

Quand l'œsophage est à l'origine d'une douleur thoracique non cardiaque

par Raymond Bourdages

Vous prescrivez à Marie, qui vous consulte pour des douleurs rétrosternales non cardiaques, un inhibiteur de la pompe à protons à prendre deux fois par jour. Êtes-vous convaincu d'avoir pris la bonne décision ? Auriez-vous plutôt dû entreprendre une exploration du tube digestif ?

UNE FEMME D'AFFAIRES DE 46 ANS consulte à l'urgence pendant la nuit, et ce, à deux reprises en quelques semaines, pour une douleur rétrosternale irradiant au cou. Cette dernière a été soulagée par de la nitroglycérine sublinguale la première fois, et par un antiacide avec xylocaïne visqueuse la deuxième fois. L'anamnèse révèle qu'elle a des douleurs semblables depuis deux mois. Elles sont périodiques, postprandiales, et se manifestent parfois à l'effort, accompagnées de palpitations et de diaphorèse. Il n'y a par ailleurs aucun signe évocateur de trouble digestif, et l'examen clinique ne révèle aucune anomalie.

La douleur thoracique non cardiaque (DTNC) se définit comme une douleur rétrosternale de type « angineux », sans anomalie visible à l'exploration cardiaque. Soulignons toutefois qu'une angine microvasculaire peut toujours passer inaperçue à la coronarographie.

Osler¹ a été le premier à suggérer, en 1892, que l'œsophage pouvait être à l'origine de douleurs thoraciques. Selon les études, de 23 à 80 %² des patients ayant une DTNC souffrent de différentes maladies œsophagiennes pouvant contribuer à leurs symptômes. La DTNC est un problème fréquent, compte tenu du fait que 30 % des coronarographies ne montrent aucune lésion ou des lésions minimales³. Heureusement, le taux de mortalité à long terme de la DTNC est inférieur à 1 % à 10 ans⁵, mais la morbidité demeure élevée, car plusieurs patients restreignent leurs activités de crainte d'être atteints malgré tout d'une maladie coronarienne. La physiopathologie de la douleur œsophagienne

Le Dr Raymond Bourdages, gastro-entérologue, exerce à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

T A B L E A U I

Symptômes indiquant une origine œsophagienne plutôt que cardiaque

	Cœur %	Œsophage %
Douleur nocturne	25	60
Douleur prolongée (plusieurs heures)	25	78
Douleur en position couchée	19	61
Douleur soulagée par un antiacide	9	44
Douleur accentuée aux repas	6	39

est expliquée dans l'encadré.

Quels éléments de l'anamnèse nous orientent vers une cause digestive ?

Les symptômes les plus typiques du trouble œsophagien provoquant une douleur thoracique incluent la dysphagie, l'odynophagie, la régurgitation et les brûlures rétrosternales. Les patients ayant une dysmotilité œsophagienne ont par ailleurs souvent une dysphagie au moment où la douleur thoracique se manifeste.

Une étude effectuée par Alban-Davies¹³ sur des patients ayant consulté à l'urgence pour une DTNC confirme que ces symptômes permettent de distinguer la douleur œsophagienne de la douleur cardiaque (tableau I). Selon cette étude, l'irradiation de la douleur au bras gauche et la sensation de serrement ne s'avèrent pas d'une grande valeur pour en préciser l'origine (ces symptômes étaient présents dans 92 % des cas de douleur d'origine cardiaque, et dans 83 %

Physiopathologie de la douleur œsophagienne

La douleur provient de la stimulation de différents récepteurs de la paroi œsophagienne qui transmettent leurs signaux au système nerveux central. Il y a trois types de récepteurs sensitifs, soit les chimiorécepteurs, stimulés par des substances irritantes telles que l'acide ou la bile, les mécanorécepteurs, qui perçoivent la distension œsophagienne, la dysmotilité ou l'infiltration (néoplasie), et les thermorécepteurs, qui perçoivent le degré de température des produits en contact avec la muqueuse.

Reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien demeure la cause la plus fréquente de la douleur œsophagienne. La preuve en est que les inhibiteurs de l'acide chlorhydrique (anti-HCl) soulagent efficacement les symptômes.

