

LES OESOPHAGITES

L'oesophagite est l'ensemble des lésions inflammatoires de l'œsophage.
En fonction de l'agent causal, on distingue quatre grands types d'oesophagite :

- L'oesophagite peptique en rapport avec le reflux gastro-oesophagien ;
- L'oesophagite caustique survenant à la suite de l'ingestion d'une solution acide ou basique ;
- L'oesophagite post-radique secondaire à une radiothérapie sur la région cervicale ;
- L'oesophagite mycotique due à une infection par un champignon microscopique.

I/ OESOPHAGITE PEPTIQUE :

A/ Définition :

L'oesophagite peptique désigne tous les états inflammatoires de la muqueuse oesophagienne secondaire à l'action corrosive des sucs digestifs du reflux gastro-oesophagien. Le reflux gastro-oesophagien est le passage du contenu gastrique dans l'œsophage.

La gravité des lésions est fonction de la durée, de la fréquence et du volume du reflux.
L'atteinte est segmentaire localisée au 1/3 inférieur de l'œsophage.

B/ Etiologies :

Le reflux gastro-oesophagien est la conséquence directe de l'incontinence du cardia dont les principales causes sont :

- La hernie hiatale par glissement ;
- La présence d'une sonde nasogastrique soit d'aspiration, soit d'alimentation ;
- La chirurgie de l'estomac (vagotomie ou gastrectomie) ;

C/ Clinique :

1) Signes cliniques :

- Douleurs épigastriques hautes, rétro-xyphoïdienne à type de brûlures ;
- Régurgitation acide ;
- Pyrosis : sensation de brûlure traçante ascendante de l'épigastre à la région pharyngée, favorisée par le décubitus ou l'antéflexion du tronc (signe du lacet), terminée par une régurgitation ;
- Dyspnée intermittente et douloureuse.

2) Examens complémentaires :

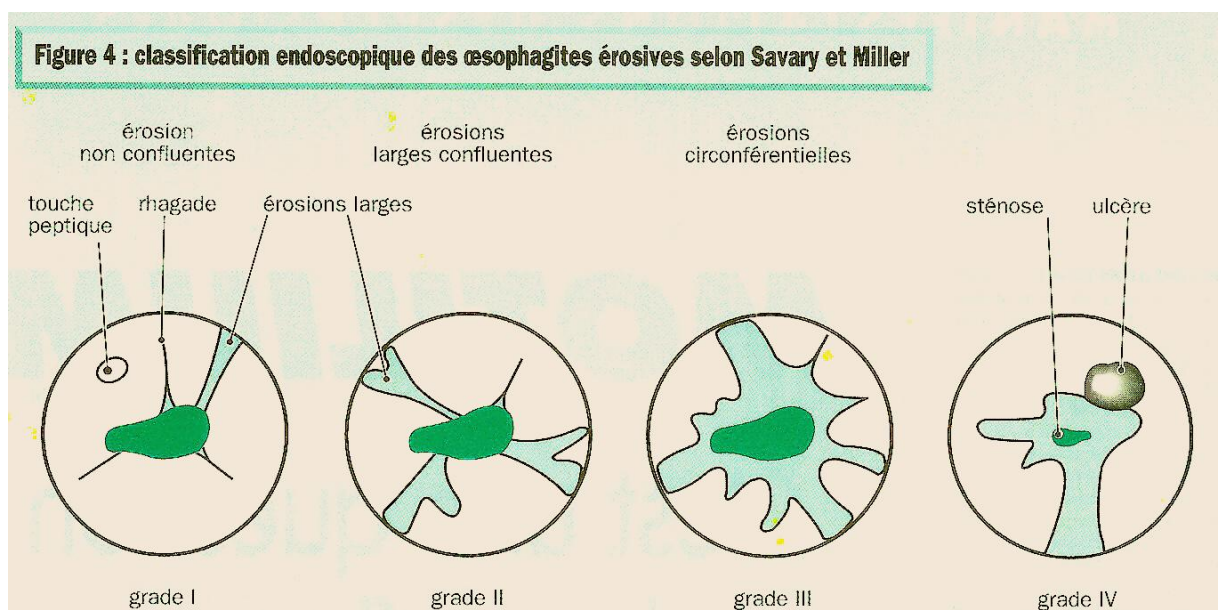
2.1) Le transit œsogastroduodéal (TOGD) :

Il sert surtout à mettre en évidence une hernie hiatale et à révéler le reflux en position de Trendelenburg (malade en pro cubitus, tête en bas selon un plan incliné à 15°). Au stade de sténose, il objective un rétrécissement court, régulier et axial.

