

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple–Un But–Une Foi**

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

TITRE

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DU REFLUX
GASTRO-OESOPHAGIEN DANS LES CENTRES DE
SANTÉ DE RÉFÉRENCE DU DISTRICT DE BAMAKO**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie**

Par Mlle Aïssata Traoré

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur Hamar A. TRAORE

MEMBRE :

Docteur KAYA Assetou SOUCKHO

CO-DIRECTEUR :

Docteur Anselme KONATE

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Moussa Youssoufa MAIGA

Notre Maître et Président d Jury

Professeur Hamar A TRAORE

Professeur titulaire en Médecine Interne, spécialiste en endoscopie digestive

Chef de service de Médecine Interne de l'Hôpital du Point G

Responsable de cour de thérapeutique et de sémiologie médicale à la FMPOS

Cher maître, vous nous faites ce jour un grand honneur et beaucoup de plaisir en acceptant, malgré vos multiples occupations de présider notre jury. Votre rigueur scientifique, votre sérieux dans le travail et bien d'autres qualités encore font de vous un maître exemplaire. Vos enseignements et votre personnalité nous marqueront indéfiniment.

Cher maître, soyez assuré de notre respect et de notre extrême gratitude.

A Notre Maître et Juge
Docteur Kaya Assétou Soukho
Maître Assistant à la FM POS de Bamako
Spécialiste en Médecine Interne

Cher maître, avons été très touchés par votre gentillesse et votre grande disponibilité.
L'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail est l'occasion pour nous de témoigner notre profonde reconnaissance et notre estime.

A Notre Maître et Co-Directeur de Thèse
Dr Anselme KONATE
Spécialiste d'Hépatogastro-entérologie
Maître Assistant à la FM POS de Bamako

Cher maître, pendant toute la durée de notre stage interné, vous avez été d'un apport inestimable. Vous avez guidé nos premiers pas, votre abord facile et votre modestie nous ont permis de mieux vous connaître et ainsi de mieux apprendre à vos côtés.
En acceptant de juger ce travail vous nous faites un grand honneur.
Trouvez ici cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur d'Université

Chef de Service de Médecine de l'Hôpital Gabriel Touré

Responsable des Cours d'Hépatogastro-entérologie à la FM POS de Bamako.

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre souci constant de la bonne formation de vos élèves et travail bien fait, font de vous un maître admirable. En plus de votre esprit critique, de nos connaissances que vous nous transmettez si facilement, votre infatigable disponibilité nous ont marqué.

Recevez par ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A ALLAH le tout miséricordieux, le très miséricordieux

Merci

Je dédie le présent travail à :

Mon Père Mamoudou TRAORE, voici le résultat de tous tes efforts consentis, sois assuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Ma Mère Gnéba KASSE : tu m'as toujours comblé de bénédictions et de conseils, par ce travail, reçois mes sincères remerciements.

Mes tantes et mes oncles : vous avez joué pour moi pleinement votre rôle de parents, aucun mot ne saurait traduire toute ma reconnaissance.

Au corps professoral du décanat de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Merci pour l'encadrement exemplaire.

Aux Pr. Moussa Y MAIGA, Dr Abdoulaye KALLE, Dr Anselme KONATE, Dr Moussa T DIARRA.

Pour la formation et vos qualités de formateur d'homme. Vos caractères sociaux nous ont été précieux durant notre séjour à vos côtés. Grâce à votre disponibilité et vos conseils, ce travail a pu être réalisé. Merci infiniment, chers maîtres.

A mes collègues du service d'hépto-Gastro-Entérologie :

Moussa Y DICKO, Ouatou MALLE, Mamadou SANGHATA, Aboubacrine MAIGA, Seydou A. KOUSSOUBE, Fatoumata MAIGA, Djenèba MAIGA.

Si seulement, nous pouvions continuer ensemble, car nous formons un groupe uni.

A mes aînés : Dr Ganda SOUMARE, Dr Hamidou CAMARA, Dr Alamako DOUMBIA, Dr Mamadou DRABO, Dr Seydou SAMAKE.

Merci pour les conseils.

A mes cadets de service : Alassane DIARRA, Drissa SANGARE, Dotoum DIARRA, Fatoumata MAIGA, Aissé SIDIBE, Adama SIDIBE, Djibril MAIGA, Cheick DOUMBIA, Orouma SOW, Mme SAMAKE Kadiatou.

Je vous souhaite beaucoup de courage.

Au personnel de la clinique médicale PLUS de Magnambougou.

ABREVIATIONS

RGAO : Reflux Gastro Oesophagien

EBO : Endobrachyoesophage

VS : Versus

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
GENERALITES	4
METHODOLOGIE	19
RESULTATS	21
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	29
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	32
REFERENCES	33
ANNEXES	

1. INTRODUCTION

Les symptômes de reflux gastro-oesophagien (RGO) sont fréquemment rapportés par les malades lors des consultations. Cette affection est caractérisée par la diversité de sa sémiologie clinique et par les difficultés thérapeutiques qu'elle engendre. L'intérêt de son étude réside aussi dans la possibilité du contrôle des signes par le traitement et surtout les complications qui peuvent survenir en dehors d'une prise en charge correcte, notamment une oesophagite, une sténose, un ulcère ; et un endobrachyoesophage (EBO). Cette dernière complication mérite une attention particulière à cause de son risque potentiel de dégénérescence. La prévalence exacte de cette affection est difficile à évaluer en raison de l'absence de parallélisme entre les symptômes et les données endoscopiques [1]. Toutefois la prévalence du syndrome de RGO dans une population sédentaire se situait entre 15 et 20% [2].

La symptomatologie peut être aussi typique pour évoquer le diagnostic mais parfois, elle est atypique causant une consultation de spécialité d'autres organes.

Aussi l'endobrachyoesophage peut être asymptomatique. Ces facteurs sont ainsi le motif d'explorations fonctionnelles pour confirmer le Reflux Gastro-œsophagien ou ces complications [3].

La mortalité directement imputable au RGO est très faible et a été estimée à 0,17 sur 100 000 dans une série autopsique [4].

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ont apporté un progrès important dans le traitement du reflux gastro oesophagien [5]. A côté de ces médicaments, les techniques endoscopiques sont aussi contributives en particulier dans le traitement d'un endobrachyoesophage, bien que d'autres indications soient en cours d'évaluation [6].

Au Sénégal, une étude sur 500 sujets interrogés ont rapporté une prévalence du pyrosis à 12% [7].

Au Mali quelques études ont été réalisées sur le RGO, mais le recrutement a été essentiellement endoscopique, méconnaissant ainsi la prévalence de ce syndrome à grande échelle.

Nous avons entrepris ainsi cette étude et nos objectifs étaient :

Objectif général :

Etudier le reflux gastro-oesophagien dans une population de malades vus en consultation de médecine générale.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence du reflux gastro-oesophagien dans la population étudiée.
- ✓ Décrire les principales manifestations de cette affection.
- ✓ Décrire les lésions endoscopiques chez les malades ayant bénéficié de cet examen.

