

Œsophagite à éosinophiles



> AUTEURS:

Prof. Dr Alain Schoepfer

Département de gastro-entérologie
et d'hépatologie
Centre hospitalier universitaire vaudois
CH-1011 Lausanne

Prof. Dr Stephan Miehke

Magen-Darm-Zentrum
Facharztzentrum Eppendorf
Eppendorfer Landstr. 42
DE-20249 Hambourg

et

Universitäres Speiseröhrenzentrum
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Martinistraße 52
DE-20251 Hambourg

Prof. Dr Stephen Attwood

Durham University
Stockton Road
UK-Durham DH1 3LE

Éditeur



Dr. Falk Pharma GmbH
Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg | Germany
www.dralfalkpharma.de

Œsophagite à éosinophiles (OeE)

Prof. Dr Alain Schoepfer
Prof. Dr Stephan Miehlke
Prof. Dr Stephen Attwood



Illustrations page de titre, pages 5, 9: © von Mende

Illustrations pages 2, 5, 19: © Katja Heller

Image page 4: © chombosan/shutterstock (adaptation Katja Heller)

Images page 7: Gastro Scope 208; mise à disposition: Prof Dr A. Straumann;

image en bas à gauche: mise à disposition: Prof. Dr A. Straumann

Image page 10: © somersault1824/shutterstock (adaptation von Mende)

Images page 11: Gastro Scope 208; mise à disposition: Prof. Dr A. Straumann
(adaptation Katja Heller)

Image page 21: © marina_ua/shutterstock

Image page 25: reproduction à partir de: Gastroenterology, 147/6, Dellon ES, Liacouras CA. Advances in clinical management of eosinophilic esophagitis, 1238–54, © 2014, avec l'aimable autorisation de Elsevier.

Images page 28: © guteksk7/Shutterstock; Surasak Chuaymoo/Shutterstock
(adaptations Katja Heller)

SOMMAIRE

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'OeE	4
PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES DE L'OeE	13
DIVERSES POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES	15
➤ MÉDICAMENTS	15
Préparations de cortisone à action locale dans l'œsophage	15
Inhibiteurs de la pompe à protons	16
Traitement immunomodulateur	17
➤ RÉGIMES ALIMENTAIRES	19
Régime d'éviction empirique	20
TRAITEMENT PAR DILATATION ŒSOPHAGIENNE	23
JOURNAL DE BORD DES SYMPTÔMES	26

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'OeE

➤ Qu'est-ce que l'œsophagite à éosinophiles ?

L'œsophagite à éosinophiles (en anglais: eosinophilic esophagitis – en abrégé: OeE) est une maladie inflammatoire chronique de l'œsophage dont l'origine et les causes ne sont pas encore entièrement comprises. Cette inflammation (d'où la terminaison «-ite») de l'œsophage se caractérise par la présence d'un certain type de globules blancs dans la muqueuse, appelés «granulocytes éosinophiles». C'est la raison pour laquelle cette maladie est appelée «œsophagite à éosinophiles». Les signes cliniques les plus fréquemment rapportés sont des difficultés à avaler (il est possible que des résidus alimentaires restent coincés dans l'œsophage) et des douleurs lors de la déglutition.

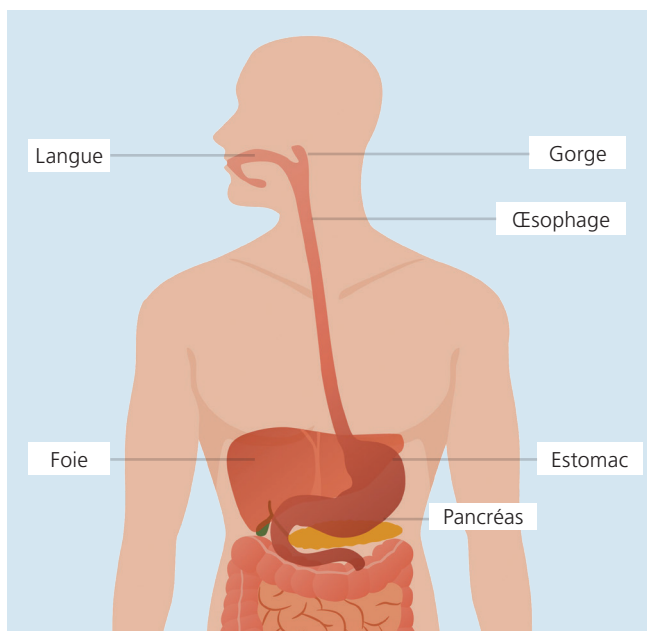


Fig. 1: L'œsophage relie la cavité buccale à l'estomac.

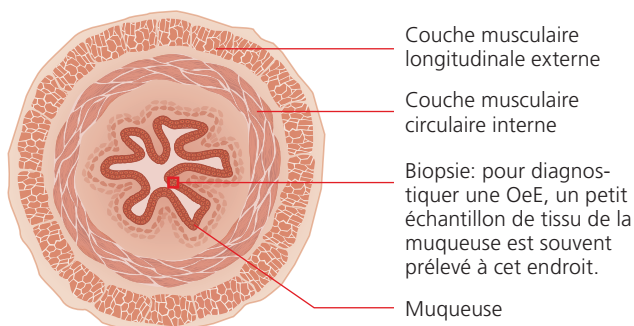


Fig. 2: Coupe transversale de l'œsophage.

