

## Association des troubles fonctionnels intestinaux et reflux gastro-œsophagien à l'Hôpital Universitaire de l'Amitié de Bangui

### *Association of the irritable bowel syndrome and of gastroesophageal reflux at the University Hospital of the "Amitié" of Bangui*

S.M. Camengo Police (1), M. Mbeko Simaleko (2), J.D.D. Longo (2),  
N.P. Boua-Akélélo (1), G. Service (1)

(1) *Service d'hépto-gastroentérologie et de médecine interne de L'hôpital universitaire de L'Amitié de Bangui*

(2) *Département de santé publique, Faculté des sciences de La santé, Université de Bangui*

#### Résumé

**Introduction.** Déterminer la prévalence de l'association des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) et du reflux gastro-œsophagien (RGO) en consultation de gastroentérologie en milieu hospitalier centrafricain.

**Patients et méthodes.** Nous avons mené une étude longitudinale descriptive d'une durée de 8 mois. Le diagnostic des TFI était retenu sur les critères de Rome III et celui de RGO sur les signes cliniques et endoscopiques. Nous avons inclus les patients d'au moins 18 ans, chez lesquels le diagnostic de RGO et des TFI étaient retenus. Les variables étudiées étaient épidémiologiques, cliniques et endoscopiques.

**Résultats.** Parmi 341 patients ayant consulté pendant la période d'étude, l'association RGO-TFI était retrouvée chez 96 patients (28,1%). Il s'agissait de 37 hommes (38,5%) et de 59 femmes (61,5%). L'âge moyen des patients était de 43,7 ans. Les signes cliniques fréquents de RGO étaient le pyrosis (n=96), les régurgitations acides (n=71). Les manifestations cliniques des TFI se caractérisaient par des douleurs abdominales (n=96), le ballonnement abdominal (n=96) et la constipation (n=92). Les signes prédominants étaient les signes de TFI dans 81 cas (84,4%). L'endoscopie digestive haute avait objectivé une œsophagite peptique dans 72 cas.

**Conclusion.** L'association RGO et TFI est fréquente. Le diagnostic de l'une des pathologies doit faire rechercher l'autre.

**Mots-clés :** troubles fonctionnels intestinaux, reflux gastro-œsophagien, Bangui

#### Abstract

**Introduction.** To determine the prevalence of the association of the irritable bowel syndrome (IBS) and of the gastroesophageal reflux (GER) in gastroenterology consultation in middle central african hospital.

**Patients and methods.** We led a descriptive longitudinal survey of a length of 8 month in university hospital of the "Amitié" of Bangui. The diagnosis of the IBS was kept on the Rome III criteria and the one of GER on the clinical and endoscopic signs. We had included the patients of at least 18 years, at which the diagnosis of GER and the IBS was kept. The studied variables were epidemiological, clinical and endoscopic.

**Results.** Among 341 patients having consulted during the period of survey, the GER-IBS association was recovered among 96 patients (28.1%). It was about 37 men (38.5%) and of 59 women (61.5%). The middle age of the patients was of 43.7 years. The frequent clinical signs of GER were heartburn (n=96) and regurgitations (n=71). The clinical demonstrations of the IBS were characterized by abdominal pain (n=96), an abdominal bloating (n=96) and constipation (n=92). The predominant signs were the signs of IBS in 81 cases (84.4%). Upper GI endoscopy demonstrated 72 cases of peptic esophagitis.

**Conclusion.** The association of GERD and IBS is frequent in a African population.

**Key words:** gastroesophageal reflux, irritable bowel syndrome, Bangui

## Introduction

L'association des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) et du reflux gastro-œsophagien (RGO) est fréquente dans la population générale [1, 2]. Au cours d'une méta-analyse, les auteurs [2] avaient rapporté que 42% des patients souffrant de TFI avaient un RGO. En Europe, les auteurs [3] avaient rapportés une prévalence de 17%. D'autres auteurs [4] en Asie avaient retrouvé l'association TFI-RGO dans 75% des cas. Il s'agit de deux pathologies fonctionnelles source de consommation de soins et ayant des répercussions sur la qualité de vie des patients. Les publications africaines ne font pas mention de la fréquence de l'association des TFI et RGO. D'où la présente étude dont l'objectif était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques de l'association des TFI et du RGO chez les patients en milieu hospitalier centrafricain.

## Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude longitudinale descriptive menée à l'Hôpital Universitaire de l'Amitié de Bangui du 25 mars au 24 novembre 2012.

Au total, 341 patients ont consulté pendant la période d'étude. Le diagnostic de TFI était retenu chez 156 patients (45,7%) et celui de RGO chez 150 patients (44%). Le diagnostic de RGO était retenu sur les signes cliniques de RGO (pyrosis, régurgitations, syndrome postural) et la présence à l'endoscopie digestive haute de l'incontinence cardiale associée ou non à l'œsophagite peptique. La classification de Los Angeles [5] était utilisée pour préciser le stade d'évolution de l'œsophagite peptique. Les arguments diagnostiques des TFI étaient basés sur les critères de Rome III [6] et l'absence de lésion organique à la coloscopie chez les patients âgés d'au moins 50 ans et/ou présentant une anémie et/ou l'altération de l'état général. Étaient inclus, tous les patients consentant chez lesquels le diagnostic de l'association des TFI et du RGO était retenue après explorations endoscopiques digestives. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques (âge, sexe, situation matrimoniale, profession, facteurs déclenchant les troubles, vécu des troubles (quotidiens, une fois par semaine, au moins une fois par mois, pénibles donc sévères, modérés donc supportables), retentissement socioprofessionnel des troubles notamment l'absentéisme, le retard au travail et/ou dans le travail ; cliniques (signes cliniques des TFI et du RGO, signes associés, durée d'évolution des symptômes, indice de masse corporelle (IMC) normale entre 18-24, surpoids ( $25 < \text{IMC} < 30$ ), obésité  $\text{IMC} \geq 30$  et maigre  $\text{IMC} < 18$ ) ; endoscopiques (anomalies

endoscopiques retrouvées). Les informations étaient recueillies auprès des patients et dans les registres d'endoscopie digestive haute et basse. Ces informations étaient notées dans une fiche d'enquête individuelle à administration directe. Le logiciel Epi info 5.3.2 a été utilisé pour le traitement et l'analyse des données.

## Résultats

Trois cent quarante et un patients avaient consulté pendant la période d'étude. L'association des TFI et du RGO était retrouvée chez 96 patients (28,1%) dont 37 hommes (38,5%) soit un sex-ratio (H/F) de 0,63. L'âge moyen des patients était de 43,7 ans avec des extrêmes de 18 et 67 ans. La situation matrimoniale des patients révélait 49 mariés (51%), 44 célibataires (45,8%), 2 veufs (2,1%) et un divorcé (1%). La répartition selon la profession rapportait 37 femmes au foyer ou sans emploi (38,5%), 35 fonctionnaires (36,5%), 16 ouvriers (16,7%), 8 élèves et/ou étudiants (8,3%). Les signes des TFI et du RGO sont présentés dans le tableau I. Les signes associés aux TFI et au RGO sont indiqués dans le tableau II. Les signes fréquents associés aux TFI (satiété précoce, lenteur de digestion) étaient des signes de dyspepsie. Les signes prédominants étaient ceux de TFI dans 81 cas (84,4%).

Tableau I. Signes de RGO et TFI rencontrés chez les patients inclus (n=96).

