



Cours de sémiologie Etudiants de 3ème année MEDECINE
Unité d'Enseignement Intégrée 04: UEI 04

La dysphagie

Dr. N.SAMSAR

Maitre assistante

Service d'Hépto-Gastro-Entérologie

CHU ORAN

LE 08/04/2026

Objectifs

Objectif général

Être capable d'évaluer de façon globale un patient présentant une dysphagie

Objectifs spécifiques

1. Savoir distinguer une dysphagie de ce qu'elle n'est pas
2. Pouvoir préciser 5 caractéristiques clés d'une dysphagie
3. Différencier une étiologie maligne d'une cause fonctionnelle

Plan

Introduction

I. Généralités

II. Démarche diagnostique

III. Quelques étiologies fréquentes

Conclusion

Introduction

- Dysphagie = Difficulté à déglutir (avaler)
- Problème fréquent, dont la prévalence augmente avec l'âge
- C'est un symptôme majeur en pathologie œsophagienne
- L'endoscopie œsogastroduodénale est l'examen de première intention
- Hantise du cancer de l'œsophage.

I- Généralités

1. Définition
2. Rappels anatomiques
3. Rappels physiologiques: la déglutition
4. Physiopathologie
5. Les causes de la dysphagie

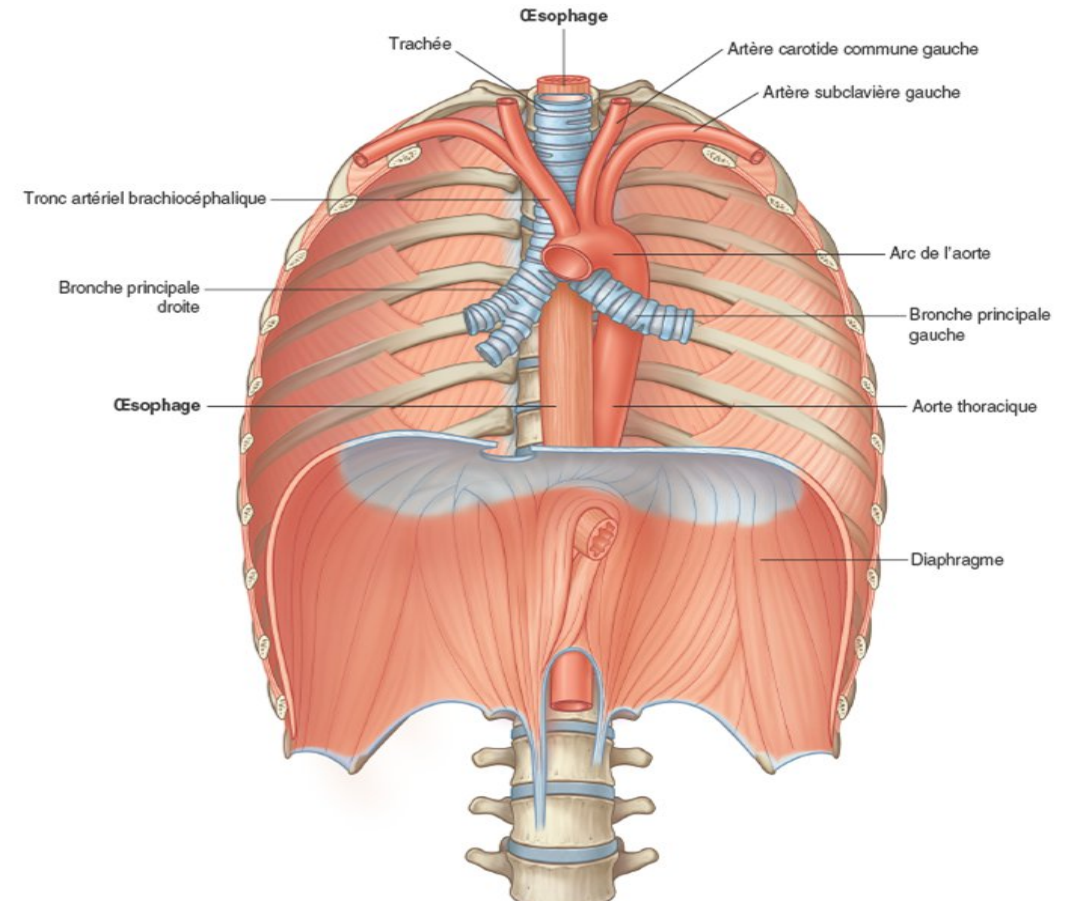
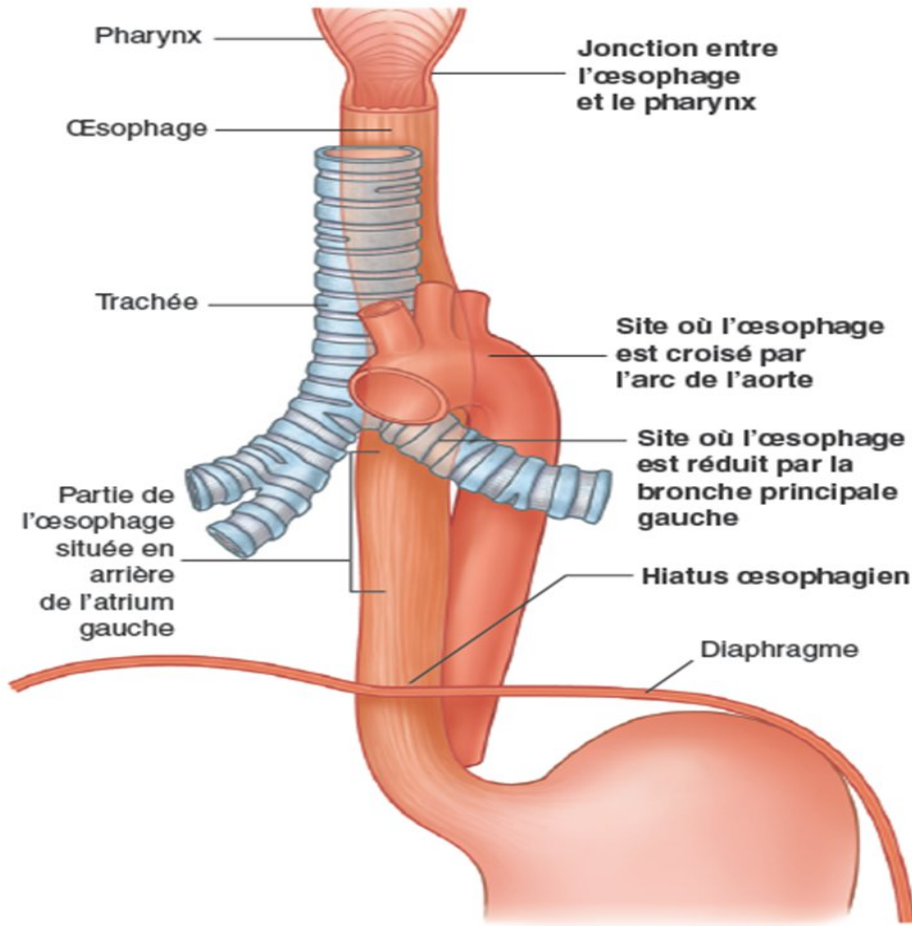
I.1- Définition

- **La dysphagie est une sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire survenant au cours de la déglutition.**
- C'est une difficulté dans les phases initiales de la déglutition (oropharyngée) ou comme une sensation de gêne ou de blocage des aliments solides ou liquides lors de la déglutition pendant le passage de la bouche à l'estomac (œsophagienne).
- La dysphagie est alors la « perception » d'un obstacle au passage normal du bol alimentaire.

