

## Profil Epidémiologique des Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI) Persistants au CHU de Conakry

***Diallo Mamadou Sarifou***

Service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital national Donka CHU  
Conakry, Guinée

***Diallo Abdourahmane N'Djouria***

SOS Hépatites Guinée, Guinée

***Diallo Ahmed Tidiane***

***Diallo Kadiatou***

***Diallo Djenabou***

Service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital national Donka CHU  
Conakry, Guinée

***Wann Thierno Amadou***

***Bah Mamadou Lamine Yaya***

***Sylla Djibril***

Service de médecine interne de l'hôpital national Donka CHU Conakry,  
Guinée

***Yaogo Abdoulatif***

***Soro Dramane***

Service d'Hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire de  
Angré, Abidjan, Cote d'Ivoire

***Youssouf Oumarou***

Centre Hospitalier Universitaire Communautaire de Bangui, Service de  
Médecine interne, République Centrafricaine

[Doi:10.19044/esj.2024.v20n3p243](https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n3p243)

Submitted: 10 December 2023

Accepted: 30 January 2024

Published: 31 January 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

*Cite As:*

Sarifou D.M., N'Djouria D.A., Tidiane D.A., Kadiatou D., Djenabou D., Amadou W.T., Lamine Yaya B.M., Djibril S., Abdoulatif Y., Dramane S. & Oumarou Y. (2024). *Profil Epidémiologique des Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI) Persistants au CHU de Conakry*. European Scientific Journal, ESJ, 20 (3), 243.

<https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n3p243>

## Résumé

**Introduction :** Les troubles fonctionnels Intestinaux (TFI) ou syndrome de l'intestin irritable représentent un véritable problème de santé publique. Si cette affection n'engage pas le pronostic vital, elle altère significativement et de façon chronique la qualité de vie des malades. L'étiologie est mal connue et de nombreux facteurs sont impliqués. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à recueil prospectif de données réalisée en consultation externe du service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry pour une durée de 2 ans. **Résultats :** Trois cent quatre-vingt-dix-huit cas de TFI sur 1309 patients avaient été recensés soit une prévalence de 30,40%. On notait une prédominance féminine avec un sex ratio de 0,92. L'âge moyen de nos patients était de 49 ans avec des extrêmes de 10 et 88 ans. Les tranches d'âge de 25-34 ans et 35-44 ans étaient les plus représentées avec des fréquences respectives de 24,52% et 22,07%. Les principaux signes cliniques étaient des douleurs abdominales (92,28%), de la constipation dans 84,41%, ballonnement abdominal 28,39% et diverses manifestations extradiigestives : insomnie dans 32,08%, de céphalées dans 30,55% des cas, de la fibromyalgie 22,91%. Les principaux facteurs déclenchants étaient : les facteurs psychologiques 32,08% et alimentaires (tubercules 14,13%, haricot 6,11%, le dîner tardif et ou copieux 4,2% et les boissons gazeuses 3,44%). Le retentissement socioprofessionnel des TFI était dominé par l'absentéisme dans 82,78% des cas, le retard au travail dans 20%. Les comorbidités digestives les plus fréquentes étaient : le reflux gastro œsophagien (RGO), la dyspepsie, le dolichocôlon ainsi que leur association. Les examens complémentaires morphologiques étaient représentés par (une échographie abdominale et pelvienne a été réalisée chez 50,11% de nos patients et elle objectivait une aérocolie dans 45% des cas ; un scanner abdominopelvien fait dans 3,56% des cas, examen sans anomalie ; une ano-recto-sigmoïdoscopie dans 17,80% des cas et une ; coloscopie dans 4,98% des cas, toutes normales ; une fibroscopie oeso-gastroduodénale chez 25% de nos patients et était normale ; un lavement baryté double contraste 11,20%. **Conclusion :** Le TFI est un problème de santé publique qui altère la qualité de vie des personnes atteintes. Les douleurs abdominales, la constipation et le ballonnement abdominal en constituent la triade symptomatique. Le stress est un facteur déclenchant de la symptomatologie. L'association du SII avec des comorbidités digestives et extra-digestives est fréquente. Les examens complémentaires morphologiques ont des conséquences financières difficiles dans la majorité des cas chez nos patients.