1. GENERALITES :

2.1. Définition : Le reflux gastro-oesophagien se définit comme le passage à travers le cardia d'une partie du contenu de l'estomac vers l'oesophage. Il s'agit d'un phénomène physiologique de survenue fréquente chez le sujet normal, en particulier en période post-prandiale ; c'est la survenue trop fréquente ou trop prolongée de ce phénomène qui provoque la maladie de « reflux gastro-oesophagien » [8]. Les produits de reflux peuvent être acides ou peptiques et en cas de gastrectomie des sécrétions biliopancréatiques.

2.2. Epidémiologie : Les études épidémiologiques visant à évaluer la fréquence du reflux gastro-oesophagien ne sont représentatives de la population générale que si elles ont été réalisées précisément sur un échantillon représentatif de celle-ci et n'offrent pas de biais de sélection comme celle réalisées auprès de population de consultants ou de malades adressés aux gastro-entérologues pour exploration complémentaire. La plupart de ces études ne retiennent comme signes évocateurs du reflux gastro-oesophagien qu'un seul ou deux symptômes, pyrosis et régurgitations. Le plus souvent si le pyrosis a une bonne spécificité vis-à-vis du diagnostic de reflux gastro-oesophagien, sa sensibilité, comparée à celle de la ph-métrie, est cependant insuffisante [9-10].

Beaucoup d'études méconnaissent les manifestations atypiques du RGO. Une étude suédoise rapporte une prévalence de dysphagie de 10% [11], tandis qu'une étude norvégienne évalue la fréquence du reflux gastro-oesophagien à 10% dans la population adulte non retraitée et 18% des retraités consommeraient des antiacides [12].

La prévalence du pyrosis dans la population occidentale se situe entre 5 et 45 % selon le seuil de fréquence retenu (30 à 45% pour un épisode au moins mensuel et 5 à 10% pour un épisode journalier). [13]

Ce signe est plus rare chez les asiatiques. Par contre, près du tiers des patients ayant une oesophagite à la fibroscopie ne se sont jamais plaints de pyrosis [14].

2.3. Physiopathologie : La physiopathologie du RGO est multifactorielle, mais un RGO correspond à une défaillance de la barrière anti-reflux en particulier une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage. L'agression de la muqueuse œsophagienne par la sécrétion gastrique acidopeptique, bien que secondaire à cette défaillance, joue un rôle pathogène majeur dans la survenue des symptômes et des lésions du reflux gastro-œsophagien.

2.3.1. *Hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage* : est favorisée par :

- ✓ Une chirurgie sur le cardia, une résection polaire supérieure, opération de HELLER.
- ✓ Certaines hormones : la progestérone, oestroprogestatifs, glucagon, cholecystokinines.
- ✓ Toxiques (tabac, alcool) sont considérés comme nocifs car ils diminuent la pression du sphincter inférieur de l'œsophage.
- ✓ Certains médicaments sont incriminés dans la survenue du RGO (anti cholinergiques, théophyllines, anticalciques, dérivés nitrés, anti-inflammatoire non stéroïdien).
- ✓ Certains aliments (chocolat, repas gras, caféine).
- ✓ Hyperpression abdominale (toux, grossesse, obésité etc.....).
- ✓ Des troubles moteurs de l'œsophage comme la sclérodermie peuvent prédisposer au RGO en diminuant la tonicité du sphincter inférieur de l'œsophage.
- ✓ Hernie hiatale par glissement : il a été noté qu'une hernie hiatale peut exister sans RGO de même qu'un RGO peut se rencontrer sans hernie hiatale. Il apparaît toutefois que les RGO compliqués

d'œsophagite peptique sont très fréquemment rencontrés au cours d'une hernie hiatale [15-16].

- ✓ Parfois aucune cause retrouvée : dans ce cas on parle d'hypotonie primitive.

2.3.2. Troubles de la vidange gastrique : ces troubles moteurs seraient secondaires à un péristaltisme (contractions trop faibles, non propagées ou répétitives). La stase qu'ils engendrent favorise une hypersécrétion acide disponible pour un reflux.

2.3.3. Composition du matériel de reflux : la symptomatologie et les lésions œsophagiennes dues au reflux sont la conséquence du caractère agressif des liquides reflusés (reflux acide, reflux biliopancréatique) pour la muqueuse de l'œsophage.

2.3.4. Troubles de la clairance œsophagienne : une anomalie du péristaltisme de l'œsophage ralentit l'élimination du produit de reflux et contribue à l'apparition de lésion de la muqueuse.

2.3.5. Diminution de la résistance de la muqueuse œsophagienne : la résistance de l'épithélium malpighien de l'œsophage aux agents agressifs reste mal connue et varie probablement selon les individus. Ces mécanismes de la défense sont : mucus, bicarbonates, EGF (Epidermal Growth Factor).

2.3.6. Sensibilité œsophagienne : variable selon les individus, elle serait diminuée chez les sujets avec sténose ou endobrachyoesophage. La pathogénie des symptômes fait intervenir dans les deux cas un reflux acide qui entraîne des lésions des muqueuses et/ou un élargissement des espaces intercellulaires. Au cours du reflux non érosif, il existe, comme au cours du reflux érosif, un élargissement significatif des espaces intercellulaires par comparaison à des sujets témoins. Cependant, des facteurs variés contribuent à moduler la douleur induite par la stimulation des terminaisons nerveuses sensibles. Parmi ces

facteurs de modulation ont été identifiés la durée du reflux, l'extension proximale du reflux, la composition du reflux et des facteurs psychologiques.

L'exposition acide l'œsophagienne étudiée par pHmétrie de 24heures est anormale dans 45% des cas en présence d'un reflux non érosif, dans 75% des cas en présence d'une œsophagite érosive et dans 93% des cas en présence d'un endobrachyoesophage (figure 5).

Au cours du reflux non érosif, la perception viscérale et une sensibilité œsophagienne augmentée pourraient jouer un rôle, comme le suggèrent les études de distension par ballonnet.

L'acide jouerait donc un rôle majeur dans les deux cas, mais, au cours des œsophagites ou de leurs complications, d'autres facteurs comme le reflux duodénal ou le reflux non acide peuvent jouer un rôle d'aggravation des lésions muqueuses.

Le rôle de l'acide dans la pathogénie des symptômes est documenté par l'efficacité globale des IPP, même si, chez les patients indemnes d'érosions œsophagiennes, notamment chez ceux qui présentent une exposition acide de l'œsophage normale (œsophage acido sensible), une inhibition acide plus importante pourrait être nécessaire. Finalement, la frontière entre reflux érosif et non érosif pourrait devenir de plus en plus ténue à mesure que de nouvelles techniques d'investigation deviennent disponibles, permettant une détection fiable de lésions précoces et/ ou minimales [17].

2.4. Signes :

2.4.1. Forme digestive non compliquée

2.4.1.1. Circonstances de découverte : l'expression clinique du RGO peut être suffisamment caractéristique pour permettre le diagnostic dès l'interrogatoire.

2.4.1.2. Etude clinique :

2.4.1.2.1. Signes fonctionnels :

- ✓ Pyrosis : brûlure rétro sternale à point de départ épigastrique et de trajet ascendant ;_il est pathognomonique du reflux gastro-oesophagien. Le caractère postural du pyrosis est un élément de grande valeur, il est déclenché ou majoré par l'antéflexion, le décubitus dorsal ou le décubitus latéral droit.
- ✓ Les régurgitations qui consistent en l'arrivée dans la bouche sans effort de vomissement d'une petite quantité de liquide acide âcre et brûlant. La brûlure peut survenir isolément ou s'accompagner de régurgitations.