I.1- Définition

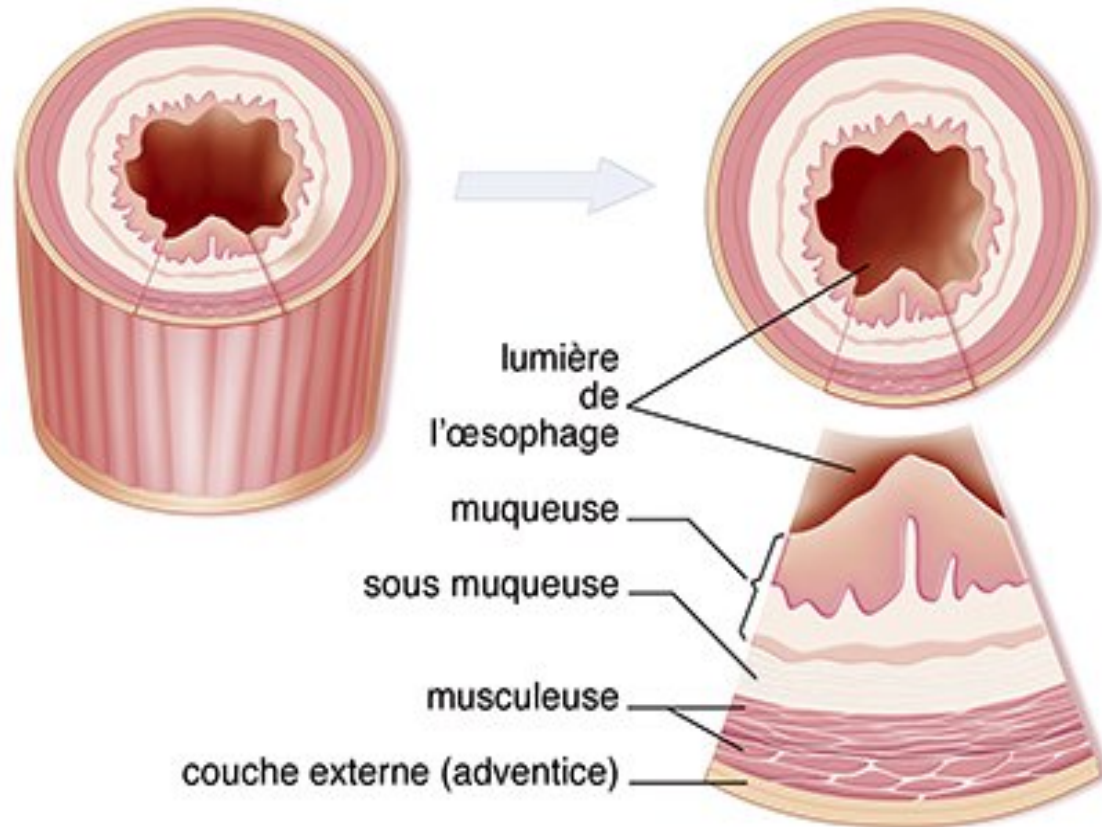
- Elle peut aller de la simple gêne à l'arrêt.
- C'est un symptôme fréquent, traduisant une lésion fonctionnelle ou organique au niveau de l'oropharynx, de l'œsophage ou de la partie proximale de l'estomac.
- L'endroit où la sensation de gêne est ressentie ne correspond pas toujours au niveau de la lésion.

I.2- Rappels anatomiques



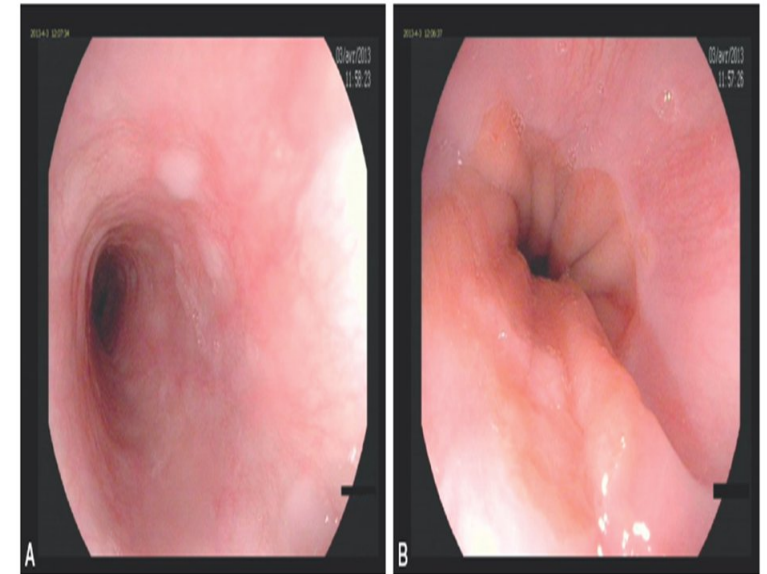
I.2- Rappels anatomiques

La paroi de l'œsophage



Endoscopie de l'œsophage :

