



ŒSOPHAGITE À ÉOSINOPHILES: DE LA PATHOLOGIE AU TRAITEMENT

Sabine ROMAN

Explorations Fonctionnelles Digestives

Lyon

LIENS D'INTERET

- Consultante: Dr Falk Pharma, Sanofi
- Bourse de recherche: Medtronic, Diversatek Healthcare

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Connaître la physiopathologie
- Connaître les explorations nécessaires au diagnostic
- Connaître les modalités thérapeutiques
- Connaître l'organisation et savoir organiser le suivi

OEsophagite à éosinophiles (OeE)

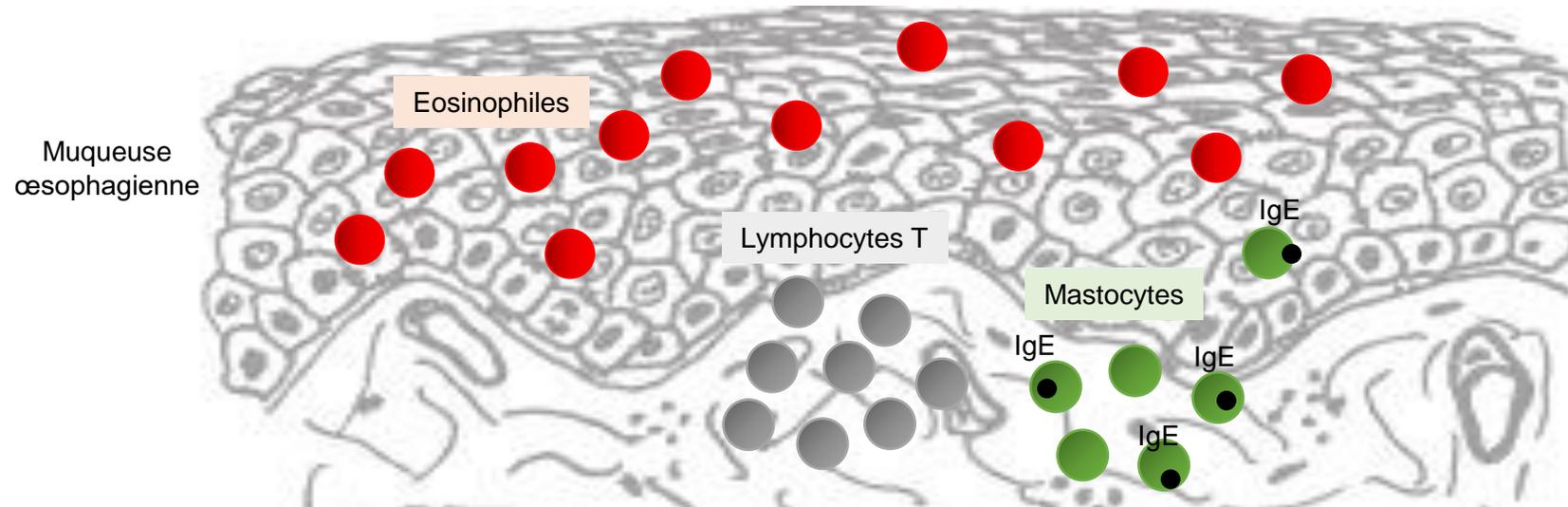
- Caractérisée par
 - ✓ Infiltrat inflammatoire à polynucléaires éosinophiles dans la muqueuse œsophagienne
 - ✓ Fibrose œsophagienne
- Première cause de dysphagie du sujet jeune
- Touche plus souvent l'homme que la femme
- Antécédents d'allergie sont fréquents

