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 : 2014 N° 1731

REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN EN MILIEU HOSPITALIER A COTONOU : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ENDOSCOPIQUES, ET THERAPEUTIQUES

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention
du grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)
Par :

Nancy Lee D. SOGBOSSI

Née le 06 Juin 1990 à Abomey (République du Bénin)

DIRECTEUR DE THESE

Pr Nicolas KODJOH

CO-DIRECTEUR DE THESE

MA Aboudou Raïmi KPOSSOU

PRESIDENT DU JURY

Pr Célestin HOUNKPE

MEMBRES DU JURY

Pr Delphin K MEHINTO

Pr Eugène ZOUMENOU

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

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

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (version octobre 2019)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MJK

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange....	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua.....	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant.....	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.....	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean.....	Hépato-Gastro-Entérologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

MJK

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MAK

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmèdé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Segla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

OCTOBRE 2019

MAK

24.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji.....	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon.....	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue.....	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi.....	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou.....	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis.....	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

OCTOBRE 2019

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

MDG

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

LE DOYEN

MJK

COPIE 2019

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

LE DOYEN

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2012

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

OCTOBRE 2019

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

LE DOYEN

MLK

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

MDK

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

OCTOBRE 2019

DEDICACES

Je te rends grâce **Eternel mon Dieu** pour l'accomplissement de ce travail. Je te remercie pour tes bienfaits dans ma vie. Permets que par la grâce que tu m'accordes en ce jour, ma vie soit un témoignage de ton amour et que par ton **Esprit Saint** je puisse soulager les faibles. Je te confie ma carrière et ma vie toute entière.

A mon père, Michel C. SOGBOSSI

Mieux que n'importe quel héritage, la discipline, l'amour du travail, le savoir vivre et la foi en Dieu sont les grandes richesses que tu m'as données et que nul ne pourra jamais me prendre. Ta rigueur caractéristique m'a rendue très tôt battante. Je sais que ce travail n'est que la moitié de ton ambition pour moi. Puisse cette thèse m'offrir l'occasion de t'exprimer toute ma fierté, ma gratitude et mon amour.

Que le tout Puissant t'accorde une longue vie pour jouir du fruit de tes investissements.

Amour infini.

A ma mère, Jeannette L. ZOLA

Tu dégages une telle joie de vivre quelle que soit la situation que tu traverses. Ton courage, ta détermination, ton amour du prochain, ton humanisme et ton ouverture d'esprit sont autant de qualités qui te caractérisent. Merci pour ton immense amour maternel et tes prières.

Que l'Eternel t'accorde une longue vie et que chacune des larmes que tu verseras soit une larme de bonheur.

Amour éternel.

A mes chères autres mamans

La vie m'a gâté en me donnant à la fois plusieurs mamans qui se sont occupées de moi, comme si elles toutes m'avaient donné la vie. C'est une chance, et je vous en serai reconnaissante toute ma vie.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Amour filial.

A Marie-Josée et Ghislain SOGBOSSI « in memorium »

Grande est ma tristesse de ne pas pouvoir vous avoir à mes côtés ce jour. Mais l'homme propose, Dieu dispose. Je sais que vous serez toujours là pour moi. Puisse Dieu vous accorder le repos éternel.

Soyez bénis et intercédez pour moi.

A Angèle GAHOUSSIN SOGBOSSI

Tu as guidé mes premiers pas scolaires en insistant sur le travail bien fait. Trouve en ce travail le couronnement de tes nombreux sacrifices. Puisse l'Eternel t'accorder une longue vie pleine de bonheur.

Amour filial.

A Julie Billart MBAZO'O ONDO SOGBOSSI

Tu n'as cessé de me soutenir et m'accompagner durant toutes ces années. Puisse Dieu te combler et nous unir davantage.

Amour filial.

A mes frères, Jaurès, Eric, Sosthène, John-Ross, Régis et Michel-Junior

Toute ma reconnaissance à vous qui m'avez entourée d'affection et de prières. Que le Seigneur veille toujours sur chacun de vous et qu'il vous assiste dans toutes vos entreprises. Soyons unis.

Amour fraternel.

A mon frère et aîné, Lionel

J'admire ton amour de la profession médicale. Tu n'as cessé d'être mon guide au cours de toutes ces années. Je te remercie pour le temps et les efforts consentis dans l'accomplissement de ce travail. Puisse Dieu te protéger et t'accorder une carrière heureuse.

Amour fraternel.

A ma sœur, Lucrèce

Que ce travail soit pour toi un exemple et une exhortation à faire mieux. Que Dieu nous unisse davantage et qu'il m'accorde la grâce d'être toujours à tes côtés chaque fois que tu auras besoin de moi.

Amour fraternel.

A Kafui O. ZINSOU

Tu n'as cessé d'être mon guerrier le long de ce chemin tortueux. Ton amour et ton soutien m'ont aidé à franchir les obstacles. J'espère pouvoir toujours combler tes attentes.

Que Dieu nous garde toujours unis et qu'il nous comble davantage.

Tendres pensées.

A mon fils adoré, John-Oan ZINSOU

Dans tes yeux innocents je trouve toujours la lueur, le courage et la force nécessaires pour affronter la vie. A peine tu as vu le jour que déjà tu devais subir les exigences de ma formation. Sois rassuré que je me battrai toujours pour que jamais tu ne manques de rien. Que ce travail soit pour toi une fierté.

Puisse l'Eternel veiller sur toi et t'illuminer afin que tu puisses faire mieux à ton tour.

Amour éternel.

A mes neveux et nièces

Puisse cette thèse vous stimuler à suivre l'exemple de votre tante et que vous y trouvez un exemple de combat et de réussite dans la vie. Travaillez sans cesse et prenez de la peine car le réconfort est au bout de l'effort.

Amour profond.

REMERCIEMENTS

Sans chercher à dresser ici une liste exhaustive de tous ceux à qui nous devons de sincères remerciements, nous entendons toutefois exprimer notre reconnaissance et notre gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

Ainsi, nos sincères remerciements s'adressent :

A mes oncles et tantes paternels et maternels ;

Merci pour votre soutien.

A mes cousins et cousines ;

Toute ma reconnaissance à vous qui m'avez entourée d'affection et de prières.

Affection profonde.

Aux familles ZINSOU ET ANANI ;

Vous m'avez accueillie et avez cru en moi. Vos prières ne m'ont pas fait défaut.

Merci pour votre soutien.

A tous les malades qui ont participé à cette enquête ;

Sans votre collaboration, ce travail n'aurait pas eu lieu.

Sincères remerciements.

A mon groupe de stage interné, Axelle, Claudette, Elonas, Ghislaine, Martial et Pierre ;

La lutte n'a pas été facile mais nous en sommes sortis. Que DIEU nous aide à toujours nous soutenir mutuellement. J'espère que cette fin de formation ne sera pas aussi la fin de nos amitiés.

Brillante carrière à tous.

A Kayoumath ZANKARO, Odilon BONOU, Phileas HOUNNOU, Valentin HOUANNOU, Rosaire BOGNON ;

Pour toutes ces nuits de veille passées à réviser ensemble dans une bonne ambiance.

Brillante carrière à tous.

A tous mes collègues de promotion en particulier à **Margaret HONKPEHEDJI, Laurice QUENUM, Roméo HOUEGBAN, CEDRIC ANANI ;**

Bonne carrière médicale.

A tous les enseignants qui ont participé à ma formation pré-universitaire ;

Eternelles gratitudes.

A tout le personnel de la clinique de l'UNION ;

Merci pour tout.

A mes amis Mariane et Marc-Aurel ;

Pour m'avoir acceptée malgré mes nombreux défauts et pour votre soutien.

Merci.

Au Dr Ilyass SINA ;

Pour ton amitié et tout l'accompagnement dont j'ai bénéficié de ta part.

Infinies gratitudes.

A mes amis d'enfance et de collège dont je ne cite pas les noms de peur d'en oublier.

Meilleurs souvenirs.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail et qui m'ont soutenue par leurs actes ou prières, tout au long de ce périple, mais que je ne saurais citer de peur d'en oublier.

Merci.

HOMMAGES

A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

En reconnaissance de la formation que nous avons reçue de vous.

Hommages respectueux.

A notre maître, le Dr Gaspard D. GBESSI.

Vous avez très tôt été là pour nous guider dans nos débuts à la faculté et vos conseils nous ont été d'un grand recours.

Hommages et gratitudes.

A notre maître, le Professeur Ludovic Y. ANANI

Pour tous les sages conseils et le soutien surtout moral dont nous bénéficions de votre part.

Hommages et gratitudes.

A notre Co-directeur de thèse, le Docteur Aboudou Raïmi KPOSSOU.

Votre simplicité et votre rigueur scientifique sont des qualités que nous admirons. C'est avec beaucoup de plaisir que nous avons fait ce travail de thèse auquel vous avez consacré beaucoup de votre temps.

Sincères gratitudes.

A notre maître et Directeur de thèse, le Professeur Nicolas KODJOH

Votre bonté et votre rigueur pour la connaissance scientifique sont des qualités que nous admirons en vous. Nous avons découvert en vous un homme simple et ayant du cœur.

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez fait un grand honneur.

Profonde gratitude.

Au Président du Jury :

Nous sommes très honorées que vous acceptiez de présider notre jury.

Nous vous prions de trouver ici, toute notre reconnaissance et nos remerciements les plus respectueux.

Vos recommandations seront effectivement prises en compte pour parfaire ce travail.

Hommages respectueux.

Aux honorables membres du jury :

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Soyez assurés de notre profonde et respectueuse gratitude.

Vos apports nous aideront à en améliorer la qualité.

Hommages respectueux.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- **%** : Pourcentage
- < : inférieur à
- > : supérieur à
- ≤ : inférieur ou égal à
- ≥ : supérieur ou égal à
- ± : plus ou moins
- **AINS** : Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- **Al** : Collaborateurs
- **EBO** : Endobrachyœsophage
- **FOGD** : Fibroscopie œsogastroduodénale
- **Hp** : Helicobacterpylori
- **HTA** : Hypertension Artérielle
- **IMC** : Indice de Masse Corporelle
- **IPP** : Inhibiteurs de la Pompe à Protons
- **N** : Effectif
- **ORL** : Oto-rhino-laryngologie
- **RGO** : Reflux gastro-œsophagien
- **RTSIO** : Relaxation transitoire du sphincter inférieur de l'œsophage
- **SIO** : Sphincter inférieur de l'œsophage

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Traitement du RGO sans œsophagite ---------- 25
Tableau II: Traitement du RGO avec signes d'œsophagite ---------- 26
Tableau III: Répartition des patients selon le sexe ---------- 35
Tableau IV: Répartition des patients selon l'âge ---------- 35
Tableau V: Répartition des patients selon la religion ---------- 36
Tableau VI: Répartition des patients selon la profession ---------- 37
Tableau VII: Répartition des patients selon le niveau d'instruction ---------- 39
Tableau VIII: Répartition des patients selon l'ethnie ---------- 40
Tableau IX: Fréquence des antécédents et comorbidités ---------- 41
Tableau X: Fréquence des différentes habitudes alimentaires ---------- 42
Tableau XI: Fréquence des facteurs médicamenteux ---------- 43
Tableau XII: Répartition des patients selon la durée d'évolution du RGO ---- 43
Tableau XIII: Répartition des patients selon le nombre de consultations antérieures pour RGO ---------- 44
Tableau XIV: Répartition des patients selon le délai mis avant la première consultation pour RGO ---------- 45
Tableau XV: Répartition des symptômes typiques de RGO ---------- 47
Tableau XVI: Fréquence des symptômes digestifs atypiques ---------- 49
Tableau XVII: Caractérisation des symptômes ---------- 49
Tableau XVIII: Répartition des symptômes extra-digestifs ---------- 50
Tableau XIX: Répartition des types de lésions endoscopiques ---------- 51
Tableau XX: Répartition des médicamenteux reçus ---------- 52
Tableau XXI: Proportion des patients revus ---------- 53
Tableau XXII: Répartition des patients selon l'évolution favorable ou non --- 53

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Vue latérale gauche du médiastin tirée de Kamina ---------- 8
Figure 2: Coupe transversale de l'œsophage ---------- 9
Figure 3: Coupe longitudinale de la jonction œsogastrique ---------- 10
Figure 4: Jonction œsogastrique : dispositif anatomique anti-reflux ---------- 12
Figure 5: Hernie hiatale par glissement (5a) et par roulement (5b) ---------- 16
Figure 6: Différents stades de l'œsophagite selon Savary-Miller---------- 20
Figure 7: Fundoplicature de Nissen---------- 23
Figure 8: Les deux types de fundoplicature ---------- 24

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Prévalence du RGO---------- 34
Graphique 2: Répartition des patients en fonction de leur statut matrimonial 38
Graphique 3 : Répartition des patients selon l'IMC ---------- 41
Graphique 4 : Proportion des patients ayant un antécédent d'œsophagite peptique à la FOGD ---------- 46
Graphique 5: Répartition des patients selon qu'ils aient reçu ou non un traitement antérieur pour RGO---------- 47
Graphique 6: Répartition des patients selon la fréquence de survenue des symptômes---------- 48
Graphique 7: Répartition des fibroscopies selon le caractère normal ou non - 51

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

INTRODUCTION ---------- 1

1. GENERALITES ---------- 4

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE ---------- 27

3. RESULTATS ---------- 33

4. DISCUSSIONS ---------- 54

CONCLUSION ---------- 65

SUGGESTIONS ---------- 67

REFERENCES ---------- 69

ANNEXES ---------- A

TABLE DES MATIERES ---------- a

INTRODUCTION

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) correspond au passage à travers le cardia, de façon intermittente, d'une partie du contenu gastrique (ou duodéno-gastrique) dans l'œsophage sans effort de vomissement notamment après les repas. Ce phénomène physiologique est considéré comme pathologique lorsqu'il est associé à des symptômes et /ou de lésions de la muqueuse œsophagienne désignées sous le terme d'œsophagite. Le reflux du contenu gastrique est alors dans la majorité des cas anormalement fréquent et/ou prolongé [1].

Le diagnostic de RGO est clinique devant les symptômes typiques (pyrosis, régurgitations). Dans ce cas aucun examen complémentaire n'est nécessaire. La réponse au traitement permet alors de confirmer le diagnostic [2]. Cependant, de nombreux patients présentent des manifestations atypiques de RGO, ou attribués à un RGO. Les manifestations dites « extra-œsophagiennes » les plus fréquemment supposées être en rapport avec un RGO sont les douleurs thoraciques atypiques, les manifestations ORL, et la toux chronique [2].

En effet le RGO est une pathologie très fréquente dans les pays développés, ce qui en fait un problème de santé publique [1,3]. Sa prévalence est en augmentation du fait de la croissance de l'obésité [4,5]. En France, la prévalence du RGO typique est de 5 à 10% pour une survenue des symptômes de façon quotidienne, 15 à 20% pour une survenue des symptômes au moins hebdomadaire, 30 à 45% pour une survenue des symptômes au moins mensuelle. Mais ces chiffres sous-estiment la prévalence réelle du RGO du fait de l'existence des formes atypiques qui échappent aux enquêtes [1]. Dans une étude en Finlande, une prévalence de 22% a été rapportée chez des patients admis pour endoscopie [6].

En Afrique, la prévalence du RGO est peu connue. Une prévalence de 24% en consultation de médecine générale a été rapportée en Tunisie [7]. Une étude réalisée au Sénégal avait trouvé une fréquence de 16,75% chez des patients adressés en endoscopie digestive [8].

L'une des complications majeures du RGO est l'œsophagite. La prévalence de l'œsophagite est difficile à estimer mais probablement de l'ordre de 2%. Lorsqu'une endoscopie est réalisée, une œsophagite érosive n'est présente que chez environ 30 à 50% des patients présentant des symptômes de RGO [9]. Une étude réalisée au Sénégal en 2000 a trouvé que la prévalence des œsophagites peptiques était de 40,69% chez les patients souffrant de RGO [10]. Au Bénin nous n'avons trouvé aucune donnée sur le RGO et sur l'œsophagite.

L'intérêt porté au reflux gastro-œsophagien pathologique relève de son caractère chronique, son retentissement important sur la qualité de vie des patients et son éventuelle évolution vers l'adénocarcinome de l'œsophage [11]. Il est à noter que sa prise en charge diagnostique et thérapeutique constitue un poids financier pour la société en termes de consommation médicamenteuse et de recherche d'alternatives thérapeutiques pour la prise en charge au long cours [9].

En l'absence de données antérieures sur cette affection en République du Bénin, nous avons jugé utile de réaliser la présente étude avec comme objectif général de décrire les caractéristiques du reflux gastro-œsophagien à Cotonou.

Les objectifs spécifiques sont :

1. Décrire les aspects épidémiologiques de cette affection dans des services d'endoscopie digestive à Cotonou.
2. Exposer les arguments cliniques du reflux gastro-œsophagien.
3. Décrire les lésions endoscopiques rencontrées.
4. Rapporter les résultats thérapeutiques du reflux gastro-oesophagien.

1. GENERALITES

1.1. Nosologie et histoire naturelle [9]

La représentation habituelle de la maladie fait appel à un spectre indiquant un continuum depuis les formes sans œsophagite jusqu'aux complications les plus graves (ulcères, sténoses, endobrachyoesophage, adénocarcinome) en passant par les œsophagites non compliquées. Ce modèle du spectre est actuellement contesté pour des raisons diverses, la plus importante étant sans doute la rareté de l'évolution d'un RGO symptomatique vers une forme avec œsophagite ou l'aggravation avec le temps de celle-ci. Ainsi, certains auteurs préfèrent représenter les affections liées au reflux sous la forme de 3 entités différentes :

- Le RGO sans œsophagite entraînant volontiers des symptômes atypiques et des manifestations extra-œsophagiennes,
- le RGO avec œsophagite conduisant volontiers à une sténose, un ulcère ou une hémorragie,
- et le RGO avec endobrachyoesophage pouvant se compliquer d'adénocarcinome de l'œsophage.

Quel que soit le schéma adopté, l'essentiel est de souligner d'emblée la plus grande prévalence des formes sans œsophagite par rapport aux formes érosives et la rareté des complications graves.

