



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2017

Thèse N° 174

Impact du reflux gastro-œsophagien sur la qualité de vie des patients

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 /06/2017

PAR

Mlle. Sara ROCHD

Née Le 05 janvier 1992 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Reflux gastro-œsophagien-Qualité de vie-Facteurs-Agravation-
Amélioration.

JURY

M.	M. SAMKAOUI Professeur de Réanimation anesthésie.	PRESIDENT
Mme.	Z. SAMLANI Professeur agrégé de Gastro- entérologie.	RAPPORTEUR
Mme.	S. OUBAHA Professeur agrégé de Physiologie.	} JUGES
M.	A. BENALI Professeur agrégé de Psychiatrie	

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿اَقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ﴾

سورة العلق الآية: 1



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADMOU Brahim	Immunologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie

AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHABAA Laila	Biochimie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	SARF Ismail	Urologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B

EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	HADEF Rachid	Immunologie
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KAMILI EI Ouafi EI Aouni	Chirurgie pédiatrique B

ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELKHOUCHE Ahlam	Rhumatologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne

BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Nouredine	Pédiatrie A
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammed	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	RAFIK Redda	Neurologie

Professeurs Assistants


Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie

BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Néonatalogie)	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	MOUZARI Yassine	Ophthalmologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique
EL HARRECH Youness	Urologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation

ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
Hammoune Nabil	Radiologie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire



DEDICACES



Au terme de ce parcours, je remercie enfin celles et ceux qui me sont chers et que j'ai quelque peu délaissés ces derniers mois pour achever ce travail. Leurs attentions et encouragements m'ont accompagnée tout au long de ces années.

Je dédie ce travail à :

الله

*La louange est a Allah de par la grâce de qui se
réalisent les bonnes choses*

À CEUX QUI NOUS ONT QUITTÉS TROP TÔT

Mes grands-parents et mon cher oncle Said.

Un homme meurt lorsque son souvenir tombe dans l'oubli, grands

Hommes que vous étiez, jamais vous ne serez oubliés.

Sans vous, votre présence et votre éducation, je ne serais jamais la

personne que je suis aujourd'hui.

L'affection et l'amour que je vous porte, sont sans limite.

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et du respect que

j'ai pour vous.

Que Dieu vous ait dans sa miséricorde.

À MES TRÈS CHER PARENTS

A qui je dois tout.

Afin de me permettre de devenir qui je suis, vous m'avez octroyé une

éducation exceptionnelle, vous m'avez instruite et mise sur le droit

chemin. Je ne peux être qu'heureuse et enchantée d'être votre fille, et

j'espère que je saurai vous rendre fiers.

Je remercie Dieu de m'avoir permis d'être membre de cette famille,

pleine de joie, de bonheur et d'amour.

Ce travail n'aurait jamais vu le jour sans vos sacrifices et votre soutien, votre patience illimitée, vos encouragements continus et votre aide. Il ne représente que le fruit des graines que vous avez semées.

Ecrire un livre tout entier ne suffirait pas pour exprimer ma reconnaissance, ma joie, et ma gratitude.

Je vous souhaite, une vie pleine de bonheur et de joie, que Dieu vous donne la santé et vous accorde une vie chaleureuse.

Je vous aime.

À MA PETITE SŒUR MYRIAM

Une sœur peut être vue comme quelqu'un qui est en même temps nous même, et en même temps quelqu'un de différent, un double spécial.

Tu es pour moi une grande sœur, une amie, une confidente, et un exemple à suivre.

Je te dédie ce travail, toi, qui a toujours cru en moi, qui m'a toujours soutenue dans tous mes pas, tu n'as jamais douté de moi et tu m'as toujours poussée à avancer et à aller de l'avant.

Je suis honorée d'être ta sœur et je prie Dieu pour qu'il te donne joie, bonheur et amour dans cette vie.

Je t'aime.

À MON ONCLE NAJIB

Tu as toujours été présent durant toutes les étapes de ma vie, depuis mon plus jeune âge tu m'as toujours soutenue et épaulée.

Je te remercie pour tout l'amour que tu m'as donné, pour les leçons que tu m'as apprises, pour ta confiance.

Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance, comme preuve de mes sentiments d'amour et de respect les plus profonds.

Merci

À MES TANTES FATIMA, RAJAE, RABIA ET NADIA

Je vous dédie ce modeste travail pour vous remercier pour votre présence durant toutes les étapes de ma vie.

A travers cette dédicace j'espère que mes sentiments les plus sincères vous atteindront.

À MES COUSINS PREFERES, ASMA R., SHAHRAZADE R., SAHAR R, EI MEHDI B. ET

NIZAR.R

Asma, ma sœur ainée, ma meilleure amie et ma confidente

Shahrazade, la plus précieuse

Sahar, la plus chaleureuse, la plus joyeuse

Mehdi, mon petit frère

Nizar, mon ami

Merci pour tous les moments de joie, pour nos souvenirs d'enfance et
pour nos chamailleries.

Je vous dédie ce travail, en espérant que mes sentiments les plus
profonds vous atteindront.

À MES TANTES, MES ONCLES, MES COUSINES ET MES COUSINS

L'affection et l'amour que je vous porte, sont sans limite.

Vous m'avez accompagnée tout au long de mon parcours, soutenue et
encouragée ;

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et du respect que
j'ai pour vous.

Puisse dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur et la
prospérité.

À TOUTE MA FAMILLE

Nous avons été confrontés ensemble aux joies et aux malheurs de la
vie et nous avons pu nous en sortir plus forts, tous ensemble.

Je prie que Dieu nous préserve.

À MA MEILLEURE AMIE ZAINAB BENATIA

Après tant d'années passées avec toi, tu n'es plus une amie, mais tu fais partie de ma famille.

Tu es l'amie de mon esprit. Tu me rassembles.

Merci de ne m'avoir jamais laissée tomber, d'avoir été toujours présente, de m'avoir supportée dans tous mes états et de m'avoir aimée. Merci pour les moments qu'on a partagés et qu'on partagera.

Jamais je ne pourrai t'exprimer l'amour que je te porte.

En te dédiant ce travail, j'espère que mes sentiments les plus sincères t'atteignent.

Je t'aime.

À MOUNA EL KADIRI ET OUMAYMA EL MANSOURI

Quand j'ai cru qu'il n'y avait plus de personnes à qui faire confiance dans ce monde, vous êtes entrées dans ma vie, vous m'avez redonné ce que j'ai perdu, le pouvoir de faire confiance à nouveau.

Vous avez cru en moi, vous m'avez poussée à me surpasser et à donner le meilleur de moi-même.

*Je vous dédie ce travail comme symbole de notre amitié et de ma
gratitude.*

Je vous aime.

À AMINA. M

Une autre petite sœur que la vie a oublié de me donner.

*Tu as participé de très près à la réalisation de ce travail, et je ne te
remercierai jamais assez pour ton aide précieuse sans laquelle je ne
serais jamais parvenue à perfectionner et à achever mon étude.*

*Je te dédie ce travail, qui représente le fruit de mon acharnement
durant tant d'années, et espère qu'il transmettra mes sentiments les
plus sincères.*

Je t'aime.

À MON MAITRE, PROFESSEUR ET EXEMPLE, ABDELHALIM

FAKIHANI

*Tu es pour moi l'archétype du sérieux, de la persévérance et du
courage.*

*Merci pour le savoir et le savoir-faire que tu m'as appris
généreusement*

*Ce travail témoigne de ma reconnaissance, ma gratitude et mes
sentiments les plus affectueux.*

À MON ENCADRANT ET AMI ADIL AIT ERRAMI

*Merci de m'avoir appris ce que je sais faire actuellement
Merci de m'avoir transmis ton savoir-faire et d'avoir rempli dûment
ton rôle de tuteur et d'ami.*

Merci de m'avoir donné de ton temps, quand tu n'en avais pas.

Merci pour ta présence et ton soutien

Ce travail est notre travail, je te le dédie en guise de reconnaissance.

**À MES PLUS VIEUX AMIS,
ANIS IRIK, ZHOR AIT YASSINE**

Malgré les obstacles que nous avons rencontrés au cours de toutes ces années, nous les avons surmontés, sans rien détruire du beau qui nous attendait.

Nous avons partagé les rires et les fragilités qu'aucun ne comprendrait.

Je vous dédie ce travail comme preuve d'amour.

Restons amis.

À MES CHERS AMIS

SAFIA. B, SARA. H, HAJAR. EL, HAJAR. B, AMINE. L, NADIR, I,

A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs. Je vous souhaite à tous une longue vie pleine de bonheur et de prospérité.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance.

Merci.

À LA FAMILLE BENATIA

À REDOUANE ELKHYAT

À MES AMIS ET COLLÈGUES

Taoufik. B, Oussama. B, Omar. K, Khalid. J, Amine. R, Imane. O,
Sara. O, Lokman. EL, Noama R, Charaf Z, Amine F

À L'ENSEMBLE DE MON CADRE EDUCATIF

Ce travail n'aurait jamais vu le jour, et je ne serais jamais arrivée à ce stade sans mes maitres, mes seniors, mes enseignants et mes éducateurs.

Je dédie ce travail à toutes les personnes et à tous les cadres qui ont contribué à mon éducation et à ma formation.

Je remercie spécialement l'équipe de l'établissement ELARAKI pour l'éducation et l'enseignement, qui a fourni des efforts colossaux pour me permettre de devenir la personne que je suis aujourd'hui, qui a participé au façonnement de ma personnalité en semant en moi le respect de l'engagement et de la responsabilité, en m'aidant à développer le sens de la créativité, l'initiative et de l'imagination.

Au final je dédie ce travail

À YOUNES ELARAKI

Qui était d'une grande influence sur moi, sur le plan professionnel et personnel, par son professionnalisme, son charisme, sa gentillesse et sa rigueur.

*Il était une fois mon professeur, puis mon directeur et enfin mon
ami.*

*Je vous remercie pour votre dévouement et votre implication.
Je vous remercie de m'avoir couvée et choyée tout au long de ces
années, pour me permettre finalement de déployer mes ailes.*

À TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS ET QUE J'AI OMIS DE CITER

J'espère que le souvenir de notre amitié perdurera.

REMERCIEMENTS

À

Notre Maître et Président de thèse :

Monsieur A. SAMKAOUI

*Professeur et chef de service de réanimation et anesthésie au CHU
Mohamed VI à Marrakech*

*Je vous remercie d'avoir accepté de présider notre jury, j'en suis
honorée. Je garde de vous l'image d'un maître dévoué et serviable, et
d'un homme dont la présence rassure et la parole apaise. Vos
connaissances scientifiques et qualités humaines ainsi que votre
modestie nous ont profondément marqués.*

*Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et mes
remerciements les plus sincères.*

À
Mon Maître et Directeur de thèse :
Madame Z. SAMLANI

*Professeur agrégé d'hépatogastro-entérologie au CHU Mohammed VI
de Marrakech.*

Je vous sais infiniment gré de vous être rendue disponible, de m'avoir prodigué maints conseils et d'avoir accepté la fonction de rapporteur. Je suis très touchée par la confiance que vous m'avez conférée en me confiant ce travail. J'espère être à la hauteur.

J'ai toujours trouvé auprès de vous un accueil très chaleureux.

Vous avez sacrifié beaucoup de votre temps pour mener à bout ce travail, je suis très reconnaissante des grands efforts que vous avez fournis en dirigeant ce travail.

J'ai eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines, professionnelles et vos qualités d'enseignante qui ont toujours suscité mon admiration.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de mon fidèle attachement et de ma profonde gratitude.

À
Notre Maître et Juge de thèse :
Madame S. OUBAHA

Professeuse agrégée de physiologie au service d'hépatogastro-entérologie au CHU Mohamed VI à Marrakech

*C'est pour moi un très grand honneur que vous ayez accepté de siéger
parmi notre honorable jury.*

*Vos compétences professionnelles et vos qualités humaines seront pour
moi un exemple dans l'exercice de la profession.*

*A travers ce travail je vous présente le témoignage de mon grand
respect et de ma profonde considération.*

À
Notre maître et juge de thèse :
Monsieur A. BENALI,

*Professeur agrégé de psychiatrie à l'hôpital militaire avicenne de
Marrakech*

*Vous n'avez pas hésité à accepter de faire partie de notre jury, malgré
les contraintes de temps que vous rencontrez, je vous en remercie. Je
tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance. J'apprécie vos
qualités professionnelles et humaines et je suis honoré d'être l'une de
vos étudiants.*

Veillez trouver ici, mon maître, l'expression de mon profond respect.



LISTES DES TABLEAUX

Tableau I	: Les paramètres de dispersion de l'échantillon
Tableau II	: Moyenne d'âge des patients selon leur sexe.
Tableau III	: Répartition des patients sous prise médicamenteuse selon la classe de celle-ci
Tableau IV	: Tableau récapitulatif des caractéristiques épidémiologiques.
Tableau V	: Répartition des symptômes atypiques et leur fréquence
Tableau VI	: Durée de l'évolution des symptômes
Tableau VII	: Type de traitement anti-reflux et le pourcentage de leur consommation.
Tableau VIII	: Répartition des malades selon les bilans paracliniques réalisés.
Tableau IX	: Caractéristiques Clinique.
Tableau X	: Analyse descriptive du score RQS chez les patients questionnés.
Tableau XI	: Variation de la moyenne du score RQS selon le sexe des patients.
Tableau XII	: Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à la tranche d'âge
Tableau XIII	: Tableau représentant la répartition de la moyenne du score RQS selon l'origine résidentielle des patients.
Tableau XIV	: Répartition de la moyenne du score RQS par rapport le NSE des patients.
Tableau XV	: Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à l'état civil des patients
Tableau XVI	: Répartition de la moyenne du score RQS par rapport au niveau d'étude des patients
Tableau XVII	: Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à la répartition des heures de travail des patients
Tableau XVIII	: Répartition de la moyenne du score RQS par rapport au style de vie des patients

- Tableau XIX** : Corrélation entre les différents produits consommés par les patients et le Score RQS.
- Tableau XX** : Comparaison des moyennes du score RQS entre les patients tabagiques et non tabagiques.
- Tableau XXI** : Comparaison des moyennes du score RQS selon leur IMC
- Tableau XXII** : Corrélation entre les différents symptômes et le Score RQS.
- Tableau XXIII** : Comparaison des moyennes du score RQS chez les patients avec et sans pyrosis
- Tableau XXIV** : Répartition de la moyenne du score RQS selon le nombre des symptômes
- Tableau XXV** : Répartition de la moyenne du score RQS selon la fréquence des symptômes
- Tableau XXVI** : Répartition de la moyenne du score RQS selon la sévérité des symptômes
- Tableau XXVII** : Comparaison des moyennes du score RQS selon la durée d'évolution des symptômes.
- Tableau XXVIII** : Comparaison des moyennes du score RQS selon l'horaire de survenue de la symptomatologie.
- Tableau XXIX** : Comparaison des moyennes du score RQS selon l'horaire de survenue de la symptomatologie et leurs IMC.
- Tableau XXX** : Tableau récapitulatif de l'ensemble des corrélations bi variées.
- Tableau XXXI** : Tableau récapitulatif des questionnaires de la Qdv, utilisés chez les patients ayant un RGO, et leurs descriptions.
- Tableau XXXII** : Comparaison du score RQS entre notre série et celle des autres populations.
- Tableau XXXIII** : Récapitulation et comparaison des résultats de notre étude avec les données de la littérature.



LISTES DES FIGURES

- Figure 1** : Répartition des patients explorés selon la tranche d'âge.
- Figure 2** : Répartition des patients explorés, selon leur sexe
- Figure 3** : Répartition des patients explorés selon leur état matrimonial
- Figure 4** : Représentation graphique de la Répartition des patients exploités selon leur origine résidentielle.
- Figure 5** : Répartition des patients explorés selon leur niveau d'étude.
- Figure 6** : Répartition des patients explorés selon leur niveau socio-économique.
- Figure 7** : Répartition des patients explorés selon leur activité professionnelle
- Figure 8** : Répartition des patients explorés selon la répartition des heures de travail
- Figure 9** : Répartition des patients explorés selon leur mode de vie.
- Figure 10** : Répartition des Pourcentages des produits consommés par les patients explorés
- Figure 11** : Répartition des pourcentages des patients avec et sans prise médicamenteuse
- Figure 12** : Répartition des patients selon leur IMC
- Figure 13** : Répartition des symptômes selon leur fréquence.
- Figure 14** : Répartition des symptômes selon leur caractère typique ou atypique
- Figure 15** : Répartition des patients selon le nombre des symptômes.
- Figure 16** : Fréquence de survenue de la symptomatologie chez nos patients
- Figure 17** : Répartition des patients selon la sévérité des symptômes
- Figure 18** : Répartition des patients selon l'horaire de survenue de la symptomatologie.
- Figure 19** : Répartition des patients selon la prise ou non d'un traitement anti-reflux.

- Figure 20** : Variation de la moyenne du score RQS selon le sexe des patients
- Figure 21** : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à la tranche d'âge
- Figure 22** : Répartition de la moyenne du score RQS selon l'origine résidentielle des patients
- Figure 23** : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport au niveau socio-économique
- Figure 24** : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à l'état civil
- Figure 25** : Représentation graphique de la répartition de la moyenne du score RQS par rapport au niveau d'étude des patients
- Figure 26** : Variation de la moyenne du RQS chez les patients tabagiques et non tabagiques.
- Figure 27** : Variation de la moyenne du RQS selon l'IMC des patients.
- Figure 28** : Comparaison des moyennes du RQS chez les patients avec et sans pyrosis.
- Figure 29** : Comparaison des moyennes du score RQS selon le nombre des symptômes
- Figure 30** : Comparaison des moyennes du score RQS selon la fréquence de la symptomatologie
- Figure 31** : Comparaison des moyennes score RQS selon la sévérité des symptômes.
- Figure 32** : Comparaison des moyennes du score RQS selon l'horaire de survenue de la symptomatologie
- Figure 33** : Comparaison de la moyenne du RQS selon l'horaire de survenue de la symptomatologie et de l'IMC
- Figure 34** : Aperçu des facteurs jouant un rôle dans la perception du RGO, et sa provocation.

- Figure 35** : Manifestations cliniques du RGO selon la classification de Montréal
- Figure 36** : Démarche diagnostique devant RGO
- Figure 37** : Schéma récapitulatif des principes de la prise en charge médicale du RGO



LISTES DES ABVEREVIATIONS

AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
Anti-H2	: Antihistaminique H2
DIGEST	: Domestic/international gastroenterology surveillance study
EBO	: Endobrachyœsophage
EQ-5D	: EuroQol 5 Dimensions
FOGD	: Fibroscopie Œso-gastro-duodénale
GERD-HRQL	: Health-related QOL scale for GERD
HP	: Helicobacter-pylori
IMC	: Indice de masse corporelle
IPP	: Inhibiteur de la pompe à proton
IRSS	: Inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine
NS	: Non significatif
NSE	: Niveau socio-économique
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ORL	: Oto-rhino-laryngologique
p	: Intervalle de confiance
Qdv	: Qualité de vie
QOLRAD	: Quality of life in reflux and dyspepsia
RGO	: Reflux gastro-œsophagien
RQS	: Reflux-Qual short-form
SF-36	: 36-item short-form Health Survey
SOI	: Sphincter œsophagien inférieur



PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	5
I. TYPE DE L'ETUDE.....	6
II. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLONNAGE.....	6
1. Population cible.....	6
2. Echantillon étudié.....	7
3. Variables étudiées.....	7
4. L'analyse Statistique.....	8
5. Considérations éthiques.....	9
RÉSULTATS	10
I. Les Caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon.....	11
1. L'Âge.....	11
2. Le Sexe.....	12
3. La moyenne d'âge selon le sexe.....	12
4. L'état matrimonial.....	13
5. L'origine résidentielle du patient.....	13
6. Le niveau d'études.....	14
7. Le niveau Socio-économique.....	15
8. L'activité professionnelle.....	16
9. La répartition des heures de travail.....	17
10. Le mode de vie.....	18
11. Les produits Consommés par patients.....	19
12. Consommation médicamenteuse.....	20
II. Les caractéristiques Cliniques.....	23
1. L'indice de masse corporelle.....	23
2. La fréquence des symptômes.....	23
3. Le nombre de symptômes.....	25
4. La fréquence de survenue des symptômes.....	26
5. La sévérité des symptômes.....	27
6. La durée de l'évolution des symptômes.....	28
7. L'horaire de survenue des symptômes.....	29
8. Le traitement médical.....	29
9. Le bilan paraclinique.....	31
III. La qualité de vie spécifique selon le score Reflux-Qual Simplifié.....	33
1. Analyse Descriptive.....	33
2. Analyse bivariée.....	33

DISCUSSIONS	55
I. Qualité de vie et maladies chroniques.....	56
1. Pourquoi évaluer la qualité de vie ?.....	56
2. Choix du questionnaire.....	58
II. La qualité de vie liée au RGO.....	63
1. Le reflux Gastro-œsophagien.....	63
2. La qualité de vie spécifique selon le « RQS ».....	68
3. Corrélation entre les paramètres socio-démographiques et les habitudes de vie ; et la Qdv.....	69
4. La corrélation entre les paramètres cliniques liés au RGO et la Qdv.....	71
III. Comment améliorer la Qdv ?.....	74
IV. Les avantages et les limites de l'étude.....	75
V. Les difficultés de l'étude.....	76
CONCLUSION	77
ANNEXES	80
RÉSUMES	86
BIBLIOGRAPHIE	90

INTRODUCTION

La Qualité de vie(Qdv) est un concept nouveau pour ceux qui oublieraient que, de tout temps, le médecin s'est préoccupé de son patient dans sa totalité. Le médecin, qui soigne et accompagne son malade, œuvre dans l'intérêt de celui-ci et la prise en compte de sa qualité de vie s'est toujours faite de façon implicite et informelle (1).

Une définition consensuelle, de la qualité de vie, était indispensable ; et donc L'OMS a proposé, en 1997, comme définition : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (2).

Ce qui rend ce concept nouveau, c'est l'élaboration d'une échelle permettant d'évaluer la qualité de vie et ainsi pouvoir la matérialiser. En d'autres mots, pouvoir obtenir une mesure quantitative d'une notion qualitative, subjective et personnelle et la faire admettre au même rang que les autres outils de mesures médicales ; entre autres, la biologie et la radiologie (3).

Dans ce sens, la littérature montre que plusieurs questionnaires ont été conçus pour évaluer la qualité de vie de manière globale, puis de manière spécifique selon la pathologie.

Au Maroc, peu sont les études qui ont traité la qualité de vie des patients. Notre travail est l'un des premiers à avoir étudié la qualité de vie des patients atteints d'une pathologie telle que le reflux gastro-œsophagien (RGO) moyennant un questionnaire spécifique à cette maladie.

Le reflux gastro-œsophagien représente un problème de santé public à cause de sa grande prévalence, de son impact sur la qualité de vie et le coût élevé des examens paracliniques (4). En effet, plus de 40% de la population présente des symptômes de reflux gastro-œsophagien, au moins une fois par mois(5). Cette pathologie est associée à une

restriction des activités des patients avec un grand impact sur le plan financier, par l'augmentation des jours d'absentéisme et des heures de travail manquées, tant pour les systèmes de santé que pour les employeurs(6).Jusqu'à aujourd'hui, il n'y a pas de travaux ayant étudié la prévalence du reflux gastro-œsophagien dans notre pays.

Le reflux gastro-œsophagien se définit par la remontée du contenu gastrique ou gastroduodéal à travers le hiatus œsophagien, causant ainsi des symptômes et/ou une atteinte architecturale de la muqueuse œsophagienne, et finalement, affectant le bien-être et la qualité de vie du patient (7).

Les signes cliniques du reflux gastro-œsophagien sont inconstants, et peuvent se manifester par des symptômes dits typiques : Pyrosis, Régurgitation acides et épigastalgies ; ou d'autres atypiques : manifestations respiratoire, oto-rhino-laryngologique (ORL)etc. (5,7).

Même les sujets présentant des symptômes du reflux gastro-œsophagien peu fréquent, ont souvent enduré un impact considérable sur leurs qualité de vie et ont ressentis le besoin de consulter, ce qui suggère que des facteurs indépendants de la fréquence des symptômes, peuvent aussi être impliqués dans l'altération de la qualité de vie(6).

De nos jours, l'Homme vit plus vieux mais pas forcément mieux et les maladies chroniques sont de plus en plus prévalentes(8). Améliorer la qualité de vie des patients devient donc une priorité. Pour cela, notre étude vise l'identification des facteurs causant ou aggravant l'altération de la qualité de vie chez les patients atteints du RGO, afin de pouvoir les traiter et par conséquent améliorer leur qualité de vie.

