

# Recommandations françaises pour le diagnostic et la prise en charge de l'œsophagite à éosinophiles chez l'adulte

## (SNFGE)

(Texte court)

**Rédacteurs** : Frank Zerbib<sup>(1)</sup>, Arthur Berger<sup>(1)</sup>, Hervé Hagège<sup>(2)</sup>, Sarah Leblanc<sup>(3)</sup>, François Mion<sup>(4)</sup>, Raffaella Dainese<sup>(5)</sup>, Véronique Vitton<sup>(6)</sup>, Sabine Roman<sup>(4)</sup>.

<sup>(1)</sup> Service hépato-gastro-entérologie et oncologie digestive, Hôpital Haut Lévêque, CHU De Bordeaux, Pessac

<sup>(2)</sup> Service hépato-gastro-entérologie, CHI de Créteil

<sup>(3)</sup> Clinique Mermoz, Lyon

<sup>(4)</sup> Service explorations fonctionnelles digestives, Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, Lyon

<sup>(5)</sup> Service hépato-gastro-entérologie, CH Antibes

<sup>(6)</sup> Service hépato-gastro-entérologie, Hôpital Nord, AP-HM, Marseille

Le texte long est disponible sur le site de la SNFGE <https://www.snfge.org/>

**Panel de relecteurs** : Robert Benamouzig, Benoit Coffin, Maximilien Barret, Marion Schaeffer, Marine Camus, Guillaume Cadiot, Gilles Macaigne, Christophe Cellier, Christine Lefort, Vincent Valantin, Thierry Paupard, Antoine Debourdeau, Emmanuel Coron, Jean-Michel Gonzalez, Olivier Gronier, Lucile Quenhervé, Anne Olivier, Geoffroy Vanbiervliet

**Correspondance** : Pr Frank Zerbib

Service hépato-gastro-entérologie et oncologie digestive,  
Hôpital Haut Lévêque, CHU de Bordeaux,  
Avenue de Magellan, 33 604 PESSAC  
Phone : +33 (0)5 57 65 64 09  
Email : [frank.zerbib@chu-bordeaux.fr](mailto:frank.zerbib@chu-bordeaux.fr)

## **Résumé**

La Société Nationale Française de Gastro-Entérologie a été à l'initiative de la rédaction de recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'œsophagite à éosinophiles de l'adulte. Un groupe de travail a rédigé 30 recommandations fondées sur les données les plus actualisées de la littérature scientifique internationale sur les thèmes suivants : diagnostic, objectifs thérapeutiques, traitement d'attaque, dilatations œsophagiennes, traitement d'entretien. Pour chaque recommandation, la méthodologie GRADE a permis de déterminer le niveau de preuve (élevé, modéré, faible, très faible) et un niveau de recommandation fort ou conditionnel. Après 2 tours de vote, toutes les recommandations proposées à un panel de relecteurs ont fait l'objet d'un consensus avec un accord de plus de 80% des votants.

## **Mots clés**

Œsophagite à éosinophiles, dilatation, inhibiteurs de la pompe à protons, budésonide orodispersible, dupilumab

## **Summary**

The French National Society of Gastroenterology was at the initiative of drafting recommendations for the diagnosis and management of eosinophilic esophagitis in adults. A working group has drawn up 30 recommendations based on the most up-to-date data from the international scientific literature on the following themes: diagnosis, therapeutic objectives, initial treatment, esophageal dilation, maintenance treatment. For each recommendation, the GRADE methodology made it possible to determine the level of evidence (high, moderate, low, very low) and a strong or conditional level of recommendation. After two rounds of voting all the recommendations proposed reached an agreement of more than 80% of voters.

## **Key Words**

Eosinophilic esophagitis, dilation, proton pump inhibitors, budesonide orodispersible, dupilumab

## **Liens d'intérêts des rédacteurs**

**A Berger** : Fujifilm, Ambu, Norgine, Olympus, Janssen

**R Dainese** : Dr Falk Pharma, Sanofi

**H Hagège** : AbbVie, Alfasigma, Amgen, Dr Falk Pharma, Ferring, Intercept, Janssen, Norgine, Mayoly, Medac, MSD, Pfizer, Takeda, Tillotts

**S Leblanc** : aucun

**F Mion** : Dr Falk Pharma, Sanofi

**S Roman** : Dr Falk Pharma, Sanofi, Diversatek Healthcare, Medtronic

**V Vitton** : Dr Falk Pharma, Sanofi

**F Zerbib** : Dr Falk Pharma, Sanofi, Astrazeneca, Bioprojet, BMS, Reckitt, Janssen, Coloplast

## **Liens d'intérêts des relecteurs**

**M Barret** : Medtronic, Ambu, Norgine, Pentax, Olympus, Fujifilm, Dr Falk Pharma, Sanofi

**R Benamouzig** : Dr Falk Pharma, Medtronic, Pfizer

**G Cadiot** : Adacap, Janssen, AbbVie, Galapagos, Janssen, Takeda, Viatrix, Ipsen, MSD, Amgen

**M Camus** : Cook Medical, Boston Scientific, AMBU, Medtronic

**B Coffin** : Sanofi, Viatrix, Danone, Bioprojet

**A Debourdeau** : Sanofi

**JM Gonzalez** : Boston Scientific, Fujifilm, Pentax

**O Gronier** : Dr Falk Pharma

**T Paupard** : Lilly, Celltrion, Abbvie, Biogen, Takeda, Janssen, Mayoly, Dr Falk Pharma

**M Schaefer** : Boston Scientific, Erbe, Alfasigma, Duomed France Endoscopy

**G Vanbiervliet** : Boston Scientific, Fujifilm, Ambu, Cook Medical, Pentax, Ambu, Tillotts

**C Cellier, E Coron, C Lefort, G Macaigne, A Olivier, L Quenhervé, V Valantin** : aucun lien d'intérêt

## **Introduction**

L'œsophagite à éosinophiles (OeE) est une pathologie œsophagienne chronique d'origine allergique et dysimmunitaire caractérisée par une réaction inflammatoire au sein de laquelle prédominent les éosinophiles. La plupart des allergènes responsables proviennent de l'alimentation ce qui en fait un modèle particulier "d'allergie alimentaire". C'est une pathologie relativement récente et émergente. Sa prévalence chez les adultes a augmenté au fil des années, elle est estimée à 50 pour 100 000 personnes <sup>1</sup>. Elle représente la deuxième cause d'œsophagite chronique après l'œsophagite peptique et la première cause de dysphagie chez l'adulte jeune. Au cours des 10 dernières années, d'importants progrès ont été réalisés dans les domaines de la physiopathologie, du diagnostic et du traitement de l'OeE, et même si beaucoup de questions restent non résolues, plusieurs recommandations internationales ont été publiées, essentiellement en langue anglaise. En France un Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) pour le diagnostic et la prise en charge de l'OeE de l'enfant a été rédigé et mis en ligne en 2022 ([https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3358054/fr/oesophagite-a-eosinophiles-chez-l-enfant](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3358054/fr/oesophagite-a-eosinophiles-chez-l-enfant)).

Afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de l'OeE de l'adulte, en prenant en compte les dernières nouveautés thérapeutiques, la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE) a initié la rédaction de recommandations pour la communauté médicale française et francophone.