---

**Mots-clés:** Comorbidités, CHU Conakry, Douleur abdominale, Stress, TFI

## **Epidemiological Profile of Persistent Functional Intestinal Disorders (FID) at the Conakry University Hospital**

***Diallo Mamadou Sarifou***

Service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital national Donka CHU  
Conakry, Guinée

***Diallo Abdourahmane N'Djouria***

SOS Hépatites Guinée, Guinée

***Diallo Ahmed Tidiane***

***Diallo Kadiatou***

***Diallo Djenabou***

Service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital national Donka CHU  
Conakry, Guinée

***Wann Thierno Amadou***

***Bah Mamadou Lamine Yaya***

***Sylla Djibril***

Service de médecine interne de l'hôpital national Donka CHU Conakry,  
Guinée

***Yaogo Abdoulatif***

***Soro Dramane***

Service d'Hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire de  
Cocody, Abidjan, Cote d'Ivoire

***Youssef Oumarou***

Centre Hospitalier Universitaire Communautaire de Bangui, Service de  
Médecine interne, République Centrafricaine

---

### **Abstract**

Introduction : Functional digestive disorders (TFI) or irritable bowel syndrome represent a real public health problem. Although this condition is not life-threatening, it significantly and chronically alters the quality of life of patients. The etiology is poorly understood and many factors are involved. Methods : This was a descriptive cross-sectional study with prospective data collection carried out in the outpatient clinic of the hepato-gastroenterology department of the Donka National Hospital of the Conakry University Hospital for a period of 2 years. Results : Three hundred and ninety-eight cases of TFI out of 1309 patients were identified, representing a prevalence of 30.40%. There was a female predominance with a sex ratio of 0.92. The average age of our patients was 49 years with extremes of 10 and 88 years. The age groups of 25-34 and 35-44 were the most represented with respective frequencies of 24.52% and 22.07%. The main clinical signs were abdominal

pain (92.28%), constipation in 84.41%, abdominal bloating in 28.39%, and various extra digestive manifestations: insomnia in 32.08%, headache in 30.55% of cases, fibromyalgia 22.91%. The main triggering factors were: psychological factors 32.08% and dietary factors (tubers 14.13%, beans 6.11%, late or heavy dinner 4.2% and soft drinks 3.44%). The socio-professional impact of TFIs was dominated by absenteeism in 82.78% of cases, and lateness for work in 20%. The most frequent digestive comorbidities were: gastroesophageal reflux disease (GERD), dyspepsia, dolichocolon and their association. Additional morphological examinations were represented by (an abdominal and pelvic ultrasound was carried out in 50.11% of our patients and it revealed aerocolia in 45% of cases; an abdominopelvic scan was performed in 3.56% of cases, examination without abnormality; an anorecto-sigmoidoscopy in 17.80% of cases and the colonoscopy in 4.98% of cases, all normal; an esophagogastroduodenal fibroscopy in 25% of our patients and was normal; a double contrast barium enema 11.20%. Conclusion: TFI is a public health problem that impairs the quality of life of those affected. Abdominal pain, constipation, and abdominal bloating constitute the symptomatic triad. Stress is a triggering factor for the symptoms. The association of IBS with digestive and extra-digestive comorbidities is common. Additional morphological examinations have difficult financial consequences in the majority of cases among our patients.

---

**Keywords:** Abdominal pain, Comorbidities, CHU Conakry, Stress, TFI

## Introduction

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) sont des affections fréquentes qui se manifestent par la survenue chronique des symptômes digestifs comme des douleurs abdominales, des ballonnements, une constipation ou une diarrhée ou une alternance des deux, sans que l'intestin ne présente une lésion visible (Ducrotté, 2005).

