico-pharyngée en cas de laryngectomie (30). Les mesures retenues après traitement du cancer concernent essentiellement la nutrition en privilégiant une reprise alimentaire par voie orale aidée par des séances de rééducation, l'éducation du patient et de la famille aux mesures adéquates en cas de fausse route (aspiration, manœuvre de Heimlich), dilatation en cas de sténose et complément chirurgical par laryngectomie totale en cas d'infections pulmonaires à répétition. La surveillance du statut nutritionnel doit être poursuivie au long cours chez les patients guéris d'un cancer ORL.

**Dans le cas des pathologies neurologiques**, il n'est pas possible de considérer toutes les maladies de manière

**Tableau 2 : Comparatif des techniques de neurostimulation dans le traitement de la dysphagie oro-pharyngée**

Technique	Objectif principal	Mécanisme proposé	Indications / Population ciblée	Niveau de preuve / Limites
<b>NMES (Neuromuscular Electrical Stimulation)</b>	Renforcer les muscles de la déglutition et diminuer le risque d'aspiration	Stimulation électrique transcutanée des muscles supra hyoïdiens et pharyngés	Dysphagie post-AVC, dysphagies neurogènes	Bénéfice modéré lorsqu'associé à la rééducation ; protocoles hétérogènes
<b>PES (Pharyngeal Electrical Stimulation)</b>	Améliorer la sensibilité pharyngée et les réflexes de déglutition	Sonde nasogastrique comportant des électrodes délivrant une stimulation dans l'hypopharynx. Elle vise à moduler la plasticité neuro-pharyngée et à restaurer les réflexes de déglutition.	Dysphagie sévère, post-AVC, patients trachéotomisés	Données encourageantes mais technique spécialisée et encore limitée
<b>RTMS (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation)</b>	Moduler l'excitabilité corticale du cortex moteur de la déglutition	Stimulation magnétique transcrânienne répétitive non invasive appliquée sur le cortex moteur de la déglutition. L'objectif est d'augmenter la plasticité corticale et de faciliter la récupération fonctionnelle	Dysphagie post-AVC, maladie de Parkinson	Prometteur ; principalement en recherche avec paramètres variables

détaillée mais il apparaît important de détailler deux grands cadres : les atteintes aiguës (comme les AVC) et les pathologies chroniques (comme la maladie de Parkinson). En cas d'AVC ou de pathologie aiguë, le risque d'inhalation, de pneumopathie et de dénutrition est précoce et doit être dépisté rapidement avec mise en place de mesures de sécurité immédiates (26). Dans le cas des maladies chroniques, une évaluation régulière avec dépistage de la dysphagie, lors des consultations de suivi, doit être réalisée, même en l'absence de plainte explicite afin de limiter la survenue de complications. Dans le cas de la maladie de Parkinson, une optimisation du traitement dopaminergique doit être proposée et l'évaluation de l'impact du traitement sur la dysphagie doit être réalisée (31). Dans tous les cas, aigus ou chroniques, une rééducation doit être proposée au plus tôt et adaptée au mécanisme idéalement évalué par vidéoradiographie ou vidéoendoscopie de la déglutition. Des techniques de stimulation pourront également être proposées. Leurs mécanismes d'actions et indications sont présentées dans le tableau 2 (31-33). Enfin, des injections de toxine botulinique peuvent être proposées en cas de dysfonctionnement documenté du muscle crico-pharyngé. Ces injections doivent être réalisées en centre expert sous guidage électromyographique. Des techniques de dilatation et de myotomie ont également été décrites (31).

Dans tous les cas, les stratégies thérapeutiques seront adaptées à l'évolution de la maladie et à l'état général du patient.

