

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur, et de la Recherche Scientifique**

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

Thèse N° :...../

TITRE

**ETUDE DES OESOPHAGITES PEPTIQUES A
L'HOPITAL MERE-ENFANT DE BAMAKO
ET A L'INFIRMERIE DE GARNISON DE
KATI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 06/02 /2010

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

Par Melle. Tata Dafé CISSE

**Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY

PRESIDENT : Pr. Moussa Youssoufa MAIGA

MEMBRE : Pr. Zimogo Zié SANOGO

MEMBRE : Dr. Anselme KONATE

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Bougouzié SANOGO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCE AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETARE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE
D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie viscérale
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale Chef de D.E.R.
Mr Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation
Mr Zimogo Z SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopedie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie – Mycologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou A THERA	Parasitologie – Mycologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie /Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie

3. MAITRES DE CONFERENCEES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Soungalo Dao	Maladies infectieuses

4- MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCEES AGREGES

Mr Drissa DIALLO	Pharmacognosie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

Mr Sékou BAH

Pharmacologie

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO Biostatistique
Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Lassine SIDIBE Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP Biochimie.
Pr. Lamine GAYE Physiologie

*HOMMAGE AUX MEMBRES
DU JURY*

- **A notre Maître et Président du Jury ;**
- **Professeur Moussa Youssoufa MAIGA ;**
- **Chef de service de Médecine de l'Hôpital Gabriel Touré ;**
- **Responsable des cours d'hépatogastro-entérologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.**

Cher Maître,

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts. Votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Soyez rassuré que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et que nous sommes très fiers de compter parmi vos élèves.

Nous garderons de vous l'image d'un homme de science d'une extrême ténacité et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves. En espérant que cet humble travail saura combler votre attente, veuillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

- **A notre Maître et Juge ;**
- **Professeur Zimogo Zié SANOGO ;**
- **Professeur agrégé de chirurgie générale ;**
- **Chargé de cours de sémiologie chirurgicale et de pathologie chirurgicale;**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point-G.**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre souci constant de la bonne formation de vos élèves et du travail bien fait font de vous un maître admirable.

Recevez par ce travail le témoignage de notre profond remerciement.

- **A notre Maître et juge ;**
- **Dr Anselme KONATE ;**
- **Spécialiste d'Hépto- Gasto-Entérologie ;**
- **Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako**

Cher Maître,

Nous ne saurons vous remercier assez pour avoir accepté de juger ce travail avec spontanéité et considération.

Ceci a été un privilège pour nous de vous avoir comme référence maître et membre du jury.

Merci d'avoir guidé nos premiers pas dans cette profession.
Ainsi est la marque de notre respect et profonde gratitude.
Soyez en rassuré

- **A notre Maître et Directeur de Thèse**
- **Professeur Bougouzié SANOGO ;**
- **Diplôme de la Faculté de Médecine de Lyon ;**

- **Spécialiste en Hépatogastro-entérologie de l'université de Marseille, chargé des cours Hépatogastro-entérologie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako**
- **Médecin Colonel des Armées**
- **Officier de l'Ordre National du Mali**

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 aussi de mieux apprendre à vos côtés.

En dehors de votre esprit critique, de vos connaissances que vous transmettez si facilement et votre infatigable disponibilité nous ont marqué.

Trouvez ici cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- A ALLAH

Le Tout Puissant, le Miséricordieux pour m'avoir donné la santé et la force nécessaire de réaliser ce travail.

- Au Prophète Mohammed (paix et salut sur lui) sceau des Prophètes pour son message clair et précis. Il est le messager de toutes les communautés.

- A mon Père Tiéfing CISSE, Ingénieur et Lieutenant Colonel des Eaux et Forêts pour l'éducation qu'il m'a donnée depuis mon enfance sans laquelle je ne saurais accomplir cette tâche. Vous avez été rigoureux, souvent sévère mais il le fallait.

Je vous remercie pour m'avoir appris le travail bien fait, acceptez mes pardons pour les inquiétudes posées. Merci " Tonton " pour tout.

- A ma mère Mme CISSE Nassarata DEMBELE, femme simple, attentive, généreuse, croyante, vos idéologies ont été mes compagnons de tous les jours entre autre « le respect du bien d'autrui »

Vous m'avez fait croire que je dois faire mieux même quand j'étais au sommet. Qu'ALLAH puisse vous apporter santé, bonheur, longévité et prospérité.

- A ma tante Mme CISSE Fatoumata Mallet, pour son assistance, son courage et son soutien.

- A mes autres tantes Assa COULIBALY, Pama CISSE, Ina DIALLO.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements :

- Au corps professoral du décanat de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Merci pour l'encadrement exemplaire.

- Au CHU MERE-ENFANT

- A l'Infirmierie de Garnison de Kati

- A mes oncles feu Amadou CISSE, Soumaila CISSE et famille à M'Pessoba, Karim Dogoni CISSE et famille aux U.S.A, Mory CISSE préfet à Ké-Macina et famille, Dramane CISSE et famille à Ké-Macina, Fatogoma CISSE Médecin et Lieutenant Colonel des Armées et famille à Bko, Diakaridia CISSE et famille à Bamako.

- A mes tantes Djelika CISSE, et Kadiatou Many CISSE.

- A mon oncle Emile Gaoussou DEMBELE et sa femme Fanta SAKILIBA. Je ne saurais vous remercier assez pour m'avoir accepté dans votre famille avec spontanéité et considération.

- Au Professeur Bougouzié SANOGO et famille à Kati camp

- A feu Youssef MALLE et sa femme Ami KARABENTA.

- A Ramata CISSE et son mari Ilkas TRAORE.

- A mon homonyme Mme TOURE Tata DAFÉ pour l'amour porté à ma modeste personne.

- A mes frères et sœurs pour la joie de vivre qu'ils m'ont toujours donnée. Sachez que sans vous je ne me serais pas donné autant de peines. Ensemble continuons vers la réussite.

- A mes cousins et cousines du Mali et des USA.

- A ma famille maternelle à Koutiala.

- A mon fiancé DR Mady CISSOKO et toute sa famille pour la confiance accordée à ma modeste personne. Tu as marqué ma vie avec dynamisme, courage et considération. Tu seras mon conseiller de tous les temps. Merci ne devra pas suffire mais comme on le dit quelque soit la valeur du bien, il n'y a que ce seul mot pour témoigner de sa satisfaction, alors je te dis merci.

- A mes amies Aissata SOUGOULE, Fatomata GAKOU, Mariam KEITA, Fatoumata COULIBALY dite Toutou, Kadiatou VARMA, Fatoumata KANOUTE.

