



TROUBLES MOTEURS DE **L'OESOPHAGE**

DR SAFIR
CHU ORAN

Plan

1-DEFINITION

2-RAPPELS

-ANATOMO-HISTOLOGIQUE

-PHYSIOLOGIQUE

3-CLASSIFICATION DES TROUBLES MOTEURS DE L'ŒSOPHAGE

A -TROUBLES MOTEURS PRIMITIFS

B -TROUBLES MOTEURS SECONDAIRES

4-CONCLUSIONS

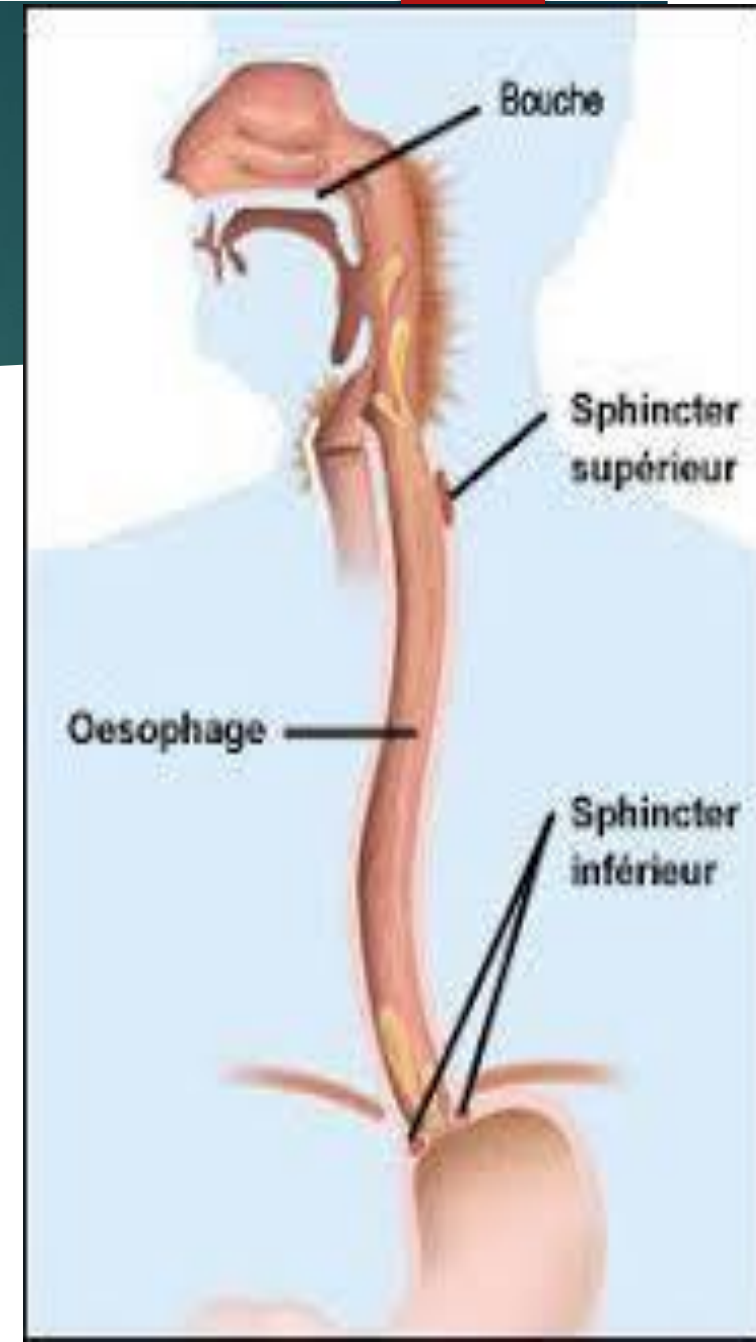
1-INTRODUCTION / DEFINITION

- ❑ Anomalies manométriques du corps et des sphincters de l'œsophage entravant la progression du bol alimentaire.
- ❑ Peuvent être primitifs ou secondaires.
- ❑ Maitres symptômes:
 - dysphagie
 - douleurs thoraciques pseudo angineuses.
- ❑ Examen de référence : MANOMETRIE de haute résolution
- ❑ Examen a faire en premier :FIBROSCOPIE. (éliminer une affection organique)
- ❑ Traitement symptomatique.