Pendant la nuit ou le décubitus représente une condition favorable au reflux, une partie du contenu gastrique peut pénétrer dans la trachée et déclencher une toux nocturne qui réveille le patient.

D'autres symptômes sont moins caractéristiques :épigastralgies isolées,hoquet, halitose (mauvaise haleine) nausées vomissements peuvent révéler le reflux gastro-oesophagien.

Parfois les symptômes sont indirects et le recours aux examens complémentaires peut être nécessaire pour poser le diagnostic [18].

2-4-1-2-2.Les signes physiques et généraux: sont absents à ce stade.

2-4-1-2-3.Signes paracliniques :

- **L'endoscopie digestive haute** permet de déterminer l'existence ou non d'une lésion oesophagienne secondaire au reflux, telle qu'une oesophagite. Cet examen peut être totalement normal, même en cas de reflux. L'endoscopie digestive haute n'est recommandée que chez les patients de plus de 50ans (cinquante ans) ou ayant des symptômes atypiques. Elle visualise l'oesophagite peptique caractéristique et décele les éventuelles

anomalies de la région cardiale et permet d'apprécier surtout les conséquences du reflux gastro-œsophagien sur l'œsophage [19]

L' *endoscopie* permet également d'évaluer la sévérité de l'oesophagite selon différents systèmes de classification, le plus utilisé étant sans doute celui de Savary – Miller [20-21-22] dont il existe en réalité de nombreuses variantes.

⇒ Classification de Savary Miller :

Grade 1 : Erosions uniques ou multiples et isolées, non confluentes, longitudinales

Grade 2 : Erosions multiples, confluentes, non circonférentielles.

Grade 3 : Erosions circonférentielles.

Grade 4 : lésions chroniques (ulcères, sténoses, brachyoesophage, métaplasie de barrett (seuls ou avec grade 1-3).

✓ Dans certaines situations l'endoscopie peut retrouver une hernie hiatale par glissement.

- **La Ph-métrie oesophagienne de 24 heures**, réalisée de préférence en ambulatoire, est utile chez les patients ayant des symptômes atypiques, une muqueuse oesophagienne normale en endoscopie ou un doute diagnostique. Elle doit être effectuée après arrêt de tout traitement anti-sécrétoire (une semaine pour les IPP). Elle comporte une évaluation de la corrélation symptômes reflux. Elle est plus sensible que l'endoscopie pour le diagnostic de reflux gastro-oesophagien.

Cette exploration n'a pas d'intérêt diagnostique chez les patients ayant une oesophagite ou des symptômes typiques de RGO (sauf dans certains cas de résistance au traitement). Elle ne permet pas la recherche d'un reflux biliaire [23]. Ainsi cette technique est souvent présentée comme la méthode de référence pour le diagnostic de la maladie de reflux [24]. La Ph-métrie

oesophagienne a permis de faire progresser considérablement les connaissances physiopathologiques dans le reflux gastro-oesophagien et de préciser les caractéristiques pharmacodynamiques des substances proposées dans son traitement [25].

✓ **Autres examens :**

- **La manométrie oesophagienne :** mesure la pression de repos du sphincter inférieur de l'œsophage, étudie le péristaltisme oesophagien et peut mettre en évidence une dyskinésie pouvant augmenter le temps de contact entre l'acide et la muqueuse malpighienne. Elle apprécie également le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage mais surtout indiquée en préopératoire pour éliminer un trouble moteur sévère, en particulier une sclérodermie, contre indiquant la chirurgie anti-reflux.
- **L'impédancemétrie :** permet de préciser la nature physique liquide ou gazeuse et les mouvements du contenu de l'œsophage. Couplée à la mesure du pH, cette technique permet de caractériser la composition des épisodes de reflux gastro-oesophagien.
- **La bilimétrie :** confirme la nature bilieuse du reflux.
- **La scintigraphie oesophagienne :** elle permet de rechercher une radio activité résiduelle inhalée suite à un reflux.
- **La radiographie du thorax :** qui donne une image gazeuse de la base du thorax d'une hernie hiatale volumineuse.
- **Le transit œsogastroduodénal :** caractérise une sténose.
- **Le test de Bernstein** est un test de perfusion acide, indiqué dans les douleurs thoraciques d'origine oesophagienne.

2.4.1.2.4. Evolution : sous traitement est marquée par

- ✓ Le soulagement de la douleur.
- ✓ La cicatrisation des lésions d'œsophagite.

Mais sans traitement, l'évolution peut se faire vers une complication en particulier l'EBO.

2.4.1.3. Formes cliniques :

2-4-1-3-1. Formes selon le terrain : le reflux gastro-œsophagien peut se rencontrer :

- ✓ chez la femme enceinte, une maladie systémique comme la sclérodermie, reflux gastro-oesophagien associé à une hernie hiatale
- ✓ chez l'enfant : il peut se manifester de manière plus atypique : cassure de la courbe staturo-pondérale, rhino-pharyngo-bronchite récidivante, asthme et bronchiolite, anémie.

2.4.1.3.2. Manifestations extra-digestives du reflux gastro-œsophagien :

- ✓ des douleurs thoraciques (douleurs pseudo angineuses) pouvant en imposer pour une angine de poitrine,
- ✓ des manifestations pulmonaires à type de toux irritative chronique, dyspnée asthmatiforme,
- ✓ des manifestations ORL à type d'enrouement, de dysphonie,
- ✓ des manifestations stomatologiques à type de carie dentaire, gingivite.

2.4.1.3.3. Formes compliquées :

2.4.1.3.3.1. Endobrachyoesophage ou œsophage de Barrett est défini par le remplacement sur une hauteur plus ou moins grande de l'épithélium malpighien de l'œsophage distal par un épithélium métaplasique cylindrique de type fundique, cardial ou intestinal. La recherche de cette métaplasie intestinale se fait grâce à de multiples

prélèvements sur les quatre quadrants tous les deux centimètres sur toute la hauteur de la zone d'endobrachyoesophage. A l'endoscopie l'endobrachyoesophage est visible sous forme d'ilôts plus ou moins confluents d'une muqueuse cardiaque de type gastrique, qui remonte plus ou moins haut dans l'oesophage et peut atteindre toute la circonférence.

2.4.1.3.3.2. La sténose peptique : est un rétrécissement inflammatoire du calibre du bas oesophage consécutif au reflux chronique. Elles sont révélées en règle général par une dysphagie plus ou moins marquée, par les solides et pour les liquides. Dans certains cas ces sténoses se développent alors qu'aucun signe clinique évocateur de RGO n'est retrouvé à l'interrogatoire. Une altération de l'état général peut également s'observer. La distinction avec une sténose néoplasique repose avant tout sur l'endoscopie et l'examen histologique des biopsies.

2.4.1.3.3.3. Les hémorragies digestives : rares, elles sont révélées par une anémie occulte ferriprive.

2.4.1.3.3.4 Diagnostic différentiel :

a) Devant une sténose : éliminer

- ✓ Une compression extrinsèque
- ✓ Un cancer de l'oesophage
- ✓ Un trouble moteur de l'oesophage (mégaoesophage)

b) Devant l'oesophagite : éliminer

- ✓ Une cause médicamenteuse, virale, caustique

c) Devant une hémorragie digestive : éliminer toutes autres lésions oesogastro-duodénales

d) Devant une manifestation extradiigestive : rechercher une autre cause.