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) ou TFI représente un véritable problème de santé publique. Les estimations de prévalence varient considérablement à l'échelle internationale (Lovell, 2012).

Il représente le premier motif de consultation en gastro-entérologie (24 à 45%) et 5 à 10% des consultations chez les généralistes et sont un souci quotidien pour le médecin du fait de la plainte constante de ces patients (Frexinos, 1998).

Les TFI font partie de ces pathologies bénignes, qui pourtant induisent des dépenses de santé importante. Cet aspect relationnel entre le SII et la qualité de vie a été mis en évidence par de nombreuses études spécifiques (Amoureti, 2006 ; EL-Serag, 2002).

D'autres études ont montré que l'altération de la qualité de vie chez les patients présentant des troubles fonctionnels intestinaux pouvait être aussi importante que les patients diabétiques insulino-dépendants ou insuffisants rénaux chroniques (Amoureti, 2006 ; Gralnek, 2000).

En Guinée, les symptômes du SII décrits par les malades sont aussi variés que complexes allant du "gros parasite" mobile à l'empoisonnement ou mauvais sort jetés par un ennemi invisible.

La persistance de la douleur abdominale, de la constipation et diverses manifestations extradigestives ayant suscité tant de consultations médicales, de soins sans amélioration et tant de sollicitations de marabouts et/ou sorciers sans succès motive le choix de cette étude.

Ce travail avait pour but d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et les comorbidités des TFI persistants au CHU de Conakry.

## **Matériel et Méthodes**

Nous avons mené une étude transversale descriptive à recueil prospectif de données réalisée en consultation externe du service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 au 31 Décembre 2020.

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients dont l'âge est  $\geq 10$  ans, sans distinction sexe, ni de provenance et répondant aux critères de Rome IV.

## **Critères de Rome IV**

Douleur abdominale récurrente survenant en moyenne, au moins un jour par semaine dans les trois derniers mois avec au moins deux des critères suivants :

- Soulagement à la défécation ;
- Modification de la fréquence des selles ;
- Modification de la consistance des selles (forme ou apparence)

Nous avons exclu dans cette étude, les patients dont la numération formule sanguine, la coloscopie, et la fibroscopie oeso-gastroduodénale (FOGD) révélaient des lésions organiques. L'hémogramme avait pour but de rechercher une anémie, la coloscopie pour éliminer une cause organique et la FOGD chez les patients présentant une symptomatologie de type reflux ou dyspepsie.

La collecte des données a été fait à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle établie à cet effet. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, les symptômes (douleur abdominale, diarrhée, constipation, alternance diarrhée/ constipation, ballonnement abdominal, éructation), les comorbidités digestives (reflux gastro-œsophagien, dyspepsie et leur association) et extra-

digestives (céphalées, insomnie, anxiété, fibromyalgie, dyspareunie, troubles urinaires), la durée d'évolution des symptômes et les facteurs calmants.

L'analyse des données a été faite par le logiciel Epi info 6.0.4. Le seuil de significativité a été de 5%.

## Résultats

Pendant la période d'étude, 1309 patients avaient consulté dans le service dont 398 cas de TFI soit une prévalence de 30,40%.

L'âge moyen de nos patients était de 49 ans avec des extrêmes variant de 10 à 88 ans. La tranche d'âge de 25-34 ans était la plus touchée avec une fréquence de 24,52% suivie de celle de 35-44 ans et celle de 55 ans et plus avec des fréquences respectives de 22,7% et 20,47

Nous avons trouvé une prédominance féminine de 52% contre 48% d'homme, le sex-ratio a été de 0,92.

La douleur abdominale a constitué le motif de consultation le plus fréquent avec une fréquence de 92,28% suivie de la constipation (84,41%), du pyrosis 30,56%, des régurgitations acides 29,79% ; du ballonnement abdominal 28,65% (Tableau I).