Œsophage normal :



I.3- Rappels physiologiques

- La déglutition oropharyngée est un processus qui est réglé par un centre médullaire spécifique.
- L'œsophage moyen et distal est réglé par un réflexe autonome péristaltique qui est coordonné par le système nerveux entérique.

I.4- Bases physiopathologiques

Physiologie de la déglutition

- Phase volontaire – oropharyngée
 - Muscle strié
- Phase involontaire – œsophagienne
 - Muscles lisses (ondes péristaltiques primaire et secondaire)
- Requiert une bonne coordination des muscles impliqués

I.4- Bases physiopathologiques

Dysphagie causée par

- Trouble de l'amplitude et la coordination des muscles nécessaires
- Contractions de faible amplitude
 - Mauvaise coordination du péristaltisme
 - ☾ accumulation et mauvaise clairance œsophagienne.
 - Obstacle sur le trajet du bol alimentaire.

I.5- Les causes de la dysphagie

- Elles sont divisées habituellement en 2 sous-types
 - **la dysphagie oropharyngée** : les anomalies touchent l'oropharynx et le sphincter supérieur de l'oesophage.
 - **la dysphagie œsophagienne** : les anomalies touchent le corps et le sphincter inférieur de l'œsophage.
- Quelque soit le sous-type, il peut s'agir soit d'une cause
 - neuromusculaire (dysphagie fonctionnelle) ou
 - mécanique ou obstructive (organique): endoluminale, pariétale ou extrinsèque

II- Démarche diagnostique

1. Diagnostic positif
2. Diagnostic différentiel
3. Diagnostic étiologique

II.1- Diagnostic positif

Affirmer la dysphagie

- *Contexte facile*: difficulté franche de la déglutition
- *Contexte difficile*:
 - Dysphagie discrète: accrochage alimentaire fugace et/ou intermittent
 - Dysphagie noyée dans un tableau fonctionnel riche (signes respiratoires, signes cardiovasculaires, signes neurologiques, autres symptômes digestifs tel que nausées et épigastralgie)

II.1- Diagnostic positif

Circonstances de découverte

1. Patient venant consulter pour une difficulté à avaler
2. Découverte d'une difficulté à avaler à l'enquête des systèmes chez un patient venu vous voir pour un autre problème
3. Appel en service pour un patient se plaignant d'une dysphagie récente ou ancienne

NB: La nécessité de bien caractériser chaque plainte que nous recevons, mais aussi de bien faire l'enquête des systèmes.

II.2- Diagnostic différentiel

La dysphagie doit être différenciée

- **De l'odynophagie** = douleur ressentie lors de la progression des aliments dans l'œsophage (mais sans sensation de blocage de l'aliment).
- **Du globe pharyngé** (globus hystericus) = sensation de striction cervicale liée à l'anxiété (diagnostic d'exclusion) ☾ **permanent!!!**
- **De l'anorexie** = perte d'appétit, surtout lorsqu'elle porte de façon électorale sur certains aliments (viande par exemple).
- **D'une satiété précoce** avec impression possible de blocage épigastrique, mais qui survient après plusieurs bouchées (**ça ne passe pas Docteur!!!**).

II.3- Diagnostic étiologique

a. Etape clinique

Anamnèse

- Histoire de la dysphagie (caractérisation)
- Antécédents
- Enquête des systèmes

Examen physique

II.3- Diagnostic étiologique

a. Etape clinique: Anamnèse

Caractérisation de la dysphagie

1. Chez qui? L'âge fixe le contexte (dysphagie chez sujet jeune versus sujet âgé)
2. Durée des symptômes: récente ou ancienne
3. Mode d'installation: brutale d'emblé maximale, insidieuse
4. Évolution: intermittente, permanente et stable, permanent et d'intensité croissante.

