



1. Généralités sur l'oesophage

physiologie • symptômes • moyens d'exploration de l'oesophage

[Qu'est ce que l'oesophage ?](#)

[Comment fonctionne l'oesophage ?](#)

[Quels symptômes peuvent faire penser à une maladie de l'oesophage ?](#)

[Qu'est-ce qu'une "dysphagie" ?](#)

[Quelles sont les différentes caractéristiques d'une "dysphagie" ?](#)

[Faut-il consulter en cas de dysphagie et pour quoi faire ?](#)

[Quelles sont les causes possibles d'une dysphagie ?](#)

[Quels examens permettent d'expliquer une dysphagie ?](#)

[Quand doit-on faire une manométrie ou une ph-métrie ?](#)

1.1.1. Qu'est ce que l'oesophage ?

L'oesophage est un organe tubulaire revêtu d'un épithélium malpighien. Sa structure musculaire, son innervation extrinsèque (pneumogastriques) et intrinsèque (plexus nerveux autonome) permettent la propulsion des aliments du pharynx vers l'estomac. L'élément principal s'opposant au reflux du contenu gastrique est le sphincter inférieur de l'oesophage (SIO).

1.1.2. Comment fonctionne l'oesophage ?

A l'état de repos, l'oesophage est vide d'air ou de liquide et n'est animé d'aucune contraction. Il est fermé à ses deux extrémités grâce à la contraction tonique de ses sphincters, ce qui protège à la fois les voies aériennes supérieures et le bas oesophage d'un reflux gastro-oesophagien.

Au moment de la déglutition, immédiatement après le relâchement du sphincter supérieur de l'oesophage (SSO) qui est la bouche de Killian des endoscopistes, une onde péristaltique parcourt l'oesophage de haut en bas à la vitesse de 3 à 4 cm/s (péristaltisme primaire). Le SIO (sphincter inférieur de l'oesophage) se relâche avant même que l'onde péristaltique ne l'ait atteint. Cette relaxation est suivie par une contraction qui prolonge l'onde péristaltique (**Figure 1**).

Le contrôle de la motricité oesophagienne fait intervenir de façon coordonnée des muscles striés (partie haute de l'oesophage) et des muscles lisses pour assurer l'alternance des phases d'ouverture et de fermeture des sphincters et la progression de la contraction péristaltique. La séquence péristaltique est sous la dépendance des pneumogastriques ainsi que de l'innervation intrinsèque. Elle semble obéir à une programmation centrale au niveau bulbo-protubérantiel (centre de la déglutition).

1.1.3. Quels symptômes peuvent faire penser à une maladie de l'oesophage ?

Ce sont : la dysphagie, les régurgitations (à distinguer du vomissement, du mérycisme (rumination) et de la pituite (rejet d'un mélange filant ; alcalin de salive et de liquide gastrique)), le pyrosis souvent associé à une sensation d'aigreur, les éructations, les brûlures épigastriques, une hémorragie digestive extériorisée ou une anémie microcytaire hyposidérémique, une altération de l'état général (anorexie, amaigrissement), un « ganglion » sus-claviculaire gauche (Troisier). Il peut aussi s'agir de signes extra-digestifs tels que des douleurs thoraciques de type angineux, des symptômes respiratoires post-prandiaux ou nocturnes (toux, dyspnée asthmatiforme...) et des symptômes ORL divers (enrouement et dysesthésies bucco-pharyngées).

1.1.4. Qu'est-ce qu'une "dysphagie" ?

La dysphagie est une sensation de gêne ou d'obstacle à la déglutition des aliments. Elle est différente de l'odynophagie (douleur ressentie lors de la progression des aliments dans l'oesophage, sans arrêt de l'alimentation) et de la sensation de striction cervicale généralement liée à l'anxiété, qualifiée de « *globus hystericus* ». Il peut être difficile de la distinguer de l'anorexie (perte d'appétit), surtout lorsqu'elle porte de façon élective sur certains aliments (viande).

1.1.5. Quelles sont les différentes caractéristiques d'une "dysphagie" ?

Ce sont : la localisation rétrosternale de la gêne et son niveau, l'électivité pour les solides (dysphagie des sténoses organiques) ou associée à celle des liquides (dysphagie paradoxale et d'évolution capricieuse), les modes de début (brutal ou non) et d'évolution (progression plus ou moins rapide, intermittence) et les symptômes associés (amaigrissement, régurgitations, signes de reflux gastro-oesophagien [RGO], signes ORL et/ou respiratoires).

