

MANIFESTATIONS OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN : EXPERIENCE DU SERVICE D'OTORHINOLARYNGOLOGIE DU CHU DE BRAZZAVILLE

ONDZOTTO G.¹, FOUEMINA T.², IBARA JR.³, BISSIKO F.²

1-Chef de Service ORL, CHU de Brazzaville, Congo1.

2-Médecin spécialiste ORL, CHU de Brazzaville, Congo

3- Médecin spécialiste, Service de Gastro-Entérologie, CHU de Brazzaville, Congo

Correspondance: Pr. Ag. G. ONDZOTTO

B.P :1441Brazzaville, Congo

Tél : 00.242.9718693

E-mail : gondcgo@hotmail.fr

RESUME

Contexte : Le reflux gastro-œsophagien est un syndrome fréquent pouvant se révéler ou entraîner des lésions oto-rhino-laryngologiques.

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques des reflux gastro-œsophagien

Patients ET Méthodes : Il s'est agit d'une étude prospective descriptive et analytique réalisée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2008 soit deux ans, visant à analyser après examen oto-rhino-laryngologique et endoscopie digestive les différentes manifestations oto-rhino-laryngologiques du reflux gastro-œsophagien.

Résultats : La fréquence des manifestations oto-rhino-laryngologiques rattachées au reflux gastro-œsophagien a été évaluée à 1,13%. L'âge de nos patients variait de 16 mois à 65 ans avec une moyenne de 40,8 ans. La série comprenait 67,44% d'hommes et 32,5% de femmes. Les élèves et les étudiants (32,56%) suivis des ménagères (23,26%) étaient les catégories socioprofessionnelles des plus représentées.

Les patients consultaient dans la majorité des cas pour une dysphonie (28,26%), une rhinorrhée muqueuse (18,6%) et une toux chronique (16,28%). Les lésions siégeaient fréquemment au niveau du pharynx (44,19%), du larynx (23,26%) et de la trachée (16,28%). Les différentes affections oto-rhino-laryngologiques identifiées étaient représentées par la pharyngite chronique (18,6%), la trachéite (16,28%), la paresthésie pharyngée (13,95%), la laryngite dysphonante (11,63%). L'endoscopie digestive haute a permis de mettre en évidence le reflux gastro-œsophagien dans tous les cas, une incontinence cardiaque dans 26% des cas, une œsophagite peptique au stade II dans 42,5% des cas.

La prise en charge thérapeutique a consisté en la prescription des inhibiteurs de la pompe à proton dans 29,86% des cas, des règles hygiéno-diététiques dans 29,86% des cas. L'évolution était favorable dans 86,5% des cas.

Conclusion : La recherche du reflux gastro-œsophagien doit être réalisée devant les manifestations oto-rhino-laryngologiques chroniques, récidivantes ou atypiques. Le résultat du traitement est tributaire d'une collaboration multidisciplinaire oto-rhino-laryngologiste et gastro-entérologue.

Mots-clés : oto-rhino-laryngologie, reflux Gastro-œsophagien, endoscopie Digestive.

SUMMARY

Background : The backward flow gastro-oesophageal is a frequent affection being able to appear or involve the oto-rhino-laryngologic lesions.

AIMS: Description of epidemiological, clinical and paraclinical aspects of backward flow gastro-oesophageal.

Methodology : It east is about a prospective study carried out in the service of ENT and cervico-facial surgery of the Teaching Hospital of Brazzaville from the 1st april 2006 to march 31, 2008, aiming at analyzing after examination oto-rhino-laryngologic demonstrations of the backward flow gastro-oesophageal.

Results: The frequency of oto-rhino-laryngologic demonstrations attached to the backward flow gastro-oesophageal was estimated at 1.13%. The age of our patients varied 16 months to 65 years with a 40.8 years average. The series included/understood 67.44% men and 32.5% women. The pupils and the students (32.56%) followed housewives (23.26%) were the socio-professional categories most representative.

