

Dyspepsie et consommation d'alcool dans deux centres d'endoscopie digestive de Cotonou (Bénin)

DYSPEPSIA AND ALCOHOL CONSUMPTION AMONG OUTPATIENT OF TWO UPPER GASTRO INTESTINAL ENDOSCOPY CENTERS IN COTONOU (REPUBLIC OF BENIN)

SEHONOU J.^{1,2*}, DJROLO F.³, KOUANOU A.²,
ZANNOU M. D.², ADE G.², HOUNGBE F.²

1Hôpital d'Instruction des Armées Cotonou Bénin

2Service de Médecine Interne ; Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Kutuku Maga de Cotonou

3Service d'Endocrinologie Métabolisme. Centre national Hospitalier et Universitaire de Cotonou

**Auteur correspondant, E-mail : jsehonou@yahoo.fr*

RESUME

La consommation d'alcool est connue favoriser la survenue des lésions peptiques ou tumorales œso gastroduodénales. Cependant l'ampleur et les mécanismes intimes sont sujets à controverses. Le but de cette étude était de rechercher au sein d'une population venue pour endoscopie si la consommation d'alcool prédisposait à la survenue de symptômes ou de lésions digestives hautes. **Matériel et méthodes** : Il s'agissait d'une étude hospitalière retrospective menée dans 2 centres d'endoscopie digestive portant sur les aspects épidémiologiques des dyspepsies à Cotonou. Etaient inclus 261 patients dyspeptiques reçus pour œso gastroduodéno-scopie. La consommation d'alcool était évaluée avec la question suivante : « consommez-vous de l'alcool ? ». Les résultats étaient colligés sur un tableau Excell. L'analyse était faite grâce au Logiciel EPI2000 version 3.5.3 26 janvier 2011. **Résultats** : Sur les 261 patients reçus, 120 (46%) déclaraient avoir consommé de l'alcool. Les consommateurs d'alcool avaient plus fréquemment des symptômes (épigastralgies, éructations), et plus de lésions peptiques et tumorales que les non consommateurs mais la différence n'était pas significative: œsophagite (7,5% vs 5,6% ; p=0,5), gastrites (29,1% vs 26,9% ; p=0,69), ulcères gastriques (15,8% vs 13,4% ; p=0,59), ulcères duodénaux (16,6% vs 13,4% ; p=0,47) tumeur œsophagienne (0,8% vs 0,7% p=0,90), tumeur gastrique (2,5% vs 2,1% p=0,84). Ils présentaient moins de symptômes à jeun (70% vs 85% p =0,001). **Conclusion** : La consommation d'alcool ne semble pas augmenter la fréquence des symptômes, des lésions inflammatoires et tumorales digestives hautes. Des investigations sont nécessaires pour affiner ces notions, en tenant compte des types d'alcool et d'alcoolisations.

Mots clés : dyspepsie, alcool, endoscopie, Bénin.

ABSTRACT

Alcohol consumption is known to promote the occurrence of upper gastrointestinal peptic or tumor diseases. However the extent of this phenomenon is controversial. The purpose of this study was to determine among dyspeptic inpatients referred for upper gastrointestinal endoscopy if alcohol consumption lead to higher prevalence of gastrointestinal symptoms or lesions. **Material and methods** : That was a retrospective study in 2 centers of digestive endoscopy performed in Cotonou (Republic of Benin) from April 1st to July, 31 2007. Alcohol consumption was evaluated with the following question: "Do you drink alcohol "? **Results** : On 261 patients received, 120 (46%) reported having consumed alcohol. Compared to non users, alcohol users had more symptoms (epigastric pain, belching), peptic and tumor lesions but the difference was not significant: esophagitis (7.5% vs. 5.6%; p = 0.5), gastritis (29.1% vs 26.9%; p = 0.69), gastric ulcers (15.8% versus 13.4%; p = 0.59), duodenal ulcers (16.6% versus 13.4%; p = 0.47) esophageal tumor (0.8% vs. 0.7% p = 0.90), gastric tumor (2.5% vs. 2.1% p = 0.84). However they had fewer symptoms fasting (70% vs. 85% p = 0.001). **Conclusion** : Alcohol consumption does not increase the frequency of symptoms inflammatory and tumoral upper gastrointestinal lesions. This preliminary study lead for further investigations taking account the type of alcohol used, and the type of alcoholization.

