



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Fait clinique

Une nouvelle présentation clinique d'œsophagite à éosinophiles

A new clinical presentation of eosinophilic oesophagitis

C. Hurson^{a,*}, P. Dellis^a, A. Pötin^{a,d}, N. Watchi Hayek^a, J. Rebeuh^b,
 M.-A. Onea^c, L. Aussenac-Belle^c, F. de Blay^a, C. Metz-Favre^{a,d}

^a Pôle de pathologies thoraciques, service d'allergologie, CHRU Strasbourg, Strasbourg, France

^b Pôle de pédiatrie, service de chirurgie pédiatrique, CHRU Strasbourg, Strasbourg, France

^c Pôle de pathologies, service d'anatomopathologie, CHRU Strasbourg, Strasbourg, France

^d Pôle mère enfant, service de pédiatrie, CRH Haguenau, Strasbourg, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 20 décembre 2021

Accepté le 7 février 2022

Disponible sur Internet le 8 mars 2022

Mots clés :

FIRE syndrome

Œsophagite à éosinophiles

Syndrome pollens-aliments

Allergie alimentaire

RÉSUMÉ

Une nouvelle entité clinique présente chez certains patients atteints d'œsophagite à éosinophiles a été décrite récemment : « Food-induced Immediate Response of the Esophagus syndrome » (FIRE syndrome). Nous rapportons l'observation d'un patient chez qui le diagnostic de syndrome oral, puis de crise aiguë d'asthme a été posé initialement, alors qu'il s'agissait d'un FIRE syndrome faisant retarder le diagnostic d'œsophagite à éosinophiles. Nous détaillons les caractéristiques de ce nouveau syndrome.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

A new clinical entity, named Food-induced Immediate Response of the Esophagus syndrome (FIRE syndrome), has been recently described in a subgroup of patients suffering from eosinophilic oesophagitis. We report the observation of a patient in whom the diagnosis of oral syndrome and then asthma attack were initially made when it was a FIRE syndrome delaying the diagnosis of eosinophilic esophagitis. We detail the characteristics of this new syndrome.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Abréviations

OAE	œsophagite à éosinophiles
SAPA	syndrome d'Allergie-Pollens-Aliments
SO	syndrome oral
FIRE	Food-induced Immediate Response of the Esophagus

1. Introduction

Le FIRE syndrome, décrit pour la première fois en février 2020 [1], désigne un tableau clinique particulier présent chez

des patients souffrant d'œsophagite à éosinophiles (OAE), et dont la symptomatologie peut être confondue avec un syndrome d'Allergie-Pollens-Aliments (SAPA) ou une crise d'asthme atypique.

Une définition et un questionnaire à destination des patients ont été proposés pour permettre aux praticiens d'identifier ce nouveau syndrome.

En effet, il se situe au croisement de diverses spécialités : allergologues, pédiatres, pneumologues ou encore gastroentérologues peuvent être confrontés à cette nouvelle entité clinique.

Nous proposons ici la description d'un cas clinique avec sa démarche diagnostique afin de mettre en lumière les caractéristiques de ce syndrome et les pièges à éviter. Le patient a donné son accord pour la publication de cet article.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : charlotte.hurson@gmail.com (C. Hurson).

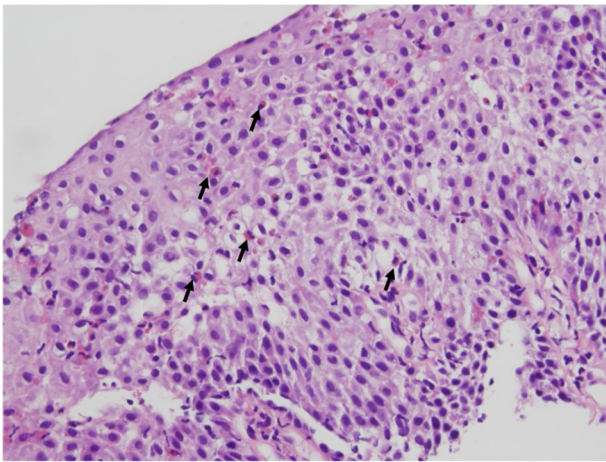


Fig. 1. Muqueuse malpighienne œsophagienne avec infiltrat à PNE (marqués par les flèches), coloration d'hémaroxyline-éosine, grossissement x400.

2. Cas clinique

Un adolescent de 12 ans a été admis aux urgences par deux fois pour suspicion d'anaphylaxie avec atteinte respiratoire.

Ce jeune patient atopique était suivi depuis de nombreuses années pour des allergies alimentaires et respiratoires multiples. En effet, il souffrait d'un asthme, d'une rhino-conjonctivite aux pollens de bétulacées et d'une allergie alimentaire de type 2 à de nombreux fruits et légumes crus par réactivité croisée à la PR10 et à la profiline, qui se manifestait par un syndrome oral (SO). Il avait également une allergie alimentaire de type 1, par sensibilisation aux protéines de stockage de l'arachide et de certains fruits à coque, qui se manifestait par des épisodes d'anaphylaxie de grade II [3].

