

L'Œsophagite disséquante chronique: à propos de neuf cas Chronic dissecting esophagitis: about nine cases

Mh. Horma Babana Alaoui¹, H. Abid¹, M. Meknassi¹, A. Lamine¹, M. Lahlali¹,
N. Lahmidani¹, M. El Yousfi¹, N. Aqodad¹, M. El Abkari¹, A. Ibrahim¹,
D. Benajah¹

Service d'hépatogastro-entérologie, CHU Hassan II, Université Sidi Mohammed Ben Abdallah,
Fès, Maroc.

Faculté de médecine et de pharmacie, Université sidi Mohamed ben Abdallah, Fès.

Corresponding Author: Horma Babana Alaoui Moulaye El Hacem

Résumé: L'œsophagite disséquante chronique (ODC) est une affection rare, d'étiopathogénie jusqu'à présent mal connue. Elle peut être primitive ou secondaire et son diagnostic est facilement établi grâce à un aspect endoscopique évocateur, mais son traitement reste cependant mal codifié. Le but de notre travail est de rapporter neuf observations d'ODC colligées dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier universitaire de Fès. Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective (2001–2018) où neuf cas d'ODC ont été colligés. Le diagnostic était posé sur un ensemble de critères cliniques et endoscopiques. Résultats : l'âge moyen des patients était de 45.22 ans. Le sexe ratio H/F était à 0.8. La découverte de l'œsophagite était posée chez tous les patients au moment de l'examen endoscopique réalisé pour dysphagie dans 77.7% des cas (n=7) et qui était associée à une angiocholite dans 22.2% cas (n=2), pour un syndrome anémique dans 11.1% des cas (n=1) et pour une hémorragie digestive haute dans un cas. L'endoscopie avait objectivé la présence d'un aspect pseudotrachéal dans 66.6% des cas (n=6) avec un décollement de la muqueuse œsophagienne au moment des biopsies, orientant ainsi le diagnostic dans 88.8% des cas (n=8). Conclusion : L'ODC est une affection rare, responsable d'une dysphagie chronique et dont le diagnostic repose sur un ensemble de critères cliniques, endoscopiques et histologiques. Son traitement reste cependant non codifié.

Mots clés: œsophagite disséquante, dysphagie, décollement muqueux

Abstract: Chronic dissecting oesophagitis (CDO) is a rare disease, with a previously unknown etiopathogenesis. It can be primitive or secondary and its diagnosis is easily established thanks to an evocative endoscopic aspect, but its treatment remains poorly codified. The purpose of our work is to report nine CDO observations collected in the hepatogastroenterology unit of the University Hospital Center of Fez.

PATIENTS AND METHODS: This is a retrospective study (2001-2018) in which nine cases of ODC were collected. The diagnosis was based on a set of clinical and endoscopic criteria. Results: The average age of patients was 45.22 years old. The sex ratio H / F was 0.8. The discovery of esophagitis was established in all patients at the time of the endoscopic examination performed for dysphagia in 77.7% of cases (n = 7) and which was associated with cholangitis in 22.2% (n = 2), a anemic syndrome in 11.1% of cases (n = 1) and with upper gastrointestinal bleeding in one case. Endoscopy revealed the presence of a pseudotracheal aspect in 66.6% of cases (n = 6) with detachment of the esophageal mucosa at the time of biopsies, thus directing the diagnosis in 88.8% of cases (n = 8).

Conclusion: Dissecting oesophagitis is a rare condition responsible for chronic dysphagia whose diagnosis is based on a set of clinical, endoscopic and histological criteria. However, his treatment remains unclassified.

Key words: Dissecting oesophagitis, dysphagia, mucosa detachment

Date of Submission: 20-02-2019

Date of acceptance: 06-03-2019

I. Introduction

L'œsophagite disséquante chronique (ODC) est une affection rare, de découverte récente [1]. Elle est la conséquence d'une altération dégénérative de la couche superficielle de la muqueuse œsophagienne, réduisant l'adhésion entre les cellules de l'épithélium malpighien. Les ODC sont primitives dans 20% des cas. Les ODC secondaires surviennent dans un contexte de RGO, de maladie dermatologique (lichen plan, pemphigus vulgaire), d'œsophagite à éosinophiles, de prise médicamenteuse (biphosphonates, AINS) ou de maladie cœliaque [1, 2, 3]. Cette affection se manifeste cliniquement par une dysphagie chronique, plus rarement des douleurs thoraciques et un amaigrissement. A la fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD), la muqueuse est

blanchâtre, marquée par des stries annulaires transversaux et qui se détache en lambeaux spontanément ou lors des biopsies. Il existe souvent des sténoses annulaires. La principale lésion anatomopathologique est un clivage épithélial, habituellement sous la membrane basale, mais sans infiltrat inflammatoire, ni hyperkératose. L'évolution est chronique et son traitement reste mal codifié [1,4]. L'objectif de notre travail est de rapporter 9 cas de cette affection, mystérieuse et souvent méconnue, colligés au sein du service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès, Maroc.

II. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective allant de janvier 2008 à septembre 2018 et regroupant tous les patients chez qui le diagnostic d'ODC a été retenu sur des critères cliniques et endoscopiques.

III. Résultats

Nous avons colligé 9 cas dont 5 femmes et 4 hommes [ratio H/F= 0.8]. L'âge moyen était de 46.22 ans [21 ans – 76 ans]. Les résultats sont détaillés dans les observations ci-dessous :

Observation n°1 : patiente âgée de 40 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentant depuis 1an une dysphagie aux solides. L'examen clinique et le bilan biologique de routine étaient sans particularité. La FOGD a objectivé la présence d'une sténose serrée du tiers supérieur de l'œsophage qui a été dilatée aux bougies de Savary sans complications, avec individualisation en aval de la sténose, d'anneaux translucides et une muqueuse qui se dilacère aux biopsies. L'étude anatomopathologique était en faveur d'une œsophagite non spécifique. L'évolution a été marquée par la récurrence de la symptomatologie ayant nécessité deux séances de dilatation supplémentaires.

Observation n°2 : patiente âgée de 21 ans suivie pour retard staturo-pondéral et hypogonadisme, présentant depuis plus de 8 ans une diarrhée glaireuse à laquelle s'est associée il y a 2 ans une dysphagie aux solides. L'évolution était marquée par l'apparition 6 mois après d'une distension abdominale. L'examen clinique avait objectivé une dysmorphie cranio-faciale, un hippocratisme digital, une ascite de grande abondance, cataracte bilatérale et des perlèches. Sur plan biologique, on a noté une hypocalcémie, une hypomagnésémie, une hypoalbuminémie, une anémie ferriprive et une carence en VIT D. La sérologie cœliaque était positive et l'étude biochimique du liquide d'ascite avait montré un transsudat lymphocytaire très probablement en rapport avec une entéropathie exsudative. A la FOGD, on avait noté la présence, à 10 cm des arcades dentaires, d'un anneau fibreux annulaire franchissable avec un aspect pseudotrachéal et atone de l'œsophage ainsi qu'un aspect de décollement muqueux en lambeau lors de la réalisation des biopsies avec une lacération au niveau de la muqueuse œsophagienne ; la muqueuse duodénale était d'aspect crénelé et pavimenteux en écaille avec effacement des plis duodénaux. A l'histologie il y avait une atrophie villositaire subtotale associée à une hyperplasie cryptique et une exocytose lymphocytaire en faveur d'une maladie cœliaque classée III b de Marsh, par ailleurs les biopsies œsophagiennes étaient non spécifiques. La patiente a été mise sous régime sans gluten avec supplémentation en fer et en VIT D, elle n'avait pas nécessité de dilatation œsophagienne. L'évolution a été marquée par une amélioration clinico-biologique.

Observation n°3 : patient âgé de 60 ans, opéré en 2011 pour une tumeur gastrique avec gastrectomie des 4/5^{ème} et présentant depuis 8 mois une dysphagie aux solides. L'examen clinique et biologique sont revenus sans particularités. La FOGD avait objectivé à 18cm des arcades dentaires un anneau translucide franchi après dissection à l'aide de la pince à biopsie ; l'œsophage était atone avec un aspect pseudotrachéal et un décollement muqueux en lambeau lors de la réalisation des biopsies. L'étude histologique avait objectivé une œsophagite subaiguë non spécifique, et le clivage intraépithélial n'a pas été mis en évidence.

Observation n°4 : patient âgé de 76 ans, suivie pour une cardiopathie ischémique sous antiagrégants plaquettaires et qui présente depuis 2 ans et ½ une dysphagie basse aux solides et qui était dans notre formation pour prise en charge d'une angiocholite. L'examen clinique notait un ictère cutanéomuqueux avec une sensibilité épigastrique. L'imagerie (échographie + Scanner) avait objectivé une voie biliaire principale (VBP) dilatée en amont d'un calcul du bas cholédoque. En per CPRE réalisée pour libérer la VBP, l'œsophage était tortueux pseudotrachéal avec une muqueuse qui se détache en lambeaux lors de la biopsie. L'histologie était en faveur d'une Œsophagite chronique non spécifique.