Ainsi les objectifs principaux de notre étude sont :

- Evaluer l'impact du reflux gastro-œsophagien sur la qualité de vie de nos malades.
- Déterminer les facteurs participant à l'altération de leur qualité de vie.
- Objectiver les facteurs pouvant améliorer cette qualité de vie.

MATERIELS ET METHODES

I. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale.

II. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLONNAGE

1. Population cible

La population cible est constituée de patients présentant un RGO.

1.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette l'étude les patients :

- Des deux sexes, âgés de plus de 15 ans.
- Présentant un ou plusieurs signes cliniques de RGO typique (Pyrosis, Régurgitation acide et épigastralgie), associés ou non à des signes atypiques (manifestations extradiigestives respiratoires, ORL et cardiaques).

1.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu de l'étude les patients ayant :

- Un retentissement important sur l'état général (amaigrissement, asthénie importante).
- Une hémorragie digestive extériorisée.
- Une présence de comorbidité (maladie rénale, cardiaque, diabète).
- Un antécédent de chirurgie œsophagienne ou gastrique.
- Des troubles moteurs connus de l'œsophage.
- Une grossesse, ou un allaitement.

2. Echantillon étudié

Nous avons utilisé un échantillonnage de recrutement consécutif, sur une période de 6 mois, du 01/09/2016 au 02/03 /2017, des patients présentant un RGO au niveau des différentes consultations de gastro-entérologie au CHU Mohamed VI de Marrakech.

3. Variabes étudiées

Les variables de notre étude sont explorées via deux questionnaires, le premier regroupe les données liées aux malades et à la maladie, le deuxième est une échelle spécifique mesurant la Qdv chez les patients ayant un RGO :

3.1. Variabes liées aux malades et à la maladie :

Un premier questionnaire a été élaboré pour collecter les données épidémiologiques et cliniques des patients et a été rempli par le médecin traitant (Annexe 1). Il comporte :

- L'âge et le sexe.
- La situation socio-économique : dans cette partie, on avait déterminé l'état matrimonial du patient (Célibataire, marié(e), ou veuf/Veuve), sa profession, son niveau d'étude (non scolarisé, primaire, secondaire ou universitaire), son Origine (rural ou urbain), son niveau socio-économique (bas, moyen, élevé) et son style de vie (solitaire, en famille ou en communauté).
- Les données médicales : Les consommations des patients, la notion de prise médicamenteuse, les données relatives à la symptomatologie clinique.

3.2. Variables liées à la qualité de vie :

Nous avons utilisé le Reflux-Qual simplifié (RQS®) que nous avons traduit en langue arabe dialectal. Ce questionnaire a été rempli par les malades eux même, pour les patients scolarisés. Pour les patients analphabètes, il a été traduit et administré, par la même personne en arabe dialectal, en gardant le même sens et les mêmes termes. La durée moyenne du questionnaire est estimée de 10min (Annexe 2).

L'échelle Reflux-Qual simplifié (RQS®) est composée de 8 items.

On obtient un score variant de 0 à 100. Les scores tendant vers 100 indiquent une meilleure qualité de vie.

4. L'analyse Statistique

La saisie des données a été faite sur le logiciel SPSS version 24.

Les analyses statistiques descriptives, ont fait appel au :

- Calcul des effectifs et des pourcentages, pour les variables qualitatives.
- Calcul des mesures de tendances centrales (moyennes et médianes) et des mesures de dispersion (écart-type) pour les variables quantitatives.

Les analyses bi variées ont fait appel à deux tests statistiques :

- Le test t-de Student et ANOVA pour la comparaison des moyennes.
- Le test de corrélation non paramétrique de Spearman pour la comparaison de deux variables sur des échantillons indépendants.

Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

5. Considérations éthiques

Cette étude est un sujet de thèse à la Faculté de Médecine et Pharmacie de Marrakech, accepté par le comité de thèses.

L'équipe de travail a veillé à l'information du patient, à son consentement libre, à l'anonymat ainsi qu'à la confidentialité des données fournies par les participants.



RESULTATS



I. Les Caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon

La taille de l'échantillon : Au total on a administré le questionnaire à 113 patients, 3 d'entre eux ont refusé d'y répondre et 10 présentaient des critères d'exclusion.

1. L'Âge

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 33,52 ans ($\pm 14,368$ ans), avec des extrêmes allant de 18 à 70 ans (Tableau I). On a noté également une nette prédominance de la tranche d'âge [18 ; 35] ans avec un pourcentage de 67% contre 27 % pour la tranche]35 ; 60] ans et 6% pour les patients de plus de 60 ans (Figure 1).

Tableau I : Les paramètres de dispersion de l'échantillon

Paramètres de dispersion	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Leurs valeurs	100	18	70	33,52	14,368

REPARTITION DES PATIENTS SELON L'INTERVALLE D'AGE

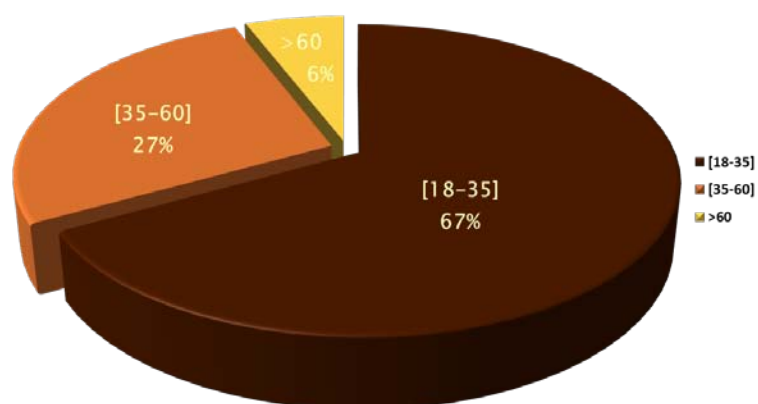


Figure 1 : Répartition des patients explorés selon la tranche d'âge.

2. Le Sexe

Notre échantillon est constitué de 53 femmes (53%), et de 47 hommes (47%) avec un sexe ratio F/H de 1,12 objectivant une légère prédominance féminine. (Figure 2).

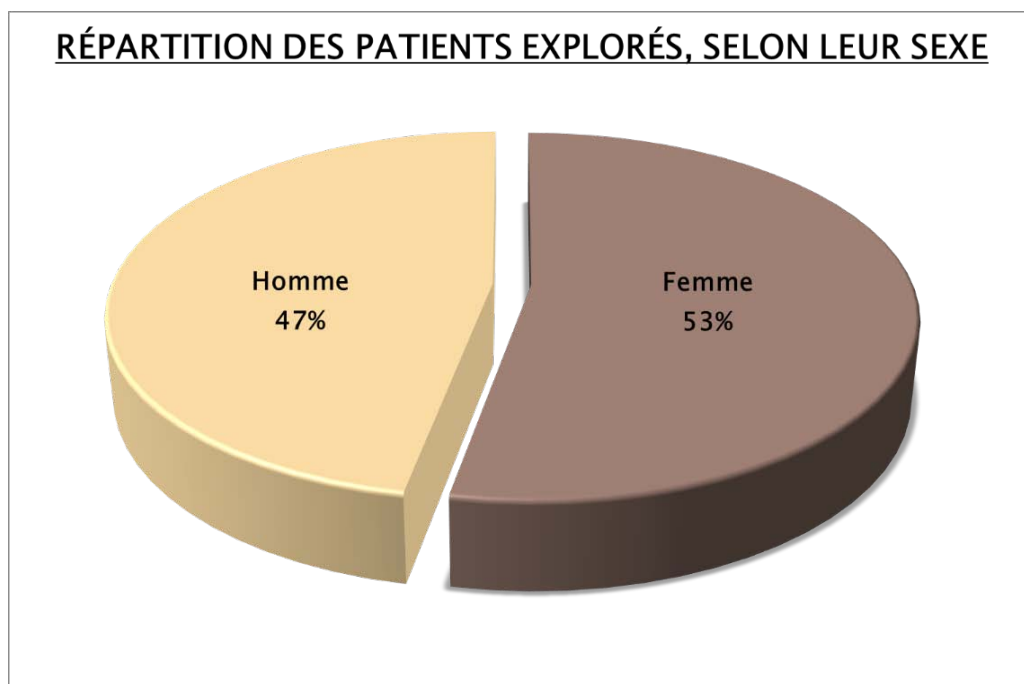


Figure 2 : Répartition des patients explorés, selon leur sexe

3. La moyenne d'âge selon le sexe

La moyenne d'âge est de 34,42 ans chez les femmes ($\pm 14,27$ ans), et de 32,51 ans chez les hommes ($\pm 14,53$ ans) Tableau IV. La comparaison des moyennes d'âge chez les deux sexes n'a pas objectivé une différence statistiquement significative ($p=0,402$).

Tableau II : Moyenne d'âge des patients selon leur sexe.

Sexe du patient	Moyenne d'âge	N	Ecart type	P
Homme	32,51	47	14,270	NS*
Femme	34,42	53	14,530	

4. L'état matrimonial

Soixante Cinq patients sont (65%) célibataires, trente-deux (32%) sont Mariés, alors que trois (3%) sont veufs. (Figure 3).

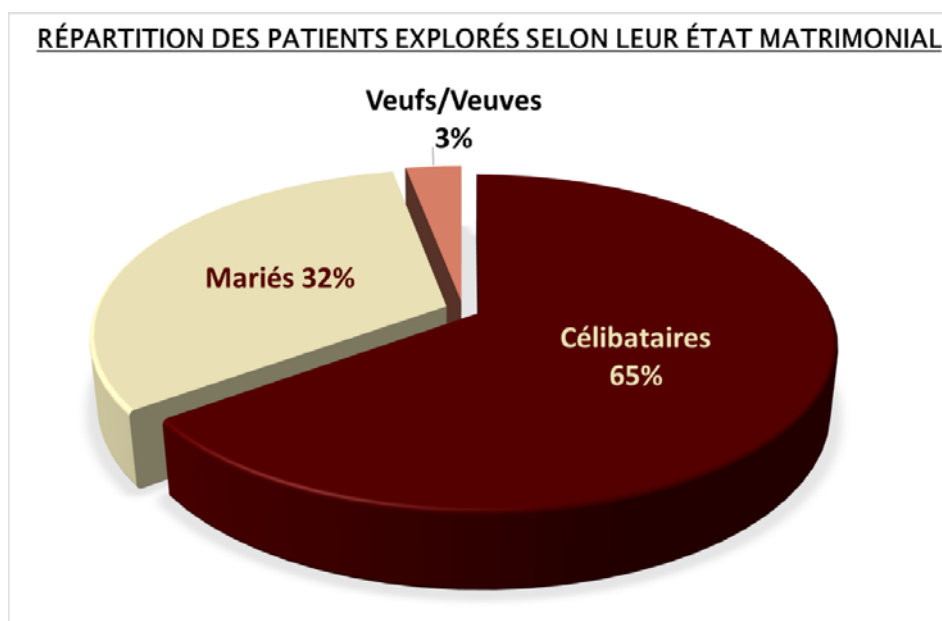


Figure 3 : Répartition des patients explorés selon leur état matrimonial

5. L'origine résidentielle du patient

Soixante-dix-sept de nos patients (77%) sont d'origine urbaine, tandis que vingt-trois (23%) sont d'origine rurale. (Figure 4).

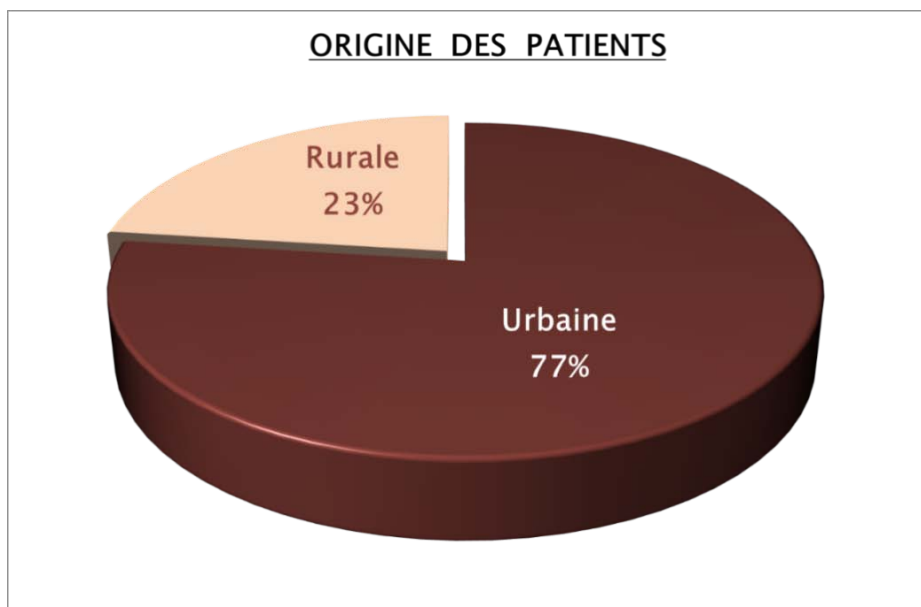


Figure 4 : Représentation graphique de la Répartition des patients exploités selon leur origine résidentielle.

6. Le niveau d'études

Concernant le niveau d'étude, on a objectivé que onze de nos patients sont non scolarisés (11%), Sept patients ont bénéficié des études primaires (7%), huit d'entre eux ont atteint le niveau secondaire (8%), par ailleurs soixante-quatorze patients de notre échantillon ont suivi un cursus universitaire (Figure 5).

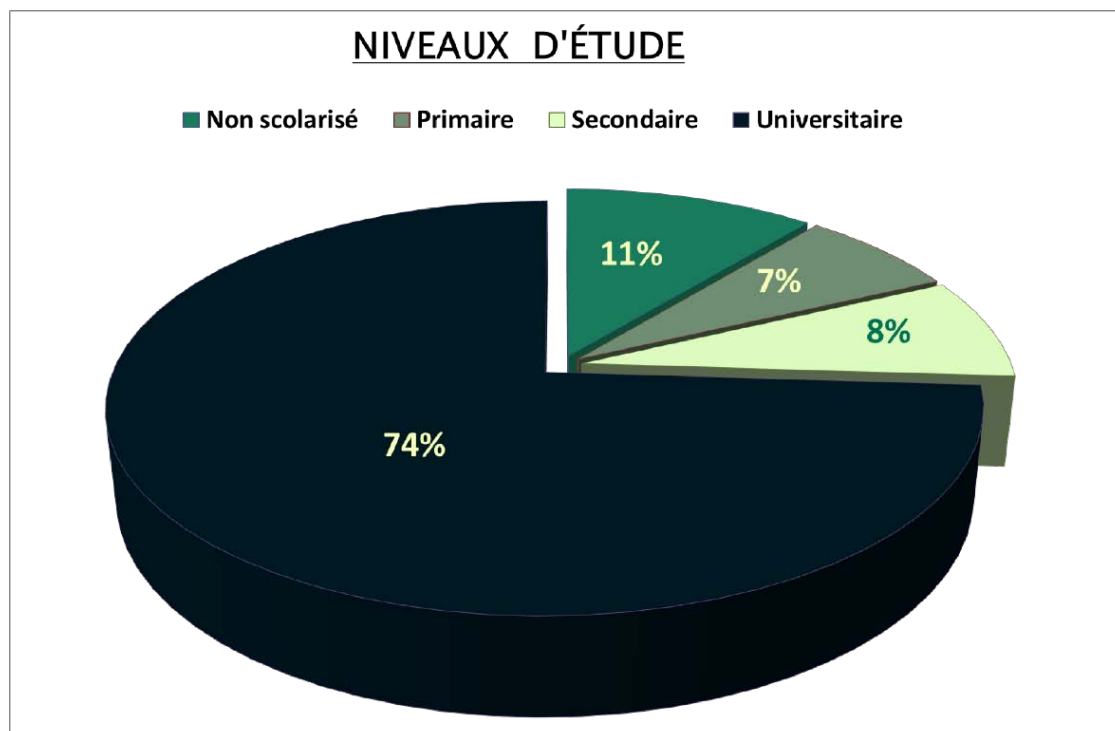


Figure 5 : Répartition des patients explorés selon leur niveau d'étude.

7. Le niveau Socio-économique

Le niveau socio-économique a été classé selon le revenu mensuel par ménage (classification du haut-commissariat au plan) et la présence ou non d'une couverture médicale.

Vingt-deux de nos patients sont de bas niveau socio-économique (22%), soixante et onze sont issus d'un niveau moyen (71%), alors que sept sont de niveau élevé (7%). (Figure 6).

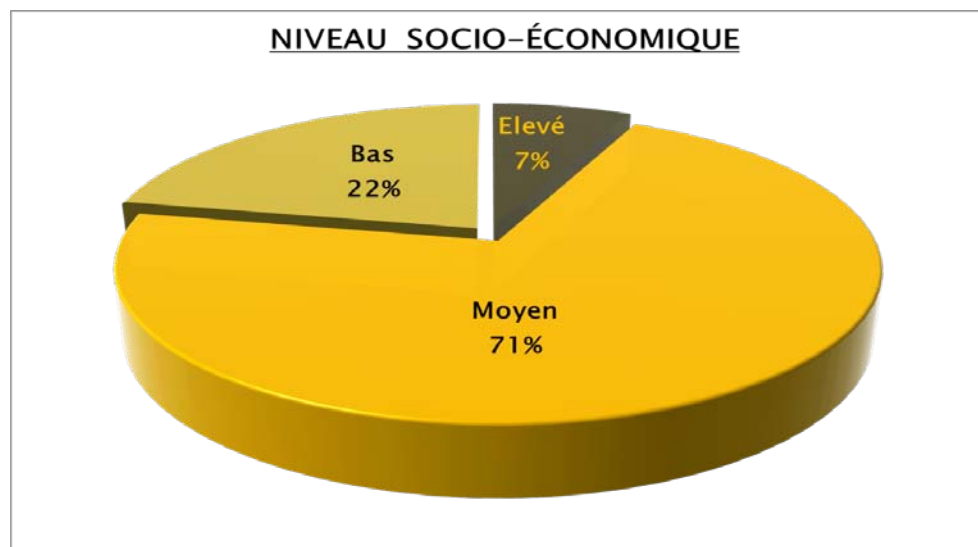


Figure 6 : Répartition des patients explorés selon leur niveau socio-économique.

8. L'activité professionnelle

Soixante de nos patients font partie de la population active et ont un emploi (60%).

Les quarante (40%) restant sont répartis comme tel :

- Vingt et un étudiants,
- Quinze femmes au foyer
- Quatre sont sans emploi (Figure 7).

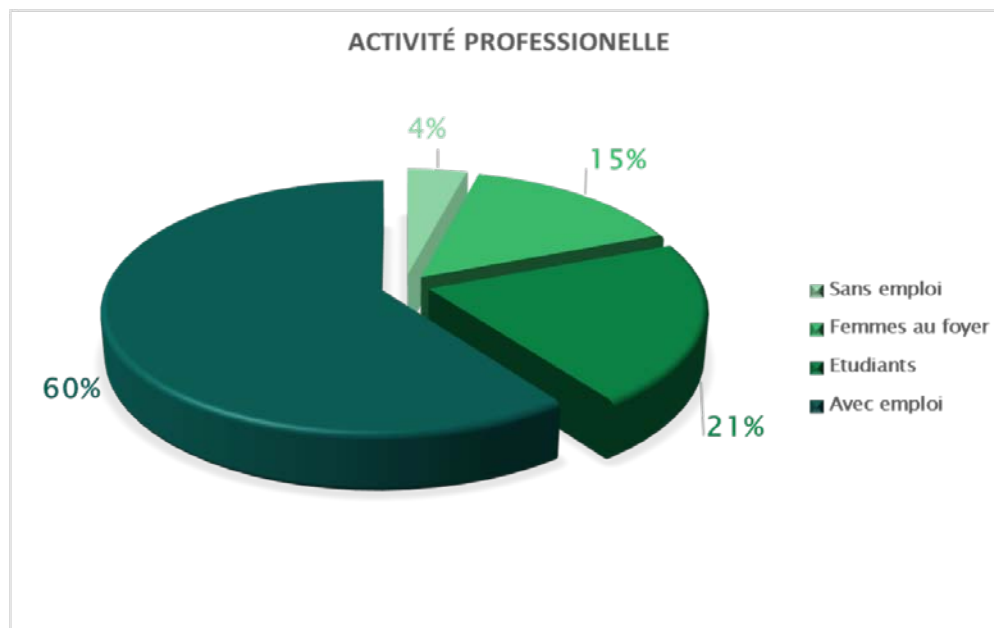


Figure 7 : Répartition des patients explorés selon leur activité professionnelle.

9. La répartition des heures de travail

La répartition des heures de travail varie entre les patients actifs et qui représentaient 60 % de l'effectif global de notre échantillon. 40% travaillent à plein temps, tandis que 20% travaillent occasionnellement sans un emploi stable (Figure 8).

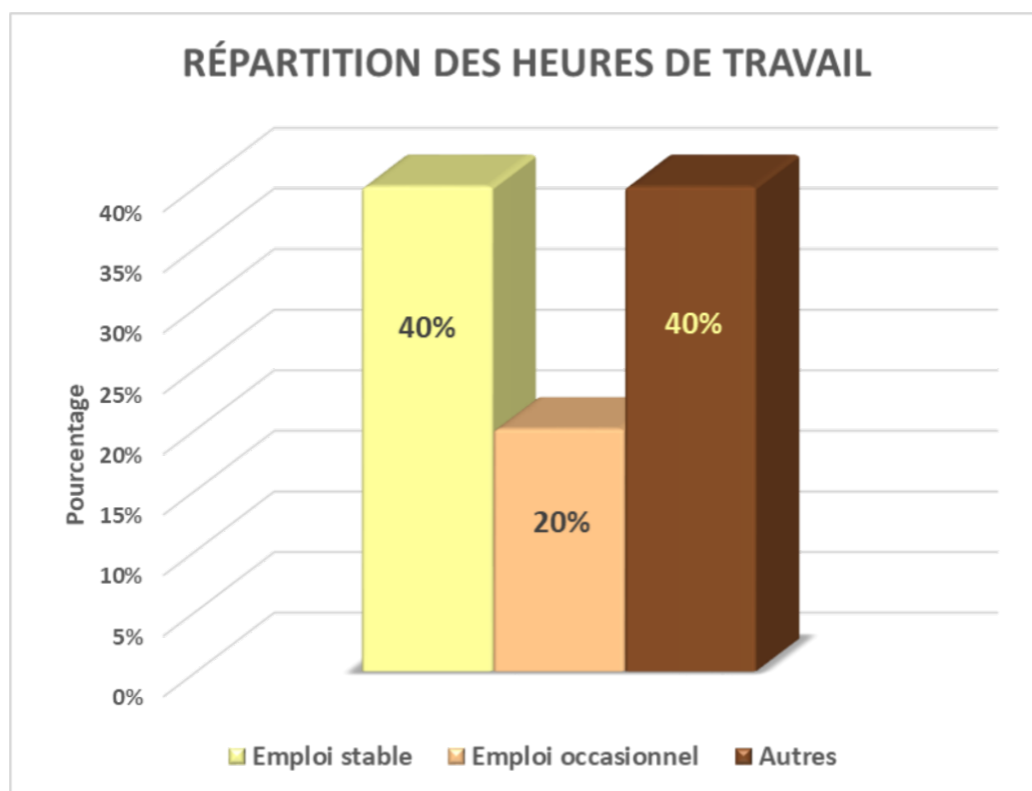


Figure 8 : Répartition des patients explorés selon la répartition des heures de travail

10. Le mode de vie

Soixante-huit de nos patients vivent en famille soit 68%, vingt et un vivent Seul soit 21%, alors que onze, soit 11%, vivent en communauté (Figure 9).