1.1.6. Faut-il consulter en cas de dysphagie et pour quoi faire ?

La valeur sémiologique de la dysphagie est grande. Une fois écartées les causes ORL et neurologiques en cas de

dysphagie haute, ce symptôme relève pratiquement toujours d'une obstruction organique ou de troubles moteurs de l'œsophage, parfois d'une lésion gastrique atteignant le cardia.

Dans tous les cas, il importe de réaliser en premier lieu une endoscopie œsophagienne qui permettra de pratiquer des biopsies en cas de lésion. Si l'examen endoscopique est normal, le transit baryté de l'œsophage et surtout la manométrie œsophagienne seront indiqués pour rechercher des troubles moteurs.

1.1.7. Quelles sont les causes possibles d'une dysphagie ?

1.1.7.1. Lésions de l'œsophage :

- sténoses tumorales : cancer épidermoïde ou plus rarement adénocarcinome; de façon exceptionnelle les autres tumeurs malignes (sarcome et mélanome) ou bénignes (léiomyome) et les tumeurs extrinsèques (ganglionnaire, bronchique, médiastinale) ;
- sténoses non tumorales dues le plus souvent à une œsophagite peptique, à une œsophagite caustique ou radique et beaucoup plus rarement à une compression extrinsèque (adénopathie, anomalie artérielle...);
- œsophagites non sténosantes d'origine médicamenteuse ou infectieuse (surtout *Candida albicans*) au cours desquelles le symptôme prédominant est en fait l'odynophagie.

1.1.7.2. Anomalies motrices :

- primitives telles que l'achalasie (synonymes: cardiospasme, méga-œsophage idiopathique) ([figure 2](#)), la maladie des spasmes diffus de l'œsophage ou un œsophage casse-noisettes;
- ou observées au cours du RGO, de certaines collagénoses (sclérodémie) et de nombreuses maladies touchant l'innervation ou la musculature œsophagienne.

1.1.8. Quels examens permettent d'expliquer une dysphagie ?

L'examen endoscopique de l'œsophage est la méthode la plus performante. Particulièrement appropriée au diagnostic des tumeurs endoluminales et des œsophagites, l'endoscopie permet à la fois une étude précise de la muqueuse et la réalisation de prélèvements biopsiques. En cas d'hémorragie digestive, cet examen doit être pratiqué en urgence.

Le transit baryté de l'œsophage est pratiqué en deuxième intention ou dans les cas d'endoscopie impossible ou incomplète (sténose infranchissable). Il peut également s'avérer utile pour objectiver une compression extrinsèque, l'importance de la dilatation en cas de méga-œsophage, ainsi que pour préciser la topographie et l'étendue d'un cancer de l'œsophage.

La scanographie thoracique permet d'étudier par des coupes axiales transverses l'extension pariétale, médiastinale et ganglionnaire des cancers.

L'écho-endoscopie explore encore plus finement la paroi œsophagienne, précisant l'atteinte des différentes couches, et des structures péri-œsophagiennes. Elle apprécie l'extension pariétale des tumeurs, détecte les adénopathies métastatiques et différencie les lésions sous-muqueuses intramurales des compressions extrinsèques. L'existence d'une sténose en limite les performances.

1.1.9. Quand doit-on faire une manométrie ou une ph-métrie ?

La manométrie œsophagienne est l'examen clé pour le diagnostic des troubles moteurs de l'œsophage. Elle n'est pas utilisée pour établir le diagnostic de RGO. Elle est recommandée en cas d'indication opératoire pour un reflux gastro-œsophagien. Elle enregistre la pression de repos du SIO (sphincter inférieur de l'œsophage) et sa relaxation lors de la déglutition ainsi que le péristaltisme au niveau du corps de l'œsophage..

La pH-métrie œsophagienne quantifie le RGO acide dont le pourcentage normal de temps passé en dessous de pH 4 est inférieur à 5 %. Elle n'a pas d'indication lorsque les symptômes de reflux gastro-œsophagien sont typiques. Elle est en revanche utilisée pour rapporter des symptômes atypiques à un reflux gastro-œsophagien pathologique lorsque l'examen endoscopique est négatif ou en cas d'échec thérapeutique. Elle est en général pratiquée lorsqu'une indication opératoire pour RGO est posée s'il n'existe pas d'œsophagite indiscutable (ulcérée). Elle se fait au moyen d'une électrode placée 5 cm au-dessus du SIO (sphincter inférieur de l'œsophage) et maintenue pendant 24 heures. ([figures 3 et 4](#))