REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année : 2022 **N° : 2496**

DYSPHAGIE OESOPHAGIENNE DANS 3 UNITES D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE A COTONOU DE 2017-2021 (CNHU-HKM, HIA, HZ MENONTIN) : ASPECTS EPIDEMIOLGIQUES , DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET FACTEURS PRONONSTIQUES.

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Ayégba Aurèle Marc AKOTCHAYE

Né le 25 avril 1996 à Savè (République du Bénin)

Directeur de thèse

Pr Jean SEHONOU

Co-directeurs de thèse

Dr Martin SOKPON

Dr Rodolph VIGNON

Président du jury

Pr Jean SEHONOU

Membres du jury

MCA François AVAKOUDJO

MCA Anthelme AGBODANDE

MCA Aboudou Raïmi KPOSSOU

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2022

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
2.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
4.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
8.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique – Réadaptation
10.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
11.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
13.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
14.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
18.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
19.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
20.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
21.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
22.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25.	Dr SAGBO Gratien	Pédiatrie
26.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28.	ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
29.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
30.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
34.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

LE DOYEN

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïla	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodoun Djossè	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.	Cardiologie

LE DOYEN

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médéssè David	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mènonli	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation

14.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
15.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
16.	Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17.	Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19.	Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
20.	AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique
21.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
22.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
23.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
24.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
25.	Dr SOSSA Jean	Urologie

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien Kossi	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
8.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
9.	Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie

Le Doyen,

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

ACTION DE GRACE

« QUICONQUE EST SERIEUSEMENT IMPLIQUE DANS LA SCIENCE DEVIENT CONVAINCU QU'UN ESPRIT SE MANIFESTE DANS LES LOIS DE L'UNIVERS, UN ESPRIT INFINIMENT SUPERIEUR A CELUI DE L'HOMME ET DEVANT LEQUEL, NOUS AVEC NOS PAUVRES POUVOIRS, DEVONS NOUS SENTIR HUMBLE » ***ALBERT EINSTEIN***

QUE TOUTE GLOIRE SOIT RENDUE AU SEIGNEUR, LE PERE TOUT PUISSANT.

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- ma tendre mère, **Rose IFONDJE**

Pour moi tu es la femme la plus forte du monde. J'aime les valeurs que tu as toujours essayées de m'inculquer. Tu as toujours été là pour moi. Ceci est une occasion pour moi de te dire merci pour ton amour et ton soutien indéfectible. Je ferai tout pour ne jamais te décevoir. Je serai à la hauteur de tes espérances. Puisse le seigneur t'accorder une vie longue et heureuse.

Amour filial

- mon père, **Nicolas AKOTCHAYE**

Reçois toute ma gratitude pour les sacrifices que tu as consentis pour que nous n'ayons jamais eu à manquer de rien. Merci pour l'éducation grâce à laquelle je suis en passe de devenir médecin aujourd'hui. Que Dieu te comble d'une vie longue et belle.

Amour filial

- mes frères et sœur, **Mathias, Jocelyne et Déo-gratias**

Sachez que vous êtes une bénédiction dans ma vie. On n'a pas toujours l'occasion de se dire à quel point on compte les uns pour les autres. A travers ce travail, je vous exprime mon amour infini.

Amour fraternel

- ma tante **Sœur Marie-viviane IFONDJE**

Très chère tante, merci pour tes prières et ton soutien. Tu as toujours été là pour moi depuis mon enfance. A travers ce travail je viens t'exprimer tout mon amour et ma gratitude.

Amour filial

- **Laurent ATCHIKPA**

Pour moi tu es le grand frère que je n'ai pas eu. Merci pour les conseils et le soutien. Tu as beaucoup contribué à mon parcours et à la personne que je suis aujourd'hui. Je ne te remercierai jamais assez.

Amour fraternel

- ma douce et tendre **Sandrine DAVES**

Il est des personnes qu'on ne rencontre qu'une fois en une vie, tu fais partie de cette catégorie. Plus le temps passe, plus je découvre quelle femme exceptionnelle tu es. Ne change rien. Puisse le seigneur bénir notre histoire.

Tendrement

REMERCIEMENTS

Remerciements,

- A tous les hommes et femmes qui d'une façon ou d'une autre ont participé à la réalisation de ce travail.
- A tout le personnel des services d'hépato-gastroentérologie du CNHU-HKM, de l'HZ de Mènontin et de l'HIA de Cotonou. Merci pour votre disponibilité et votre aimable collaboration
- A monsieur Anicet TOSSOU, votre savoir-faire nous a été d'une grande utilité pendant la réalisation de ce travail. Sincères remerciements.
- A tous mes amis de la FSS, Alain SOTOGNON, Florent HOUNTONDJI, Abdoulaye NONDICHAO, Rénato GBETCHI, Sabé TOGBE, Arnaud KOUEVI
- A mes amis de toujours, Berthelot, Mauriac, Isaac

Vous êtes les plus belles rencontres de ma vie. Vous êtes des amis, des frères, des vrais. Nous avons encore tant de choses à vivre ensemble.

Amour fraternel

- A Pamely ZANTOU, Ludovic GBOZO, Yannick BETE, Gary DJOGBENOU, Carine AGBOKPONTO.

Je ne vous oublierai jamais même si nous avons pris des chemins différents. En souvenirs de tous nos moments passés ensemble, je vous dédie ce travail.

- A tous mes amis du groupe d'internat N°2, les moments que nous avons passés ensembles sont inoubliables.

HOMMAGES

• **A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé**

Chers maîtres, nous avons aimé recevoir vos enseignements, par votre rigueur scientifique et votre dévouement, vous avez fait de cette faculté une référence. Nous avons, pour vous, une profonde admiration.

Hommages respectueux

• A notre maître et directeur de thèse, **le Professeur Jean SEHONOU**

Cher maître, depuis le premier jour où vous nous avez fait cours en deuxième année de médecine, nous vous admirons. C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail de thèse. Vous êtes un maitre attentif et patient. Nous admirons votre rigueur scientifique, l'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de vos enseignements, votre ouverture d'esprit, votre disponibilité. Recevez, cher maître, nos hommages respectueux.

Hommages respectueux

• A notre maître et co-directeur**, le docteur Rodolph VIGNON,** vous avez accepté sans hésiter de codiriger ce travail. Ceci est l'occasion, pour nous, de vous témoigner toute notre gratitude. Nous avons été sensible au temps que vous nous avez consacré malgré vos multiples occupations. Vos corrections, apports nous ont beaucoup aidé dans ce travail. Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre reconnaissance.

Hommages respectueux

• A notre maître et co-directeur, **le docteur Martin SOKPON**, cher maître, nous avons été honoré par votre sens d'écoute, de partage et du travail bien fait. Votre disponibilité, votre investissement et vos conseils ont permis l'aboutissement de ce travail. Recevez à travers ce travail l'expression de notre reconnaissance.

Hommages respectueux

- A son Excellence Monsieur le Président / Madame la Présidente du jury

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury de soutenance de thèse. Vos conseils, appréciations et recommandations seront pris en compte pour améliorer la qualité scientifique de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux

- Aux honorables membres du jury

Nous sommes conscient de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury de soutenance de thèse. Vos observations scientifiques nous aiderons à améliorer ce travail.

Hommages respectueux

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES 4

2. CADRE ET METHODEs D'ETUDE 25

3. RESULTATS 34

4. DISCUSSION 64

CONCLUSION 70

SUGGESTIONS 70

REFERENCES 70

ANNEXES ..... rrr

TABLE DES MATIERES ..... rrr

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AD	:	Arcades dentaires
AVC	:	Accident Vasculaire Cérébral
C6	:	La sixième vertèbre cervicale
CMV	:	Cytomégalovirus
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CUAU	:	Clinique universitaire d'Admission des urgences
CUGO	:	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
CUHGE	:	Clinique universitaire d'hépato-gastroentérologie
D1	:	Premier segment du duodénum
D2	:	Deuxième segment du duodénum
EBO	:	Endobrachyœsophage
EOGD	:	Endoscopie Œsogastroduodénale
F	:	Femmes
H	:	Hommes
HGE	:	Hépato-gastroentérologie
HIA	:	Hôpital d'Instruction des Armées
HZM	:	Hôpital de Zone de Mènontin
IPP	:	Inhibiteurs de la pompe à protons
ORL	:	Oto-Rhino-Laryngologie
POEM	:	Myotomie per-orale endoscopique
RGO	:	Reflux gastro-œsophagien
SAHGE	:	Société africaine d'hépato-gastroentérologie et d'endoscopie digestive
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNFGE	:	Société Nationale Française de Gastroentérologie
SPAR	:	Service polyvalent d'Anesthésie-Réanimation

SSA	:	Service de Santé des Armées
SSO	:	Le sphincter supérieur de l'œsophage
TFO	:	Troubles fonctionnels œsophagiens
TOGD	:	Transit œso-gastroduo-dénal
Th4	:	Quatrième vertèbre thoracique
Th11	:	Onzième vertèbre thoracique
Th12	:	Douzième vertèbre thoracique
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VZV	:	Virus du Zona et de la varicelle

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Dysphagie œsophagienne et options thérapeutiques	17
Tableau II :	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 en fonction de l'âge et du sexe	35
Tableau III :	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon la religion et le lieu de résidence.	36
Tableau IV :	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon le niveau d'étude et la profession	38
Tableau V :	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon l'électivité et l'évolution de la dysphagie	40
Tableau VI :	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon les symptômes et /ou signes associés à la dysphagie	41
Tableau VII :	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon les lésions observées à l'endoscopie	43
Tableau VIII :	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon le traitement médical reçu	48
Tableau IX :	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon l'évolution	49
Tableau X :	Facteurs associés au décès chez les patients présentant une dysphagie en unité d'endoscopie digestive à Cotonou.	50
Tableau XI :	Répartition des lésions tumorales selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu	51
Tableau XII :	Répartition des œsophagites mycosiques selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu	55

Tableau XIII : Répartition des œsophagites peptiques selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu 58

Tableau XIV : Répartition des mégaoesophages selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu 61

LISTE DES FIGURES

Figure 1	:	Anatomie descriptive de l'œsophage	7
Figure 2	:	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon l'ethnie	37
Figure 3	:	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon la provenance	39
Figure 4	:	Répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon le délai (en mois) entre le début des symptômes et la réalisation de l'endoscopie	42
Figure 5	:	Répartition des patients présentant une lésion à l'endoscopie, selon la topographie de la lésion (N=208)	44
Figure 6	:	Image d'œsophagite peptique au stade 1	44
Figure 7	:	Image d'œsophagite mycosique	45
Figure 8	:	Images de varices œsophagiennes	45
Figure 9	:	Images de hernie hiatale	46
Figure 10	:	Image de lésions tumorales d'allure maligne	46
Figure 11	:	Image de mégaœsophage + stase alimentaire	47
Figure 12	:	images de corps étrangers	47

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La dysphagie est une sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire au cours de la déglutition. Il s'agit d'un symptôme retrouvé dans plusieurs pathologies oto-rhino-laryngologiques ou œsophagiennes [1]. L'importance de cette problématique est généralement sous-estimée dans le monde et mal comprise par le grand public [2]. Selon une étude réalisée en 2012, sa prévalence varie entre 2 à 15 % dans la population mondiale, cette prévalence peut atteindre 30 à 60 % chez les personnes âgées [2]. Un rapport de l'Organisation Mondiale de Gastroentérologie (WGO) notait en 2014 que la dysphagie touche plus de 2 millions de personnes en France tous âges confondus et près de 17 % des Américains présentent une dysphagie au moins une fois à un moment donné de leur vie [3].

En dehors de la gêne que ressent le patient, la dysphagie peut se compliquer d'une dénutrition, d'une déshydratation, d'une fausse route, d'une pneumonie d'inhalation et ainsi conduire au décès [4]. Ce symptôme qui affecte les capacités de déglutition des personnes, serait la deuxième cause de décès par accident de la vie courante dans le monde [5]. Les complications dues à la dysphagie augmentent les coûts de la santé en raison des hospitalisations, des soins aux urgences, du besoin d'un support respiratoire et nutritionnel coûteux. On estime que 60000 Américains décèdent chaque année en raison des complications associées à la dysphagie [3]. La prévalence de ce symptôme est mal connue en Afrique.

La conduite diagnostique se fait selon le type de dysphagie. Elle est soit oropharyngée soit œsophagienne. La dysphagie oropharyngée est souvent une manifestation d'un processus pathologique de la sphère ORL. Quant à la dysphagie œsophagienne, les causes sont nombreuses et dominées par les tumeurs, les œsophagites, les pathologies fonctionnelles... Elle impose en première intention la réalisation d'une endoscopie digestive haute pour identifier le siège de la lésion et faire éventuellement des biopsies pour examen anatomo-pathologique [6]. Cette approche diagnostique demeure relativement rare dans les pays en voie de développement.

Au Bénin, à notre connaissance, très peu de travaux ont été réalisés sur la dysphagie oesophagienne. Le dernier est celui de Latoundji [6] réalisé en 2004 à l'Hôpital Saint Luc de Cotonou.

Vu le peu de données sur le symptôme et l'amélioration de la disponibilité de l'endoscopie digestive au Bénin ces dernières années, nous avons jugé intéressant de réaliser cette étude dont les objectifs sont les suivants :

- **Objectif général**

Contribuer à l'étude de la dysphagie œsophagienne dans 3 centres d'endoscopie digestive à Cotonou pour la période 2017-2021.

- **Objectifs spécifiques**
  - Décrire le profil sociodémographique des patients admis pour dysphagie œsophagienne
  - Déterminer la fréquence de la dysphagie œsophagienne dans les centres d'endoscopie digestive au cours de la période 2017-2021
  - Etablir les diagnostics lésionnels et étiologiques des dysphagies œsophagiennes à Cotonou au cours de la période 2017-2021
  - Rapporter les modalités de prise en charge thérapeutique des patients admis pour dysphagie œsophagienne au cours de la période 2017-2021.
  - Rechercher les facteurs associés au décès chez les patients admis pour dysphagie œsophagienne au cours de la période 2017 à 2021.

1. GENERALITES

1.1. Définition

La dysphagie peut se définir comme une difficulté dans les phases initiales de la déglutition (dysphagie oropharyngée) ou comme une sensation de gêne ou de blocage des aliments solides et ou liquides lors de la déglutition pendant le passage de la bouche à l'estomac (dysphagie œsophagienne). La dysphagie est alors la « perception » d'un obstacle au passage normal du bol alimentaire [7].

1.2. Epidémiologie

La dysphagie est un symptôme relativement fréquent à travers le monde. En effet, une personne sur 17 risque de présenter une dysphagie au cours de sa vie. Une étude réalisée au Royaume-Uni en 2011 avait révélé une prévalence de 11 % de la dysphagie dans la population mondiale [8]. Une étude réalisée dans une maison de retraite au Japon avait retrouvé une prévalence de dysphagie de 13,8 % parmi les personnes âgées de plus de 65 ans [9].

Il a été estimé par le « Centers for Disease Control and Prevention » que chaque année la dysphagie est retrouvée chez un million de personnes aux Etats-Unis [3]. Certains auteurs ont estimé que 40 à 70 % des patients après un accident vasculaire cérébral (AVC), 60 à 80 % des patients avec une maladie neurodégénérative ainsi que 60 à 75 % des patients qui subissent une radiothérapie pour un cancer de la tête et du cou présentent une dysphagie [10,11].

1.3. Rappels (anatomie, physiologie et histologie de l'œsophage)

1.3.1. Anatomie descriptive de l'œsophage [12]

Situé entre le pharynx et l'estomac, l'œsophage est un conduit musculo-membraneux destiné à transporter le bol alimentaire de la cavité buccale à l'estomac.

- **Limite**

La limite crâniale est représentée par le faisceau cricoïdien du muscle constricteur inférieur du pharynx où s'engage le nerf laryngé inférieur et se projette sur la sixième vertèbre cervicale (C6) au bord inférieur du cartilage cricoïde. Sa limite

caudale correspond au cardia à la jonction œsogastrique qui se projette au bord gauche de la dixième ou onzième vertèbre thoracique (Th10 ou Th11), repérée extérieurement par l'angulation entre le bord gauche de l'œsophage et le fundus.

- **Direction**

Le trajet de l'œsophage est médian en avant du rachis, il en suit les inflexions jusqu'à Th4 puis s'en écarte progressivement. Dans le sens transversal, il présente trois légères courbures : une inflexion cervicale sur la gauche, sur la droite en Th4 et sur la gauche en Th7.

- **Longueur**

La longueur totale de l'œsophage est d'environ 25 cm variant selon le sexe, l'âge et la taille. En pratique, on utilise le repère des mesures d'exploration endoscopique : la jonction pharyngo-œsophagienne est située à 15 cm des incisives supérieures ou arcades dentaires (AD), la projection de la bifurcation trachéale à 25 cm et la jonction œsogastrique est à 40 cm. L'œsophage cervical mesure 5 à 6 cm et s'étend de C6 à Th1. Sur sa partie initiale, les fibres du muscle constricteur inférieur du pharynx associées à celles du muscle cricopharyngien se mêlent aux fibres circulaires de la musculaire pour constituer le sphincter supérieur de l'œsophage. L'œsophage thoracique s'étend de Th1 à Th10-Th11 et mesure 16 cm (situé de 21 à 37 cm des AD). L'œsophage diaphragmatique traverse le hiatus œsophagien au niveau de Th10-Th11. L'œsophage abdominal a une longueur variable, estimée à 3 cm (situé de 37 à 40 cm des AD). L'œsophage peut être divisé en plusieurs segments en fonction de la région qu'il traverse (cervicale, thoracique et abdominale)

La figure 1 illustre la configuration externe de l'œsophage

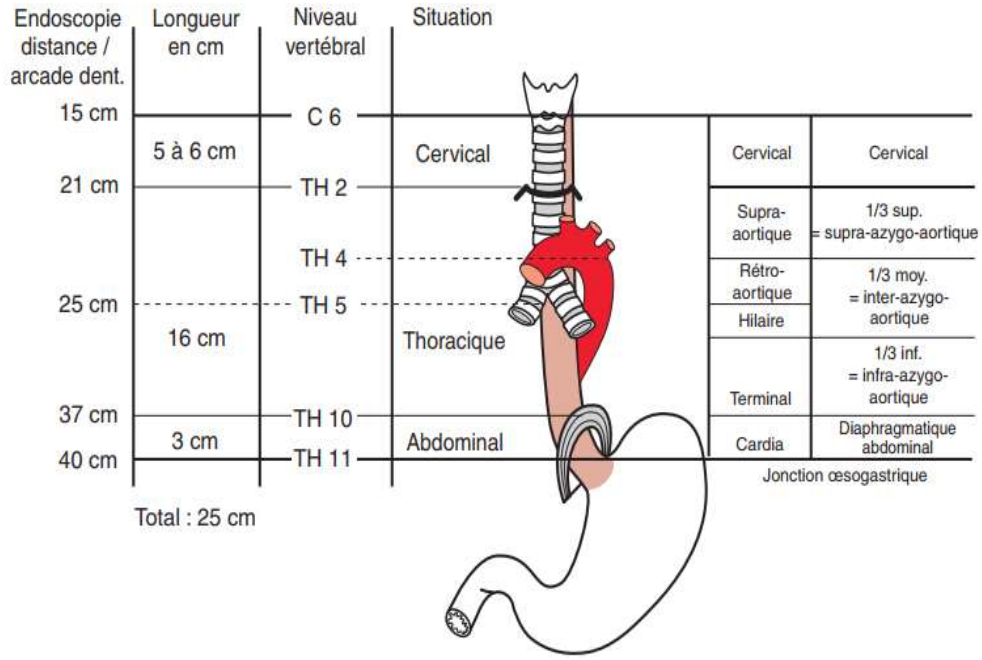


Figure 1: anatomie descriptive de l'œsophage [12]

- **Forme**

À l'état de vacuité, l'œsophage est aplati d'avant en arrière et plus particulièrement dans sa partie supérieure. Les trois rétrécissements constants sont :

- cricopharyngien, le plus court et le plus serré à 15 cm des AD ;

- aortobronchique correspondant au contact avec l'aorte et la bronche gauche à 22 cm des AD.

- diaphragmatique à 37 cm des AD.

- **Vascularisation et innervation** [13,14]

Artères

Les artères œsophagiennes supérieures proviennent des artères thyroïdiennes inférieures. Les artères œsophagiennes moyennes naissent directement de l'aorte. Les artères œsophagiennes inferieures sont fournies par les artères diaphragmatiques inférieures et par la coronaire stomachique.

Veines

Elles sont anastomosées entre elles dans la sous-muqueuse et à la surface extérieure de l'œsophage. Elles établissent ainsi une importante anastomose porto-cave. Elles se déversent en haut dans la veine cave supérieure par les veines thyroïdiennes inférieures, azygos et diaphragmatique.

Nerfs

Les nerfs proviennent du sympathique et des vagues par les plexus œsophagiens. La sensibilité de l'œsophage à la douleur est faible comme en témoigne la bonne tolérance relative de la fibroscopie sans anesthésie. En dehors de la bouche œsophagienne, l'œsophage est peu sensible. Par contre il est sensible :

- à la dilatation brusque : la douleur est alors sentie soit au creux sous-sternal soit au creux épigastrique.
- au chaud et au froid : la douleur de siège épigastrique apparait environ 4 secondes.

1.3.2. Histologie-Structure de la paroi œsophagienne [12]

Elle comprend les différentes couches classiquement rencontrées dans le tube digestif.

