



# Troubles fonctionnels œsophagiens

● J.L. Mougenel\*

## P O I N T S F O R T S

- Une bonne analyse sémiologique des symptômes, associée à l'évaluation de la personnalité du malade au cours du globus et du mérycisme, dispensent souvent de multiples examens complémentaires.
- Aucune donnée concernant la sémiologie douloureuse thoracique n'est assez fiable pour écarter avec un degré de certitude suffisant une pathologie coronarienne ; ainsi toute exploration gastroentérologique d'une douleur thoracique doit comporter un avis préalable cardiologique.
- Toute dysphagie impose une endoscopie œsogastrique.
- L'évaluation psychologique et la réassurance du patient sont les gages d'une prise en charge globale efficace et durable au cours des TFO.

Les troubles fonctionnels œsophagiens (TFO) sont représentés par un ensemble de symptômes chroniques ou récurrents, non expliqués clairement par des anomalies biochimiques ou structurelles. Six TFO sont définis par les critères de Rome II (1) :

- le globus ;
- le syndrome de rumination ou mérycisme ;
- la douleur rétro-sternale d'origine œsophagienne ;
- la brûlure rétro-sternale fonctionnelle ou pyrosis fonctionnel ;
- la dysphagie fonctionnelle ;
- les troubles fonctionnels œsophagiens non spécifiques.

L'objectif de cette classification en sous-groupes typiques est d'identifier au mieux les malades afin d'établir une stratégie

diagnostique rigoureuse et d'améliorer leur prise en charge thérapeutique. Les critères diagnostiques figurent dans le [tableau](#).

## LE GLOBUS

Autrefois appelé *globus hystericus*, il correspond à **une sensation permanente ou intermittente de striction au niveau de la gorge**. Le caractère fonctionnel est établi par l'absence de cause organique pouvant simuler un tel symptôme (achalasie, RGO, sclérodermie, etc.).

Près de la moitié de la population générale présente des symptômes équivalents au globus et ce tableau constitue plus de 4 % des motifs de consultation en ORL. Il atteint indifféremment les deux sexes d'âge moyen, avec toutefois une petite prépondérance féminine. Le mécanisme est imparfaitement connu et probablement multifactoriel. La manométrie œsophagienne permet de montrer chez ces patients qu'aucune anomalie du fonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) n'est en jeu (2). Certains auteurs ont incriminé un spasme du muscle cricopharyngien (3), mais il ne semble pas que cette sensation de boule dans la gorge soit corrélée au niveau de la pression du SSO (4). Enfin, d'autres troubles moteurs œsophagiens sont décrits chez ces patients sans pour autant apporter d'explication physiopathologique. Le RGO, quoique présent chez plus d'un quart des patients, n'est habituellement pas en cause.

En pratique, ce signe clinique est généralement une manifestation survenant dans un contexte d'anxiété et de troubles psychiques divers et constitue un phénomène de somatisation. Une prise en charge thérapeutique globale, à la fois somatique et psychologique est importante.

## LE MÉRYCISME

Il est défini, en l'absence de pathologie organique, comme une **régurgitation volontaire d'aliments récemment ingérés**.

Le symptôme se produit sans douleur abdominale, sans pyrosis ni nausées et induit une sensation de plaisir. Le mérycisme survient en période postprandiale précoce et cesse lorsque l'aliment devient acide. Il se rencontre souvent dans l'enfance, chez les enfants avec handicap mental mais également chez l'adulte avec une prédo-

\* Département d'hépatogastroentérologie, hôpital Saint-André, Metz.

**Tableau. Critères diagnostiques des troubles fonctionnels œsophagiens.**

**A. TROUBLES ŒSOPHAGIENS**

**A1. Globus** : Présence pendant au moins 12 semaines, non nécessairement consécutives, dans les 12 derniers mois de :

- sensation persistante ou intermittente d'une boule ou d'un corps étranger dans la gorge ;
- survenue de la sensation entre les repas ;
- absence de dysphagie ou d'œsophagite ;
- absence de reflux gastro-œsophagien pathologique, d'achalasia ou d'une autre anomalie motrice comportant une base physiopathologique reconnue comme une sclérodermie œsophagienne.

