

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ooOOOoo

Année 1996

N° 33

**ETUDE DES HEMORROIDES EN CHIRURGIE " B "
A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G
A PROPOS DE 152 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 1996 devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Par :

Mr HAMIDOU MARIKO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Aly Guindo

Membres : Professeur Sambou Soumaré

Professeur Abdoul Kader Traoré dit " DIOP "

Docteur Gangaly Diallo (Directeur de Thèse)

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995 - 1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR : BOUBACAR S. CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ
SECRETARE GENERAL : BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
ECONOME : MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho.Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA	Ortho.Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Path.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie Organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
-------------------	-------------------

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef de D.E.R
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou K.TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M.KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastro-Entérologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Hamar A.TRAORE	Médecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Adama D.KEITA
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA

Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacie Chimique Chef de D.E.R
Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matières Médicales
Galénique

5. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAÏGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique Chef de D.E.R

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Daouda DIALLO
Mr Bakary I.SACKO
Mr Sidiki DIABATE
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme Sira DEMBELE
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Nyamanton DIARRA
Mr Moussa I.DIARRA
Mr Mamadou Bakary DIARRA

Botanique
Bactériologie
Physique
Chimie Générale et Min.
Biochimie
Bibliographie
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Mathématiques
Biophysique
Cardiologie

PERSONNEL D'ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE
Docteur Tahirou BA
Docteur Amadou MARIKO
Docteur Baidi KEITA
Docteur Antoine Niantao
Docteur Kassim SANOGO
Docteur Yéya I.MAIGA
Docteur Chompere KONE
Docteur Almahady DICKO
Docteur Mohamed TRAORE
Docteur Reznikoff
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE
Docteur Hamidou B.SACKO
Docteur Hubert BALIQUE
Docteur Sidi Yéhiya TOURE
Docteur Youssouf SOW

H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
P.M.I.SOGONINKO
KATI
IOTA
IOTA
H.G.T.
C.T.MSSPA
H.G.T.
H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO
Pr M.L.SOW
Pr S.S.GASSAMA
Pr D.BA
Pr M. BADIANE
Pr B.FAYE
Pr Eric PICHARD
Dr G.FARNARIER

HYDROLOGIE
MED.LEGALE
BIOPHYSIQUE
BROMATOLOGIE
PHARMACIE CHIMIQUE
PHARMACODYNAMIE
MEDECINE INTERNE
PHYSIOLOGIE

DEDICACES

A ma mère : Djénèbou Coulibaly

Voici le moment tant attendu pour moi de vous remercier pour l'éducation , l'affection que j'ai bénéficiées au près de vous . Les mots me manquent pour vous qualifier . Vous avez guidé mes pas vers l'avenir . Humblement , à vos pieds , je dépose ce modeste travail en gage de ma très grande affection .

Vos sages conseils et bénédictions ont contribué beaucoup à la réalisation de ce travail . Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance .

A mon père : Mahamane Mariko

Vous avez guidé mes premiers pas vers l'école . Votre affection , votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut . Vous avez su faire de moi un Homme responsable . Nous marcherons toujours dans votre sillage pour l'honneur et la dignité de la famille . Vos sages conseils et bénédictions ont contribué à la finalité de ce travail . Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance .

A mon grand père : Youssouf Mariko

Ce travail est le votre . Vos conseils et votre soutien matériel ne m'ont jamais manqué durant toute ma formation . Votre courage et votre amour ^{Pour} les études ont été pour moi un modèle et m'ont aidé à surmonter bon nombre de difficulté .

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude .

A mes frères et soeurs .

Pour le réconfort moral qu'ils n'ont cessé de m'appoter pendant des années d'études . Que Dieu resserre nos liens . Bon courage et bonne chance . Trouvez ici l'expression de ma tendre affection .

A ma fiancée future:

Je ne sais pas qui tu es J'ai pensé à toi à chaque paragraphe de ce travail .
Trouve ici l'expression de ma tendre affection .

A A.O.D. :

J'ai pensé à toi à chaque ligne de ce travail. Ton courage, ta compréhension et ta persévérance à vaincre me serviront d'exemple. Bon courage et bonne chance pour une meilleure réussite dans cette vie.

Trouve ici l'expression de ma tendre affection.

A Notre Président du Jury : Professeur Aly GUINDO, Chef de Service de la Gastro-Entérologie de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Honorable Maître, c'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vous nous avez appris au cours de nos stages pratiques auprès de vous, la rigueur dans le travail.

Nous souhaitons hériter de vous la passion pour le travail et l'attachement profond manifeste à l'égard du personnel et des malades. Veuillez accepter, Cher Président, l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos profonds respects.

A Notre Maître : Professeur Sambou SOUMARE, Chef de service de la Chirurgie "A" de l'Hôpital National du Point "G"

C'est un grand honneur et un grand plaisir pour nous de vous compter parmi nos juges. L'étendue de vos connaissances en Médecine suscite notre grande admiration. Votre simplicité, votre enseignement clair et précis, votre disponibilité nous serviront toujours d'exemple. En acceptant de juger ce travail, vous prouvez une fois de plus l'importance que vous accordez à notre formation.

Recevez ce travail comme l'expression de notre sincère reconnaissance et de nos profonds respects.

A notre Maître : Professeur Abdoul Kader TRAORE dit Diop, Assistant Chef de Clinique en Chirurgie "B" de l'Hôpital National du Point "G"

Ce travail est le vôtre, vous l'avez dirigé avec ardeur. Tout au long de nos études, nous avons apprécié la clarté avec laquelle vous transmettez vos connaissances. Votre courage, votre compétence, votre modestie font de vous une personnalité exemplaire.

Veillez bien agréer, Cher Maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A Notre Directeur de thèse : Docteur Gangaly DIALLO, Assistant Chef de Clinique en Chirurgie "B" de l'Hôpital National du Point "G", Médecin Chef de la Gendarmerie Nationale.

Vous nous faites honneur en nous confiant ce travail tout en mesurant l'ampleur des difficultés.

Vous avez conçu et dirigé ce travail avec ardeur. Votre rigueur scientifique et votre goût du travail bien fait, votre modestie ainsi que votre disponibilité nous ont beaucoup marqué.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Notre Maître : Professeur Abdel Karim KOUMARE, Chef de Service de la Chirurgie "B" de l'Hôpital National du Point "G", Chef de D.E.R. de Chirurgie.

Honorable Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de nous encadrer.

La clarté et la précision au cours des interventions chirurgicales ont toujours marqué notre admiration. Vous nous avez consacré beaucoup de vos temps précieux pour l'élaboration de ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre courage nous serviront toujours d'exemple.

Veillez accepter, Cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos profonds respects.

REMERCIEMENTS

A notre seigneur ! Le Miséricordieux par essence et par excellence .

`` C'est toi que nous adorons et c'est de toi que nous implorons aide . Guide nous sur le droit chemin ``

- A nos aînés , les docteurs : SIMPARA D. , ONGOIBA N. , ALWATA I. , DOUMBIA T. , YENA S. , TRAORE M. , DOUCOURE G. , N'GARIAL K. , SAMAKE H. pou leur contribution efficace à notre formation .

-A Mme KAMANO (André) , N'DIAYE A. , DJOURTE T. pour leur courage et leur disponibilité permanente .

- Aux majors et infirmiers (SAMAKE B.) pour leur sérieux dans le travail .

- A nos amis de promotion : COULIBALY C.O. , SIDIBE B.Y., DIALLO S. , DACKOOU G. , GOITA A. , BALDE B. , BAH B. , DIALLO Y. , KANTE F. pour la franche collaboration quia prevalu entre nous .

- A nos cadets : DEMBELE M. , SISSOKO M. , ZERBO A. , VITA F. , SYLVAIN A. , COULIBALY B. , CISSE I. , WELE A. pour le profond respect qu'ils nous ont témoigné .

- A l'ensemble du personnel de l'Hôpital Régional de Ségou en témoignage de ma sincère reconnaissance .

- Aux Familles :

MARIKO M. et MARIKO A. à M'Pebe .

MARIKO A. et MARIKO M. à Ségou .

MARIKO Y. , MARIKO D. et MARIKO B. Bamako .

MARIKO M. à Fana .

MARIKO S. en R.C.I. et MARIKO T. au Burkina .

Ce travail est le votre . Trouvez ici le témoignage de ma profonde affection .

- Aux Familles :

TRAORE M. à Lafiabougou .

BAMBA Fodé , CISSE Seydou DIARRA Madou au Point G.

Merci pour votre amabilité .

- Feue Mme DIARRA Astan TRAORE que son âme repose en paix.

- A Mr KONE Karim à la direction nationale des Travaux Publics en témoignage de ma reconnaissance .

- A mes amis : KEITA A.Moussa , CAMARA Mahambé , CAMARA Sidi , MARIKO Henri , DIAKITE Yacouba , FANE Noumoukè , COULIBALY Mama , COULIBALY Oumar , KEITA S.Boubacar , DIALLO Aziz , SACKO Maimouna . Grâce à vos conseils et votre amabilité j'ai pu mener à terme mes études . Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance .

- A tous les élèves et étudiants de l' Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie pour leur dire courage .

