



MANIFESTATIONS OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES DU REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN DANS DEUX CENTRES DE SANTE A COTONOU.

Kpoussou AR¹, Batakou JP², Dodo LRS³, Avakoudjo F², Lawson Afouda S², Vignon KR¹, Sokpon CNM¹, Séhonou J¹, Adjibabi W².

1. Clinique Universitaire d'hépatogastroentérologie, Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM), Cotonou, Bénin.

2. Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF), CNHU-HKM, Cotonou, Bénin.

3. Service de Médecine interne, CNHU-HKM, Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant : Dr Aboudou Raïmi KPOUSSOU, e-mail : kpoussou.raïmi@yahoo.fr. Tél : 0022966181939.

RESUME

Introduction : Le lien semble établi depuis quelques années entre les manifestations oto-rhino-laryngologiques (ORL) et le reflux gastroœsophagien (RGO). L'objectif du travail était d'étudier les aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs du RGO avec manifestations ORL à Cotonou. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive menée du 1^{er} janvier 2016 au 31 août 2017. Etaient inclus tous les patients ayant au moins une manifestation ORL du RGO, reçus en consultation dans l'un des deux centres de santé retenus pour l'étude. **Résultats :** Sur 5682 patients ayant consulté, 305 (5.4%) patients avaient présenté un RGO ; Parmi ces 305 patients, 108 (35,4%) avaient des manifestations ORL. L'âge moyen des patients était de 38,6 ± 13 ans, avec des extrêmes de 10 ans et 74 ans. Le sexe féminin était prédominant (62,0%) avec une sex-ratio de 0,61. Les signes fonctionnels les plus représentés étaient : l'odynophagie (30,6%), le globus (24,1%), la dysphagie (22,2%), la paralysie pharyngée (15,7%). Les lésions de la sphère ORL étaient oropharyngées (56,5%), laryngées (10,2%), rhinologiques (11,1%). Les principales anomalies d'endoscopie digestive haute étaient : la gastrite congestive (23,8%), la hernie hiatale (15,5%), la béance cardiale (15,5%), l'ulcère duodénal (15,5%) et l'œsophagite peptique (10,7%). Sous inhibiteur de la pompe à protons (90,7% des cas) et/ou alginate (22,2% des cas), les patients revus (25/108) signalaient une amélioration (88%) ou une régression complète (12%) des symptômes. **Conclusion :** Diverses manifestations ORL sont fréquemment associées au RGO dans la population étudiée. La synergie d'action des ORL et Hépatogastro-entérologues s'avère indispensable pour la prise en charge adéquate de cette affection.

Mots clés : Manifestations ORL, RGO, fréquence.

ABSTRACT

Otorhinolaryngological manifestations of gastroesophageal reflux disease in two health centres in Cotonou.

Introduction: The link appears to have been established in recent years between ear, nose and throat (ENT) and gastroesophageal reflux disease (GERD).. The aim of the work was to study the clinical, endoscopic and evolutionary aspects of GERD with ENT manifestations in Cotonou. **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study conducted from 1 January 2016 to 31 August 2017. We included all patients with at least one ENT manifestation of GERD who were seen in one of the two health centers selected for the study. **Results:** Of 5682 patients who visited, 305 (5.4%) patients had GERD; of these 305 patients, 108 (35.4%) had ENT manifestations. The mean age of the patients was 38.6 ± 13 years, with extremes of 10 years and 74 years. Female sex was predominant (62.0%) with a sex ratio of 0.61. The functional signs most represented were: odynophagy (30.6%), globus (24.1%), dysphagia (22.2%), pharyngeal paralysis (15.7%). The lesions of the ENT sphere were oropharyngeal (56.5%), laryngeal (10.2%), rhinological (11.1%). The main upper GI endoscopy abnormalities were: congestive gastritis (23.8%), hiatus hernia (15.5%), cardiac gap (15.5%), duodenal ulcer (15.5%) and peptic esophagitis (10.7%). On proton pump inhibitor (90.7% of cases) and/or alginate (22.2% of cases), patients reviewed (25/108) reported improvement (88%) or complete regression (12%) of symptoms. **Conclusion:** Various ENT manifestations are frequently associated with GERD in the study population. The synergistic action of ENT and Hepato-gastroenterologists is essential for the proper management of this condition.