2-RAPPELS

A-ANATOMO-HISTOLOGIQUE


- ❑ Œsophage : organe tubulaire musculo-membraneux, revêtu d'un épithélium malpighien, d'environ 25 cm de hauteur
- ❑ Il comporte:
 - Sphincter supérieur : constitué de fibres musculaires striées
 - Corps : 2 couches musculaires circulaires interne et longitudinale externe.
 - Musculature striée dans le tiers proximal
 - Musculature lisse dans les deux tiers distaux
 - SIO : Epaississement musculaire du bas œsophage sur environ 4cm, de structure musculaire
 - Innervation :extrinsèque (pneumogastrique)
 - intrinsèque (Plexus nerveux autonome)



RAPPELS

B-Physiologique

- ❑ Au repos, l'œsophage est fermé à ses deux extrémités grâce à la contraction tonique des deux sphincters (protection des voies aériennes supérieures et du bas œsophage d'un reflux).
- ❑ Au moment de la déglutition, une onde péristaltique parcourt l'œsophage de haut en bas à la vitesse de 3 à 4 cm/s.
- ❑ Le contrôle de la motricité œsophagienne fait intervenir de façon coordonnée les muscles striés et les muscles lisses.



□ La séquence péristaltique est sous la dépendance du pneumogastrique et de l'innervation intrinsèque

1. Plexus myentérique: (plexus d'Auerbach) Intervient dans le *contrôle de la motricité.*
2. *Plexus sous muqueux (plexus de Meissner) Intervient dans le contrôle de la vasomotricité et des sécrétions intestinales.*
3. *Les plexus sont reliés au système nerveux autonome extrinsèque*

Propulsion des
aliments du pharynx
vers l'estomac.

ÉLÉMENT
PRINCIPAL DE LA
BARRIÈRE ANTI
REFLUX

CLASSIFICATION DES TROUBLES MOTEURS DE L'ŒSOPHAGE

Troubles moteurs primitifs

- **Achalasie**
- **Maladie des spasmes diffus (MSD)**
- **Œsophage «casse-noisette»**
- Hypertonie du SIO
- Hypo contractilités
- Formes intermédiaires
- Troubles moteurs non spécifiques (TMNS)

Troubles moteurs secondaires

- **Collagénoses/ Maladies de système .**
- **Agents chimiques ou physiques :**
 - Reflux gastro-œsophagien -Œsophagite caustique
 - Œsophagite radique- œsophagites infectieuses
- **Ethylisme**
- Désordre neuromusculaire.
- Néoplasie œsophagienne .
- **Endocrinopathies/Diabète**
- **Pseudo-obstruction intestinale**

3-A-Troubles moteurs primitifs



I- ACHALASIE (cardiospasme)



- **Définition** manométrique : Absence de péristaltisme du corps de l'œsophage.

Tonus de repos du SIO augmenté.

Absence de relaxation ou relaxation incomplète du SIO lors des déglutitions.

- **Pathogénie** : mal connue

- Défaut de l'innervation extrinsèque ++++

-Dénervation du SIO avec hypertonie basale et relaxation incomplète

-Apéristaltisme œsophagien en rapport avec la dénévation du corps de l'œsophage

-Hypothèses proposées pour expliquer la dénévation :

Lésions induites par un agent infectieux (virus de la famille Herpes Simplex Virus),entraînant une réponse inflammatoire auto-immune, sur un terrain génétique particulier.

Processus neuronal dégénératif.

