

Œsophagite à éosinophiles

Comprendre les symptômes, le diagnostic et les traitements

L'œsophagite à éosinophiles (EoE) est une maladie inflammatoire chronique de l'œsophage. Elle peut gêner le passage des aliments et, avec le temps, favoriser un rétrécissement. Elle se traite, mais les symptômes seuls ne suffisent pas toujours à savoir si l'inflammation est contrôlée.

Le message central

Elle se traite, mais les symptômes seuls ne suffisent pas toujours à savoir si l'inflammation est contrôlée.

L'essentiel en 30 secondes

1. L'EoE est une maladie chronique de l'œsophage

Elle est liée à une inflammation immunitaire riche en éosinophiles. Ce n'est ni une infection ni simplement un reflux.

2. La difficulté à avaler peut être discrète

Manger lentement, beaucoup mâcher, boire après chaque bouchée ou éviter certains aliments peut masquer la dysphagie.

3. Le diagnostic nécessite des biopsies

Les symptômes, l'endoscopie et les biopsies sont interprétés ensemble. Un seuil d'au moins 15 éosinophiles par champ à fort grossissement participe au diagnostic.

4. Les tests allergologiques ne choisissent pas seuls le régime

Un prick-test ou des IgE alimentaires positifs ne suffisent pas à identifier les aliments qui entretiennent l'EoE.

5. Plusieurs traitements sont possibles

IPP, corticoïdes topiques déglutis, régime d'éviction empirique, biothérapie dans certaines situations et dilatation en cas de rétrécissement.

6. Aliment réellement bloqué = urgence potentielle

Si vous ne pouvez plus avaler votre salive, si la gêne est importante ou s'il existe une difficulté respiratoire, une évaluation urgente est nécessaire.

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

L'EoE est une maladie inflammatoire chronique, à médiation immunitaire, limitée principalement à l'œsophage. Elle peut comporter une composante inflammatoire puis, avec le temps, une composante fibro-sténosante pouvant réduire le calibre de l'œsophage.

EoE ≠ simple reflux

Un reflux gastro-œsophagien peut coexister avec l'EoE, mais l'EoE n'est pas simplement un reflux. Une réponse aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) n'exclut plus le diagnostic d'EoE.

Quels symptômes peuvent alerter ?

Adolescent / adulte

Difficulté à avaler les solides, sensation que les aliments descendent mal, blocage alimentaire, douleur thoracique ou brûlures parfois associées.

Enfant

Repas longs, refus de certaines textures, vomissements, douleurs abdominales, difficultés alimentaires, dysphagie et parfois retentissement nutritionnel ou sur la croissance.

Les stratégies de compensation : très importantes à repérer

Certaines personnes ont adapté leur façon de manger depuis longtemps et ne se décrivent plus comme « gênées pour avaler ». Ces habitudes peuvent pourtant être un indice important.

- Mâcher très longtemps ou couper les aliments en très petits morceaux.
- Boire après presque chaque bouchée pour aider l'aliment à descendre.
- Éviter spontanément la viande, le pain ou d'autres aliments secs/fibreux.
- Préférer les aliments mous ou en sauce.
- Manger plus lentement que les autres, parfois jusqu'à finir systématiquement en dernier.

Question utile en consultation

« Ai-je modifié ma façon de manger pour éviter que les aliments bloquent ? » Cette information peut être aussi importante que la sensation de dysphagie elle-même.

Comment pose-t-on le diagnostic ?

Le diagnostic repose sur plusieurs éléments : symptômes compatibles avec un dysfonctionnement de l'œsophage, endoscopie digestive haute avec biopsies et exclusion d'autres causes pouvant expliquer une éosinophilie œsophagienne.

Le seuil de 15 éosinophiles

Un seuil d'au moins 15 éosinophiles par champ à fort grossissement dans les biopsies œsophagiennes fait partie des critères diagnostiques actuels. Ce chiffre n'est jamais interprété seul.

L'endoscopie peut-elle paraître normale ?

Oui

L'endoscopie peut montrer des sillons, des anneaux, des exsudats, un œdème ou un rétrécissement, mais l'aspect visuel seul ne suffit pas. Des biopsies sont nécessaires même si la muqueuse paraît peu anormale.

Les recommandations récentes demandent plusieurs biopsies provenant de plusieurs niveaux de l'œsophage ; l'équipe d'endoscopie adapte le prélèvement au contexte.

