

Prise en charge de l'achalasia et des troubles moteurs œsophagiens

Dr Maximilien Barret
Service de Gastroentérologie
Hôpital Cochin

maximilien.barret@aphp.fr

L'achalasia (ou achalasia du sphincter inférieur de l'œsophage, anciennement appelée méga-oesophage idiopathique) est le mieux connu des troubles moteurs œsophagiens, mais reste une maladie rare, touchant 1/100 000 personnes dans le monde.

Les autres troubles moteurs de l'œsophage comprennent le spasme œsophagien distal (anciennement appelé « spasmes diffus »), l'œsophage hypercontractile ou marteau piqueur (anciennement appelé « casse noisette »), et le péristaltisme œsophagien inefficace ou absent.

Symptômes des troubles moteurs œsophagiens

Les symptômes typiques sont une gêne à la déglutition (blocages) des aliments liquides ou solides, un amaigrissement, des douleurs dans la poitrine, et des régurgitations.

Ils sont classiquement évalués par le score d' Eckhart:

Score	Perte de poids	Dysphagie	Douleur	Régurgitation
0	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
1	< 5 kg	< 1/ jour	< 1/ jour	< 1/ jour
2	5 à 10 kg	Quotidiennement	Quotidiennement	Quotidiennement
3	Plus de 10 kg	A chaque repas	A chaque repas	A chaque repas

Attention !

En présence de douleurs dans la poitrine, la première personne à consulter est votre médecin traitant qui vous orientera vers un **cardiologue**.

Ces symptômes ne sont pas **spécifiques** de l'achalasie : on les rencontre dans un grand nombre de maladies de l'œsophage et de l'estomac, en particulier dans le reflux-gastro-oesophagien.

Outils du diagnostic

Le diagnostic de trouble moteur de l'oesophage nécessite toujours en premier lieu une endoscopie oeso-gastro-duodénale.

Le diagnostic ne peut pas être fait sans une **manométrie œsophagienne**.

Dans la plupart des cas, il vous sera prescrit en complément une radiographie de l'oesophage au cours de laquelle vous devez avaler un produit : cet examen est appelé transit oeso-gastro-duodénal et est réalisé par un radiologue.

La manométrie œsophagienne

Est un examen indolore qui ne nécessite pas d'hospitalisation et dure environ 15 mn. Elle nécessite un jeûne d'au moins 4 heures.

Consiste en la mise en place d'une sonde souple d'environ 4 mm de largeur et 60 cm de longueur par une narine jusque dans l'estomac.

La sonde enregistre les pressions dans l'œsophage au cours d'une dizaine de déglutitions de 5 mL d'eau, alors que vous êtes allongé(e).

Principes du traitement de l'achalasia

L'achalasia consiste en une absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage.

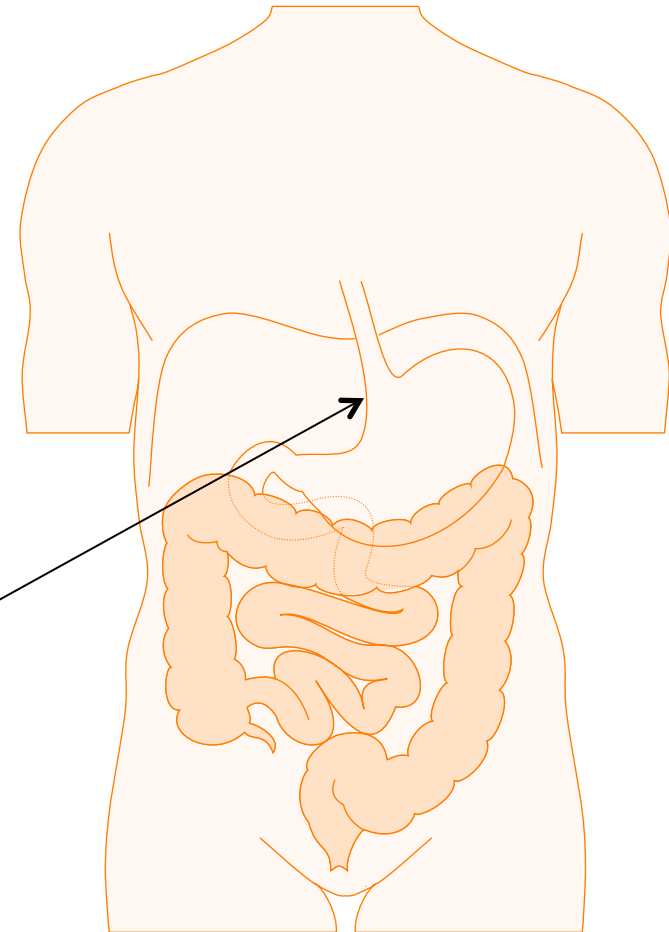
Elle s'associe à des anomalies de la contraction du reste de l'œsophage:

- Contractions totalement absentes dans **l'achalasia de type I** (15-20% des cas).
- Contractions absentes avec pressurisation pan-oesophagienne dans **l'achalasia de type II** (50-70% des cas).
- Contractions anormales avec présence de contractions prématurées dans **l'achalasia de type III** (15-30% des cas).

Principes du traitement de l'achalasie (suite)

Il est impossible de restaurer les contractions de l'œsophage.

Les traitements consistent à diminuer la pression dans le sphincter inférieur de l'œsophage, à la jonction entre l'œsophage et l'estomac.



Traitement de l'achalasia: options

1. Injection de toxine botulique (Botox[®]) dans le sphincter inférieur de l'œsophage par voie endoscopique.
2. Dilatation au ballon (dilatation pneumatique) du sphincter inférieur de l'œsophage , par voie endoscopique.
3. Incision du sphincter inférieur de l'œsophage par voie chirurgicale (myotomie de Heller).
4. Incision du sphincter inférieur de l'œsophage par voie endoscopique (myotomie perorale ou POEM).

Injection de toxine botulique

Le traitement est administré par injection dans l'œsophage de toxine botulique au cours d'une endoscopie sous anesthésie générale. Il nécessite une surveillance hospitalière de quelques heures.

Son efficacité initiale est bonne (80-90%), mais ses effets s'estompent en 6 à 12 mois, et de nouvelles injections sont souvent nécessaires.

Ce traitement est réservé aux sujets fragiles à « haut risque » chirurgical, ou en cas de doute diagnostique.

Ballons de dilatation
pneumatique



Dilatation pneumatique

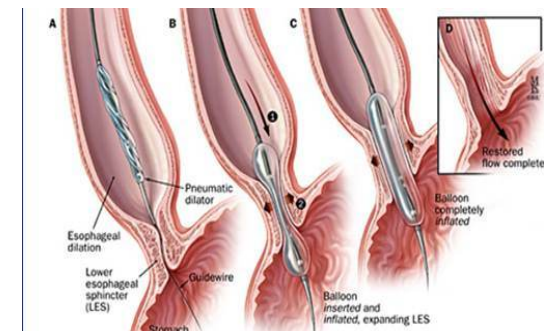
Le traitement est réalisé par la mise en place, au cours d'une endoscopie sous anesthésie générale, d'un ballon au niveau de la jonction de l'œsophage et de l'estomac, qui est gonflé pour dilater le sphincter inférieur de l'oesophage. Le geste nécessite une surveillance hospitalière de quelques heures.

Deux séances de dilatation sont réalisées à 14 jours d'intervalle.

L'efficacité est de 65 à 90% à 1 an, prolongée dans le temps.

A 5 ans du premier traitement, un patient sur quatre récidive et requiert une nouvelle séance de dilatation.

Le principal risque est la perforation œsophagienne (1% des cas). Un reflux gastro-oesophagien peut survenir à la suite du traitement.



Myotomie chirurgicale (de Heller)

Le traitement consiste à inciser chirurgicalement le sphincter inférieur de l'œsophage. Il nécessite une hospitalisation de quelques jours.

L'efficacité est de 90 à 95 % à 1 an, prolongée dans le temps, avec plus de 80% d'efficacité à 5 ans.

Une complication de la chirurgie survient dans 6% des cas.

Un reflux gastro-oesophagien survient dans 8% des cas environ à la suite du traitement.

Myotomie chirurgicale (de Heller)

Incision du sphincter inférieur de l'oesophage

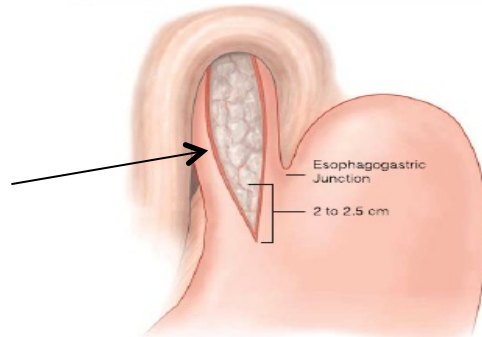


Figure 4 Laparoscopic Heller myotomy with partial fundoplication. The myotomy is approximately 8 cm long, extending distally for about 2 to 2.5 cm onto the gastric wall and proximally for about 6 cm above the esophagogastric junction.

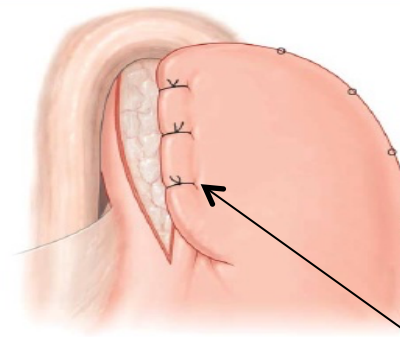


Figure 6 Laparoscopic Heller myotomy with anterior partial fundoplication (Dor procedure). The second and third sutures in the first row incorporate only the fundus and the left side of the esophageal wall.

Confection d'une valve anti-reflux pour limiter le reflux gastro-oesophagien post-opératoire

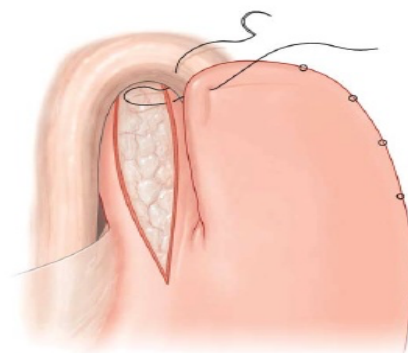


Figure 5 Laparoscopic Heller myotomy with anterior partial fundoplication (Dor procedure). The uppermost suture in the first row incorporates the fundus, the esophageal wall, and the left pillar of the crus.

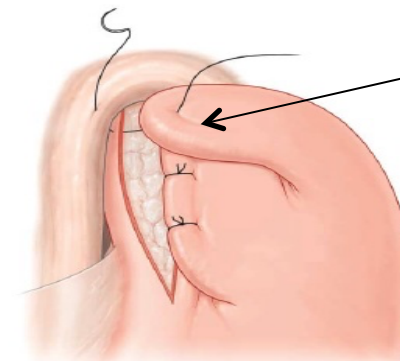


Figure 7 Laparoscopic Heller myotomy with anterior partial fundoplication (Dor procedure). The uppermost suture in the second row incorporates the fundus, the esophageal wall, and the right crus.

Myotomie perorale endoscopique (POEM)

Le traitement consiste à inciser, au cours d'une endoscopie sous anesthésie générale, le sphincter inférieur de l'œsophage. Il nécessite une hospitalisation de 24-48 heures.

L'efficacité est de 90 à 95 % à 1 an, et de 80% à 2 ans. L'efficacité à long terme est encore incertaine.