➤ Quelles sont les causes d'une OeE ?

L'œsophage mesure environ 25 cm de long et a un diamètre d'environ 2,5 cm, qui s'élargit à environ 3,5 cm lorsqu'un bol alimentaire solide le traverse. Il relie la cavité buccale à l'estomac et est responsable du transport des aliments de la gorge vers l'estomac. Du fait de cette fonction, l'œsophage entre en contact avec tous les aliments que nous ingérons.

Chez les patients atteints d'OeE, certains composants alimentaires (appelés «allergènes») sont soupçonnés de provoquer une inflammation de l'œsophage.

Allergènes déclenchant fréquemment une OeE

- Lait d'origine animale
- Blé
- Soja
- Œufs
- Noix
- Poissons et fruits de mer



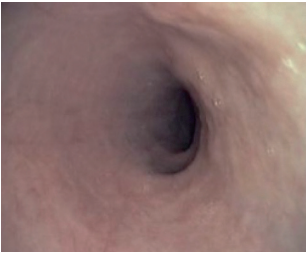
La réaction inflammatoire présente de fortes similitudes avec l'asthme, une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires déclenchée par des allergènes présents dans l'air. Pour cette raison, l'OeE est souvent qualifiée d'«asthme de l'œsophage». Comme pour l'asthme, les allergènes présents dans l'air sont également soupçonnés de pouvoir déclencher une OeE.



L'OeE est probablement une réaction inflammatoire chronique à certains allergènes présents dans les aliments et dans l'air.

De plus, les patients atteints d'OeE souffrent souvent d'autres maladies allergiques telles que la rhinite allergique, l'asthme ou des éruptions cutanées et des allergies alimentaires en général. Cependant, le lien entre l'OeE et ces maladies reste encore totalement inconnu. En outre, les causes exactes et les processus de développement de l'OeE ne sont pas encore entièrement compris et font donc l'objet de recherches actuelles.

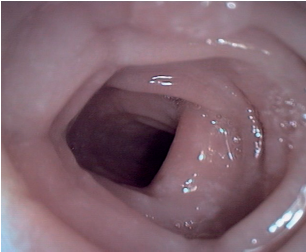
De nombreux types de cellules inflammatoires sont impliqués dans la réaction inflammatoire de l'œsophage, les plus faciles à reconnaître étant les granulocytes éosinophiles. L'inflammation rend la muqueuse rigide et enflée, ce qui rend difficile le passage des aliments solides. De plus, l'inflammation provoque au fil du temps une fibrose qui entraîne un durcissement des tissus. Les tissus ne peuvent alors plus se dilater lors de la déglutition d'aliments solides, qui peuvent ainsi rester coincés.



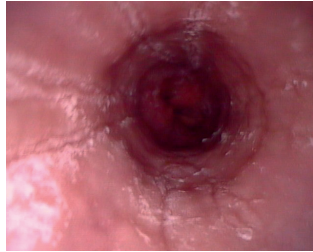
Normal



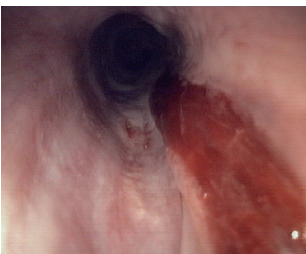
Inflammation: dépôts blancs



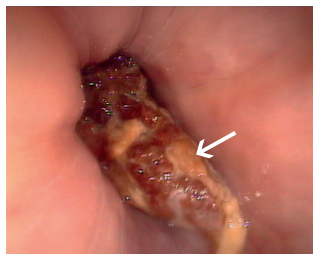
Rétrécissements avec formation typique d'anneaux



Inflammation aiguë de l'œsophage avec stries longitudinales rougeâtres



Déchirure superficielle après dilatation endoscopique de l'œsophage



Blocage de l'œsophage par un morceau de viande (flèche)

Fig. 3: Observations lors de l'endoscopie de l'œsophage. Chez certains patients atteints d'OeE, l'œsophage paraît normal malgré la présence d'une inflammation microscopique. On distingue les signes d'inflammation aiguë (dépôts blancs, gonflement de la muqueuse, stries longitudinales) et les signes de fibrose (formation d'anneaux, éventuellement accompagnée d'un rétrécissement du diamètre de l'œsophage)..

➤ Quels sont les symptômes d'une OeE ?

Les principaux symptômes d'une OeE chez l'adulte sont des difficultés à avaler (appelées «dysphagie») et/ou des douleurs lors de la déglutition, également appelées «odynophagie», ainsi que des douleurs thoraciques et des brûlures d'estomac. Dans le pire des cas, l'OeE peut même entraîner un blocage de l'œsophage par une grosse bouchée de nourriture, appelé «impaction alimentaire» (cf. figure 3). Parfois, celle-ci ne peut plus être expectorée ou régurgitée et doit être retirée de l'œsophage par un médecin. Chez les enfants, les symptômes sont beaucoup moins homogènes et une OeE se manifeste souvent aussi de manière indirecte par des vomissements, une perte d'appétit ou des troubles de la croissance.