## **Méthodes**

Un groupe de 8 experts hépato-gastroentérologues adultes a été désigné pour rédiger les recommandations fondées sur les données les plus actualisées de la littérature scientifique internationale sur les thèmes suivants : diagnostic, objectifs thérapeutiques, traitement d'attaque, dilatations œsophagiennes, traitement d'entretien. L'ensemble des recommandations et des argumentaires a été discuté et validé de manière collégiale par les 8 rédacteurs. Pour chaque recommandation, la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) a permis de déterminer le niveau de preuve (élevé, modéré, faible, très faible) et un niveau de recommandation fort ou conditionnel.

Dans un second temps un panel de 18 hépato-gastroentérologues (hospitaliers de CHU, de CHG, libéraux) a été désigné pour relire les recommandations (avec les argumentaires) et voter de manière anonyme en ligne pour chacune des recommandations en indiquant : « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord »,

« Neutre », « Plutôt pas d'accord », « Pas du tout d'accord ». La recommandation était retenue comme consensuelle si l'ensemble des votes « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » était supérieur ou égal à 80 %. Les rédacteurs ont participé au vote. Il était prévu que les recommandations qui n'atteignaient pas ce seuil de 80 % soit rediscutées et/ou modifiées à l'occasion d'une réunion plénière en ligne.

### **Recommandations**

Au total, 30 recommandations ont été rédigées par le groupe de travail. Toutes les recommandations ont été approuvées par les votants à plus de 80 % sauf deux (numéros 8 et 16). Ces deux recommandations ont été discutées lors d'une réunion en distanciel. Après discussion collégiale, il a été décidé de ne pas modifier leur formulation et d'organiser un deuxième tour de vote en ligne qui a permis d'obtenir un consensus de plus de 80 % pour ces 2 recommandations.

Le détail des votes et des argumentaires est disponible sur le site de la SNFGE.

### **Diagnostic**

Les recommandations 1 à 8 concernent le diagnostic de l'OeE (Tableau 1).

Chez l'adulte, la dysphagie aux solides et l'impaction alimentaire sont les symptômes les plus fréquemment rapportés avec des fréquences respectives de 70-80 % et 33-54 % par les patients atteints d'OeE <sup>2,3</sup>. Les symptômes peuvent être sous-estimés du fait de mécanisme d'adaptation. Les formes pauci-symptomatiques doivent être recherchées. La durée d'évolution de la maladie sans traitement est associée au risque de sténose œsophagienne <sup>4</sup>.

L'OeE est caractérisée par un infiltrat inflammatoire de la muqueuse œsophagienne avec  $\geq 15$  polynucléaires éosinophiles (PNE) (au fort grossissement), ou  $\geq 60$  PNE/mm<sup>2</sup>, sur au moins une biopsie œsophagienne <sup>5</sup>. Cette infiltration est très inégale, ce qui justifie la réalisation de biopsies multiples le long de l'œsophage. Bien que des anomalies endoscopiques soient fréquentes chez les patients atteints d'OeE <sup>6</sup>, un aspect endoscopique normal de l'œsophage est observé chez environ 17 % des adultes atteints d'OeE. En raison de la possibilité d'un aspect endoscopique normal dans l'OeE, il est fortement recommandé de pratiquer des biopsies œsophagiennes lorsque la maladie est suspectée sur le plan clinique.

Les diagnostics différentiels de l'éosinophilie œsophagienne sont la gastroentérite à éosinophiles, le syndrome hyperéosinophilique (caractérisé par une élévation des éosinophiles dans le sang et des symptômes tels que douleurs abdominales, diarrhée, et/ou ascite), l'achalasie, la maladie de Crohn, les infections parasitaires, certaines maladies auto-immunes, ainsi qu'une réaction d'hypersensibilité à un médicament. Ils ne doivent pas être envisagés en présence de signes cliniques évocateurs.

Les lésions endoscopiques œsophagiennes associées à l'OeE se présentent dans l'ordre suivant en termes d'incidence selon les résultats d'une méta-analyse: sillons longitudinaux (48 %), anneaux circulaires (aspect pseudo-trachéal) (44 %), œdème (41 %), exsudats (27 %), sténoses (21 %), et diminution du calibre de l'œsophage (9 %) <sup>6</sup> (Figure 1). La sévérité des lésions endoscopiques peut être évaluée à l'aide du score EREFS <sup>7</sup> (Tableau 2). Bien que ce score n'ait pas de valeur diagnostique, il peut être utilisé pour le suivi sous traitement, en particulier dans le cadre des essais thérapeutiques <sup>8</sup>.

Lorsqu'une endoscopie digestive haute est réalisée en urgence pour une impaction alimentaire, la réalisation de biopsies étagées est essentielle pour confirmer le diagnostic d'OeE car les caractéristiques endoscopiques de l'OeE ne sont pas toujours spécifiques <sup>9</sup>. L'omission de la réalisation de biopsies étagées au moment de l'obstruction implique la programmation d'une endoscopie supplémentaire, retarde la confirmation du diagnostic et la mise en route d'un traitement médical, et augmente le risque de perdre de vue le patient <sup>10</sup>.

En cas de résolution spontanée d'une impaction alimentaire (sans réalisation d'endoscopie et de biopsies), une consultation en gastroentérologie doit être programmée pour reprendre l'anamnèse et rechercher des antécédents ou des signes en faveur du diagnostic d'OeE <sup>11, 12</sup>. Cette consultation sera suivie d'une endoscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies œsophagiennes.

Compte-tenu de l'efficacité des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sur les symptômes et l'inflammation œsophagienne (51 % de rémission histologique selon une récente méta-analyse incluant 33 études <sup>13</sup>), il est préférable d'arrêter les IPP avant la réalisation de biopsies œsophagiennes pour recherche d'OeE. La durée

optimale de l'interruption des IPP n'est pas connue, 2 cas cliniques suggèrent qu'une interruption du traitement 3 semaines avant la gastroscopie pourrait être suffisant <sup>14</sup>. Compte tenu de l'importante variabilité de la distribution des éosinophiles dans la muqueuse œsophagienne <sup>15</sup>, les biopsies doivent être prélevées à différents niveaux de l'œsophage, typiquement en distal et en proximal. La réalisation d'au moins 5 biopsies a une sensibilité diagnostique de 99-100 % <sup>15, 16</sup>. Il faut réaliser les biopsies en muqueuse saine et sur les zones macroscopiquement anormales : les biopsies prélevées sur les exsudats, sur les dépôts blanchâtres et sur les sillons longitudinaux, semblent présenter les concentrations d'éosinophiles les plus élevées <sup>17, 18</sup>. Des recommandations publiées conseillent de mettre les biopsies dans 2 flacons différents (œsophage proximal et distal) <sup>19, 20</sup>. Cependant, étant donné l'hétérogénéité de l'infiltration des éosinophiles dans l'œsophage et l'absence d'intérêt de la localisation des biopsies pour le diagnostic, la séparation des biopsies n'apparaît pas indispensable.

### **Objectifs thérapeutiques**

Les recommandations 9 à 11 concernent les objectifs thérapeutiques (Tableau 3). Le traitement de l'OeE a pour objectif de soulager les symptômes, et particulièrement la dysphagie, qui impacte significativement la qualité de vie des patients <sup>21, 22</sup>. Obtenir la rémission histologique est essentiel car la corrélation symptômes/histologie n'est pas bonne <sup>23-25</sup>. Cet objectif impose donc la réalisation d'une endoscopie digestive de contrôle avec des biopsies <sup>26</sup>. L'éosinophilie œsophagienne est un « biomarqueur » de l'activité de la maladie qui permet d'évaluer l'efficacité du traitement prescrit. L'obtention et le maintien de la rémission histologique permettent la prévention des rechutes <sup>13, 27-29</sup>. Si l'on se fie aux schémas des essais thérapeutiques pharmacologiques ou non, un délai minimal de 6 à 12 semaines peut être recommandé pour évaluer l'efficacité d'un traitement d'attaque de l'OeE par endoscopie et biopsies œsophagiennes <sup>13, 30-32</sup>. La définition de la réponse histologique peut varier selon les études mais le seuil de 15 éosinophiles par champ à fort grossissement est logique et simple à retenir puisqu'il correspond à la définition de la maladie <sup>5, 33</sup>.

