

# OESOPHAGITES NON PEPTIQUES

**Œsophage noir**

**Oesophagite herpétique**

**Oesophagite à Candida**

**Oesophagite chronique disséquante**

**Oesophagite à éosinophiles**

**Oesophagite médicamenteuse**

# Nécrose aiguë de l'œsophage (oesophage noir)



# Définition

Endoscopie

Pigmentation noire de la muqueuse oesophagienne

Histologie

Nécrose de la muqueuse et de la sous-muqueuse

**PAS DE PRISE DE CAUSTIQUES NI DE MEDICAMENTS**

# Epidémiologie

Pathologie rare+++

Fréquence variable selon les études:

- 0 % (série autopsique)
- < 0.01% (*Lacy, gastrointestinal endoscopy, 1999*)
- 0.2 % (série française prospective)

# Présentation clinique

Terrain: vasculaire+++

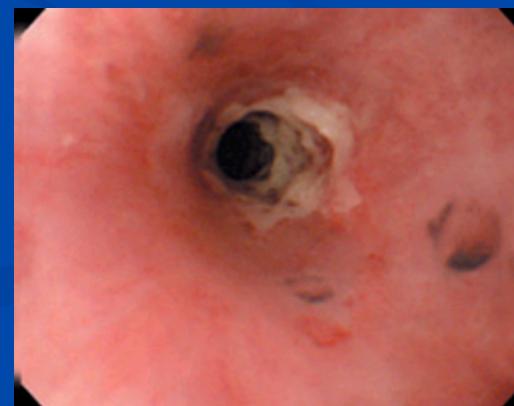
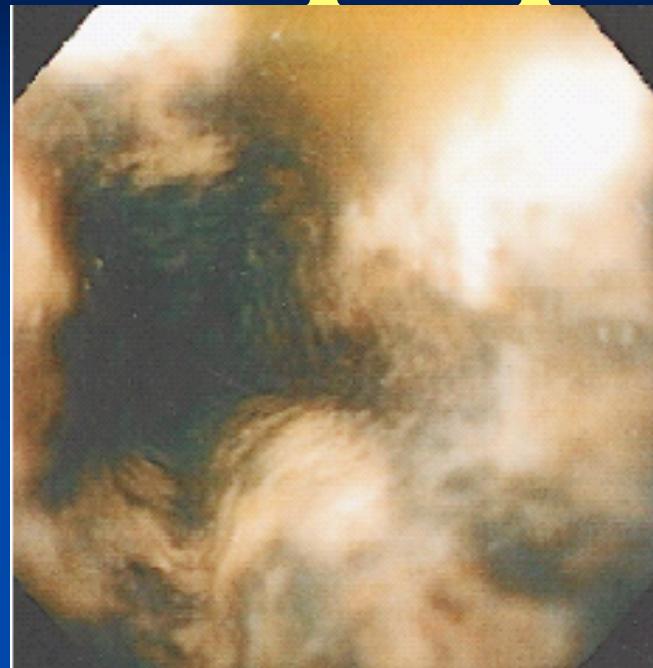
Le plus souvent: hématémèse, ou méléna

Douleurs épigastriques

Dysphagie

Anémie

# Aspects endoscopiques



# Physiopathologie

Peu connue

Hypothèses:

- Ischémie (*Goldberg, Gastroenterol 1990*)  
terrain, bas débit (dissection aortique),  
localisation, évolution
- Retard à la vidange gastrique  
(*Lacy, gastrointestinal endoscopy 1999*)

# Cas rapportés Contextes particuliers

Acidose lactique (intoxication alcoolique aiguë)

*Endo, World J Gastroenterol 2005*

Hépatopathie chronique

*Khan, World J Gastroenterol 2004*

# Evolution

Pronostic mauvais

Complications:

Décès (35 % à 50%, autres causes)

Sténoses oesophagiennes

Médiastinite

40 % d'évolution favorable (spontanée)