Signes	Effectif	%
<b>Signes de RGO*</b>		
Pyrosis	96	100,0
Régurgitations	71	74,0
Syndrome postural	11	11,5
<b>Signes de TFI<sup>^</sup></b>		
Douleurs abdominales	96	100,0
Ballonnement abdominal	96	100,0
Constipation	92	95,8

\*RGO : reflux gastroœsophagien ; <sup>^</sup>TFI : troubles fonctionnels intestinaux

Les féculents (68 cas ; 70,8%), les épices (63 cas ; 65,6%), la prise d'alcool (36 cas ; 37,5%), les conflits familiaux (59 cas ; 61,4%) et le stress (48 cas ; 50%) constituaient les facteurs déclenchant les troubles. L'indice de masse corporelle des patients était normal dans 40 cas (41,7%). Le surpoids était noté dans 39

**Tableau II.** Signes associés aux RGO et TFI rencontrés chez les patients inclus (n=96).

Signes associés	Effectif	%
<b>RGO*</b>		
Eructions	85	88,5
Dysphagie	7	7,3
Vomissements	5	5,2
Nausées	2	2,1
<b>TFI<sup>^</sup></b>		
Borborygme	96	100,0
Satiété précoce	49	51,1
Digestion lente	46	48,0

\*RGO : reflux gastroœsophagien ; <sup>^</sup>TFI : troubles fonctionnels intestinaux

cas (40,6%), la maigreur dans 12 cas (12,5%) et l'obésité dans 5 cas (5,2%). Les troubles étaient quotidiens dans 54 cas (56,2%), une fois par semaine dans 20 cas (20,8%) et au moins une fois par mois dans 22 cas (23,0%). Les troubles étaient responsables d'absence au travail et/ou dans le travail dans 60 cas (62,5%). Les symptômes ont fait l'objet de plusieurs consultations chez tous les patients, avec une moyenne de 7 consultations par an (extrêmes : 3-10 consultations). La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 19 mois (extrêmes : 8 et 46 mois). Les troubles étaient sévères dans 20 cas (20,8%) et modérés dans 76 cas (79,2%). Ils avaient nécessité l'hospitalisation dans 24 cas (25%). L'endoscopie digestive haute dans le cas du diagnostic de RGO avait objectivé une œsophagite peptique dans 72 cas (75%) dont 5 cas avec hernie hiatale et un reflux sans œsophagite peptique dans 24 cas (25%) dont 4 cas avec hernie hiatale. Le stade de gravité des œsophagites peptiques selon la classification de Los Angeles était de grade A dans 5 cas (7%), grade B dans 45 cas (62,5%), grade C dans 22 cas (30,5%). Les lésions endoscopiques associées se résumaient en ulcère duodénal dans 10 cas (10,4%), ulcération gastrique dans 2 cas (2,1%) et congestion gastrobulbaire dans 2 cas (2,1%). Quarante-neuf patients avaient bénéficié d'une coloscopie dans le but d'éliminer une pathologie organique. Elle avait retrouvé une diverticulose colique dans 3 cas (3,1%) et l'absence de lésion de la muqueuse colorectale dans 46 cas (47,8%). Parmi les patients qui avaient une coloscopie normale, 10 avaient un dolichocôlon.

## Discussion

La prévalence de l'association RGO et TFI était de

28,1% chez les patients consultants en gastroentérologie. L'association de ces pathologies avait une répercussion importante sur la qualité de vie des patients puisque dans 62,5% des cas, elle était responsable d'absence au travail et/ou de retard dans le travail.

Il s'agit d'une étude hospitalière qui n'avait porté que sur les patients consultant pour des manifestations des TFI et/ou de RGO devenant probablement invalidants. Le nombre des patients venant consulter serait probablement sous-estimé, d'une part, du fait de fréquente consultation chez le médecin généraliste et d'autre part, certains auteurs [7] rapportent que 14% des patients souffrant de RGO ne font pas l'objet de consultation spécialisée. Ainsi, nos résultats ne peuvent pas être inférés à l'ensemble de la population. Néanmoins, cette étude a permis de relever que l'association TFI et RGO n'est pas rare dans la population africaine, notamment à Bangui. Les signes de TFI étaient dominants dans 84,4% des cas. Les signes de dyspepsie observés seulement chez les patients souffrant de TFI dans notre étude, doivent amener à rechercher chez ces patients la coexistence de signes de RGO. Les deux pathologies associées étaient plus fréquentes chez les femmes.