## Traitement d'attaque

Les recommandations 12 à 21 concernent le traitement d'attaque de l'œsophagite à éosinophiles (Tableau 4, Figure 2).

Les IPP, la corticothérapie locale et les régimes d'éviction sont considérées comme des traitements de 1<sup>ère</sup> ligne dans les différentes recommandations publiées.

De nombreuses études ont démontré que les IPP permettaient d'obtenir une rémission clinique et histologique avec un taux de succès d'environ 50 %<sup>13 34 35, 36</sup>. Les données de la littérature sont toutefois hétérogènes. L'avantage des IPP est d'être un traitement facile à utiliser, bien toléré et sans échappement thérapeutique. Il est à noter que les IPP n'ont pas d'AMM en France dans cette indication. Une prise d'IPP (équivalent oméprazole 20 mg) deux fois par jour semble avoir une meilleure efficacité qu'une prise unique avec des succès respectifs de 50,8 % et 35,8 % dans le registre européen EUREOS EoE CONNECT<sup>34</sup>. La majorité des études a porté sur une durée de traitement de 8 semaines. Néanmoins, dans le même registre européen, un traitement d'une durée supérieure à 10-12 semaines était plus efficace qu'un traitement de 8 à 10 semaines (65,2 % versus 50,4 %).

L'efficacité clinique et histologique des corticostéroïdes locaux a été démontrée avec une supériorité de la forme galénique visqueuse par rapport aux sprays déglutis<sup>37-40</sup>. Le budésonide orodispersible a obtenu l'AMM en France en 2022 dans le traitement d'induction et d'entretien de l'OeE après échec des IPP. L'étude princeps randomisée de Lucendo *et al.* a comparé le budésonide orodispersible à un placebo chez 88 patients adultes<sup>30</sup>. A 6 semaines, 58 % des patients traités par budésonide orodispersible 1 mg x2/j présentaient une rémission clinique complète contre aucun patient dans le groupe placebo. La rémission histologique était de 93 % versus 0 %. A 12 semaines, la rémission était obtenue chez 85 % des patients sous budésonide. La même équipe a ensuite publié les résultats d'une autre étude évaluant 2 dosages de budésonide orodispersible dans le traitement d'entretien (1 mg x 2 par jour versus 0,5 mg x 2 par jour) à 48 semaines de suivi chez 204 patients. Les taux de rémission clinico-histologiques étaient identiques avec les 2 posologies (75 % et 74 %) contre 4 % dans le groupe placebo<sup>29</sup>. Dans ces 2 essais randomisés la survenue de candidose

buccale/œsophagienne était notée dans 15 à 20 % des cas traités (contre 0 % dans le groupe placebo) <sup>29, 30</sup>. Cette prévalence était identique pour le traitement d'entretien à 1 an. Les symptômes étant minimes ou modérés, l'arrêt du budésonide orodispersible n'était pas nécessaire, et le traitement par antifongiques par voie orale était efficace.

Les régimes d'éviction empiriques ont été démontrés efficaces pour traiter l'OeE <sup>41</sup>. Différents types de régime ont été évalués, de l'élimination de 1 type d'aliments : produits laitiers ou blé, jusqu'à 6 groupes d'aliments (régime SFED pour *Six Food Elimination Diet*) : produits laitiers, blé, œufs, soja/légumineuses, fruits à coque, fruits de mer /poissons <sup>42-44</sup>. Ces régimes sont complexes à suivre, avec notamment la nécessité de contrôles endoscopiques fréquents avec biopsies pour évaluer la réponse après réintroduction d'aliments. Un essai contrôlé récent montrait une efficacité similaire d'un régime d'exclusion des produits laitiers par rapport au régime SFED (40 % de patients en rémission histologique après 6 semaines de régime) <sup>31</sup>. Les non répondeurs au régime sans produits laitiers répondaient dans 40 % des cas au régime SFED. Une revue systématique avec méta-analyse trouvait également une équivalence d'efficacité entre les différents régimes, y compris les régimes orientés par des bilans allergologiques <sup>45</sup>.

Une approche thérapeutique par régime d'éviction empirique peut donc être proposée aux patients motivés. Une revue récente propose des fiches pratiques pour mettre en œuvre ces régimes d'éviction <sup>46</sup>. Le traitement par régime d'éviction, du fait de sa nature restrictive, doit être accompagné par des consultations périodiques effectuées par un diététicien car il existe un risque de carences vitaminiques et nutritionnelles, de perte pondérale et de troubles du comportement alimentaire de type ARFID (Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder) <sup>47, 48</sup>.

L'OeE est fréquemment associée à un terrain atopique <sup>49</sup> et sa prévalence est estimée à 4,7 % chez les patients souffrant d'une allergie alimentaire IgE médiée, contre 0,4 % dans la population générale <sup>50</sup>. Cependant, plusieurs études ont montré que les dosages d'IgE spécifiques dans le sérum, ou les prick-tests cutanés ne prédisent l'efficacité d'un régime d'exclusion que dans moins de 15 % des cas <sup>51</sup>. De même, les patch tests (tests pour allergie non IgE médiée) n'ont pas démontré leur utilité <sup>52</sup>. A

l'heure actuelle, il n'y a donc pas d'argument pour réaliser des tests allergologiques pour guider les régimes d'éviction chez les patients ayant une OeE. La collaboration avec un allergologue et la réalisation de tests peuvent permettre une compréhension et une prise en charge globale des allergies alimentaires et respiratoires coexistantes ; l'allergologue peut aider à élargir le régime alimentaire si d'éventuelles allergies alimentaires IgE médiées sont présentes <sup>11</sup>.

Le dupilumab, un anticorps monoclonal ayant pour cible les récepteurs de l'interleukine 4 et de l'interleukine 13, est approuvée par l'agence européenne du médicament (EMA) et par la FDA pour le traitement de l'OeE <sup>53, 54</sup>. Dans une étude de phase 3, le dupilumab a été comparé au placebo à une dose de 300 mg/semaine et de 300 mg toutes les 2 semaines chez des patients adolescents ou adultes âgés de plus de 12 ans <sup>55</sup>. La dose de 300 mg hebdomadaire était la plus efficace avec une amélioration significative du score de dysphagie et une rémission histologique profonde chez 60 % des patients. La réponse clinique, endoscopique et histologique se maintient à un an de traitement <sup>56</sup>. L'effet indésirable le plus communément observé était une réaction inflammatoire au point d'injection. Dans une réunion de consensus réunissant allergologues et gastro-entérologues le dupilumab a été recommandé dans l'OeE non sévère en cas d'échec des traitements de première ligne : régime, IPP et budésonide oro-dispersible <sup>57</sup>.