Et les éosinophiles dans le sang ?

NFS ≠ biopsie œsophagienne

Le nombre d'éosinophiles sanguins peut parfois être augmenté, mais une prise de sang ne remplace pas les biopsies de l'œsophage pour diagnostiquer ou surveiller une EoE.

« Si les IPP marchent, ce n'était donc pas une EoE »

Non. L'échec préalable d'un traitement par IPP n'est plus nécessaire pour poser le diagnostic. Les IPP font aujourd'hui partie des options thérapeutiques de l'EoE chez certains patients.

EoE et allergie alimentaire : ne pas confondre

EoE ≠ allergie alimentaire immédiate

L'EoE est souvent associée à un terrain atopique et certains aliments peuvent entretenir l'inflammation, mais son mécanisme n'est pas celui d'une allergie IgE-médiée immédiate classique. Un patient peut avoir une EoE, une allergie IgE, ou les deux.

Pourquoi mes prick-tests ou mes IgE ne disent-ils pas quoi supprimer ?

Parce que les tests allergologiques usuels prédisent mal quels aliments entretiennent l'inflammation de l'EoE. Un résultat positif indique une sensibilisation, mais ne prouve pas que cet aliment est responsable de l'EoE.

À éviter

Ne supprimez pas plusieurs aliments uniquement parce que des prick-tests ou des IgE sont positifs. Une éviction alimentaire pour l'EoE doit être décidée et suivie avec l'équipe qui prend en charge la maladie.

Si un régime d'éviction est choisi

La stratégie actuelle privilégie souvent une approche empirique la moins restrictive possible, choisie avec le patient et adaptée au contexte. L'efficacité se juge par l'évolution clinique mais aussi par l'endoscopie et les biopsies.

- Éviter les régimes très restrictifs improvisés.
- Faire attention aux apports nutritionnels, particulièrement chez l'enfant et l'adolescent.
- Un accompagnement par un diététicien peut être très utile.
- Le but n'est pas de retirer le maximum d'aliments, mais d'obtenir le contrôle de la maladie avec une stratégie supportable et sûre.

Important

Un test de provocation orale classique utilisé pour l'allergie IgE ne permet pas, à lui seul, d'identifier l'aliment qui entretient une EoE. Les deux problématiques ne doivent pas être confondues.

Quels traitements sont possibles ?

IPP

Ils peuvent réduire l'inflammation chez certains patients. Leur efficacité ne signifie pas que la maladie était simplement un reflux.

Corticoïdes topiques déglutis

Ils agissent localement sur l'œsophage. La formulation et la technique d'administration doivent suivre exactement la prescription.

Régime d'éviction empirique

Il peut être proposé selon une stratégie progressive et partagée, idéalement avec un accompagnement nutritionnel.

Biothérapie

Une biothérapie peut être proposée dans certaines formes selon le profil du patient, les traitements déjà essayés et les recommandations en vigueur.

Et la dilatation ?

Elle traite le rétrécissement, pas l'inflammation

Une dilatation endoscopique peut améliorer le passage des aliments lorsqu'il existe un rétrécissement ou une sténose. Elle doit être associée à une stratégie anti-inflammatoire adaptée et ne remplace pas le traitement de fond de l'EoE.

« Je me sens mieux : suis-je guéri(e) ? »

Pas forcément

Les symptômes et l'inflammation ne sont pas toujours parfaitement parallèles. Certaines personnes compensent aussi leur dysphagie en modifiant leur façon de manger. C'est pourquoi le suivi ne repose pas sur les symptômes seuls.

Selon la situation, le suivi associe évaluation clinique, endoscopie et biopsies. Un traitement efficace est souvent poursuivi au long cours pour prévenir la récurrence de l'inflammation et limiter le risque de remodelage fibro-sténosant.

Ne modifiez pas seul(e) votre traitement

Traitement personnalisé

N'arrêtez pas ou ne modifiez pas un IPP, un corticoïde dégluti, un régime d'éviction ou une biothérapie sans en discuter avec l'équipe qui suit votre EoE. Les modalités de prise et les contrôles sont personnalisés.

Aliment bloqué : quand faut-il agir vite ?

Blocage alimentaire complet = urgence

Si un aliment reste coincé et que vous ne pouvez plus avaler votre salive, si vous bavez, si la douleur est importante ou si une gêne respiratoire apparaît, une évaluation urgente est nécessaire. Appelez le 15 ou le 112 selon la situation.