- A tout le personnel du Cabinet Médical " le Plateau " de Kati : internes Balandougou SYLLA, Saran Deborah SANOGO, et la secrétaire Awa DIARRA

ABREVIATIONS

EBO : Endo-Brachy-Œsophage

RGO : Reflux-Gastro-Œsophagien

IPP : Inhibiteurs de la Pompe Proton

EGF : Epidermal Growth Factor

EDH : Endoscopie Digestive Haute

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

FOGD : Fibroscopie-Œso-Gastro-Duodenal

IMC : Indice de Masse Corporel

DR : Docteur

USA : Etats Unis D'Amériques

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
I. <u>INTRODUCTION</u> :	1-2
II OBJECTIFS	3
III <u>GENERALITES</u> :	4-20
1. Définition.....	4
2. Epidémiologie.....	4
3. Physiopathologie.....	5
4. Signes.....	8
5. Traitement.....	14
IV. <u>METHODOLOGIE</u> :	21-22
1. Type, lieu et durée de l'étude.....	21
2. Patients.....	21
3. Méthode.....	21
4. Supports.....	22
V. <u>RESULTATS</u> :	23-31
VI. <u>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</u> :	32-35
VII. <u>CONCLUSION ET RECOMMNDATIONS</u> :	36-37
VIII. <u>REFERENCES</u> :	38-47
<u>ANNEXES</u> :	

I- INTRODUCTION :

L'œsophagite peptique décrite pour la première fois en 1935 est la plus fréquente des affections de l'œsophage. Son évolution peut être émaillée de complications dont l'endobrachy-œsophage (EBO) est le plus à craindre à cause de son risque de dégénérescence [1].

L'expression clinique du reflux gastro-œsophagien (RGO) est suffisamment caractéristique pour permettre le diagnostic dès l'interrogatoire [2].

La prévalence des symptômes du RGO dans la population générale est très grande ; 10 à 20% des adultes présentent de façon hebdomadaire un pyrosis ou des régurgitations alors que seule une minorité développe une œsophagite ou des complications sévères : sténose ; endobrachy-œsophage (œsophage de Barrett) ; manifestations respiratoires. C'est principalement dans ces formes sévères que le traitement médical a bénéficié des progrès importants durant la dernière décennie mais l'histoire naturelle du RGO et l'œsophagite de reflux demeure assez mal connue [3 ; 4].

L'œsophagite peptique, complication chimique du RGO est relativement fréquente. Elle occupe le second rang des affections du tube digestif supérieur [5,6].

Le diagnostic de l'œsophagite peptique est aisé car l'endoscopie digestive haute reconnaît facilement les lésions [7,8].

Une œsophagite est présente chez 25% des patients chez qui une endoscopie digestive haute est réalisée [9].

Au bout de 5ans d'évolution, 75% des patients non opérés se plaignent de troubles intermittents ou de symptômes persistants [10].

L'histoire naturelle de la pathologie du reflux et de l'œsophagite a été modifiée dans le sens favorable depuis l'utilisation de l'antagoniste-H2 des récepteurs à l'histamine, et des IPP (Inhibiteurs de la Pompe à Protons) [11].

Aux Etats-Unis, (VIRGINIA) HETZEL et al montrent que le pyrosis a été retrouvé chez 12-36% de la population, 40 à 60% des patients souffrant de pyrosis présentent une œsophagite reconnue par l'endoscopie. Parmi les patients porteurs de lésions d'œsophagite endoscopique, 8 à 10% ont un œsophage de BARRETT [11].

Au Congo Brazzaville, les œsophagites peptiques ont représenté 22,41% des pathologies digestives hautes avec 2 cas d'EBO et 2 cas de sténoses peptiques [12].

Au Sénégal, les œsophagites peptiques ont représenté 26,3% des lésions œsophagiennes selon DIOUF et al, FAOUZI à Dakar a rapporté une fréquence de 15,40% [13,14]

Niamkey et al à Abidjan ont rapporté une fréquence de 36,5% [15].

Au Gabon, l'œsophagite par reflux a représenté 24,70% de l'ensemble des endoscopies digestives hautes [16], 22,5% des lésions observées en endoscopie digestive haute au Cameroun [17].

Au Mali, des études anciennes ont porté sur les aspects épidémiologiques et étiologiques des œsophagites [18,19].

Par ailleurs dans une population de malades vus en consultation de médecine générale, le RGO a été retrouvé chez 20%.

Avec la pratique de l'endoscopie digestive haute de plus en plus courante, nous avons voulu actualiser les connaissances sur les œsophagites peptiques et nos objectifs étaient :

II OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les œsophagites peptiques à l’Infirmierie de Garnison de Kati et l’Hôpital Mère-Enfant (Luxembourg) de Bamako ;

Objectifs spécifiques :

- 📌 Déterminer la fréquence des œsophagites peptiques dans la population étudiée

- 📌 Décrire la symptomatologie clinique de cette affection

- 📌 Décrire les aspects endoscopiques des œsophagites peptiques

III- GENERALITES : Rappels sur le R.G.O et l'OESOPHAGITE

1. DEFINITION

L'œsophagite peptique décrite pour la première fois en 1935, se définit par des lésions de la muqueuse œsophagienne liées à l'agression par l'acidité du contenu gastrique lors des RGO (reflux gastro-œsophagien). Le RGO désigne le passage à travers le cardia de tout ou partie du contenu gastrique dans l'œsophage dû à une déficience du muscle du sphincter inférieur de l'œsophage.

Il s'agit d'un phénomène physiologique de survenue fréquente chez le sujet normal, en particulier en période postprandiale ; c'est la survenue trop fréquente ou trop prolongée de ce phénomène qui provoque la maladie de « reflux gastro-œsophagien » [20]. Les produits de reflux peuvent être acides ou peptiques et en cas de gastrectomie partielle des sécrétions biliopancréatiques.

2. EPIDEMIOLOGIE :

Les études épidémiologiques visant à évaluer la fréquence du reflux gastro-œsophagien 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 celles 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-œsophagien 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-œsophagien sa sensibilité, comparée à celle de la ph-métrie, est cependant insuffisante [21-22].

Beaucoup d'études méconnaissent les manifestations atypiques du RGO. Une étude suédoise rapporte la prévalence de la dysphagie à 10% [23] ; tandis qu'une étude norvégienne évalue la fréquence du reflux gastro-œsophagien à 10% dans la population adulte non retraitée et 18% des retraités consommeraient des antiacides [24].



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) [25].

Ce signe est plus rare chez les asiatiques. Par contre, près du tiers des patients ayant une œsophagite à la fibroscopie ne se sont jamais plaint de pyrosis [26].

