

OESOPHAGITES NON PEPTIQUES

Œsophage noir

Oesophagite herpétique

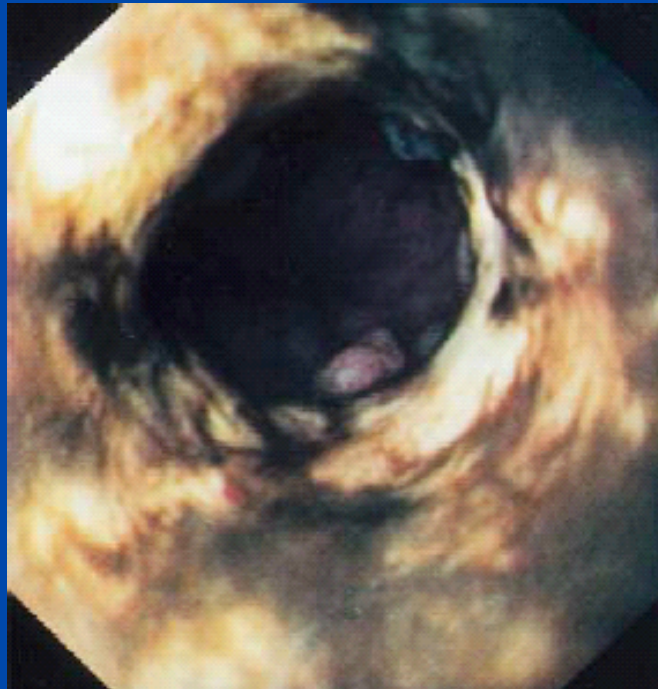
Oesophagite à Candida

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)

Ben Soussan, gastrointestinal endoscopy 2002

Présentation clinique

Terrain: vasculaire+++

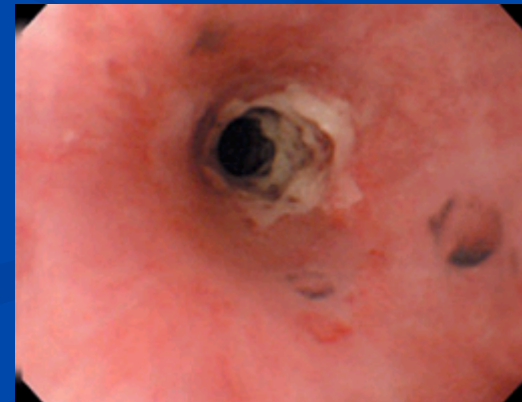
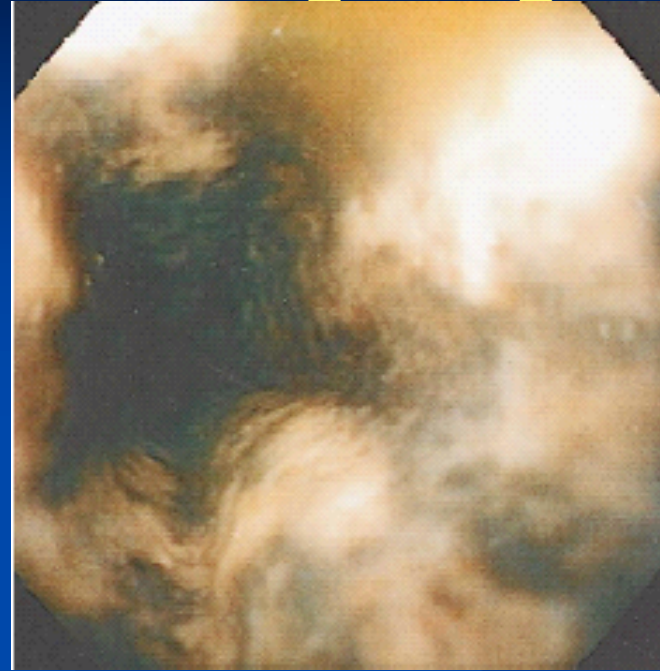
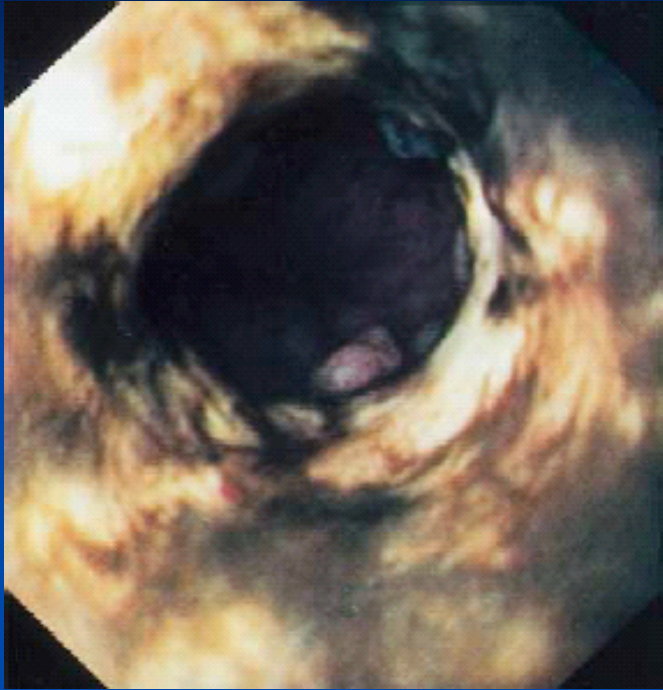
Le plus souvent: hématemèse, ou méléna