2.2) L'endoscopie digestive haute :

C'est l'examen essentiel. Elle a un triple intérêt :

- Elle précise l'importance et l'étendue des lésions, et les classent dans la classification de Savary



- Elle apporte des arguments en faveur de l'origine peptique de l'oesophagite (constatation d'une hernie hiatale, observation d'un reflux de liquide provenant de l'estomac) ;
- Elle permet de réaliser des biopsies.

2.3) Les explorations fonctionnelles :

- La manométrie : elle consiste à mesurer la pression du sphincter inférieur de l'oesophage.
- La pHmétrie : elle consiste à mesurer de façon continue le pH oesophagien par l'intermédiaire d'une sonde et à déterminer l'importance du reflux acide.

D/ Evolution et complications :

L'oesophagite évolue en s'aggravant jusqu'à constitution d'une sténose. L'évolution peut donner lieu à des complications :

1) Brachy-oesophage :

C'est l'aboutissement d'une sclérose inflammatoire rétractile entraînant un raccourcissement de l'oesophage et le maintien permanent et irréversible d'une partie de l'estomac en position intra thoracique.

2) Endo-brachy-oesophage :

C'est une anomalie uniquement muqueuse qui se définit par le remplacement progressif et ascendant de la muqueuse oesophagienne altérée par une muqueuse de type gastrique.

3) Anémie :

Elle est due à une déperdition sanguine occulte.

4) Hémorragie digestive :

Elle est extériorisée sous forme d'une hématemèse.

5) Dégénérescence maligne

E/ Traitement :

Le traitement a pour objectif de soulager les symptômes, cicatriser les lésions et prévenir la récurrence.

Le but est de diminuer le reflux.

1) Traitement médical :

1.1) Mesures hygiéno-diététiques :

- Réduction de la surcharge pondérale ;
- Suppression de l'alcool, du tabac et des boissons gazeuses ;
- Déconseiller le décubitus dorsal après les repas ;
- Eviter tous les facteurs de compression abdominale (corset, ceinture...) ;
- Surélever la tête du lit ;

1.2) Médicaments :

- Anti-acides (émulsions de sels d'aluminium et de magnésium) comme par exemple Maalox°, Phosphalugel° etc.... Ils sont pris après les repas ;
- Anti-sécrétoires dont les plus utilisés sont le Tagamet°, l'Azantac° en prise unique le soir.
- Autres : Primpéran°, Gaviscon° ;

2) Traitement chirurgical :

La chirurgie est proposée en cas d'oesophagite sévère, résistante au traitement médical et en cas de complication hémorragique.

L'intervention a pour but la réduction de la hernie, le renforcement des moyens de fixation de la région cardio-tubérositaire, la confection d'un dispositif anti-reflux.

3) Traitement de la sténose :

C'est l'indication de la dilatation per-endoscopique.

II/ OESOPHAGITE CAUSTIQUE :

A/ Définition :

C'est une brûlure chimique de l'œsophage suite à l'ingestion d'une solution acide ou basique, soit accidentelle, soit volontaire dans un but suicidaire.

B/ Clinique :

1) Description :

Les lésions suivent l'évolution d'une brûlure avec érythème, phlyctène, ulcération et nécrose. La gravité dépend de la concentration et de la quantité de produit ingéré. Elle est mineure en cas d'ingestion accidentelle car la quantité est toujours limitée, elle est majeure dans les tentatives d'autolyse ou le malade essaie d'en ingérer le plus possible. L'atteinte de l'œsophage s'accompagne de lésions de l'oropharynx et de l'estomac qui subissent également l'action du produit.

2) Symptomatologie :

Les symptômes associent des douleurs bucco pharyngées, thoraciques et épigastriques, exagérées par la déglutition, parfois une détresse respiratoire aiguë ou un état de choc.

3) Examens complémentaires :

L'examen de référence est la fibroscopie digestive haute qui permet d'apprécier la gravité et de l'étendue des lésions.

4) Evolution :

Elle comporte 3 phases :

- Une phase d'amélioration ;
- Une phase de latence cliniquement muette de 2 à 3 semaines ;
- Une phase de cicatrisation qui peut être sans séquelle et marquer la guérison ou se caractériser par l'apparition d'une dysphagie qui traduit la constitution d'une sténose.

5) Complications :

Elles sont dominées par :

- La nécrose avec perforation ;
- Les hémorragies ;
- La médiastinite avec insuffisance respiratoire aiguë et fièvre ;
- Les sténoses étagées et multiples ;
- La dégénérescence maligne.

C/ Traitement :

Il comporte :

- La suppression de toute alimentation orale ;
- Une nutrition parentérale exclusive ;
- L'instauration d'une antibiothérapie et d'une corticothérapie.
- En cas de nécrose, une intervention est nécessaire, consistant en une œsophagectomie avec ou sans gastrectomie.

III/ OESOPHAGITE POST-RADIQUE :

L'oesophagite est la conséquence d'une brûlure physique par des radiations, suite à une radiothérapie locale pour cancer ORL, mammaire, pulmonaire ou oesophagien.

Elle peut aboutir à la constitution d'une sténose avec dysphagie dans un délai très variable de quelques mois.

Elle devra alors ne pas être confondue avec une récurrence locale de la maladie néoplasique.

IV/ OESOPHAGITES MEDICAMENTEUSES :

Elles sont dues à un contact direct et prolongé avec un médicament. On retrouve des facteurs favorisants comme une prise médicamenteuse sans eau, en décubitus dorsal ou juste avant le coucher, un trouble de la déglutition ou une pathologie de l'œsophage préexistante.

L'endoscopie retrouve une ulcération suspendue du 1/3 moyen de l'œsophage. Le traitement repose sur les antisécrétoires et les antalgiques.

La prévention est essentielle et repose sur l'ingestion du médicament en position debout ou assise accompagnée d'un verre d'eau.

V/ OESOPHAGITES INFECTIEUSES :

De nombreux microorganismes sont en cause et notamment dans un contexte d'immunodépression, dominé par l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (tableau).

A/ Oesophagites mycotiques :

La plus fréquente est la candidose oesophagienne et plus précisément l'oesophagite à *Candida albicans*. Elle peut être associée à des lésions oropharyngées qui orientent le diagnostic étiologique.

L'aspect endoscopique est parfois évocateur du diagnostic. Les lésions mycotiques et virales peuvent être associées. Leur traitement est résumé dans le tableau.

B/ Oesophagites virales :

L'oesophagite à virus *Herpès simplex* de type 1 (HSV1) survient surtout chez l'immunodéprimé. Les symptômes oesophagiens sont souvent précédés par un syndrome grippal.

L'oesophagite à CMV survient sur le même terrain. Une atteinte extra-oesophagienne est présente dans plus d'un tiers des cas. L'aspect le plus typique est un ulcère géant du 1/3 inférieur de l'œsophage.

Des ulcères oesophagiens ont été observés lors de la primo-infection et lors de l'infection chronique à VIH. Il s'agit le plus souvent d'ulcères géants uniques siégeant dans les 2/3 inférieurs de l'œsophage et probablement dus au VIH lui-même.

VI/ LOCALISATIONS OESOPHAGIENNES DE MALADIES GENERALES :

Les atteintes des maladies systémiques auto-immunes sont exceptionnelles et représentent une nouvelle localisation, parfois asymptomatique d'une maladie connue.

La maladie de Crohn, la maladie de Behçet, la sarcoïdose et l'amylose sont susceptibles d'entraîner des lésions de l'œsophage.

La maladie du greffon contre l'hôte, la gastro-entérite à éosinophiles sont également à l'origine d'atteintes oesophagiennes.

Les maladies bulleuses peuvent s'accompagner de lésions oesophagiennes asymptomatiques.

Le lichen plan cutanéomuqueux s'accompagne dans 1/4 des cas de lésions oesophagiennes. La sclérodermie et la dermatomyosite s'expriment par des troubles oesophagiens moteurs qui peuvent entraîner dans un deuxième temps une oesophagite.

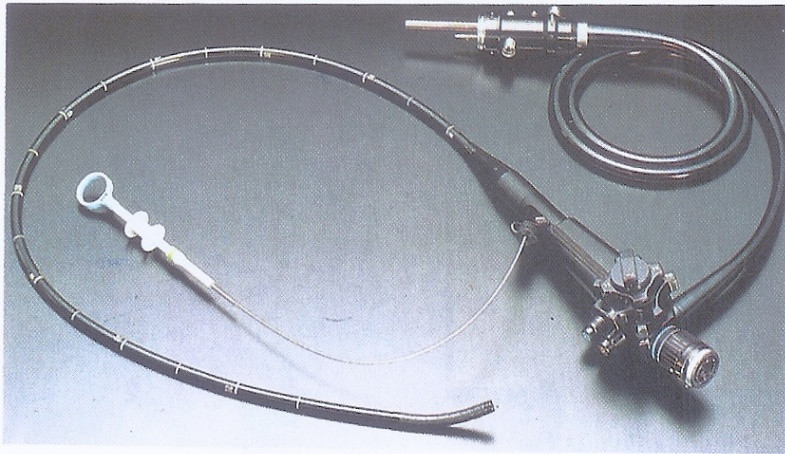
VII/ OESOPHAGITE IDIOPATHIQUE :

Elles sont très rares et de plusieurs types.

L'oesophagite disséquante idiopathique, dont le principal symptôme est la dysphagie, se caractérise par des stries circulaires sur une muqueuse pale se détachant en lambeaux.