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.

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, cholecystokinine.

- ✚ 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 (théophylline, anticalciques, dérivés nitrés, anti-inflammatoires non stéroïdiens, anti-cholinergiques).
- ✚ Certains aliments (chocolat, repas gras, caféine)
- ✚ Hyperpression abdominale (toux, grossesse, obésité)
- ✚ Des troubles moteurs de l'œsophage (megaesophage) et 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 [27-28].
- ✚ Parfois aucune cause n'est retrouvée dans ce cas on parle d'hypotonie primitive.

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.

3.3. Compositions 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.

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.

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).

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 de 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 œsophagienne étudiée par la pH-métrie de 24 heures 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.

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 [27].

4. SIGNES :

4.1. Forme digestive non compliquée

4.1.1. Circonstances de découverte :

L'expression clinique du RGO peut être suffisamment caractéristique pour permettre le diagnostic dès l'interrogatoire.

4.1.2. Etude clinique:

4.1.2.1. Signes fonctionnels:

✚ **Pyrosis** : brûlure rétro sternale à point de départ épigastrique et de trajet ascendant est pathognomonique du reflux gastro-œsophagien. 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 où 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-œsophagien. Parfois les symptômes sont indirects et le recours aux examens complémentaires peut être nécessaire pour poser le diagnostic [26].

4.1.2.2. Les signes physiques : sont absents à ce stade :

4.1.2.3. Signes para cliniques:

✓ **L'Endoscopie digestive haute(EDH)** : permet de déterminer l'existence ou non d'une lésion œsophagienne secondaire au reflux, tels qu'une œsophagite secondaire ou une sténose (rétrécissement). 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 50 ans (cinquante ans) ou ayant des symptômes atypiques. Elle visualise l'œsophagite peptique caractéristique et décèle les éventuelles anomalies de la région cardiale. Elle permet d'apprécier surtout les conséquences du reflux gastro-œsophagien sur l'œsophage [29].

L'endoscopie permet également d'évaluer la sévérité de l'œsophagite

selon différents systèmes de classification, le plus utilisé est sans doute celui de Savary Miller [30, 31, 32] dont il existe en réalité de nombreuses variantes :

- **CLASSIFICATION DE SAVARY MILLER :**

Grade 1: Erosions ou ulcérations indépendantes les unes des autres

Grade 2: Erosions ou ulcérations confluentes, non circonférentielles.

Grade 3: Erosions ou ulcérations confluentes et circonférentielles mais non sténosantes

Grade 4 : Sténose et/ou ulcère de la jonction œsogastrique ou endobrachyœsophage

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

Plus rarement l'EHD révèle des complications qui imposent la réalisation de biopsies multiples

Ulcère de l'œsophage

Sténose peptique

Endobrachyœsophage (EBO)

Même en l'absence de complications il est impérieux de faire des biopsies en cas d'oesophagite peptique

✓ La Ph-métrie œsophagienne des 24 heures: réalisée de préférence en ambulatoire, est utile chez les patients ayant des symptômes atypiques, une muqueuse œsophagienne normale en endoscopie ou de 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-œsophagien.

Cette exploration n'a pas d'intérêt diagnostique chez les patients ayant une œsophagite ou des symptômes typiques de RGO (sauf dans certains cas de résistance au traitement). Elle ne permet pas la recherche d'un reflux biliaire [25]. Ainsi cette technique est souvent présentée comme la méthode de référence pour le diagnostic de la maladie de reflux [33]. La PH-métrie œsophagienne a permis de faire progresser considérablement les connaissances physiopathologiques dans le reflux gastro-œsophagien et de préciser les caractéristiques pharmacodynamiques des substances proposées dans son traitement [34].

✓ **Autres examens :**

• **La manométrie œsophagienne :**

Mesure la pression du sphincter inférieur de l'œsophage utile pour étudier le péristaltisme œsophagien et 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 tel le mégacœsophage idiopathique, une sclérodermie. Mais cette dernière contre indique 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-œsophagien.

- **La bilimétrie** : confirme la nature bilieuse du reflux.
- **La scintigraphie œsophagienne** : elle permet de rechercher une radio activité résiduelle inhalée suite à un reflux au niveau des poumons.
 - **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 perfusion acide, indiqué dans les douleurs thoraciques d'origine œsophagienne.

Ce test n'est plus utilisé actuellement.

- Dans l'avenir, l'exploration des malades souffrant d'un RGO pourrait être modifiée par l'introduction de nouvelles techniques actuellement en cours d'évaluation.

- **L'ingestion d'une vidéo capsule endoscopique** permettra peut-être la détection fiable d'une œsophagite ou d'un endobrachyœsophage (EBO).

4.1.2.4. Evolution :

L'évolution 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 une hémorragie, une sténose, un endobrachyœsophage et la cancérisation.

4.1.3. Formes cliniques :

4.1.3.1. Formes selon le terrain :

Le reflux gastro-œsophagien peut se rencontrer :

- Chez la femme enceinte
- Chez les patients souffrant d'une hernie hiatale, d'une maladie systémique comme la sclérodermie.
- 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.

4.1.3.2. Manifestations extra digestives du reflux gastro-œsophagien : Elles sont représentées par :

- des douleurs thoraciques pouvant stimuler 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.

4.1.3.3. Formes compliquées :

4.1.3.3.1. Endobrachyœsophage :

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'îlots plus ou moins confluent d'une muqueuse cardiaque de type gastrique, qui remonte plus ou moins haut dans l'œsophage et peut atteindre toute la circonférence.

4.1.3.3.2. La sténose peptique :

La sténose peptique est un rétrécissement inflammatoire du calibre du bas œsophage consécutif au reflux chronique. Elle est révélée en règle générale par une dysphagie plus ou moins marquée, pour les solides et pour les liquides. Dans certains cas cette sténose se développe 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.

4.1.3.3.3. Les hémorragies digestives :

Rares, elles sont révélées par une anémie occulte ferriprive.

4.1.4. Diagnostic différentiel :

Devant une sténose : éliminer

- Une compression extrinsèque
- Un cancer de l'œsophage
- Un trouble moteur de l'œsophage (megaoesophage)

Devant l'œsophagite : éliminer

- Une cause médicamenteuse, virale, caustique, mycosique.

Devant une hémorragie digestive : éliminer toutes autres lésions
Œsogastroduodénales

Devant une manifestation extradigestive : rechercher une autre cause.