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)

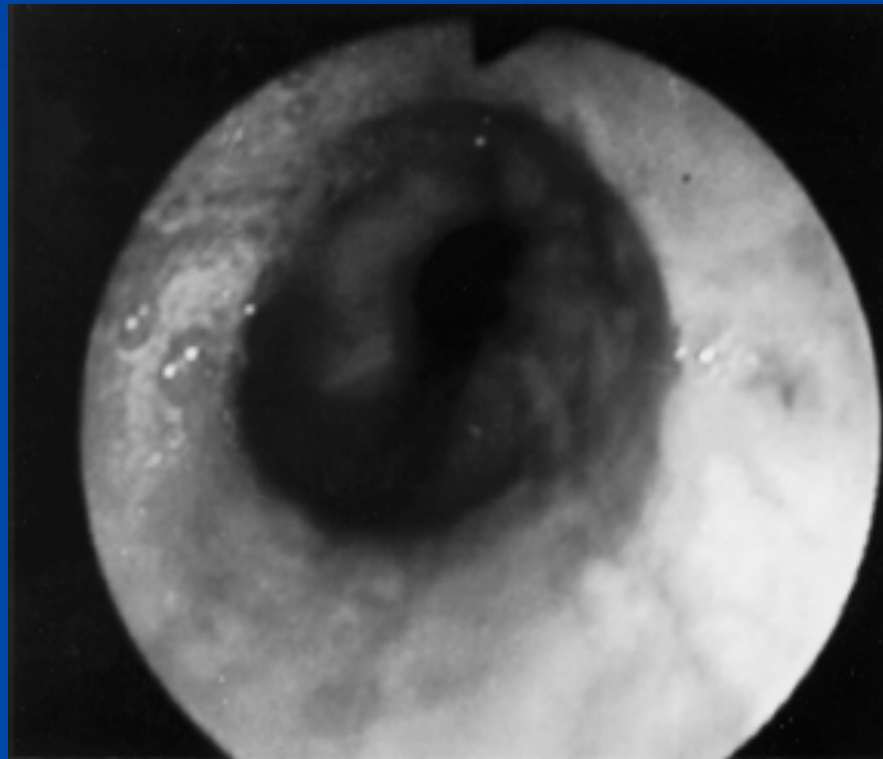
Prise en charge

Non standardisée

Traitement symptomatique

IPP ou anti H2 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%)

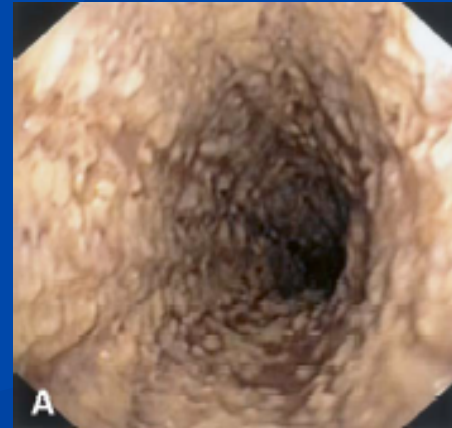
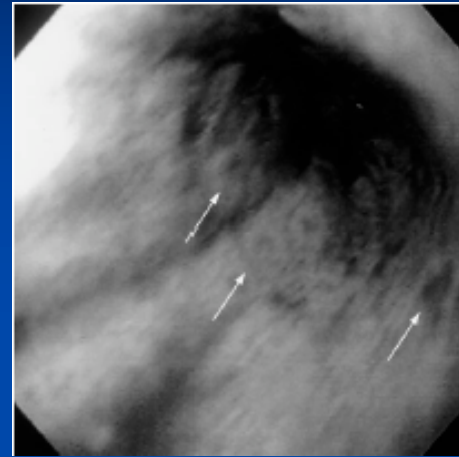
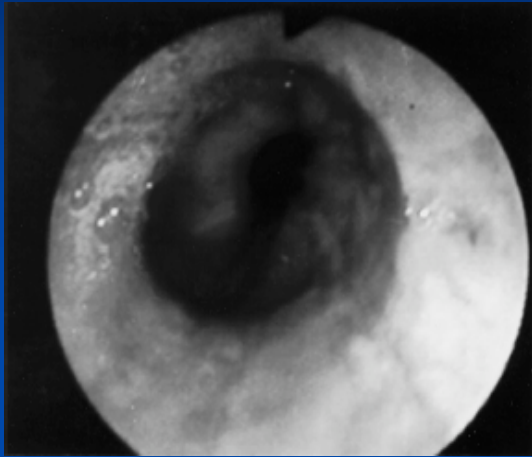
Odynophagie