Observation n°5 : patiente âgée de 72 ans présentant une notion de dysphagie aux solides intermittente depuis l'enfance et qui était hospitalisée pour prise en charge d'une angiocholite aiguë. A l'examen clinique la patiente était OMS 1, ictérique. Sur plan biologique on avait noté une cholestase ictérique avec une cytolysé. L'imagerie avait objectivé une dilatation de la VBP et des VBIH en amont d'une lithiase de la VBP. La patiente a été programmée pour CPRE mais lors de la réalisation du geste endoscopique il y avait une sténose infranchissable au niveau de la bouche Killian d'où la réalisation d'une FOGD par nasofibroscope qui mis en évidence la présence de plusieurs anneaux de l'œsophage proximal juste en amont de la bouche de Killian avec un aspect d'œsophagite disséquante. La patiente a été dilatée par les bougies de Savary-Gilliard et a eu sa CPRE avec évacuation de sa lithiase.

Observation n°6 : Il s'agit d'un patient âgé de 37 ans admis pour prise en charge d'une dysphagie intermittente évoluant depuis dix ans. A cette dysphagie est associée une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien (RGO) faite de régurgitations alimentaires sans troubles de la déglutition ni de pyrosis, le tout dans un contexte de conservation de l'état général. Le bilan biologique trouvait à la numération formule sanguine (NFS) une hémoglobine à 13 g/dl, une éosinophilie à 32 éléments/mm³. A la FOGD, on notait la présence de multiples anneaux œsophagiens superposés, avec une muqueuse œsophagienne d'apparence normale et une sténose infranchissable à 38 cm des arcades dentaires d'allure bénigne. Cet aspect endoscopique évoquait en premier une œsophagite disséquante chronique associée à une sténose peptique compliquant son RGO. La biopsie œsophagienne était en faveur d'une œsophagite non spécifique. Une dilatation de la sténose œsophagienne était réalisée par les bougies de Savary avec mise en route d'un traitement à base des inhibiteurs de la pompe à proton.

Observation n°7 : Il s'agit d'un patient âgé de 24 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentant une dysphagie basse aux solides intermittente. L'endoscopie haute avait montré un aspect pseudotrachéal de l'œsophage, avec décollement muqueux lors des biopsies orientant vers une œsophagite disséquante ainsi qu'une sténose au niveau du tiers inférieur de l'œsophage d'allure peptique. Une dilatation aux bougies était réalisée. La biopsie avec étude anatomopathologique était en faveur d'une œsophagite non spécifique.

Observation n°8 : Il s'agit d'une patiente de 40 ans, sans antécédents particuliers, admise pour prise en charge d'un syndrome anémique. L'examen clinique avait objectivé une pâleur cutanéomuqueuse. Le bilan biologique avait objectivé une anémie sévère avec hémoglobine à 4.5 g/dl hypochrome microcytaire avec un taux de fer sérique bas et une ferritinémie normale. Dans le cadre du bilan de son anémie, une FOGD était réalisée et avait objectivé un aspect pseudotrachéal de l'œsophage avec décollement muqueux au moment de la biopsie évocateur d'une œsophagite disséquante. L'examen était complété également par une biopsie antrale et duodénale. Le résultat anatomopathologique était en faveur d'une hyperplasie épithéliale papillomateuse sur lésion d'œsophagite chronique au niveau de l'œsophage.

Observation n°9 : patient âgé de 46 ans, opéré pour ulcère gastrique et ayant eu une gastrectomie des 4/5. Admis pour prise en charge d'une hémorragie digestive haute associée à une dysphagie haute aux solides d'apparition récente, sans odynophagie, sans régurgitations ni pyrosis. L'examen clinique avait objectivé des mélénas au toucher rectal. Le bilan biologique avait retrouvé à la NFS une pancytopenie avec une anémie normochrome normocytaire (HG=4,7g/dl, PLQ = 21000, GB =1106). Le dosage de la vitamine B12 était revenu effondré à 31pg/ml. Une FOGD a été réalisée après stabilisation hémodynamique et avait objectivé un aspect pseudotrachéal de la muqueuse œsophagienne avec décollement muqueux lors des biopsies et une gastrectomie subtotale avec anastomose gastro-jéjunale. L'examen anatomo-pathologique était en faveur d'une muqueuse œsophagienne discrètement papillomateuse et inflammatoire sans caractère significatif. Ainsi, le diagnostic d'œsophagite disséquante a été retenu sur l'aspect endoscopique évocateur. Le patient avait bénéficié d'injections de vitamine B12 à la dose de 5000 UI/jr pendant 7 jours puis 5000 UI/ semaine pendant un mois puis 5000 UI/mois à vie.