The patients consulted for the majority of the cases for a mucous dysphonic (28.26%), a rhinorrhea (18.6%) and a chronic cough (16.28%). The lesions frequently sat on the level of the pharynx (44.19%), the larynx (23.26%) and the trachea (16.28%). The various identified oto-rhino-laryngologic affections were in the majority of the cases chronic pharyngitis (18.6%), the tracheitis (16.28%), the pharyngeal paresthesia (13.95%), and the laryngitis dysphonic (11.63%). The high digestive endoscopies made it possible to highlight the backward flow gastro-esophageal in all these case, incontinence cordial in 26% of the cases, an esophagus peptic stage II in 42.5% of cases.

The therapeutic assumption of responsibility consisted with the regulation of the inhibitors of the pump with proton in 29.38% of case, of the rules hygiene-dietetic in 29.86% of the cases. The evolution was favourable in 86.5% of the cases.

Conclusion: *The research of the backward flow gastro-oesophageal must be carried out in front of the chronic, repeating or atypical oto-rhino-laryngologic demonstrations. The results of the treatment are dependent on a multidisciplinary collaboration otolaryngologists and gastro-enterologist.*

Key words: *ear-nose-and-throat, gastroesophageal reflux, digestive endoscopy.*

INTRODUCTION

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est défini comme le passage anormal et répété du contenu gastrique dans l'œsophage. Mis à part le RGO physiologique postprandial précoce qui réalise de banales régurgitations de faible abondance sans aucune manifestation douloureuse, le RGO symptomatique peut aboutir à la «maladie RGO». Cette maladie comprend des signes digestifs connus depuis fort longtemps tels que le pyrosis, les vomissements, les régurgitations et les hémorragies digestives hautes témoignant d'une œsophagite. En Europe, il constitue un problème de santé publique du fait de sa fréquence, de l'altération de la qualité de vie qu'il engendre et du coût de la prise en charge médicale. En Afrique Noire, les études sur le RGO sont d'interprétation difficile du fait des contraintes techniques d'une part car la majorité des explorations paracliniques n'est pas facile à réaliser, et humaines d'autre part liées aux soins spécialisés et problèmes de surveillance au long cours⁶.

Le RGO est une affection fréquente aux multiples facettes pouvant se révéler ou entraîner

des lésions oto-rhino-laryngologiques (ORL). La notion selon laquelle des pathologies ORL chroniques ou récidivantes puissent être liées à un trouble digestif comme le RGO est connue depuis quelques années¹⁴.

En Occident, cette relation a fait l'objet de plusieurs travaux ; par contre en Afrique, il existe peu d'études à propos^{12,13}. De ce fait, il nous est apparu opportun intéressant de réaliser la présente étude qui avait pour objectifs de

Analyser les aspects épidémiologiques des manifestations oto-rhino-laryngologiques du RGO ;

Décrire les données cliniques et paracliniques ;

Evaluer les résultats de la prise en charge thérapeutique ;

Apprécier l'évolution post-thérapeutique des manifestations ORL du RGO.

PATIENTS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude prospective descriptive et analytique réalisée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville du 1^{er} Avril 2006 au 31 Mars 2008 soit pendant deux ans. Les dossiers des malades retenus étaient ceux présentant :

Une pathologie OrL chronique, récidivante ou atypique ; des lésions de complication et/ou des signes facilitant ou aggravant le reflux à l'issue de l'endoscopie digestive haute.

LES VARIABLES SUIVANTES ONT ÉTÉ ÉVALUÉES :

Epidémiologiques : âge, sexe, profession ;

Cliniques : symptômes ORL, siège anatomique des lésions OrL, affections orl retenues. Les caractéristiques des affections ont été appréciées au décours d'un examen OrL complet ;

Paracliniques : endoscopie œsogastrique, tympanométrie et incidence de Blondeau (cas respectifs d'exploration d'oreille moyenne et des sinus maxillaires) ;

Thérapeutiques : traitement du RGO entrepris et évalué après un recul de 15 jours ;

Evolutives : appréciées par un examen OrL et une endoscopie digestive haute après un recul d'au moins 1 mois. L'évolution a été favorable par la régression complète des symptômes et la normalisation de l'examen OrL. Devant la persistance ou l'aggravation de la symptomatologie ou des lésions OrL, l'évolution

a été considérée comme défavorable.

