

Œsophagites infectieuses

Journée DPC
Korbous le 02/05/2026

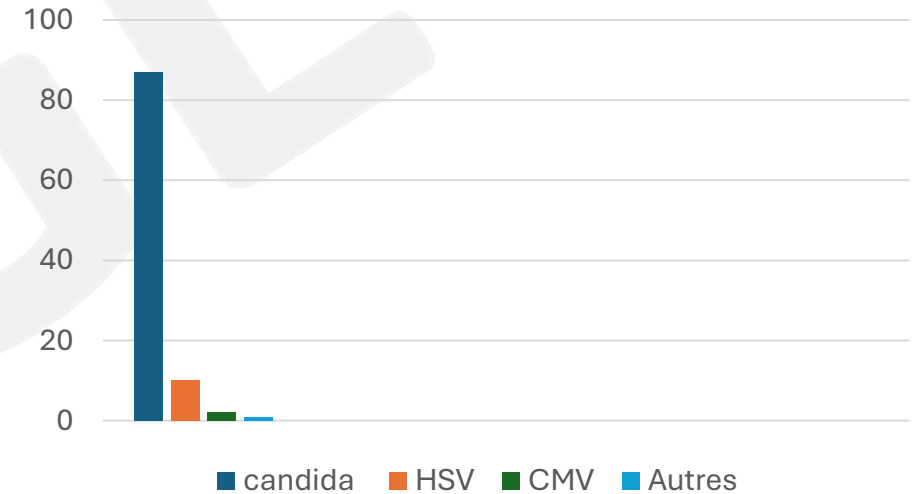
Dr Abdelaali Zein el Imene

Objectifs

- Reconnaître les œsophagites infectieuses
- Reconnaître leurs diagnostics différentiels
- Optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique

Introduction

- Pathologie peu fréquente
- Prévalence variable selon le terrain
- Principales causes dominées par:
 - causes fongiques: Candida++
 - causes virales: HSV, CMV
 - causes plus rares: VZV, HPV, bactériennes



Terrain à risque

- **Immunodépression:**

- VIH (taux de CD4 < 200)
- Maladies chroniques: hémopathie, diabète, insuffisance surrénalienne, sd sec
- Radiothérapie (région cervicale)
- Chimiothérapie, corticothérapie (systémique et inhalisée), immunosuppresseurs
- Dénutrition

- **Sans terrain à risque ni facteur déclenchant:**

- Troubles de la motricité (achalasie)
- antibiothérapie, IPP (au long cours)
- Grossesse, sujet âgé
- Tabac

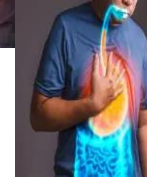
CLINIQUE

- **Odynophagie**
- **Dysphagie progressive**
- **Douleurs thoraciques rétrosternales**

Fortuite

Plus rarement:

- Douleurs abdominales
- Pyrosis
- Diarrhée
- Nausées ou vomissements
- Altération de l'état général





Oesophagites fongiques:

Candida++

Aspergillus

Blastomyces

Cryptococcus+

CANDIDA

- **La plus fréquente**
- Prévalence 0.3-1.7% vs 10-15% (VIH)
- **Albicans+++ (germe commensal-->opportuniste)**
Autres: Glabrata (diabète), Tropicalis, Krusei, Parapsilosis
- **Asymptomatique >50% des cas**
- Odynophagie, dysphagie ou brûlures rétrosternales
- **Muguet buccal 50-70% des cas mais son absence ne l'élimine pas**
- Test thérapeutique avant l'endoscopie (coût-efficace) 