5. TRAITEMENT :

5.1. Buts :

- Soulager les symptômes en vue d'un retour à une qualité de vie normale ;
- Obtenir la cicatrisation des lésions uniquement dans les œsophagites sévères ou compliquées.
- Prévenir les récurrences dans les formes symptomatiques à rechutes fréquentes et les œsophagites sévères ou compliquées.

5.2. Les moyens :

5.2.1 Médicaux:

- **Les mesures hygiéno-diététiques :**

Le traitement médical du reflux gastro-œsophagien procède par le respect de principes hygiéno-diététiques et posturaux qui sont simples et parfois très efficaces : surélévation de la tête du lit par des cales de 25cm (traitement postural), réduction des graisses alimentaires, sevrage tabagique et alcoolique.

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

- **Les antiacides :**

L'utilisation très répandue des antiacides témoigne certainement de leur efficacité sur les symptômes plus que les essais thérapeutiques dont les

résultats ne sont pas toujours probants. Ces produits n'ont pas d'effet sur les lésions d'œsophagites [35]. Leur durée d'action étant brève, ils sont utilisés à la demande au moment des douleurs 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'œsophagite).

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

- **Les Alginates :**

Ont une efficacité symptomatique démontrée mais sont à distinguer des antiacides : ils forment un gel visqueux qui surnage au niveau du contenu gastrique et protège la muqueuse œsophagienne lors des épisodes de reflux. Cependant une étude multicentrique non contrôlée a suggéré qu'un traitement par l'association d'alginate et d'antiacides administré à la demande pendant six mois, était suffisant pour contrôler la maladie liée au reflux chez la grande majorité des patients atteints d'une œsophagite de faible grade [36].

- **Les prokinétiques :**

Parmi les prokinétiques, seul le cisapride à une efficacité voisine de celle des anti- H₂ en traitement d'attaque. Mais l'indication dans le RGO a été retirée en raison d'accidents cardiaques graves chez l'adulte. Actuellement on utilise plus facilement les neuroleptiques comme le dompéridone ou le métoclopramide.

- **Les anti-sécrétoires :**

- ✓ **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'œsophagites [37]. Toutefois, les taux de cicatrisation après six à huit semaines de traitement à doses standards sont modestes, de l'ordre de 50% [38], la cicatrisation étant d'autant plus difficile à obtenir que l'oesophagite est sévère. Le traitement d'entretien par l'anti-H² n'est pas efficace pour prévenir les rechutes [39]. De même l'association des prokinétiques à l'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.

- ✓ **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'œsophagite 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. En revanche les IPP ne permettent pas de faire régresser les lésions d'endobrachyoesophage. L'efficacité symptomatique des IPP à demi-dose a été démontrée dans les formes modérées de reflux gastro-œsophagien. 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.

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.
- Le traitement par radiofréquence chez les patients souffrant d'endobrachyœsophage est associé à un taux élevé d'éradication complète à la fois de la dysplasie et de la métaplasie intestinale et réduit le risque de progression de la maladie [40, 41].

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-œsophage 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 médical et chirurgie dépend du contexte clinique et la décision du patient. Le taux de réussite est de 80 à 90% et 10 à 20% des sujets opérés, garderont alors un traitement par IPP.

5.3. Les Indications :

5.3.1. Traitement Initial :

a) RGO non compliqué :

- En cas de symptômes typiques et espacés, en l'absence de symptômes d'alarme, les antiacides, les alginates ou l'anti-H2 faiblement dosé 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, ou 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'œsophagite ou en cas d'œsophagite 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'œsophagite 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 prouvé ou fortement suspectée.

b) 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'œsophagite sévère ou compliquée.
 - Dans les cas fréquents des récurrences très espacées des symptômes, le patient peut être traité de façon intermittente et selon les 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.

5.3.2. Traitement des formes compliquées

- Sans dysphagie, 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 à la stratégie médicale.

- L'endobrachyoesophage symptomatique associé à une œsophagite doit être traité par IPP.

Les formes non symptomatiques et sans œsophagite ne nécessitent pas de traitement. Les anti-sécrétoires, au long cours, ne permettent pas de faire régresser complètement la métaplasie d'un cancer. Ces traitements ne modifient donc pas les indications et les modalités de surveillance endoscopique et histologique.

IV. METHOLOGIE :

1. Type, lieu et durée de l'étude: Notre étude s'est déroulée au CHU MERE –ENFANT de Bamako et à l'Infirmierie de Garnison de Kati située à 15 Km de Bamako.

Il s'agissait d'une étude transversale allant du 1^{er} mai 2008 au 30 avril 2009.

2. Patients : Notre étude a porté sur tous les patients vus en endoscopie digestive haute à l'Infirmierie de la Garnison de Kati et au CHU MERE – ENFANT de Bamako.

2.1. Critère d'inclusion :

Le principal critère d'inclusion a été la constatation à l'EDH des lésions d'œsophagites peptiques.

2.2. Critère de non inclusion :

Le critère de non inclusion a été l'absence de lésions endoscopiques d'œsophagite peptique à l'EDH.

3. Méthodes

3.1. Examen clinique

L'interrogatoire a recherché : les caractères sociodémographiques, le mode de vie, une pathologie en cours, une chirurgie antérieure sur le cardia, un pyrosis, une régurgitation, une Odynophagie, une épigastralgie, un hoquet, une dysphagie, une toux, des douleurs thoraciques pseudo angineuses.

L'examen physique : a permis d'apprécier l'état général des patients et de rechercher des pathologies associées.

3.2. Examens para cliniques

○ Fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) : a été le principal examen para clinique pour rechercher une œsophagite peptique.

Nous avons utilisé **la classification de Savary Miller** pour cette étude :

Grade 1 : Erosions ou ulcérations indépendantes les unes des autres

Grade 2 : Erosions ou ulcérations confluentes, non circonférentielles.

Grade 3 : Erosions ou ulcérations confluentes et circonférentielles mais non sténosantes.

Grade 4 : Sténose et/ou EBO, ulcère de la jonction œsogastrique sur EBO.

4. Support

Les données ont été colligées sur une fiche d'enquête La saisie a été faite sur Word 2003 et l'analyse des données par SPSS version 12.0.

Le test de khi2 a été utilisé pour comparer nos résultats significatifs pour une probabilité $p < 0,05$.

V- RESULTATS:

Dans notre étude, nous avons retenu 22 cas d'œsophagites peptiques sur 1007 endoscopies digestives hautes à l'hôpital Mère-Enfant (Luxembourg) et l'infirmierie de garnison de Kati.

Soit une fréquence de 2,18% des endoscopies digestives hautes.

1- Age :**Tableau I** : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
19-29	4	18,2
30-39	3	13,6
40-49	2	9,1
50-59	7	31,8
60 et plus	6	27,3
Total	22	100,0

La moyenne d'âge est de 48,27±16,36 ans, avec des extrêmes de 19 et 72 ans. L'œsophagite a été plus fréquente à partir de 50 ans.

