



## Cas clinique

### Ostéophytes cervicaux – une cause rare de dysphagie

Cervical osteophytes – a rare cause of dysphagia

NI Lengane\*<sup>1</sup>, MJM Some<sup>2</sup>, ZD Ouattara<sup>3</sup>, K Sanogo<sup>2</sup>, BP Ouedraogo<sup>4</sup>

#### Résumé

Les ostéophytes cervicaux sont fréquents, mais une dysphagie liée à la compression pharyngo-œsophagienne par les ostéophytes est rare. Nous rapportons un cas de dysphagie cervicogénique liée à des ostéophytes vertébraux. La nasofibroscope et l'imagerie médicale ont permis le diagnostic. Le patient a bénéficié d'un traitement conservateur.

Mots clés: dysphagie ; ostéophytes ; vertèbres cervicales ; compression œsophagienne.

#### Abstract

Cervical osteophytes are common, but dysphagia associated with pharyngo-oesophageal compression by osteophytes is rare. We report a case of cervicogenic dysphagia due to vertebral osteophytes. Flexible rhinolaryngoscopy and medical imaging enabled the diagnosis. The patient was managed by conservative treatment.

Keywords: dysphagia; osteophytes; cervical spine; oesophageal compression.

#### Introduction

La déglutition est un processus complexe qui permet

la progression du bol alimentaire de la bouche à l'estomac. La dysphagie désigne toutes anomalies qui entravent le processus de la déglutition [1]. Les pathologies dégénératives du rachis cervical peuvent produire des ostéophytes et des lésions hypertrophiques. Les ostéophytes cervicaux sont fréquents, mais une dysphagie liée à la compression pharyngo-œsophagienne par les ostéophytes est rare [2].

Nous rapportons un cas de dysphagie cervicogénique liée à des ostéophytes vertébraux.

#### Cas clinique

Un patient de 80 ans fut admis dans le service ORL pour une dysphagie haute progressive aux solides, évoluant depuis 5 mois. Le patient n'avait pas d'antécédent particulier. Il ne consommait ni alcool ni tabac. L'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx était normal. L'examen nasofibroscopique retrouvait une voussure étagée de la paroi pharyngée postérieure, débutant à la hauteur du bord supérieur de l'épiglotte et s'étendant jusque dans la région hypopharyngée (fig 1). La mobilité du larynx était conservée. On ne notait aucune lésion suspecte d'un processus néoplasique.

La radiographie standard du rachis cervical de profil retrouvait des ostéophytes marginaux antérieurs de C4, C5, C6 et C7. Le transit œsogastroduodéal n'a pu être réalisé car indisponible dans notre hôpital (fig 2). Le patient a bénéficié d'une prise en charge conservatrice basée sur les mesures hygiéno-diététiques avec une alimentation mixée, amollie, complémentée. La symptomatologie est restée stable de même que la courbe pondérale du patient au cours du suivi.

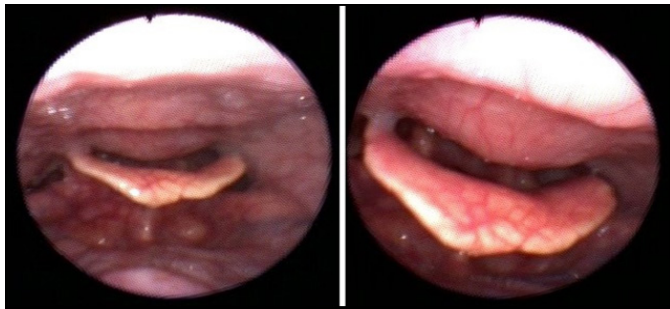


Figure 1 : Vue à la nasofibroskopie mettant en évidence un bombement étagé de la paroi postérieure du pharynx



Figure 2 : Radiographie du rachis cervical de profil mettant en évidence des ostéophytes marginaux antérieurs de C4, C5, C6 et C7 avec une voussure de la paroi postérieure du pharynx (flèche)