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1- <u>Introduction</u> :	<u>1</u>
2- <u>Rappels</u> :	<u>3</u>
2-1- Rappels anatomiques:	<u>3</u>
2-2- Physiopathologie :	<u>10</u>
2-3- Rappels cliniques :	<u>11</u>
2-4- Traitement :	<u>15</u>
3- <u>Méthodologie</u> :	<u>26</u>
4- <u>Résultats</u> :	<u>29</u>
5- <u>Commentaires et discussions</u> :	<u>51</u>
6- <u>Conclusion et recommandations</u> :	<u>71</u>
7- <u>Bibliographie</u> :	<u>72</u>
8- <u>Annexe</u> :	<u>83</u>

1- INTRODUCTION

Les hémorroïdes , du grec " écoulement de sang " , sont des extasies des capillaires du corps caverneux recti (36) . Elles tiennent leur nom d'une des manifestations cliniques de la maladie . Il ne s'agit pas de varices mais de formations vasculaires particulières (19) .

Ce terme hémorroïdes est souvent employé d'une manière erronée non seulement par les malades mais aussi par certains médecins .Ainsi les hémorroïdes sont souvent confondues à beaucoup d'autres pathologies de la marge anale : notamment les abcès , les tumeurs , les marisques , les fissures (29) .

Maladie de civilisation , les hémorroïdes constituent la pathologie la plus fréquente de l'intestin terminal (61) . La prévalence est de 50% en Europe (27) et 50 à 80% aux Etats Unis d'Amérique (26) .

En Afrique elles représentent 40,83% de l'ensemble des pathologies digestives basses au Cameroun (in 19) . Cette fréquence a été de 57,2% au Soudan (1) et 37,28% au Gabon (49) .

Au Mali sur 1000 rectoscopies effectuées à l'Hôpital National du Point G (H.P.G.) en 1981 la fréquence des hémorroïdes a été de 13,03% selon DIALLO A.N. (23) et de 22,06% d'après TALL (72) en 1985 . Actuellement la fréquence est estimée à environ 40,15% de l'ensemble des endoscopies basses effectuées à l'Hôpital Gabriel Touré (H.G.T.) et à l'H.P.G. selon une étude de DEMBELE K. (6) portant sur les pathologies anales .

La chirurgie hémorroïdaire a fait l'objet de plusieurs études sur le plan international Des études comparatives des différentes techniques ont pu être effectuées .C' est le cas des travaux de ANDREWS BT. et coll. (3) , GAYLE M. et coll. (26) aux Etats Unis.

D'autres travaux ont intéressé les suites opératoires .On peut ainsi citer les études de CHAMPIGNEULE et coll. (12) , SARL et coll. (74) en France ; HOFF SD. et coll. (76) aux Etats unis .

Au Mali il n'y a pas eu d'étude sur les suites opératoires des hémorroïdes . La thèse de TALL (72) a quand même été effectué en milieu chirurgical . Ainsi il nous a paru intéressant de faire une étude rétrospective sur la maladie hémorroïdaire .

OBJECTIFS

a. Objectif général :

Ce travail a pour objectif général d'étudier les hémorroïdes en chirurgie B à l'Hôpital National du Point G .

b. Objectifs spécifiques :

- 1°) Déterminer la fréquence des hémorroïdes en chirurgie B à l'Hôpital National du Point G (H.P.G.)
- 2°) Décrire la pathologie hémorroïdaire en chirurgie B à l'Hôpital National du Point G (H.P.G.)
- 3°) Déterminer les indications opératoires des hémorroïdes en chirurgie B à l'Hôpital National du Point G(H.P.G.)
- 4°) Décrire les suites opératoires immédiates et le suivi à moyen et long terme des patients opérés d'hémorroïde en chirurgie B à l'Hôpital National du Point G (H.P.G.)

2- RAPPELS

2-1°) Rappels anatomiques :

2-1-1°) Généralités:

Le canal anal est la partie périnéale du rectum .Il est long de 3 à 4 cm , rétréci et fixe (figure 2) .Il se termine par l'anus , orifice terminal du tube digestif qui se trouve sur la partie inférieure du sillon inter- fessier .

Dans la formation du canal anal intervient le cloaque .Ce dernier est d'origine endoblastique et donne naissance au sinus urogénital et au rectum .Il est formé par la membrane cloacale qui dévient la membrane anale et disparaît vers la fin de la 7è semaine du développement embryonnaire (37) .

2-1-2°) Anatomie descriptive : (37 , 63)

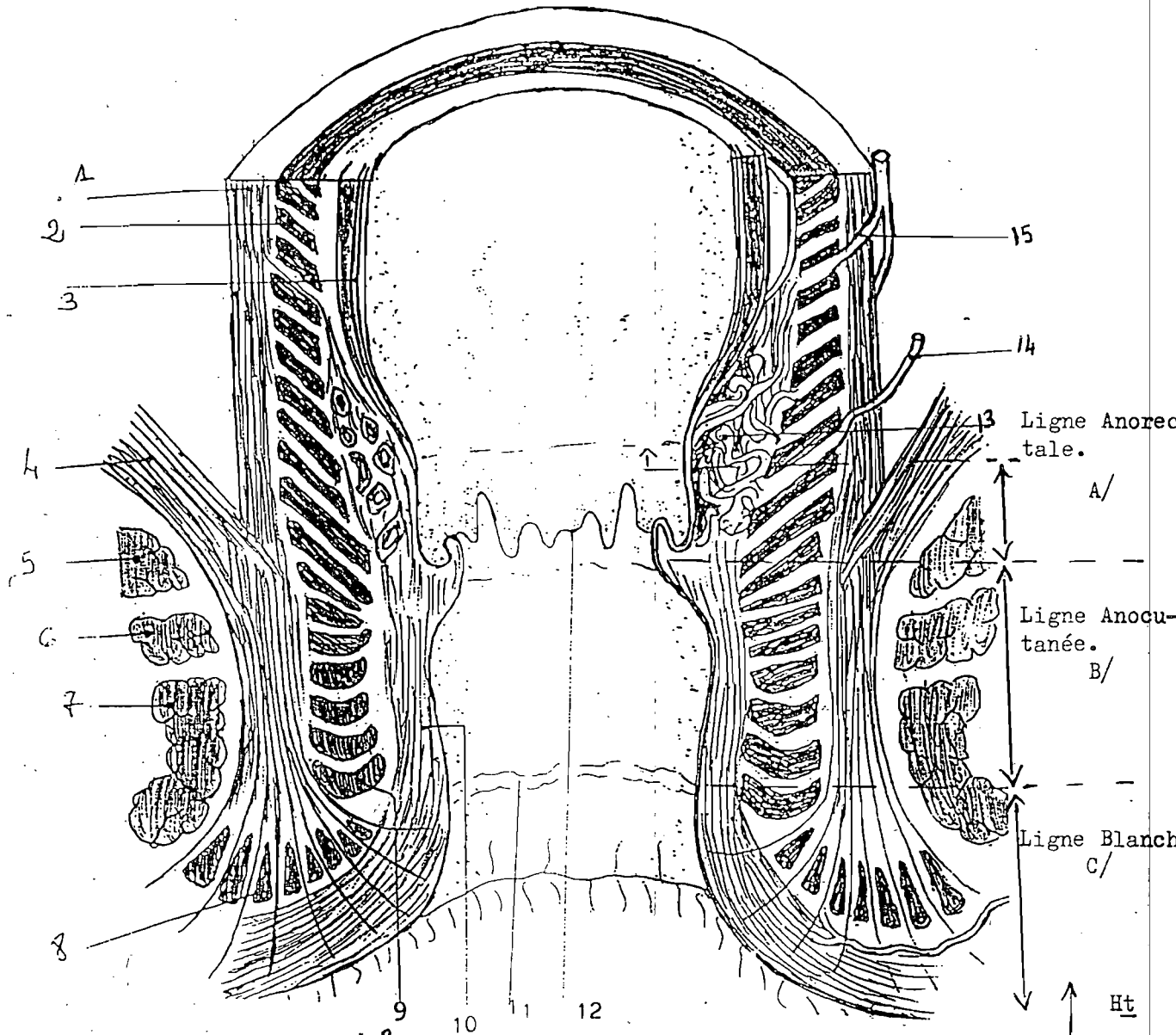
2-1-2-1°) Anatomie macroscopique : On distingue (figure 1) :

- Le pecten anal : Il est caractérisé par les colonnes et les sinus anaux . Sa limite inférieure est la ligne ano-cutanée . C'est une zone intermédiaire constituée d'un revêtement lisse , sec mâât , puis bleu . Les colonnes de Morgagni sont constituées par des replis semi-circulaires qui sont l'orifice des cryptes anales . Entre les replis se trouvent les papilles anales .Les colonnes de Morgagni constituent des bourrelets longitudinaux de la muqueuse dans le canal anal .Elles sont reliées à leur extrémité inférieure par les valvules anales et séparées entre elles par les sinus anaux .La membrane anale est rose à ce niveau .Cette zone est séparée du rectum par la ligne ano-rectale . Les colonnes sont au nombre de 5 à 8 , longues de 1 cm et épais de 1 à 2 mm .

COUPE FRONTALE DU CANAL

ANAL

Figure: 1.



1. Fibres musculaires longitudinales du Rectum
2. Fibres musculaires Circulaires du Rectum
3. Muscularis mucosae
4. Muscle pubo Coccygien
5. Muscle Puborectal
6. Muscle Sphincter externe profond
7. Sphincter externe superficiel
8. Sphincter externe sous-cutané

9. Sphincter Interne
10. Muscle du Canal anal
11. Muqueuse du Canal anal
12. Ligne des colonnes de MORGAGNI
13. Corps Caverneux rectal
14. Veine rectale médiane
15. Veine rectale supérieure
16. Veine rectale inférieure

A)= PECTEN

B)= ZONE ANOCUTANEE

C)= ZONE CUTANEE.