Keywords : dyspepsia, alcohol, upper gastrointestinal endoscopy, Benin.

INTRODUCTION

Les effets de la consommation d'alcool sur le tube digestif sont bien connus troubles moteurs, lésions directes de la muqueuse, risque de cancer (Siegmond et al., 2005; Wang et al., 2010). Cependant leur ampleur fait l'objet de publications contradictoires. Contrairement à certains auteurs, Ruf et al. (2003), Ide et al. (2008) et Pelluci et al. (2008) avancent que la consommation d'alcool augmente le risque de cancer digestif haut. Pour Canova et al. (2010) et Hashibe et al. (2006), c'est l'association de ces facteurs de risques à une susceptibilité génétique qui augmente le risque de cancer digestif haut.

Au Bénin, la consommation d'alcool est fréquente : D'après une enquête faite en 2008 (Houinato et al. 2008), 59,3% des 6904 personnes interrogées avaient consommé au moins une fois une boisson alcoolisée au cours des douze mois qui ont précédé l'étude. La prédominance était masculine (68,7%) ; le nombre moyen de verres consommés par jour était de 3,9 verres \pm 3,2 verres chez les hommes versus 2,6 verres \pm 1,8 verres chez les femmes (p < 10⁻⁶). Le plus grand nombre de verres consommés par jour était de 40 chez les hommes versus 20 chez les femmes. Par ailleurs, la prévalence hospitalière de la dyspepsie y est élevée : elle représentait 52,3% des indications d'endoscopie digestive hautes de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou en 2001-2003 (Sehonou et al., 2006). Les lésions les plus fréquemment trouvées dans cette étude portant sur

2722 patients consultant pour une endoscopie digestive étaient les suivantes : elles étaient - soit de type inflammatoire (sophagite dans 268 cas ; 9,8%, gastrites dans 887 cas ;32%, duodénite dans 368cas ;11,7%) - , soit de type ulcéré (ulcères gastriques dans 106 cas ;3,8% ; ulcères et ulcérations bulbaires dans 441cas ;16,20%)- soit enfin de type tumoral (tumeurs gastriques dans 58cas ;2,1%, duodénales dans 10 cas ;0,3% ou sophagiennes dans 29 cas ; 1%). Aucune publication n'est disponible, qui traite de la fréquence des affections digestives hautes chez les patients qui consomment de l'alcool.

Le but de cette étude était de rechercher au sein d'une population venue pour endoscopie si la consommation d'alcool prédisposait à la survenue de symptômes ou de lésions digestives hautes.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique menée du 19 juin au 30 août 2007, dans les centres d'endoscopie digestive de Cotonou (Centre National Hospitalier et Universitaire CNHU- et Hôpital d'Instruction des Armées- HIA-). Elle portait sur des patients reçus pour endoscopie digestive dans le cadre de l'exploration d'une dyspepsie. Il s'agissait de 261 patients dont les caractéristiques étaient les suivantes : sexe masculin 158 (60,5%), âge moyen 39,5±13 ans avec des extrêmes de 18 et 80 ans ; le niveau d'instruction était non scolarisé ou primaire (79 ; 30,1%) secondaire (121 ; 46,3%) ou supérieur (61 ; 23,4%) ; les patients vivaient maritalement dans 169cas (64,8%) ; le niveau de revenu mensuel moyen était de 111 669 F CFA.

Les variables mesurées étaient la consommation ou non d'alcool. La question posée était la suivante : « consommez- vous de l'alcool » ? La réponse était oui ou non ; la consommation d'alcool n'était pas quantifiée en termes de nombre de verres par jour ni par semaine. Il n'était pas fait de différence entre les patients consommant de l'alcool en termes de consommation modérée ou à risque.