Le diagnostic est donc souvent difficile à établir et intervient parfois très tardivement après l'apparition des premiers symptômes, parfois même plusieurs années plus tard. De plus, des stratégies d'évitement prononcées sont souvent observées, en particulier chez les patients adolescents et adultes:

- Évitement de certains aliments ou même des sorties au restaurant en général.
- Souvent, les personnes concernées mâchent très longtemps et ne prennent que de très petites bouchées.
- Les personnes concernées essaient de réduire ou d'éviter les difficultés à avaler en buvant beaucoup et fréquemment.



Bien que ces stratégies d'évitement limitent considérablement la qualité de vie, de nombreuses personnes concernées ne sont souvent pas conscientes qu'elles souffrent d'une maladie de l'œsophage, car elles considèrent cet état comme normal.

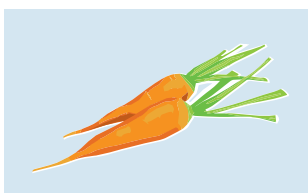
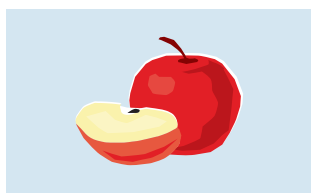
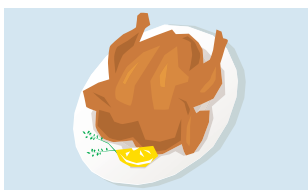
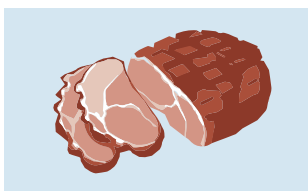


Fig. 4: Les aliments typiques qui provoquent des difficultés à avaler sont le riz sec, la viande, les crudités (par exemple les carottes, les pommes) ou les frites. Les personnes concernées ont des difficultés à avaler en raison de la consistance dure de ces aliments, et non parce qu'ils provoquent des allergies aiguës.

Si l'OeE reste non traitée, elle entraîne pratiquement toujours un rétrécissement progressif du diamètre de l'œsophage au fil des années. Les difficultés à avaler typiques de l'OeE sont la conséquence soit de l'inflammation active, soit d'un rétrécissement de l'œsophage. Elles surviennent principalement lors de la consommation d'aliments très solides (cf. figure 4). Il est toutefois possible que les patients n'aient jamais eu de difficultés à avaler et que la maladie se manifeste soudainement lorsqu'un morceau de nourriture reste coincé dans l'œsophage.

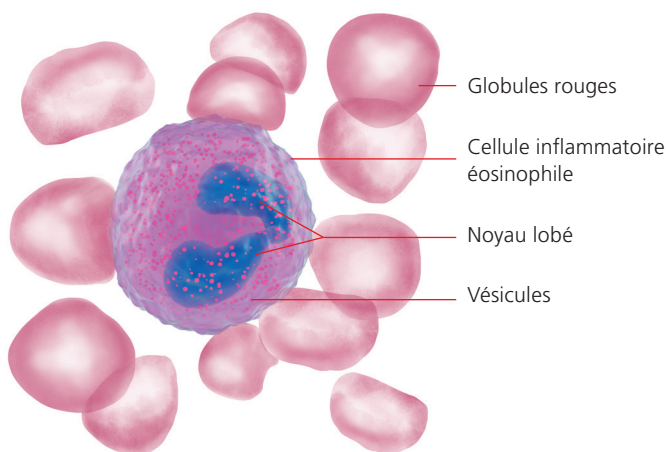


Fig. 5: Cellule inflammatoire éosinophile (un sous-type particulier de globules blancs) provenant du sang. La cellule inflammatoire éosinophile est entourée de globules rouges. Elle possède un noyau lobé (où est stocké le matériel génétique) et de nombreuses vésicules dans lesquelles sont stockées des substances qui, lorsqu'elles sont libérées, déclenchent une inflammation. Chez chaque être humain, un petit nombre de cellules inflammatoires éosinophiles circulent dans le sang. Elles jouent un rôle important dans la défense contre les parasites (par exemple les vers) et dans les allergies. Normalement, l'œsophage est totalement dépourvu de cellules inflammatoires éosinophiles.

➤ **Comment diagnostiquer une OeE ?**

Seul un gastro-entérologue peut poser un diagnostic sûr d'OeE. Outre les symptômes décrits ci-dessus, l'OeE est diagnostiquée par une endoscopie de l'œsophage avec prélèvement simultané d'échantillons de tissus. L'œsophage présente souvent des signes d'inflammation aiguë (cf. figure 3), mais seul un nombre élevé de cellules inflammatoires éosinophiles dans la muqueuse de l'œsophage est considéré comme un signe certain d'OeE (cf. figures 5 et 6).