-SYMPTOMES:

- Dysphagie paradoxale
- Stase œsophagienne : régurgitations , pneumopathie d'inhalation
- Douleurs thoraciques

-Examens complémentaires:

1-Télé thorax : il permettra de rechercher :

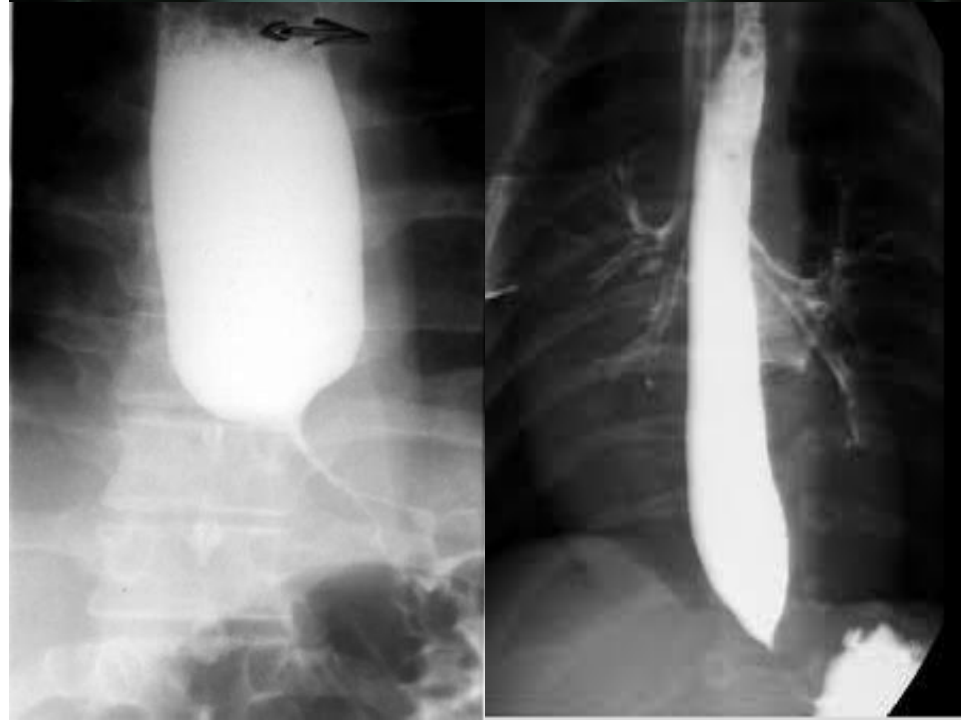
- Absence de poche à air gastrique.
- Elargissement du médiastin para-cardial droit.
- Niveau hydro-aérique médiastinal (stase).
- Complications broncho-pulmonaires :
de la toux nocturne au début, jusqu'à l'infection
broncho-pulmonaire sévère.

2-Transit baryte de l'œsophage : Deux aspects :

- Dilatation l'œsophage
- Image effilée

aspect en radis

aspect en chaussette



Fibroscopie digestive haute :

1-œsophage dilaté d'une stase alimentaire œsophagienne

2-Spasme, hypertonie du SIO avec : Signe du ressaut

3-Aspect en rosette du cardia

BIOPSIES :Recherche d'un cancer œsophagien

Manométrie œsophagienne :

- Élément fondamental et le plus spécifique pour le diagnostic

- Trois anomalies décrites :

 - Absence de péristaltisme œsophagien primaire (À péristaltisme)