Les données étaient saisies sur un logiciel EPI INFO 06.Fr. Une analyse univariée a été faite. Les comparaisons des proportions étaient faites grâce au test de Khi2 avec un seuil de significativité p <0,05.

RESULTATS

Consommation d'alcool et caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Sur les 261 patients inclus, 120 (45,9%) déclaraient consommer de l'alcool. Comme le montre le tableau I, la consommation était plus souvent notée chez les hommes (55%) que chez les femmes (39,8%, p=0,01). Il n'y avait pas de différence en termes d'âge, de niveau d'instruction et de niveau de revenu.

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques et la consommation ou non d'alcool

	Consommateurs N=120	Non consommateurs N=141	p
Sexe			0,01
M	57	46	
F	63	95	
Tranches d'âge			0,74
<30ans	31	42	
31-50ans	64	73	
>51ans	25	26	
Niveau d'instruction			0,16
Non scolarisé/ Primaire	52	77	
Secondaire	38	39	
Supérieur	30	25	
Niveau de revenu			0,07
Entre 1-2SMIG	52	78	
Entre 2-4SMIG	36	40	
>4SMIG	32	23	

Consommation d'alcool et symptômes digestifs hauts (Tableau II)

Les éructations semblaient plus fréquentes chez les consommateurs (56 cas ; 46,5%) que chez les non consommateurs (50cas ; 35,4%) mais la différence n'était pas significative p= 0,06. La survenue des symptômes de dyspepsie à jeun était plus souvent notée chez les non consommateurs d'alcool (120 ; 85%) que chez les consommateurs (84 ;70%).

Tableau II : Fréquence des symptômes chez les patients selon qu'ils consomment ou non l'alcool

	Consommateurs N=120	Non consommateurs N=141	p
Douleurs épigastriques	101	117	0,79
Eructations	56	50	0,06
Inconfort digestif	72	89	0,30
Satiété précoce	55	71	0,23
Plénitude gastrique	33	40	0,43
Odynophagie	18	16	0,24
Vomissements	17	27	0,14
Symptômes post prandiaux	83	102	0,28
Survenue des symptômes à jeun	84	120	0,001
Existence de signes d'alarme	86	96	0,26

Consommation d'alcool et aspects endoscopiques (Tableau III)

Sur le plan endoscopique, les lésions peptiques gastriques semblaient plus fréquentes chez les consommateurs par rapport aux non consommateurs mais la différence n'était pas significative: sophagite (7,5% vs 5,6% ;p= 0,5), gastrites (29,1% vs 26,9% ; p=0,69), ulcères gastriques (15,8% vs 13,4% ; p=0,59), ulcères duodénaux (16,6% vs 13,4% ; p= 0,47). En termes de tumeur sophagienne ou gastrique il n'y avait pas de différence entre consommateurs et non consommateurs (p= 0,90 et 0,84 respectivement). Il n'y avait pas de différence en termes de lésions endoscopiques trouvées.

Tableau III : Répartition des patients selon les aspects endoscopiques et histologiques en fonction de la consommation ou non d'alcool

	Consommateurs N=120	Non Consommateurs N=141	p
Oesophage			
Gésophagite	9	8	0,5
Hypocontinence cardiale /HH*	4	8	0,36
Reflux gastro oesophagien	5	11	0,22
Candidose	4	4	0,81
Tumeur			
Estomac			
Gastrite	35	38	0,69
Ulcère	19	19	0,59
Reflux biliaire	3	1	0,24
Tumeur	3	3	0,84
Duodénum			
Bulbite	2	7	0,14
Ulcère	20	19	0,47
Tumeur	0	0	-
Examen endoscopique normal	13	27	0,06
Biopsie à la recherche d'une infection par Helicobacter pylori (N=37) Positive	9	9	0,89

Consommation d'alcool et infection par *Helicobacter pylori*

La recherche d'une infection par *Helicobacter pylori* était positive chez 18 des 37 patients ayant eu une biopsie. Il n'y avait pas de différence entre les patients selon qu'ils soient consommateurs ou non.

