

L'œsophagite à éosinophile

F Gottrand, unité d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatrique, centre de référence des affections chroniques et malformatives de l'œsophage, pôle enfant, hôpital J de Flandre, CHU Lille, Faculté de Médecine, Université de Lille

L'œsophagite à éosinophile (OE) est une maladie émergente depuis les années 2000, dont la prévalence augmente dans les pays développés et qui touche les enfants (0,16 à 1/10 000) et les adultes jeunes. L'OE est une maladie chronique immunologique limitée à l'œsophage, caractérisée cliniquement par des symptômes liés au dysfonctionnement œsophagien et définie sur le plan histologique par une inflammation prédominante à éosinophile (>15 éosinophiles par champs de haute résolution sur au moins une biopsie œsophagienne). Elle est responsable chez l'enfant de dysphagie, pyrosis, régurgitations et d'impaction alimentaire. Elle s'associe dans la majorité des cas à des allergies alimentaires. En l'absence de traitement la maladie évolue vers une persistance de l'inflammation, des anomalies de la motricité œsophagienne et des sténoses. L'EO a un impact significatif sur la qualité de la vie du patient, altérant son fonctionnement social et psychologique.

Le traitement de l'OE n'est actuellement pas codifié : 1) inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pendant 8 semaines à la dose de 1 à 2 mg/kg/j en 2 prises, efficace chez l'enfant dans près de 60% des cas (formes IPP sensibles) ; 2) régime d'éviction alimentaire soit centré sur le ou les aliments suspectés après les tests allergologiques (efficace que dans moins de 50 % des cas), régime d'éviction des 6 allergènes les plus fréquents (protéines du lait de vache, œuf, blé, soja, arachide, poisson et produits de la mer) (efficace dans 70% des cas) voire d'un régime élémentaire pas des solutions d'acides aminés exclusivement (efficace dans 90% des cas mais dont l'observance est très difficile en particulier chez l'enfant plus grand) ; 3) les corticoïdes locaux ingérés Flixotide[®] (fluticasone) 250 µg/dose : Suspension pour inhalation (80 à 440 µg/prise 2 à 4 fois/j (<10 ans) 440 à 880 µg/prise 2 à 4 fois/j (≥ 10 ans) ou Pulmicort[®] (budesonide) préparation pour nébuliseur (0,5 mg/2 ml avec du sucralose) 0,5 mg x2/j (si <10 ans), 1 mg x2/j (≥10 ans) pendant 4 à 12 semaines. Ils sont efficace dans 50 à 80% des cas.

Le problème actuel est la rechute quasi constante à l'arrêt des traitements et donc la définition du meilleur traitement d'entretien. L'histoire naturelle de cette maladie au long cours n'est actuellement pas connue.