**Tableau I.** Répartition des patients souffrant de TFI selon leurs motifs de consultation (CHU Conakry, 2019-2020, n = 398)

Manifestations digestives	Nombre de Cas	Fréquence
Douleur abdominale	367	92,21
Constipation	335	84,17
Pyrosis	126	31,65
Régurgitation acide	118	29,64
Ballonnement abdominal	114	28,64
Diarrhée	46	11,55
Mucorrhée	38	0,95
Alternance diarrhée /Constipation	35	0,87
Indigestion	30	0,75
Excès de gaz (pets)	24	0,60

Le siège de la douleur était épigastrique dans 61,03% (n=224) aux flancs dans 28,61% (n=105) et diffuse dans 25,61% (n=94)

L'échelle de Bristol avait permis de déterminer les fréquences des sous types qui étaient de 60% ; 22,56% ; 12% et 5,5% respectivement pour SII-constipation dominante, SII-diarrhée dominante, SII-inclassable et SII-mixte. Les comorbidités digestives les plus fréquentes étaient : le RGO (11,31%), la dyspepsie (11,84%), le dolichocôlon (27,80%).

Ces différentes comorbidités étaient souvent associées ; TFI + RGO (9,17%) ; RGO+ dyspepsie dans 9,01% ; TFI+ Dyspepsie (11,38%) et RGO + TFI + Dyspepsie dans 16,17%.

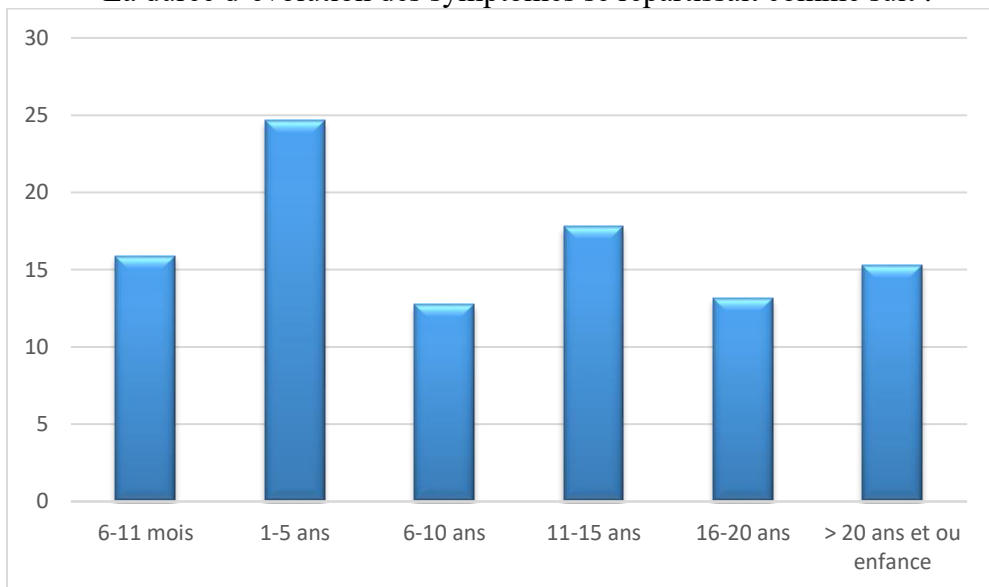
Les comorbidités extra-digestives sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau II)

**Tableau II.** Répartition des patients souffrant de TFI selon les signes extra-digestifs (CHU Conakry, 2019-2020, n = 398)

Signes extra- digestifs	Nombre de Cas	Fréquence
Insomnie	200	50,25
Anxiété	128	32,16
Céphalées	121	30,40
Fibromyalgie	91	22,86
Fatigue chronique	89	22,36
Dyspareunie	65	16,33
Vertige	62	15,57
Troubles urinaires	43	10,80
Asthénie sexuelle	20	5,02

