



imagerieguilloz



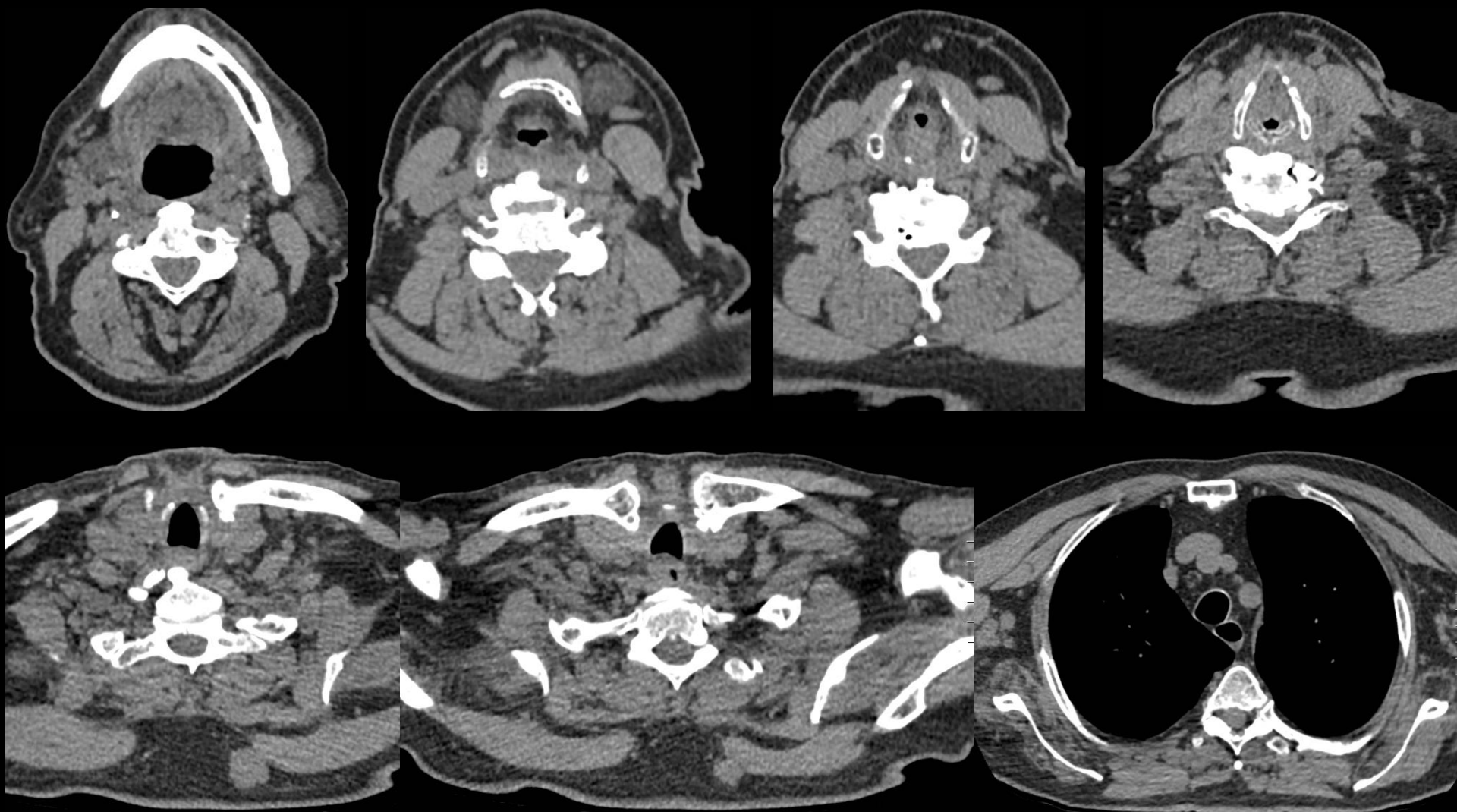
Un cas de DISHphagie

Homme de 69 ans

Dysphagie haute non améliorée malgré une thyroïdectomie pour goitre.

Gastroscopie : trajet en chicane de la région de la bouche de Killian, difficultés à l'insertion du fibroscope, pas de lésion suspecte de la muqueuse oesophagienne.

Marion Grandhaye IHN

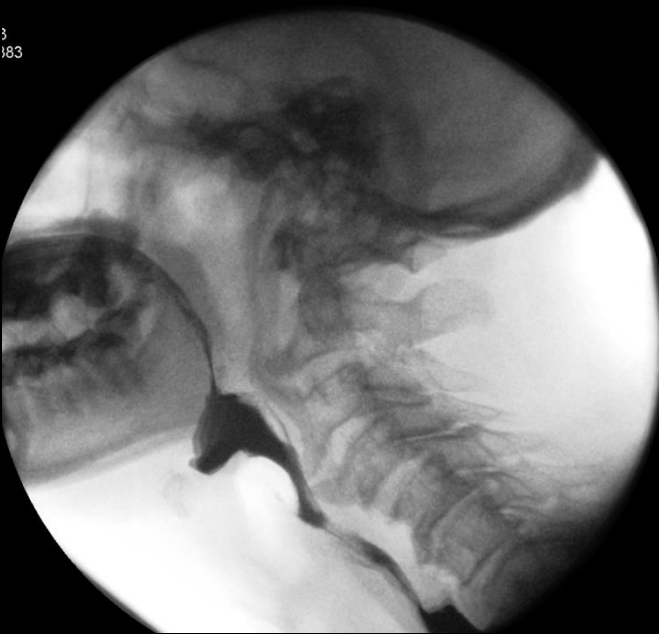


Les coupes axiales confirment le contact étroit entre la paroi postérieure de l'œsophage cervical et les ponts osseux intersomatiques antérieurs

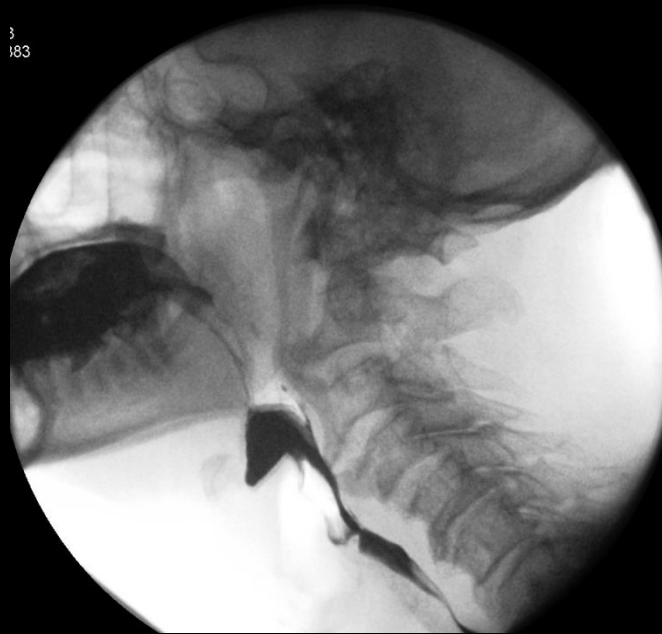


Les reformations sagittales montrent le contact os-bouche de Killian avec angulation nette à ce niveau

3
183



3
183



3
183



le transit pharyngo-oesophagien objective le contact étroit entre les enthèses ossifiées antérieures C3-C4 et la face postérieure de la bouche de Killian



Les reformations sagittales sont très explicites pour les rapports anatomiques tube digestif-os en C2-C3 et C3-C4

Maladie de Forestier et Rotes-Querol

Généralités

Décrite pour la première fois par Jacques Forestier et Jaume Rotes-Querol en 1950.

Correspond à une **ankylose non douloureuse** du rachis.

redéfinie sous le terme de " **DISH** " par Resnik en 1975

"Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis "

Coulée d'ossification des tissus peri-rachidiens englobant le ligament longitudinal commun antérieur.