- La zone ano-cutanée : elle est lisse et haute de 1 cm . Elle est limitée en bas par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphincters interne et externe : c'est la ligne blanche .
- La zone cutanée : Elle continue avec la peau fine du périnée . Cette zone est souvent pigmentée , riche en poils et en glandes sébacées .

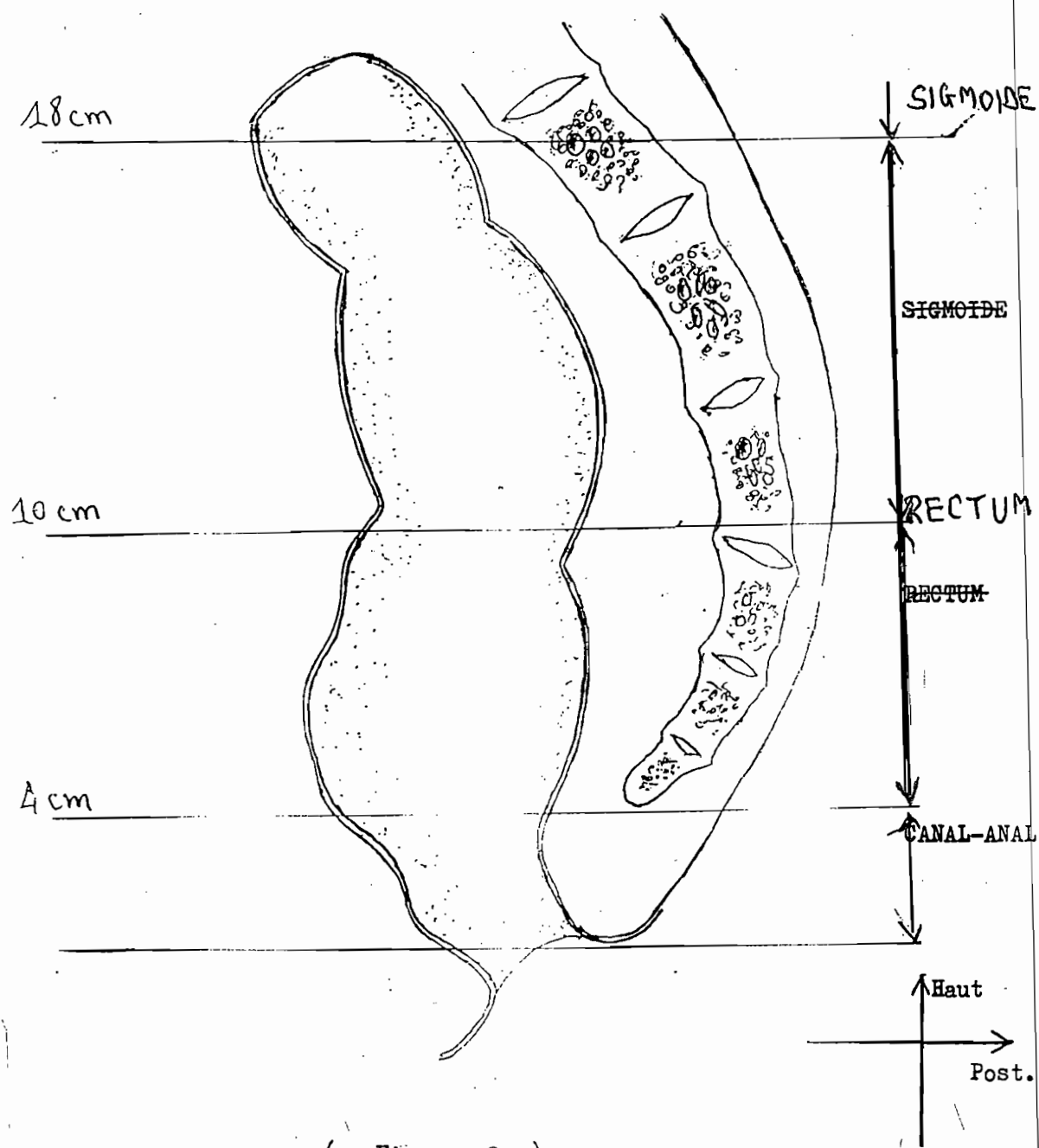
2-1-2-1-1°) Muscle du canal anal : (figure 1)

2-1-2-1-1-1°) Sphincter externe : muscle sphincter ani externus .

C' est un muscle strié annulaire entourant le canal anal jusqu'à l'anus .Il est constitué de 2 arcs musculaires de 10 mm d'épaisseur environ et de 25 mm de hauteur .Il se fixe en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant sur le centre tendineux du périnée . Il recouvre la partie inférieure du sphincter interne de l'anus . Il est traversé par les fibres longitudinales du rectum et dissocié par la terminaison du muscle élévateur de l'anus en trois parties : sous-cutanée , superficielle et profonde .

2-1-2-1-1-2°) Sphincter interne : muscle sphincter ani internus .

C' est un muscle annulaire entourant le coude ano-rectal . Il constitue un épaississement de 2 cm environ des fibres musculaires circulaires du gros intestin . Aganglionnaire et lisse , son bord inférieure est dure et palpable chez le vivant . Son tonus (contracture continue) permet la continence . Il s'étend de l'anneau rectal à l'anneau ano-cutané . Sa partie inférieure est entourée du sphincter externe .



(Figure. 2.)

SCHEMA DU TRAJET DU RECTUM DANS LE PETIT BASSIN.

(Vue de Profil)

2-1-2-1-1-3°) Muscle élévateur de l'anus : muscle levator ani. (38) :

Principal muscle de la continence , il est constitué du :

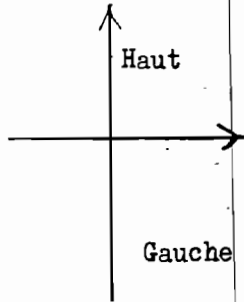
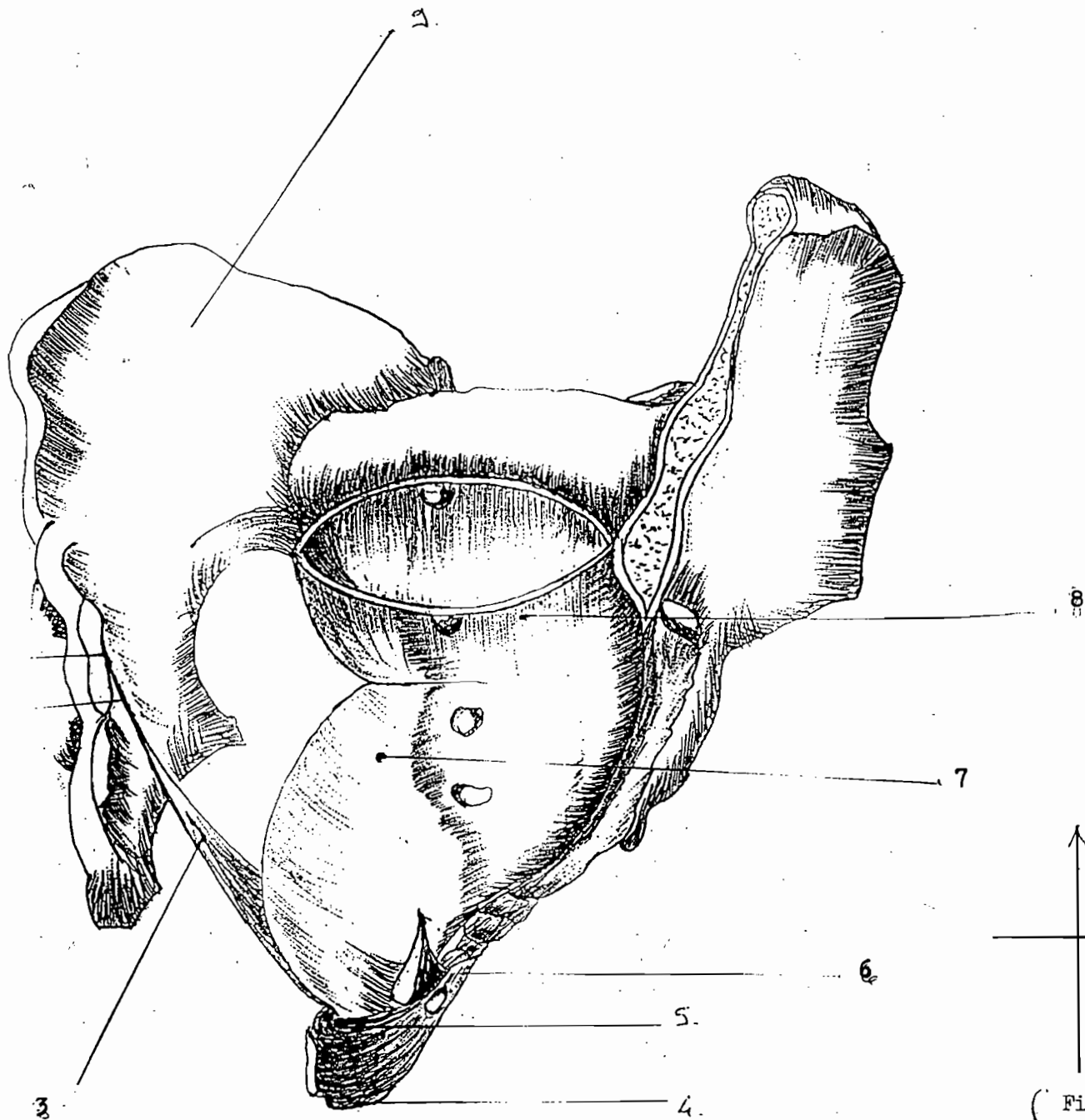
- muscle pubo-coccygien : pubo-coccygéal . Il naît sur la face postérieure de la surface angulaire du pubis .
- muscle ilio-coccygien : iléo-coccygéal . Il naît sur le fascia du muscle obturateur interne au niveau de l'arcade du muscle élévateur

Ces deux muscles convergent en descendant vers la région rétro-anales en croisant les faces latérales du rectum . Ils s'insèrent sur le ligament ano-coccygien , sur les bords latéraux du coccyx et à la face postérieure de la partie anale du rectum .

