

La dysphagie à endoscopie « normale »

Objectifs pédagogiques

- Savoir définir une endoscopie normale;
- Connaître les éléments sémiologiques discriminatifs d'une dysphagie;
- Connaître les explorations digestives nécessaires.

Introduction

La dysphagie est un motif fréquent de consultation en gastroentérologie. Elle est considérée, à juste titre, comme un symptôme d'alarme imposant le recours à l'endoscopie quelle que soit la présentation clinique. L'endoscopie va permettre le diagnostic de cancer de l'œsophage, d'œsophagite peptique sévère, de sténose peptique, d'achalasia de l'œsophage évoluée.

Il est possible que l'endoscopie ne puisse pas identifier l'origine de la dysphagie pour plusieurs raisons : la cause n'est pas œsophagienne, les anomalies endoscopiques sont minimes ou non reconnues, ou il s'agit d'un trouble moteur œsophagien. La prise en charge diagnostique et thérapeutique des dysphagies d'origine oro-pharyngées ne sera pas détaillée dans ce texte.

La sémiologie des dysphagies

L'interrogatoire est un élément essentiel de la démarche diagnostique d'une dysphagie inexplicée. Le caractère sélectif de la dysphagie

(prédominance sur les solides) permet d'évoquer en priorité une dysphagie « organique » par rétrécissement de la lumière œsophagienne. Ainsi, une dysphagie aux solides intermittente, survenant essentiellement pour les aliments les plus volumineux doit faire évoquer une sténose modérée ou un anneau œsophagien qui peuvent passer inaperçus particulièrement si l'endoscopie est réalisée avec un endoscope de petit calibre comme un nasofibroscope ou un endoscope pédiatrique. Inversement une dysphagie non sélective doit faire évoquer en priorité un trouble moteur œsophagien.

Le siège de la dysphagie doit être pris en compte. Ainsi, une dysphagie basse ou rétrosternale est synonyme d'une origine œsophagienne. Inversement, une dysphagie haute peut être en rapport avec une pathologie oro-pharyngée même si d'authentiques pathologies œsophagiennes peuvent être responsables d'une dysphagie cervicale.

Les signes associés sont très importants à faire préciser. Ainsi, l'association d'une dysphagie haute à des régurgitations pharyngo-orales ou pharyngo-nasales, les fausses routes aux liquides, ou des modifications de la voix doivent faire évoquer une dysphagie d'origine oro-pharyngée. Des régurgitations alimentaires ou des douleurs thoraciques d'allure angineuse sont fréquemment associées à des troubles moteurs œsophagiens.

Le contexte pathologique peut également orienter le diagnostic. Ainsi, une dysphagie aux solides,



F. ZERBIB,
H. LAMOULIATTE
(Bordeaux)

intermittente, « capricieuse » dans un contexte de reflux gastro-œsophagien ancien doit faire suspecter une sténose peptique ou un anneau de Schatzki. Une dysphagie ancienne sans retentissement de l'état général chez un patient jeune avec terrain atopique (en particulier asthmatique) est très évocatrice d'une œsophagite à éosinophiles. Le diagnostic devient quasiment certain si existe la notion d'un ou plusieurs épisodes d'impaction alimentaire. Les autres causes fréquentes d'impaction alimentaire sont représentées par l'achalasia et l'anneau de Schatzki.

L'endoscopie est-elle normale ?

Il est difficile de définir la « normalité » d'une endoscopie. Cependant, chez un patient dysphagique, l'endoscopiste doit être particulièrement attentif lors de l'analyse de l'œsophage et rechercher plusieurs signes qui peuvent représenter autant d'éléments d'orientation diagnostique.