La gestion et l'analyse statistique des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi-info 6.04.

Le test de Khi deux de Pearson a été utilisé pour l'analyse des variables. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

RESULTATS

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Fréquence

L'étude a recensé 3774 cas de consultation pendant la période considérée dont 43 (1,13%) ont été motivés par des manifestations Orl du RGO.

Age

L'âge moyen des patients était de 40,8 ans, avec des extrêmes de 16 mois et 65 ans. La répartition des patients selon l'âge est rapportée dans le tableau n° I.

Tableau n° I : Répartition des patients selon l'âge

Age	Nombre de cas	Pourcentage (%)
1-5	4	9,3
6-10	-	-
11-15	-	-
16-20	1	2,33
21-25	4	9,3
26-30	2	4,65
31-35	7	16,28
36-40	5	11,63
41-45	10	23,26
46-50	6	13,95
51-55	2	4,65
56-60	1	2,33
61-65	1	2,33
Total	43	100

Khi 2 = 91,54 (p<0,05)

Sexe

L'échantillon était composé de 29 hommes (67,44%) et 14 femmes (32,56%). **Profession**

La répartition des malades selon la profession est présentée dans le tableau n° II.

Tableau n° II : Répartition des patients selon la profession

Profession	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Elève/Étudiant	14	32,56
Ménagère	10	23,26
Enseignant	9	20,93
Commerçant	4	9,3
Sans emploi	4	9,3
Non précisé	2	4,65
Total	43	100

Elève/Étudiant	14	32,56
Ménagère	10	23,26
Enseignant	9	20,93
Commerçant	4	9,3
Sans emploi	4	9,3
Non précisé	2	4,65
Total	43	100

Khi 2 = 14,58 (p<0,05)

ASPECTS CLINIQUES

Symptômes ORL

Les symptômes Orl motivant la consultation sont présentés dans le tableau n° III.

Tableau n° III : Répartition des patients selon les symptômes

Symptômes	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Dysphonie	10	28,26
Rhinorrhée muqueuse	8	18,6
Toux chronique	7	16,28
Odynophagie	4	9,3
Brûlure oropharyngée	4	9,3
Otalgie	3	6,98
Sensation de corps étranger oropharyngé	3	6,98
Douleur constrictive «brûlure dans la gorge»	2	4,65
Sensation de rugosité	1	2,33
Anomalie posturale de la tête et du cou	1	2,33
Total	43	100

Khi 2 = 20,12 (p<0,05)

Les différents symptômes étaient caractérisés par leur prédominance nocturne ;

La gêne oropharyngée (sensation de rugosité, douleur constrictive, sensation de corps étranger) disparaissaient au moment de l'alimentation et étaient majorées à la déglutition de la salive à vide ;

La toux chronique évoluait depuis plus de 15 jours, à prédominance nocturne, sèche, survenant au décubitus et à l'effort ;

La rhinorrhée était plus abondante en décubitus dorsal ;

L'otalgie répétitive était observée exclusivement chez les enfants, plus accentuée en phase postprandial.

Siège anatomique des lésions ORL

Le tableau n° IV présente la répartition des patients selon le siège anatomique des lésions ORL.

Tableau n° IV : Répartition des patients selon le siège anatomique des lésions ORL

Siège anatomique	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Pharynx	19	44,19
Larynx	10	23,26
Trachée	7	16,28
Oreille	3	6,98
Rhinosinus	3	6,98
Cou	1	2,33
Total	43	100

Khi 2 = 30,97 (p<0,05)

La subdivision des 19 cas localisés au niveau du pharynx comprenait 14 cas (73,68%) oropharyngés et 5 cas (26,32%) rhinopharyngés.

Affections ORL

Les différentes affections ORL identifiées ont été rapportées dans le tableau n° V.