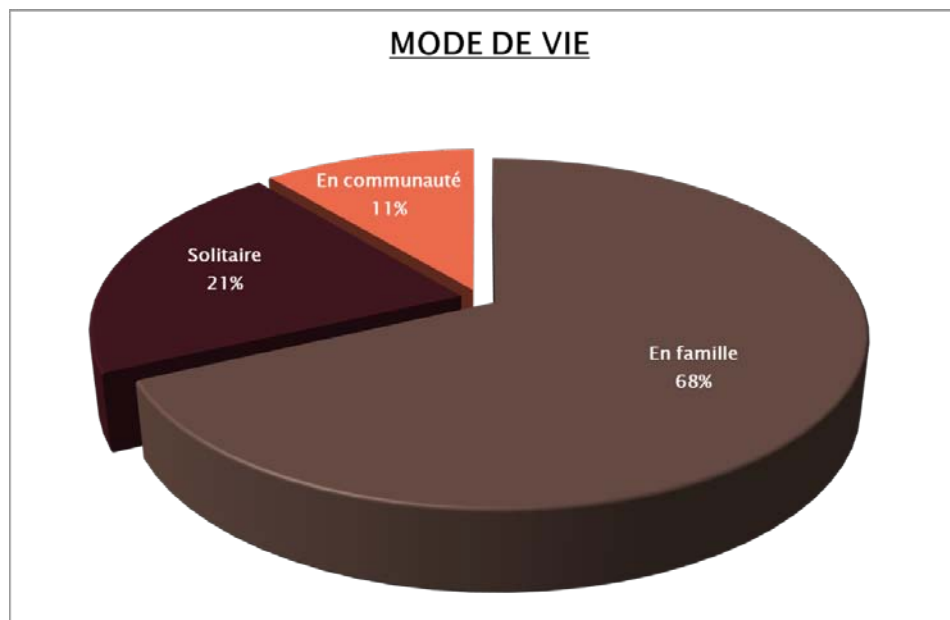


Figure 9 : Répartition des patients explorés selon leur mode de vie.

11. Les produits Consommés par les patients

Il existe plusieurs produits incriminés dans la survenue du RGO.

Les produits consommés diffèrent entre les patients inclus dans notre étude ; chaque patient consomme un ou plusieurs produits : Le thé, étant le produit le plus consommé et ce par 85% des patients, suivi du café consommé par 71 %, le tabac par 30%, et l'alcool par 20% de l'ensemble de notre échantillon (Figure 10).

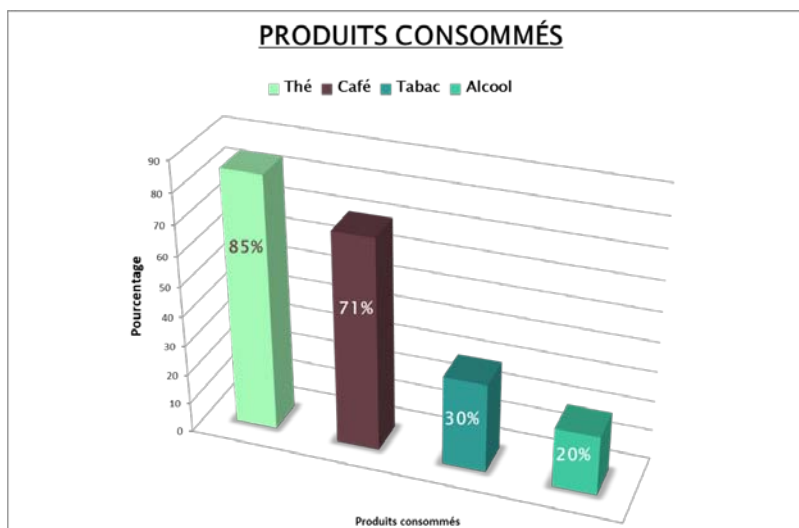


Figure 10 : Répartition des Pourcentages des produits consommés par les patients explorés

12. Consommation médicamenteuse

12.1. Prise médicamenteuse

Le nombre de patients, qui nécessitent une prise médicamenteuse quotidienne, se limite à vingt-cinq de l'ensemble de la population étudiée ; soit 25 %, tandis que les soixante-quinze autres ne prennent aucune médication ; soit 75%. (Figure 11).

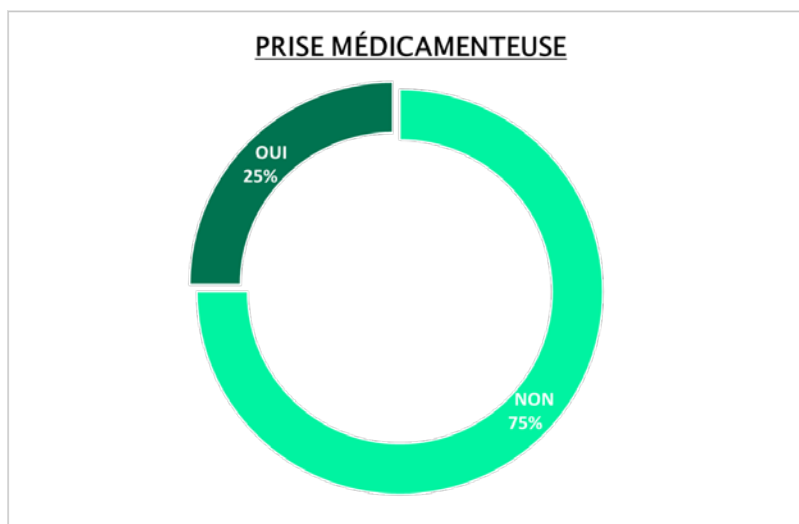


Figure 11 : Répartition des pourcentages des patients avec et sans prise médicamenteuse

12.2. Types des médicaments consommés

Les anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) représentent la classe médicamenteuse la plus consommée, soit 64% de l'ensemble des patients avec prise médicamenteuse ; quatre d'entre eux sont des femmes sous Contraceptifs oraux à base d'oestro-progestatif, soit 16% ; et en dernier 12% sont sous Antidépresseurs [S1]inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (IRSS). (Tableau III).

Tableau III : Répartition des patients sous prise médicamenteuse selon la classe de celle-ci

Classe médicamenteuse	Nombre de patients	Pourcentage
AINS	16	64 %
Antidépresseurs IRSS	3	12 %
Contraceptifs Oraux	4	16 %

Ci-bas, un tableau récapitulatif des caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon :

Tableau IV : Tableau récapitulatif des caractéristiques épidémiologiques.

Caractéristiques épidémiologiques	Effectif (N=100)	Pourcentage
Age (moyenne, écart type)	33,52 ans ± 14,368 ans	
Sexe Ratio	1,12 (53F/47H)	
Sexe		
Femme	53	53%
Homme	47	47%
Etat matrimonial		
Célibataire	65	65%
Marié(e)	32	32%
Veuf/veuve	3	3%
Origine		
Urbaine	77	77%
Rurale	23	23%
Niveau socio-économique		
Bas	22	22%
Moyen	71	71%
Elevé	7	7%
Niveau d'étude		
Non scolarisé	11	11%
Primaire	7	7%
Secondaire	8	8%
Universitaire	74	74%
Profession		
Employé	60	60%
Étudiant	21	21%
Femme au foyer	15	15%
Sans emploi	4	4%
Répartition des heures de travail		
Emploi stable	40	40%
Emploi occasionnel	20	20%
Autres	40	40%
Mode de vie		
Solitaire	21	21%
En famille	68	68%
En communauté	11	11%

II. Les caractéristiques cliniques

1. L'indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est normal chez quarante et un des patients soit 41% avec un IMC dans l'intervalle entre [18,5 ; 25[, cinquante-six patients ont un IMC élevé ≥ 25 soit 56%, tandis que trois patients ont un IMC $< 18,5$ soit 3%. (Figure 12).

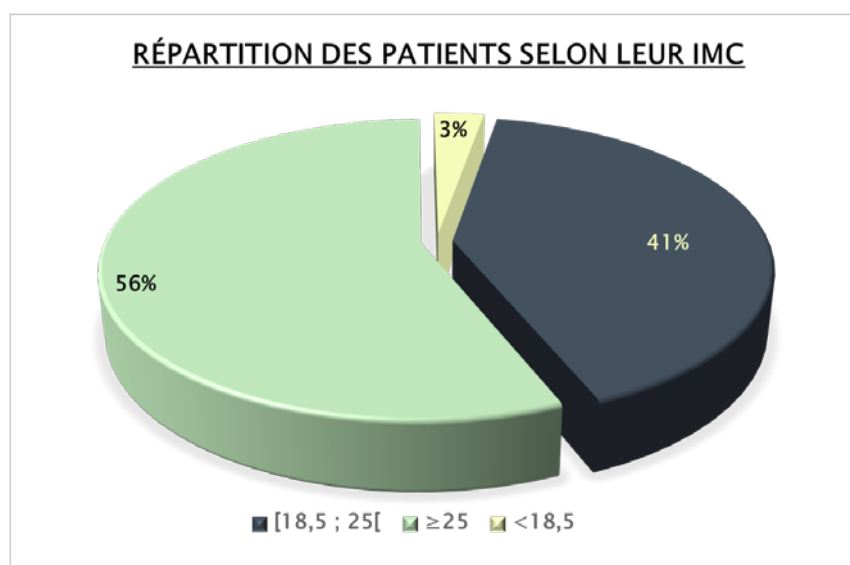


Figure 12 : Répartition des patients selon leur IMC.

2. La fréquence des symptômes

La symptomatologie clinique diffère entre les patients de notre série. Chaque individu peut présenter un ou plusieurs signes fonctionnels.

- Les Régurgitations acides sont présentes chez 82 des patients (39,61%)
- Le pyrosis est présent chez 45 malades soit 21,74%.
- Dix cas de l'échantillon présentent des épigastralgies soit 4,83%.
- Vingt-quatre se plaignent de nausées soit 11,59 %
- Le hoquet est présent chez vingt et un patients soit 10,14%.

Le reste des symptômes à type d'otalgie, toux chronique, asthme, infections respiratoires à répétition et douleur thoracique sont présents respectivement chez trois patients (1,45%), onze (5,31%), Sept (3,38%), un (0,48%) et trois (1,45%). (Figure 13).

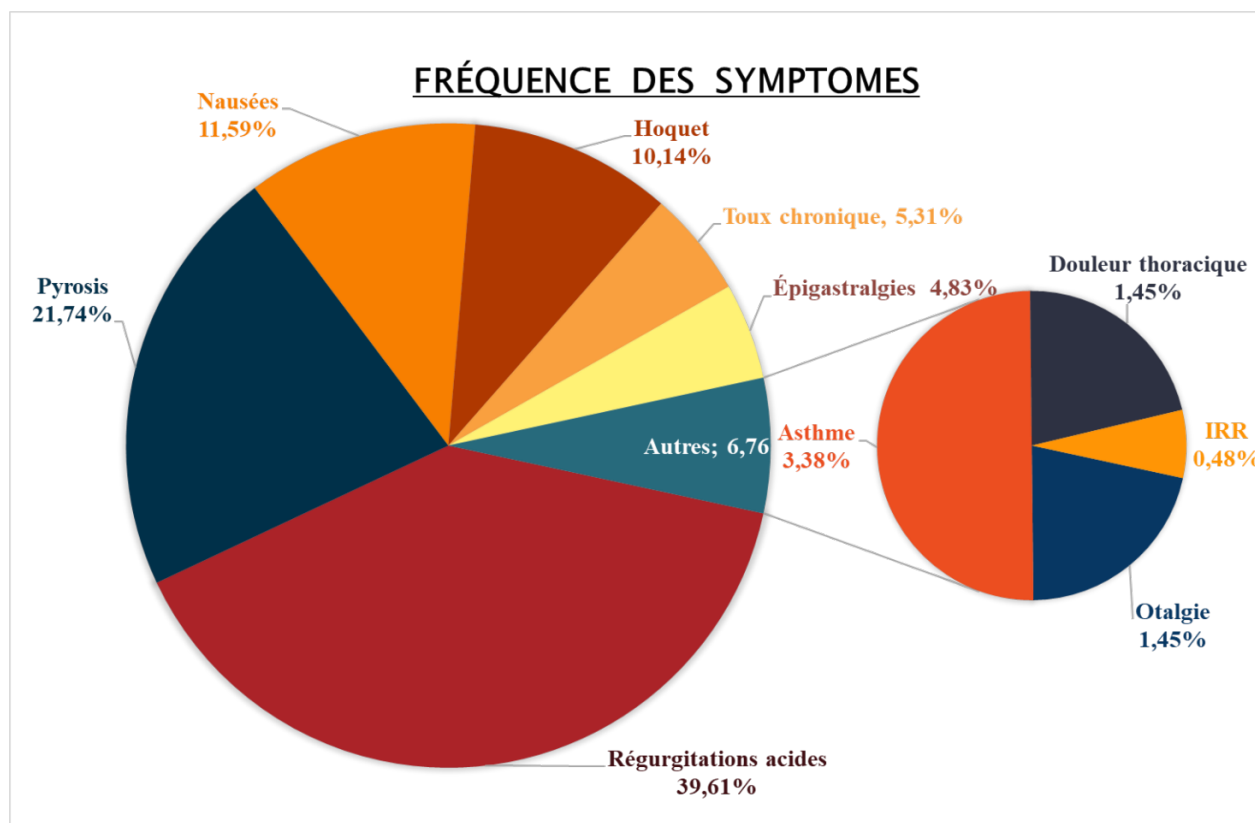


Figure 13 : Répartition des symptômes selon leur fréquence.

Le Pyrosis, les régurgitations acides et les épigastralgies qui sont les signes typiques du RGO, sont plus fréquemment présents chez nos patients soit 66,18%, alors que les autres signes atypiques sont moins fréquents avec un pourcentage de 33,82% de l'ensemble des symptômes (Figure 14).

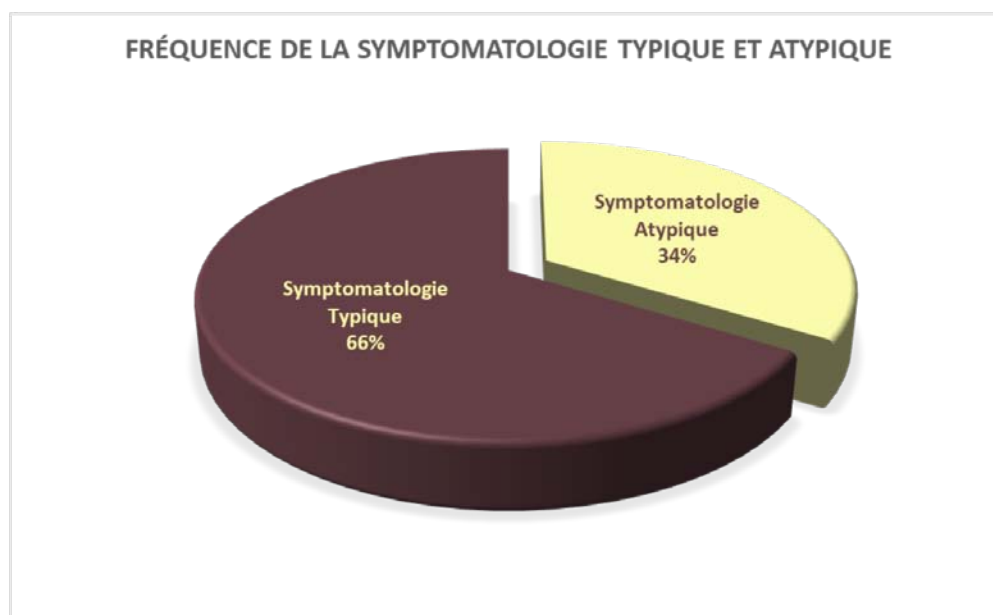


Figure 14 : Répartition des symptômes selon leur caractère typique ou atypique

L'ensemble des symptômes atypiques et leur fréquence sont représentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau V : Répartition des symptômes atypiques et leur fréquence

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Nausée	24	11,59%
Hoquet	21	10,14%
Otalgie	3	1,45%
Toux chronique	11	5,31%
Asthme	7	3,38%
Infection respiratoire à répétition	1	0,48%
Douleur thoracique	3	1,45%

3. Le nombre de symptômes

Chaque patient de notre échantillon peut présenter un ou plusieurs symptômes du RGO, en effet sept patients (7%) présentent un seul symptôme, treize présentent deux (13%),

vingt présentent trois (20%), tandis que vingt-sept et trente-trois présentent respectivement quatre et cinq symptômes (Figure 15).

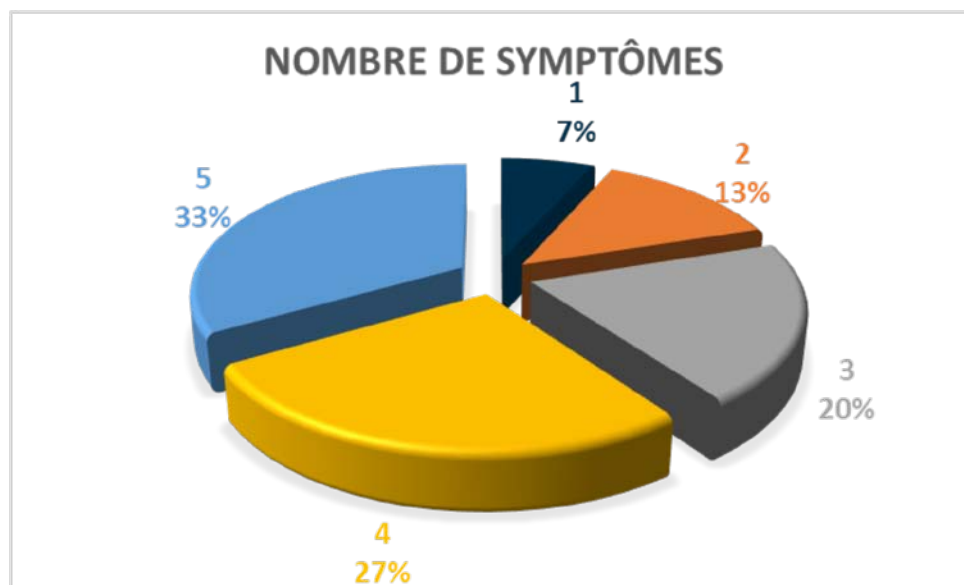


Figure 15 : Répartition des patients selon le nombre de symptômes.

4. La fréquence de survenue des symptômes

La survenue des symptômes (typiques et/ou atypiques) est quotidienne chez dix-sept cas soit 17%, très fréquente (>3jours/semaine) chez 25 patients (25%), hebdomadaire (<1jour/semaine) chez 34 (34%) et mensuelle (<3jours/mois) chez vingt-quatre de nos malades (24%). (Figure 16).

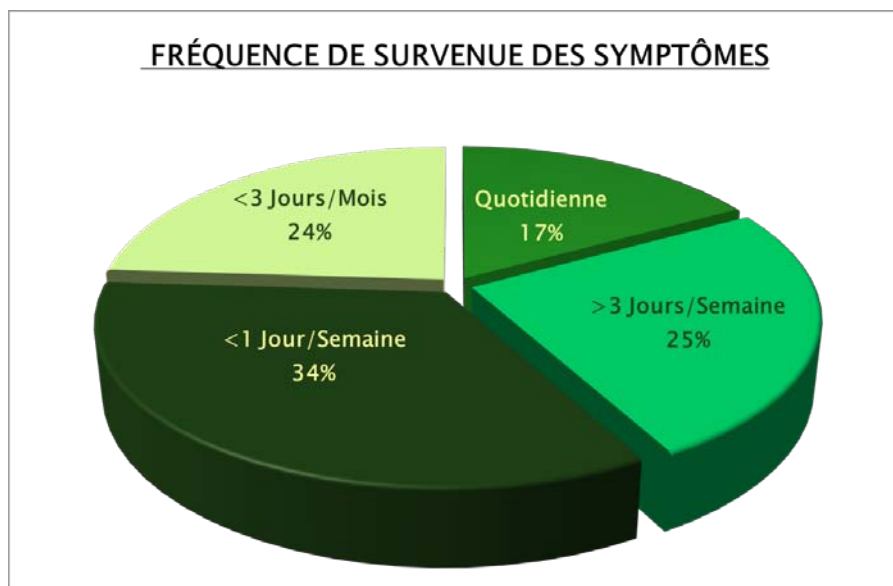


Figure 16 : Fréquence de survenue de la symptomatologie chez nos patients

5. La sévérité des symptômes

Au cours du RGO, la sévérité de la pathologie n'est pas définie par la gravité de l'atteinte viscérale mais par le degré de la perception des symptômes, l'inconfort qu'ils causent et la douleur ; nous avons évalué la sévérité des symptômes à l'aide de l'échelle visuelle analogique.

Vingt-neuf de nos patients présentent une symptomatologie sévère (29%), trente-huit ont une symptomatologie modérée (38%), alors que les vingt-neuf autres ont une symptomatologie légère. (Figure 17).

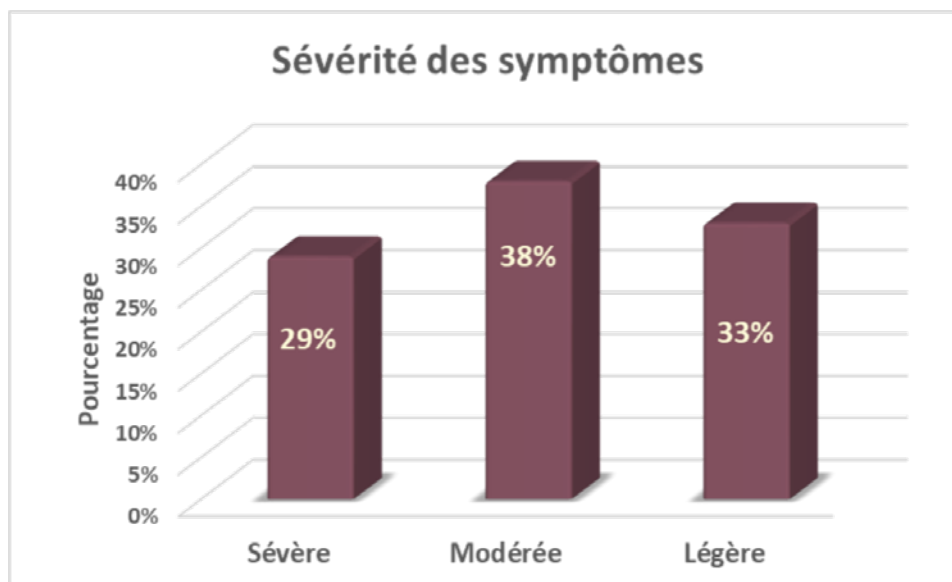


Figure 17 : Répartition des patients selon la sévérité des symptômes.

6. La durée de l'évolution des symptômes

Dans notre série de 100 cas, la durée de l'évolution des symptômes est imprécise chez soixante-trois des patients (63%), tandis que chez les 37 autres : quinze ont une durée < 1an (15%), quatorze une durée >1an et ≤5ans (14%) et huit souffrent de symptômes du RGO pendant plus de 5ans. Ces résultats sont détaillés au niveau du tableau ci-dessous :

Tableau VI : Durée de l'évolution des symptômes.

Durée d'évolution	N=100	Pourcentage
≤1an	15	15%
1an à 5ans	14	14%
>5 ans	8	8%
Imprécise	63	63%

7. L'horaire de survenue des symptômes

L'horaire de survenue du RGO diffère d'un patient à l'autre : quarante et un des patients de notre série présentent une symptomatologie diurne soit 41%, alors que cinquante-neuf ont des symptômes à recrudescence nocturne soit 59% (Figure 18).

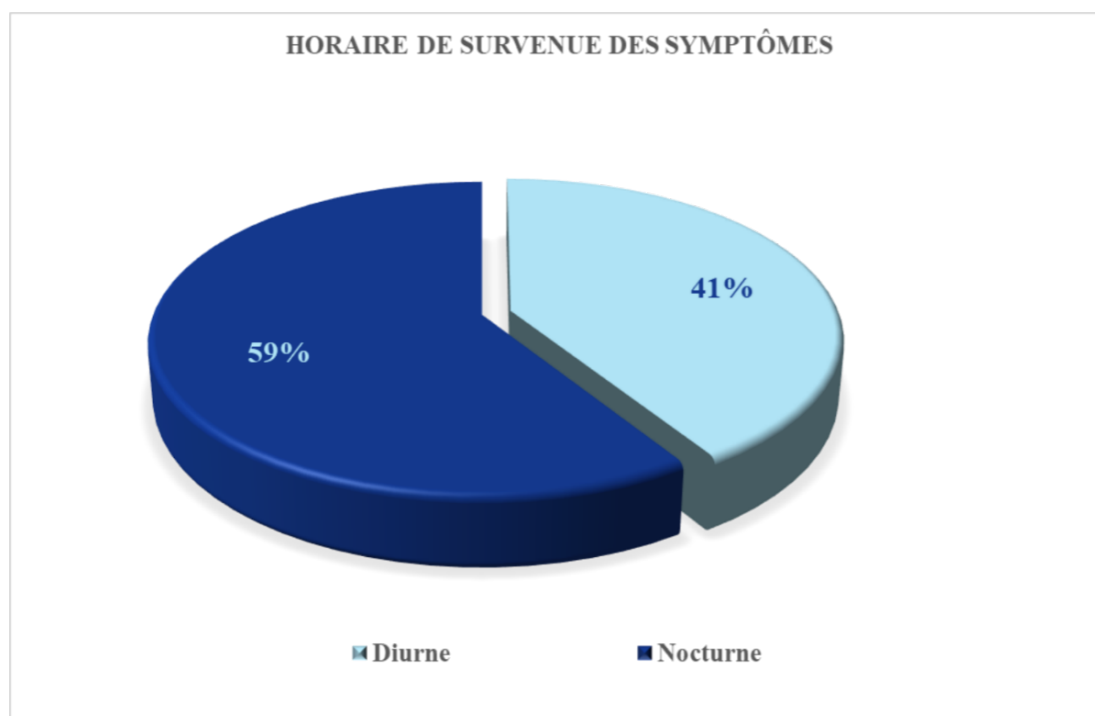


Figure 18 : Répartition des patients selon l'horaire de survenue de la symptomatologie.

8. Le traitement médical

Dans notre questionnaire, on a interrogé les patients sur la prise de traitement anti reflux/Antiacide. Quarante-six étaient sous traitement au moment du questionnaire soit 46% (29 des patients sous traitement anti reflux avaient des symptômes sévères et 17 avaient des symptômes modérés), tandis que cinquante-quatre (54%) ne prenaient aucun traitement pour soulager leur RGO (Figure 19).

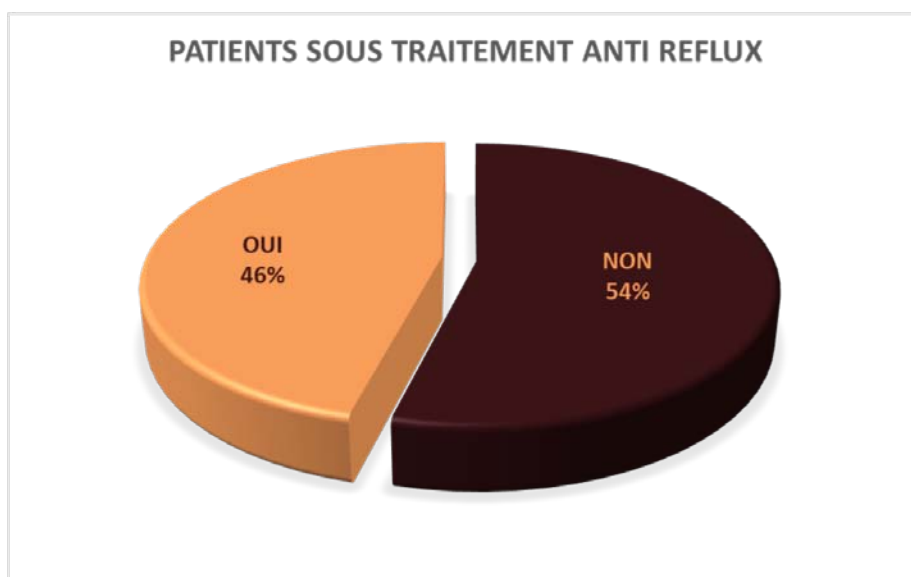


Figure 19 : Répartition des patients selon la prise ou non d'un traitement anti-reflux.

Au sein des 46 individus qui étaient sous traitement, neuf d'entre eux prennent un Antihistaminique H2 (Anti-H2)[S2] soit 19,57%, trente-sept autres étaient sous inhibiteur de la pompe à proton (IPP[S3]) soit 80,43 %, aucun patient n'était sous prokinétiques. Le tableau ci-bas montre les résultats détaillés :

Tableau VII : Type de traitement anti-reflux et le pourcentage de leur consommation.

Type de traitement	Nombre	Pourcentage
AntiH2	9	19,57
IPP	37	80,43
Total	46	100

Dans le groupe des patients sous traitements anti-reflux, seulement cinq ne sont pas soulagés (10,9%), tandis que la symptomatologie des quarante-et-un autres malades, soit 89,1%, est totalement soulagée par la prise médicamenteuse.

9. Le bilan paraclinique

Aucun bilan paraclinique n'a été réalisé chez quatre-vingt-neuf des patients (89%). Une pH-métrie a été réalisée chez un patient à but diagnostique (1%), tandis que la FOGD a été réalisée chez dix patients (10%) objectivant chez trois une gastrite à *Helicobacter pylori* (HP) isolée[S4], une gastrite à HP associée à une hernie hiatale chez un patient, une hernie de l'estomac chez un cas, un cas d'œsophage de Barrett, un cas d'ulcère duodénal et n'objectivant aucune anomalie chez un patient (Tableau VII).

Tableau VIII : Répartition des malades selon les bilans paracliniques réalisés.

Bilan Paraclinique	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Aucun	89	89,0	89,0
FOGD	10	10,0	99,0
pH-métrie	1	1,0	100,0

Le tableau suivant récapitule l'ensemble des résultats des caractéristiques cliniques :

Tableau IX : Caractéristiques Clinique.

Caractéristiques cliniques	Effectif	Pourcentage
IMC		
<18,5	3	3
[18,5 ; 25[	41	41
≥25	56	56
Type des symptômes		
Symptômes typiques	137	66,18
Symptômes atypiques	80	38,65
Nombre de symptômes		
1	7	7
2	13	13
3	20	20
4	27	27
5	33	33
Fréquence des symptômes		
Quotidienne	17	17
>3jours/semaine	35	35
<1jour/semaine	34	34
<3jours/mois	24	24
Sévérité des symptômes		
Légère	33	33
Modérée	38	38
Sévère	29	29
Durée d'évolution		
≤ 1an	15	15
1an à 5ans	14	14
> 5 ans	8	8
Imprécise	64	64
Horaires de survenue des symptômes		
Diurne	41	41
Nocturne	59	59
Traitement médical		
AntiH2	9	19,57
IPP	37	80,43
Bilan paraclinique		
Aucun	89	89
FOGD	10	10
PH-métrie	1	1

III. La qualité de vie spécifique selon le score Reflux-Qual Simplifié (RQS) [S5]

1. L'analyse Descriptive

Cent patients ont répondu au questionnaire de Qdv spécifique au RGO, noté Reflux-Qual Simplifié (RQS®).

La moyenne du score RQS®, est de 56,375(±21,035571) avec un score minimal de 9,37 et un score maximal de 93,75.

Les résultats de l'analyse descriptive sont illustrés dans le tableau suivant :

Tableau X : Analyse descriptive du score RQS chez les patients questionnés.

	Moyenne	Ecart type	Médiane	Minimum	Maximum
Score RQS®	56,375	21,035571	56,25	9,37	93,75

2. L'analyse bivariée

2.1. Le sexe du patient

Il existe une relation statistiquement significative entre le score RQS et le sexe des patients (p=0,024).

On note une différence des moyennes du score RQS selon le sexe des patients, notamment une moyenne de 51,82(± 20,76904) avec un score minimal de 9,38 et maximal de 93,75 chez les femmes, contre une moyenne de 61,5027 (± 20,34755) chez les hommes ; avec un score minimal de 31,25 et un maximal de 93,75.

L'analyse statistique de la différence entre les moyennes du score RQS selon le sexe, objective une différence statistiquement significative ($p=0,021$), notamment la Qdv est plus altérée chez les patients de sexe féminin. (Tableau XI, Figure 20)

Tableau XI : Variation de la moyenne du score RQS selon le sexe des patients.

Sexe du patient	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	P
Homme	61,5027	47	20,34755	31,25	93,75	0,021
Femme	51,8278	53	20,76904	9,38	93,75	

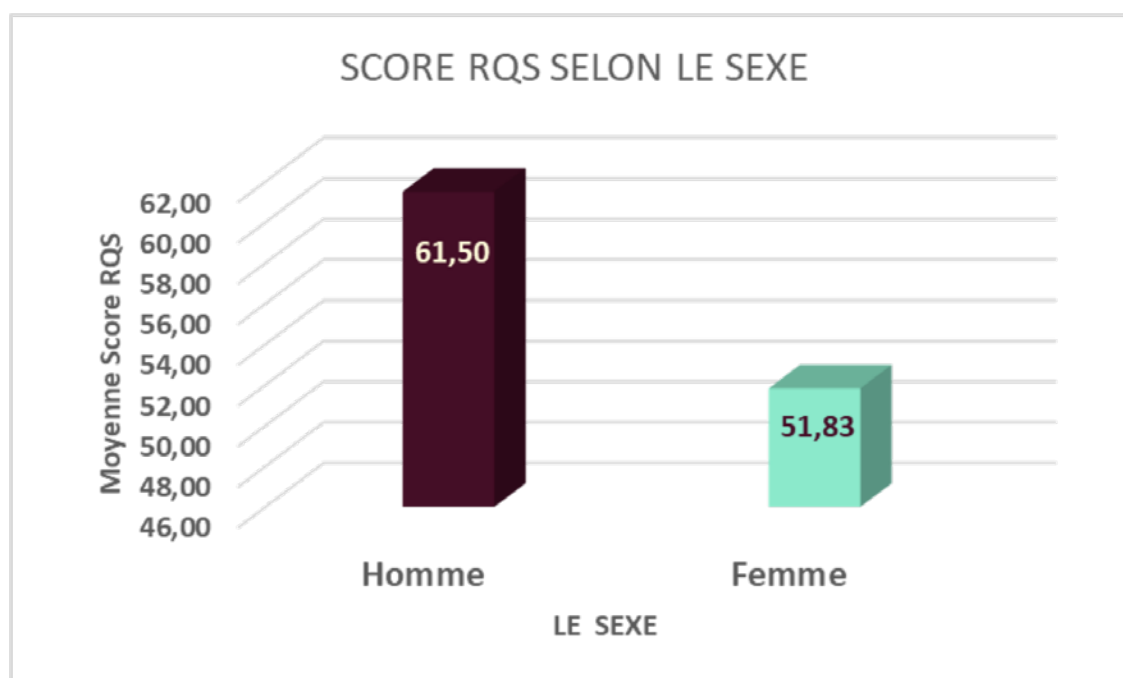


Figure 20 : Variation de la moyenne du score RQS selon le sexe des patients

2.2. L'âge

On note une variation statistiquement significative ($p=0,003$) du score RQS en rapport avec l'âge. On remarque également, que si on compare les moyennes du score RQS selon la tranche d'âge, on trouve que les patients de groupe d'âge [18 ; 35] ont une moyenne du Score de Qdv (61,7071) supérieure à celle du groupe d'un âge [35 ; 60] (46,5278). La

diminution des moyennes du score RQS selon la tranche d'âge coïncide avec l'entrée en vie active des patients.

Tandis que les patients âgés de plus de 60 ans ont une moyenne de 41,1458. De même la différence entre les moyennes du RQS selon les intervalles d'âge, est statistiquement significative ($p=0,001$) (Tableau XII, Figure 21)

Tableau XII : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à la tranche d'âge

Intervalle	Moyenne	N	Ecart type	Médiane	Minimum	Maximum	P
[18 ;35]	61,7071	67	19,44987	59,3750	25,00	93,75	0,001
]35 ;60]	46,5278	27	21,05848	46,8750	9,38	84,38	
>60	41,1458	6	16,70244	35,9375	25,00	71,88	

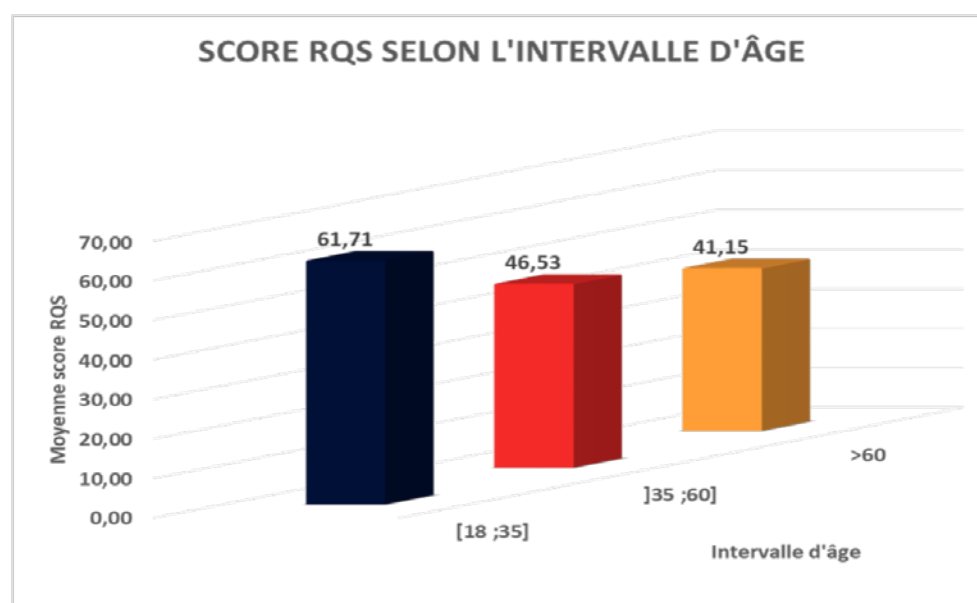


Figure 21 : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à la tranche d'âge ($p=0,001$)

2.3. Le lieu de résidence

Le test de corrélation montre une relation statistiquement significative entre le score RQS et l'origine des patients ($p=0,000$).

On note également une différence entre les moyennes du score RQS selon l'origine des patients : $61,3231 \pm 19,08984$ chez les patients d'origine Urbaine et $39,8098 \pm 18,96696$ chez ceux d'origine rurale.

Cette différence est statistiquement significative ($p=0,000$). (Tableau XIII, Figure 22).

Tableau XIII : Tableau représentant la répartition de la moyenne du score RQS selon l'origine résidentielle des patients.

Origine résidentielle du patient	N	Moyenne	Ecart type	P
Urbaine	77	61,3231	19,08984	0,000
Rural	23	39,8098	18,96696	

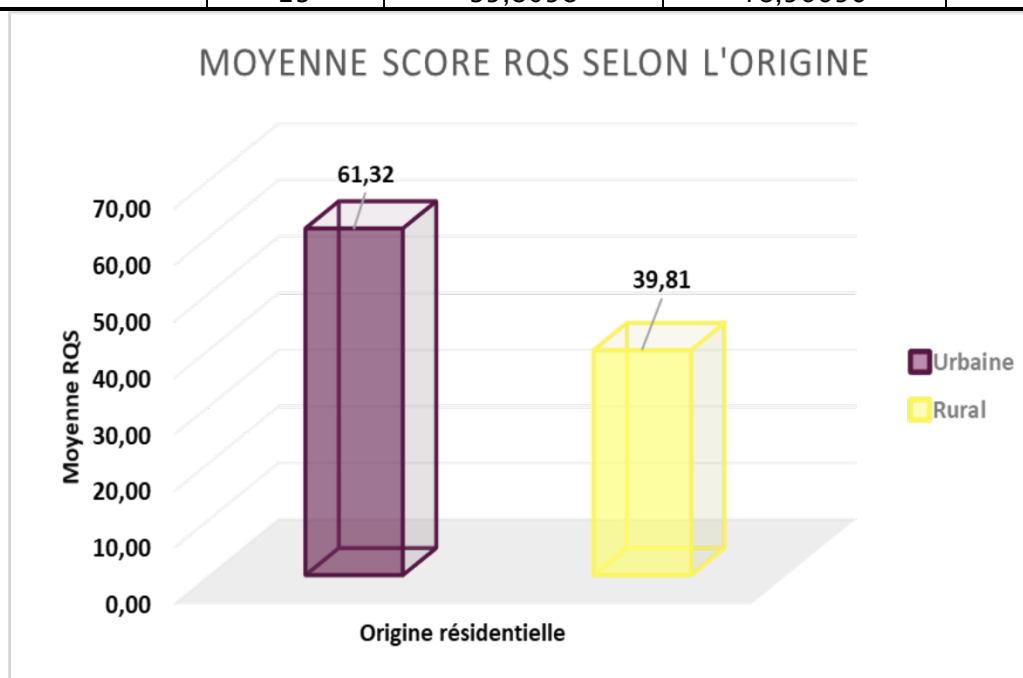


Figure 22 : Répartition de la moyenne du score RQS selon l'origine résidentielle des patients ($p=0,000$)

2.4. Le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique (NSE) est statistiquement associé au score RQS ($p=0,002$). En effet on constate que les participants issus d'un NSE[S6] bas ont un score plus faible par rapport aux patients issus d'un NSE moyens et élevés.

La différence de moyenne du score RQS observée est statistiquement significative ($p=0,000$) (Tableau XIV, Figure 23).

Tableau XIV : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport le NSE des patients

NSE	N	Moyenne du score RQS	Ecart type	P
Moyen et élevé	78	60,9776	19,94783	0,000
Bas	22	40,0568	16,41277	

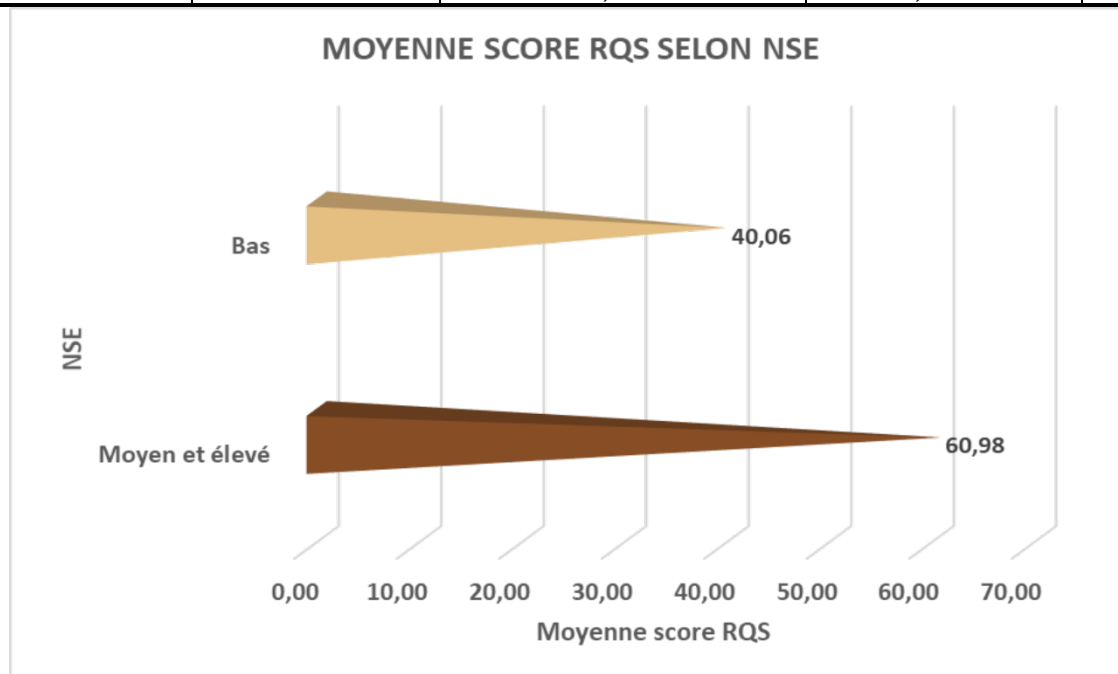


Figure 23 : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport au niveau socio-économique($p=0,000$)

2.5. L'état civil

L'étude des données a objectivé une association statistiquement significative entre l'état civil et le score RQS ($p=0,006$).

Une différence a été notée entre les moyennes du RQS selon l'état civil des patients : 60,3846 ($\pm 19,72643$) chez les patients célibataires, 50,4883 ($\pm 21,99863$) chez les individus mariés et 32,2917 ($\pm 1,80422$) chez les veufs/veuves. Cette différence est statistiquement significative ($p= 0,011$). (Tableau XV, Figure 24).

Tableau XV : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à l'état civil des patients

Etat civil	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	Médiane	P
Célibataire	60,3846	65	19,72643	25,00	93,75	59,3750	0,011
Marié(e)	50,4883	32	21,99863	9,38	87,50	48,4375	
Veuf/Veuve	32,2917	3	1,80422	31,25	34,38	31,2500	

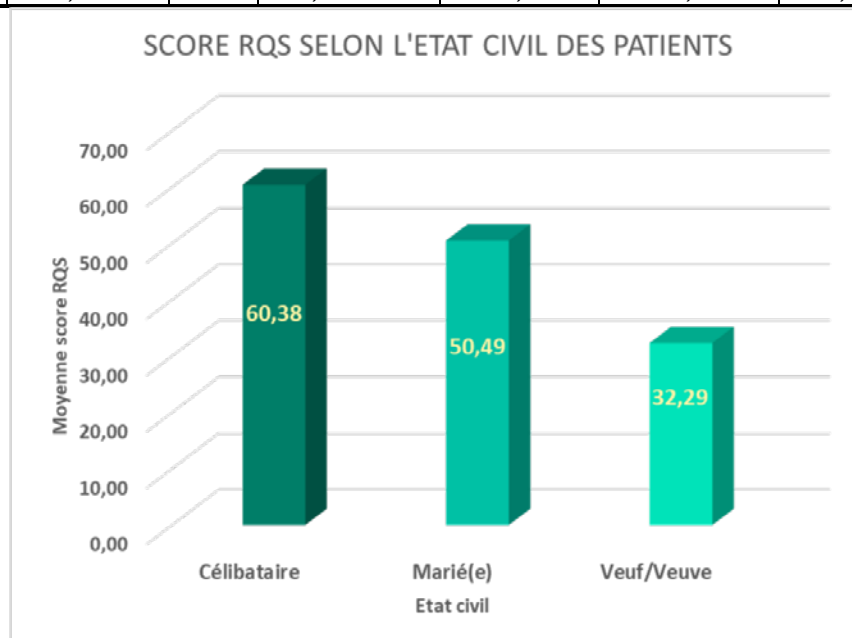


Figure 24 : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à l'état civil ($p=0,011$)

2.6. Le niveau d'études des patients

Une corrélation statistiquement significative existe entre le niveau d'étude des patients et le score RQS ($p=0,000$).

Une différence entre les moyennes du score est notée entre les différents groupes de patients. Notamment, la moyenne chez les patients non scolarisés est de 34,3750 ($\pm 11,09265$). Elle est de 35,2679 ($\pm 12,19875$) chez les patients ayant atteint un niveau d'étude primaire, de 46,8750 ($\pm 23,50437$) chez ceux avec un niveau d'étude secondaire et finalement de 62,6689 ($\pm 18,77062$) pour le groupe des patients ayant suivi un cursus universitaire.

La différence des moyennes entre les différents groupes est statistiquement significative, Plus le niveau d'étude est important plus le score RQS est élevé (Tableau XVI, Figure 25).

Tableau XVI : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport au niveau d'étude des patients

Niveau d'étude des patients	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	Médiane	P
Non scolarisé	34,3750	11	11,09265	9,38	46,88	34,3750	0,000
Primaire	35,2679	7	12,19875	21,88	56,25	31,2500	
Secondaire	46,8750	8	23,50437	9,38	87,50	45,3125	
Universitaire	62,6689	74	18,77062	25,00	93,75	59,3750	

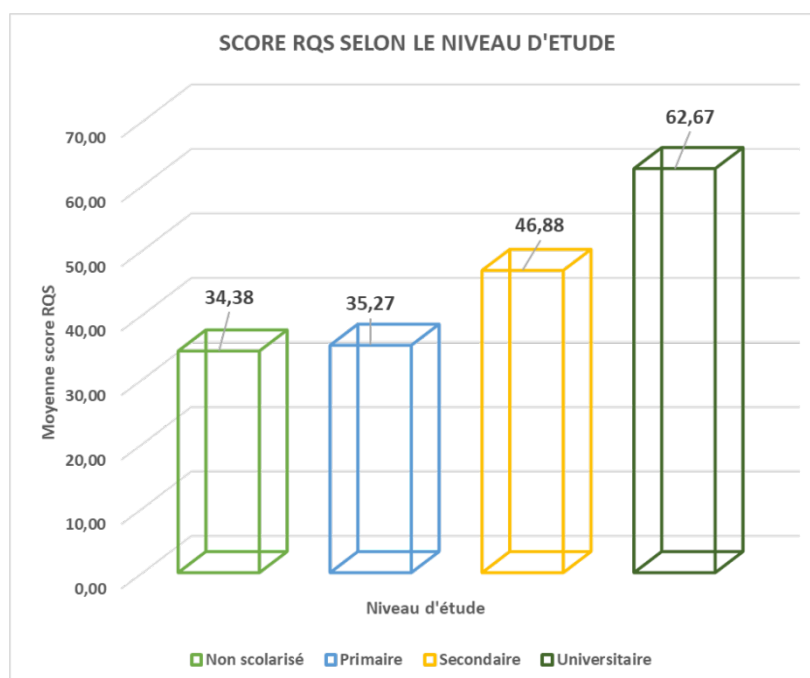


Figure 25 : Représentation graphique de la répartition de la moyenne du score RQS par rapport au niveau d'étude des patients ($p=0,000$)

2.7. La répartition des heures de travail

La répartition des heures de travail n'a pas de relation statistiquement significative avec le score RQS ($p=0,166$). (Tableau XVII).

Tableau XVII : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport à la répartition des heures de travail des patients.

Répartition des heures de travail	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	Médiane	P
Travail Stable	58,8281	40	21,39336	21,88	93,75	59,3750	NS
Travail occasionnel	59,9702	21	22,43957	9,38	93,75	59,3750	
Autres	51,9231	39	19,60254	9,38	87,50	53,1250	

2.8. Le style de vie

Selon l'analyse statistique, il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le style de vie des patients et le score RQS ($p=0,487$). (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Répartition de la moyenne du score RQS par rapport au style de vie des patients.

Style de vie	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	Médiane	P
Seul	62,2024	21	20,60853	31,25	93,75	65,6250	NS
En Famille	54,1820	68	21,43827	9,38	93,75	53,1250	
En communauté	58,8068	11	18,47814	31,25	84,38	56,2500	

2.9. Les produits consommés par patient

L'analyse des données n'a objectivé aucune relation statistiquement significative entre la consommation des différents produits et le score RQS. (Tableau XIX).

Tableau XIX : Corrélation entre les différents produits consommés par les patients et le Score RQS.

Consommation des patients	P
Consommation Tabac	0,319*
Consommation Alcool	0,509*
Consommation Thé	0,645*
Consommation Café	0,270*
Prise médicamenteuse	0,116*

*NS : non significatif

Même si on n'avait pas constaté une corrélation entre les différentes consommations et le score de Qdv, on avait réalisé une comparaison de la moyenne du score RQS entre les patients tabagiques et non tabagiques.

Cette comparaison a objectivé que la moyenne du score RQS chez les patients tabagiques était inférieure à celle des patients non tabagiques ($53,1250 \pm 17,73473$ vs $57,7679 \pm 22,27407$) (Figure 26), les données sont plus détaillées au niveau du tableau suivant :

Tableau XX : Comparaison des moyennes du score RQS entre les patients tabagiques et non tabagiques.

Consommation du tabac	Moyenne RQS	N	Ecart Type	P
Oui	53,1250	30	17,73473	NS
Non	57,7679	70	22,27407	

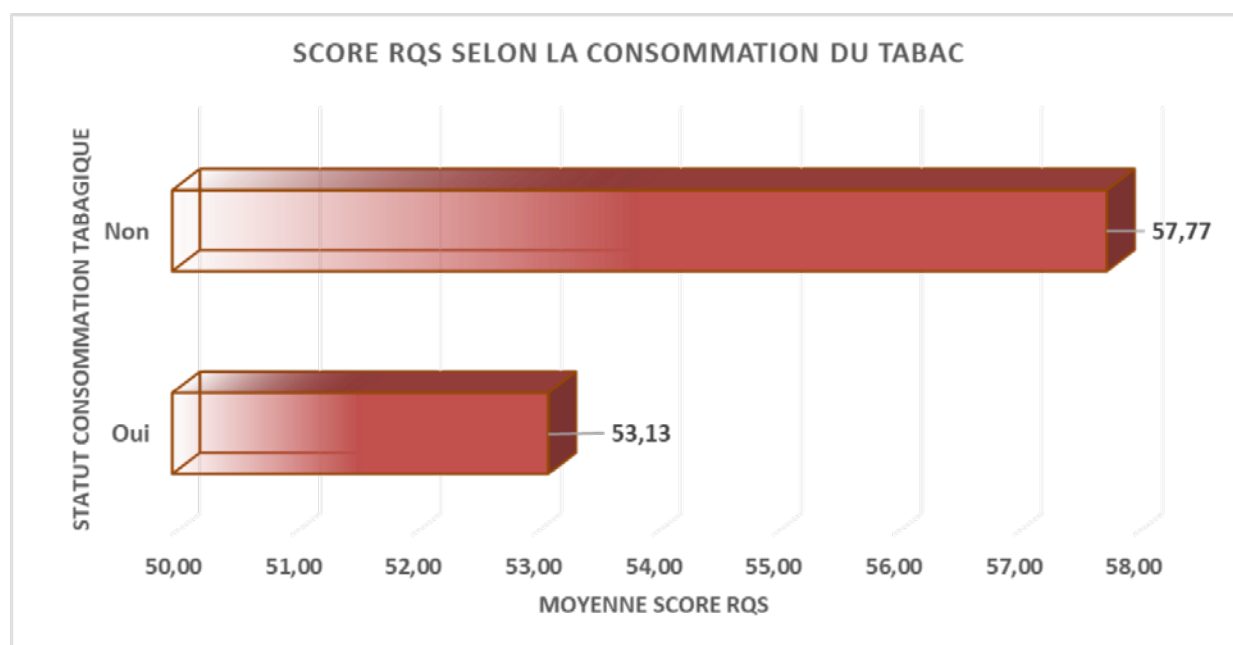


Figure 26 : Variation de la moyenne du RQS chez les patients tabagiques et non tabagiques. P=0,314.

2.10. L'indice de Masse corporelle

Il existe une relation statistiquement significative entre le score de qualité de vie et l'IMC ($p=0,0002$).

Les patients avec un IMC compris dans l'intervalle $[18,5 ; 25[$ ont une moyenne du score de Qdv de 63,87 ($\pm 15,84299$), les patients avec un IMC $< 18,5$ ont une moyenne de 61,46 ($\pm 29,03617$), tandis que les patients avec un IMC ≥ 25 ont une moyenne plus basse du score RQS de la Qdv de 50,6138 ($\pm 22,49858$). (Tableau XXI, Figure 27).

Tableau XXI : Comparaison des moyennes du score RQS selon leur IMC

IMC	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	P
<18,5	61,4583	3	29,03617	37,50	93,75	0,007
[18,5 ;25[	63,8720	41	15,84299	31,25	87,50	
≥25	50,6138	56	22,49858	9,38	93,75	

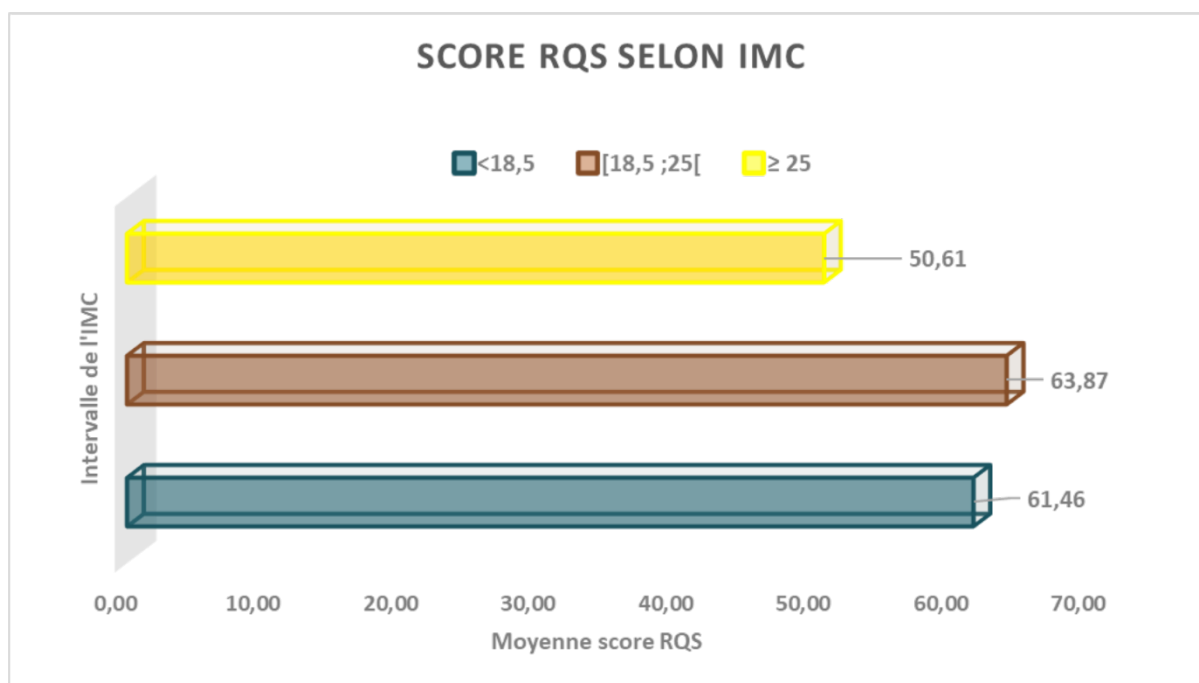


Figure 27 : Variation de la moyenne du RQS selon l'IMC des patients. P=0,0007

2.11. Le type des symptômes

Le pyrosis est le seul symptôme qui a une relation statistiquement significative avec le score RQS (p=0,001), tandis qu'aucune relation entre les autres symptômes et le niveau de la Qdv n'a été trouvée. (Tableau XXII)

Tableau XXII : Corrélation entre les différents symptômes et le Score RQS.

Type de symptômes	P
Pyrosis	0,001
Régurgitations acides	NS
Epigastralgie	
Nausée	
Hoquet	
Otalgie	
Toux chronique	
Asthme	
Infection respiratoire à répétition	
Douleur thoracique	

La différence de moyenne du score RQS chez les patients présentant un pyrosis était inférieure à celle des patients sans pyrosis ($48,75 \pm 19,7575$ vs $62,6136 \pm 20,12659$).

Cette Différence étant statistiquement significative ($p=0,001$). (Tableau XXIII, Figure 28).

Tableau XXIII : Comparaison des moyennes du score RQS chez les patients avec et sans pyrosis

Pyrosis	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	P
Oui	48,7500	45	19,75750	9,38	87,50	0,001
Non	62,6136	55	20,12659	9,38	93,75	

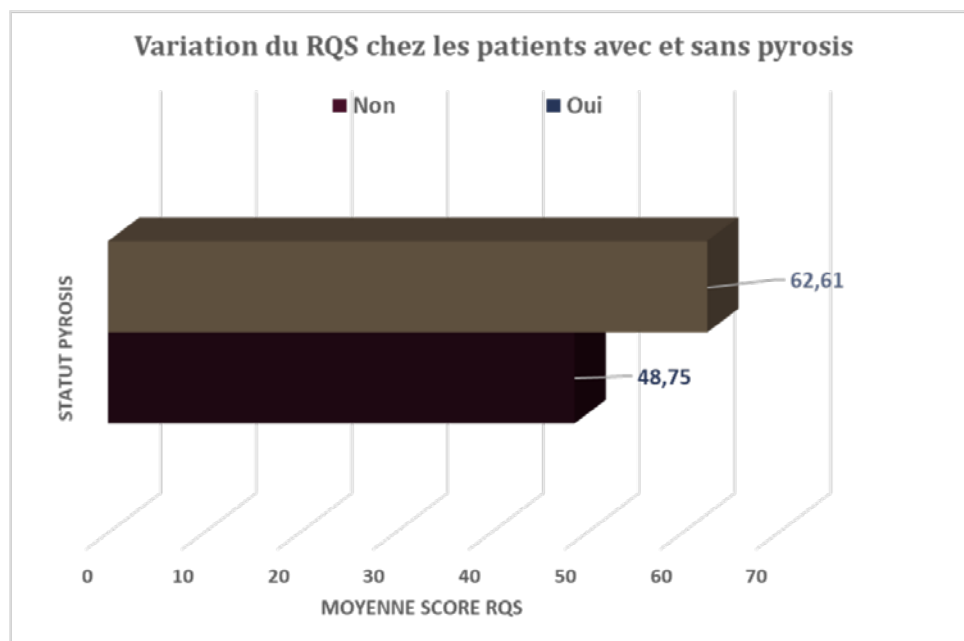


Figure 28 : Comparaison des moyennes du RQS chez les patients avec et sans pyrosis.

P=0,001

2.12. Le nombre de symptômes

Il existe une relation statistiquement significative entre le nombre des symptômes exprimé par le patient et le score RQS de la Qdv ($p= 0,042$).

Plus le nombre de symptômes est plus important, plus le score RQS est diminué. Les patients présentant un seul symptôme ont une moyenne du score RQS de $67,24 \pm 19,14795$, ceux avec deux symptômes ont une moyenne de $51,33 \pm 21,02123$. Alors que les patients avec trois, quatre et cinq symptômes ont respectivement des moyennes de score RQS de : $52,46 \pm 21,62212$, $52,73 \pm 17,63322$ et $59,38 \pm 0$ (Tableau XXIV, Figure 29).

Tableau XXIV : Variation du score RQS selon le nombre des symptômes

Nombre de symptômes	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	P
1	67,24	29	19,14795	34,38	93,75	0,021
2	51,33	47	21,02123	9,38	90,63	
3	52,46	14	21,62212	21,88	87,50	
4	52,73	8	17,63322	25,00	84,38	
5	59,38	2	0,00000	59,38	59,38	

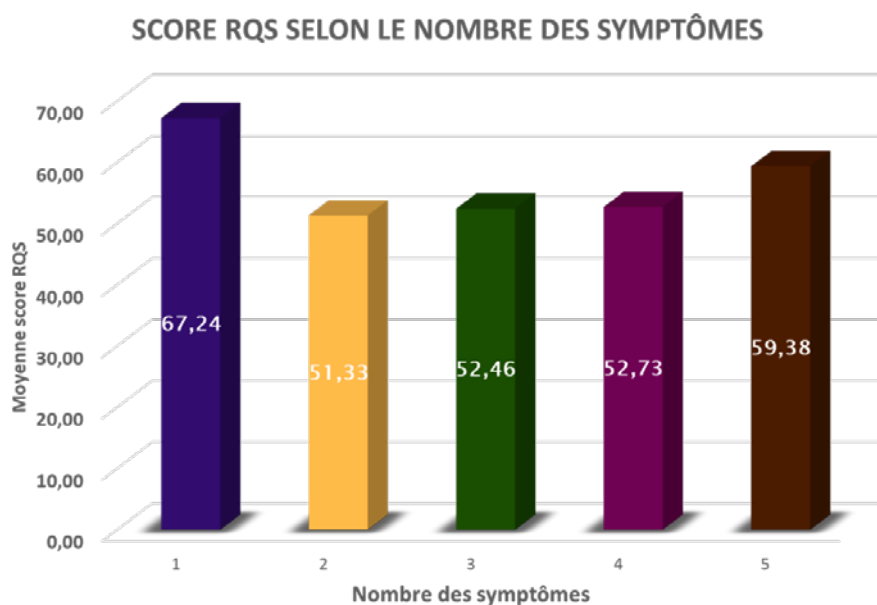


Figure 29 : Comparaison des moyennes du score RQS selon le nombre des symptômes
P=0,021.

2.13. Fréquence des symptômes

La fréquence de survenue des symptômes a une influence statistiquement significative sur le score RQS de Qdv ($p=0,000$).

La différence retrouvée entre les moyennes selon la fréquence de survenue des symptômes est statistiquement significative ($p=0,000$).

Ainsi les patients qui présentaient une symptomatologie quotidienne ont une moyenne de 40,0735(\pm 23,90766), ceux avec une symptomatologie fréquente ont une moyenne de 45,5000(\pm 15,09734), ceux avec une symptomatologie hebdomadaire ont une moyenne de 61,3971 (\pm 16,31765) et ceux avec une symptomatologie mensuelle ont une moyenne de 72,1354(\pm 16,30105). (Tableau XXV, Figure 30).

Tableau XXV : Répartition de la moyenne du score RQS selon la fréquence des symptômes.

Fréquence des symptômes	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	Médiane	P
Quotidienne	40,0735	17	23,90766	9,38	87,50	31,2500	0,000
>3jours/semaine	45,5000	25	15,09734	25,00	84,38	43,7500	
<1 jour / semaine	61,3971	34	16,31765	34,38	93,75	59,3750	
<3 jours/mois	72,1354	24	16,30105	31,25	93,75	76,5625	

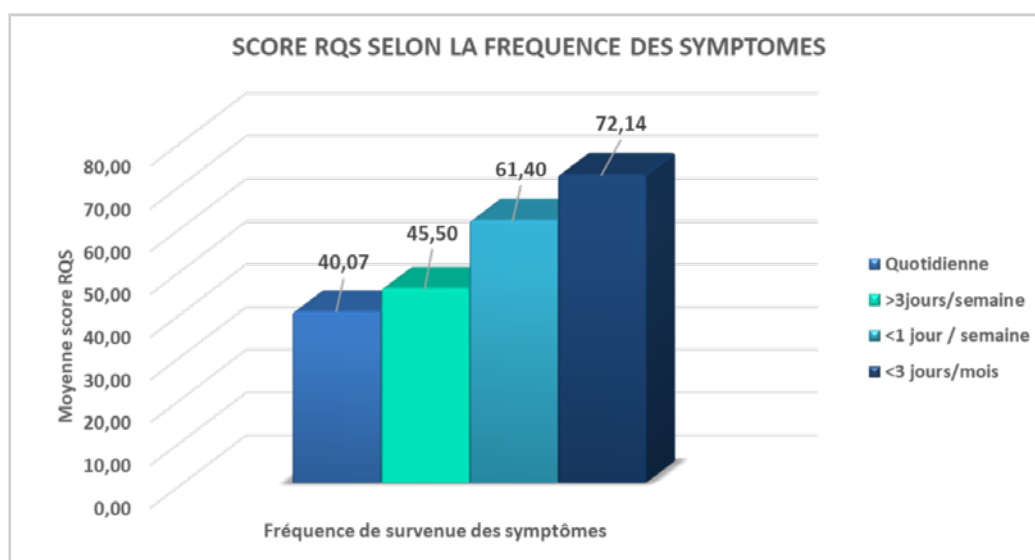


Figure 30 : Comparaison des moyennes du score RQS selon la fréquence de la symptomatologie P=0,000.

2.14. La sévérité des symptômes

Il existe une relation statistiquement significative entre la sévérité des symptômes et le score RQS ($p=0,000$). En effet, les patients présentant une symptomatologie sévère ont un score RQS plus faible que les patients avec une symptomatologie légère.

La différence, retrouvée entre les moyennes du score selon la sévérité des symptômes, est statistiquement significative.

Singulièrement les patients avec une symptomatologie sévère ont une moyenne du RQS de 35,9914($\pm 12,79290$), ceux avec une symptomatologie modérée ont 60,1151 ($\pm 18,38660$) de moyenne, et ceux avec une symptomatologie légère ont une moyenne de 69,9811 ($\pm 15,83722$). (Tableau XXVI, Figure 31).

Tableau XXVI : Répartition de la moyenne du score RQS selon la sévérité des symptômes.

Sévérité des symptômes	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	Médiane	P
Légère	69,9811	33	15,83722	37,50	93,75	75,0000	0,000
Modérée	60,1151	38	18,38660	31,25	90,63	59,3750	
Sévère	35,9914	29	12,79290	9,38	59,38	34,3750	

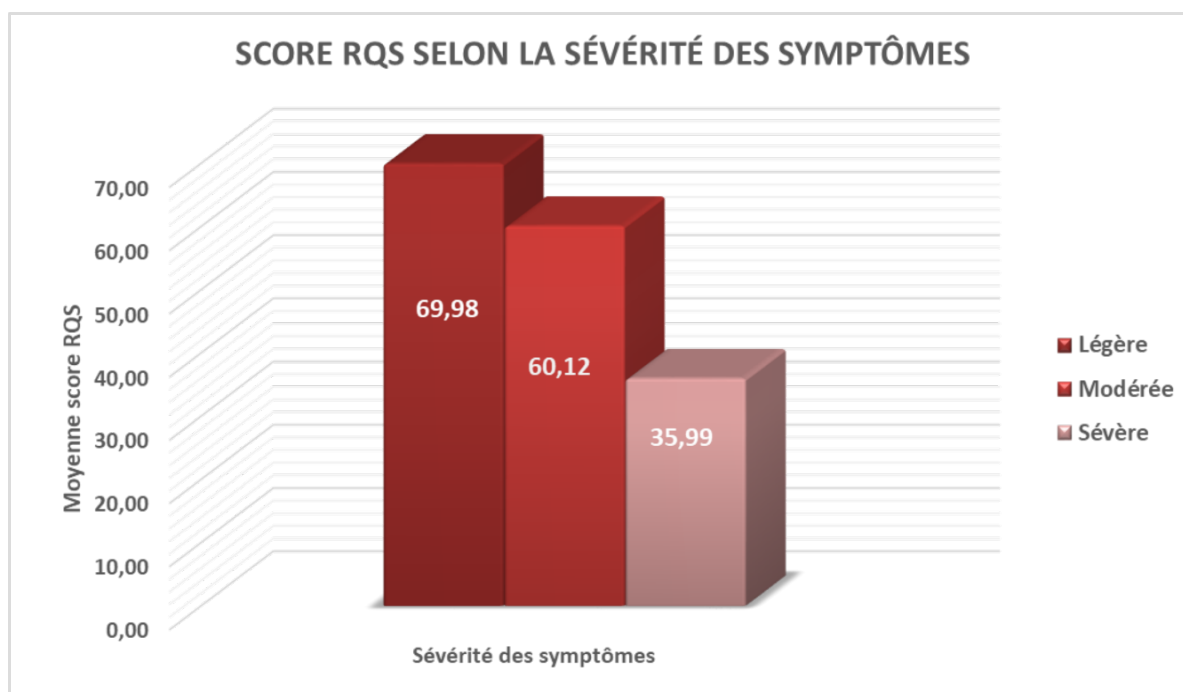


Figure 31 : Comparaison des moyennes score RQS selon la sévérité des symptômes. $P=0,000$.

2.15. Durée de l'évolution

Il n'existe pas de relation significative entre la durée d'évolution du RGO et le score RQS ($p=0,70$). (Tableau XXVII).

Tableau XXVII : Comparaison des moyennes du score RQS selon la durée d'évolution des symptômes ($p=0,70$).

Durée d'évolution	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	P
<1an	51,8750	15	17,94399	25,00	78,13	NS
1an à 5ans	56,2500	12	21,15285	21,88	84,38	
>5ans	53,1250	8	27,70016	9,38	90,63	
Total	53,6607	35	20,95609	9,38	90,63	

2.16. L'horaire de survenue de la symptomatologie

Les horaires de survenue de la symptomatologie ont une relation significative avec la variation du score RQS ($p=0,035$).

Les patients présentant une symptomatologie à prédominance diurne ont une moyenne de 61,6616 ($\pm 19,04744$), ceux présentant une symptomatologie à recrudescence nocturne ont une moyenne de 52,7013 ($\pm 21,71631$).

La différence entre les moyennes est statistiquement significative ($p=0,035$). (Tableau XXVIII, Figure 32).

Tableau XXVIII : Comparaison des moyennes du score RQS selon l'horaire de survenue de la symptomatologie.

Horaire de survenue de la symptomatologie	Moyenne	N	Ecart type	Minimum	Maximum	P
Diurne	61,6616	41	19,04744	25,00	93,75	0,035
Nocturne	52,7013	59	21,71631	9,38	93,75	

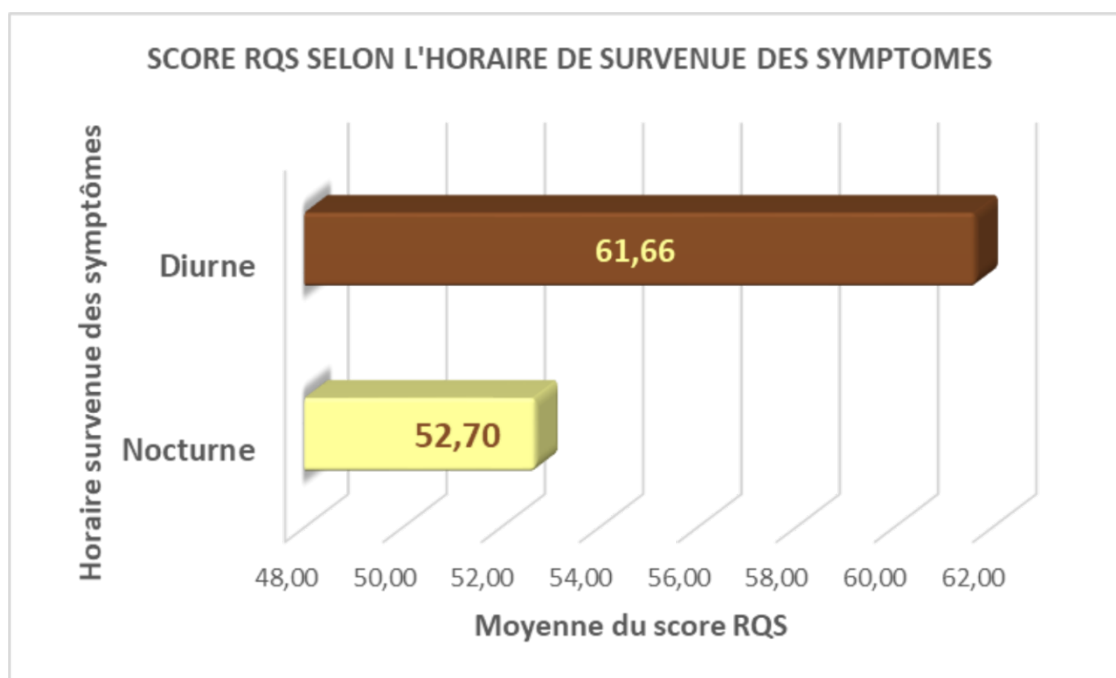


Figure 32 : Comparaison des moyennes du score RQS selon l'horaire de survenue de la symptomatologie. $P=0,035$.

2.17. La corrélation entre l'heure de survenue des symptômes, l'IMC et le score RQS

Il existe une corrélation significative entre l'horaire de survenue de la symptomatologie, l'IMC et le score RQS de la qualité de vie ($p=0,035$).

Les patients avec une symptomatologie diurne et un IMC entre $[18,5 ; 25[$, ont une moyenne du RQS de $64,2578 (\pm 17,60270)$, tandis que celle des patients avec un $IMC \geq 25$ est de $60 (\pm 20,09094)$.

Les patients avec une symptomatologie nocturne et un IMC entre $[18,5 ; 25[$, ont une moyenne de $63,6250 (\pm 14,98372)$, tandis que ceux avec un IMC élevé ≥ 25 ont une moyenne inférieure de $43,0444 (\pm 21,73631)$. (Tableau XXIX, Figure 33).

Tableau XXIX : Comparaison des moyennes du score RQS selon l'horaire de survenue de la symptomatologie et leurs IMC.

Horaire de survenue de la symptomatologie	IMC	Moyenne RQS	N	Ecart type	Minimum	Maximum	P
Diurne	[18,5 ;25[64,2578	16	17,6027	31,25	87,50	0,035
	≥25	60,0000	25	20,09094	25,00	93,75	
	Total	61,6616	41	19,04744	25,00	93,75	
Nocturne	<18,5	61,4583	3	29,03617	37,50	93,75	
	[18,5 ;25[	63,6250	25	14,98372	31,25	84,38
	≥25	43,0444	31	21,73631	9,38	90,63	
	Total	52,7013	59	21,71631	9,38	93,75	

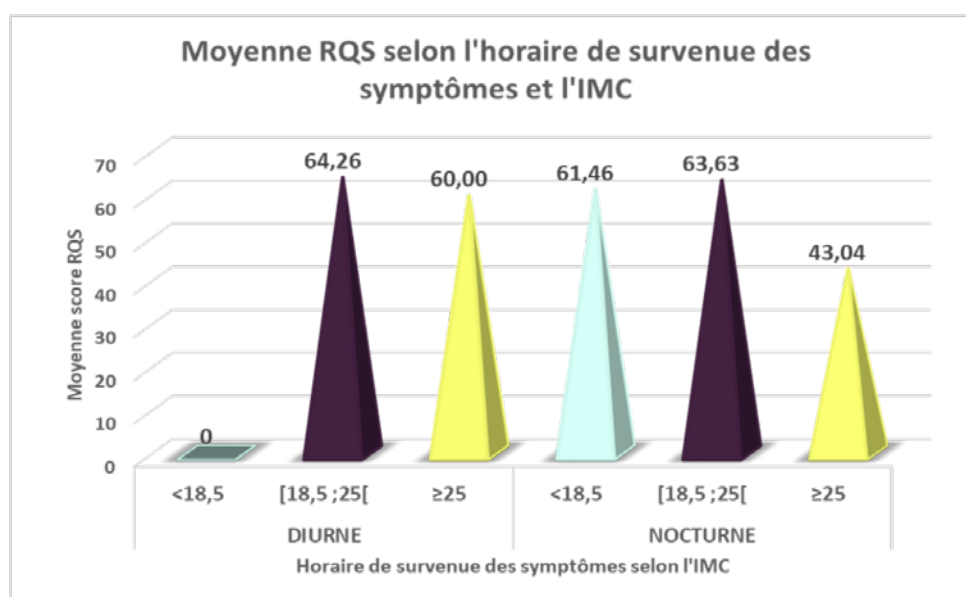


Figure 33 : Comparaison de la moyenne du RQS selon l'horaire de survenue de la symptomatologie et de l'IMC. P=0,035.

Ci-dessous est un tableau récapitulatif de l'ensemble des résultats de l'analyse statistique bivariée :

Tableau XXX : Tableau récapitulatif de l'ensemble des corrélations bivariées.

Variables		N =100	Moyenne du RQS selon la Variable	P
Age	[18 ;35]	67	61,7071±19,44987	0,001
	]35 ;60]	27	46,5278±21,05848
	>60	6	41,1458±16,70244	
Sexe	Femme	53	51,82±20,76	0,021
	Homme	47	61,5 ±20,35	
Origine résidentielle	Urbaine	77	61,32±19,08	0,000
	Rurale	23	39,8±18,69	
Niveau Socio-économique	Bas	22	40,05±16,41	0,000
	Moyen et élevé	78	60,97±19,97	
Etat civil	Célibataire	65	60,38±19,72	0,011
	Marié(e)	32	50,48±21,99	
	Veuf/veuve	3	32,29±1,8	
Niveau d'étude	Non scolarisé	11	34,37±11,09	0,000
	Primaire	7	35,26±12,19	
	Secondaire	8	46,87±23,5	
	Universitaire	74	62,66±18,77	
Heures de travail	Emploi stable	40	58,82±21,39	NS*
	Emploi occasionnel	21	59,97±22,43	
	Autres	39	51,92±19,6	
Style de vie	Seul	21	62,2±20,6	NS*
	En famille	68	54,18±21,43	
	En communauté	11	58,8±18,47	
Consommation du tabac	Tabagique	30	53,12±17,73	NS*
	Non tabagique	70	57,76±22,27	
Indice de masse corporelle	<18,5	3	61,4583±29,03617	0,0007
	]18,5 ;25[	41	63,8720±15,84299
	≥25	56	50,6138±22,49858	

Tableau XXX : Tableau récapitulatif de l'ensemble des corrélations bivariées. « Suite »

Variables		N =100	Moyenne du RQS selon la Variable	P
Fréquence des symptômes	Quotidienne	17	40,0735±23,90766	0,000
	>3jours/semaine	25	45,5000±15,09734	
	<1jour/semaine	34	61,3971±16,31765	
	<3 jours/semaine	24	72,1354±16,30105	
Type des symptômes	Pyrosis	45	48,7500±19,75750	0,001
		55	62,6136±20,12659	
Nombre de symptômes	1	29	67,24 ±19,14795	0,021
	2	47	51,33 ±21,02123	
	3	14	52,46 ±21,62212	
	4	8	52,73 ±17,63322	
	5	2	59,38 ±0,00000	
Sévérité des symptômes	Légère	33	69,98±15,83	0,000
	Modérée	38	60,11±18,38	
	Sévère	29	35,99±12,79	
Durée de l'évolution (64 imprécis)	<1an	15	51,87±17,94	NS*
	1an à 5ans	12	56,25±21,15	
	>5ans	8	53,12±27,7	
Horaires de survenue des symptômes	Diurne	41	61,66±19,04	0,035
	Nocturne	59	52,7±21,71	



DISCUSSION



I. Qualité de vie et maladies chroniques

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on parle de « maladie chronique » dans le cas d'une affection de longue durée qui évolue avec le temps et expose à des complications.

Il n'est pas toujours évident de reconnaître une personne atteinte par une maladie chronique. Pourtant, ce type de maladie est responsable de 17 millions de décès dans le monde chaque année(9).

En France , 19 millions de personnes de la population adulte sont atteintes d'une maladie chronique, soit plus de 37%, dont 13 millions avec une limitation dans la vie courante(10).

1. Pourquoi évaluer la qualité de vie ?

Les maladies chroniques représentent à l'évidence un nouveau paradigme pour le système de santé et appellent des dispositifs ou des innovations qui permettent une prise en charge globale des personnes concernées, et autant que possible personnalisée.

La maladie chronique dépasse largement les domaines de la santé et du soin et piétine sur les autres aspects de la vie quotidienne. Pouvoir améliorer la qualité de vie des patients, c'est aussi leur permettre de participer à une vie sociale, accéder à un emploi ou le conserver. Améliorer sa qualité de vie, c'est donc pouvoir préserver son autonomie et vivre le quotidien avec plus d'aisance.

« Health related quality of life » ou la qualité de vie liée à la santé, détermine comment un individu évalue subjectivement son propre bien-être et sa capacité à être autonome dans les différents domaines définissant la santé ; son bien-être physique, mental et social(11).

Comme le fardeau de la maladie chronique augmente, plus d'attention est consacrée à la qualité de vie liée à la santé. Par contre, l'impact de cette même Qdv, rapporté par les patients, ne reflète pas toujours le degré de l'atteinte clinique(12).

En effet, deux personnes ayant le même état de santé objectif peuvent avoir des qualités de vie très différentes. En d'autres termes, il est devenu de plus en plus apparent que le vécu du malade est un élément majeur d'évaluation clinique. Ce paramètre doit être pris en compte dans le retentissement de la maladie chez le patient et ainsi apprécier l'efficacité des traitements mis en place.

En recherche clinique, l'évaluation de la qualité de vie est devenue systématique pour documenter les bénéfices de la prise en charge thérapeutique. La légitimité de cette démarche résulte du constat que la santé ne peut se résumer à la dimension biomédicale uniquement.

Plusieurs outils de mesure ont donc été développés, entre autres les questionnaires. La méthodologie de construction et d'analyse de ceux-ci est établie et reconnue par la communauté scientifique (13).

Grâce à une ancienne étude réalisée pour comparer l'impact des différentes pathologies chroniques sur la Qdv des patients, on a pu constater que la qualité de vie des malades atteints d'affections gastro-intestinales chroniques, lésionnelles ou fonctionnelles, était beaucoup plus altérée que dans d'autres affections chroniques cardio-vasculaires, métaboliques ou articulaires (14).

De l'ensemble des patients en soins de santé primaires, plus de neuf millions/an se présentent pour une symptomatologie du RGO, qui reste la pathologie gastro-intestinale chronique la plus fréquente chez les patients vus en consultation externe(6).

Une littérature abondante a révélé l'importance de l'évaluation de la Qdv au cours du RGO. Cette dernière reflète non seulement la sévérité de la maladie mais aussi l'efficacité des stratégies thérapeutiques (15).

2. Choix du questionnaire

Mesurer la qualité de vie nécessite que l'on dispose d'outils à la fois subjectifs (c'est le sujet lui-même qui doit évaluer l'impact de la maladie et de ses traitements sur son existence) et multi- dimensionnels.

Sont utilisés de ce fait, des auto-questionnaires comprenant des questions regroupées en plusieurs dimensions (= items), recouvrant toujours les quatre grandes composantes de l'état de santé perçues par un sujet malade : ses activités physiques et professionnelles, son état psychologique, ses relations avec les autres et ses sensations somatiques.

Plusieurs choix de réponses sont proposés, le plus souvent, en utilisant une échelle verbale à plusieurs modalités de réponse (par exemple : nul, moyen, léger, important et extrême en cas d'échelle à cinq points). En additionnant les réponses données aux questions, on obtient un score pour chaque dimension. Un score global est également le plus souvent calculé en additionnant le score de toutes les dimensions. La période de temps explorée correspond habituellement aux quatre dernières semaines(16).

Il existe trois types de questionnaires de qualité de vie :

- Les questionnaires génériques permettent de comparer la qualité de vie au sein de différentes populations ou entre différentes maladies.
- Les questionnaires spécifiques, élaborés pour une pathologie précise, ont l'avantage de prendre en compte les manifestations spécifiques de la maladie étudiée.
- Les questionnaires mixtes représentent un point d'équilibre entre les outils génériques, peu sensibles, et ceux spécifiques aux applications limitées à une seule pathologie.

La symptomatologie du RGO peut avoir un impact profond sur la Qdv des patients. Notamment une altération du sommeil, une augmentation des restrictions alimentaires, de l'inquiétude, ou même une diminution de l'activité sociale et de la productivité professionnelle(17).

Une analyse chinoise systématique de la littérature, réalisée en 2015, avait comparé les différents questionnaires génériques, spécifiques et mixtes disponibles pour évaluer la qualité de vie chez les patients souffrant du RGO(18).

Cette étude en comparant trois questionnaires génériques a objectivé que le score SF-36 « 36-item short-form Health Survey » (19) avait une faible sensibilité pour évaluer la Qdv chez les patients ayant un RGO. En conséquence, il est recommandé de l'utiliser en association avec un outil de mesure spécifique afin de permettre une meilleure évaluation de la Qdv (18,20). Pace et al.(21) ont déterminé que le PGWBI ou « The psychological general well-being index » est efficace dans l'évaluation des patients ayant un RGO, bien que sa limite principale est sa focalisation sur le bien-être général du patient plutôt que sur le développement des fonctions physiologiques et de la vitalité. Par conséquent, plus d'études doivent être réalisées pour démontrer la sensibilité et la spécificité du PGWBI(18).

En ce qui concerne « the EuroQol 5D (EQ-5D) », une étude menée par Grant et al.(22) a indiqué que cette échelle est un instrument fiable et validé dans l'évaluation des patients atteints du RGO.

Les questionnaires spécifiques à la pathologie, ont le grand avantage de pouvoir détecter les changements mineurs mais importants dans la santé des patients(18).

Le « Health-related QOL scale for GERD » (GERD-HRQL) ou échelle de Qdv liée à la santé pour RGO, a été développé pour étudier les résultats symptomatiques et les effets

thérapeutiques chez les patients atteints du RGO(23). Ce questionnaire avec 11 items, se concentre sur la symptomatologie, les effets du traitement et l'état de santé actuel du patient. Mais l'inconvénient que présente le GERD-HRQL, malgré qu'il soit simple à utiliser, facile à comprendre et sensible aux effets du traitement, est qu'il doit être associé à un questionnaire générique(18,24), vu qu'il ne prend pas en considération l'importance de la composante psychologique et sociale de la Qdv(25).

L'autre questionnaire spécifique est « the GERD-QOL questionnaire », qui a été élaboré en 2009 par Chan Y et al.(25) et qui comprend 16 items regroupés en quatre sous-échelles : l'activité quotidienne, l'effet du traitement, l'alimentation et le bien-être psychologique. Ce questionnaire ne présente pas les lacunes du GERD-HRQL, qui s'intéresse plus à la sévérité des symptômes (18,25). Cependant, deux points essentiels doivent être pris en compte lors de son utilisation, premièrement, la dimension du bien-être psychologique n'est représentée que par deux items et donc plus d'attention doit être prêtée lors de l'interprétation de cette sous-échelle. Le deuxième point étant les patients avec un endobrachi-œsophage (EBO), plus d'études doivent être réalisées puisque ce groupe de patients était exclu lors du développement et la validation de ce questionnaire(18).

En 1999, Raymond et al.(26) ont créé le Reflux-Qual questionnaire, qui est un auto-questionnaire focalisé sur le patient. Ce questionnaire était considéré comme étant fastidieux, inconmode et compliqué, vu qu'il comprenait 37 items.

Partant, de ce fait, Amouretti et al.(27) ont développé une version révisée et abrégée du Reflux-Qual, le « short-form Reflux-Qual » ou RQS, qui est un court questionnaire basé sur le reflux-Qual et qui comprend 8 items couvrant quatre catégories : la vie quotidienne, le bien-être, l'impact psychologique sur le sommeil et l'alimentation. Un score allant de 0

(niveau de Qdv le plus bas) à 100 (niveau de Qdv le plus élevé), peut facilement être obtenu en utilisant ce questionnaire.

De plus, cet outil a le potentiel de déterminer – à la fois – l'amélioration et la détérioration de la Qdv du patient pour l'ensemble d'une population étudiée. En effet, il a été montré que le questionnaire RQS avait toutes les caractéristiques appropriées pour être utilisé par les cliniciens dans leur pratique quotidienne, afin de pouvoir mieux adapter leur stratégie thérapeutique selon le besoin du patient, et ainsi contribuer à une meilleure relation médecin-malade(18,27).

En ce qui concerne les questionnaires mixtes, ils sont appropriés pour les patients atteints de troubles gastro-intestinaux en général. Deux d'entre eux sont les plus utilisés chez les patients atteints du RGO en pratique courante : « QOL questionnaire in reflux and dyspepsia » (QOLRAD) développé par Wiklund and al.(28) et le « Domestic/international gastroenterology surveillance study questionnaire » (DIGEST) élaboré par Eggleston et al.(29).

Ci-dessous, un tableau récapitulatif de l'ensemble des questionnaires élaborés pour évaluer la Qdv des patients ayant un RGO(30) :

Tableau XXXI : Tableau récapitulatif des questionnaires de la Qdv, utilisés chez les patients ayant un RGO, et leurs descriptions.

Instrument	Description
Questionnaires génériques pour évaluer les patients ayant un RGO :	
SF-36(19)	36 items, 8 sous-échelles : activité physique, bien-être social, limitations liées à la santé physique, limitations liées à la santé mentale, douleur physique, santé mentale, vitalité (énergie / fatigue), modification perçue de l'état de santé. (0-100)
PGWBI(31)	22 items ; 6 sous-échelles : anxiété, dépression, Bien-être, maîtrise de soi, état de Santé générale, vitalité et énergie. (22-132)
EuroQol(32)	5 ou 7 items ; (0-100)
Questionnaires spécifiques pour évaluer les patients ayant un RGO :	
GERD-HRQoL(24)	11 items ; symptomatologie clinique, effets du traitement, état de santé actuel du patient ; (45-0) 0 représentant la meilleure Qdv
GERD-QOL(25)	16 items ; 4 sous-échelles : activité quotidienne, effet du traitement, alimentation et bien-être psychologique.
Reflux-Qual(26)	37 items ; 7 sous-échelles : Vie quotidienne, vie relationnelle, bien-être, retentissement psychique, crainte, sommeil, alimentation.
RQS(27)	8 items : vie quotidienne, bien-être, impact psychologique, sommeil, alimentation. (0-100)
Questionnaires mixtes pour évaluer les patients ayant un RGO :	
QOLRAD(28)	25 items : bien-être émotionnel, sommeil, alimentation, activité physique et sociale, vitalité
DIGEST(29)	27 items

Le RQS est capable de différencier les groupes de patients en fonction de la gravité du RGO et de la fréquence de survenue des symptômes. Il a été démontré que ce score avait la sensibilité d'objectiver la variation de la sévérité clinique entre les différents patients ainsi que les changements de la Qdv au fil du temps chez le même patient(17).

À l'heure actuelle, la fonctionnalité du questionnaire RQS a été largement validée, ce qui a permis son utilisation dans plusieurs populations différentes(18).

Dans ce sens, nous avons choisi d'utiliser le RQS comme moyen d'évaluation de la Qdv chez nos patients.

II. La qualité de vie liée au RGO

1. Le reflux Gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est devenu plus fréquent durant cette dernière décennie, et est considéré actuellement comme l'une des pathologies chroniques les plus répandues, avec une prévalence estimée à 27,8% dans l'Amérique du nord, 25,9% en Europe. Des évidences suggèrent une augmentation dans la prévalence de cette pathologie, particulièrement en Amérique et en Asie depuis 1995(33).

En 2009, Une étude avait objectivé que la prévalence du RGO au Nigeria était de 26,34%(34). Dans notre pays il n'y pas eu d'étude de la prévalence du RGO au sein de la population marocaine, mais un travail réalisé au CHU de Fès avait objectivé que 20,2% des patients consultants en gastro-entérologie présentaient un RGO(35).

Il existe plusieurs facteurs intervenant dans la survenue et la perception du RGO, la figure suivante est un aperçu de ces derniers.

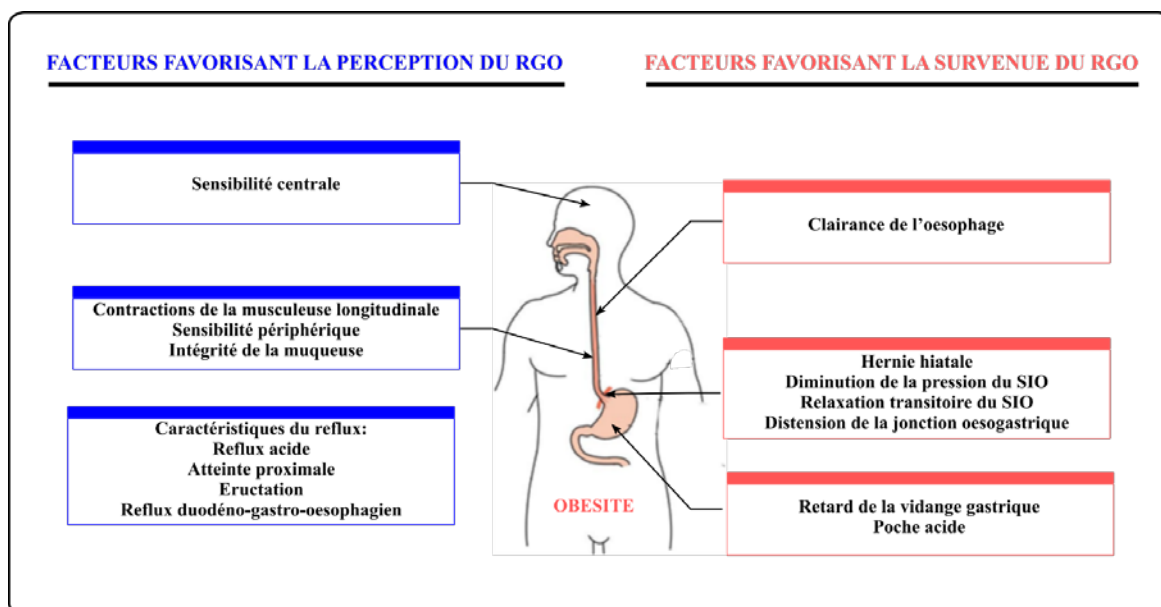


Figure 34 : Aperçu des facteurs jouant un rôle dans la perception du RGO, et sa provocation (33).

L'histoire naturelle de cette maladie est actuellement mieux connue. Elle est marquée par le non-recours fréquent au système de soins et, en parallèle, par une automédication fréquente ; une tendance à la récurrence des symptômes ; la rareté (mais non l'absence) de complications sévères (35).

La figure 35 présente les différentes manifestations du RGO :

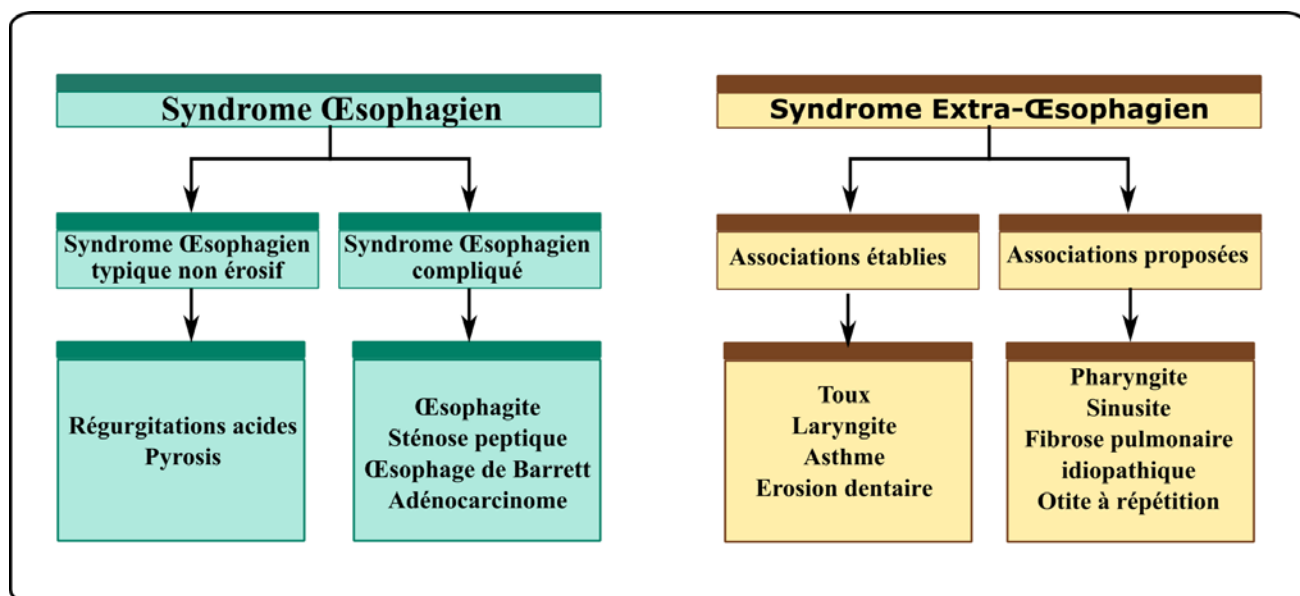


Figure 35 : Manifestations cliniques du RGO selon la classification de Montréal (41)

Un essai empirique de thérapie antiacide peut servir à la fois au diagnostic et au traitement ; une réponse adéquate confirme le diagnostic et permet d'éviter des examens supplémentaires.

Des investigations en cas de RGO sont généralement réservées à trois catégories de patients (36) :

- Ceux présentant des symptômes alarmants (dysphagie, perte de poids, saignements et anémie) et/ou un âge >50 ans.
- Ceux avec une symptomatologie rare ou peu informative et dont le diagnostic reste incertain.
- Ceux qui ne répondent pas aux essais thérapeutiques.

Le diagnostic de RGO était clinique chez 99% des patients de notre série (syndrome œsophagien typique). Aucun de nos patients ne présentait de signes d'alarmes, seulement 14 cas avaient un âge >50 ans (14%). Une FOGD a été réalisée chez 10 patients soit 10%. Une PH-métrie à but diagnostique était réalisée chez un patient.

Le traitement des patients ayant un RGO doit être personnalisé et orienté selon la présentation clinique, la sévérité des symptômes et la présence ou l'absence de complications(37).

Le but du traitement chez les patients avec une symptomatologie typique, sans œsophagite, est de contrôler les symptômes, tandis que chez les patients avec un RGO érosif, le but est la cicatrisation et la prévention de survenue d'autres complications.

Chez les patients avec un EBO, le but du traitement est d'éviter la progression vers la dysplasie et l'adénocarcinome.

A l'inverse des patients avec une symptomatologie atypique (Toux, Asthme, Laryngite etc.), le but du traitement est de contrôler les symptômes et prévenir les complications, tant qu'il existe des signes associés à des symptômes laryngés avec le RGO(37).

La figure 36, est un algorithme résumant la démarche devant un RGO :

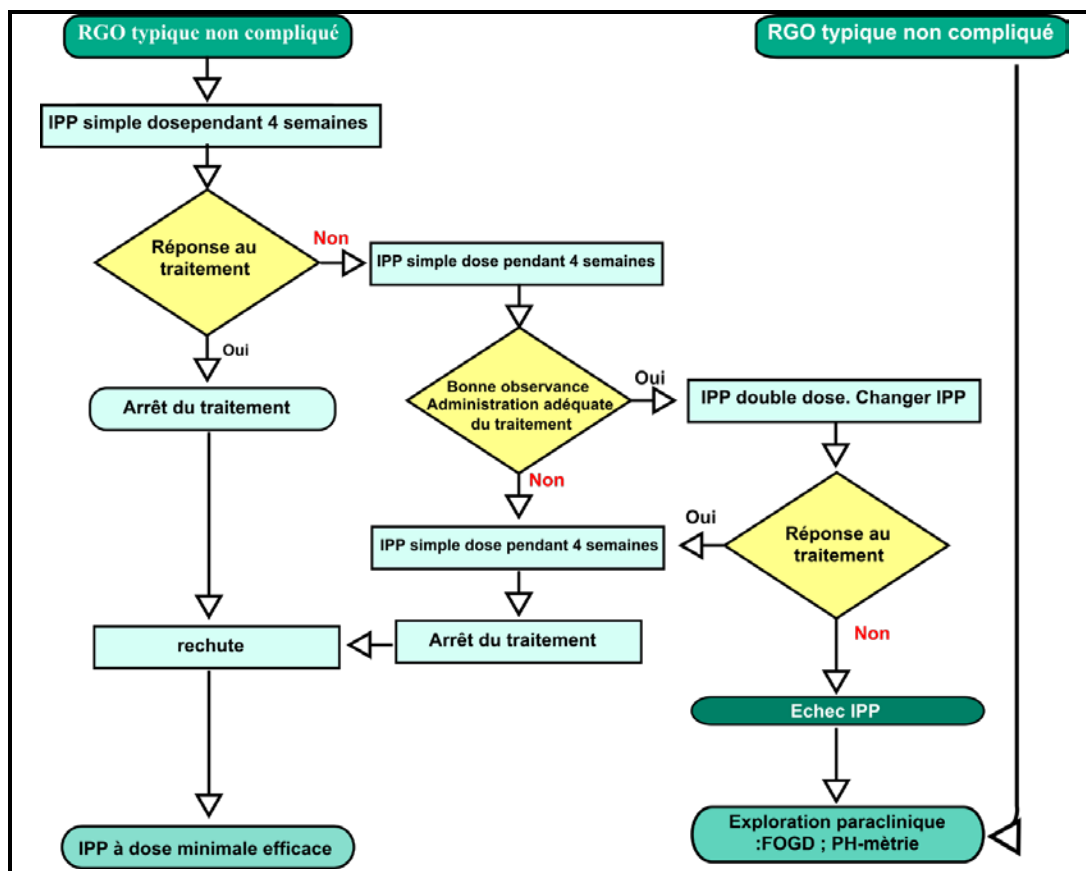


Figure 36 : Démarche devant RGO (41)

Cela étant, les règles hygiéno-diététiques restent le pilier du traitement chez tous les patients ayant un RGO (5).

Des études montrent que les mesures recommandées sont les suivants :

- Une perte de poids chez les sujets en surpoids ou obèses(38) ;
- Arrêt du tabac(39) ;
- Réduction de la consommation de l'alcool(39) ;
- Thérapie posturale(39) ;
- Dormir en décubitus latéral gauche(40) ;
- Eviter les repas copieux au moins 2 heures avant de dormir, surtout chez les patients présentant une symptomatologie nocturne(40).

Il n'existe pas d'évidence pour des recommandations concernant l'élimination d'aliments pouvant déclencher la symptomatologie du RGO comme : les aliments épicés, les agrumes, les aliments à teneur élevée en matières grasses, les produits à base de caféine et les boissons gazeuses(37).

Mais si le patient rapporte qu'un aliment est en rapport avec la survenue de sa symptomatologie, son élimination de son régime alimentaire ne peut être que bénéfique.

Le traitement pharmacologique du RGO repose sur : Les antiacides, les Anti-H2, les alginates, le suralfate, les prokinétiques, les IPP et les inhibiteurs du relâchement transitoire du SIO.

Les IPP représentent le traitement de premier choix dans le RGO quelle que soit sa forme clinique, puisqu'ils permettent de soulager efficacement et plus rapidement les patients, ainsi que des pourcentages de cicatrisation plus élevés, par rapport au placebo, aux antiacides et les anti-H2(37,41-43).

La figure 37 est un schéma récapitulatif des principes de la prise en charge du RGO :

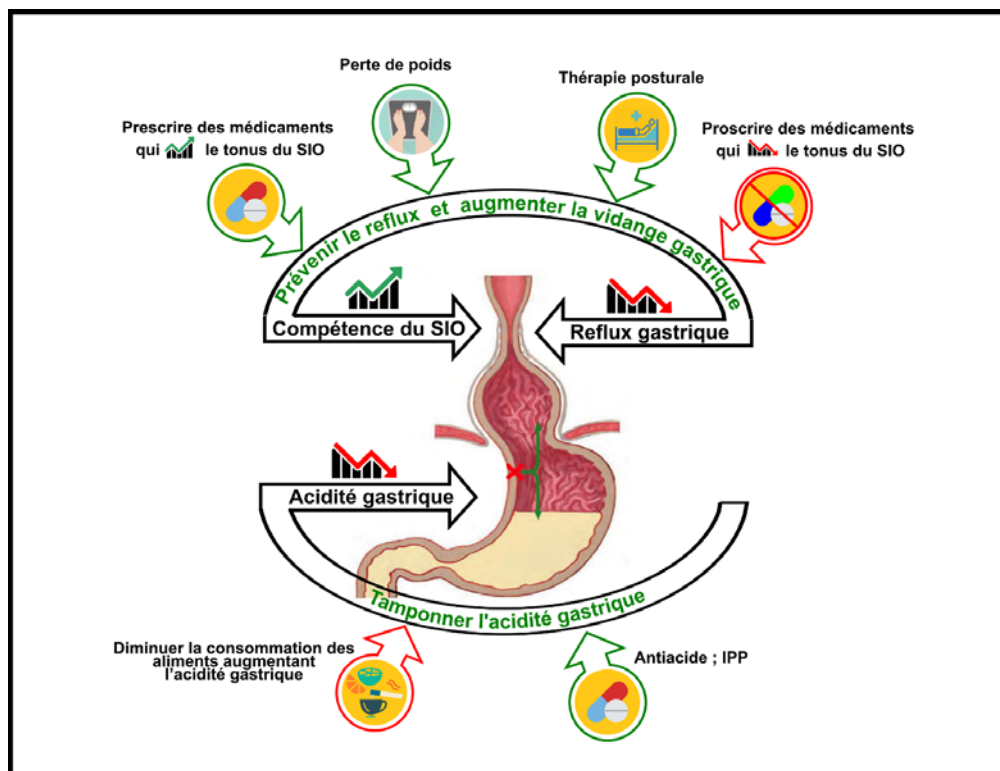


Figure 37 : Schéma récapitulatif des principes de la prise en charge médicale du RGO (42)

2. La qualité de vie spécifique selon le « RQS »

La moyenne du score RQS dans notre série était de 56,375, ces résultats se rapprochaient des résultats obtenus par d'autres équipes, notamment l'équipe libanaise de Awada et al. (44) qui avaient rapporté un score de 51,3. Tandis qu'une étude américaine(45) avait objectivé une moyenne plus élevée, égale à 79,68 , mais ceci peut être dû à la prise, par les patients, de traitements anti-reflux (Tableau XXXII).

Tableau XXXII : Comparaison du score RQS entre notre série et celle des autres populations

Etudes	Score RQS
Awada et al. (44)	51,3
Avaro et al. (45)	79,68
Notre série	56,375

3. Corrélation entre les paramètres socio-démographiques et les habitudes de vie ; et la Qdv

L'âge représente un facteur important dans la mesure de la qualité de vie chez les différentes tranches d'âge.

Chaque phase de la vie semble affecter différemment la qualité de vie liée au soin chez les patients. Effectivement, des études ont montré que les adultes jeunes avaient des scores de qualité de vie plus altérés que les autres patients(46).

Dans notre série, l'âge moyen des patients était de $33,52 \pm 14,368$, et il existait une association significative entre l'âge et le score RQS de la Qdv ; plus l'âge du patient augmente, plus le score RQS diminue et plus la Qdv du patient s'altère.

Nos résultats rejoignent les données de la littérature. En effet, l'étude de Awada et al(44) et celle de Ben Hriz et al.(47) ont démontré une corrélation statistiquement significative entre l'âge et la Qdv ($p=0,0001$), et avaient retrouvé respectivement une moyenne d'âge de $33,55 \text{ ans} \pm 16,01$ et 43 ans.

Ceci a été aussi affirmé par l'étude de Ponce et al.(48), qui a montré que la qualité de vie était plus altérée chez les sujets âgés et chez les sujets de sexe féminin. Après avoir étudié les différents facteurs pouvant altérer la Qdv, Mungan et al (49) ont découvert que les femmes avaient des scores de Qdv inférieurs à ceux des hommes.

Notre étude vient confirmer les données de la littérature. Effectivement, les femmes de notre échantillon avaient une Qdv plus altérée que les hommes, cette différence étant statistiquement significative.

D'autres facteurs peuvent être prédictifs d'une qualité de vie altérée, en effet, les patients avec un bas niveau social, une privation financière et un analphabétisme sont particulièrement susceptibles d'avoir un soin de santé moindre que les autres et ainsi une mauvaise gestion de leurs pathologies en raison d'une communication déficiente avec les

praticiens, d'une relation médecin malade défaillante ou d'une incapacité à naviguer dans le système de soins(50). Ceci pourrait renforcer les inégalités dans le système de soins.

Au sein de notre échantillon, les patients d'origine rurale, de bas niveau socio-économique et non-scolarisés avaient des scores de Qdv plus altérés que les autres patients d'origine urbaine, de niveau socio-économique modéré / élevé et avec un bon niveau d'études.

Une étude chinoise(12) avait objectivé les mêmes résultats rapportés par notre étude et rejoignant les données de la littérature. Cette étude avait conclu qu'un bas niveau d'analphabétisation dans le domaine de la santé est associé à une qualité de vie plus altérée.

Dans notre série, l'étude statistique a objectivé que le statut marital avait une relation significative avec le score de Qdv ; les patients célibataires avaient des moyennes du score RQS plus élevées que les patients mariés. Ce constat a été affirmé par l'étude libanaise de Awada et al.(44), tandis que Eun-Jeong Gong (51), dans son étude, n'a pas pu objectivé de relation significative entre le statut marital et la Qdv des patients.

Les données de la littérature différaient selon les auteurs concernant la relation entre les consommations des patients et l'altération de la qualité de vie. Une étude réalisée par Kaltenbach et al.(52) avait comparé l'évolution de la symptomatologie du RGO après arrêt ou éviction des différents produits (le tabac, l'alcool, le café et le thé), et ont objectivé qu'il n'existait pas d'amélioration ni de cessation des symptômes après leur éviction, malgré qu'il y eût des évidences physiologiques sur le rôle de ces produits dans la survenue du RGO, ces résultats ont été confirmés par l'étude de Ness-Jensen et al., de Ponce et al. et celle de Eun-Jeong et al (39,48,51).

Cependant, d'autres études avaient objectivé l'implication des différents produits dans la survenue du RGO et l'altération de la qualité de vie des patients comme l'étude d'Awada et al.(44) et celle de Jung sung-Hoon et al.(53).

Dans les résultats d'analyse de notre série, il n'existait pas d'association entre les différents produits consommés et la Qdv des patients.

4. La corrélation entre les paramètres cliniques liés au RGO et la Qdv

4.1. Association de l'indice de masse corporelle à la Qdv des patients

L'augmentation de l'indice de masse corporelle est associée à la survenue des symptômes du RGO(38), en effet, l'obésité fait partie des facteurs de risque du RGO(33).

Dans notre série, il existait une relation statistiquement significative entre l'IMC et le score RQS de Qdv ; plus l'IMC augmentait plus l'altération est marquée, nos résultats rejoignent ceux de l'étude libanaise (44), l'étude espagnole de Ponce et al.(48) et l'étude coréenne(54).

4.2. Association du type et du nombre des symptômes à la Qdv

Le RGO représente un problème majeur de santé publique avec un impact négatif sur la qualité de vie(51), les patients souffrant de cette pathologie présentent différents symptômes gênants qui peuvent affecter leur qualité de vie quotidienne(54).

Plusieurs auteurs avaient affirmé que la Qdv des patients variait selon le type, le nombre de symptômes présentés, la fréquence et l'horaire de survenue de la symptomatologie ainsi que la sévérité des symptômes et non selon la présence ou non d'une œsophagite (20,51,53).

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il existait une relation significative entre l'altération de la qualité de vie et le pyrosis, ceci a aussi été affirmé par Shou-Wu Lee et al. (20) qui avaient découvert que les patients avec pyrosis comme signe prédominant, avaient une altération plus sévère de leur activité quotidienne que les patients avec des régurgitations acides.

Awada et al.(44) avaient objectivé dans leur étude que la qualité de vie chez les patients présentant plusieurs symptômes était plus altérée ; le score RQS était plus bas quand

le nombre de symptôme était plus important. Dans notre série, il y avait une corrélation entre le score de Qdv et le nombre de symptômes, cette différence entre les moyennes du score RQS étant significative, rejoignant ainsi les données de la littérature.

La fréquence de survenue et la sévérité de la symptomatologie était fortement associées à l'altération de la qualité de vie et à des valeurs diminuées du score RQS dans notre série.

Plusieurs études avaient objectivé une relation positive entre la fréquence et la sévérité des symptômes(44,55-57). Eun Jeong Gong et al.(51) a démontré dans son étude, lors de la réalisation d'un modèle de régression linéaire, que la sévérité des symptômes était liée à une qualité de vie altérée.

Ponce et al.(48) avaient conclu dans leur étude que les facteurs qui aggravent l'altération de la qualité de vie sont le sexe féminin, un IMC augmenté et la survenue nocturne des symptômes.

Johnson et al.(58) explique dans son étude que la survenue nocturne des symptômes engendre des conséquences plus sévères que les symptômes de survenue diurne, surtout sur la qualité du sommeil et la productivité journalière du patient. Nos résultats étaient comparables à ceux de la littérature.

Peu des auteurs avaient étudié l'association du reflux nocturne avec l'obésité. Dans une étude cohorte prospective, il a été montré qu'un IMC augmenté était associé avec la survenue du RGO pendant la nuit(59). Jiann-Hwa Chen et al.(60) a prouvé que les patients avec un reflux nocturne avaient un IMC élevé par rapport aux patients avec un reflux diurne, et a conclu que l'obésité peut jouer un rôle important dans le développement du reflux nocturne.

Dans notre étude, nous avons essayé de trouver une relation entre la survenue du RGO nocturne, l'IMC et le score RQS de la qualité de vie, aussi, les résultats ont objectivé qu'il

existait une relation significative entre les trois variables, en effet les patients avec un IMC élevé et une symptomatologie à recrudescence nocturne avaient un score de Qdv plus altéré que les patients de l'autre groupe, avec un IMC bas et un reflux Diurne.

Le tableau ci-dessous représente un récapitulatif comparatif des résultats de notre étude avec les données de la littérature :

Tableau XXXIII : Récapitulation et comparaison des résultats de notre étude avec les données de la littérature

Etudes	P	Etudes	P
Âge		Le statut Marital	
Awada et al.(44)	<0,001	Eun Jeong gong et al.(51)	0,678
Ben Hriz et al.(47)	<0,001	Awada et al.(44)	<0,001
Notre série	0,003	Notre série	0,011
Sexe		L'horaire de survenue des symptômes	
Ponce et al(48)	<0,001	Ponce et al.(48)	0,002
Mungan et al(49)	<0,001	Johnson et al.(58)	<0,05
Notre série	0,024	Notre série	0,035
L'origine résidentielle		Le nombre de symptômes	
Wang C et al.(12)	<0,001	Awada et al.(44)	<0,001
Notre série	0,000	Notre série	0,01
Le niveau socio- économique		L'heure de survenue des symptômes et l'IMC	
Wang C et al.(12)	<0,001	Jiann Hwa Chen et al.(60)	0,01
Notre série	0,000	Notre série	0,035
Le niveau d'étude		Les produits consommés par les patients	
Wang C et al.(12)	<0,001	Awada et al.(44)	<0,001
Notre série	0,000	Ponce et al.(48)	>0,05
La fréquence et sévérité des symptômes		Eun Jeong Gong et al(51)	>0,05
Eun Jeong Gong et al.(51)	<0,001	Jung Sung Hoon et al.(53)	0,001
Awada et al.(44)	<0,001	Kaltenbach et al.(52)	>0,05
Ronkainen et al.(55)	<0,05	Notre série	>0,05
Wahlqvist et al.(56)	<0,0001	L'indice de masse corporelle	
Notre série	0,000	Awada et al.(44)	0,004
Le type de symptômes		Ponce et al.(48)	<0,001
Lee Shou Wu et al.(20)	<0,001	Lee Shou Wu et al.(20)	0,001
Notre série	0,001	Notre série	0,000

III. Comment améliorer la Qdv ?

Le RGO est une maladie chronique qui altère la qualité de vie(51), cette pathologie représente l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale(61). Les patients atteints du RGO se sentent restreints vis à vis de leurs habitudes alimentaires, troubles de sommeil et l'altération de leur bien-être quotidien(62).

Une prise en charge efficace du RGO dépend de la capacité du clinicien à prescrire un traitement qui fournit un soulagement rapide et durable des symptômes, et améliore ainsi la qualité de vie du patient.

Le problème qui se pose est le désaccord présent entre les patients et les médecins dans l'évaluation de la sévérité des symptômes du RGO, les médecins ayant tendance à sous-estimer la gravité des symptômes et à surestimer les effets du traitement.(63) Ceci étant, les médecins méconnaissent le vrai impact du RGO sur la qualité de vie des patients.

Ainsi, des outils pour évaluer la qualité de vie, les plaintes des patients et leurs besoins doivent être utilisés par les cliniciens afin de permettre une meilleure communication et relation médecin-malade(61).

Selon les recommandations du ministère de la santé en France(64), améliorer la qualité de vie des patients c'est :

- Permettre au patient de connaître sa maladie pour mieux la gérer : Connaître les différents facteurs favorisant la survenue des symptômes et les facteurs permettant leur amélioration et leur cessation.
- Elargir la médecine de soins à la prévention : Prévenir la survenue des complications.
- Faciliter la vie quotidienne des malades.
- Mieux connaître les besoins.

En contrepartie les patients doivent éviter l'automédication, mieux adhérer à leur traitement et respecter les différentes mesures hygiéno-diététiques prescrites par leur médecin, ce qui représente le pilier du traitement du RGO(52). Ceci inclut une perte de poids, l'arrêt du tabac, l'éviction de prise alimentaire le soir, et la thérapie posturale(39).

IV. Les avantages et les limites de l'étude

Notre étude est l'une des premières études réalisées dans le domaine de l'évaluation de la qualité de vie au Maroc.

En plus, elle a la particularité d'avoir utilisé un questionnaire spécifique au RGO « Reflux-Qual Short Form ».

Notre étude nous a permis de réaliser une adaptation transculturelle du questionnaire RQS spécifique au RGO, afin de pouvoir utiliser un outil valide et adapté au contexte marocain.

La prospection des malades s'est faite au niveau de la consultation au service de gastro-entérologie au CHU Mohamed VI-Marrakech, de ce fait, un biais de sélection ne peut être exclu.

Par ailleurs, les principales limites de notre travail étaient :

- Le caractère transversal de l'étude qui a permis d'évaluer la qualité de vie de manière statique sans qu'on puisse comparer la qualité de vie avant et après l'instauration d'un traitement du RGO ou encore apprécier l'évolution de la qualité de vie.
- Le recours des patients à l'automédication, ne permet pas l'évaluation de la prévalence du RGO dans la population, et retarde le diagnostic et la prise en charge en cas de survenue de complications, qui peuvent s'avérer être grave :

l'EBO, l'adénocarcinome de l'œsophage et ainsi engager le pronostic vital du patient.

V. Les difficultés de l'étude

Parmi les difficultés que nous avons rencontrées au cours de la réalisation de notre travail, les deux principales étaient :

- Connaître précisément le degré de l'altération de la qualité de vie des patients ayant un RGO, et pouvoir le classer selon des intervalles : altération légère, modéré et sévère ; ceci est dû à l'absence des intervalles d'interprétation préétablie et validés des résultats du score RQS.

La réalisation d'avantage d'étude prospective utilisant le questionnaire RQS de la qualité de vie spécifique au RGO, permettrait la définition de ces intervalles et ainsi une meilleure évaluation de la qualité de vie des patients.

- La traduction méthodologique du questionnaire RQS était particulièrement difficile, vu le refus de plus de six traducteurs agréer, disant qu'ils ne font que des traductions de documents officiels. Un dernier traducteur a accepté de traduire officieusement le questionnaire avec une adaptation culturelle de ce dernier.

Ce travail nous a permis de mettre le point sur l'importance d'une collaboration entre la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech et les traducteurs, ce qui faciliterait la tâche aux étudiants, aux internes et aux résidents afin de pouvoir mener à bien leurs travaux.

CONCLUSION

Le reflux gastro-œsophagien est une pathologie chronique, dont les principaux symptômes sont le pyrosis et les régurgitations acides. Ces complications les plus redoutées sont l'EBO et l'adénocarcinome de l'œsophage.

Cette pathologie est connue pour son important impact négatif sur les différents aspects de la vie quotidienne : sommeil, alimentation, productivité journalière des patients, conduisant à de plus en plus d'absentéisme, d'heures de travail manquées, nuisant ainsi à la qualité de vie et présentant un lourd fardeau pour les individus et la société en termes de morbidité et de coûts économiques.

Notre étude nous a permis d'évaluer la qualité de vie à l'aide du questionnaire de qualité de vie spécifique au RGO « RQS », et de mettre en évidence les différents facteurs ayant un lien avec la qualité de vie chez les patients reflueurs.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie et l'âge, le sexe, l'origine, le niveau socio-économique, l'état matrimonial, le niveau d'étude, l'indice de masse corporelle, le type des symptômes, le nombre de symptômes, la fréquence des symptômes, la sévérité des symptômes et l'horaire de survenue des symptômes.

Cependant, les résultats de notre travail démontrent qu'il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la qualité de vie de nos patients et entre la répartition des heures de travail, le style de vie, les différentes consommations et la durée d'évolution du RGO.