Dysmotilité

Pendant plusieurs années, on a pensé que la dysmotilité œsophagienne était la cause des DTNC, les mécanorécepteurs étant stimulés par les contractions anormales de la paroi œsophagienne. Cependant, la stimulation de ces récepteurs (qui sont situés dans la couche musculaire longitudinale) par une distension subite ou graduelle à l'aide d'un ballonnet placé dans l'œsophage n'a pas montré de différence significative dans la perception de la douleur des sujets témoins et des patients souffrant de DTNC^{6,7}. De plus, la corrélation entre les anomalies de la motilité œsophagienne objectivées à la manométrie statique ou ambulatoire et les accès de douleurs thoraciques est faible⁸.

Hypersensibilité viscérale

Certains patients souffrant d'une DTNC ont une hypersensibilité viscérale non seulement œsophagienne, mais généralisée. L'hypersensibilité viscérale est une perception viscérale anormalement élevée, indépendamment de l'intensité du stimulus périphérique. Les patients ont un seuil de tolérance diminué à la distension œsophagienne par ballonnet, comme les patients souffrant d'un syndrome du côlon irritable (à la distension rectale par ballonnet), d'où le terme « œsophage irritable »⁹. Ainsi, un stimulus physiologique de l'œsophage comme un reflux d'acide entraîne une douleur thoracique.

Aspect psychologique

Les patients souffrant d'une DTNC, tout comme ceux qui souffrent d'un syndrome du côlon irritable, ont une incidence accrue de maladies psychiatriques incluant l'anxiété, la somatisation, la dépression et le trouble panique¹⁰. Le trouble panique est le problème le plus fréquent : il affecte de 25 à 57 % des patients souffrant d'une DTNC¹¹.

des cas de douleur d'origine œsophagienne). Il est important de retenir que les symptômes de reflux gastro-œsophagien (RGO) peuvent survenir à l'effort, mais qu'ils apparaissent en général plus de 10 minutes après l'arrêt de l'exercice.

Le *tableau II* présente un éventail d'affections pouvant avoir une sémiologie semblable à celle de la DTNC.

Les maladies œsophagiennes sont la cause de la DTNC dans 50 à 60 % des cas.

Plus de 50 % des douleurs thoraciques non cardiaques sont d'origine œsophagienne.

Environ 50 % des patients souffrant d'une douleur thoracique non cardiaque ont des symptômes liés au reflux gastro-œsophagien.

Environ 50 % des patients souffrant d'une DTNC ont des symptômes liés au RGO. La pH-métrie œsophagienne ambulatoire des 24 heures effectuée dans le cadre d'études a montré une relation directe entre un reflux anormal d'acide et l'apparition des symptômes. Certains patients ressentent la même douleur à une exposition normale ou physiologique d'acide, ce qui évoque une hypersensibilité viscérale ou un œsophage irritable. Il faut également retenir que le RGO et la maladie coronarienne sont des affections fréquentes et peuvent coexister chez le même patient.

La manométrie œsophagienne ne montre des anomalies que chez seulement 28 % des patients souffrant d'une DTNC. Par ordre d'importance, on trouve l'œsophage casse-noisette (ondes péristaltiques de forte amplitude supérieures à 180 mmHg), les anomalies non spécifiques, les spasmes diffus de l'œsophage, l'hypertension du sphincter inférieur de l'œsophage et l'achalasie. Les spasmes diffus sont souvent évoqués subjectivement dans les DTNC, mais demeu-

rent en général un diagnostic « fourre-tout ». En effet, la corrélation est faible entre les problèmes de dysmotilité et les douleurs thoraciques, de même qu'entre l'importance des anomalies vues à la manométrie et l'intensité des symptômes. D'ailleurs, plusieurs auteurs croient que la majorité de ces dysmotilités (à l'exception de l'hypertension du sphincter inférieur de l'œsophage et de l'achalasie) sont des épiphénomènes associés au reflux d'acide.