Le diamètre de l'œsophage

Les sténoses œsophagiennes peuvent passer inaperçues si elles sont modérées et si l'endoscopie est réalisée avec un appareil de petit calibre. Il faut être particulièrement attentif au calibre de la jonction œso-gastrique qui peut être franchie sans ressaut

alors qu'une sténose peut être facilement visible sur un transit baryté de l'œsophage. Cette situation est particulièrement fréquente dans un contexte de RGO avec antécédent d'œsophagite peptique alors même qu'il n'existe aucune anomalie muqueuse. Dans cette situation, la dysphagie peut être expliquée par des remaniements fibro-inflammatoires de la paroi œsophagienne. L'anneau de Schatzki, qui survient également souvent dans un contexte de RGO, est parfois très peu serré et difficile à voir en endoscopie au niveau de la jonction œso-gastrique. Dans les 2 cas, une dilatation instrumentale permet le plus souvent de soulager rapidement et durablement les patients, ce qui confirme l'hypothèse diagnostique *a posteriori*.

La stase œsophagienne

Lorsqu'une stase œsophagienne est abondante, contenant des résidus alimentaires, le diagnostic de trouble moteur œsophagien (en règle une achalasie) est aisé. Toutefois, les signes peuvent être beaucoup plus discrets. Il est anormal de constater une stase même modérée de liquide dans l'œsophage. Ce signe témoigne d'un défaut de clairance œsophagienne et doit faire évoquer impérativement un trouble moteur œsophagien.

Les spasmes œsophagiens

La mise en évidence de contractions spastiques de l'œsophage durant une endoscopie peut faire évoquer un trouble moteur œsophagien. Il en va de même de la sensation de ressaut au franchissement du cardia qui peut parfois également être le siège d'un spasme important. Si dans certains cas, ces constatations sont effectivement en rapport avec des troubles moteurs, leur spécificité et sensibilité sont probablement aussi médiocres que celle des images d'un transit baryté de l'œsophage [1].

Les anomalies de la muqueuse œsophagienne

Des anomalies parfois subtiles de la muqueuse œsophagienne doivent

être recherchées chez un patient dysphagique «sans raison évidente». Des stries œsophagiennes donnant à l'œsophage un aspect «pseudo-trachéal», des sillons longitudinaux, un aspect en pavage de la muqueuse œsophagienne, des dépôts blanchâtres, sont très évocateurs d'une œsophagite à éosinophiles [2] et doivent faire pratiquer des biopsies étagées de l'œsophage. Lors des biopsies, des décollements en lambeaux, parfois importants, sont également évocateurs d'une œsophagite à éosinophiles mais peuvent également être le témoin d'une œsophagite disséquante. Des décollements muqueux peuvent être également liés au frottement de l'endoscope et doivent faire évoquer le diagnostic d'œsophagite disséquante. Néanmoins, en cas d'œsophagite disséquante primitive, la présence d'une sténose œsophagienne est quasi-constante en cas de dysphagie.

Quels examens complémentaires ?

Les biopsies œsophagiennes

En cas de dysphagie à endoscopie «normale», il est indispensable de réaliser des biopsies œsophagiennes, qu'il y ait des aspects endoscopiques évocateurs d'œsophagite à éosinophiles ou non. Des études ont montré qu'il fallait effectuer au moins 5 biopsies étagées sur toute la hauteur œsophagienne ce qui permettait d'avoir une sensibilité de 100% [3]. Il est également important de préciser à l'anatomo-pathologiste de rechercher une œsophagite à éosinophiles c'est-à-dire de compter le nombre d'éosinophiles par champ. Le consensus récemment publié considère que le seuil de 15 éosinophiles par champ (fort grossissement) doit être retenu pour porter le diagnostic [2]. La réalisation de biopsies permet également de constater des décollements muqueux pouvant entrer dans le cadre d'une œsophagite disséquante.

Le transit baryté de l'œsophage

Cet examen peut permettre de mettre en évidence des anneaux œsophagiens passés inaperçus en endoscopie, comme l'anneau de Schatzki. Il est important que des clichés de profil soient réalisés car certains anneaux ne sont visibles que sur ces incidences. Le transit baryté peut également révéler une sténose modérée du bas œsophage. L'existence de troubles moteurs œsophagiens peut être suspectée sur un transit montrant un aspect d'œsophage en «tire-bouchon» mais la spécificité de ces signes radiologiques est faible, particulièrement chez les sujets âgés. Néanmoins, un certain degré de dilatation œsophagienne, un diverticule de pulsion au niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage ou un défaut de clairance œsophagienne du produit de contraste peuvent également être des signes de troubles moteurs œsophagiens.

