

RECOMMANDATIONS DE LA



LA DILATATION DU CARDIA (ACHALASIE)

F. PRAT (Paris, Kremlin Bicêtre)

Avec la collaboration de :

G. GAY (Nancy), T. PONCHON (Lyon),
B. NAPOLEON (Lyon), J. BOYER (Angers),
J.-M. CANARD (Paris), P. DALBIES (Béziers),
J. ESCOURROU (Toulouse),
M. GREFF (Nice), J. LAPUELLE (Toulouse),
J.-C. LETARD (Poitiers),
B. MARCHETTI (Marseille),
L. PALAZZO (Paris),
J.-F. REY (Saint-Laurent-du-Var),
D. SAUTEREAU (Limoges)

L'achalasia de l'œsophage, également dénommée « cardio-spasme » ou « mégacœsophage idiopathique », est caractérisée par l'absence de péristaltisme sur le corps de l'œsophage et par un défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage en réponse à la déglutition. Cette anomalie de la motricité œsophagienne est responsable d'une dysphagie basse et d'une rétention alimentaire et salivaire dans l'œsophage. L'achalasia primitive est une maladie rare dont l'incidence est estimée entre 0,5 et 2 cas pour 100 000 habitants et par an. Elle doit être distinguée de l'achalasia dite « secondaire », due à une tumeur du cardia, du bas œsophage ou de la partie haute de l'estomac dont les caractéristiques manométriques sont identiques. L'achalasia secondaire à la maladie de Chagas n'est pas rencontrée en Europe. La seule indication de la dilatation pneumatique du cardia est l'achalasia primitive, en aucun cas l'achalasia secondaire dont la dilatation peut faire retarder le diagnostic.

I. LES INDICATIONS

1. Quelles sont les méthodes et comment les choisir ?

Trois méthodes ont été proposées pour traiter l'achalasia : la myotomie chirurgicale, la dilatation pneumatique et l'injection intrasphinctérienne de toxine botulique. Cette dernière technique, proposée au cours des années 90, est encore assez peu disponible, et a une efficacité transitoire. En pratique, il faut donc discuter l'alternative entre chirurgie et dilatation pneumatique. Le choix est basé, avant tout, sur l'âge et le terrain. La myotomie chirurgicale, associée à un montage antireflux sous coelioscopie au sein d'une équipe expérimentée, a une efficacité plus durable ; elle impose cependant une anesthésie plus longue pour le traitement endoscopique qui la fait contre-indiquer chez des malades âgés ou très fragiles. La dilatation sera préférée chez ces derniers ou en cas de refus de la chirurgie.

2- Quelle évaluation pré-thérapeutique ?

L'évaluation doit comporter systématiquement une manométrie œsophagienne et une gastroscopie. La manométrie doit montrer : 1) un apéristaltisme du corps de l'œsophage ; 2) une absence de relaxation du SIO ; 3) de manière moins constante, une pression basale du SIO anormalement élevée. L'endoscopie haute qui suggère le diagnostic (franchissement du cardia avec sensation de ressaut cédant brutalement), permet de rechercher une tumeur sous-jacente et d'effectuer des biopsies systématiques. En cas de doute (franchissement du cardia difficile, aspect nodulaire du cardia, ulcération suspecte), une échoendoscopie est recommandée.

II. AVANTAGES

La dilatation pneumatique est une technique de réalisation simple, pouvant être faite en ambulatoire, nécessitant une sédation ou une anesthésie de courte durée. Elle peut être répétée, si nécessaire, avec des ballons de différents diamètres.

III. INCONVÉNIENTS

L'efficacité jugée sur la disparition de la dysphagie (et éventuellement sur la reprise pondérale) est, dans certains cas, limitée dans le temps. Il existe un taux incompressible de complications graves (perforations médiastinales). La myotomie chirurgicale est parfois plus difficile lorsqu'elle est faite après échec des dilatations pneumatiques ou après des dilatations efficaces mais répétées, ayant entraîné une sclérose cicatricielle du cardia.

IV. INFRASTRUCTURE ET MATÉRIEL NÉCESSAIRES

La dilatation pneumatique peut être faite en salle d'endoscopie conventionnelle, mais il est préférable de disposer d'un contrôle fluoroscopique.