- Muscle pubo-rectal : Il naît sur la face postérieure du pubis . Il est épais et étroit avec un trajet vertical et sagittal . Il croise l'uretère , la prostate chez l'homme et le vagin chez la femme . Il se termine sur le centre tendineux du périnée et dans les parois latérales du rectum où ses fibres terminales s'insinuent entre les parties du sphincter externe de l'anus (figure 3) . Il cravate le canal anal en arrière à la manière d'une fronde .

2-1-2-1-1-4°) Corps caverneux et muscle canalis ani : (29)

le corps caverneux se trouve dans le 1/3 supérieur du canal anal en ~~dessus~~^{dessous} de la ligne ano-rectale . Le plexus vasculaire qui s'y trouve a été faussement considéré comme des varices , mais des études histologiques ont montré qu'il n'existe pas de plexus veineux hémorroïdaire (STELZNER en 1963 et STAUBESAND en 1972) . Comme le corps caverneux du pénis le plexus vasculaire du corps caverneux rectal est rempli par du sang rouge artériel . Il est tributaire des branches terminales de l'artère rectale supérieure .



(Figure.3.)

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Inersion de la ligne Inominée | 5. Sphincter externe superficiel |
| 2. Aponévrose du muscle puborectalis. | 6. Ligament anococcygien. |
| 3. Muscle puborectalis . | 7. Rectum Fixe. |
| 4. Sphincter externe | 8. Rectum Mobile. |

9 : Os Iliaque.

SCHEMA DE L'AMPOULE RECTALE DANS LE PETIT BASSIN.

(Vue de Face).

Ces branches sont trouvées constamment aux points suivants : 3 H , 7 H , 11. H (figure 5) . Elles peuvent être palpées à ces points . Elles forment un réseau capillaire dans le corps caverneux et leur sang suit deux directions :

- vers le plexus veineux rétro-rectal pour atteindre la veine rectale supérieure ,
- vers la veine rectale moyenne qui est paire et trouve latéralement sur les muscles élévateurs . Cette deuxième voie joue un très grand rôle dans la pathogénie des hémorroïdes .

Il existe une troisième voie vers les veines rectales inférieures qui n'a pas beaucoup d'importance .

Le corps caverneux est encre sur les fibres du muscle canalis ani (HANSEN en 1976) . Ce muscle traverse la sous muqueuse et sous cutanée du canal anal . Il traverse toute la largeur du corps caverneux . Il joue un rôle important dans la fermeture du canal anal .

Le muscle canalis ani et le corps caverneux forment les colonnes anales qui sont plus longues sur la commissure postérieure que sur la commissure antérieure . Le muscle prend sa source du sphincter ani internus sous forme d'écrou . Une petite partie des fibres du muscle canalis ani vient du muscle longitudinal du rectum . Les fibres caudales reviennent au sphincter ani internus . Les autres fibres sont ancrées sur le septum intermusculaire et la peau périanale . A la hauteur de la ligne des cryptes le muscle s'unit avec la muqueuse anale . Ses transformations pathomorphologiques (hypertrophie, destruction) sont à la base de la maladie hémorroïdaire .

2-1-2-1-2°) Vascularisation : (37 ; 63) : figure 1 et 4 :

2-1-2-1-2-1°) Artérielle :

- Artère rectale supérieure (artere rectalis superior) : branche terminale de la mésentérique inférieure , c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus .

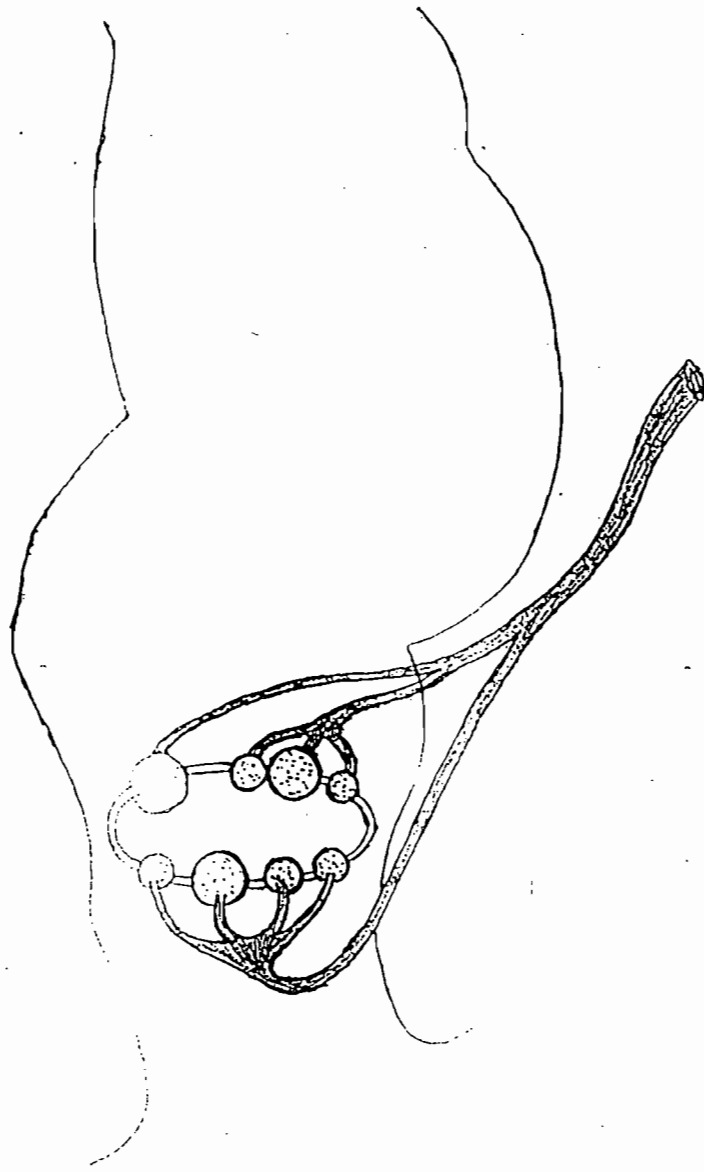
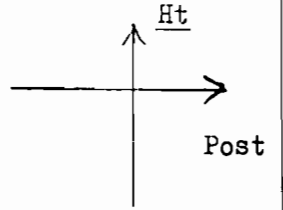


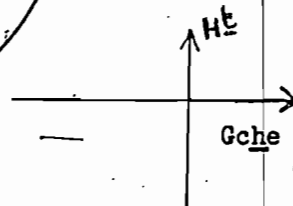
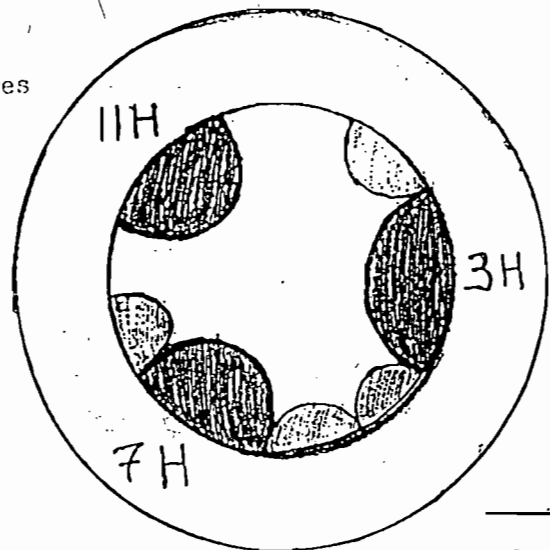
Schéma de la Vascularisation artérielle du Corps cavern rectal : Artère rectale supérieure.
(3 H. 7 H. 11 H.)

Figure. 4.



Position des paquets hémorroïdaires dans le canal anal (Décubitus dorsal). Les paquets principaux sont généralement à 3 H, 7 H et 11 H.

Figure. 5.



Elle donne des branches destinées à la muqueuse et à la sous muqueuse . Ses branches perforent la paroi rectale à 8 cm de la marge avant de descendre dans la sous muqueuse . Elles prennent ensuite un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal . Elles se jettent au niveau de la ligne pectinée .

- Artère rectale moyenne (artere rectalis media) : Elle naît de l'artère iliaque interne . Elle descend de façon oblique en dedans et en avant vers la face latérale du rectum . Elle se termine à ce niveau en 3 ou 4 branches .