Keywords: ENT events, GERD, frequency.

INTRODUCTION

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est défini comme le passage intermittent, involontaire d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage sans aucun effort de vomissement [1]. On distingue le RGO physiologique, postpran-

dial précoce, qui réalise de banales régurgitations sans aucune manifestation douloureuse et le RGO pathologique qui s'accompagne de symptômes et/ou de lésions de la muqueuse œsophagienne [1-2]. Il est impliqué dans de nombreuses pathologies extradigestives, parti-

culièrement celles des voies aériennes pulmonaires ou ORL [3]. Il est d'une fréquence élevée estimée à 7,8% dans la population adulte française [4]. Une revue systématique a montré que la prévalence du RGO variait entre 18,1 % et 27,8 % en Amérique du Nord, 8,8 % et 25,9 % en Europe, 2,5 % et 7,8 % en Asie de l'Est, 8,7 % et 33,1 % au Moyen-Orient, 11,6 % en Australie et 23,0 % en Amérique du Sud [5]. En Afrique peu de données à grande échelle existent. Une étude a eu lieu à Cotonou en 2018 dans la population générale sur le RGO typique de l'adulte ; elle avait trouvé une prévalence de 35% [6]. Au cours des atteintes ORL chez l'adulte, il est décrit des manifestations dont la raucité de la voix, une mauvaise haleine, des difficultés d'expression vocale [1 ; 4]. Les manifestations ORL du RGO sont source de morbidité importante car elles altèrent souvent la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Pour réduire cette morbidité, il est important d'évaluer dans notre pratique hospitalière courante, le profil de ces manifestations ORL.

Le but de ce travail était d'étudier les manifestations ORL du RGO dans leurs aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs.

METHODES

L'étude avait eu lieu à Cotonou et avait pour cadre, deux services du CNHU-HKM et une clinique privée. Au CNHU-HKM, il s'agissait de la Clinique Universitaire d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF) et la Clinique Universitaire d'Hépatogastroentérologie (CU-HGE) ; le recrutement extra-hospitalier avait été fait dans le Centre de Santé Humanitaire Sainte Léonie. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, réalisée sur une période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 Août 2017. Etaient inclus, tous les patients ayant consulté pour un RGO avec au moins une manifestation ORL. Les patients chez qui toute autre étiologie (infectieuse, tumorale ou inflammatoire) pouvait expliquer les signes ORL étaient exclus. Les définitions opérationnelles suivantes ont été retenues :

- le diagnostic de RGO était retenu d'emblée sur des signes typiques (les régurgitations acides et le pyrosis) ; en cas de signes atypiques (l'éruclation, les brûlures épigastriques et l'halitose) le diagnostic était retenu grâce aux lésions œsophagiennes (œsophagite peptique) mises en évidence au cours de l'endoscopie œsophagienne ;
- était considéré comme ayant une manifestation ORL, tout patient ayant un RGO avec l'un des signes suivants : dysphagie, halitose, paralysie laryngée, globus, angines, toux, otites, rhinosinusites ;

- toute angine ou pharyngite était considérée comme lésion oropharyngée ;
- était considérée comme lésion laryngée : la laryngite peptique ;
- toute rhinopharyngite de reflux était considérée comme une lésion pharyngée ;
- les otites représentaient les lésions otologiques.

Pour les atteintes ORL, les moyens diagnostiques étaient cliniques et endoscopiques. Toute pathologie ORL chez un reflux était considérée comme liée au RGO, lorsqu'il n'y avait pas d'autre facteur étiologique retrouvé (notamment infectieuse, inflammatoire, allergique ou tumorale).

Un recrutement exhaustif était réalisé. Les données des patients inclus étaient recueillies sur un questionnaire standard comprenant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, endoscopiques et évolutives. Les données ont été encodées et analysées avec les logiciels Epi infos (version 3.5.4 et 7.2).

RESULTATS

Prévalence hospitalière du RGO et du RGO avec une manifestation ORL, et caractéristiques sociodémographiques.