**Chez le sujet âgé, la dysphagie oro-pharyngée est aujourd'hui considérée comme un véritable « syndrome gériatrique »**, au même titre que la dénutrition ou les chutes. Les sociétés savantes européennes de déglutition et de gériatrie (European Society for Swallowing Disorders: ESSD, European Geriatric Medicine Society: EuGMS), ainsi que les recommandations de nutrition de l'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) insistent sur la nécessité « d'une approche systématique, multidisciplinaire et centrée sur le patient ». La dysphagie est en effet associée à une augmentation du risque de pneumopathie d'inhalation, de dénutrition, de déshydratation, de perte d'autonomie et de mortalité, justifiant d'une prise en charge structurée (23,34). La première étape recommandée est le dépistage systématique de la dysphagie chez le sujet âgé, en particulier en cas de fragilité, de perte de poids récente, de toux ou de modification de la voix au cours des repas, de prolongation du temps d'alimentation ou d'épisodes de pneumopathie d'inhalation. En cas de suspicion, une évaluation clinique spécialisée est complétée, lorsque cela est possible, par une exploration instrumentale (vidéofluoroscopie ou vidéoendoscopie), qui permet de caractériser précisément les troubles de la phase orale, pharyngée ou œsophagienne et de guider les mesures thérapeutiques. La prise en charge repose dans un premier temps sur des mesures compensatoires visant à sécuriser et à optimiser la prise alimentaire comme décrite plus haut dans les mesures générales communes : posture assise à 90° avec maintien d'une bonne position pendant et après le repas, réduction des distractions, bouchées de petit volume, rythme d'alimentation ralenti et adapté avec aide humaine si nécessaire. L'adaptation des textures et des viscosités (aliments mixés, moulus, liquides épaissis) sera individualisée à partir des données cliniques (interrogatoire, examen, échelles d'évaluation) et/ou instrumentales. Il est important

de noter que ces régimes à texture modifiée doivent être régulièrement réévalués en raison de leur impact potentiel sur la prise alimentaire, le risque de dénutrition et la tolérance. Les soins infirmiers jouent un rôle central (aide au repas, surveillance des signes de fausse route, éducation des aidants), tout comme la santé bucco-dentaire afin de réduire le risque infectieux et d'améliorer l'efficacité de la déglutition.

Lorsque l'état cognitif et fonctionnel le permet, les sociétés savantes recommandent la mise en place d'une rééducation de la déglutition conduite par un orthophoniste formé. Celle-ci associe des exercices de renforcement et de coordination des muscles oro-pharyngés (langue, lèvres, joues, larynx, muscles suprahyoïdiens) et l'apprentissage de manœuvres compensatoires comme le chin-tuck (étirements cervicaux), rotation de la tête, manœuvre de Mendelsohn (exercices d'ascension du larynx). Les recommandations ESPEN soulignent que la dysphagie du sujet âgé doit toujours être abordée conjointement sous l'angle de la nutrition et de l'hydratation. En effet, dans ce contexte, la notion de « dysphagie sarcopénique » est particulièrement importante : la dysphagie est alors également en partie liée à une perte de masse et de force musculaire globale, incluant la musculature de la déglutition. Un dépistage systématique de la dénutrition et du risque de dénutrition est donc préconisé chez les sujets âgés, avec des interventions graduées : adaptation de l'environnement du repas, enrichissement des préparations, recours aux compléments nutritionnels oraux, puis, en cas d'apport oral insuffisant ou non sécurisé, discussion d'une voie d'alimentation entérale (sonde nasogastrique ou préférentiellement gastrostomie percutanée). La décision de mise en place d'une sonde chez le sujet très âgé ou en situation de démence avancée doit faire l'objet d'une réflexion éthique et d'une discussion pluridisciplinaire avec le patient et/ou la famille, l'objectif étant d'équilibrer sécurité, confort et qualité de vie. Enfin, les techniques de neurostimulation (stimulation électrique neuromusculaire transcutanée, stimulation électrique pharyngée, stimulation magnétique transcrânienne répétitive) ont montré un intérêt potentiel, notamment dans la dysphagie post-AVC, population incluant de nombreux sujets âgés. Toutefois, les consensus gériatriques actuels les considèrent encore comme des options adjuvantes, réservées à des patients sélectionnés et à des centres spécialisés en raison de données hétérogènes en termes de résultats et de protocoles.

**Dans les cas d'hyperostose squelettique idiopathique** diffuse la dysphagie peut être en lien avec une réaction inflammatoire locale à l'origine d'une fibrose et d'adhérences des tissus mous péri-œsophagiens. En cas d'échec du traitement conservateur (orthophonie, antalgiques, corticoïdes, myorelaxants), un traitement chirurgical est envisagé dans plus de 60 % des cas et s'effectue par voie antérieure avec différentes techniques à adapter à chaque cas (fusion spinale, vertebrectomie partielle, arthrolyse...). Après chirurgie, une amélioration de la dysphagie est observée chez 95,5 % des patients avec un faible taux de récurrence (4 %) à plus de 3 ans (35). Les cas de dysphagie en lien avec des ostéophytes cervicaux « isolés » sont plus rares (36).

