

Quand la pilule ne passe pas!

François Melançon, MD



Le cas de Yan

Vous couvrez l'urgence mineure de votre hôpital. Yan, âgé de 22 ans, vous raconte l'histoire suivante : la veille, à 11 heures du matin, il a pris un comprimé de cétirizine sans boire d'eau. Il a eu l'impression que la pilule bloquait dans sa gorge. Depuis, il se dit incapable d'avaler, autant sa salive que les solides et les liquides. Il explique qu'il s'est réveillé plusieurs fois durant la nuit pour cracher sa salive. Dans votre salle d'examen, il se dit souffrir d'hyper-salivation et demande de cracher.

Son examen physique

- Yan respire normalement et n'a pas l'air plus malade que vous.
- Il ne semble pas anxieux.
- L'examen de sa gorge et de son pharynx est normal.
- Il n'y a aucun gonflement amygdalien, aucune rougeur et le pharynx postérieur est très ouvert. En tirant un peu sur la langue, vous arrivez même à voir l'épiglotte. (suite à la page suivante)

Les anneaux et les rétrécissements œsophagiens

Quoiqu'on en ignore la prévalence réelle en raison de la très forte proportion de patients asymptomatiques, les anneaux et rétrécissements œsophagiens sont les anomalies structurelles les plus communes de l'œsophage chez les Caucasiens. On peut voir des anneaux dans jusqu'à 15 % des gorgées barytées de routine et des repas barytés effectués en raison de dysphagie.

La pathogénèse

Leur pathogénèse est mal connue. Si la plupart sont asymptomatiques, ils peuvent, à l'occasion, causer de la dysphagie mais rarement avant l'âge de 40 ans. Ce sont des anneaux très minces (se projetant de 3 à 5 mm dans la lumière) formés d'une, de deux ou des trois couches de l'œsophage : muqueuse, sous-muqueuse et musculuse. Quoiqu'on puisse les retrouver n'importe où dans l'œsophage, la plupart se situent dans l'œsophage distal. Un anneau œsophagien est habituellement unique mais on peut, à l'occasion, en retrouver des multiples. Le vocabulaire servant à décrire le phénomène est surtout descriptif et imagé : on parle, par exemple, d'œsophage à anneaux ou d'œsophage « félin ». Les anglophones parlent même de « *corrugated œsophagus* » en référence à l'aspect du carton épais.

L'anneau de Schatzki

L'anneau le plus fréquent est l'anneau de Schatzki, formé seulement d'un repli muqueux et sous-muqueux. Le plus souvent, c'est le marqueur d'une hernie hiatale. De fait, certains auteurs vont même jusqu'à penser que l'anneau de Schatzki pourrait protéger du reflux, quoique cette opinion soit chaudement disputée par d'autres auteurs.

La physiopathologie

On nage ici dans la controverse. De multiples hypothèses ont été soulevées, allant de l'hypothèse du problème congénital à une étiologie développementale, inflammatoire, auto-immune et même secondaire à une déficience en fer.

L'étiologie congénitale

Les tenants de l'étiologie congénitale croient que les anneaux représentent des structures résiduelles du développement embryonnaire (recanalisation

Suite du cas de Yan

Vous appelez l'ORL de garde qui effectue une laryngoscopie indirecte et vous affirme que tout est normal. Il n'y a aucun corps étranger, rien!

Question d'en avoir le cœur net, vous demandez une gorgée barytée. La radiologiste vous rappelle : l'examen est impossible! Lorsque le baryum arrive à C7, il semble y avoir un spasme ou une stricture, le liquide remonte et Yan s'aspire.

Que faites-vous maintenant? Une laryngoscopie directe? Une gastroscopie? De quoi souffre Yan?

La gorgée barytée, plus sensible que la gastroscopie pour la dysphagie, demeure la pierre angulaire de l'investigation (...).

Numéro d'enregistrement : PM40063348

Adresse de retour : **Le Clinicien**
955, boul. Saint-Jean
Bureau 306
Pointe-Claire
(Québec) H9R 5K3

incomplète de l'œsophage). La présence de fragments cartilagineux dans certains anneaux apporte de l'eau au moulin de cette hypothèse.

L'étiologie développementale

Dans les cas d'œsophages courts, un excès muqueux pourrait entraîner la formation de plicæ et d'anneaux.

L'étiologie inflammatoire

La présence de cellules inflammatoires dans les anneaux de l'œsophage distal suggère que l'inflammation pourrait jouer un rôle dans la formation de ces anneaux.

L'étiologie auto-immune

Quant à l'étiologie auto-immune, on l'a soulevée en raison de la relative fréquence d'anneaux œsophagiens chez les gens souffrant d'une condition auto-immunitaire.

La déficience en fer

La relation de cause à effet avec le déficit en fer est plus ténue. On sait que les muscles œsophagiens deviennent légèrement myasthéniques en présence d'un déficit grave en fer, et cela pourrait peut-être contribuer à la formation d'anneaux (dilatation par faiblesse musculaire, blessure muqueuse et guérison avec formation d'anneaux concentriques).