- Artère rectale inférieure (artere rectalis inferior) : Elle naît de l'artère honteuse interne (artere pudenda interna) au niveau de l'épine sciatique . Elle se dirige en bas et en dedans vers le canal anal qu'elle irrigue .

L'artère sacrée moyenne participe accessoirement à cet apport artériel . Elle naît de l'aorte (au dessus de sa bifurcation) et se jettent dans le corps coccygien .

2-1-2-1-2-2°) veineuse :

Elle constitue un shunt porto-cave . Les veines rectales moyennes et inférieures se drainent dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines iliaques internes (veines iliacas interna) . Les veines rectales supérieures se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure .

2-1-2-1-2-3°) Lymphatique:

Les collecteurs satellites de l'artère rectale supérieure s'orientent vers les principaux relais du rectum : ganglion ano-rectaux de GEROTA , ganglion du promontoire de MONDOR . Les collecteurs satellites de l'artère rectale moyenne se dirige_{nt} vers les ganglions hypogastriques (iliaques internes) .

Les collecteurs satellites de l'artère rectale inférieure se dirigent vers le groupe supéro-interne des ganglions inguinaux superficiels .

2-1-2-1-3°) Innervation :

Le sphincter interne est innervé par le système neurovégétatif . Les filets sympathiques viennent du nerf érecteur (nerf erigente) et les parasympathiques des 2è et 3è segments lombaires du plexus hypogastrique .

Le sphincter externe est sous le contrôle de la volonté et reçoit son innervation du plexus honteux et du plexus coccygien .

2-1-2-2°) Anatomie microscopique : On distingue : (37 ;63) :

- La zone de transition : comprise entre la ligne ano-rectale et la ligne pectinée Cette transition s'effectue soit brusquement soit le plus souvent par l'intermédiaire d'un épithélium dit de transition . Cet épithélium est d'origine cloacale . Il est situé au niveau de la membrane proctodéale , frontière embryologique entre l'ectoderme et l'endoderme. De caractère paramalpighien , cet épithélium de transition est composé de cellules cubiques et de l'épithélium épidermoïde stratifié .

- Le pecten : constitué d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé , sans follicules pileux . La muscularis mucosae n'est présente qu'au niveau des colonnes .

- La zone ano-cutanée : Lisse , elle est un épithélium pavimenteux , stratifié et kératinisé sans formations pileuses .

- La zone cutanée : est un revêtement cutané identique à celui du périnée . Elle est pigmentée , riche en follicules pileux et en grosses glandes sébacées .

La sous muqueuse de la région ano-rectale est riche en plexus veineux dense et volumineux et en nombreux filets nerveux .

La musculature est constituée par les sphincters interne et externe .

2-1-3°) Anatomie fonctionnelle (29) :

Le muscle sphincter ani internus aganglionnaire et lisse ferme l'anus en laissant un orifice de 8 à 10 ^{mm} ~~cm~~ de diamètre. Cet orifice sera fermé par le corps caverneux qui se remplit par conséquent de sang.

On observe ainsi une fermeture des veines trans-sphinctériennes (contraire de ce qui se passe au niveau du pénis). La fermeture sphinctérienne, plus grande au niveau des cryptes, arrête non seulement les selles mais aussi les gaz. Selon les études manométriques et cliniques le sphincter externe ne contribue qu'à 30% à la fermeture de l'anus.

L'ampoule rectale est normalement vide ou contient seulement peu de selles. Pour le contrôle de la défécation beaucoup d'éléments interviennent. Les selles sont emmagasinées d'abord dans l'ampoule rectale. Ceci provoque une contraction du muscle sphincter externe et le pubo-rectal : c'est le réflexe ano-rectal. Il ne dure pas longtemps , mais permet quand même de bloquer une onde péristaltique. Il assure la continence volontaire.

Dans le colon existent des mouvements péristaltiques neuro-hormonaux allant d'oral à ab-oral. Ces mouvements transportent les selles vers l'anus. Il sont observés après les repas. C'est le réflexe gastro-colique.

Quand l'ampoule rectale est remplie les fibres musculaires circulaires se tendent et les fibres musculaires longitudinales s'activent. Il se produit alors une relaxation réflexe du sphincter interne et l'organe de continence est prêt à se vider. La contraction volontaire du sphincter externe complète le vidange. La pression abdominale joue un rôle accessoire dans le vidange.

La sensation d'avoir les selles est transmise par des fibres nerveuses sensibles de la muqueuse anale et probablement à travers des récepteurs qui sont au niveau du muscle élévateur et, ^{de} la paroi rectale. La discrimination des selles se fait au niveau des cryptes. L'ensemble est commandé par le système nerveux volontaire.

2-2°) PHYSIOPATHOLOGIE :

La contraction continue des muscles anaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-sphinctériennes fermées) permettent une continence hermétique.

Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation.

Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes. Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec un risque de saignement élevé.

A la longue le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de " priapisme du corps caverneux rectal ".

Pour LODER P.D.(46) les causes de la maladie hémorroïdaire restent inconnues , la constipation y jouerait un rôle important. L'hypertension portale favoriserait la présence des hémorroïdes (44). Il n'y a pas de relation entre la pression portale et le volume des hémorroïdes (44). Le rôle de l'hypertrophie bénigne de la prostate (79) ainsi que celui de l'obésité (31) a été signalé dans la littérature.

2-3°) Rappels cliniques:

2-3-1°) Epidémiologie :

En proctologie les hémorroïdes constituent l'une des affections les plus fréquentes (55 ; 61 ; 75). L'homme est atteint plus que la femme (61 ; 66). L'affection est extrêmement rare chez l'enfant (55 ; 61). La fréquence dévient de plus en plus élevée à partir de 20 ans avec un maximum vers la quarantaine (55). L'alimentation jouerait un rôle essentiel dans leur survenue, surtout les régimes riches en résidus (15 ; 55).

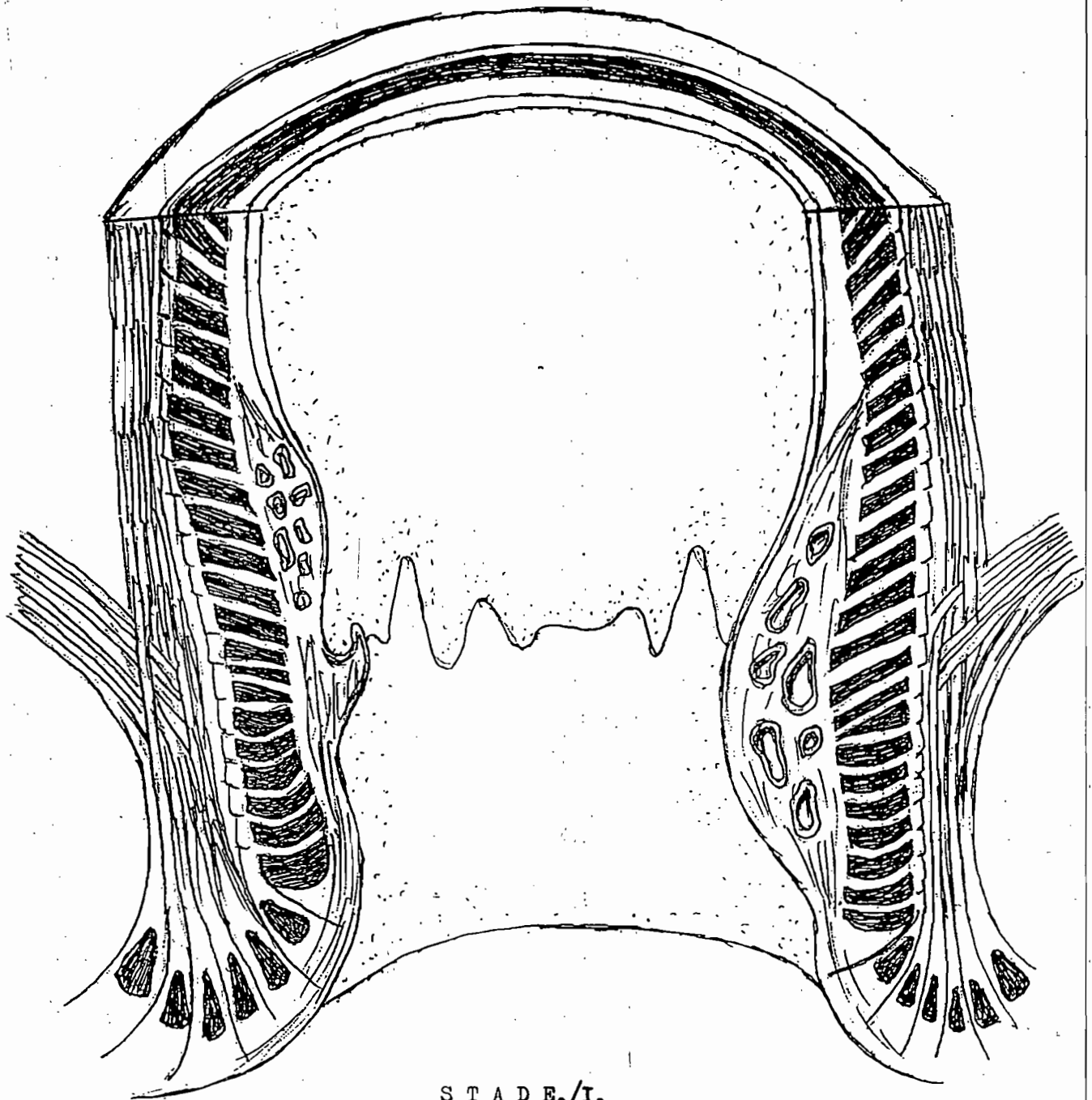
2-3-2°) Signes fonctionnels:

Le plus souvent les hémorroïdes sont asymptomatiques (55) . Elles peuvent être de découverte fortuite lors d'un examen général. Un des symptômes les plus fréquents est l'hémorragie rouge claire. Ces rectorrhagies sont d'abondance variable . Certains peuvent consulter pour une anémie (20 ; 33 ; 64). Le malade peut présenter aussi des prurits anaux, des troubles du transit : constipation ténésme, incontinence. Souvent la douleur est le maître symptôme. Elle peut être due à une thrombose, cas de Napoléon lors de la ^{bataille} guerre de Waterloo (76), une infection, un étranglement ou une fissure associée.