Durant la période d'étude, 5682 patients ont consulté. Parmi eux, 305 patients ont présenté un RGO ; soit une prévalence hospitalière de 5,3%. Parmi ces 305 patients, 108 (35,4%) avaient des manifestations ORL.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, l'âge moyen des patients ayant un RGO avec une manifestation ORL était de 38,6 ± 13 ans avec des extrêmes de 10 ans et 74 ans. Cette population était constituée de 41 hommes et de 67 femmes. La sex-ratio était de 0,61.

Caractéristiques cliniques.

Parmi les 108 cas de RGO avec manifestations ORL, 61 (56,5%) avaient des signes typiques de RGO, 37/108 (34,2%) avaient des signes atypiques de RGO, et 10 avaient l'association de signes typiques et atypiques de RGO. Selon le mode de vie, les habitudes alimentaires suivantes étaient majoritaires chez les patients : consommation de thé 77/108 (71,3%) ; consommation de café 66/108 (61,1%) et la consommation d'alcool 64/108 (59,2%).

Au plan clinique, les principales manifestations cliniques ORL chez les patients refluxes étaient repartis comme suit : l'odynophagie (33/108 ; 30,6%) ; le globus (26/108 ; 24,1%) ;

la dysphagie (24/108 ; 22,2%). Les lésions oropharyngées (61/108 ; 56,5%) et les lésions laryngées (11/108 ; 10,2%) étaient les principales lésions objectivées à l'examen clinique. Le détail des caractéristiques cliniques est présenté dans le **tableau I**.

Tableau I : Répartition des sujets en fonction des caractéristiques cliniques

	Effectif (n=108)	Fréquence (%)
Habitudes de vie		
Consommation de thé	77	71,3
Consommation de café	66	61,1
Consommation d'alcool	64	59,2
Chocolat	39	36,1
Tabac	4	3,7
Symptômes ORL		
Odynophagie	33	30,6
Globus	26	24,1
Dysphagie	24	22,2
Toux chronique	18	16,7
Paralysie pharyngée	17	15,7
Otalgie	8	7,5
Hypersialorrhée	6	5,7
Dyspnée	6	5,5
Hemmage	3	2,8
Dysphonie	2	1,8
Caractéristique des signes du RGO		
Signes digestifs typiques	61	57,0
Signes digestifs atypiques	37	34,9
Lésions ORL		
Lésions oropharyngées	61	56,5
Lésions laryngées	11	10,2
Lésions rhinologiques	12	11,1
Lésions otologiques	6	5,6

Données endoscopiques et évolutives.

Parmi les 108 patients, 84 avaient réalisé une endoscopie digestive haute. Les principales lésions endoscopiques mises en évidence se répartissaient comme suit : la gastrite congestive (20 cas/84 ; 23,8%) la hernie hiatale 13 cas/84 (15,5%), la béance cardiale dans 13 cas/84 (15,5%) ; un ulcère duodéal (13 cas/84 ; 15,5%) et l'œsophagite peptique dans 9 cas/84 (10,7%).

Au plan thérapeutique, 98 cas/108 (90,7%) ont été mis sous inhibiteur de la pompe à protons ; 24 cas/108 (22,2%) ont été mis sous alginat, en association à l'IPP. Après un suivi de 3 mois 83 cas/108 (76,8%) ont été perdus de vue. Sur les 25 patients revus, 22 cas (88%) signalaient une amélioration de leurs symptômes et 3 cas/25 (12%) étaient asymptomatiques. Les détails des caractéristiques endoscopiques, thérapeutiques et évolutives sont présentés dans le **tableau II**.

