

L'œsophagite à éosinophiles

Frank ZERBIB

CHU de Bordeaux





OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- **Connaître la définition d'une œsophagite à éosinophiles**
- **Savoir évoquer et confirmer le diagnostic**
- **Connaître les différentes options thérapeutiques : diététique, médicamenteuse et endoscopique**

CONFLITS D'INTÉRÊT

- **Aucun**

Homme de 25 ans

Admis aux urgences pour impaction oesophagienne alimentaire

Episode identique 1 an avant :

Ablation du CE alimentaire

FOGD normale

Pas d'autre examen complémentaire

Dysphagie modérée depuis des années, pas de RGO

Mange avec prudence certains aliments (viandes)

Pas de perte de poids

ATCD :

- Appendicectomie**
- Rhinite allergique**

Homme de 25 ans

Admis aux urgences pour impaction oesophagienne alimentaire

Episode identique 1 an avant :

Ablation du CE alimentaire

FOGD normale

Pas d'autre examen complémentaire

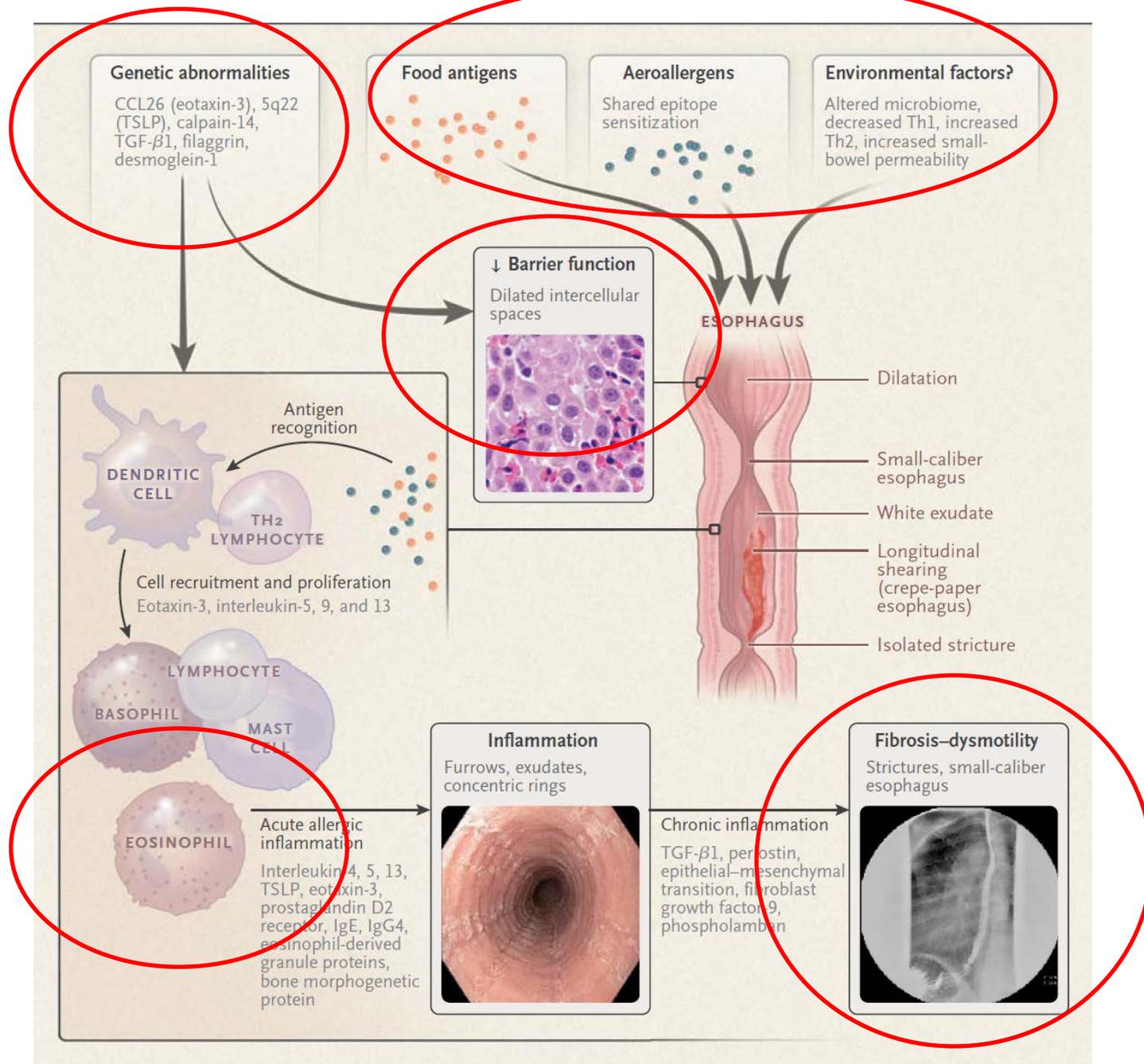
Dysphagie modérée depuis des années, pas de RGO