L'association TFI et RGO est fréquente [1- 4, 8, 9]. La fréquence obtenue dans notre série est supérieure à celle observée en Iran [10] qui était de 3,1% et proche de celle d'autres auteurs (27%) [11]. La différence est due au fait que l'étude menée en Iran était réalisée dans la population générale. L'association de ces pathologies pourrait être due au fait qu'ils répondent aux mêmes mécanismes physiopathologiques, particulièrement l'hypersensibilité viscérale ou les troubles de la motricité gastro-intestinale. Les conflits familiaux et les crises militaro-politiques que notre pays a connues pourraient être les facteurs déclenchant les crises, à l'origine de l'hypersécrétion acide et de perturbation de la motricité gastro-intestinale. Dans notre étude l'obésité était observée dans 5,2% des patients. Pour certains auteurs [12], elle était un facteur de risque de l'association des deux pathologies. D'autres auteurs [12] rapportent que les patients ayant un syndrome métabolique présenteraient fréquemment le RGO et les TFI. La prédominance féminine retrouvée dans notre série était également observée par d'autres auteurs [9]. D'autres auteurs [10] n'avaient pas observé de prédominance de sexe. Par contre, certains auteurs [4] avaient retrouvé une prédominance masculine dans 55,9% des cas. La prédominance féminine dans notre étude pourrait s'expliquer d'une part, par le fait que les symptômes prédominants dans notre étude étaient les signes de TFI et que les TFI sont plus fréquents chez les femmes [1, 13-23]. D'autre part, cette prédominance féminine pourrait être attribuée à la susceptibili-

té des femmes au stress et à l'émotion, facteurs favorisant le déclenchement des troubles. Au cours de l'association TFI et RGO, les symptômes de TFI sont prédominants [1, 3, 4, 8, 10]. Nos observations confirment celles d'autres auteurs [10, 14], qui soulignent que les patients souffrant de TFI consultent plus souvent. L'âge moyen de nos patients de 43,7 ans est proche de celui rapporté par certains auteurs [3, 4]. Il témoigne, que les TFI et le RGO sont plus fréquents chez l'adulte jeune. Alors qu'en Iran [10], les auteurs rapportent que l'association TFI et RGO était plus fréquente chez les sujets âgés. Les facteurs de risque retrouvés dans notre série ont été également décrits par certains auteurs [4]. L'absence au travail était observée dans 62,5%. Les TFI et/ou le RGO constituent donc des causes d'altération de la qualité de vie [22, 24]. Certains auteurs [11] rapportent que chez les patients souffrant de maladie de RGO, les troubles de la fonction gastro-intestinaux étaient responsables d'altération de la qualité de vie dans 92% des cas et les troubles étaient intenses dans 26% des cas. L'association TFI et RGO se complique souvent d'œsophagite, retrouvée dans 75% des cas.

## Conclusion

Le RGO et les TFI constituent un problème de santé. Leur association étant fréquente, le diagnostic d'une des pathologies doit faire rechercher l'autre. L'œsophagite de reflux est plus fréquente en cas de cette association nécessitant l'exploration endoscopique afin de déterminer le stade de gravité de l'œsophagite pour une meilleure prise en charge et la prévention de la survenue à long terme du cancer de l'œsophage.