Le trouble panique, l'anxiété et les autres problèmes psychologiques peuvent être les seuls éléments responsables de la DTNC, comme pour le syndrome du côlon irritable. Une perception viscérale anormale associée à des troubles psychologiques peut contribuer à l'hyperalgie viscérale chez ces patients.

Comment explorer la DTNC ?

Il est d'abord prioritaire d'exclure une maladie coronarienne avant de considérer les symptômes comme une DTNC. Incidemment, chez notre patiente, les résultats du dosage des enzymes cardiaques et de l'électrocardiogramme (ECG) étaient normaux, et celui de l'épreuve d'effort était équivoque, mais la coronarographie n'avait révélé aucune anomalie.

Malgré la faible mortalité associée à la DTNC, il est important de bien évaluer les patients qui en souffrent à cause du coût des examens d'investigation et de la morbidité qui y est associée. De plus, lorsqu'on rassure les patients en leur disant que leurs symptômes ne sont pas d'origine cardiaque, ils améliorent leurs capacités fonctionnelles et ont moins recours aux ressources médicales.

Autant l'anamnèse est importante dans l'exploration diagnostique d'une DTNC, autant l'examen clinique en général est peu révélateur, sauf pour la douleur de la cage thoracique.

Le test à l'IPP (inhibiteur de la pompe à protons). En l'absence de signes et symptômes d'alarme (*tableau III*), il est préférable de donner un traitement empirique avec un antisécrétoire d'acide chlorhydrique (anti-HCl) plutôt que de recourir d'abord à une série d'examens d'investigation. Cette approche offre un bon rapport coût-bénéfice, puisque le RGO est la cause œsophagienne la plus fréquente de DTNC, et la plus facile à traiter.

Les examens de laboratoire (formule sanguine, dosage des enzymes hépatiques et pancréatiques), la radiographie pulmonaire, l'échographie de l'abdomen supérieur peuvent être utiles pour exclure les causes de DTNC autres qu'œsophagiennes.

T A B L E A U II

Diagnostic différentiel de la DTNC

Trouble œsophagien	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ RGO ⦿ Dysmotilité ⦿ Hyperalgie viscérale
Trouble pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Pleurésie ⦿ Embolie pulmonaire
Trouble cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Péricardite
Problème musculosquelettique	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Xiphoidite ⦿ Syndrome de Tietze (costochondrite) ⦿ Fibromyalgie
Trouble biliaire ou pancréatique	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Calcul ⦿ Néoplasie
Problème psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Trouble panique ⦿ Anxiété

T A B L E A U III

Symptômes et signes d'alarme de la DTNC

- ⦿ Dysphagie
- ⦿ Odynophagie
- ⦿ Hémorragie (anémie)
- ⦿ Perte de poids
- ⦿ Apparition des premiers symptômes à 50 ans