2- Sexe :**Tableau II** : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	15	68,2
Féminin	7	31,8
Total	22	100,0

Le sexe masculin était majoritaire (68,2%) avec un sex ratio de 2,14

3- Mode de vie :**Tableau III** : Répartition des patients selon le mode de vie

Mode de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Tabagisme	4	18,18
Alcoolisme	2	9,09
Prise d'AINS	3	13,63
Absence	13	59,09
Total	22	100,0

Le tabagisme était le mode de vie le plus retrouvé chez 18,18% des patients.

4- Indice de masse corporelle**Tableau IV** : Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle (IMC).

I.M.C	Fréquence	Pourcentage (%)
10-18,	4	18,2
18,5-25	17	77,3
26-30	1	4,5
Total	22	100

Plus de la moitié de nos patients avaient un I MC normal soit 77,3%.

5-Profession

Tableau V : Répartition en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage%
Fonctionnaire	7	31,8
Cultivateur	4	18,2
Ménagère	3	13,6
Commerçant	3	13,6
Etudiant	2	9,1
Chauffeur	2	9,1
Artisan	1	4,5
Total	22	100

Les fonctionnaires étaient les plus représentés avec 31,8%

6- Signe fonctionnel

Tableau VI : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage%
Régurgitation	15	68,2
Epigastralgie	14	63,6
Pyrosis + Odynophagie	12	54,5
Douleur abdominale	9	40,9
Hémorragie digestive	3	13,6
Dysphagie	3	13,6
Vomissements+hoquet	2	9,1

La régurgitation, l'épigastralgie, le pyrosis + l'odynophagie étaient les principaux signes fonctionnels retrouvés.

7-Classification de SAVARY-MILLER**Tableau VII:** Fréquence des œsophagites peptiques conformément à la classification de SAVARY-MILLER

Stade		Fréquence	Pourcentage (%)
Œsophagite stade I		6	27,3
Œsophagite stade II		7	31,8
Œsophagite stade III		3	13,6
Œsophagite Stade IV	Ulcère	0	27,3
	Sténose	1	
	EBO	5	
Total		22	100,0

L'œsophagite de stade II était la plus retrouvée soit 31,8%

8- Lésion associée :**Tableau VIII** : Lésions associées à l'œsophagite à la FOGD.

Lésions associées	Fréquence	Pourcentage (%)
Hernie hiatale	2	25
Ulcère gastroduodénal	3	37,5
Béance pylorique	1	12,5
Tumeur gastrique	2	25
Total	8	100

L'ulcère gastroduodénal était la lésion associée la plus fréquente soit 37,5% de celle-ci.

9-Stade par rapport à l'âge

Tableau IX : Répartition des types de lésions endoscopiques en fonction de l'âge

Fibroscopie				
Stade d'œsophagite	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Tranches d'âge				
19-29	2/3 (66,7%)	0	0	1/3 (33,3%)
30-39	0	1/4 (25%)	1/4 (25%)	2/4 (50%)
40-49	0	1/2 (50%)	1/2 (50%)	0
50-59	3/7 (42,9%)	3/7 (42,9%)	0	1/7 (14,2%)
60 et plus	1/6 (16,7%)	2 (28,6%)	1 (16,7%)	2 (28,6%)
Test statistique	<i>p=0,507</i>	<i>p=0,856</i>	<i>p=0,55</i>	<i>p=0,823</i>

Le stade I était dominé par la tranche d'âge 19-29 ans et le stade IV par la tranche d'âge 30-39.

La différence n'était pas statistiquement significative entre les tranches d'âge par rapport aux différents stades.

10- Stade par rapport au sexe

Tableau X : Répartition des types de lésions endoscopiques en fonction du sexe

Fibroscope				
Stade œsophagite				
Sexe	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Masculin	3/15 (20%)	5/15 (33,3%)	3/15 (20%)	4/15 (26,7%)
Féminin	3/7 (42,8%)	2/7 (28,6%)	0	2/7 (28,6%)
Test de Fisher	$p=0,267$	$p=0,612$	$p=0,285$	$p=0,651$

Nous avons retrouvé une légère prédominance du sexe féminin par rapport au stade I et IV, mais sans différence statistiquement significative.

11- Stade par rapport à la profession :

Tableau XI: Répartition des types de lésions endoscopiques en fonction de la profession

Fibroscopie				
Stade d'œsophagite	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
profession				
Ménagère	2/3 (66,7%)	1/3 (33,3%)	0	0
Fonctionnaire	0	3/7 (42,9%)	1/7 (14,2%)	3/7 (42,9%)
Cultivateur	1/4 (25%)	1/4 (25%)	1/4 (25%)	1/4 (25%)
Commerçant	1/3 (33,3%)	1/3 (33,3%)	0	1/3 (33,3%)
Elève/Étudiant	1/2 (50%)	0	0	1/2 (50%)
Artisan	0	0	1 (100%)	0
Chauffeur	1/2 (50%)	1/2 (50%)	0	0
Test Statistique	p=0,374	p=0,901	p=0,192	p=0,718

La majorité des ménagères étaient au stade I (66,7%), mais il n'existait pas une différence statistiquement significative entre la profession et le stade de la maladie.

11-Stade par rapport aux signes fonctionnels

Tableau XI : Répartition des types de lésions endoscopiques en fonction des signes fonctionnels

Fibroscope					
Stade œsophagite					
Signes fonctionnels	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Test statistique
Epigastralgie	7/14	4/14	3/14	5/14	<i>p=0,248</i>
Pyrosis+Odynophagie	4/12	6/12	2/12	0/12	<i>p=0,030</i>
Vomissements+hoquet	0/2	2/2	0/2	0/2	<i>p=0,046</i>
Hémorragie digestive	1/3	0/3	1/3	1/3	<i>p=0,721</i>
Douleur abdominale	3/9	6/9	0/9	0/9	<i>p=0,0021</i>
Dysphagie	2/3	0/3	0/3	1/3	<i>p=0,170</i>
Régurgitation	7/15	5/15	1/15	2/15	<i>p=0,044</i>

Le pyrosis + l'Odynophagie ; la douleur abdominale ; les vomissements et le hoquet étaient significativement retrouvés dans le stade II.

La régurgitation était significative dans le stade I et II.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Au terme de notre étude nous avons colligé 22 cas d'œsophagite peptique sur 1007 endoscopies réalisées en 12 mois, soit une fréquence de 2,18 %. L'étude a été menée sur une population de malades vus en consultation ou pour EDH.