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

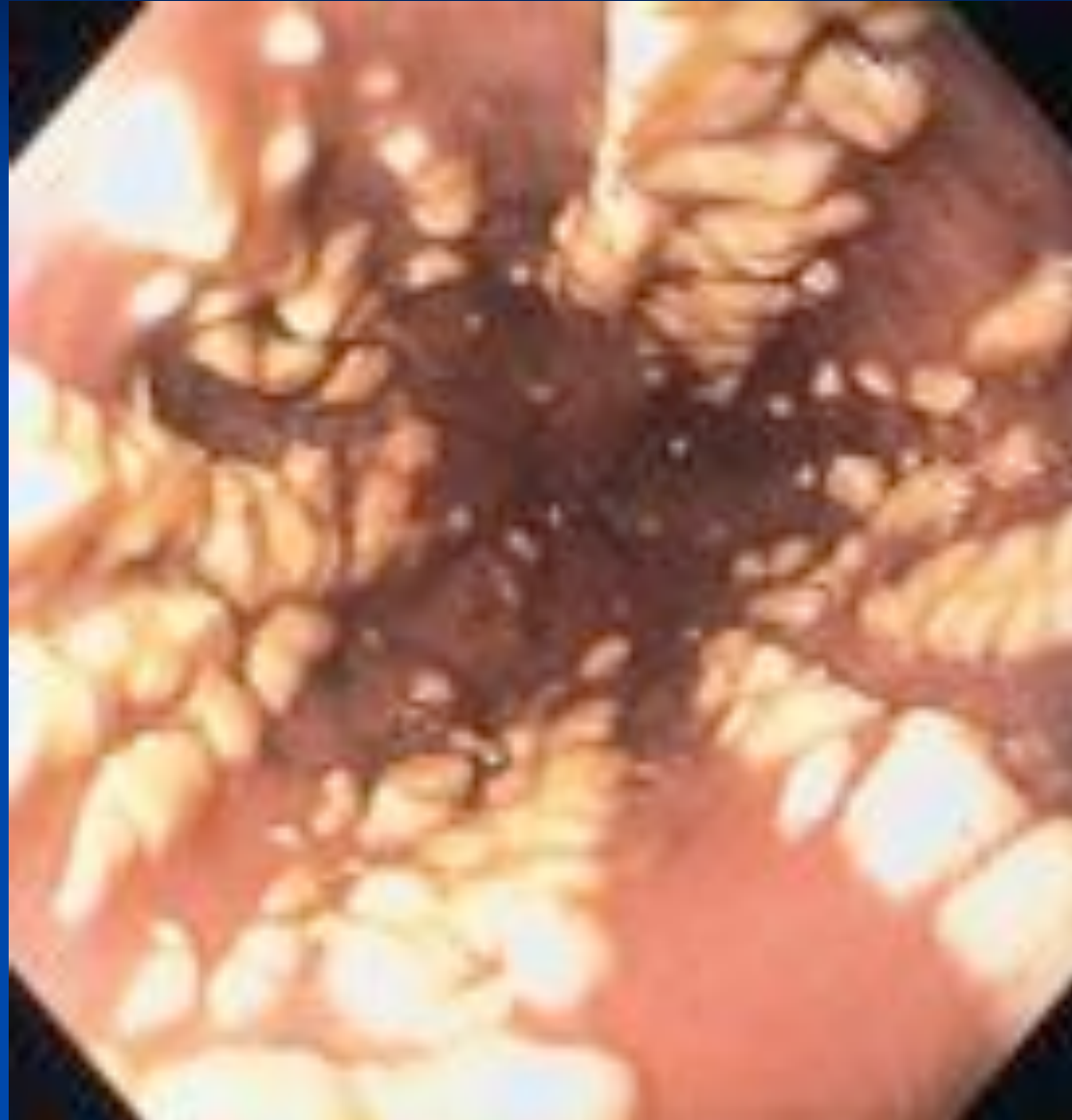
Traitement symptomatique: nutrition entérale

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)