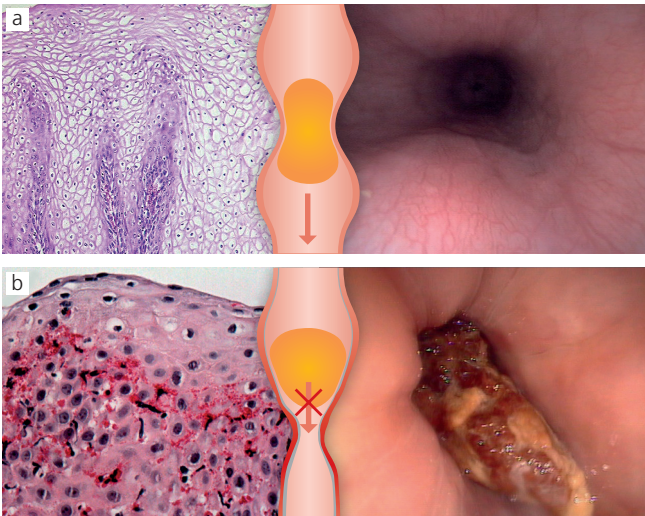


Fig. 6: a) Œsophage normal, sans cellules inflammatoires éosinophiles.
b) Nombreuses cellules inflammatoires éosinophiles en cas d'OeE.

➤ Quelle est la fréquence de l'OeE ?

L'OeE est une maladie rare qui a été identifiée comme telle pour la première fois au début des années 1990, mais qui s'est révélée être l'une des principales causes de maladies de l'œsophage au cours des deux dernières décennies. En Europe, elle touche en moyenne environ 32 personnes sur 100'000. Dans de nombreux pays, le nombre de cas est en rapide augmentation.

➤ Quels sont les facteurs de risque d'OeE ?

Les personnes touchées par une OeE sont majoritairement des hommes (2 à 3 fois plus fréquemment que les femmes). Une OeE peut survenir à tout âge, mais elle est plus souvent diagnostiquée entre 30 et 50 ans. Outre l'OeE, les personnes concernées souffrent souvent d'autres maladies allergiques telles que la rhinite allergique, l'asthme allergique, les allergies alimentaires ou la dermatite atopique.

Des facteurs de risque héréditaires sont connus, mais ils n'ont aucune influence sur le diagnostic ou le traitement d'une OeE.

➤ **Comment évolue une OeE lorsqu'elle n'est pas traitée ?**

Si l'OeE n'est pas traitée, l'inflammation persistante pendant plusieurs années entraîne des cicatrices avec un rétrécissement de l'œsophage (cf. figure 6). L'OeE est une maladie chronique qui ne peut pas être guérie à l'heure actuelle.



Certains traitements permettent d'atténuer les rétrécissements et les cicatrices de l'œsophage, ainsi que de stopper la progression de la maladie, voire de la faire régresser partiellement. Les complications telles que l'obstruction de l'œsophage peuvent ainsi être évitées et la qualité de vie des patients s'en trouve considérablement améliorée.

PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES DE L'OeE

Il existe aujourd'hui trois options thérapeutiques différentes: la première option consiste à prendre des médicaments, généralement des corticoïdes à action locale qui ont un effet anti-inflammatoire, ou bien des inhibiteurs de la pompe à protons qui suppriment la production d'acide gastrique. Selon les lignes directrices médicales, ces options sont considérées comme les options thérapeutiques conventionnelles. Dans certains cas où un traitement conventionnel échoue ou n'est pas envisageable, un traitement immunomodulateur est disponible depuis début 2023. La deuxième option consiste à suivre un régime alimentaire excluant certains allergènes, et la troisième option est une dilatation de l'œsophage lors d'une endoscopie œsophagienne. Cependant, cette option n'est envisageable qu'à un stade très avancé de la maladie et en cas de non-réponse aux traitements conventionnels.

➤ Inflammation aiguë

En cas d'inflammation active, ce sont principalement des médicaments ou des régimes alimentaires qui entrent en jeu. Ces traitements ont également l'avantage de minimiser le risque de rétrécissements et de cicatrices potentiellement irréversibles associés à une OeE non traitée à long terme.

➤ Maladie avancée

Si l'OeE est diagnostiquée trop tardivement ou si les personnes concernées ne réagissent pas à un médicament ou à un régime alimentaire et que des rétrécissements importants de l'œsophage apparaissent, une dilatation est pratiquée. Elle consiste à élargir prudemment la zone rétrécie sous sédation (somnolence sans anesthésie générale) lors d'une endoscopie œsophagienne. Les patients ne ressentent généralement plus aucune douleur ni aucun symptôme 2 à 3 jours après ce traitement.