2.5. Traitement :

2.5.1. Buts :

- ✓ Soulager les douleurs,
- ✓ Obtenir la cicatrisation des lésions,
- ✓ Prévenir les récurrences

2.5.2. Les moyens :

2.5.2.1. Médicaux :

- ✓ Les mesures hygiéno-diététiques :

Le traitement médical du reflux gastro-oesophagien procède par le respect des principes hygiéno-diététiques et posturaux qui sont simples et parfois très efficaces : surélévation de la tête du lit (traitement postural) ,réduction des graisses alimentaires sevrage tabagique et alcoolique.

L'anté-flexion du tronc ou les efforts violents après le repas, le port des vêtements serrés, les boissons gazeuses peuvent augmenter la fréquence des reflux.

- ✓ Les anti-acides :

L'utilisation très répandue des anti-acides témoigne certainement autant de leur efficacité sur les symptômes alors que les résultats des essais thérapeutiques ne sont pas toujours probants. Ces produits n'ont pas d'effet sur les lésions d'oesophagites [26] leur durée d'action étant brève, ils sont utilisés à la demande au moment des douleur ou après les repas en cas de signes post prandiaux, et ne sont indiqués que dans les formes modérées de RGO (formes intermittentes et sans lésions sévères d'oesophagites)

Les antiacides doivent être pris à distance d'autre médicament dont ils peuvent diminuer l'absorption digestive.

✓ Les alginates :

Ont une efficacité symptomatique démontrée mais sont à distinguer des anti-acides : ils forment un gel visqueux qui surnage au niveau du contenu gastrique et protège la muqueuse oesophagienne lors des épisodes de reflux. Cependant une étude multicentrique non contrôlée a suggéré qu'un traitement par l'association d'alginate et d'anti-acide administrés, à la demande pendant six mois, était suffisante pour contrôler la maladie liée au reflux chez la grande majorité des patients atteint d'une oesophagite de faible grade [27].

✓ Les prokinétiques :

Parmi les prokinétiques, seul le cisapride a une efficacité voisine de celle des anti H₂ en traitement d'attaque. Actuellement on utilise plus facilement les neuroleptiques comme le dompéridone ou le métoclopramide.

✓ Les anti-sécrétoires :

a- Les antagonistes des récepteurs H₂ :

Sont souvent pris par les malades dans le cadre d'une automédication. Ils sont efficaces dans le traitement symptomatique de reflux et les lésions d'oesophagites [28]. Toutefois, les taux de cicatrisation après six à huit semaines de traitement à doses standard sont modestes, de l'ordre de 50% [29], la cicatrisation étant d'autant plus difficile à obtenir que l'oesophagite est sévère. Le traitement d'entretien par les anti- H₂ n'est pas efficace pour prévenir les rechutes [30]. De même l'association des prokinétiques aux anti-H₂ est moins efficace et plus coûteuse qu'une monothérapie par IPP .Il est donc raisonnable de recommander la prescription en première intention d'un IPP pour améliorer les symptômes d'une poussée de RGO.

b- Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) :

Les IPP ont une efficacité supérieure à celle de toutes les autres classes thérapeutiques sur les symptômes et les lésions d'oesophagite qu'elle qu'en soit la sévérité. Dans les cas de sténose peptique, les IPP sont la seule classe thérapeutique ayant fait la preuve d'une efficacité sur les symptômes, la cicatrisation des lésions. L'efficacité symptomatique des IPP à demi dose a été démontrée dans les formes modérées de reflux gastro-oesophagien. Dans les formes atypiques, il est nécessaire de recommander un traitement par IPP à simple ou double dose pendant quatre à huit semaines lorsque l'imputabilité du RGO est prouvée ou très fortement suspectée. Si un traitement d'entretien est imposé par les rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du traitement, la dose la plus adaptée doit être recherchée.

2.5.2.2. Les moyens endoscopiques :

- ✓ Les dilatations : sont le plus souvent réalisées à l'aide de bougies de Savary ou de ballon de dilatation placés au niveau de la sténose sous contrôle endoscopique.
- ✓ Les traitements endoscopiques par photo coagulation laser, ou plus récemment électrocoagulation au plasma argon, en association avec les IPP, permettent la destruction de la muqueuse métaplasique suivie dans les meilleurs cas par la réapparition d'une muqueuse malpighienne.

2.5.2.3. Les moyens chirurgicaux :

Le traitement chirurgical a pour but :

- ✓ De réduire une éventuelle hernie hiatale
- ✓ De reconstituer la barrière anti-reflux Le chirurgien réalise un manchonnage du bas-oesophage par la grosse tubérosité de l'estomac (fundoplicature) : C'est l'intervention de Nissen ou de Toupet, selon que la fundoplicature est totale (360°) ou partielle

(180°). La coelioscopie peut être considérée aujourd'hui comme la voie d'abord de référence pour le traitement du RGO non compliqué. La chirurgie s'adresse aux patients IPP dépendants à faible risque opératoire, ayant un RGO prouvé. Le choix entre poursuite du traitement médicale et la chirurgie dépend du contexte clinique et la décision du patient. Le taux de réussite est de 80 à 90 % , cela implique que 10 à 20 % des sujets opérés garderont par la suite un traitement par IPP.

2.5.3. Les Indications :

Traitement Initial :

a- RGO non compliqué :

- ✓ En cas de symptômes typiques et espacés, en l'absence de symptômes d'alarme : traiter à la demande. Les antiacides, les alginates ou les anti- H2 faiblement dosés peuvent être utilisés. Cette prescription doit être accompagnée d'une information sur les mesures hygiéno-diététiques et posturales.
- ✓ Les symptômes typiques rapprochés (une fois par semaine ou plus) chez des patients de moins de cinquante ans, sans symptômes d'alarme, nécessitent un traitement continu pendant environ 4 semaines. Un IPP à demi-dose, un anti-H2 à dose standard, peuvent être utilisés. En cas d'inefficacité ou de récurrence précoce, une endoscopie doit être réalisée.
- ✓ Une endoscopie doit également être réalisée si le sujet est âgé de plus de 50 ans ou en cas de symptômes d'alarme. En l'absence d'oesophagite ou en cas d'oesophagite non sévère, un traitement de 4 semaines par anti-sécrétoire, de préférence par IPP, doit être envisagé. Si l'endoscopie était justifiée par un échec thérapeutique, un IPP à pleine dose doit être utilisé. En cas d'oesophagite sévère ou de complication, un traitement par IPP à

pleine dose pendant 8 semaines doit être entrepris et suivi d'un contrôle endoscopique. En l'absence de cicatrisation ou de rémission symptomatique, une majoration des doses doit être envisagée.

- ✓ En cas de manifestations extra- digestives, un traitement par IPP à dose standard ou à double dose pendant 4 à 8 semaines, sous réserve que le diagnostic de RGO soit établi et que la responsabilité du reflux sur les symptômes soit prouvée ou fortement suspectée.