Le transit baryté permettra également de mieux préciser l'impression de compression extrinsèque de l'œsophage en cas de pathologie médiastinale (tuberculose, adénopathies) ou en cas de *dysphagia lusoria* qui correspond à l'implantation aberrante de l'artère sous clavière droite qui va donc croiser la ligne médiane et comprimer l'œsophage. Cette anomalie anatomique (prévalence de 0,7%) est souvent asymptomatique (60-70% des cas) mais peut devenir responsable d'une dysphagie surtout après 40 ans. Dans une série récente de 6 patients, l'endoscopie ne révélait aucune anomalie significative dans 3 cas, et une «impression pulsatile» contre l'œsophage dans 3 cas [4]. Le transit baryté permet le diagnostic dans tous les cas, et peut être aidé du scanner [5].

Enfin, il faudra toujours être attentif à la portion cervicale de l'œsophage en recherchant un diverticule de Zenker, cause fréquente de dysphagie haute et souvent associé à une anomalie de relaxation du muscle cricopharyngien. Il faut cependant souligner que l'analyse des dysphagies hautes impose la réalisation d'une vidéo-radiographie de la déglu-

tition (radiocinéma) qui permet une étude fonctionnelle de la coordination pharyngo-laryngée et la mise en évidence d'un éventuel diverticule de l'œsophage cervical [6].

La manométrie œsophagienne

C'est un examen indispensable dans le contexte d'une dysphagie inexplicée par l'endoscopie et les biopsies œsophagiennes. La manométrie permet l'étude des ondes de contraction œsophagiennes (amplitude, durée et propagation) et du sphincter inférieur de l'œsophage.

L'achalasia est le trouble moteur œsophagien primitif le plus fréquent, associant apéristaltisme œsophagien complet et absence de relaxation du SIO. Le diagnostic est relativement aisé et la prise en charge thérapeutique relativement bien codifiée reposant sur les dilatations pneumatiques de première intention et sur la myotomie chirurgicale en cas d'échec [7]. Dans les formes évoluées, l'endoscopie n'est pas normale, montrant un œsophage très dilaté contenant une stase œsophagienne. Néanmoins, dans les formes débutantes, l'endoscopie peut être strictement normale ou ne montrer que de discrètes anomalies (minime stase liquidienne, ressaut ou spasme cardial).

Les troubles moteurs œsophagiens non achalasiens sont plus difficiles à appréhender. Toute la difficulté est de mettre sur le compte des anomalies manométriques une dysphagie inexplicée. Les principales anomalies manométriques rencontrées sont les suivantes :

- *Œsophage sclérodermique* : sclérodermie confirmée selon les critères cliniques usuels et hypotonie des ondes œsophagiennes distales avec ou sans hypotonie du SIO ;
- *Œsophage casse-noisettes* : péristaltisme normal mais ondes œsophagiennes distales d'amplitude moyenne > 180 mmHg ;
- *Motricité œsophagienne inefficace* (« ineffective esophageal motility ») : plus de 30% d'ondes œsophagiennes distales d'amplitude < 30 mmHg ;

- *Maladie des spasmes diffus* : Plus de 20% d'ondes œsophagiennes distales simultanées ;
- *Défaut de relaxation du SIO* : péristaltisme œsophagien normal mais pression résiduelle du SIO lors des déglutitions > 8 mmHg ;
- *SIO hypertonique* : pression de repos > 45 mmHg et péristaltisme œsophagien normal.

Autres examens

L'IMPÉDANCEMÉTRIE ŒSOPHAGIENNE

L'impédancemétrie œsophagienne couplée à la manométrie a permis de mieux définir la pertinence des anomalies manométriques observées. L'impédance (en ohms) représente l'opposition à un courant entre deux électrodes ; elle est donc inversement proportionnelle à la conductivité électrique du matériel dans lequel ce courant circule. Les conductivités de la paroi œsophagienne, de l'air, ou de différents bolus (salive, contenu gastrique) sont différentes, de telle sorte que la présence de chacun de ces éléments au contact d'électrodes placées dans l'œsophage va induire un profil d'impédance différent. Ainsi, la présence d'un bolus de faible conductivité comme l'air, induit une augmentation de l'impédance entre les deux électrodes, alors qu'un bolus liquide, de haute conductivité électrique, provoque une chute de l'impédance endoluminale [8]. Lors d'une étude couplée manométrie-impédancemétrie, il est possible d'analyser simultanément la motricité œsophagienne (amplitude et propagation des ondes de contraction) et la résultante fonctionnelle en terme de transit du bolus dégluti.