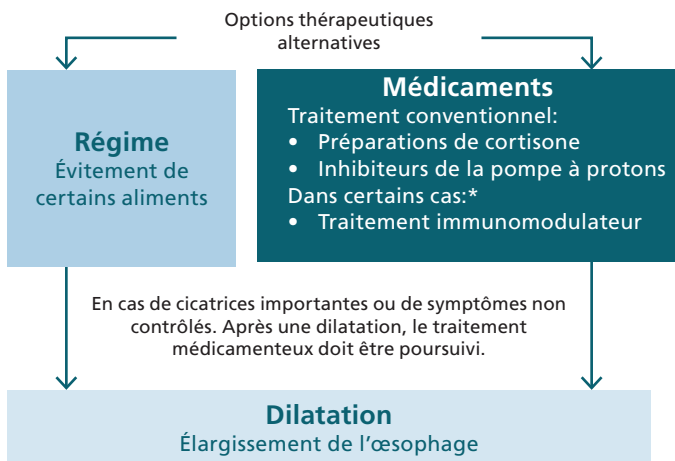
Les différentes options thérapeutiques sont utilisées en fonction du tableau clinique: médicaments et régimes alimentaires en cas d'inflammation aiguë, dilatation à un stade avancé lorsque l'œsophage est déjà rétréci.

➤ **Traitement à long terme nécessaire**

À ce jour, l'OeE ne peut être guérie ni par des médicaments ni par un régime alimentaire. Si les traitements anti-inflammatoires sont arrêtés, l'inflammation réapparaît généralement après quelques mois, entraînant à nouveau des symptômes.

Par conséquent, les patients doivent rester en contact étroit avec leur médecin traitant, surveiller leurs symptômes et se soumettre à des examens de contrôle réguliers.

Une inflammation de l'œsophage ne s'accompagne toutefois pas toujours de symptômes. Il est possible d'avoir une inflammation de l'œsophage sans s'en rendre compte. Par conséquent, une endoscopie de contrôle de l'œsophage doit être réalisée 6 à 12 semaines après le début du traitement afin de vérifier l'efficacité de celui-ci.



*Lorsque le traitement conventionnel échoue ou n'est pas envisageable.

DIVERSES POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES

MÉDICAMENTS

Préparations de cortisone à action locale dans l'œsophage

Efficacité:

Les préparations de cortisone à action locale agissent directement sur la muqueuse de l'œsophage et y bloquent plusieurs étapes du processus inflammatoire. Elles sont généralement mieux tolérées que les préparations de cortisone à action systémique, car elles sont rapidement inactivées dans le foie et seule une faible partie du principe actif passe dans la circulation sanguine pour atteindre d'autres parties du corps.

Dans les études cliniques, jusqu'à 85% des patients obtiennent une réduction de l'inflammation et une amélioration des symptômes, et 93% obtiennent une amélioration de l'histologie.

Prise:

Auparavant, le traitement de l'OeE faisait souvent appel à des sprays contre l'asthme contenant du budésonide ou des principes actifs similaires, qui étaient avalés au lieu d'être inhalés. Cependant, ces médicaments ayant été développés pour traiter les voies respiratoires, ils ne sont pas idéaux pour imprégner l'œsophage. C'est pourquoi des médicaments sous une forme galénique spéciale ont été développés afin d'améliorer l'imprégnation par le principe actif. Cela permet ainsi un traitement plus efficace de l'OeE.

Effets indésirables:

Les préparations de cortisone à action locale sont considérées comme relativement sûres. L'effet indésirable le plus fréquent est une candidose locale (infection fongique) légère dans la cavité buccale ou l'œsophage. Celle-ci peut généralement être traitée

facilement avec un médicament antifongique local, sans devoir interrompre le traitement local à base de cortisone. Les effets indésirables plus sévères, tels qu'ils sont décrits dans le cadre d'un traitement par cortisone systémique, ne surviennent généralement pas avec le traitement par cortisone locale autorisé.

Durée du traitement:

Le traitement initial dure typiquement 6 semaines et peut être prolongé jusqu'à 12 semaines chez les patients qui ne répondent pas suffisamment au traitement pendant cette période. Ensuite, un traitement à long terme doit être mis en place en concertation avec votre médecin afin de maintenir la rémission.

Inhibiteurs de la pompe à protons

Efficacité:

Environ la moitié des patients atteints d'OeE répondent à un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons. Ces médicaments suppriment la production d'acide gastrique et sont notamment utilisés pour traiter les brûlures d'estomac et les ulcères gastriques, mais ne sont pas autorisés pour l'OeE. Leur effet chez les patients atteints d'OeE n'est probablement pas dû à une inhibition de la production d'acide dans l'estomac, mais pourrait être dû à un mécanisme immunitaire dans la paroi de l'œsophage.

Prise:

Pour traiter les patients atteints d'OeE, les posologies doivent être utilisées conformément aux lignes directrices médicales.

Effets indésirables:

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont considérés comme relativement sûrs. Parmi les effets indésirables les plus fréquents figurent notamment les maux de tête, les maux de ventre, la constipation, la diarrhée, les flatulences, les nausées/vomissements et les polypes glandulo-kystiques bénins du fundus.

Durée du traitement:

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont typiquement administrés à dose élevée pendant 6 à 8 semaines. Cependant, la durée exacte du traitement doit être déterminée avec le médecin traitant et les instructions d'utilisation doivent être respectées. Si aucune amélioration n'est constatée, d'autres stratégies thérapeutiques doivent être envisagées, telles qu'un traitement de cortisone à action locale ou un régime alimentaire.