Mange avec prudence certains aliments (viandes)

Pas de perte de poids

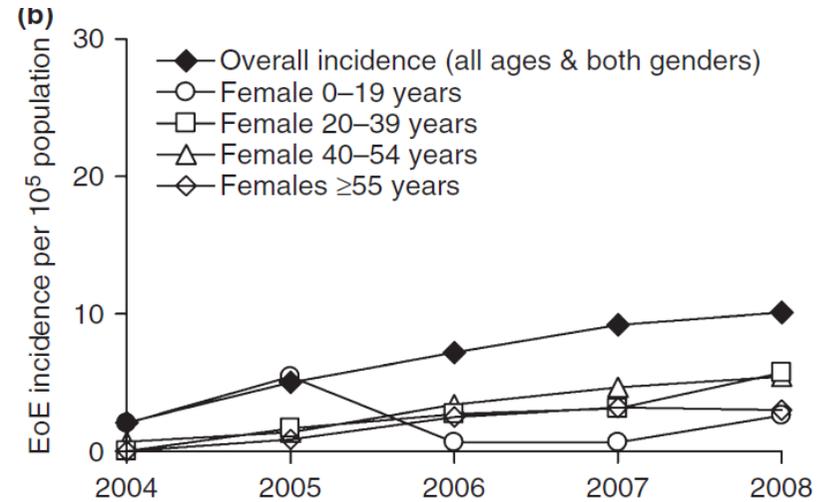
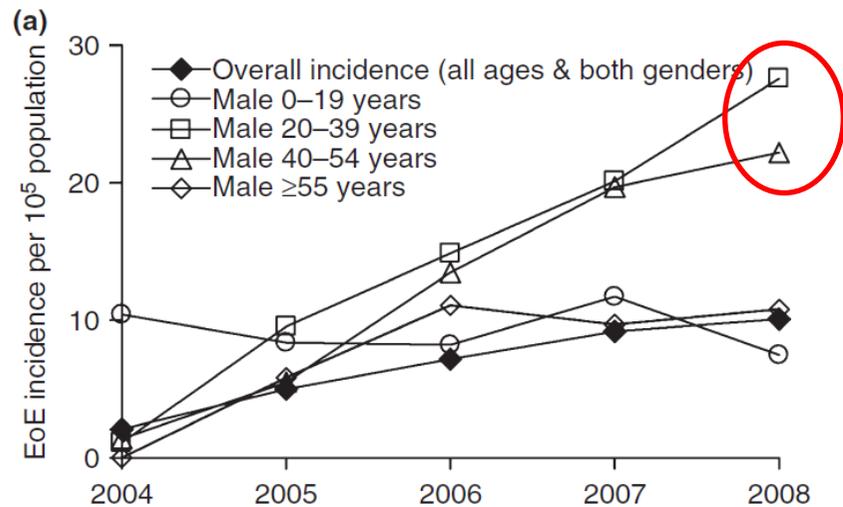
ATCD :