II.3- Diagnostic étiologique

a. Etape clinique: Anamnèse

Caractérisation de la dysphagie

5. Types d'aliments concernés: solides, solides et liquides, préférentiellement les liquides (dysphagie paradoxale).

6. Localisation: haute - oropharyngée (avec difficulté à initier la déglutition) ou rétrosternale - œsophagienne (sensation de blocage au passage du bol alimentaire).

NB, pour la localisation rétrosternale, le siège indiqué par le patient ne présume pas de façon sûre du siège de la lésion!!!

II.3- Diagnostic étiologique

Etape clinique: Anamnèse

Antécédents

Personnels:

- Médicaux: Reflux gastro-œsophagien (pyrosis, régurgitation), épigastralgie, hypertension artérielle, diabète, sclérodermie, HIV,
- Chirurgicaux: trachéotomie, autres chirurgie ORL
- Autres: alcoolisme, tabagisme, ingestion de produits caustiques, radiothérapie médiastinale, autre tumeur ORL
- Familiaux: tumeurs digestives dans la famille

II.3- Diagnostic étiologique

Etape clinique: Anamnèse

Enquête des systèmes

- Général: amaigrissement,
- Système digestif: pyrosis, régurgitation, douleur abdominale (épigastrique), hoquet
- Respiratoire: douleur thoracique ou dorsale, toux rythmée par les repas (fistule oeso-trachéale) ou positionnelle
- Sphère ORL: dysphonie
- Nerveux: déficit sensitif, moteur et ou sensoriel.

II.3- Diagnostic étiologique

La question la plus importante en ce qui concerne la dysphagie œsophagienne est d'exclure une tumeur maligne.

Le caractère malin est vraisemblable en cas de:

- Durée courte - < 4 mois
- Progression de la maladie
- Dysphagie plus marquée pour les solides que les liquides
- Perte de poids

II.3- Diagnostic étiologique

Par contre une achalasie est plus vraisemblable dans les cas suivants

- Dysphagie concernant aussi bien les solides que les liquides
- L'existence d'une régurgitation passive nocturne de mucus ou d'aliments
- Problème existant depuis plusieurs mois ou années
- Le patient fait des manœuvres supplémentaires afin de faire passer la nourriture (boire de l'eau, changer de position)

II.3- Diagnostic étiologique

a. Etape clinique: Examen physique

- Sur le plan général: poids, taille (Indice de masse corporelle), ictère, pâleur, l'halitose,
- Sur le plan digestif: cavité buccale (candidose buccale, loge amygdalienne), distension abdominale, foie palpable (douloureux?)
- Sphère ORL: masse cervicale antérieure (goitre?) adénopathies cervicales...
- Sur le plan neurologique: perte de la sensibilité, paralysie de membre ou de la face
- Peau: syndrome de CREST (calcinose, maladie de Raynaud, dysmotilité oesophagienne, sclérodactylie et télangiectasie)

II.3- Diagnostic étiologique

- Examen physique (images du goitre, de la candidose buccale, éléments du syndrome de CREST)



II.3- Diagnostic étiologique

- Syndrome de CREST/ calcinose sous cutanée, syndrome de Raynaud



II.3- Diagnostic étiologique

b. Etape paraclinique

1. Biologie
2. Exploration fonctionnelle
3. Iconographique

II.3- Diagnostic étiologique

b. Etape paraclinique: Biologie

- Numération formule sanguine (NFS)
- Vitesse de sédimentation
- Protéine C réactive (CRP)
- Fonctions hépatiques: transaminases, taux de prothrombine, albuminémie, bilirubine totale et directe, gamma GT, phosphatases alcalines
- Fonction rénale: urée et créatininémie sérique, ionogramme sanguin
- Fonction thyroïdienne: TSH - ultra sensible, T4, T3.