Stratégie à long terme en dehors des complications

- ✓ Le traitement initial doit être arrêté lorsqu'il permet la disparition des symptômes, sauf en cas d'oesophagite sévère ou compliquée.
- ✓ Dans les cas, fréquents, de récurrences très espacées des symptômes, le patient peut être traité de façon intermittente et selon des modalités identiques à celles ayant permis la rémission initiale.
- ✓ Par contre, des rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du traitement, retentissant sur la qualité de vie, imposent un traitement par IPP à doses adaptées. C'est dans ces cas de dépendance au traitement médical que la chirurgie peut être envisagée.

b- Traitement des formes compliquées

- ✓ La sténose peptique doit être traitée en continu par IPP, le plus souvent à forte dose. En cas de dysphagie, une dilatation endoscopique doit être associée au traitement médical. Le traitement chirurgical se discute en cas d'échec de la stratégie médicale.
- ✓ L'endobrachyoesophage symptomatique ou associé à une oesophagite doit être traité par IPP. Les formes non symptomatiques et sans oesophagite ne nécessitent pas de

traitement. Les anti-sécrétoires au long cours, et la chirurgie ne permettent pas de faire régresser complètement la métaplasie ou la survenue d'un cancer. Ces traitements ne modifient donc pas les indications et les modalités de la surveillance endoscopique et histologique.

3- Méthodologie :

3.1. Lieu et type : Cette étude transversale s'est déroulée dans les centres de référence des communes du district de Bamako de juin 2006 à décembre 2006.

3.2. Patients : elle a porté sur les patients ayant un RGO dans une population consultante en médecine générale.

3.2.1 Critères d'inclusion :

- Symptômes typiques du reflux gastro-oesophgien : pyrosis, régurgitations acides.
- manifestation extra digestives

3.2.2. Critères de non inclusion :

Absence de symptômes typiques.

3.3. Méthodes :

3.3.1. Examen clinique :

3.3.1.1. Interrogatoire : a recherché :

- Les caractères sociodémographiques :

* le mode de vie, une pathologie en cours, une chirurgie antérieure sur le cardia, l'âge, le sexe, l'ethnie, la profession, la résidence, la situation matrimoniale, le niveau socio économique : en appréciant l'échelle des niveaux de vie du pouvoir d'achat et la fonction des patients où trois situations se distinguent :

- Les patients n'étant pas capables de payer les prescriptions et qui sont dans une condition de vie précaire sont situés au **bas niveau**.
- Ceux qui ont un moyen revenu c'est-à-dire qui peuvent tout juste payer les prescriptions sont du **niveau moyen** .
- Il y'a aussi ceux qui ont un revenu au delà des autres couches : ceux dont la condition socio économique est très aisée. Ils sont du **niveau élevé**.

- Les symptômes typiques (pyrosis, régurgitations acides) ou atypiques de RGO (épigastralgie, douleurs thoraciques, dyspnée asthmatiforme, dysphagie, toux.

3-3-1-2. **L'examen physique** : recherche d'autres pathologies associées.

3-3-2. **Examen complémentaire** : seule l'endoscopie digestive haute a été nécessaire à la recherche des lésions œsophagiennes de reflux.

- nous avons retenu la classification de SAVARY pour cette étude.

Classification de Savary Miller :

Grade 1 : Erosions uniques ou multiples et isolées, non confluentes, longitudinales

Grade 2 : Erosions multiples, confluentes, non circonférentielles.

Grade 3 : Erosions circonférentielles.

Grade 4 : lésions chroniques (ulcères, sténoses, brachyoesophage, métaplasie de barrett (seuls ou avec grade 1-3).

- D'autres examens ont été demandés selon le contexte.

3-3-3- **Support** :

- Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête et analysées sur un logiciel : Microsoft 2003.

4- RESULTATS

- Pendant la période d'étude de juin 2006 à décembre 2006, 101 cas de RGO ont été colligés sur 505 patients interrogés, soit une fréquence 20%

4-3- Caractéristiques sociodémographiques

4-3-1- Age

Tableau I: Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
≤19	3	3
20-30	34	33,6
31-40	29	28,7
41-50	17	16,8
51-60	6	5,9
61 et plus	12	12
Total	101	100

L'âge moyen était de $38,8 \pm 15,7$ ans.

Les extrêmes étaient de 17 ans et 88 ans.

Les tranches d'âge de 20-30 ans et de 31-40 ans étaient les plus représentées.

4-3-2- Sexe

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	27	26,7
Féminin	74	73,3
Total	101	100

Le sex-ratio était de 0,36 en faveur des femmes.

4-3-3- Profession

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	63	62,4
Fonctionnaire	16	15,8
Commerçant	12	11,8
Cultivateur	2	2
Etudiant	3	3
Ouvrier	3	3
Chauffeur	2	2
Total	101	100

Les ménagères et les fonctionnaires ont été plus représentés

4-3-4- Statut matrimonial

Tableau IV : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Marié	68	67,3
Célibataire	19	18,8
Veuf /veuve	11	10,9
Divorcé	3	3
Total	101	100

Les mariés ont été prédominants

4-3-5- Niveau socio-économique

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau socioéconomique

Niveau socioéconomique	Effectif	Pourcentage (%)
Bas	20	19,8
Moyen	76	75,2
Elevé	5	5
Total	101	100

Le niveau moyen représentait 75,2% de l'échantillon

4-3-6- Mode de vie / Terrain

Tableau VI : Répartition des patients selon le mode de vie

Mode de vie		Effectif	Pourcentage (%)
Prise de thé		66	65,3
Prise de Médicaments	Antalgique	17	16,8
	Anti-inflammatoire	20	19,9
	Antalgique+ Anti-inflammatoire	6	6
Prise de tabac		14	13,9
Prise de café		15	14,9
Consommation d'alcool		2	2
Consommation de drogues		1	1
Prise de certains aliments (jus de fruits, graisses, aliments salés, épicés)		78	77,2
Diabète		6	5,9
HTA		14	13,8
Surcharge pondérable en faveur des femmes		18	17,8
Surcharge pondérable en faveur des hommes		9	8,9

La consommation de thé, la notion de prise d'anti-inflammatoire ont été fréquemment rapportées.

4-4- Signes fonctionnels

4-4-1- Signes fonctionnels digestifs

Tableau VII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels digestifs

Signes fonctionnels digestifs	Effectif	Pourcentage (%)
Epigastralgie	101	100
Régurgitation	73	72,3
Pyrosis	63	62,4
Nausées	55	54,5
Dysphagie	15	14,9
Syndrome de troubles fonctionnels intestinaux	10	9,9
<i>Hémorragie digestive</i>	2	2

L'épigastralgie, le pyrosis, le regurgitation étaient fréquemment retrouvés.

4-4-2- Signes fonctionnels extra-digestifs

Tableau VIII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels extra-digestifs

Signes fonctionnels extra-digestifs	Effectif	Pourcentage (%)
Dyspnée asthmatiforme	40	39,6
Toux	31	30,7
Douleur thoracique	14	13,8
<i>Dorsalgie</i>	3	3

La dyspnée asthmatiforme a été la manifestation extra digestive la plus fréquente avec 39,6% des cas.