- Appendicectomie**
- Rhinite allergique**



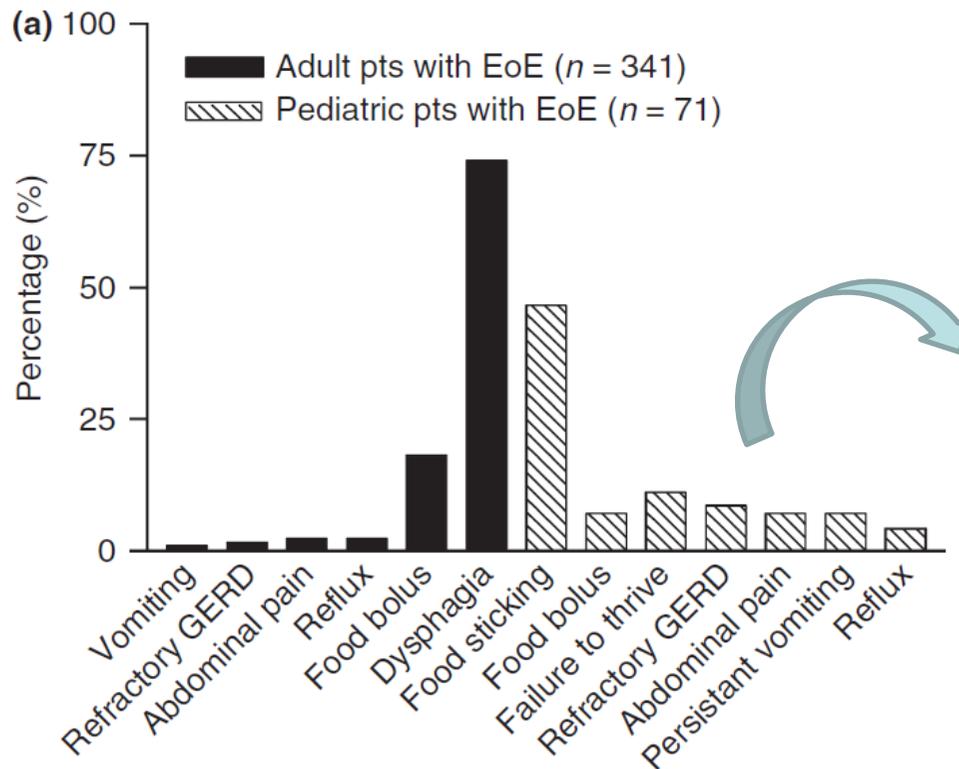
Epidémiologie

- Incidence de 5 à 10/100 000
- Augmentation croissante, prédominance masculine
- Plus de biopsies ++



Présentation clinique

Dysphagie sélective, le plus souvent ancienne et bien tolérée
Impaction alimentaire ++
Pyrosis réfractaire très rare



**Présentation un peu
différente chez l'enfant**

No. :
ame :

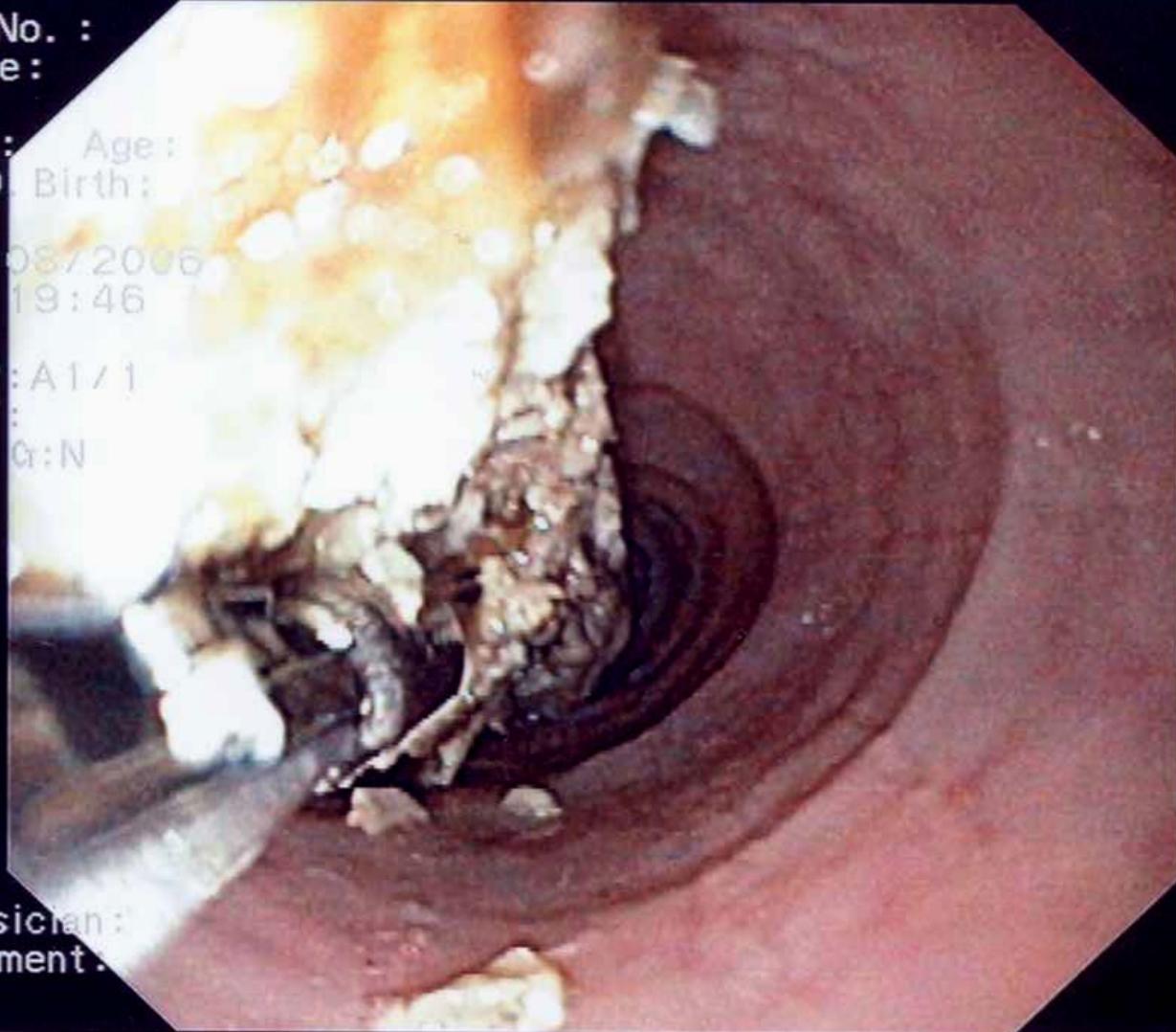
ex : Age :
O Birth :