En analyse univariée, il existait une relation statistiquement significative entre l'anxiété, le stress et les TFI avec de p-value respectifs de 0,034 et 0,003)

La durée d'évolution des symptômes se répartissait comme suit :



**Figure 1.** Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution des symptômes (CHU Conakry, 2019-2020, n = 398)

Les principaux facteurs déclenchants étaient : les facteurs psychologiques 31,90% (n=127) et alimentaires : tubercules 14,07% (n=56), haricot 6,03% (n=24), le dîner tardif et/ou copieux 4,27% (n=17) et les boissons gazeuses 3,51% (n=14).

Le retentissement socioprofessionnel des TFI était dominé par l'absentéisme dans 82,78% des cas, le retard au travail dans 20%.

La qualité de vie de nos patients se présentait comme suit (Tableau III) :

**Tableau III.** Retentissement des TFI sur la qualité de vie des patients (CHU Conakry, 2019-2020, n = 398)

Qualité de vie	Nombre de Cas	Fréquence
Excellente	48	12,06
Très bonne	82	20,60
Bonne	121	30,40
Mauvaise	63	15,93
Faible	84	21,10

Dans notre série, pour les examens complémentaires, nous avons retrouvé chez certains de nos patients :

- une échographie abdominale et pelvienne a été réalisée chez 50,00% (n=199) de nos patients et elle objectivait une aérocolie dans 44,97% (n=179) des cas.
- un scanner abdominopelvien fait dans 3,51% (n=14) des cas, examen sans anomalie.
- une ano-recto-sigmoïdoscopie dans 17,83% (n=71) des cas et une coloscopie dans 5,02% (n=20) des cas, toutes normales.
- une fibroscopie oeso-gastroduodénale chez 24,87% (n=99) de nos patients et était normale
- un lavement baryté double contraste 11,30% (n=45) qui objectivait un dolichocôlon dans certains cas.

## Discussion

La prévalence des TFI dans notre série était de 30,40%. Elle est proche de celle observée au Cameroun 38,4% (Tzeuton, 2000) mais très inférieure à celle retrouvée à Bangui 45,7% (Camengo, 2012). Malgré la forte prévalence des TFI dans la population générale, seuls 10 à 30% des malades sollicitent un médecin (Friedt, 2008). Cette différence pourrait s'expliquer par l'utilisation des critères diagnostiques qui varient d'une étude à une autre et le fait que nous avons mené une étude hospitalière.

Dans notre série, l'âge moyen de nos patients était de 49 ans avec des extrêmes de 10 à 88 ans. La tranche d'âge de 25-34 ans était la plus touchée avec une fréquence de 24,52% suivie de celle de 35-44 ans et celle de 55 ans et plus avec des fréquences respectives de 22,7% et 20,47%.

L'âge moyen de nos patients de 49 ans était retrouvé par certains auteurs (Camengo, 2012).

En France, (Dorval, 2002) avaient rapporté un moyen d'âge de 49 ans avec des extrêmes de 17 et 89 ans.



La prédominance des tranches d'âges de 25-34 ans et 35-44 ans pourrait s'expliquer par le fait que ce sont les couches les plus psychos socialement actives et correspondent à une période de stress due aux multiples problèmes socio-économiques (problèmes familiaux, emploi, échec scolaire, rêve de partir en occident) et par conséquent sont les plus exposés.

Concernant le sexe, nous avons trouvé une prédominance féminine de 52% contre 48% d'homme soit une sex-ratio H/F est de 0,92.

Ce résultat est superposable à ceux trouvé en Centrafrique par (Camengo, 2012) qui avaient rapportés dans leur étude une prédominance féminine de 51,3% contre 48,7% d'homme avec un sex ratio H/F de 0,95.

