



Cas Clinique

Troubles Moteurs de l'Œsophage : Une Tolérance Pernicieuse

Esophagus motor disorders: a pernicious tolerance

ZD Ouattara¹, SL Zoungrana¹, PA Ouedraogo², MJM Some², NI Lengane³, K Mali⁴

1 : Centre Hospitalier Universitaire Régional de OUAHIGOUYA, Service de gastroentérologie

2 : Centre Hospitalier Universitaire Régional de OUAHIGOUYA, Service de radiologie

3 : Centre Hospitalier Universitaire Régional de OUAHIGOUYA, Service ORL

4 : Centre Hospitalier Universitaire SOURO SANOU, Service de gastroentérologie

Correspondance : ZD Ouattara.

Email : danzang@yahoo.com

Mots clés : achalasia, mégaœsophage, cardiospame idiopathique, troubles moteurs de l'œsophage

Keywords: achalasia, megaesophagus, idiopathic cardiospasm, esophageal motor disorders

RÉSUMÉ

Les troubles moteurs de l'œsophage sont rares et les données populationnelles en Afrique subsaharienne sont inexistantes. Le diagnostic et la prise en charge sont en pleine révolution du fait de l'apparition de la manométrie haute résolution (MHR) et des techniques thérapeutiques innovantes. Dans un contexte de ressources limitées où la manométrie fait défaut, les examens classiques comme l'endoscopie et le TOGD, restent utiles pour le diagnostic. Nous rapportons deux cas cliniques fortuitement colligés en deux semaines d'intervalle dans notre pratique quotidienne. Le traitement endoscopique de choix proposé a été refusé par les patients, nous contraignant à adopter un traitement médicamenteux.

ABSTRACT

Motor disorders of the esophagus are rare and population data in sub-Saharan Africa are lacking. Diagnosis and treatment are undergoing a revolution due to the emergence of high-resolution manometry and innovative therapeutic techniques. In a context of limited resources where manometry is lacking, conventional examinations such as endoscopy and TOGD remain useful for diagnosis. We report two accidentally collected clinical cases within two weeks of our daily practice. The first choice endoscopic treatment proposed was refused by the patients, forcing us to adopt a drug treatment.

INTRODUCTION

L'achalasia de l'œsophage est une pathologie rare, peu diagnostiquée en pratique médicale courante. Il s'agit du trouble moteur primaire de l'œsophage le mieux caractérisé et qui associe l'absence de péristaltisme œsophagien à l'absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage lors des déglutitions [1-4]. L'examen clé du diagnostic de nos jours est la manométrie de haute résolution (MHR) [1-4]. Notre contexte de travail subsaharien est marqué par une insuffisance du plateau technique. La MHR n'est pas disponible et le diagnostic de trouble moteur est indirect associant l'endoscopie digestive haute au transit baryté œsogastroduodénal (TOGD). Nous rapportons deux cas cliniques successivement colligés dans notre pratique quotidienne du fait de leur rareté et de leurs caractères typiques.

OBSERVATION 1

Patiente de 57 ans (née en 1963), femme au foyer, est vue en consultation de gastroentérologie pour dysphagie chronique évoluant depuis plus de 10 ans. Cette dysphagie serait intermittente, mais quasi quotidienne. Les signes associés à cette dysphagie seraient des vomissements post prandiaux tardifs, des douleurs thoraciques parfois intenses évoquant un pyrosis. Des manifestations extradiigestives étaient aussi rapportées à type de toux, de polypnée superficielle. La patiente

n'aurait pas d'antécédent pathologique connu notamment pas de sclérodémie.

L'examen clinique retrouvait un bon état de conscience, un bon état nutritionnel, une tension artérielle à 130/80mmHg. La température était normale (37°C), le pouls normal à 80 battements par minute et un Indice de Masse Corporelle (IMC) normale 20,93 kg/m² (Pds 57Kg Taille : 165cm). Le bilan biologique était sans particularité. L'endoscopie digestive haute a retrouvé un œsophage long, tortueux, dilaté avec un aspect en « cul de poule » de la jonction œsocardiale (cf. image 1).