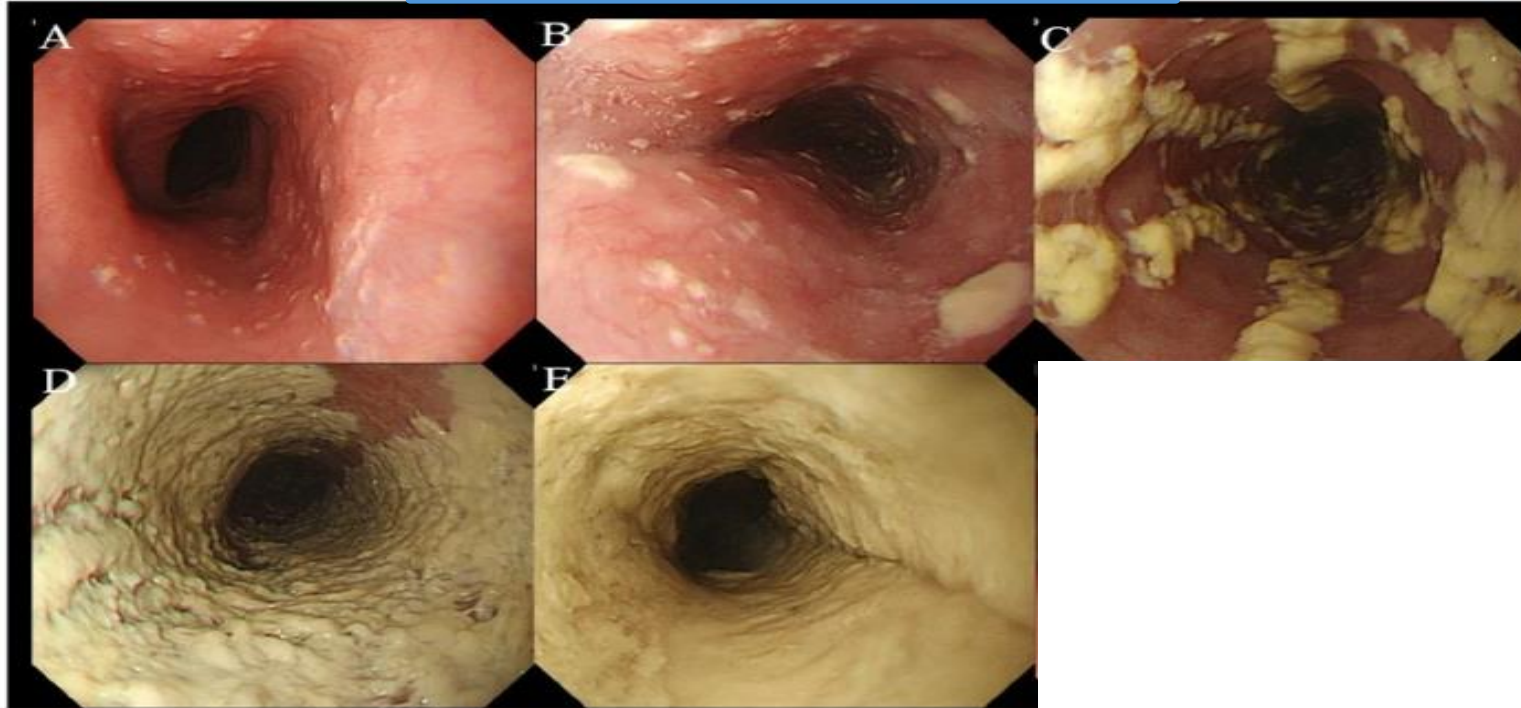


Endoscopie digestive haute: examen clé

CANDIDA

Classification de Kodsi

La sévérité non corrélée à la clinique



- Dépôts de coloration blanche ou jaune
- diffus ou localisés
- Adhérents à la muqueuse (lavage)



candidose orale
laryngopharyngée

- Grade I : plaques blanches isolées
- Grade II : plaques multiples > 2 mm
- Grade III : plaques confluentes
- Grade IV : muqueuse friable, pseudomembranes
- Grade V : aspect 'white carpet' (forme sévère)

CANDIDA

Prélèvements et histologie

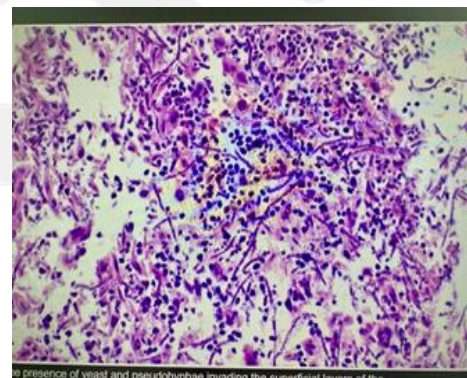
non nécessaires au diagnostic sauf si...

Quand prélever ?