Cette fréquence est sous estimée car l'EDH n'a pu être réalisée chez des patients présentant des symptômes typiques de RGO, faute de moyen financier.

Cette fréquence est nettement inférieure à celle rapporté par MAIGA et al [18], IBARA et al [12], MINGUE [42], DIOUF et al qui ont respectivement trouvé 5,23 % ; 5,26 % ; 8,9% et 9,57%.

La plus grande fréquence des œsophagites a été observée chez les patients ayant un âge compris entre 50-59 ans, la moyenne d'âge de 48 ,27±,16,36 ans et les extrêmes de 19-72 ans.

Maiga et al ont trouvé que la tranche d'âge la plus fréquente était de 31-49 ans [18]. Aissata .T [51] a trouvé que la tranche d'âge de 20-30 ans était plus représentative au cours de leur étude sur le RGO.

Plus de la moitié de nos patients avaient un âge supérieur ou égale à 50 ans soit 59,1%. Classiquement la prévalence du RGO et des œsophagites augmente avec l'âge.

Cette constatation est comparable à celle de SAVARY citée par CHEVREL [43] qui en déduit que l'œsophagite s'aggrave avec l'âge, de celle de MICALLEFF et al [44] qui ont révélé que 60% des cas d'œsophagite, l'âge des malades dépassait la cinquantaine.

Zeitoum (49) observe une répartition équivalente avant et après 50 ans

PATIN et al cités par CHEVREL [43] ont trouvé que la moitié des patients ayant une œsophagite ont un âge supérieur à 70 ans.

L'augmentation de fréquence de l'œsophagite avec l'âge peut s'expliquer par la durée d'exposition aux facteurs de risque associés au RGO. Par ailleurs dans le cadre de la neuropathie sénile on peut supposer la survenue de troubles moteurs de l'œsophage et une altération du SIO favorisant le RGO et les troubles de la clairance œsophagienne (18).

Le sexe masculin était le plus retrouvé (68,2%) avec un sex. ratio de 2,14. Romero et al [53] et Zeitoun et al [49] ont trouvé aussi une prédominance masculine respectivement au cours du RGO et des œsophagites

Ruth et al [23], THOMPSON et al [45], Bruley [33] ont rapporté une prévalence identique dans les deux sexes.

La prédominance masculine pourrait s'expliquer par la grande consommation de toxiques (alcool, tabac et café) dans ce sexe.

La profession dominante a été les fonctionnaires lors de notre étude avec 31 ,8 % suivi des cultivateurs 18,2%. COULIBALY. B [47] a trouvé une prédominance des cultivateurs.

Cette prévalence des fonctionnaires peut être due à leur accès plus facile et leur rattachement à la médecine conventionnelle.

Dans notre étude la symptomatologie des œsophagites a été dominée par les régurgitations avec 68,2% ; l'épigastrie avec 63,8% ; le pyrosis avec 54,5% 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 [22].

KLOTZ et al ont également trouvé une prédominance des régurgitations avec 62,80% [16]

Au second plan, on retrouve l'épigastralgie avec 63,8%.

MAIGA et coll. (18), FAOUZI .J(14), KLAUSER.AG et coll. (22) ont trouvé que la symptomatologie des œsophagites est dominée par les épigastralgies certainement à cause de l'atteinte fréquente du bas œsophage et l'association possible d'affection œsogastroduodénale Selon KEBA. BH [46], la coexistence des parasitoses intestinales avec l'épigastralgie peut contribuer à la fréquence de ce symptôme.

Le tabagisme était le mode de vie le plus représenté avec 18,18 %.

Cette fréquence est inférieure à celle de Maiga et al [19] qui ont rapporté 47,80%. Pour ces auteurs, le tabac consommé par la plupart des patients peut entraîner une diminution de la pression du sphincter inférieur de l'œsophage qui entraîne le RGO qui a pour corollaire l'oesophagite.

Dans notre étude plus de la moitié de nos patients avaient un indice de masse corporel normal soit 77,3%.

Dans la littérature si l'obésité constitue un facteur favorisant le RGO, la taille réduite de notre échantillon ne nous permet pas d'émettre la même conclusion. Seul 4,5% de nos patients avaient un surpoids.

Au cours de notre étude l'œsophagite stade II de SAVARY-MILLER était la plus fréquente avec 31,8% et 59,1% de nos patients étaient du stade I et II.

Notre taux est inférieur à celui trouvé par Houcke Ph et al [48] : 85,5% d'œsophagite stade I et II.

L'ulcère gastroduodénal a été la lésion endoscopique la plus associée aux œsophagites avec 37,5%.

La hernie hiatale et les tumeurs gastriques ont été retrouvées au second plan avec chacun 25%.

Selon DIOUF et al [13], les varices œsophagiennes étaient les lésions œsophagiennes les plus fréquemment associées aux œsophagites.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION :

Cette étude a permis d'apprécier les œsophagites peptiques à l'Infirmierie de Garnison de Kati et à l'Hôpital MERE-ENFANT (Luxembourg). La fréquence a été estimée à 2,18%.

Les œsophagites peptiques ont été fréquentes dans le sexe masculin et chez l'adulte à partir de la cinquantaine.

Cette population adulte mérite un suivi endoscopique dans le but de ne voir survenir un processus métaplasique.

L'endoscopie digestive haute a un grand intérêt dans le diagnostic et le pronostic des œsophagites peptiques.

Elle permet la classification de cette affection en plusieurs stades selon Savary. Si le diagnostic et la prise en charge de cette affection ne sont pas réalisés précocement, elle peut évoluer vers une complication très grave qui est l'endobrachyœsophage.

2. RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, nous recommandons :

2.1. Aux patients :

- Une consultation précoce devant toute symptomatologie digestive haute ;
- Une large information de la population sur le rôle délétère du tabac.

2.2. Aux médecins :

- La pratique précoce de l'endoscopie digestive haute devant toute symptomatologie du haut appareil ;
- Une prise en charge précoce des oesophagites peptiques.

2.3. Aux autorités politiques :

- Le renforcement de la formation des spécialistes en hépatogastro-entérologie et en endoscopie digestive ;
- Initier des campagnes de sensibilisation contre le tabagisme.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. SCHMUTZ Gérard

Imagerie de l'Appareil Digestif Supérieur Œsophagite Peptique et reflux gastro-œsophagien ; 52-63 ; 1999. Paris
Masson.

2. Stephan M.L.

Valeurs sémiologiques des symptômes du reflux- gastro -œsophagien.
Gastroenterol clin biol 1999; 23: 13- 16.