Du point de vue clinique, la douleur abdominale a constitué le motif de consultation le plus fréquent avec une fréquence de 92,28% suivi de la constipation (84,41%), du pyrosis 30,56% des régurgitations acides 29,79% ; du ballonnement abdominal 28,65%, des éructations (21,39%), de la diarrhée 11,46% et d'une alternance diarrhée/constipation dans 8,78% des cas.

La prédominance de la douleur abdominale a été constatée au Cameroun par (Tzeuton, 2000) dans 83% des cas suivi de constipation 68% ; d'émission des gaz 56% et des ballonnements 49%.

En France, (Dapoigny, 2009) avait rapporté une prédominance de la douleur abdominale dans 60% des cas et des ballonnements dans 46% des cas. Par contre, (Frexinos, 1998) ont rapporté en France une prédominance de l'émission des de gaz (59%), suivie de la douleur abdominale (48%) ; dyspepsie (40%) ; de la constipation (35%) ; de la diarrhée (28%) ; de la mauvaise haleine (22%) et d'évacuation incomplète des selles (19%).

La répartition de nos patients en fonction du siège de la douleur abdominale montrait une prédominance du siège épigastrique 61,03% (n=224), des flancs dans 28,61% (n=105) et diffuse dans 25,61% (n=94). Ceci pourrait s'expliquer par l'association très fréquente des TFI avec le reflux gastroœsophagien (RGO) et la dyspepsie.

Dans notre série, les comorbidités digestives les plus fréquentes étaient : le RGO, la dyspepsie.

La grande fréquence des dolicho méga colons acquis en Afrique pose des problèmes d'interprétation chez les malades constipés, car certains ont un transit normal (Tzeuton, 2000).

Ces différentes comorbidités étaient souvent associées : RGO+TFI (9,17%), RGO+ dyspepsie 9,01%, TFI +RGO+ dyspepsie 16,17%.

L'association de ces pathologies pourrait être due au fait qu'ils répondent aux mêmes mécanismes physiopathologiques, particulièrement l'hypersensibilité viscérale ou les troubles de la motricité gastro-intestinale (Camengo, 2016).

Les symptômes des TFI cohabitent souvent avec des symptômes d'autres pathologies fonctionnelles digestives (dyspepsie ou reflux gastro-

œsophagien), mais aussi les précèdent ou les succèdent dans environ 50% des cas (Olafsdottir, 2012).

(Sabate, 2008) avaient identifié comme comorbidités : la dyspepsie (61,2%), le RGO (44,1%), la fibromyalgie (48,5%), les troubles du sommeil (60,3%) et le syndrome prémenstruel (chez 10 femmes).

Dans notre étude, l'insomnie était le symptôme le plus prédominant des comorbidités extra-digestives avec une fréquence de 50,25% suivi des céphalées 30,40%, de la fatigue chronique 22,36%, de la fibromyalgie 22,86%, de l'anxiété 32,16% et des troubles urinaires 10,80%.

Dans une étude française (Ducrotté, 2005) ont rapporté aussi des comorbidités extra- digestives du SII avec des fréquences de : 50,75% pour la fibromyalgie ; 30,56% de dysurie ; 30,50% de fatigue chronique et 30,50% de céphalées.

La multiplicité de ces signes extra intestinaux pousse les colopathes à consulter dans plusieurs services en passant par les tradithérapeutes, les sorciers sans succès.

L'évolution des TFI est en effet chronique, longue et désespérante pour le malade mais aussi son entourage familial et professionnel ainsi que pour son médecin.

Dans notre série, les facteurs déclenchants et/ou aggravants des troubles fonctionnels intestinaux étaient dominés par les facteurs psychologiques dans 31,90% (n=127), suivi des tubercules 14,07% (n=56), du haricot 6,03% (n=24), du dîner tardif et copieux 4,27% (n=17) et des boissons gazeuses 3,51% (n=14).

Il ressort de cette étude que les facteurs nutritionnels jouent un rôle indéniable dans les manifestations des TFI.

