

LES OESOPHAGITES A EOSINOPHILES

Frank Zerbib

Service d'hépato-gastroentérologie
Hôpital Saint André
CHU de Bordeaux
33075 Bordeaux

Tel 05 56 79 58 06

Fax 05 56 79 47 81

frank.zerbib@chu-bordeaux.fr

L'oesophagite à éosinophiles est l'objet d'un regain d'intérêt récent, probablement à la faveur d'une incidence en forte augmentation, bien que les données soient finalement assez contradictoires. Il n'est pas exclu que nous soyons plus attentif aujourd'hui à des anomalies endoscopiques et histologiques que nous rencontrions antérieurement sans y prêter attention. Il s'agit d'une maladie très fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune, dont la physiopathologie est mal connue mais qui fait très probablement intervenir des mécanismes immunoallergiques, en particulier vis-à-vis de protéines alimentaires. La triade clinique est très évocatrice : adulte jeune, terrain allergique (asthme), épisode d'impaction alimentaire. L'interrogatoire révèle toujours l'existence d'une dysphagie ancienne la plus souvent sans retentissement sur l'état général. Si les aspects endoscopiques précédemment décrits sont très évocateurs, ils peuvent être discrets ou absents ce qui justifie la réalisation de biopsies oesophagiennes systématiques (au minimum 5) en cas de dysphagie inexpliquée. Le diagnostic histologique est relativement simple si l'anatomo-pathologiste est orienté par le clinicien, et repose sur la mise en évidence d'une hyperéosinophilie intra-épithéliale (> 15 par champ à fort grossissement). Les principaux diagnostics différentiels sont : le RGO, la gastroentérite à éosinophiles, la maladie de Crohn, le syndrome hyperéosinophilique, les connectivites. En pratique, le diagnostic positif est très aisé. Le traitement d'une œsophagite à éosinophiles repose sur les corticoïdes topiques. Il consiste à faire avaler au patient des bouffées de corticoïdes habituellement utilisés en inhalation (2 à 4 bouffées de 220µg par jour pendant 4 à 6 semaines). Les symptômes récidivent souvent à l'arrêt du traitement et peuvent nécessiter un traitement d'entretien dont l'objectif est d'obtenir la rémission clinique plus qu'histologique. En cas de symptômes sévères résistants à cette prise en charge, les corticoïdes peuvent être administrés par voie générale. Des dilatations instrumentales peuvent être proposées en cas de sténose. L'intérêt du bilan allergologique et l'exclusion des aliments responsables a été clairement démontré chez l'enfant, mais nous ne disposons pas de données chez l'adulte.