La corticothérapie par voie systémique n'est pas recommandée dans l'OeE. Dans une étude randomisée incluant 80 enfants, la prednisolone à la dose de 1mg/kg/j a été comparée au fluticasone dégluti à la dose de 220 à 440 mg/j durant 12 semaines. La rémission histologique à 4 semaines était similaire dans les 2 groupes, mais les effets indésirables étaient significativement plus fréquents dans le groupe prednisolone par rapport au groupe fluticasone : 40 % vs. 15 % <sup>58</sup>. Il n'y a pas de données sur l'utilisation des corticoïdes par voie générale chez l'adulte, mais les données chez l'enfant paraissent pouvoir être extrapolées aux adultes <sup>59</sup>.

La non-réponse aux traitements actuellement disponibles est une situation rare, concernant moins de 10% des patients atteint d'OeE. Dans ces cas, il est conseillé

d'orienter le patient vers centre de référence pour réévaluation et propositions thérapeutiques.<sup>60, 61</sup>.

### **Les dilatations œsophagiennes**

Les recommandations 22 à 24 concernent les dilatations œsophagiennes (Tableau 5).

Dans une étude de la Mayo Clinic, l'endoscopie avait une faible sensibilité (15%) et une spécificité moyenne (79 %), comparée au transit œso-gastro-duodéal, pour identifier les sténoses (spécifiquement entre 12 et 15mm de diamètre) dans l'OeE<sup>62</sup>. Pour l'évaluation des sténoses, la gastroscopie doit être préférentiellement faite sous anesthésie générale, avec intubation en cas de dysphagie, et/ou de régurgitations. Un endoscope standard (de diamètre approximatif 10mm) peut être utilisé, ou un gastroscopie de petit calibre ( $\leq 6$ mm) en cas de sténose sévère.

Une revue systématique a confirmé l'efficacité de la dilatation dans l'OeE avec une amélioration dans presque 85 % des cas (sur 1607 patients traités par dilatation endoscopique) après 12 mois de suivi<sup>63</sup>. La dilatation doit être faite progressivement et il est préférable de ne pas progresser de plus de > 3mm en une séance de dilatation. Des séances répétées peuvent être nécessaires pour obtenir un œsophage avec un diamètre entre 15 et 18 mm. Selon les recommandations américaines, en cas de persistance de dysphagie, et d'absence de sténose visualisée lors de l'endoscopie, une dilatation empirique et prudente de tout l'œsophage peut être proposée avec un objectif de 16 mm de diamètre<sup>64</sup>.

Des données récentes suggèrent une efficacité équivalente de la dilatation à la bougie ou au ballon hydrostatique<sup>65</sup>. La dilatation à la bougie, réalisée avec un fil guide rigide dont l'extrémité est positionnée au niveau de l'antrum gastrique (au mieux sous contrôle scopique) permet une dilatation progressive à un diamètre fixe, sur toute la hauteur de l'œsophage en un passage. La dilatation doit être stoppée en cas de résistance élevée au niveau de la sténose. Un contrôle endoscopique après dilatation doit être réalisé pour vérifier la dilacération et s'assurer de l'absence de complication.

De larges études ont montré que la dilatation endoscopique dans le contexte de l'OeE est sûre. Dans une méta-analyse, le risque de complication majeure était <1 %<sup>66</sup>. Deux autres revues récentes incluant des populations pédiatrique et adulte (au total 845 patients pour 1820 dilatations, et 809 patients pour 1543 dilatations) montraient

des taux faibles de complications : perforation (respectivement 0,38 % et 0,61 %), hémorragie (0,05 % et 0,38 %) et hospitalisation (0,67 % et 0,74 %) <sup>63, 67</sup>.

La dilatation endoscopique doit s'accompagner d'une prise en charge médicale de l'inflammation muqueuse, avec un objectif de rémission histologique, pour réduire le risque de récurrence de sténose et le besoin de dilatation ultérieure <sup>68, 69</sup>.

### **Traitement d'entretien**

Les recommandations 25 à 30 concernent le traitement d'entretien (Tableau 6).

L'OeE est une maladie inflammatoire chronique avec un risque d'évolution vers les formes fibro-sténosantes. Les données disponibles montrent que les formes fibrosantes sont fréquemment observées chez les patients non traités avec des symptômes anciens ou chez des patients avec de longues durées d'évolution de la maladie<sup>4, 70</sup>. L'arrêt de suivi et/ou de traitement peut conduire à une évolution plus fréquente vers la fibrose qu'un suivi régulier <sup>71</sup>.

Les études rétrospectives montrent qu'une majorité de patients (environ 90 %) rechutent à l'arrêt du traitement par IPP ou corticoïdes locaux <sup>24, 72-74</sup>.

Les traitements ayant permis d'obtenir une rémission clinico-histologique en traitement initial (IPP, budésonide, ou régime d'exclusion) sont efficaces pour maintenir la rémission. Des études prospectives et rétrospectives montrent que les IPP peuvent maintenir une rémission clinico-histologique à un an chez 70 à 80 % des patients <sup>34, 72, 75</sup>. Un essai contrôlé randomisé contre placebo a montré l'efficacité à un an du budésonide pour maintenir la rémission clinico-histologique (75 % vs. 4,5 % pour le placebo) <sup>29</sup>, ces taux se maintiennent à 2 ans dans la phase ouverte de l'étude <sup>76</sup>. Les données manquent sur l'efficacité à long terme du régime d'exclusion. Tout type de traitement confondu, l'observance du traitement d'entretien est mauvaise (42% des cas dans une étude observationnelle hollandaise, avec toutefois une meilleure adhésion au régime (42 %) par rapport au traitement médicamenteux (35 %) sans que la différence ne soit significative ( $p = 0,320$ ) <sup>77</sup>.

La capacité d'un traitement à prévenir voire à faire régresser des lésions fibrosantes est inconnue. Un arrêt de suivi d'une durée d'au moins 2 ans est à l'origine d'une augmentation de l'activité de la maladie avec progression vers des formes fibro-sténosantes <sup>71, 78</sup>. Les études rétrospectives et une étude ouverte sur 3 ans montrent

que le maintien d'un traitement au long cours pourrait diminuer l'incidence des complications sténosantes (impaction alimentaires, sténoses)<sup>71, 76, 78</sup>. Par exemple, une étude prospective ouverte sur 3 ans (publié sous forme d'abstract) a montré chez 166 patients adultes que le budésonide orodispersible représentait un traitement préventif efficace puisque seuls 2 patients (1,2 %) ont présenté une impaction alimentaire pendant le suivi<sup>76</sup>.

Le suivi des patients avec OeE est, comme le traitement d'entretien, mal codifié. Les principaux enjeux sont représentés par l'observance du traitement et le risque de rechute<sup>71, 77</sup>. Une étude suisse a montré que les rechutes et l'évolution vers la fibrose étaient moins fréquentes en cas de suivi plus rapproché, les auteurs proposant un délai de 12 à 18 mois entre deux consultations<sup>79</sup>. Un groupe d'expert a récemment considéré qu'un suivi fondé uniquement sur les symptômes n'était pas adapté en raison de l'absence de corrélation entre symptômes et activité histologique<sup>60</sup>. Il est recommandé un suivi annuel (voire tous les 2 ans) pour évaluer l'observance thérapeutique et les symptômes. La décision de refaire une endoscopie repose sur les symptômes, le profil du patient et de l'OeE par le passé. Ainsi, l'endoscopie sera proposée plus rapidement en cas de dysphagie chez un patient avec forme fibro-sténosante.