- La muqueuse formée de trois plans comprenant de la lumière vers la profondeur de la paroi: un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé en continuité avec la muqueuse de l'oropharynx, la lamina propria et la muscularis mucosae composée de fibres musculaires lisses disposées longitudinalement, présente de façon irrégulière. La zone de jonction endoscopique (ligne Z), entre la muqueuse œsophagienne rose lisse et pâle et la muqueuse gastrique rouge et festonnée, ne correspond pas strictement à la limite inférieure externe de l'œsophage.
- La sous-muqueuse est un tissu conjonctif lâche riche en fibres élastiques contenant des glandes œsophagiennes séromuqueuses qui sécrètent un mucus riche en mucopolysaccharides.

- La musculeuse est formée d'une couche circulaire interne et d'une couche longitudinale externe. Elle est constituée de cellules musculaires striées dans le tiers supérieur de l'œsophage, elles font progressivement place à des cellules musculaires lisses dans les segments sous-jacents.
- L'œsophage thoracique n'est pas recouvert de séreuse mais d'un plan adventitiel constitué par le tissu de connexion du médiastin postérieur.

1.3.3. Bases physiologiques [15,16]

➢ **Déglutition**

La déglutition correspond à l'ensemble des mécanismes permettant le transport des aliments de la cavité buccale vers l'estomac. Elle se divise en plusieurs phases :

- la phase orale volontaire se divise en :
    - phase préparatoire-préhension, mastication, insalivation des aliments qui se passe dans la cavité buccale.
    - phase de propulsion permettant le passage du bol alimentaire vers l'isthme pharyngé par plaquage de la langue sur le palais.

- le temps pharyngé, phase reflexe débute dès que le bolus atteint la base de la langue. La contraction des muscles pharyngés fait glisser le bolus vers le sphincter œsophagien supérieur (bouche œsophagienne).

La protection des voies respiratoires supérieures est assurée par la rétropulsion et la bascule concomitante de l'épiglotte.

- la phase œsophagienne est plus passive et traduit la progression des aliments sous l'impulsion de l'onde péristaltique jusqu'au cardia.

➢ **Physiologie de l'œsophage**

✓ **Au repos**

L'œsophage apparait vide : la rétention d'eau, d'air ou d'aliment y est pathologique. Ses deux extrémités supérieures et inférieures demeurent fermées grâces à la présence de mécanismes sphinctériens.

- Le sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) : ou sphincter cricopharygien de Killian ou sphincter pharyngo-œsophagien est musculaire strié. Au repos c'est-à-dire en dehors de toute déglutition, ce sphincter sert de mécanisme protecteur : rôle anti-reflux et prévention de l'entrée d'air dans l'œsophage lors de l'inspiration.
- Le sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) : il est en tension permanente au repos mais se relâche durant toute la durée de la déglutition. Le bolus peut ainsi passer dans l'estomac.

✓ **Fonction dynamique de l'œsophage**

L'œsophage est un conduit musculeux responsable du transport actif des aliments, du pharynx à l'estomac. C'est le troisième temps de la déglutition. Après l'ouverture du SSO, la déglutition entraîne la propagation d'une onde contractile depuis le pharynx jusqu'au corps de l'œsophage. Ceci est le péristaltisme primaire. Il existe un péristaltisme secondaire induit par toute distension œsophagienne. Cela crée une force de propulsion de haut vers le bas. Ces ondes persistent aussi longtemps qu'un aliment séjourne dans l'œsophage.

1.4. Diagnostic

1.4.1. Diagnostic positif

La dysphagie peut être d'origine oropharyngée ou œsophagienne.

La dysphagie oro-pharyngée se traduit par une difficulté à initier la déglutition et à propulser le bol alimentaire dans l'œsophage. Le patient localise nettement sa gêne ou sa sensation de blocage dans la région cervicale.

La dysphagie œsophagienne est localisée au niveau de la région rétro-sternale. On distingue la dysphagie organique due à un obstacle mécanique au niveau de l'œsophage, la dysphagie par anomalie motrice et la dysphagie fonctionnelle [17].

1.4.2. Diagnostic différentiel

La dysphagie doit être différentiée de :

- l'odynophagie qui est définie comme une douleur ressentie lors de la déglution, sans arrêt des aliments.

- la sensation de « boule dans la gorge » (globushystericus): c'est une sensation de boule dans la gorge, indépendante des repas, ayant pour origine des anomalies motrices ou une hypersensibilité entretenue par les trop fréquentes déglutitions d'un sujet anxieux. Souvent accompagnée d'autres symptômes : palpitations, sueurs, dyspnée.

- l'anorexie : perte de l'appétit avec dégoût alimentaire.

- la satiété précoce : parfois ressentie comme un blocage épigastrique, mais survenant toujours après plusieurs bouchées [17]**.**

1.4.3. Diagnostic étiologique

1.4.3.1 Démarche diagnostique

- **Clinique**

L'interrogatoire recherche les caractères sémiologiques de la dysphagie :

- l***a localisation*** *:* elle peut être oropharyngée (difficulté à transférer le bol alimentaire de l'oropharynx à la partie supérieure de l'œsophage), cervicale ou thoracique (rétrosternale) [18].

- ***le mode de début*** : brutal ou non, récent ou ancien.

- ***les circonstances de survenue*** *:* ingestion de caustiques ou de corps étranger, choc psycho-affectif, notion de prise de certains médicaments.

- ***l'électivité :*** élective aux solides (évoquant surtout une sténose organique). Elle peut être élective aux liquides (dysphagie paradoxale), plus caractéristique d'une cause motrice comme l'achalasie ou la maladie des spasmes diffus.

- ***l'évolution*** *:* elle peut être permanente sans rémission avec aggravation rapide ou progressive (évoquant une cause organique). Il peut aussi s'agir d'une dysphagie intermittente avec des périodes de rémission. [17]

- les signes associés [19]

- Douleur : odynophagie
- Signes digestifs : pyrosis, régurgitations, hypersialorrhée, éructations, épigastralgie, nausée ou vomissement, haleine fétide, hématémèse
- Signes respiratoires (toux, dyspnée, …)
- Signes oropharyngés : dysphonie
- Signes généraux : altération de l'état général

L'interrogatoire recherche également les antécédents et le terrain :

- Notion de prise de certains médicaments
- Notion de RGO ancien et connu
- Notion de Hernie Hiatale
- maladie systémique (sclérodermie…)
- Ingestion de corps étrangers ou de substances caustiques
- Notion d'irradiation médiastinale
- Intoxication éthylo – tabagique
- ATCD chirurgicaux et ORL
- Comorbidités viscérales.

L'examen physique recherche [19]:

- **Les signes généraux :** altération de l'état général, signes de déshydratation et de dénutrition
- **Les signes physiques :** Candidose buccale, adénopathies sus- claviculaires et cervicales, tuméfaction cervicale, ascite, hépatomégalie tumorale, masse ou nodule ano-rectal suspect de carcinose péritonéale

➢ **Examens paracliniques**

Toute dysphagie impose un bilan radio-endoscopique en fonction de l'étiologie suspectée.

- **Endoscopie digestive haute (+biopsies) [17, 20, 21]**

C'est un examen endoscopique servant à visualiser l'œsophage, l'estomac et le duodénum. Des biopsies sont réalisées à cette occasion. On l'appelle également Endoscopie oeso-gastro-duodénale.

✓ **principes**

Elle explore l'œsophage, l'estomac et le duodénum (jusqu'au 2è duodénum). Elle se fait par l'introduction de l'endoscope par la bouche suivie d'une insufflation d'air pour déplisser les parois digestives.

✓ **Conditions de réalisations**

Le patient est à jeun depuis 6 heures. L'examen est pratiqué après une anesthésie locale (à la xylocaïne) ou générale. Si le patient n'est pas à jeun (examen pratiqué en urgence par exemple pour une hémorragie digestive), il faut une perfusion d'érythromycine 250 mg en intraveineuse 30 minutes avant le geste pour accélérer la vidange de l'estomac et une intubation préalable car risque d'inhalation

✓ **Intérêt**

C'est l'examen de référence pour le diagnostic des pathologies de la muqueuse oeso-gastroduodénale : œsophagites, varices œsophagiennes, cancers de l'œsophage et de l'estomac, ulcère gastroduodénal. C'est un examen simple, peu invasif, répétitif, permettant d'examiner directement la muqueuse digestive, de la bouche de Killian à l'angle de Treitz, avec une sensibilité et une spécificité élevées. Elle permet de réaliser des biopsies pour examens anatomo-pathologique et bactériologique. En cas de dysphagie à endoscopie « normale », il est indispensable de réaliser des biopsies œsophagiennes, à la recherche d'une œsophagite à éosinophiles. Il faut effectuer au moins 5 biopsies étagées sur toute la hauteur œsophagienne.

✓ **complications**

Elles sont rares en cas d'endoscopie diagnostique :

- Perforation œsophagienne ou du cardia
- Complications respiratoires (inhalation)
- Bactériémie (rare)
- Complications de l'anesthésie générale

✓ **Résultats endoscopiques normaux** [21]

L'œsophage est observé après franchissement de la bouche de Killian (Sphincter supérieur de l'œsophage) située à 15 cm des arcades dentaires, en regard de C6. Quatre (4) principaux repères doivent être connus par l'endoscopiste :

- le cardia à 40 cm des Arcades dentaires (AD) ;
- l'angulus (angle de la petite courbure) ;
- le pylore (en haut à droite en suivant la petite courbure) ;
- le genu supérius.

La muqueuse œsophagienne présente un aspect rose pâle, alors que la muqueuse gastrique a un aspect rouge foncé.

✓ **Résultats endoscopiques Pathologiques** [21]

Au niveau de l'œsophage on peut mettre en évidence :

➢ **Œsophagite**

- **Œsophagite peptique**

Elle peut présenter différents aspects lésionnels :

- érythème : du 1/3 inférieur, aspect congestif de la muqueuse ;
- exulcération : perte de substance ne dépassant pas la sous-muqueuse (érosions superficielles) ;
- une ou plusieurs ulcérations : pertes de substances plus profondes. Elles sont soit bénignes soit malignes. L'étude anatomopathologique est nécessaire, des biopsies doivent être faites systématiquement ;
- sténose : constitue le stade ultime de l'évolution d'une lésion ulcérée, elle doit faire craindre une greffe néoplasique. Des Biopsies multiples doit être

faites après dilatation au niveau de la sténose, avec examen minutieux de la muqueuse d'aval qui est le plus souvent ulcérée ;

L'œsophagite est le plus souvent classée en 4 stades (classification de SAVARY-MILLER) :

- stade 1 : érosions ou ulcérations indépendantes les unes des autres ;
- stade 2 : érosions ou ulcérations confluentes non circonférentielles ;
- stade 3 : érosions et ulcérations confluentes et circonférentielles mais non sténosantes ;

  stade 4 : sténose et/ou ulcère.

- **Œsophagite mycosique** : caractérisée par la présence de plaques blanches résistantes au lavage (les mycoses peuvent affecter n'importe quelle zone de l'œsophage). Le diagnostic repose sur l'étude mycologique des biopsies œsophagiennes.
- **Œsophagite caustique** [22]

En cas d'ingestion de caustique, l'endoscopie digestive haute doit être pratiquée en urgence entre 6 et 24 heures après l'ingestion. Trop précoce, elle sous-estime les lésions, trop tard elle risque de retarder la prise en charge chirurgicale en cas de nécrose étendue. Les lésions endoscopiques observées sont classées selon ZARGAR.

Classification de Zargar des œsophagites caustiques [23]

0 : Normal

I : Œdème et érythème

IIa : Hémorragies muqueuses, ulcérations superficielles, fausses membranes

IIb : Ulcérations creusantes et confluentes

IIIa : Nécrose focale non circonférentielle

IIIb : Nécrose diffuse circonférentielle

- **Varices œsophagiennes** : elles se présentent comme des cordons bleutés de taille variable localisés au début au 1/3 inferieur de l'œsophage, elles sont classées en :
  - ✓ grade 1 : varices disparaissant à l'insufflation ;
  - ✓ grade 2 : varices non confluentes ne disparaissant pas à l'insufflation ;
  - ✓ grade 3 : volumineuses varices confluentes ne disparaissant pas à l'insufflation.

  Le risque hémorragique de ces varices est corrélé à leur taille et à la présence de signes rouges présents à la surface de celles-ci.
- **Hernie hiatale :** c'est une poche herniaire secondaire à la protrusion de tout ou d'une partie de l'estomac à travers le hiatus œsophagien du diaphragme. Reconnue endoscopiquement quand la distance entre cardia anatomique et le cardia muqueux est > 2 cm.
- **Formation polyploïde** (muqueuse ou sous- muqueuse) ou complexe ulcéro-bourgeonnante (très suspecte) nécessitant des biopsies multiples.
- **Ulcération longitudinale** de 5 à 20 mm de la muqueuse au niveau de la jonction œsogastrique évoquant un syndrome de Mallory Weiss.
- **Achalasie** ou mégaœsophage caractérisée par une sensation de ressaut au niveau du cardia.
- **Endobrachyoesophage** : est défini par le remplacement de l'épithélium malpighien du bas œsophage par un épithélium métaplasique cylindrique (qui peut être de 3 types (fundique, cardial, ou intestinal). Le diagnostic endoscopique est suspecté sur l'existence d'une muqueuse de couleur rouge orangé (de type gastrique) contrastant avec la couleur gris rosé de la muqueuse malpighienne normale. Elle est située le plus souvent au-dessus du cardia muqueux, parfois les lésions sont confluentes, en manchon circulaire. Elles peuvent être suspendues, séparées du cardia par une muqueuse normale.
- **Diverticules** : cervical (de ZENKER), médio-thoracique, épiphrénique.
- Mise en évidence **de corps étranger**

- **Transit-oeso-gastroduodénal (TOGD** [17]

Il est réalisé en cas de sténose non franchie par l'endoscope. Il précise la topographie, l'aspect, et l'étendue de la sténose. En cas de suspicion d'un diverticule de Zenker, il doit être réalisé en première intention en raison du risque de perforation

- **Manométrie œsophagienne** [17]

C'est l'examen-clef du diagnostic des troubles moteurs œsophagiens.

✓ **Principe**

Elle est réalisée chez un patient à jeun ; on introduit par le nez du patient une sonde comportant des cathéters perfusés d'eau**.** La sonde est ensuite placée dans l'œsophage, puis le patient effectue des déglutitions de 5 ml d'eau. Lors de la déglutition, les contractions œsophagiennes entrainent une résistance à l'écoulement de l'eau dans les cathéters, donc une augmentation de pressions. Ces pressions sont transmises à un capteur externe.

Cet examen permet de mesurer :

➢ les pressions de repos et de relaxation du sphincter inferieur de l'œsophage

➢ le péristaltisme œsophagien (amplitude, propagation des contractions œsophagiennes)

- **pHmétrie**

Elle est indiquée en cas de RGO atypique (EOGD normale)

- **Autres examens** [17]

✓ Radio de thorax + TDM thoracique et abdominale : pour rechercher une lésion médiastinale ou abdominale et apprécie l'extension pariétale, médiastinale et ganglionnaire des cancers.

✓ Echoendoscopie **:** est l'examen qui explore le plus précisément la paroi œsophagienne en cas de tumeur sous muqueuse en explorant l'atteinte des différentes couches, et des structures péri-œsophagiennes. Elle apprécie l'extension pariétale des tumeurs, détecte les adénopathies métastatiques et

différencie les lésions sous-muqueuses intra-murales des compressions extrinsèques. L'existence d'une sténose en limite les performances.

- ✓ IRM, thoracoscopie, médiastinoscopie, TEP – Scan : demandés selon l'orientation diagnostique.

1.4.3.2. Etiologies des dysphagies œsophagiennes

Lorsqu'on entreprend d'établir l'étiologie de la dysphagie œsophagienne, il est utile de faire une distinction entre les causes organiques, par troubles moteurs et les dysphagies fonctionnelles.

- ➢ **Causes facilement établies** [17]

- **Dysphagie postopératoire, après fundoplicature.**

Il s'agit soit d'une dysphagie précoce (6 à 12 semaines après la chirurgie) par anomalie du montage anti-reflux ou par troubles moteurs préexistants, soit d'une dysphagie tardive par altération du montage ou récidive du RGO.

- **Ingestion de corps étrangers**

C'est une urgence thérapeutique qui survient aux deux âges extrêmes de la vie. La nature des corps étrangers varie avec l'âge. Les enfants ingèrent des pièces de monnaie, des crayons,… les adultes avalent le plus souvent des corps étrangers alimentaires (des os, des arêtes…). Les récidives sont le fait d'ingestions volontaires (malades psychiatriques, prisonniers), d'une sténose digestive préexistante, d'un trouble moteur de l'œsophage. Le diagnostic est facilement établi en aigu compte tenu des circonstances de survenue : aphagie ou dysphagie douloureuse.

- **Brûlure caustique**

Elle est liée à l'absorption de substances corrosives de manière accidentelle ou volontaire à but d'autolyse. L'ingestion de produits alcalins est plus fréquente que celle de produits acides.

➢ **Dysphagie œsophagienne organique** [18, 19]

- Cancers de l'œsophage : il s'agit d'une cause des causes les plus fréquentes de dysphagie organique. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome épidermoïde (75% des cas) qui se développe sur un terrain alcoolo-tabagique. Il peut s'associer à un cancer ORL ou bronchique. L'adénocarcinome est le 2ème type histologique qui se développe sur des lésions d'endobrachy-œsophage compliquant un reflux gastro-œsophagien (adénocarcinome du cardia). La dysphagie révèle le cancer dans 90% des cas. La dysphagie est progressive sans rémission, s'accompagne d'un amaigrissement. Toute suspicion de cancer de l'œsophage justifie une EOGD avec biopsies. L'endoscopie digestive haute visualise la tumeur (bourgeonnante, ulcérée ou infiltrante), son pôle supérieur et son pôle inférieur, évalue son extension en circonférence, le degré de sténose et permet de faire des biopsies pour examen anatomopathologique.
- Cancer du cardia : la dysphagie est basse, le terrain est celui d'un RGO, avec notion d'un œsophage de Barrett.
- Envahissement œsophagien : par un cancer de voisinage essentiellement bronchique. Le diagnostic se fait par le scanner thoraco-abdominal.
- Tumeur bénigne (polype, leïomyome) : rare, la dysphagie est tardive et modérée.
- Œsophagite et sténoses peptiques :

La sténose peptique complique un RGO avec œsophagite sévère ancienne non diagnostiquée et non traitée. La dysphagie est progressive avec un amaigrissement modéré et des signes de RGO (qui peuvent être absents). Le diagnostic se fait par l'EOGD qui retrouve une sténose œsophagienne régulière, centrée, d'allure bénigne et permet de réaliser des biopsies systématiques afin d'éliminer un cancer. En cas de sténose infranchissable, un transit œsophagien permet de montrer l'aspect d'une sténose bénigne et son étendue.

- Œsophagite infectieuse :
  - Essentiellement mycosique (*Candida albicans*), compliquant un traitement (corticoïdes ou immunosuppresseur) ou un déficit immunitaire. La présence de dépôts blanchâtres est notée en endoscopie, des mycelles sont mis en évidence en histologie. Il faut rechercher une candidose buccale associée.
  - Œsophagites virales (CMV, herpès, VZV) survenant souvent dans le contexte d'une infection VIH.
  - Œsophagites bactériennes (Tuberculose, trypanosomiase, syphilis) : rares
- Œsophagite médicamenteuse : doxycycline, bromure de pinavérium, chlorure de potassium,… la dysphagie est douloureuse, médiothoracique. Il existe une ulcération unique à l'emporte-pièce avec un fond fibrinonécrotique, le comprimé est parfois enclavé dans l'œsophage.
- Œsophagite radique : après irradiation thoracique pour lymphome ou cancer bronchique. Au départ, on retrouve une dysphagie douloureuse, parfois accompagnée de petites hémorragies actives ou d'un syndrome anémique. Ensuite, on retrouve une dysphagie plus accentuée mais non douloureuse en rapport avec une sténose.
- Œsophagite à éosinophile :

  Il s'agit d'une maladie très fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune, dont la physiopathologie est assez mal connue mais qui fait très probablement intervenir des mécanismes immunoallergiques, en particulier vis-à-vis de protéines alimentaires. La triade clinique est très évocatrice : adulte jeune, terrain allergique 50% des cas (asthme, dermatite atopique…), épisode d'impaction alimentaire (blocage des aliments dans la lumière). L'interrogatoire révèle toujours l'existence d'une dysphagie ancienne la plus souvent sans retentissement sur l'état général. Les aspects endoscopiques peuvent être très évocateurs : des stries œsophagiennes donnant à l'œsophage

un aspect « pseudo-trachéal», des sillons longitudinaux, un aspect en pavage de la muqueuse œsophagienne, des dépôts blanchâtres. Ces anomalies peuvent être discrètes ou absentes ce qui justifie la réalisation de biopsies œsophagiennes systématiques (au minimum 5 à différents étages de l'œsophage) en cas de dysphagie inexpliquée. L'examen anatomo-pathologique met en évidence une hyper éosinophilie intra-épithéliale (> 15 par champ à fort grossissement).

- Diverticules œsophagiens

- Diverticule pharyngo-œsophagien (de Zenker) : il s'agit d'une hernie acquise de la muqueuse pharyngo-œsophagienne postérieure. Il est rare et représente 1 % des maladies de l'œsophage. Les patients sont âgés (60-80 ans). La dysphagie est capricieuse, intermittente et transitoire, associée à une hypersialorrhée modérée, une halitose et/ou une toux sèche, des régurgitations non acides, soit spontanées, soit apparaissant en décubitus dorsal avec rejet paradoxal d'aliments non digérés. L'évolution se fait vers une véritable rumination. Il existe une tuméfaction latérale gauche au tiers inférieur du cou en extension. Le meilleur examen complémentaire de cette pathologie est classiquement le TOGD.

- Diverticule médiothoracique (parabronchique) : situé au tiers moyen, sa caractéristique est une très grande latence.

- Anneaux et membranes

- Bas œsophage (Shatzki) : rétrécissement annulaire mince siégeant à la jonction de la muqueuse glandulaire et malpighienne, au-dessus d'une hernie hiatale. La dysphagie est basse au début des repas pour les solides. En endoscopie, il existe un rétrécissement annulaire
- Haut œsophage (Plummer-Vinson) : le syndrome de Kelly-Paterson associant une dysphagie haute avec membrane de l'œsophage cervical et une carence martiale.

- Compression extrinsèque : elle donne rarement une dysphagie. Il existe d'autres signes fonctionnels associés (dysphonie, dyspnée). Les causes sont :

- un anévrisme de l'aorte thoracique, artère sous-clavière droite ectopique (dysphagia lusoria) ;
- une hypertrophie auriculaire gauche ;
- une atteinte thyroïdienne (goitre ou cancer), thymome ;
- une adénopathie (Hodgkin, tuberculose) ;
- un envahissement médiastinal (cancer bronchique, ORL,…)

La tomodensitométrie est d'une aide précieuse au diagnostic en permettant de préciser l'origine de la compression.

➢ **Dysphagie œsophagienne par anomalies motrices [3,17,19]**

- **Primitives**

✓ Achalasie de l'œsophage (Mégaœsophage ou cardiospasme)

C'est une maladie de cause inconnue, caractérisée par une perte des ganglions nerveux de l'œsophage, entraînant une perte du péristaltisme œsophagien et puis l'absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage. La dysphagie de l'achalasie est initialement intermittente capricieuse plus marquée pour les liquides (paradoxale), déclenchée par les émotions ou les boissons froides et cédant lors de manœuvres inspiratoires, lors de changements de position, les manœuvres de Valsalva ou la surélévation des bras au-dessus de la tête. À un stade plus évolué, la dysphagie perd ses caractères évocateurs d'un trouble moteur. Elle devient permanente, affecte les solides et les liquides, et entraîne un amaigrissement qui peut être important.

<u>Examens paracliniques :</u>

- L'endoscopie digestive haute : doit être réalisée de première intention chez un patient à jeun. Elle peut être normale ou montrer une résistance lors du passage de l'endoscope à travers le cardia « signe de Ressaut ». L'impossibilité de franchir le cardia par l'endoscope exclu le diagnostic d'une achalasie

primitive. A un stade avancé l'endoscopie montre un œsophage dilaté, atone, contenant des résidus alimentaires.

- La manométrie conventionnelle : c'est l'examen clé du diagnostic.

  Elle permet la mesure des pressions. Elle met en évidence l'absence totale de péristaltisme dans le corps de l'œsophage (des contractions œsophagiennes non propagées de faible amplitude en réponse à des déglutitions d'eau : critère obligatoire du diagnostic). Elle peut montrer l'absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage en fin de déglutition associée à une hypertonie du SIO (>45 mmHg). Ces anomalies sphinctériennes peuvent manquer au stade initial.

- La manométrie à haute résolution (MHR): est actuellement l'examen de référence pour la caractérisation des TMO : L'achalasie est définie par une pression de relaxation intégrée (PRI) du SIO > 15 mmHg. La PRI correspond à la pression moyenne la plus faible enregistrée pendant 4 secondes au niveau de la JOG lors des déglutitions. Elle permet d'identifier 3 types différents d'achalasie de l'œsophage :

  Le type I : dit« classique », dans lequel il n'y a aucune contraction dans l'œsophage en réponse à une déglutition.

  Le type II : dans lequel il existe une pressurisation de l'œsophage avec augmentation de la pression œsophagienne, liée la compression du bolus ingéré entre le SSO et l'obstacle fonctionnel cardial.

  Le type III : correspond à l'achalasie « spastique » dans laquelle il existe des ondes œsophagiennes non propagées et de grande amplitude.

- Le transit œsophagien : Il a une sensibilité faible pour le diagnostic. Il montre les signes suivants : absence de la poche à air gastrique, dilatation de l'œsophage (parfois avec des niveaux hydro-aériques), rétrécissement progressif régulier court du bas œsophage : aspect effilé en « bec d'oiseau », stase alimentaire, aspect en « chaussette » à un stade avancé.

✓ Maladie des spasmes diffus de l'œsophage

Les douleurs rétrosternales per- prandiales simulent un angor. Le TOGD retrouve des spasmes étagés (aspect de pseudo-diverticules)

La FOGD est indispensable pour éliminer une cause organique. La manométrie montre un péristaltisme présent dans le tiers supérieur, stationnaire dès le tiers moyen, et la relaxation conservée du sphincter inférieur de l'œsophage lors de la déglutition.

✓ Syndrome du péristaltisme œsophagien douloureux (œsophage casse-noisette) :

La douleur est pseudo- angineuse perprandiale. La manométrie montre des contractions péristaltiques augmentées en durée et en amplitude.

✓ Motilité œsophagienne inefficace

- Secondaires
  - Maladies du système

  Parmi celles-ci, citons les polymyosites et dermatomyosites, le lupus érythémateux disséminé, le syndrome de Gougerot-Sjögren, l'amylose, le diabète et la sclérodermie. Dans la sclérodermie, l'atteinte œsophagienne est très fréquente (80 % des cas).
  - Le presbyœsophage.

➢ **Dysphagie fonctionnelle**

La dysphagie fonctionnelle est une dysphagie chronique ou récurrente, non clairement expliquée par des anomalies biochimiques ou structurelles. Elle fait partie d'un ensemble de symptômes appelés troubles fonctionnels œsophagiens (TFO) définis par les critères de Rome. La physiopathologie de la dysphagie fonctionnelle résulte probablement de l'association de troubles moteurs œsophagiens non spécifiques, d'anomalies possibles de la sécrétion salivaire et de troubles de la nociception. Enfin, il semble que la symptomatologie soit exacerbée lorsqu'elle évolue dans un contexte de troubles psychiques [25].

La dysphagie fonctionnelle est définie par les critères suivants (Rome IV) [26] :

- une sensation d'aliments solides et/ou liquides qui collent, se logent ou passent anormalement dans l'œsophage ;
- une absence de preuve que la muqueuse œsophagienne ou une anomalie structurelle est la cause du symptôme ;
- une absence de preuve que le reflux gastro-oesophagien ou une œsophagite éosinophile est la cause du symptôme ;
- une absence de troubles moteurs majeurs de l'œsophage (achalasie, spasme diffus de l'œsophage, œsophage en marteau-piqueur, absence de péristaltisme).

L'ordinogramme ci-dessous résume la stratégie diagnostique devant une dysphagie œsophagienne [18]

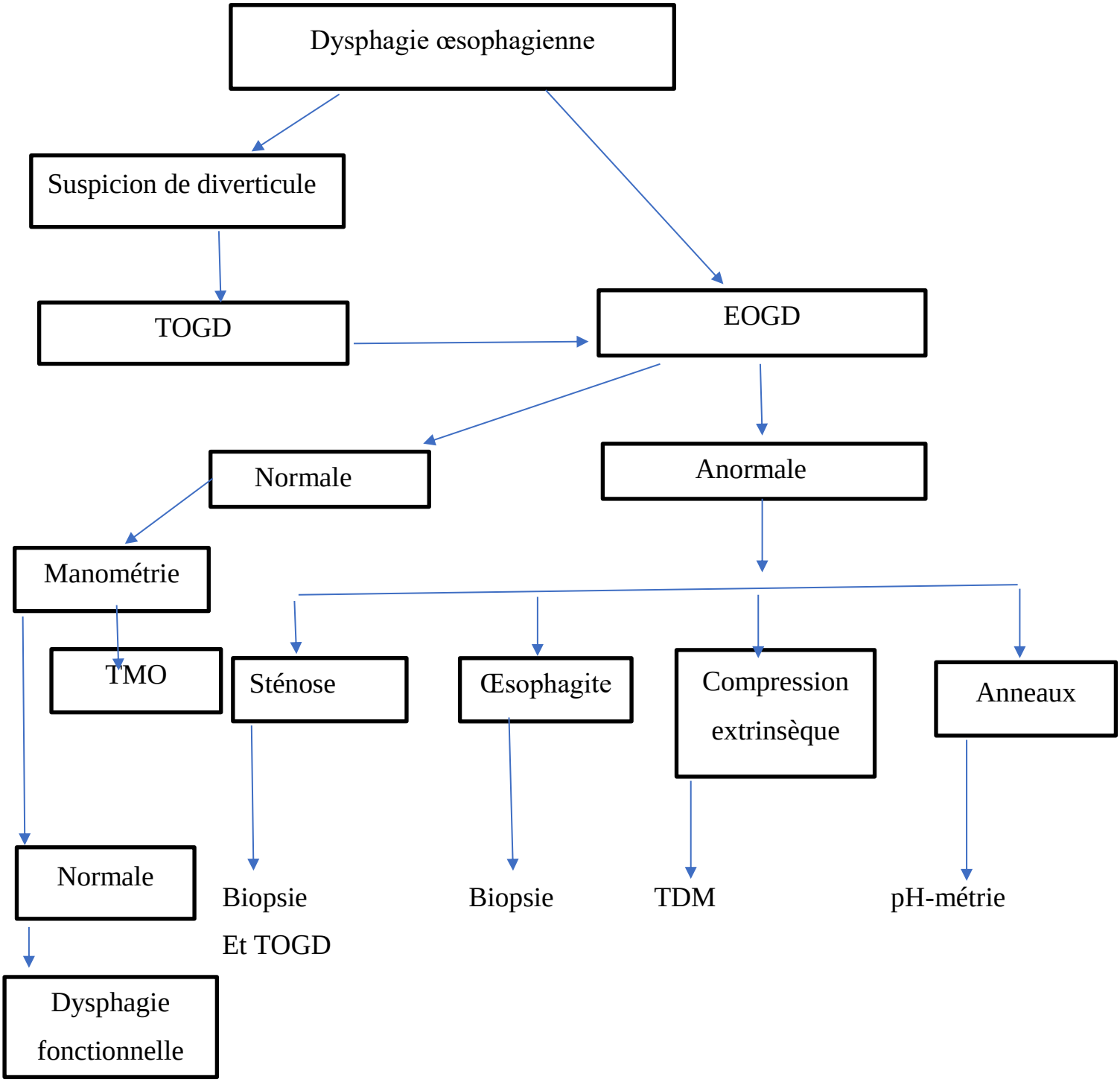


Figure 2 : Orientation diagnostique devant une dysphagie œsophagienne

1.4.4. Options thérapeutiques [18]

Le traitement de la dysphagie œsophagienne est davantage orienté vers la pathologie sous-jacente : l'achalasie peut être traitée, en fonction des compétences locales et de la préférence du patient, soit par une myotomie chirurgicale soit par dilatation pneumatique par ballonnet sous endoscopie. Pour les patients dont les symptômes sont associés à un spasme œsophagien diffus, des relaxants des muscles lisses, comme des inhibiteurs calciques ou des nitrates à action prolongée, sont souvent prescrits.

En ce qui concerne les sténoses œsophagiennes, le traitement vise à augmenter le diamètre luminal par des moyens endoscopiques. Les sténoses bénignes peuvent être dilatées au moyen de différents types de ballonnet ou de bougies. Le choix du mode de dilatateur dépend de la longueur et de la nature du rétrécissement, de l'étiologie sous-jacente, ainsi que des préférences de l'endoscopiste. De nombreuses sténoses bénignes peuvent être traitées par une seule dilatation. Toutefois, si la sténose est d'emblée très serrée, ou s'il s'agit d'une sténose radique, caustique ou peptique, les séances peuvent devoir être répétées pendant des mois ou des années afin de donner des résultats optimaux.

Si la cause est une tumeur maligne, une résection curative doit être tentée. Si elle est impossible, les soins palliatifs consisteront en dilatations répétées, en la pose endoscopique d'une endoprothèse ou en une thérapie ablative endoluminale.

Quant à la dysphagie fonctionnelle, le traitement reste empirique : il consiste à rassurer le patient en affirmant l'absence de lésion organique, et est associé à la prescription de thérapeutique antireflux même en l'absence de pathologie de reflux.

Le tableau I résume les options thérapeutiques en fonction de la cause de la dysphagie œsophagienne.

Tableau I: dysphagie œsophagienne de cause non tumorale et options thérapeutiques [3]

Maladies	Traitement conservateur	Traitement invasif
Achalasie	Alimentation molle, Anticholinergiques, anticalciques	Dilatation pneumatique Injection de toxine botulinique, myotomie de Heller, POEM
Spasmes œsophagiens diffus	Nitrates, anticalciques, sidénafil	Dilatation répétée ou myotomie longitudinale, POEM
Œsophagite à éosinophile	Régime d'élimination, inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), stéroïdes topiques	Dilatation des anneaux et des structures associées
Œsophagites infectieuses	Antiviraux (acyclovir), antifongiques (nystatin)	Aucun
Sténose peptique	Antisécrétoires (IPP), alimentation molle	Dilatation
Diverticule pharyngœsophagien (Zenker)	Aucun	Myotomie endoscopique ou myotomie cricopharyngée avec diverticulectomie
Anneau de Schatzki	Alimentation molle	Dilatation
Sclérodermie	IPP, traitement systémique de la sclérodermie	Aucun

1.5. Dysphagie et endoscopie digestive haute

Devant un cas de dysphagie, l'endoscopie digestive haute est l'examen paraclinique de première intention, elle est indispensable au diagnostic et doit être systématique devant toute dysphagie. Selon une étude réalisée en 2011 à Lomé (au Togo), sur 2795 personnes ayant réalisé une endoscopie digestive haute, la dysphagie représentait 2,11 % des indications [27]. Une étude réalisée à Thiès au Sénégal en 2021 a permis de noter que sur 974 endoscopies digestives hautes réalisées, la dysphagie représentait 7,3 % des indications [28]. Cette prévalence

est de 17,7 % sur 248 EOGD selon une autre étude réalisée à Louga (Sénégal) [29]. Selon une autre étude réalisée au Bénin, sur 8122 endoscopies digestives hautes réalisées sur 5 ans, 3,11% étaient faites pour raison de dysphagie. Selon cette même étude, les étiologies de dysphagie retrouvées le plus à l'endoscopie étaient les œsophagites (30,2%), puis les cancers de l'œsophage (22,6 %), les sténoses non néoplasiques œsophagiennes chez 13,1 % des patients. La hernie hiatale et le méga-œsophage représentaient respectivement 7,1 % et 1,2 % des cas [6].

Il est possible que l'endoscopie ne puisse pas identifier l'origine de la dysphagie pour plusieurs raisons : la cause n'est pas œsophagienne, les anomalies endoscopiques sont minimes ou non reconnues, ou il s'agit d'un trouble moteur œsophagien [30]. La dysphagie peut être fonctionnelle répondant aux critères diagnostiques de Rome IV [26].

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude a eu pour cadre, 03 unités d'endoscopie digestive de Cotonou à savoir : le centre d'exploration digestive du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), le service des maladies digestives de l'Hôpital de Zone de Mènontin (HZM) et le service d'Hépato-Gastroentérologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier et Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou.

2.1.1. Présentation du CNHU-HKM

C'est l'hôpital de référence du Bénin. Il a été créé en 1962 par le premier président de la République du Bénin dont il porte le nom. Il a acquis le statut de centre hospitalier universitaire en 1973 puis en 2001 devient CNHU H.K.M. Il avait à sa création une capacité de 350 lits. Mais aujourd'hui, sa capacité d'accueil avoisine les 1000 lits.

Il se compose des pools suivants :

- le pool des services médicaux et de spécialités médicales : le service de pédiatrie et génétique médicale, le service de dermatologie-vénérologie, le service de cardiologie, le service de psychiatrie, le service d'ophtalmologie, le service des maladies du sang, le service de néphrologie-hémodialyse, le service de médecine interne le service de neurologie, le service d'endocrinologie, le service d'hépato-gastro-entérologie et le service de rhumatologie
- le pool de chirurgie et spécialités chirurgicales : la clinique universitaire de chirurgie traumatologique-orthopédique et chirurgie réparatrice ; la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique ; la clinique universitaire de chirurgie viscérale ; la clinique universitaire d'urologie-andrologie ; la clinique universitaire de oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.
- les services multidisciplinaires que sont : la CUAU et le SPAR ;

- le pool des services médico-techniques (hématologie, parasitologie, virologie, banque de sang, service d'imagerie, pharmacie, kinésithérapie).
- l'administration ;
- la buanderie et la morgue.

- **Présentation de la clinique universitaire d'hépato-gastroentérologie (CUHGE) du CNHU-HKM**

La CUHGE se situe dans le bloc de médecine, plus précisément en médecine B, dans le même bâtiment que les services de neurologie et d'endocrinologie. Elle dispose de ressources matérielles et de ressources humaines.

➢ **Ressources matérielles**

- Le secteur d'hospitalisation qui comprend :

- 02 salles de 7 lits et une salle de 2 lits. Donc une capacité totale de 16 lits ;
- 04 salles de garde : 1 pour les stagiaires internés, 1 pour les stagiaires externes, 1 pour les infirmiers et 1 pour les aides-soignants.

- Le centre d'explorations digestives : situé en face de la salle d'accouchement de la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO). Il est érigé dans un bâtiment à 2 étages. Il comporte :

  - une salle de consultation ;
  - une salle d'endoscopie ;
  - une salle d'échographie ;
  - une salle de soins et de mise en observation ;
  - une salle de rangement ;
  - 4 bureaux ;
  - un secrétariat ;
  - une salle de cours.

➢ **Ressources humaines**

Le personnel du service est composé de :

- 01 professeur titulaire d'Hépato-gastroentérologie ;
- 01 Maître de Conférences Agrégé ;
- 01 assistant ;
- 01 praticien hospitalier hépato-gastroentérologue ;
- 01 surveillant ;
- 01 secrétaire ;
- 04 infirmiers ;
- 04 aides-soignants.

La CUHGE comme toute unité de soins universitaire est chargée du traitement, de la promotion des soins, de la formation, de la prévention et de la recherche en Hépato-Gastroentérologie. Elle reçoit en consultation et en hospitalisation les patients atteints de maladies du tube digestif, du foie et du pancréas. Les activités de prise en charge des patients hospitalisés concernent essentiellement les patients présentant une cirrhose décompensée, un cancer du foie et des hémorragies digestives. Dans le centre d'explorations, des activités de consultation et de traitement ambulatoire des hépatites, des chimiothérapies ambulatoires et des endoscopies digestives sont réalisées.

Depuis octobre 2022, la Clinique Universitaire d'HGE est transférée dans les locaux de la maternité de l'ex HIA à la faveur de l'absorption de ce dernier par le CNHU-HKM.

2.1.2. Présentation de l'Hôpital de Zone de Mènontin (HZM)

L'hôpital de Zone de Mènontin (HZM) est situé dans le 9ème Arrondissement de Cotonou, dans la zone sanitaire Cotonou V. Il est situé au lot 2130-A à Mènontin. Inauguré le 23 juillet 1996, il est l'hôpital de référence de la zone sanitaire de Cotonou V.

L'HZM a pour objectifs principaux :

- de promouvoir avec leur propre participation le bien être socio sanitaire des habitants de Mènontin et des quartiers voisins;

- d'améliorer les conditions d'hygiène, de santé, de vie, des populations concernées par l'Information, l'Education, la Communication pour la santé;
- de faciliter à ces populations l'accessibilité géographique, culturelle et financière aux soins de santé primaires;
- et de réaliser une meilleure surveillance des enfants, des mères et gestantes et permettre à ces dernières un accouchement dans de bonnes conditions sanitaires.

Il se compose des bâtiments suivants :

- le bâtiment A qui regroupe les services de consultations de médecine générale et spécialités médicales, le service des entrées, le service des statistiques et le service de radiologie ;

- le bâtiment B qui regroupe le service de chirurgie, le service de réanimation médicale, la pharmacie, les services d'hospitalisation de médecine et de pédiatrie et le laboratoire d'analyses biomédicales ;

- le bâtiment C qui regroupe le service d'hospitalisation de chirurgie et le service de maternité ;

- le bâtiment D qui regroupe la réanimation chirurgicale et les salles d'hospitalisation catégorielle ;

- le bâtiment E pour l'administration.

- **Présentation du service des maladies digestives**

Le service des maladies digestives se situe dans le bâtiment A. Il dispose de ressources matérielles et de ressources humaines.

➢ **Les ressources matérielles**

Le service comporte :

- une salle de consultation ;
- une salle d'endoscopie;
- une salle de soins et de mise en observation ;
- deux lits

➢ **Les ressources humaines**

Le personnel du service est composé de :

- deux médecins hépato-gastroentérologues ;
- une infirmière diplômée d'Etat ;
- quatre aides-soignantes.

Les activités du service sont des consultations d'hépato-gastroentérologie et des explorations endoscopiques digestives diagnostiques et interventionnelles. Pour les patients nécessitant une hospitalisation, ils sont pris en charge dans le service commun de médecine.

2.1.3. Présentation de l'Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier et Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou

L'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou est la plus grande formation du Service de santé des Armées du Bénin. Il vient de la transformation du Centre médicosocial de la garnison de Cotonou en Hôpital d'Instruction des Armées en 2004. Ce dernier a acquis le statut d'Hôpital d'Instruction des Armées Centre Hospitalier Universitaire en 2016. En octobre 2022, cet hôpital a été fusionné avec le CNHU HKM.

➢ **Présentation du service d'Hépato-gastroentérologie de l'HIA-CHU de Cotonou**

Il est composé de ressources matérielles et humaines suivantes :

- **Ressources matérielles**

- Une salle de consultation ;
- Une unité d'endoscopie digestive ;
- Les hospitalisations sont faites en service de médecine interne qui dispose de 4 salles de 4 lits ; 2 salles de 2 lits et 16 salles VIP de 1 lit.

- **Ressources humaines**

Le personnel est constitué de :

- un médecin Hépato-Gastroentérologue qui est le chef du service ;
- deux infirmiers diplômés d'Etat ;

- deux aides-soignants ;
- un secrétaire.

Depuis octobre 2022, le service d'Hépato-gastroentérologie de l'HIA-CHU a été fusionné avec la Clinique Universitaire d'HGE du CNHU dans le cadre de la fusion des deux hôpitaux.

2.2. Méthodes d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique avec collecte rétrospective de données sur une période de 5 ans allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021.

2.2.2 Population d'étude

La population était constituée des dossiers médicaux et des rapports d'endoscopie digestive de tous les patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute pour dysphagie au cours de la période d'étude.

2.2.3. Echantillonnage

- **Critères d'inclusion**

Etaient non inclus dans cette étude, les dossiers médicaux et les rapports d'endoscopie des patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute dont l'indication était une dysphagie œsophagienne pendant la période d'étude.

- **Critères de non inclusion**

Etaient exclus de cette étude, les dossiers ou rapports ne comportant pas (tout au moins) le résultat de l'endoscopie digestive haute.

- **Technique d'échantillonnage**

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste par commodité qui s'est fait par recrutement exhaustif de tous les patients admis dans ces différentes unités d'endoscopie pour dysphagie entre 2017 et 2021. L'échantillonnage est exhaustif par recrutement systématique de tous les dossiers ayant répondu aux critères d'inclusion.

2.2.4. Collecte des données

- **Outil de collecte des données**

Les données sont recueillies et consignées sur une grille ou fiche de dépouillement conçue à cet effet.

- **Source des données**

Nous avons utilisé les différents registres, les rapports d'endoscopie les dossiers médicaux et appelé les patients eux-mêmes.

- **Technique de collecte des données**

Elle a consisté à un dépouillement des registres, des dossiers médicaux et des rapports d'endoscopie et par un entretien téléphonique avec les patients (ceux que nous avons réussi à joindre).

- **Déroulement de l'enquête**

Nous avons procédé dans un premier temps à identifier dans les différents registres, les patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute pour dysphagie au cours de la période d'étude. Dans un deuxième temps nous avons recensé tous les rapports d'endoscopie digestive haute et les dossiers médicaux concernés auprès des surveillants et des archivistes. Nous avons ensuite procédé à la sélection des rapports et dossiers qui remplissaient nos critères d'étude.

2.2.5 Variables de l'étude

- **Variable dépendante**

La variable dépendante est la dysphagie œsophagienne (gène ou obstacle à la progression du bol alimentaire au cours de la déglutition localisée par le patient au niveau rétrosternal).

- **Variables indépendantes**

✓ Données sociodémographiques : âge ; sexe ; profession ; niveau d'instruction, lieu de résidence ; ethnie ; religion.

- ✓ Données cliniques : caractères sémiologiques de la dysphagie (mode de début, électivité, évolution et signes associés).
- ✓ Données endoscopiques **:**

- délai entre le début du symptôme et la réalisation de l'endoscopie ;
- lésions endoscopiques observées (fréquence, siège des lésions) ;

- ✓ Données histologiques (œsophagites à éosinophiles, carcinome épidermoïde, adénocarcinome, endobrachyœsophage) ;
- ✓ Thérapeutique proposée (prise en charge médicamenteuse, endoscopique ou chirurgicale).

2.2.6 Analyse des données

Les données ont été collectées et saisie par le logiciel Kobocollecte. Nous avons procédé au traitement et à l'analyse statistique des données en utilisant le logiciel Epi-info version 7.2.1.0. Le traitement a consisté en la codification des différentes variables, la correction des erreurs de saisie, la vérification de la qualité des données. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne avec leur écart type et les variables qualitatives en fréquence. L'analyse était univariée. Le test de Khi carré a été utilisé pour déterminer les associations significatives avec un seuil de significativité fixé à 5 %.

2.2.7. Considérations éthiques et administratives

L'étude a été réalisée dans la confidentialité de l'identité des patients. Nous avons œuvré à obtenir le consentement éclairé des patients et à conserver la confidentialité des informations recueillies. L'étude a été soumise au comité d'éthique. Nous avons reçus l'autorisation administrastrative de toutes les structures concernées. (Confère annexe)

3. RESULTATS

3.1. Etude descriptive

La prévalence globale de la dysphagie dans les 03 unités d'endoscopie digestive pendant la période allant de 2017 à 2021 :

Sur 5453 EOGD réalisées, 289 l'ont été pour dysphagie. La dysphagie représentait globalement 5,3% des indications d'endoscopie digestive haute dans les 03 unités d'endoscopie.

3.1.1. Age/sexe

L'âge moyen des patients était de 47,8 ± 2,1 ans. L'âge médian est 50 ans et les extrêmes de 2 et 91 ans. Le tableau II répartit les patients en fonction de l'âge et du sexe.

Tableau II : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période de 2017 à 2021 en fonction de l'âge et du sexe (N=289)

	Effectifs	Pourcentages (%)
Sexe		
Masculin	135	46,7
Féminin	154	53,2
Age (années)		
≤ 20	24	08,3
21 - 40	84	29,1
41 - 60	105	36,3
61 - 80	70	24,2
> 80	06	02,1

Les femmes étaient les plus représentés car elles constituent 53,29% de l'échantillon, soit un sex-ratio de 0,88.

3.1.2. Religion/lieu de résidence

Le tableau III donne la répartition des patients selon la religion pratiquée et leur lieu de résidence.

Tableau III : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période de 2017 à 2021 selon la religion et le lieu de résidence (N=289).

	Effectifs	Pourcentages (%)
Religion		
Chrétienne	236	81,66
Musulmane	25	8,65
Traditionnelle	10	3,46
Aucune	4	1,38
Non précisé	14	4,84
Lieu de résidence		
Abomey-Calavi	113	39,10
Cotonou	56	19,38
Porto-Novo	12	4,15
Abomey	7	2,42
Allada	7	2,42
Ouidah	5	1,73
Lokossa	4	1,38
Bohicon	4	1,38
Dogbo	4	1,38
Glazoué	4	1,38
Zè	4	1,38
Parakou	3	1,04
Sô-ava	2	0,69
Dangbo	2	0,69
Dassa	2	0,69
Autre	43	14,88
Non précisé	17	5,88

La religion chrétienne (85,82 %) était la plus pratiquée par les patients ; 45,93 % et 22,76 % des patients vivaient respectivement à Abomey-Calavi et Cotonou.

3.1.3. Ethnie

La figure 3 présente la répartition des patients selon l'ethnie (N=289)

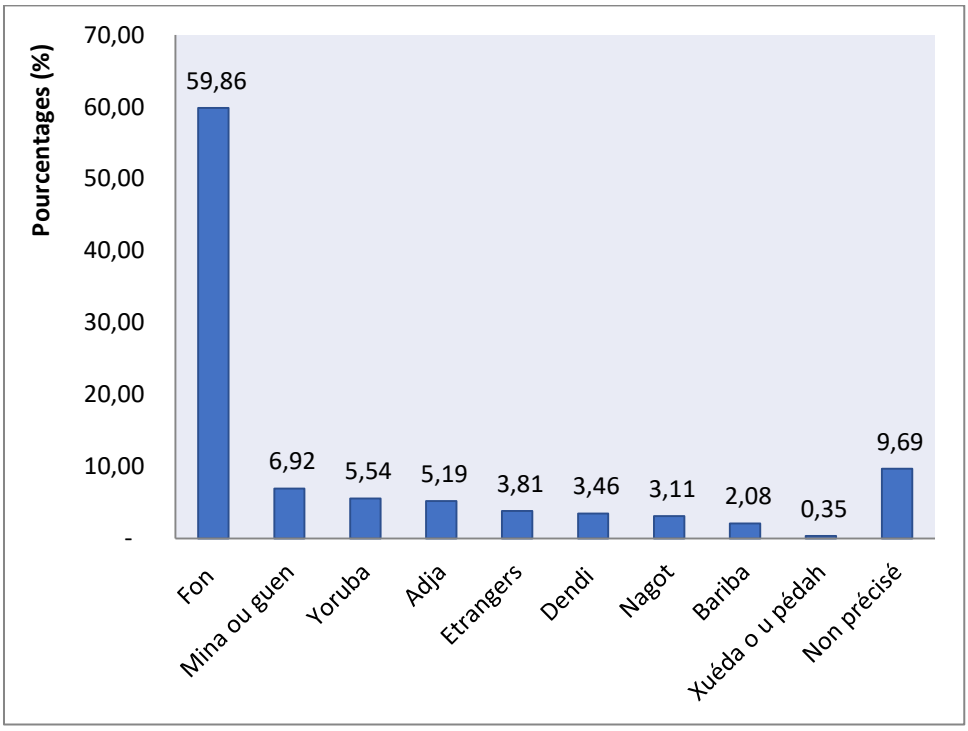


Figure 3 : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon l'ethnie

L'ethnie fon était la plus représentée (66,28 %).

3.1.4. Niveau d'étude et profession

Le tableau IV répartit les patients selon le niveau d'étude et la profession.

Tableau IV : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon le niveau d'étude et la profession (289)

	Effectifs	Pourcentages (%)
Niveau d'étude		
Non scolarisé	49	16,96
Primaire	75	25,95
Secondaire	76	26,30
Supérieur	53	18,34
non précisé	36	12,46
Profession		
Sans emploi	12	4,15
Artisan/ouvrier	47	16,26
Commerçant	44	15,22
Cadre supérieur	37	12,80
Cadre moyen	43	14,88
Agents d'exécution	13	4,50
Agriculteur	23	7,96
Apprenant	28	9,69
Particulier	7	2,42
Ménagère	33	11,42
Non précisé	2	0,69

Les patients ayant les niveaux d'étude secondaire (76 ; 30 %) ou primaire (75 ; 29,6 %) étaient les plus représentés.

3.1.5. Mode d'admission

La figure 4 répartit les patients selon le mode d'admission (N=289)

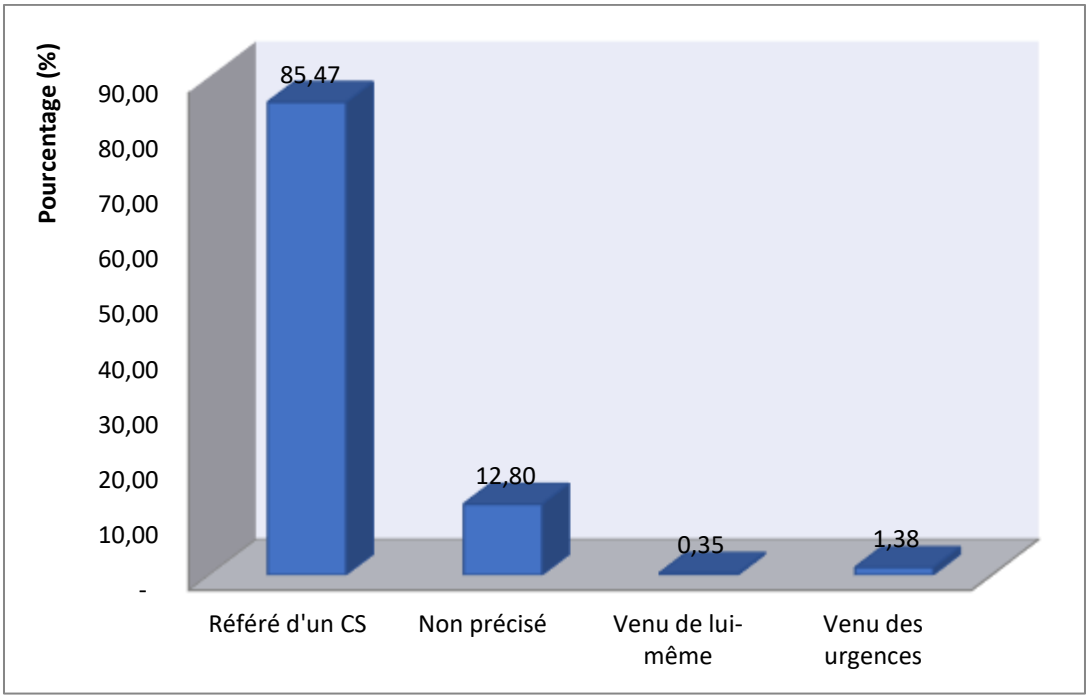


Figure 4 : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon la provenance

Dans l'ensemble 98,02 % des patients avaient été référés.

3.1.6. Mode de début

Il a été renseigné chez 199 patients

Il s'agit d'une dysphagie récente pour 114 patients (57,29 %) et ancienne pour 85 (42,71 %).

3.1.7. Electivité / évolution de la dysphagie

Le tableau V présente la répartition des patients selon l'électivité et l'évolution de la dysphagie.

Tableau V : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon l'électivité et l'évolution de la dysphagie (N=289)

	Effectifs	Pourcentages (%)
Electivité		
Electivité aux solides	165	57,09
Paradoxale (aux liquides)	5	1,73
Totale	69	23,88
Non précisée	50	17,30
Evolution		-
Progressive	87	30,10
Intermittente	89	30,80
Non précisée	176	60,90

La dysphagie était majoritairement élective aux solides (69,04 %).

3.1.8. Signes associés

Le tableau VI répartit les patients selon les signes associés à la dysphagie.

Tableau VI : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon les symptômes et /ou signes associés à la dysphagie

	Effectifs	Pourcentages (%)
Signes digestifs		
Epigastralgie	29	10,03
Régurgitations	16	5,54
Pyrosis	13	4,5
Vomissement	11	3,81
Dyspepsie	4	1,38
Hématémèse	2	0,69
Hépatomégalie	2	0,69
Hyper sialorrhée	2	0,69
Ballonnement abdominal	1	0,35
Hoquet	1	0,35
Constipation	1	0,35
Diarrhée	1	0,35
Douleur abdominale	1	0,35
Éructation	1	0,35
Flatulence	1	0,35
Masse abdominale	1	0,35
Diarrhée	1	0,35
Signes fonctionnels extra œsophagiens		
Odynophagie	8	2,77
Douleur retro sternale	8	2,77
Anémie	4	1,38
Adénopathie	2	0,69
Brûlure retro sternale	1	0,35
Douleur thoracique	1	0,35
Gêne retro sternale	1	0,35
Dysphonie	1	0,35
Signes généraux		
Amaigrissement	44	15,22
Asthénie	10	3,46
Anorexie	1	0,35
Fièvre	1	0,35

L'épigastralgie est le signe digestif le plus retrouvé (10,03 %) et l'amaigrissement (15,22 %) le signe général le plus associé à la dysphagie chez les patients.

3.1.9. Endoscopie

3.1.9.1. Réalisateur de l'examen

Pour la totalité des patients, l'examen a été réalisé par un Gastroentérologue.

3.1.9.2. Délai de réalisation de l'endoscopie digestive haute

La figure 5 répartit les patients selon le délai (en mois) entre le début des symptômes et la réalisation de l'endoscopie (N=289)

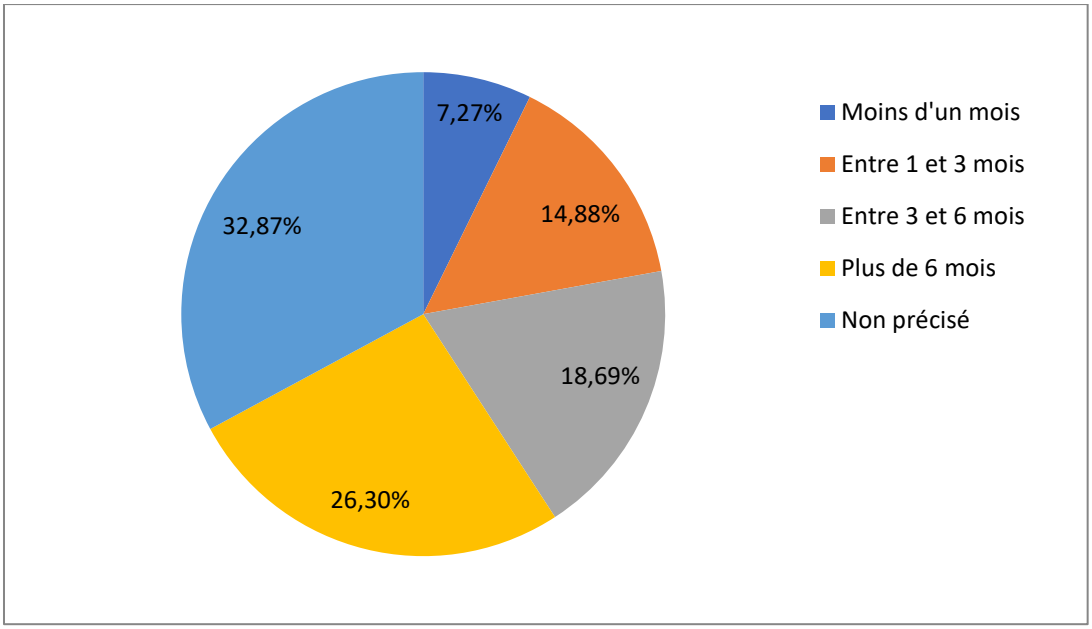


Figure 5 : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon le délai (en mois) entre le début des symptômes et la réalisation de l'endoscopie

Le délai de plus de 6 mois entre la survenue de la dysphagie et la réalisation de l'endoscopie était le plus retrouvé (39,18 %).

3.1.9.3. Résultats de l'endoscopie

L'endoscopie était normale chez 44 patients (15,22 %) et a révélé des lésions chez 245 patients (84,78%). Le tableau VIII présente les différentes lésions observées à l'endoscopie.

Tableau VII: répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période de 2017 à 2021 selon les lésions observées à l'endoscopie.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Œsophagite mycosique	56	22,86
Lésion tumorale	54	22,04
Hernie hiatale	46	18,25
Incontinence du cardia	34	13,11
Béance du cardia	30	11,09
Œsophagite peptique	26	10,31
Aspect de méga œsophage	17	6,71
Sténose caustique	13	5,31
Sténose peptique	06	2,46
Endo-brachy-œsophage (EBO)	05	2,04
Anneaux œsophagiens	03	1,22
Compression extrinsèque	03	1,22
Aspect trachéal de l'œsophage	03	1,23
Corps étrangers	02	0,82
Diverticule	02	0,82
Œsophagite caustique	01	0,41
Rétrécissement non sténosant sur plastie œsophagienne	01	0,41
Sténose de la bouche de Killian	01	0,41

L'œsophagite mycosique (22,86 %) était la lésion la plus couramment rencontrée suivie des lésions tumorales (22,04 %).

3.1.9.4 Topographie de la lésion par rapport aux arcades dentaires

La figure 6 présente la topographie des lésions par rapport aux arcades dentaires.

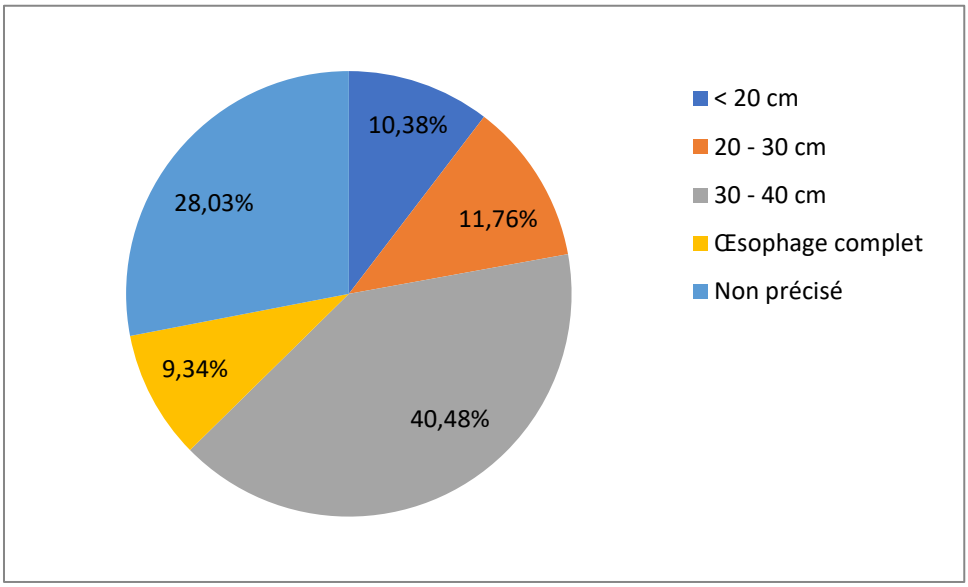


Figure 6 : répartition des patients présentant une lésion à l'endoscopie, selon la topographie de la lésion (N=289)

La lésion se situe entre 30 à 40 cm des arcades dentaires chez 56,26 % des patients.

3.1.10. Illustration des causes de dysphagie en image

La figure 7 présente une image d'œsophagite peptique au stade 1



Figure 7: Image d'œsophagite peptique stade 1

La figure 8 montre une image d'œsophagite mycosique



Figure 8: Image d'œsophagite mycosique

La figue 9 présente des images de hernie hiatale

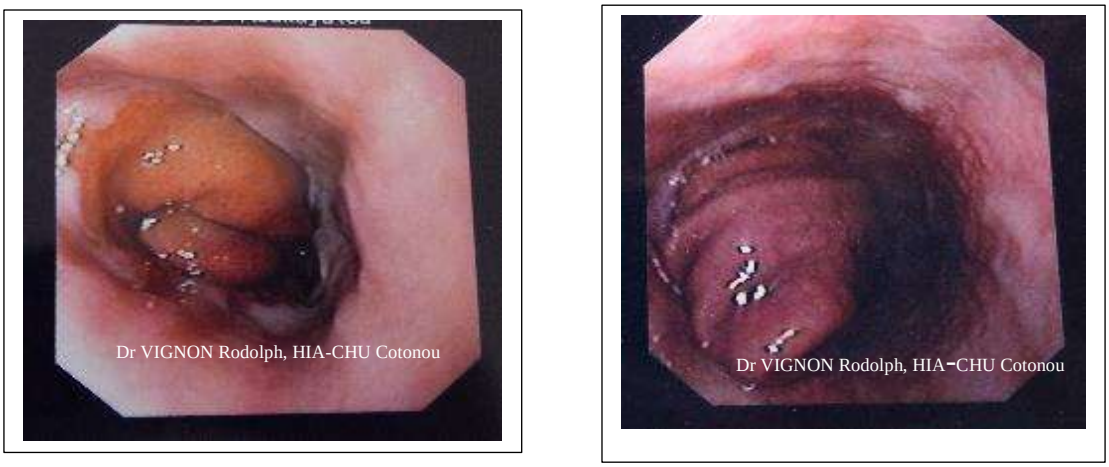


Figure 9 : Images de hernie hiatale

La figure 10 présente quelques images de lésions tumorales



Lésion tumorale ulcéro-bourgeonnante



Lésion tumorale infiltrante

Figure 10 : Image de lésions tumorales d'allure maligne

La figure 11 montre des images de mégaoesophage





Figure 11 : Image de mégaœsophage + stase alimentaire

La figure 12 présente des images de corps étrangers



Corps étranger : pièce de 25F



Corps étranger : prothèse dentaire

Figure 12: images de corps étrangers

3.1.10. Examen anatomopathologique des lésions tumorales

Sur les 52 cas de lésions tumorales observées dans notre étude, 22 résultats d'examens anatomopathologiques étaient disponibles : 12 cas (54,55 %) de carcinomes épidermoïdes et 10 cas (45,45 %) d'adénocarcinomes.

3.1.11. Traitement

- **Traitement médical**

Un traitement médical a été fait chez 206 patients (78,63 %).

Le tableau VIII en donne les détails.

Tableau VIII : répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon le traitement médical reçu (N=289)

	Effectifs	Pourcentages (%)
IPP	113	39,10
Chimiothérapie	41	14,19
Fluconazole	29	10,03
Fluconazole + IPP	19	6,57
Bêta-bloquant	1	0,35
Fluconazole + bêta-bloquant	1	0,35
Ipp + Chimiothérapie	1	0,35
Non précisé	84	29,07
Total	289	100,00

Les IPP sont les médicaments le plus utilisés, seuls ou en association avec autres médicaments.

- **Dilatation à la bougie de Savary/dilatation au ballon**

La dilatation à la bougie de Savary a été réalisée dans 11 cas (3,80%) et la dilatation au ballon dans 19 cas (6,57 %).

- **Traitement chirurgical**

Un traitement chirurgical a été fait chez 12 patients (4,15%).

3.1.11. Evolution

Le tableau IX répartit les patients selon l'évolution.

Tableau IX: répartition des patients admis pour dysphagie en unités d'endoscopie digestive à Cotonou pendant la période allant de 2017 à 2021 selon l'évolution (N=289)

	Effectifs	Pourcentages (%)
Favorable	162	56,06
Défavorable	07	02,42
Décès	38	13,15
Perdu de vue	82	28,37
Total	**289**	**100,00**

L'évolution a été favorable chez 56,06 % des patients. La proportion des perdus de vu était de 28,37 %.

3.2. Etude analytique

3.2.1. Facteurs associés au décès chez les patients présentant une dysphagie dans 3 unités d'endoscopie à Cotonou

Le tableau X expose les facteurs associés au décès chez les patients présentant une dysphagie.

Tableau X: Facteurs associés au décès chez les patients présentant une dysphagie en unité d'endoscopie digestive à Cotonou.

	Décès		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui (N=38)	Non (N=251)			
Age (ans)					
≤ 20	03	21		1	
21 – 40	04	80		0,41	0,08 - 2,02
41 – 60	19	86	0,7	2,26	0,6 - 8,47
61 – 80	12	58		2,96	0,73 - 11,9
> 80	00	06		1,57	0,77 - 3,20
Sexe					
Masculin	17	118	0,9	1	
Féminin	21	133		0,95	0,47 - 1,94
Provenance					
Venue de lui-même	00	01		1	
Référé d'un CS	38	209	0,58	1,69	0,87 - 3,27
Venu des urgences	00	04		3,2	0,05 - 8,1
Non précisé	00	37			
Mode de début					
Récent	17	97	0,45	1	
Ancien	13	72		0,73	0,32 - 1,66
Non précisé	08	82		1,23	0,83 - 4,5
Electivité					
électivité aux solides	24	141		1	
Paradoxale aux liquides	00	05		1,18	0,76 - 1,83
Totale	14	55		1,3	0,61 - 2,78
Non précisé	00	50		1,96	0,23 - 9,4
Evolution					
Progressive avec aphagie	26	61	**< 0,0001**	1	
Intermittente	02	87		28	0,007– 0,15
Non précisé	10	103			
Résultats de l'endoscopie					
Normale	01	43	0,12	1	
présence de lésion	37	208		0,22	0,02 - 1,75

	Décès		P-value	OR	IC95% [OR]
	Oui (N=38)	Non (N=251)			
Topographie					
< 20	03	27		1	
20 - 30	16	18	0,1	15,23	0,38 - 68
31 - 40	16	101		1,44	0,38 - 5,44
Tout le long de l'oesophage	01	26		0,33	0,03 - 3,48
Non précisé	00	79		2,5	0,23 - 14,9

L'association est statistiquement significative entre le caractère progressif de la dysphagie et le décès du patient.

Les patients chez lesquels la dysphagie était progressive avaient plus de risque de décès.

3.2.2. Répartition des lésions observées selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

➢ **Lésions tumorales**

Le tableau XI répartit les lésions tumorales selon les données sociodémographiques, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu.

Tableau XI : Répartition des lésions tumorales selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

Tableau XIa : Répartition des lésions tumorales selon les caractéristiques sociodémographiques des patients

	Lésions tumorales		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (N=54)	Non (N=235)			
Sexe					
Masculin	28	107	0,44	0,74	1
Féminin	26	128			0,35 - 1,58
Age (ans)					
≤ 20	2	22		1	
20 - 40	11	73	0,3	1,75	0,19 - 16,03
40 - 60	24	81		6,09	0,75 - 48
60 - 80	16	54		7,03	0,82 - 596
> 80	1	5		1,48	0,85 - 2,59
Profession					
Sans emploi	2	10		1	
Artisan/ouvrier	8	40		1,49	0,86 - 2,58
Commerçant	10	34		1,59	0,93 - 2,72
Cadre supérieur	1	36		1,54	0,9 - 2,62
Cadre moyen	1	43	**0,03**	1,46	0,86 - 2,49
Agent d'exécution	2	11		-	-
Agriculteur	12	11		2,5	1,21 - 3,2
Apprenant	0	28		7,07	0,77 - 64
Particulier	1	6		7,07	0,77 - 64
Ménagère	17	16		6,4	0,36 - 12,1

Tableau XIb : Répartition des lésions tumorales selon les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

	Lésions tumorales		P-Value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Mode de début					
Récent	15	99	0,38	1	
Ancien	13	72		1,45	0,62 - 3,38
Non précisé	26	64		5,1	0,12 - 14,5
Electivité					
Electivité aux solides	41	124		1	
Paradoxale au liquide	1	4	0,25	2,78	0,71 - 5,6
Totale	12	57		1,57	0,69 - 3,55
Non précisé	0	50		2,8	0,11 - 5,6
Evolution					
Progressive avec aphagie	23	64	**0,00002**	1	
Intermittente	3	86		0,08	0,02 - 0,31
Non précisé	28	85		1,12	0,09 - 12,1
Topographie					
< 20 cm	2	28		1	
20 - 30 cm	16	18	**0,00002**	24	4,38 - 131
30 - 40 cm	15	102		2,1	0,44 - 9,92
Tout le long de l'œsophage	0	27		1,64	0,51 - 5,23
Non précisé	21	60		3,1	0,32 - 8,1

	Lésions tumorales		P-Value	OR	IC95% [OR]
	Oui	Non			
Signes associés					
Epigastralgie	2	27		1	
Pyrosis	0	13		1,49	0,54 - 4,44
Vomissement	1	10		2	0,14 - 26
Hoquet	0	13	**0,03**	1,48	0,64 - 3,41
Anémie	0	4		1,45	0,65 - 3,20
Hépatomégalie	0	2		1,43	0,67 - 3,06
Amaigrissement	14	30		8,7	1,7 - 44
Asthénie	3	7		10	1,15 - 86
Fièvre	0	1		2,5	0,23 - 4,5
Odynophagie	0	8			
Traitement					
Médical	49	176		1	
Endoscopique	0	13	**0,0001**	1,2	0,1 - 3,2
Dilatation aux bougies de Savary	0	11		2,5	0,3 - 4,2
Dilatation au ballon	0	19		4,2	0,52 - 9,3
Chirurgical	5	7		10,83	2,1 - 58

L'association est statistiquement significative entre profession (ménagère, agriculteur ou commerçant), l'évolution de la dysphagie (progressive avec aphagie), la topographie de la lésion (entre 20 et 30 cm des arcades dentaires), les signes associés, le type de traitement et les lésions tumorales.

Les femmes sont autant touchées que les hommes par le cancer de l'œsophage ; les sujets de 40 à 60 ans (24 cas) et les agriculteurs (12 cas) sont majoritairement touchés par le cancer de l'œsophage.

La dysphagie dans le cancer de l'œsophage était le plus souvent élective aux solides (41 cas), progressive avec aphagie (23 cas), les signes associés étaient le plus souvent l'amaigrissement et l'asthénie (17 cas).

Les lésions tumorales siégeaient le plus souvent à plus de 20 cm des arcades dentaires (93,33 %).

Ils ont tous bénéficié de traitement médical (chimiothérapie) tandis que 16,66 % ont bénéficié d'une résection chirurgicale de la tumeur.

- **Œsophagites mycosiques**

Le tableau XII présente la répartition des œsophagites mycosiques selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement

Tableau XII: Répartition des œsophagites mycosiques selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

Tableau XIIa : Répartition des œsophagites mycosiques selon les caractéristiques sociodémographiques des patients

	Œsophagites mycosiques		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (N=56)	Non (N=233)			
Sexe					
Masculin	30	105	0,38	1	
Féminin	26	128		0,76	0,4 - 1,39
Age (ans)					
≤ 20	7	17		1	
21 - 40	14	70		0,48	0,16 - 1,38
41 - 60	18	87	0,75	0,5	0,18 - 1,38
61 - 80	15	55		0,66	0,23 - 1,89
> 80	2	4		1,21	0,17 - 8,21
Profession					
Sans emploi	2	10		1	
Artisan/ouvrier	10	37		1,35	0,25 - 7,18
Commerçant	5	39		0,65	0,11 - 3,9
Cadre supérieur	7	30	0,2	1,16	0,2 - 6,55
Cadre moyen	15	29		2,56	0,5 - 13,34
Agent d'exécution	3	10		1,5	0,2 - 10,99
Agriculteur	1	22		0,22	0,01 - 2,8
Apprenant	4	24		0,83	0,13 - 5,3
Particulier	4	3		6,67	0,79 - 56,21
Ménagère	5	28		0,89	0,14 - 5,35

Tableau XII b : Répartition des œsophagites mycosiques selon les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

	Œsophagites mycosiques		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (N=56)	Non (N=233)			
Mode de début					
Récent	22	92	**0,03**	1	
Ancien	8	77		0,43	0,16 - 0,96
Non précisé	26	64		0,89	0,12 - 12,1
Electivité					
Electivité aux solides	33	132		1	
Paradoxale au liquide	1	4	0,83	1	0,10 - 9,24
Totale	13	56		0,92	0,45 - 1,89
Non précisé	9	41		1,28	0,45 - 3,6
Evolution					
Progressive avec aphagie	16	71	0,69	1	
Intermittente	8	81		0,43	0,17 - 1,08
Non précisé	32	81		2,6	0,11 - 4,5
Topographie					
< 20 cm	14	16		1	
21 - 30 cm	3	31	**0,001**	0,11	0,02 - 0,44
31 - 40 cm	10	107		0,1	0,04 - 0,28
Tout le long de l'œsophage	20	7		3,26	1,04 - 10,0
Non précisé	9	72		2,1	0,34 3,2
Signes associés					
Epigastralgie	4	23		1	
Pyrosis	2	8		1,43	0,21 - 9,4
Vomissement	3	8		2,15	0,39 - 11,97
Hoquet	0	1		2,3	0,12 - 5,8
Anémie	0	4	0,3	1,3	0,32 - 4,6
Hépatomégalie	1	1		5,7	0,29 - 11,1
Amaigrissement	11	32		1,97	0,55 - 6,99
Asthénie	3	7		2,46	0,44 - 13,75
Fièvre	0	1		1,2	0,6 - 4,1
Odynophagie	2	6		1,91	0,28 - 13,08

	Œsophagites mycosiques		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (N=56)	Non (N=233)			
Traitement					
Médical	56	150		1	
Endoscopique	0	15		2,5	1,23 - 4,2
Dilatation aux bougies de Savary	2	9	**0,02**	0,59	0,12 - 2,82
Dilatation au ballon	2	17		0,33	0,07 - 1,49
Chirurgicale	0	12		0,38	0,18 - 0,73

Les mycoses œsophagiennes concernaient aussi bien les hommes que les femmes avec une légère prédominance masculine (56,57 %), la tranche d'âge de 40 à 60 ans était la plus touchée (34,14 %). Il s'agissait souvent d'une dysphagie récente (73,33 %), élective aux solides (70,21 %).

Les œsophagites mycosiques couvraient complètement l'œsophage dans la majorité des cas. Ils ont tous bénéficiés d'un traitement médical (antifongiques).

- **Œsophagites peptiques**

Le tableau XIII présente la répartition des oesophagites peptiques selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu.

Tableau XIII : Répartition des oesophagites peptiques selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

Tableau XIII a : Répartition des oesophagites peptiques selon les données sociodémographiques des patients

	Œsophagites Peptiques		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (n=26)	Non (n= 263)			
Sexe					
Masculin	17	118	0,05	0,41	1
Féminin	9	145			0,16 - 1,05
Age (ans)					
≤ 20	1	23		1	
20 - 40	11	73		2,76	0,33 - 22,9
40 - 60	9	97	0,51	1,39	0,15 - 12,1
60 - 80	6	64		1,76	0,19 - 15,9
> 80	0	6		1,87	0,62 - 5,64
Profession					
Sans emploi	1	9		1	
Artisan/ouvrier	2	51		0,45	0,03 - 5,52
Commerçant	2	42	0,26	0,62	0,05 - 7,67
Cadre supérieur	4	26		1,38	0,13 - 14,0
Cadre moyen	6	34		1,58	0,16 - 14,9
Agent d'exécution	1	8		1,12	0,06 - 21,0
Agriculteur	1	22		0,45	0,02 - 8,02
Apprenant	8	20		1,42	0,12 - 15,6
Particulier	0	7		0,78	0,16 - 3,76
Ménagère	1	32		0,3	0,01 - 5,29

Tableau XIII b : Répartition des oesophagites peptiques selon les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

	Œsophagites Peptiques		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (N=26)	Non (N=263)			
Mode de début					
Récent	7	107	0,85	1	
Ancien	6	79		1,12	0,35 - 3,45
Non renseigné	13	77		2,4	0,32 - 6,2
Electivité					
Electivité aux solides	15	150		1	
Paradoxale aux liquides	0	5	0,35	0,54	0,19 - 1,5
Totale	3	66		0,47	0,13 - 1,71
Non précisé	08	42		0,95	0,11 - 2,23
Evolution					
Progressive avec aphagie	6	91	0,61	1	
Intermittente	3	86		0,69	0,16 - 2,90
Non renseigné	17	86		0,56	0,08 - 3,5
Topographie					
< 20 cm	3	27		1	
21 - 30 cm	0	34	0,23	0,41	0,18 - 3,6
31 - 40 cm	13	104		1,12	0,29 - 4,23
Tout le long de l'œsophage	2	25		0,72	0,11 - 4,67
Non précisé	8	73		0,89	0,5 - 4,9
Signes associés					
Epigastralgie	4	23		1	
Pyrosis	2	8		1,43	0,21 - 9,4
Vomissement	2	9		1,27	0,19 - 8,24
Hoquet	1	0		1,69	0,52 - 5,45
Anémie	1	3	0,4	1,91	0,15 - 23
Hépatomégalie	0	2		1,55	0,56 - 4,34
Amaigrissement	5	38		0,75	0,18 - 3,1
Asthénie	0	10		0,9	0,42 - 1,91
Fièvre	1	0		0,98	0,48 - 2,02
Odynophagie	0	8		0,88	0,43 - 1,78

	Œsophagites Peptiques		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (N=26)	Non (N=263)			
Traitement					
Médical	26	180		1	
Endoscopique	0	15		1,3	0,21 - 2,5
Dilatation aux bougies de Savary	0	11	0,28	2,2	0,36 - 4,5
Dilatation au ballon	1	18		1,9	0,3 - 5,2
Chirurgicale	0	12		5,2	0,11 - 6,1

Aucun des facteurs sus-cités n'est significativement associé aux œsophagites peptiques chez les patients.

Cependant les données du tableau XIV montrent que le sexe masculin est le plus touché (66 % des cas), toutes les tranches d'âge sont concernées, la dysphagie était élective aux solides dans 15 cas (83.33%), les signes le plus souvent associés à la dysphagie étaient l'épigastralgie et l'amaigrissement, un traitement médical (IPP) a été adopté chez la totalité des patients.

- **Mégaœsophage**.

Le tableau XIV répartit les méga oesophages selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu.

Tableau XIV : Répartition des mégaoesophages selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

Tableau XIVa : Répartition des mégaoesophages selon les données sociodémographiques des patients

	Méga œsophages		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (n=17)	Non (n= 272)			
Sexe					
Masculin	7	128	0,63	1	
Féminin	10	144		1,26	0,46 - 3,43
Age (ans)					
≤ 20	2	22			
21 - 40	5	79	0,67	1	
41 - 60	9	96		0,69	0,12 - 3,83
61 - 80	1	69		0,15	0,01 - 1,84
> 80	0	6		0,8	0,37 - 1,7
Profession					
Sans emploi	1	11		1	
Artisan/ouvrier	7	46		1,45	0,14 - 14,63
Commerçant	4	40		0,86	0,07 - 9,54
Cadre supérieur	0	24		0,95	0,5 - 1,18
Cadre moyen	1	29	0,08	0,17	0,009 - 3,2
Agents d'exécution	2	6		1,66	0,11 - 24
Agriculteur	0	23		1,2	0,12 - 2,3
Apprenant	2	26		0,55	0,04 - 7,45
Particulier	0	7		0,25	0,03 - 1,64
Ménagère	0	33		2,1	0,32 - 3,8

Tableau XIVb : Répartition des mégaoesophages selon les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu

	Méga œsophages		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (n= 17)	Non (n= 272)			
Mode de début					
Récent	6	108	0,08	1	
Ancien	11	74		3,36	0,8 - 14,13
Non précisé	0	90		2,5	0,85 - 9,3
Electivité					
Electivité aux solides	2	163	**0,0002**	1	
Paradoxale au liquide	3	2		2,55	0,66 - 9,86
Totale	12	57		7	2,20 - 22,22
Non précisé	00	50		4,5	0,12 - 15,1
Evolution					
Progressive avec aphagie	3	84	0,32	1	
Intermittente	6	83		2,02	0,48 - 8,36
Non précisé	8	105		3,8	0,1 - 8,5
Topographie					
< 20 cm	2	28		1	
21 - 30 cm	1	33	0,27	0,47	0,04 - 5,65
31 - 40 cm	9	108		1,22	0,24 - 6,07
Tout le long de l'œsophage	5	22		3,05	0,52 - 17,65
Non précisé	0	81		5,12	0,23 - 14,5
Signes associés					
Epigastralgie	0	29		1	
Pyrosis	2	11		1,23	0,28 - 6,2
Vomissement	4	7		2,11	0,45 - 7,12
Hoquet	0	1		-	
Anémie	2	2	0,15	5,1	0,12 - 9,2
Hépatomégalie	1	1		1,36	0,09 - 4,1
Amaigrissement	8	36		2,13	0,12 - 3,6
Asthénie	1	9		3,6	0,28 - 5,7
Fièvre	0	1		-	-
Odynophagie	0	8		-	-

	Méga œsophages		P-value	OR	ICP5% [OR]
	Oui (n= 17)	Non (n= 272)			
Traitement					
Médical	2	204		1	
Endoscopique	6	7		23	5,05 - 112
Dilatation aux bougies de Savary	3	8	**0,03**	9,087	0,8 - 120
Dilatation au ballon	14	5		33	12,87 - 84,58
Chirurgicale	1	11		13,16	1,04 - 166

L'association est statistiquement significative entre l'électivité de la dysphagie et le diagnostic de mégaœsophage à l'endoscopie.

Du tableau XV, on peut également observer que le sexe féminin était majoritairement touché (58,82 %), la tranche d'âge la plus atteinte est celle des 40 à 60 ans (52,94 % des cas), il s'agissait d'une dysphagie ancienne dans 64,70 % des cas et totale dans 70,58 % des cas. La dilatation au ballon a été adoptée chez ces patients.

4. DISCUSSION

Cette étude est à notre connaissance, la première réalisée au Bénin depuis 2004. Elle a eu le mérite de faire le point sur la place de la dysphagie dans trois unités d'endoscopie digestive à Cotonou, permettant ainsi d'avoir une idée de l'importance de ce problème de santé dans la ville de Cotonou. Elle nous a permis de recenser les principales étiologies de dysphagie œsophagienne dans la population de Cotonou et environs, les couches sociales les plus touchées et les options thérapeutiques proposées.

La discussion des résultats s'articule autour de trois points :

- qualité et validité des résultats ;
- atteinte des objectifs ;
- interprétation des résultats et comparaison avec les données de la littérature.

4.1. Qualité et validité des résultats

4.1.1. Validité interne

Les patients inclus dans l'étude sont ceux qui répondaient aux critères d'inclusion. Le questionnaire rédigé tenait compte des données à rechercher pour atteindre les différents objectifs. Après avoir identifié dans les différents registres, les patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute pour dysphagie au cours de la période d'étude, nous avons, d'abord, recensé tous les rapports d'endoscopie digestive haute et les dossiers médicaux concernés auprès des surveillants et des archivistes. Nous avons, ensuite, procédé à la sélection des rapports et dossiers qui remplissaient nos critères d'études.

4.1.2. Validité externe

Notre étude a été réalisée dans trois unités d'endoscopie digestive de Cotonou par recrutement exhaustif de tous les patients remplissant nos critères d'étude. Nous estimons que notre échantillonnage est représentatif de la ville de Cotonou. Les résultats obtenus peuvent donc être généralisés à la ville de Cotonou. Il serait

cependant prétentieux d'estimer que ces résultats sont valables à l'échelle nationale.

4.1.3. Evaluation des biais

4.1.3.1. Biais de sélection

L'échantillonnage a respecté rigoureusement les critères de sélection que nous nous étions fixés. Cela nous a permis d'avoir un effectif conséquent afin de limiter les biais de sélection.

4.1.3.2. Biais d'information

Pendant l'étude, nous avons été confronté :

- au manque de certaines informations dans certains dossiers
- à l'absence des dossiers médicaux des patients référés d'autres centres de santé pour réaliser l'endoscopie et qui n'étaient pas suivis dans les services concernés par l'étude (nous avions uniquement leurs rapports d'endoscopie) ;
- au fait que bon nombre de nos patients n'aient pas répondu à nos appels pour compléter le reste des données manquantes dans leurs dossiers.

De plus les déclarations obtenues au téléphone peuvent engendrer des bais d'informations comme dans toute enquête basée sur des déclarations.

4.2. Atteinte des objectifs

Au terme de notre étude, les objectifs spécifiques ont été atteints. Nous avons, d'abord, établi le profil sociodémographique des patients. Ensuite nous avons déterminé la fréquence de la dysphagie dans les centres d'endoscopie digestive au cours de la période 2017-2021 ; nous avons établi les diagnostics lésionnels et étiologiques des dysphagies à Cotonou au cours de la période d'étude et enfin nous avons rapporté les modalités de prise en charge des patients admis pour dysphagie.

4. 3. Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs

4.3.1. Caractéristiques épidémiologiques de la dysphagie

- **Prévalence**

La prévalence globale de la dysphagie, parmi les indications d'EOGD, dans ces trois unités d'endoscopie digestive est de 5,31 % au cours de la période d'étude.

Ce résultat est au-dessus de celui rapporté par Latoundji [6] en 2004, qui avait trouvé que la dysphagie représentait 3,1 % des indications d'EOGD. Cette fréquence est également au-dessus de celle trouvée par Lawson-Ananissoh et al [27] à Lomé au Togo qui était de 2,11 % en 2014.

Elle est inférieure à celle trouvée par Vignon et al [31] au Bénin en 2012 qui était de 6,1 %, à celle rapportée par Pouye et al [28] à Thiès au Sénégal en 2021 (7,1%), à celle décrite par Bazolo B [29] à Louga au Sénégal qui était de 17,7 %.

Cette disparité dans les résultats a été expliquée par une étude réalisée dans plusieurs pays dans le monde par Bazzoli F. et al [3] qui rapportaient que les données épidémiologiques sont difficiles à établir globalement car la prévalence des maladies qui peuvent causer une dysphagie peut différer entre les différentes régions et continents.

- **Âge**

La dysphagie a été observée dans toutes les tranches d'âge de notre étude.

L'âge moyen des patients était de 47,85 ± 2,14 ans et les extrêmes de 2 et 91 ans.

La tranche d'âge la plus atteinte était celle constituée des patients âgés de 40 à 60 ans avec un pourcentage de 36,33 % suivie de celle allant de 20 à 40 ans avec une proportion de 29,07 %. La tranche d'âge la plus représentée de notre étude est inférieure à celle rapportée par Latoundji [6] en 2004 qui a trouvé que la tranche d'âge la plus atteinte par la dysphagie est celle allant de 60 à 80 ans.

Plusieurs auteurs rapportent une prévalence élevée de la dysphagie chez les personnes âgées : Lepaisant [32] rapportait en 2019 que la dysphagie augmentait avec l'âge et représenterait 16 à 50 % de la population de plus de 50 ans ; Allepaerts et al [33] rapportent une prévalence de 44 % chez les personnes

hospitalisées en gériatrie. Ils expliquent cela par le fait que chez les personnes âgées (plus de 65 ans), les troubles de la déglutition sont associés à des conditions médicales particulières comme les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la maladie de Parkinson, les tumeurs cérébrales.

En ce qui concerne l'âge relativement jeune de notre série, on peut l'expliquer par le fait que les principales étiologies retrouvées à l'endoscopie devant une dysphagie (candidose œsophagienne, cancer de l'œsophage, œsophagite peptique et hernie hiatale) surviennent chez des adultes jeunes (40 à 60 ans). Ce qui est conforme à ce qu'ont rapporté Rar et al [34], Dia et al [35], Bouamma et al[36] et Maiga [37]. De plus, la population des grandes villes du Bénin (Cotonou) est relativement jeune.

- **Sexe**

Dans notre étude, la dysphagie touche plus les femmes que les hommes (53,29 % de femmes). Cela est conforme à la situation démographique nationale en 2019 où on retrouve une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,9 % [38]. Ce résultat est contraire à celui trouvé par Latoundji en 2004 qui rapportait une prédominance masculine à 56,3 % [6]. Cela s'explique par le fait que les trois premières étiologies de dysphagie dans cette étude prédominaient chez les hommes.

- **Ethnie**

L'ethnie fon était la plus représentée dans notre étude (60,28%). Agoro [39] et Koudogbo [40] ont fait le même constat dans leurs études en 2021 dans des proportions moindres qui étaient respectivement de 52,3 % et de 28,18 %. Cela peut s'expliquer d'une part, par le fait que, la plupart des sujets de notre population d'étude viennent du sud du Bénin où l'ethnie la plus représentée est le Fon.

- **Profession**

Dans notre série, la couche des artisans et des ouvriers était la plus représentée avec une proportion de 16,38 % suivie de celle des commerçants avec un pourcentage de 15,33 %, soit majoritairement des personnes qui travaillent dans

le secteur informel. Latoundji [6] rapportait également une prédominance des artisans et ouvriers parmi les patients reçus en endoscopie pour dysphagie (47,2%).

Notre résultat est conforme à la situation sanitaire du Bénin où la proportion de sujets actifs est plus élevée dans le secteur informel [41].

4.3.2. Signes associés à la dysphagie

Les signes les plus souvent associés à la dysphagie dans notre étude étaient respectivement l'amaigrissement (15,22 %), l'épigastralgie (10,03 %) et les régurgitations (05,54 %).

Le fait que l'amaigrissement soit le plus souvent associé à la dysphagie n'est pas surprenant. Cela s'explique par le fait que la dysphagie entraîne une dénutrition, qui est une cause d'amaigrissement. Cela a été rapporté par plusieurs auteurs comme, Lepaisant [32] et Allepaert et al [33].

4.3.3. Endoscopie

- **Délai entre le début du symptôme et la réalisation de l'endoscopie**

Le délai entre le début de la dysphagie et la réalisation de l'endoscopie était de plus 6 mois dans 39,18 % des cas de notre étude. Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature sur le délai moyen d'évolution de la dysphagie avant la réalisation de l'endoscopie.

Cependant nous pouvons expliquer le recours tardif aux soins par l'ignorance de la population, le recours à la médecine traditionnelle, la précarité de la population dont la majorité n'a pas de couverture sanitaire. De plus, la dysphagie peut évoluer de façon intermittente sans être invalidante chez près de la moitié de nos patients.

- **Endoscopie normale**

Sur les 289 patients reçus pour dysphagie, 44 ne présentaient pas de lésions endoscopiques (15,22 %). Ce chiffre est supérieur aux 5,55 % rapportés par Latoundji en 2004 [6]. L'endoscopie normale devant une dysphagie peut s'expliquer par les troubles moteurs œsophagiens, les anomalies endoscopiques non reconnues, une cause non œsophagienne, une dysphagie fonctionnelle ou une

œsophagite à éosinophile [30]. Devant une EOGD normale, il est nécessaire de faire une biopsie de façon systématique à la recherche d'une œsophagite à éosinophile.

- **Lésions endoscopiques observées**

➢ **Œsophagite mycosique**

- Prévalence

L'œsophagite mycosique était la lésion la plus observée à l'endoscopie chez nos patients (22,86 %). Ce résultat est inférieur à celui rapporté par Latoundji en 2004 qui avait noté que les œsophagites mycosiques représentaient la 3è cause de dysphagie en unité d'endoscopie avec une prévalence de 13,1 %.

Ce pourcentage relativement élevé de notre étude peut s'expliquer d'une part par le stress et l'anxiété prédominant chez la plupart de la population active et d'autre part par les maladies immunodéficientes comme le VIH/SIDA [35, 44], le cancer, le diabète mal équilibré, etc. Selon Ouattara et al [43] en 2018, les œsophagites mycosiques arrivent au premier rang des œsophagites toutes causes confondues en unité d'endoscopie à Abidjan (54,76 %). Maiga et al [44] trouvent que 71,9 % des patients atteints du VIH développent une mycose œsophagienne. Selon Rar et al [34] en 2015, ces infections habituellement bénignes, ont vu leur prévalence augmenter ces dernières décennies, avec l'émergence de nouvelles espèces de Candida « non albicans » de sensibilité moindre aux antifongiques.

- Age et sexe

La tranche d'âge la plus touchée par les œsophagites mycosiques dans notre série est celle des 40 à 60 ans avec une proportion de 32,14 % suivie de celle des 60 à 80 ans (26,78 %). Il y a une légère prédominance masculine (53,54 %). Latoundji [6] en 2004 avait également noté une prédominance masculine (57,89 %). Rar et al [34] rapportaient dans leur étude en 2017 au Maroc que l'âge moyen était de 46 ans avec un sex-ratio de 1,42. Ouattara et al [43] rapportaient que la tranche d'âge de 15 à 44 ans était majoritaire dans leur série (60,32 %) et avaient également noté une prédominance masculine (61,90 %). Nous pouvons expliquer

cette prévalence masculine par le fait que les hommes ont un système immunitaire moins actif que celui des femmes dont une tendance naturelle à faire plus d'infection.

-Topographie

Les œsophagites mycosiques siégeaient en majorité tout le long de l'œsophage (42,55 % des cas). Ce constat était aussi fait par Essamri et al [42] qui estimaient que les oesophagites mycosiques peuvent s'étendre sur la quasi-totalité de l'œsophage.

➢ **Cancer de l'œsophage**

- Fréquence

Dans notre série, le cancer de l'œsophage est la deuxième pathologie œsophagienne responsable de dysphagie après les œsophagites mycosiques. Sur les 289 patients ayant réalisé une endoscopie pour dysphagie, 54 présentaient un cancer de l'œsophage soit une prévalence de 22,04 %.

Ce résultat est comparable à celui trouvé par Latoundji [6] qui était de 22,6 % .

Kodjoh et al [45] rapportaient aussi que le cancer de l'œsophage était la deuxième affection œsophagienne retrouvée en endoscopie après les œsophagites toutes causes confondues. Elondo [46] quant à lui notait que le cancer de l'œsophage arrive au premier rang des pathologies œsophagiennes avec une prévalence de 62,18 % et il est le plus fréquent des cancers digestifs. De même, Yakeu [47] a noté que le cancer de l'œsophage arrive au premier rang des pathologies œsophagiennes. Pour Att Abbi [48] à Rabat au Maroc, le cancer de l'œsophage vient au quatrième rang des cancers digestifs et représente 1,3 % des hospitalisations en service de gastroentérologie.

Pour expliquer cette disparité dans les chiffres, référons-nous à Bassène et al [35] qui ont rapporté que parmi les cancers digestifs, celui de l'œsophage présente la répartition géographique la plus hétérogène. Cette hétérogénéité est probablement en rapport avec la distribution très inégale de ses facteurs majeurs de risque à travers le monde. L'alcool, le tabac, l'endobrachyœsophage (EBO) secondaire au

reflux gastroœsophagien et à l'obésité, sont ses principaux facteurs de risque dans les pays occidentaux tandis que les facteurs nutritionnels apparaissent prépondérants dans les pays en développement. La consommation élevée du maïs serait corrélée au risque de survenue du cancer de l'œsophage en Afrique par le biais de la contamination du maïs par une mycotoxine, la fumonisine [49].

Plusieurs autres auteurs rapportent également que l'incidence du cancer de l'œsophage varie de façon significative d'une région à une autre [50, 51].

- Âge

La tranche d'âge de 40 à 60 ans est la plus concernée dans notre série, 24 cas soit une prévalence de 44,44 %. Ce résultat est conforme aux moyennes d'âge trouvées par Bassène et al [35] 49 ans ; Att Abbi [48] 58,04 ans ; Bouglouga et al [49] 57,08 ans.

Selon Menahem et al [52], la moyenne d'âge est de 61 ans, le cancer de l'œsophage est rare avant 40 ans.

Selon Michel [53], il faut une longue exposition (20 à 30 ans) aux facteurs de risque comme l'alcool et le tabac pour développer un cancer de l'œsophage.

En somme, l'âge moyen de survenue du cancer de l'œsophage tourne autour de 50 ans.

- Sexe

Dans notre étude, la prévalence du cancer de l'œsophage était presqu'identique dans les deux sexes (28 hommes versus 26 femmes) soit un sexe ratio de 1,07.

Le même constat a été fait au Togo par Bouglouga et al [49] qui avaient retrouvé la même proportion d'hommes et de femmes. Ces résultats sont différents de ceux rapportés par certains auteurs :

- ✓ Latoundji [6] en 2004 à Cotonou : le sex-ratio était de 2,56 ;
- ✓ Bassène et al [35] au Sénégal en 2011 : le sex-ratio était de 1,9 ;
- ✓ Lacourreye [51] rapporte une prédominance masculine à 95 % ;
- ✓ Menahem et al [52] en 2018, avaient noté une prédominance masculine de 73,1% ;

- ✓ Ait Abbi [48] à Rabat au Maroc en 2012, le sex-ratio était de 71,3 % .

Les hommes sont les plus touchés par le cancer de l'œsophage de par ces études, du fait qu'ils sont les plus exposés aux facteurs de risques généralement rapportés : l'alcool, le tabac.

- Catégorie socio-professionnelle

Les ménagères (17 cas), les agriculteurs (12 cas) et les commerçants (10 cas) étaient les plus touchés.

Ce résultat va dans le sens de celui rapporté par Diallo et al [54] au Mali pour qui, les couches socio-professionnelles les plus touchées par le cancer de l'œsophage étaient les ménagères et les agriculteurs. Dans leur étude, la consommation fréquente de poissons fumés, de tô avec potasse, de viande conservée naturellement et de tabac à chiquer était significativement associée aux cancers de l'œsophage.

Latoundji [6] rapporte que le cancer de l'œsophage touchait surtout les couches déshéritées de la société. Les patients viennent en majorité des zones rurales et appartiennent à la classe ouvrière. Plus de la moitié d'entre eux résident en zone de forte consommation d'alcool local ou frelaté [6].

- La dysphagie dans le cancer de l'œsophage

La dysphagie dans le cancer de l'œsophage était le plus souvent récente (15 cas), élective aux solides (41 cas), progressive avec aphagie (23 cas), les signes associés étaient le plus souvent l'amaigrissement et l'asthénie (17 cas).

Plusieurs auteurs rapportent que la dysphagie est le signe clinique le plus important et révélateur de la dysphagie.

- ✓ Pour Laccourreye [51], le signe révélateur essentiel est la dysphagie. Elle traduit, lorsqu'elle existe, une tumeur avancée. Il affirme qu'en général lorsque les malades consultent pour ce symptôme, le retard de diagnostic est de 3 à 4 mois.
- ✓ Selon Latoundji [6], la dysphagie était présente dans plus 90 % des cas.
- ✓ Selon Ait Abbi [48], la dysphagie était présente chez 78,8 % des cas.

- ✓ Pour Bassène et al [35], la dysphagie était retrouvée dans 92,1% des cas
- ✓ Selon Michel et al [53], la dysphagie était observée dans 80 % des cas.
- ✓ Pour Koura et al [55], 72,41 % des patients avaient une dysphagie.

Les travaux de plusieurs auteurs confirment que la dysphagie est d'installation progressive, d'abord élective aux solides puis aux liquides. Le délai entre l'apparition du symptôme et le diagnostic est de 3 mois en général. L'amaigrissement est le signe le plus souvent associé [6, 52].

- Localisation

Les lésions tumorales observées siègent pour la plupart au 1/3 moyens (48,48 %) et inférieur (45,45%). Elles siègent au 1/3 supérieur dans 6% des cas.

Nos résultats sont superposables à ceux d'autres auteurs:

- ✓ Bagny et al [56] au Togo : la tumeur siégeait dans 45,45 % des cas au 1/3 inférieur ; dans 54,54 % des cas au 1/3 moyen et aucun cas au 1/3 supérieur ;
- ✓ Bassène et al [35] au Sénégal : la tumeur siégeait au niveau du tiers supérieur 10 fois (13,2 %), du tiers moyen 38 fois (50 %) et au tiers inférieur 28 fois (36,8 %) ;
- ✓ Bouglouga et al [49] au Togo : les lésions siégeaient plus au niveau du tiers moyen de l'œsophage (54,16 %) suivi du tiers inférieur (45,84 %). Aucune lésion ne siégeait au tiers supérieur de l'œsophage ;
- ✓ Koura et al [55] au Burkina Faso : La localisation était le tiers inférieur pour près de trois-quarts des tumeurs.

- Examen anatomopathologique

Deux types histologiques ont été observées dans notre série à savoir le carcinome épidermoïde (55,55 % ; 12 /22) et l'adénocarcinome (45,45 % ; 10/22).

Ce résultat est identique à celui de Bagny [56] au Togo en 2012 qui avait rapporté 55,55 % de carcinomes épidermoïdes (6 cas sur 11) et 45,45 % d'adénocarcinomes (5 cas sur 11)

Plusieurs auteurs ont également rapporté une prédominance du carcinome épidermoïde mais dans des proportions beaucoup plus élevées.

- ✓ Bassène et al [35] : le carcinome épidermoïde représentait 92,1 % des cas
- ✓ Koura et al [55] au Burkina-Faso : 65,83 % des lésions étaient des carcinomes épidermoïdes
- ✓ Bouglouga et al [49] en 2014 : 16 lésions (84,21 %) étaient des carcinomes épidermoides et 3 lésions (15,79 %) étaient des adénocarcinomes.
- ✓ Latoundji [6] au Bénin en 2004 : 93,50 % des cancers étaient des carcinomes épidermoïdes et 6,5 % étaient des adénocarcinomes.
- ✓ Bekolo et al [57] au Cameroun en 2019 : 73,5 % des cas étaient des carcinomes épidermoïdes

Michel [53] explique que dans la plupart des pays occidentaux, l'incidence des adénocarcinomes du tiers inférieur de l'œsophage est en augmentation même si le cancer épidermoïde de l'œsophage est toujours le type histologique le plus fréquemment observé. L'intoxication alcoolo-tabagique représente, dans l'ensemble des pays, le principal facteur de risque du cancer épidermoïde de l'œsophage. Les principaux facteurs de risque de l'adénocarcinome du bas œsophage sont la consommation d'alcool et de tabac, l'obésité, le reflux gastro-œsophagien et l'endobrachyœsophage.

On peut donc expliquer les résultats de notre série par le fait que le mode de vie de la population urbaine sur laquelle notre étude a été faite est très proche du mode de vie des pays occidentaux.

- Traitement et évolution.

Sur les 54 cas de cancers de l'œsophage colligés, nous avons pu renseigner le traitement de 30 d'entre eux : ils ont tous bénéficié de chimiothérapie, 5 d'entre eux ont subi une résection tumorale. Parmi les patients, 29 sont décédés, 14 sont perdus de vue. Il n'y a qu' un seul cas dont nous soyons sûr qu'il est en vie.

Cela peut s'expliquer par le fait que la majorité des patients concernés appartiennent aux couches défavorisées de la population. Ils viennent tardivement en consultation, en témoigne le délai supérieur à 6 mois que nous avons retrouvé

plus haut dans notre série. Le diagnostic est donc effectué à un stade tardif de la lésion.

Il faut cependant noter que le taux de survie est généralement bas.

- ✓ Selon Michel le pronostic du cancer de l'œsophage reste mauvais avec une survie globale à cinq ans inférieure à 20 %. La prise en charge médicale des patients est complexe en raison d'une révélation de la maladie le plus souvent à un stade avancé chez des sujets âgés et/ou avec des pathologies sévères associées [53].
- ✓ Selon Bekolo et al [57] la survie à 1 an est de 21,1 %. Il explique cela par plusieurs facteurs à savoir l'âge des patients, le sexe, la race, le niveau socio-économique bas, la nutrition, la prise en charge des complications liées à la maladie mais aussi le stade tumoral, car il détermine le type de traitement. Les meilleurs taux de survie ont été obtenus à des stades plus ou moins précoces.

➢ **Œsophagites peptiques**

- Fréquence

L'œsophagite peptique a été retrouvée chez 10,31 % de nos patients. Ce résultat est largement supérieur à celui de Latoundji en 2002 qui était de 2 % chez les patients présentant une dysphagie.

Selon Ouatara et al [43], les œsophagites peptiques représentent 37,30% des œsophagites toutes causes confondues derrières les œsophagites mycosiques. Pour Kabore [58] au Burkina Faso, elles viennent au 2è rang des pathologies œsophagiennes derrière la hernie hiatale avec une fréquence de 30,84%. Pour Maiga et al [37], par contre, les œsophagites peptiques arrivent au premier rang des œsophagites toutes causes confondues à une proportion de 69,30%.

- Âge et sexe

Le sexe masculin est le plus concerné avec un sex-ratio de 2, et la tranche d'âge de 20 à 40 ans est majoritairement touchée avec une prévalence de 52,94 %. Ce résultat est comparable avec ceux trouvés par d'autres auteurs tels que : Maiga et al [37] qui rapportent une tranche d'âge de 31 à 49 ans et une prédominance

masculine avec un sex-ratio de 1,7. Ouattara et al [43] en Côte d'Ivoire avaient eu une prédominance masculine à 68,09 % et une tranche de 15 à 44 ans.

Cisse [59] avait observé un âge compris entre 50-59 ans, la moyenne d'âge étant de 48 et le sexe masculin était le plus retrouvé avec un sex-ratio de 2,14. Selon cet auteur, l'œsophagite s'aggrave avec l'âge.

L'augmentation de la fréquence de l'œsophagite avec l'âge peut s'expliquer par la durée d'exposition aux facteurs de risque associés au RGO. La forte prédominance masculine peut s'expliquer par la grande consommation de toxiques (alcool, tabac, thé, café) dans ce genre [59]. Maiga et al [37] expliquaient que le tabac consommé par la plupart des patients peut entraîner une diminution de la pression du sphincter inférieur de l'œsophage qui entraîne le RGO qui a pour corollaire l'œsophagite peptique.

- Dysphagie dans les œsophagites peptiques

La dysphagie est l'un des symptômes révélateurs les plus importants de l'œsophagite peptique. Selon Cisse [59], la dysphagie vient au 5ème rang (13,6 %) des symptômes amenant les patients en consultation derrière les régurgitations, l'épigastralgie, le pyrosis et la douleur abdominale. Pour Ouattara et al [43], Kaboré [58] et Traore et al [37] la dysphagie est retrouvée respectivement chez 6,38 %, 2,44 % et 3,35 % des patients présentant une œsophagite peptique.

Dans notre série, la dysphagie est élective aux solides dans 83,33 % des cas, évolue de façon progressive dans 2/3 des cas et elle est le plus souvent associée à un amaigrissement et une épigastralgie.

Certains auteurs expliquent que la dysphagie est la manifestation d'une œsophagite peptique ancienne compliquant un RGO non diagnostiquée et non traitée. L'interrogatoire trouve la notion de pyrosis ou de régurgitations, d'épigastralgie comme signes associés. La dysphagie est progressive avec un amaigrissement modéré [60]. Par contre d'autres auteurs comme Chinar [61] trouvent que la dysphagie dans les maladies peptiques est une dysphagie intermittente et rarement accompagnée de signe de RGO.

- Localisation

Dans 83,21 % des cas de notre étude, la lésion se situe au tiers inférieur.

Ce résultat est proche de celui de Latoundji qui rapporte que les œsophagites siègent le plus souvent au tiers inférieur (71,87 %). Ouatara et al [43] rapportent également l'atteinte fréquente du bas œsophage au cours des œsophagites peptiques. Cela s'explique par l'exposition du bas œsophage à l'acidité au cours du RGO.

➢ **Méga œsophage**

- Prévalence

Le méga œsophage a été retrouvé chez 17 de nos patients soit une fréquence hospitalière de 6,71 %. Notre résultat est relativement au-dessus de celui obtenu par Latondji [6] en 2004 pour qui, le méga œsophage représentait 1,2 % des causes de dysphagie retrouvées à l'endoscopie.

En effet, dans la littérature, pour plusieurs auteurs le méga œsophage est une des pathologies œsophagiennes les plus rares dans la population en général [62–64]. Pour Haddi et al [63], Le mégaœsophage a une incidence estimée à 1 cas pour 100.000 à 200.000 personnes.

- Age et sexe

La tranche d'âge la plus atteinte dans notre étude est celle de 40 à 60 ans (9 cas soit 52,94 %) et on notait une prédominance féminine, 10 cas sur 17 (58,82 %), soit un sex-ratio (H/F) de 0,7.

Nos résultats sont superposables à ceux de El-Harchouni A. [64], Mouna cherif et al [65], Haddouch et al [66], qui rapportent respectivement une moyenne d'âge de 43,3 ans, 42 ans et 45 ans. El-Harchouni A. [64] et Haddouch Mouna et al [66] rapportent également une prédominance féminine avec un sex-ratio respectivement de 0,9 et 0,7. Mouna cherif [65] avait trouvé un sex-ratio proche de l'unité (1,06)

- Dysphagie dans le méga œsophage

La dysphagie est le signe le plus important dans le méga œsophage.

En effet, elle est présente chez tous les patients présentant un méga œsophage selon Latoundji [6] et Tzeuton et al [62]. Pour El-harchouni [64] la dysphagie était présente chez 95% des patients tandis que pour Salem et al [67], c'était plutôt 87,5% des patients.

Dans notre série, la dysphagie était ancienne dans la majorité des cas (11 cas sur 17). Il s'agissait d'une dysphagie totale dans 12 cas et paradoxale aux liquides dans 3 cas.

La dysphagie du mégaoesophage telle que décrite par plusieurs auteurs, est légère au début avec odynophagie ; elle est paradoxale dans 1 cas sur 3. Elle évolue de façon capricieuse, mais à long terme, la dysphagie s'accentue et devient totale [46, 67].

- Traitement

Un traitement instrumental a été adopté chez nos patients : 16 patients sur les 17 ont bénéficié d'une dilatation au ballon. Cela est conforme aux écrits de plusieurs auteurs qui rapportent que la dilatation pneumatique est le traitement de choix du méga œsophage améliorant immédiatement la dysphagie [62,67,68]. On peut faire également un traitement médical (nifédipine) ou chirurgicale (myotomie de Heller) [62,67,68].

➢ **Hernie hiatale**

La hernie hiatale est retrouvée chez 18,25 % de nos patients (46 patients). Ce chiffre est supérieur à celui rapporté par Latoundji [6], qui était de 7,1%. Sa prévalence globale en unité d'endoscopie était de 3,87 % selon Kodjoh et al [45], de 7,45 % selon Vignon et al [31] et de 21,71 % selon Bazolo et al[29].

Chez la totalité de nos malades, il s'agissait d'une hernie hiatale par glissement.

La hernie hiatale par glissement n'est généralement par une cause de dysphagie mais selon plusieurs auteurs il n'est pas rare de retrouver une dysphagie dans des cas de hernie hiatale. La hernie hiatale se manifeste le plus souvent par des régurgitations, des brûlures épigastriques et rétrosternale aggravées par le

décubitus. Elle peut être une cause d'œsophagite et entrainer une dysphagie [6,69].

➢ **Sténose caustique**

Dans notre étude, elles représentent 5,31 % de notre échantillon (13 cas). En général les sténoses caustiques sont observées chez des patients ayant fait une tentative d'autolyse ou dans les accidents domestiques chez les enfants. La majorité de nos patients ont bénéficié d'une dilatation à la bougie de Savary (11 cas).

Dans son étude en 2004 sur le bilan endoscopique des dysphagies, Latondji [6] rapportait une fréquence de 15,1 %, ce qui est largement supérieur à la nôtre.

Soumaré et al [70] quant à eux rapportaient une fréquence hospitalière globale de 2,1 %. Ces auteurs pensent qu'il s'agit dans plus de 90 % des cas d'une tentative de suicide ou d'affections psychotiques. Le traitement est le plus souvent instrumental par dilatation à la bougie de Savary. Le traitement nécessite souvent plusieurs séances de dilatation qui peuvent s'avérer infructueuses.

➢ **Anomalies du Cardia (béances, incontinences du cardia)**

Les anomalies du cardia ont été retrouvées chez 34 de nos patients (13,12 %) admis pour dysphagie. Elles étaient responsables de RGO.

Pour certains auteurs, la dysphagie est une des manifestations atypiques du RGO [59]. Une étude suédoise rapporte une prévalence de la dysphagie à 10 % dans les cas de RGO [71].

Plusieurs cas d'anomalies de continence du cardia ont été recensés chez les patients admis pour dysphagie dans notre étude. On peut valablement se demander si les anomalies de continence du cardia ne pourraient pas engendrer des troubles neuromusculaires œsophagiens, responsables de dysphagie.

CONCLUSION

Après cette étude rétrospective sur la dysphagie dans 3 unités d'endoscopie digestive à Cotonou, il est apparu que :

1. La dysphagie est un symptôme œsophagien relativement important en unité d'endoscopie à Cotonou : sur la période d'étude (2017 à 2021), 5453 EOGD ont été réalisées parmi lesquelles 289 cas de dysphagie ont été recensés soit une prévalence hospitalière de 5,31 %.

2. Sur le plan épidémiologique, la dysphagie concernait toutes les tranches d'âge mais l'âge moyen était de 47,85 ± 2,14. Les patients étaient préférentiellement de sexe féminin (154 cas ; 53,29 %), de niveau d'instruction secondaire (76cas ; 30 %) ou primaire (75 cas ; 29 %) et de résidence suburbaine (113 cas ; 45,93 %) ou urbaine-Cotonou (56 cas ; 22,76 %).

3. Sur le plan clinique la dysphagie était souvent récente (114 ; 57,29 %), élective aux solides (165 cas ; 69,04 %) et parfois totale (69 cas ; 28,87 %). Elle s'accompagnait d'épigastralgies (29cas ; 10,03 %) et d'amaigrissement (44 cas ; 15,22 %) dans la majorité des cas. Il existait un retard de prise en charge avec un délai entre l'apparition de la dysphagie et la réalisation de l'endoscopie qui était de 6 mois dans 39,18 % des cas.

4. Sur le plan endoscopique, les principales lésions observées étaient : les œsophagites mycosiques (56 cas ; 22,86 %), les lésons tumorales d'allure maligne de l'œsophage (54 cas ; 22,04 %), la hernie hiatale (46 cas soit 18,26 %), l'incontinence cardiale (34 cas soit 13,11 %), les œsophagites peptiques (26 cas soit 10,3 1%), le méga œsophage (17 cas ; 6,71 %), les sténoses caustiques (13 cas soit 5,31 %), l'endo- brachy-œsophage (5 cas soit 2,04 %). Ces lésions se situaient majoritairement au niveau du bas œsophage (56,35 % des cas). Toutefois l'endoscopie s'est révélée normale chez un nombre important de patients (44 cas ; 15,22 %).

5. Sur le plan thérapeutique, le traitement était surtout étiologique. Il était souvent médicamenteux (206 cas ; 78,63 %) et reposait sur les IPP (133 cas ; 64,57 %), les antifungiques (49 cas ; 23,30 %) et la chimiothérapie (41cas ; 19,90 %). Il

était parfois instrumental (dilatations), (30 cas ; 10,37 %) et rarement chirurgical (12 cas ; 4,15 %).

6. L'évolution était favorable pour 162 patients (56,06 %) ; des perdus de vue étaient notés dans 28,37 % (82 cas) ; le décès a concerné 38 patients (13,15 %).

La mortalité est surtout constatée dans les dysphagies révélant une tumeur œsophagienne (29 cas).

SUGGESTIONS

A l'issue de cette étude, nous formulons quelques suggestions dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients présentant une dysphagie. Ainsi, nous suggérons à l'endroit :

- **des autorités gouvernementales**
  - d'équiper les plus grands centres de santé de notre pays de services de maladies digestives et d'unités d'endoscopie digestive ;
  - d'équiper le CNHU en matériel de manométrie ;
  - d'assurer la formation de plus de médecins gastroentérologues et les déployer sur le territoire national ;
  - de mettre en place une couverture maladie accessible à toute la population béninoise.
- **du personnel médical notamment des médecins de :**
  - bien remplir les bons d'examen afin de fournir à l'endoscopiste des renseignements cliniques pouvant guider l'examen ;
  - bien remplir les dossiers médicaux des patients en menant un bon interrogatoire et un bon examen physique ;
  - sensibiliser les patients sur l'importance de l'EOGD devant une dysphagie et de l'examen anatomopathologique des pièces biopsiées ;
  - bien décrire les circonstances de la dysphagie sur les bons d'examen (ingestion de corps étrangers, caustiques,..)
- **des hépato-gastroentérologues :**
  - pratiquer une biopsie systématique devant toute dysphagie
- **du personnel des services d'endoscopie digestive de :**
  - prendre bien soin du matériel pour limiter les pannes ;
  - recueillir et renseigner fidèlement les rapports de chaque malade.
- **de la population de :**
  - savoir que la dysphagie est un signe d'alarme devant lequel il faut consulter le plus tôt possible un médecin ;

- éviter de laisser à la portée des enfants et des malades suicidaires des produits caustiques.

REFERENCES

1. Lohe VK, Kadu RP. Dysphagia: A Symptom Not a Disease. Oral Heal Case Reports. 2016;2(2):2–5.
2. Vallot T, Merrouche M. Diagnostic d'une dysphagie sans cause évidente. Gastroenterologie Clinique et Biologique. 2006;30:399–407
3. Bazzoli F, Looze D, Fried M, Kahrilas P. Dysphagie. World Gastroenterol Organ Glob Guidel. 2014;26 p.
4. Geneviève A, Brigitte L, Pellerin M, Martin C, Rhainds M. Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée Rapport. UETMIS. 2015;12:12.
5. Borjon L. dysphagie, retour sur une pathologie de l'ombre. Sylver Eco [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 17]; Available from: https://www.silvereco.fr/dysphagie-retour-sur-pathologie-de-lombre/31124835
6. Latoundji E. Bilan endoscopique des dysphagies oesophagiennes à l'hopital Saint Luc de cotonou; [Thèse de doctorat en médecine] N°1105. FSS/ UAC; 2004. 86 p
7. Ginsberg GG. Food bolus impaction. Gastroenterol Hepatol. 2007;3:85–6.
8. Holland G, Jayasekeran V, Pendleton N, Horan M, Jones M HS. Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self- reporting questionnaire survey. .Dis Esophagus. 2011;24:476–80.
9. Kawashim K, Yutaka Motohashi F. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. 2004. 266–71
10. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG CM. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. J Am Geriatr Soc. 2002;50:1118–22.
11. Turley R CS. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;140:33–6.

12. Cristi A, Bourges M, Gronnier C, Collet D. Anatomie chirurgicale de l ' oesophage Anatomie chirurgicale de l ' œsophage. EMC Gastro-entérologie. 2018;1–7.
13. Rouvière H. Anatomie humaine. tête et cou. 15è édition. Delmas. Paris; 2002. 506–628 p.
14. Moreau S. Goullet de Ruggy M. Babin E. Anatomie et physiologie de l'oesophage. Oto-rhino-laryngologie. Esevier. Paris; 1999. 1–12 p.
15. Robert D. Giovani A. Zanaret M. Physiologie de la déglutition. Elsevier. Paris; 1996. 1–12 p.
16. Mounier-kuhn P, Soulas A. La deglutition et ses troubles. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 1956;77(3–4):343–5.
17. Bronstein PJ. Dysphagie, orirntation diagnostique. Rev du Prat. 2007;57:1592–1592.
18. Madanick DR, Shaheen NJ. Affections œsophagiennes. Médecine interne de Netter. 2011;480–6.
19. Berton F. Conduite a Tenir devant une dysphagie. Allg Int. 1984;13(3):104–6.
20. Zeitoun J, Chryssoltalis A. Hepatologie Gastro-enterologie Chirurgie Viscerale. 7th ed. Paris. Editions Vernazobres-Grego. 2020. 558p.
21. Boutra. Endoscopie digestive haute Diagnostique et thérapeutique [Internet]. CHU de Constantine Service de Gastro-enterologie; 2017 [cited 2022 Dec 19]. Available from: http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/gastro4an_td-endoscopie_haute2020boutra
22. Leblanc S. ABCDaire d'endoscopie digestive. 2nd ed. Paris: Société Francaise d'Endoscopie Digestive; 2002. 58 p.
23. Havanond C. Initial Signs and Symptoms as Prognostic Indicators of Severe Gastrointestinal Tract Injury Due to Corrosive Ingestion. J Emerg Med. 2007;33(4):349–53.

24. Périé S. Les dysphagies par troubles moteurs. la Lett l'oto-rhino-laryngologie Chir cervico-faciale. 1998;231:28–35.
25. Mougenel J L. Troubles fonctionnels œsophagiens. La Lettre du l'hépato-gastroentérologue. 2001;4(3):124–7.
26. Drossman LC. Rome IV Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders [Internet]. Rome Foundation. 2016. Available from: https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria
27. Lawson-Ananissoh LM, Bouglouga O, Bagny A, Kaaga L, Redah D. La fibroscopie digestive haute chez 2795 patients au centre hospitalier universitaire-campus de Lomé: les particularités selon le sexe.Pan African Medical Journal. 2014.19: 633–9.
28. Fall MP, Basséne ML, Diallo S, Guèye MN, Cissé C, Diop M, Dia D MM. Indications et résultats de l'endoscopie digestive haute au centre hospitalier régional de Thiès. Rev afiricaine médécine interne. 2021;8:22-28.
29. Bazolo B, Bourgi L, Da JA. Endoscopie digestive haute à Louga (Sénégal): profil des patients et difficultés rencontrées Upper gastrointestinal (UGI) endoscopy in Louga (Senegal): patients profile and difficulties encountered. 2017;8688:1–5..
30. Zerbib F, Lamouliatte H. La dysphagie à endoscopie « normale ». Acta Endoscopica. 2008;38(5):443–51
31. Vignon R, Dovonou A, Kodjoh H. Etude comparative de la prevalence des lesions oesogastroduodénales entre les populations de Cotonou et de Parakou. Le Bénin Médical. 2013;53:23–7
32. Lepaisant. Dysphagie. In: Journée régionale de restitution 2019 ARS. Caen; 2019. p. 6.
33. Allepaerts S, Delcourt JP. Personnes âgées et troubles de la déglutition : une approche pluridisciplinaires. Rev Med Liège. 2014;69(1):5–6.
34. Rar L, Naoui H., Aouragh A., Doghmi K. Profil Epidemiologique des candidoses oro-pharyngees et oesophagiennes à L'Hopital Militaire

d'Instruction Mohamed V De Rabat; [Thèse de doctorat en médecine]. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohamed V, Rabat.; 2015. 447 p.

35. Dia D, Bassène ML, Ndiaye-Bâ N, Halim A, Diallo S, Fall S, et al. Aspects endoscopiques du cancer de l'œsophage à Dakar (Sénégal) : Étude de 76 observations. Med Trop. 2011;71(3):286–8.
36. Bouamama S, Abouelhak S, Hassani M, Haddad F, Hliwa W, Bellabah WB. Profil épidémiologique, clinique et endoscopique des œsophagites : à propos de 400 cas [Internet]. SNFGE. 2019 [cited 2022 Nov 25]. Available from: https://www.snfge.org/content/profil-epidemiologique-clinique-et endoscopique des oesophagites.
37. Maiga MY, Traore HA, Toure F, Dembele M, Diallo A.N. Étude des oesophagites à Bamako A Propos de 228 Cas. Med Afr Noire. 1996;43(4):228–32.
38. Institut National de Statistiques et d'Analyse Economique. Annuaire Statistique du Bénin. 2019;297.
39. Agoro F. La Mortalite et la létalite à la Clinique Universitaire D ' Hepato - Gastroenterologie du CNHU-HKM de Cotonou; [Thèse de doctorat en médecine] N°2386. FSS/ Cotonou; 2021. 146 p.
40. Koudogbo A. Maladie du foie liée à l'alcool dans deux structures sanitaires de Cotonou : Le CNHU-HKM et L'HZM; [Thèse de doctorat en médecine] N°2413. FSS/Cotonou; 2021. 186 p.
41. Institut National de Statistiques et d'Analyse économique. Principaux indicateurs sociodémographiques et économiques (Bénin) Rapport de synthèse. 2016. p. 33.
42. Essamri W, Afifi R, Benelbarhdadi I, Eljastimi S, Benazzouz M, Essaid AE. La candidose oesophagienne chez un malade porteur du SIDA. Médecine du Maghreb. 2001;85:25.
43. Ouattara A, Allah-kouadio E, Soro D, Assi C, Illa H, Kouacou ML. Profil

étiologique des oesophagites dans l'Unité endoscopique du Centre hospitalier et universitaire de Cocody-Abidjan. Côte d'Ivoire. Rev int sc méd Abj. 2018;43:269–75.