L'un des éléments les plus marquants de l'histoire naturelle du RGO avec ou sans œsophagite est le caractère chronique de l'affection. En effet, dans la majorité des cas, les symptômes, et le cas échéant les lésions d'œsophagite, ont tendance à réapparaître en l'absence de traitement.

En revanche, les formes sans œsophagite ont peu tendance à évoluer vers l'œsophagite, et les lésions d'œsophagite si elles sont présentes initialement ont peu tendance à s'aggraver lors des rechutes.

1.2. Rappels anatomiques de l'œsophage [12,13]

Segment du tube digestif reliant l'hypopharynx à l'estomac, l'œsophage est un conduit musculaire de 25 cm de longueur environ : il se projette de 15 à 40 cm des arcades dentaires supérieures (de la 6ème vertèbre cervicale à la 11ème vertèbre thoracique).

- **Origine**

A son origine, il comporte un sphincter appelé : bouche de Killian.

- **Trajet**

Il présente quatre rétrécissements (cricoïde à son origine, aortique, bronchique et diaphragmatique) et quatre dilatations (trois fuseaux intermédiaires et un entonnoir terminal).

On distingue anatomiquement trois portions de l'œsophage : cervical, thoracique et abdominal.

- **L'œsophage cervical** est court, il mesure 5 cm. La bouche de KILLIAN se projette en regard de la 6ème vertèbre cervicale.
- **L'œsophage thoracique** mesure 16 à 18 cm. L'empreinte de la crosse aortique est toujours bien marquée sur le bord gauche de l'œsophage.
- **L'œsophage abdominal** mesure 3 cm et se termine par le cardia au niveau de l'estomac.

- **Rapports anatomiques**

L'œsophage répond de haut en bas :

- **En avant :**

A la trachée, aux nerfs récurrents, à l'isthme du corps de la thyroïde, à la fourchette sternale, à la bronche gauche, à l'artère bronchique droite, au péricarde et au nerf vague gauche.

- **En arrière :**

Au rachis cervical et thoracique, à la chaîne sympathique, au canal thoracique, à l'aorte thoracique, au nerf vague droit, au pilier gauche du diaphragme, et à l'artère diaphragmatique inférieure gauche.

- **Latéralement** :

Aux lobes latéraux du corps thyroïde, aux parathyroïdes inférieures, aux nerfs récurrents, aux artères thyroïdiennes inférieures, aux dômes pleuraux, au tronc cervico-intercostal, à la crosse de l'aorte, à l'artère sous-clavière gauche, au canal thoracique, à la crosse de l'azygos, au nerf phrénique gauche, à la plèvre médiastine et aux nerfs vagues.

- **Terminaison :**

L'œsophage se termine par l'orifice inférieur qui répond à la onzième vertèbre thoracique (cardia). Le cardia anatomique se repère extérieurement par l'angle de HIS (œsophago-tubérositaire).

cr

∟gche

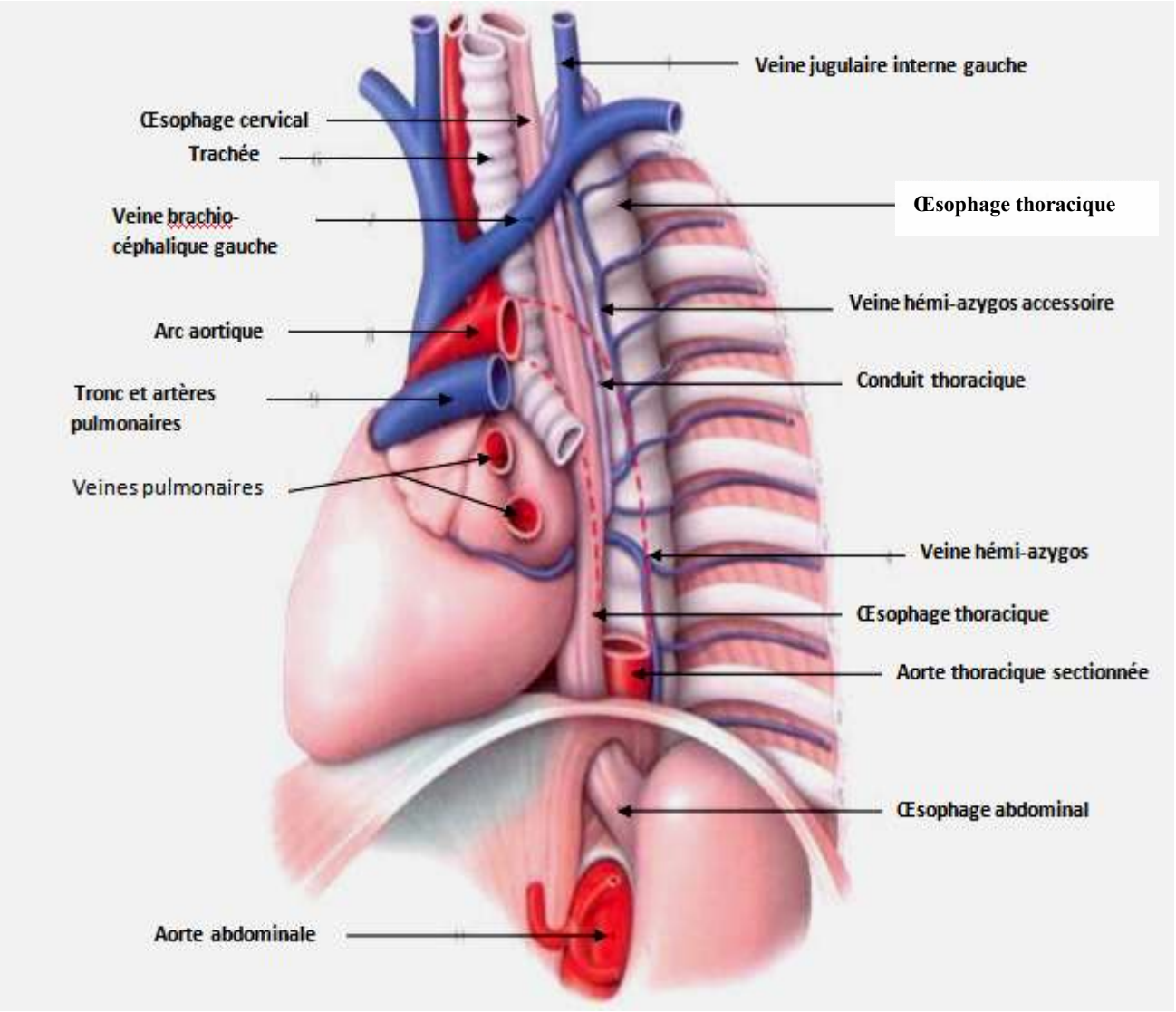


Figure 1: Vue latérale gauche du médiastin tirée de Kamina [13]

1.3. Rappels histologiques de l'œsophage [14]

L'œsophage présente des caractéristiques histologiques spécifiques relatives aux 5 tuniques constitutives du tube digestif.

La muqueuse est constituée d'un épithélium pluristratifié de type épidermoïde. A la jonction œsogastrique on note une nette frontière entre cet épithélium et l'épithélium unistratifié gastrique (figure 3).

Le chorion formé de tissu conjonctif dense est dépourvu de glandes. On y observe des fibroblastes, des artérioles et des veinules (figure 2).

La muscularis mucosae débute à partir du tiers moyen de l'œsophage et est discontinue. Elles possèdent des faisceaux de fibres musculaires lisses, séparés par des travées de tissu conjonctif dense (figure 2).

La sous-muqueuse est une épaisse couche de tissu conjonctif dense. Elle contient des glandes acineuses. Le plexus nerveux de MEISSNER n'est pas fort développé (figure 2).

La musculeuse est différente dans la partie supérieure et inférieure de l'œsophage. Il existe deux couches, entre lesquelles, se trouvent des éléments du plexus d'AUERBACH disséminés dans du tissu conjonctif. La couche interne est circulaire, avec prédominance des fibres lisses (figure2).

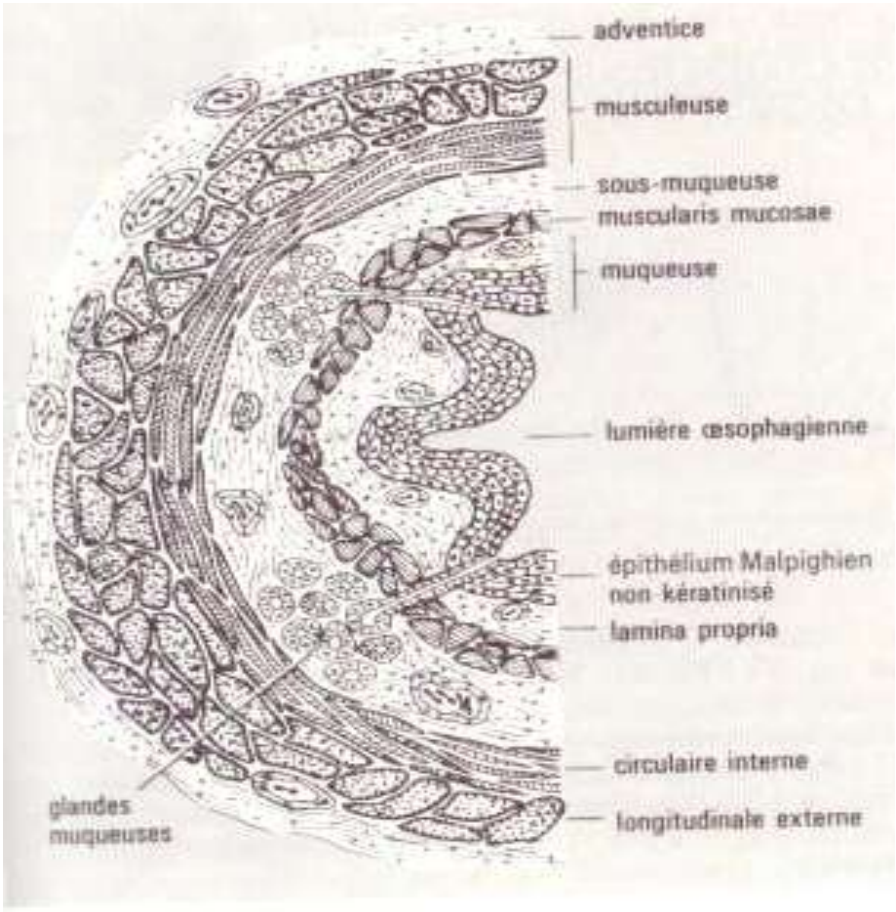


Figure 2: Coupe transversale de l'œsophage [14]

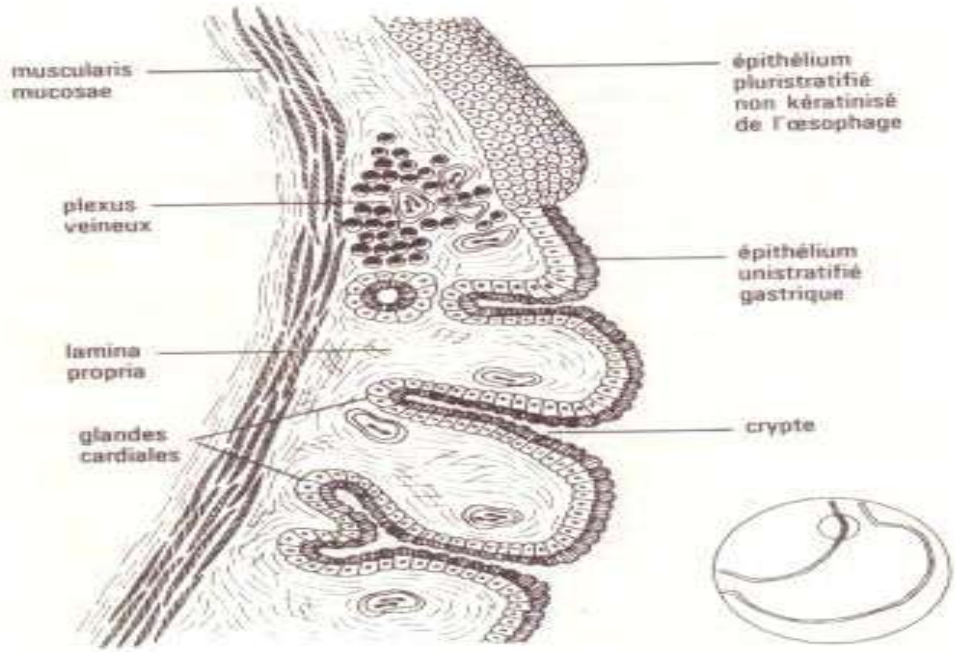


Figure 3: Coupe longitudinale de la jonction œsogastrique [14]

1.4. Physiologie de la déglutition [15,16]

La déglutition est l'ensemble des mécanismes permettant le transport des aliments de la cavité buccale vers l'estomac. Trois phases lui sont reconnues :

- le temps labio-buccal
- le temps pharyngien
- le temps œsophagien.

1.4.1. Le temps labio-buccal

Seul temps volontaire de la déglutition, la bouchée saisie est réduite en bol alimentaire et propulsée vers l'arrière.

1.4.2. Le temps pharyngien

Il est involontaire et constitue une phase dynamique complexe faisant suite, par réflexe au temps buccal. Le transport des aliments ou de l'air est assuré de la cavité buccale à l'œsophage, en garantissant la fermeture de la voie respiratoire à la fois en direction du rhinopharynx et du larynx, en s'opposant enfin au reflux vers la cavité buccale. Ce deuxième temps implique une fidélité

particulière de la biomécanique. Cette période pharyngée dure environ une seconde :

- fermeture du cavum par le voile
- ascension de l'os hyoïde
- fermeture glottique et sus-glottique due à la bascule en arrière de l'épiglotte
- Ouverture du pharynx.

1.4.3. Le temps œsophagien

La pression intra-thoracique est négative alors que la pression intra-abdominale est positive. Il existe donc une tendance permanente au RGO exercée par ce gradient de pression. Ceci est normalement empêché par certains éléments :

- Un mécanisme actif mais involontaire : le **péristaltisme œsophagien** qui assure la clairance œsophagienne.
- **La pesanteur** joue un rôle dans le transport du bol alimentaire dans l'œsophage. Les liquides peuvent atteindre le cardia plusieurs secondes avant l'onde péristaltique. Les contractions œsophagiennes sont plus amples chez le sujet couché que chez le sujet debout.
- **Le sphincter œsophagien inférieur** : une zone d'hypertonie du bas œsophage qui se relâche lors du passage du bol alimentaire. Il n'a pas d'individualité anatomique et sa compétence nécessite qu'il soit en position intra-abdominale.
- **Le segment abdominal de l'œsophage** : ses parois sont appliquées l'une contre l'autre par la pression abdominale. Ainsi, le contenu gastrique ne subit pas l'influence de la dépression qui règne dans l'œsophage thoracique pendant l'inspiration.
- **Le dispositif valvulaire,** réalisé par (figure 4) :

- l'angle de HIS, formé par le bord gauche de l'œsophage abdominal et le bord droit de la grosse tubérosité joue également un rôle. Cet angle est normalement aigu et se ferme quand la cavité gastrique se remplit.
- la membrane phréno-œsophagienne de LAIMER
- le ligament gastro-phrénique.

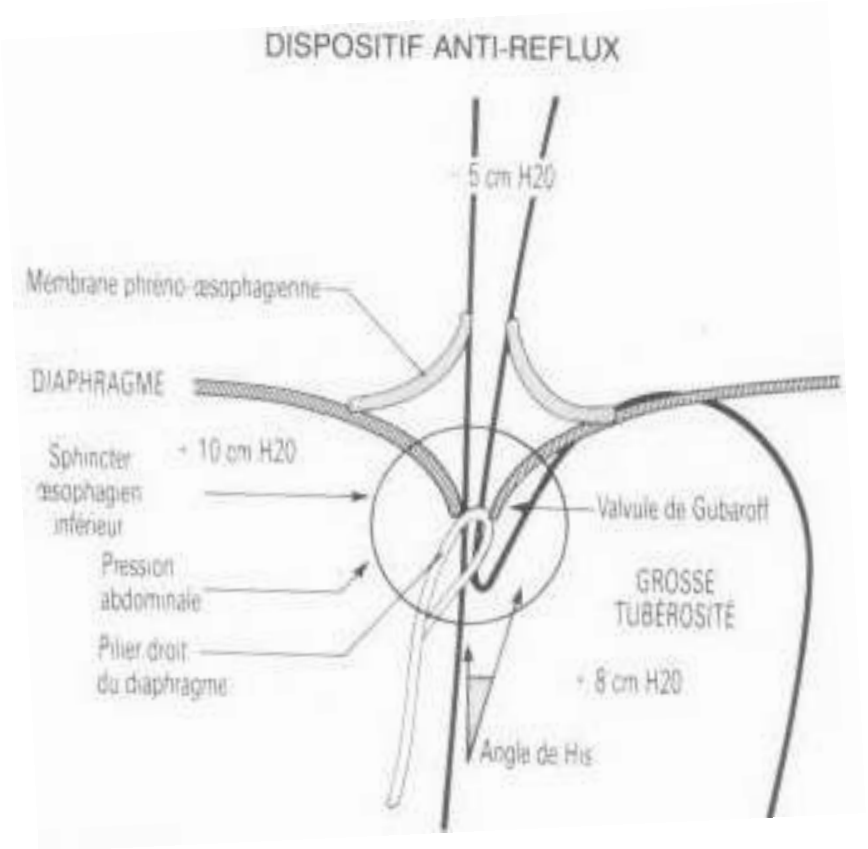


Figure 4: Jonction œsogastrique : dispositif anatomique anti-reflux [14]

1.5. Physiopathologie

La physiopathologie du reflux gastro-œsophagien apparait clairement comme multifactorielle : il s'agit à la fois d'une affection motrice et d'une maladie liée à l'acide. Les deux mécanismes prédominants sont :

- L'incompétence de la barrière œsogastrique,
- La défaillance de la clairance acide œsophagienne [17].

1.5.1. L'incompétence de la barrière œsogastrique

La survenue d'un épisode de reflux, physiologique ou pathologique correspond toujours à une défaillance (le plus souvent intermittente) de la barrière anti-reflux. Cette barrière assure normalement la continence cardiale [9]. Elle est située à la jonction œsogastrique.

Ses deux principaux constituants sont : le sphincter inférieur de l'œsophage (SIO), et le sphincter externe, constitué par le muscle diaphragmatique [18].

- Hypotonie du SIO avec des reflux surtout nocturnes :

Une incompétence du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) est en fait le mécanisme le plus fréquent du RGO pathologique ; le SIO est une zone de haute pression qui s'oppose au gradient de pression abdomino-thoracique (qui lui-même favorise le RGO lors de chaque inspiration) [1]. En effet, la pression du SIO chute toujours de façon très importante dans les minutes qui précèdent un épisode de reflux.

Certaines substances peuvent diminuer le tonus du SIO :

- pharmacologiques : bêtamimétiques, anticholinergiques, inhibiteurs calciques, diazépam, dérivés nitrés, morphine, œstro-progestatifs, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, théophylline. alimentaires : café, chocolat, graisse, alcool.
- Tabac.

- Les relaxations transitoires du SIO à l'origine de reflux postprandiaux :

Il s'agit de relaxations profondes, non déclenchées par la déglutition, et de durée plus prolongée que les relaxations induites par la déglutition [9]. Les relaxations transitoires du SIO (RTSIO) surviennent essentiellement pendant les deux premières heures après le repas. Les RTSIO sont un réflexe nerveux déclenché essentiellement par la distension de l'estomac proximal, mettant en jeu un centre cérébral et des voies efférentes et afférentes cheminant dans le nerf pneumogastrique [18]. Ces voies nerveuses utilisent une transmission de nature

non adrénergique non cholinergique dont le médiateur est le monoxyde d'azote (NO), mais également des récepteurs à la cholécystokinine (de type CCK-1) et à la sérotonine (de type 5-HT3) [9].

Certains facteurs peuvent également favoriser le reflux : [1,17]

- les états d'hyperpression abdominale (surcharge pondérale, grossesse, ascite, efforts de toux, port de vêtements serrés) ;
- la diminution de la vidange gastrique ;
- l'altération de la résistance épithéliale de la muqueuse œsophagienne.

1.5.2. La défaillance de la clairance œsophagienne [11, 17, 18]

La clairance reflète la capacité de l'œsophage à évacuer son contenu et détermine ainsi la durée d'exposition de la muqueuse œsophagienne au reflux acide.

Le reflux physiologique est rapidement corrigé par la sécrétion alcaline des glandes œsophagiennes et la déglutition de salive, puis par le péristaltisme secondaire qui renvoie le matériel reflué dans l'estomac.

Au cours du reflux pathologique, le contact est plus prolongé voire permanent entre le liquide de reflux et la paroi œsophagienne. Il peut donc être favorisé par des anomalies de la motricité œsophagienne (hernie hiatale, ouverture de l'angle de HIS, anomalies de fixité de l'œsophage et certaines interventions portant sur la jonction œsogastrique) ou aggravé par un déficit de la sécrétion salivaire.

L'absence de déglutitions salivaires et de péristaltisme œsophagien la nuit explique le caractère agressif du RGO nocturne.

1.5.3. Le rôle du liquide de reflux [16,19]

Le liquide de reflux a une action corrosive sur la muqueuse malpighienne de l'œsophage qui n'a pas, comme celle de l'estomac, une couche de glandes à mucus la protégeant des sécrétions digestives. Le facteur d'agression essentiel

est la concentration en ions H+ dont la rétrodiffusion est favorisée par la pepsine et un éventuel reflux alcalin bilio-pancréatique.

En cas de reflux bilio-pancréatique, la trypsine activée par la bile est responsable des lésions. La bile d'autre part accroît la perméabilité de la paroi. Ses effets sont aggravés par la stase et l'infection qui en résultent.

L'importance du rôle de la barrière muqueuse est suggérée par l'absence de relation entre le volume, la concentration du reflux acide et la sévérité des lésions d'œsophagite. L'activité régénératrice de l'épithélium œsophagien et ses facteurs de contrôle restent mal connus.

1.5.4. Relations entre RGO et hernie hiatale [1]

La hernie hiatale se définit comme la protrusion, permanente ou intermittente, d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme.

On en distingue 2 types (figures 5a et 5b) :

- **La hernie hiatale par glissement :**

Elle est la plus fréquente (85 %) : le cardia est intra-thoracique. Elle n'est ni nécessaire, ni suffisante pour expliquer un RGO : le RGO peut exister sans hernie hiatale et une hernie hiatale peut ne pas être associée à un RGO. Mais lorsqu'elle volumineuse, la hernie hiatale par glissement est souvent un facteur aggravant d'un RGO.

- **La hernie hiatale par roulement :**

La grosse tubérosité forme une poche intra-thoracique, para-œsophagienne : le cardia reste intra-abdominal. Ce type de hernie hiatale n'a pas de lien avec le RGO.

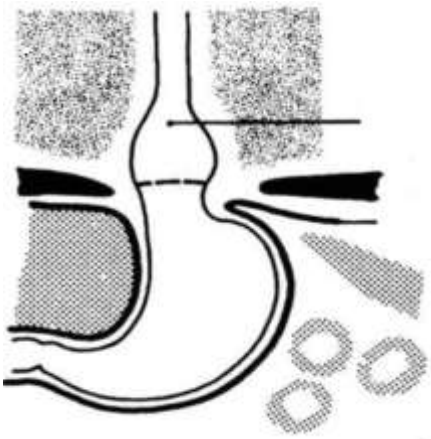


Figure 5b : Hernie hiatale par glissement [1]

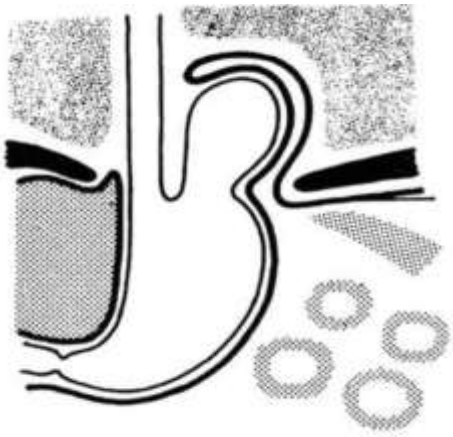


Figure 5b : Hernie hiatale par roulement [1]

Figure 5: Hernie hiatale par glissement (5a) et par roulement (5b)

1.6. Différentes manifestations cliniques

1.6.1. RGO non compliqué

1.6.1.1. Symptômes typiques

Les symptômes typiques spécifiques permettant d'affirmer le diagnostic sont le pyrosis et les régurgitations [7].Le pyrosis est une douleur rétrosternale ascendante, à type de brûlure, perçue en période postprandiale, et volontiers soulagée par la prise d'antiacides [9].Les régurgitations sont définies par la remontée du contenu gastrique le long de l'œsophage jusque dans le pharynx, sans nausées ni efforts de vomissements [2]. Ces symptômes sont peu dépendants des repas et ont un caractère postural : ils sont favorisés par le décubitus, et la position antéfléchie [17].

Cependant plusieurs symptômes atypiques digestifs ou extra-digestifs peuvent révéler le RGO.

1.6.1.2. Symptômes atypiques digestifs

Certains patients présentent des brûlures épigastriques non spécifiques, des nausées ou des symptômes dyspeptiques.

1.6.1.3. Symptômes extra-digestifs [1,9]

Les manifestations extra-digestives du RGO peuvent être ou non associées à des symptômes digestifs de RGO. Elles sont volontiers trompeuses lorsqu'elles sont isolées et ce d'autant plus que l'endoscopie est le plus souvent normal dans ces cas. Ces symptômes sont essentiellement pulmonaires, ORL et cardiaques.

Le reflux peut provoquer ou aggraver des manifestations respiratoires ou ORL selon deux mécanismes différents :

- Un phénomène de microaspiration du contenu gastrique vers les voies respiratoires
- Un mécanisme de bronchoconstriction réflexe à point de départ œsophagien et à médiation vagale.

L'asthme lui-même peut aggraver le reflux notamment en favorisant les RTSIO.

Voici la liste des manifestations extra-digestives :

- Manifestations pulmonaires : dyspnée asthmatiforme, toux chronique postprandiale ou nocturne, bronchite, pneumonies, atélectasies, fibrose pulmonaire.
- Manifestations ORL : enrouement matinal, apnées obstructives nocturnes, dysesthésies bucco-pharyngées, otalgies le plus souvent droites et douleurs cervicales, laryngite postérieure…etc.
- Manifestations cardiaques : douleurs précordiales qui peuvent simuler un angor et nécessiter un bilan cardiologique qui reste négatif.

- Autres manifestations possibles : stomatologiques (gingivite, érosions buccales), neurologiques (micro-réveils nocturnes source d'asthénie et de somnolence au travail).

1.6.2. RGO compliqué

L'évolution du RGO peut se faire vers des complications qui se traduisent par des signes dits « symptômes d'alarme ».

- Œsophagite superficielle : soit congestive et œdémateuse simple, soit avec des exulcérations plus ou moins étendues ; la sous-muqueuse reste indemne. Elle se traduit souvent par une **odynophagie** (douleurs à la déglutition) [2,16] ;
- Ulcère de l'œsophage : perte de substance intéressant la musculeuse ; il apparaît sur la muqueuse malpighienne au point de jonction des muqueuses gastrique et œsophagienne. Il est rarement responsable de douleurs épigastriques hautes et **d'hémorragies digestives** favorisées par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens entraînant par la suite une **anémie sidéropénique [2,16].**
- Sténose peptique ou œsophagite sténosante de l'œsophage est due à une fibrose de la paroi avec péri-œsophagite provoquant des adhérences avec les organes voisins. Cliniquement, elle se manifeste par une **dysphagie** aux solides d'apparition brusque et d'évolution lentement progressive [13,19]. Parfois on note un **amaigrissement, des vomissements** ou des douleurs nocturnes [9].
- Endobrachyœsophage (œsophage de Barrett) : état précancéreux caractérisé par le remplacement de l'épithélium malpighien œsophagien par une muqueuse cylindrique de type gastrique [b].Il peut être pauci-voire asymptomatique [1].
- Cancer de l'œsophage favorisé par l'EBO [1].

1.7. Approche diagnostique et indication des examens complémentaires

L'Interrogatoire est une étape importante. En effet avant 50 ans, en présence de symptômes typiques (pyrosis et régurgitations), le diagnostic du RGO est clinique et aucun examen complémentaire n'est nécessaire ; la réponse au traitement confirme le diagnostic de RGO [2]. En revanche, chez les patients de 50 ans ou plus, ou devant des manifestations atypiques digestives ou extra-œsophagiennes isolées qui posent des problèmes diagnostiques beaucoup plus importants, des examens complémentaires sont nécessaires [9].

De nombreux examens peuvent être utilisés dans la stratégie diagnostique du reflux : il s'agit soit d'explorations morphologiques, soit d'explorations fonctionnelles [17].

1.7.1. Explorations morphologiques

- **L'endoscopie œsogastroduodénale** : est la seule exploration morphologique utile. Elle est indiquée chez les malades de plus de 50 ans ou avec des symptômes d'alarme ou lorsque les symptômes sont anciens ou récidivent rapidement après un traitement initial empirique [9]. Elle est normale dans 30 à 50% des cas et ne permet pas d'écarter le diagnostic de RGO [1].

Le diagnostic de RGO est affirmé devant des érosions ou des ulcérations de la muqueuse œsophagienne témoignant d'une œsophagite [9] ou l'existence de complications comme une sténose peptique [1]. La constatation d'un simple érythème diffus ou d'une fragilité de la muqueuse du bas œsophage est trop peu fiable pour permettre le diagnostic [9].

L'endoscopie permet d'évaluer la sévérité de l'œsophagite selon différents systèmes de classification et de rechercher des complications du RGO surtout chez les patients âgés ou dont les symptômes sont anciens (plus de 5 ans) [9].

L'œsophagite peptique est classée en quatre stades selon la classification de Savary-Miller [20] :

- Stade I : Erosions uniques ou multiples et isolées, non confluentes, longitudinales.
- Stade II : Erosions multiples, confluentes mais non circonférentielles.
- Stade III : Erosions circonférentielles.
- Stade IV : Complications : ulcères, sténoses, brachyoesophage, métaplasie de Barrett (seuls ou avec grade 1-3).

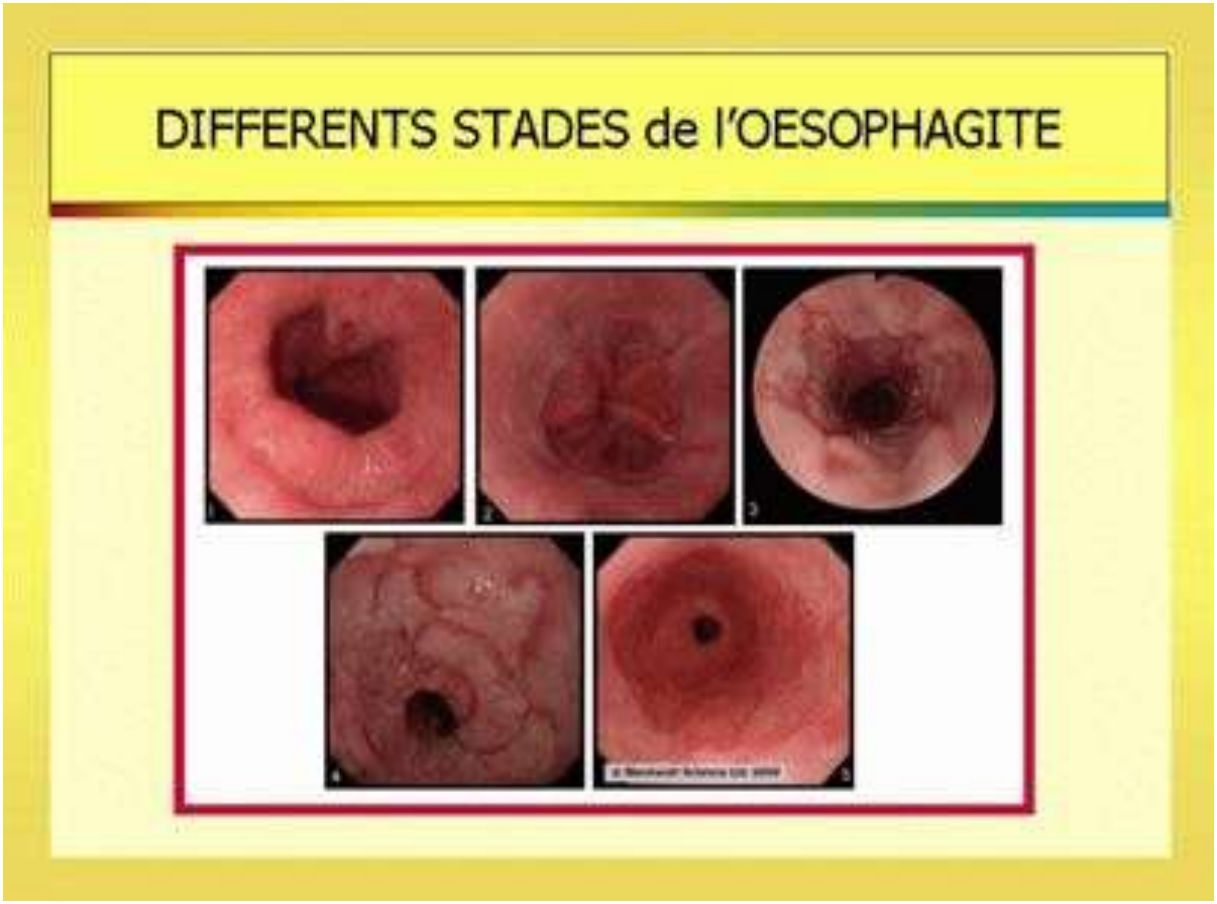


Figure 6: Différents stades de l'œsophagite selon Savary-Miller [1]

De gauche à droite et de haut en bas, 1 : œsophagite minime (stade I), 2 : ulcérations non circonférentielles (stade II), 3 : ulcérations circonférentielles (stade III), 4 : sténose peptique de l'œsophage (stade IV), 5 : endobrachyoesophage (stade IV).

- **Le transit baryté œsogastrique** n'a pas d'intérêt dans le RGO [17].
- Une technique en cours d'évaluation : **l'ingestion d'une vidéocapsule endoscopique** permettra peut-être la détection fiable d'une œsophagite ou d'un endobrachyœsophage [1].

1.7.2. Explorations fonctionnelles

- **La pH-métrie œsophagienne** : il s'agit de la pH-métrie « filaire » de 24h ou de la pH-métrie « sans fil » de 48h, examen de choix en cas de symptômes atypiques [21]**.** Elle est l'exploration fonctionnelle la plus sensible pour diagnostiquer un RGO pathologique [1].

La pratique d'une pH-métrie est recommandée avant toute intervention chirurgicale afin de confirmer le diagnostic et de fournir une valeur de référence pour une évaluation ultérieure du résultat thérapeutique ; mais également en cas de résistance au traitement médical ou en cas d'échec ou de récidives postopératoires [9].

- **La manométrie œsophagienne [1,9]** est recommandée uniquement en cas d'indication opératoire de dysphagie, de symptôme atypique, de régurgitation et de mauvaise réponse à un traitement médical bien conduit.

Elle n'objective pas le reflux mais peut identifier des facteurs aggravants d'un RGO, comme une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme œsophagien altérant la clairance acide de l'œsophage.

- **L'impédancemétrie œsophagienne** : est le seul examen permettant de mettre en évidence un RGO peu ou non acide.

1.8. Traitement

1.8.1. Objectifs thérapeutiques

Les objectifs du traitement du RGO sont le soulagement des symptômes, la cicatrisation des lésions et la prévention des complications [1].

1.8.2. Moyens thérapeutiques

Les recommandations hygiéno-diététiques [9,19] gardent une place certaine. Il s'agit :

- de la surélévation de 45° (ou 15 cm) de la tête du lit ;
- du respect d'un intervalle minimal de 3 heures entre le dîner et le coucher ;
- de la réduction pondérale en cas de surcharge ou d'obésité ;
- du port de vêtements peu serrés ;
- de l'arrêt du tabac, de l'alcool et du café ;
- de l'éviction des épices et de certains médicaments (anticholinergiques, oestroprogestatifs, dérivés nitrés, aspirine et des AINS).