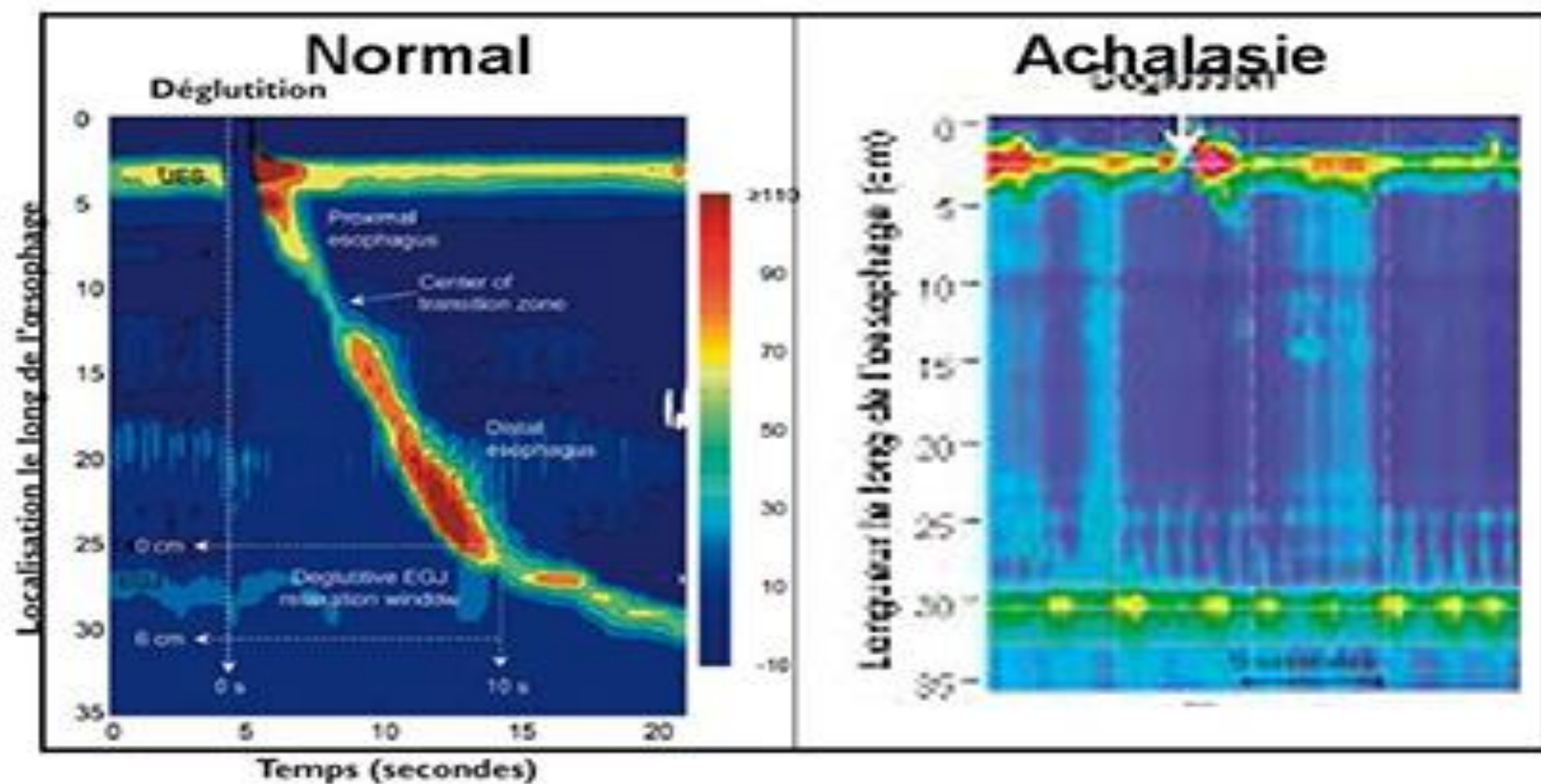
 - Élévation de la pression basale du SIO

 - Relaxation incomplète voire absente du SIO en réponse à une déglutition

Deux critères diagnostiques: sensibilité >90%



Manométrie haute définition



**-Evolution:
imprévisible**

- poussée: déclenchée par choc affectif ; émotions.
- continue: avec périodes d'aggravation paroxystique.