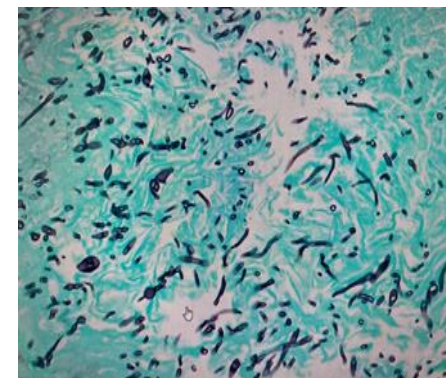
- ✓ Aspect atypique
- ✓ Échec thérapeutique
- ✓ Immunodépression sévère
- ✓ Suspicion diagnostic différentiel (HSV, CMV, EoE...)

Techniques:

- ✓ Brossage œsophagien (plus sensible)
- ✓ Biopsies
- ✓ Culture fongique



- Inflammation aigue
- Micro-abcès
- Œdème épithélial
- Filaments mycéliens:
pseudohyphes



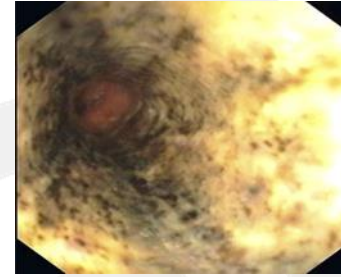
Coloration Grocott

Complications

CANDIDA

Complications locales:

- ✓ Ulcérations profondes
- ✓ Saignement digestif
- ✓ Sténose œsophagienne (formes chroniques ou récidivantes)
- ✓ Perforation ou fistule oeso-trachéale (rare)



Complications générales: pronostic

- ✓ Candidémie (immunodéprimés)
- ✓ Extension digestive ou systémique



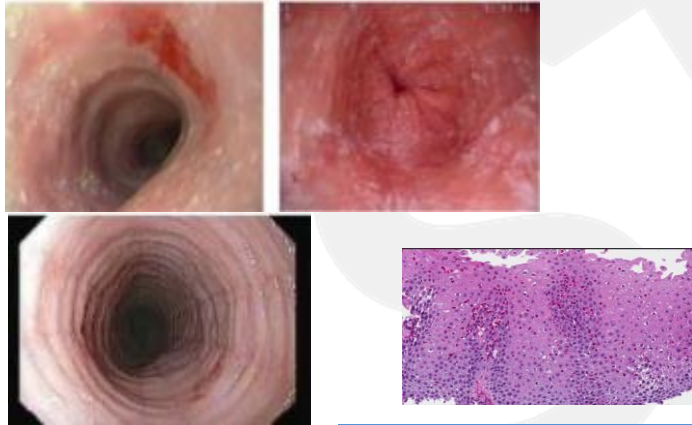
Complications fonctionnelles:

- ✓ Dysphagie persistante
- ✓ Altération de l'état nutritionnel

CANDIDA

Diagnostics différentiels

- Œsophagites infectieuses: HSV, CMV
- **Œsophagite à éosinophiles**
- Œsophagite peptique
- Œsophagite médicamenteuse
- Œsophagite caustique
- Tumeur œsophagienne (formes ulcérées)



Infiltration par Eos ≥ 15 CFG

Critère	Œsophagite candidosique	Œsophagite à éosinophiles
Terrain	Immunodéprimé, ATB, IPP	Sujet jeune, atopie
Symptômes	Odynophagie, dysphagie	Dysphagie chronique, impaction
Endoscopie	Plaques blanches adhérentes	Anneaux, sillons, exsudats
Histologie	Levures + pseudohyphes	≥ 15 éosinophiles/HPF
Traitement	Fluconazole	IPP, corticoïdes topiques

CANDIDA

Prise en charge thérapeutique

	Traitement	Posologie	Indications	Remarques
Triazolés/ Imidazolés	Fluconazole PO	200-400 mg J1 puis 100-200 mg/j	1ère intention	Bonne biodisponibilité
	Itraconazole PO	200 mg/j	Alternative	Absorption variable
	Ketoconazole PO	200-400 mg/j	Rare	Hépatotoxicité
Echinocandines	Caspofungine IV	70 mg J1 puis 50 mg/j	Sévère/résistant	Bonne tolérance
	Micafungine IV	100-150 mg/j	Alternative	Candida résistants
	Anidulafungine IV	200 mg J1 puis 100 mg/j	Alternative	Pas d'ajustement rénal
Polyènes	Amphotéricine B IV	0,3-0,7 mg/kg/j	Grave	Néphrotoxicité
	Nystatine PO	—	Non indiquée	Inefficace

Durée du traitement

• 14 à 21 jours (minimum 14 jours)

Prévention:

- Cc inhalés: rinçage de la bouche et éviter les prises vespérales



Oesophagites virales:

1-HSV

2-CMV

HSV



Clinique: peu spécifique
Odynophagie, dysphagie, fièvre
douleur rétrosternale parfois
hématémèse

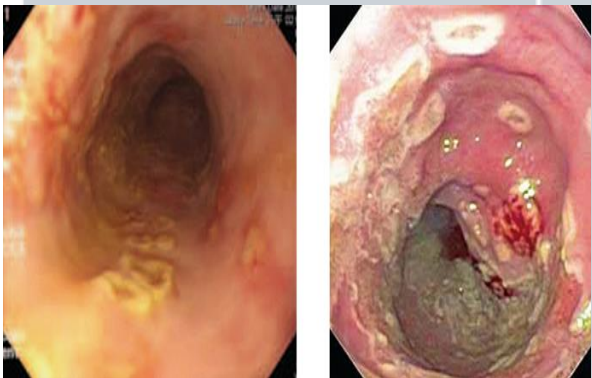
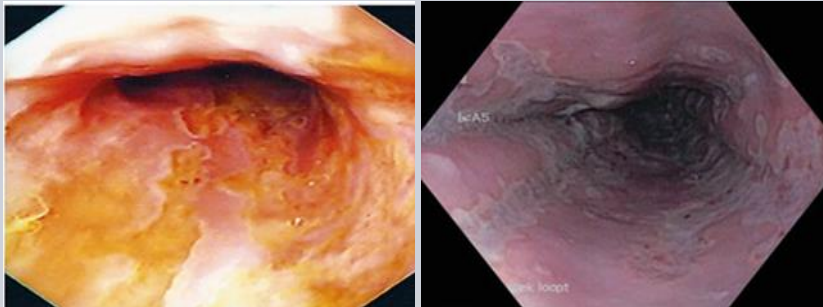


Lésions buccales: 20%

	Primo-infection virale	Réactivation virale
Sujet	Jeune ♂ > ♀ Femme enceinte	Adulte –âgé
Statut immunitaire	Compétent	Déprimé: • pathologies tumorales • maladies chroniques (rein, poumon, foie) • transplantation • Infection par VIH

HSV

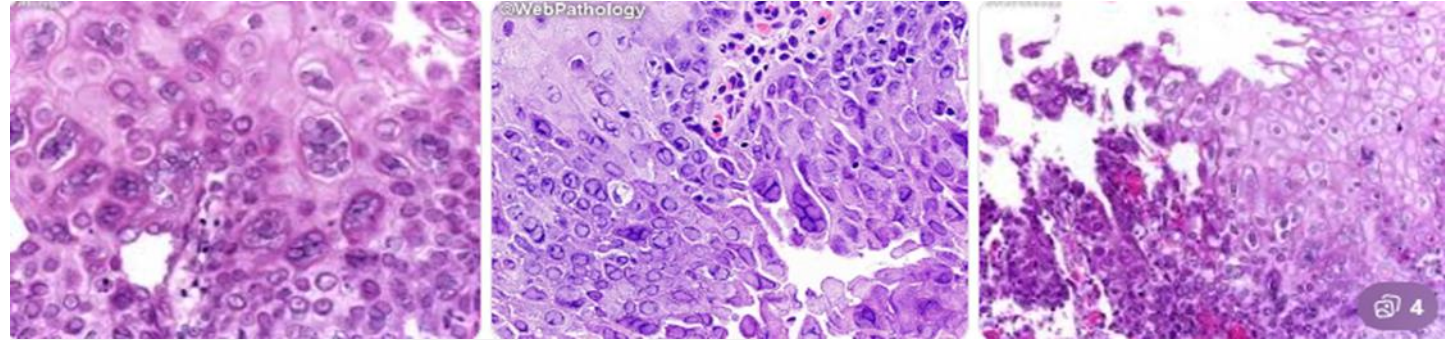
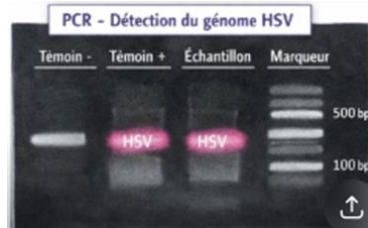
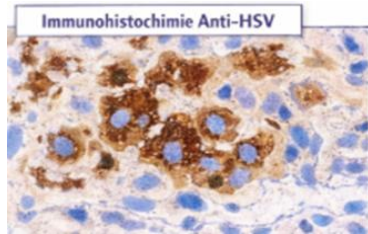
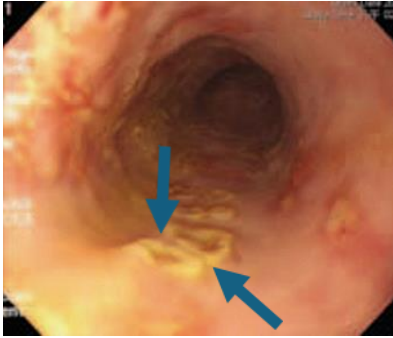
Endoscopie digestive haute