3- Début d'apparition des signes fonctionnels

Tableau IX : Répartition des patients selon le début d'apparition des signes fonctionnels du RGO

Début d'apparition des signes fonctionnels (mois)	Effectif	Pourcentage (%)
< 1 mois	8	7,9
1-10 mois	27	26,7
11-20 mois	7	6,9
21-30 mois	12	11,9
> 30 mois	47	46,6
Total	101	100

4-4-4- Nombre de consultation antérieure

Tableau X : Répartition des patients selon le nombre de consultation avant

Nombre de consultation antérieure	Effectif	Pourcentage (%)
0	12	11,8
1	10	9,9
2	14	13,9
3	5	5
4	2	2
>4	58	57,4
Total	101	100

4-5- Caractéristiques du pyrosis

4-5-1-1- Durée du pyrosis

Tableau XI : Répartition des patients selon la durée du pyrosis

Durée de L'épigastrie (mois)	Effectif	<i>Pourcentage (%)</i>
1 mois	11	10,9
2 mois	8	7,9
3 mois	3	3
> 3 mois	41	40,6

4-5-2- Nombre d'épisode mensuel du pyrosis

Tableau XII : Répartition des patients selon le nombre d'épisode mensuel du pyrosis

Nombre d'épisode par mois	Effectif	<i>Pourcentage (%)</i>
1/mois	4	4
2/mois	7	6,8
3/mois	4	4
4/mois	5	5
> 4 mois	43	42,6

4-6- Résultats de l'endoscopie

Tableau XIII : Répartition des patients selon le résultat de L'endoscopie

Résultat de L'endoscopie	Effectif	Pourcentage (%)
Gastrite congestive	10	12,7
Oesophagite grade I	15	19
Oesophagite grade II	9	11,4
Bulboduodénite	10	12,7
Ulcère duodéal	8	10,1
Béance cardiale	1	1,2
Endoscopie normale	26	32,9
<i>Total</i>	79	100

* L'endoscopie n'a pas été réalisée chez 22 patients.

L'oesophagite grade I a été la lésion oesophagienne fréquemment retrouvée chez 19% des patients.

4-7- ENDOSCOPIE ET SIGNES CLINIQUES DIGESTIFS

4-7-1 résultats de l'endoscopie selon les principaux signes du RGO

Tableau XIV :

Signes digestifs Aspect endoscopique	Régurgitation (n=73)	Pyrosis (n=63)
Gastrite congestive n (%)	17,4	20,1
Oesophagite grade I n (%)	26	30,1
Oesophagite grade II n (%)	15,6	18
Bulboduodénite n (%)	17,4	20,1
Ulcère duodéal n (%)	13,8	16
Béance cardiale n (%)	1,6	2
Endoscopie normale n (%)	45	52,2

2. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

En six (6) mois nous avons colligé 101 patients présentant un syndrome de reflux gastro oesophagien. L'étude a été menée sur une population de malades vus en consultation. Pour être plus représentative de la population générale elle aurait pu porter sur un échantillonnage fait au hasard incluant des sujets qui ne se plaignent pas. La comparaison de nos résultats avec ceux d'autres études a été difficile car la plus part de celle-ci ont porté tantôt sur la pathologie œsophagienne dans son ensemble tantôt sur l'œsophagite à différents stades [31]. Toutefois notre échantillon est significatif et plus de la moitié des malades ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute.

La fréquence du RGO dans notre étude a été de 20% de la population enquêtée. Une étude identique menée au Sénégal a trouvé une prévalence du pyrosis à 12% [32]. Un RGO semble donc fréquent. Cette fréquence peut au moins en partie être expliquée par le mode de vie des patients.

Le sexe féminin a été prédominant (73,3%), avec un sex-ratio de 0,36. Une prédominance masculine a été constatée par Romero et al et Zeitoun et al respectivement au cours du RGO et des œsophagites [33, 34]. Thompson et al, Ruth et al, Bruley des Varannes, ont rapporté une prévalence identique dans les deux sexes [35, 36, 37].

La prédominance féminine constatée dans notre étude peut s'expliquer d'une part, par l'excès pondéral qui a été fréquemment noté dans notre étude et d'autre part par l'effet délétère des grossesses itératives sur la barrière anti-reflux.

L'âge moyen a été de 38,8 +/- 15,7 et la tranche d'âge de 20-30 est plus représentée.

Classiquement la prévalence du RGO augmente avec l'âge [38, 39]. Nous estimons que la consommation excessive de médicaments, de thé

et l'intoxication tabagique expliquent la grande fréquence de cette pathologie à cet âge.

Le RGO a été fréquemment observé chez les fonctionnaires et les ménagères. Dans la première population cette fréquente constatation peut être due à leur accès plus facile et leur rattachement à la médecine conventionnelle. Chez les ménagères la fréquence de cette pathologie peut être imputable à l'effet des grossesses antérieures.

En ce qui concerne le mode de vie nous constatons une consommation importante de thé, des médicaments (AINS), une notion de prise fréquente de certains aliments (jus de fruit, aliments salés ou épicés, graisses) et une intoxication tabagique dans notre échantillon. Pour certains auteurs la consommation d'AINS n'aurait aucun rôle dans l'incidence du RGO [40], alors que selon Heller et al ces substances ont un effet délétère chez un patient souffrant de RGO [41, 42]. Dans une étude récente de la Mayo Clinic, le RGO était retrouvé chez 40 % des fumeurs vs 31 % des non fumeurs, [43]. La symptomatologie digestive est dominée par les épigastralgies, le pyrosis, les régurgitations et les nausées qui constituent les signes classiquement rapportés au cours de cette pathologie. Dans une autre étude le pyrosis et la brûlure épigastrique ont constitué les symptômes prédominants chez environ la moitié des malades, alors que les régurgitations ont été rarement au premier plan [44]

Les manifestations extradigestives n'ont pas été rares avec la dyspnée asthmatiforme plus fréquente. Une diminution de la pression du sphincter inférieur de l'œsophage est connue chez le sujet asthmatique. Dans une étude américaine récente au cours du RGO l'asthme était rencontré dans 9,3 %, les précordialgies atypiques chez 23 % des malades, le globus hystérius dans 7 % des cas, la pneumonie dans 23,6 % des cas, la voix enrouée chez 14 % des malades [45]. Selon une

étude suédoise la toux à la déglutition a été observée chez 27 % de patients, le globus hystérius dans 16 % des cas les précordialgies atypiques dans 13 % des cas [46]

Les expressions atypiques du RGO fréquemment rapportées constituent donc un problème diagnostique quand elles surviennent en dehors des signes typiques de reflux [47]. Il faut donc y penser devant les troubles respiratoires et pharyngolaryngés et des douleurs thoraciques non expliqués.

L'endoscopie digestive haute a été normale dans 25,7% des cas, et a objectivé une œsophagite de grade I (19 %) et de grade II (11,4%) des cas. Cette lésion endoscopique a été retrouvée à une fréquence variable allant de 38 à 75 % chez les sujets ayant des symptômes de reflux gastro-oesophagien [48], et Knill-jones et al ont trouvés une œsophagite chez 57% des malades présentant un reflux symptomatique [49].

3. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude a permis d'apprécier le reflux gastro-oesophagien dans les principaux centres de référence des communes du district de Bamako.

La pathologie a été fréquente dans le sexe féminin et chez l'adulte jeune. Cette population jeune mérite un suivi car la consommation de substances favorisant un RGO est fréquente à cet âge.