Synonymes

Hyperostose vertébrale ankylosante (sénile)

Hyperostose vertébrale engainante

Ostéophytose vertébrale

DISH

Calcification généralisée juxta-articulaire des ligaments rachidiens

Spondylose déformante

Spondylose hyperostosante

Spondylorhéostose

Maladie de Forestier

Epidémiologie

6 à 12% des plus de 40ans

Caucasiens

Homme > Femme

Prévalence augmente avec âge (>50 ans)

Etiopathologie

Etiologie inconnue

Association avec l'obésité, le diabète et la goutte

+/- Intoxication fluorée et hypovitaminose A

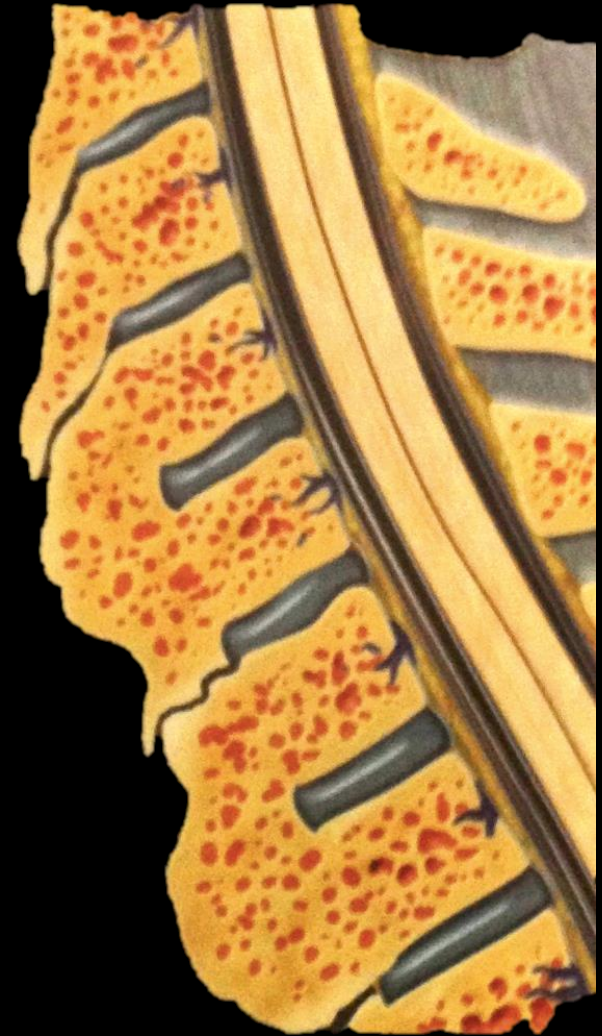
Clinique

Souvent de découverte fortuite, affection latente

Douleurs modérées du rachis

Raideur

Complications : neurologique (compression), oro-digestive.



Maladie de Forestier

Localisation

Ossification de la partie antérieure de l'anneau fibreux discal, du ligament commun vertébral antérieur et du tissu conjonctif adjacent.

Touchant principalement le **rachis dorsal bas** de T7 à T12. Prédominant à **droite**. Deux composantes continues : une coulée juxtacorporeale et des ponts osseux intervertébraux.

Les **autres sites de prédilection** : le rachis dorsal haut et le rachis lombaire. Au niveau du rachis lombaire, aspect exubérant " en flammes de bougie ". Le rachis cervical moins fréquemment touché, surtout en C5 et C6.

Les ossifications au rachis cervical et lombaire sont souvent discontinues (mobilité).

Les coulées sont plus épaisses à hauteur des espaces discaux



Imagerie

Critères radiologiques de Resnik:

- Ponts osseux reliant **quatre corps osseux contigus**.
- Conservation des espaces discaux.
- Pas d'érosion ni d'ankylose des sacro-iliaques ou des interapophysaires postérieures
- Prédominance antérieure de l'hyperostose**.