Tutuian *et al.* [9] ont mené une étude chez 350 sujets présentant soit une manométrie normale soit des anomalies telles que celles décrites plus haut. Ils ont montré qu'aucun des patients avec achalasia ou œsophage sclérodermique n'avait un transit normal du bolus œsophagien. Environ 50% des patients avec maladie des spasmes diffus et motricité œsophagienne inefficace avait un transit normal du bolus œsophagien, alors que cette proportion était de

95 à 100% pour les autres catégories de patients. Il semble donc que la pertinence des anomalies manométriques en terme de dysphagie ne concerne que les patients chez qui un ralentissement du transit du bolus œsophagien est constaté. Il faut cependant souligner que sensibilité et spécificité des anomalies détectées en impédancemétrie sont relativement médiocres puisque 50% des patients dysphagiques de cette série avaient un transit œsophagien normal et que 30% des patients non dysphagiques avaient un transit de bolus œsophagien ralenti.

LA MANOMÉTRIE HAUTE RÉOLUTION

La manométrie haute résolution (MHR) permet une étude bien plus précise de la motricité œsophagienne que la manométrie classique. Ces performances reposent sur l'utilisation de sondes équipées de 36 capteurs électroniques permettant une représentation spatio-temporelle en « pseudo 3D » des valeurs de pression obtenues. Selon les études, pour l'exploration des dysphagies, l'apport diagnostique de la MHR serait de 12 à 20% par rapport à la manométrie conventionnelle. Ainsi la MHR peut rectifier des diagnostics de « pseudo-relaxation » du SIO liée au raccourcissement œsophagien dans l'achalasia vigoureuse, faire la différence entre des spasmes œsophagiens et une augmentation importante de la pression intra-bolus lors des déglutitions [10]. Reste le problème de la pertinence clinique des anomalies observées qui n'est pas pour l'instant clairement établie.

Conduite à tenir

La conduite à tenir proposée (Fig. 1) tient compte des différents éléments cités préalablement.

Chez un patient dysphagique, l'analyse du contexte clinique est essentielle et doit bien sûr intervenir avant même la réalisation de l'endoscopie. Il faudra savoir évoquer avant l'endoscopie, la possibilité d'une dysphagie oro-pharyngée, d'une œsophagite à éosinophiles (adulte jeune,