Traitement immunomodulateur

Efficacité:

Le dupilumab est un anticorps monoclonal qui bloque deux facteurs de communication cellulaire importants impliqués dans la réaction inflammatoire sous-jacente à l'OeE (l'interleukine-4 et l'interleukine-13).

Le dupilumab est autorisé en Europe pour les patients atteints d'OeE âgés d'au moins 1 an chez lesquels un traitement médicamenteux conventionnel est insuffisant, non toléré ou inenvisageable.

Dans une étude clinique menée auprès de patients âgés de ≥ 12 ans, une atténuation de l'inflammation éosinophile (rémission histologique) a été observée chez jusqu'à 85% des patients après 52 semaines de traitement hebdomadaire. Chez les patients âgés de 1 à 11 ans, une rémission histologique a été obtenue chez 68% d'entre eux grâce à une injection hebdomadaire.

Effets indésirables:

Les effets indésirables les plus fréquents comprennent des réactions au site d'injection (notamment érythème, œdème, démangeaisons, douleur, gonflement, ecchymoses).

Durée du traitement:

Le traitement doit probablement être suivi à vie, mais il n'existe encore aucune donnée à long terme concernant l'OeE.

➤ RÉGIMES ALIMENTAIRES

La plupart des personnes concernées présentent des réactions allergiques dans l'œsophage à plusieurs aliments spécifiques. L'OeE est donc une forme particulière d'allergie alimentaire. Si les aliments provoquant une réaction allergique dans l'œsophage sont éliminés du régime alimentaire, les symptômes et l'inflammation peuvent disparaître sans recours à des médicaments. Les aliments les plus souvent responsables d'une inflammation éosinophile de l'œsophage sont les produits laitiers d'origine animale, le blé, les œufs, le soja, les noix et les poissons/fruits de mer (cf. figure 7). Par conséquent, les régimes alimentaires impliquent le plus souvent des restrictions importantes dans l'alimentation quotidienne et sont rarement suivis avec succès sur une longue période.

Les régimes d'éviction peuvent être des traitements efficaces contre l'OeE, mais ils représentent un défi psychosocial et financier pour les personnes concernées et peuvent donc nuire à leur qualité de vie.

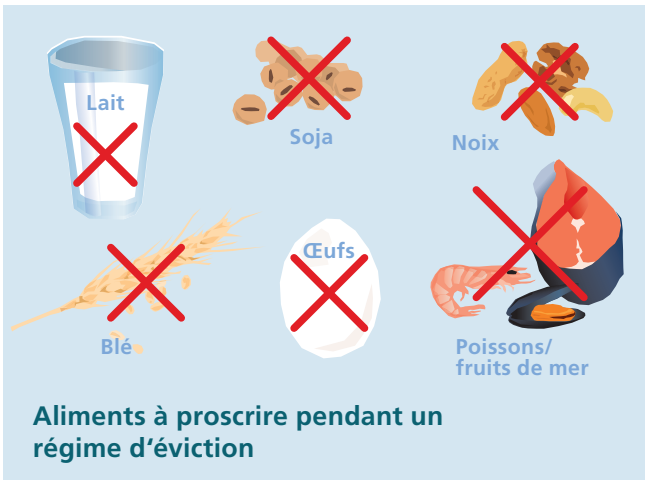


Fig. 7: Aliments les plus souvent responsables d'une inflammation éosinophile dans l'œsophage.

Régime d'éviction empirique

Efficacité:

Un régime d'éviction basé sur des tests d'allergie n'entraîne une amélioration des symptômes que chez un très petit nombre de personnes concernées. Dans le cas de l'OeE, les tests d'allergie ne sont généralement pas spécifiques, ils sont souvent non concluants et ne sont donc pas recommandés dans les lignes directrices actuelles.

De ce fait, un régime d'éviction empirique est généralement mis en place, basé sur l'exclusion des deux déclencheurs les plus courants (le lait et le blé) ou sur l'élimination plus complexe des six catégories d'aliments allergènes les plus courantes, suivie d'une réintroduction contrôlée et progressive jusqu'à ce que l'allergène «coupable» soit identifié. Ces régimes peuvent avoir une efficacité considérable chez les adultes et les enfants, à condition d'être suivis de manière rigoureuse et durable.

Mise en œuvre:

Dans le cadre d'un régime d'éviction des six catégories d'aliments, les produits laitiers, le blé, les œufs, le soja, les noix et les poissons/fruits de mer sont complètement supprimés de l'alimentation pendant 6 à 8 semaines. Ensuite, une endoscopie de l'œsophage est réalisée, incluant le prélèvement d'échantillons de tissus (cf. figure 8). Dans l'idéal, les cellules inflammatoires présentes dans l'œsophage auront alors disparu. Par la suite, les différents aliments sont réintroduits un par un à intervalles de 8 semaines. Environ 8 semaines après l'introduction d'une nouvelle catégorie d'aliments, une nouvelle endoscopie de l'œsophage est réalisée afin de déterminer si cet aliment provoque une inflammation éosinophile dans l'œsophage.