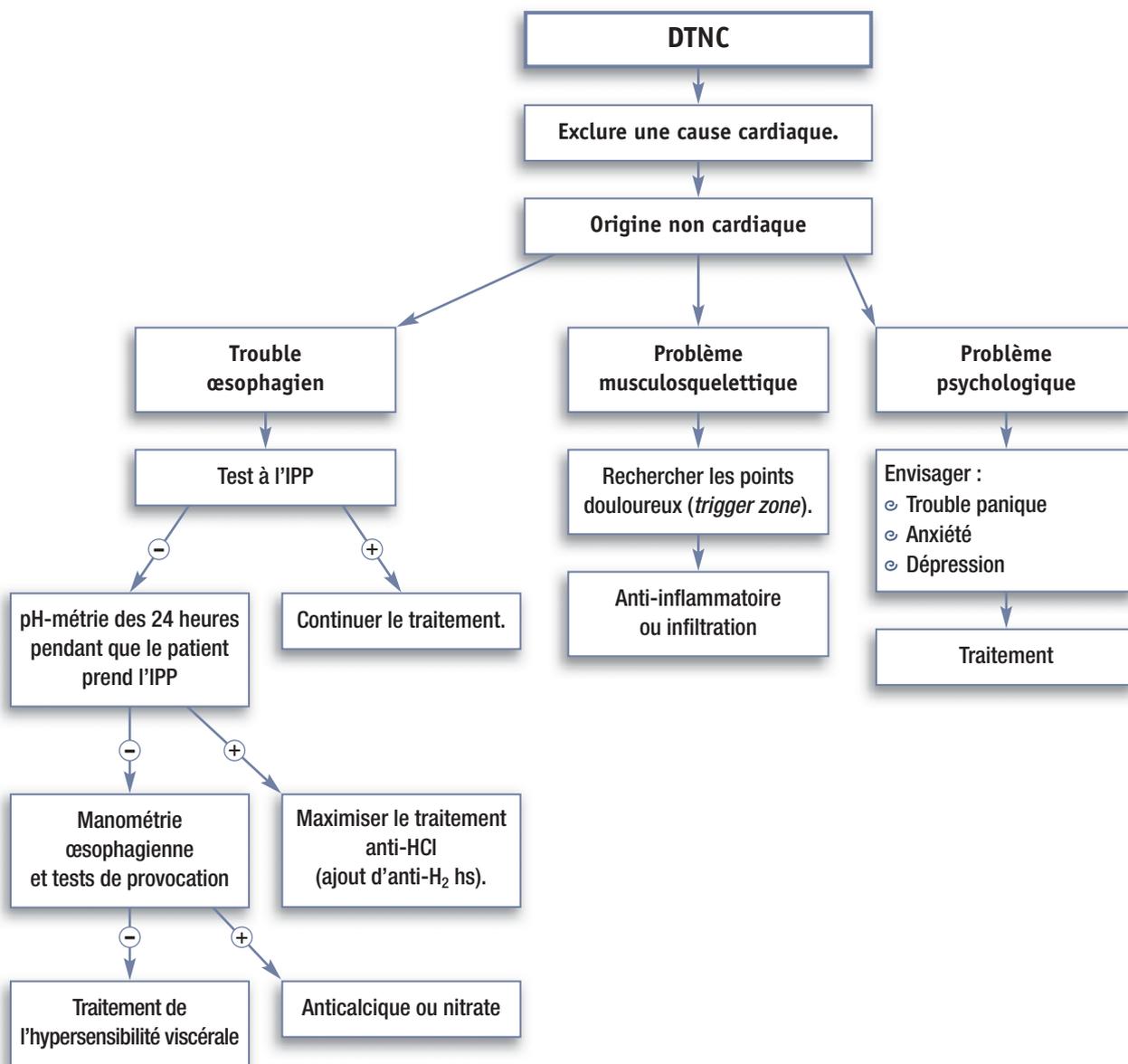
La radiographie pulmonaire peut révéler des maladies du médiastin, des poumons, ou une hernie hiatale. Cependant, un œsophage dilaté avec un niveau liquide laisse soupçonner une achalasie.

L'échographie abdominale et le dosage des enzymes hépatiques et pancréatiques au moment des douleurs peuvent nous orienter vers une cause biliaire ou pancréatique.

Le repas baryté, à cause de sa faible sensibilité et de sa faible spécificité pour détecter un reflux gastro-œsophagien, n'a pas de rôle diagnostique, sauf dans les cas de dysphagie d'allure mécanique. Dans ce cas, la déglutition d'une tablette de baryum ou d'une gorgée barytée avec un morceau de pain peut aider à trouver le lieu et la cause de la dysphagie.

Les tests diagnostiques spécifiques des troubles de l'œsophage sont la **pH-métrie ambulatoire des 24 heures**, l'**endoscopie des voies digestives hautes et la manométrie avec ou sans test de provocation** (Tensilon, ballonnet et perfusion d'acide). Le meilleur test diagnostique de la DTNC

Algorithme : marche à suivre face à une DTNC



56

est la pH-métrie ambulatoire des 24 heures associée à l'index des symptômes, car plus de la moitié des patients souffrant de DTNC ont des symptômes liés au reflux d'acide, même physiologique. Par contre, un enregistrement de pH normal sur 24 heures n'exclut pas d'emblée le reflux comme cause des symptômes. En l'absence de signes et symptômes d'alarme (tableau III), la sensibilité de l'endoscopie des voies digestives hautes est faible pour l'évaluation des DTNC, car

seulement de 10 à 25 % des patients ont une œsophagite¹⁴. En effet, chez 50 à 60 % des patients ayant un reflux, l'endoscopie œsophagienne ne révèle aucune anomalie.