-Complications:

- Locales:

- œsophagite de stase.
- diverticules: de type épi phréniques , au dessous du segment rétréci.
- fistule œsophagien : rare.
- greffe néoplasique : risque évolutif majeur (4 - 6%); après longue durée d'évolution (~ 17 ans). favorisé par le stase .
- pronostic :sévère

-A distance :

- respiratoires: 10% ; peuvent être révélatrices.
- bronchopneumopathies ; ou abcès pulmonaire.

- Générales: AMG ; cachexie

TRAITEMENT :

- Buts :**
- Améliorer la vidange de l'œsophage
 - diminuer l'hypertonie du SIO
 - améliorer l'état nutritionnel

Armes thérapeutiques :

- Règles hygiéno-diététiques
- Traitement médical : dérivés nitres / Inhibiteurs calciques (risordan,adalate)
- Dilatation pneumatique
- Injection intra-sphinctérienne de toxine botulique
- Traitement chirurgical : cardio-myotomie extra-muqueuse de HELLER .



II- Maladie des spasmes diffus



Syndrome caractérisé par : une perte intermittente du péristaltisme œsophagien ,d'étiologie indéterminée se manifestant par: **des épisodes de dysphagie et de douleurs thoraciques, et un bilan cardiaque NEGATIF.**

Touche l'adulte de plus de 50 ans

PHYSIOPATHOLOGIE :

- Hyperexcitabilité et hypersensibilité aux stimuli hormonaux ou cholinergiques .
- Hypertrophie musculaire idiopathique ,cette hypertrophie musculaire porte sur le muscle circulaire et longitudinal .

Clinique:

-Douleurs thoraciques ++++++

- Marquée, Intense, rétrosternale, à irradiations dorsales , bras, mâchoires, au repos ou lors de la déglutition , plus souvent nocturnes que diurnes.
- Favorisée par l'émotion et le stress , dure de quelques sec à quelque minutes .

Ressemble à une douleur coronarienne aigue +++++

-Dysphagie :

- De degré variable : inconfort , dysphagie sévère , souvent provoquée par l'ingestion de boissons froides ou gazeuses, ou par des aliments « collants » , déclenchée par le stress et les émotions.

-Pas de régurgitations de décubitus ou d'altération de l'état général : comme dans l'achalasie.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

-Radiologie : évocatrice, non spécifique «tire bouchon», aspect en pile d'assiettes.

-Endoscopie:

-aspect tortueux ou en vrille, élimine un obstacle, peu de débris alimentaire, ni d'œsophagite de reflux.

-Tomodensitométrie / l'écho-endoscopie

-Permettent de caractériser une hypertrophie musculaire œsophagienne , fréquente , présente dans 30 % des cas en moyenne

-Apprécier son extension en hauteur.

-MANOMETRIE:

Péristaltisme normal au niveau 1/3 sup

Les anomalies siègent préférentiellement au niveau de l'œsophage distal, des contractions simultanées de l'œsophage distal



EVOLUTION

Intermittence des signes fonctionnels avec tendance à la stabilité.
Possible diminution des fréquences et intensités dans le temps.

TRAITEMENT:

souvent décevant

-RASSURER LE MALADE :C'est une affection bénigne, fonctionnelle

Ce n'est pas une douleur d'origine cardiaque (insuffisance coronarienne)

-Traitement médical: efficacité non démontrée

- Anticalciques,IPP,Imipramine .

-Injection étagées de toxine botulique.

-Myotomie longue +/- geste de reflux.



III-OESOPHAGE « CASSE NOISETTES »

CLINIQUE :

Douleurs thoraciques d'allure angineuse liées à une exagération de l'amplitude et de la durée des ondes péristaltiques œsophagiennes

MANOMETRIE OESOPHAGIENNE :

- **Amplitude des ondes péristaltiques œsophagiennes > 180 mm Hg (++)**
- **Propagation de ces ondes péristaltiques conservée**
- **Parfois, durée de ces ondes péristaltiques augmentée (> 6 secondes)**
- **Relaxation du SIO normale**



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

NECESSITE D'ELIMINER ABSOLUMENT ET PREALABLEMENT UNE PATHOLOGIE CORONARIENNE.