**Dans les cas de dysphagie iatrogénique d'origine médicamenteuse**, la prise en charge dépendra du mécanisme impliqué. La classe de médicaments à l'origine d'un grand nombre de cas de dysphagie est celle des antipsychotiques en lien à la fois avec une xérostomie mais également avec

un « parkinsonisme » se manifestant par des mouvements anormaux de la langue, une prolongation du temps buccal et pharyngien et des tremblements (37). Le plus souvent, la xérostomie iatrogène est réversible et peut être améliorée en réduisant ou en fractionnant les doses du médicament concerné ou en modifiant son horaire d'administration (réduction du taux plasmatique au moment où la sensation de xérostomie est la plus importante). Il a également été proposé, notamment pour les anticholinergiques, très pourvoyeurs de xérostomie, d'administrer le médicament juste avant le repas afin que la salivation provoquée par la mastication compense au moins partiellement les symptômes (38). Lorsque cela est possible, la forme liquide des médicaments doit être préférée et la forme sublinguale évitée. Il est également possible, lorsque la xérostomie gêne la prise de médicaments, d'écraser les comprimés et de les mélanger à de la nourriture molle. Des mesures non pharmacologiques peuvent être proposées telles que : boire de l'eau fréquemment en petites quantités, sucer des glaçons ou des bonbons sans sucre, réduire la consommation de café et de cigarettes, éviter les aliments secs, épicés, très sucrés, avoir une bonne hygiène bucco-dentaire. Le traitement de la xérostomie est important non seulement pour la qualité de vie du patient mais également pour limiter l'halitose, les gingivites et les caries. En dehors des neuroleptiques et des anticholinergiques, de nombreuses autres classes médicamenteuses peuvent être impliquées : antalgiques (de type codéine, morphine), AINS, antihistaminiques, antiépileptiques, antihypertenseurs, anticalciques, diurétiques... et une cause médicamenteuse devra toujours être recherchée.

En cas de parkinsonisme induit par un traitement neuroleptique, il est conseillé de réduire dans un premier temps la posologie du médicament concerné, d'ajouter un anticholinergique dans un deuxième temps (mais qui peut induire une xérostomie...) ou de changer pour une autre classe médicamenteuse en fonction de chaque cas (39).

Certains médicaments cytotoxiques comme les chimiothérapies peuvent être à l'origine d'une dysphagie secondaire à une candidose ou une infection virale de type herpétique buccale ou œsophagienne. C'est alors le traitement de ces atteintes qui améliorera la dysphagie qui reste temporaire dans ces contextes (37). Des cas exceptionnels de réaction allergique systématisée de type Stevens-Johnson avec atteinte œsophagienne ont été décrits avec des sulfamides comme le Bactrim® (37).

Enfin, et nous le connaissons mieux dans notre discipline, certains médicaments peuvent, en raison de leurs propriétés physico-chimiques, induire une œsophagite potentiellement sévère. Dans ces cas-là, il s'agit le plus souvent d'une dysphagie d'allure œsophagienne mais il apparaissait important de le rappeler ici. Les principaux médicaments potentiellement impliqués sont : certains antibiotiques (tétracycline, doxycycline, pénicilline, érythromycine, rifampicine), l'aspirine, les AINS, les corticostéroïdes, l'alendronate, l'alprenolol, le fer, le chlorure de potassium, la vitamine C. La survenue de ces atteintes est favorisée par la coexistence d'une xérostomie ou d'un trouble moteur œsophagien associé. Plusieurs mesures ont été proposées pour limiter le risque de toxicité : rester en position debout lors de la prise des médicaments et avaler les médicaments un à la fois plutôt que tous ensemble, ne pas se coucher dans les 30 min suivant la prise, boire une petite quantité d'eau avant et après la prise ou favoriser la prise

du médicament avec de la nourriture molle et réévaluer la nécessité de la poursuite du traitement incriminé (37,40,41).