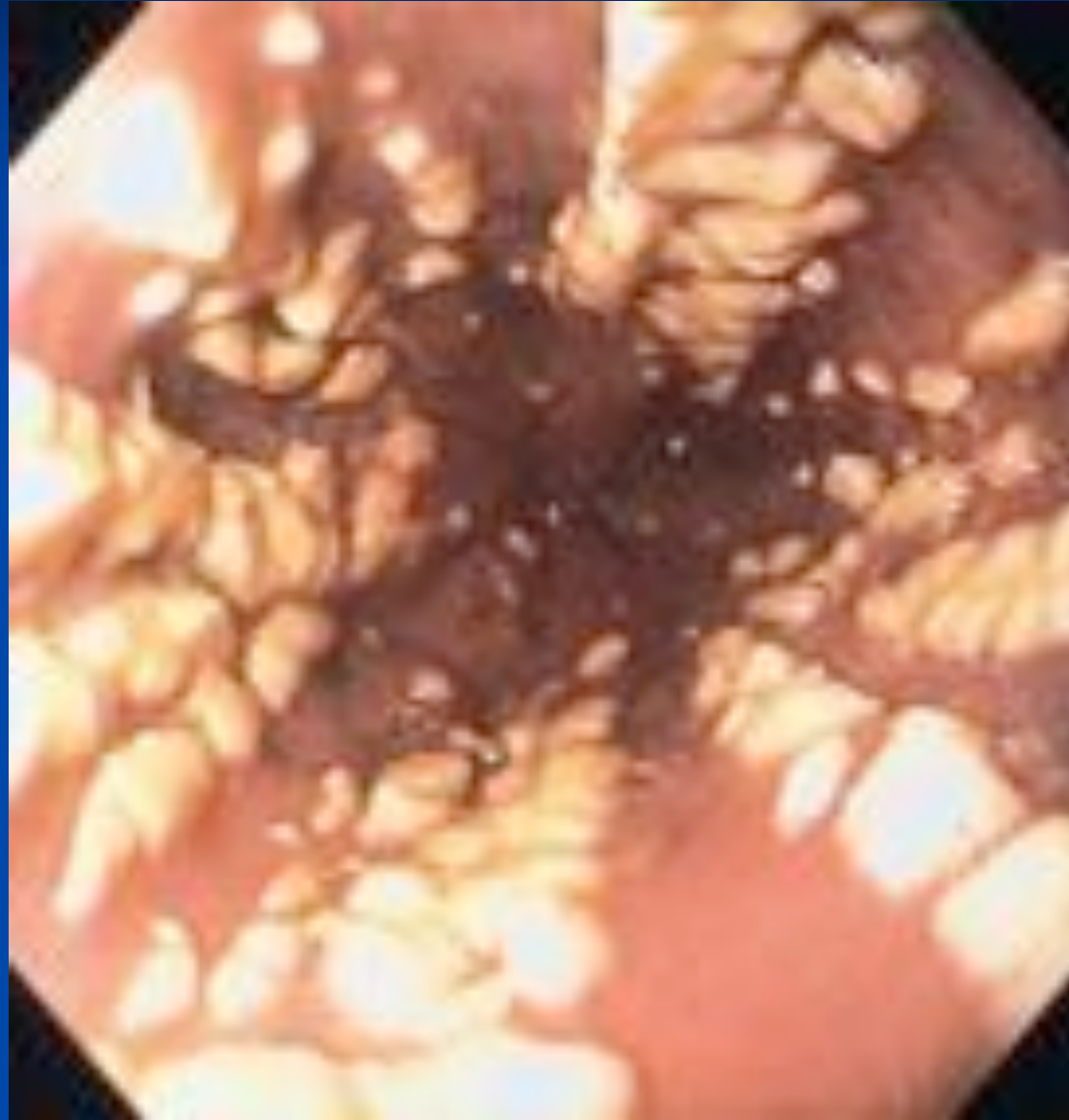
- Statut VIH

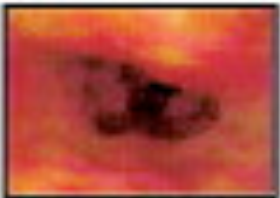




- Diabète

- Néoplasie

- Trouble moteur de l'oesophage

Aspects endoscopiques



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

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 -)

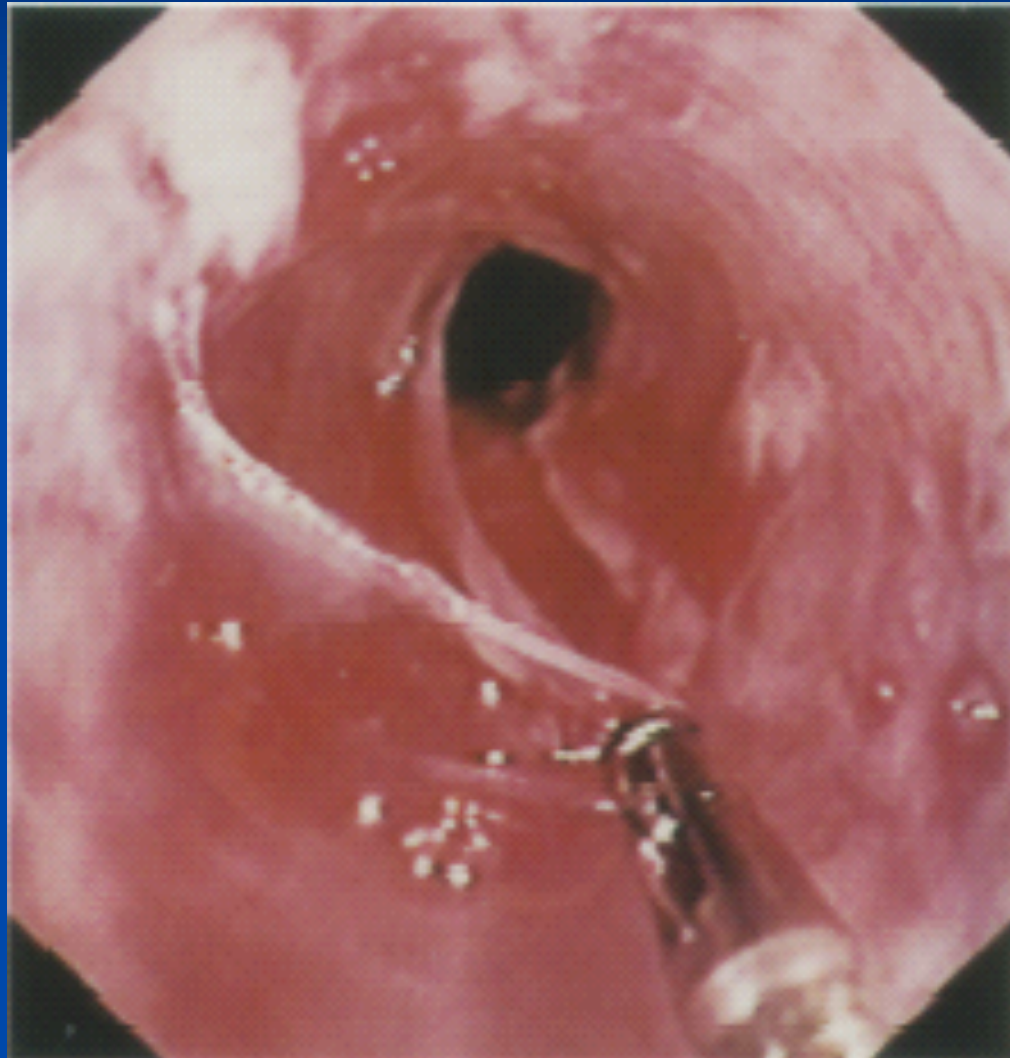
Villanueva, Clinical infectious disease 2001