Ce patient avait débuté une immunothérapie allergénique par voie sublinguale aux pollens de bétulacées depuis 2 ans. Depuis, ses allergies respiratoires saisonnières étaient contrôlées. En revanche, il décrivait toujours un syndrome oral important avec certains aliments, rapportant également une hypersialorrhée, une gêne thoracique rétro-sternale avec dyspnée qui cédaient peu ou difficilement après prise de Salbutamol. En revanche, il n'avait jamais rapporté d'épisode de dysphagie ni de blocage alimentaire.

Lors de sa première hospitalisation aux urgences, le patient est hélicoptéré de son domicile pour la prise en charge d'une suspicion d'anaphylaxie de grade II devant un syndrome oral et une crise d'asthme après la consommation de 2 quartiers d'orange. Il présente une toux, des expectorations, une hypersialorrhée, une gêne cervicale et une douleur médiathoracique. Cependant, l'auscultation pulmonaire et l'examen ORL sont strictement normaux. Le patient reçoit alors un traitement associant antihistaminiques et corticoïdes sans efficacité. L'évolution est finalement favorable après une nébulisation de Salbutamol.

Trois mois plus tard, il est réadmis aux urgences pour des symptômes similaires survenant immédiatement après un repas. À son arrivée, il présente à nouveau une hypersialorrhée, une gêne médiathoracique intense sans dyspnée. L'examen clinique est normal, tout comme la radiographie pulmonaire. Devant l'absence d'amélioration après traitement symptomatique par antihistaminiques, corticothérapie orale et aérosols de bronchodilatateurs de courte durée d'action, une gastroscopie est réalisée pour suspicion d'inhalation de corps étranger. Celle-ci mettra en évidence l'impaction d'un morceau de poulet au niveau du tiers moyen de l'œsophage. L'évolution sera favorable après son extraction.

Sur le plan histologique, la biopsie réalisée lors de l'endoscopie révèle une œsophagite à éosinophile (Fig. 1).

Après reprise de l'interrogatoire, cet adolescent décrit depuis 5 ans de nombreux épisodes similaires, mais moins intenses et de résolution plus rapide, attribués jusqu'alors à un SO sévère par SAPA [2].

La description clinique de ces 2 épisodes aigus est évocatrice d'un *Food-induced Immediate Response of the Esophagus* ou « FIRE syndrome ».

La désensibilisation aux bétulacées a été interrompue compte tenu du diagnostic d'œsophagite à éosinophile, qui constitue une contre-indication.

Un traitement par Budesonide gel a été instauré sans arôme de fruits naturels pour éviter toute exposition protéique potentiellement aggravante. Ceci a permis de faire disparaître complètement les symptômes et cet adolescent s'autorise à nouveau la consommation des fruits crus dont l'orange. L'endoscopie de contrôle objective une amélioration des lésions et une réduction de l'infiltrat éosinophilique.

3. Discussion

La symptomatologie, présentée jusqu'à la découverte de l'impaction alimentaire, évoque une entité décrite récemment : le « FIRE syndrome » (*Food-induced Immediate Response of the Esophagus*). Il peut être confondu avec un SO atypique ou une crise d'asthme répondant peu au Salbutamol ; retardant alors le diagnostic d'OAE. Pour cet adolescent, il est probable que son OAE soit une des manifestations cliniques de son atopie entretenue par l'inhalation de pollens et l'ingestion d'aliments auxquels il est sensibilisé. Par ailleurs, cette OAE a possiblement pu être aggravée par l'immunothérapie par voie sublinguale aux pollens, et ce, même s'il avait toujours craché l'extrait allergénique.

Dans notre cas, ce patient n'avait jamais décrit de dysphagie, ni de blocage alimentaire ; le retard diagnostique est probablement de 5 ans.

Le FIRE syndrome, par définition, survient chez des patients porteurs d'une OAE. Ce tableau clinique présente des similitudes avec le SO, symptôme caractéristique du SAPA, auquel il peut être associé. Toutefois, il s'en distingue par sa localisation sous glottique, et par une sensation désagréable et/ou douloureuse rétro-sternale intense avec une majorité des patients qui évaluent la douleur de l'épisode à 7/10 sur l'échelle visuelle analogique, et non par un prurit [1]. Il est à différencier de la dysphagie et des blocages mécaniques plus classiquement décrits dans l'OAE. Ce syndrome, qui concerne jusqu'à 40 % des patients atteints d'OAE, présente quelques spécificités : les symptômes débute souvent à un âge plus précoce que chez les patients ayant une OAE sans FIRE syndrome, et surviennent chez des sujets ayant un terrain atopique ; il s'agit, plus fréquemment, d'individus de sexe masculin ayant déjà eu une levée d'impaction œsophagienne par voie endoscopique, les symptômes apparaissent avec un délai de latence court après la déglutition de l'aliment (variant de quelques secondes à 60 minutes) et la durée de la symptomatologie est le plus souvent brève (le plus souvent inférieure à 3 minutes).