## Références

- Gasiorowska A, Choo HP, Fass R. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) and Irritable Bowel Syndrome (IBS) - Is it one disease or an overlap of two disorders? *Dig Dis Sci* 2008; 54: 1829-34.
- Lovell RM, Ford AC. Prevalence of gastro-esophageal reflux-type symptoms in individuals with irritable bowel syndrome in the community: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107 (12): 1793-801.
- Hammer J, Eslick GD, Howell SC, et al. Diagnostic yield of alarm features in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Gut* 2004; 53 (5): 666-72.
- Young WN, Hye-Kyund J, Seong-Eun K, et al. Overlap of Erosive and Non-erosive reflux Diseases With Functional Gastrointestinal Disorders According to Rome III Criteria. *J Neurogastroenterol Motil* 2010; 16 (2): 148-56.
- Armstrong D, Bennett JR, Blum AL, et al. The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement. *Gastroenterology* 1996; 111: 85-92.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480-91.
- Bretagne JF, Richard-Molard B, Honnorat C, et al. Le reflux gastro-œsophagien dans la population générale française : Résultats d'une enquête sur 8.000 sujets adultes. *Presse Médicale* 2006; 35: 22-31.
- Nakajima S, Takahashi K, Sato J. Spectra of the unrests functional gastrointestinal diagnostics by the criterias of Rome III. Questionnaire of integration in an office of consultation external Japanese and impact of overlap. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: S138-43.
- Cheung TK, LAM KF, HU WHC, et al. Positive association between gastro-oesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome in a Chinese population. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25 : 1099-104.
- Solhpour A, Pourhoseingholi MA, Soltani F. Gastro-oesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: a significant association in an Iranian population. *Eur J Gastroenterol hepatol* 2008; 20(8): 719-25.
- Guillemot F, Ducrotté P, Bueno L. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in a population of subjects consulting for gastroesophageal reflux disease in general practice. *Gastroenterol Clin Biol* 2005; 29: 243-6.
- Cholongitas E, Pipili C, Dasenaki M. Gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome significantly associated with metabolic syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2008; 43: 1405-6.
- Friedt M. Côlon irritable. *Paédiatrica* 2008; 19: 20-8.
- Piche T. Troubles fonctionnels intestinaux : rôle de la flore, intérêt des probiotiques ? *Hépatogastro* 2004; 11: 7-9.
- Lembo AJ, Neri B, Tolley J, et al. Use of serum biomarkers in a diagnostic test for irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29(8): 834-42.
- Dapoigny M, Dyard F, Grimaud JC, et al. Troubles fonctionnels intestinaux et consommation de soins : Etude observationnelle en gastroentérologie libérale. *Gastroentérol Clin Biol* 2003; 27: 265-71.
- Thompson WG, Irvine EJ, Ferrazzi S et al. Functional gastrointestinal disorder in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 225-35.
- Bergmann JF. Troubles fonctionnels intestinaux : soigner sans comprendre et traiter sans guérir. *Gastroentérol Clin Biol* 2003; 27: 263-4
- Emeran A, Mayer MD. Irritable Bowel Syndrome. *N Engl J Med* 2008; 358: 1692-9.
- Hammer, Johann, Talley, Nichola J. Value of different diagnostic criteria for the irritable Bowel Syndrome among men and women. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 160-6.
- Bouchoucha M, Devroede G, Dorval E, et al. Different segmental transit times in patients with irritable bowel syndrome and "normal" colonic transit time: is there a correlation with symptoms? *Tech Coloproctol* 2006; 10:287-96.
- Diarra M, Konate A, Souckho-Kaya A, et al. Aspects épidémiologiques et sémiologiques des troubles fonctionnels intestinaux dans les centres de santé de référence de Bamako. *J Afr Hépatol Gastroentérol* 2010; 5: 214-6.
- Deby Gassaye, Atipo Ibara BI, Camengo Police SM, et al. Etude descriptive des troubles fonctionnels intestinaux chez l'adulte au Congo. *Med Afr Noire* 2011; 58: 139-43.
- Des varannes SB, Marek L, Humeau B, et al. Gastroesophageal reflux in primary care. Prevalence, epidemiology and Quality of Live of patients. *Gastroentérol Clin Biol* 2006; 30(3): 364-70.