Parfois c'est une simple sensation de pesanteur au niveau de la région anale qui amène le malade en consultation.

On distingue 4 stades d'hémorroïdes (27) :

- Stade 1: paquet hémorroïdaire saignant à la fin de la défécation et visible à la rectoscopie (figure 6a),



STADE./I.

CLASSIFICATION DES HEMORROIDES.

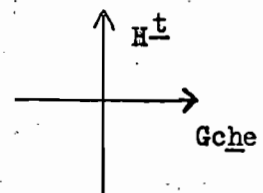


Fig.6 b)

- Stade 2 : extériorisation du paquet hémorroïdaire pendant la défécation et qui rentre spontanément (figure 6b),
- Stade 3 : la réduction du paquet hémorroïdaire après sa sortie n'est possible que par taxis (figure 6c),
- Stade 4 : extériorisation permanente du paquet hémorroïdaire (réduction impossible par taxis).

Parfois l'affection se manifeste sous forme de crise. Le patient éprouve une sensation de boule à l'anus avec une tension douloureuse. Les crises sont accrues par l'activité physique. L'examen montre une réaction oedémateuse marginale intéressant les hémorroïdes externes. L'anuscopie montre une dilatation des paquets internes.

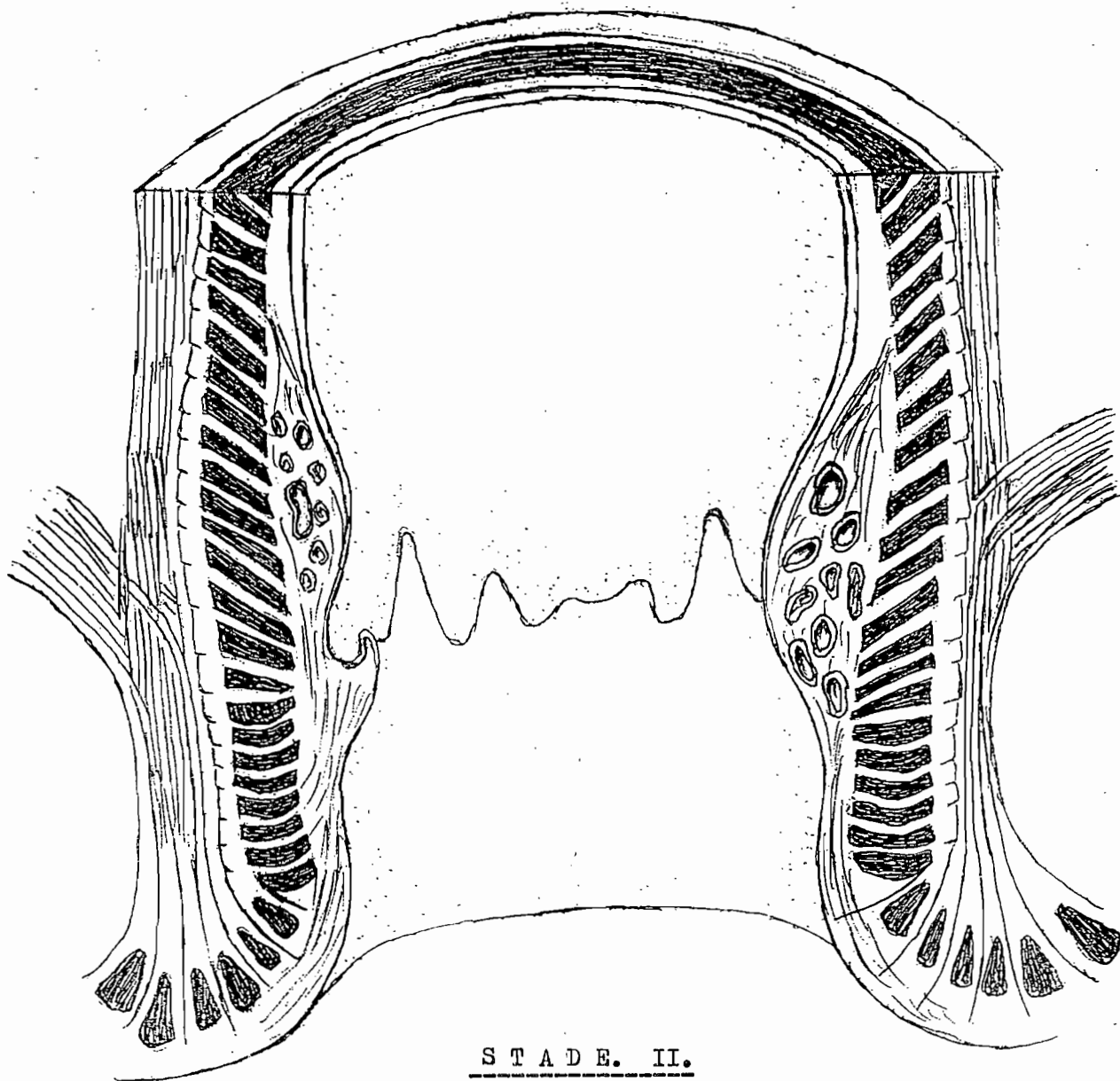
2-3-3°) Signes physiques (58) :

Le malade sera examiné en position genu-pectorale. On demande au malade de pousser. La marge anale est normale ou peut montrer des paquets bleutés , parfois ulcérés, à travers l'anus. Il s'agit des trois gros paquets hémorroïdaires généralement observés à 3 H, 7H, 11 H et quatre petits paquets intermédiaires (figure 5).

L'examen comporte un toucher rectal qui n'apporte pas beaucoup d'information dans le diagnostic des hémorroïdes (33). Ce toucher rectal est quand même indispensable et peut éliminer une tumeur rectale.

2-3-4°) Examen complémentaire :

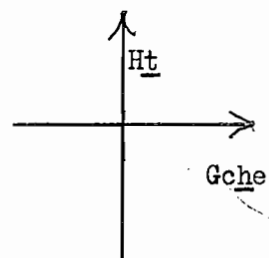
IL s'agit notamment d'une ano-rectoscopie qui doit être systématique.

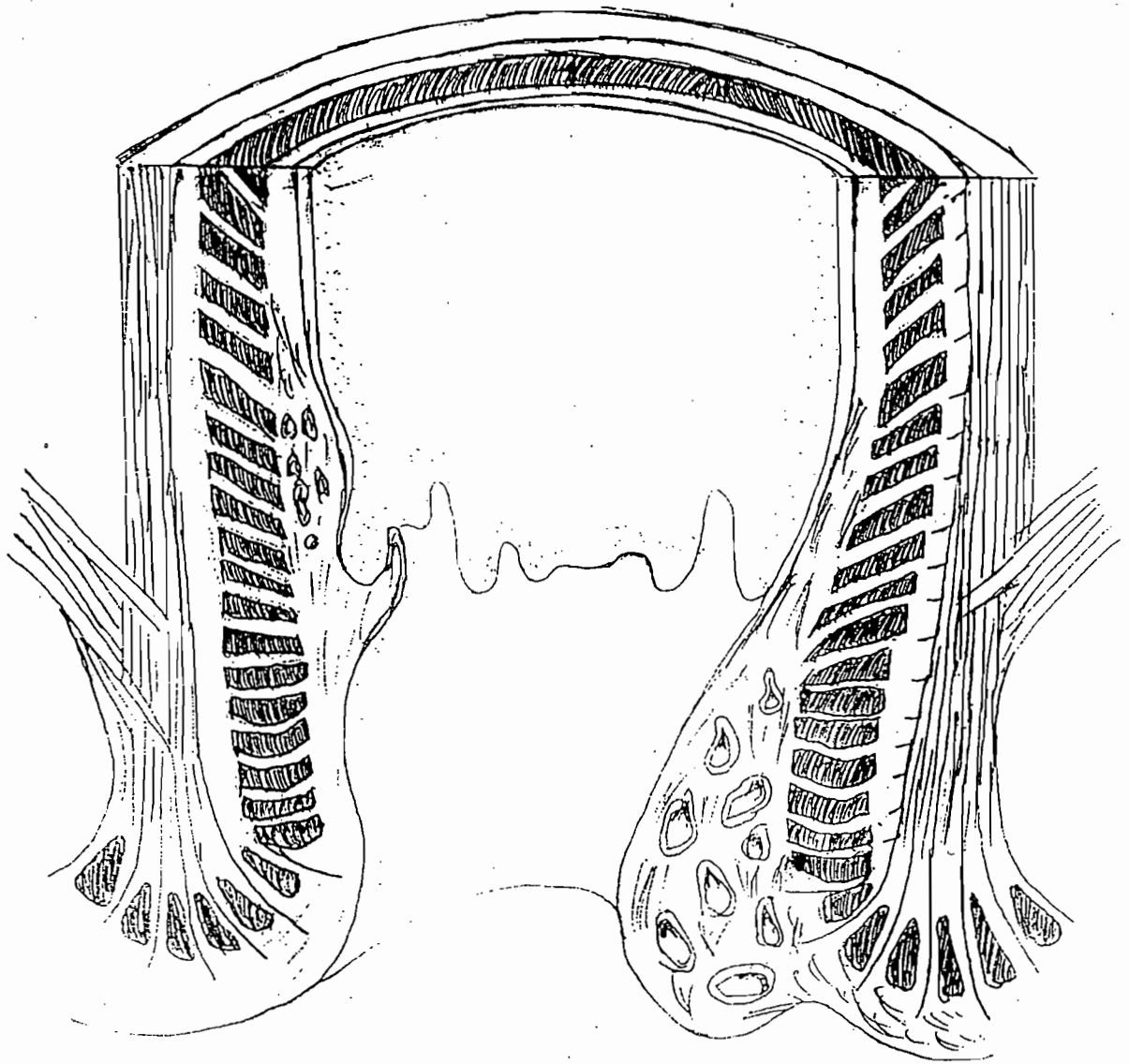


STADE. II.

CLASSIFICATION DES HEMORROIDES.

Fig. 6 a.)





STADE. III.

CLASSIFICATION DES HEMORROIDES

(SUITE)

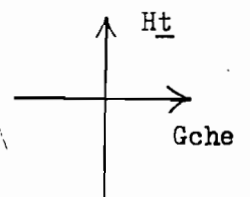


Fig. 6 C.)

2-3-5°) Les complications :

2-3-5-1°) Les rectorrhagies abondantes :

Elles sont faites de sang rouge vermeil, déclenchées par la défécation. Elles arrosent les selles et leur répétition peut créer une anémie chez le patient.

2-3-5-2°) Thromboses hémorroïdaires :

2-3-5-2-1°) Thrombose externe :

Elle réalise une tuméfaction bleutée sous cutanée dure et douloureuse. Elle est souvent entourée d'une zone oedémateuse. On observe souvent des zones noirâtres contenant des caillots de sang.

2-3-5-2-2°) Thrombose interne :

Quand elle est non extériorisée elle se manifeste par une douleur vive intracanalair. Au toucher rectal on sent une masse indurée douloureuse. L'anuscopie montre des tuméfactions bleutées.

Quand elle est extériorisée ou prolabée elle est difficile voire impossible à réduire. La douleur est permanente et exacerbée par la défécation.

2-3-6°) Diagnostic positif :

Il est facile mais nécessite un examen proctologique soigneux : inspection, toucher rectal et anoscopie. Il est quand même inconcevable de méconnaître un cancer de l'anus ou du rectum.

2-3-7°) Diagnostic différentiel (58) :

Il se fait avec les cancers du sigmoïde et du rectum devant une rectorrhagie. Il convient aussi de différencier le prolapsus hémorroïdaire du prolapsus rectal. Ce dernier se manifeste par une masse rougeâtre prolabée à travers l'anus. Il est caractérisé par la présence de sillons circulaires et par sa consistance qui le rend plus difficile à réduire contrairement au prolapsus hémorroïdaire.

2-4°) TRAITEMENT

2-4-1°) Les moyens :

Ils sont médicaux et chirurgicaux.

2-4-2°) Les méthodes :

2-4-2-1°) Médicale :

Il s'impose dans tous les cas et améliore un grand nombre de patients. Il comprend :

- Précautions diététiques : suppression des épices, la charcuterie, les vins, le thé et le café (63). Ces précautions corrigeront également la constipation, symptôme fréquemment associé à la pathologie hémorroïdaire. Elle peut aussi être traitée par des lubrifiants ou des mucilages.

- Médicaments améliorant la circulation veineuse :

Fraction flavonoïque purifiée : 2comp. à midi et 2comp. le soir au repas

Trimébutine : 2comp. midi et 2 comp. le soir au repas

- Traitement local : IL est à base d'anti-inflammatoire sous forme de pommade ou de suppositoire : Hydrocortisone : 1 suppositoire ou une application matin et soir et éventuellement après les selles.

2-4-2-1-1-°) Cas de l'étranglement hémorroïdaire :

C'est une urgence médicale. Le traitement sera dirigé contre la douleur , le spasme sphinctérien et l'oedème . Ces éléments empêchent la réduction du prolapsus . Il exige :

- Le repos absolu au lit
- Le recours aux antalgiques : Glafénine comp. à 200 mg : 3 à 6 comp. par jour . Paracétamol comp. à 500 mg : 2 à 6 comp. par jour. Dans les formes très douloureuses on peut administrer une ampoule de 30 mg de Fortal en I. M. à renouveler si nécessaire
- Des médicaments anti-inflammatoires :

Localement : sous forme de pommade, 2 à 3 applications par jour

Par voie générale : Ibuprofen comp. à 400 mg : 4comp. par jour. Dans les formes très douloureuses le Diclofénac peut être utilisé : une injection I.M. à renouveler éventuellement .

Une fois la réduction obtenue un traitement sclérosant peut être envisagé. En cas de persistance du prolapsus une hémorroïdectomie est nécessaire.

2-4-2-1-2°) - Traitement sclérosant :

C'est l'injection sous contrôle endoscopique dans la sous muqueuse rectale, juste au dessus du bourrelet hémorroïdaire, d'une solution sclérosante (Kinurée H ou anusclérol). La kinurée est une association de quinine et d'urée dont l'emploi est contre-indiqué chez la femme enceinte et en cas de névrite optique. Le traitement comporte six injections. On fait une ou deux injection par semaine. Elle peut être renouvelée six mois après en cas d'échec des injections antérieures.

Les indications de cette technique sont : l'hémorragie hémorroïdaire, le prolapsus circulaire réductible, l'anite hémorroïdaire. Elle est sans action sur le prolapsus isolé de 5 H et sur le prolapsus circulaire irréductible.

La seule complication de ce traitement est la survenue d'une escarre nécessitant l'arrêt des injections pendant 3 semaines.

2-4-2-1-3°) Traitement cryothérapeutique :

Il comprend une congélation au protoxyde d'azote ou à l'azote liquide. Cette congélation intéresse en profondeur la sous-muqueuse. Ses indications sont : la procidence localisée et le prolapsus muqueux.

2-4-2-2°) Chirurgical :

Il est envisagé en cas d'échec des autres méthodes thérapeutiques et d'emblée en cas de complications.

2-4-2-2-1°) Position opératoire :

- La position de décubitus dorsal^{est} la plus largement utilisée en chirurgie proctologique. Elle expose parfaitement le périnée, l'anus et le canal anal et éventuellement la partie basse et postérieure du rectum. Cette position est inconfortable pour le malade. Elle a aussi l'inconvénient de collaber la cavité rectale. Elle est généralement associée à une anesthésie générale.

- La position de décubitus ventral est peu utilisée. Le plus souvent le malade est couché sur une table d'examen cassée au niveau du bassin. Cette position expose moins bien la région que la position de la taille.

Elle permet quand même un bon relâchement des tissus et des muscles, l'anus est plus facilement dilaté. Elle nécessite une intubation si elle est associée à une anesthésie générale.

- Deux autres positions sont liées à l'usage exclusif de l'anesthésie locale :

~ Le décubitus latéral : Le patient est en décubitus latéral légèrement incliné vers l'avant, les genoux sont rapprochés du menton, les fesses débordant le bord du lit d'examen. Le malade repose en fait sur le grand trochanter. C'est une position confortable pour le malade.

~ La position assise sur une chaise inclinable : Le périnée est extériorisé du siège, les cuisses sont fléchies en abduction, les membres inférieurs reposant par les mollets sur des appuie-membres.

L'exposition de la région ano-périnéale est correcte car le siège peut s'élever et basculer en arrière. Cette position est très confortable pour le malade. Son inconvénient est le coût du matériel.

2-4-2-2-2°) Anesthésie :

Le type d'anesthésie doit être en rapport avec le geste à réaliser et la durée d'hospitalisation.

- L'anesthésie générale et la rachianesthésie nécessitent une hospitalisation d'au moins 24 heures. Cependant dans certains centres où la chirurgie avec hospitalisation courte de moins de 24 heures est développée, l'anesthésie générale peut être effectuée. La rachianesthésie, avec son risque de céphalée, peut être réalisée dans les mêmes conditions.

- L'anesthésie caudale serait l'anesthésie idéale en proctologie de l'adulte. Elle n'est pas fiable et échoue dans 5 à 30% des cas (61).

- L'anesthésie locale nécessite certaines précautions à cause de ses risques faibles mais réels de collapsus cardio-vasculaire ou de convulsions.

Elle doit donc être réalisée dans un environnement permettant immédiatement une intubation, une oxygénation, une ventilation artificielle, une utilisation rapide de vasopresseurs, de cortisone et de myorelaxants puissants.