TRAITEMENT : dérivés nitres / Inhibiteurs calciques (risordan,adalate)

IV-HYPERTONIE ISOLEE DU SIO

CLINIQUE

La principale manifestation clinique : douleur thoracique+++

- dysphagie ,associée à des symptômes de reflux (26%)

DIAGNOSTIC: Manométrie+++++++

TRAITEMENT

- **TRT médical** : similaire à celui de l'œsophage casse-noisettes
(Anticholinergiques Antidépresseurs tricycliques)
- **Thérapies cognitives comportementales .**
- **Dilatations au ballonnet.**
- **Toxine botulique:** Résultat parfois satisfaisant

3-B-Trouble moteurs secondaires



1. Maladie de Chagas

- une maladie parasitaire observée dans les régions tropicales d'Amérique du Sud.
- L'agent pathogène : est le protozoaire *Trypanosoma cruzi*.
- L'évolution chronique de la maladie induit des séquelles irréversibles:
 - cardiovasculaires (cardiopathies)
 - gastro-intestinales (mégaoesophage, mégacôlon)
 - urinaires (méga-uretère).
- Les manifestations cliniques et manométriques sont similaires à celles de l'achalasie.
- Le traitement est symptomatique.

2-Achalasie secondaire (pseudo achalasia)

- L'achalasia secondaire peut survenir au cours du développement de certains cancers (adénocarcinomes œsophagiens et de la jonction œsogastrique, sein, poumon, rein)
- l'installation de symptômes est plus brutale, avec une évolution rapide et un amaigrissement important, triade classique symptômes évoluant depuis moins de 1 an+ perte de plus de 7 kg+ >70 ans souvent l'homme.
- Les signes endoscopiques suspects sont des ulcérations muqueuses, un aspect nodulaire, un défaut d'élasticité du cardia et l'impossibilité de franchir la jonction œsogastrique.
- si doute, un examen tomodensitométrique et/ou une écho endoscopie permettent de visualiser l'infiltration tumorale sous-muqueuse de la paroi œsophagienne, qui sera confirmée par l'intervention chirurgicale.
- Le traitement s'adresse à la lésion causale.

3-Sclérodermie

- atteinte œsophagienne dans 79 % des cas de sclérodermie
 - Typiquement on observe: un affaiblissement voire une disparition des contractions dans les 2/3 distaux de l'œsophage et une hypotonie sévère du SIO associée à un RGO, responsables d'œsophagite peptique souvent compliquée de sténose.
 - La manométrie :hypo ou apéristaltisme des 2/3 inférieurs de l'œsophage avec hypotonie du SIO.
- Traitement :
- Mesures hygiéno diététiques.
 - Traitement par IPP à fortes doses est préconisé.
 - La chirurgie anti reflux.

4-Autres maladies du système :

- Amylose
- Maladie de Behçet
- Troubles moteurs au cours des pathologies neuromusculaires :Maladie de parkinson,SLA,SEP,Chorré de Hintington.
- Atteinte vasculaire et tumeurs des hémisphères et du tronc cérébral: Paralysie du nerf vague,
- Poly myosite et dermatomyosite, Myasthénie, Dystrophie musculaire, Syndrome de Guillain barré
- Dystrophie musculaire de Duchene
- Myopathie viscérale héréditaire
- Neuropathie périphérique : diabète, alcool

Conclusion:

- ✓ Les troubles moteurs de l'œsophage peuvent être primitifs ou secondaires.
- ✓ Les troubles moteurs primitifs de l'œsophage restent des pathologies rares, dont la symptomatologie n'est pas spécifique, de traitement difficile et décevant .
- ✓ L'avènement de la manométrie haute résolution a révolutionné le diagnostic de ces troubles moteurs, permettant de mieux les caractériser.