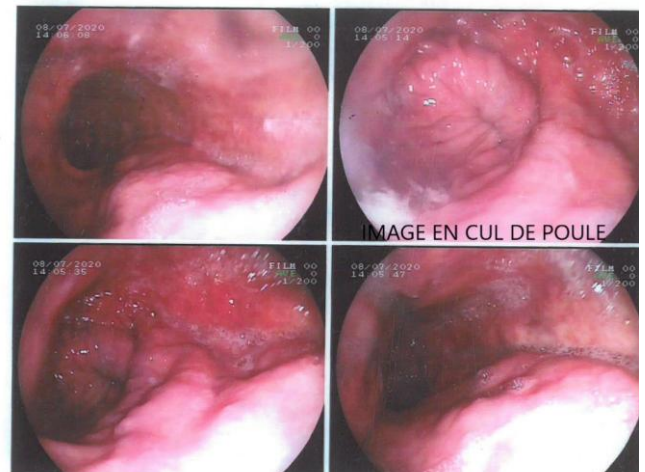


Fig 1 : observation 1 : images endoscopiques : œsophage long tortueux et dilaté avec image de la jonction œsocardiale en « cul de poule »

Le TOGD demandé afin de conforter le diagnostic a retrouvé un mégaoesophage (cf. images 2 et 3).



Fig 2 : Observation 1 : TOGD avant et en début d'opacification



Image 3 : Observation 1 : TOGD en fin d'opacification

OBSERVATION 2

Patient de 76 ans, (né en 1944), retraité de la fonction publique du Burkina Faso est vu en consultation de gastroentérologie deux semaines après la patiente de l'observation 1, pour vomissements post prandiaux et dysphagie. Il n'y a pas d'antécédent pathologique particulier. La symptomatologie évoluerait depuis plus d'une dizaine d'années. Le patient n'aurait jamais consulté antérieurement pour la même symptomatologie. Les vomissements seraient surtout alimentaires avec une douleur thoracique associée. La dysphagie serait plus marquée pour les aliments solides. Il n'y aurait pas de perte de poids, pas de fièvre. L'examen physique du patient était sans particularité. L'IMC était à 25,5 kg/m² (Poids 68kg et taille 1,63m); la Température normale, la TA était à 140/80mmHG. Le bilan biologique était sans particularité.

La fibroscopie digestive haute a visualisé un œsophage dilaté et bien fermé, avec une difficulté particulière au franchissement du cardia avec sensation de ressaut (cf. image 4). Le TOGD a retrouvé un œsophage dilaté avec un aspect en queue de radis sans obstacle extrinsèque associé (cf. image 5)



Image 4 : Observation 2 : images endoscopiques

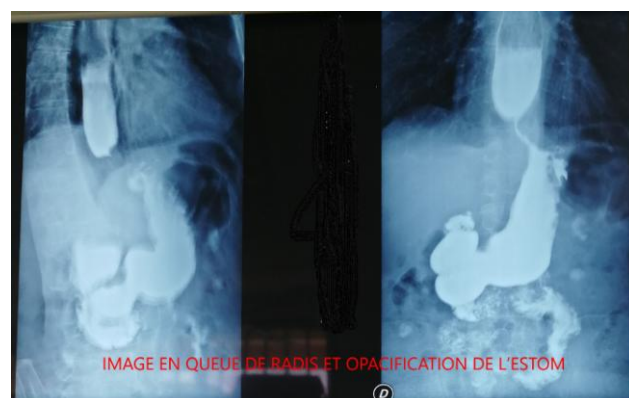


Image 5 : observation 2 : TOGD avec image en queue de radis

SYNTHÈSE DES DEUX OBSERVATIONS

Le diagnostic de cardiospasme idiopathique a été retenu pour ces deux patients malgré l'absence de la manométrie mais devant les signes cliniques avec un score de **Eckardt** supérieur à 4 pour tous les deux patients, et devant des images endoscopiques et radiologiques évocateurs. La prise en charge proposée, à savoir une dilatation endoscopique au ballonnet de la sténose du bas œsophage a été refusée par les deux patients. Tous les deux ont désisté malgré les explications concernant la procédure endoscopique. La peur de l'anesthésie générale nécessaire pour la manœuvre endoscopique serait la cause du refus. Le traitement a donc été médicamenteux avec les prokinétiques et les inhibiteurs calciques.