5/08/2006
0:19:46

VP: A1/1
F:
5 G: N

hysician :
omment :

BORDEAUX SAINT ANDRECHU BORDEAUX SAINT ANDRECHU BORDEA

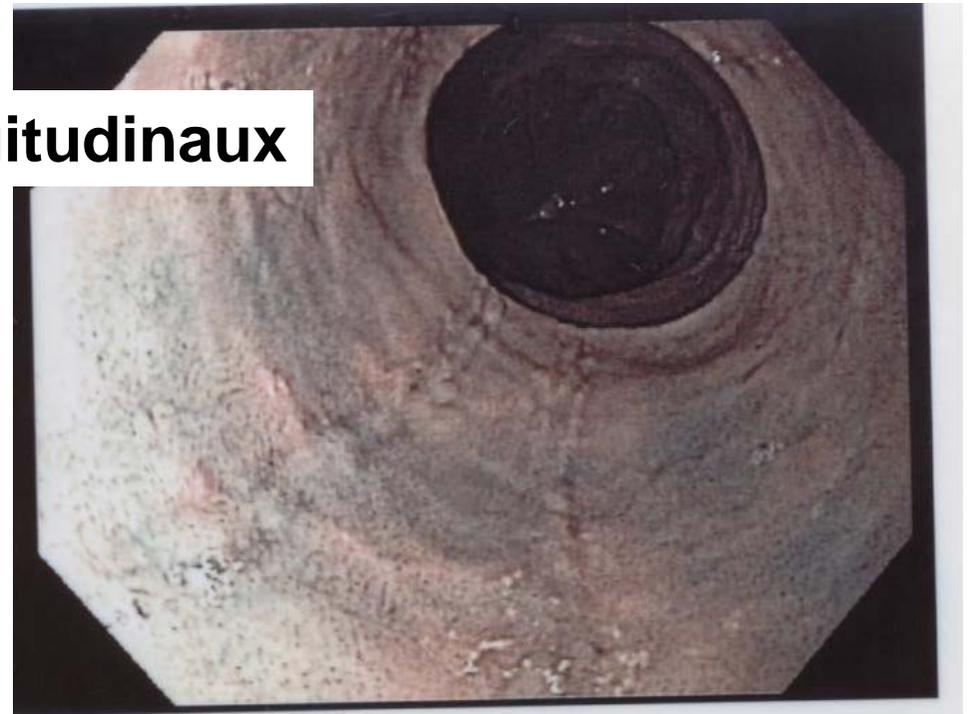




Aspect pseudo-tracheal

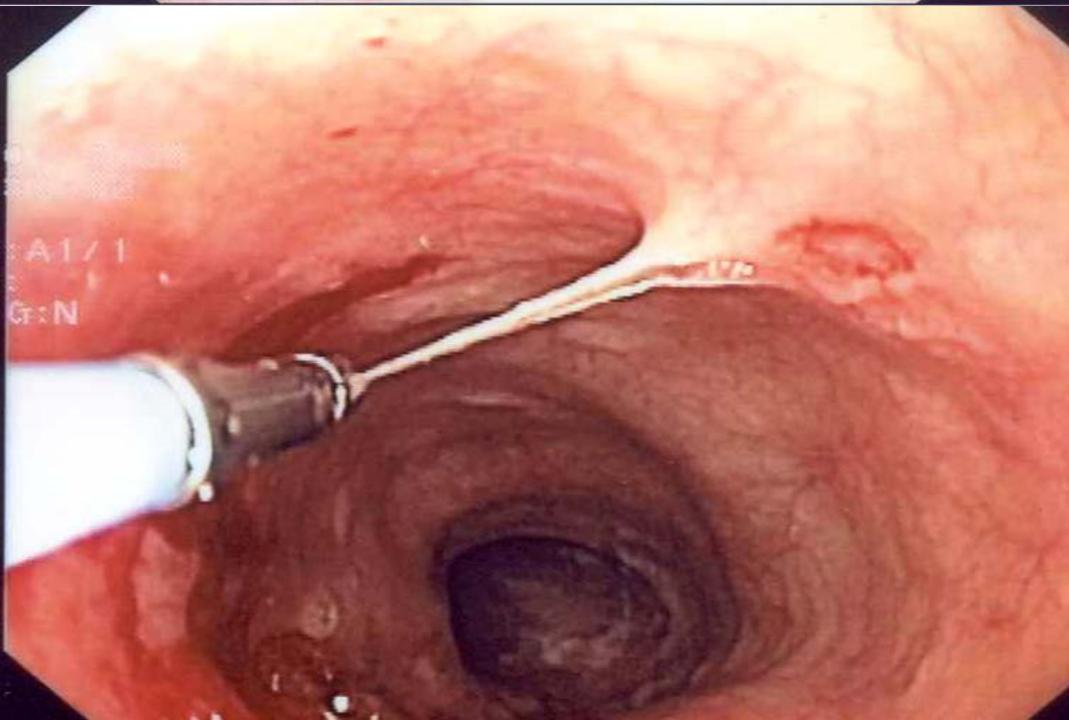


Sillons longitudinaux





**Exsudats
(Dépôts blanchâtres)**