**A2. Syndrome de rumination (mérycisme)** : Présence pendant au moins 12 semaines, non nécessairement consécutives, dans les 12 derniers mois de :

- régurgitations persistantes ou récidivantes dans la bouche d'aliments ingérés récemment avec mastication et déglutition ultérieures ;
- absence de nausées et de vomissements ;
- arrêt du phénomène lorsque le matériel régurgité devient acide ;
- absence de reflux gastro-œsophagien pathologique, d'achalasia ou d'une autre anomalie motrice comportant une base physiopathologique reconnue comme une anomalie motrice primitive.

**A3. Douleur thoracique fonctionnelle d'origine œsophagienne** : Présence pendant au moins 12 semaines, non nécessairement consécutives, dans les 12 derniers mois de :

- douleur ou inconfort thoracique médian sans caractère de brûlures ;
- absence de reflux gastro-œsophagien pathologique, d'achalasia ou d'une autre anomalie motrice comportant une base physiopathologique reconnue.

**A4. Pyrosis fonctionnel** : Présence pendant au moins 12 semaines, non nécessairement consécutives, dans les 12 derniers mois de :

- inconfort ou douleur rétrosternale à type de brûlure ;
- absence de reflux gastro-œsophagien pathologique, d'achalasia ou d'une autre anomalie motrice comportant une base physiopathologique reconnue.

**A5. Dysphagie fonctionnelle** : Présence pendant au moins 12 semaines, non nécessairement consécutives, dans les 12 derniers mois de :

- sensation d'adhérence, de blocage, ou de passage anormal des aliments solides et/ou liquides ;
- absence de reflux gastro-œsophagien pathologique, d'achalasia ou d'une autre anomalie motrice comportant une base physiopathologique reconnue.

**A6. Troubles fonctionnels œsophagiens non spécifiques** : Présence pendant au moins 12 semaines, non nécessairement consécutives, dans les 12 derniers mois de :

- symptômes inexplicables attribués à l'œsophage qui n'entrent pas dans les catégories précédemment décrites ;
- absence de reflux gastro-œsophagien pathologique, d'achalasia ou d'une autre anomalie motrice comportant une base physiopathologique reconnue.

minance masculine (2/1). Ce symptôme est responsable de 0,07 % des admissions en service de pédiatrie et concerne 6 à 10 % des enfants institutionnalisés avec divers handicaps mentaux.

Il est initié par une déglutition ou une éructation, qui entraîne une relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) et crée un phénomène de cavité commune entre l'estomac et l'œsophage. Le passage du contenu gastrique résulte d'une contraction volontaire des muscles abdominaux ou du diaphragme. La manométrie œsophagienne, gastrique ou duodénale en dehors des épisodes de rumination est normale (5).

Le traitement dépend de l'âge et de la présence ou non d'un déficit mental ; le métopropramide a donné des résultats inégaux. Une approche comportementale et nutritionnelle de la pathologie, voire un recours à la psychiatrie, sont le plus souvent nécessaires.

### LA DOULEUR RÉTROSTERNALE D'ORIGINE ŒSOPHAGIENNE

Elle est définie comme un **épisode de douleur médiathoracique ne correspondant pas à une brûlure rétrosternale et ne rele-**

**vant pas d'une pathologie de reflux, d'une achalasie, d'un autre trouble moteur œsophagien et bien évidemment pas d'une cause cardiaque.**

Plus de 30 % des patients admis en service de cardiologie pour précordialgies n'ont pas d'anomalie coronarienne significative lors de la coronarographie. La prévalence des TFO chez les patients souffrant de manifestations qualifiées de douleurs thoraciques pseudo-angineuses varie de 40 à 88 % dans les principaux travaux et le RGO est à rechercher en priorité compte tenu de sa fréquence (20 à 70 % dans la littérature) et des conséquences thérapeutiques (6).