Signes endoscopiques	Nombres de cas	%
Anneaux œsophagiens (figure 1)	5	55.5%
Sténose œsophagienne	6	66.6%
- Tiers >	3	
- Tiers moyen et <	3	
Aspect pseudotrachéal de l'œsophage	6	66.6%
Décollement muqueux en lambeau lors des biopsies (figure 2)	7	77.7%
Autres signes	1 cas : effacement des plis duodénaux avec un aspect crénelé et pavimenteux 2 cas d'œsophage atone	37.5%

Tableau 1: données endoscopiques des patients

IV. Discussion

L'ODC est une entité anatomoclinique bénigne, rare, décrite pour la première fois par Rosenberg il y a plus d'un siècle [4] et qui est actuellement de plus en plus décrite [5,6]. Elle constitue une des étiologies de dysphagie chronique sans signe de reflux mais dans certains cas elle peut survenir de façon aiguë [6]. Elle est la conséquence d'altérations dégénératives de la couche superficielle de la muqueuse œsophagienne réduisant la force d'adhésion entre les cellules de l'épithélium malpighien [7]. L'ODC survient surtout à un âge supérieur à 50 ans, avec une légère prédominance féminine. 66.6% de nos patients avaient un âge inférieur à 50 ans [âge moyen 34.66 ans] avec une prédominance féminine. Cliniquement, elle est caractérisée par une dysphagie chronique. La dysphagie est le principal signe révélateur et ceci a été rapporté par plusieurs revues dont l'étude de Lamouliatte et al [8]. Dans certains cas, la dyspepsie ou l'odynophagie peuvent être les seuls signes présents

[9]. Dans notre série, la dysphagie était le signe révélateur chez sept patients alors que dans le cas restant elle était de découverte fortuite dans le cadre du bilan d'un syndrome anémique. L'ODC peut être primitive ou secondaire à certaines affections dermatologiques (lichen plan, pemphigus vulgaire, pemphigoïde bulleuse), à des causes traumatiques (syndrome de Mallory-Weiss, sonde nasogastrique), médicamenteuses [2], secondaire à un reflux gastro-œsophagien ou d'origine infectieuse [1-3]. De rares cas associés, à une insuffisance rénale chronique [10] ou secondaires à un traitement endoscopique de varices œsophagiennes [4], ont été décrits. Une association à la maladie cœliaque est possible d'où la nécessité de réaliser des biopsies jéjunales systématiques [11]. Dans notre série, l'ODC était secondaire à un RGO dans 2 cas, à une maladie cœliaque dans 1 cas et médicamenteuse dans 1 cas. A L'exploration endoscopique, l'atteinte œsophagienne peut être segmentaire ou diffuse ; la muqueuse œsophagienne apparaît blanchâtre, nacré, marquée par des stries annulaires transversales et des ébauches de diaphragmes muqueux qui se détachent en grands lambeaux caractérisés par des sténoses œsophagiennes annulaires suspendues, souvent localisées aux tiers moyen et inférieur de l'œsophage. Cet aspect retrouvé chez la majorité de nos patients (tableau1) est très caractéristique de l'ODC [6-7]. L'histologie quant à elle, bien que son intérêt diagnostique soit minime, demeure systématique. La lésion principale est marquée par un clivage épithélial habituellement localisé sous la membrane basale, sans signe spécifique. L'anatomopathologie, chez tous nos patients, n'avait pas révélé d'éléments spécifiques. L'évolution est chronique, souvent marquée par des poussées de dysphagie aiguë qui peuvent être expliquées par la constitution d'un diaphragme empêchant le passage des aliments [6,12]. Il n'y a pas de traitement spécifique ; les corticoïdes et les antisécrétoires sont inefficaces et les dilatations endoscopiques peuvent améliorer transitoirement la dysphagie en cas de sténose [1, 6,12].

V. Conclusion

L'ODC est une cause rare de la dysphagie chronique souvent méconnue. Le diagnostic est évident devant des aspects endoscopiques évocateurs. Elle n'a pas de traitement spécifique mais son évolution est favorable. Cependant elle peut être gênante et nécessiter des dilatations à la demande.