Tableau II : Répartition des sujets en fonction des caractéristiques endoscopiques thérapeutiques et évolutives

	Effectif (n)	Fréquence (%)
Lésions endoscopiques (N = 84)		
Gastrite congestive	20	23,8
Béance cardiale	13	15,5
Ulcère duodéal	13	15,5
Hernie hiatale	13	15,5
Œsophagite peptique	9	10,7
Bulbo-duodénite	7	8,3
Endoscopie normale	9	10,7
Données thérapeutiques (N = 108)		
Prescription d'IPP*	98	90,7
Durée des IPP (N = 98)		
< 8 semaines	97	99,0
>8semaines	1	1,0
Prescription d'alginat	24	
Durée d'utilisation des alginates (N = 24)		
< 2 semaines	1	4,2
>2semaines	23	95,8
Evolution après 3 mois de suivi (N = 108)		
Symptômes améliorés avec suivi irrégulier	22	20,4
Asymptomatique avec suivi régulier	3	2,8
Perdu de vue	83	76,8

* IPP : Inhibiteur de la pompe à protons

DISCUSSION

Nous avons analysé 108 dossiers de patients ayant présenté un RGO avec manifestations ORL. Ceci nous a permis de décrire ses aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs. Le reflux gastro-œsophagien est un motif fréquent de consultation. Il peut être révélé par atteinte d'un système autre que digestif. Ce qui fait de lui, une affection se retrouvant au carrefour de plusieurs spécialités. Sa prévalence globale varie d'une région à une autre. Dans la population adulte française, elle est estimée à 7,8% [4]. Dans une étude faite dans la population générale adulte à Cotonou en 2018, 255/ 728 (soit 35%) avaient des symptômes typiques de RGO [6]. Dans notre série la prévalence hospitalière était estimée à 5,3%. A la différence que l'inflammation chronique des voies aériennes inférieures liée au RGO soit connue depuis plus d'un siècle, l'atteinte ORL secondaire est reconnue depuis quelques années [2, 7]. Parmi les patients ayant un RGO dans notre série, 35,4% avaient des manifestations ORL. Cela est similaire au constat de Piche et al [8] en France (30-60%) et Diouf et al [9] au Sénégal (43,9%). Les sujets étaient jeunes avec un âge moyen de 38,6 ± 13 ans. Ce résultat était superposable aux données de Mardassi et al [10] (37 ans) ; Diouf et al [9] (40 ans) et Sethom et al [11] (37

ans). Dans notre série, on remarquait une prédominance féminine avec une sex-ratio de 0,61 ; le même constat a été fait par Diouf et al [9]. Par contre Sethom et al [11] rapportaient une prédominance masculine.

Au plan clinique, 34,2% avaient des signes atypiques de RGO. Bien que les manifestations ORL soient fréquentes au cours du RGO, elles ne lui sont pas toujours rattachées en cas de manifestations atypiques ; ce qui est souvent source d'errance diagnostique [1]. Lorsqu'on est confronté à une recherche étiologique d'une lésion ORL et que les étiologies inflammatoire, infectieuse et tumorale sont écartées, il est judicieux d'avoir présent à l'esprit la possibilité du RGO même en cas de signes digestifs atypiques de celui-ci [1]. La Ph-métrie est un examen clé du diagnostic dans les formes de reflux dont la symptomatologie est essentiellement extradiigestive [1]. Dans les pays à ressources limitées, notamment d'Afrique sub-saharienne (y inclus le Bénin), cet examen n'est pas disponible. Le renforcement de notre système de santé pourrait mettre à disposition cet examen et permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Chez l'adulte, il est classique d'observer de nombreuses manifestations comme la raucité de la voix, l'halitose les difficultés d'expression vocale, la paralysie laryngée, l'hémorragie, la sensation de boule pharyngée, l'angine, la toux, le laryngospasme révélant un RGO [1, 4]. Dans notre série les symptômes ORL fréquemment retrouvés chez les patients étaient : l'odynophagie; le globus et la dysphagie. Gnahoui en 2018 [6] rapportait : un accès de toux dans 71 cas (27,8%), une dyspnée asthmatiforme dans 45 cas (17,6%), une dysphonie dans 39 cas (15,3%) et des otalgies dans 50 cas (19,6%) sur 255 cas de RGO. Ainsi, les symptômes ORL du RGO peuvent varier selon la population étudiée. A l'examen physique des patients, les lésions étaient oropharyngées, laryngées, rhinologiques et otologiques. Par contre dans l'Archive de Pédiatrie, d'après une étude portant sur les interrelations entre pathologies ORL et digestive-reflux gastro-œsophagien, les lésions touchaient par ordre décroissant le nez (38 %), le larynx (30 %), le pharynx (22 %) et les bronches (10 %) [3]. La différence d'âge des patients dans ces études pourrait expliquer ce constat.