Décollements muqueux



Sténose

Anneaux (pseudo-trachée)	70%
Sillons linéaires	70%
Exsudats	60%
Sténoses	30%
Décollements (oesophagite disséquante)	10%

Aspect endoscopique normal dans 10 à 25% des cas

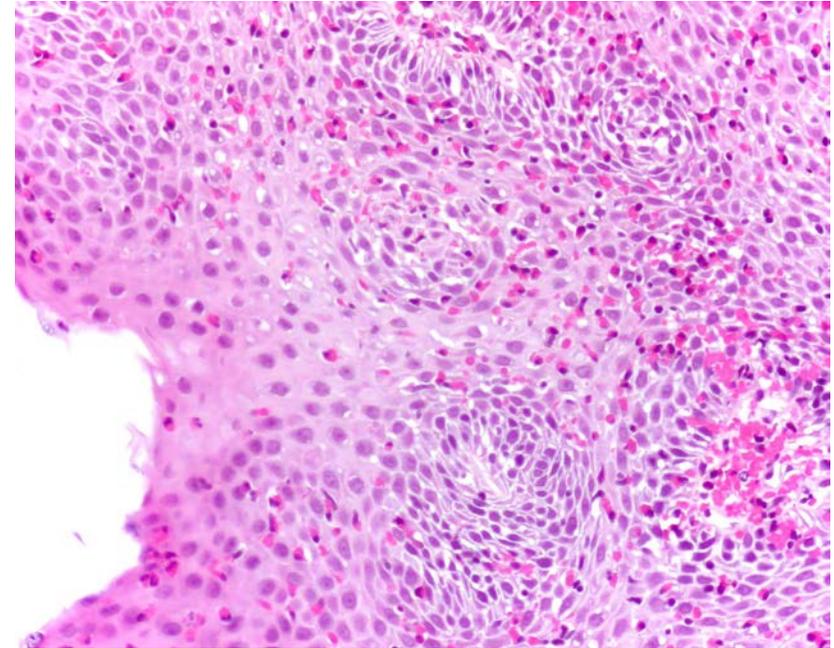
Biopsies systématiques en cas de dysphagie inexplicquée