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

Décrite 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)

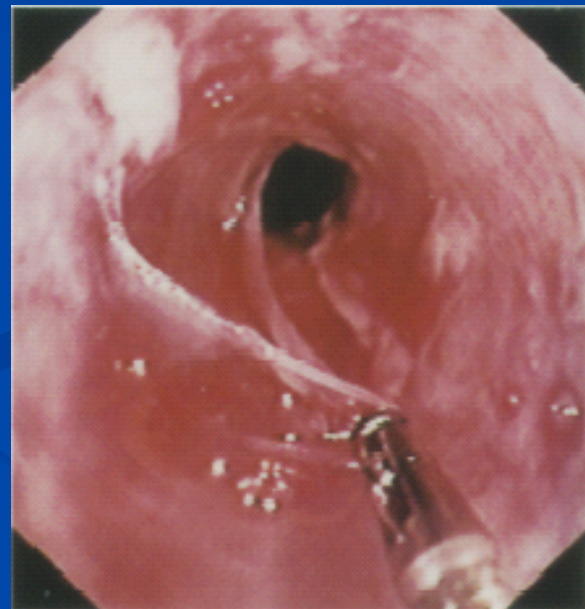
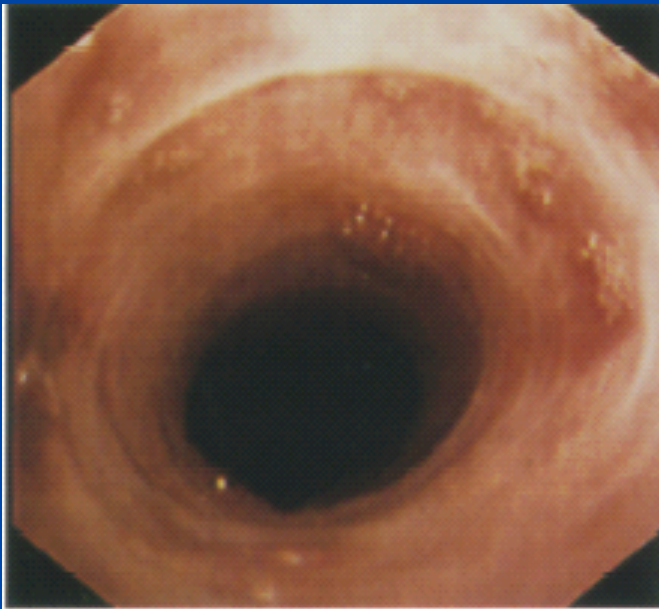
Présentation clinique

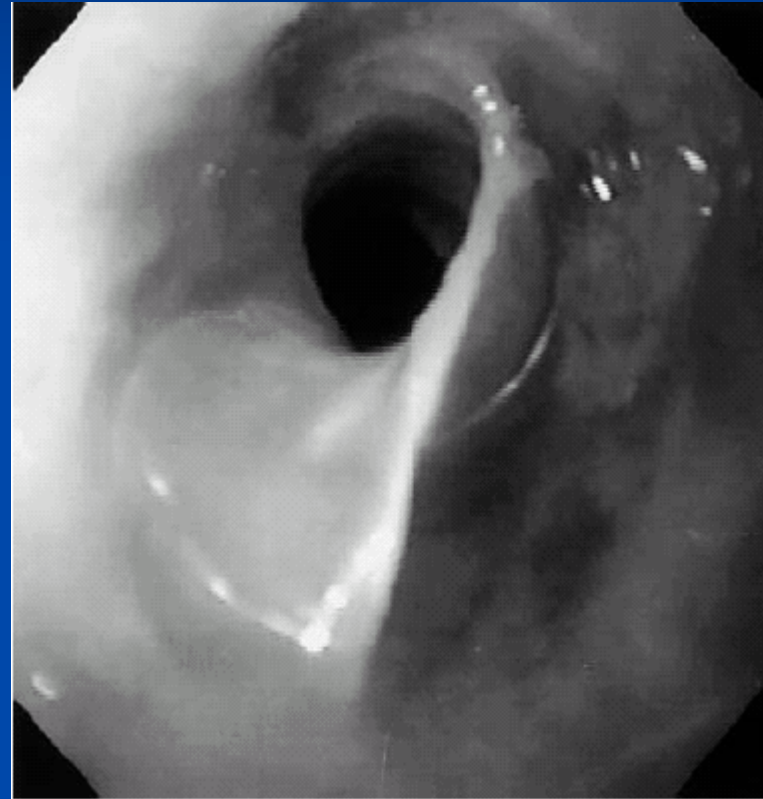
Dysphagie chronique

Douleur thoracique ou épigastrique

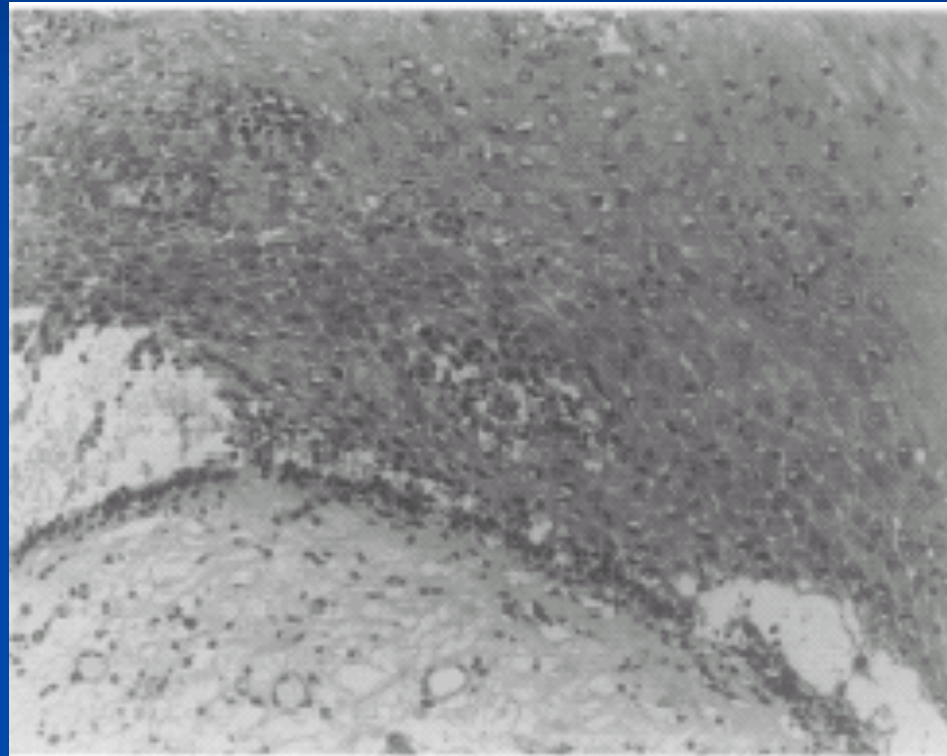
Amaigrissement

Aspects endoscopiques





Histologie



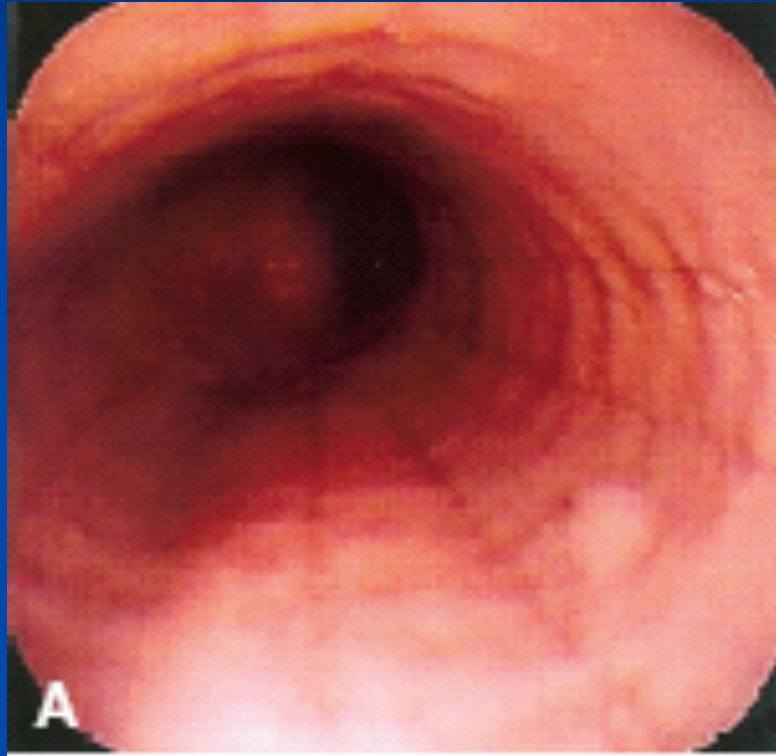
Evolution et traitement

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 éléments 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)