## **Conclusion**

L'OeE est une maladie émergente. Différentes recommandations internationales ont été proposées pour améliorer la prise en charge de cette maladie. L'établissement de ces recommandations françaises a pour but d'améliorer la reconnaissance des signes cliniques, de faciliter le diagnostic et d'aider au choix du traitement d'attaque et d'entretien. Ainsi tout patient avec une dysphagie et/ou une impaction alimentaire doit avoir une endoscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies œsophagiennes (au mieux après 3 semaines d'arrêt des IPP) en l'absence de cause évidente d'obstruction. Le diagnostic d'OeE est histologique. La réalisation d'au moins 6 biopsies dans 2 sites différents de l'œsophage est nécessaire et les biopsies peuvent être mise dans un seul flacon. Le traitement d'attaque, d'une durée de 6 à 12 semaines, repose sur les IPP, le budésonide oro-dispersible ou le régime d'éviction. Une endoscopie de contrôle avec biopsies doit être effectuée à l'issue du traitement d'attaque pour vérifier la

réponse histologique car la corrélation entre les symptômes et l'histologie n'est pas bonne. Le dupilumab peut être proposé après échec du budésonide. Les dilatations œsophagiennes sont efficaces pour les formes fibrosantes et doivent être associées à un traitement médical pour prévenir les rechutes. Le traitement d'entretien est essentiel pour éviter les rechutes (très fréquentes à l'arrêt du traitement) et prévenir l'évolution vers les formes fibrosantes.

## **Références**

1. Dellon ES, Jensen ET, Martin CF, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in the United States. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12:589-96.e1.
2. Dellon ES, Gibbs WB, Fritchie KJ, et al. Clinical, endoscopic, and histologic findings distinguish eosinophilic esophagitis from gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:1305-13; quiz 1261.
3. Remedios M, Campbell C, Jones DM, et al. Eosinophilic esophagitis in adults: clinical, endoscopic, histologic findings, and response to treatment with fluticasone propionate. *Gastrointest Endosc* 2006;63:3-12.
4. Schoepfer AM, Safroneeva E, Bussmann C, et al. Delay in diagnosis of eosinophilic esophagitis increases risk for stricture formation in a time-dependent manner. *Gastroenterology* 2013;145:1230-6 e1-2.
5. Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, et al. Updated international consensus diagnostic criteria for eosinophilic esophagitis: Proceedings of the AGREE conference. *Gastroenterology* 2018;155:1022-33.
6. Kim HP, Vance RB, Shaheen NJ, et al. The prevalence and diagnostic utility of endoscopic features of eosinophilic esophagitis: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:988-96.e5.
7. Hirano I, Moy N, Heckman MG, et al. Endoscopic assessment of the esophageal features of eosinophilic esophagitis: validation of a novel classification and grading system. *Gut* 2013;62:489-95.
8. Ma C, Bredenoord AJ, Dellon ES, et al. Reliability and responsiveness of endoscopic disease activity assessment in eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc* 2022;95:1126-1137.e2.
9. Eluri S, Corder SR, Kim E, et al. Clinical features and time trends associated with an endoscopically normal esophagus in active eosinophilic esophagitis. *Endoscopy* 2021;53:886-892.
10. Chang JW, Olson S, Kim JY, et al. Loss to follow-up after food impaction among patients with and without eosinophilic esophagitis. *Dis Esophagus* 2019;32.
11. Dhar A, Haboubi HN, Attwood SE, et al. British Society of Gastroenterology (BSG) and British Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults. *Gut* 2022;71:1459-1487.
12. Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias Á, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J* 2017;5:335-358.
13. Lucendo AJ, Arias A, Molina-Infante J. Efficacy of Proton Pump Inhibitor Drugs for Inducing Clinical and Histologic Remission in Patients With Symptomatic Esophageal Eosinophilia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:13-22 e1.
14. Odiase E, Schwartz A, Souza RF, et al. New Eosinophilic Esophagitis Concepts Call for Change in Proton Pump Inhibitor Management Before Diagnostic Endoscopy. *Gastroenterology* 2018;154:1217-1221.e3.

15. Nielsen JA, Lager DJ, Lewin M, et al. The optimal number of biopsy fragments to establish a morphologic diagnosis of eosinophilic esophagitis. *Am J Gastroenterol* 2014;109:515-20.
16. Gonsalves N, Policarpio-Nicolas M, Zhang Q, et al. Histopathologic variability and endoscopic correlates in adults with eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc* 2006;64:313-9.
17. Fujiwara Y, Hashimoto A, Uemura R, et al. Optimal Biopsy Protocol to Evaluate Histological Effectiveness of Proton Pump Inhibitor Therapy in Patients with Eosinophilic Esophagitis. *Digestion* 2019;100:64-71.
18. Yantiss RK, Odze RD. Optimal approach to obtaining mucosal biopsies for assessment of inflammatory disorders of the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol* 2009;104:774-83.
19. Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I, et al. ACG clinical guideline: Evidenced based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). *Am J Gastroenterol* 2013;108:679-92; quiz 693.
20. Pouw RE, Barret M, Biermann K, et al. Endoscopic tissue sampling - Part 1: Upper gastrointestinal and hepatopancreatobiliary tracts. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2021;53:1174-1188.
21. Pokrzywinski RM, Harding G, Brooks A, et al. Documenting the Journey of Patients with Eosinophilic Esophagitis and the Impact of the Disease on Patients and their Caregivers: A Cross-sectional, Qualitative Research Study. *Adv Ther* 2020;37:4458-4478.
22. Safroneeva E, Balsiger L, Hafner D, et al. Adults with eosinophilic oesophagitis identify symptoms and quality of life as the most important outcomes. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;48:1082-1090.
23. Safroneeva E, Straumann A, Coslovsky M, et al. Symptoms Have Modest Accuracy in Detecting Endoscopic and Histologic Remission in Adults With Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology* 2016;150:581-590.e4.
24. Dellon ES, Woosley JT, Arrington A, et al. Rapid Recurrence of Eosinophilic Esophagitis Activity After Successful Treatment in the Observation Phase of a Randomized, Double-Blind, Double-Dummy Trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020;18:1483-1492.e2.
25. Chang JW, Yeow RY, Waljee AK, et al. Systematic review and meta-regressions: management of eosinophilic esophagitis requires histologic assessment. *Dis Esophagus* 2018;31.
26. Ma C, Schoepfer AM, Safroneeva E. A Summary of the Meetings of the Development of a Core Outcome Set for Therapeutic Studies in Eosinophilic Esophagitis (COREOS) International Multidisciplinary Consensus. *Gastroenterology* 2021;161:778-784.
27. Greuter T, Bussmann C, Safroneeva E, et al. Long-Term Treatment of Eosinophilic Esophagitis With Swallowed Topical Corticosteroids: Development and Evaluation of a Therapeutic Concept. *Am J Gastroenterol* 2017;112:1527-1535.