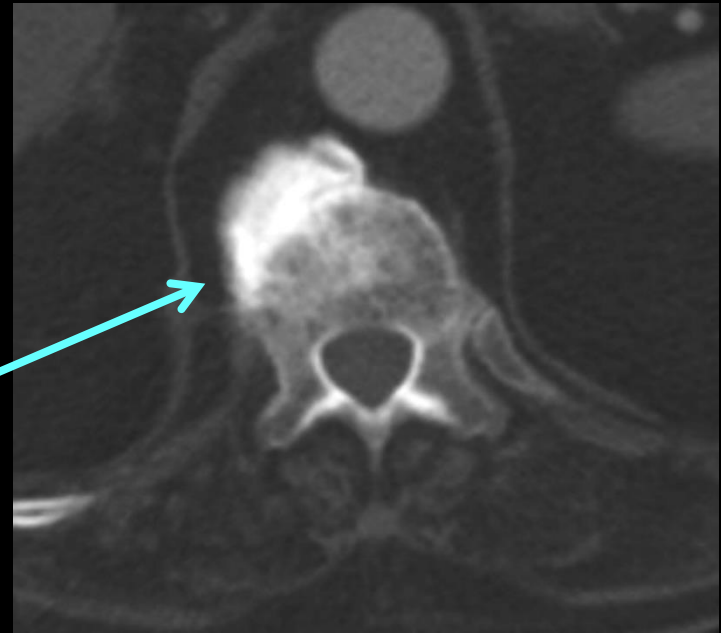
Radiographie et Scanner

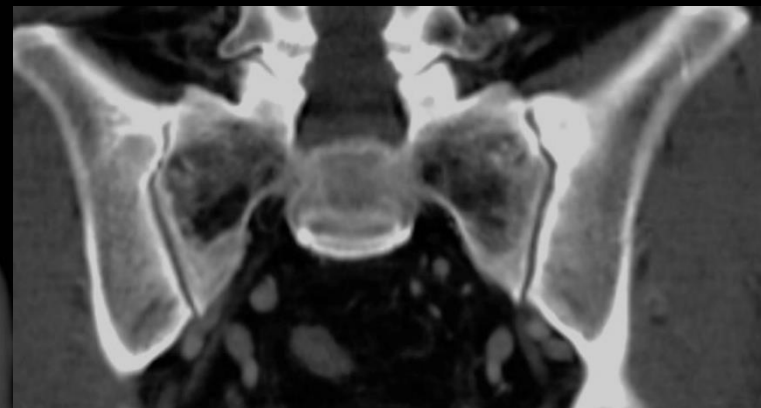
-**ossifications vertébrales antérieures floues**, +/- visualisation de la différence avec la corticale du corps vertébral.

-**prédominant à droite** (rapporté aux battements de l'aorte thoracique descendante qui empêcheraient le développement des ossifications sur le bord gauche)

-**disque articulaire préservé.**

-**pas d'érosion ni ankylose des sacro-iliaques ni des articulations zygapophysiales (interapophysiales postérieures)**

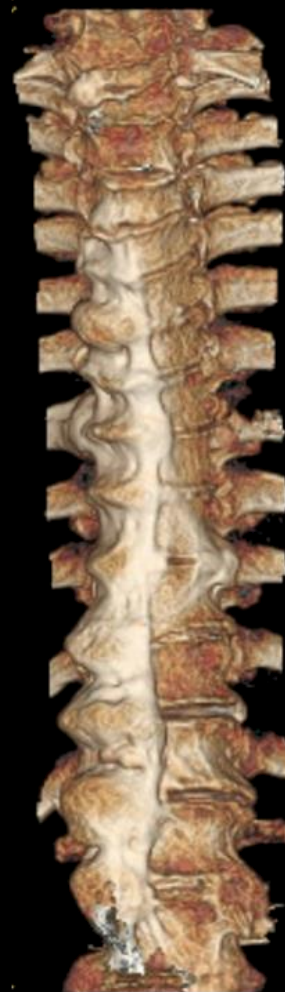
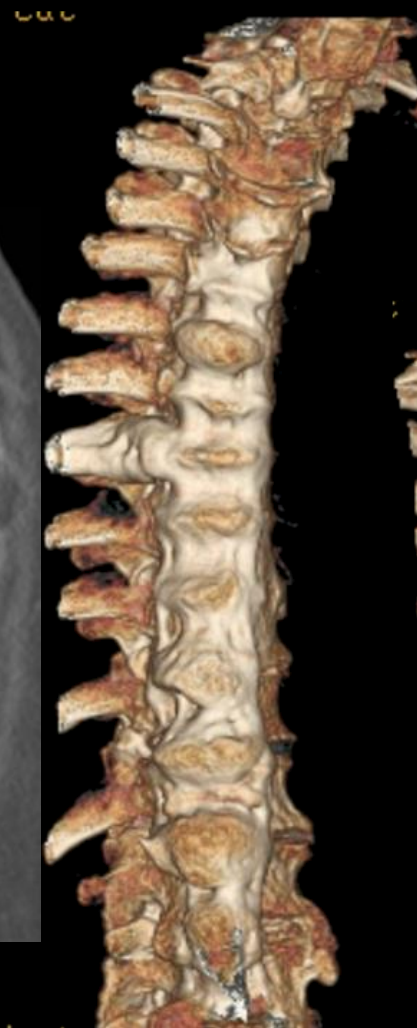