- Prévalence 50/100 000 habitants

Allergènes



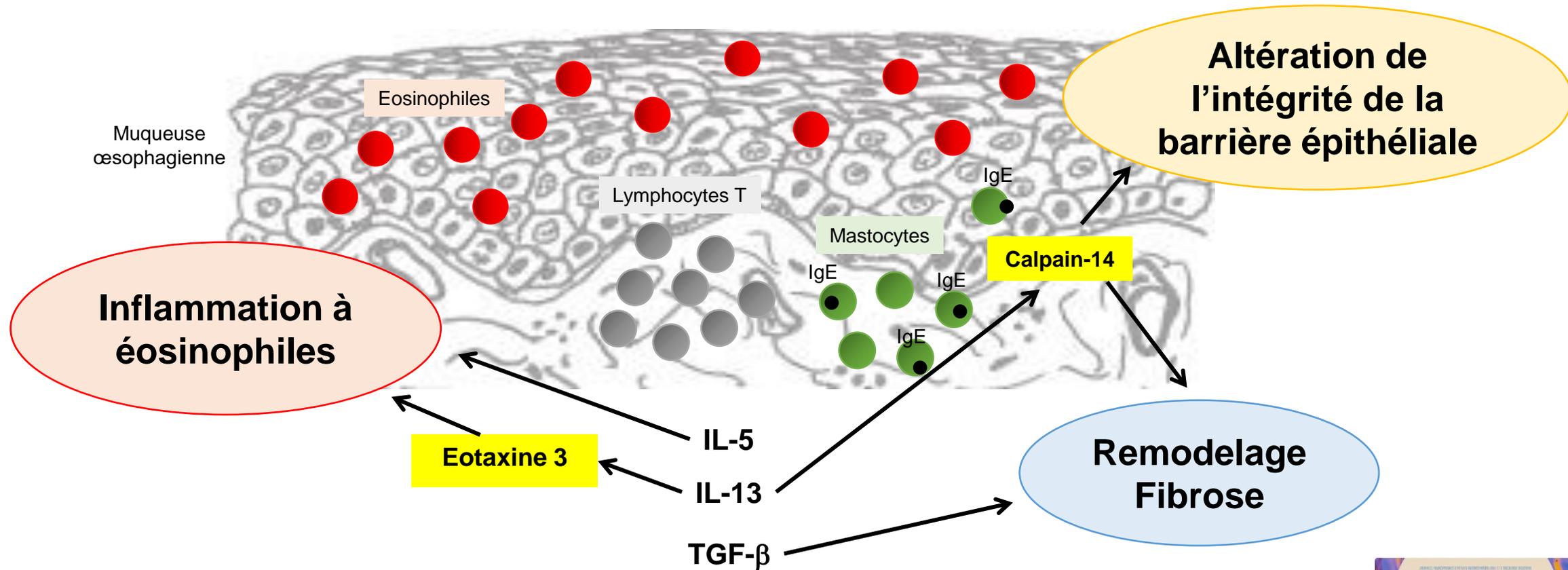
Œsophagite à éosinophiles
→ inflammation de type Th2