28. Warners MJ, Oude Nijhuis RAB, de Wijkerslooth LRH, et al. The natural course of eosinophilic esophagitis and long-term consequences of undiagnosed disease in a large cohort. *Am J Gastroenterol* 2018;113:836-844.
29. Straumann A, Lucendo AJ, Miehlke S, et al. Budesonide Orodispersible Tablets Maintain Remission in a Randomized, Placebo-Controlled Trial of Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology* 2020;159:1672-1685.e5.
30. Lucendo AJ, Miehlke S, Schlag C, et al. Efficacy of Budesonide Orodispersible Tablets as Induction Therapy for Eosinophilic Esophagitis in a Randomized Placebo-Controlled Trial. *Gastroenterology* 2019;157:74-86.e15.
31. Kliever KL, Gonsalves N, Dellon ES, et al. One-food versus six-food elimination diet therapy for the treatment of eosinophilic oesophagitis: a multicentre, randomised, open-label trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023;8:408-421.
32. Hirano I, Dellon ES, Hamilton JD, et al. Efficacy of Dupilumab in a Phase 2 Randomized Trial of Adults With Active Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology* 2020;158:111-122.e10.
33. Straumann A, Katzka DA. Diagnosis and Treatment of Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology* 2018;154:346-359.
34. Laserna-Mendieta EJ, Casabona S, Guagnozzi D, et al. Efficacy of proton pump inhibitor therapy for eosinophilic oesophagitis in 630 patients: results from the EoE connect registry. *Aliment Pharmacol Ther* 2020;52:798-807.
35. Peterson KA, Thomas KL, Hilden K, et al. Comparison of esomeprazole to aerosolized, swallowed fluticasone for eosinophilic esophagitis. *Dig Dis Sci* 2010;55:1313-9.
36. Moawad FJ, Veerappan GR, Dias JA, et al. Randomized controlled trial comparing aerosolized swallowed fluticasone to esomeprazole for esophageal eosinophilia. *Am J Gastroenterol* 2013;108:366-72.
37. Straumann A, Conus S, Degen L, et al. Budesonide is effective in adolescent and adult patients with active eosinophilic esophagitis. *Gastroenterology* 2010;139:1526-37, 1537 e1.
38. Dellon ES, Collins MH, Katzka DA, et al. Improvements in Dysphagia and Pain With Swallowing in Patients With Eosinophilic Esophagitis Receiving Budesonide Oral Suspension. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2021;19:699-706.e4.
39. Dellon ES, Lucendo AJ, Schlag C, et al. Fluticasone Propionate Orally Disintegrating Tablet (APT-1011) for Eosinophilic Esophagitis: Randomized Controlled Trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022.
40. Dellon ES, Sheikh A, Speck O, et al. Viscous topical is more effective than nebulized steroid therapy for patients with eosinophilic esophagitis. *Gastroenterology* 2012;143:321-4 e1.
41. Gonsalves N, Yang GY, Doerfler B, et al. Elimination diet effectively treats eosinophilic esophagitis in adults; food reintroduction identifies causative factors. *Gastroenterology* 2012;142:1451-9 e1; quiz e14-5.
42. Arias A, Gonzalez-Cervera J, Tenias JM, et al. Efficacy of dietary interventions for inducing histologic remission in patients with eosinophilic esophagitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2014;146:1639-48.

43. Lucendo AJ, Arias A, Gonzalez-Cervera J, et al. Empiric 6-food elimination diet induced and maintained prolonged remission in patients with adult eosinophilic esophagitis: a prospective study on the food cause of the disease. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131:797-804.
44. Molina-Infante J, Arias A, Barrio J, et al. Four-food group elimination diet for adult eosinophilic esophagitis: A prospective multicenter study. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134:1093-9 e1.
45. Mayerhofer C, Kavallar AM, Aldrian D, et al. Efficacy of Elimination Diets in Eosinophilic Esophagitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2023;21:2197-2210.e3.
46. Chang JW, Kliwer K, Haller E, et al. Development of a Practical Guide to Implement and Monitor Diet Therapy for Eosinophilic Esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2023;21:1690-1698.
47. Cianferoni A, Shuker M, Brown-Whitehorn T, et al. Food avoidance strategies in eosinophilic oesophagitis. *Clin Exp Allergy* 2019;49:269-284.
48. Molina-Infante J. Nutritional and Psychological Considerations for Dietary Therapy in Eosinophilic Esophagitis. *Nutrients* 2022;14.
49. Hill DA, Spergel JM. Is eosinophilic esophagitis a member of the atopic march? *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018;120:113-114.
50. Dellon ES, Hirano I. Epidemiology and Natural History of Eosinophilic Esophagitis. *Gastroenterology* 2018;154:319-332.e3.
51. Philpott H, Nandurkar S, Royce SG, et al. Allergy tests do not predict food triggers in adult patients with eosinophilic oesophagitis. A comprehensive prospective study using five modalities. *Aliment Pharmacol Ther* 2016;44:223-33.
52. Spergel JM, Brown-Whitehorn TF, Cianferoni A, et al. Identification of causative foods in children with eosinophilic esophagitis treated with an elimination diet. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:461-7 e5.
53. European Medicines Agency. Dupixent (dupilumab). Summary of product characteristics
54. Food and Drug Administration. Dupixent (dupilumab). Highlights of pre- scribing information. 2021
55. Dellon ES, Rothenberg ME, Collins MH, et al. Dupilumab in Adults and Adolescents with Eosinophilic Esophagitis. *N Engl J Med* 2022;387:2317-2330.
56. Rothenberg ME, Dellon ES, Collins MH, et al. Efficacy and safety of dupilumab up to 52 weeks in adults and adolescents with eosinophilic oesophagitis (LIBERTY EoE TREET study): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023;8:990-1004.
57. Aceves SS, Dellon ES, Greenhawt M, et al. Clinical guidance for the use of dupilumab in eosinophilic esophagitis: A yardstick. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2023;130:371-378.
58. Schaefer ET, Fitzgerald JF, Molleston JP, et al. Comparison of oral prednisone and topical fluticasone in the treatment of eosinophilic esophagitis: a randomized trial in children. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:165-73.

59. Hoofien A, Dias JA, Malamisura M, et al. Pediatric Eosinophilic Esophagitis: Results of the European Retrospective Pediatric Eosinophilic Esophagitis Registry (RetroPEER). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019;68:552-558.
60. Arnim UV, Biedermann L, Aceves SS, et al. Monitoring Patients With Eosinophilic Esophagitis in Routine Clinical Practice - International Expert Recommendations. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2023;21:2526-2533.
61. Dellon ES, Khoury P, Muir AB, et al. A Clinical Severity Index for Eosinophilic Esophagitis: Development, Consensus, and Future Directions. *Gastroenterology* 2022;163:59-76.
62. Gentile N, Katzka D, Ravi K, et al. Oesophageal narrowing is common and frequently under-appreciated at endoscopy in patients with oesophageal eosinophilia. *Aliment Pharmacol Ther* 2014;40:1333-40.
63. Moole H, Jacob K, Duvvuri A, et al. Role of endoscopic esophageal dilation in managing eosinophilic esophagitis: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2017;96:e5877.
64. Aceves SS, Alexander JA, Baron TH, et al. Endoscopic approach to eosinophilic esophagitis: American Society for Gastrointestinal Endoscopy Consensus Conference. *Gastrointest Endosc* 2022;96:576-592.e1.
65. Dougherty M, Runge TM, Eluri S, et al. Esophageal dilation with either bougie or balloon technique as a treatment for eosinophilic esophagitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2017;86:581-591 e3.
66. Moawad FJ, Cheatham JG, DeZee KJ. Meta-analysis: the safety and efficacy of dilation in eosinophilic oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;38:713-20.
67. Moawad FJ, Molina-Infante J, Lucendo AJ, et al. Systematic review with meta-analysis: endoscopic dilation is highly effective and safe in children and adults with eosinophilic oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2017;46:96-105.
68. Kim JP, Weingart G, Hiramoto B, et al. Clinical outcomes of adults with eosinophilic esophagitis with severe stricture. *Gastrointest Endosc* 2020;92:44-53.
69. Runge TM, Eluri S, Woosley JT, et al. Control of inflammation decreases the need for subsequent esophageal dilation in patients with eosinophilic esophagitis. *Dis Esophagus* 2017;30:1-7.
70. Araujo IK, Shehata C, Hirano I, et al. The Severity of Reduced Esophageal Distensibility Parallels Eosinophilic Esophagitis Disease Duration. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2023.
71. Chang NC, Thakkar KP, Ketchem CJ, et al. A Gap in Care Leads to Progression of Fibrosis in Eosinophilic Esophagitis Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022;20:1701-1708.e2.
72. Gomez-Torrijos E, Garcia-Rodriguez R, Castro-Jimenez A, et al. The efficacy of step-down therapy in adult patients with proton pump inhibitor-responsive oesophageal eosinophilia. *Aliment Pharmacol Ther* 2016;43:534-40.
73. Collins CA, Palmquist J, Proudfoot JA, et al. Evaluation of long-term course in children with eosinophilic esophagitis reveals distinct histologic patterns and clinical characteristics. *J Allergy Clin Immunol* 2019;144:1050-1057.e5.