Endoscopie	Typiques	plus rares
Siège	1/3 inférieur de l'œsophage	Étendues Diffus
Vésicules 	rarement vues car elles se rompent rapidement. (stade très précoce)	
Ulcérations 	Petites tailles Rondes, +/- jaunâtres Fond érythémateux Parfois nombreuses Bien délimitées À bords discrètement surélevés (Aspect en «petit volcan»)	Aspect érosif En carte de géographie 

HSV

Prélèvements et histologie

Nécessaires pour établir le diagnostic positif

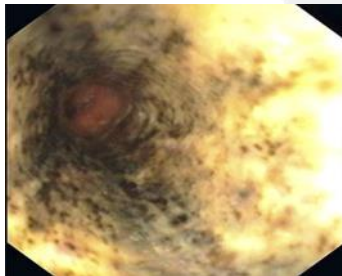


- **Cellules malpighiennes géantes multinucléées**
→ fusion cellulaire typique (effet cytopathogène HSV)
- **Aspect en “verre dépoli” des noyaux**
→ noyaux homogènes, pâles, avec perte du détail chromatine
- **Margination de la chromatine**
- **Inclusions éosinophiles intranucléaires**
→ **corps de Cowdry type A** (halo clair péri-inclusion)

HSV

Complications

Complications locales	Complications générales
✓ Ulcérations profondes douloureuses ✓ Hémorragie digestive haute ✓ Sténose cicatricielle ✓ Perforation œsophagienne (rare) ✓ Fistule oeso-trachéale (exceptionnelle)	✓ Aphagie ✓ Dénutrition ✓ Déshydratation ✓ Extension systémique: colite, rétinite ✓ Surinfection opportuniste



HSV

Prise en charge thérapeutique

Traitement si immunodéprimé ou atteinte grave



Interactions médicamenteuses
Toxicité hépatique et hématologique

Statut
immunitaire

Compétent:

-Guérison spontanée
en 1 à 2 semaines
-  délai de guérison
si ttt

Déprimé:

-ACICLOVIR

Oral : 400 mg 5 fois/j (14 à 21 j)

IV (si dysphagie majeure,
impossibilité orale,

immunodépression sévère) :

5 mg/kg /8 h (7 à 14 j), puis relais
oral si amélioration

-VALACICLOVIR

Oral: 1g 2 à 3 fois/j (7 à 14 jours)

ou FAMCICLOVIR sont des
alternatives)

Si pas de réponse

 résistance?

 FOSCARNET

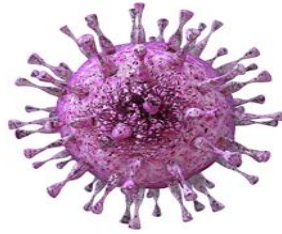


Oesophagites virales:

1-HSV

2-CMV

CMV



- ✓ appartient au groupe Herpès
- ✓ réactivation virale++

Clinique:

- ✓ odynophagie
- ✓ nausées
- ✓ douleurs épigastriques
- ✓ fièvre



Réactivation virale

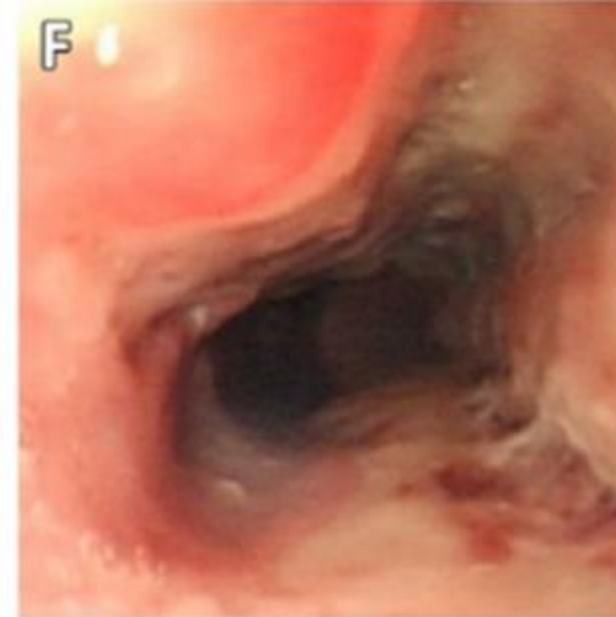
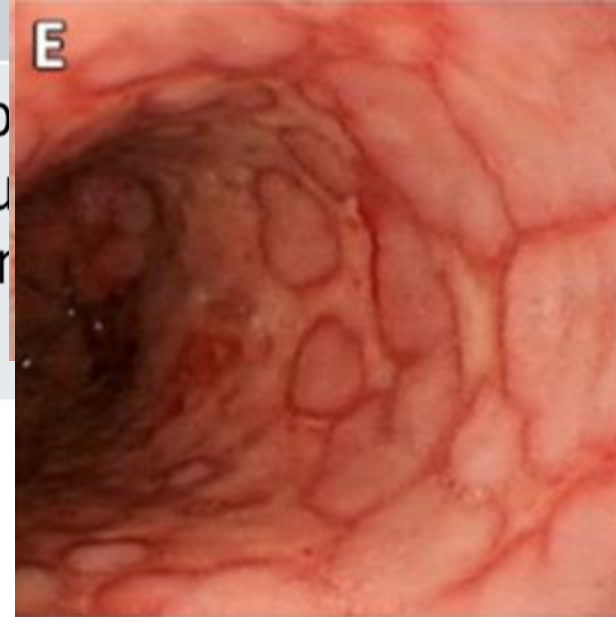
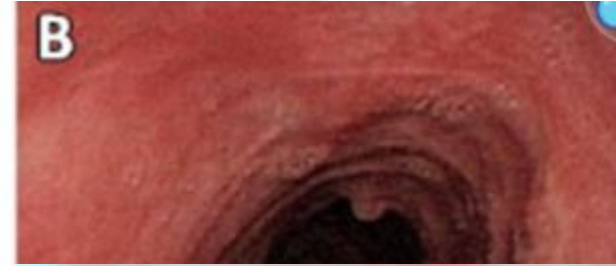
Immunodéprimés++

- ✓ Pathologies tumorales
- ✓ Maladies chroniques (rein, poumon, foie)
- ✓ **Transplantation**
- ✓ Infection par VIH
- ✓ Traitement immunosuppresseur

CMV

Endoscopie digestive haute

Siège	1/3
Ulcérations	Mo Plu 2cr



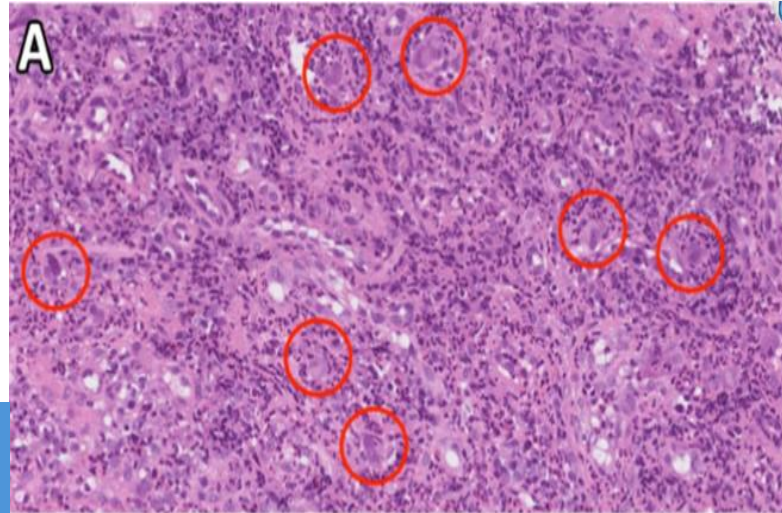
CMV

Prélèvements et histologie

Nécessaires pour établir le diagnostic positif

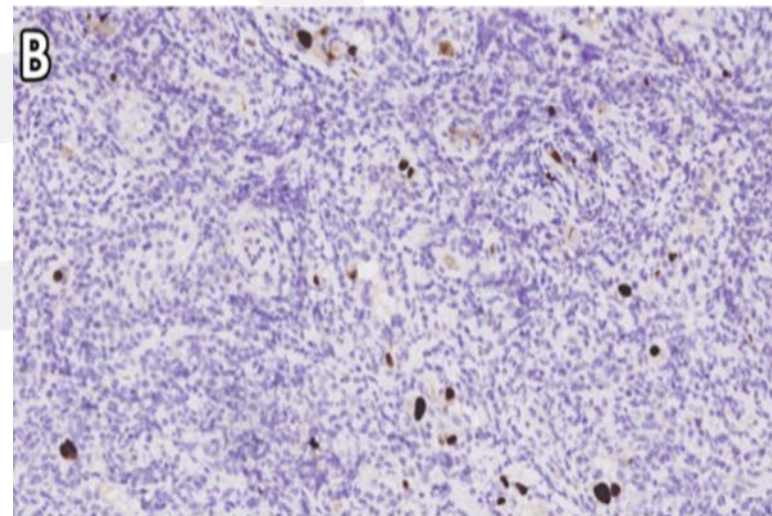


- ✓ **Sérologie CMV:** IgM, IgG (4*)
- ✓ **Antigénémie CMV**
- ✓ **PCR temps réel/ virémie** (+50% en cas d'atteinte tissulaire)
- ✓ **Culture** se positive après 3 semaines



HE: infiltrat polymorphe riche en plasmocytes+cryptite
Inclusions intracytoplasmiques ou intranucléaires basophiles entourées d'un halo clair

Aspect spécifique en « œil de chouette »: pathognomonique



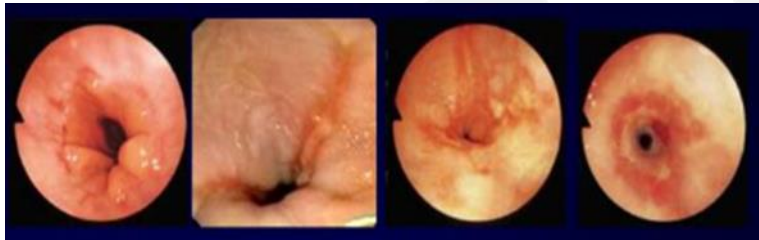
IHC: Gold standard CMV antigène pp65: immunoréactivité focale
NB: Clones commercialisées en Tunisie: faux positifs-non contributifs
→ **Hybridation in situ** (sondes à ARN-ADN viral) SP+

HSV

Diagnostics différentiels

CMV

- ✓ Oesophagites infectieuses ulcérées: HSV, CMV, VZV
- ✓ Oesophagite peptique
- ✓ Oesophagites « aphteuses »: maladie de Crohn, maladie de Behçet
- ✓ Oesophagites médicamenteuse
- ✓ Oesophagite caustique
- ✓ Tumeur oesophagienne forme ulcérée



Classification de Los Angeles



Petites ulcérations rondes et superficielles



Kissing ulcère

CMV



- PEC thérapeutique:

Toujours indiqué car mauvais pronostic de la pathologie causale

Traitement
d'attaque

GANCICLOVIR IV 5 mg/kg/12 h
(3 à 6 semaines)

Ou

VALGANCICLOVIR oral 900 mg 2 fois/j
(14 à 21 j)

Ou

FOSCARNET IV 90 mg/kg IV/12 h

Traitement
d'entretien

Débatu (risque de récidence?)