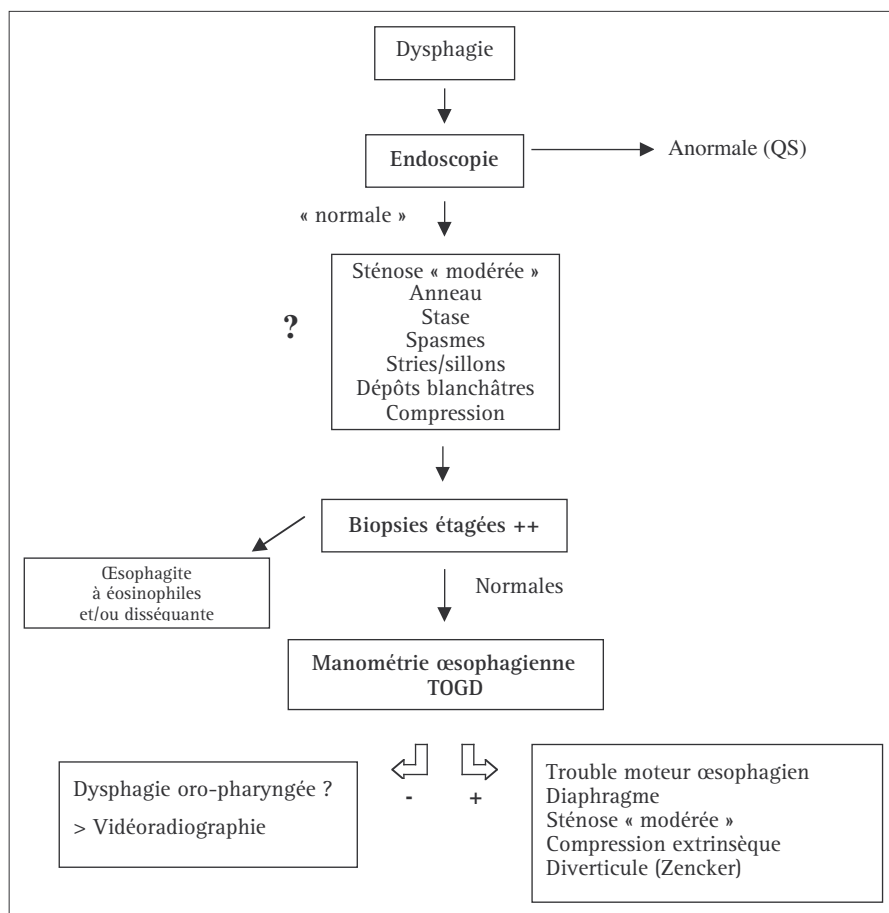


FIGURE 1

asthmatique avec épisodes d'impaction alimentaire), d'un RGO ancien pouvant se compliquer de sténose peptique ou d'anneau de Schatzki.

L'endoscopie aura un meilleur rendement diagnostique si l'endoscopiste est attentif à certaines anomalies de calibre (sténose modérée, anneaux), de contenu (stase liquidienne minime) ou de la muqueuse (stries, sillons, dépôts blanchâtres). Des

TABLEAU I
LES PRINCIPALES CAUSES
DE DYSPHAGIE
À ENDOSCOPIE « NORMALE »

Anomalies de calibre
- Sténose peptique « modérée »
- Anneau de Schatzki, diaphragme
- Compression extrinsèque
Anomalies de la muqueuse
- Œsophagite à éosinophiles
- Œsophagite disséquante
Troubles moteurs œsophagiens
- Achalasie débutante
- Maladie de spasmes diffus
- Autres ?
Dysphagie oro-pharyngée (qs)

décollements muqueux spontanés, lors du frottement de l'endoscope ou des biopsies devront être notés. Enfin, même en l'absence d'anomalie, des biopsies systématiques doivent être réalisées, au minimum 5 réparties sur toute la hauteur de l'œsophage. En cas de suspicion d'œsophagite à éosinophiles, il peut exister une hyperéosinophilie sur la numération formule sanguine dans 10 à 50% des cas.

Le transit baryté de l'œsophage doit être proposé en deuxième intention pour rechercher des anomalies de calibre (dilatation, sténose), des diaphragmes, une compression extrinsèque, voire un diverticule de Zenker. Des clichés de profil et de l'œsophage cervical (de profil également) devront être obtenus.

La manométrie œsophagienne permet de poser le diagnostic de troubles moteurs œsophagiens, particulièrement l'achalasie et la maladie des spasmes diffus, les autres troubles

moteurs œsophagiens n'étant pas assurément responsables de dysphagie. Les places respectives de l'étude couplée manométrie-impédance et de la manométrie haute résolution seront certainement précisées dans les années à venir.

Si le bilan est négatif et que le patient a une dysphagie haute, il faut orienter les investigations vers une origine oro-pharyngée et envisager la réalisation d'une vidéoradiographie de la déglutition.