Le matériel comporte un fil-guide, un ou plusieurs ballonnets de dilatation pneumatique, et une poire de gonflage avec manomètre. Ces ballons ne passent pas dans le canal opérateur des endoscopes. Ils possèdent des repères radio opaques et une extrémité souple et effilée. Le ballon proprement dit mesure 10 à 12 cm de longueur et 30 à 45 mm de diamètre constant.

V. TECHNIQUE

Le geste est fait sous sédation, ou sous anesthésie générale, selon les habitudes du centre d'endoscopie.

Une antibioprophylaxie pourra être recommandée au cas par cas (cf. fiche antibioprophylaxie).

1. Mise en place du fil-guide dans l'estomac comme pour une dilatation à la bougie ;
2. Mesure de la distance entre les arcades dentaires et le cardia ;
3. Report de cette distance sur le cathéter du ballonnet de dilatation en prenant, comme point d'origine, le milieu du ballonnet ;
4. Mise en place du ballonnet sur le fil-guide à la hauteur voulue ;
5. Gonflage manuel sous contrôle fluoroscopique ou sous contrôle endoscopique, en repassant l'endoscope à côté

du cathéter porteur. On gonflera jusqu'à obtention de la pression désirée (en général 15 à 20 psi, soit 1-1,3 ATM), ou jusqu'à disparition de l'encoche imprimée par le cardia sur le ballon en fluoroscopie ;

6. Retrait du ballon et du fil-guide ;
7. Contrôle endoscopique : une dilatation est classiquement considérée comme efficace quand elle a rompu la muqueuse au niveau du cardia et entraîné un saignement local.

VI. MESURES POST-OPÉRATOIRES

1. Au réveil du patient, examen clinique et interrogatoire : recherche d'emphysème sous-cutané ; une douleur thoracique modérée n'est pas anormale, mais une douleur intense, ou persistant plusieurs heures, doit alerter ainsi que l'apparition de fièvre ;
2. En cas de suspicion de perforation médiastinale : réalisation des examens morphologiques nécessaires ;
3. Reprise de l'alimentation en l'absence de symptôme d'alarme.

VII. RÉSULTATS ET COMPLICATIONS

Selon des études déjà anciennes – mais la technique n'a pas connu de modification récente –, le résultat de la dilatation pneumatique, jugé sur la dysphagie et la manométrie, est bon ou excellent dans 77 % des cas, et 93 % des malades ressentent au moins une amélioration. Le taux d'échec est de 7 %.

La mortalité liée au geste est d'environ 0,2 %, et le taux de perforations liées à la dilatation est d'environ 3 % survenant, généralement, lors de la première dilatation. L'absence d'amaigrissement et des pressions du bas œsophage, supérieures à 70 cm H₂O, ont été corrélées au risque de perforation. Le risque de perforation est également d'autant plus élevé que le diamètre du ballonnet est plus grand, mais l'efficacité de la dilatation est également liée au diamètre. Ainsi, dans la plupart des cas, et surtout lors d'une première dilatation, le ballon de 35 mm de diamètre est un bon compromis entre efficacité et risque de complication.

BIBLIOGRAPHIE

KAHRILAS P.J., KISHK S.M., HELM J.F., DODDS W.J., HARIG J.M., HOGAN W.J. Comparison of pseudoachalasia and achalasia. *Am J Med* 1987 ; 82 : 439-46.

VANTRAPPEN G., HELLEMANS J. Treatment of achalasia and related motor disorders. *Gastroenterology* 1980 ; 79 : 144-154.

ALLESCHER H.D., STORR M., SEIGE M., GONZALES-DONOSO R., OTT R., BORN P. et coll. Treatment of achalasia : botulinum toxin injection vs pneumatic balloon dilation. A prospective study with long-term follow-up. *Endoscopy* 2001 ; 33 : 1007-17.

BOROTTO E., GAUDRIC M., DANIEL B., SAMAMA J., QUARTIER G., CHAUSSADE S., COUTURIER D. Risk factors of oesophageal perforation during pneumatic dilatation for achalasia. *Gut* 1996 ; 39 : 9-12.

Editée avec le soutien du
laboratoire

BEAUFOUR IPSEN

24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13
www.bipmed.com

ALN
éditions



Réalisation : Editions ALN