

Manométrie œsophagienne de haute résolution et classification de Chicago des troubles moteurs œsophagiens

Rédacteurs : Sabine Roman et Groupe d'experts « manométrie haute résolution » du GFNG (S Roman, S Bruley des Varannes, G Cargill, B Coffin, G Gourcerol, F Mion, A Ropert, F Zerbib)

Relecteurs : Conseil Scientifique GFNG

Référence : Roman S, Bruley des Varannes S, Cargill G, Coffin B, Gourcerol G, Mion F, Ropert A, Zerbib F. Manométrie œsophagienne de haute résolution avec analyse topographique des pressions œsophagiennes : Conseils pour la pratique et adaptation française de la classification de Chicago. Hépatogastro 2012 ;19 :316-28

Numéro spécial de Neurogastroenterology & Motility sur la manométrie œsophagienne de haute résolution et la classification de Chicago (Mars 2012) : accès libre via le lien suivant <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nmo.2012.24.issue-s1/issuetoc>

Date : mai 2012

Définition de la manométrie œsophagienne de haute résolution (MHR)

Mesures rapprochées des pressions depuis le pharynx jusqu'à la partie proximale de l'estomac (incluant la jonction œso-gastrique) avec analyse topographique des variations de pression œsophagienne (TPO)

Indications : celles de la manométrie œsophagienne conventionnelle

- Dysphagie oro-pharyngée ou thoracique (après réalisation d'une endoscopie œso-gastro-duodénale pour éliminer une sténose et des biopsies œsophagiennes pour éliminer une œsophagite à éosinophiles)
- Bilan pré-opératoire pour reflux gastro-œsophagien
- Douleurs thoraciques atypiques après bilan cardiaque
- Connectivites (sclérodermie)

Avantages par rapport à la manométrie conventionnelle

- Plus facile de réalisation et d'interprétation
- Meilleure tolérance : pas de mobilisation de la sonde lors de l'examen
- Meilleur rendement diagnostique : mesures plus objectives et analyse fonctionnelle

Réalisation de l'examen :

- Patient à jeun
- Introduction du cathéter dans l'œsophage par voie nasale
- Positionnement du cathéter afin d'obtenir 2 zones de haute pression, l'une correspondant à la jonction œso-gastrique (JOG) et l'autre correspond au sphincter supérieur de l'œsophage (SSO)
- Réalisation d'une inspiration profonde pour localiser précisément la JOG
- Enregistrement en position allongée : période basale de 30 secondes sans déglutition puis 10 déglutitions de 5 ml d'eau espacées chacune de 20 à 30 secondes

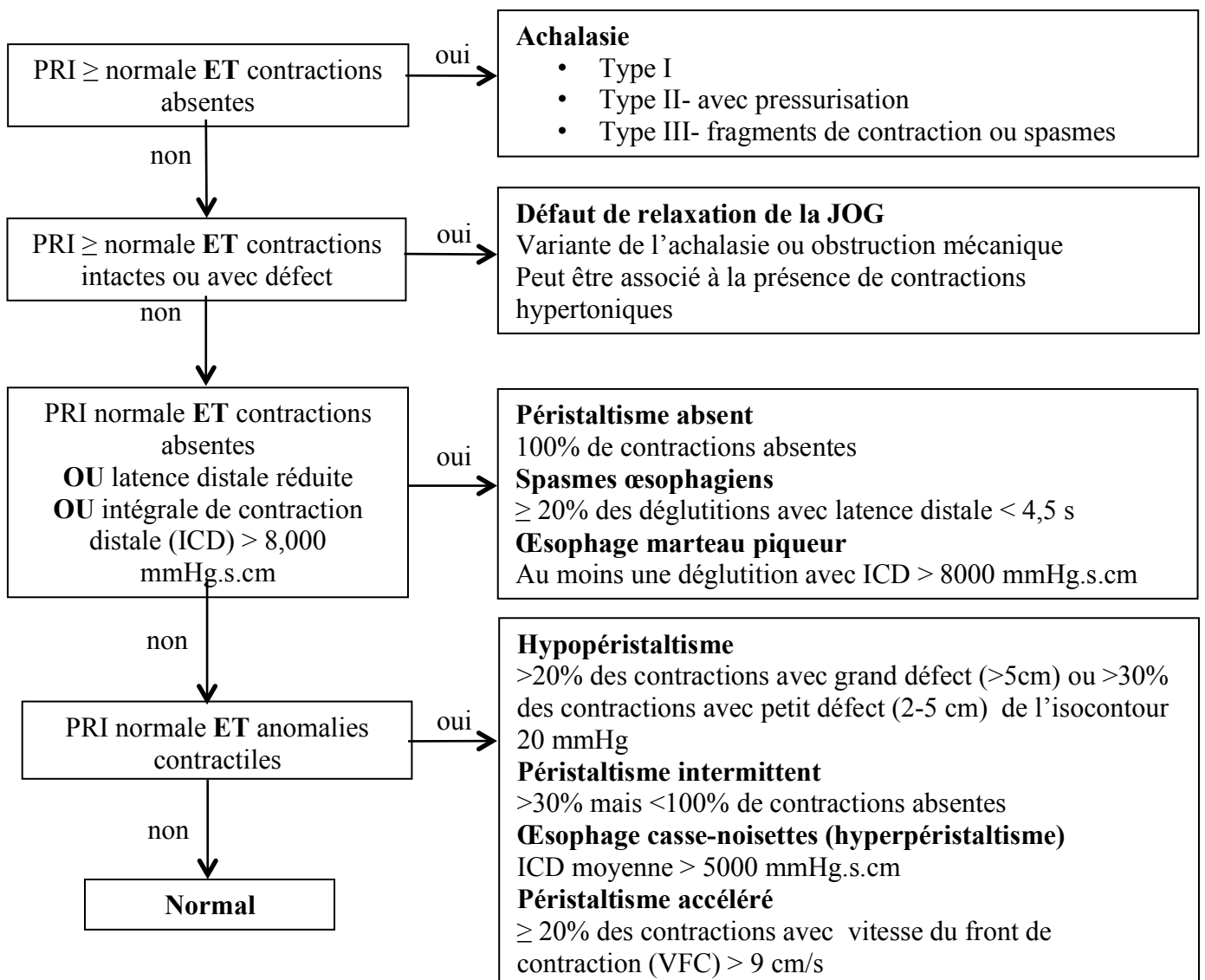
Classification des troubles moteurs œsophagiens en MHR : classification de Chicago

