

GASTRITE CHRONIQUE ET REFLUX DUODENO-GASTRIQUE

DIARRA M¹, KONATE A¹, TRAORE CB², DRABO M¹, SOUKHO A épouse DIARRA³, KALLE A¹, DEMBELE M³, TRAORE HA³, MAIGA MY¹

1. Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital Gabriel TOURE Bamako – MALI ; 2. Service d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique Bamako – MALI ; 3. Service de Médecine interne de l'Hôpital du Point « G » Bamako – MALI

Correspondant : Pr. Moussa Y MAIGA, BP 2931 Bamako – MALI, E-mail : maigamoussay@yahoo.fr

Résumé : Le but de notre étude était d'étudier les gastrites associées aux reflux duodéno-gastriques. Il s'agit d'une étude longitudinale cas/témoin avec appariement selon le sexe et l'âge. Elle s'est déroulée de février 2005 à janvier 2006 dans le service d'Hépatogastro-Entérologie de l'hôpital Gabriel Touré, dans les centres d'endoscopie du cabinet médical "Promenade des Angevins", et de la clinique du Farako. Les malades ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute à la recherche d'un aspect endoscopique de gastrite associée à un lac muqueux bilieux. Les biopsies ont été systématiques.

Cette étude a colligé 50 patients ayant une gastrite associée à un lac muqueux bilieux comparés à 50 patients ayant une gastrite associée à un lac muqueux clair. Le sex-ratio était 1,26 en faveur des hommes. L'âge moyen des patients était de $41,30 \pm 15,43$ ans.

Sur le plan symptomatique une halitose était significativement rencontrée en cas de reflux duodéno-gastrique $p=0,013$. Une consommation de potasse dans le "tô" était significativement rapportée dans les gastrites avec un lac muqueux bilieux ($p=0,042$). Les lésions endoscopiques étaient comparables. Les lésions histologiques de gastrite chronique non atrophique étaient significativement rencontrées chez les témoins aussi bien dans l'antra que dans le fundus ($p=0,0001$ et $p=0,00023$). La gastrite réactionnelle a été l'apanage du reflux duodéno-gastrique (p compris entre 10^{-6} et $3,10^{-6}$). L'infection à Hp était retrouvée comparable dans les deux groupes ($p = 0,297$). La dysplasie bien que rare n'a été retrouvée que dans les gastrites associées au reflux duodéno-gastrique.

La gastrite associée au lac muqueux bilieux ne semble pas avoir une présentation clinique, endoscopique et histologique spécifique. Toutefois la présence de dysplasie impose une surveillance attentive.

Mots clés : Gastrite chronique, Reflux Biliaire, lac muqueux clair.

Summary : Our main objective was to study gastritis associated to duodeno-gastric reflux.

It is about a longitudinal study case/witness, paired according to the sex and the age. It was unrolled from February 2005 to January 2006 in the digestive diseases department of the hospital Gabriel Touré, and endoscopic centers of Promenade des Angevins, and clinique Farako. The patients profited from an upper digestive endoscopy to appreciate endoscopic aspect of gastritis associated to bile in the stomach mucus lake. The gastric biopsies were systematic.

This study included 50 patients having gastritis associated to bile in gastric mucus lake compared to 50 patients having gastritis associated to clearly gastric mucus lake. The sex-ratio was 1,26 in favour of men. The average age of the patients was of $41,30 \pm 15,43$ years

On the symptomatic hand, fetid breath was significantly met in duodeno-gastric reflux ($p=0.013$). Potash consumption in the "tô" (millet cake) was significantly reported in gastritis associated to bile in gastric mucus lake ($p=0.042$). The endoscopic aspects were comparable. Histological aspects of nonatrophic chronic gastritis were significantly met in witnesses as well into the antrum as into the fundus ($p=0.0001$ and $p=0.00023$). The reactional gastritis aspect was the prerogative of duodeno-gastric reflux (p ranging between 10^{-6} and 3.10^{-6}). *Helicobacter pylori* infection was found comparable in the two groups ($p = 0.297$). Dysplasia although rare was found only in gastritis associated to duodeno-gastric reflux.

Gastritis associated to bile in gastric mucus does not seem to have specific clinical, endoscopic and histological presentation. However the presence of dysplasia must have an attentive monitoring.

Key words: Chronic Gastritis, duodenogastric reflux

1- INTRODUCTION : La gastrite chronique reste encore une affection fréquente. Le rôle

d'*Helicobacter pylori* dans sa genèse et la relation étroite entre la gastrite chronique et le

cancer gastrique est indiscutable. Parmi les facteurs étiologiques potentiels de la gastrite chronique, le reflux duodéno-gastrique des sécrétions bilio-pancréatiques est évoqué. En effet la gastrite chronique semble étroitement liée au reflux duodéno-gastrique [1]. Déjà en 1944 pour « LAMBLING » [2] 40% des malades ayant des brûlures épigastriques ont un reflux biliaire et chez les malades ayant un reflux biliaire il existait une hypochlorhydrie ou une achlorhydrie dans 48% des cas et dans 37% des cas une gastrite sévère. D'autres études ont rapporté l'association du reflux duodéno-gastrique et gastrite [3, 4, 5]. Une terminologie de gastrite de type C (Chimique) lui a été attribuée dans la classification alphabétique des gastrites associant les gastrites de type A (gastrite Auto-immune) et de type B (gastrite Bactérienne) [6] ; mais les experts du « système de Sydney » proposent le terme de gastrite « réactionnelle » [7].

En Afrique les études sur la gastrite chronique rapportent essentiellement la prévalence de reflux duodéno-gastrique au cours des gastrites chroniques [8, 9, 10].

Au Mali les études faites sur les gastrites n'ont cité qu'incidemment le reflux duodéno-gastrique [11,12] sans insister sur les caractéristiques de celui-ci. Nous avons entrepris cette étude dans le but d'apprécier les particularités anatomocliniques des gastrites chroniques associées au reflux duodéno-gastrique.

2- PATIENTS ET METHODES

2-1- Patients : L'étude était longitudinale cas/témoin avec appariement selon le sexe et l'âge et selon le mode d'un cas pour un témoin. Elle s'est déroulée de février 2005 à janvier 2006 dans le service d'Hépatogastro-entérologie à l'Hôpital Gabriel Touré et dans les centres d'endoscopie digestive du Cabinet médical « Promenade des Angevins » et de la Clinique du Farako (Bamako -Mali).

Un groupe de malades ayant un lac muqueux bilieux était comparé à un groupe de malades à lac muqueux clair. Dans ces 2 groupes les critères d'inclusion ont été :

- La présence d'un aspect endoscopique de gastrite probable (érythème, congestion, atrophie, érosions), la réalisation de biopsies fundiques et antrales pour confirmation histologique et l'absence d'une antibiothérapie et/ou d'un traitement anti-sécrétoire et/ou de prise d'AINS depuis au moins un mois avant l'examen.

2-2- Méthodes : Tous les malades avaient bénéficié d'un interrogatoire minutieux pour caractériser les différents symptômes. L'examen physique complet et général était systématique à la recherche de pathologies associées. Une endoscopie digestive haute a été pratiquée et en présence d'aspect endoscopique de gastrite des biopsies ont été faites dont deux dans l'antra et deux dans le fundus. Les fragments biopsiques ont été fixés dans du formol à 10% et adressés au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). Nos données ont été analysées au logiciel Epi-info et le test de Khi2 a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p < 0,05$.

3- RESULTATS : Pendant la période d'étude 50 cas de gastrite avec reflux biliaire duodéno-gastrique (RDG) ont été comparés à 50 cas de gastrite avec un lac muqueux clair.

Le sex ratio était de 1,26 en faveur des hommes, l'âge moyen des malades était $41,30 \pm 15,43$ ans avec des extrêmes de 16 ans à 73 ans, et un maximum de cas entre 20 et 49 ans (70% de l'échantillon).

Une consommation de t₀ associée à la potasse a été légèrement significative chez les patients avec un lac muqueux bilieux (Tableau I).

Sur le plan symptomatologique seule l'halitose était significativement rencontrée en présence d'un lac muqueux bilieux ($p = 0,13$) (tableau II).

Les lésions endoscopiques étaient comparables dans les deux groupes (tableau III) ($p = 0,5 - 1$).

Sur le plan histologique dans l'antra la gastrite réactionnelle était plus retrouvée en cas de RDG ($p = 10^{-6}$) alors que la gastrite chronique active non atrophique était significativement fréquente chez les témoins ($p = 0,0001$) (Tableau IV).

Dans le fundus, la gastrite réactionnelle était significativement trouvée en cas de RDG ($p = 3, 10^{-6}$) tandis que la gastrite chronique active non atrophique était fréquemment rapportée chez les témoins (Tableau V). Il n'a pas été constaté une différence significative quant à la présence de *Helicobacter pylori* selon le siège de la gastrite et l'aspect du lac muqueux ($p = 0,297$) (tableau VI).

4- DISCUSSION : Cette étude longitudinale a analysé 50 cas d'aspect endoscopique de gastrite associée à un lac muqueux bilieux. La taille de l'échantillon aurait pu être plus étoffée pour analyser une pathologie fréquente comme la gastrite. Le long délai d'attente des résultats de l'histologie n'a pas permis de retrouver certains malades ayant des lésions dysplasiques pour un suivi régulier. Toutefois la rigueur méthodologique a comporté en un appariement selon le sexe et l'âge des patients avec gastrite associée au reflux duodéno-gastrique aux patients avec gastrite à liquide clair. Cette méthode a permis ainsi une analyse conséquente des données de l'étude. La gastrite a été fréquente entre 20 et 49 ans avec un âge moyen de 41,30 \pm 15,43. Pour Traoré et al [11] cette pathologie est relativement fréquente dans toutes les tranches d'âge à partir de 10 ans et jusqu'à 60 ans même-ci ces auteurs rapportent un maximum de cas entre 31 ans et 40 ans. Nous estimons comme ces précédents auteurs que la consommation régulière de potasse dans nos repas pourrait favoriser la constatation de cette affection à un âge précoce.

Le sex-ratio a été de 1,26 en faveur des hommes. DIOMANDE et al [9] ont également rapporté une prédominance masculine alors que l'étude de Traoré et al [11] constatait une prédominance féminine. La différence du sex-ratio entre notre étude et celle de Traoré et al [11] peut être due au biais méthodologique car dans notre série les malades étaient plus sélectionnés en fonction de la nature du lac muqueux.

Dans les antécédents on constate une consommation significative de « tôle » associée à la potasse chez les patients à lac bilieux par rapport aux témoins. Dans une étude antérieure une consommation de « tôle » est aussi retrouvée [11]. Le rôle de cet agent corrosif ne doit pas être négligeable dans le déterminisme des gastrites. Son effet délétère additif à celui du matériel de reflux duodéno-gastrique pourrait expliquer la différence entre les deux groupes. La consommation de poisson fumé bien que non significative n'est pas négligeable et le rôle nocif de cet aliment est connu. Aucun de nos patients n'avait eu une gastrectomie partielle considérée comme facteur favorisant le RDG avec pour corolaire une gastrite [1,13]. Notre étude confirme l'importance de cette affection dans un

estomac intact comme cela a été évoqué par d'autres auteurs [1,5].

Sur le plan symptomatologique, il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes bien que l'épigastrie soit plus fréquente. Cette constatation est en rapport avec la conception classique selon laquelle il n'y a aucune symptomatologie spécifique de la gastrite.

Sur le plan endoscopique, aucune lésion n'était significativement associée à un des groupes même-ci un aspect érythémateux de la muqueuse était légèrement prédominant en cas de lac muqueux bilieux. Traoré et al [11] dans une étude sur les gastrites chroniques ont rapporté globalement une fréquence élevée de l'érythème muqueux et une gastrite de reflux dans 21,62%. La localisation antrale fréquente a été rapportée par DIOMANDE et al et Traoré et al [9,11]. L'histologie a rapporté aussi bien dans l'antra que le fundus un aspect de gastrite réactionnelle exclusivement au cours du RDG. Une telle entité a été déjà décrite [6]. La pathologie de la muqueuse gastrique au cours du RDG serait plutôt une gastropathie qu'une gastrite [14]. Trois cas de dysplasie ont été décelés uniquement au cours du RDG. On pourrait émettre aussi l'hypothèse d'un rôle du matériel de reflux sur l'aggravation des lésions histologiques.

En ce qui concerne l'infection à *H.p* bien que la différence n'était pas statistiquement significative, les études antérieures effectuées par Fléjou et Al [6] ont rapporté que l'infection à *H.p* était plus faible en cas du RDG.

La présence significative de *H.p* dans la gastrite réactionnelle fait discuter le rôle de cet agent dans cette dernière entité anatomique. En effet, il pourrait s'agir d'une simple association.

Conclusion : La gastrite chronique est une lésion fréquente faisant le lit du cancer. Son association avec le reflux biliaire doit nécessiter des biopsies à la recherche des lésions dysplasiques imposant une surveillance régulière.

REFERENCES

1- Papazian A, Nguyen-Phuoc BK. Le reflux duodéno-gastrique. Gastroenterol Clin Biol 1982 ; 6 : 1020-1028.

2- Lambling A. Les gastrites par reflux duodéno-pancréatico-biliaire. Arch Fr Mal App Dig 1944 ; 33 : 304-316.

3- Cornet A, Leger L, Lemaigre G, Terris G. Maladie de Ménétrier secondaire à une gastrite subaiguë par reflux biliaire. Press Med 1970 ; 13 : 505-598.

4- Mosimann. Reflux entero-gastrique : aspects expérimentaux et cliniques. Acta Chir Belg 1987 ; 87 : 313-316.

5- Sobala GM, King R.F.G, Axon A.T.R, Dixon M.F. La gastrite de reflux de l'estomac non opéré. J Clin Pathol 1990 ; 43 : 303-306.

6- Fléjou JF, Potet F. Les nouvelles formes de gastrite chronique. Ann Pathol 1994 ; 14 (5) : 319-325.

7- Price AB. The Sydney system: histological division. Gastro enterol Hepatol 1991; 6: 209-22.

8- Derrien JP, Galtur Y, Monnier A. Bilan de deux années d'endoscopie oesogastro-duodénale à l'Hôpital principal de Dakar. Bull Soc Med Afr Noire 1978; 23: 453-463.

9- Diomandé MI, Flejou JF, Dago-Akribi A, Niamkey E, Ouattara O, Kadjo K, Beaumel A, GBEK, Beda BY. Gastrite chronique et infection à helicobacter pylori en Côte d'Ivoire: étude d'une série de 277 patients symptomatiques. Gastro-entérol clin biol 1991 ; 15 : 711-716.

10- Thomas J, Moreira C, Menard M, Klotz F, Gaultier Y. Enquête sur les gastropathies de l'africaine de race noire à Dakar (Sénégal). Med Trop 1982 ; 42 : 9-18.

11- Traoré H A, Maiga M Y, Diarra M, Pichard E, Dembélé M, Diallo A N, Guindo A. Etude anatomo-clinique des gastrites chroniques au Mali. Dakar Medical 1994 ; 39 : 207-211.

12- Bah N. Gastrite chronique à l'ère de l'Helicobacter pylori. These Med, Bamako, 2001, 43.

13- Kleba T. Biliary gastritis after partial gastrectomy by the Maki method. Wiad Lek 1994;47:831-835.

14- Courillon-Mallet A, Flejou J C. Gastrite et gastropathie. In : Ramdeau J C ed. traité de gastro-entérologie. Paris : Flammarion, 2005 : 309 – 323

Tableau I : Répartition des patients selon les antécédents et leur mode de vie

Type de gastrite	Gastrite associée au RDG		Témoins		p
	Eff.	%	Eff	%	
Antécédents					
Notion d'ulcère *	0	0	3	6	0,121
Antécédents personnels de gastrite	3	6	3	6	0,661
Notion de gastrite dans la famille *	10	20	8	16	0,794
Tabac	13	26	11	22	0,639
Thé	35	70	30	60	0,294
Alcool	2	4	1	2	-
Tô**+potasse	50	100	46	92	0,042
Poisson fumé	49	98	49	98	0,752

*= non confirmée

** Tô = pâte de mil

Tableau II : Répartition des patients selon les signes fonctionnels retrouvés

Type de gastrite	Gastrite associée au RDG		Témoins		p
	Eff.	%	Eff	%	
Signes					
Epigastralgie	46	92	43	86	0,337
Gastroparesie	28	56	28	56	1,00
Eructations	32	64	34	68	0,672
Régurgitation	35	70	34	68	0,828
Halitose	25	50	13	26	0,013
Nausée	32	64	24	48	0,107
Vomissements	17	34	9	18	0,068
Pyrosis	29	58	20	40	0,071
Ballonnement abdominal	25	50	19	38	0,226
Borborygmes	3	6	7	14	0,182
Autres*	2	4	0	0	

*= dysphagie, hoquet.

Tableau III : Répartition des patients selon les aspects endoscopiques

Type de gastrite Aspects endoscopiques	Gastrite associée au RDG		Témoins		p
	Eff.	%	Eff.	%	
	Congestif	18	36	19	
Erythémateux	31	62	29	58	0,683
Atrophique	2	4	1	2	0,500
Erosif	13	26	13	26	1,00

Tableau IV : Répartition des patients selon l'histologie au niveau de l'antré

Type de gastrite Histologie au niveau de l'antré	Gastrite associée au RDG		Témoins		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Gastrite chronique active non atrophique	7	14	29	58	0,0001
Gastrite chronique active atrophique	6	12	10	20	0,766
Gastrite chronique active non atrophique associée à une gastrite folliculaire	4	8	7	14	0,500
Gastrite chronique active atrophique associée à une gastrite folliculaire	4	8	3	6	0,338
Dysplasie sur gastrite chronique atrophique + métaplasie intestinale	2	4	0	0	-
Gastrite réactionnelle	26	52	1	2	0,000001
Normale	1	2	0	0	0,0029

Tableau V : Répartition des patients selon l'histologie au niveau du fundus

Type de gastrite Histologie au niveau du fundus	Gastrite associée au RDG		Témoins		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Gastrite chronique active non atrophique	11	22	25	50	0,00023
Gastrite chronique active atrophique	3	6	7	14	0,037
Gastrite chronique active non atrophique associée à une gastrite folliculaire	1	2	3	6	0,0297
Gastrite chronique active atrophique associée à une gastrite folliculaire	0	0	2	4	0,121
Dysplasie sur gastrite chronique atrophique + métaplasie intestinale	1	2	0	0	-
Gastrite réactionnelle	23	46	1	2	0,000003
Normale	11	22	12	24	0,0013

Tableau VI : Répartition des patients selon la présence de l'H.p

Type de gastrite H.p	Gastrite associée au RDG		Témoins	
	Antré	Fundus	Antré	Fundus
Présence	39 (78%)	37 (74%)	43 (86%)	42 (84%)
Absence	11 (22%)	13 (26%)	7 (14%)	8 (10%)

p=0,297