II.3- Diagnostic étiologique

b. Etape paraclinique: Fonctionnel

- **Endoscopie œsogastroduodénale**
 - Examen de première intention devant toute dysphagie!!!!
 - Permet la visualisation de la muqueuse digestive supérieure.
 - Permet de faire des prélèvements devant toute lésion suspecte
- **La manométrie œsophagienne**
 - Indiquée en cas de suspicion d'un trouble moteur de l'oesophage

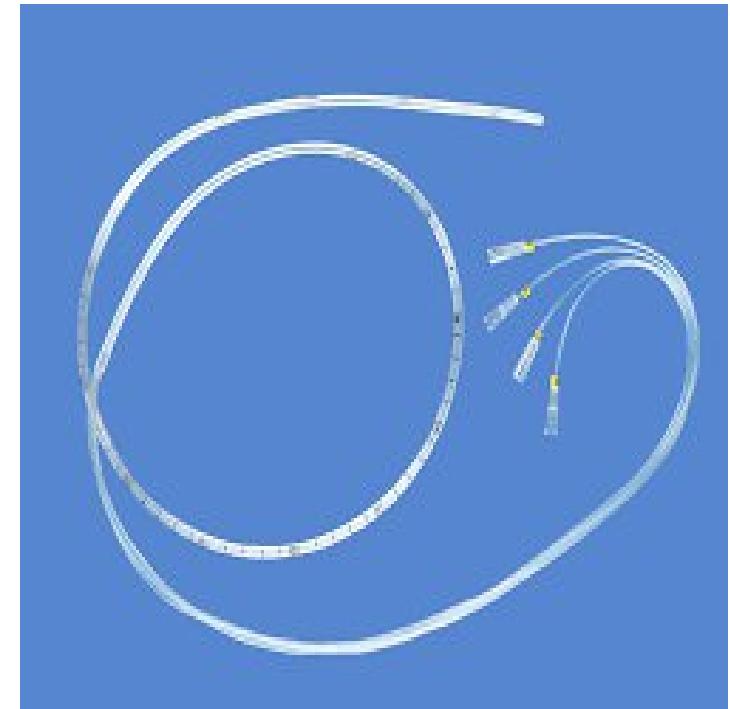
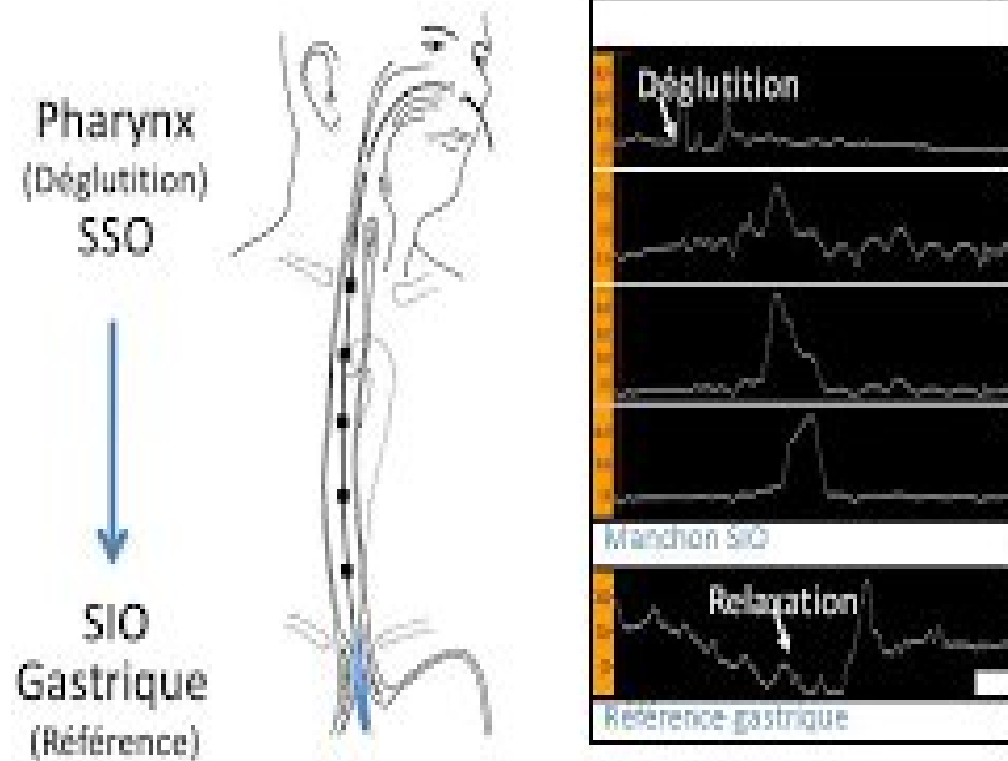
II.3- Diagnostic étiologique