Les manifestations extra digestives de cette affection ont été retrouvées et nécessitent une attention particulière en raison de leur difficulté diagnostique. Sur le plan endoscopique, l'oesophagite a été retrouvée dans 30,4 % des cas et doit également imposer une surveillance car la cicatrisation est parfois difficile et les complications peuvent souvent survenir (endobrachyoesophage surtout).

Au terme de cette étude, nous recommandons :

- Une large information de la population sur le rôle du tabac, du thé et des AINS dans la survenue du RGO,
- L'introduction dans les centres endoscopiques pour le diagnostic et la surveillance des lésions susceptibles de complications,
- Création de centres spécialisés de pHmétrie utile au diagnostic des manifestations extra- digestives isolées,
- Une prise en charge rigoureuse du RGO.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gilles BOMMELAER, Reflux gastro oesophagien de l'adulte, Gastroenterol Clin Biol, 1999, 23 : S3 – S9.
2. Locke GR, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton.LJ. prévalence and clinical spectrum of gastro oesophage reflux : a population based study in olmsted country, Minnesota. Gastro enterology 1997 ; 112 : 1448-56.
3. Stefan MÜLLER-LISSNER,
Valeur sémiologique des symptômes de reflux gastro-oesophagien,
Gastroenterol clin Biol, 1999, 23, S13-S16
4. Wienbeck M, Barnert, Epidemiology of reflux disease and reflux oesophagitis. Scand J gastro enterol 1989; 24 (supp 1.56): 7-13.
5. Jean Dominique de Korwin 1, Philipe Ducrotte 2, Thierry Vallot 3.
Les nouveaux inhibiteurs de la pompe à protons un progrès dans la prise en charge des maladies acido-peptiques.
Presse ed 2004 ; 33746.54.
6. Th ponchon traitement endoscopique du reflux gastro oesophagien. Acta Endoscopica 2003 ; 33 (5) : 707 – 712.

- 7.** J M Debonne (1) ; PS Mbaye (2) ; S Fall (2) P Nabeth (2) ; FK Soumah (2) B N'Diaye (2) ; A Niang (2) ; F Fall (2) ; M sané (2) ;
Prévalence des symptômes évocateurs de reflux gastrooesophagien chez l'adulte au Sénégal. Enquête épidémiologique chez 500 sujets. Gastro enterol clin Biol 2005 ; 29 : A 155.
- 8.** GILLES BOMMELAER, Reflux Gastro-oesophagien de l'adulte,
Gastro-enterol Clin Biol,1999, 23, S3-S9.
- 9.** Johnson LF .
New concepts and methods in the study and treatment of gastro-oesophageal reflux
Disease. Med clin north am 1981, 65:1195-222,
- 10.** Klauser AG, schindlebeck NE, Müller-lissner SA.
Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease
Lancet 1990, 335:205-8.
- 11.** Ruth M, Mansson I, Sandberg N.
The prevalence of symptoms suggestive of esophageal disorders
scand J
Gastroenterol 1991; 26:73-81.
- 12.** Petersen H.
The prevalence of gastro-esophageal reflux disease Scand J
Gastroenterol 1995, 30(suppl, 211):5-6.

- 13.** Conférence de consensus reflux gastro-oesophagien de l'adulte:diagnostic et traitement chirurgie 1999 ;124:318-23.
- 14.** Gastro oesophageal reflux disease, P Moyyedy, N Talley Lancet 2006; 367:2076-100.
- 15.** Kramer p.
Does slinding hiatus consistue a distinct clinical entity?
Gastroenterology,1969,57:442-448.
- 16.** Lichter I.
Measurement of gastro-esophageal acid reflux :its significance in hiatus hernia Br J surg ,1974,61,253-258.
- 17.** Pr Marc-André Bigad (C H U Nancy), Echanges autour des maladies acido- dépendantes , la lettre de l'hépatogastro entérologue-Numéro Spécial-juillet-Aout 2004.
- 18.** Gastro-oesophageal reflux disease PM ooyyedi,N talley,lancet 2006,367:2086-100.
- 19.** Marceri DR, zim S,laryngos pasm:AN aticipal manifestation of server gastro-esophageal reflux disease(GERD) .the laryngoscope 2001,vol 111,N°11,P1976-79).
- 20.** Savary M .miller G .manuel et atlas d'en-doscopie.solothurn (switzerland) :gassmann,1977.
- 21.** Savary M,la semiologie endoscopie de l'incontinence gastro-oesophagienne.these lausanne,switzerland,1967.

- 22.** Miller G ,savary M monnier Ph .notwendige diagnostik :endoskopie.In blum.al, sièwert Jr, eds.reflux thérapie.berlin :springer,1981 : 336.
- 23.** Conférence de consensus reflux gastro-oesophagien de l'adulte :diagnostic et traitement chirurgie 1999 ;124 :318-23.
- 24.** Stanislas BRULEY DES VARANNES (1) carmelo SCARPIGNATO (2) Modalités et criteres diagnostiques de la PH –metrie oesophagienne, Gastroenterol Clin Biol,1999, 23,S21-S30.
- 25.** Galmiche JP,BRULEY des varannes,scarpignato C.Non-diagnostic .applications of oesophageal.PH measurements In :bianchilpovoG ,ed .topics in digestive.disease.New York :raven press, 1988:21-41.
- 26.** Scarpignato C.Antacids and alginates in the treatment of gastro esophageal reflux. Disease: how do they work and how much are they clinically useful ? In:Scarpignato.C, ed. Advances in drug therapy of gastroesophageal reflux disease. Basel: Karger,1992: 153-181.
- 27.** Scarpignato C,Burley des varannes. S.T raitement du R G O par les antagonistes des recepteurs H2 de l'histamine. Gastro entérol clin Biol 1999; 23:S78-S89.
- 28.** Poynard T.Relapse.rate of patients after healing of eosophagitis: a perspectives study of alginate as self-care treatment for 6 months.French cooperative study Group.Aliment pharmacol ther 1993;7:385-392.

- 29.** Koelz H R, Birchler R, Brethol Z A, Bron, capitaine Y , Delmore Getal. Healing and relapse of reflux esophagitis during treatment with ranitidine.
Gastro enterology 1986;91:1198-1205.
- 30.** Colin.Jones D G. The role and limitations of H2-receptor antagonists in the treatment of gastro esophageal reflux disease.
Aliment pharmacol Ther 1995;9:9-14.
- 31.** Ainley CC, Forgacs IC, Keeling PWN, Thompson RPH, out patient endoscopic. Survey of Smoking and peptic ulcer. Gut 1986; 27: 648-51.
- 32.** JM Debonne (1) ; PS Mbaye (2); S Fall (2) P Nabeth (2); FK Soumah (2); B. N'Diaye (2); A Niang (2) ; F Fall. (2); M Sané (2);
Prévalence des symptômes évocateurs de reflux gastrooesophagien Chez l'adulte au Sénégal. Enquête épidémiologique chez 500sujets.
Gastro enterol clin Biol 2005 ; 29 : A 155.
- 33.** Romero y, Cameron A. locke G, Shaid D, Slezak J, Branch, et al. Familial aggregation of. Gastro-oesophageal. reflux in patients With Barrett's. esophagus and esophageal adenocarcinoma.
Gastroenterology 1997; 113: 1449-56.
- 34.** Zeitoun P, Carteret E, Thiéfin G, Renard P, Le Louargant. M, Histoire naturelle des oesophagites par reflux. Med et Hyg 1989 ; 47 : 2641 – 3.