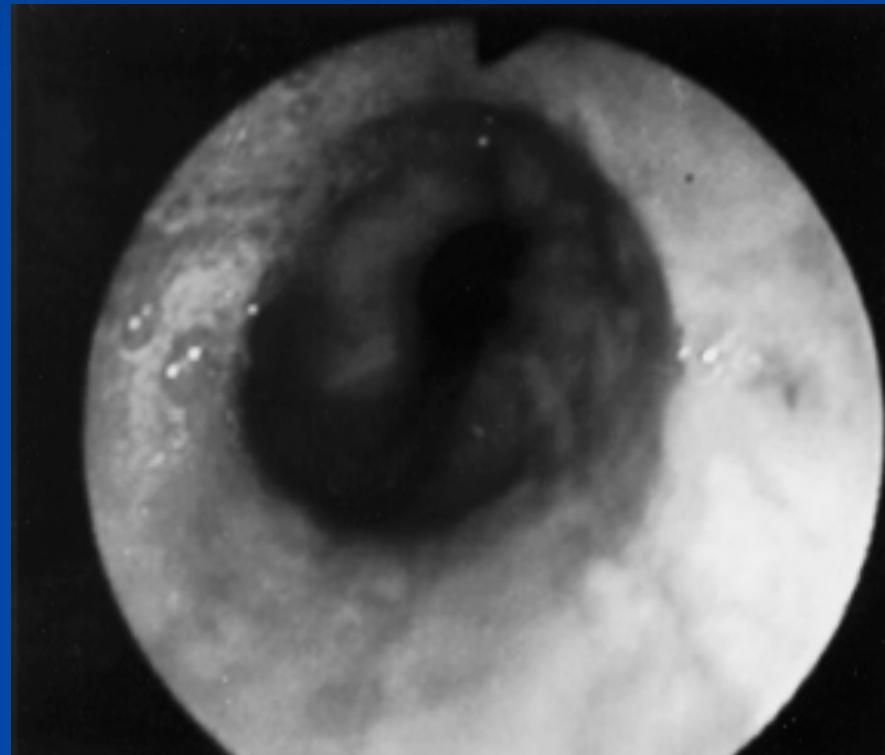
# Prise en charge

Non standardisée

Traitemen<sup>t</sup> symptomatique

IPP ou anti H<sub>2</sub> à fortes doses

# Oesophagite herpétique



# Epidémiologie

Touche surtout les sujets immunodéprimés+++

Existe chez l'enfant et l'adulte immunocompétents  
(37 cas dans une série rétrospective en 2000)

Tout âge

Sex ratio (H/F): 3.2/1

*Rodrigues, J of pediatric gastroenterol and nutrition 2004*

*Manckoundia, revue de médecine interne 2004*

*Ramanathan, Am J Gastroenterol 2000*

# Présentation clinique

Fièvre (100%)

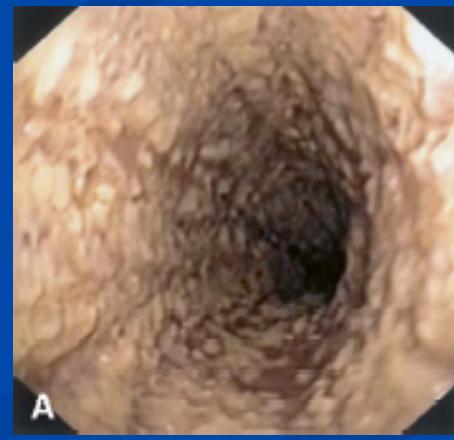
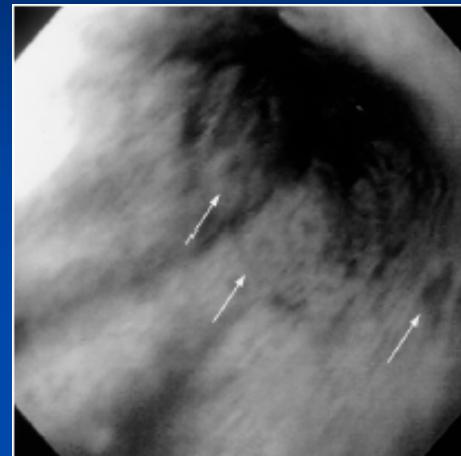
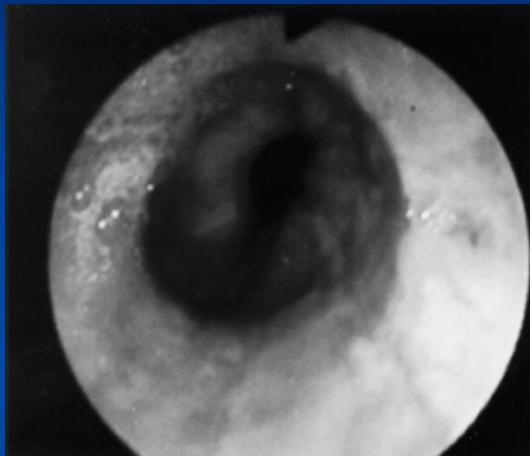
Odynophagie

Douleur thoracique

Hoquet (*Mulhall, gastrointestinal endoscopy 2003*)

NB: très peu d'atteinte oropharyngée contemporaine

# Aspects endoscopiques



# Diagnostic positif

Histologie: effet cytopathogène (non spécifique),  
avec inclusions virales éosinophiles

Culture virale sur biopsies oesophagiennes

Sérologie: IgM anti HSV, élévation du titre d'AC

# Evolution

Evolution spontanée vers la guérison

Complications (rares chez l'immunocompétent)