3. GALMICHE Jean-Paul

Reflux gastro-œsophagien.
Revue du praticien Paris, 1999 ; 49: 1441-1449.

4. GALMICHE J.P. et al

Reflux gastro-œsophagien et Œsophagite. In ELLIPSES
Gastro-entérologie : Précis des maladies de l'appareil digestif
Paris ; édition Marketing ; 1992 ; 223-241.

5. Klotz F, Debonne JM.

Y a-t-il une pathologie de reflux gastro-œsophagien en Afrique noire ?
Med Afr Noire 1992 ; 38(1) :41- 46

6. Escourou J, Lazorthes F, Pascal JP, Fourtanier, Suduca, Lemozyt SM et al.

Hepatogastroenterologie clinique: Œsophagites

Paris: Simep, 1989.

7. Archambault A, Beudry R, Pare P, Thomson et Shaffer EA.

Principes fondamentaux de gastro-entérologie: Reflux gastro-oesophagien de l'adulte.

Canada : Astrapharma, 1997.

8. Galmiche JP, Zerbib J, Jian R

Traité de Gastro-entérologie : Reflux gastro-oesophagien de l'adulte.

Paris : Flammarion, 2005.

9. Naveau S, Balian A, Perlemute R, Gerolami R, Vons C.

Hépto-gastroentérologie:connaissances et pratiques.

Paris: Masson, 2003

10-BALIAN Axel

Collection Inter Med. : Hépto-gastro-entérologie médicale

Paris, EDIDION VERNAZOBRES-GREGO, 2004,450 pages.

11- D.P. HETZEL et al

The naturel history of eosophagitis

www.actaendoscopica

Consulté le 17 Février 2009

12- J.R. IBARA, B. MOUKASSA, A. ITOUA-NGAPORO

La pathologie digestive haute au CONGO à propos de 2393 endoscopies réalisées au CHU de Brazzaville
www.santétropicale.com/resume
Consulté le 17 Février 2009

13- M.L. DIOUF, M.F. N'DIAYE

Endoscopie digestive : problèmes et réalités au Sénégal
www.actaendoscopica
consulté le 17 février 09

14. Faouzi J.

Les aspects endoscopiques en pathologie œsogastroduodénale en milieu sénégalais. A propos de 3000 examens réalisés en deux ans à l'hôpital de Dakar.
These Med, Dakar, 1984 ; N°81.

15. Niamke KE, Diallo A.D, Ticolat R, Toutou T, Soubreyrand J, Beda

B.Apport diagnostique de la fibroscopie digestive haute dans un service de Médecine interne. A propos de 710 cas.
Interfac Afr 1989; 8: 22 - 27

16. Klotz F, Kontele F, L'herp P, N'gemby M.

La pathologie digestive haute au Gabon.
Etude analytique et comparative à propos de 1314 oesophagoduodenoscopies à Libreville.
Med Afr Noire 1987; 34: 917- 926.

17. Ndjitoyap EC, Tzeuton C, Mbakop A, Poupene J, Guemnet TA, Njoya O et al.

Endoscope digestive haute au Cameroun : Etudes analytiques de 4100 examens.

Med Afr Noire 1990 ; 37 (9) : 453-456.

18. Maïga MY, Traore HA, Touré F, Dembelé M, Diallo AN, Pichard E.

Etude des oesophagites à Bamako à propos de 228 cas.

Dakar Medical 1993; 38: 153 -15.

19. Maïga MY, Guindo S, Traore HA, Dembélé M, GuindoA, Kallé A et al.

Etudes épidémiologiques des affections oesogastroduodénales au Mali au moyen de la fibroscopie.

Med Afr noire 1995; 42 (2): 68-7 1.

20. BOMMELAER G.

Reflux gastro- oesophagien de l'adulte.

Gastroenterol clin biol 1999; 23: 3-9

21. Johnson LF.

New concepts and methods in the study of treatment in the gastro oesophageal reflux.

Disease. Med clin north am 1981; 65: 1115-1122.

22. Klauser AG, Schindlebeck NE, Muller- lissner SA.

Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease.

Lancet 1990; 335: 205-8.

23. Ruth M, Manson I, Sandberg N.

The prevalence of symptoms. Suggestive of esophageal disorders.

Scan J Gastroenterol 1991; 26: 73 -81

24. Petersen H.

The prevalence of gastro-esophageal disease.

Scan J Gastro-enterol 1985; 30(suppl, 211): 5 -6

25. Conférence de consensus. Reflux gastro-œsophagien de l'adulte :

Diagnostic et traitement chirurgical.

Gastroenterol clin biol 1999 ; 124 : 318 -23

26. Oyyedy PM, Talley N.

Gastro esophageal reflux disease.

Lancet 2006; 367: 2076-100.

27. Balian A.

Hépatogastro-enterologie Médical: Reflux gastro-œsophagien de l'adulte.

Paris : Vernazobres Grego, 2004

28. Chaussade S.

Tube digestif, foie, voies biliaires, pancréas : Reflux gastro œsophagien et hernie hiatale.

Paris: Masson, 2005

29. Marceri DR, Zim S

Laryngospasm

An atypical manifestation of severe gastro-esophageal reflux disease (GERD). *The laryngoscope* 2001; 111: 1976 -1979.

32. Savary M, Miller G.

Manuel et atlas d'endoscopie. Solothurn (switzerland)

Gassman, 1977.

31. Savary M.

La sémiologie endoscopique de l'incontinence gastro- œsophagienne
These Lausanne, switzerland, 1967.

32. Miller G, Savary M, Monnier PH, Notwendige diagnostik:

endoscopie. In Blum. Al, siewert Jr, eds. *Reflux therapie*. Berlin: Springer 1981:336.

33. Bruley Des Varannes S, Scarpignato C.

Modalités et critères diagnostiques de la PH-metrie œsophagienne.

Gastroenterol clin biol 1999;23: 21- 30.

34. Galmiche JP, Des Varannes SB, Scarpignato C.

Non diagnostics. Applications of esophageal PH measurements: In: Bianchi porro G, ed. Topics in digestive disease. New: Raven press, 1988; 23: 21 -41.

35. Scarpignato C.

Anti- acids 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 gastro esophageal reflux disease.

Front Gastrointest Rest, Basel: Karger, 1992; 22: 153 -181.

36. Scarpignato C, Bruley Des Varannes S.

Traitement du RGO par les antagonistes des recepteurs H2 de l'histamine.

Gastro enterol clin biol 1999; 23: 78-89.

37. Poynard T.

Relapse rate of patients after hiling of esophagitis: a perspective study of alginate as self-care treatment for 6 months. French cooperative study Group. Aliment pharmacol ther 1993; 7: 385 -392.

