

# **Œsophagites infectieuses**

## **Quels patients ? :**

Immunocompromis : le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le contexte post-transplantation, les cancers solides ou liquide, l'utilisation des corticostéroïdes oraux à long terme, les traitements immunodépresseurs tels que la chimiothérapie et radiothérapie.

Immunocompétent : diabète, l'insuffisance surrénale, la cirrhose, l'alcoolisme, problèmes fonctionnels ou structurels tels que les sténoses œsophagiennes, la pseudo diverticulose ou la dysmotilité, l'utilisation d'IPP est un facteur de risque.

## **Clinique :**

Asymptomatique, dysphagie, l'odynophagie, des douleurs retrosernales et de la fièvre

## **Œsophagite à Candida**

Espèce la plus commune *Candida albicans* et plus minoritairement *Candida glabrata* et *tropicalis*.

*Candida glabrata* souvent résistant au triazoles.

Ce sont surtout les patients immunosupprimés qui sont touchés et surtout ceux atteints de VIH avec des CD4 inférieure à 200 cell/ul.

Les complications sont rares et consistent en nécroses, perforations œsophagiennes et fistules œsophago-bronchiques, œsophago-pulmonaires ou encore œsophago-aortiques.

### **Diagnostic endoscopique :**

L'aspect endoscopique typique de l'œsophagite à Candida implique des plaques blanches longitudinales adhérentes sur la surface de la muqueuse.

On différencie quatre degrés d'atteinte œsophagienne grâce à la classification de Kodsí :

Grade 1 : présence de quelques plaques blanchâtres de moins de 2 mm sans ulcération.

Grade 2 : multiples plaques blanchâtres de plus de 2 mm sans ulcération.

Grade 3 : ulcérations confluentes, linéaires avec des plaques nodulaires et ulcérées.

Grade 4 : grade 3 avec sténose de la lumière.

### **Diagnostic cytologique et histopathologique :**

Cytologique par brossage : montre des filaments mycéliens sur le frottis direct

Biopsie : invasion de la muqueuse

Cependant, la biopsie est moins sensible que le brossage (70% vs 90%), car les filaments mycéliens superficiels peuvent être « nettoyés » lors de la fixation du matériel.

### Traitement :

- Fluconazole 200 à 400 mg 1x/jour pendant 7 à 14 jours po ou iv (durée selon la sévérité. CAVE : interactions médicamenteuses)
  - Cirrhotique : 200 mg 1x/jour pendant 7 jours (Dr Oriol Manuel)
  - Résistance : *Candida krusei* et *Candida glabrata*

Si résistance

- Itraconazole 200 mg 1x/jour pendant 14 à 21 jours
- Posaconazole 400 mg 2x/jour pendant 14 à 21 jours
- Voriconazole 200 mg 2x/jour po ou iv
- Amphotéricin B dexychoolate 0.3 à 0.5 mg/kg par jour iv
- Echinocandines iv

Attention, les triazoles sont tératogènes on recommande la prescription d'Amphotéricin B

## Œsophagite à HSV

L'œsophagite herpétique est généralement due au HSV-1, souvent comme une infection latente réactivée dans le cadre de l'immunosuppression.

Bien que cela se produise chez les personnes infectées par le VIH, généralement celles dont le nombre de CD4 est inférieur à 200 cellules /  $\mu$ L, l'œsophagite à HSV est plus souvent associée aux receveurs de solides greffes d'organes ou de moelle osseuse.

### Diagnostic endoscopique :

Les lésions affectent la muqueuse de l'œsophage distale

La manifestation la plus précoce est une vésicule, puis les lésions se regroupent pour former un ulcère de généralement moins de 2 cm, bien circonscrit avec des berges surélevées.

Si l'infection perdure, il y a de vastes ulcération confluentes de tailles variable.

### Diagnostic cytologique et histopathologique :

Biopsies au bord de l'ulcère (sensibilité 40 à 65%) : cellules malpighiennes ballonnisées, nécrosées avec aspect de cellules géantes multinucléées. Les noyaux apparaissent opaques avec margination de la chromatine et peuvent contenir des inclusions intranucléaires éosinophiles (corps de Cowdry).

Culture virale des biopsies (sensibilité de 70 à 100 %) : mise en évidence du virus par la culture virale des biopsies de l'œsophage

### Traitements :

Traitement

- Acyclovir 400 mg 5x/jour (adapté à la fonction rénale) pour 14 à 21 jours po ou 5mg/kg 3x/jour iv
- Famciclovir 500mg 3x/jour
- Valacyclovir 1g 3x/jour

Immunocompétent

- Acyclovir po 200mg 5x/jour ou 400mg po 3x/jour durant 7 à 10 jours

Résistance

- Foscarnet

## Oesophagite à CMV

L'oesophagite à CMV est plus fréquente chez les patients immunosupprimés.

Pour les patients infectés par le VIH, l'incidence de la maladie à CMV est généralement observée chez les patients avec des comptes de CD4 de moins de 50 cellules /  $\mu\text{L}$ .

Cependant, l'oesophagite à CMV survenant chez des patients immunocompétents a été rapportée.

### **Diagnostic endoscopique :**

Les lésions sont dans la partie moyenne à distale de l'oesophage

Les érosions et les ulcères sans bordure nettes. Sur les ulcères oesophagiens du CMV sont notés comme étant plus gros, moins nombreux et plus linéaires que ceux observés dans HSV.

### **Diagnostic cytologique et histopathologique :**

Biopsie : inflammation et inclusions nucléaires et cytoplasmiques. Les cellules cytomégaliennes sont également appelées cellules oculaires en raison de leur apparence caractéristique d'une inclusion intranucléaire basophile entourée d'un halo clair (yeux de hibou) et des inclusions intracytoplasmiques.

### **Traitements :**

- Ganciclovir 5mg/kg 2x/jour po ou iv 3 à 6 semaines
- Foscarnet 60mg/kg 3x/jour ou 90mg/kg 2x/jour iv

## Autres oesophagites infectieuses

- *Aspergillus*
- HPV, HIV, VZV, EBV
- *Streptococcus spp*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium*

### **Bibliographie :**

Hoversten P, Kamboj AK, Katzka DA. Infections of the esophagus : an update on risk factors, diagnosis, and management. Dis Esophagus 2018 31, 1-9

Ahuja NK, Clarke JO. Evaluation and Management of Infectious Esophagitis in Immunocompromised and Immunocompetent Individuals. Curr Treat Options Gastroenterol 2016 14:28-38