DR.SAMSAR

II.3- Diagnostic étiologique

Manométrie oesophagienne



II.3- Diagnostic étiologique

b. Etape paraclinique: Iconographique

➤ Le Transit oeso-gastro-duodéнал (TOGD)

- Imagerie fonctionnel
- Permet d'apprécier le passage du bol dans le tractus digestif supérieur
- Permet le voir soit des tumeur ou des pertes de substances, ou apprécier la hauteur d'une sténose (rétrécissement de l'œsophage)

III. Quelques étiologies

1. Dysphagies œsophagiennes
2. Dysphagies oro-pharyngées

III. Quelques étiologies

1. Dysphagies œsophagiennes

- La dysphagie est ressentie comme une sensation d'accrochage ou de blocage des aliments .
- Ces causes sont dominées par 4 principales étiologies

a. Le cancer de l'œsophage ou du cardia

- dysphagie : -récente,
- siège à tout l'œsophage
- amaigrissement important
- d'abord aux solides uniquement, -puis rapidement progressive,



III. Quelques étiologies

1. Dysphagies œsophagiennes

b. Sténose œsophagienne par reflux : sténose peptique

- Dysphagie : -déjà ancienne
- Généralement basse
- Aux solides uniquement s'aggravant lentement
- Sans amaigrissement net au début (bon état général)
- Souvent des antécédents de pyrosis ou de régurgitation anciens.



III. Quelques étiologies

1. Dysphagies œsophagiennes

c. Candidose œsophagienne

- Dysphagie : -déjà ancienne
- Siège à tout l'oesophage
- Prédominant aux solides
- Tableau d'amaigrissement
- Souvent terrain d'immunodépression (VIH, cancer, immunosuppression,,,



III. Quelques étiologies

1. Dysphagies œsophagiennes

d. Trouble moteur œsophagien type achalasie

- Dysphagie : -ancienne
- Généralement basse
- Aux solides et aux liquides
- Souvent paradoxale
- Intermittente , capricieuse
- Peut être provoquée ou aggravée par les aliments chauds ou glacés
- Souvent associée à des régurgitations non acides .

III. Quelques étiologies

1. Dysphagies œsophagiennes

e. Autres causes œsophagiennes

- Corps étranger intra-œsophagien
- Tumeurs bénignes de l'œsophage.
- sténose caustique.
- anneau ou membrane de l'œsophage.
- œsophagites infectieuses : tuberculose, CMV, ...



III. Quelques étiologies

2. Dysphagies oro-pharyngées

- La dysphagie est ressentie comme une difficulté d'initier la déglutition

1. Causes infectieuses
 - -angine, pharyngite.
 - candidose bucco-pharyngée .

3. Tumorales : bénignes ou malignes :
 - les cancers de la sphère ORL.
 - les goitres compressifs.
 - le diverticule de Zenker .

2. Neuromusculaires et vasculaires
 - AVC
 - Maladie de Parkinson
 - Sclérose latérale amyotrophique
 - Sclérose en plaques
 - Myasthénie
 - Myopathies

Avons-nous atteints nos objectifs?

Objectif général

Être capable d'évaluer de façon globale un patient présentant une dysphagie.

Objectifs spécifiques

1. Savoir distinguer une dysphagie de ce qu'elle n'est pas
2. Pouvoir préciser 5 caractéristiques clés d'une dysphagie
3. Différencier une étiologie maligne d'une cause fonctionnelle
4. Savoir hiérarchiser les examens complémentaires en cas de dysphagie

Conclusion

Symptôme fréquent

Nombreuse causes: organiques et moteurs

Complication: aphagie voir sténose complète

Principale crainte est le cancer

L'endoscopie digestive haute est l'examen de première intention