Classification basée sur :

- La pression de relaxation intégrée (PRI) moyenne
- L'analyse individuelle des déglutitions

Les troubles moteurs œsophagiens sont classés en 3 catégories :

- Les troubles moteurs associés à un défaut de relaxation de la jonction œso-gastrique : l'achalasia et le défaut de relaxation de la JOG
- Les troubles moteurs jamais observés chez les sujets témoins : le péristaltisme absent, les spasmes œsophagiens et l'œsophage marteau piqueur
- Les anomalies de la motricité dont la signification clinique reste à préciser: l'hypopéristaltisme, le péristaltisme intermittent, l'œsophage casse-noisettes et le péristaltisme accéléré



Critères utilisés pour l'analyse topographique des pressions œsophagiennes

Jonction œso-gastrique

Morphologie

- identification des 2 composants de la JOG, le sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) et la pince diaphragmatique
- hernie hiatale manométrique définie par une séparation de plus de 2 cm entre le SIO et la pince diaphragmatique

Relaxation lors des déglutitions : évaluée à l'aide de la **pression de relaxation intégrée (PRI)** qui correspond à la pression moyenne la plus faible enregistrée pendant 4 secondes au niveau de la JOG lors des déglutitions (normale si moyenne des 10 déglutitions < 15 mmHg).

Corps de l'œsophage

Morphologie d'une contraction œsophagienne normale

- augmentation de pression initiée lors de la relaxation du SSO, se propageant jusqu'à la JOG
- existence possible d'une dépression (zone de pression plus faible) entre le tiers supérieur et les 2/3 distaux de l'œsophage, cette zone est appelée **zone de transition**
- existence d'un point d'inflexion de la vitesse de propagation de la contraction œsophagienne appelée **point de décélération de la contraction (PDC)**

Caractérisation des contractions œsophagiennes

- Intégrité de la contraction : présence de défauts dans le front de contraction sur le contour isobarique 20 mmHg
- **Vitesse du front de contraction (VFC)**
- **Latence distale (LD)** : durée de l'inhibition qui précède la contraction œsophagienne, mesurée entre le début de l'ouverture du SSO et le PDC
- Vigueur des contractions mesurée à l'aide de l'intégrale de contraction distale (ICD) qui correspond au produit de l'amplitude (au-dessus de 20 mmHg) par la durée de la contraction et la longueur du segment œsophagien compris entre la zone de transition et le PDC.

Profils d'augmentation de la pression intra-bolus pour l'étude indirecte de la clairance œsophagienne

- Pressurisation anormale si > 30 mmHg

Chaque contraction œsophagienne est caractérisée comme mentionnée ci-dessous :

| Intégrité de l'onde de contraction | |
|--|--|
| Contraction intacte | Contour isobarique 20 mmHg sans défaut |
| Contraction avec défaut | a) Grand défaut (> 5cm) du contour isobarique 20 mmHg b) Petit défaut (2-5 cm) du contour isobarique 20 mmHg |
| Contraction distale absente | Intégrité minimale (< 3cm) du contour isobarique 20 mmHg dans l'œsophage distal |
| Profils de contraction (pour les contractions intactes et les contractions avec petit défaut) | |
| Contraction prématurée | LD < 4.5 s |
| Contraction hypertonique | ICD > 8000 mmHg.s.cm |
| Contraction rapide | VFC > 9 cm/s |
| Contraction normale | Aucun des critères ci-dessus |
| Profils de pression intra-bolus (évalués au contour isobarique 30 mmHg) | |
| Pressurisation pan-œsophagienne | Pressurisation uniforme s'étendant depuis le SSO jusqu'à la JOG |
| Pressurisation œsophagienne localisée | Pressurisation s'étendant du front de contraction jusqu'à un sphincter |
| Pressurisation de la JOG | Pressurisation localisée à la zone entre le SIO et la pince diaphragmatique en association avec une hernie hiatale |
| Pressurisation normale | Pas de pressurisation du bolus > 30 mmHg |