Les mécanismes à l'origine des douleurs thoraciques d'origine œsophagienne sont imparfaitement connus. Il est plutôt admis que la sensation douloureuse survient lorsqu'il y a une stimulation excessive des récepteurs, quel que soit leur type. L'expérience clinique montre que la douleur peut être provoquée par la stimulation des chémorécepteurs : en effet, les malades souffrant de douleurs pseudo-angineuses ont fréquemment une hypersensibilité de l'œsophage à l'acide qui peut être mise en évidence par le test de perfusion acide de Bernstein (7). Chez ces patients, les épisodes de reflux semblent plus brefs et moins acides que ceux observés chez les patients avec RGO typique. Les études par distension de la paroi œsophagienne au ballonnet suggèrent la stimulation de mécanorécepteurs situés dans les fibres longitudinales de la musculature œsophagienne (8). Enfin, la stimulation de thermorécepteurs (test de sensibilité au froid) et de tenso-récepteurs (test à l'édrophonium) pourrait induire soit une perte du péristaltisme œsophagien, soit un trouble moteur responsable de manifestations douloureuses (9). Cependant, les malades sont le plus souvent asymptomatiques lors de la survenue d'anomalies motrices en manométrie stationnaire. L'hypothèse d'un abaissement du seuil de la douleur est supportée par certains auteurs (10). Par analogie avec le "syndrome de l'intestin irritable", le "syndrome de l'œsophage irritable" serait la conséquence d'une hypersensibilité viscérale secondaire à une diminution du seuil de perception douloureuse. Cette hypersensibilité, constatée pour différents stimuli nociceptifs expliquerait l'efficacité clinique des anxiolytiques et des antidépresseurs (11). Dans le même ordre d'idées, il semble nécessaire de tenir compte des facteurs psychologiques qui jouent un rôle important dans la pathogénie des douleurs thoraciques (12).

En pratique, toute douleur thoracique impose en première intention de rechercher une étiologie cardiaque même s'il existe des symptômes orientant vers une origine œsophagienne, en raison du pronostic vital et des affections intriquées. Un bilan cardiologique négatif (coronarographie, étude isotopique de la perfusion myocardique, etc.) conduira alors au choix des différentes explorations complémentaires en tenant compte de l'orientation diagnostique : le plus souvent pH-métrie et endoscopie en première intention, puis manométrie œsophagienne. La place du test diagnostique par les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) reste encore à définir dans cette stratégie diagnostique.

La thérapeutique repose sur la réassurance psychologique du patient, l'utilisation des IPP à dose standard ou à double dose, l'utilisation d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs à combiner aux thérapies comportementales.

## LE PYROSIS FONCTIONNEL

Ce diagnostic est rarement retenu en gastroentérologie car le plus souvent confondu avec un reflux sans lésion endoscopique. Sa physiopathologie fait intervenir un certain degré d'hypersensibilité de la muqueuse œsophagienne aux stimuli. En effet, si l'on n'est pas surpris que le passage de liquide acide reproduise la symptomatologie, le pyrosis est également **reproduit par la distension œsophagienne ou le reflux de sels biliaires**. La douleur serait secondaire à la stimulation de chémorécepteurs présents dans la muqueuse profonde (13). Enfin, il existe le plus souvent une excellente concordance, chez les patients "non reflueurs" (taux d'exposition à l'acide normal), entre épisode de pyrosis et de reflux acide (14). L'approche thérapeutique n'est pas différente de celle du RGO avec toutefois une réponse qui s'atténue au long cours. Enfin, quelques études ont montré l'efficacité de doses faibles d'antidépresseurs (15).

## LA DYSPHAGIE FONCTIONNELLE

Elle correspond à **la perception d'une progression anormale du bolus alimentaire**.

Devant une telle symptomatologie alarmante, la stratégie diagnostique conduit à éliminer en première intention une lésion organique par la réalisation d'explorations endoscopiques et/ou radiologiques. En cas de négativité de ces dernières, la manométrie œsophagienne s'impose à la recherche d'une éventuelle achalasie ou autre trouble moteur œsophagien.

La physiopathologie de la dysphagie fonctionnelle résulte probablement de l'association de troubles moteurs œsophagiens non spécifiques, d'anomalies possibles de la sécrétion salivaire et de troubles de la nociception (16). Enfin, il semble que la symptomatologie soit exacerbée lorsqu'elle évolue dans un contexte de troubles psychiques.

Le traitement reste empirique : il consiste à rassurer le patient, en affirmant l'absence de lésion organique, et est associé à la prescription de thérapeutique antireflux même en l'absence de pathologie de reflux.