Cas particuliers

L'œsophagite à éosinophiles

L'œsophagite à éosinophiles est l'objet d'un regain d'intérêt récent, probablement à la faveur d'une incidence en forte augmentation, bien que les données soient finalement assez contradictoires [2]. Il n'est pas exclu que nous soyons plus attentifs aujourd'hui à des anomalies endoscopiques et histologiques que nous rencontrons antérieurement sans y prêter attention. Il s'agit d'une maladie très fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune, dont la physiopathologie est assez mal connue mais qui fait très probablement intervenir des mécanismes immunoallergiques, en particulier vis-à-vis de protéines alimentaires. La triade clinique est très évocatrice : adulte jeune, terrain allergique (asthme), épisode d'impaction alimentaire. L'interrogatoire révèle toujours l'existence d'une dysphagie ancienne la plus souvent sans retentissement sur l'état général. Si les aspects endoscopiques précédemment décrits sont très évocateurs, ils peuvent être discrets ou absents ce qui justifie la réalisation de biopsies œsophagiennes systématiques (au minimum 5) en cas de dysphagie inexplicée. Le diagnostic histologique est relativement simple si l'anatomo-pathologiste est orienté par le clinicien, et repose sur la mise en évidence d'une hyperéosinophilie intra-épithéliale (> 15 par champ à fort grossissement). Les principaux diagnostics différentiels sont : le RGO,

la gastroentérite à éosinophiles, la maladie de Crohn, le syndrome hyper-éosinophilique, les connectivites. En pratique, le diagnostic positif est très aisé. Le traitement d'une œsophagite à éosinophiles repose sur les corticoïdes topiques. Il consiste à faire avaler au patient des bouffées de corticoïdes habituellement utilisés en inhalation (2 à 4 bouffées de 220µg par jour pendant 4 à 6 semaines). Les symptômes récidivent souvent à l'arrêt du traitement et peuvent nécessiter un traitement d'entretien dont l'objectif est d'obtenir la rémission clinique plus qu'histologique [2]. En cas de symptômes sévères résistants à cette prise en charge, les corticoïdes peuvent être administrés par voie générale. Des dilatations instrumentales peuvent être proposées en cas de sténose. L'intérêt du bilan allergologique et l'exclusion des aliments responsables ont été clairement démontrés chez l'enfant, mais nous ne disposons pas de données chez l'adulte.

L'œsophagite disséquante chronique

L'œsophagite disséquante (ODC) est définie par un décollement superficiel de la muqueuse œsophagienne occasionné par le frottement de l'endoscope ou lors de biopsies œsophagiennes. Dans notre expérience, les ODC sont primitives dans 20% des cas mais une sténose œsophagienne est toujours retrouvée ce qui sort alors du cadre des endoscopies « normales » [11]. Les ODC secondaires surviennent dans un contexte de RGO, de maladie dermatologique (lichen plan, pemphigus vulgaire), d'œsophagite à éosinophiles, de cancer de l'œsophage ou de maladie de Crohn. Il est difficile d'affirmer que la constatation d'une ODC dans un tel contexte explique à elle seule, une dysphagie en l'absence de sténose. Dans notre série de 15 cas d'ODC secondaires, les formes sans sténoses étaient représentées par les œsophagites à éosinophiles (n=3), le RGO (n=3) et la maladie de Crohn. Les ODC sans sténose sont caractérisées par le caractère moins sévère de la dysphagie et le recours peu

fréquent aux dilatations. D'une manière générale, il n'existe pas de traitement codifié des ODC.

Les troubles moteurs œsophagiens

La prise en charge thérapeutique de l'achalasia de l'œsophage fait appel en première intention aux dilatations pneumatiques ou à la cardiomyotomie chirurgicale. Le débat reste ouvert entre les tenants du traitement endoscopique et les équipes préférant d'emblée proposer une prise en charge chirurgicale. Dans notre expérience, les dilatations pneumatiques permettent une rémission dans 90% des cas, 1/3 des patients rechutant dans les 2 ans. La réalisation de dilatations pneumatiques « à la demande » permet de maintenir en rémission la quasi-totalité des patients [7]. La réponse viendra peut-être des études randomisées actuellement en cours.

