

Dysphagie et troubles respiratoires depuis plus de dix ans

Suite du numéro 20/21: Solution et catamnèse

Peter Netzer^a, Franz Ammon^b

^a Gastroenterologie-Zentrum, Lindenhofspital, Bern, ^b Cabinet privé, Berne

Solution

Le cas

Homme de 31 ans. Depuis plus de dix ans, épisodes récidivants, durant parfois plusieurs mois, de troubles de la déglutition des aliments solides (viande/pain) et sensations de sécheresse des muqueuses et gêne respiratoire le matin. Depuis 1996, trois lésions œsophagiennes de Mallory-Weiss confirmées par endoscopie. Mise en évidence par ailleurs de plis annulaires multiples au niveau de l'œsophage. Absence d'amélioration sous IPP. Tous les examens complémentaires, y compris les valeurs de laboratoire et les clichés radiologiques, étaient sans particularités.



Les questions

1. Quel est le diagnostic le plus probable?
A Trouble fonctionnel (par ex. spasme œsophagien diffus).
B Collagénose (par ex. sclérodermie).
C Dermatose bulleuse.
D Œsophagite éosinophile idiopathique.
E Œsophagite infectieuse.
2. Que proposeriez-vous pour assurer le diagnostic?
A CT du thorax.
B Transit œsophagien.
C Bronchoscopie.
D Biopsies œsophagiennes.
E Examen de la fonction pulmonaire.

Solution

1. La réponse correcte est D: le patient souffre d'une dysphagie essentiellement aux solides d'origine peu claire, sans obstacle au transit œsophagien, ni trouble sévère de la motilité à l'examen radiologique. Pas d'éléments en faveur d'une atteinte neurologique, pour laquelle on s'attendrait plutôt à une dysphagie aux liquides. Pas d'arguments non plus pour une maladie systémique de type sclérodermie ou syndrome de CREST avec atteinte œsophagienne, par exemple. L'absence de réponse aux IPP rend une maladie de reflux très peu

probable. L'évolution chronique récidivante, la muqueuse œsophagienne sensible et vulnérable et l'aspect en trachée avec les replis œsophagiens en anneaux transversaux à l'endoscopie sont des indices parlant fortement en faveur d'une œsophagite éosinophile idiopathique (EO).

2. La réponse correcte est D: jusqu'à l'épisode actuel, on n'a procédé à aucune biopsie de l'œsophage. Cette fois-ci, les biopsies de l'ensemble de la muqueuse œsophagienne ont révélé une éosinophilie focale très marquée avec formation de micro-abcès éosinophiles. Le diagnostic de suspicion clinique et endoscopique d'œsophagite éosinophile idiopathique a ainsi été confirmé.

Maladie et diagnostic

L'œsophagite éosinophile (EO) est une maladie inflammatoire de l'œsophage d'étiologie inconnue caractérisée par une éosinophilie tissulaire très prononcée (>20 HPF). Elle est souvent associée à d'autres manifestations atopiques, raison pour laquelle on suspecte l'existence d'un trouble immunologique ou allergique sous-jacent. Les autres étiologies possibles incluent entre autres une maladie de reflux ou une gastroentérite éosinophile avec atteinte œsophagienne qu'il s'agira donc d'exclure.

L'EO n'a été identifiée comme entité pathologique que tout récemment. Elle doit être distinguée de la gastroentérite éosinophile, qui touche essentiellement le tractus gastro-intestinal, mais qui peut occasionnellement aussi toucher l'œsophage. Chez notre patient, les biopsies gastriques étaient sans particularités. La clinique ne parlait pas non plus pour une gastroentérite éosinophile, qui s'accompagne en général de diarrhées.