Au plan endoscopique, les lésions objectivées étaient : la gastrite congestive, la hernie hiatale, l'ulcère duodénal et la béance cardiaque. Diouf et al [8] ont trouvé une prédominance d'œsophagite peptique (40,7%), suivie d'hernie hiatale (28,7%), de béance cardiaque (8,5%), d'ulcère (6,2%) et de gastrite (3,8%).

Bien qu'après un suivi de 3 mois 22 cas/108 (20,4%) avec un suivi irrégulier avaient une amélioration, 83 cas/108 (76,8%) ont été perdus de vue. cela pourrait s'expliquer par une amélioration fréquente des symptômes, les patients ne jugeant plus nécessaire de revenir en consultation. Une autre explication possible est la difficulté d'accès aux soins dans les pays à ressources limitées à cause du bas niveau socio-économique des patients. L'effectivité d'une assurance maladie aux indigents pourrait réduire ce constat.

CONCLUSION

Le reflux gastro-œsophagien est une affection fréquente. Les manifestations ORL (odynophagie, globus, dysphagie, toux chronique) sont fréquentes dans notre population étudiée. Les principales lésions endoscopiques étaient la gastrite congestive, la hernie hiatale, la béance cardiaque et l'œsophagite peptique. Le traitement repose sur les inhibiteurs de la pompe à protons efficaces chez la majorité des patients. La dotation du CNHU-HKM d'un ph-mètre pourrait améliorer la prise en charge diagnostique de cette association atteinte ORL et RGO. L'effectivité d'une assurance maladie aux indigents pourrait favoriser une consultation rapide des patients et améliorer leur suivi.

REFERENCES

- 1- Dupont C, Wagué JC. Reflux gastro-œsophagien et manifestations respiratoires de l'enfant. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique. 2005 ; 45:127-33.
- 2- Raji A., Essaadi M., Chekkoury IA., Benchakroun Y. Les manifestations oto-rhino-laryngologiques du reflux gastro-œsophagien. Médecine du Maghreb. 2001 ; 86:26-30.
- 3- Dabadie A, Bellaïche M. Interrelations entre pathologies ORL et digestive-reflux gastro-œsophagien. Archives de pédiatrie. 2006 ; 13(6):604-6.
- 4- Bretagne JF, Richard-Molard B, Honnorat C, Caekaert PB. Le reflux gastro-œsophagien dans la population générale française : Résultats d'une enquête sur 8.000 sujets adultes. La presse médicale. 2006 ; 35 (1):23-31.
- 5- El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut. 2014;63:871-80.
- 6- Gnahoui SAC. Reflux gastro-œsophagien typique de l'adulte en population générale à Cotonou : prévalence et facteurs associés [Thèse de médecine]. Cotonou, Université d'Abomey-Calavi, 2018, 145 p.
- 7- De Vault KR. Should upper gastrointestinal endoscopy be part of the evaluation for supraesophageal symptoms of GERD. Am J Gastroenterol. 2004; 99:1427-9.
- 8- Piche T., Hatlebakk JG. Dysphagie au cours du reflux gastro-œsophagien chirurgical. Acta endoscopica. 2006; 36 (4):545-50.
- 9- Diouf ML, Dia D, Mbengue M, et al. Le reflux gastro-œsophagien de l'adulte : Aspects cliniques et endoscopiques au CHU Le Dantec de Dakar. Dakar Médical. 2002; 47(2):142-6.
- 10- Mardassi A, Mathlouthi N, Mezri S, et al. Les manifestations ORL du reflux gastro-œsophagien chez l'adulte. Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale. 2014 ; 131: A104-A160.
- 11- Sethom A, Khemaies A, Khaled L, et al. Evaluation Clinique et ph-métrique de l'impact du reflux gastro-œsophagien sur les voies aéro-digestives chez l'adulte. La Tunisie médicale. 2012 ; 90(3):243-47.