Hémorragie

Perforation

# Prise en charge

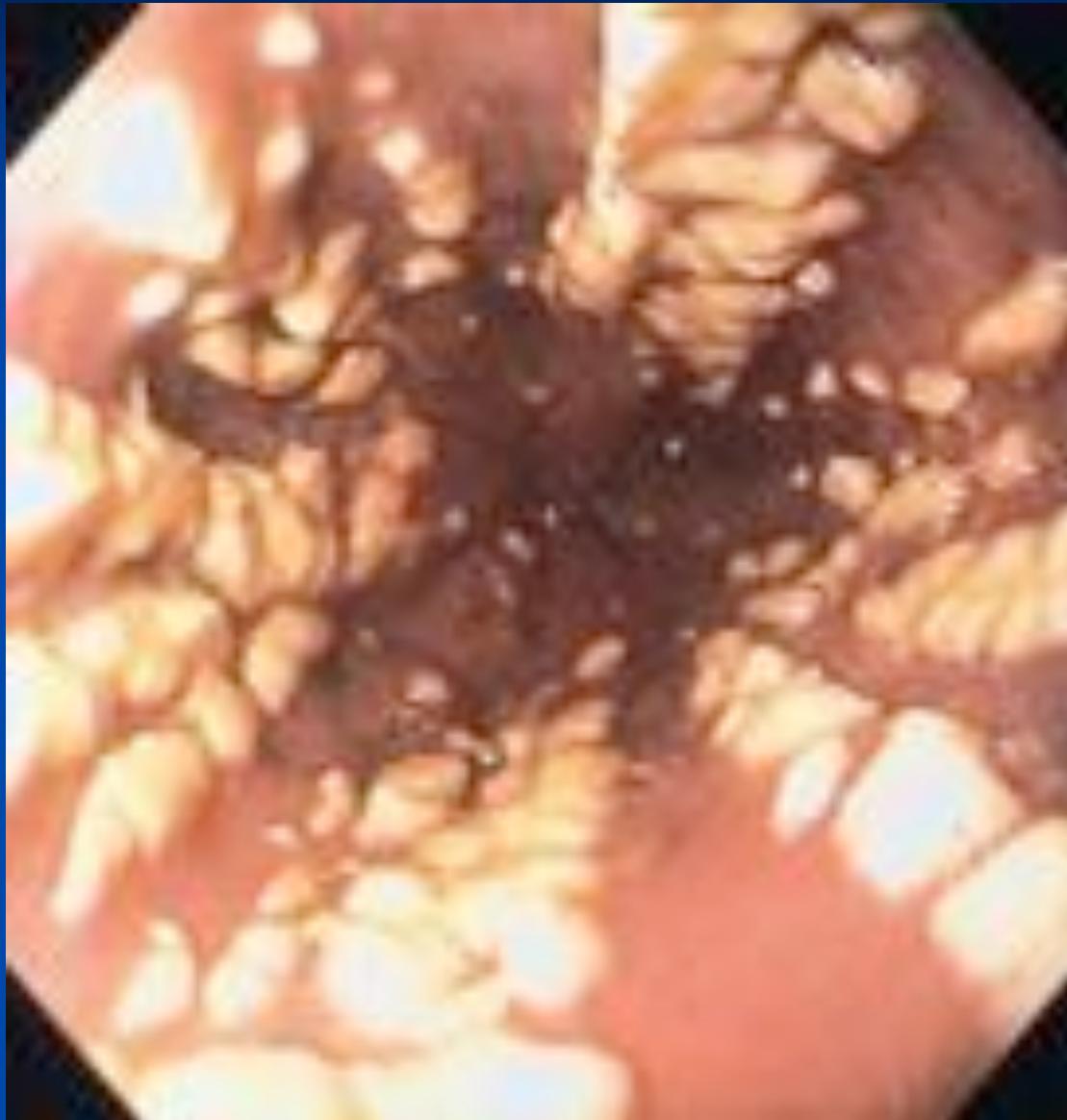
Traitement symptomatique: nutrition entérale

Traitement étiologique: aciclovir IV

- Pas d'étude contrôlée dans l'oesophagite herpétique
- Prescription par analogie  
(améliore la durée d'évolution et la contagiosité des enfants atteints de gingivo-stomatite)

*Amir, BMJ 1997*

# Oesophagites à Candida



# Présentation clinique, anamnèse

Symptômes peu spécifiques:

Dysphagie

Odynophagie

Douleur rétrosternales

Fièvre, nausées

Anamnèse: Traitement (ATB, chimio, corticoïdes)

