

A PROPOS D'UN CAS DE DYSKINÉSIE ŒSOPHAGIENNE D'ORIGINE SECONDAIRE

(PRÉSENTATION DES CLICHÉS)

par J. PRAÏ, J.-P. PEYRON, J. M. KAUFFMANN et C. MAILLOUX

Les clichés présentés sont ceux d'un retraité malgache de la Régie des Chemins de Fer âgé de 61 ans entré le 5 février 1964 à l'Hôpital Girard et Robic pour un moelena important qui avait altéré son état général.

Cet homme, sans passé pathologique, souffrait depuis 4 mois d'épigastalgies vagues, sans horaire, ni rythme, qui, dans les deux dernières semaines, s'étaient orientées vers un aspect ulcéreux.

Six jours après son admission et une fois son état général amélioré, ce malade est adressé dans le Service d'Electro-Radiologie pour un bilan gastro-duodénal.

Et, en plus d'un magnifique ulcus bulbaire signé en semi-réplétion par une tache barytée résiduelle constante accompagnée d'un aplatissement du bulbe, d'une duodénite de D2, d'un rétrécissement de la pièce d'union bulbo-duodénale, on découvre que, sur toute sa longueur, l'œsophage présente un aspect en « tire-bouchon » en « curling » des Anglo-Saxons.

L'étendue des images œsophagiennes a d'emblée laissé planer un doute dans notre esprit quant à leur organicité : il était évident qu'il ne s'agissait ni de diverticules rarement multiples, ni d'un cancer dont l'évolution rapidement fatale limite l'extension du processus, non plus d'œsophagite dont l'anamnèse est en général connue, mais le diagnostic se discutait pour certaines affections telles la myomatose diffuse nodulaire, les rétrécissements syphilitiques ou tuberculeux.

Et pour affirmer ou infirmer cette organicité, nous nous sommes adressés à la classique épreuve de l'inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle ; sous l'effet de ce spasmolytique, l'œsophage qui avait conservé toute sa souplesse, a repris les bords réguliers que nous lui connaissons, et son volume a considérablement augmenté.

Il s'agissait donc bien d'une image fonctionnelle de l'œsophage faite de spasmes étagés.

Mais dans le cadre de cette origine fonctionnelle, deux cas devaient être envisagés :

— ou, la dyskinésie œsophagienne essentielle décrite par BARSONY et TESHENDORF, trop rarissime pour être admise « à priori » et sans réserve ;

— ou, ainsi que déjà signalé par HILLEMAND, lorsqu'il existe un ulcus bulbaire la dyskinésie secondaire : spasmes étagés réflexes de l'œsophage, syndrome exceptionnel mais d'existence possible au même titre que le « doigt indicateur » face à un ulcus de la petite courbure gastrique.

Restait pour vérifier cette dernière hypothèse à attendre qu'un traitement anti-ulcéreux médical en apportant une amélioration radiologique des images bulbaires, supprime ces spasmes réflexes.

Après trois semaines d'hospitalisation, nous avons revu ce malade et l'amélioration radiologique était manifeste : le bulbe se remplissait correctement, reprenait sa forme triangulaire en « mitre d'évêque » persistait la zone rétrécie de la pièce d'union et signe possible d'une lésion déjà organisée plus ancienne.

Parallèlement, et sans antispasmodique, l'œsophage avait repris son aspect quasi-normal.

Il s'agissait donc bien d'un phénomène spasmodique étagé de l'œsophage lié à la lésion bulbaire.

Cette présentation de clichés sans visée pathogénique n'a d'autre but que de montrer l'existence d'un phénomène très peu fréquent : une dyskinésie œsophagienne liée à un ulcus du bulbe.

**Travail du Service de Radiologie (Dr. PRAT)
et des Services médicaux (Dr. CHARMOT)
de l'Hôpital Girard et Robic.**

R É S U M É

Présentation de clichés d'une image typique mais rare d'un cas de dyskinésie œsophagienne (œsophage en « tire-bouchon ») secondaire à l'ulcus du bulbe, dont la preuve de l'origine spasmodique a été faite par l'épreuve au nitrite d'amyle et de son origine réflexe par le traitement médical de l'ulcus.