DISCUSSION

Cette étude préliminaire, transversale s'inclutait dans la recherche des facteurs associés à la dyspepsie chez des patients consultant dans deux centres d'endoscopie. Le caractère hospitalier de l'étude ne permettait pas la généralisation de ses conclusions à la population générale. Elle était faite chez des patients dyspeptiques sans population témoin non dyspeptique. Cependant les résultats de cette étude préliminaire serviront de base pour d'autres investigations: celles ci porteront sur les relations entre d'une part la présence ou non des symptômes et/ou de lésions et de l'autre, le type d'alcool consommé (vin bière spiritueux), son origine (locale ou importée) de type de consommation (aigüe modérée, à risque).

Le but de cette étude était de rechercher au sein d'une population venue pour endoscopie si la consommation d'alcool prédisposait à la survenue de symptômes ou de lésions digestives hautes. Les éructations sont le seul symptôme qui soit statistiquement plus élevé chez les consommateurs par rapport aux non consommateurs. Cela appelle les commentaires suivants.

Alcool et symptômes digestifs

Au terme de cette étude, il pouvait être affirmé comme Woodward et al. (1999), que la consommation d'alcool ne prédisposait pas à la survenue de symptômes ou de lésions digestifs hauts. Cependant, sa consommation chronique et /ou à forte dose pourrait être associée à une fréquence plus élevée desdits symptômes ou lésions (Heinrich et al., 2010; Halder et al., 2006). La non -quantification de la prise d'alcool dans notre étude ne nous permet pas de confirmer ces notions.

Alcool et lésions endoscopiques digestives hautes

Il n'a pas été noté de fréquence plus élevée de tumeur sophagienne ni gastrique chez les consommateurs contrairement à ce qui est rapporté par Bagnardi et al. (2001).

Les relations entre consommation d'alcool et cancers du tube digestif font l'objet de controverses. L'alcool a été classé par l'Agence Internationale de recherche sur le cancer (1988) comme carcinogène du groupe 1. Il est reporté une augmentation du risque de cancer de la bouche, du pharynx, du larynx de l'œsophage et du foie. Dans l'étude de Xu WH et al. (2007), il a été trouvé l'absence de relation entre la consommation modérée d'alcool et la mortalité par cancer. Cette action de l'alcool peut être fonction de type de consommation (modérée, à risque), du type d'alcool (vins vs bière et spiritueux) et de la présence d'un tabagisme associé.

Alcool et infection par *Helicobacter pylori*

Notre étude conforte celle des auteurs qui avancent que l'infection par *Helicobacter pylori* est moins fréquente chez les consommateurs d'alcool. Trois mécanismes expliquent les interactions négatives entre consommation d'alcool et infection par *Helicobacter pylori*: l'alcool exerce un effet anti bactérien contre une infection nouvelle; l'alcool exerce un effet bactéricide contre une infection pré existante à Hp (Ogihara et al., 2000), certaines boissons alcoolisées sont connues comme stimulant la sécrétion acide ; cela peut contribuer à éradiquer l' *Helicobacter pylori* en diminuant le pH gastrique (Bujanda, 2000)..

CONCLUSION

Cette étude préliminaire portant sur les patients dyspeptiques consommateurs ou non d'alcool venant pour une endoscopie n'a pas montré de différences en termes de symptômes digestifs, de lésions du tractus oeso gastro duodénal. Elle ouvre la voie à des investigations longitudinales ; celles-ci porteront sur les conséquences de la consommation d'alcool de la présence d'autres facteurs de risques métabolique non seulement sur le tube digestif haut et bas mais aussi sur les glandes annexes (foie et pancréas) au Bénin.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient le personnel des services d'endoscopie digestive de l'Hôpital d'Instruction des Armées, de Cotonou (Zondjrebo Josephine, Toudonou Moïse, Bio Bagana Sékina), ceux du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou et les patients

REFERENCES

- Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C and Corrao G. 2001. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer*, 85(11):1700-1705.
- Bujanda L. 2000. The effects of alcohol consumption upon the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol.*, 95(12): 3374-3382.
- Burns J, Croizier A, Lean ME. 2001 Alcohol consumption and mortality: is wine different from other alcoholic beverages? *Nutr Metab Cardiovasc Dis.*, 11(4):249-258.
- Canova C, Richiardi L, Merlette F, Pentenero, Gervasio C, Tanturri G, Garzino-Demo P, Pecorari G, Talamini R, Barzan L, Sulfaro S, Franchini G, Muzzolini C, Bordin S, Pugliese GN, Macri E, Simonato L. 2010. Alcohol, tobacco and genetic susceptibility in relation to cancers of the upper aerodigestive tract in northern Italy. *Tumori.*, 96(1):1-10.
- Halder SL, Locke GR 3rd, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. 2006 Influence of alcohol consumption on IBS and dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil.*, 18(11):1001-1008.
- Hashibe M, Boffetta P, Zaridze D, Shagina O, Szeszenia-Dabrowska N, Mates D, Janout V, Fabianová E, Bencko V, Moullan N, Chabrier A, Hung R, Hall J, Canzian F, Brennan P. 2006. Evidence for an important role of alcohol- and aldehyde-metabolizing genes in cancers of the upper aerodigestive tract. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 15(4):696-703.
- Heinrich H, Goetze O, Menne D, Iten PX, Fruehauf H, Vavricka SR, Schwizer W, Fried M, Fox M. 2010. Effect on gastric function and symptoms of drinking wine, black tea, or schnapps with a Swiss cheese fondue: randomised controlled crossover trial. *BMJ*, 14;341: 1284-1285.
- Houinato D, Segnon A, Djrolo F, Djigbennoude O. 2008. Rapport final de l'enquête STEP au Bénin. www.who.int/entity/chp/steps/2008_STEPS_Report_Benin.pdf
- Mizoue T, Fujino Y, Hoshiyama Y, Sakata K, Tamakoshi A, Yoshimura T; JACC Study Group. 2008 Cigarette smoking, alcohol drinking, and oral and pharyngeal cancer mortality in Japan. *Oral Dis.*; 14(4):314-319.
- Ogihara A, Kikuchi S, Hasegawa A, Kurosawa M, Miki K, Kaneko E, Mizukoshi H. 2000. Relationship between *Helicobacter pylori* infection and smoking and drinking habits. *J Gastroenterol Hepatol*, 15(3):271-276.
- Pelluci C, Gallus S, Garavello W, Bosetti C, La Vecchia C. 2008. Alcohol and tobacco use, and cancer risk for upper aerodigestive tract and liver. *Eur J Cancer Prev*, 17(4):340-344.

Roberts DM. 1972 Chronic gastritis, alcohol, and non-ulcer dyspepsia' Gut, 13:768-774.

Ruf JC . 2003 Overview of epidemiological studies on wine, health and mortality. Drugs Exp Clin Res,29(5-6): 173-179.

Sehonou J, Addra B, Kodjoh N. 2006 . Étude descriptive de 2722 oeso-gastro duodénopathies à l'hôpital militaire de Cotonou : inflammations chez les femmes, ulcères chez les hommes. Acta Endoscopica, 36 (2): 179-186.

Siegmund SV, Singer MV. 2005. Effects of alcohol on the upper gastrointestinal tract and the pancreas—an up-to-date overview. Z Gastroenterol,43(8):723-736.

Wang HJ, Zakhari S, Jung MK 2010. Alcohol, inflammation, and gut-liver-brain interactions in tissue damage and disease development. WorldJ Gastroenterol, 16(11): 1304-1313.

Woodward MC, Morrisson CE and Mccol K E L . 1999. The prevalence of dyspepsia and use of antisecretory medication in North Glasgow: role of Helicobacter pylori vs. lifestyle factors Aliment Pharmacol Ther , 13: 1505- 1509.

Xu WH, Zhang XL, Gao YT, Xiang YB, Zheng W, Shu XO. 2007 . Joint effect of cigarette smoking and alcohol consumption on mortality. Prev Med , 45(4):313-319.