**En cas de diverticule de Zenker**, un traitement endoscopique peut être proposé. Le diverticule de Zenker est le trouble moteur le plus connu du sphincter œsophagien supérieur et correspond à un diverticule de pulsion. Il peut se manifester par une dysphagie cervicale, des régurgitations salivaires et alimentaires, une toux, une halitose. Le traitement endoscopique ou chirurgical est indiqué en cas de diverticule documenté sur le plan radiologique (TOGD), après avoir éliminé une autre étiologie (endoscopie, bilan ORL) et lorsque les symptômes rapportés sont bien en rapport avec le diverticule de Zenker. Les interventions chirurgicales sont actuellement moins nombreuses en raison du développement de techniques endoscopiques. Selon les recommandations de l'ESGE, c'est la septotomie endoscopique qui pourra être proposée aux patients symptomatiques en 1<sup>re</sup> intention avec des variantes techniques : au diverticuloscope, au capuchon, ou par myotomie par tunnel, le Z-POEM. Quelle que soit la technique, qui sera choisie en fonction de l'expérience des équipes, le taux de succès est élevé (> 90 %) avec un risque de récurrence de l'ordre de 10 % (42).

**En cas de spasme du sphincter œsophagien supérieur**, qui est possiblement la phase physiologique préalable à l'apparition d'un diverticule de Zenker, le traitement repose généralement sur l'injection de toxine botulinique, une dilatation ou une myotomie (C-POEM) après identification du spasme en vidéoradiographie (défaut postérieur semi-circulaire entre C4 et C6) et symptomatologie en lien avec cette anomalie (43).

## Cas particulier du globus

Le globus est défini par une sensation de « boule » ou de corps étranger dans la gorge, permanente ou le plus souvent intermittente, généralement non douloureuse et présente en dehors des repas. La « dysphagie » décrite par les patients concerne le plus souvent les liquides (44).

Il constitue 4 % des motifs de première consultation en ORL et il toucherait jusqu'à 46 % des adultes en bonne santé avec une prévalence de 8 % (45,46). Le globus (anciennement appelé « globus hystericus ») a longtemps été considéré comme une pathologie uniquement psychogène mais, en pratique, reste associé à des troubles psycho-affectifs (anxiété, dépression) dans plus de 80 % des cas (45).

Le globus fait partie des troubles fonctionnels œsophagiens décrit par la classification de Rome IV et les critères diagnostiques sont les suivants (47) :

- Sensation persistante ou intermittente, non douloureuse, d'une boule ou d'un corps étranger dans la gorge sans lésion structurelle identifiée à l'examen physique, à la laryngoscopie ou à l'endoscopie :
  - Survenue de la sensation entre les repas
  - Absence de dysphagie ou d'odynophagie
  - Absence d'hétérotopie gastrique dans l'œsophage proximal

- Absence de preuve que le reflux gastro-œsophagien ou une œsophagite à éosinophiles soit la cause du symptôme
- Absence de troubles moteurs œsophagiens majeurs (achalasia, obstruction de la jonction œso-gastrique, spasmes œsophagiens, œsophage marteau-piqueur (= actuel œsophage hypercontractile), absence de péristaltisme)

Ces symptômes doivent être présents au cours des trois derniers mois avec un début des symptômes au moins six mois avant le diagnostic et une fréquence au moins une fois par semaine.

Les causes du globus sont mal connues et restent controversées. Dans tous les cas, il sera impératif d'éliminer une cause organique locale (incluant des anomalies anatomiques) ou générale et le bilan sera réalisé en fonction du terrain et du contexte clinique.

Les principales causes rapportées dans la littérature sont les suivantes :

- *Inflammation pharyngée chronique* : une sensation « d'irritation » peut persister plusieurs semaines après une épisode de pharyngite ou d'amygdalite aiguë. Une rhinosinusite chronique avec jetage postérieur peut également entraîner une sensation de globus.
- *Dysfonction du sphincter œsophagien supérieur*, en pratique difficile à identifier en manométrie et non visible en vidéoradiographie de la déglutition.
- *Reflux gastro-œsophagien* par irritation pharyngolaryngée sans forcément de pyrosis associé.
- *Hétérotopie de muqueuse gastrique du tiers supérieur de l'œsophage* : certains auteurs ont décrit la coexistence d'un globus et de cette anomalie avec une amélioration symptomatique après traitement par plasma d'argon (48).
- *Syndrome d'hypersensibilité pharyngée* qui associe souvent plusieurs autres symptômes que le globus comme une toux chronique ou une dysphonie de tension musculaire (49).
- *Hypersensibilité viscérale globale* avec localisation erronée d'un message douloureux. Ce syndrome est souvent associé à un contexte traumatique psychologique (50,51).
- *Syndrome d'apnées du sommeil* : il a été décrit comme associé au globus avec une amélioration de ce dernier après traitement par pression positive continue (CPAP) (52).