74. Greuter T, Safroneeva E, Bussmann C, et al. Maintenance Treatment Of Eosinophilic Esophagitis With Swallowed Topical Steroids Alters Disease Course Over A 5-Year Follow-up Period In Adult Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019;17:419-428.e6.
75. Molina-Infante J, Rodriguez-Sanchez J, Martinek J, et al. Long-Term Loss of Response in Proton Pump Inhibitor-Responsive Esophageal Eosinophilia Is Uncommon and Influenced by CYP2C19 Genotype and Rhinoconjunctivitis. *Am J Gastroenterol* 2015;110:1567-75.
76. Biederman L, Straumann A, Lucendo AJ, et al. OP077 Budesonide dispersible tablets are able to maintain clinical, histological, and endoscopic remission in adult patients with eosinophilic esophagitis: results from the 96-weeks open-label extension phase following the 1-year double blind EOS-2 trial. *United European Gastroenterol J* 2022;10:60-1.
77. Haasnoot ML, Safi S, Bredenoord AJ. Poor Adherence to Medical and Dietary Treatments in Adult Patients With Eosinophilic Esophagitis. *Am J Gastroenterol* 2022;117:1412-1418.
78. Murray FR, Kreienbühl A, Straumann A, et al. Natural History of Patients Lost to Follow-up After Esophageal Food Impaction. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022.
79. Bon L, Safroneeva E, Bussmann C, et al. Close follow-up is associated with fewer stricture formation and results in earlier detection of histological relapse in the long-term management of eosinophilic esophagitis. *United European Gastroenterol J* 2022;10:308-318.

**Tableau 1**

<b>Recommandations - Diagnostic</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Niveau de recommandation</b>	<b>% votes (tout à fait d'accord / plutôt d'accord)</b>
1- L'œsophagite à éosinophiles de l'adulte est caractérisée par des symptômes à type de dysphagie et/ou d'impaction alimentaire et un nombre d'éosinophiles $\geq 15$ par champ à fort grossissement (60/mm <sup>2</sup> ) sur les biopsies œsophagiennes, en l'absence d'autres causes d'éosinophilie œsophagienne	Élevé	Fort	100 %
2- En cas de dysphagie et/ou d'impaction alimentaire, des biopsies œsophagiennes doivent être réalisées systématiquement lors de l'endoscopie œsogastro-duodénale, quel que soit l'aspect de la muqueuse œsophagienne (normale ou pathologique)	Élevé	Fort	100 %
3- Lorsqu'une endoscopie œso-gastro-duodénale est réalisée en urgence pour impaction alimentaire, des biopsies œsophagiennes étagées doivent être prélevées	Faible	Fort	96 %
4- Les lésions endoscopiques élémentaires de l'œsophagite à éosinophiles sont : les anneaux circulaires (aspect pseudo-trachéal), les sillons longitudinaux, les exsudats, l'œdème, et les sténoses	Élevé	Fort	100 %
5- En cas de résolution spontanée d'un épisode d'impaction alimentaire, une consultation en gastro-entérologie et une endoscopie œso-gastro-duodénale sont recommandées	Faible	Fort	100 %
6- Pour un diagnostic fiable d'œsophagite à éosinophiles, l'endoscopie initiale avec biopsies œsophagiennes devrait être réalisée après au moins 3 semaines d'arrêt des inhibiteurs de la pompe à protons	Très faible	Fort	92 %
7- Pour le diagnostic et le suivi de l'œsophagite à éosinophiles au moins 6 biopsies œsophagiennes prélevées dans au moins 2 sites différents de l'œsophage doivent être réalisées	Modéré	Fort	96 %
8 - Les biopsies œsophagiennes peuvent être placées dans un seul flacon de formol	Très faible	Conditionnel	85 %

**Tableau 2 : Description du score EREFS**

Lésions endoscopiques	Notation score EREFS
Œdème	0 : Vaisseaux de la muqueuse œsophagiennes visible
	1 : Vaisseaux non visibles
Anneaux	0 : aucun
	1 : léger (plis circonférentiels subtils)
	2 : modéré (anneaux distincts n'entravant pas le passage d'un endoscope diagnostic standard)
	3 : sévère (anneaux distincts ne permettant pas le passage d'un endoscope de diagnostic)
Exsudat	0 : aucun
	1 : léger (lésions impliquant <10 % de la surface œsophagienne)
	2 : sévère (lésions impliquant >10 % de la surface œsophagienne)
Sillons longitudinaux	0 : absent
	1 : Présent
Sténose	0 : absent
	1 : Présent

**Tableau 3**

<b>Recommandations - Objectifs thérapeutiques</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Niveau de recommandation</b>	<b>% votes (tout à fait d'accord / plutôt d'accord)</b>
9- Le traitement de l'œsophagite à éosinophiles a pour objectifs le soulagement symptomatique, la rémission histologique et la prévention des rechutes	Faible	Fort	96 %
10- Après l'instauration d'un traitement, quel qu'il soit, la réalisation d'une endoscopie avec biopsies est recommandée après 6 à 12 semaines car la réponse clinique n'est pas toujours corrélée à la réponse histologique	Modéré	Fort	84 %
11 - La réponse histologique est définie par un nombre d'éosinophiles dans la muqueuse œsophagienne inférieur à 15 par champ à fort grossissement ou 60 par mm <sup>2</sup>	Faible	Fort	100 %

**Tableau 4**

<b>Recommandations - Traitement d'attaque</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Niveau de recommandation</b>	<b>% votes (tout à fait d'accord / plutôt d'accord)</b>
12- Les inhibiteurs de la pompe à protons sont efficaces pour induire une réponse clinique et histologique dans l'œsophagite à éosinophiles. Ils représentent un traitement de 1ère ligne	Modéré	Fort	100 %
13- Les inhibiteurs de la pompe à protons doivent être prescrits 2 fois par jour pour au moins 8 à 12 semaines pour obtenir une réponse clinique et histologique	Faible	Fort	96 %
14- Le budésonide orodispersible est efficace pour induire une réponse clinique et histologique dans l'œsophagite à éosinophiles. Il est indiqué après échec des inhibiteurs de la pompe à protons	Élevé	Fort	100 %
15- Une candidose buccale et/ou œsophagienne peut survenir lors d'un traitement par budésonide orodispersible, elle se traite par antifongiques et ne nécessite pas l'arrêt du traitement	Modéré	Fort	96 %
16- Le régime d'éviction de 1 à 6 groupes d'aliments est une alternative au traitement médicamenteux dans l'œsophagite à éosinophiles	Modéré	Fort	96 %
17 - Un régime d'éviction doit être au mieux encadré par un diététicien expérimenté dans le domaine	Faible	Conditionnel	84 %
18- Les tests allergologiques ne sont pas recommandés pour le choix du régime d'éviction	Modéré	Fort	88 %
19- Le dupilumab est efficace pour obtenir une réponse clinique et histologique dans l'œsophagite à éosinophiles. Il peut être proposé en cas d'échec du budésonide orodispersible	Élevé	Fort	100 %
20 - Les corticoïdes systémiques ne sont pas recommandés dans l'œsophagite à éosinophiles	Modéré	Fort	100 %
21- En cas de persistance de la dysphagie malgré l'obtention de la rémission histologique et en l'absence de sténose œsophagienne, il est utile d'adresser le patient en centre de référence pour explorations complémentaires	Très Faible	Conditionnel	100%