Confirmation du diagnostic : biopsies oesophagiennes

2 à 4 biopsies

- > Oesophage proximal
- > Oesophage distal

Sensibilité de 100%



≥ 15 eos intrapéthéliaux/HPF
Microabcès à éosinophiles

Diagnostic différentiel

- **RGO (QS)**
- **Gastroentérite à éosinophiles**
 - > biopsies gastriques et duodénales ++
- **Connectivites**
- **Infection (Herpes, Candida)**
- **Crohn**
- **Syndrome Hyperéosinophilique**
- **Oesophagite médicamenteuse**

Objectifs thérapeutiques

Soulagement symptomatique

Rémission histologique (previent l'évolution fibrosante)

Surveillance :

Suivi de la compliance et des complications du traitement

Suivi endoscopique (selon symptômes?)

Traitement d'entretien

Eosinophilie œsophagienne et IPP

L'œsophophilie œsophagienne répondant aux IPP est une forme d'OeE

- **les caractéristiques cliniques et immunologiques sont identiques**
- **La réponse aux IPP n'exclut pas le diagnostic**
- **Le mécanisme d'action des IPP est mal connu**

Amélioration de l'intégrité muqueuse (↑ barrière épithéliale)

Effets anti-inflammatoires directs

Ils représentent le traitement de 1^{ère} intention de l'OeE

Trouver la dose minimale efficace, pas de perte d'efficacité

Les corticoïdes topiques

Corticoïdes en nébulisation

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------|
| - fluticasone 250 μ g/dose | 2 bouffées matin et soir | 8 semaines |
| - budésonide 1mg/2ml | 1 bouffée matin et soir | 8 semaines |

> Pulvériser dans la bouche et déglutir ++

Corticoïdes gel visqueux

- | | |
|--------------|--------------------------------|
| - Budésonide | préparation magistrale 1mg/2ml |
| | Une prise matin et soir |

- **Faire un bain de bouche à l'eau (sans avaler) après chaque prise**
- **Aucun aliment solide ou liquide dans les 30 minutes suivant la prise**

Les corticoïdes topiques

- **60 à 75% de réponses cliniques et histologiques**
- **Effets secondaires :**
 - candidose buccale (1%)**
 - candidose œsophagienne (5-30%)**
- **Nouvelles formes galéniques en phase III (Bud effervescent)**
- **Rechutes fréquentes à l'arrêt > traitement d'entretien ?**

Traitements de 3ème intention

- **Corticoïdes systémiques**
- **Antagonistes des récepteurs aux leucotriènes**
 - **Montelukast 20-40 mg/j**
- **Stabilisateurs de mastocytes**
 - **Cromolyn sodium 100 mg/day**

Régime d'exclusion « 6 aliments »

Produits laitiers	50-60%
Blé	28-60%
Légumineuses/noix	10-25%
Soja	10-25%
Œufs	5-28%
Poissons et fruits de mer	20%

**75% de
rémission
clinique et
histologique**



absence de concordance entre les résultats des tests allergiques cutanés et la positivité d'un test de réintroduction alimentaire

Régime d'exclusion « 6 aliments »



Les dilatations œsophagiennes



Avant dilatation



Après dilatation

Points forts

Le diagnostic d'œsophagite à éosinophiles est suspecté sur des aspects endoscopiques et confirmé par les biopsies œsophagiennes.

Environ 40% des œsophagites à éosinophiles répondent au traitement par inhibiteur de la pompe à protons.

En cas d'échec, le traitement repose sur les corticoïdes topiques ingérés dont les modalités de prise doivent être clairement expliquées au patient

Un régime alimentaire d'exclusion des 6 principaux allergènes alimentaires permet d'obtenir une rémission clinique et histologique dans 75% des cas environ.

Les dilatations endoscopiques ne doivent être proposées qu' en cas de sténose œsophagienne significative.