44. Maiga M, Dembele M., Traorte H. K. Manifestations digestives du SIDA chez l'adulte au Mali. bull soc path exot. 2002;95:253–6.
45. Kodjoh N, Hountondji A. Apport de l ' endoscopie au dagnostic des affections Oesogastroduodenales en milieu tropical. Med Afr Noire. 1992;39(5):338-44.
46. Elondo E. Aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques, thérapeutiques et évolutifs des cancers de l'oesophage à la clinique universitaire de Chirurgie viscérale au CNHU de Cotonou. De 1986 à 1996; [Thèse de doctorat en médecine] N° 858. FSS de Cotonou/UAC; 1997. 123 p.
47. Yakeu B. Le méga-oesophage idiopathique A propos de 18 cas à la clinique Universitaire de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou; [Thèse de doctorat en médecine]. FSS de Cotonou/ UAC; 1999. 77 p
48. Ait Abbi B. Prise en charge du cancer de l'œsophage a la clinique chirurgicale "c" A propos d'une serie de 80 cas; [Thèse de doctorat en médecine]. Faculte de medecine et de pharmacie de Rabbat; 2012.169 p
49. Bouglouga O, Laté-Lawson A, Bagni A, Kaaga L. Etude descriptive et analytique du cancer de l'œsophage au Togo. Pan Afr Med J. 2014;19:4
50. Adjagba P. Contribution à l'étude épidémiologique des cancers en Rep du Bénin; [Thèse de doctorat en médecine]. FSS de Cotonou/UAC; 2000. 122p
51. Laccourreye L. Dysphagies d'origine tumorale. La Lett d'oto-rhino-laryngologie Chir cervico-faciale. 1998;231:12–5.
52. Menahem B, Bouvier V. Cancer de l'œsophage - épidémiologie, clinique. [Internet]. Elsevier Masson SAS. 2018[cited 2022 Dec 19]. Available from: https://www.em-consulte.com/article/1244179/cancer-de-l-%C5%92sophage-epidemiologie-clinique
53. P. Michel. Thérapeutique du cancer. Springer-Verlag. 2014;327.

54. Maiga MY, Diallo G, Dembele M, Ndiaye M, Ongoiba N, Sanogo Z, et al. Cancer de l'œsophage: aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques. Acta Endoscopica. 2002;32(S1):455–9.
55. Koura M, Zanga D, Konsegre V, Coulibaly A, Napon-zongo P. Le Cancer de l'Œsophage à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Aspects Épidémiologiques, Cliniques, Endoscopiques et Anatomopathologiques. Health sciences and disease. 2020;21(2):5.
56. Bagny A, Bouglouga O, Djibril MA, M'ba KB, Kaaga L, Lawson AL, et al. Cancer de l'oesophage: Aspect épidémiologique, clinique et histologique au CHU Campus de Lomé (Togo). J Africain d'Hepato-Gastroenterologie. 2012;6(1):24–7.
57. Bekolo Nga W, Eloumou S, Engbang J, Bell E, Maison Mayeh AM, Atenguena E, et al. Facteurs pronostiques du cancer de l'œsophage au Cameroun: étude multicentrique. Pan Afr Med J. 2019;33..
58. Kaboré A. La pthologie oesophagienne en Milieu hospitalier à Ougadougou [Internet]. Https://Medium.Com/. 2019. Available from: https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf
59. Cisse T. Etude des oesophagites peptiques a l ' hopital mère-enfant de Bamako et a l ' infirmerie de garnison; [Thèse de doctorat en médecine]. Universite de Bamako. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. 2010. 73 p.
60. Collegiale des Hépato-gastroentérologues S. .Œsophage • généralités • reflux gastro-œsophagien et endobrachy-œsophage • achalasie • cancer de l'œsophage • divers. Société Nationale Française Gastroentérologie. 2003;103.
61. A. Chinar. sémiologie oesophagienne [Internet]. Faculté de médecine de Batna. BATNA; 2018 [cited 2022 Dec 19]. p. 1–12. Available from: https://docplayer.fr/8823701-Semiologie-digestive.html

62. Ndam E, Guemne T, Tzeuton C, Kamdem P, Sosso A, Nguimbous JF, et al. Megaoesophage idiopathique de l ' adulte camerounais: A propos de quatre observations. Med Afr Noire. 1990;37(9):494-6.
63. Idrissi ML, Hida M. Le mégaoesphage chez l'enfant. Service de pédiatrie CHU Hassan II; 2016 p. 21.
64. El-harchouni A. L'achalasie primitive de l'oesophage : rapporter l'experience du CHU Hassan II Fès (à propos de 21 cas) [Internet]. Faculté de Médecine et de Pharmacie de FES; 2008. [cited 2022 Dec 18]. Available from: http://www.chu-fes.ma/lachalasie-primitive-de-loesophage-rapporter-lexperience-du-chu-hassan-ii-fes-a-propos-de-21-cas
65. Mouna C, Zaafouri H, Hmida WB, Hadded D, Bouhafa A. Prise en charge therapeutique du mégaoesophage idiopatique [Internet]. Tunisie medicale. Tunis; 2013.422-423. Available from: http://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie.php?article=2236
66. Haddouch M, Benelbarhdadi I, El Bakkali M, Essamri W, Ajana F, Afifi R. Mégacœsophage idiopathique : notre propre expérience. [Internet]. SNFGE. 2022 [cited 2022 Dec 19]. Available from: JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive/Mégacœsophage idiopathique : notre propre expérience.
67. Nben C, Aben S, Salem R, Zrig A, Mnari W. Megaoesophage Idiopathique a Propos De 24 Cas [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 19]. Available from: https://docplayer.fr/47416616-Megaoesophage-idiopathique-a-propos-de-24-cas.html
68. P. Kauffmann, P. Le Borgne, EL. Lemaitre, E. Quoirin PB. Un diagnostic de haut niveau; l'achalasie. Elsevier. 2018. p. 1–3.
69. Adiot PG, Aure CF. Hernie hiatale | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive. SNFGE

[Internet]. 2018;555–64. Available from: https://www.snfge.org/content/hernie-hiatale-

70. Soumaré G, Katilé D, Mallé O, Guindo H, Maiga A, Mc T, et al. Brulures caustiques du tractus digestif superieur chez l'adulte à Bamako : Aspects épidemiologiques, sémiologiques et pronostiques Uper. Mali Med. 2018;4:16–8.
71. Ruth M, Månsson I, Sandberg N. The Prevalence of Symptoms Suggestive of Esophageal Disorders. Scan J Gastroenterol. 2009;26(1):73–81

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire d'enquête

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme de doctorat en Médecine à la Faculté de Sciences de la Santé, j'entreprends une recherche sur dysphagie dans trois (3) unités d'endoscopie digestive à Cotonou : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

N° du dossier /___/___/___/

Section 1 : caractéristiques sociodémographiques du patient

N°	Questions	Réponses	Codes
Q100	Département de résidence		
Q101	Commune de résidence		
Q102	Quartier/ village de résidence		
Q103	Sexe du patient	Masculin Féminin	1 2
Q104	Quel est l'age du patient actuellement	/____/____/ ans	
Q105	Situation matrimoniale du patient	Célibataire Marié Divorcé Séparé Veuf/ve	1 2 3 4 5
Q106	Groupe socioculturel du patient		
Q107	Quelle est la religion du patient?	Traditionnelle Islam Catholique Protestants Céleste Autres chrétiens Aucune religion Autre Préciser_____	1 2 3 4 5 6 7 9
Q108	Quel est le niveau d'instruction du patient ?	Aucun Alphabétisé Primaire Secondaire Supérieur	0 1 2 3 4
Q109	Groupe socioculturel d'appartenance du patient	Fon Adja Xwla Xuéda ou Pédah	1 2 3 4

		Mina ou Guen Bariba Dendi Yoruba Autre Préciser _____	5 6 7 8 9
Q110	Quelle est la profession/ occupation du patient ?	Cadre supérieur Cadre moyen Agent d'exécution Artisan Commerçant Ménagère Agriculteur Particulier Apprenant/Apprenti Autre Préciser _____	01 02 03 04 05 06 07 08 09 99
Q111	Adresse du patient		
Q112	Numéro de téléphone du patient		

Section 2 : admission du patient, manifestations de la maladie et traitement du patient

N°	Questions	Réponses	Codes
B. mode d'admission			
Q200	Comment le patient est-il venu ?	Venu de lui-même Référé d'un centre de santé Venu des urgences	1 2 3
C. Caractères sémiologiques de la dysphagie			
Q201	Quel est le mode du début de la maladie	Récent (inférieur à 6 mois) Ancien (6 mois et plus)	1 2
Q202	Electivité	Élective aux solides Paradoxale aux liquides Totale	1 2 3
D. Evolution			
Q203	Quelle est l'évolution de la dysphagie ?	Progressive avec aphagie Intermittente	1 2

N°	Questions	Réponses	Codes	
Q204	Quels sont les signes associés à la dysphagie ? ***(Plusieurs réponses sont possibles)***		Oui	Non
		a) Epigastralgie	1	2
		b) Hématémèse	1	2
		c) Pyrosis	1	2
		d) Vomissements	1	2
		e) Hoquet	1	2
		f) Anémie	1	2
		g) Hépatomégalie	1	2
		h) Amaigrissement	1	2
		i) Asthénie	1	2
		j) Fièvre	1	2
		k) Odynophagie	1	2
		l) Autre	1	2
		Préciser _____		
D. Réalisation de l'endoscopie				
Q205	Quelle est la date de la réalisation de l'endoscopie	/___/___/___/___//___/___/___/___/		
Q206	Qualité de l'agent de santé ayant réalisé l'examen	Gastro-entérologue Autre Préciser _____	1 9	
E. Délais entre le début des symptômes et la réalisation de l'endoscopie				
Q207	Quel est le délai entre le début des symptômes et la réalisation de l'endoscopie ?	Inférieur à 1 mois 1-3 mois 3-6 mois Plus de 6 mois Préciser le nombre de mois _____	1 2 3 4	

N°	Questions	Réponses	Codes
F. Résultats de l'endoscopie			
Q208	Quel est le résultat de l'endoscopie :	Oui Non	1 2

Q209	Lésion observée		Oui	Non
		a) Lésion tumorale	1	2
		b) Aspect de mégaoesophage	1	2
		c) Présence de corps étranger	1	2
		d) Diverticule	1	2
		e) Anneaux	1	2
		f) Sténose peptique	1	2
		g) Sténose caustique	1	2
		h) Sténose radique	1	2
		i) Oesophagite peptique	1	2
		j) Oesophagite mycosique	1	2
		k) Oesophagite caustique	1	2
		l) Oesophagite à éosinophile	1	2
		m) Compression extrinsèque	1	2
		n) Aspect trachéal de l'œsophage	1	2
		o) Autre	1	2
		Préciser _____		

N°	Questions	Réponses	Codes
Q210	Topographie de la lésion (distance des arcades dentaires)	Inférieur à 20cm 20-30 cm 30-40cm	1 2 3
G. Examen anatomo-pathologique			
Q211	Biopsie réalisée	Oui Non	1 2
Q212	Organe prélevé	_____	
Q213	Résultat de l'examen anatomo-pathologique	_____	
H. Traitement			
Q216	Traitement médical ?	Oui Non	1 2
Q218	Autres		Oui / Non
		a) Traitement endoscopique	1 / 2
		b) Dilatation aux bougies de Savary	1 / 2
		c) Dilatation au ballon	1 / 2
		d) Traitement chirurgical	1 / 2
		e) Autre	1 / 2
		Préciser _____	
I. Evolution			
Q219	Evolution de l'état de santé du patient	Favorable Défavorable Décédé Perdu de vue	1 2 3 4

Annexe 2 : lettres d'autorisations de collecte de donnée

REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTERE DE LA SANTE
ASSOCIATION MEDICO-SOCIALE DE MENONTIN (AMSM)
HÔPITAL DE MENONTIN
HÔPITAL DE ZONE DE COTONOU V
BP 160 GÔDOMEY – TEL (229) 21386385 e-mail:csmdbank@yahoo.fr
IFU 6201200887407

Cotonou, le 28 juillet 2022

N/R 735/CSRHI/DIR/HM/2022

NOTE DE SERVICE

Le Directeur de l'hôpital de Mènontin autorise, Monsieur **AKOTCHAYE Marc Aurèle** conformément à sa demande à effectuer une collecte de données dans le cadre de la rédaction de son mémoire sur le thème : « **Dysphagie dans 3 unités d'endoscopie digestive à Cotonou : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques** » au sein de l'hôpital de Mènontin (Unité d'endoscopie digestive).

Cette recherche est à titre bénévole et se fera dans le respect strict de la période ci-dessus mentionnée.

Le Directeur

M. Patrick ZANTANGNI

Ampliations

- Chef Service
- Intéressé (e)
- Archives

RUE PAVEE A KINDONOU LOT 2130 "A" MENONTIN COMPTES BANCAIRES: ECOBANK N°01151101280401
BOA N° 001406100001 / 001406100038 DIAMOND N° 310010289026 / 310010289038 UBA N° 504100000224

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

ETAT-MAJOR GENERAL
DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES
HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES-CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE COTONOU
SERVICE D'ADMINISTRATION GENERALE

N°22- 945 HIA-CHU-C/GEST/SAG/SLRH/SA

vCotonou, le 08 août 2022

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Directeur de l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou autorise monsieur **AKOTCHAYE Marc Aurèle**, étudiant en 7ème année de médecine générale à la faculté des sciences de la santé de Cotonou, à mener une collecte de données en vue de la rédaction de son mémoire portant sur le thème « Dysphagie dans trois unités d'endoscopie digestive à Cotonou : Aspects épidémiologiques , diagnostiques et Thérapeutiques » à compter du 08 août au 08 septembre 2022 dans le Service d'Hépato-Gastroentérologie de l'Hôpital.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Hôpital d'Instruction des Armées - HIA-CHU - COTONOU
Le Directeur

Médecin-Colonel **BEHANZIN C. Tessilimi**
Directeur de l'HIA-CHU-C /PI

DESTINATAIRES :

- GMG
- Chef Service de Gastroentérologie
- Major Général
- Intéressé
- A/C

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN – MINISTÈRE DE LA SANTÉ
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA

CELLULE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 31 AOUT 2022

N°1436/MS/CNHU-HKM/DAF/CSMR

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte

Références : - Bordereau N°087/MS/CNHU-HKM/CSMR en date du 18 Juillet 2022
- Demande de monsieur AKOTCHAYE Marc Aurèle en date du 14 juillet 2022 ;
- Demande du Directeur de thèse et Chef CUHGE en date du 14 juillet 2022
- Photocopie de la carte d'étudiant N° 11883416.

Dans le cadre de sa thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, portant sur le thème « **Dysphagie dans 3 unités d'endoscopie digestive à Cotonou : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques** », Monsieur **AKOTCHAYE Marc Aurèle**, étudiant en septième année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisé à effectuer une collecte de données, à la **Clinique Universitaire d'Hépato-gastroentérologie** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA.

A cet effet, le Chef Clinique et ses Surveillants sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressé, l'accès aux sources de données.

Ladite collecte se fera sous l'encadrement du chef Cellule de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressé devra transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.

Ampliations :
- DAF, C/SRH, P/CME, C/CSRM
- C/CUHGE, Surveillants,
- Intéressé, Archives, Chrono

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE H K M
Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Annexe 3 : récépissé de dépôt au comité d'éthique et de recherche

Comité d'Éthique et de Recherche en Sciences de la Santé

-*-*-*-*-*-**-*-*-*-*-*-*-*-

RECEPISSE DE DEPOT

Je soussigné Marlène AGBAKOU, officiant en qualité de secrétaire du comité d'éthique et de Recherche en Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi, atteste que le protocole de recherche

Titre : Dysphagie dans 03 unités d'endoscopie digestive à Cotonou : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Investigateur principal : AKOTCHAYE A. A. Marc

A été déposé ce jour (Date) : 16/08/2022

Par (Nom, prénoms du déposant) : AKOTCHAYE A. A. Marc

Et enregistré sous le numéro de dépôt : 0011/CERSS/UAC

En foi de quoi, le présent récépissé de dépôt est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Cotonou le 16/08/2022

Madame Marlène AGBAKOU
Secrétaire/intérim CERSS

Email : cerss.uac@gmail.com

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 4
1.1. Définition 5
1.2. Epidémiologie 5
1.3. Rappels (anatomie, physiologie et histologie de l'œsophage) 5
1.3.1. Anatomie descriptive de l'œsophage [12] 5
1.3.2. Histologie-Structure de la paroi œsophagienne [12] 8
1.3.3. Bases physiologiques [15,16] 9
1.4. Diagnostic 10
1.4.1. Diagnostic positif 10
1.4.2. Diagnostic différentiel 11
1.4.3. Diagnostic étiologique 11
1.4.4. Options thérapeutiques [18] 27
1.5. Dysphagie et endoscopie digestive haute 28
2. CADRE ET METHODEs D'ETUDE 25
2.1. Cadre d'étude 26
2.1.1. Présentation du CNHU-HKM 26
2.1.2. Présentation de l'Hôpital de Zone de Mènontin (HZM) 28
2.1.3. Présentation de l'Hôpital d'Instruction des Armées - Centre Hospitalier et Universitaire (HIA-CHU) de Cotonou 30
2.2. Méthodes d'étude 31
2.2.1. Type et période d'étude 31
2.2.2 Population d'étude 31
2.2.3. Echantillonnage 31

2.2.4. Collecte des données 32
2.2.5 Variables de l'étude 32
2.2.6 Analyse des données 33
2.2.7. Considérations éthiques et administratives 33
3. RESULTATS 34
3.1. Etude descriptive 35
3.1.1. Age/sexe 35
3.1.2. Religion/lieu de résidence 36
3.1.3. Ethnie 37
3.1.4. Niveau d'étude et profession 37
3.1.5. Mode d'admission 38
3.1.6. Mode de début 39
3.1.7. Electivité / évolution de la dysphagie 39
3.1.8. Signes associés 40
3.1.9. Endoscopie 42
3.1.10. Illustration des causes de dysphagie en image 44
3.1.10. Examen anatomopathologique des lésions tumorales 47
3.1.11. Traitement 47
3.1.11. Evolution 48
3.2. Etude analytique 49
3.2.1. Facteurs associés au décès chez les patients présentant une dysphagie dans 3 unités d'endoscopie à Cotonou 49

3.2.2. Répartition des lésions observées selon les données sociodémographiques des patients, les caractères sémiologiques de la dysphagie et le traitement reçu 51

4. DISCUSSION 64

4.1. Qualité et validité des résultats 65

4.1.1. Validité interne 65

4.1.2. Validité externe 65

4.1.3. Evaluation des biais 66

4.2. Atteinte des objectifs 66

4. 3. Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs 67

4.3.1. Caractéristiques épidémiologiques de la dysphagie 67

4.3.2. Signes associés à la dysphagie 69

4.3.3. Endoscopie 69

CONCLUSION 70

SUGGESTIONS 70

REFERENCES 70

ANNEXES ..... rrr

TABLE DES MATIERES ..... rrr

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : la dysphagie est un symptôme important de la pathologie œsophagienne dont la prévalence varie d'une région à une autre en fonction des étiologies. L'endoscopie œsogastroduodénale est l'examen de première intention devant une dysphagie. Il existe très peu d'études sur le bilan endoscopique des dysphagies au Bénin.

Objectif : Contribuer à l'étude de la dysphagie œsophagienne dans 3 centres d'endoscopie à Cotonou (2017- 2021)

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et analytique avec un recueil de données rétrospectives sur une période de 5 ans allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021. Etaient concernés les centres d'endoscopie digestive du CNHU-HKM, de l'HIA de Cotonou et de l'hôpital de Zone de Menontin.

Résultats : Sur 5453 EOGD réalisées, 289 (5,31 %) l'ont été pour dysphagie. Il s'agissait de patients d'âge médian (50ans), de sexe féminin (53,92%) résidant en zone suburbaine (113 ; 45,93 %) ou urbaine (56 ; 22,76 %). La dysphagie était souvent récente (moins de 6 mois) (114 ; 57,29 %) et élective aux solides (165 ; 69,04 %). Les étiologies les plus souvent observées étaient les lésions d'allure mycosique (56 ; 22,86 %), tumorale maligne (54 ; 22,04 %), peptique (26 ; 10,31 %) ou malformatives (hernie hiatale -46 ; 18,26 %-, mégaœsophage -17 ; 6,71 %-).

Le traitement étiologique était souvent médicamenteux et reposait sur les IPP (206 ; 64,57 %), parfois instrumental par dilatation (30 ; 10,37 %), rarement chirurgical (12 ; 4,15 %).

Conclusion : la dysphagie est un maitre symptôme de la pathologie œsophagienne dont les multiples causes sont retrouvées pour la plupart à l'EOGD. Dans les centres concernés, les causes étaient dominées par les œsophagites et le cancer de l'œsophage ; elle touchait majoritairement les couches sociales défavorisées.

Mots clés : Dysphagie, endoscopie oesogastroduédonale. Cotonou République du Benin,

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is an important symptom of esophageal pathology whose prevalence varies from one region to another depending on the etiologies. Esogastroduodenal endoscopy is the first-line examination for dysphagia. There are very few studies on dysphagia in Benin and even fewer on the endoscopic assessment of dysphagia.

Objective: Contribute to the study of esophageal dysphagia in 3 endoscopy centers in Cotonou (2017-2021)

Method: This is a descriptive and analytical study with a collection of retrospective data over a period of 5 years from January 1, 2017 to December 31, 2021

Results: Of 5453 EOGD performed, 289 (5.31 %) were for dysphagia. These were patients of median age (50 years), female (53.9 2 %) residing in suburban (113; 45.93 %) or urban (56; 22.76 %) areas. Dysphagia was often recent (less than 6 months) (114; 57.29 %) and elective to solids (165; 69.04 %). The etiologies most often observed were mycotic lesions (56; 22.86 %), malignant tumor (54; 22.04 %), peptic (26; 10.31 %) or malformative: hiatal hernia (46 ;18.26 %), megaesophagus (17; 6.71 %).

The treatment was often medicinal and based on PPIs (206; 64.57 %), sometimes instrumental by dilation (30; 10.37 %), rarely surgical (12; 4.15 %).

Conclusion: Dysphagia is a main symptom of esophageal pathology, the multiple causes of which are found for the most part in the EOGD. In the population of Cotonou, the causes are dominated by esophagitis and cancer of the esophagus and mainly affects unfavorable social strata.

Keywords: Dysphagia, esogastroduedonal endoscopy