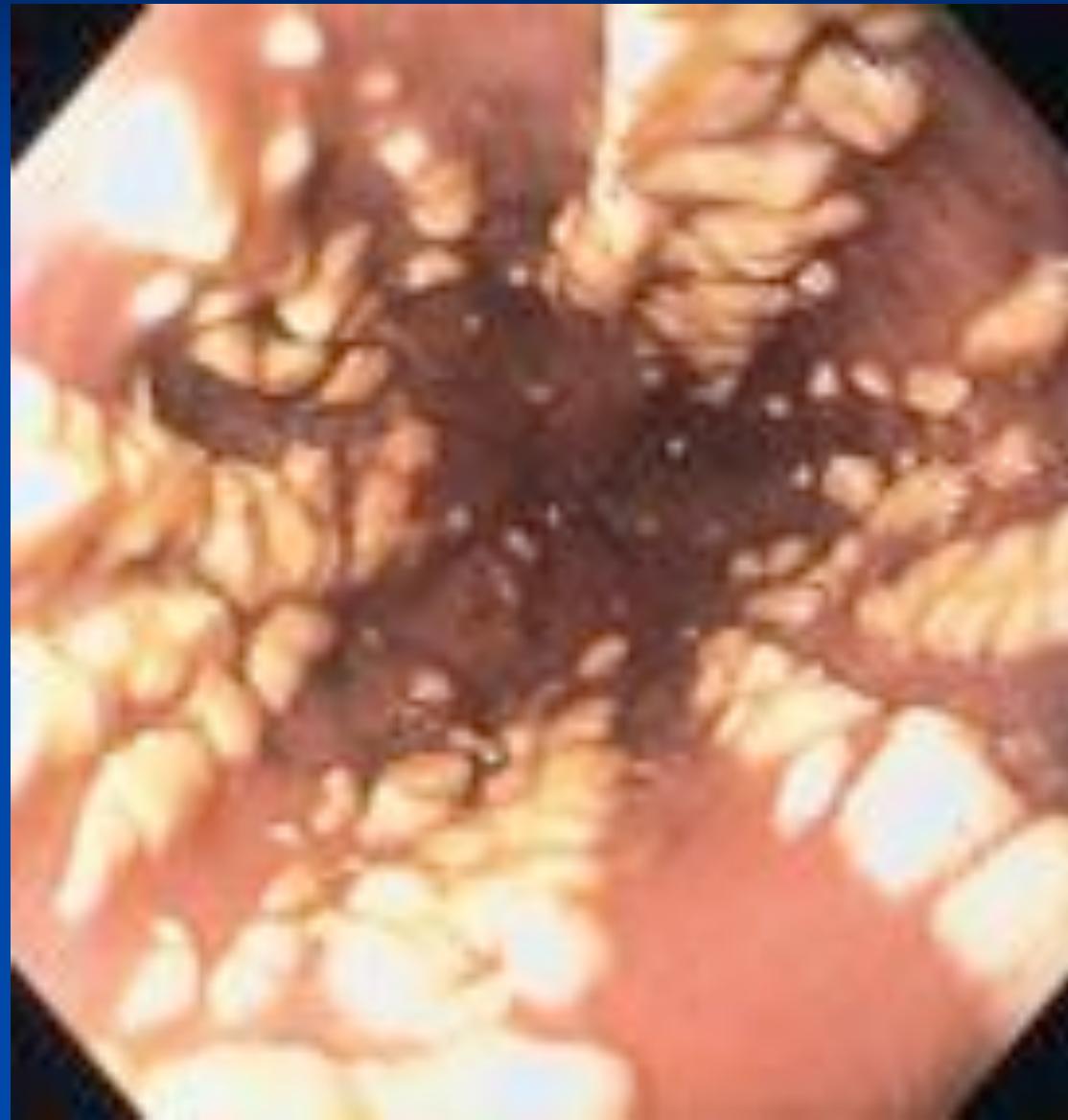
Statut VIH

Diabète

Néoplasie

Trouble moteur de l'oesophage

# Aspects endoscopiques

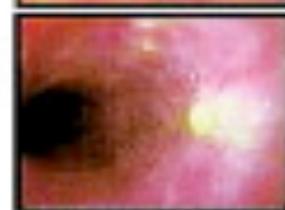


- 0 Normal esophagus
- 0.5 Rare scattered individual plaques, each  $\leq$  2mm
- 1 Scattered individual plaques, some  $>$  2mm
- 2 Plaques  $>$  2mm in size covering  $>50\%$  of the esophageal mucosa
- 3 Confluent plaques circumferentially covering  $>50\%$  of the mucosa
- 4 Circumferential plaques with persistent narrowing despite insufflation

Grade 0



Grade 1



Grade 2



Grade 3



Grade 4



# Traitement

## Fluconazole vs Itraconazole chez le VIH +

Fluconazole plus efficace à cours terme ( S2)

Pas de différence significative à long terme (efficacité, tolérance)

*Barbaro, Gastroenterology 1996*

## Caspofungine vs amphotericine B

Caspofungine plus efficace et mieux tolérée(VIH + et -)

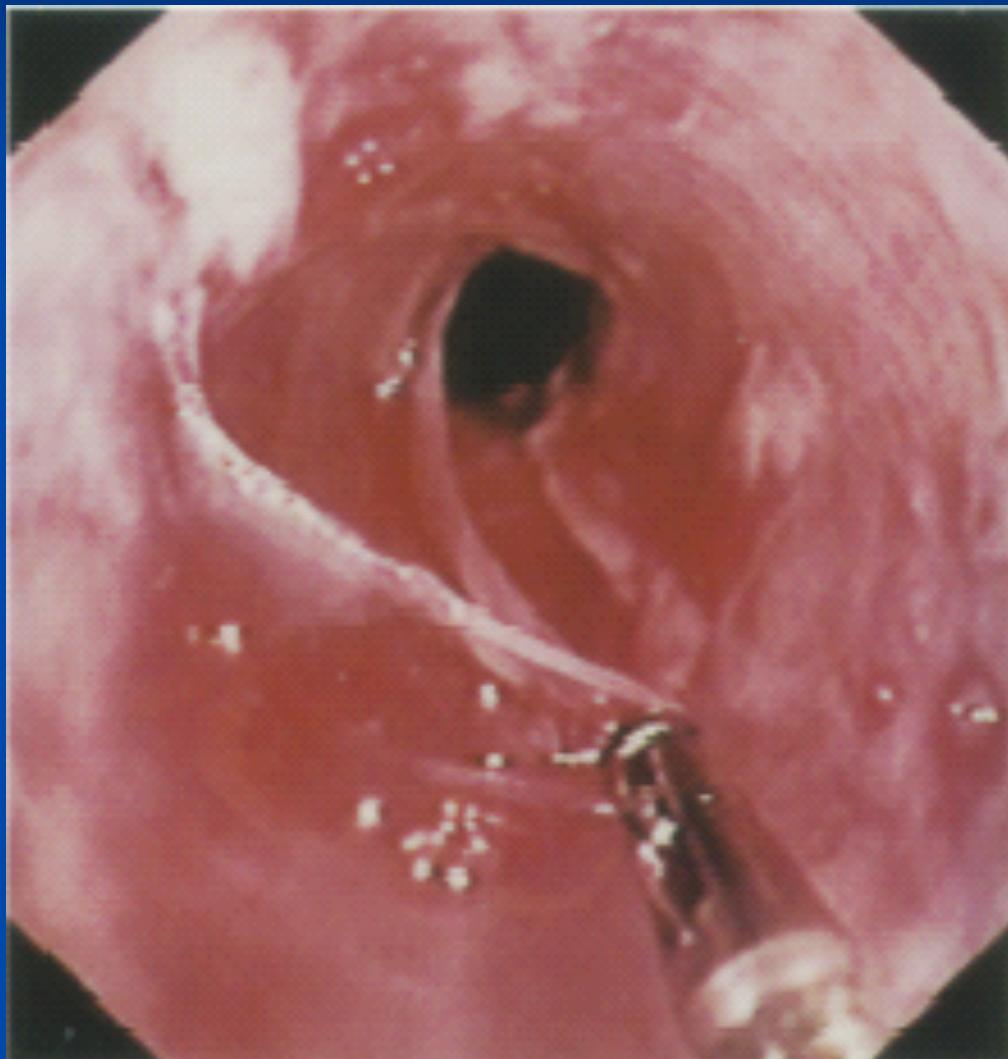
*Villanueva, Clinical infectious disease 2001*