Allergènes



Œsophagite à éosinophiles → inflammation de type Th2



Facteurs environnementaux

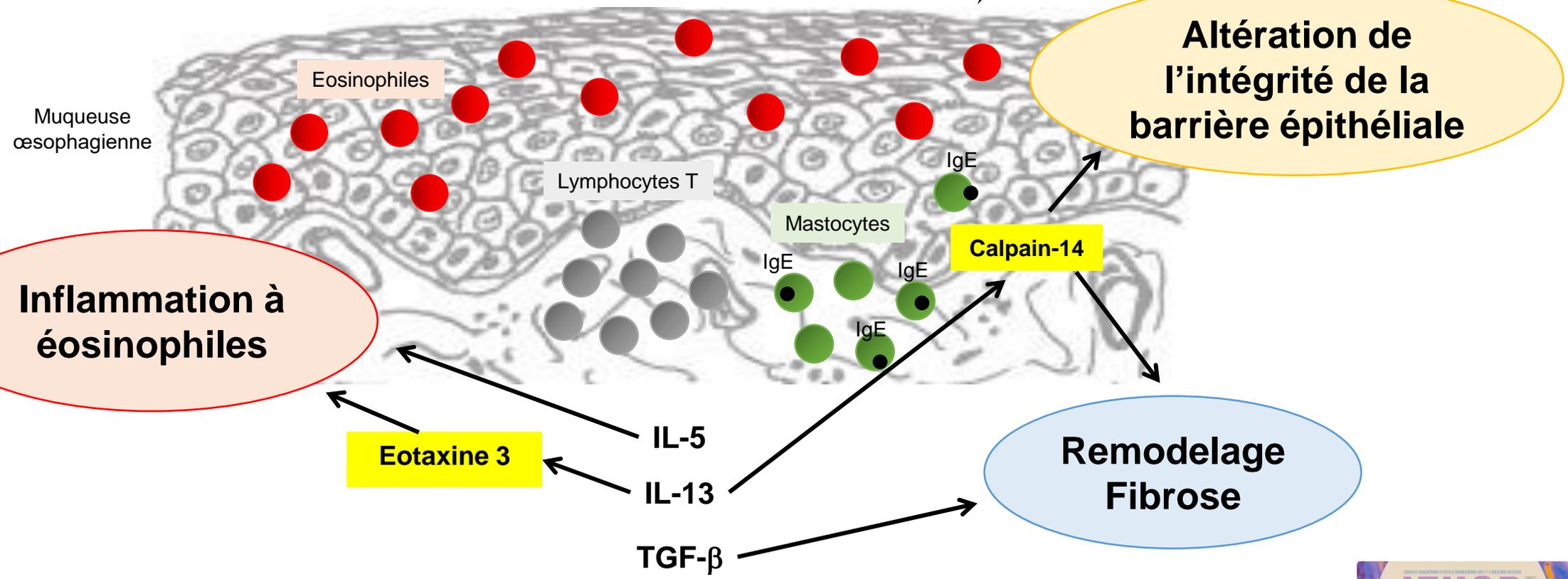
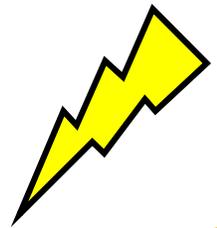
Allergènes



Dysbiose œsophagienne



RGO

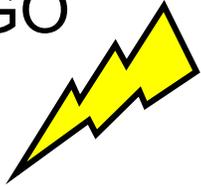


Adapté de O'Shea et al, Gastroenterology 2018



OeE, RGO et IPP

RGO



Augmentation de la perméabilité épithéliale

→ Facilite contact allergène – muqueuse

Rôle direct

→ Inflammation avec éosinophiles du tiers distal de l'œsophage exposé au RGO

→ Régression de l'éosinophilie si ttt du RGO par IPP

Mais... régression aussi de l'éosinophilie œsophagienne sous IPP même en l'absence de RGO → Effet anti-inflammatoire des IPP?

- ✓ RGO = co-facteur de survenue de l'OeE
- ✓ Pas nécessaire d'éliminer un RGO pour retenir le diagnostic d'OeE
- ✓ IPP sont un traitement de 1^{ère} ligne de l'OeE

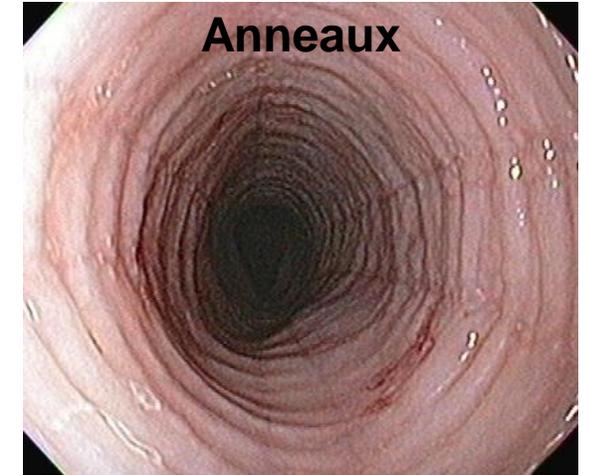
Comment diagnostiquer l'OeE?

- Présentation clinique
 - Dysphagie +++: 80% des patients
 - Impaction alimentaire: 30% des patients au moins 1 épisode avant le diagnostic
 - Douleurs thoraciques
 - Symptômes de RGO résistants aux IPP → souvent dysphagie associée
- Présentation un peu différente chez le jeune enfant

Quelles explorations?

