

Case series

Reflux gastro-œsophagien chez l'adulte : aspect épidémiologique, diagnostic et thérapeutique



Gastroesophageal reflux in adults: epidemiological aspect, diagnosis and therapy

Moussa Sylla^{1,&}, Dondo Mara¹, Fodé Lansana Sylla², Martin Cissé¹, Aissatou Taran Diallo³

¹Service de Médecine Interne B, CHU Ignace Deen, Conakry, Guinée, ²Section Formation Recherche, Hôpital Militaire Camp Almamy Samory, Conakry, Guinée, ³Service de Chirurgie Générale, CHU Ignace Deen, Conakry, Guinée

[&]Auteur correspondant: Moussa Sylla, Service de Médecine Interne B, CHU Ignace Deen, Conakry, Guinée

Received: 23 Mar 2020 - Accepted: 14 Apr 2020 - Published: 20 Apr 2020

Domain: Gastroenterology, General surgery

Mots clés: RGO, endoscopie, épidémiologie, diagnostic, thérapeutique.

Résumé

L'incidence de Reflux gastro-œsophagien (RGO) augmente en occident. Il reste sous-évalué en Guinée. Notre objectif était de déterminer le profil épidémiologique des patients souffrant de RGO, de décrire la symptomatologie et les modalités thérapeutiques. C'est une étude prospective, dynamique, descriptive d'une durée de 6 mois portant sur 114 patients. Le RGO a représenté 59,68% des patients adressés pour endoscopie. L'âge moyen était de 39 ans. La tranche d'âge 27-36 ans était la plus touchée 27,19% avec une prédominance féminine 60,53% (H/F 0,65). Les ménagères étaient les plus touchées 29,82%. La multiparité était le principal facteur de risque 22,81%. L'épigastrie était le principal motif de consultation 54,55%. Les manifestations extradiigestives étaient présentes chez 12,5%. L'endoscopie avait révélé une œsophagite chez 94,74% des patients parmi lesquels 80% présentaient une gastrite et/ou une duodénite. Ces œsophagites étaient des œsophagites peptiques stade I de Savary-Miller chez 84,11%. Un seul cas d'œsophagite candidosique. Le traitement de la majorité de nos patients (80%) était à base d'une trithérapie (IPP+ beta-lactamine ou macrolide+ imidazolé) puis IPP. Aucun de nos malades n'a bénéficié d'un traitement endoscopique ou chirurgical. Durant le suivi, 16,67% de nos patients avaient un bon pronostic contre 7,89% stationnaire, 75,44% étaient perdus de vue. Le RGO est fréquent en Guinée. Il touche principalement les sujets jeunes avec une prédominance chez les ménagères multipares. En plus des manifestations digestives, il existe celles extradiigestives qu'il faut connaître pour la démarche diagnostique. L'endoscopie reste l'examen de choix pour le diagnostic et le suivi.

Case series | Volume 2, Article 150, 20 Apr 2020 | 10.11604/pamj-cm.2020.2.150.22462

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/2/150/full>

© Moussa Sylla et al. PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



Abstract

The incidence of Gastroesophageal reflux (GERD) is increasing in the Western countries. It remains undervalued in Guinea. Our objective was to determine the epidemiological profile of patients suffering from GERD, to describe the symptomatology and the therapeutic modalities. This is a prospective, dynamic, descriptive study of 6 months duration involving 114 patients. GERD represented 59.68% of patients referred for endoscopy. The average age was 39 years old. The 27-36 age group was the most affected 27.19% with a female predominance of 60.53% (M/F 0.65). Housewives were most affected 29.82%. Multiparity was the main risk factor 22.81%. Epigastralgia was the main reason for consultation 54.55%. Extradigestive manifestations were present in 12.5%. Endoscopy revealed esophagitis in 94.74% of patients, 80% of whom had gastritis and / or duodenitis. These esophagitis were stage I Savary-Miller in 84.11%. Only one case of Candida esophagitis. The treatment of the majority of our patients (80%) was based on a triple therapy (PPI + beta-lactamine or macrolide + imidazole) followed by PPI. None of our patients have received endoscopic or surgical treatment. During follow-up, 16.67% of our patients had a good prognosis against 7.89% stationary, 75.44% were lost to follow-up. GERD is common in Guinea. It mainly affects young subjects with a predominance among multiparous housewives. In addition to the digestive manifestations, there are the extradigestive one that must be known for the diagnostic process. Endoscopy remains the examination of choice for diagnosis and follow-up.