Moyens médicamenteux :

De nombreuses classes thérapeutiques sont utilisées [17]. Il s'agit de :

- Topiques (antiacides et alginates) soulagent les symptômes intermittents mais ne permettent pas la cicatrisation des lésions muqueuses [1]. Exemple : Gaviscon présenté en comprimés à croquer et suspension buvable en sachet ou en flacon ; 1 comprimé ou 1 sachet ou 2 cuillères à café après les 3 repas et au coucher.
- Prokinétiques (métoclopramide, dompéridone, cisapride) : stimulent la motricité gastro-œsophagienne et renforcent le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage [19].
- Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) permettent un soulagement rapide et complet en inhibant la sécrétion acide de l'estomac [9,1].

Une revue systématique des 23 essais publiés a aboutit aux conclusions suivantes [9] :

- la supériorité des IPP et des antagonistes H2 sur le placebo ;
- l'absence de preuve d'efficacité des prokinétiques ;

- la supériorité des IPP sur les anti-H2 et les prokinétiques.

Moyens chirurgicaux :

Le traitement chirurgical du RGO a pour principe de reconstituer ou de renforcer les éléments anatomiques s'opposant au reflux [17]. L'objectif du traitement chirurgical est la « reconstruction » d'un sphincter inférieur de l'œsophage efficace, la correction d'une éventuelle hernie hiatale, la reconstitution de l'angle de His et la stabilisation mécanique du montage positionné dans l'enceinte de pression péritonéale [22].

En pratique, le traitement chirurgical est essentiellement **une fundoplicature,** qui peut être totale (procédé de NISSEN) ou partielle (procédé de TOUPET). Elle peut être effectuée sous cœlioscopie [1].

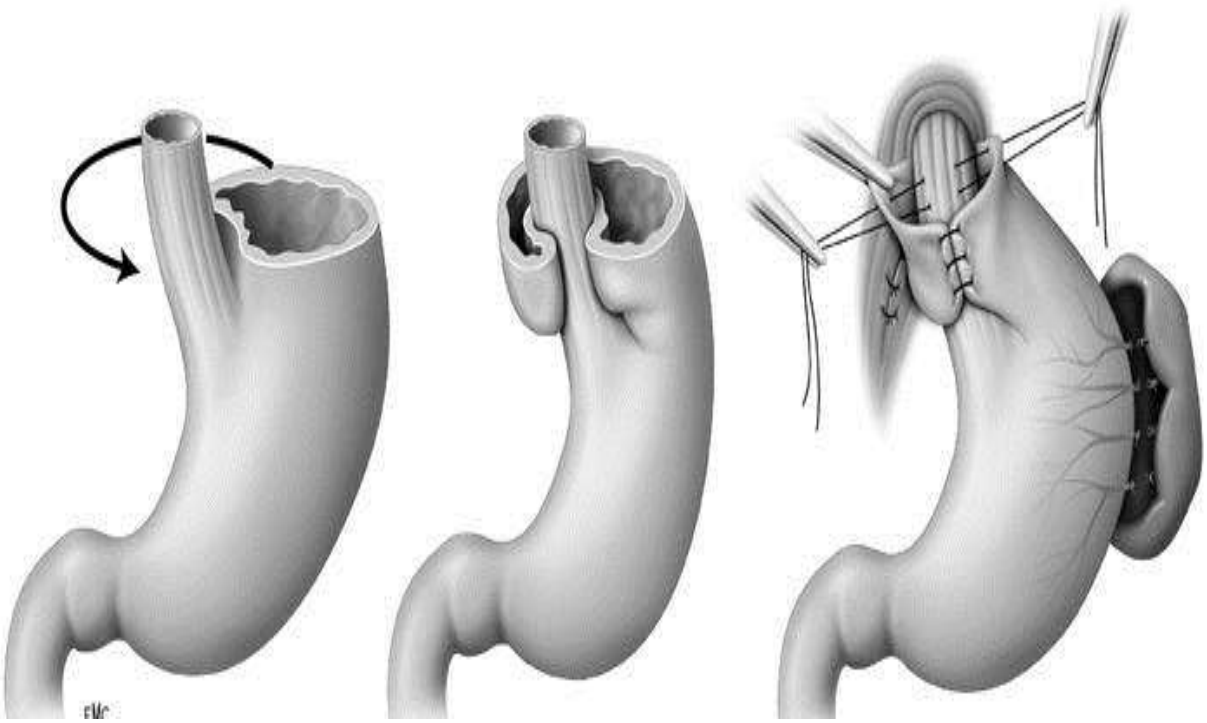


Figure 7: Fundoplicature de Nissen [9]

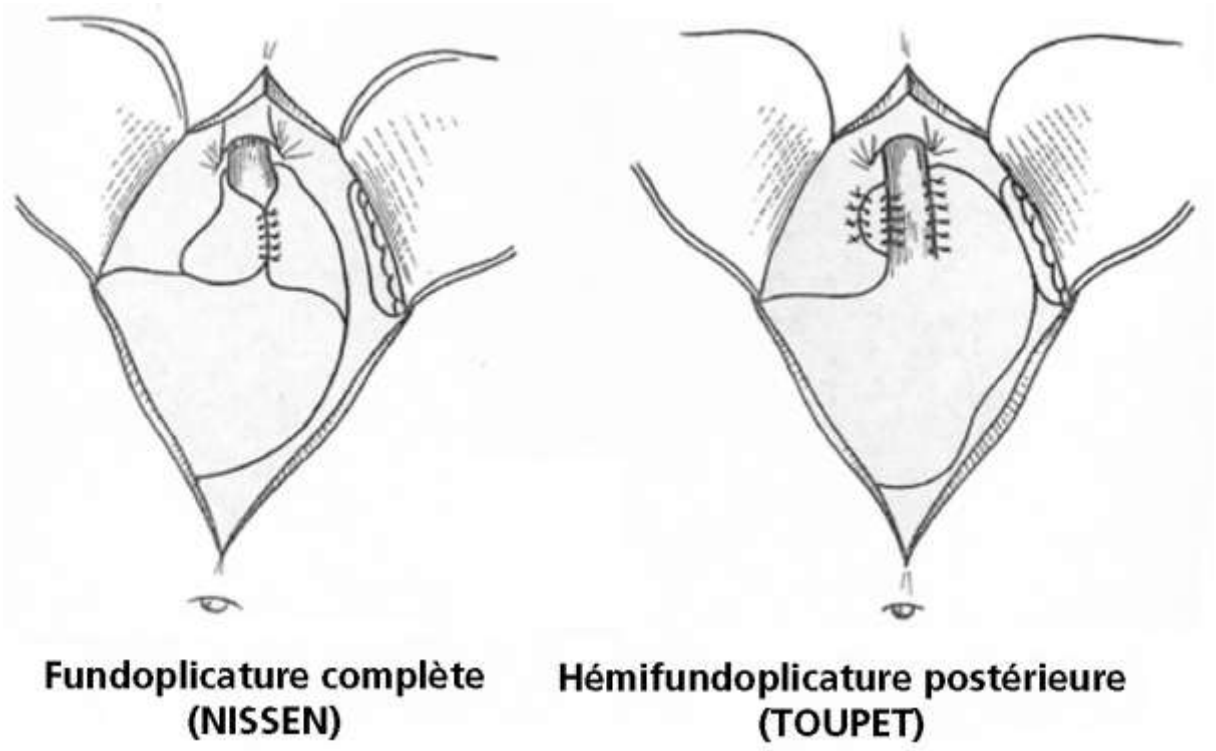


Figure 8: Les deux types de fundoplicature [1]

La chirurgie s'adresse en priorité aux patients jeunes, en bon état général, qui sont de bons répondeurs au traitement médical mais souhaitent se libérer de la contrainte et des risques théoriques de la prise médicamenteuse continue [9]. Dans l'étude du registre du National Surgical Improvement Program de l'American College of Surgeons portant sur 7531 fundoplicatures par laparoscopie, à 30 jours le taux de mortalité opératoire est de 0,19% et celui de la morbidité est de 3,8% [22].

La dysphagie postopératoire est présente dans 5% à 10% des cas [21]. D'autres complications postopératoires peuvent être notées telles que l'impossibilité de vomir ou d'éructer, les troubles de vidange, les flatulences et la récidive du reflux [23].

1.8.3. Indications [1]

- **RGO sans œsophagite (AFSSAPS 2007)**

Tableau I: Traitement du RGO sans œsophagite

Traitement initial	
En cas de symptômes typiques et espacés (fréquence : < 1/semaine)	Traitement d'action rapide : • antiacide • alginates • anti-H2 (cimétidine, ranitidine, famotidine) en 1 à 3 prises/jour Pas d'IPP en première intention
En cas de symptômes typiques et rapprochés (fréquence : > 1/semaine)	IPP ½ dose (sauf Oméprazole pleine dose) pendant 4 semaines
Traitement à long terme	
Initialement	Essai IPP à la demande (IPP seulement en cas de symptôme)
Si rechutes fréquentes ou précoces	Traitement d'entretien par IPP en recherchant la dose minimale efficace

- **RGO compliqué d'œsophagite (AFSSAPS 2007)**

Tableau II: Traitement du RGO avec signes d'œsophagite

Œsophagite peu sévère	
Traitement de cicatrisation	IPP ½ dose pendant 4 semaines Si persistance des symptômes, IPP pleine dose
Prévention des récidives	IPP à dose minimale efficace si rechutes fréquentes
Œsophagite sévère	
Traitement de cicatrisation	IPP pleine dose pendant 8 semaines
Prévention des récidives	IPP au long cours à dose minimale efficace

- **Manifestations extradigestives isolées** : pas de consensus, certains auteurs proposent un essai d'IPP double dose prolongé au moins 3 mois.
- **RGO résistant aux IPP** : discuter l'éventualité d'un RGO non acide ou d'une erreur diagnostique.
- **Sténose, EBO** : traitement en continu par des IPP à pleine dose. Un traitement chirurgical peut s'avérer utile selon le cas.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à Cotonou sur deux sites :

- Service des maladies digestives de l'hôpital de Zone de Mènontin ;
- et le service d'hépato-gastroentérologie et d'endoscopie digestive du centre de diagnostics et d'urgences Padre Pio de Cotonou.

2.1.1. L'hôpital de zone de Mènontin

L'hôpital de Mènontin est implanté dans le 9ème arrondissement de Cotonou, au quartier Mènontin. La mission principale de cet hôpital est de permettre aux populations défavorisées du quartier Mènontin et des quartiers avoisinants d'accéder à des soins de qualité à moindre coût.

- **L'unité d'hépato-gastroentérologie**

Elle est située derrière la salle retenue pour la caisse de l'hôpital et à côté des salles de consultation de médecine générale. Les principales activités qui y sont pratiquées sont : des consultations d'hépato-gastroentérologie et de proctologie, et des endoscopies digestives hautes et basses. Pour les hospitalisations, l'unité a recours aux lits du service polyvalent de médecine.

- **Les ressources humaines en hépato-gastroentérologie**
  - Deux médecins spécialistes d'hépato gastro-entérologie ;
  - et une infirmière.

2.1.2. Le Centre de Diagnostics et d'Urgences Padre Pio de Cotonou

Il s'agit d'un centre hospitalier confessionnel créé en 1994 dont la mission principale est de donner des soins de qualité aux populations à faible revenu économique.

Ce centre est situé dans le 4èm arrondissement de Cotonou au quartier Akpakpa Dodomey. Il offre aux patients l'accès à des soins dans diverses spécialités médicales.

Le service d'hépato-gastroentérologie

Il est situé au premier étage de l'immeuble principal en face de la maternité du centre. Les principales activités qui y sont pratiquées sont : des consultations d'hépato-gastroentérologie et de proctologie, et des endoscopies digestives hautes et basses. Pour les hospitalisations, le service a recours aux lits du service polyvalent de médecine.

Les ressources humaines en hépato-gastroentérologie

- Deux médecins spécialistes d'hépato gastro-entérologie ;
- un infirmier spécialisé en hépato gastro-entérologie ;
- et une infirmière.

2.2. Patients

Il s'agissait de patients âgés de 15 ans et plus reçus pour endoscopie digestive haute dans les deux services sus-cités, durant la période d'étude.

2.3. Méthodes d'étude

2.3.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale, descriptive et analytique sur une période de huit (8) mois allant du 06 janvier 2014 au 05 Septembre 2014.

2.3.2. Echantillonnage

- **Critères d'inclusion**

Etaient inclus dans cette étude tous les patients de 15 ans et plus, admis dans la période d'étude pour endoscopie digestive haute sur l'un ou l'autre des deux sites, présentant un RGO défini par :

- soit la présence d'un pyrosis et/ou de régurgitations,
- soit des symptômes atypiques (douleurs thoraciques atypiques, manifestations pulmonaires ou ORL …etc) avec des lésions endoscopiques d'œsophagite peptique.

Tous les patients ont donné leur consentement pour l'étude.

- **Critères d'exclusion :**

Il s'agissait ici de tous les patients d'âge inférieur à 15 ans ou qui avaient refusé de participer à l'étude.

2.3.3. Taille de l'échantillon

Le nombre de malades à inclure a été calculé par la formule de SCHWARTZ : $n = \frac{£\alpha^2 pq}{i^2}$

Avec les paramètres suivants :

- p=0.17 (estimation selon les données de la littérature africaine)
- q=1-p=1-0.17=0.83
- i=0.05
- £α= écart réduit pour un risque α=0.05, £α=1.96

$$n = \frac{1.96^2 \text{ x } 0.17 \text{ x } 0.83}{0.05^2}$$

n= 217

Le nombre minimum de patients à inclure était estimé à 217. Nous en avons inclus 222.

2.3.4. Variables

Pour chaque patient, les variables suivantes ont été considérées :

- **les données socio-épidémiologiques :**
  - âge ;
  - sexe ;
  - profession ;
  - situation matrimoniale ;
  - niveau d'instruction ;
  - ethnie.
- **les données cliniques**
  - les antécédents personnels et familiaux ;

- les données relatives au parcours du patient avant son inclusion dans l'étude ;
- les symptômes de RGO et leurs caractéristiques ;
- les signes associés ;
- les facteurs favorisant le RGO ;
- le poids et la taille.

- **les données de l'endoscopie :**

Une endoscopie digestive haute était réalisée afin de déterminer l'existence ou non de lésions endoscopiques d'œsophagite peptique ou d'éventuelles complications du RGO, et de rechercher des anomalies de la jonction œsogastrique.

- **les données thérapeutiques :**
  - Mesures hygiéno-diététiques
    - Perte de poids
    - Repas du soir 2-3 h avant le coucher
    - Surélévation de la tête du lit d'environ 15 cm.
  - Traitement médicamenteux
    - IPP pendant 6-8 semaines
    - Eradication d'H.p
    - Antiacides en cas d'épigastralgies.
- **Les données du suivi médical**
  - évolution favorable : régression voire disparition de la symptomatologie ;
  - évolution non favorable : persistance de la symptomatologie.

2.3.5. Collecte de données

Les données ont été consignées sur une fiche d'enquête établie pour l'étude (voir annexes).

2.3.6. Traitement des données

Nous avons fait un traitement manuel et informatique des données. Nous avons bénéficié de l'aide d'un statisticien et d'un épidémiologiste.

L'analyse statistique des données recueillies au cours de notre enquête a été faite avec le logiciel Epi-info version 3.5.1. Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Word 2007. Pour la comparaison des fréquences, nous avons utilisé le test de Khi deux (x^2).

2.4. Difficultés rencontrées

Nous étions confrontées dans cette étude à des difficultés :

- les unes étaient liées à la non souvenance par les patients du délai écoulé avant la première consultation et des noms des médicaments utilisés antérieurement.
- les autres se rapportaient au suivi des patients, certains n'ayant pas pu être revus ni joints par téléphone pour nous renseigner sur l'évolution.

2.5. Considérations éthiques

Un consentement éclairé était obtenu chez les patients inclus après leur avoir expliqué le but de l'étude et leur avoir présenté l'intérêt scientifique de leur participation à cette étude. Il leur était assuré que l'étude ne comportait aucun préjudice sur leurs personnes.

La confidentialité des données recueillies sur l'identité des sujets participants et leurs conditions socio-économiques était garantie par l'équipe de recherche.

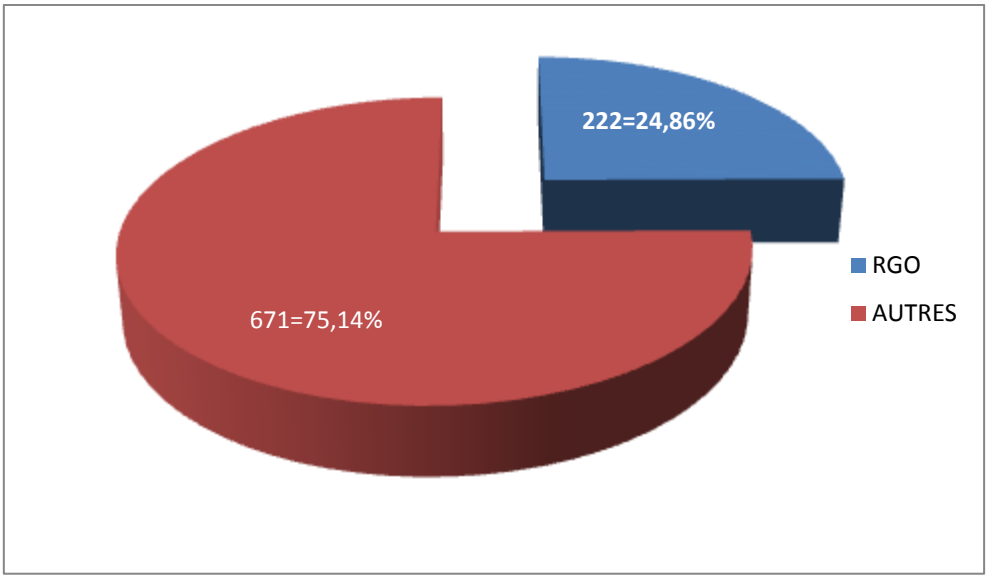
3. RESULTATS

3.1. Aspects épidémiologiques

Durant la période d'étude, 893 patients étaient admis pour endoscopie digestive haute, dont 516 femmes et 377 hommes, soit une sex-ratio de 0,73.

3.1.1. Prévalence du RGO

Sur les **893** patients recrutés **222** ont présenté un RGO selon les critères décris plus haut. Les données de prévalence sont représentées dans le graphique 1 ci-après.



Graphique 1: Prévalence du RGO

Prévalence = 222/893

Prévalence = 24,86%

Sur les 222 patients ayant présenté un RGO, nous n'avons pas eu d'exclusion. L'étude portant sur le RGO, seulement les résultats des **222** patients sont ici présentés.

3.1.2. Le sexe

Le tableau III présente la répartition selon le sexe.

Tableau III: Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs	%
Masculin	76	34,2
Féminin	146	65,8
Total	222	100,0

Sur les 222 patients présentant un RGO, on comptait 146 femmes (soit 65,8%) et 76 hommes (soit 34,2%). Il y avait donc une prédominance féminine avec une sex-ratio de **0,52.**

3.1.3. L'âge

L'âge moyen était de 40,79± 13,5 ans, avec des extrêmes de 15 ans et 88 ans. Le tableau IV résume la répartition selon l'âge.

Tableau IV: Répartition des patients selon l'âge

Groupes d'âge	Effectifs	%
[15-30[	54	24,3
[30-45[	88	39,6
[45-60[	62	28,0
[60-75[	14	6,3
[75-90[	4	1,8

Les tranches d'âge les plus représentées sont celle de 30 à 45 ans (39,6%) et celle comprise entre 45 et 60 ans (28,0%).

3.1.4. La religion

La répartition selon la religion est représentée dans le tableau ci- dessous.

Tableau V: Répartition des patients selon la religion

Religion	Effectifs	%
Chrétienne	186	83,8
Musulmane	24	10,8
Traditionnelle	*6*	2,7
Autres	6	2,7
Total	222	100,0

La religion la plus représentée est la religion chrétienne toutes composantes confondues **(83,8%).**

3.1.5. La profession

Le tableau VI résume la répartition des patients selon leur profession.

Tableau VI: Répartition des patients selon la profession

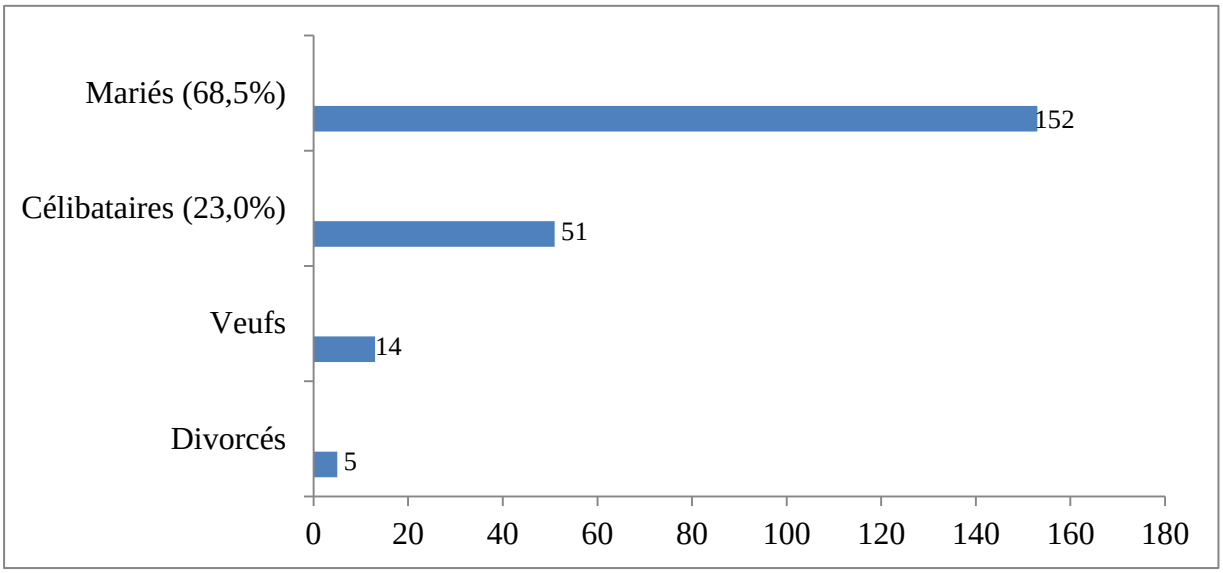
Profession	Effectifs	%
Fonctionnaires	65	29,3
Elèves/ Etudiants	26	11,7
Professions libérales	47	21,2
Commerçants/Revendeurs	67	30,2
Sans emploi	15	6,1
Retraités	2	0,9
Total	222	100,0

Les professions les plus représentées sont par ordre décroissant :

- les commerçants ou revendeurs au nombre de 67 (30,2%),
- les fonctionnaires au nombre de 65 (29,3%),
- les professions libérales au nombre de 47 (21,2%).

3.1.6. La situation matrimoniale

Le graphique ci-après nous montre la répartition des patients selon leur situation matrimoniale.



Graphique 2: Répartition des patients en fonction de leur statut matrimonial

Sur le plan matrimonial, plus de deux tiers des patients (68,5%) étaient mariés et 23,0% étaient célibataires.

3.1.7. Le niveau d'instruction

La répartition des patients selon le niveau d'instruction est résumée dans le tableau ci-après.

Tableau VII: Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	%
Non scolarisés	37	16,7
Primaire	32	14,4
Secondaire	90	40,5
Supérieur	63	28,4
Total	222	100,0

Les niveaux d'étude « Secondaire » (39,6%) et « Supérieur » (28,7%) étaient les plus représentés.

3.1.8. La nationalité

Dans notre étude 211 patients sur les 222 soit 95,0% étaient de nationalité béninoise.

3.1.9. L'ethnie

Le tableau VIII montre la répartition des patients selon l'ethnie à laquelle ils appartiennent.

Tableau VIII: Répartition des patients selon l'ethnie

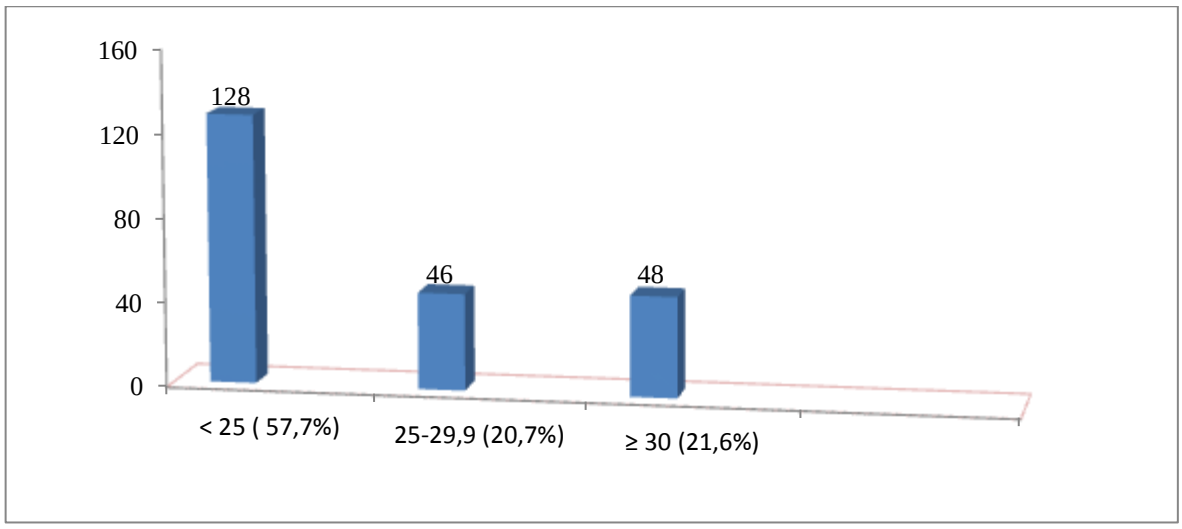
Ethnie	Effectifs	%
Fon	87	39,2
Goun	22	9,9
Mina	16	7,2
Adja	8	3,6
Ouémè	3	1,4
Nago	3	1,4
Aizo	11	5,0
Mahi	11	5,0
Sahouè	6	2,7
Yoruba	8	1,8
Pédah	4	1,8
Bariba	3	1,4
Dendi	5	2,3
Nigérianne	2	0,9
Togolaise	3	1,4
Ivoirienne	2	0,9
Congolaise	2	0,9
Autres	26	11,7
Total	222	100,0

L' ethnie 'Fon' était majoritaire (87 patients soit 39,2%).

3.2. Terrain et facteurs de risque :

3.2.1 Indice de masse corporelle

La répartition des patients selon l'IMC est représentée par le graphique 3.



Graphique 3 : Répartition des patients selon l'IMC

Près de la moitié des patients présentant un RGO (42,3%) était obèse ou en surpoids. La moyenne de l'IMC était de 25,53 kg/m²±5,5.

3.2.2. Antécédents et comorbidités

Le tableau IX montre la fréquence des antécédents et comorbidités des patients.

Tableau IX: Fréquence des antécédents et comorbidités

ATCD et Comorbidités	Effectifs	%
Diabète	9	4,1
HTA	43	19,4
Tabagisme	2	1,0
Asthme	11	5,0
Alcoolisme	29	13,1
Autres	4	1,8

Parmi les antécédents et comorbidités l'HTA était la plus fréquemment rencontrée (19,4%), suivie de l'alcoolisme (13,1%).

3.2.3. Facteurs alimentaires et activité physique

La fréquence des mauvaises habitudes alimentaires rencontrées chez nos patients sont consignées dans le tableau X.

Tableau X: Fréquence des différentes habitudes alimentaires

Habitudes alimentaires	Effectifs	%
Excès de café	32	14,4
Excès d'épices	118	53,2
Repas du soir tardif	165	74,3
Excès d'aliments gras	113	51,0
Absence de petit déjeuner	97	43,7
Horaires de repas irréguliers	185	83,3
Grignotage régulier	87	39,2
Activité sportive hors occupations habituelles	60	27,0

Parmi les habitudes alimentaires, les plus rencontrées étaient les horaires de repas irréguliers (83,3% des patients), le repas du soir tardif (74,3%), l'excès d'épices (53,2%) et l'excès d'aliments gras (51,0%).

Pour l'activité sportive, sur les 222 patients ayant présentés un RGO seuls 60 pratiquaient des activités sportives en dehors des occupations habituelles soit un pourcentage de 27,0%.

3.2.4. Facteurs médicamenteux

Le tableau XI montre la fréquence des facteurs médicamenteux.

Tableau XI: Fréquence des facteurs médicamenteux

Médicaments	Effectifs	%
AINS	49	22,1
Aspirine	17	7,7
Sédatifs	35	15,8
Pilule oestro-progestative	9	4,1
Antihistaminiques	7	3,2

Dans notre échantillon, 66 patients soient 29,8% prenaient régulièrement de l'aspirine ou des AINS ; et 35 patients soient 15,8% prenaient des somnifères.

3.3. Données anamnestiques

3.3.1 Evolution antérieure

- **Durée d'évolution**

Le tableau XII résume la répartition des patients selon la durée d'évolution du RGO.

Tableau XII: Répartition des patients selon la durée d'évolution du RGO

Durées d'évolution	Effectifs	%
< 3mois	45	20,3
[3mois – 12 mois [	40	18,0
[12 mois – 60 mois [	81	36,5
[60 mois – 120 mois [	24	10,8
≥ 120 mois	32	14,4
Total	**222**	**100,0**

Seulement 20,3% avaient un RGO évoluant depuis moins de 3 mois. Pour un peu plus d'un tiers des patients, le RGO évoluait depuis 12 mois à 60 mois.

- **Nombre de consultations antérieures pour RGO**

La répartition des patients selon le nombre de consultations antérieures pour RGO est présentée dans le tableau XIII.

Tableau XIII: Répartition des patients selon le nombre de consultations antérieures pour RGO

Nombres de consultations	Effectifs	%
0	149	67,1
1-5	55	24,8
6-10	8	3,6
>10	10	4,5
Total	222	100,0

Sur les 222 patients, 149 (67,1%) n'avaient pas eu de consultations antérieures pour le RGO ; 55 patients (24,8%) avaient déjà consulté une à 5 fois pour le RGO.

- **Délai avant la première consultation pour RGO**

Les délais mis par les patients avant leur première consultation pour les symptômes de RGO sont consignés dans le tableau XIV.

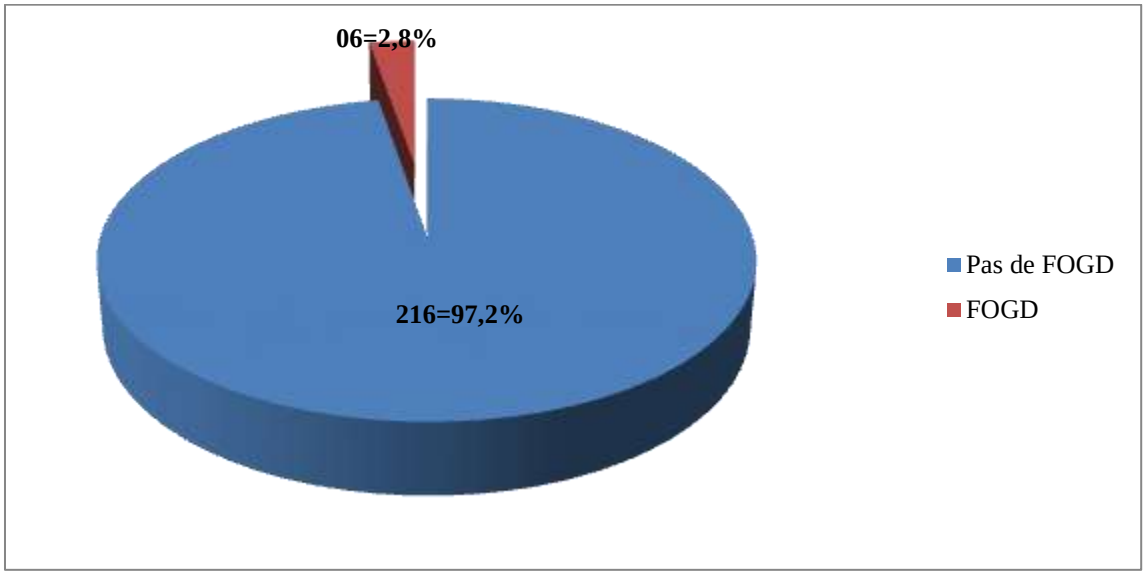
Tableau XIV: Répartition des patients selon le délai mis avant la première consultation pour RGO

Délai avant 1ère consultation	Effectifs	%
< 1mois	81	36,5
[1mois – 3 mois [	42	18,9
[3 mois – 6 mois [	32	14,4
[6 mois – 12 mois [	28	12,6
≥ 12 mois	39	17,6
Total	**222**	**100,0**

Sur les 222 patients, 81 soit 36,5% ont consulté dans un délai de un mois après le début de la symptomatologie.

3.3.2. Répartition des patients selon qu'ils aient eu une FOGD antérieure pour RGO ou pas

Le graphique 4 présente la répartition des patients selon qu'ils aient eu une FOGD antérieure pour RGO ou pas.

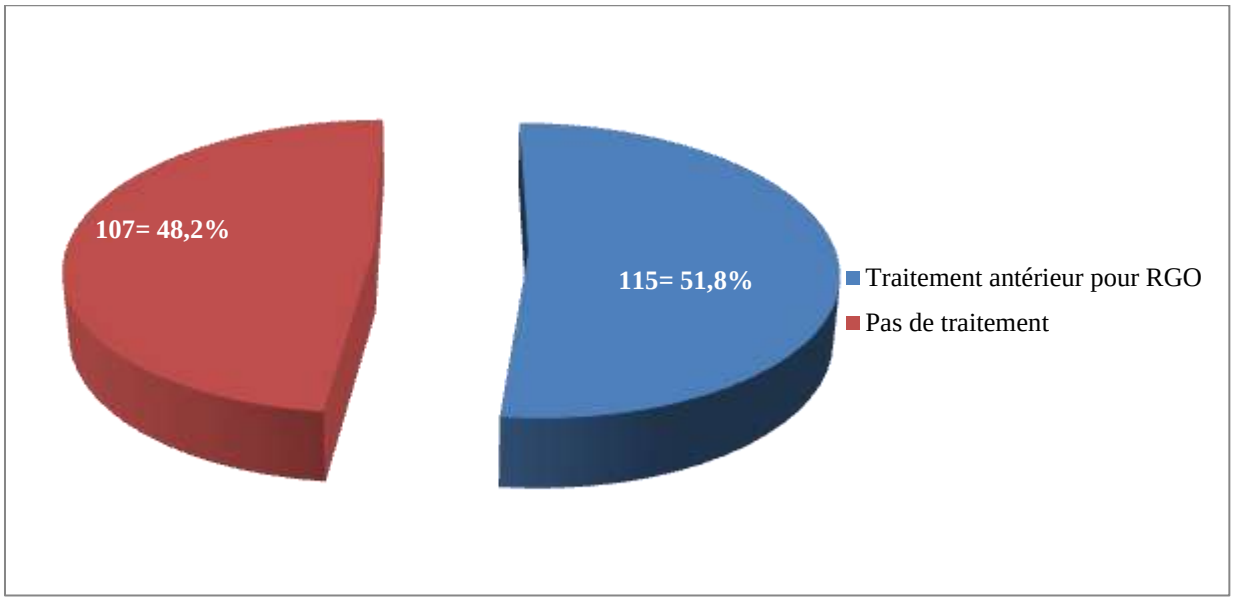


Graphique 4 : Proportion des patients ayant un antécédent d'œsophagite peptique à la FOGD

Sur les 222 patients présentant un RGO, seulement 6 avaient eu une FOGD antérieure dont 3 soit 1,4% avaient un antécédent d'œsophagite peptique.

3.3.3. Traitement antérieur pour RGO

La répartition des patients selon le traitement antérieur reçu pour RGO est représentée par le graphique 5.



Graphique 5: Répartition des patients selon qu'ils aient reçu ou non un traitement antérieur pour RGO

Sur les 222 patients, 115 (51,8%) avaient reçu un traitement antérieur pour RGO constitué essentiellement d'antiacides (45,8%) et d'IPP (45,1%).