Fig. 1 : Multiples anneaux œsophagiens superposés avec une muqueuse œsophagienne d'aspect macroscopique normal

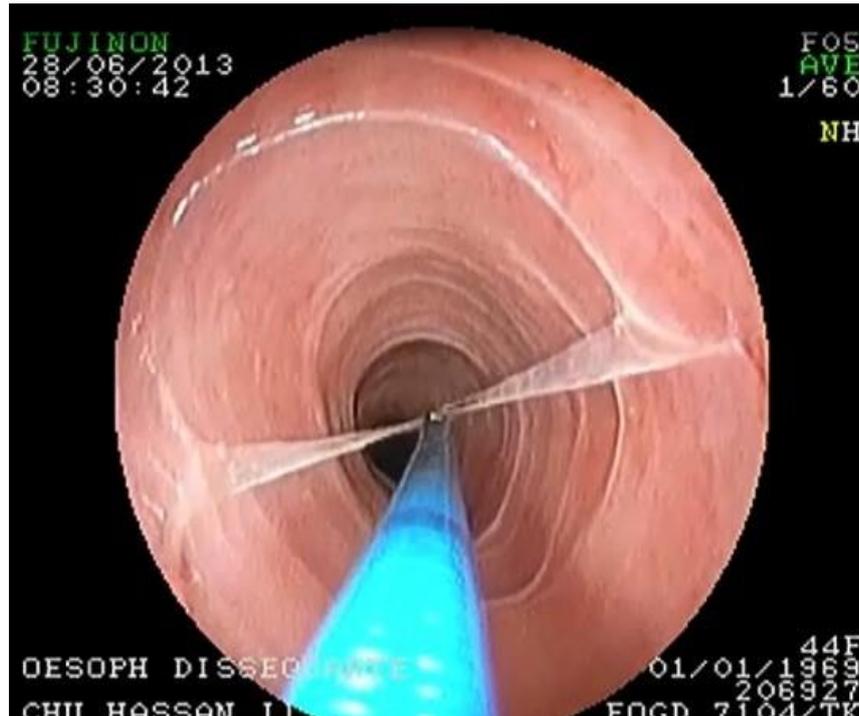


Fig. 2 : Décollement en lambeaux de la muqueuse œsophagienne à la biopsie

Références

- [1]. Ponsot P, Molas G, Scoazec JY, et al (1997) Chronic esophagitis dissecans: an unrecognized clinicopathologic entity? *Gastrointest Endosc* 45: 38–45
- [2]. Hokama A, Ihama Y, Nakamoto M, et al (2007) Esophagitis dissecans superficialis associated with bisphosphonates. *Endoscopy* 39 (Suppl 1): E91
- [3]. Bayer O (1955) A case of esophagitis dissecans. *Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed* 82: 551–2
- [4]. Perez–Carreras M, Castellano G, Colina F, et al (1998) Esophagitis dissecans superficialis (esophageal cast) complicating esophageal sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 93: 655–6
- [5]. Elballout S, Timraz A, Benelbarhdadi I, et al. Œsophagite disséquante chronique: une cause exceptionnelle de dysphagie. *Acta Endoscopica* 2009;39:34
- [6]. Mellouki I, Benajah D, Aqodad N, et al. Les œsophagites disséquantes : à propos de trois observations. *J Afr Hepatol Gastroenterol* 2010;4:78–80
- [7]. Meyiz H, Mellouki I. Œsophagite disséquante : une cause rare de dysphagie. *Pan Afr Med J* 2014;17:164
- [8]. Chauveau E, Dufau JP, Terrier F, et al. Œsophagite disséquante chronique révélée par une dysphagie aiguë. *Acta Endoscopica* 2007;47:77–97
- [9]. Patel NK, Salathe C, Vu C, Anderson SH. Esophagitis dissecans: a rare cause of odynophagia. *Endoscopy* 2007;39:E127
- [10]. Devarbhavi H, Alvares JF (2001) Esophagitis dissecans superficialis with bulla in chronic renal failure: a case report. *Gastrointest Endosc* 54: 256–8
- [11]. Hage-Nassar G, Rotterdam H, Frank D, Green PH (2003) Esophagitis dissecans superficialis associated with celiac disease. *Gastrointest Endosc* 57(1): 140–1
- [12]. Lamouliatte H, Kikolski F, Message L, Zerbib F. Aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs de l'œsophagite disséquante chronique. *Endoscopy* 2005;37:AB13.

Horma Babana Alaoui Moulaye El Hacem. “ L'Œsophagite disséquante chronique: à propos de neuf cas Chronic dissecting esophagitis: about nine cases.” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, vol. 18, no. 3, 2019, pp 01-05.