De l'importance du diamètre

La plupart des patients porteurs d'anneaux œsophagiens sont asymptomatiques. Il existe cependant une corrélation directe entre le diamètre résiduel de l'œsophage et les symptômes. Une lumière résiduelle de moins de 13 mm sera toujours

associée à des symptômes. De 13 à 20 mm, les patients pourront souffrir de symptômes ou encore être parfaitement asymptomatiques.

Les symptômes cliniques

Lorsque ces structures deviennent symptomatiques (ce qui est rare), elles se présentent surtout par de la dysphagie pire aux solides qu'aux liquides. Lorsque la dysphagie aux liquides est plus importante, on doit considérer plutôt d'autres étiologies, comme l'achalasia ou le spasme œsophagien diffus. Une dyspepsie qui dure depuis plusieurs années est fréquemment associée au diagnostic, surtout chez les patients plus âgés souffrant d'un anneau de Schatzki. Attention : la présence d'une dysphagie progressive, d'une perte de poids et d'anémie doit toujours être investiguée rapidement en raison de la possibilité d'une néoplasie.

Le diagnostic différentiel

On devra considérer l'ingestion de caustiques, surtout dans les cas de dysphagie grave d'apparition rapide, particulièrement chez les jeunes enfants et les patients déprimés. Des lésions buccales aideront au diagnostic.

Un rétrécissement secondaire au reflux acide, une tumeur œsophagienne, une compression extrinsèque, des structures vasculaires aberrantes et quelques autres conditions beaucoup plus rares devront être considérés dans le diagnostic différentiel.

L'investigation

La plupart des patients n'auront pas besoin de bilan sanguin. Lorsqu'on soupçonne la présence d'anémie ou la possibilité d'une étiologie auto-immune, on pourra demander une formule sanguine complète et un bilan martial, des anticorps antigliadine et des anticorps anti-endomysial.

La gorgée barytée

La gorgée barytée, plus sensible que la gastroscopie pour la dysphagie, demeure la pierre angulaire de l'investigation et devrait être demandée chez tous les patients souffrant de dysphagie. Le test permettra d'identifier des problèmes endothéliaux, des problèmes de compression extrinsèque, des rétrécissements peptiques, des tumeurs, du reflux acide, etc.

L'endoscopie

Par la suite, on devrait procéder à une endoscopie haute qui permettra souvent de préciser le diagnostic (biopsies de strictures, de masses ou de polypes) et souvent de résoudre le problème, notamment par bouginage.

Le traitement

Les découvertes fortuites et symptômes légers

Les anneaux découverts accidentellement n'ont pas besoin de traitement.

Les patients souffrant de symptômes légers pourront être traités par des changements dans leur diète : la nourriture devra être coupée en plus petits morceaux et être un peu plus

molle. Les aliments devront être bien mâchés pour être imprégnés de salive, et le patient devra apprendre à manger plus lentement. Les gros comprimés devront idéalement être coupés en plus petits morceaux et avalés avec beaucoup de liquide.

Les symptômes graves

Ce n'est que si les symptômes sont graves ou si les mesures conservatrices ne viennent pas à bout des symptômes moins importants qu'on devra envisager un bouginage. Cette procédure est en général très bien tolérée et a peu d'effets secondaires. Les complications du traitement les plus graves (la perforation et la déchirure œsophagienne) sont aussi les plus rares. Dans plusieurs cas, cette procédure devra être répétée. On suivra alors la présentation clinique du patient.

Dans les cas d'œsophagite œsinophilique, caractérisée par de multiples anneaux proximaux, on pourra tenter un inhalateur de fluticasone à prendre « le plus mal possible », ce qui signifie que la cortisone doit être avalée et non pas respirée pour qu'elle se rende dans l'œsophage plutôt que dans les poumons. L'usage d'un tube d'espacement est donc proscrit.

La chirurgie de sphinctérotomie n'est presque jamais utilisée et ne servira que dans les cas les plus réfractaires.

La médication ne servira qu'à traiter les causes potentielles sous-jacentes : reflux et anémie. On utilisera donc surtout les inhibiteurs de la pompe à protons et le fer oral. **C**

Conclusion du cas de Yan

Plutôt que de procéder à une laryngoscopie directe en raison de la normalité de la laryngoscopie indirecte, vous adressez le patient en gastro-entérologie.

Le gastro-entérologue procède à une gastroscopie et retrouve un minuscule repli muqueux dans l'œsophage, à la hauteur de C7. Sur ce repli muqueux, il voit le comprimé de cétirizine avalé la veille, sans eau. Le comprimé était la seule chose assez petite pour se coincer à cet endroit. Il induisait une irritation et un spasme œsophagien qui empêchaient toute déglutition. Le gastro-entérologue n'a eu qu'à pousser le comprimé dans l'estomac et a décidé de procéder à un bouginage de la lésion, même si le risque d'une récurrence était quasi nul. Dès le lendemain de la procédure, Yan s'est complètement rétabli.



Le **Dr Melançon** est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est récemment revenu à

ses premières amours, soit la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie.