

ACHALASIE: diagnostic

Elise DESBOIS
CHU Angers

DEFINITION

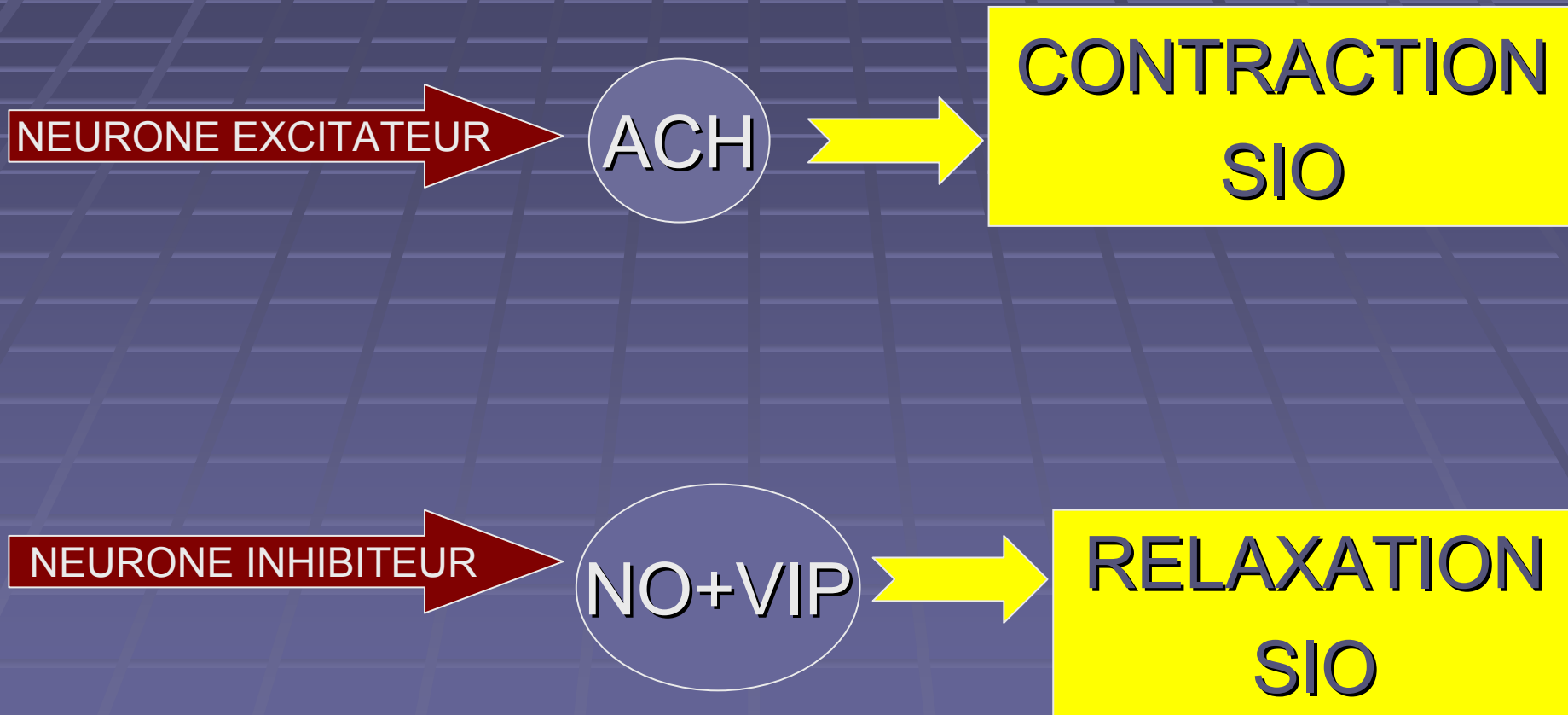
- **Trouble motricité œsophage:**
 - Apéristaltisme
 - Absence de relaxation du SIO
 - Cardiospasme (inconstant)

- **Cause:**
 - Anomalie système nerveux intrinsèque

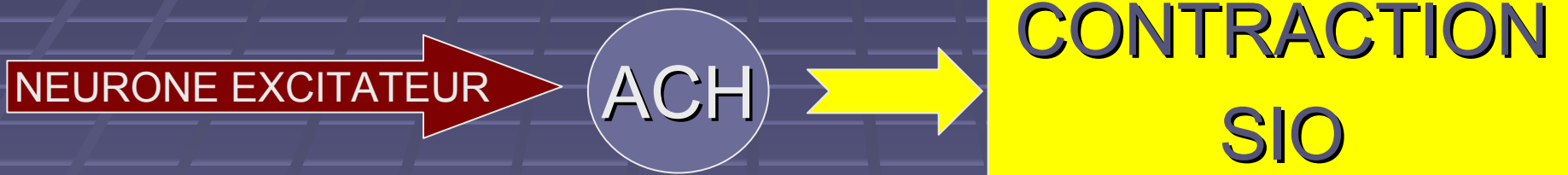
EPIDEMIOLOGIE

- Incidence faible: 0,8 /100000 hab par an
- Sex ratio :1
- Age d'apparition variable
- Rare chez enfant
- Contexte familial possible (1%)

PHYSIOPATHOLOGIE /1



PHYSIOPATHOLOGIE /2



ACHALASIE

DIAGNOSTIC CLINIQUE

- **dysphagie progressive (80 – 100%)**
 - Aux solides
 - Puis aux liquides
- **Régurgitation (30 – 80%)**
 - Sans amélioration avec IPP
 - Entraîne souvent perte de poids
 - Confusion avec RGO
- **Douleur thoracique (20 – 90%)**
 - Plus fréquente chez les femmes

DIAGNOSTIC CLINIQUE/2

Tableau 1 - Prévalence % et ancienneté des symptômes cliniques au moment du diagnostic de l'achalasie

Référence	Nombre de malades	Dysphagie	Régurgitations	Amaigrissement	Douleurs thoraciques	Toux	Durée d'évolution
Vantrappen et al,1971 [5]	264	99	91a	91	46	30	7,6 ans
Black et al,1976 [6]	108	100	74		17	46	4,8 ans
Fellows et al,1986 [7]	63	100	79	56	79		4,5 ans
Dillipiani et al,1986 [8]	45	96	60	30	27		
Howard et al,1992 [3]	38	10		57	70		1,7 ans
Eckardt et al,1997 [9]	87	99	85	65	77	24	4,7 ans
Série personnelle,1995	237	98	81	76	43	22	6 ans

a : Régurgitations actives : 91 % et régurgitations passives de décubitus : 57 %

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE/1

- Endoscopie œsophagienne:
 - Souvent normale
 - Élimine une lésion du bas œsophage
 - Élimine une sténose organique
 - Parfois œsophage dilaté, tortueux, atone
 - SIO fermé mais facile à franchir
 - **Permet d'exclure une PSEUDOACHALASIE**

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE/2



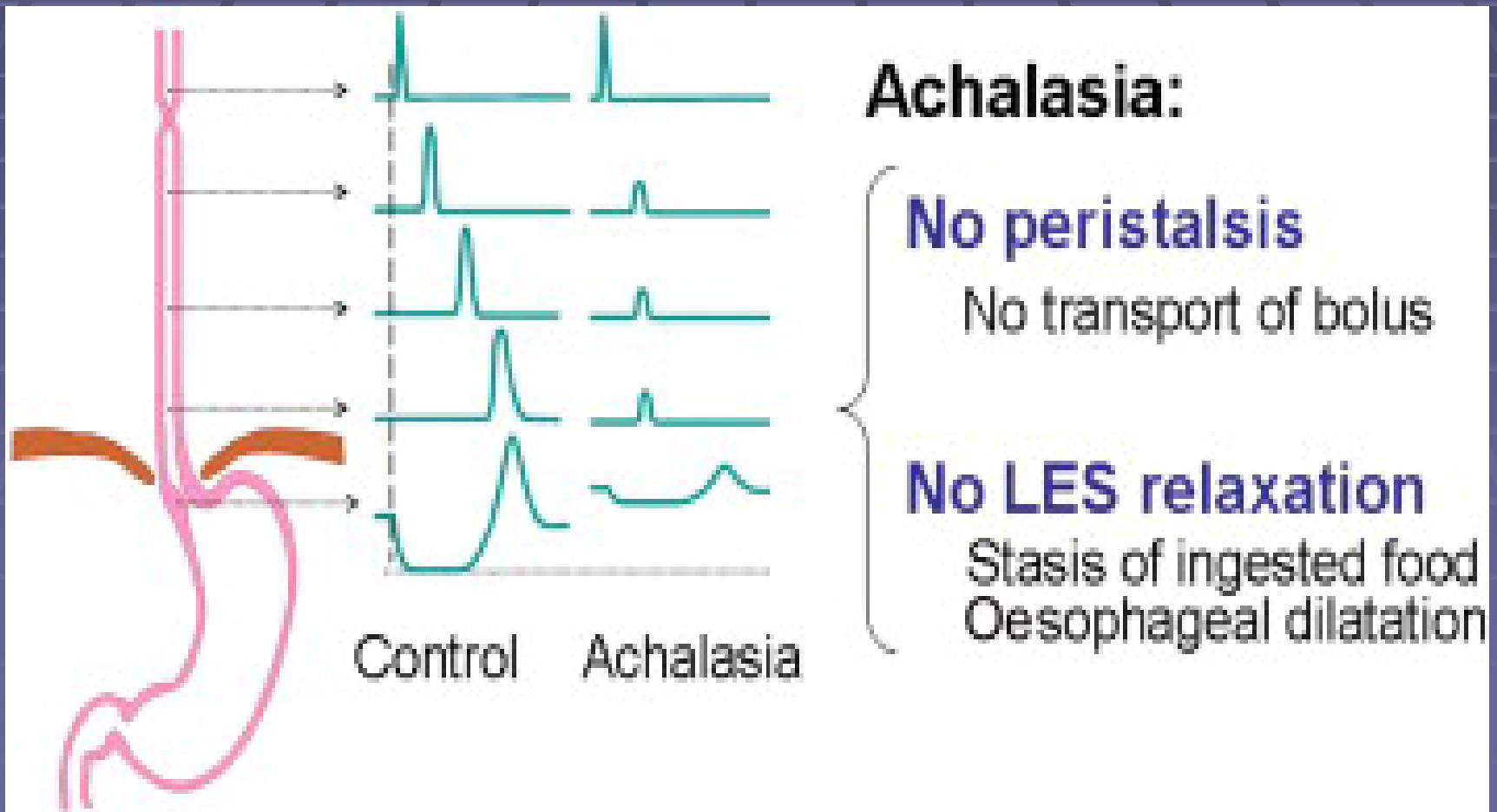
- **Transit baryté oesogastrique:**
 - Perte des contractions péristaltiques 2/3 inf
 - Stagnation de la baryte en « colonne »
 - Oesophage dilaté
 - Aspect en « queue de radis » du SIO

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE/3

- Manométrie oesophagienne:
 - **Permet d'affirmer le diagnostic**
 - Apéristaltisme oesophagien
 - Faible amplitude des contractions
- Achalasie du SIO
 - Hypertension du SIO (10-40 mmHg)
 - Absence de relaxation du SIO au repos(>8 mmHg)

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE/4

- Représentation schématique d'une manométrie chez un sujet sain et chez un sujet atteint d'achalasia



SYNTHESE

	MANOMETRIE	TRANSIT BARYTE	ENDOSCOPIE
FORME TYPIQUE	<ul style="list-style-type: none">■ Apéristaltisme■ Absence relaxat° SIO■ Hypertension SIO	<ul style="list-style-type: none">■ Queue de radis■ Dilatat° oesoph■ Colonne de baryte	<ul style="list-style-type: none">■ Distent° oesoph■ apéristaltisme
EN PRATIQUE CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none">■ Apéristaltisme seul	<ul style="list-style-type: none">■ Queue de radis seule	<ul style="list-style-type: none">■ normale
APPORT AU DGC INITIAL	<ul style="list-style-type: none">■ Indispensable■ Établit le dgc	<ul style="list-style-type: none">■ Aide au dgc	<ul style="list-style-type: none">■ Exclut la pseudo achalasia liée à une tumeur

CONCLUSION

- Maladie rare
- Retard diagnostique (4 à 7 ans)
- 3 signes cliniques majeurs:
 - Dysphagie, régurgitations, douleur thoracique
- 3 examens para cliniques:
 - Manométrie, transit baryté, endoscopie
- Éliminer une pseudo achalasia avant tout
- Cause dégénérative dont étiologie non définie
- Traitement palliatif seul pour l'instant