Interactions médicamenteuses
Toxicité hépatique et hématologique

+ Autres Oesophagites



HPV

Clinique:

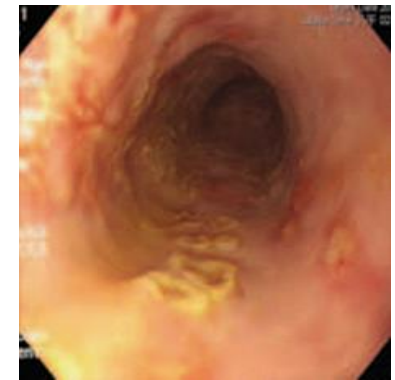
- ✓ aspécifique
- ✓ asymptomatique de découverte fortuite



- ✓ implication dans le cancer de l'oesophage?
- ✓ Génotypes HPV à haut risque (16,18)
- ✓ résection endoscopique

papillome squameux:
exceptionnel

VZV



- ✓ Immunodéprimés
- ✓ Ulcérations douloureuses
- ✓ **Endoscopie + Biopsie ~HSV**
- ✓ **PCR ou immunohistochimie :**
confirmation de la présence de VZV dans les tissus

Bactériennes

- ✓ Infection rare
- ✓ Sujet immunodéprimé (neutropénie++) ou œsophage pathologique
- ✓ Endoscopie non spécifique
- ✓ Diagnostic microbiologique indispensable
- ✓ Traitement antibiotique ciblé
- ✓ Risque de complications sévères

- ✓ **Germes en cause:**

Lactobacillus

B-hemolytic streptococci

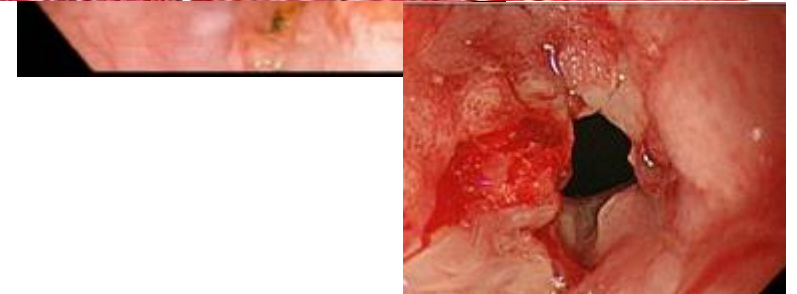
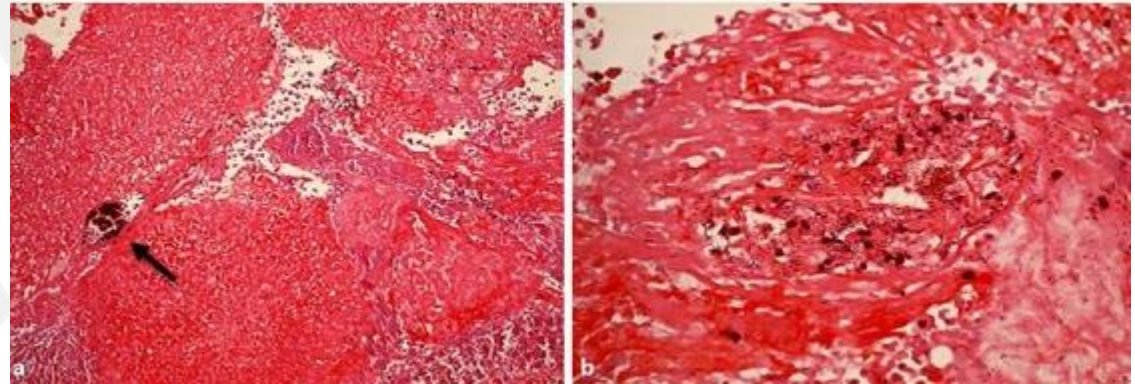
Cryptosporidium

Pneumocystis carinii

Mycobacterium avium complex, Mycobacterium tuberculosis

Nocardia

Leishmania donovani



TAKE HOME MESSAGES

- ✓ Pathologies à connaître
- ✓ Y penser en cas d'odynophagie et de dysphagie surtout chez les immunodéprimés
- ✓ Dominées par les œsophagites candidosiques puis les causes virales HSV, CMV
- ✓ Leur diagnostic nécessite une confrontation clinique, endoscopique et parfois des prélèvements (histo+-IHC+-PCR)
- ✓ PEC thérapeutique adéquate parfois multidisciplinaire pour éviter les complications

Merci pour votre attention