La manométrie œsophagienne et les tests de provocation ont longtemps été la pierre angulaire de l'évaluation de la DTNC, servant surtout à la recherche de spasmes diffus de l'œsophage ou d'une hypotonie du sphincter œsophagien inférieur (SOI). Cependant, les études récentes ont

montré que ces différents examens ne désignaient l'œsophage comme cause probable des symptômes que dans le quart des cas¹². L'hypotonie du SOI peut certainement contribuer au RGO, mais elle ne confirme pas nécessairement que la DTNC est liée au reflux. Si la réponse au traitement du RGO est sous-optimale (*figure*), il faut refaire la pH-métrie œsophagienne des 24 heures pendant que le patient prend l'IPP.

L'exploration cardiaque n'ayant montré aucune anomalie, notre patiente a essayé un IPP, qu'elle prend une fois par jour avant le déjeuner. Ses symptômes ont été soulagés de 50 %. Une étude du pH œsophagien alors qu'elle prenait son IPP a montré des fenêtres d'acidité en milieu de journée et la nuit. L'endoscopie des voies digestives hautes a révélé une légère œsophagite. Par la suite, on a augmenté sa posologie d'IPP à deux fois par jour, et ses symptômes sont soulagés depuis.

Quelle est l'approche thérapeutique de la DTNC ?

Test à l'IPP

Il est recommandé de prescrire un IPP à prendre deux fois par jour, le matin et au soir, pour deux à quatre semaines au moins. Quatre-vingt-dix pour cent des symptômes de RGO sont soulagés par un traitement aux IPP. Si les symptômes persistent, le patient devrait être adressé à un service spécialisé pour subir une pH-métrie œsophagienne ambulatoire des 24 heures pendant qu'il prend l'IPP. Si elle montre des fenêtres d'acidité, surtout la nuit, on ajoutera un antagoniste du récepteur H₂ de l'histamine (anti-H₂) au coucher. La sensibilité et la spécificité du test à l'IPP sont impressionnantes : elles sont de 78 et de 86 % respectivement. Cette approche peut entraîner une réduction d'environ 60 % du nombre de tests diagnostiques.

Les relaxants de la musculature lisse du tube digestif pour le traitement des troubles de motilité œsophagienne sont surtout les nitrates et les inhibiteurs calciques. Peu d'études ont démontré leur efficacité pour le traitement de la DTNC, et la décision de les prescrire revient au spécialiste. Ces médicaments devraient en effet être réservés aux patients ayant une dysmotilité primaire de l'œsophage

Chez plus de 50 % des patients ayant un reflux, l'endoscopie œsophagienne ne révèle aucune anomalie.

R E P È R E

T A B L E A U IV

Hypersensibilité viscérale : traitement médicamenteux

Antidépresseurs tricycliques

- Imipramine : 10 à 25 mg hs
- Amitriptyline : 10 à 25 mg hs
- Désipramine : 50 mg hs
- Trazodone : 50 à 100 mg hs

Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)

- Chlorhydrate de paroxétine : 10 à 20 mg le matin
- Chlorhydrate de sertraline : 25 à 50 mg le matin

Benzodiazépines

- Alprazolam : 0,25 mg 2 à 3 fois par jour (surtout s'il y a un trouble panique)

bien objectivée par des tests manométriques.

L'approche thérapeutique de l'hypersensibilité viscérale chez les patients souffrant d'une DTNC est sensiblement la même que celle du syndrome du côlon irritable. Les antidépresseurs tricycliques à faible dose sont efficaces (*tableau IV*) à cause de leurs propriétés neuromodulatrices et d'analgésie viscérale¹⁵. D'ailleurs, 75 % des patients souffrant d'une DTNC qui ne répondent pas complètement à la thérapie antireflux répondent aux antidépresseurs tricycliques¹⁶.

La psychothérapie est à envisager devant un échec thérapeutique. Plusieurs études ont montré que de 35 à 60 % des patients souffrant de DTNC ont un trouble panique qui aggrave leur hypersensibilité viscérale.