Le traitement du globus n'est pas consensuel en raison des différents mécanismes potentiellement impliqués. Néanmoins, après avoir éliminé avec certitude toute cause organique, la réassurance jouera un rôle essentiel en expliquant la nature bénigne du symptôme.

Un traitement d'épreuve de 8 semaines par IPP peut être proposé en première intention avec une amélioration rapportée jusque dans 70 % des cas (53).

Un traitement par antidépresseurs (paroxétine 20 mg) peut également s'avérer être efficace avec un taux de succès supérieur à celui des IPP (lansoprazole 30 mg x 2/jour) et

à celui de l'amitriptyline 25 mg (54). En cas d'échec, des traitements neuromodulateurs de type gabapentine peuvent être proposés.

Une rééducation orthophonique peut être utile notamment en cas de dysphonie associée (55).

---

## Conclusion

---

La dysphagie oro-pharyngée est une pathologie fréquente, potentiellement grave, et encore trop souvent sous-diagnostiquée. Elle peut résulter de différents mécanismes et être en lien avec des pathologies variées. Son évaluation repose sur une approche clinique et instrumentale intégrée avec notamment la vidéoradiographie de la déglutition qui permet d'identifier le ou les mécanismes en cause et d'adapter le traitement. La prise en charge doit être individualisée, multidisciplinaire et associer mesures compensatoires, rééducation ciblée et optimisation nutritionnelle. L'objectif global est de restaurer la sécurité et l'efficacité de la déglutition, tout en préservant la qualité de vie des patients.

---

## Références

---

1. Mari A, Calabrese F, Pasta A, Lorenzon G, Weusten B, Keller J, et al. Esophageal and Oropharyngeal Dysphagia: Clinical Recommendations From the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. *United European Gastroenterol J.* 2025;13(6):855-901
2. Rivelrud MC, Hartelius L, Bergström L, Løvstad M, Speyer R. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *Dysphagia* 2023;38(1):76-121
3. Koch WM. Swallowing disorders diagnosis and therapy. *Update in otolaryngology- Head and neck surgery* 1993; 77 (3): 571-582
4. Espitalier F, Fanous A, Aviv J, Bassouny S, Desuter G, Nerurkar N, et al. International consensus (ICON) on assessment of oropharyngeal dysphagia. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2018; 135: S17-21
5. Speyer R, Cordier R, Farneti D, Nascimento W, Pilz W, Verin E, et al. White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. *Dysphagia* 2022; 37(2):333-349
6. Riera SA, Marin S, Serra-Prat M, Tomsen N, Arreola V, Ortega O, et al. A Systematic and a Scoping Review on the Psychometrics and Clinical Utility of the Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) in the Clinical Screening and Assessment of Oropharyngeal Dysphagia. *Foods* 2021 ; 10(8), 1900
7. Denuit C, Delcourt S, Poncet M, Dardenne N, Lagier A, Gillain S. Intérêt et limites des outils de dépistage de la dysphagie en gériatrie. *Rev Med Liège* 2020 : 75
8. Desport JC, Jésus P, Fayemendy P, De Rouvray C, Salle JY. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2011 : 25(4), 247-254
9. Heijnen BJ, Speyer R, Bülow M, Kuijpers LM. "What about swallowing? Diagnostic performance of daily clinical practice compared with the Eating Assessment Tool-10. *Dysphagia* 2016; 31(2): 214-22
10. Woisard V, Lepage B. The "Deglutition Handicap Index" a self-administrated dysphagia-specific quality of life questionnaire: temporal reliability. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2010 :131(1):19-22