- 35.** Thompson WG, Heaton KW. Heartburn and globus in apparently healthy people. *J can Med Assoc* 1982; 126: 46 – 8.
- 36.** Ruth M, Mansson. I, Sandberg. N, The prevalence of symptoms Suggestive of esophageal disorders. *Scand J Gastro enterol* 1991; 26: 73 – 81.
- 37.** Bruley des Vacannes S, Galmiche JP, Bernades P, Bader JP. Douleurs épigastriques et régurgitations : épidémiologie descriptive dans un échantillon représentatif de la population française adulte. *Gastroenterol clin Bio* 1988; 12: 721-8
- 38.** Howardb JP, heading RC. Epidemiology of gastro – esophageal reflux disease. *World J Surg* 1992; 16: 288 – 93.
- 39.** Spechler SJ.
Epidemiology and natural history of gastro – esophageal reflux disease *Digestion*.
1992; 51 (suppl. 1) : 24 – 9.
- 40.** Ruth M, Masson I, Sandberg N.
The prevalence of symptoms suggestive of esophageal disorders. *Scand. J Gastroenterol* 1991; 26: 73 – 81.
- 41.** Heller SR, Fellows. IW, ogilvie AI, AtKinson M.
Non. Steroidal anti inflammatory drugs. and benign esophageal stricture *Br Med J* 1982; 285: 167- 8

42. Kikendall JW, Friedman AC, Oyewole MA, Fleischer D, Johnson LF. Pill – Induced esophageal injury. Case reports and review of the medical literature. *Dig Dis Sci* 1983 ; 28 : 174 – 82 .
43. Romero y, Cameron A, Locke G, Schaid D, Slezak J, Branch C, et al. Familial aggregation of gastro –oesophageal reflux in patients with Barrett’s oesophagus and esophageal adenocarcinoma. *Gastroenterology* 1997 ; 113 : 1449 – 56.
44. Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller – Lissner SA . Symptoms in gastro – esophageal reflux disease *Lancet* 1990; 335 : 205 -8 .
45. Locke GR, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Prevalence and clinical spectrum of gastro – esophageal reflux : a population – based study in Olmsted county , Minnesota . *Gastro enterology* 1997 ; 112 : 1448 – 56 .
46. Ruth M, Mansson I, Sandberg N. The prevalence of symptoms suggestive of esophageal disorders *Scand J Gastroenterol* 1991 ; 26 : 73 -81.
47. Galmiche JP, Janssens J, Mainguet P, Vantrappen G . **Reflux gastro – oesophagien et oesophagite peptique. Amsterdam : Excerpta Medica , 1994 .**
48. Howard PJ, Heading RC . **Epidemiology of gastro – esophageal reflux disease . *World J Surg* 1992 ; 16 : 288 – 93.**

49. Knill – jones RP, card WI , Grean GP , james WB, spiegelhalter DJ.
the symptoms . of gastro – esophageal reflux and of esophagitis.
scand J gastro – enterol 1984 ; 19 (suppl . 106) : 72 – 6.

FICHE D'ENQUETE

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DU REFLUX GASTRO OBSOPHAGIEN
DANS LA POPULATION GENERALE**

I- IDENTIFICATION DU MALADE

NOM.....

PRENOM.....

AGE (années)

SEXE.....1.masculin.....2.féminin.....

Ethnie.....
(1-Bambara 2- Peuhl 3- Sonrhäï- 4- Sarakolé 5- Autres)

Résidence.....

(1-District Bko, 2- Kayes, 3- Koulikoro, 4- Sikasso, 5- Segou, 6- Mopti, 7- Tombouctou, 8- Gao, 9- Kidal)

Profession.....

(1- Cultivateur, 2- Fonctionnaire, 3- Etudiant, 4- Ouvrier, 5- Chauffeur, 6- Commerçant, 7- Autres)

Situation matrimoniale.....
(1-Mare, 2- Divorce, 3- Célibataire, 4- Veuf)

Niveau socio- économique.....
Bas, 2- Moyen, 3- Elève)

2- Antécédents

Chez la femme
Nombre de parité.....

Nombre de Grossesse.....

Grossesse en cours 1- Non 2- Oui.....

II- Mode de vie 1- Non 2- Oui.....

Tabac	Nombre de paquets/année.....		<input type="text"/>
Alcool	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Thé	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Café	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Chocolat	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Médicaments	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Si oui à préciser.....			
Aliments	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Drogue	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>

III SIGNES FONCTIONNELS

Pyrosis	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Durée	1/jour <input type="text"/>	2/semaines <input type="text"/>	3/mois..... <input type="text"/>
Nombre d'épisode 4/année	1/jour <input type="text"/>	2/semaines <input type="text"/>	3/mois... <input type="text"/>
Régurgitation acides	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Epigastralgie	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Dysphagie	1- Non Horaire	2- (Atypique).....	<input type="text"/>
Dyspnées asthmatiformes	1- Non	2- Décubitus.....	<input type="text"/>
Hémorragie digestive	1- Non	2- Oui.....	<input type="text"/>
Début d'apparition des fonctionnels (jour).....			<input type="text"/>
			<input type="text"/>

Nombre de consultations réalisées avant ce jour.....

IV SIGNES PHYSIQUES

Poids.....

Taille.....

Pathologies associées 1- Non 2- Oui.....

Si Oui à préciser.....

V EXAMENS PARACLINIQUES

1- ENDOSCOPIE A LA RECHERCHE DE SIGNE D'OESOPHGITE

sténose ulcère endobrachyoesophage

Si Oui à préciser.....

2- BIOPSIE REALISEE pour examen anatomopathologique

Si Oui à résultat.....

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : TRAORE

PRENOM : Aïssata

TITRE DE THESE : Etude épidémiologique et clinique du Reflux Gastro-oesophagien dans les centres de références du district de Bamako.

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.

SECTEUR D'INTERET : Hépto-Gastro-Enterologie.

Résumé :

Le but de notre étude était d'évaluer le syndrome de reflux gastro-œsophagien (RGO) dans une population de malades en médecine générale. L'enquête transversale a duré de juin 2006 à décembre 2006 dans les centres de santé de référence des communes du district de Bamako. Les malades étaient examinés et adressés en endoscopie en cas d'indication.

Un syndrome de reflux gastro-œsophagien a été rapporté chez 101 patients sur 505 interrogés soit 20%. L'âge moyen des patients était de $38,8\% \pm 15,7$ ans et le sex ratio était de 0,36 en faveur des femmes. Les manifestations du RGO ont été plus fréquemment observées chez les ménagères (62,4%). L'Epigastralgie a été retrouvée chez tous les malades, suivie de la régurgitation (72,3%) et du pyrosis (62,4%).

Les manifestations extra digestives n'étaient pas rares. Dans la majorité des cas, les signes évoluaient depuis plus de trente mois (30) et 57,4% des malades avaient déjà eu plus de quatre consultations. Des signes endoscopiques du RGO ont été observés chez 25,7% des patients.

Le RGO est relativement fréquent. La fréquence des signes endoscopiques justifie une prise en charge régulière des patients.

MOT CLES : RGO, centre de santé de référence, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de nos chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE