

## Profil Evolutif et Comorbidités 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

***Diallo Ahmed Tidiane***

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

***Wann Thierno Amadou***

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

***Diallo Kadiatou***

***Diallo Djéinabou***

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

***Bah Mamadou Lamine Yaya***

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

***Yaogo Abdoulatif***

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

***Soro Dramane***

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

***Sylla Djibril***

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

[Doi: 10.19044/esipreprint.12.2023.p707](https://doi.org/10.19044/esipreprint.12.2023.p707)

Approved: 17 December 2023

Posted: 20 December 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

*Cite As:*

Diallo M.S., Diallo A.N., Diallo A.T., Wann T.H., Diallo K., Diallo D., Bah M.L.Y., Yaogo A., Soro D. & Sylla D. (2023). *Profil Evolutif et Comorbidités des Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI) Persistants au CHU de Conakry*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.12.2023.p707>

## Résumé

**Introduction :** Les troubles fonctionnels digestifs (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 allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 au 31 Décembre 2020 chez les patients souffrants de TFI et répondant aux critères de Rome IV.

**Résultats :** Trois cent quatre-vingt-dix-huit cas de SII sur 1309 patients 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 extradigestives : 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 diner 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 RGO, la dyspepsie, le dolichocôlon ainsi que leur association.

### Conclusion

Le SII 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.

---

**Mots-clés:** SII- douleur abdominale, comorbidités, stress, CHU Conakry

---

## **Evolutionary Profile and Comorbidities of Persistent Functional Intestinal Disorders (TFI) 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

***Diallo Ahmed Tidiane***

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

***Wann Thierno Amadou***

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

***Diallo Kadiatou***

***Diallo Djéinabou***

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

***Bah Mamadou Lamine Yaya***

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

***Yaogo Abdoulatif***

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

***Soro Dramane***

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

***Sylla Djibril***

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

---

### **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 outpatient consultation of the hepatogastroenterology department of the Donka national hospital of the Conakry University Hospital from January 1, 2019 to December 31, 2020 in patients suffering from TFI and meeting the Rome IV criteria.

Results: Three hundred and ninety-eight cases of IBS out of 1309 patients, 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 extradigestive 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, lateness for work in 20%. The most common digestive comorbidities were: GERD, dyspepsia, dolichocolon and their combination.

#### Conclusion

IBS 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.

---

**Keywords:** IBS- abdominal pain, comorbidities, stress, CHU Conakry

#### 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 et al, 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 et al, 1998).

Les TFI font partie de ces pathologies bénignes, qui pourtant induisent des dépenses de santé importante. C'est certainement au moins en partie, en raison du fort retentissement, que ces troubles représentent pour la qualité de vie des patients. Cet aspect relationnel entre le SII et la qualité de vie a été mis en évidence par de nombreuses études spécifiques (Amoureti et al, 2006 ; EL-Serag et al, 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 et al, 2006 ; Gralnek et al, 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 extradiigestives 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.

Etaient inclus dans cette étude tous les patients de tout âge, de tout sexe, de toute 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 :

- associée à la défécation ;
- associée à une modification de la fréquence des selles ;
- associée à une modification de la consistance des selles (forme ou apparence)

Ont été exclus de l'étude, les patients dont l'hémogramme, 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 faite 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.

Dans cette étude nous avons respecté les considérations éthiques notamment ; l'intégrité morale et physique de la personne, le consentement libre et volontaire de la personne, la confidentialité des résultats et l'anonymat des personnes interrogées et la volonté éventuelle de se retirer de la personne enquêtée sans préjudice. L'hôpital a consenti à l'utilisation des données des patients ayant été consulté dans le service.

L'analyse des données a été faite par le logiciel Epi info 6 .0.4. Le seuil de significative à 5%.

## Résultats

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

L'âge moyen de nos patients était de 49 ans avec des extrêmes variait 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 H/F est de 0,92.

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

**Tableau I.** Répartition des cas en fonction des motifs de consultation\

<b>Manifestations digestives</b>	<b>Nombre de Cas</b>	<b>%</b>
Douleur abdominale	367	92,28
Constipation	335	84,41
Pyrosis	126	30,56
Régurgitation acide	118	29,79
Ballonnement abdominal	114	28,65
Eructation	85	21,39
Diarrhée	46	11,46

Mucorrhée	38	9,56
Alternance diarrhée /Constipation	35	8,78
Indigestion	30	7,64
Excès de gaz (pets)	24	6,11

Le siège de la douleur était épigastrique dans 56,37%, aux flancs dans 26,49% et diffuse dans 23,59%

Le type de constipation dominant était l'émission de selles supérieure ou égale à 3 jours avec une fréquence de 49,05% suivi de boules dures (scyballes) 42,53% puis de peu de selles émises 38,01%, la dyschésie dans 28,78%.

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, la dyspepsie, le dolichocôlon.

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%.