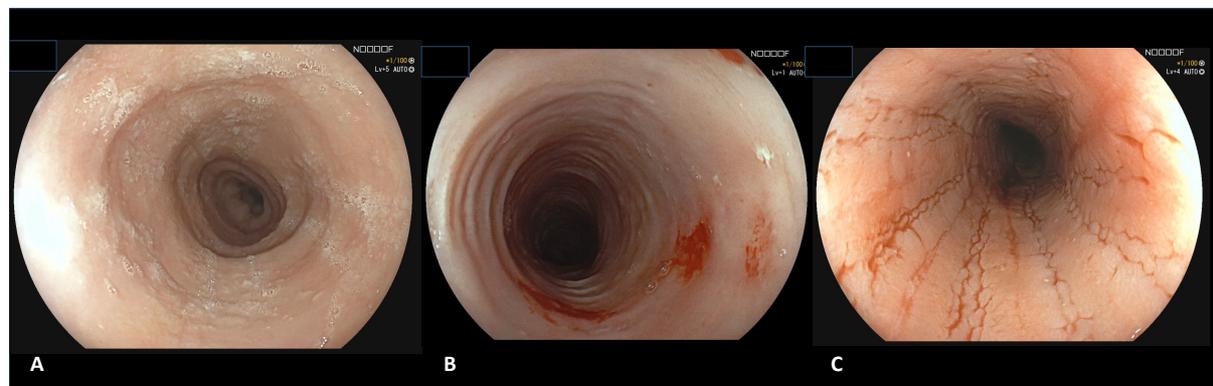
**Tableau 5**

<b>Recommandations - Dilatations œsophagiennes</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Niveau de recommandation</b>	<b>% votes (tout à fait d'accord / plutôt d'accord)</b>
22- L'endoscopie peut sous-estimer la présence de sténose œsophagienne et d'œsophage de petit calibre	Modéré	Fort	96 %
23- La dilatation endoscopique est efficace pour améliorer les symptômes de patients présentant une forme fibro-sténosante d'œsophagite à éosinophiles	Modéré	Fort	100 %
24- La dilatation endoscopique est sûre et peut être réalisée au ballonnet ou à la bougie	Élevé	Fort	88 %

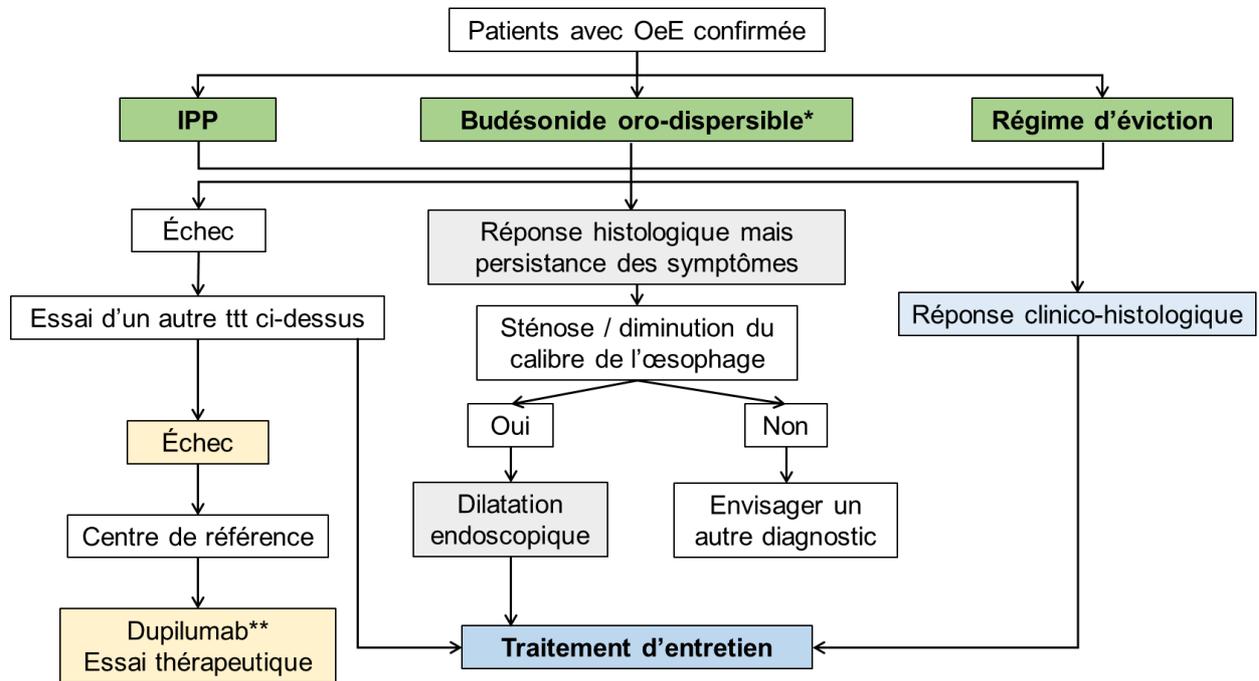
**Tableau 6**

<b>Recommandations - Traitement d'entretien</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Niveau de recommandation</b>	<b>% votes (tout à fait d'accord / plutôt d'accord)</b>
25- Le traitement d'entretien de l'œsophagite à éosinophiles est mal codifié	Faible	Conditionnel	96 %
26- Le taux de récurrence après arrêt des traitements de l'œsophagite à éosinophiles est très élevé et un traitement d'entretien est recommandé	Modéré	Fort	88 %
27- Le traitement médical ayant permis d'obtenir la rémission clinico-histologique (quel qu'il soit) est efficace pour le traitement d'entretien de l'œsophagite à éosinophiles	Modéré	Fort	88 %
28- Le diagnostic et le traitement de l'œsophagite à éosinophiles pourraient prévenir les complications fibro-sténosantes à long terme et le recours aux interventions endoscopiques	Très faible	Conditionnel	84 %
29 - Un traitement d'entretien par budésonide orodispersible diminue le risque de récurrence d'impaction alimentaire à 3 ans	Faible	Conditionnel	84 %
30- Sur le long cours, un suivi clinique annuel est recommandé pour apprécier l'évolution des symptômes et l'adhésion au traitement d'entretien, la décision d'effectuer une endoscopie étant prise au cas par cas	Très faible	Conditionnel	96 %

**Figure 1** - Lésions élémentaires décrites dans l'œsophagite à éosinophiles ; A, Œdème de la muqueuse œsophagienne avec perte de la trame vasculaire et exsudat ; B, Anneaux (aspect pseudo-trachéal) ; C, Sillons longitudinaux



**Figure 2 - Algorithme du traitement d'attaque et d'entretien de l'œsophagite à éosinophiles**



\* Remboursement en France après échec des IPP

\*\* AMM européenne, en attente de remboursement en France dans cette indication