Cet examen est répété jusqu'à ce que tous les aliments allergènes aient été identifiés. Si des aliments allergènes ont été identifiés, ils sont définitivement éliminés du régime alimentaire.

Au cours de plusieurs séances, un diététicien donne aux personnes concernées des instructions et des conseils sur la manière d'éviter ces aliments. Le régime est suivi en ambulatoire.

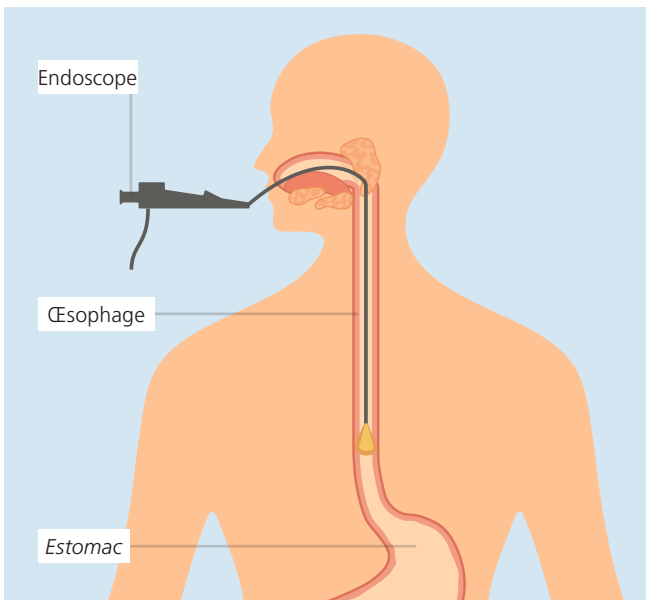


Fig. 8: Endoscopie de l'œsophage.

Afin de réduire le nombre d'endoscopies œsophagiennes, un régime d'éviction dit «step-up» (progressif) est parfois mis en place, dans lequel seuls deux aliments (généralement les produits laitiers d'origine animale et le blé) sont initialement supprimés du régime alimentaire, puis quatre, voire six, en cas d'absence de réponse. Ce schéma progressif permet de réduire les endoscopies de 20% en moyenne.

Si les aliments déclencheurs parviennent à être identifiés, le régime alimentaire doit être suivi à long terme (pendant des mois, voire des années).



Dans de nombreux cas, le régime d'éviction peut réduire les symptômes, mais il doit être suivi de manière durable et rigoureuse.

TRAITEMENT PAR DILATATION ŒSOPHAGIENNE

Efficacité:

Chez environ 75% des patients traités par dilatation, les symptômes s'améliorent considérablement pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois.

Mise en œuvre:

En cas de rétrécissements de l'œsophage, il est possible d'augmenter son diamètre grâce à un traitement par dilatation. Cette intervention est réalisée au cours d'une endoscopie œsophagienne. À l'aide de l'instrument nécessaire (endoscope/gastroscope), le diamètre de l'œsophage peut être élargi soit au moyen de ballons gonflables, soit en insérant un fil dans l'estomac, sur lequel sont avancées des tiges en plastique semblables à des bougies (de diamètre croissant).

Une dilatation dure environ 10 minutes et est réalisée sous sédation (cf. figure 9). Au cours de l'intervention, les cicatrices de l'œsophage qui réduisent son diamètre sont dilatées mécaniquement. Cependant, cette intervention ne traite pas l'inflammation à l'origine du rétrécissement et, avec le temps, de nouveaux rétrécissements apparaissent, nécessitant une nouvelle dilatation ou un traitement médicamenteux ou un régime alimentaire à long terme.

Effets indésirables:

Après le traitement, environ la moitié des patients ressentent des douleurs lors de la déglutition pendant 2 à 3 jours, mais celles-ci peuvent être facilement traitées avec des analgésiques courants. Le risque de complications, en particulier de perforation de l'œsophage, est faible (< 1%). En cas de perforation de l'œsophage, celle-ci peut être refermée par voie endoscopique à l'aide de petites agrafes métalliques ou bien un ressort (stent) est temporairement mis en place, puis retiré après quelques semaines.

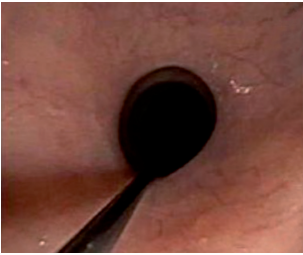
Les opérations consécutives à des complications liées à la dilatation sont extrêmement rares.

Durée du traitement:

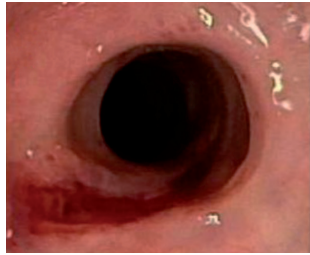
Les dilatations peuvent être pratiquées aussi souvent que nécessaire. En règle générale, les patients doivent subir une dilatation par an s'ils ne suivent pas de traitement médicamenteux ou de régime alimentaire.