38. Koelz HR, Birchler R, Bretholz A, Bron B, Capitaine Y, Delmore G et al.

Healing and relapse of reflux esophagitidis during treatment of ranitidine.

Gastroenterology 1986; 91: 1198 -1205.

39. Colin Jones DG.

The role and limitations of H₂-receptor antagonists in the treatment of gastro esophageal reflux disease.

Aliment pharmacol Ther 1995 ; 9: 9 -14.

40. Staheen NJ.

Radiofrequency ablation in Barrett's oesophagus with dysplasia.

NEJM 2009; 360: 2277-88

41. Bedenne L, Jouve JL.

Tumeurs de l'œsophage.

Rev Prat 2009 ; 59 : Q152

42. Mingue OC.

Pathologie de l'œsophage à Libreville. Etude analytique et comparative à propos 2414 examens pratiqués dans le centre d'endoscopie digestive du centre hospitalier de Libreville.

Thèse Med, Libreville, 1988; n°121.

43. Chevrel B.

Eléments d'épidémiologie des maladies digestives. Les œsophagites.

Med Chir 1988; 17: 2 – 8 pp

44. Micallef A., Richard- Berthe B., Hughe J.L

Oesophagite de reflux. Résultats d'une enquête épidémiologiques et endoscopique chez 679 patients réalisée par 146 gastro enterologues de Ville.

Med Chir Dig 5 octobre 1985; 8: 47

45. Thompson WG, Heaton KW.

Heartburn and globus in apparently healthy people. J can Med Assoc 1982; 126: 46- 8.

46. Keba. BH

Etude comparée de la responsabilité des parasitoses intestinales dans le déterminisme des épigastralgies.

Thèse Med, Bamako, 1988; (29)

47. Coulibaly B, les cancers gastriques au Mali : Apport de la

fibroscopie à propos 55 cas.

Thèse Med, Bamako, 1986; n°42

48- Houcke Ph, Papazian A, Rey JF, Cassigneul J, Schenowitz G, Aziere F, Raymond JM.

Le reflux gastro-œsophagien : recherche de facteurs prédictifs de gravité. Résultats d'une enquête auprès de 248 gastroentérologues libéraux.

Acta endoscopica 1998 ; 28, 4 : 367-383.

49- P. ZEITOM

Place de l'endoscopie dans le diagnostic et la survenue de l'œsophagite
Med. Et chir.Dig.5 octobre1985 :4-7 pp

50- DIARRA.M

Œsophagites peptiques dans le service d'Hepato-Gastro-Enterologie du
CHU GABRIEL TOURE de BAMAKO

Thèse de Med, BAMAKO, 2009-2010

51- AISSATA. T

Etude épidémiologique et clinique du reflux gastro-oesophagien dans les centres de santé de référence du district de BAMAKO

Thèse de Med, BAMAKO, 2008 ;n°08M519

52- 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 500 patients. Gastro enterol clin Biol 2005 ; 29 : 160-61

53- 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.

54- Howardb JP, heading RC. Epidemiology of gastro – esophageal reflux disease. World J Surg 1992; 16: 288 – 93

55- Spechler SJ.

Epidemiology and natural history of gastro – esophageal reflux disease Digestion.

1992; 51 (suppl. 1): 24 – 9.

56- Heller SR, Fellows. IW, ogilvie AI, AtKinson M.

Non. Steroidal anti inflammatory drugs. and benign esophageal stricture Br Med J 1982; 285: 167- 8

**57- 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 .

FICHE D'ENQUETE

I. Données socio-démographiques :

1 Nom : 5 Adresse :
2 Prénom : 6 Profession :
3 Age : 7 Ethnie
4 Sexe :

Interrogatoire :

1 Pyrosis /___/ 2 Régurgitation /___/
4 Epigastralgie /___/ si oui
Type:.....
3 Eructation /___/ 4 Dysphagie /...../ 5 Hoquet /...../
5 Notion de prise de médicament favorisant le RGO /___/
Préciser si oui:.....

Antécédents:

Personnels:

Médicaux:

HTA /___/ DIABETE /___/ DREPANOCYTOSE
/___/

ASTHME /___/ CANCER/___/ si oui
site:.....

Chirurgicaux:

.....

Familiaux:

HTA /___/ DIABETE /___/ DREPANOCYTOSE
/___/

ASTHME /___/ CANCER /___/ si oui
site:.....

Habitudes alimentaires:

Tabac /___/ si ouipaquet – année

Alcool /___/ café /___/

Autres /___/ précisé.....

Examen physique:

Poids:..... /Kg

Taille:.....cm

Abdomen:

.....
.....
.....
.....

Cœur :

.....
.....

Poumon :

.....
.....

ORL :

.....
.....

Résultat endoscopique :

- Stade d'œsophagite :.....
.....

-Hernie hiatale associée.....
.....

-autres signes endoscopiques :.....
.....

Traitement :

Régime hygiéno-diététique /__/

Diminution tabac /__/ Arrêt Alcool /__/

Traitement médicamenteux :

Inhibiteurs de la pompe à proton /__/ Anti acide /__/

Anti histaminiques /__/

Traitement chirurgical :

Oui/____/ non/____/

Evolution :

.....

.....

.....

.....

FICHE SIGNALITIQUE

Auteur : Tata Dafe CISSE

Titre : Etude des œsophagites peptiques au CHU MERE-ENFANT de Bamako et à l'infirmierie de la Garnison de Kati.

Pays : MALI

Ville de soutenance : BAMAKO

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Résumé : Le but de notre étude était d'évaluer l'œsophagite peptique en milieu hospitalier.

Il s'agissait d'une étude transversale de 12 mois allant du 1^{er} Mai 2008 au 30 Avril 2009 dans le CHU MERE-ENFANT de Bamako et à l'infirmierie de la garnison de Kati.

Nous avons colligé 22 cas d'œsophagites peptiques sur 1007 endoscopies digestives hautes réalisées soit une fréquence de 2,18%.

Les œsophagites peptiques étaient plus retrouvées chez les patients de 50 ans et plus avec 59,1%.

Le sex ratio était de 2,14 en faveur des hommes.

Les cultivateurs étaient plus affectés par l'œsophagite peptique avec 18,2%.

Le tableau clinique était dominé par les régurgitations avec 68,2% suivi des épigastralgie avec 63,6%.

La majorité de nos patients étaient retrouvés au stade II de la maladie.

L'œsophagite peptique est une complication constante du RGO.

Sa recherche est donc nécessaire pour une meilleure prise en charge.

Mots clés : œsophagite, peptique, endoscopie digestive haute.

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