



Article Original

Prévalence du Reflux Gastro-Œsophagien chez les Patients Asthmatiques Suivis à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba de Libreville

Prévalence du reflux gastro-œsophagien chez les patients asthmatiques suivis à l'hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) de Libreville.

Mounguengui D¹, Itoudi Bignoumba EP², Kombila UD³, Ondeto PAF¹, Ibinga L D¹, Gaudong Mbete GL¹, Moussavou Kombila JB², Boguikouma JB³.

RÉSUMÉ

1-Service de Médecine Polyvalente (HIAOBO)
2-Service de Gastro-Entérologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Libreville (CHUL)
3-Service de Médecine Interne du Centre Hospitalo-Universitaire de Libreville (CHUL)

Mots clés : Asthme, RGO, prévalence, HIAOBO

Keywords: Asthma, GERD, prevalence, HIAOBO

sévérité de la maladie asthmatique comme le confirme notre travail. Parmi 334 patients asthmatiques, le RGO était retrouvé dans 24,9% des cas. On notait une prédominance féminine chez les patients ayant un asthme associé au RGO (61 femmes contre 22 hommes) soit un rapport de féminité de 2,8. L'âge moyen était de 47 ans avec un écart type de 17 ans. 55% des patients étaient sans emploi. L'asthme était associé à une rhinite allergique dans 47%, à une hypertension artérielle dans 19,3% et à obésité dans 16,9%. Le pyrosis, les sibilants, la toux et l'oppression thoracique étaient les symptômes prédominants. 26 patients avaient un asthme intermittent, 32 patients un asthme persistant léger, 22 patients un asthme persistant modéré et 3 patients un asthme persistant sévère. L'œsophagite peptique grade 0 était observée chez 53% des patients, le grade A chez 22,9% des patients, le grade B chez 15,7% des patients et le grade C chez 8,4% des patients. Les patients ayant le RGO avaient un asthme très sévère.

ABSTRACT

Abstract : Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a factor triggering asthma attacks which also have an impact on the control and severity of asthmatic disease as confirmed by our work. Among 334 asthmatic patients, GERD was found in 24.9% of cases. A female predominance was noted in patients with asthma associated with GERD (61 women versus 22 men), ie a femininity ratio of 2.8. The average age was 47 years with a standard deviation of 17 years. 55% of the patients were unemployed. Asthma was associated with allergic rhinitis in 47%, high blood pressure in 19.3% and obesity in 16.9%. Heartburn, wheezing, coughing, and chest tightness were the predominant symptoms. 26 patients had intermittent asthma, 32 patients had mild persistent asthma, 22 patients had moderate persistent asthma and 3 patients had severe persistent asthma. Grade 0 peptic esophagitis was observed in 53% of patients, grade A in 22.9% of patients, grade B in 15.7% of patients and grade C in 8.4% of patients. Patients with GERD had very severe asthma.

INTRODUCTION

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique réalisant une dyspnée expiratoire sifflante. Les facteurs qui déclenchent une crise d'asthme sont multiples : le pollen, la poussière, les poils et squames de chat, les moisissures, les infections, l'air froid et sec, l'effort, le stress, mais aussi le reflux gastro-œsophagien (RGO). Le RGO correspond au retour involontaire, à travers le cardia, d'une partie du contenu gastrique vers l'œsophage en dehors de tout effort de vomissements. Affectant 30 à 40% de la population mondiale, il est

également un enjeu de santé publique [1]. La relation entre la maladie asthmatique et le RGO a été suspectée depuis le 19^{ème} siècle avec les travaux de Sir William Osler [2]. Plusieurs mécanismes physiologiques et thérapeutiques ont été évoqués, mais ce sujet reste une controverse et fait l'objet de plusieurs publications [3,4]. L'absence d'études publiées au Gabon sur cette association morbide, nous a donc conduit à réaliser ce travail.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée à l'HIAOBO durant la période allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2015, concernant tous les patients asthmatiques de plus de 15 ans, suivis depuis au moins 2 ans. Le diagnostic de l'asthme était retenu devant une dyspnée expiratoire sifflante avec ou sans terrain atopique associée à un trouble ventilatoire obstructif aux EFRs. Le diagnostic de RGO était retenu devant la présence d'au moins un des signes suivants : un pyrosis, des régurgitations, un syndrome postural et la présence d'une œsophagite peptique à la fibroscopie digestive haute. Au sein de cette population d'asthmatiques, nous avons composé 2 groupes de patients :

- Groupe A : patients asthmatiques sans RGO.
- Groupe B : patients asthmatiques avec RGO.

Nous avons étudié les données démographiques, sociales, épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Ces données ont été colligées sur une fiche de données à base du logiciel Excel, et analysées à base des logiciels SPSS. Le test de Khi-deux de Pearson a été utilisé pour l'analyse d'un lien de dépendance. Le corrigé de Yates a été utilisé pour les effectifs inférieurs à 5, et le test exact de Fisher pour ceux inférieurs à 3.

RÉSULTATS

Nous avons enregistré 334 patients asthmatiques dont 219 femmes et 115 hommes. Les patients porteurs d'un reflux gastro-œsophagien étaient au nombre de 83 (groupe B) et ceux sans RGO étaient au nombre de 251 (groupe A). La prévalence du RGO était de 24,9%. On notait une prédominance féminine chez les patients ayant un asthme associé au RGO avec 61 femmes et 22 hommes ; soit un rapport de féminité de 2,8. La moyenne d'âge générale était de 47 ans avec écart type de 17 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 45 à 54 ans. 55,4% des patients étaient sans emploi représentés surtout par les chômeurs, les retraités, et les élèves/étudiants).

Tableau 1 : Répartition des patients selon la fréquence annuelle de consultations dans les deux groupes

	A	B	P	
Nombre de consultations annuelles	[0 à 9]	157	50	0,0001
	[10 à 19]	92	11	
	[20 à 29]	2	19	
	30 et plus	0	3	

Le RGO était associé une rhinite allergique dans 47% des cas, à une hypertension artérielle dans 19% des cas et à une obésité dans 16,6% des cas. Le pyrosis, les sibilants, la toux et l'oppression thoracique étaient les symptômes prédominants retrouvés respectivement à 96, 98, 87, 96 pour cent. Ensuite venaient la dyspnée, les régurgitations, les épigastralgies, les éructations et les expectorations. On notait 26 patients avec un asthme intermittent, 32 avec un asthme persistant léger, 22 avec un asthme persistant modéré et 3 avec un asthme persistant sévère. L'œsophagite peptique était répartie comme suite : grade 0 à 53%, grade A à 22,9%, grade B

à 15,7% et le grade C à 8%. Concernant la sévérité de l'asthme, les patients ayant le RGO avaient plus de consultations, plus d'hospitalisations et plus recours aux bronchodilatateurs que ceux du groupe A. Ces résultats sont résumés respectivement dans les tableaux 1, 2 et 3.

Tableau 2 : Répartition des patients selon la fréquence d'hospitalisation dans les deux groupes

	A	B	P	
Nombre d'hospitalisations annuelles	Sans hospitalisation	109	26	0,0001
	Une	79	28	
	Deux	48	3	
	Trois	7	2	
	Quatre	3	3	
	Cinq	4	11	
	Six	1	7	
Sept	0	3		

Tableau 3 : Répartition des patients selon la fréquence de recours aux bronchodilatateurs dans les deux groupes

	A	B	P	
Fréquence du recours aux bronchodilatateurs de courte durée d'action	Rare	32	7	0,0001
	Peu fréquent	95	16	
	Fréquent	97	21	
	Journalier	27	39	

Les patients du groupe B avaient plus des médicaments à prendre. C'est-à-dire, qu'au traitement de l'asthme à chaque palier, était associé le traitement du RGO.

DISCUSSION

L'association asthme-RGO est réelle et fait l'objet de plusieurs travaux dans le monde [3, 4]. Notre travail avait pour but non seulement de déterminer la prévalence du RGO chez les patients asthmatiques au Gabon, mais aussi d'apprécier l'impact de cette affection sur la sévérité de l'asthme. La prédominance féminine notée dans cette étude chez tous les asthmatiques et chez les patients ayant un RGO, corrobore celle retrouvée dans la littérature. En effet, Harding *et al*, Boumezaoued *et al*, et Kiljander *et al* avaient également objectivé respectivement une supériorité numérique féminine de 1.5, 3.5 et 1.9 respectivement [5, 6, 7]. L'asthme est avant tout une maladie du sujet jeune comme le montre la moyenne d'âge de nos patients inférieure à cinquante ans. Ce constat a été fait également par Senhaji *et al*; Harding *et al*; Compte *et al* et Kiljander *et al* qui retrouvaient respectivement une moyenne d'âge de 47,64 ans, 46 ans, 40 ans, et 49 ans [6, 7, 8, 9]. Dans nos contrées, l'asthme intéresse surtout les sujets jeunes et sans ressources, comme le souligne Koffi *et al* qui rapportent près de 55% de sans emploi dans leur travail [10]. La prévalence du RGO observée dans notre travail diffère selon les études. Aux USA, Harding *et al* avaient noté des symptômes de RGO chez 164 sur 199 patients asthmatiques d'une région d'Alabama, soit une prévalence clinique de 82% [11]. Leggett *et al* au Royaume-Unis retrouvaient une prévalence de 75% [12]. Au Maroc, Senhaji *et al* observaient une prévalence de 48% [8]. Ces résultats sont largement supérieurs aux

nôtres et très proches de ceux objectivés par Cheung *et al*, à Hong Kong, (40.4%) [13] et Boumezaoued au Maroc (41%) [5]. Notre prévalence est proche de celle objectivée par Bor *et al*, (25,4%) dans une étude similaire en Turquie [14]. Ces différences de prévalence pourraient s'expliquer par les différentes méthodes de diagnostic de RGO utilisées par chaque auteur, à savoir : la pH-métrie de 24 heures, les questionnaires standardisés, ou l'endoscopie. Une étude utilisant les trois méthodes serait plus conséquente pour affirmer le diagnostic de RGO.

L'association entre l'asthme et la rhinite allergique constatée dans ce travail n'est plus à démontrer comme le rapporte plusieurs publications [15, 16, 17, 18]. Par contre le taux élevé de l'hypertension artérielle serait lié au nombre des patients obèses, surtout que l'hypertension artérielle constitue aussi un problème de santé publique au Gabon [19]. Le sujet gabonais n'est pas obèse en général contrairement aux américains [20]. Mais le taux de 16% d'obésité enregistré dans ce travail serait lié au changement des habitudes alimentaires constatées ces dernières années. Aspect non négligeable car l'obésité constitue un facteur de mauvais pronostic pour l'asthme [21, 22, 23, 24]. Les symptômes de RGO observés chez nos patients sont presque plébiscités par tous les auteurs [25, 8]. Tous nos patients ayant un RGO avaient une œsophagite, mais seule la moitié qui présentait des lésions modérées à sévères. Cette constatation corrobore les données de la littérature [26,27]. Il ressort de notre travail que le RGO constitue un véritable facteur d'aggravation de la maladie asthmatique car il augmente la fréquence de consultation, d'hospitalisation ainsi que le recours aux médicaments. Cette constatation est rapportée par plusieurs auteurs [28, 29, 30]. Concernant le stade de sévérité de l'asthme, nos résultats se rapprochent de ceux de Bor et al [14], alors que Harding et al et Ben Abdelghaffaret al trouvent des pourcentages d'asthme persistant modéré et sévère plus élevés chez les patients porteurs de RGO [20, 31]. D'autres études ont également montré que le RGO n'est pas seulement un facteur précipitant dans le développement de l'asthme, mais, qu'il peut aussi aggraver l'asthme préexistant [25, 27, 32, 33]. En somme les patients asthmatiques avec un RGO sont nombreux à présenter un asthme plus sévère que les patient asthmatique sans RGO. Sur le plan thérapeutique, nous regrettons l'absence dans ce travail du suivi évolutif des patients asthmatiques ayant un RGO sous traitement anti-reflux. Ceci aurait permis de juger de l'efficacité de ce traitement sur l'amélioration de l'asthme. Car il est prouvé qu'en général le traitement de la suppression d'acide entraîne une amélioration des symptômes de l'asthme [34, 35, 36, 37, 38].

CONCLUSION

Ce travail confirme l'association morbide qui existe entre l'asthme et le RGO. Ce dernier peut aggraver l'asthme au même titre que les autres allergènes. Mais Le caractère rétrospectif et mono centrique de cette étude limitait l'extrapolation des résultats à l'ensemble du pays.

RÉFÉRENCES

1. Fournet J.

Le reflux gastro-oesophagien. Corpus Medical – Faculté de Médecine de Grenoble. 2003 Avril; 280: 1-5.

2. Osler WB.

Bronchial asthma. The principles and practice of medecine 1892; 497-501.

3. Didier A, Têtu L, Miguères M.

Asthme et reflux gastro-oesophagien, Asthma and gastro-oesophageal reflux. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 44. 2004 ; 79-82.

4. Crowell MD, Zayat EN, Lacy BE, et al.

The effects of an inhaled bêta2-adrenergic agonist on lower esophageal function: a dose response study. Chest 2001; 120: 1184-1187.

5. Boumezaoued S.

Prévalence du reflux gastro-oesophagien chez une population de patients asthmatiques de la région de Fès. Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès ; 2012, p.26-42.

6. Harding SM, Richter JE, Guzzo MR, et al.

Asthma and gastroesophageal reflux: acid suppressive therapy improves asthma outcome. The Am J of Med 1996 Avr ; 100 :395-405.

7. Kiljander TO, Laitinen JO.

The prevalence of gastroesophageal reflux disease in adult asthmatics. Chest 2004 ; 126 :1490-1494.

8. Senhaji L, El Otmani FZ, Amara B, et al.

Asthme et reflux gastro-oesophagien. Rev des Mal Resp 2014.

9. Compte L, Vicente G, Perpiñá M, et al.

Prevalence og gastroesophageal reflux in asthma. J of Asthma 2000; 37(2) :175-182.

10-Koffi et al. Profil de l'asthmatique adulte suivi en consultation en milieu africain à Abidjan. Med d'Afrique Noire 2001.48(11): 477-480.

11. Harding SM, Guzzo MR, Richter JE. 24-h esophageal pH testing in Asthmatics. Chest 1999; 115:654-659.

12- Leggett JJ, Johnston BT, Mills M, et al.

Prevalence of gastroesophageal reflux in difficult asthma. Chest 2005 Avr ; 127 : 1227-1231.

13-Cheung TK, Lam B, Lam KF, et al.

Gastroesophageal reflux disease is associated with poor asthma control, quality of life, and psychological status in Chinese asthma patients. Chest 2009 Mai ; 135(5) : 1181-1185.

14. Bor S, Kitapcioglu G, Solak ZA, et al.

Prevalence of gastroesophageal reflux disease in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Gastroenterology and Hepatology 2010 Fev ; 25(2) : 309-313.

15-Evaluation of Association of Allergic Rhinitis with Bronchial Asthma.

Luthra M and al. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Nov;71(Suppl 3):1687-1691.

16- Tohidinik HR, Mallah N, Takkouche B. History of allergic rhinitis and risk of asthma: a systematic review and meta-analysis. World Allergy Organ J. 2019 Oct 17;12(10):100069.

17-A.Zegmout and al. La rhinite allergique et son impact sur l'asthme

Rev Franc Alleg. Vol 55 ; issu 3,2015 :257-258

18- Amali A and al. [Polypoid change of middle turbinate is associated to an increased risk of polyp recurrence after surgery in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyyps.](#)

Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018 Aug;275(8):2021-2025.

19. Mipinda JB, Makandja R, Ecke E, et al.

Prévalence de l'hypertension artérielle en consultation externe au service de cardiologie à l'Hôpital Universitaire du Centre de Libreville. Cardiologie Tropicale N°137 2013 Avr-Mai-Jun.

20. Crowell MD, Zayat EN, Lacy BE, et al.

The effects of an inhaled bêta2-adrenergic agonist on lower esophageal function: a dose response study. Chest 2001; 120:1184-7.

21- Granell R, Rodriguez S. [Confirmed causal effect of obesity on asthma and new insights on potential underlying shared genetic mechanisms.](#)

J Allergy Clin Immunol. 2019 Dec 5. pii: S0091-6749(19)31626-4.

22- Zhang Y and al.

[The Dynamic Relationship between Asthma and Obesity in School Children.](#)

Am J Epidemiol. 2019 Nov 12. pii: kwz257

23-Rogliani P, Sforza M, Calzetta L [The impact of comorbidities on severe asthma.](#)

Curr Opin Pulm Med. 2020 Jan;26(1):47-55.

24- Taytard J, Dubern B, Aubertin G. [Obesity in childhood: What are the respiratory risks?](#)_Rev Mal Respir. 2019 Dec;36(10):1139-1147.

25- Mounguengui D, Miloundja J, Mandji LJM, et al.

Asthme et rhinite : une association fréquente. Bull Med Owendo 2010; 13(36) :18-21.

26. Al-Asoom L, Al-Rubaish AM, El-Munshid HA, et al.

Gastroesophageal reflux in bronchial asthma patients. Saudi Med J 2003; 24(12):1364-1369.

27. Sontag SJ, Schnell TG, Miller TQ, et al.

Prevalence of oesophagitis in asthmatics. Gut 1992; 33:872-876.

28-GINA 2019www.ginasthma.org: Asthme difficile à traiter et asthme sévère chez les patients adolescents et adultes: diagnostic et prise en charge.

29- Deeb AS, Al-Hakeem A, Dib GS. [Gastroesophageal reflux in children with refractory asthma.](#) Oman Med J. 2010 Jul;25(3):218-21.

30- Berezin S and al. [Esophageal chest pain in children with asthma.](#)

J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1991 Jan;12(1):52-5.

31-Ben Abdelghaffar H, Akrouf I, El Fekih L, et al.

Asthme et reflux gastro-oesophagien : à propos de 35 cas. Rev des Mal Resp 2014.

32- Sontag SJ, O'Connell S, Khandelwal S, et al.

Most asthmatics have gastroesophageal reflux with or without bronchodilator therapy. Gastroenterology 1990; 66:3030-3032.

33-Irwin RS, Curley FJ, French CL.

Difficult to control asthma. Chest 1993 ; 103 :1662-1669.

34- Diette GB, Krishnan JA, Dominici F, et al.

Asthma in older patients. Factors associated with hospitalization. Arch Intern Med 2002; 162:1123-32

35- Crowell MD, Zayat EN, Lacy BE Et Al.

The effects of an inhaled β2-adrenergic agonist on lower esophageal function. Chest 2001; 120:1184-1189.

36- Harding SM, Richter JE.

The role of gastroesophageal reflux in chronic cough and asthma. Chest 1997 111:1389-1402.

37- Kiljander TO, Salomaa ER, Hietanen EK, et al.

Gastroesophageal reflux in asthmatics: a double-blind, placebo-controlled crossover study with omeprazole. Chest 1999; 116:1257-1264.

38- Coughlan JL, Gibson PG, Henry RL.

Medical treatment for reflux oesophagitis does not consistently improve asthma control: a systematic review. Thorax 2001; 56:198-204.