3.4. Manifestations Cliniques

3.4.1. Symptômes digestifs de RGO

- **Symptômes typiques**

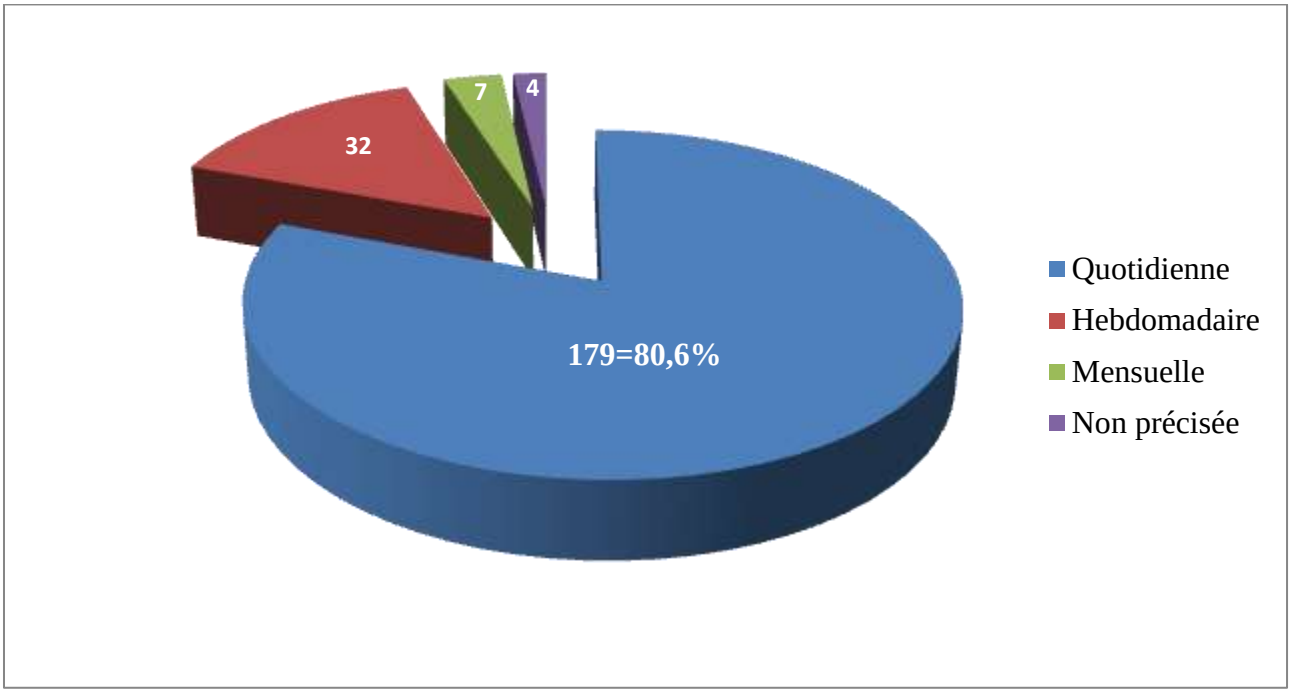
Le tableau XV indique la répartition des symptômes typiques de RGO que présentaient les patients.

Tableau XV: Répartition des symptômes typiques de RGO

Symptômes de RGO	Effectifs	%
Pyrosis	209	94,1
Régurgitations	119	53,6

Le motif de consultation le plus fréquent était le pyrosis (209 soit 94,1% des patients) suivi des régurgitations (53,6%).

Le graphique 6 montre la fréquence de survenue des signes.



Graphique 6: Répartition des patients selon la fréquence de survenue des symptômes

Les symptômes survenaient de façon quotidienne chez 179 patients soit 80,6% et de façon hebdomadaire chez 32 patients soit 14,4%.

- **Symptômes digestifs atypiques**

Le tableau XVI note la fréquence des symptômes digestifs atypiques.

Tableau XVI: Fréquence des symptômes digestifs atypiques

Signes associés	Effectifs	%
Epigastralgies	80	36,0
Hypersialorrhée	73	21,0
Dysphagie	22	9,9
Vomissements	39	11,2
Constipation	60	17,3
Dyspepsie	37	10,7
Halitose	10	2,9

Les symptômes digestifs atypiques les plus rencontrés étaient les épigastralgies (36,0%), l'hypersialorrhée (21%) et la constipation (17,3%).

3.4.2. Caractérisation des symptômes

Le tableau XVII indique les caractéristiques des symptômes typiques du RGO.

Tableau XVII: Caractérisation des symptômes

Caractérisation des symptômes	Effectifs	%
Syndrome postural	123	55,4
Prédominance nocturne	78	35,1
Prédominance diurne	138	62,2
Survenue post prandriale précoce	137	61,7
Signes d'alarmes	64	28,8

Les caractéristiques des symptômes étaient les suivants :

- l'horaire était diurne chez 62,2% et nocturne chez 35,1%,
- la survenue était post prandiale précoce chez 61,7% des patients,
- un déclenchement postural était observé chez 55,4% des patients,
- 21,6% des patients présentaient des signes d'alarme à type de dysphagie (22 patients soit 9,9%), d'amaigrissement (20 patients soit 9,0%), d'hématémèse (4 patients soit 1,8%) et d'anémie (2 soit 0,9%).

3.4.3. Symptômes extra-digestifs

Les signes extra-digestifs retrouvés chez nos patients sont répartis dans le tableau XVIII.

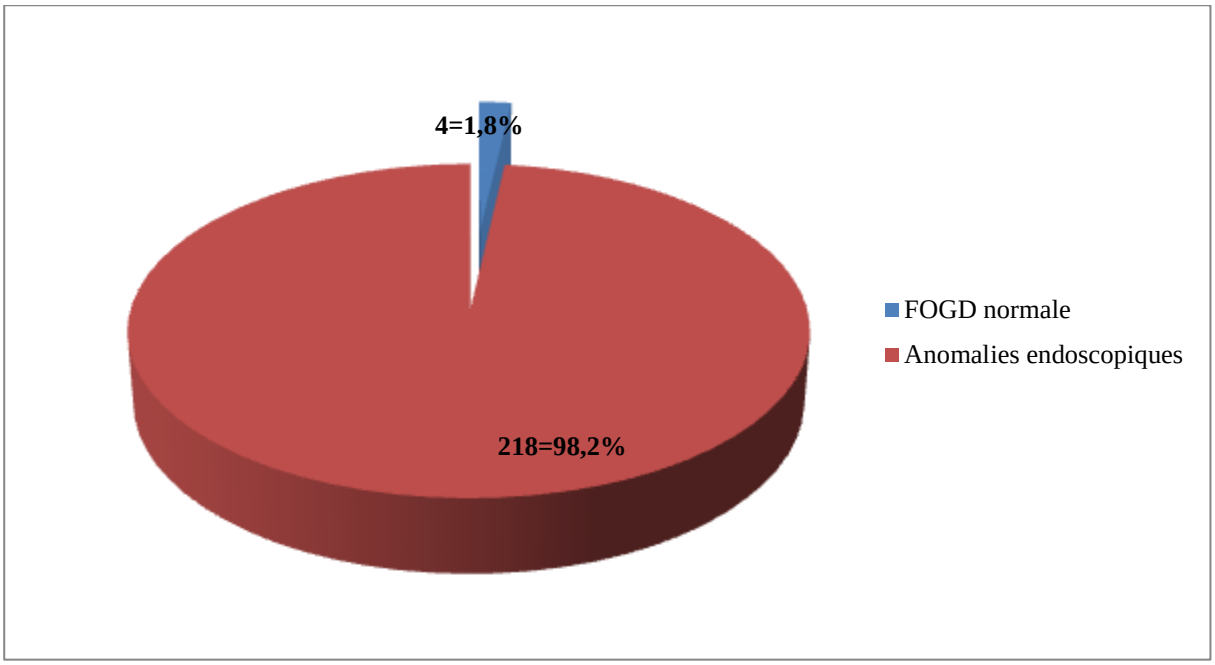
Tableau XVIII: Répartition des symptômes extra-digestifs

Symptômes extra-digestifs	Effectifs	%
Sensation de corps étranger pharyngé ou œsophagien	66	29,7
Toux	32	14,4
Douleurs thoraciques atypiques	15	6,8
Gêne du sommeil	13	5,9
Autres	4	1,8

Sur les 222 patients, 130 soit 58,6% présentaient des signes extra-digestifs parmi lesquels : la sensation de corps étranger pharyngé ou œsophagien (29,7%) ; la toux (14,4%) ; les douleurs thoraciques atypiques (6,8%) et les troubles du sommeil (5,9%).

3.4.4. Anomalies endoscopiques

Le graphique 7 présente la répartition des patients selon que leur fibroscopie soit normale ou non.



Graphique 7: Répartition des fibroscopies selon le caractère normal ou non

Des anomalies endoscopiques étaient présentes chez la majorité des patients, 218 soit 98,2%.

Tableau XIX: Répartition des types de lésions endoscopiques

Anomalies	Effectifs	%
Œsophagites grade 1	17	7,7
Œsophagites grade 2 et 3	6	2,7
Œsophagites grade 4	4	1,8
Hernies hiatales	95	42,8
Béance ou Incontinence cardiale	80	36,0
Gastrite	184	82,9

L'œsophagite peptique était retrouvée chez 27 patients soit 12,2%. Il s'agissait essentiellement d'œsophagite de grade 1 (17 cas soit 7,7%), l'œsophagite de grade 4 était notée chez 4 patients soit 1,8% et était exclusivement des cas d'endobrachyœsophage.

Une hernie hiatale était observée dans 95 cas, soit 42,8%. A noter par ailleurs des lésions endoscopiques de « gastrite » chez la majorité des patients (204 cas soit 91,9%).

3.5. Traitement

- **Mesures hygiéno-diététiques** : tous les patients avaient reçu des mesures hygiéno-diététiques adaptées à chaque cas.
- **Médicaments :** tous nos patients avaient été traités par un IPP associé ou non à d'autres classes thérapeutiques.

Le tableau XX résume les proportions des différentes classes thérapeutiques utilisées.

Tableau XX: Répartition des médicamenteux reçus

Classes thérapeutiques	Effectifs	%
Alginates	1	0,5
Antiacides	24	10,8
Anti H2	1	0,5
Prokinétiques	12	5,4
IPP	222	100
Traitement éradicateur d'HP	204	91,9

3.6. Evolution

3.6.1. Patients revus ou recontactés

Le tableau XXI indique la proportion des patients revus ou recontactés.

Tableau XXI: Proportion des patients revus

Patients	Effectifs	%
Revus	**207**	93,2
Non revus	15	6,8
Total	222	100,0

Sur les 222 patients, 207 soit 93,2% ont été revus.

3.6.2. Evolution favorable

Une répartition des patients selon que l'évolution soit favorable ou non est faite dans le tableau XXII.

Tableau XXII: Répartition des patients selon l'évolution favorable ou non

Evolution Favorable	Effectifs	%
Oui	184	88,9
Non	23	11,1
Orientation en chirurgie	0	0

Sur les 207 patients revus dans un intervalle de 1-6 mois après le début du traitement, chez 184 (88,9%) on notait une évolution favorable ; chez 23 (11,1%) l'évolution était marquée par la persistance de la symptomatologie.

Aucun des patients n'avait été adressé en chirurgie.

4. DISCUSSIONS

4.1. Aspects épidémiologiques

4.1.1. Prévalence

Notre étude montre que la fréquence de la pathologie du RGO chez l'adulte dans nos unités d'endoscopie digestive haute est de **24,86 %,** identique à celle rapportée par BEN CHAABANE N. et al. [7] en 2007 dans une étude en Tunisie (24,8%). Cette prévalence est relativement élevée, par rapport au 16,75% retrouvé par DIOUF M. et al. [8] dans une étude sur le RGO de l'adulte en 2000 à Dakar. Ces chiffres sous-estiment la prévalence réelle du RGO du fait de l'existence des formes atypiques échappant aux enquêtes.

4.1.2 Sexe

La répartition des patients présentant un RGO en fonction du sexe montre une prédominance féminine (65,8%) avec une sex-ratio de 0,52 alors que la sex-ratio de l'ensemble des patients adressés en endoscopie était de 0,75. Ces résultats sont semblables à ceux des auteurs suivants avec une sex-ratio de :

- DIOUF M et al. [8] : 0,83
- KLOTZ et al [24]

Cette prédominance féminine observée, pourrait être due à la prédominance féminine de la population générale ou à la prédisposition des femmes à un facteur de risque : l'obésité.

4.1.3. Age

L'âge moyen de nos patients était de 40,79ans± 13,5 avec des extrêmes à 15 et 88 ans. Les patients âgés de moins de 45 ans représentaient 63,8% de l'effectif. Ces mêmes constats ont été faits par DIOUF M et al. [8].

BOECKXTAENS et al [27] expliquent dans une étude réalisée aux Etats-Unis que l'âge précoce d'apparition des symptômes de RGO < 30 ans expose à un RGO chronique et augmente les risques de développer un Œsophage de Barrett.

4.1.4. Situation matrimoniale

Dans notre série 68,5% étaient mariés, 23,0% étaient célibataires, 6,3% étaient veufs et 2,3% étaient divorcés. Cette répartition est proche de celle de la population béninoise (mariés 59,4% ; célibataires 35,4% ; veufs 3,3% ; divorcés 0,7%) d'après l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique.

4.1.5. Niveau d'instruction

Les 2/3 de notre échantillon avaient au moins le niveau secondaire. Ce chiffre est semblable à celui trouvé par FARIBORZ M-G et al en IRAN [25]. Cette prévalence observée dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les personnes scolarisées ont plus recours au traitement médical de type moderne.

4.1.6. Ethnie

Nous avons noté une prédominance des fons dans une proportion de 39,2% de notre échantillon. Cela n'est que le reflet de l'appartenance géographique de ces patients, originaires de la région méridionale du BENIN ou se trouve la ville de Cotonou.

4.2. Facteurs de risque

4.2.1. IMC

Selon la répartition en fonction de l'IMC, 46 patients (20,7%) étaient en surpoids (IMC entre 25-29,9) et 48 (21,6%) présentaient une obésité (IMC ≥ 30).

L'IMC moyen de nos patients était de 25,53 ± 5,5kg/m² ; proche des valeurs retrouvées par :

- FARIBORZ M-G et al [25] : 26 ± 5kg/m².
- DAVIDE F et al [26]
- BOECKXTAENS G et al [27]

Le taux élevé de surpoids et d'obésité observé dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que l'obésité est associée à une augmentation significative du risque de RGO mais surtout l'obésité abdominale indépendamment de l'IMC favorise le RGO en élevant la pression abdominale. Ce même constat a été fait par SONNENBERG A [28] qui signale que la prise de poids favorise le développement d'une hernie hiatale et la survenue des symptômes de RGO ; ce qui explique le fait que la réduction pondérale en cas de surpoids ou d'obésité fait disparaitre certains symptômes liés au RGO.

4.2.2. Antécédents et comorbidités

Dans notre série parmi les antécédents et comorbidités, l' HTA, l'alcoolisme et l'absence d'activités sportives sont les facteurs qui ont une influence sur le RGO. Nous remarquons que le RGO touche les patients souffrant d'HTA dans les proportions de 19,4%. Ceci pourrait s'expliquer par les traitements antihypertenseurs que reçoivent ces patients (inhibiteurs calciques, les bêtamimétiques). BEN CHAABANE N et al ont noté en Tunisie que 10,1% des patients souffrant de RGO étaient sous inhibiteurs calciques [7].

Le RGO touche les patients alcooliques dans les proportions de 13,1%. Ce résultat est proche des 20% retrouvé par YÖNEM Ö et al [29] en SIVA en 2008. Le tabagisme est retrouvé chez 1,0% de nos patients.

Les proportions de tabagisme et d'alcoolisme relevées dans notre étude ne montrent pas de corrélation entre ces fléaux et le RGO donc ces valeurs traduiraient juste les habitudes de notre population.

Cependant, d'autres auteurs comme KUBO A et al [30] aux Etats-Unis et ISLAMI F et al [31] en Iran montrent que la consommation d'alcool, de tabac ou autres drogues augmente non seulement la fréquence de survenue du RGO mais également sa sévérité et ce d'autant plus que la période de consommation soit prolongée. DAVIDE F et al [26] expliquent que le tabagisme diminue la pression du SIO et détruit la sécrétion salivaire, ceci accroît les signes de reflux.

4.2.3. Facteurs alimentaires

D'une façon générale, parmi les mauvaises habitudes alimentaires qui constituent des facteurs pouvant favorisé la survenue du RGO sont :

- l'irrégularité des horaires des repas retrouvée chez 83,3% de nos patients ;
- l'heure tardive du dîner c'est à dire moins de 2h avant le coucher notée chez 74,3% des patients souffrant de RGO ;
- l'absence du petit déjeuner et le grignotage fréquent sont représentés chacun dans les proportions de 1/3 de notre échantillon.

Ces mauvaises habitudes alimentaires peuvent s'expliquer par le fait que l'homme en général délaisse de plus en plus son alimentation au profit de son travail ou occupations habituelles en ignorant les répercussions que cela pourrait avoir sur son état de santé.

Dans notre étude, la consommation excessive d'épices était retrouvée chez 53,2% des malades, et celle des aliments gras chez 51%. Quelques auteurs ont trouvé des proportions semblables :

- ALMADI M et al. [38] : excès de consommation d'aliments gras (57,96%).
- ROESCH-RAMOS et al. [39] 43,3% pour les épices et 60% pour les aliments gras au Mexique.
- DAVIDE F et al. [26] avaient relevé en plus de ces éléments, le citron et le chocolat comme facteurs favorisant le RGO.

Les proportions importantes des excès de consommation d'aliments gras et d'épices seraient juste le reflet de la mauvaise hygiène alimentaire de nos populations. En effet de façon générale les Béninois consomment beaucoup d'épices et de repas gras.

4.2.4. Facteurs médicamenteux

- **Aspirine et AINS**

Il ressort de notre étude que 66 patients soit 29,8% étaient régulièrement sous AINS ou aspirine. En 2000, DIOUF M-L et al avaient trouvé 23,8% à Dakar [8]. Ces chiffres sont un peu plus bas que les 40,9% retrouvé par YÖNEM en Sivas [29]. Cette proportion observée dans notre échantillon pourrait s'expliquer par le fait que les patients hypertendus sont souvent mis sous antiagrégants plaquettaires (aspirine) et le fait que certains patients utilisent à tort de façon anarchique les anti-inflammatoires en automédication. Alors que ces produits sont connus pour leurs effets indésirables gastro-intestinaux (ulcères responsables d'épigastralgies, hémorragies digestives).

- **Sédatifs**

L'étude des facteurs médicamenteux a permis de constater que 15,8% des patients prenaient des sédatifs pour la plupart sans prescription médicale. Ceci serait dû au fait que le RGO était associé chez certains aux troubles de sommeil.

- **Autres**

Les contraceptifs hormonaux et les antihistaminiques sont peu représentés dans notre échantillon. DAVIDE F et AI KUBO et al [26,30] s'accordent sur l'inexistence de relation entre la survenue des symptômes de reflux et les oestro-progestatifs ou les antihistaminiques.

4.3. Données anamnestiques

4.3.1. Evolution antérieure

Dans notre échantillon, sur les 222 patients 79,7% avaient une évolution de plus de 3 mois.

Cependant plus de la moitié des patients (67,1%) n'avaient pas eu de consultations antérieures.

La majorité des patients (2/3) avaient consulté plus d'un mois après le début de la symptomatologie.

Ces constats faits pourraient s'expliquer par la banalisation des symptômes de reflux par les patients et l'ampleur de l'automédication dans notre population.

4.3.2. Antécédents d'œsophagite peptique à la FOGD

4.4. Manifestations cliniques

4.4.1. Symptômes digestifs de RGO

Les symptômes digestifs les plus fréquents étaient le pyrosis et les régurgitations représentées à des proportions respectives de 94,1% et 53,6%.

SHAH N et al avaient eu la même fréquence pour le pyrosis (94%) [40]. BADILLO R et FRANCIS D [32] ont fait le même constat mais dans une proportion nettement plus élevée que la notre pour les régurgitations (95%). LOHOUES-KOUACOU M-J et al [33] avaient retrouvé en 2003 dans une étude réalisée en population générale à Abidjan 22,3% pour le pyrosis et 25,1% pour les régurgitations.

Ces proportions plus basses que les nôtres pourraient s'expliquer par le fait que notre population était restreinte aux patients vus en fibroscopie.

Selon la fréquence de survenue pyrosis et/ou régurgitations, un épisode survenait au moins de façon quotidienne chez 80,6% des patients, de façon hebdomadaire chez 14,4% et de façon mensuelle chez 3,2%. Ce constat est semblable à celui fait par LOHOUES-KOUACOU M-J et al. (10-30%) [33]. ISLAMI F et al avaient relevé en 2009 en Iran une fréquence hebdomadaire de 19,89% et quotidienne de 11,83 [31]. Ces chiffres sont plus élevés que ceux relevés dans les études asiatiques ou l'on notait des fréquences hebdomadaires de 2 à 6% [34-35]. Ce taux élevé d'épisodes quotidiens de RGO observé dans notre étude serait dû au fait que nos patients étaient vus en milieu d'endoscopie haute. En effet, le RGO peu fréquent ne pousse pas les malades à consulter.

L'horaire était diurne chez 62,2% et nocturne chez 35,1%. Le déclenchement postural était observé 55,4% des patients ; identique à celui

trouvé par DIOUF M-L et al [8]. Ce chiffre montre le caractère postural du RGO dans notre population.

Parmi les symptômes digestifs atypiques nous avons retrouvé au premier rang les épigastralgies (36%), ensuite l'hypersialorrhée (27,0%), la constipation (17,3%), les vomissements (11,2%) et la dyspepsie (10,7%). LOHOUES-KOUACOU et DIOUF M-L et al avaient fait le même constat pour les épigastralgies avec des proportions respectives de 37,1% et 37,5% [33-8]. Les épigastralgies entraînent une diminution de la qualité de vie des patients

4.4.2. Signes d'alarme

Les signes d'alarme étaient retrouvés chez 28,8% de nos patients et répartis comme suit : 9,9% de dysphagie ; 9,0% d'amaigrissement ; 1,8% d'hématémèse et 0,9% d'anémie. BRULEY des Varannes S et al [36] avaient relevé dans cinq pays d'Europe les mêmes signes d'alarme avec des proportions de 15,7 pour dysphagie et vomissements et 1,7% pour hématémèse et anémie. LOHOUES-KOUACOU et al [33] avaient eu une valeur plus basse pour la dysphagie (5,2%). Ces chiffres obtenus dans notre échantillon montrent que le taux de sévérité du RGO dans notre population n'est pas alarmant.

4.4.3. Symptômes extra-digestifs

Parmi les symptômes extra-digestifs, les plus rencontrés étaient la sensation de corps étranger pharyngé (29,7%), la toux (14,4%), les douleurs thoraciques atypiques (6,8%) et les troubles du sommeil (5,9%).

L'existence de ces signes extra-digestifs est unanime chez tous les auteurs.

- BRULEY des VARANNES et al. [36] avaient eu une proportion légèrement élevée pour les douleurs thoraciques atypiques (15,1%) et une proportion semblable pour la sensation de corps étranger intrapharyngé (moins de 24,0%).

- VALLOT T et al [37] ont relevé 22% de symptômes extra-digestifs mis sous le compte du RGO (toux : 6,7% ; douleurs à la poitrine 2,3% ; symptômes ORL : 7,7%).
- LOHOUES-KOUACOU MJ et al. [33] ont noté à Abidjan 15,6% de toux et 14 ,6% de précordialgies.

Ces chiffres diversifiés peuvent s'expliquer par le fait que les symptômes extra-œsophagiens observés dans notre étude pourraient ne pas être liés au RGO et seraient dues à d'autres causes.

Dans notre étude, les troubles de sommeil étaient retrouvés chez 5,9% des patients. Inversément, AIMI M et al. [40] avaient relevé des signes de RGO chez 40% des patients souffrant d'insomnie. NAKAHARA K et al. [41] avaient conclu que les symptômes de RGO surtout les épigastralgies entrainent une fragmentation du sommeil et altèrent la qualité de sommeil des patients.

L'asthme était trouvé chez 5% de nos patients, ce qui est semblable aux 5,9% relevé par LOHOUES-KOUACOU MJ et al. [33].

4.5. Données endoscopiques

Notre étude a relevé des anomalies endoscopiques chez 98,2% des patients ; 4 patients (1,8%) étaient symptomatiques mais n'avaient pas de lésions endoscopiques. L'œsophagite peptique était trouvée chez 12,2% des patients dont 7,7% d'œsophagite grade I ; 2,7% d'œsophagite grade II ou III et 1,8% d'œsophagite grade IV (uniquement des endobrachyœsophages).

Plusieurs auteurs ont relevé des proportions semblables :

- SONNENBERG A et al [42] au Mexique : 18,5% d'œsophagite dont 0,4% d'EBO.
- BASSENE ML et al [10] : 7,6% d'œsophagites sur les patients vus en endoscopie.

- NTAGIRABIRI R et al [43] : 11,6% d'œsophagite dans la population consultant à Bujumbura avec 7,9% d'œsophagite grade I ou II et 3,7% d'œsophagite grade III ou IV ;

Par contre, FOUAD YM et al [44] avaient rapporté dans une étude portant sur le RGO chronique dans deux centres d'endoscopie au sud de l'Egypte des prévalences plus élevées pour les œsophagites 49,8% (dont 7,3% d'endobrachyœsophage).

Les variations des fréquences d'œsophagites observées pourraient s'expliquer par le fait que les populations étudiées étaient différentes d'une étude à l'autre. Notre étude montrait que peu de patients souffrant de RGO dans notre pays présentaient des lésions d'œsophagite sévère.

Notre étude avait relevé 42,8% de hernie hiatale et 91,9% de gastrite. Ces valeurs sont proches de celles trouvées par ROESCH-RAMOS L et al [39] (respectivement 30,0% et 56,7%) et FOUAD YM et al [44] (respectivement 39,7% et 72,7%).

Cette fréquence élevée de hernie hiatale observée serait en rapport avec les liens physiopathologiques étroits l'unissant à la pathologie du RGO : le sac herniaire constitue un véritable réservoir de matériel de reflux et d'acidité ; ce qui explique, selon plusieurs auteurs, que son existence soit un facteur de sévérité de l'œsophagite peptique [45].

La forte proportion des gastrites dans notre étude pourrait s'expliquer par une prévalence élevée de l'infection par Hélicobacter pylori dans notre population, donnée qui mérite d'être élucidée par des études sur cette affection.

4.6. Traitement et évolution

Au cours de notre étude, nous avions recommandé des mesures hygiéno-diététiques adaptées au cas de chacun de nos patients.

Mais de façon systématique il était recommandé à tous les patients la surélévation de la tête du lit de 45° et le respect d'un intervalle minimal de 3 heures entre le dîner et le coucher.

Aussi, tous nos patients avaient été traités par un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) associé ou non à d'autres classes thérapeutiques (antiacides, prokinétiques ou antibiothérapie visant à éradiquer l'Hp).

L'évolution dans un intervalle de un (01) à six (06 mois) après le début du traitement était favorable chez 88,9% des patients. Chez les 11,1% restants l'évolution a été marquée par la persistance de la symptomatologie. Aucun patient n'avait été orienté vers la chirurgie.

Il ressort de notre étude que le traitement médical à base des IPP associés aux mesures hygiéno-diététiques est efficace sur les symptômes du RGO. Le taux d'échec du traitement observé pourrait s'expliquer par la non observance thérapeutique des patients.

CONCLUSION

Cette prospective de 8 mois portait sur le RGO en milieu hospitalier à Cotonou au Bénin. Elle avait pour but de décrire les caractéristiques du reflux gastro-œsophagien chez des patients admis pour endoscopie digestive haute. Nous en tirons les éléments suivants :

- La prévalence du RGO dans notre poulation étudiée s'élevait à **24,86%.**
- Le sexe féminin était le plus représenté avec une sex-ratio de **0,52**.
- L'âge moyen était de 40,79 ±13,5 ans avec des extrêmes de 15 ans et 88 ans. La tranche d'âge de 30 à 45 ans était la plus représentée dans notre étude (39,6%).
- certains facteurs de risques du RGO ressortaient, parmi lesquels nous pouvons citer :
  - le surpoids ou l'obésité présents chez 42,3% des patients, avec un IMC moyen qui était de 25,53 ±5,5kg/m2 ;
  - l'heure habituelle du dîner qui était tardive chez 74,3% ;
  - la consommation excessive d'épices (53,2%) et d'aliments gras (51,0%).
- Les symptômes typiques de RGO étaient par ordre de prédominance le pyrosis (94,1%), les régurgitations (51,5%).

A l'EDH, l'œsophagite peptique était trouvée chez 27 patients soit 12,2% et la hernie hiatale chez 95 soit 42,8%.

- Les moyens thérapeutiques utilisés étaient surtout les IPP associés aux mesures hygiéno-diététiques
- L'évolution après le traitement était favorable chez 86,8% des patients. Aucun patient n'avait nécessité un recours au traitement chirurgical.

Le RGO est donc une pathologie fréquente à Cotonou. L'obésité et les mauvaises habitudes alimentaires en sont des facteurs étiologiques non négligeables.

SUGGESTIONS

- **A l'endroit des autorités administratives, politiques et sanitaires.**
  - Mettre en place des plans de sensibilisation de la population notamment sur l'équilibre alimentaire et les moyens de lutte contre le surpoids.
  - Favoriser l'accès aux soins par la création de centres spécialisés d'hépato-gastroentérologie bien équipés.
  - Investir dans la formation de médecins hépato-gastroentérologues pour augmenter la disponibilité de ces spécialistes.
- **A l'endroit des professionnels de la santé**
  - Sensibiliser les patients sur les risques liés au surpoids et à l'obésité
  - Donner des conseils hygiéno-diététiques appropriés aux patients présentant un RGO.
  - Savoir orienter les patients atteints de RGO vers un spécialiste en cas de signes d'alarme, et demander une EDH systématique en cas de RGO chez des sujets de plus de 50 ans.
- **A l'endroit de la population**
  - Eviter le surpoids
  - Manger à des heures régulières

REFERENCES

1. **COLLEGIALE DES UNIVERSITAIRES D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE**

Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.

In : COLLEGIALE DES UNIVERSITAIRES D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Abrégé d'Hépato-Gastro-Entérologie.

Elsevier Masson (Issy-les-Moulineaux), 2010, 285-93.

2. **ZERBIB F, ROMAN S.**

Prise en charge thérapeutique des formes typiques et atypiques de RGO.

Hépato Gastro 2014, 21 : 36-46.

3. **DENT J, EL-SERAG H B, WALLANDER M-A, JOHANSSON S.**

Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review.

Gut 2005, 54: 710-7.

4. **EL-SERAG H.**

Role of obesity in GORD-related disorders.

Gut 2008; 57: 281-84.

5. **FESTI D, SCAIOLI E, BALDI F, VESTITO A, PASQUI F, DI BIASE AR, COLECCHIA A.**

Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease.

World J Gastroenterol 2009, 15(14):1690-701.

6. **VOUTILAINEN M, SIPPONEN P, MECKLIN JP, JUHOLA M, FÄRKKILÄ M.**

Gastroesophageal reflux disease: prevalence, clinical, endoscopic and histopathological findings in 1,128 consecutive patients referred for endoscopy due to dyspeptic and reflux symptoms.

Digestion 2000, 61(1):6-13.

7. **BEN CHAABANE N, EL JERIDI N, BEN SALEM K, HELLARA O, LOGHMARI H, MELKI W, BDIOUI F, SAFER L, SOLTANI M, SAFFAR H.**

Prevalence of gastroesophageal reflux in Tunisian primary care population determined by patient interview.

Disease of the Esophagus 2012, 25:4-9

8. **DIOUF ML, DIA D, MBENGUE M, POUYE A, DIALLO S, MOREIRA-DIOP T.**

Le reflux gastro-œsophagien de l'adulte : aspects cliniques et endoscopiques au CHU Le Dantec de Dakar.

Dakar Med 2002, 47(2):142-6.

9. **GALMICHE JP**.

Le reflux gastro-œsophagien de l'adulte.

In: CADIOT G, GALMICHE JP, MATUCHANSKY C, MIGNON M.

Gastro-entérologie

Ellipses Editions Marketing S.A (Paris), 2005, 170-84.

10. **BASSENE M.L, DIOUF M.L, DIA D, OULD MOHAMED A.V, MBENGUE M, BEYE B, DIALLO S, HALIM A.**

L'œsophagite peptique dans le centre d'endoscopie digestive du CHU Aristide Le Dantec de Dakar : Aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques à propos de 380 cas.

Médecine d'Afrique Noire, 2012, 59(5) : 245-50.

11. **SONNENBERG A, EL SERAG HB**.

Clinical Epidemiology and natural history of gastroesophageal reflux disease. Yale journal of biology and medicine 72 (1999):81-92.

12. **FOURNET J, HOSTEIN J.**

Œsophage : Anatomie, histologie

In: BERNIER J-J

Gastro-entérologie 1

Editions Flammarion médecine sciences (Paris), 1984, 2, 14-7.

13. **KAMINA P.**

Thorax, œsophage

In : KAMINA P.

Carnet d'anatomie : Thorax, abdomen, pelvis ; 2ème édition

Editions Maloine (Paris), 2011, 28-31.

14. **ESCOURROU J, LAZORTHES F, PASCAL J-P, FOURTANIER G, SUDUCA P, LEMOZY J, DUFFAUT M, VINEL J-P, BALAS D, BOMMELAER G, VOIGT J-J.**

Œsophage : Rappel

In : FREXINOS J.

Hépato-gastro-entérologie clinique, 4ème Edition

Masson (Paris), 1991, 3, 62-5.

15. **HERMANN H, CIER J-F.**

Le transit digestif, la déglutition

In: HERMANN H, CIER J-F

Précis de physiologie 2 : Digestion, excrétion urinaire, physiologie générale du muscle, physiologie générale du nerf

Edition Masson et Cie (Paris), 1970, 1, 4-9.

16. **CHONE L, HUDZIAK H, MOUGENEL J-L, PETIT P, WATELET J.**

Reflux gastro-œsophagien

In: BIGARD M-A

Guide pratique des maladies du tube digestif

Editions MMI Masson (Paris), 2001, 55-65.

17. **TACK J, SIFRIM D.**

Progrès dans la compréhension de la physiopathologie du reflux gastro-œsophagien

In : BIGARD MC.

Le reflux gastro-œsophagien : conceptions actuelles

Editions John Libbey Eurotext (Paris), 2003, 41-51.

18. **FOUET P.**

Reflux gastro-œsophagien, Œsophagite, Ulcère de l'œsophage

In : FOUET P.

Abrégés de Gastro-Entérologie, 2ème Edition

Masson (Paris), 1983, 14-24.

19. **BOUVENOT G, DEVULDER B, GUILLEVIN L, QUENEAU P, SCHAEFFER A.**

Reflux gastro-œsophagien, Œsophagite peptique

In : BOUVENOT G, DEVULDER B, GUILLEVIN L, QUENEAU P, SCHAEFFER A.

Pathologie médicale

Abrégés de Gastro-Entérologie, Hépatologie, Hématologie

Masson (Paris) 1995, 4-12.

20. **FATTORUSSO V, RITTER O.**

Reflux gastro-œsophagien et œsophagite peptique.

Vademecum clinique, Du diagnostic au traitement.

18ème édition, Masson(Paris), 2006, 1157-59.

21. **GAYET B.**

Traitement chirurgical du reflux gastro-œsophagien. Opérer mais pourquoi, qui et comment ?

In : BIGARD MC.

Le reflux gastro-œsophagien : conceptions actuelles

Editions: John Libbey Eurotext (Paris), 2003, 105-21

22. **PERNICENI T.**

Traitement du RGO : indications de la chirurgie

In: POST'U FMC-HGE

Springer (Paris), 2013, 63-76.

23. **DEVIERE J.**

Interprétation et place de l'endoscopie dans le reflux gastro-œsophagien

Conférence de consensus,

Gastroentérologie clinique et biologique, 1999, 23 : S17-S20.

24. **KLOTZ F, DEBONNE J.M.**

Y'a-t-il une pathologie du reflux gastro-oesophagien en Afrique Noire ?

Med Afr Noire 1991 ; 38 ; 41-7.

25. **FARIBORZ M-G, FARAHNAZ J, SEYED M A, SEPIDEH C, FATEMEH S.**

The epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a survey on the prevalence and the associated factors in random sample of the general population in the Northern part of Iran

Int J Mol Epidemiol Genet 2013; 4(3):175-82.

26. **FESTI D, SCAIOLI E, BALDI F, VESTITO A, PASQUI F, DI BIASE AR, COLECCHIA A.**

Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease

World J Gastroenterol 2009 April 14; 15(14): 1690-701.

27. **BOECKXSTAENS G, EL-SERAG HB, SMOUT JPM ANDRE; KAHRILAS J PETER.**

Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future

Gut, Jul 2014; 63(7): 1185-93.

28. **SONNENBERG A.**

Effects of environment and lifestyle on gastroesophageal reflux disease

Dig Dis 2011; 29(2): 229-34.

29. **YÖNEM Ö, SIVRI B, ÖZDEMIR L, NADIR I, YÜKSEL S, UYGUN Y.**
Gastroesophageal reflux disease prevalence in the city of Sivas
Turk J Gastroenterol 2013; 24(4):303-10.

30. **KUBO**

31. **ISLAMI F, POURSHAMS A, NASSERI-MOGHADDAM S, KHADEMI H, POUTSCHI H, [….], and MALEKZADEH R.**
Gastroesophageal reflux disease and overall and Cause-specific mortality: A prospective Study of 50000 Individuals
Middle East Journal of Dig Dis 2014; 6:65-80.

32. **BADILLO R, FRANCIS D.**
Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease
World J Gastrointest Pharmacol Ther 2014 August 6; 5(3): 105-12.

33. **LOHOUES-KOUACOU M-J, ASSI C, OUATTARA A, COULIBALY J-K, EBELA C, KONE A, DIAKITE M, KONE S, OKON J-B, SORO D, DOFFOU S, ALLAH-KOUADIO E, CAMARA B-M.**
Prévalence du reflux gastro-oesophagien typique à Abidjan
J. Afr. Hépatol. Gastroentérol 2013 ; 7 :117-21.

34. **CHO YS, CHOI MG, […], JEONG JJ.**
Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Asan-si, Korea
Am J Gastroenterol 2005; 100: 747-53.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE:

N°	VARIABLES	MODALITES	MODALITE(s) Choisie(S)
1	NOM		
2	PRENOM		
3	AGE		
4	SEXE	Masc =1	
		Fem = 2	
5	SITUATUION MATRIMONIALE	Marié=1	
		Célibataire=2	
		Veuf=3	
		Divorcé=4	
		Autre=5Préciser…….	
7	RELIGION	Chrétienne=1	
		Musulmane=2	
		Animiste =3	
		Autre=4Préciser……	
8	NATIONNALITE	Béninoise=1	
		Autre=2Préciser…….	
9	ETHNIE	Fon=1	
		Goun=2	
		Mina=3	
		Adja=4	
		Ouémè=5	

		Nago=6
		Aizo=7
		Autre=8Préciser……
10	PROFESSION	Fonctionnaires=1 Préciser……
		Elèves /Etudiants=2
		Commerçants/Revendeurs=3
		Sans emploi= 4
		Ménagère=5
		Professions libérales =6 (préciser……)
		Retraité=7
		Autres=8Préciser……..
12	NIVEAU D'ETUDES	Illettré=1
		Primaire=2
		Secondaire=3
		Supérieur=4
		SIGNES DE RGO
13	PYROSIS	Oui=1
		Non=2
14	Epigastralgies post prandiales précoces	Oui=1
		Non=2
15	Œsophagite peptique à la	Oui=1

	FOGD	Non=2
		ANTECEDENTS ET COMMORBIDITES
16	Obésité	Oui=1
		Non=2
		Non recherché=3
		Préciser Taille/Poids……IMC…….
17	Diabète	Oui=1 Préciser depuis quand……
		Non=2
		Non recherché=3
18	HTA	Oui=1Préciser depuis quand…….
		Non=2
19	Insuffisance rénale chronique	Oui=1 Préciser depuis quand……
		Non=2
20	Insuffisance cardiaque	Oui=1 Préciser depuis quand…….
		Non=2
21	Cirrhose	Oui=1 Préciser depuis quand …….
		Non=2
22	Tabagisme	Oui=1 Préciser Actif=2, Sevré=3
		Préciser PA……
		Non=4
23	Asthme	Oui=1
		Non=2

24	Alcoolisme	Oui=1 Préciser Type……..... ;……..verres/semaine Durée…….ans Non=2 Sevré=3 Non recherché =4
25	Activités physiques hors occupations habituelles	Oui=1 Non=2 Non recherché=3
26	Autre ATCD ou Terrain	Oui=1 Non=2 Non recherché=3
27	FOGD antérieure	Oui=1 Préciser résultat Normale=2 Oesophagite grade 1=3 Oesophagite grade 2 ou 3=4 Hernie hiatale=5 Béance ou incontinance cardiale=6 Gastrite=7 Non=8 Non recherché=9
		HABITUDES ALIMENTAIRES

28	Excès de café	Oui=1 Non=2
29	Excès d'épices	Oui=1 Non=2
30	Repas du soir tardif (<2 h avant coucher)	Oui=1 Non=2
31	Excès d'aliments gras	Oui=1 Non=2
32	Absence de petit déjeuner	Oui=1 Non=2
33	Horaires de repas irréguliers	Oui=1 Non=2
34	Grignotage fréquent	Oui=1 Non=2
		TRAITEMENT HABITUEL OU FREQUENT
35	AINS	Oui=1 Non=2
36	Aspirine	Oui=1 Non=2
37	Anti-HTA	Oui=1 Préciser ……. Non=2
	Pilule œstro-	Oui=1

38	progestative	Préciser……
		…….
		Non=2
39	Anti-histaminique	Oui=1
		Préciser……
		…..
		Non=2
40	Antidiabétiques Oraux	Oui=1
		Préciser……
		….
		Non=2
41	Somnifères	Oui=1
		Préciser……
		..
		Non=2
42	Autres	Oui=1
		Préciser……
		.
		Non=2
		TRAITEMANT ANTERIEUR RGO
43	Aucun	Oui=1
		Non=2
44	Alginate	Oui=1
	(gaviscon)	Non=2
45	Antiacides	Oui=1 Préciser……
		Non=2
46	Anti- H2	Oui=1 Préciser……

		Non=2	
47	Prokinétiques	Oui=1	Préciser……
		Non=2	
48	IPP	Oui=1	Préciser……
		Non=2	
49	Eradication d' HP	Oui=1	Préciser……
		Non=2	
51	Mesures hygiéno-diététiques	Oui=1	
		Non=2	
		Perte de poids=3	
		Repas du soir 2-3h avant coucher=4	
		Surélever tète du lit=5	
		Autres=6 Préciser……	
	Autres médicaments	Oui=1	Préciser……
		Non=2	
		Caractérisations des symptômes	
52	Syndrome postural	Oui=1	
		Non=2	
		Non renseigné=3	
53	Prédominance nocturne	Oui=1	
		Non=2	
		Non recherché=3	

54	Prédominance diurne	Oui=1 Non=2 Non recherché=3
55	Survenue postprandiale précoce	Oui=1 Non=2 Non recherché=3
56	Fréquence des symptômes de RGO	Quotidienne=1 Hebdomadaire=2 Mensuelle=3 Autre=4
57	Signes d'alarme	Oui=1 Non=2 Dysphagie=3 Amaigrissement=4 Anémie=5 Hématémèse=6
58	Signes associés	Oui=1 Non=2 Vomissements=3 Constipation=4 Hypersialorrhée=5 Douleurs thoraciques atypiques=6 Toux=7 Sensation de corps étranger pharyngé

		ou œsophagien=8
59	Autres signes associés	Non=1 Halitose=2 Dyspepsie=3 Gêne du sommeil=4 Données endoscopiques
59	FOGD faite	Normale=1 Œsophagite grade 1=2 Œsophagite grade 2ou3=3 Œsophagite grade4 =4 Hernie hiatale=5 Béance ou incontinence cardiale=6 Gastrite=7 Autres=8 Préciser…….
60	Biopsies perendoscopiques	Oui=1 Non=2
		TRAITEMENT PRESCRIT POUR RGO
61	Aucun	Oui=1 Non=2
62	Alginate (Gaviscon)	Oui=1 Non=2
63	Antiacides	Oui=1 Préciser……

		Non=2	
64	Anti-H2	Oui=1	Préciser…….
		Non=2	
65	Prokinétiques	Oui=1	Préciser……
		Non=2	
66	IPP	Oui=1	Préciser……
		Non=2	
67	Eradication d' H.P	Oui=1	Préciser……
		Non=2	
68	Autres	Oui=1	Préciser……
		Non=2	
69	Mesures hygiéno-diététiques	Oui=1	
		Non=2	
		Perte de poids=3	
		Repas du soir 2-3h avant coucher=4	
		Surélever tète du lit=5	
		Autre=6	
61	Revu	Oui=1	
		Non=2	Passer au paragraphe suivant
62	A 1 MOIS	Favorable=1	
		Défavorable=2	Préciser symptômes persistants …… ……
63	A 3 MOIS	Favorable=1	
		Défavorable=2	Préciser symptômes

		persistants …… ……..
64	A 6 MOIS	Favorable=1 Défavorable=2 Préciser symptômes persistants …… ……..
65	Orientation en chirurgie	Oui=1 Préciser après quelle durée de suivi…… … (mois) Non=2

TABLE DES MATIERES

DEDICACES ----- i
REMERCIEMENTS ----- vi
HOMMAGES ----- x
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ----- xiii
LISTE DES TABLEAUX ----- xiv
SOMMAIRE ----- xvii
INTRODUCTION ----- 1
1. GENERALITES ----- 4
1.1. Nosologie et histoire naturelle [9] ----- 5
1.2. Rappels anatomiques de l'œsophage [12,13] ----- 6
1.3. Rappels histologiques de l'œsophage [14] ----- 8
1.4. Physiologie de la déglutition [15,16] ----- 10
1.4.1. Le temps labio-buccal ----- 10
1.4.2. Le temps pharyngien ----- 10
1.4.3. Le temps œsophagien ----- 11
1.5. Physiopathologie ----- 12
1.5.1. L'incompétence de la barrière œsogastrique ----- 13
1.5.2. La défaillance de la clairance œsophagienne [11, 17, 18] ----- 14
1.5.3. Le rôle du liquide de reflux [16,19] ----- 14
1.5.4. Relations entre RGO et hernie hiatale [1] ----- 15
1.6. Différentes manifestations cliniques ----- 16
1.6.1. RGO non compliqué ----- 16
1.6.1.1. Symptômes typiques ----- 16
1.6.1.2. Symptômes atypiques digestifs ----- 17
1.6.1.3. Symptômes extra-digestifs [1,9] ----- 17
1.6.2. RGO compliqué ----- 18
1.7. Approche diagnostique et indication des examens complémentaires ----- 19
1.7.1. Explorations morphologiques ----- 19

1.7.2. Explorations fonctionnelles ---------- 21
1.8. Traitement ---------- 21
1.8.1. Objectifs thérapeutiques ---------- 21
1.8.2. Moyens thérapeutiques ---------- 22
1.8.3. Indications ---------- 25
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE ---------- 27
2.1. Cadre d'étude ---------- 28
2.1.1. L'hôpital de zone de Mènontin ---------- 28
2.1.2. Le Centre de Diagnostics et d'Urgences Padre Pio de Cotonou ---------- 28
2.2. Patients ---------- 29
2.3. Méthodes d'étude ---------- 29
2.3.1. Type et période d'étude ---------- 29
2.3.2. Echantillonnage ---------- 29
2.3.3. Taille de l'échantillon ---------- 30
2.3.4. Variables ---------- 30
2.3.5. Collecte de données ---------- 31
2.3.6. Traitement des données ---------- 32
2.4. Difficultés rencontrées ---------- 32
2.5. Considérations éthiques ---------- 32
3. RESULTATS ---------- 33
3.1. Aspects épidémiologiques ---------- 34
3.1.1. Prévalence du RGO ---------- 34
3.1.2. Le sexe ---------- 35
3.1.3. L'âge ---------- 35
3.1.4. La religion ---------- 36
3.1.5. La profession ---------- 37
3.1.6. La situation matrimoniale ---------- 38
3.1.7. Le niveau d'instruction ---------- 39
3.1.8. La nationalité ---------- 39

3.1.9. L'ethnie ---------- 40
3.2. Terrain et facteurs de risque : ---------- 41
3.2.1 Indice de masse corporelle ---------- 41
3.2.2. Antécédents et comorbidités ---------- 41
3.2.3. Facteurs alimentaires et activité physique ---------- 42
3.2.4. Facteurs médicamenteux ---------- 43
3.3. Données anamnestiques ---------- 43
3.3.1 Evolution antérieure ---------- 43
3.3.2. Répartition des patients selon qu'ils aient eu une FOGD antérieure pour RGO ou pas ---------- 46
3.3.3. Traitement antérieur pour RGO ---------- 47
3.4. Manifestations Cliniques ---------- 47
3.4.1. Symptômes digestifs de RGO ---------- 47
3.4.2. Caractérisation des symptômes ---------- 49
3.4.3. Symptômes extra-digestifs ---------- 50
3.4.4. Anomalies endoscopiques ---------- 51
3.5. Traitement ---------- 52
3.6. Evolution ---------- 53
3.6.1. Patients revus ou recontactés ---------- 53
3.6.2. Evolution favorable ---------- 53
4. DISCUSSIONS ---------- 54
4.1. Aspects épidémiologiques ---------- 55
4.1.1. Prévalence ---------- 55
4.1.2 Sexe ---------- 55
4.1.3. Age ---------- 55
4.1.4. Situation matrimoniale ---------- 56
4.1.5. Niveau d'instruction ---------- 56
4.1.6. Ethnie ---------- 56
4.2. Facteurs de risque ---------- 56
4.2.1. IMC ---------- 56

4.2.2. Antécédents et comorbidités ---------- 57
4.2.3. Facteurs alimentaires ---------- 58
4.2.4. Facteurs médicamenteux ---------- 59
4.3. Données anamnestiques ---------- 59
4.3.1. Evolution antérieure ---------- 59
4.3.2. Antécédents d'œsophagite peptique à la FOGD ---------- 60
4.4. Manifestations cliniques ---------- 60
4.4.1. Symptômes digestifs de RGO ---------- 60
4.4.2. Signes d'alarme ---------- 61
4.4.3. Symptômes extra-digestifs ---------- 61
4.5. Données endoscopiques ---------- 62
4.6. Traitement et évolution ---------- 63
CONCLUSION ---------- 65
SUGGESTIONS ---------- 67
REFERENCES ---------- 69
ANNEXES ---------- A
TABLE DES MATIERES ---------- a

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,
En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,
Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,
J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,
Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,
Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

L'étude avait pour but de déterminer la prévalence et de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et thérapeutiques du RGO chez des patients vus en endoscopie digestive haute.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique réalisée durant la période du 06 Janvier au 05 Septembre 2014. Ont été inclus les patients âgés de plus de 15 ans présentant un syndrome de reflux gastro-œsophagien typique, ou des symptômes atypiques associés à des lésions d'œsophagite peptique à la fibroscopie œsogastroduodénale.

Résultats : Nous avons recensé 222 patients répondant aux critères d'inclusion soit une prévalence de 24,86%.

- La majorité des patients (143 soit 64,4%) avait moins de 45 ans et l'âge moyen était de 40,79 ± 13,5 ans.
- Une nette prédominance féminine a été observée à toutes les tranches d'âge avec une sex-ratio de 0,52.
- Parmi les facteurs étiologiques, la surcharge pondérale était relevée 94 fois (42,3%) ; 165 patients (74,3%) prenaient habituellement leur dîner à des heures tardives et 113 (51%) avaient une alimentation riche en graisses.
- Les symptômes typiques de RGO étaient par ordre décroissant le pyrosis (94,1%) et les régurgitations (51,5%) ; leur fréquence de survenue était quotidienne chez 80,6% des patients.
- A l'endoscopie digestive haute, l'œsophagite peptique était retrouvée chez 27 patients soit 12,2% dont 17 cas (7,7%) d'œsophagite grade I et 4 cas (1,8%) d'œsophagite grade IV fait uniquement d'endobrachyœsophage (selon classification de Salvary-Miller).
- L'évolution sous IPP associés aux mesures hygiéno-diététiques était favorable chez la majorité des patients (86,8%).

Conclusion : Le RGO est relativement fréquent. La présence d'endobrachyœsophage oblige à un suivi régulier pour la prévention d'un cancer de l'œsophage.

Mots clés : RGO, surcharge pondérale, pyrosis, œsophagite peptique, IPP.

ABSTRACT

The study aimed to determine the prevalence and describe the epidemiological, clinical, and therapeutic endoscopic GERD patients seen in upper gastrointestinal endoscopy.

Methods: This cross-sectional study, descriptive and analytical performed during the period of January 6 to 05 September 2014. The study included patients aged over 15 years with a typical gastroesophageal reflux syndrome, or atypical symptoms associated with lesions of the upper gastrointestinal reflux esophagitis endoscopy.

Results: We identified 222 patients meeting the inclusion criteria a prevalence of 24.86%.

- The majority of patients (143 or 64.4%) had less than 45 years and the average age was 40.79 ± 13.5 years.
- A female predominance was observed at all ages with a sex ratio of 0.52.
- Among the etiological factors, overweight was raised 94 times (42.3%); 165 patients (74.3%) usually ate their dinner at late hours and 113 (51%) had a high-fat diet.
- The typical symptoms of GERD were descending heartburn (94.1%) and regurgitation (51.5%); frequency of occurrence was daily in 80.6% of patients.
- A upper gastrointestinal endoscopy, reflux esophagitis was found in 27 patients 12.2% of which 17 cases (7.7%) esophagitis grade I and 4 cases (1.8%) grade IV esophagitis made entirely of Barrett (classification according Salvary-Miller).
- The evolution IPP associated with lifestyle modifications was favorable in the majority of patients (86.8%).

Conclusion: GERD is relatively common. The presence of Barrett's esophagus requires regular monitoring for the prevention of esophageal cancer.

Keywords: GERD, overweight, heartburn, peptic esophagitis, PPI.