## Caspofungine vs fluconazole

Efficacité, tolérance comparables avec les 2 molécules (VIH + et -)

*Villanueva, Am J med 2002*

# Oesophagite chronique disséquante



# Définition

- Dysphagie chronique
- Fractionnement de la muqueuse
- Sténoses oesophagiennes
- Bulles à l'histologie sans lésion inflammatoire
- Absence de lésions cutanées ou oro-pharyngées

# Epidémiologie

Pathologie bénigne exceptionnelle

Une dizaine de cas rapportés dans la littérature

Décrise dans des pathologies bulleuses

Idiopathique

*Coppola, human pathology 2000*

# Physiopathologie

Inconnue

Hypothèses:

- Altération de l'adhésion intercellulaire, en l'absence de pathologie auto-immune
- Pathologie auto-immune  
(2 thymomes sur une série de 5 patients)

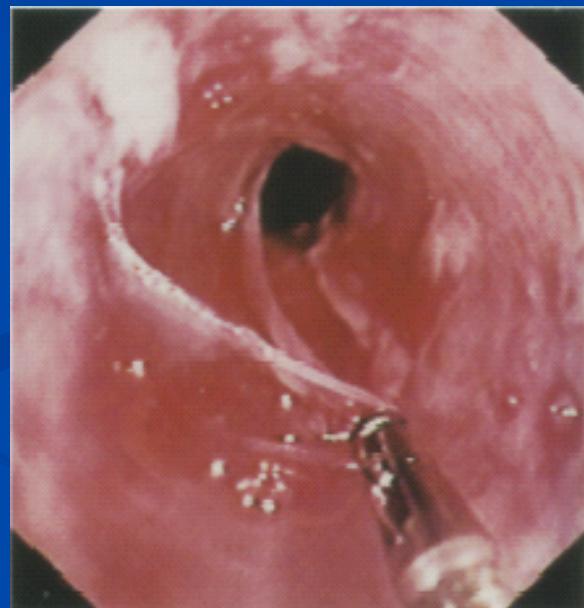
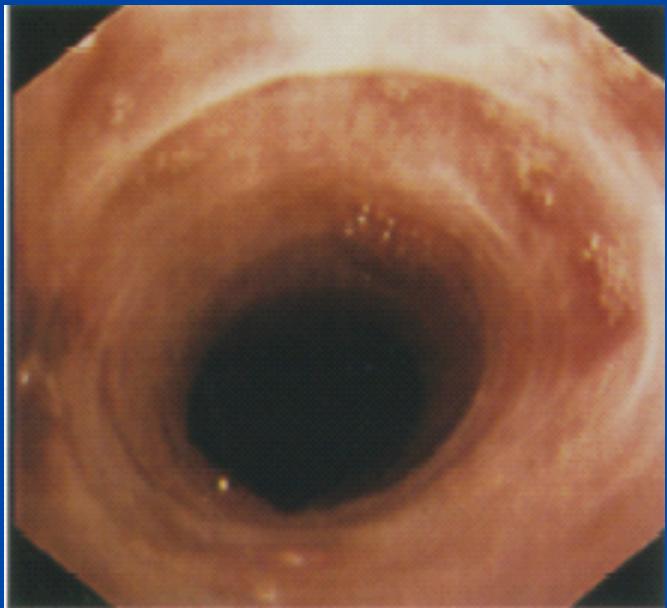
# Présentation clinique