- N'essayez pas de pousser le bouchon avec d'autres aliments.
- N'avez pas de grandes quantités de boisson pour forcer le passage.
- Ne poursuivez pas le repas en espérant que cela se débloque.
- Après un épisode d'impaction, même résolu, un bilan de la cause est important.

Pourquoi ?

L'EoE est une cause importante d'impaction alimentaire. Une obstruction complète de l'œsophage peut nécessiter une endoscopie urgente.

Idées reçues

Idée reçue	Message SOS Allergo
« L'EoE, c'est juste du reflux. »	Non. Un reflux peut coexister, mais l'EoE est une maladie inflammatoire distincte.
« Mon endoscopie avait l'air normale, donc pas d'EoE. »	Faux. Les biopsies sont indispensables au diagnostic.
« Mes IgE positives indiquent les aliments à supprimer. »	Non. Les tests allergologiques usuels ne permettent pas de choisir seuls le régime d'EoE.
« Si je vais mieux, je peux arrêter mon traitement. »	Pas sans avis médical. Les symptômes ne reflètent pas toujours l'inflammation.
« Une dilatation guérit l'EoE. »	Non. Elle améliore le calibre lorsqu'il existe un rétrécissement mais ne traite pas l'inflammation.
« EoE = risque automatique d'anaphylaxie alimentaire. »	Non. L'EoE et l'allergie alimentaire IgE-médiée sont deux situations différentes, même si elles peuvent coexister.
« Il faut retirer beaucoup d'aliments. »	Pas nécessairement. Les stratégies actuelles cherchent souvent à commencer par l'approche empirique la moins restrictive pertinente.

Quand en reparler avec mon médecin ?

- Vous avez régulièrement l'impression que les aliments descendent mal.
- Vous avez déjà eu un aliment bloqué ou avez dû consulter en urgence pour cela.
- Vous avez modifié fortement votre façon de manger pour éviter la gêne.
- Votre enfant a des repas très longs, évite certaines textures ou présente un retentissement nutritionnel.
- Les symptômes persistent malgré le traitement ou réapparaissent après une amélioration.
- Un régime d'éviction devient difficile à suivre ou très restrictif.

À retenir

1. L'EoE est une maladie inflammatoire chronique de l'œsophage.	2. La dysphagie peut être masquée par des stratégies alimentaires de compensation.
3. Le diagnostic repose sur l'endoscopie avec biopsies ; le seuil de 15 éosinophiles n'est jamais interprété seul.	4. Un prick-test ou des IgE positives ne disent pas automatiquement quels aliments entretiennent l'EoE.
5. Plusieurs traitements existent et le suivi ne repose pas sur les symptômes seuls.	6. Un aliment complètement bloqué, surtout avec impossibilité d'avaler la salive, est une urgence.

À lire aussi sur SOS Allergo

Dermatite atopique : comprendre et prendre soin de sa peau · Préparer ses tests allergologiques · Les prick-tests · Tests de provocation : TPO alimentaire et épreuves médicamenteuses · Décrire mes symptômes digestifs ou mes difficultés à avaler avant la consultation (si ce questionnaire existe)

Références principales

- Dellon ES, Muir AB, Katzka DA, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis. Am J Gastroenterol. 2025;120(1):31-59. DOI: 10.14309/ajg.0000000000003194. PMID: 39745304.
- Amil-Dias J, Oliva S, Papadopoulou A, et al. Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis in children: An update from ESPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;79(2):394-437. DOI: 10.1002/jpn3.12188. PMID: 38923067.
- Oliva S, Arrigo S, Bramuzzo M, et al. Eosinophilic esophagitis in children and adolescents: a clinical practice guideline. Ital J Pediatr. 2025;51:242. DOI: 10.1186/s13052-025-02056-x. PMID: 40702503.
- American College of Gastroenterology. Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis - Guideline Highlights and patient resources. 2025.
- ASGE. Esophageal food impaction: practical guidance on urgent endoscopic management. 2024.

Information importante

Cette fiche donne des repères généraux. Elle ne remplace ni une consultation de gastro-entérologie/allergologie, ni les consignes personnalisées données après votre endoscopie. Ne commencez pas un régime d'éviction ou ne modifiez pas votre traitement sans avis médical.

Information destinée aux patients et aux aidants. Cette fiche ne remplace pas une consultation médicale ni les consignes personnalisées de votre professionnel de santé.