## LES TROUBLES FONCTIONNELS ŒSOPHAGIENS NON SPÉCIFIQUES

Ils correspondent en fait aux autres symptômes non expliqués, présumés d'origine œsophagienne, ne répondant à aucune des catégories précitées. Aucune donnée de la littérature n'est disponible actuellement.

Malgré les avancées techniques dans le domaine de l'exploration

fonctionnelle, malheureusement non accompagnées de progrès thérapeutiques équivalents, il reste beaucoup d'inconnues dans la compréhension physiopathologique des TFO. Les critères de Rome II qui définissent ces syndromes, permettent d'avoir une stratégie diagnostique rigoureuse afin d'améliorer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique. ■

**Mots clés.** Troubles fonctionnels digestifs – Sensibilité viscérale – Motricité – Reflux gastro-œsophagien – Dysphagie fonctionnelle – Globus – Douleurs thoraciques fonctionnelles – Thérapeutique.

#### R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut* 1999; 45 (suppl II) : III-II81.
2. Lingell JC, Anggiansolli A, Owen WJ. Manometric findings in patients with globus sensation. *Gut* 1987 ; 28 : 1378-81.
3. Watson WC, Sullivan SN. Hypertonicity of the cricopharyngeal sphincter : a cause of globus sensation. *Lancet* 1974 ; 1417-9.
4. Cook IJ, Dent J, Shannon S, Collins SM. Measurement of upper esophageal sphincter pressure : effect of acute emotional stress. *Gastroenterology* 1987 ; 93 : 526-32.
5. Amanarth RP, Abell TL, Malagelada JR. The rumination syndrome in adults. A characteristic manometric pattern. *Ann Int Med* 1986 ; 105 : 513-7.
6. Thevenet P, Gosselin A, Bourdonnec C et al. PH-métrie et manométrie de l'œsophage chez des sujets avec douleurs de type angineux et une coronarographie normale. *Gastroenterol Clin Biol* 1988 ; 12 : 11-7.
7. Richter JE, Hewson EG, Sinclair JW et al. Acid perfusion test and 24-hour esophageal pH monitoring with symptom index. Comparison of tests for esophageal acid sensitivity. *Dig Dis Sci* 1991 ; 36 : 565-71.
8. Balaban DH, Yamamoto Y, Liu J et al. Sustained esophageal contraction : a marker of esophageal chest pain identified by intraluminal ultrasonography. *Gastroenterology* 1999 ; 116 : 29-37.
9. Gustafsson U, Tibbling L. The effect of edrophonium chloride-induced chest pain on esophageal blood flow and motility. *Scand J Gastroenterol* 1997 ; 32 : 104-7.
10. Richter JE, Barish CF, Castell DO. Abnormal sensory perception in patients with esophageal chest pain. *Gastroenterology* 1986 ; 91 : 845-52.
11. Peghini PL, Katz PO, Castell DO. Imipramine decreases oesophageal pain perception in human male volunteers. *Gut* 1998 ; 42 : 807-13.
12. Lau GK, Hui WM, Lam SK. Life events and daily hassles in patients with atypical chest pain. *Am J Gastroenterol* 1996 ; 91 : 2157-62.
13. Trimble KC, Pryde A, Heading RC. Lowered oesophageal sensory thresholds in patients with symptomatic but not excess gastroesophageal reflux. Evidence for a spectrum of visceral sensitivity in GORD. *Gut* 1995 ; 37 : 7-12.
14. Watson RGP, Tharn TCK, Johnston BT. Double blind cross-over placebo controlled study of omeprazole in the treatment of patients with reflux symptoms and physiological levels of acid reflux – the "sensitive oesophagus". *Gut* 1997 ; 40 : 587-90.
15. Clouse RE, Lustman PJ, Eckert TC. Low-dose trazodone for symptomatic patients with esophageal contraction abnormalities : double-blind, placebo-controlled trial. *Gastroenterology* 1986 ; 92 : 1027-36.
16. Clouse RE, Lustman PJ, McCord GS et al. Clinical correlates of abnormal sensitivity to intraesophageal balloon distention. *Dig Dis Sci* 1991 ; 36 : 1040-6.

## Le prochain dossier thématique



### Transplantation hépatique

Coordinatrice : Claire Vanlemmens (Besançon)