DISCUSSION

L'achalasia de l'œsophage est une pathologie rare, et rencontrer deux cas cliniques en l'espace de deux semaines est certainement fortuit, mais a suscité notre curiosité. Les données de prévalence des troubles moteurs de l'œsophage en Afrique sub-saharienne sont rares. Les quelques publications retrouvées portent sur des cas cliniques ou sur des prévalences hospitalières [5-8]. Les rares données africaines populationnelles sont algériennes avec une incidence qui variait de 0,04 à 0,27 pour 100.000 habitants en 25 ans, dont 10% d'enfants. [9]. La littérature occidentale rapporte par ailleurs une prévalence plus élevée. La pathologie aurait une prévalence de 1,6 pour 100.000 habitants sans prédilection raciale ni de prédominance sexuelle avec une forte incidence dans la tranche d'âge de 30-60ans [3].

Sur le plan clinique ces deux cas cliniques sont remarquables par le fait que devant des signes cliniques évocateurs, les patients n'ont pas eu de consultation spécialisée malgré une évolution chronique. L'accès difficile au praticien spécialisé pourrait expliquer cette situation. Le Burkina Faso compte en effet une cinquantaine de gastroentérologues pour une population de 20 millions d'habitants [10].

Sur le plan paraclinique : La place des « anciens » examens notamment la fibroscopie digestive haute et le TOGD demeure primordiale dans un contexte de ressources limitées. Car en effet en l'absence de la manométrie et de la manométrie haute résolution, le diagnostic est basé sur les résultats de ces deux examens.[4, 11]. Il est donc impossible dans notre contexte de travail d'adopter la nouvelle nomenclature des troubles moteurs de l'œsophage illustrée par la classification de **Chicago** qui distingue trois grandes catégories à savoir l'obstruction de la jonction œsogastrique, les troubles majeurs et les troubles mineurs de la motricité œsophagienne.[4, 11].

Cette insuffisance du plateau technique a une répercussion directe sur la prise en charge et sur le pronostic de cette pathologie. Le traitement de l'achalasia de l'œsophage a pour but de lever l'obstacle fonctionnel que constitue le sphincter inférieur de l'œsophage. [1, 3, 12]. Les moyens thérapeutiques sont médicamenteux, endoscopiques et chirurgicaux. Les

moyens médicamenteux font appel aux dérivés nitrés et aux inhibiteurs calciques [1]. De nos jours ces molécules ne sont proposées que chez les patients ne pouvant supporter les méthodes endoscopiques invasives [1]. L'injection de toxine botulique dans le bas œsophage demeure un traitement d'actualité même si son efficacité est de courte durée[1, 3, 12]. Cette méthode est indiquée que chez les patients ne pouvant supporter davantage de méthodes endoscopiques invasives. La dilatation pneumatique au ballonnet du bas œsophage et la cardiomyotomie chirurgicale sont les deux méthodes les plus couramment utilisées et les plus efficaces.[3, 12, 13]. Une méthode prometteuse endoscopique est en cours d'évaluation, il s'agit de la méthode POEM (per oral endoscopy myotomy). Sa place dans l'arsenal thérapeutique reste encore à définir. [3, 12, 13, 14].

Concernant le pronostic, il faut noter que le traitement tardif de l'achalasia de l'œsophage ne prévient pas les risques de dégénérescence du plexus myentérique. [3]. L'achalasia de l'œsophage est associée à un risque accru de développement des tumeurs de l'œsophage. Dans une méta-analyse, Tustumi et al. [15] déterminaient sur un effectif de près de 12000 patients, que l'augmentation du risque absolu de carcinome épidermoïde était de 308,1 cas pour 100.000 patients/année et celui de l'adénocarcinome 18,03 cas pour 100.000 patients/année. L'intérêt d'une bonne prise en charge serait de dépister précocement les lésions afin d'éviter l'évolution vers le stade terminale [3]. Nos deux patients ont été vu à un stade tardif. Le refus de la dilatation pneumatique au ballonnet aurait eu au moins, le mérite de soulager les symptômes et aurait permis d'assurer une surveillance plus vigoureuse pour le dépistage des complications dégénératives.