Tableau n° V : Répartition des patients selon les affections ORL

Affection ORL	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Pharyngite chronique	8	18,6
Trachéite	7	16,28
Paresthésie pharyngée	6	13,95
Laryngite postérieure (dysphonante)	5	11,63
Rhinopharyngite chronique	5	11,63
Laryngite sous glottique	3	6,98
Rhinosinusite	3	6,98
Ulcère de contact des cordes vocales	2	4,65
Otite moyenne aigue	2	4,65
Otite séromuqueuse	1	2,33
Torticolis	1	2,33
Total	43	100

La pharyngite chronique (8 cas) révélait à l'oropharyngoscopie une congestion muqueuse des parois pharyngées latérales et postérieures, des piliers postérieurs des amygdales palatines dédoublées et épaissies ;

Le torticolis était indolore, évoluait dans un contexte apyrétique, sans anomalie neuromusculaire. L'association du torticolis avec le RGO réalisant le syndrome de SANDIFER a été observée chez un nourrisson de 16 mois.

Les aspects endolaryngés des laryngites ont été obtenus par laryngoscopie endolaryngée

ASPECTS PARACLINIQUES

L'examen endoscopique a permis de mettre en évidence le RGO dans tous les cas, révélant des anomalies anatomiques, des lésions œsophagiennes et des lésions associées.

Selon les lésions anatomiques : une incontinence cardiaque dans 26 cas (59,09%), une hernie hiatale dans 17 cas (38,64%), une malposition cardiotubérositaire dans 1 cas (2,27%).

Selon les lésions œsophagiennes : une œsophagite peptique au stade I dans 9 cas (22,5%), une œsophagite peptique au stade II dans 17 cas (42,5%) et une œsophagite peptique au stade III dans 14 cas (35%).

Selon les lésions associées : un ulcère du bulbe dans 2 cas (66,67%) et une gastrite érosive dans 1 cas (33,33%).

Autres examens

Le tympanogramme réalisé a permis de mettre en évidence une courbe en dôme dans un cas d'otite séro-muqueuse.

La radiographie du crâne incidence de Blondeau a montré un épaississement muqueux en cadre des sinus dans 3 cas de sinusite maxillaire.

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

Les moyens thérapeutiques utilisés ont été hygiéno-diététique, médical et chirurgical.

La Fundo-plicature a été réalisée dans le syndrome de SANDIFER.

Les inhibiteurs de la pompe à protons ont été prescrits dans 29,86% des cas.

Aspects évolutifs

L'évolution a été favorable dans 37 cas, soit 86,05%.

Elle a été défavorable dans 6 cas soit 13,95%

DISCUSSION

Dans la population générale, la fréquence du RGO est évaluée à 10% en France¹. En milieu hospitalier Africain, elle est évaluée à 52% au Sénégal⁶. Dans notre étude, 1,13% des patients ont présenté des manifestations ORL du RGO. A Lagos au Nigeria, SOMEFUN et coll⁴ trouvent une fréquence de 2,5%.

Le RGO pathologique peut se voir à tous les âges⁵. La moyenne d'âge rapportée dans notre étude était de 40,8 ans avec des extrêmes de 16 mois et 65 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 41 et 45 ans avec une fréquence de 23,26%. Ces résultats corroborent les données de la littérature qui rapportent que l'incidence et la sévérité du RGO augmente avec l'âge⁶. Il s'agissait par ailleurs de sujets jeunes dont la fréquence élevée s'expliquerait par le changement des habitudes alimentaires (repas riche en lipides) et l'imprégnation alcoolotabagique importante qui constitue les facteurs favorisants^{5,6,12,13}.

Notre étude a permis de retrouver une prédominance des manifestations ORL dans la population masculine. SOMEFUN et coll.¹³ au Nigeria retrouvent par contre une prédominance féminine.

Toutes les catégories socioprofessionnelles peuvent être touchées^{5,13}. Dans notre étude, celle des élèves/étudiants suivie de celle des ménagères et des enseignants étaient plus concernées.