En conclusion, nous pouvons suggérer qu'un bon contrôle des symptômes, un suivi régulier afin de prévenir les complications, une meilleure adhérence aux traitements médicamenteux et le respect des règles hygiéno-diététiques prescrites par le médecin

permettra de réduire d'une manière importante l'intensité et la sévérité de la maladie et améliorer la qualité de vie des patients ayant un RGO.

La mise en place d'un système de soin accessible aux patients avec une écoute attentive des besoins des patients et une meilleure relation médecin-malade, pourrait permettre une amélioration optimale de la qualité de vie chez nos malades. Et ce, par la mise en place d'outils de mesure et d'évaluation de la qualité de vie dans notre pratique quotidienne.

ANNEXES

ANNEXE 1

Impact du reflux gastro-œsophagien sur la qualité de vie des patients

1. Identité

- Âge :
- Sexe :
- Etat matrimonial :
- Origine résidentielle
 - Urbaine
 - Rurale
- Niveau d'étude
 - Non scolarisé
 - Primaire
 - Secondaire
 - Universitaire
- Niveau socioéconomique :
 - Revenu mensuel :
 - <2800 Dirhams
 - [2800 ;6800[Dirhams
 - ≥ 6800 Dirhams
 - Mutuelle : Oui Non
- Profession :

2. Habitude de vie

- Répartition des heures de travail
 - Emploi stable
 - Emploi occasionnel
 - Autres
- Vivez-vous
 - En famille
 - En communauté
 - En solitaire
- Consommez-vous un ou plusieurs des produits suivants
 - Thé
 - Café
 - Tabac

- Alcool
- Prenez-vous des médicaments
 - Oui
 - Non
- Si oui lesquels :

3. Les renseignements cliniques

- Poids :
- Taille :
- IMC :
- Avez-vous un ou plusieurs des signes suivants
 - Pyrosis
 - Régurgitations acides
 - Épigastralgie
 - Nausée
 - Toux chronique
 - Douleurs thoraciques
 - Hoquet
 - Otalgie
 - Asthme
 - Infection respiratoire à répétition
- Nombre de symptômes :
- Durée d'évolution des symptômes :
- Fréquence de survenue des symptômes
 - Quotidienne
 - >3 jours/semaine
 - >1 jour/ semaine
 - <3 jours/ mois
- Sévérité des symptômes
 - Légère
 - Modéré
 - Sévère
- Avez-vous déjà bénéficié de :
 - FOGD : Oui Non
 - pH-métrie : Oui Non
- Si oui précisez le résultat :
- Etes-vous sous traitement anti reflux :
 - Oui

- Non
- Si oui :
 - Lequel :
 - Etes-vous soulagé par la prise de ce traitement :
 - Oui
 - Non

ANNEXE 2

Reflux-Qual simplifié (RQS®)

1. Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles digestifs vous ont-ils gêné (e) pour jardiner, bricoler, effectuer vos tâches ménagères ?

Pas du tout 4 Un petit peu 3 Moyennement 2 Beaucoup 1 Enormément 0

2. Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles digestifs, avez-vous fait moins de choses que d'habitude ?

Jamais 4 Rarement 3 Quelquefois 2 Souvent 1 En permanence 0

3. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfait(e) de votre vie en général malgré vos troubles digestifs ?

Pas du tout 0 Un petit peu 1 Moyennement 2 Beaucoup 3 Enormément 4

4. Au cours des 4 dernières semaines, compte tenu de vos troubles digestifs, avez-vous mangé avec plaisir ?

Jamais 0 Rarement 1 Quelquefois 2 Souvent 3 En permanence 4

5. Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous fait du souci à cause de vos troubles digestifs ?

Jamais 4 Rarement 3 Quelquefois 2 Souvent 1 En permanence 0

6. Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles digestifs vous ont-ils mis(e) de mauvaise humeur ?

Jamais 4 Rarement 3 Quelquefois 2 Souvent 1 En permanence 0

7. Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles digestifs, êtes-vous resté(e) éveillé(e) une grande partie de la nuit ?

Jamais 4 Rarement 3 Quelquefois 2 Souvent 1 En permanence 0

8. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous évité de prendre des repas copieux par crainte d'avoir des troubles digestifs ?

Jamais 4 Rarement 3 Quelquefois 2 Souvent 1 En permanence 0

استمارة

جودة الحياة لدى مرضى الارتجاع المعدي المريئي

1. خلال الأسابيع الأربعة السابقة واش مشاكل الجهاز الهضمي ديالك زعجوك في القيام بالأعمال اليومية والأشغال المنزلية ديالك؟ بحال الصلاة، التجفاف أو العجين؟
- حتى مرة مرة فشحال بعض المرات أغلبية الوقت كاع الوقت
2. خلال الأسابيع الأربعة السابقة بسبب مشاكل الجهاز الهضمي ديالك واش درتي حوايج أقل من العادة؟
- حتى مرة قليل بزاف بعض المرات أغلبية الوقت كاع الوقت
3. خلال الأسابيع الأربعة السابقة. واش كنتي راضي على الحياة ديالك بصفة عامة واخا مشاكل الجهاز الهضمي ديالك؟
- حتى مرة مرة فشحال بعض المرات أغلبية الوقت كاع الوقت
4. خلال الأسابيع الأربعة السابقة. واش كليتي بمتعة رغم مشاكل الجهاز الهضمي ديالك؟
- حتى مرة قليل بزاف بعض المرات أغلبية الوقت كاع الوقت
5. خلال الأسابيع الأربعة السابقة. واش هزيتي الهم لمشاكل الجهاز الهضمي ديالك؟
- حتى مرة قليل بزاف بعض المرات أغلبية الوقت كاع الوقت
6. خلال الأسابيع الأربعة السابقة. واش قلقوك مشاكل الجهاز الهضمي ديالك؟
- حتى مرة قليل بزاف بعض المرات أغلبية الوقت كاع الوقت
7. خلال الأسابيع الأربعة السابقة. واش مشاكل الجهاز الهضمي ديالك ماخلاوكش تنعس؟
- حتى مرة قليل بزاف بعض المرات أغلبية الوقت كاع الوقت
8. خلال الأسابيع الأربعة السابقة واش تجنبتي تاكل شي وجبات حيث خفتي يجيوك مشاكل الجهاز الهضمي ديالك؟
- حتى مرة قليل بزاف بعض المرات أغلبية الوقت كاع الوقت

RESUMES

Résumé

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) représente un problème de santé public à cause de sa grande prévalence, son impact négatif sur la qualité de vie (Qdv) et le coût élevé des examens paracliniques. L'objectif de notre étude est d'évaluer la Qdv chez les patients atteints du RGO, et de déterminer les principaux facteurs aggravant son altération. Pour ce, il existe plusieurs questionnaires permettant d'évaluer la Qdv. Parmi eux, le Reflux-Qual simplifié (RQS), un questionnaire spécifique, simple, fiable et sensible.

Notre travail est une étude prospective, descriptive, transversale sur une durée de six mois, au sein des différentes consultations de gastro-hépatologie au CHU Mohamed VI de Marrakech. Nous avons présenté le questionnaire à 113 patients présentant un RGO, 100 d'entre eux ont été retenus.

Les résultats ont montré que le RGO affecte négativement la qualité de vie des patients et que les facteurs corrélés à l'aggravation de celle-ci sont multiples : l'âge (0,001), le sexe (0,021), l'origine (0,000), le niveau socio-économique (0,000), l'état matrimonial (0,011), le niveau d'étude (0,000), l'indice de masse corporelle (0,007), le type de symptômes (0,001), le nombre de symptômes (0,021), la fréquence des symptômes (0,000), la sévérité des symptômes ($p=0,000$) et l'horaire de survenue des symptômes (0,035).

Par contre il n'existait pas d'association significative entre la Qdv de nos patients et la répartition des heures de travail, le style de vie, les différentes consommations et la durée d'évolution du RGO. Nos résultats rejoignent les données de la littérature consultée.

Afin d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant du RGO, il faut améliorer leur niveau d'instruction, mettre en place un système de soin accessible, assurer une meilleure relation médecin malade, mettre en place des outils de mesure et d'évaluation de la qualité de vie dans notre pratique quotidienne. Ainsi, on assurerait une meilleure prise en charge et une satisfaction des patients.

ABSTRACT

Gastro-oesophageal reflux disease (GERD) is a major healthcare issue because of its high prevalence, impact on the quality of life (QoL) and significant cost. Several questionnaires have been proposed to assess the QoL. Among them, the Reflux-Qual Short form (RQS), a specific questionnaire, simple, reliable and sensitive. The aim of our study is to evaluate the QoL of patients with GERD and analyze the influence of biometric factors and symptoms profile on QoL

Our research is a prospective descriptive cross-sectional study. It was conducted on a period of Six months and took place in various consultations of gastro-enterology department in the university hospital Mohamed VI in Marrakech. The questionnaires were administered to 113 patients of which a 100 carried on in the study.

The results showed that the QoL of GERD patients was deteriorated, and that multiple factors were involved: age (0,001), gender (0,021), geographical location (0,000), socioeconomic status (0,000), marital status (0,011), educational level (0,000), BMI (0,007), symptoms type (0,001), symptoms number (0,021), symptoms frequency (0,000), symptoms severity (0,000) and nocturnal symptoms (0,035).

On the other hand, there was no significant association between our patients' QoL and their lifestyle, work hours, their different consumptions and the evolution term of GERD. Our results were comparable with the literature data.

In order to improve the QoL of patients with GERD, it is essential to, first of all, enhance the education level and ensure a better doctor-patient relationship, thus addressing the health literacy issues. Secondly, increase access to and use of health care by easing the navigation in the health system. And finally, encourage primary care physicians to make wider use of QoL instruments within routine practice to improve communication with their GERD patients, which can lead to improve clinical outcomes and greater patient satisfaction.

ملخص

يمثل الارتجاع المعدي المريئي مشكلا من مشاكل الصحة العمومية بسبب نفثيه الكبير وتأثيره السلبي على جودة الحياة والتكلفة الباهظة للفحوصات الشبه السريرية.

تستهدف هذه الدراسة تقييم جودة الحياة عند المرضى المصابين بالارتجاع المعدي المريئي مع تحديد العوامل التي تؤدي إلى تفاقمه. توجد عدة استمارات تمكن من تقييم جودة الحياة. نذكر من بينها (Reflux-Qual (simplifié (RQS)، وهي استمارة نوعية، وبسيطة، وموثوقة، وحساسة.

تعتبر هذه الدراسة استكشافية ووصفية وعرضانية، امتدت طوال ستة أشهر خلال مختلف الفحوصات التي تمت في مصلحة الجهاز الهضمي بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش. وقد قدمت هذه الاستمارة لـ 113 حالة معنية بالارتجاع المعدي المريئي، تم الاحتفاظ بـ 100 من بينها.

بينت النتائج أن الارتجاع المعدي المريئي يؤثر بشكل سلبي على جودة حياة الأفراد المصابين به، وأن العوامل المترابطة مع تردي هذه الأخيرة متعددة نذكر من بينها: السن (0,001)، الجنس (0,021)، الأصل (0,000)، المستوى الاجتماعي والاقتصادي (0,000)، الحالة العائلية (0,011)، المستوى الدراسي (0,000)، مؤشر الكتلة الجسمانية (0,007)، نوع الاعراض (0,001)، عدد الاعراض (0,021)، تردد الاعراض (0,000)، شدة الاعراض (0,000)، وتوقيت ظهور الأعراض (0,035).

على العكس، لا يوجد ترابط بين تردي جودة حياة مرضانا وتوزيع ساعات العمل، أو نمط العيش، أو مختلف الاستهلاكات، وكذا مدة تطور الارتجاع المعدي المريئي. حيث توافق نتائجنا معطيات السجلات الطبية المتصفحة.

من أجل تحسين جودة حياة المرضى الذين يعانون من الارتجاع المعدي المريئي، يجب تحسين مستواهم التعليمي، وتمكينهم من نظام صحي سهل الولوج، وترسيخ علاقة جيدة بين الطبيب والمريض، ووضع أدوات قياس وتقييم لجودة الحياة خلال ممارساتنا الطبية اليومية. هكذا قد نؤمن رعاية أفضل للمرضى وننال رضاهم.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Brousse C.**
Réflexion sur la qualité de vie. La Rev Médecine Interne. 2007;28(7):441-2.
2. **Brousse C, Boisaubert B.**
La qualité de vie et ses mesures. La Rev Médecine Interne . 2007;28(7):458-62.
3. **Lockwood M.**
Qualité de la vie et affectation des ressources. Rev Métaphysique Morale. 1987;92(3).
4. **Oh TH.**
Accuracy of the diagnosis of gord by questionnaire, physicians and a trial of proton pump inhibitor treatment: The diamond study. J Neurogastroenterol Motil. 2011;17(1):98-9.
5. **Alzubaidi M, Gabbard S.**
GERD: Diagnosing and treating the burn. Cleve Clin J Med. 2015;82(10):685-92.
6. **Cohen E, Bolus R, Khanna D, Hays RD, Chang L, Melmed GY, et al.**
GERD symptoms in the general population: prevalence and severity versus care-seeking patients. Dig Dis Sci. 2014;59(10):2488-96.
7. **Contreras-Omaña R, Sánchez-Reyes O, Ángeles-Granados E.**
Comparison of the Carlsson-Dent and GERD-Q questionnaires for gastroesophageal reflux disease symptom detection in a general population. Rev Gastroenterol Mex. 2016;82(1):19-25.
8. **Pinto S, Fumincelli L, Mazzo A, Caldeira S, Martins JC.**
Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. Porto Biomed J. 2016;2(1):6-12.
9. **WHO.**
Chronic disieses. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
10. **Ministère de la santé france.**
Vivre avec une maladie chronique. Available from: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

11. **Wang H-M, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM.**
Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2008 Jul 21;8:246.
12. **Wang C, Kane RL, Xu D, Meng Q.**
Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC Womens Health*. 2015;15:34.
13. **EH L, CJ K, SY C, HJ C, S L, EJ K.**
Monitoring the use of health-related quality of life measurements in Korean studies of patients with diabetes. *J Korean Acad Nurs*. 2011;41((4)):558-67.
14. **Stewart A, Greenfield S, Hays R, Rogers W, Berry S, McGlynn E, et al.**
Functional status and well-being of patients with chronic conditions. *Jama*. 1989;262(7):907-13.
15. **Piche T.**
Mesure des symptômes du reflux gastro-œsophagien. 2007;14:11-9.
16. **Amouretti M.**
L'approche de la qualité de vie en médecine : de la recherche clinique à la pratique quotidienne. *Gastroentérologie Clin Biol*. 2004;28:9-10.
17. **CHASSANY O, HOLTMANN G, MALAGELADA J, GEBAUER U, DOERFLER H, DEVAULT K.**
Systematic review: health-related quality of life (HRQOL) questionnaires in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27(11):1053-70.
18. **Guan X, Wang H.**
Quality of life scales for patients with gastroesophageal reflux disease : A literature review. *Int J Nurs Sci*. 2015;2(1):110-4.
19. **Ware JEJ, Sherbourne CD.**
The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
20. **Lee S, Lien H, Lee T, Yang S, Yeh H, Chang C, et al.**
Heartburn and regurgitation have different impacts on life quality of patients with

- gastroesophageal reflux disease. 2014;20(34):12277-82.
21. **Pace F, Riegler G, Leone A De, Dominici P, Grossi E, Group S, et al.**
Gastroesophageal reflux disease management according to contemporary international guidelines : A translational study. 2011;17(9):1160-6.
 22. **Grant AM, Boachie C, Cotton SC, Faria R, Bojke L, Epstein DM, et al.**
Clinical and economic evaluation of laparoscopic surgery compared with medical management for gastro-oesophageal reflux disease: 5-year follow-up of multicentre randomised trial (the REFLUX trial). *Health Technol Assess (Rockv)*. 2013;17(22):1-167.
 23. **Velanovich V, Vallance SR, Gusz JR, Tapia F V, Harkabus MA.**
Quality of life scale for gastroesophageal reflux disease. *J Am Coll Surg*. 1996 Sep;183(3):217-24.
 24. **Velanovich V.**
The development of the GERD-HRQL symptom severity instrument. *Dis Esophagus*. 2007 Apr 1;20(2):130-4.
 25. **CHAN Y, CHING JYL, CHEUNG CMY, TSOI KKF, POLDER-VERKIEL S, PANG SHY, et al.**
Development and validation of a disease-specific quality of life questionnaire for gastro-oesophageal reflux disease: the GERD-QOL questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 Feb 1;31(3):452-60.
 26. **Raymond JM, Marquis P, Bechade D, Smith D, Mathiex Fortunet H, Poynard T, et al.**
Assessment of quality of life of patients with gastroesophageal reflux. Elaboration and validation of a specific questionnaire. *Gastroenterol Clin Biol*. 1999 Jan;23(1):32-9.
 27. **Amouretti M, Nalet B, Robaszkiewicz M, Wainsten J-P, de la Loge C, Benmedjahed K, et al.**
Validation of the short-form REFLUX-QUAL (RQS), a gastro-esophageal reflux disease (GERD) specific quality of life questionnaire. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005;29:793-801.
 28. **Wiklund IK, Junghard O, Grace E, Talley NJ, Kamm M, Veldhuyzen van Zanten S, et al.**
Quality of Life in Reflux and Dyspepsia patients. Psychometric documentation of a new disease-specific questionnaire (QOLRAD). *Eur J Surg Suppl*. 1998;(583):41-9.

29. **Eggleston A, Farup C, Meier R.**
The Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST): design, subjects and methods. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1999;231:9-14.
30. **Irvine EJ.**
Quality of life assessment in gastro-oesophageal reflux disease. 2004;35-40.
31. **HJ. D.**
The Psychological general Well-Being (PGWB) Index. In: *Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies.* 1984;
32. **EuroQol Group.**
EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990 Dec;16(3):199-208.
33. **Herregods T V, Bredenoord AJ, Smout AJ.**
Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era. *Neurogastroenterol Motil.* 2015;27(9):1202-13.
34. **Nwokediuko S.**
Gastroesophageal Reflux Disease: A Population Based Study. *Gastroenterol Res [Internet].* 2009 Jun 20;2(3):152-6.
35. **Sidi U, Ben M.**
Mémoire d'obtention du diplôme de Spécialité. 2015;
36. **Shaheen NJ, Madanick RD.**
Reflux gastro-oesophagien. In: *Netter Précis de médecine interne.* 2011. p. YP-.
37. **Huerta-Iga F.**
Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease : recommendations of the Asociación Mexicana. 2016;81(4):208-22.
38. **Jacobson BC, Somers SC, Fuchs CS, Kelly CP, Camargo C a.**
Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *N Engl J Med .* 2006;354(22):2340-8.

39. **Ness-Jensen E, Hveem K, El-Serag H, Lagergren J.**
Lifestyle Intervention in Gastroesophageal Reflux Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016 Feb;14(2):173-5.
40. **Moayyedi P, Santana J, Khan M, Preston C, Donnellan C.**
Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;CD003244(2).
41. **Tougas G, Armstrong D.**
Efficacy of H2 receptor antagonists in the treatment of gastroesophageal reflux disease and its symptoms. *Can J Gastroenterol.* 1997;11 Suppl B:51B-54B.
42. **Khan M, Santana J, Donnellan C, Preston C, Moayyedi P.**
Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *Cochrane database Syst Rev.* 2007 Apr;(2):CD003244.
43. **Van Pinxteren B, Sigterman KE, Bonis P, Lau J, Numans ME.**
Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane database Syst Rev.* 2010 Nov;(11):CD002095.
44. **Awada S, Rachidi S, Al-hajje A, Zeidan R.**
Gastro-oesophageal reflux disease in lebanese Adults: Effects on Quality of life and correlates. 2014;
45. **Avaro J, Journo D, Trousse D, Ouattara MA, Doddoli C, Giudicelli R, et al.**
Long-term results of redo gastro-esophageal reflux disease surgery §. 2008;33:1091-5.
46. **Glise H, Wiklund I.**
Quadrennial Review Health-related quality of life and gastrointestinal disease. *J Gastroenterol Hepatol.* 2002;17:S72-84.
47. **Hriz.F B, Mir K.**
Impact du reflux gastro-œsophagien sur la qualité de vie des patients. A propos d'une série tunisienne de 78 patients. 2010;
48. **Ponce J, Beltrán B, Ponce M, Zapardiel J, Ortiz V, Vegazo O, et al.**
Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life of Spanish patients:

- the relevance of the biometric factors and the severity of symptoms. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2009;21(6):620-9.
49. **Mungan Z.**
Prevalence and demographic determinants of gastroesophageal reflux disease (GERD) in the Turkish general population: A population-based cross-sectional study. *Turkish J Gastroenterol*. 2012;23(4):323-32.
50. **Hahn EA, Cella D.**
Health outcomes assessment in vulnerable populations: measurement challenges and recommendations. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 Apr;84(4 Suppl 2):S35-42.
51. **Gong EJ, Choi KD, Jung H-K, Youn YH, Min B-H, Song KH, et al.**
Quality of life, patient satisfaction, and disease burden in patients with gastroesophageal reflux disease with or without laryngopharyngeal reflux symptoms. *J Gastroenterol Hepatol*. 2017;
52. **Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB.**
Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med*. 2006;166(9):965-71.
53. **Jung SH, Oh JH, Jie BS, Oh SH, Kim JS, Jeon EJ, et al.**
Typical symptoms rather than extraesophageal symptoms affect the quality of life in gastroesophageal reflux disease. *Turkish J Gastroenterol*. 2012;23(6):747-52.
54. **Lee S-W, Lien H-C, Chang C-S, Peng Y-C, Ko C-W, Chou M-C.**
Impact of body mass index and gender on quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* . 2012;18(36):5090-5.
55. **Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, Lind T, Bolling-Sternevald E, Junghard O, et al.**
Gastro-oesophageal reflux symptoms and health-related quality of life in the adult general population--the Kalixanda study. *Aliment Pharmacol Ther* . 2006;23(12):1725-33.
56. **Wahlqvist P, Karlsson M, Johnson D, Carlsson J, Bolge SC, Wallander M-A.**
Relationship between symptom load of gastro-oesophageal reflux disease and health-related quality of life, work productivity, resource utilization and concomitant diseases: survey of a US cohort. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008 May;27(10):960-70.

57. **Stalhammar N-O, Spiegel BM, Granstedt Lofman H, Karlsson M, Wahlqvist P, Naesdal J, et al.**
Partial response to proton pump inhibitor therapy for GERD: observational study of patient characteristics, burden of disease, and costs in the USA. *Pragmatic Obs Res.* 2012;3:57-67.
58. **Johnson DA, Katz PO.**
Nocturnal gastroesophageal reflux disease: issues, implications, and management strategies. *Rev Gastroenterol Disord.* 2008;8(2):98-108.
59. **Fass R, Quan SF, O'Connor GT, Ervin A, Iber C.**
Predictors of Heartburn During Sleep in a Large Prospective Cohort Study. *Chest .* 2005 May;127(5):1658-66.
60. **Chen J-H, Wen S-H, Hsu C-S, Yi C-H, Liu T-T, Chen C-L, et al.**
Clinical characteristics and psychosocial impact of different reflux time in gastroesophageal reflux disease patients. *J Formos Med Assoc .* 2016;116(289):1-6.
61. **Flook NW, Wiklund I.**
Accounting for the effect of GERD symptoms on patients' health-related quality of life: Supporting optimal disease management by primary care physicians. *Int J Clin Pract.* 2007;61(12):2071-8.
62. **Kulig M, Leodolter A, Vieth M, Schulte E, Jaspersen D, Labenz J, et al.**
Quality of life in relation to symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease-- an analysis based on the ProGERD initiative. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003 Oct;18(8):767-76.
63. **McColl E, Junghard O, Wiklund I, Revicki DA.**
Assessing symptoms in gastroesophageal reflux disease: how well do clinicians' assessments agree with those of their patients? *Am J Gastroenterol.* 2005 Jan;100(1):11-8.
64. **Ministère de la santé france.**
Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. 2011.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح

والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

تأثير الارتجاع المعدي المريئي على جودة حياة المرضى

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 28 / 06 / 2017

من طرف

السيدة رشد سارة

المزودة في 05 يناير 1992 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الارتجاع المعدي المريئي، جودة الحياة، العوامل، تدهور، تحسين

اللجنة

الرئيس

م. سماوي

السيد

أستاذ في الإنعاش والتخدير

المشرف

ز. سملاني

السيدة

أستاذة مبرزة في أمراض الجهاز الهضمي

ص. أوباها

السيدة

أستاذة مبرز في علم وظائف الأعضاء

ع. بن علي

السيد

أستاذ مبرز في الطب النفسي

الحكام