

Les critères diagnostiques et les limites de l'œsophagite à éosinophiles

Diagnostic criteria and limits of eosinophilic esophagitis

L. Bridoux-Henno

Service de pédiatrie, CHU Hôpital-Sud, 16, boulevard de Bulgarie, 35000 Rennes, France

Reçu le 15 février 2018 ; accepté le 16 février 2018

Disponible sur Internet le 22 mars 2018

Mots clés : Œsophagite à éosinophiles ; Diagnostic ; Reflux gastro-œsophagien ; Endoscopie ; Allergie

Keywords: Eosinophilic esophagitis; Diagnosis; Gastroesophageal reflux; Endoscopy; Allergy

L'œsophagite à éosinophiles (OE) est actuellement la cause la plus fréquente d'inflammation chronique de l'œsophage après le reflux gastro-œsophagien. Elle a été décrite pour la première fois au début des années 1990. Elle se définit par une réponse immunitaire anormale de la muqueuse œsophagienne vis-à-vis d'allergènes exogènes se traduisant par une infiltration chronique de cette muqueuse par des polynucléaires éosinophiles [1]. Il a été mis en évidence de nombreux gènes de susceptibilité et plusieurs cas peuvent être présents au sein d'une même famille. C'est une maladie vraisemblablement sous-diagnostiquée en France [2] dont la prévalence, en augmentation, serait proche de celles des maladies de Crohn, estimée en moyenne en Europe à 40–56 cas pour 100 000 habitants, avec une prévalence plus élevée chez l'adulte que chez l'enfant [1,3]. Les données épidémiologiques en France sont actuellement méconnues.

1. Quand évoquer une œsophagite à éosinophiles ?

L'OE touche plus volontiers les sujets de sexe masculin (sex-ratio de 3/1) [2]. Elle affecte le plus souvent l'adulte jeune âgé de 30 à 50 ans [1,4]. On retrouve une atopie dans 50 à 80 % des cas (allergies alimentaires IgE médiée dans 15 à 43 % des cas). La présentation clinique est différente chez le jeune enfant et l'adulte. Cette différence s'explique par l'histoire naturelle de la maladie qui initialement entraîne une inflammation de l'œsophage et peut progresser vers la fibrose. Chez le nourrisson, on observe souvent des signes non spécifiques souvent apparentés au RGO (difficultés alimentaires, vomissements, douleurs

abdominales, mauvaise croissance staturo-pondérale) et chez l'enfant plus âgé ou l'adulte une dysphagie (70–80 %), des impactions alimentaires, des douleurs rétro-sternales traduisant cette évolution fibro-sténosante de l'œsophage [2,4,5]. Différents scores permettant de mieux caractériser l'inconfort lié à cette dysphagie ont été proposés et sont une aide au diagnostic et dans le suivi [4,5]. Il est important de réaliser un interrogatoire précis à la recherche des signes cliniques d'OE chez les patients atopiques. En effet, du fait de la chronicité des troubles, le patient à tendance à s'habituer à ses symptômes et d'en un certain nombre de cas ne les évoquera pas forcément spontanément.

2. L'examen endoscopique et l'étude histologique, éléments déterminants dans le diagnostic

La réalisation d'une fibroscopie œso-gastroduodénale est essentielle dans le diagnostic. On peut observer un œdème (diminution de la trame vasculaire de l'œsophage), la présence de dépôts ou exsudats blanchâtres « pseudo-candidosiques », des sillons longitudinaux et pourpres, un aspect pseudo-trachéal voire un rétrécissement concentrique de la muqueuse qui peut apparaître dans les formes évolutives chez l'adolescent et l'adulte. La muqueuse peut être considérée comme normale et il est indispensable de réaliser pour objectiver le diagnostic des biopsies étagées au minimum 6 biopsies localisées à la partie proximale et distale de l'œsophage [1,5,6]. Il est nécessaire également de réaliser des biopsies gastriques et duodénales pour éliminer une gastro-entérite à éosinophiles [1,5–7].

L'examen histologique après coloration à HES permettra de chercher une infiltration de la muqueuse œsophagienne par des polynucléaires éosinophiles (> 15 éosinophiles/champ au

Adresse e-mail : laure.bridoux-henno@chu-rennes.fr

grossissement 400) qui peuvent se regrouper et former des micro-abcès, et des signes d'œsophagite chronique révélés par un allongement des crêtes papillaires, un œdème, une hyperplasie de la couche basale. À l'état normal, il n'y a pas de polynucléaires éosinophiles dans la muqueuse œsophagienne [1,5–7].