Key words: GERD, endoscopy, epidemiology, diagnosis, therapeutics

Introduction

Le reflux gastro-œsophagien est l'issue dans l'œsophage d'une partie du contenu gastrique de façon intermittente, passive et indépendamment de tout effort de vomissement. Un phénomène physiologique, essentiellement en période postprandiale, le RGO est pathologique s'il est à l'origine des symptômes la qualité de vie des patients, d'où l'adage « souffre du reflux gastro-œsophagien celui qui s'en plaint » [1]. Le diagnostic du RGO est avant tout clinique et ses symptômes typiques incluent le pyrosis et la régurgitation acide. Mais il existe une longue liste de manifestations atypiques et extra-œsophagiennes (épigastralgie, toux chronique, douleur thoracique, troubles du sommeil) identifiées au cours des vingt dernières années. Ces symptômes ont un impact préjudiciable sur le mode de vie des patients, compromettant ainsi leur bien-être physique, social et émotionnel [1, 2]. Les complications du RGO peuvent être soit aiguës (œsophagite peptique et hémorragie digestive) ou chroniques (sténose peptique, ulcère œsophagien endobrachyoœsophage) qui sont les plus fréquemment

rencontrées [1]. Les moyens d'investigation du reflux gastro-œsophagien sont variés, il s'agit de l'endoscopie ou la fibroscopie œso-gastroduodénale, la pH-métrie, l'impédancemétrie et le test thérapeutique [3]. Le traitement du RGO est avant tout médical et repose sur l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), des mesures posturales et le régime hygiéno-diététique [3, 4]. Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical chez le sujet jeune, dans la hernie hiatale, dans la sténose et dans la dysplasie [4]. Le RGO est une maladie cosmopolite et son incidence est en augmentation dans la population occidentale. Il reste encore sous ou mal évalué chez nous en Guinée. L'absence d'étude antérieure de RGO dans notre pays, son diagnostic souvent réduit à celui d'une gastrite pour ses manifestations digestives et confondu à d'autres pathologies extradigestives pour les formes atypiques, ainsi que sa fréquence élevée dans nos consultations ont motivé ce travail. Nous nous sommes fixés pour objectifs, de déterminer le profil épidémiologique des patients souffrants de RGO et de décrire la symptomatologie et les modalités thérapeutiques du RGO.

Méthodes

Il s'agit d'une étude dynamique, prospective de type descriptif d'une durée de 6 mois, portant sur 114 malades consultés au Centre Médico-Social de l'ONG Guinéo-Allemande Action Intégration Mère et Enfant, pour symptomatologies digestives hautes, chez qui, la fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD) réalisée durant la période d'étude était en faveur d'un RGO. Les données ont été collectées à travers une fiche de recueil comportant un interrogatoire minutieux, un examen physique, les résultats de la biologie et de la FOGD. La saisie et l'analyse statistique des données seront réalisées à l'aide de Microsoft Excel 2007. L'absence de la pH-métrie, manométrie œsophagienne et de l'impédancemétrie représente une limite dans notre étude.

Résultats

Le RGO a représenté 59,68% des patients adressés pour endoscopie pendant la période d'étude. L'âge moyen de nos patients était de 39 ans avec des extrêmes de 17-75 ans. La tranche d'âge 27-36 ans était la plus touchée soit 27,19%. Nous avons noté une prédominance féminine de 60,53% avec sexe ratio H/F=0,65. Les ménagères étaient les plus touchées, suivies des fonctionnaires soit respectivement 29,82% et 17,54%. La multiparité était le facteur de risque le plus fréquent soit 22,81%, suivie de la consommation de cola soit 12,28%, de l'obésité 10,53%, de l'alcool et la cigarette respectivement 7% chacun. L'épigastrie était le principal motif de consultation soit 54,55%. Les manifestations extradiigestives étaient présentes chez 12,5% de nos malades. Il s'agissait principalement de palpitation, douleur abdominale, toux chronique et douleur thoracique pseudo-angineuse. Le reflux endoscopique était présent chez les 114 patients. L'exploration endoscopique avait révélé une lésion œsophagienne chez 94,74% des patients parmi lesquels 80%

présentaient d'autres lésions à type de gastrite et/ou de duodénite. Ces lésions œsophagiennes étaient classées en 4 stades : une œsophagite peptique stade I de Savary-Miller chez 84,11% de notre échantillon, stade II chez 5,61% des patients (Figure 1), III et IV dans respectivement 9,35% et 0,93% des cas. Un seul cas d'œsophagite candidosique associée à une œsophagite stade I a été trouvé (Figure 2). Le traitement de la majorité de nos patients (80%) étaient à base d'une trithérapie (1 IPP + 1 beta-lactamine ou 1 macrolide + 1 imidazolé) associé ou non à un prokinétique, un alginat et/ou un pansement gastrique avant de continuer sur les IPP. Un antifongique a été associé au traitement de l'œsophagite mycosique. Aucun de nos malades n'a bénéficié d'un traitement endoscopique ou chirurgical. Durant le suivi, 16,67% de nos patients avaient un bon pronostic avec disparition complète des principaux symptômes contre 7,89% avec un état clinique stationnaire. Cependant 75,44% de patients ont été perdus de vue.