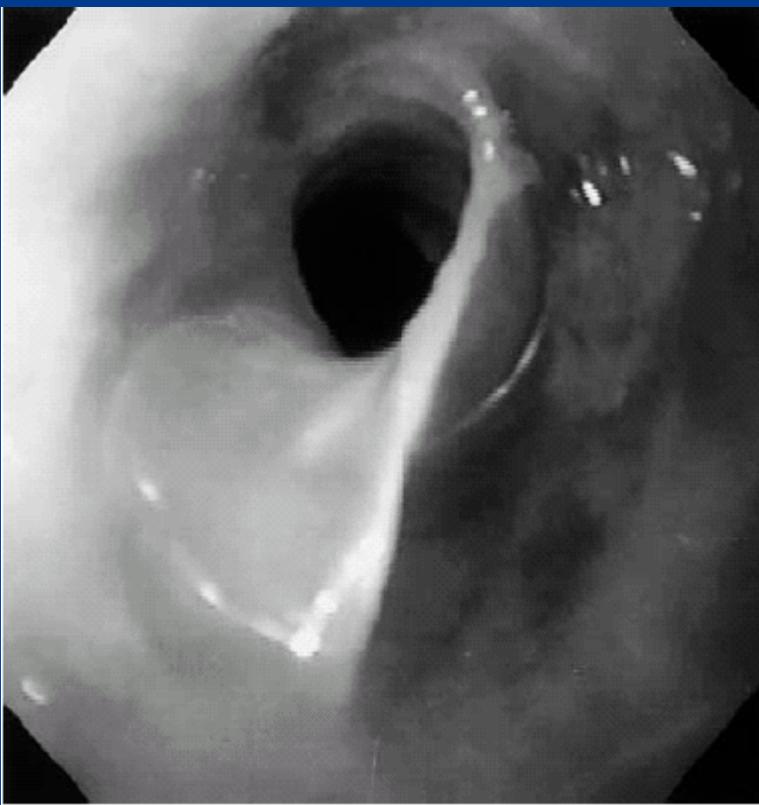
Dysphagie chronique

Douleur thoracique ou épigastrique

Amaigrissement

# Aspects endoscopiques





# Histologie



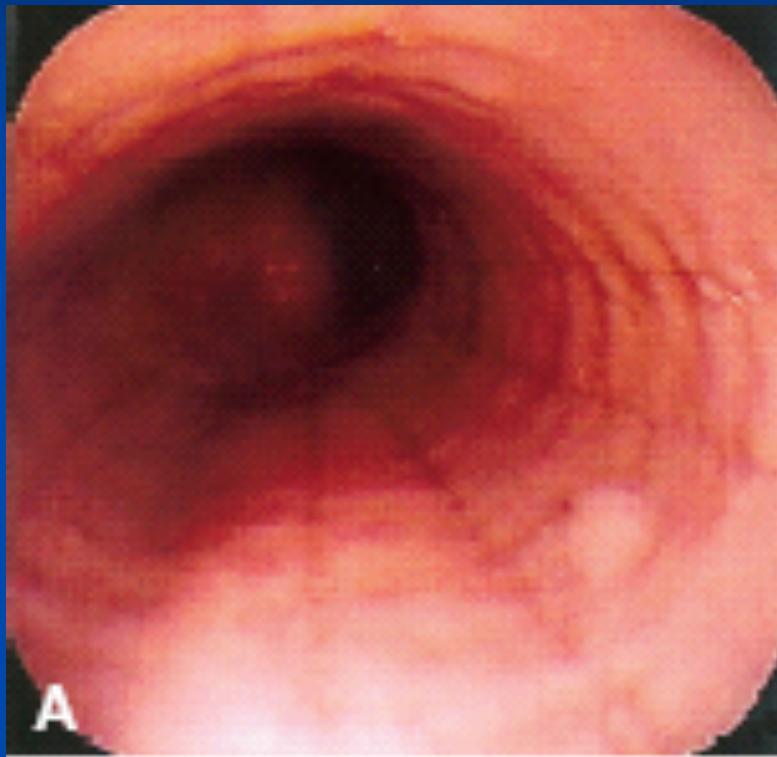
# **Evolution et traitement**

Sténoses: dilatations endoscopiques  
(améliorations transitoires)

Traitement anti-sécrétoire: pas de modification  
de la symptomatologie

Corticoïdes inefficaces

# Oesophagites à éosinophiles



# Définition, épidémio

Infiltration dense et diffuse de l'épithélium oesophagien par des éosinophiles (> 30 élé par champ)

Touche l'adulte jeune (30-35 ans),  
surtout homme (70%)

Association à l'asthme (50%)

Incidence en augmentation (0 à 19 cas pour 198000 habitants-avant 95 et entre 2001 et 2002)

# Physiopathologie

Obscure+++

Réponse immunitaire excessive Th2 (asthme)

# Présentation clinique

Dysphagie intermittente (pas de retentissement sur état nutritionnel)