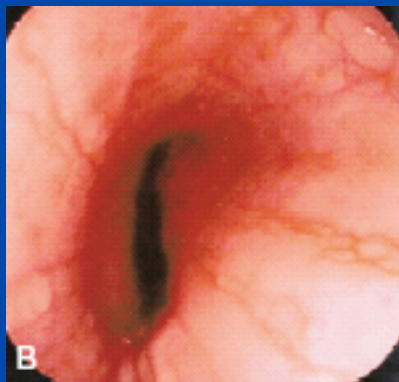
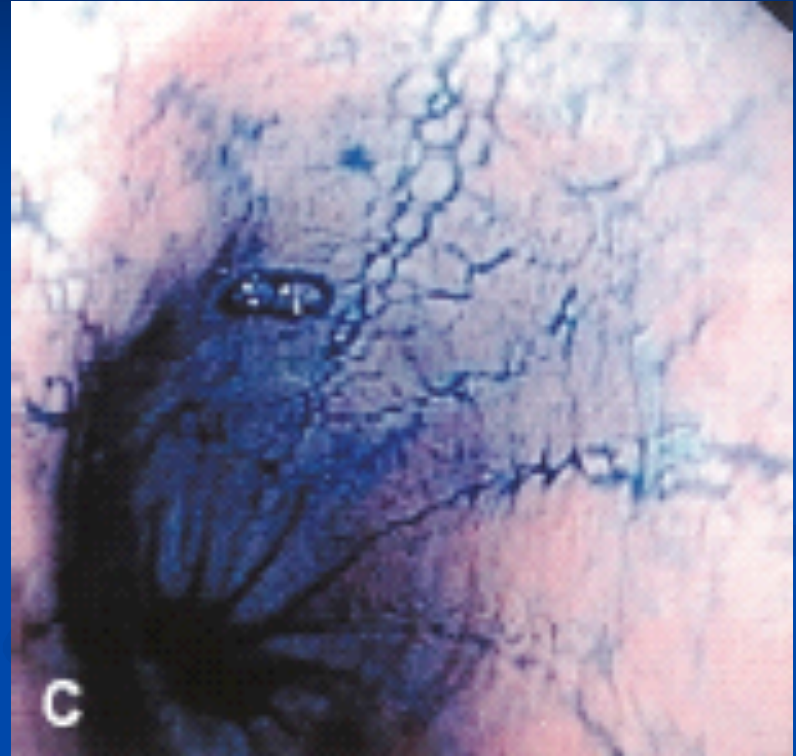
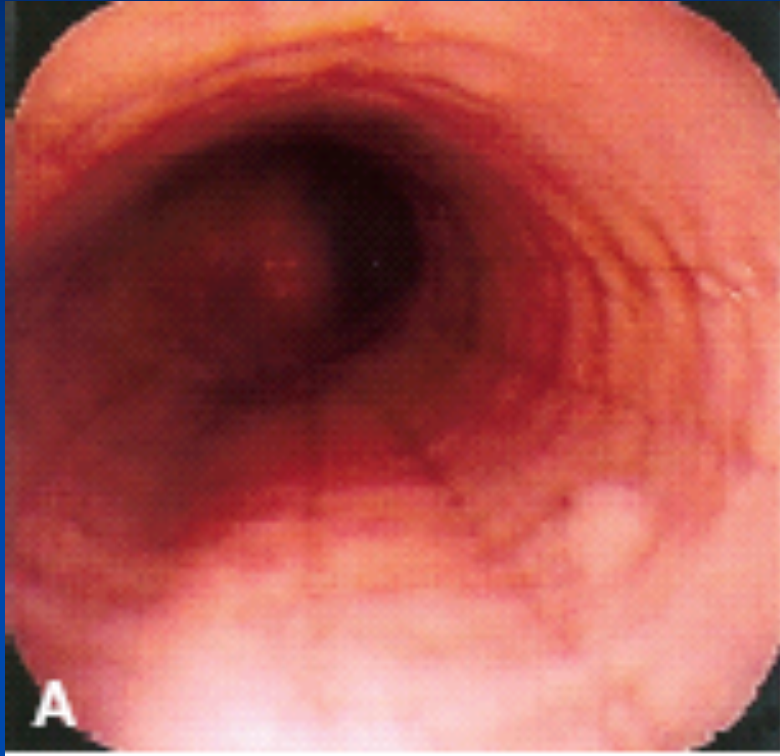
Impaction alimentaire

Brûlures rétrosternales non ascendantes

Mathieu N, 2006

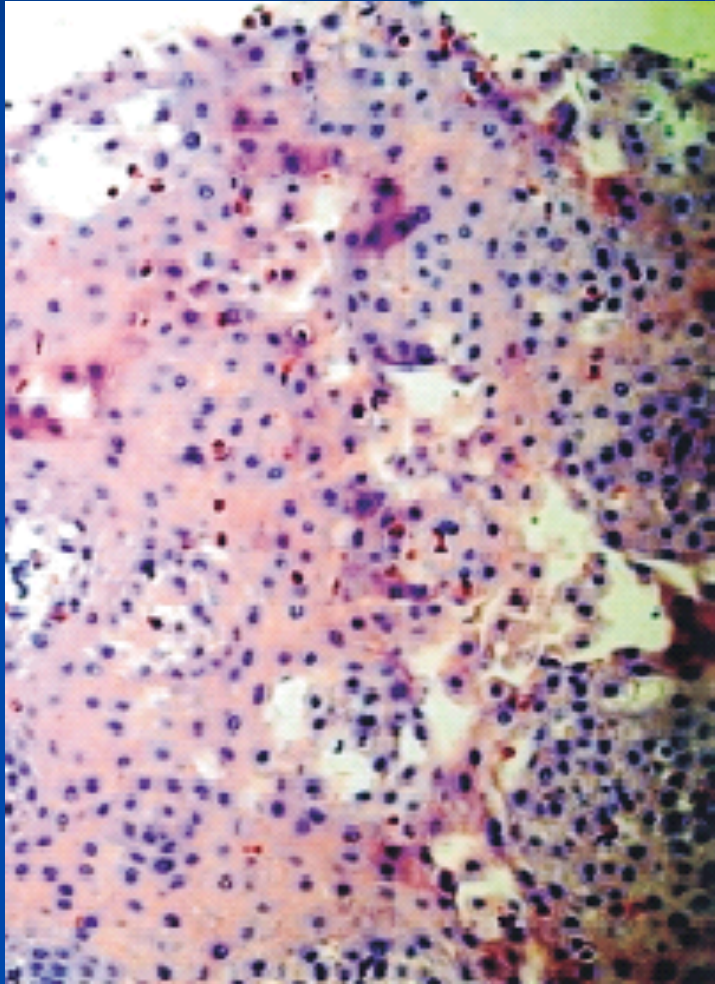
Croese, gastrointestinal endoscopy 2003

Aspects endoscopiques



Endoscopie normale (3-15%)