Discussion

Dans les pays occidentaux, le RGO est la maladie gastro-intestinale la plus courante. Elle est associée à un énorme fardeau économique et à une baisse de la qualité de vie [5-7]. En 2009 Jian R. a trouvé une prévalence de 15 à 45% de RGO dans la population occidentale [4]. Dans la même année Béchade *et al.* ont trouvé une prévalence de 40% aux Etats-Unis [8]. A Ouagadougou en 2005, Boudo *et al.* ont colligé une fréquence de 28% [9]. Quant à notre étude, le RGO a représenté 59,68% des 191 demandes d'endoscopies pendant la période d'étude. L'âge moyen de nos patients était de 39 ans avec des extrêmes de 17 à 75 ans. Les tranches d'âge les plus touchées étaient : 27-36 ans; 37-46 ans et 17-26 ans avec des fréquences respectives de 27,19%, 21,93% et 21,05%. Par évidence, ce résultat auquel abouti notre étude, se rapproche de celui de Moussavou Kombila *et al.* [10] qui ont eu un âge moyen de 31 ans et le maximum de fréquences dans les

tranches d'âge était : 31-40 ans; 21-30 ans et 41-50 ans avec des fréquences respectives de 25,16%, 16,99% et 15,88%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le nombre élevé des jeunes dans la population, qui sont exposés à la plupart des facteurs favorisants du RGO (alcoolisme, tabagisme,). De notre étude, il ressort que les deux sexes sont touchés avec une prédominance féminine de 60,53% et un sexe ratio de 0,65. Ce résultat est supérieur à celui de Moussavou-Kombila *et al.* [10] qui ont trouvé 54,80% pour le sexe féminin et un sexe ratio de 0,8. Nous avons également trouvé une prédominance des ménagères avec une fréquence de 29,82% et une obésité chez 10,53%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes sont sujettes non seulement à la sédentarité mais aussi à la multiparité. La consommation de la noix de cola était l'un des vices de notre échantillon présente chez 12,28%. Ceci s'expliquerait par ses vertus stimulantes et aphrodisiaques attirant plus la population jeune. En outre le lien entre sa consommation et la survenue de RGO n'a pas pu être établie dans notre étude.

L'épigastrie, la douleur abdominale diffuse et la régurgitation ont été les principaux motifs de la FOGD avec des fréquences respectives de 54,55%, 10,23% et 9,66%. Cet autre résultat est superposable à celui de Moussavou Kombila *et al.* [10] qui ont trouvé 54,43% d'épigastrie dans leur série. Cette fréquence élevée de l'épigastrie pourrait s'expliquer non seulement par le fait des lésions œsophagiennes associées dans la majorité des cas à une lésion gastrique et/ou duodénale mais aussi à notre mode d'alimentation très épicées et souvent grasse. De même en 2008, une étude parisienne publiée dans la revue du praticien, réalisée par Ducrott Philippe, a révélé que le RGO pourrait être responsable de plus de 20% des toux chroniques avec radiographie pulmonaire normale et qu'au cours de l'asthme un RGO est détecté chez 34 à 89% des malades [3]. En 2007 enfin une étude française réalisée par Dominique Lamarque a montré que les manifestations nocturnes du RGO touchent 75% des patients ayant un RGO et que ces manifestations présentes

chez 30% des sujets sont particulièrement associées aux altérations de la productivité au travail avec une relation avec le nombre de nuits perturbées par le RGO [11]. Les manifestations extradiigestives étaient présentes chez 12,5% de nos malades. Il s'agissait principalement des palpitations, douleur abdominale, toux chronique et douleur thoracique pseudo-angineuse. Selon la classification de Savary-Miller, les œsophagites peptiques stade I ont occupé la 1^{re} place avec une fréquence de 84,11%. Notre résultat est superposable à celui de Moussavou Kombila *et al.* [10] qui ont rapporté 88,88% d'œsophagite stade I de Savary-Miller.

Sur le plan thérapeutique, le traitement est essentiellement médical, basé sur les IPP, parfois avec nécessité d'associer au traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* (HP). Comme il en ressort dans notre étude, 80% de nos patients ont bénéficié de la trithérapie dans le but d'éradication de l'*Helicobacter pylori* du fait de la coexistence des lésions gastrique et/ou duodénale. Ce traitement a été relayé par les IPP pendant au moins 3 mois. Mais toutefois l'efficacité du traitement n'a pu être jugé lié à la perte de vue de la majorité des patients. Aucun de nos malades n'a été traité endoscopiquement ou chirurgicalement. L'endoscopie flexible a connu des développements continus depuis plus de vingt ans. De nombreuses méthodes ont été proposées, certaines d'entre elles ont été abandonnées pour des raisons d'inefficacité ou de sécurité. Les derniers développements technologiques ouvrent cependant des perspectives intéressantes pour certains patients dont le profil idéal semble se dessiner de manière de plus en plus précise. Selon l'étude de von Renteln *et al.* en 2008, la plicature endoscopique est sûre et efficace pour réduire les symptômes du RGO et l'utilisation de médicaments [12]. La chirurgie anti-reflux est d'indication rare et considérée comme une option de traitement efficace. Elle est aussi efficace que l'IPP pour contrôler les symptômes du RGO et procure une meilleure qualité de vie au patient. [13].

Conclusion

Le RGO est une pathologie digestive haute, fréquente en Guinée, qui touche principalement les sujets jeunes avec une prédominance chez les ménagères multipares. En plus des manifestations, digestives, il existe celle extradigestives qu'il faut connaître pour la démarche diagnostique. L'endoscopie digestive haute reste et demeure l'examen de choix pour le diagnostic et le suivi, mais également dans d'autres contrées elle est le pont thérapeutique entre le traitement médical et chirurgical d'indication rare.

Etat des connaissances actuelles sur le sujet

- Le RGO est souvent pris à tort pour simple symptôme ;
- Elle altère la qualité de vie des malades ;
- Le traitement est essentiellement médical basé sur les IPP qui sont disponible.

Contribution de notre étude à la connaissance

- Notre étude confirme la fréquence de cette pathologie en Guinée, principalement sur les sujets jeunes avec une prédominance chez les ménagères multipares ;
- Elle attire l'attention sur l'association fréquente du RGO aux gastrites et duodénites qu'il faut tenir en compte dans la prise en charge ;
- Les difficultés diagnostiques et thérapeutiques du RGO dans ces pays en voie de développement.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1 : image endoscopique d'œsophagite peptique stade II de Savary-Miller

Figure 2 : image endoscopique d'œsophagite candidosique

Références

1. Ceze N, Dorval E. Reflux Gastro-œsophagien: chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte : hernie hiatale chez l'adulte. La Revue du praticien. 2010. **Google Scholar**
2. Pace F, Bianchi Porro G. Utilisation d'index de qualité pour la prise en charge du reflux gastro-œsophagien et l'évaluation des effets thérapeutiques. Acta endoscopica. 2008;38(3):229-241. **Google Scholar**
3. Philippe D. Manifestations extradigestives du reflux gastro-œsophagien chez l'adulte : pathologie œsogastrique. La Revue du praticien (Paris). 2008;58:1421-1428. **Google Scholar**
4. Jian R. Le reflux gastro-œsophagien au travers des traitements anti-sécrétoires gastriques. Gastroentérologie clinique et biologique. 2009;33(8-9):614-624. **Google Scholar**