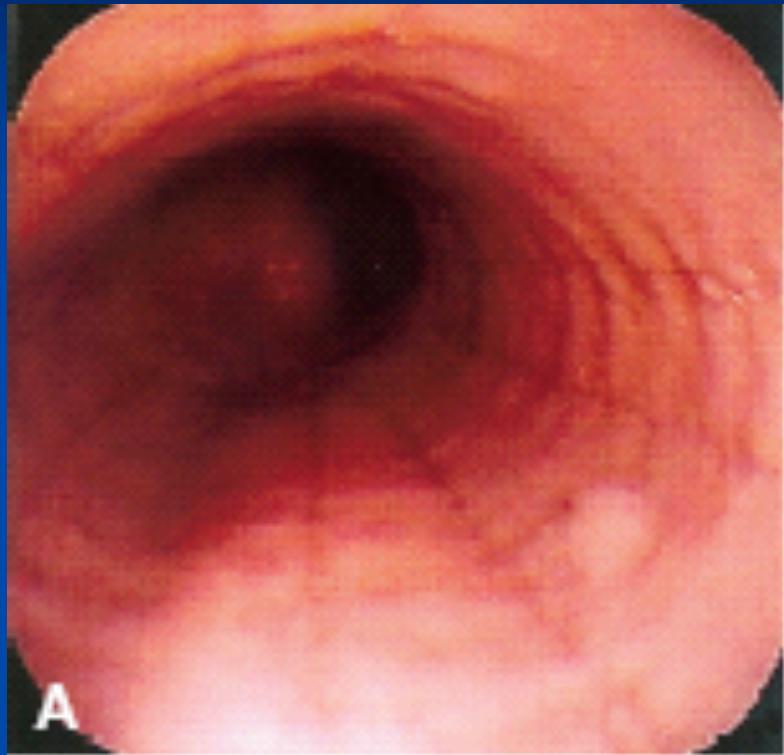
Impaction alimentaire

Brûlures rétrosternales non ascendantes

*Mathieu N, 2006*

*Croese, gastrointestinal endoscopy 2003*

# Aspects endoscopiques



A



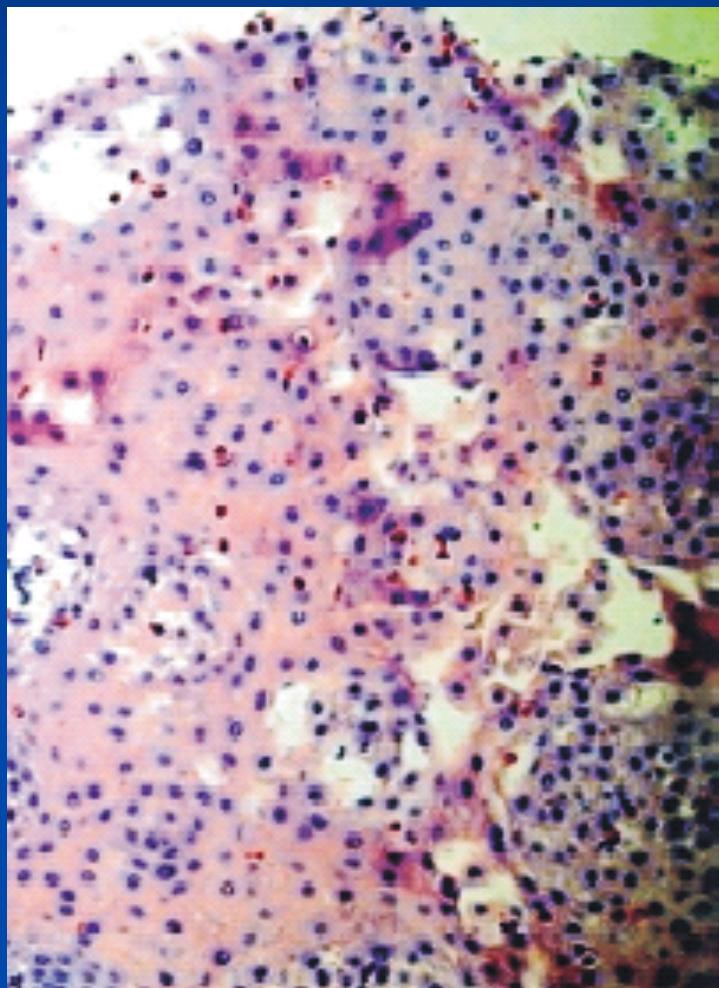
C



B

Endoscopie normale (3-15%)

# Diagnostique



Histologique

Biopsies étagées+++

Biopsier estomac et duodénum

# Traitement

Eviction de l'allergène (récidive à l'arrêt,  
observance difficile)