11. Todaro F, Pizzorni N, Scarponi L, Ronzoni C, Huckabee M, Schindler A. The Test of Masticating and Swallowing Solids (TOMASS): Reliability and validity in patients with dysphagia. *International Journal of Language & Communication Disorders* 2021 ;56(3): 558-566
12. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia* 1999; 14 (3): 139-45
13. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86(8), 1516-1520
14. Neubauer PD, Rademaker AW, Leder SB. The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale: An Anatomically Defined and Image-Based Tool. *Dysphagia* 2015; 30(5): 521-528
15. Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL. A penetration aspiration scale. *Dysphagia* 1996; 11: 93-98
16. McHorney CA, Robbins J, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, *et al.* The SWAL-QOL and SWAL-CARE Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults: III. Documentation of Reliability and Validity. *Dysphagia* 2002; 17(2): 97-114
17. Speyer R, Cordier R, Farneti D, Nascimento W, Pilz W, Verin E, *et al.* White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. *Dysphagia* 2022;37(2):333-349
18. Ghannouchi I, Speyer R, Doma K, Cordier R, Verin E. Swallowing function and chronic respiratory diseases: Systematic review. *Respir Med.* 2016;117:54-64
19. Ferrari de Castro MA, Dedivitis RA, Luongo de Matos L, Baraúna JC, Kowalski LP, de Carvalho Moura K, *et al.* Endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing for dysphagia: A systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2025;91 Suppl 1:101598
20. McConnel FM, Mendelsohn MS, Logemann JA. Examination of swallowing after total laryngectomy using manofluorography. *Head Neck Surg.* 1986;9(1):3-12
21. McConnel FM, Cerenko D, Hersh T, Weil LJ. Evaluation of pharyngeal dysphagia with manofluorography. *Dysphagia.* 1988; 2(4):187-95
22. Kock WM. Swallowing disorders, diagnosis and therapy. Update in otolaryngology – Head and Neck Surgery II. *Medical Clinics of North America* 1993; 77 (3): 571-582
23. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, *et al.* European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016 ;11 :1403-1428
24. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in taiwan. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(6):1118-23
25. Clavé P, Rofes L, Carrión S, Ortega O, Cabré M, Serra-Prat M, *et al.* Pathophysiology, relevance and natural history of oropharyngeal dysphagia among older people. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2012; 72:57-66
26. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Murat Arsava E, Bath PM, *et al.* European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *Eur Stroke J* 2021 Sep;6(3): LXXXIX-CXV.
27. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, *et al.* ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr.* 2018; 37(1): 354-396
28. Steele CM, Alsanei WA, Ayanikalath S, Barbon CEA, Chen J, Cichero JAY, *et al.* The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia.* 2015;30(1):2-26
29. Niu C, Zhou W, Wang H, Zhang Y, Cai J, Lu N, *et al.* The effect of voice training interventions on patients with oropharyngeal dysphagia: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2023 ;280(3) :973-984.
30. Kuhn MA, Gillespie MB, Ishman SL, Ishii LE, Brody R, Cohen E, *et al.* Expert Consensus Statement: Management of Dysphagia in Head and Neck Cancer Patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023;168(4):571-592
31. Schindler A, Pizzorni N, Cereda E, Cosentino G, Avenali M, Montomoli C, *et al.* Consensus on the treatment of dysphagia in Parkinson's disease. *J Neurol Sci.* 2021 15;430:120008
32. Wang Z, Xiao Z, Shen Q, Zhao N, Zhang W. Neuromuscular Electrical Stimulation for Post-Stroke Dysphagia Treatment: A Systemic Evaluation and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Dysphagia* 2024 Jun;39(3):424-432
33. Liu Z, Cheng J, Tan C, Liu H, Han D. Pharyngeal Cavity Electrical Stimulation-Assisted Swallowing for Post-stroke Dysphagia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Studies. *Dysphagia* 2024;39(4):541-551
34. Volkert D, Beck AM, Cedeholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, *et al.* ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2022 ;41(4) :958-989
35. Harlianto NI, Kuperus JS, Mohamed Hoesein FAA, de Jong PA, de Ru JA, Öner FC, *et al.* Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine causing dysphagia and airway obstruction: an update systematic review. *Spine J.* 2022 ;22(9):1490-1503
36. Ladenheim SE, Marlowe FI. Dysphagia secondary to cervical osteophytes. *Am J Otolaryngol* 1999; 20 (3): 184-189
37. Stoschus B, Allescher HD. Drug-induced dysphagia. *Dysphagia* 1993; 8: 154-9
38. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth, 2<sup>nd</sup> edition. *Gerodontology* 1997; 14 (1): 33-47
39. Mamo DC, Sweet RA, Keshavan MS. Managing antipsychotic-induced parkinsonism. *Drug safety* 1999; 20 (3): 269-275
40. Eng J, Sabanathan S. Drug induced esophagitis. *Am J Gastroenterol* 1991; 86(9): 1127-1133
41. Bott S, Prakash C, McCallum RW. Medication-induced esophageal injury: survey of the literature. *Am J Gastroenterol* 1987; 82 (8): 758-763
42. Libânio D, Pimentel-Nunes P, Bastiaansen B, Bisschops R, Bourke MJ, Deprez PH, *et al.* Endoscopic submucosal dissection techniques and technology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Review. *Endoscopy.* 2023 ;55(4) : 361-389
43. Al Ghamdi SS, Bejjani M, Hernández Mondragón OV, Parsa N, Yousaf MN, Aghaie Meybodi M, *et al.* Peroral endoscopic myotomy for management of cricopharyngeal bars (CP-POEM) : a retrospective evaluation. *Endoscopy.* 2022; 54(5):498-502
44. Batch AJ. Globus pharyngeus (Part I). *J Laryngol Otol* 1988; 102: 152-158
45. Rasmussen ER, Schnack DT, Ravn AT. A prospective cohort study of 122 adult patients presenting to an otolaryngologist's office with globus pharyngeus. *Clin Otolaryngol.* 2018 ;43(3):854-860
46. Thompson WG, Heaton KW. Heartburn and globus in apparent healthy people. *Can Med Assoc J* 1982; 126:46-48
47. Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, Miwa H, Pandolfino E, Zerbib F. Esophageal disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1368-1379
48. Bajbouj M, Becker V, Eckel F, Miehke S, Pech O, Prinz C, *et al.* Argon plasma coagulation of cervical heterotopic gastric mucosa as an alternative treatment for globus sensations. *Gastroenterology* 2009 ;137(2):440-44
49. Vertigan AE, Bone SL, Gibson PG. Laryngeal sensory dysfunction in laryngeal hypersensitivity syndrome. *Respirology* 2013; 18: 948-956
50. Chen CL, Szczesniak MM, Cook IJ. Evidence for oesophageal visceral hypersensitivity and aberrant symptom referral in patients with globus. *Neurogastroenterol Motil.* 2009 ;21(11) :1142-e96
51. Gale CR, Wilson JA, Deary IJ. Globus sensation and psychopathology in men: the Vietnam experience study. *Psychosom Med.* 2009;71(9):1026-31