3. Quels sont les diagnostics différentiels de l'œsophagite à éosinophiles ?

La présence d'éosinophiles dans la muqueuse œsophagienne n'est pas pathognomonique de l'OE. D'autres pathologies peuvent s'accompagner d'une infiltration de l'œsophage par des polynucléaires à éosinophiles : le reflux gastro-œsophagien, les candidoses œsophagiennes, les parasitoses, certains traitements médicamenteux, la gastro-entérite à éosinophiles, la maladie de Crohn principalement. Devant un tableau clinique de blocage alimentaire, le diagnostic d'achalasie (méga-œsophage) doit également être considéré [5–7]. Le diagnostic d'OE reste complexe et c'est l'histoire clinique, l'aspect endoscopique et histologique qui permettra de poser le diagnostic.

4. Le reflux gastro-œsophagien, une intrication complexe...

Le principal diagnostic différentiel de l'OE est le RGO. Néanmoins, les deux pathologies peuvent coexister et la réponse aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ne permet plus d'éliminer le diagnostic l'œsophagite à éosinophiles, comme le suggérait la première conférence de consensus en 2007 [1,7,8]. Il a été de plus démontré que les IPP permettaient dans l'OE une diminution de l'infiltrat à éosinophiles par leur effet anti-inflammatoire propre liée notamment à une diminution de la sécrétion de l'éotaxine-3, impliquée dans le mécanisme physiopathologique de l'OE. Les conférences de consensus de 2011–2013 [6,7] avaient ainsi identifié une forme particulière d'OE répondant aux PP « IPPROE ». Dans le dernier consensus européen de 2017 [1], il n'y a plus lieu de différencier ces 2 formes d'OE qui présentent les mêmes caractéristiques phénotypiques et moléculaires. Le traitement par IPP est actuellement considéré comme un traitement potentiel de l'OE au même titre que les corticoïdes inhalés ou l'éviction alimentaire [1,8].

5. Conclusion

Le diagnostic de l'œsophagite à éosinophiles peut s'avérer difficile et l'intrication avec le RGO peut parfois le rendre

complexe. Une bonne connaissance de cette pathologie et une collaboration étroite entre le gastro-entérologue, l'allergologue et l'anatomo-pathologiste est essentielle dans le diagnostic et le suivi de ces patients. Il reste néanmoins encore beaucoup d'interrogations concernant l'OE et de nombreuses études sont réalisées afin d'en améliorer le diagnostic et la prise en charge comme en témoigne le très grand nombre de publications sur ce sujet depuis ces dernières années.

La prise en charge reste actuellement complexe nécessitant des contrôles endoscopiques récurrents, difficiles pour les patients. Il est nécessaire de développer des méthodes non invasives permettant de mettre en évidence l'activité inflammatoire de la muqueuse œsophagienne afin de mieux caractériser l'OE et d'adapter la thérapeutique. Quelques nouvelles techniques ont été évaluées avec des résultats encore insuffisants. L'examen endoscopique et l'analyse histologique de la muqueuse œsophagienne restent actuellement indispensables dans le diagnostic et le suivi de cette pathologie.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Lucendo AJ, Molina-i-Infante J, Arias A, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *U Eur Gastroenterol J* 2017;5(3):335–58.
- [2] Vigier C, Henno S, Willot S, Machet MC, Cagnard B, Breton E, et al. Eosinophilic esophagitis in children: Evaluation of practices through a multicenter study. *Arch Pediatr* 2017;24(4):327–35.
- [3] Dellon ES, Hirano I. Epidemiology and natural history of eosinophilic esophagitis. *Gastroenterology* 2018;154(2):319–32.
- [4] Strauman A, Katzla DA. Diagnosis and treatment of eosinophilic esophagitis. *Gastroenterology* 2018;154(2):346–59.
- [5] Munoz-Mendoza D, Chapa-Rodriguez A, Bahna SL. Eosinophilic esophagitis clinical manifestations and differential diagnosis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2017.
- [6] Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I, et al. ACG clinical guideline: evidenced based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). *Am J Gastroenterol* 2013;108: 679–92.
- [7] Papadopoulou A, Koletzko S, Heuschkel R, et al. Management guidelines of eosinophilic esophagitis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:107–18.
- [8] Molina-Infante J, Lucendo AJ. Proton pump inhibitor therapy for eosinophilic esophagitis: a paradigm Shift. *Am J Gastroenterol* 2017;112(12): 1770–3.