L'insomnie était le symptôme le plus prédominant des comorbidités extra-digestives avec une fréquence de 32,8% suivi des céphalées 30,55%, de la fatigue chronique 24,44%, de la fibromyalgie 29,91% (Tableau II)

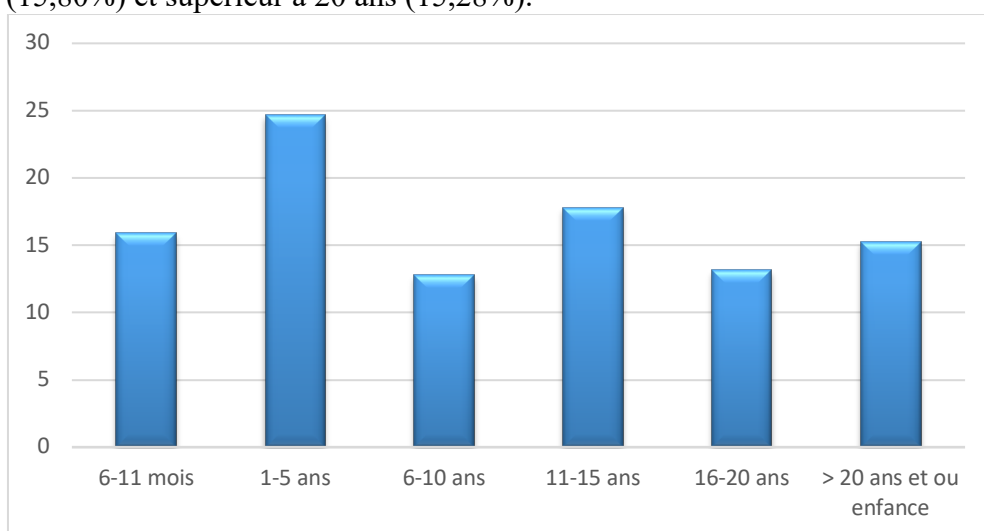
**Tableau II.** Répartition des cas en fonction des comorbidités extra-digestives

Signes extra- digestifs	Nombre de Cas	%
Insomnie	128	32,08
Céphalées	121	30,55
Fatigue chronique	89	24,44
Fibromyalgie	91	22,91
Anxiété	200	15,27
Vertige	62	15,27

Dyspareunie	65	4,96
Asthénie sexuelle	20	4,58
Troubles urinaires	43	11,00

En analyse univariée, il existait une relation statistiquement significative entre l'anxiété, le stress et les TFI respectivement de ( $p=0,034$ ) et ( $p=0,003$ )

Dans notre étude, la durée dominante de l'évolution des symptômes était de 1-5 ans (24,67%) suivi de 11 à 15 ans (17,80%) ; suivi 6-11 mois (15,80%) et supérieur à 20 ans (15,28%).



**Figure 1.** Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution des symptômes

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%.

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

**Tableau III.** Répercussion des TFI sur la qualité de vie des patients

Qualité de vie	Nombre de Cas	de %
Excellente	48	12,08
Très bonne	82	20,55



Bonne	121	30,44
Mauvaise	63	15,91
Faible	84	21,10

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

- une échographie abdominale et pelvienne 50,11%
- un scanner abdominopelvien 3,56%
- une ano-recto-sigmoïdoscopie (17,80%)
- une coloscopie dans 4,98%
- une fibroscopie oeso-gastroduodénale dans 25%
- un lavement baryté double contraste 11,20% qui objectivait un dolichocôlon dans certains cas

Ces examens étaient tous normaux. L'échographie quant à elle objectivait une aérocolie dans 45% des cas.

## Discussion

La prévalence du SII dans notre série était de 30,40%. Elle est proche de celle observée au Cameroun (Tzeuton et al, 2000) mais très inférieure à celle retrouvée à Bangui 45,7% (Camengo et al, 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 40 ans était retrouvé par certains auteurs (Camengo et al, 2012).

En France, (Dorval et al., 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 un sex ratio H/F est de 0,92.

Ce résultat est superposable à ceux trouvés en Centrafrique par (Camengo et al., 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.

Cette constatation est identique aux données de la littérature, selon lesquelles les TFI sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme (Camengo et al., 2012) ; (Friedt, 2008) ; (Dorval et al., 2002) ; (Sehonou et al, 2018).

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 et al, 2000) dans 83% des cas suivi de constipation 68% ; d'émission des gaz 56% et des ballonnements 49%.

En France, (Dapoiny, 2009) avait rapporté une prédominance de la douleur abdominale dans 60% des cas et des ballonnements dans 46% des cas.

Par contre, (Frexinos et al., 1998) ont rapporté en France une prédominance de l'émission des gaz (59%), suivi de la douleur abdominale (48%) ; sensation de la mauvaise digestion (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 (56,37%), des flancs dans 26,49% et diffuse dans 23,59%. Ceci pourrait s'expliquer par l'association très fréquente du SII avec le reflux gastroœsophagien (RGO) et la dyspepsie.

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

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

Ces différentes comorbidités étaient souvent associées : RGO+TFI (9,17%), RGO+ dyspepsie 9,01%, TFI +RGO+ dyspepsie 16,17%. Dans leur étude, (Camengo et al, 2016) avaient trouvé une association RGO-TFI avec une fréquence de 28,1%.