Les manifestations ORL du RGO peuvent s'expliquer par deux mécanismes^{5,10,12,13} : le premier mécanisme est relatif à l'atteinte de la muqueuse respiratoire qui peut se faire par contamination directe par le contenu gastrique régurgité. Celui-ci, vu sa composition acide, riche en enzymes, entraîne une agression directe de la muqueuse pharyngo-laryngo-trachéale. Ce mécanisme peut être appuyé par les données du transit baryté ou de la scintigraphie thoracique. Quelques données cliniques de mauvaise cicatrisation post opératoire après chirurgie laryngée viennent appuyer cette hypothèse. Le deuxième mécanisme est le phénomène de reflux à point de départ œsophagien et à médiation vagale aboutissant à une hypersécrétion, une broncho-constriction et de la toux.

Les motifs de consultation en ORL du RGO ont été multiples. La dysphonie constitue le principal signe révélateur des manifestations dans notre série, suivie de la rhinorrhée muqueuse et de la toux

chronique. Dans la série de POELMANS et coll.¹¹, la dysphonie est le principal symptôme (20%).

La rhinorrhée muqueuse peut être purement fonctionnelle. La muqueuse s'adaptant à l'agression chlorhydropeptique par une hypersécrétion, cela se traduit par une rhinorrhée postérieure ou parfois par une brûlure du pharynx, mais le plus souvent par une simple gêne qui peut s'accompagner d'une discrète otalgie ou d'une plénitude auriculaire.

Le RGO est une cause classique de toux chronique dans 10 à 40% des cas³.

Dans la série de ISSING et coll.⁸ les symptômes ORL dominants du RGO sont la dysphagie, la sensation de «boule» oropharyngée et l'odynophagie.

La caractéristique essentielle de ces différents symptômes est leur prédominance nocturne.

Toutes les régions des voies aériennes supérieures peuvent être agressées par le RGO. Dans notre étude, les sièges anatomiques prédominant étaient le pharynx et le larynx. Ce résultat corrobore les travaux de plusieurs auteurs^{3,15}.

Les affections pharyngées représentées par la pharyngite chronique, la paresthésie pharyngée, étaient les plus fréquentes dans notre série. L'élément important dans la manifestation de ces affections pharyngées est que la gêne disparaît au moment de l'alimentation et est majorée à la déglutition de la salive à vide. Plusieurs études ont affirmé l'existence de RGO chez les malades porteurs de pharyngite chronique et ont démontré une amélioration clinique par le simple traitement anti-reflux^{3,4,9,13,15}.

L'atteinte trachéale au cours du RGO se traduit cliniquement par une toux chronique sèche survenant essentiellement au décubitus ou à l'effort. La bronchite chronique génère un obstacle des voies aériennes au cours des mouvements respiratoires et donc une augmentation de pression endothoracique qui elle aussi entrave les mouvements des muscles abdominaux et serait responsable de l'aggravation du reflux gastro-œsophagien. Un véritable cercle vicieux s'installe. Devant ce type de manifestation, il est indispensable d'éliminer les anomalies des voies aériennes, une tumeur ou un kyste endoluminal, par l'usage de la radiographie thoracique et d'un bilan endoscopique. La prise en charge de ces malades passe obligatoirement par le traitement du RGO seul garant pour rompre le cercle vicieux^{2,5}.

Chez l'adulte, la manifestation la plus communément liée au RGO est la laryngite dysphonante¹³. En effet, plusieurs travaux ont démontré par enregistrement simultané des pH œsophagien et pharyngé que l'acidité gastrique peut remonter au cours du RGO jusqu'au pharynx et venir au contact du larynx^{2,4}. La laryngoscopie indirecte objective une congestion avec épaissement muqueux voir œdème des cordes vocales et de la région inter-aryténoïdienne. Les cordes vocales sont parfois ulcérées.

Dans les centres équipés, les travaux d'enregistrement de la pH-métrie au niveau œsophagien et pharyngé chez le nourrisson ont affirmé la présence du reflux au niveau de l'oropharynx. Ces mêmes auteurs ont mis en évidence ce reflux au niveau du rhinopharynx^{4,5}. L'aspect clinique n'a révélé aucune spécificité, comparé aux rhinopharyngites allergiques. Ce reflux prédomine surtout en décubitus dorsal.

Les atteintes sinusiennes sont également des manifestations extra-œsophagiennes du RGO. La sinusite surviendrait au décours de l'inflammation de la muqueuse rhinosinusienne par le liquide gastrique¹³.

La contamination rhinopharyngée par le RGO génère une inflammation cavaire et donc un dysfonctionnement tubaire, lequel aboutit inéluctablement à une otite séro-muqueuse. La répétition des événements favorise la contamination microbienne de l'oreille moyenne et aboutit alors à une otite moyenne aigue. Cette situation est surtout fréquente chez l'enfant. Les manifestations otologiques rattachées au RGO ont plus de valeur lorsqu'elles sont répétitives et surviennent en post prandial ou sont déclenchées par certaines positions du malade : penché vers l'avant ou allongé la nuit. L'atypie symptomatique se voit chez le nourrisson où il faut rechercher l'existence de pleurs et de refus de biberons avec parfois stagnation de la courbe pondérale, malaise, pâleur, hypotonie, apnée ou cyanose du décubitus ou aux changements de position. L'association torticolis et RGO avec ou sans hernie hiatale traduit le syndrome de SANDIFER, observé dans notre série chez un nourrisson de 16 mois. Le torticolis peut particulièrement être influencé par les repas. Mais deux éléments fondamentaux le caractérisent : il disparaît toujours au cours du sommeil et, à l'origine, il n'y a jamais d'anomalie neurologique ou musculaire¹².

En absence de la pH-métrie œsophagienne et des tests de provocation, l'endoscopie digestive haute est l'examen essentiel, nécessaire et

suffisant dans notre pratique pour l'exploration du RGO et de ses conséquences pathologiques.

Au cours de notre étude, l'incontinence cardiaale a été la lésion la plus fréquente constatée en endoscopie. La fréquence élevée de l'incontinence cardiaale dans notre étude pourrait être liée à la présence d'acide dans l'œsophage, car les lésions anatomiques sont la conséquence de la présence d'acide dans l'œsophage. La lésion associée la plus rencontrée reste l'ulcère du bulbe. Par ailleurs, l'intérêt de la Tympanométrie et de la Radiographie des sinus demeure fondamental dans le diagnostic des Otites séromuqueuses et des sinusites au cours du RGO⁴. Dans les manifestations ORL du RGO, les effets du traitement anti-sécrétoire et anti-reflux n'ont pas fait l'objet d'études prospectives randomisées. Dans une étude rétrospective non contrôlée, non randomisée, une amélioration des manifestations ORL a été constatée après traitement médical ou chirurgical du reflux dans 80% des cas².

Dans notre série, tous les patients ont bénéficié d'une association inhibitrice de la pompe à proton (IPP), alginates et des règles hygiéno-diététiques.

POELMANS et coll.¹¹ ont montré dans une étude que l'évolution sous traitement par IPP standard était très favorable avec un taux de réponse de 74% à 15 jours, 89% à 6 semaines et 100% à 12 semaines. Ces résultats sont contradictoires avec une méta-analyse récente reprenant 8 études publiées chez les patients recrutés essentiellement à partir des critères ORL et qui ne montrait aucune efficacité significative des IPP¹¹. Dans cette situation, il semble donc légitime d'essayer d'authentifier un reflux acide par un bilan associant endoscopie oesogastro-duodénale (EOGD) et pH-métrie après un arrêt de traitement par IPP durant au moins 15 jours.

Les prokinétiques administrés ont été d'un apport dans la conduite thérapeutique.

Le traitement chirurgical n'a été réalisé que dans un cas de syndrome de SANDIFER et a fait appel à la technique dite de fundoplicature décrite par NISSEN.

L'évolution est généralement favorable sous un traitement de RGO bien conduit avec une surveillance adéquate. Dans certains cas, l'évolution peut être défavorable, s'expliquant d'une part par l'inefficacité des IPP du fait de l'existence du reflux non acide sur lequel ils n'ont aucune action et d'autre part sur une mauvaise observance des règles hygiéno-diététiques^{12,13}.