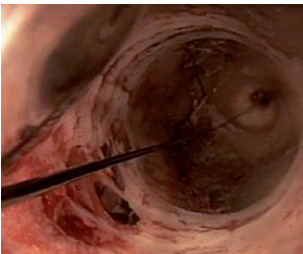
La dilatation ne traite pas la cause de l'EoE, mais élargit simplement l'œsophage rétréci de manière mécanique.



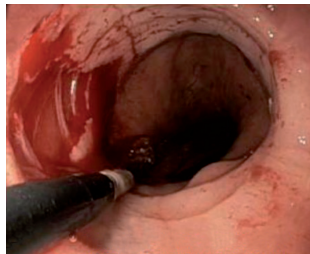
Rétrécissement dans l'œsophage



Déchirure superficielle de la muqueuse après tentative de passage avec le gastroscopie



Introduction d'un ballon gonflable par le canal de travail du gastroscopie. Le ballon est gonflé jusqu'à atteindre un diamètre défini.



Le rétrécissement a été élargi, une déchirure superficielle de l'œsophage est visible. Le gastroscopie peut désormais être avancé sans problème.

Fig. 9: Dilatation d'un rétrécissement dans l'œsophage.

Ce journal de bord des symptômes peut être rempli en vue de votre contrôle médical de routine

Si vous repensez aux 7 derniers jours:	Date:	
Avez-vous dû consulter un médecin ou vous rendre à l'hôpital en raison de vos difficultés à avaler ?	☐ Oui ☐ Non	
Lors de combien de jours avez-vous eu des difficultés à avaler des aliments solides ?	☐ Je n'ai pas eu de difficultés ☐ Lors d'un jour ☐ Lors de plus d'un jour ☐ Chaque jour de la semaine	
À quel point était-ce douloureux d'avalier des aliments solides ?	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 pas de douleurs douleurs intenses	
Des aliments sont-ils restés coincés dans l'œsophage lors de la déglutition ?	☐ Oui ☐ Non	
Quels aliments avez-vous évités par crainte qu'ils restent coincés ?		
Avez-vous coupé certains aliments en très petits morceaux ou les avez-vous réduits en purée afin de pouvoir mieux les avaler ?	☐ Oui ☐ Non	
Avez-vous mis plus de temps que les autres pour manger ?	☐ Oui ☐ Non	
À quelle fréquence avez-vous mangé avec vos amis ou votre famille ?		
Parmi les aliments suivants, lesquels avez-vous complètement supprimés dans le cadre d'un régime d'éviction ?	☐ Produits laitiers ☐ Noix ☐ Blés et céréales avec gluten ☐ Œufs ☐ Poissons et fruits de mer ☐ Soja ☐ _____	
Comment traitez-vous actuellement votre OeE ?	☐ Corticostéroïdes topiques ☐ IPP ☐ Régime d'éviction ☐ Traitement immunomodulateur ☐ Pas de traitement ☐ Autre	
L'OeE a-t-elle eu un impact négatif sur votre quotidien ?	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 pas d'impact l'OeE m'empêche d'avoir un quotidien normal	

ou si vous constatez une augmentation de vos symptômes et souhaitez les suivre et les consigner.

Date:	Date:
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Je n'ai pas eu de difficultés ☐ Lors d'un jour ☐ Lors de plus d'un jour ☐ Chaque jour de la semaine	☐ Je n'ai pas eu de difficultés ☐ Lors d'un jour ☐ Lors de plus d'un jour ☐ Chaque jour de la semaine
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 pas de douleurs douleurs intenses	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 pas de douleurs douleurs intenses
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Produits laitiers ☐ Blés et céréales avec gluten ☐ Poissons et fruits de mer ☐ _____	☐ Produits laitiers ☐ Blés et céréales avec gluten ☐ Poissons et fruits de mer ☐ _____
☐ Noix ☐ Œufs ☐ Soja	☐ Noix ☐ Œufs ☐ Soja
☐ Corticostéroïdes topiques ☐ IPP ☐ Régime d'éviction ☐ Traitement immunomodulateur ☐ Pas de traitement ☐ Autre	☐ Corticostéroïdes topiques ☐ IPP ☐ Régime d'éviction ☐ Traitement immunomodulateur ☐ Pas de traitement ☐ Autre
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 pas d'impact l'OeE m'empêche d'avoir un quotidien normal	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 pas d'impact l'OeE m'empêche d'avoir un quotidien normal

En cas de douleurs intenses ou récurrentes et de problèmes de déglutition, n'attendez pas votre prochain rendez-vous. Contactez directement votre gastro-entérologue.

Vous trouverez des informations intéressantes supplémentaires sur l'OeE à consulter en déplacement et pour une recherche rapide sur

www.troubledeladeglutition.ch.

Sous la rubrique «Service client», vous trouverez également des témoignages d'autres personnes concernées et des conseils nutritionnels qui peuvent vous aider dans votre quotidien avec l'OeE.



Consultez directement

www.troubledeladeglutition.ch

ou scannez ce QR-Code:





Ensemble, nous savons plus. Ensemble, nous faisons plus.

Dr. Falk Pharma AG | Sägereistrasse 20 | 8152 Glattbrugg | Suisse

JO80F 2510-O-PB-01 F