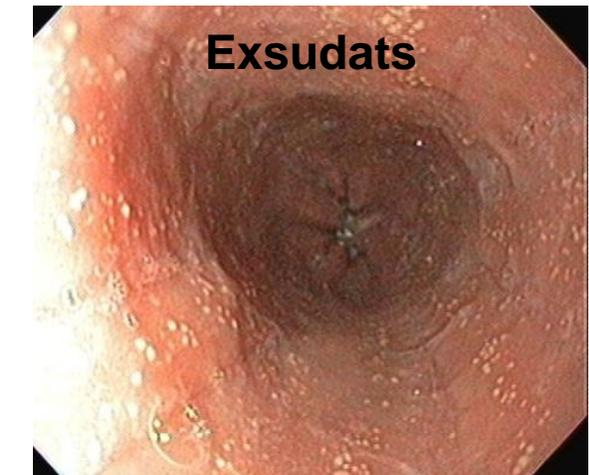
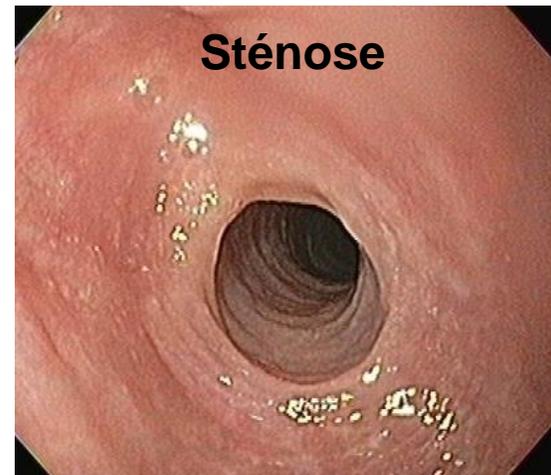
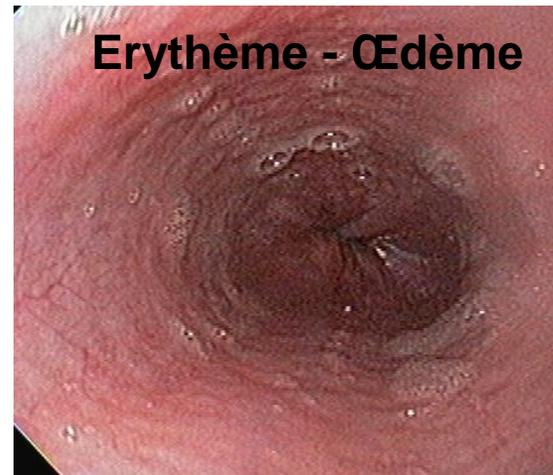
- **Endoscopie œso-gastro-duodénale**

Examen normal 10 à 30% des cas



- **Biopsies**

Si possible après 3 semaines d'arrêt des IPP



Biopsies œsophagiennes

- Au minimum 6 biopsies
- Au moins 2 sites différents de l'œsophage
- Pas nécessaire de mettre dans des flacons séparés

- A réaliser
 - Même si endoscopie normale
 - Si examen en urgence pour impaction alimentaire et OeE non connue chez le patient

Histologie

- Au moins 15 éosinophiles par champ à fort grossissement (60/mm²)
- Diagnostics différentiels
 - ✓ Gastroentérite à éosinophiles → biopsies gastriques et duodénales si signes évocateurs
 - ✓ Syndrome hyperéosinophilique (hyperéosinophilie sanguine et signes digestifs)
 - ✓ Achalasie
 - ✓ Maladie de Crohn
 - ✓ Autres: infection parasitaire, connectivite, hypersensibilité à un médicament