La chronicité souvent désespérante des TFI et l'anxiété pourraient expliquer cette prédominance des facteurs psychologiques en rendant ces malades cancérophobes parfois, certains patients évoquent l'ensorcellement dans notre contexte.

C'est à ce titre que des gestes chirurgicaux intempestifs sont souvent faits à ces patients, soit à la suite de demandes pressantes du malade qui peuvent finir à influencer aux praticiens et/ ou le chirurgien, soit parce que le médecin a peur de passer à côté d'une affection organique, et surtout après maintes investigations paracliniques, de thérapies sans succès et de précaution, on finit par intervenir chirurgicalement devant la persistance des symptômes. Les examens complémentaires biologiques et morphologiques doivent être réalisés avec discernement, car leur rentabilité diagnostique est faible. Il ne faut pas réitérer les examens inutilement. L'échographie et le scanner n'ont pas d'utilité pour le diagnostic des TFI.

La prédominance des facteurs psychologiques a été constatée en France par (Coffin, 2009) qui avait trouvé 53,4% de stress et 47,5% de repas comme causes des TFI.

Les TFI et les troubles psychologiques son fréquemment associés. Une étude réalisée auprès des étudiants en médecine au Pakistan a montré que 55,8% des causes des TFI étaient associées au stress (Khoshkrood, 2009). En outre, en Arabie Saoudite, (Ibrahim, 2013) avaient rapporté que 40,10% des étudiants atteints du SII étaient anxieux et 41,9% avaient une dépression morbide.

Le déclenchement, l'exacerbation et la persistance de la douleur abdominale, de la constipation et les différents symptômes extra-digestifs restent intimement liés à divers stress, certains aliments et particulièrement à l'association du SII avec la dyspepsie, le RGO ainsi que le dolichocôlon.

Le retentissement socioprofessionnel des TFI était dominé par l'absentéisme dans 82,78% des cas, le retard au travail dans 20%. Ce retentissement peut avoir pour conséquences un faible rendement et une diminution des performances dans les lieux de travail.

(Coffin, 2004) avaient déjà souligné le rôle probablement important de l'altération de la qualité de vie dans le SII, une seule étude française a corrélié la qualité de vie et la sévérité du SII. Chez 858 patients répondants aux critères de Rome II, il a été montré que l'intensité des symptômes chez ces patients était modérée à sévère dans plus de 90% des cas et qu'il existait une corrélation significative entre l'intensité des symptômes et l'altération de la qualité de vie.

## **Conclusion**

La prévalence des TFI dans notre étude est de 30,40%. Les TFI sont des pathologies chroniques fréquentes dans la population générale. Les douleurs abdominales et la constipation sont les principaux motifs de consultation.

- L'association du SII avec des comorbidités digestives et extra-digestives est fréquente. Ces pathologies associées aggravent la symptomatologie digestive et le profil évolutif, d'où la nécessité d'une bonne connaissance de ces maladies, et d'une prise en charge multidisciplinaire afin de proposer une thérapeutique adéquate et optimale. Les examens complémentaires morphologique ont de conséquences financières difficiles chez nos patients

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

**Disponibilité des données :** Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

**Déclaration de financement :** Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

### **Approbation éthique**

#### **Déclaration pour les droits de l'homme**

L'hôpital a consenti à l'utilisation des données des patients ayant été consulté dans le service. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital et les principes de la Déclaration d'Helsinki ont été suivis.