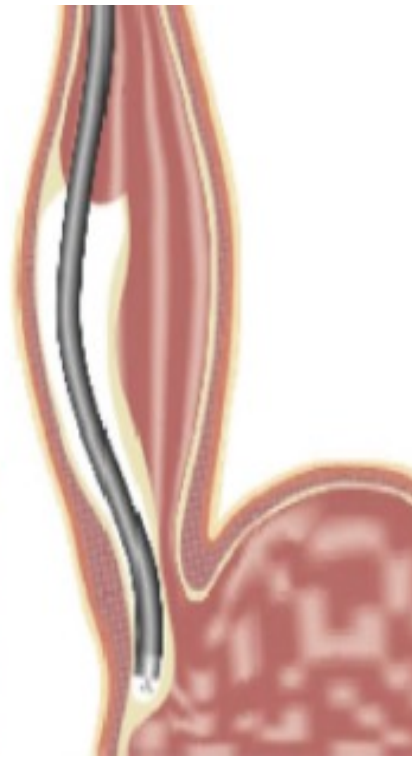
Une complication survient dans 3% des cas.

Un reflux gastro-oesophagien est diagnostiqué chez un patient sur trois.

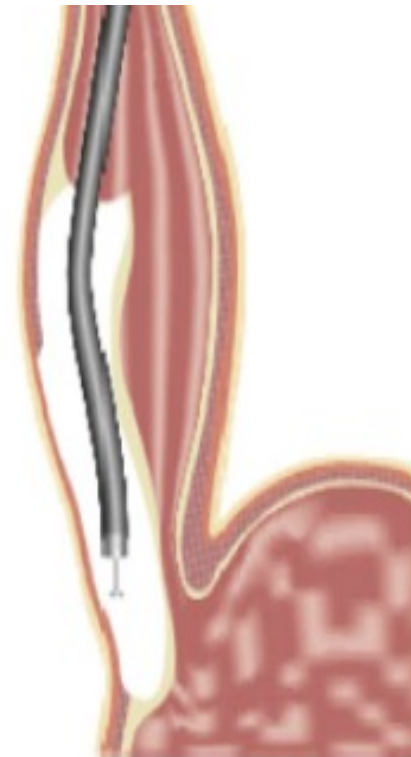
Myotomie perorale endoscopique (POEM)



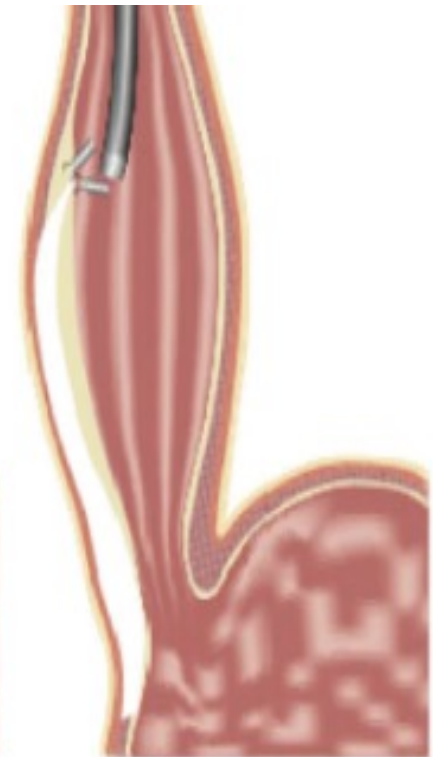
Incision 10-12cm
au-dessus de la
jonction œsophage-
estomac



Création d'un
tunnel descendant
dans l'estomac



Incision du muscle:
myotomie



Fermeture de
l'incision

Myotomie perorale endoscopique (POEM)

La POEM permet d'obtenir la même efficacité à court terme que la myotomie chirurgicale avec deux fois moins de complications.

Cette technique serait adaptée au traitement de formes de mauvais pronostic (achalasie de type III) et d'autres troubles moteurs de l'œsophage.

Cependant, elle reste une technique en développement, actuellement principalement réalisée dans le cadre d'essais cliniques. L'hôpital Cochin en est un des centres pionniers en France.

Le service de gastroentérologie de l' Hôpital Cochin

- Participe depuis plus de 25 ans à la recherche dans le domaine des troubles moteurs œsophagiens.
- Dispose de toutes les ressources pour le diagnostic des troubles moteurs de l' œsophage.
- Propose, en collaboration avec le service de chirurgie digestive, l' ensemble des traitements possibles des troubles moteurs œsophagiens.