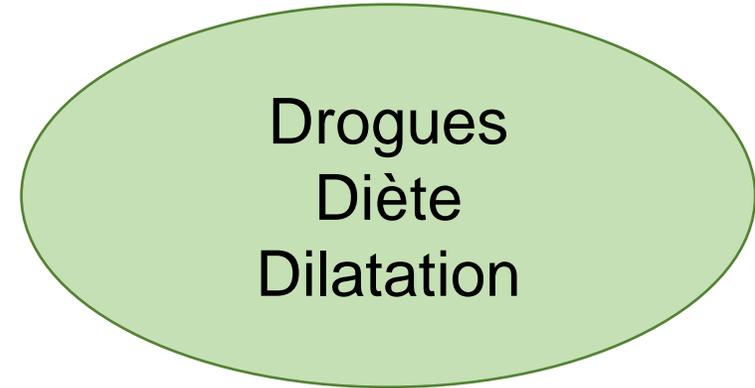
Autres explorations

- Bilan allergologique: NON
- Recherche de RGO: NON
- Manométrie œsophagienne: NON (dans le bilan initial)
- TOGD
 - Apprécier calibre de l'œsophage
 - Identification d'une sténose significative

Traitement

- Buts

- Soulager les symptômes
- Améliorer la qualité de vie
- Prévenir la survenue de la fibrose



- Evaluation de la réponse: clinique, endoscopique et histologique

Inhibiteurs de la pompe à protons

- Traitement de 1ère ligne
- Pas d'AMM
- IPP double dose (2 prises par jour)
- Ttt attaque 8 à 12 semaines puis entretien à dose minimale efficace
- Réponse chez 50% des patients après ttt d'attaque

Corticothérapie locale

- Traitement de 1ère ligne en Europe et aux USA
- Mais, en France, AMM du budésonide oro-dispersible « après échec des IPP »...
- Ttt attaque: budésonide orodispersible 1 mg matin et soir 8 à 12 semaines puis entretien 0,5 à 1 mg matin et soir
- Réponse chez 85% des patients après 12 semaines de ttt d'attaque
- Effets indésirables: candidose buccale

Régime d'éviction

- Traitement de 1ère ligne
- Régime empirique: éviction de 6, 4 ou 2 groupes d'aliments
tests allergologiques ne prédisent la réponse que dans 13% des cas
- Nécessité d'endoscopies et de biopsies répétées pour identifier les aliments en cause
- Encadrement par une diététicienne motivée
- Motivation du patient +++

Traitement endoscopique

- En cas de sténose(s) œsophagienne(s) ou d'œsophage de petit calibre persistant malgré le traitement médical
- Ballon ou bougie
- Combinaison possible au traitement médical en cas de sténose sévère

Que faire en cas d'échec?

Persistance des symptômes sous traitement

Endoscopie oeso-gastro-duodénale + Biopsies œsophagiennes

Pas de réponse histologique

Observance thérapeutique?

Oui

Essai des 3 traitements de 1^{ère} ligne

Toujours pas de réponse histologique

Centre de référence
Biothérapie
Diète élémentaire
Essai thérapeutique

Réponse histologique

Sténose / diminution du calibre de l'œsophage?

Oui

Non

Dilatation endoscopique

Envisager un autre diagnostic

Manométrie œsophagienne

Évolution et suivi

- Traitement « suspensif »: récurrence à l'arrêt du traitement (quel qu'il soit)
- Risque d'évolution vers la fibrose
 - ✓ Plus le délai diagnostique est long, plus le pourcentage de formes fibrosantes est important
- Traitement d'entretien au long cours
 - ✓ Enjeu: observance thérapeutique → mauvaise dans 42% des cas
 - ✓ Suivi régulier tous les 12 à 18 mois permettrait de réduire la survenue de sténoses (étude suisse)

POINTS FORTS

- L'œsophagite à éosinophiles est caractérisée par une **inflammation avec polynucléaires éosinophiles** dans la muqueuse œsophagienne (> à 15 éosinophiles par champ à fort grossissement) et une fibrose
- L'œsophagite à éosinophiles représente la **première cause de dysphagie chez le sujet jeune**
- Son diagnostic nécessite la réalisation d'au moins **6 biopsies œsophagiennes** étagées
- Les **inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)** sont prescrits en première intention et la **corticothérapie locale** est indiquée après échec des IPP
- Un **traitement d'entretien** est souvent nécessaire pour éviter la récurrence et/ou l'aggravation de la fibrose