L'EO était considérée à l'origine comme une rareté, mais sa prévalence, estimée aujourd'hui à environ 1 cas pour 5000 personnes, augmente au fur et à mesure que cette affection est mieux connue par le monde médical. En Suisse, on rapporte chaque année 1-2 cas pour 100 000 habitants [1]. Typiquement, on suspectera cette maladie face à une dysphagie aux solides, en par-

ticulier à la viande et au pain, et à l'absence d'obstacle au transit œsophagien lors de l'examen endoscopique. La suspicion est renforcée lorsque l'endoscopie révèle un aspect en anneaux de la muqueuse, qui prend des allures de papier crêpe ou même de trachée, et que la muqueuse semble particulièrement fragile. Parfois on se trouve devant un tableau faisant penser à une candidose, les petits points blancs correspondant cependant ici à des infiltrats d'éosinophiles très denses. Cela dit, l'EO répond à une définition histologique claire, caractérisée par la présence de granulocytes éosinophiles en grand nombre (valeurs maximales >20 HPF), et doit être envisagée en l'absence d'autres causes comme une maladie de reflux, une gastro-entérite éosinophile, une infection par des vers, etc.

Traitement

On dispose de plusieurs options thérapeutiques: corticoïdes par voie systémique ou topique, immunosuppresseurs, antagonistes des leucotriènes, diètes hypoallergiques et dilatation. Des études expérimentales avec des anticorps monoclonaux, par ex. le mépolizumab dirigé contre l'interleukine-5, ont donné des résultats très positifs. Il est cependant logique de commencer par des corticostéroïdes topiques (sprays de fluticasone ou de budésonide). La dysphagie s'améliore habituellement en quelques jours. En cas de troubles réfractaires au traitement, on recommande une corticothérapie systémique de courte durée. En cas d'évolution chronique sévère, le recours à des immunosuppresseurs, tels que l'azathioprine, peut permettre de se passer des corticostéroïdes [2]. Nous conseillons à l'heure actuelle d'annoncer les patients à notre registre national des EO, géré par le PD Dr A. Straumann à Olten, et de discuter aussi avec lui des modalités du traitement. Tous les cas seront documentés dans le cadre d'essais cliniques contrôlés.

Pronostic

On ne sait que peu de choses sur le pronostic à long terme. En l'absence de traitement, la dys-

phagie peut perdurer des années ou même se péjorer au cours du temps. La qualité de vie est en général fortement perturbée, surtout pendant les périodes d'impaction du bolus alimentaire. L'inflammation chronique non traitée peut conduire à une fibrose de la paroi œsophagienne avec des troubles obstructifs progressifs et des sténoses nécessitant des bougirages de manière récurrente.

Catamnèse

Dans le cas de notre patient, les lésions répétées de type Mallory-Weiss reflètent probablement la grande vulnérabilité de la muqueuse œsophagienne avec EO. L'endoscopie actuelle a aussi mis en évidence une lésion de la muqueuse, mais qui se situait cette fois directement dans la zone de la bouche œsophagienne et qui s'expliquait bien avec l'impaction du bolus et le vomissement qui s'en est suivi.

L'association avec les troubles respiratoires et les sensations de panique par crainte d'étouffement n'est pas encore bien documentée. Nous suivons un autre patient souffrant d'une gastroentérite éosinophile avec atteinte de l'œsophage, dont la symptomatologie commençait toujours par des crises d'asthme et une dysphagie. Ce patient n'avait aucun antécédent d'asthme.

L'association d'une dysphagie et de troubles respiratoires constitue un autre indice en faveur d'une œsophagite éosinophile. Pour assurer le diagnostic, il est très important de procéder à des biopsies de la muqueuse œsophagienne sur toute sa longueur, même si elle semble normale. Le laboratoire est la plupart du temps sans particularités, même si on peut occasionnellement rencontrer une éosinophilie sanguine.

Conclusion

Lors d'une dysphagie d'origine peu claire, surtout aux aliments solides, et en l'absence d'obstacle au transit œsophagien, il faut penser à une EO. Les biopsies de l'œsophage sont essentielles dans ces cas pour poser le diagnostic.

Correspondance:
PD Dr Peter Netzer
Gastroenterologie-Zentrum
Lindenhofspital
CH-3001 Bern
info@gzl.ch

Dr Franz Ammon
Médecine Interne FMH
Bubenbergrplatz 5
CH-3012 Bern
franz@ammon.ch

Références

- 1 Straumann A. Eosinophile Ösophagitis: Eine neue Entität? Schweiz Rundsch Med Prax. 2006;95(6):191-5.
- 2 Von Wattenwyl F, Zimmermann A, Netzer P. Synchronous first manifestation of an idiopathic eosinophilic gastroenteritis and bronchial asthma. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2001;13:721-5.