Dilatation si dysphagie liée à une sténose

IPP si reflux associé

Fluticasone propionate



Amélioration des symptômes et de l'inflammation  
locale

Modalités du traitement à définir

*Teitelbaum, Gastroenterology 2002*

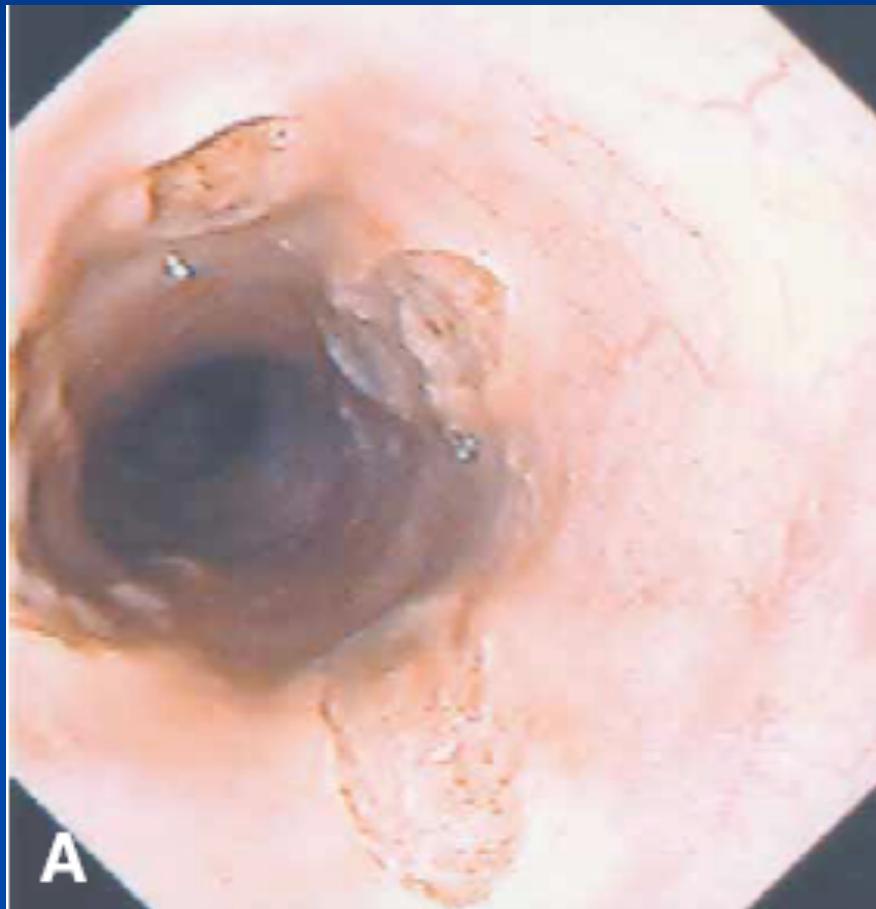
# Traitement 2

Antagoniste des récepteurs des leukotriènes  
(Singulair)

Amélioration des symptômes mais récidives à  
l'arrêt chez 6 patients sur 7.

*Attwood, Gut 2003*

# Oesophagite médicamenteuse



# Introduction

Plus de 100 médicaments responsables.  
10000 cas par an aux EU

Médicaments le plus souvent responsables:

- Cyclines
- Aspirine et AINS
- Sels de potassium
- Bisphosphonates
- Quinidiniques

*Kinkendall, J of clinical gastroenterology 1999*

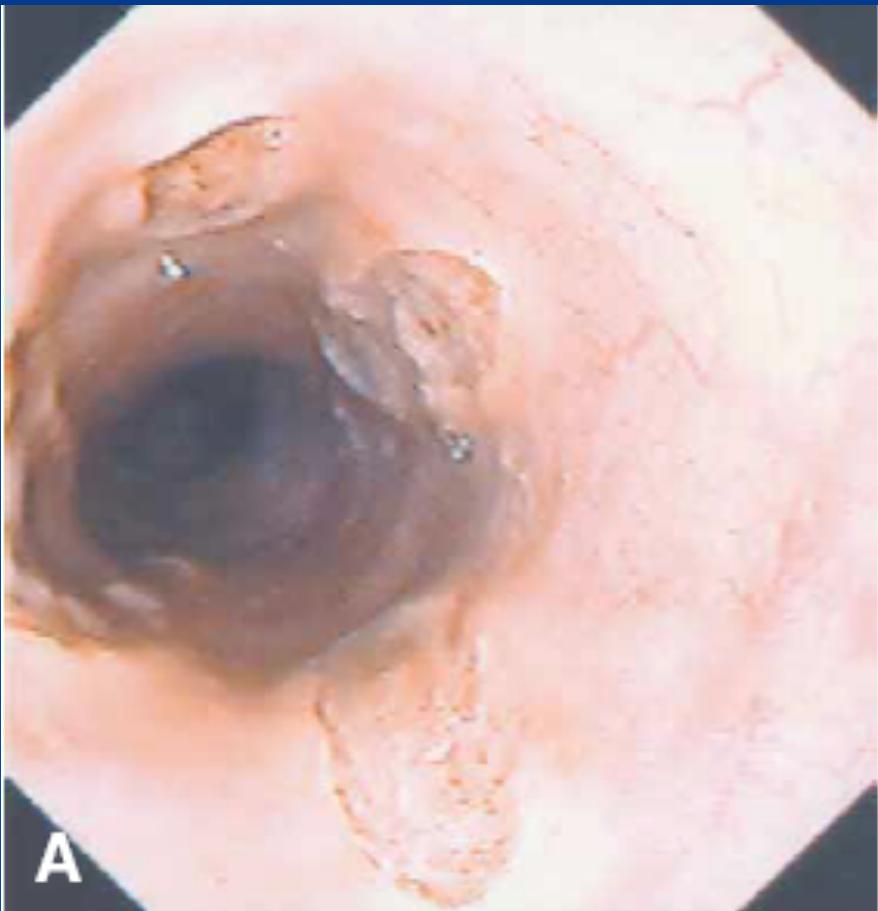
# Anamnèse, clinique

Odynophagie +/- dysphagie, d'apparition brutale

Prise de médicaments avec peu de fluide

Moins souvent: douleur rétrosternale, exacerbée par la déglutition (très évocateur)

# Aspects endoscopiques



Biopsies: élimination des diagnostics différentiels

# Indication de l'endoscopie

Persistante des symptômes

Dysphagie prédominante

Hémorragie digestive

Anamnèse ne mentionnant pas un médicament responsable

# Traitement

Arrêt du médicament responsable

Sucralfate et acido-suppression (efficacité non démontrée)