#### **Références:**

1. Amouretti M, Le Pen C, Gaudin AF, Bommeler G, Frexinos J, Ruzsenniewski P, Poynard T, Maurel F, Priol G, El Hasnaoui Abdelkader. Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health-related quality of life (HRQOL). *Gastroenterol Clin Biol*. 2006;30:241-6.
2. Camengo Police SM, Mbeko -Simaleko M, Longo JD, Boua-Akélélo NP. Association des troubles fonctionnels intestinaux et du reflux gastrooesophagien à l'hôpital de Bangui; *Rev. Méd. Madag* 2016;6(6):667-70.
3. Camengo-Police SM, Mbeko MS, Service G, Boua-Akelelo NP, Molowa-Kobendo JR. Les troubles fonctionnels intestinaux en consultation de gastroentérologie à l'hôpital de l'amitié de Bangui. *J.Afr.Hepatol.gastroentérol*. 2012 6:107-111.
4. Coffin B, Dapoigny M, Cloarec D, Cloarec D, Comet D, Dyard F. Relations-hip between severity of symptoms and quality of life in 858 patients with irritable bowel syndrome. *Gastroentrol Clin Biol*, 2004 ; 28 :11-5.
5. Coffin B. Sensibilité viscérale et troubles fonctionnels digestifs. Significations cliniques et perspectives thérapeutiques. *Gastroentérologie clinique et biologique* 2009 ; 33(1) : 9-16.
6. Dapoigny M. Etude observationnelle des troubles fonctionnels intestinaux définis selon les critères de Rome III. *Gastroenterol clin Biol*, 2009, 33.
7. Deby Gassaye, Atipo Ibara BI, Camengo Police SM, et al. Etude descriptive des troubles fonctionnels intestinaux chez l'adulte au Congo. *Med Afr Noire* 2011 ; 58 : 139-43.
8. Diarra M, Konaté A, Souckho-kaya A, Koussoube SA, Doumbia-Samake K, Sow H et al. . Aspects épidémiologiques et sémiologiques des troubles fonctionnels intestinaux dans les centres de santé de référence de Bamako ; *J Afr Hépatol Gastroentérol*, 2010 ; 5 : 214-6.
9. Dorwal ED, Delvaux M. Profil et évolution du syndrome de l'intestin irritable. *France* 2002 3 : 643.

10. Ducroté P, Dapoigny M, Bonaz B, Sipronthis L. symptomatic efficacy of beidellitic montmorillonite in irritable bowel syndrome : a randomized, controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2005 ; 21 :435-444.
11. Ducrotté P. Physiopathologie et traitement des troubles fonctionnels intestinaux. EMC-Gastroentérologie. 2005;
12. El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health quality of life among persons with irritable bowel syndrome : a systemic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002 ; 16 :1171-85.
13. Frexinos J., Delvaux M., Lagier E : Syndrome de l'intestin irritable. *La Revue du praticien*, 1998, 48, 2257- 60.
14. Friedt M Colon irritable. *Paediatrica*, 2008;19: 20-8.
15. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000 ; 119 :654-60
16. Ibrahim NKR, Battarjee WF, Almeahmadi SA. Prévalence and predictors of irritable bowel syndrome among medical students and interns in King Abdul Aziz University, Jeddah. *Libyan J Med* Janv 2013 ; 8(1) : 21287.
17. Khoshkrood-Mansoori B, Pourhoseingholi MA, Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Sedigh-Tonekaboni B, Pourhoseingholi A et al. Irritable bowel syndrome : Une étude basée sur la population . *J Gastrointest Liver Dis* 2009 ; 18 :413-8.
18. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome : a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012; 10(7) : 712-721.
19. Olafsdottir LB, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, Bjornsson E, Thjodleifsson B. Natural history of functional gastrointestinal disorders : comparison of two longitudinal population-based studies. *Dig Liver Dis* 2012 ; 44(3) : 211-7.
20. Sabate JM, Veyrac M, Mion F, Siproudhis L, Ducrotte P, Zerbib F, et al. Relation between rectal sensitivity and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008 ; 28 : 484-90.
21. Sehonou J, Leoubou RSD. Profil clinique et facteurs associés au syndrome de l'intestin irritable chez les étudiants en médecine à Cotonou, Bénin : *Pan African Medical Journal* . 2018 ; 31 :123.
22. Tzeuton C. Troubles fonctionnels digestifs dans le contexte africain. *Acta endoscopie* 2000;30(5) : 579 – 585.