La prise en charge des troubles moteurs œsophagiens non achalasiques est peu rapportée dans la littérature. La plupart des études concernent la maladie des spasmes diffus de l'œsophage, sont rarement contrôlées et ont inclus de petits effectifs. La première option consiste à chercher et/ou traiter un éventuel reflux gastro-œsophagien qui peut induire des spasmes œsophagiens [1]. En deuxième intention, un traitement médical faisant appel aux dérivés nitrés ou aux inhibiteurs calciques peut être proposé. En cas d'échec, l'injection de toxine botulique dans le cardia peut représenter une option intéressante. Plusieurs séries ouvertes ont rapporté de bons résultats des dilatations pneumatiques. Dans notre expérience portant sur 21 patients avec divers troubles moteurs non achalasiques (dont 6 maladies des spasmes diffus), les dilatations pneumatiques ont permis d'obtenir une rémission prolongée dans 71% des cas. Il faut noter que l'hypertonie ou les troubles de la relaxation du SIO n'influençait pas la réponse au traitement [12]. Le recours à la cardiomyotomie chirurgicale doit rester exceptionnel, les séries

publiées étant très limitées et portant sur de faibles effectifs très sélectionnés.

Conclusion

La démarche diagnostique devant une dysphagie « inexplicée » impose un examen endoscopique minutieux, attentif à des anomalies discrètes qui ont pu passer inaperçues lors d'un examen précédent ou lors d'un premier passage de l'endoscope. Les anomalies de calibre, de contenu, ou de la muqueuse doivent retenir l'attention de l'endoscopiste qui devra dans tous les cas, effectuer des biopsies œsophagiennes. Cette attitude est justifiée par l'émergence de pathologies telles que les œsophagites à éosinophiles ou les œsophagites disséquantes. Le transit baryté de l'œsophage et la manométrie œsophagienne sont des compléments utiles même si la pertinence des anomalies observées est parfois difficile à apprécier.

RÉFÉRENCES

1. Tutuian R, Castell DO. Review article: oesophageal spasm - diagnosis and management. *Aliment Pharmacol Ther* 2006 15;23:1393-402.
2. Furuta GT, Liacouras CA, Collins MH, Gupta SK, Justinich C, Putnam PE, Bonis P, Hassall E, Straumann A, Rothenberg ME; First International Gastrointestinal Eosinophil Research Symposium (FIGERS) Subcommittees. Eosinophilic esophagitis in children and adults: a systematic review and consensus recommendations for diagnosis and treatment. *Gastroenterology* 2007;133:1342-63.
3. Gonsalves N, Policarpio-Nicolas M, Zhang Q, Rao MS, Hirano I. Histopathologic variability and endoscopic correlates in adults with eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc* 2006; 64:313-9.
4. Janssen M, Baggen MG, Veen HF, Smout AJ, Bekkers JA, Jonkman JG, Ouwendijk RJ. Dysphagia lusoria: clinical aspects, manometric findings,



- diagnosis, and therapy. Am J Gastroenterol 2000;95:1411-6.
5. Alper F, Akgun M, Kantarci M, Eroglu A, Ceyhan E, Onbas O, Duran C, Okur A. Demonstration of vascular abnormalities compressing esophagus by MDCT: special focus on dysphagia lusoria. Eur J Radiol 2006; 59:82-7.
 6. Pouderoux P. Physiologie et dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage. Gastroenterol Clin Biol 1998;22:613-30.
 7. Zerbib F, Thétiot V, Richey F, Benajah D, Message L, Lamouliatte H. Repeated pneumatic dilations as long term maintenance therapy for esophageal achalasia. Am J Gastroenterol 2006; 101:692-7.
 8. Zerbib F, Sifrim D. La mesure de l'impédance œsophagienne dans le reflux gastro-œsophagien. Résultats et perspectives. Gastroenterol Clin Biol 2003; 27:451-4 (PDV).
 9. Tutuian R, Castell DO. Combined multichannel intraluminal impedance and manometry clarifies esophageal function abnormalities: study in 350 patients. Am J Gastroenterol 2004; 99:1011-9.
 10. Fox MR, Bredenoord AJ. Oesophageal high-resolution manometry - moving from research into clinical practice. Gut 2007 Sep 25 [Epub ahead of print]
 11. Lamouliatte H, Zerbib F, Thétiot V, Belleannée G, Message L. Caractéristiques des œsophagites disséquantées chroniques primitives et secondaires : résultats d'une étude prospective portant sur 20 cas. Gastroenterol Clin Biol 2006;30:A33.
 12. Benajah D, Thétiot V, Richey F, Message L, Lamouliatte H, Zerbib F. Traitement des troubles moteurs œsophagiens non achalasiques par dilatations pneumatiques. Gastroenterol Clin Biol 2005;29:A157.