Ces symptômes aigus d'origine œsophagienne surviennent de façon reproductible suite à l'ingestion d'un aliment ou d'un liquide spécifique. Les facteurs déclenchants identifiés sont variés, tels que l'ingestion de produits laitiers, de blé, de fruits à coque, de fruits, mais aussi de vin et de bière. Les symptômes peuvent être trompeurs avec une anxiété parfois au premier plan, liée à une sensation de brûlure, d'oppression thoracique, de crampe rétro-sternale d'étouffement (Fig. 2). Une série suisse de 8 patients identifie le même pattern clinique [4]. Certains patients sont, par ailleurs, en mesure de distinguer clairement ces manifestations de leur dysphagie habituelle au cours d'une OAE ou d'un reflux gastro-œsophagien [1].

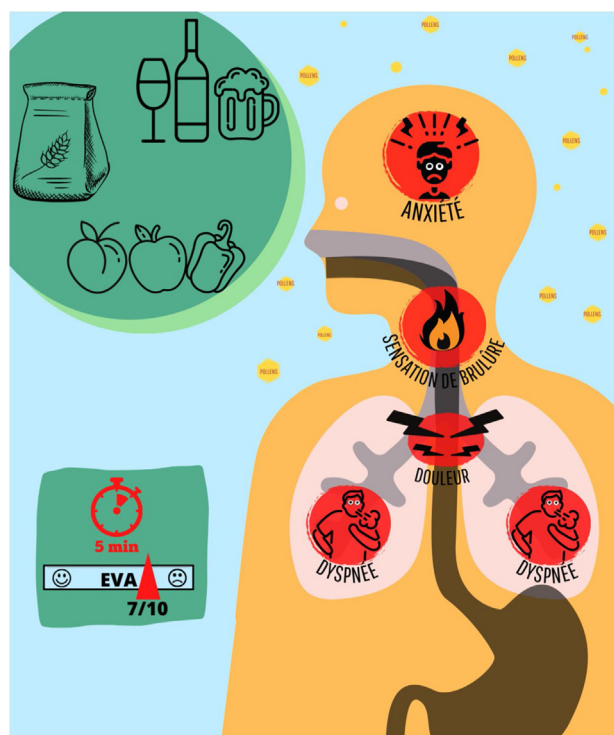


Fig. 2. Principales caractéristiques du FIRE syndrome.

Ce syndrome se trouve donc au croisement de plusieurs entités cliniques allergologique, sa méconnaissance peut induire en erreur le clinicien. Fort de ces nouvelles connaissances, à présent, dans notre pratique, nous utilisons un questionnaire à destination des patients ([Supplément en ligne](#)). Ce dernier a été élaboré à partir de celui rédigé par Biederman L. et al. que nous avons traduit en français et adapté à notre pratique courante ; il permet d'envisager

le diagnostic d'OAE chez des patients n'ayant jamais présenté de dysphagie ou de blocage alimentaire.

4. Conclusion

Le *Food-induced Immediate Response of the Esophagus* ou syndrome FIRE est une des manifestations cliniques de l'OAE nouvellement décrite. Il survient avec prédilection chez des patients atopiques. Il se caractérise par sensation intense et désagréable, voire douloureuse sous glottique, apparaissant rapidement et de façon reproductible après une ingestion d'un aliment spécifique. Il est à rechercher, chez tout patient souffrant d'un SO atypique et/ou sévère, afin de ne pas retarder le diagnostic d'OAE.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Supplément en ligne. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.reval.2022.02.228>.

Références

- [1] Biedermann L, Holbreich M, Atkins D, Chehade M., Dellon E.S., Furuta GT, et al. Food-induced immediate response of the esophagus-A newly identified syndrome in patients with eosinophilic esophagitis. *Allergy* 2021;76(1):339–47.
- [2] Bidat E, Benoist G, Valèan A, Feuillet-Dassonval C, Van der Brempt X, et al. Les allergies croisées, le syndrome d'allergie pollen aliment (SAPA). Feuille de conseil pour les patients. *Rev Fr Allergologie* 2019;59(8):624–5.
- [3] Ring J, Messmer K. Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volumes substitutes. *Lancet* 1997;1:466–9.
- [4] Holbreich M, Straumann A. Features of food-induced immediate response in the esophagus (FIRE) in a series of adult patients with eosinophilic esophagitis. *Allergy* 2021;76(9):2893–5.