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 et al, 2016).

Les symptômes du SII cohabitent souvent avec des symptômes d'autres pathologies fonctionnelles digestives (dyspepsie ou reflux gastro-œsophagien), mais aussi les précèdent ou succèdent dans environ 50% des cas (Olafsdottir et al, 2012).

(Sabate et al, 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 32,8% suivi des céphalées 30,55%, de la fatigue chronique 24,44%, de la fibromyalgie 29,91%, de l'anxiété 15,27% et des troubles urinaires 11%.

Dans une étude française (Ducrotté et al, 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.

S'agissant de l'évolution, la durée dominante de l'évolution des symptômes était de 1-5 ans (24,67%) suivi de 11 à 15 ans (17,80%) ; suivi 6-11 mois (15,80%) et supérieur à 20 ans (15,28%). Cette ancienneté des symptômes pourrait s'expliquer par la méconnaissance des facteurs déclenchants et/ou aggravants.

L'évolution 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 psychologiques représentaient les facteurs déclenchants et/ou aggravants des troubles fonctionnels intestinaux dans 32,08%, suivi des tubercules 14,13%, du haricot 6,11%, du diner tardif et copieux 4,20% et des boissons gazeuses 3,44%.

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

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. Cinq pour cent de nos patients avaient subi une hémicolectomie, geste réalisé leur réception dans service.

La prédominance des facteurs psychologiques a été constatée 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. La prévalence du stress chez les patients ayant les TFI étaient de 32,08%. Une étude réalisée à l'auprès d'étudiants en médecine au Pakistan a montré que 55,8% des causes des TFI étaient associées au stress (Khoshkrood et al, 2009).

En outre, en Arabie Saoudite, (Ibrahim et al, 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. Cette intrication nous amène à nous poser la question suivante, est ce que le reflexe gastrocolique physiologique ne jouerait-il pas un rôle dans l'exacerbation et/ou la persistance de certains de certains symptômes du syndrome de l'intestin irritable ?

Les cas de TFI ayant fait l'objet de notre étude sont soulagés en grande majorité par l'émission des gaz (pets et/ou éructation) soit 59 ,59% et par la défécation 40,41% comme l'ont souligné la plupart des auteurs (Diarra et al, 2010) ; (Deby et al, 2011). Ces facteurs calmants sont conformes à la définition des troubles fonctionnels intestinaux selon les critères de Rome IV.

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 et al, 2004) avaient déjà souligné le rôle probablement important de l'altération de la qualité de vie dans le SII, une seule étude française a corrélé la qualité de vie et la sévérité du SII. Chez 858 patients répondants aux critères d Romme 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 est forte 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. Les couts directs (médicaments, consultations, examens complémentaires) et indirects (absentéisme) induits par la symptomatologie, en font un véritable problème de santé publique.

L'association du SII avec des comorbidités digestives : la dyspepsie, le RGO et extra-digestives est fréquente : insomnie, fatigue chronique, fibromyalgie 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.

**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, et al. 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) : 667-670.
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, et al. (2004) Relations-hip between severity of symptoms and quality of life in 858 patients with irritable bowel syndrome. *Gastroentrol Clin Biol* 28 :11-5.
5. Coffin B. Sensibilité viscérale et troubles fonctionnels digestifs. Significations cliniques et perspectives thérapeutiques. *Gastroentérologie clinique et biologique* 2009 ; 33, Suppl.1, S9 - S16.
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, et al. (2010). Aspects épidémiologiques et sémiologiques des troubles fonctionnels intestinaux dans les centres de santé de référence de Bamako ; *J Afr Hépatol Gastroentéro*15 :214-6.
9. Dorwal ED et al. Profil et évolution du syndrome de l'intestin irritable. *France* 2002 (3): 643.
10. Ducroté P, Dapoigny M, Bonaz B, Siprondhis L. symptomatic efficacy of beidellitic montmorillonite in irritable bowel syndrome: a randomized, controled trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2005 ; 21 :435-444.
11. Ducrotté P. Physiopathologie et traitement des troubles fonctionnels intestinaux. (2005) EMC-Gastroentérologie.
12. El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Helth 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 (2008) Colon irritable. *Paediatrica* 19: 20-8.
15. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A et al. The impact of irritable bowel syndrome on helth-realated quality of life. *Gastroenterology* 2000 ; 119 :654-60
16. Ibrahim NKR, Battarjee WF, Almehmadi 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-Manssoori B, Pourhoseingholi MA, Safaee A et al. Irritable bozle 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 et al. Natural history of functional gastrointestinal disorders : comparaison of two longitudinal population-based studies. *Dig Liver Dis* 2012 ; 44(3) : 211-7.
20. Sabate JM, Veyrac M, Mion F et al. Relation between rectal sensitivity and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Phamacol Ther.* 2008 : 28 : 484-90.
21. Schonou 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, vol. 30, N°5, PP 579 – 585.