CONCLUSION

Dans un monde où le diagnostic des troubles moteurs de l'œsophage connaît une révolution par la MHR, où de nouvelles classifications telle la classification de **Chicago** précisent une nouvelle nomenclature, les pays africains ne peuvent et ne doivent rester en marge du progrès scientifique. Il est impératif dans ces pays de doter de moyens diagnostiques conséquents pour la prise en charge des patients en général et particulièrement des troubles moteurs de l'œsophage qui sont une pathologie certainement sous évaluées. Nos deux patients après le refus des méthodes endoscopiques sont perdus de vue jusqu'à nos jours. C'est là l'aspect pernicieux de la tolérance des symptômes.

REFERENCES

1. Moonen A, Boeckstaens G. Current diagnosis and management of achalasia. *J Clin Gastroenterol*. 2014 Jul;48(6):484-90.
2. Schlottmann F, Patti MG. Primary Esophageal Motility Disorders: Beyond Achalasia. *Int J Mol Sci*. 2017 Jun 30;18(7):1399.
3. Tuason J, Inoue H. Current status of achalasia management: a review on diagnosis and treatment. *J Gastroenterol*. 2017 Apr;52(4):401-406.
4. Zerbib F, Omari T. Oesophageal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015;12:322-31.

5. Chirdan LB, Ameh EA, Nmadu PT. Childhood achalasia in Zaria, Nigeria. *East Afr Med J*. 2001 Sep;78(9):497-9.
6. Mudawi HM, Mahmoud AO, El Tahir MA, Suliman SH, Ibrahim SZ. Use of endoscopy in diagnosis and management of patients with dysphagia in an African setting. *Dis Esophagus*. 2010 Apr;23(3):196-200.
7. Ofoegbu RO. Incidence, pattern, and African variations of common benign disorders of the esophagus. Experience from Nigeria. *Am J Surg*. 1982 Aug;144(2):273-6.
8. Ele N., Bouya P., Atipo Ibara B., Kouba C., Massengo R.. Résultats du traitement chirurgical de l'achalasia : à propos de 16 cas. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2003, 2 (2) : 26-29
9. Tebaibia A, Boudjella MA, Boutarene D, Benmediouni F, Brahimi H, Oumnia N. Incidence, clinical features and para-clinical findings of achalasia in Algeria: Experience of 25 years. *World J Gastroenterol*. 2016 Oct 14;22(38):8615-8623.
10. Insd : Résultats Préliminaires du 5^{ème} Recensement Générale de Population et de l'Habitation du Burkina Faso, 2019
11. Laurino-Neto RM, Herbella F, Schlottmann F, Patti M. Evaluation of esophageal achalasia: from symptoms to the Chicago classification. *Arq Bras Cir Dig*. 2018;31(2):e1376.
12. Schlottmann F, Patti MG. Esophageal achalasia: current diagnosis and treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018 Jul;12(7):711-721.
13. Aiolfi A, Tornese S, Bonitta G, Rausa E, Micheletto G, Bona D. Management of Esophageal Achalasia after Roux-en-Y Gastric Bypass: Narrative Review of the Literature. *Obes Surg*. 2019 May;29(5):1632-1637. doi: 10.1007/s11695-019-03774-y. PMID: 30778843.
14. Cappell MS, Stavropoulos SN, Friedel D. Updated Systematic Review of Achalasia, with a Focus on POEM Therapy. *Dig Dis Sci*. 2020 Jan;65(1):38-65.
15. Tustumi F, Bernardo WM, da Rocha JRM, Szachnowicz S, Seguro FC, Bianchi ET, Sallum RAA, Ceconello I. Esophageal achalasia: a risk factor for carcinoma. A systematic review and meta-analysis. *Dis Esophagus*. 2017 Oct 1;30(10):1-8.