## Discussion

Les pathologies du rachis cervical qui peuvent entraîner des troubles de la déglutition (dysphagie

cervicogénique) regroupent le dysfonctionnement multiségmentaire chronique des articulations facettaires, les changements de courbure physiologique du rachis cervical, les pathologies dégénératives (ostéophytes antérieurs, hernie discale antérieure, cervicarthrose), les pathologies inflammatoires rhumatologiques, l'hyperostose vertébrale ankylosante, les traumatismes, les complications des chirurgie rachidienne, les malformations et les tumeurs [3]. Les ostéophytes cervicaux sont fréquents, mais une dysphagie liée à la compression pharyngo-œsophagienne par les ostéophytes est rare [2]. Ils sont en général asymptomatiques. Des manifestations douloureuses non spécifiques à type de cervicalgies sont possibles. Les signes neurologiques (névralgies, syndrome pyramidal, syndrome cordonal postérieur) sont exceptionnels, sauf en cas d'association à une hyperostose à développement vertébral postérieur [4]. Les symptômes spécifiques ORL sont variés. Le mode de révélation le plus courant est une gêne à la déglutition, d'évolution progressive. Il convient d'éliminer les autres causes de dysphagie (processus expansifs néoplasiques, traumatismes, troubles neurologiques, diverticules, sténoses pharyngées ou œsophagiennes) avant de retenir l'imputabilité d'une compression d'origine ostéophytique. La dysphagie liée à des ostéophytes cervicaux est d'apparition progressive, initialement sur les solides puis les liquides. Elle peut s'aggraver et entraîner une aphasie, avec perte de poids et altération de l'état général. Les signes laryngés décrits dans la littérature sont la dysphonie, le stridor ; une dyspnée, avec exceptionnellement une détresse respiratoire aiguë, est possible. Une toux et des fausses routes sont également rapportées [4, 5, 6].

Les ostéophytes vertébraux peuvent entraîner une dysphagie par plusieurs mécanismes. Il peut s'agir de la compression de l'œsophage ou du pharynx, la réduction de la mobilité de l'épiglotte, d'une limitation de l'élévation du larynx, d'une réaction inflammatoire du tissu para-œsophagien, de spasmes crico-pharyngiens [2, 4]. Il n'existe pas de corrélation rapportée entre la taille de l'ostéophyte et les

symptômes mais plutôt entre l'âge du patient et ses symptômes. Cela met en avant l'importance de la presbyphagie sous-jacente comme facteur contribuant à rendre symptomatique les ostéophytes cervicaux antérieurs [4].

Les examens complémentaires principalement décrits sont la radiographie standard de profil du rachis cervical, le transit œsogastroduodéal, la TDM cervical. Certains auteurs effectuent une IRM à la recherche d'atteintes médullaires [4].

Le traitement peut être conservateur par une modification de la consistance des aliments, une rééducation de la déglutition. La chirurgie est indiquée en cas d'échec du traitement conservateur [2].

## Conclusion

La pathologie dégénérative du rachis cervical est une pathologie non exceptionnelle, rencontrée électivement chez le sujet âgé. Elle est le plus souvent asymptomatique. Elle doit être discutée devant toute dysphagie haute surtout chez le sujet âgé. Le diagnostic repose sur la nasofibroskopie et l'imagerie médicale.

## \*Correspondance

Nogognan Ignace Lengane

[ignace210@yahoo.fr](mailto:ignace210@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 16 Novembre 2020

- 1 : Service ORL et Chirurgie Cervicofaciale; CHU Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso
- 2 : Service d'imagerie médicale ; CHU Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso
- 3 : Service d'hépatogastro-entérologie ; CHU Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso
- 4 : Service ORL et Chirurgie Cervicofaciale ; CHU Tingandogo ; Burkina Faso)

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Candelario N, Bryan K, Naranjo M. Cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) causing oropharyngeal dysphagia. *BMJ Case rep.* 2017.
- [2] Albayrak I, Bagcaci S, Salli A, Kucuksen S, Ugurlu H. A rare cause of dysphagia: compression of the esophagus by an anterior cervical osteophyte due to ankylosing spondylitis. *Korean J Intern Med.* 2013;28:614-8.
- [3] Chu ECP, Shum JSF, Lin AFC. Unusual Cause of Dysphagia in a Patient With Cervical Spondylosis. *Clin Med Insights Case Rep.* 2019; 12: 1 -3.
- [4] Lecerf P, Malard O. Comment diagnostiquer et traiter l'ostéophyse cervicale antérieure symptomatique. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2010 ; 127 : 137 – 42.
- [5] Karaarslan N, Gurbuz MS, Caliskan T, Simsek AT. Forestier syndrome presenting with dysphagia: case report of a rare presentation. *J Spine Surg.* 2017; 3(4): 723 – 6.
- [6] Lee JJ, Hong JY, Jung JH, Yang JH, Sohn JY. Recurrent Aspiration Pneumonia due to Anterior Cervical Osteophyte. *Korean J Crit Care Med.* 2017; 31(1): 75 - 8.

## Pour citer cet article :

NI Lengane, MJM Some, ZD Ouattara, K Sanogo, BP Ouedraogo. Ostéophytes cervicaux – une cause rare de dysphagie. *Jaccr Africa* 2020; 4(4): 206-208