52. Xuelai L, Xueyan L, Wen X. Exploring the use of the current perception threshold in pharyngeal paresthesia patients. *Dysphagia* 2022; 37: 1431-1439
53. Zerbib F, Rommel N, Pandolfino J, Gyawali CP. ESNM/ANMS Review. Diagnostic and management of globus sensation: a clinical challenge. *Neurogastroenterol Motil* 2020; 32 (9): e13850
54. Zhou WC, Jia L, Chen DY, Liu Y, Liu J, Jiang SM, *et al*. The effects of paroxetine and amitriptyline on the upper esophageal sphincter (UES) pressure and its natural history in globus pharyngeus. *Dig Liver Dis.* 2017;49(7):757-763
55. Järvenpää P, Laatikainen A, Roine RP, Sintonen H, Arkkila P, Aaltonen LM. Symptom relief and health-related quality of life in globus patients: a prospective study. *Logoped Phoniatr Vocol* 2019 ;44(2) :67-72.

# 5

## Les cinq points forts

- L'identification d'une dysphagie oro-pharyngée est fondamentale chez les sujets âgés et fragiles afin de limiter la survenue de complications (dénutrition, inhalation).
- De nombreux tests (diagnostiques, de sévérité, de qualité de vie) sont disponibles et permettent de réévaluer régulièrement les patients et d'adapter la prise en charge.
- Après l'endoscopie, la vidéoradiographie de la déglutition est l'examen clé avec un intérêt diagnostique (mécanisme de la dysphagie) et thérapeutique (indication de la rééducation orthophonique adaptée au mécanisme).
- Les causes potentielles sont nombreuses mais essentiellement représentées par les pathologies neurologiques, les cancers ORL et leurs séquelles thérapeutiques, les causes iatrogènes médicamenteuses et l'âge (« syndrome gériatrique »).
- Le traitement dépendra de la cause mais les mesures générales communes ont pour principal objectif de sécuriser la déglutition (position lors du repas, texture des aliments) et de limiter la survenue de complications (dénutrition, déshydratation, inhalation).