5. Kahrilas PJ. Clinical practice. Gastroesophageal reflux disease. *N Engl J Med.* 2008 Oct 16;359(16):1700-7. **PubMed**
6. Nicholas Shaheen J, Richard Hansen A, Douglas Morgan R, Lisa Gangarosa M, Ringel Y, Michelle Thiny T *et al.* The burden of gastrointestinal and liver diseases. *Am J Gastroenterol.* 2006 Sep;101(9):2128-38. **PubMed | Google Scholar**
7. Wong BC, Kinoshita Y. Systematic review on epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006 Apr;4(4):398-407. **PubMed | Google Scholar**
8. Béchade D, Blondon H, Sekkach Y, Desramé J, Algayres JP. Données actuelles concernant l'association de l'obésité au reflux gastro-œsophagien et à ses complications. *Gastroentérologie clinique et Biologique.* 2009;33(3):155-166. **Google Scholar**
9. Ilboudo RD, Sawadogo A, Serme AK, Bougouma A, Toguyeni LA. Pathologie du reflux gastro-œsophagien chez l'adulte noir Africain. *Médecine d'Afrique Noire.* 2005;52(1):51-55. **Google Scholar**
10. Moussavou-Kombila JB, Bignoumba R, Koltz F, Boguikouma JB, Raouf Abdou O, Dahalani Abdou SS *et al.* Place de la pathologie œsophagienne dans les affections digestives au Gabon. *Médecine d'Afrique noire.* 2006;53(4):213-218.
11. Lamarque D. Caractéristiques cliniques et épidémiologiques du reflux gastro-œsophagien nocturne. *Hépatogastro & Oncologie Digestive.* 2007;14(4):311-314. **Google Scholar**
12. Daniel von Renteln, Ingolf Schiefke, Karl-Hermann Fuchs, Susanne Raczynski, Michael Philipper, Wolfram Breithaupt *et al.* Endoscopic full-thickness plication for the treatment of GERD by application of multiple Plicator implants: a multicenter study. *Gastrointest Endosc.* 2008 Nov; 68(5):833-44. **PubMed | Google Scholar**
13. Mehran Anvari, Christopher Allen, John Marshall, David Armstrong, Ron Goeree, Wendy Ungar *et al.* A randomized controlled trial of laparoscopic nissen fundoplication versus proton pump inhibitors for the treatment of patients with chronic Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) : 3-year outcomes. *Sururgical Endoscopy.* 2011 Aug;25(8):2547-54. **PubMed | Google Scholar**

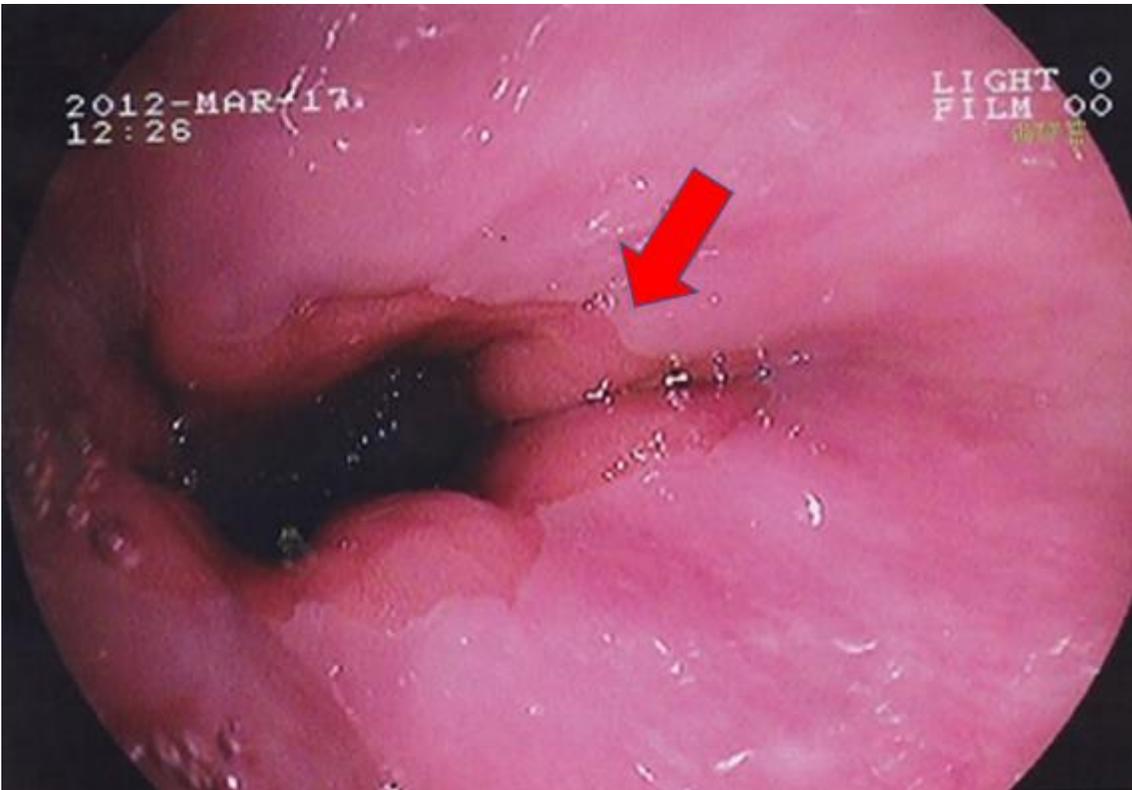


Figure 1 : image endoscopique d'œsophagite peptique stade II de Savary-Miller



Figure 2 : image endoscopique d'œsophagite candidosique