homme 57 ans



homme 84 ans ; ossifications latéro-somatiques bilatérales , prédominant à gauche !



IRM

Non nécessaire habituellement pour le diagnostic.

Ossifications floues, le long du corps vertébral antérieur.

Hypo ou isointense en T1 et hypointense en T2.

Minime rehaussement similaire au corps vertébraux après injection de gadolinium.





un diagnostic différentiel :
l'hyperostose rachidienne cervicale de
l'hypervitaminose A

*Wending D, Hafsaoui C, Laurain JM et al.
Dysphagia and hypervitaminosis A : cervical
hyperostosis Joint Bone Spine 2008*

Maladie de Forestier

Dysphagie dans la maladie de Forestier

Généralités

Dysphagie chez 0,1 à 6% des patients atteints de maladie de Forestier.

Dysphagie plus marquée pour les solides que pour les liquides

Amélioration par la flexion du rachis cervical et aggravation par l'extension du rachis.

Autres signes cliniques : sensation de corps étranger, odynophagie, otalgie reflexe, stase salivaire, dysphonie, dyspnée, apnées du sommeil, fausses routes.

L'endoscopie oesophagienne avec un endoscope souple pour ne pas blesser ou perforer l'œsophage.

-> évaluation de la compression et l'état trophique de la muqueuse pharyngo-oesophagienne.

Maladie de Forestier

Dysphagie dans la maladie de Forestier

Mécanismes

- Compression directe des ostéophytes sur le tractus digestif.
- Inflammation péri-oesophagienne et œdème par irritation pharyngo-oesophagienne.
- Ostéophytes enchâssés dans la paroi musculaire induisant des troubles du péristaltisme (stade plus tardif).

Les troubles de la déglutition sont plus précoces lorsque l'atteinte du rachis cervical se localise à proximité des points de fixation de l'œsophage (cartilage cricoïde).

Des fausses routes par blocage de la rétroversion physiologique de l'épiglotte peuvent se produire si les ostéophytes se développent au niveau de C4.

Maladie de Forestier

Dysphagie dans la maladie de Forestier

Traitement

Le traitement médical : antalgiques, anti-inflammatoire ou décontracturants musculaires soulagent 50 à 75% des patients.

Le traitement chirurgical est réalisé en cas d'échec ou lorsqu'un résultat rapide est nécessaire.

Abord antérolatéral du rachis et ablation de l'ostéophyte.

Permet la disparition de la dysphagie dans 90% des cas dans un délai d'un mois (peut persister une sténose inflammatoire de l'œsophage).

Take home message

-l'**hyperostose vertébrale engainante** ou **maladie de Forestier et Rotes-Queyrol** est une pathologie fréquente chez l'homme après 50 ans

-Donald Resnick en a bien précisé les critères diagnostiques en la re-décrivant sous le vocable de **DISH** pour **Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis**:

- .ponts osseux reliant **quatre corps osseux contigus**.

- .conservation des espaces discaux.

- .**pas d'érosion ni d'ankylose des sacro-iliaques ou des inter apophysaires postérieures**

- .**prédominance antérieure de l'hyperostose**.

-l'atteinte du rachis cervical peut être à l'origine de divers troubles dont une dysphagie haute d'origine essentiellement mécanique et inflammatoire que des esprits facétieux ont dénommée **DISHphagie** .

-l'imagerie morphologique , essentiellement par scanner et l'étude dynamique de la déglutition par transit opaque aux hydrosolubles iodés aident à préciser le mécanisme des troubles

-le traitement médical est efficace dans la grande majorité des cas