Diagnostic



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

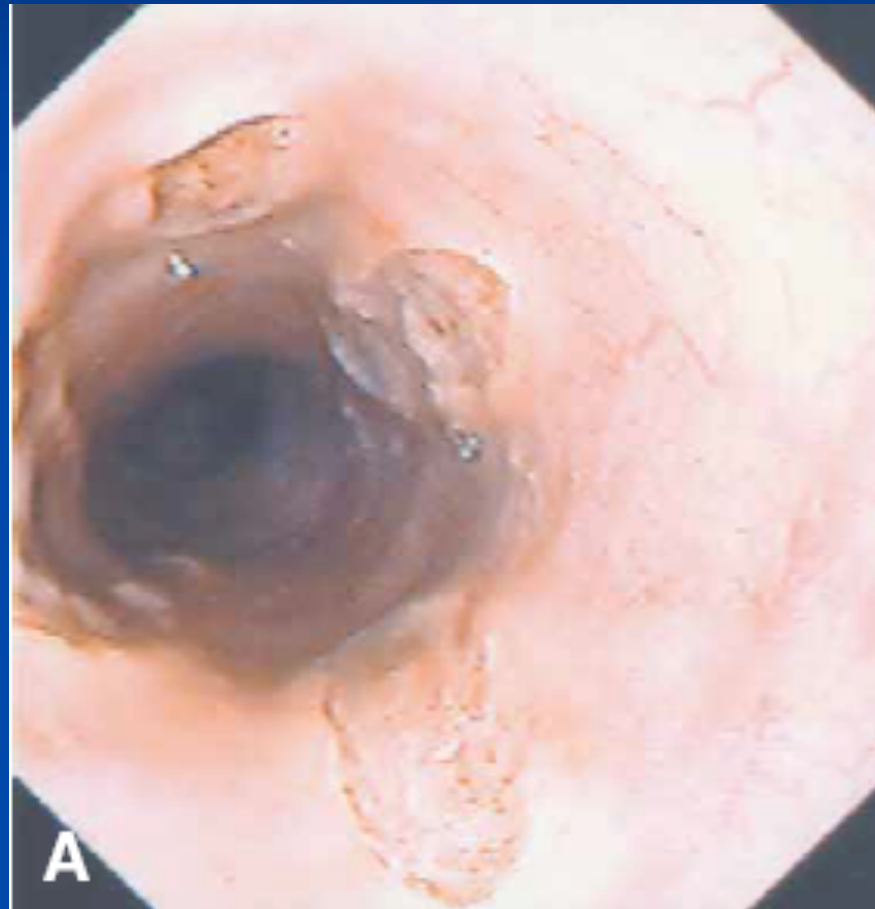
Traitement 2

Antagoniste des récepteurs des leukotriènes
(Singulair)

Amélioration des symptômes mais récides 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

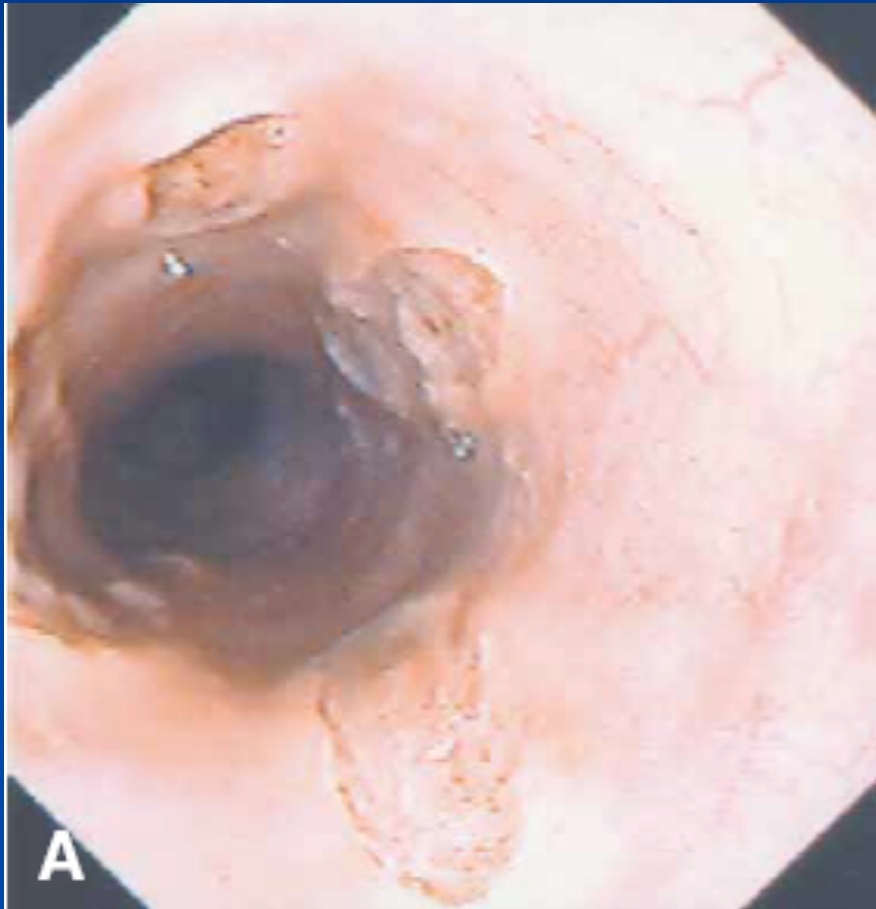
Anamnèse, clinique

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

Persistance 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)