L'oesophagite nécrotique idiopathique, où la muqueuse est de couleur noire, peut être vue lors de sepsis sévère, de dénutrition, de vomissements graves, d'un diabète, en présence d'une sonde nasogastrique.

L'oesophagite à éosinophiles est caractérisée par une infiltration de la muqueuse par des polynucléaires éosinophiles. Elle touche plus souvent l'enfant notamment avec des antécédents allergiques. L'examen endoscopique montre un aspect pavimenteux et exsudatif de la muqueuse.



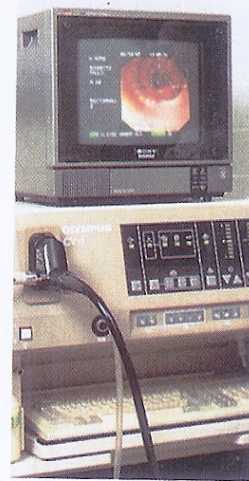
1

2



3

PLANCHE 1 – Techniques



4

1. Fibroscopie avec le câble pour biopsie inséré dans son canal opérateur : vue d'ensemble ; 2. Tête d'un fibroscopie vue de près : système optique et canaux opérateurs ; 3. Accessoires d'un fibroscopie : de gauche à droite : anse diathermique pour ablation de polype ; sonde pour thermocoagulation ; aiguille pour sclérose de varice ; pince à biopsie ; 4. Vidéo-endoscopie : l'image se voit sur un écran de télévision.

ASPECTS ENDOSCOPIQUES NORMAUX : 5. Jonction œsogastrique normale (noter la muqueuse œsophagienne pâle et la muqueuse gastrique d'un rose plus vif) ; 6. Fundus normal (noter le plissement) ; 7. Antre et pylore fermé ; 8. Deuxième duodénum normal.

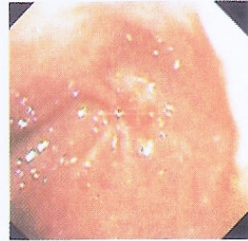
5



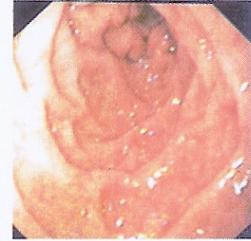
6

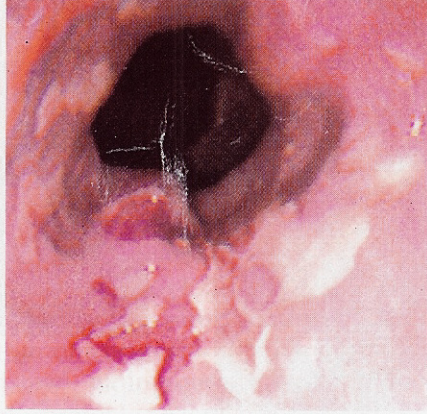


7

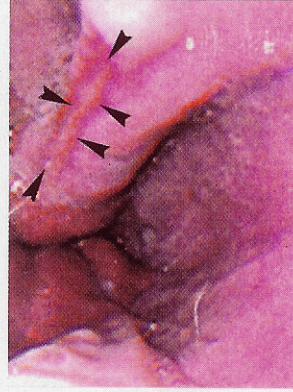


8

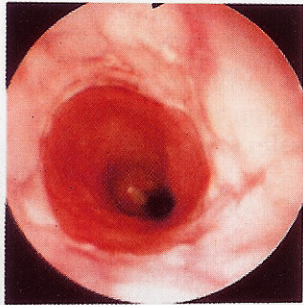




1



2



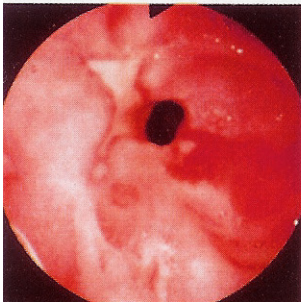
3

PLANCHE 2 – Œsophage

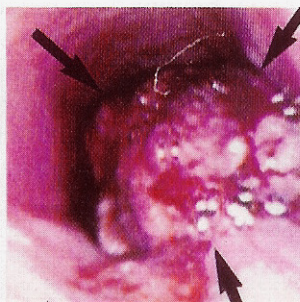
ASPECTS ENDOSCOPIQUES DES ŒSOPHAGITES PEPTIQUES :

1. Œsophagite ulcérée ;
2. Œsophagite avec raghades (flèches) ;
3. Endobrachyœsophage (la partie basse de l'œsophage est tapissée d'une muqueuse gastrique, comme en témoigne sa couleur beaucoup plus vive) ;
4. Ulcère sur endobrachyœsophage.
5. CANCER ŒSOPHAGIEN (aspect endoscopique).
6. CANDIDOSE ŒSOPHAGIENNE MASSIVE AU COURS D'UN SIDA (aspect endoscopique).

4



5



6