CONCLUSION

Les manifestations ORL du RGO sont rares en milieu hospitalier à Brazzaville, mais semblent être en pratique courante sous-estimées. Bien connu des gastro-entérologues, le RGO peut générer des lésions pharyngo-laryngées, rhinosinusiennes, otologiques et cervicales qui doivent être connues du médecin généraliste et du spécialiste. Un interrogatoire précis et un bon examen clinique devant les manifestations ORL récidivantes, chroniques ou atypiques permettent par endoscopie digestive haute de mettre en évidence le RGO. La prise en charge thérapeutique est assurée par les mesures hygiéno-diététiques, le traitement médical et rarement le traitement chirurgical. Le résultat est tributaire d'une collaboration multidisciplinaire oto-rhino-laryngologistes et gastro-entérologues.

REFERENCES

- 1- BRETAGNE JF., RICHARD MOLARD B., HONNORAT C., CAEKAAERT A., BARTELEMY P. Le reflux gastro-oesophagien dans la population française: resultants d'une enquête nationale réalisée auprès de 8000 personnes âgées de 18 ans et plus. *Gastro. enterol. Clin. Biol.* 2004 ; 28 : 128-132.
- 2- COTENCIN P. Manifestations ORL du reflux gastro-oesophagien. *EMC, ORL* ; 1995, 20-822-A-10, 78.
- 3- DE CAETECKER J. ABC of the upper gastrointestinal tract. Oesophageal heart burn. *BMJ* 2001; 323: 736-9.
- 4- DE ROUDE T., MELANGE M., REMACHE M., BERTRAND S. Pharyngo-laryngeal consequences of gastro-esophageal reflux. Value of esophageal pH measurements in 74 patients. *Acta gastro-enterol. Belge* 1991; 54 : 165-75.
- 5- DESCNER WK., BENJAMIN SB. Extraesophageal manifestations of gastro-esophageal reflux disease. *Am. J. Gastro-enterol.* 1989; 84: 1-5.
- 6- DIOUF ML., DIA D., MBENGUE M., POUYE A., DIALLO S., MOREIRA-DIOP T. Le reflux gastro-oesophagien de l'adulte : aspects cliniques et endoscopiques au CHU Le Dantec de Dakar. *Dakar Médical*, 2002 ; 47 : 142-146.
- 7- HARDING SM., RICHTER JE. The role of gastro-esophageal reflux in chronic cough and asthma chest 1997; 111: 1389-454.
- 8- IISING WJ., GROSS M., TAUBER S. Manifestation of gastro-esophageal reflux in the oto rhino laryngology tract. *Laryngorhinologie* 2001; 80: 464-9.
- 9- LABROUSSE HM., PALIQUIN M. Pharyngeal paresthesia secondary and gastro-oesophageal reflux J. *Otolaryngol.* 1983; 12,4: 261-2.
- 10- LITTER LB., KOUFMAN JA., KOHUT RI., MARSHALL RB. Effect of gastric acid on the pathogenesis of subglottic stenosis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1985 ; 94 : 516-519.
- 11- POELMANS J., FEENSTRA L., TACK J. Determinants of long-time outcome of patients with reflux related ear, nose and throat symptoms. *Dig Dis Sci* 2006; 51: 182-288.
- 12- RAJI A., ESSAADI M., CHEKKOURY IA., BENCHAKROUNY. Les manifestations ORL du RGO. *Médecine du Maghreb* 2001 ; 86 : 26-3.
- 13- SOMEFUM OA., WAMDA CB., ADESANYA AA., THOMAS MO., ESAN OO. Otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease in Lagos. *Niger postgrad Med J* 2006; 13: 225-9.
- 14- TROTOUX J., ANGELARD B., AUBERT Ph. Manifestations ORL du RGO. *Rev. Prat.* 1989 ; 39 : 291-293.
- 15- WARD PH., BERCIG., Observation of the pathogenesis of chronic non specific pharyngitis and laryngitis. *Laryngoscope* 1982; 92, 12:1377-82.