Si la douleur est de type musculosquelettique, c'est-à-dire reproductible à la palpation, on doit d'abord rassurer le patient et envisager une analgésie avec de l'acétaminophène, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou une infiltration locale. ☞

Date de réception : 15 octobre 2001.

Date d'acceptation : 18 novembre 2001.

Mots clés : reflux gastro-œsophagien, dysmotilité, hypersensibilité viscérale, panique, inhibiteur de la pompe à protons.

Bibliographie

1. Osler W. *The Principle and Practice of Medicine*. New York: Appleton, 1892.
2. Richter J, Bradley C, Castell D. Esophageal chest pain: Current controversies in pathogenesis, diagnosis and therapy. *Ann Intern Med* 1989; 110: 66-78.
3. Nevens F, Janssens J, Piessens J, et al. Prospective study on prevalence of esophageal chest pain in patients referred on an elective basis to a

S U M M A R Y

Non-cardiac chest pain from esophageal origin. The thoracic pain of unknown origin is a frequent and increasing problem that the family physician can manage by following the algorithm suggested in this article. After excluding a cardiac cause for the chest pain, the PPI test (BID for 2 or 4 weeks) is the best approach. With a sensitivity of 78% and specificity of 86%, this test will often avoid unnecessary investigations such as upper GI endoscopy, esophageal pH monitoring and manometry or psychological evaluation.

Key words: gastroesophageal reflux, dysmotility, visceral hypersensitivity, panic, PPI.

- cardiac unit for suspected myocardial ischemia. *Dig Dis Sci* 1991 ; 36 : 229-35.
4. Achem S, DeVault K. Recent developments in chest pain of indetermined origin. *Curr Gastroenterol Rep* 2000 ; 2 : 201-9.
 5. Chambers JBC. Chest pain with normal coronary anatomy: a review of natural history and possible etiologic factors. *Progr Cardiovasc Dis* 1990 ; 33 : 161-84.
 6. Richter J, Barish C, Castell D. Abnormal sensory perception in patients with esophageal chest pain. *Gastroenterology* 1986 ; 91 : 845-52.
 7. Patterson W, Wang H, Vanner S. Increasing pain sensation to repeated esophageal balloon distension in patients with chest pain of undetermined etiology. *Dig Dis Sci* 1995 ; 40 : 1325.
 8. Achem S, Crittenden J, Kolts B, Burton L. Long-term clinical and manometric follow-up of patients with non specific esophageal motor disorders. *Am J Gastroenterol* 1992 ; 87 : 825-30.
 9. Janssens J, Vantrappen G. Irritable esophagus. *Am J Med* 1992 ; 92 : 27S-32S.
 10. Richter J, Obrecht W, Bradley L, et al. Psychologic comparison of patients with nutcracker esophagus and irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1986 ; 31 : 131-8.
 11. Clause RE, Lustman PJ. Psychiatric illness and contraction abnormalities of the esophagus. *N Engl J Med* 1982 ; 309 : 1337-42.
 12. Alban-Davies H. Anginal pain of esophageal origin: clinical presentation, prevalence and prognosis. *Am J Med* 1992 ; 92 : 5S-10S.
 13. Alban-Davies H, Jones D, Rhoades J, et al. Angina like esophageal pain: differentiation from cardiac pain from history. *J Clin Gastroenterol* 1985 ; 7 : 477-81.
 14. Hsia P, Maher K, Lewis J, et al. Utility of upper endoscopy in the evaluation of non cardiac chest pain. *Gastrointest Endosc* 1991 ; 37 : 22-6.
 15. Camilleri M. Review article: Clinical evidence to support current therapies of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1999 ; 13 : 48-53.
 16. Prakosh C, Clause RE. Long-term outcome from tricyclic antidepressant treatment of functional chest pain. *Dig Dis Sci* 1999 ; 44 : 2373-9.
 17. Fang J, Birkman D. A critical approach of non cardiac chest pain: pathophysiology, diagnosis, treatment. *Am J Gastro* 2001 ; 4 : 958-68.