La dysphagie à endoscopie « normale »

Importance du **contexte** et de la **présentation clinique**

Endoscopie très attentive ++

**Sténose « modérée »
Anneau (Schatzki)
Spasmes**

**Stries
Sillons
Dépôts blanchâtres**

Faire des **biopsies œsophagiennes** systématiques

Manométrie et **TOGD** font partie du bilan de 2^e intention

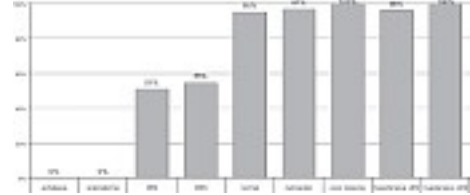
Emergence des « **nouvelles** » **œsophagites** (éosinophiles)

L'endoscopie est-elle normale ?

- Calibre de l'œsophage
 - Sténose « modérée »
 - Anneau ou diaphragme
- Stase œsophagienne
- Spasmes œsophagiens / ressaut cardinal
- Anomalies muqueuses
 - Aspect pseudo-trachéal
 - Stries longitudinales
 - Dépôts blanchâtres

Quels examens complémentaires ?

- Impédancemétrie œsophagienne



Troubles moteurs œsophagiens associées à un ralentissement du bolus en impédancemétrie

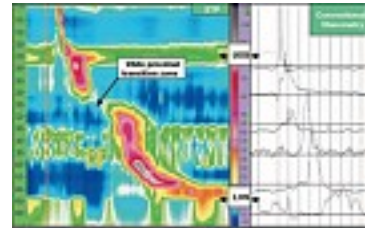
Tutuian et al 2004

Quels examens complémentaires ?

- Les biopsies œsophagiennes ++
 - Systématiques
 - Etagées
 - Noter les décollements muqueux
 - Orienter l'anatomo-pathologiste ++

Quels examens complémentaires ?

- Manométrie haute résolution ?

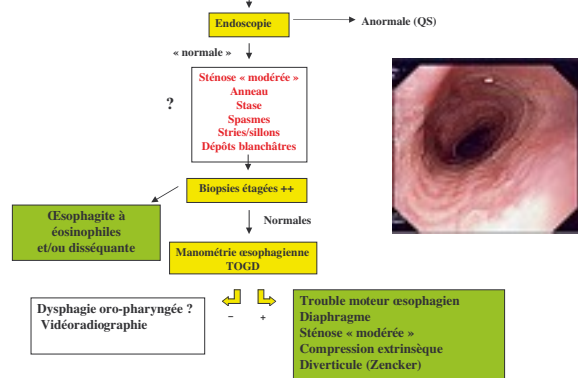


Fox et al 2004

Quels examens complémentaires ?

- Le transit baryté de l'œsophage
 - Clichés de profil
 - Œsophage cervical ++
- Anneau
- Sténose modérée
- Spasmes
- Compression extrinsèque
- Diverticule (Zenker)

Dysphagie



Quels examens complémentaires ?

- La manométrie œsophagienne
 - Achalasie
 - Troubles moteurs œsophagiens non achalasiques
 - Maladie des spasmes diffus
 - Motricité œsophagienne inefficace (IEM)
 - Œsophage sclérodermique
 - Œsophage casse noisettes
 - Hypertonie / défaut de relaxation du SIO
 - Pertinence des anomalies observées ?

La dysphagie à endoscopie « normale »

Importance du contexte et de la présentation clinique

Endoscopie très attentive ++

Sténose « modérée »
Anneau (Schatzki)
Spasmes

Stries
Sillons
Dépôts blanchâtres

Faire des biopsies œsophagiennes systématiques

Manométrie et TOGD font partie du bilan de 2^{ème} intention

Emergence des « nouvelles » œsophagites (éosinophiles)