2-4-2-2-3°) Technique de Milligan et Morgan (14 ; 65) :

2-4-2-2-3-1°) Principe :

La maladie hémorroïdaire est une maladie essentiellement artérielle (14) . Le principe est donc de diminuer l'apport de sang artériel dans les hémorroïdes. C'est le but de la ligature des branches terminales de l'artère hémorroïdale supérieure lors de cette intervention. Ceci aboutit à faire disparaître les hémorroïdes .

2-4-2-2-3-2°) Les différents temps :

- Extériorisation des hémorroïdes :

Elle consiste en la mise en place des trois jeux de pinces. Les premières pinces sont placées sur la marge anale, le plus souvent sur le sommet des marisques quand elles existent, respectivement à 3 H, 7 H, 11 H (figure 7). Les pinces sont tirées modérément dans leur axe pour amorcer l'éversion du canal anal. L'anus est déplié par un toucher intra-canalair.

On procède ensuite à la pose du second jeu de pinces, selon une disposition identique, au dessus des premières sur la ligne pectinée (figure 8). La pose d'un troisième jeu de trois pinces, dans l'axe des précédentes au pôle supérieur des hémorroïdes, est effectuée (figure 9). Celles-ci sont placées au niveau de la muqueuse rose pâle de type rectal. Leur traction douce permet d'obtenir le triangle d'exposition.

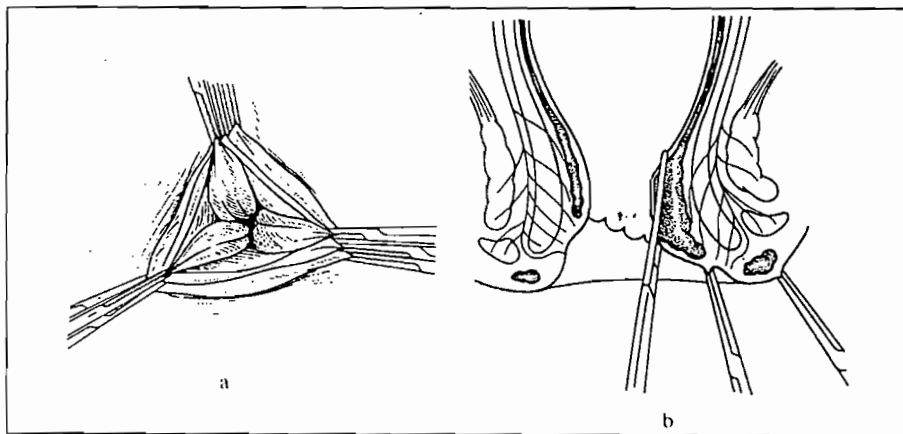
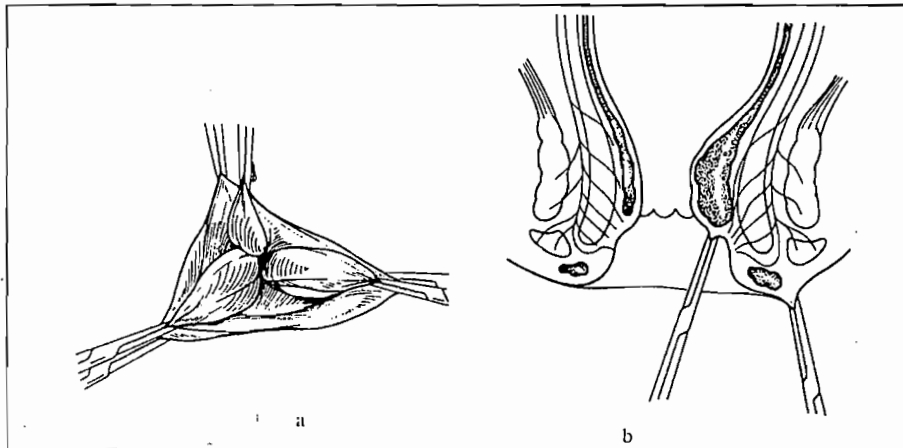
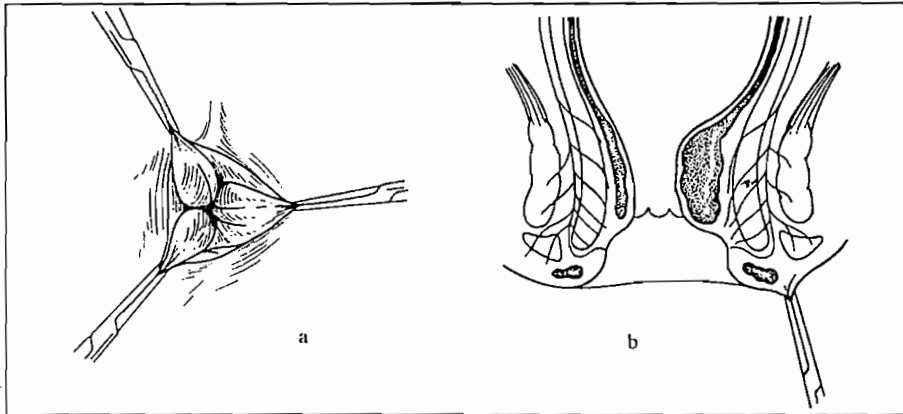


Fig. 7 (a et b). - Pose du premier jeu de trois pinces sur la marge anale, le plus souvent sur le sommet des marisques quand elles existent, respectivement à 3 heures, 7 heures et 11 heures.

Fig. 8 (a et b). - Pose du deuxième jeu de trois pinces au niveau de la ligne pectinée et d'une papille hypertrophiée souvent disposée à ce niveau.

Fig. 9 (a et b). - Pose d'un troisième jeu de trois pinces type Rankin pour ne pas déchirer la muqueuse, toujours dans l'axe des précédentes, au pôle supérieur des hémorroïdes, au niveau de la muqueuse rose pâle de type rectale. Noter le triangle d'exposition qu'il est essentiel d'obtenir avant de poursuivre l'intervention.

Fig. 7 (a and b) - Application of the first set of three forceps on the anal margin, usually at the summit of the marisqi when they are present, at 3 o'clock, 7 o'clock and 11 o'clock, respectively.

Fig. 8 (a and b). - Application of the second set of three forceps onto the pectinate line and a hypertrophied papilla often present at this site.

Fig. 9 (a and b). - Application of the third set of three Rankin forceps to avoid tearing the mucosa, always in the axis of the previous forceps, at the superior pole of the haemorrhoids, in the pale pink rectal mucosa. Note the triangle of exposure which must be obtained before proceeding with the operation.

- Dissection et ligature de chaque paquet :

Elle consiste en la dissection et ligature des trois paquets hémorroïdaires: Dissection du paquet de 3 H, Excision de la partie cutanée de l'hémorroïde et découverte rapide du sphincter interne (figure 10). Cette dissection doit respecter certains principes :

- ~ réalisation d'un triangle cutané à sommet interne,
- ~ repérage du bord inférieur du sphincter interne et section partielle du ligament de Parks (figure 11),
- ~ section de la totalité de la peau jusqu'à la ligne pectinée,
- ~ hémostase soigneuse de la plaie.

Une ligature transfixiante est réalisée au ras de la troisième pince au mieux avec du fil semi résorbable : Vicryl* 0 ou 1 (figure 12). La ligature doit être progressive avec en permanence la présentation correcte du triangle d'exposition.

Dissection et ligature du paquet de 7 H (figure 13) et du paquet de 11 H selon les mêmes principes.

- Section :

On sectionne les hémorroïdes en prenant soins de laisser un moignon muqueux de 1 cm environ (figure 14). Une compresse imbibée de sérum physiologique est introduite dans l'anus. Ce geste, indispensable, permet de réintégrer les moignons des pédicules vasculaires et de redonner à l'anus son aspect normal. On procède ensuite en une régulation des ponts et des plaies (figure 15). Lorsque les ponts sont trop étendus il importe de les raccourcir. Ceci permettra d'éviter la survenue de marisque inesthétique et parfois gênante.

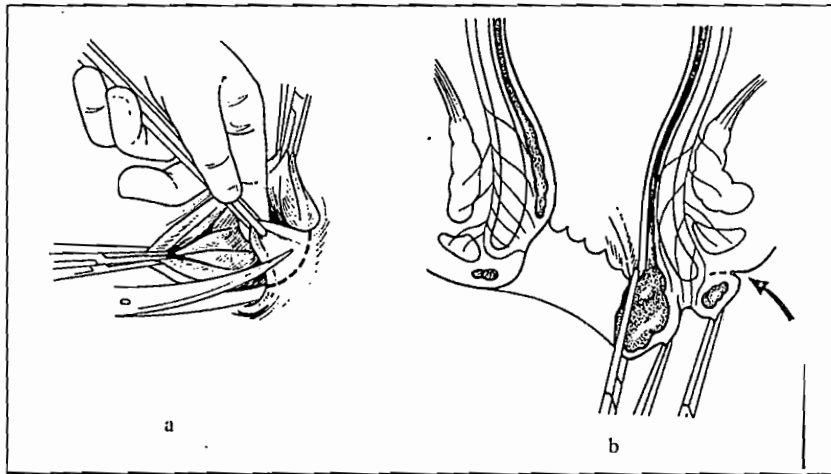


Fig. 10 (a et b). - Dissection du paquet de 3 heures. Excision de la partie cutanée de l'hémorroïde et découverte rapide du sphincter interne. La position de la flèche et du pointillé représente celle de l'extrémité de la lame interne des ciseaux en direction de la deuxième pince.

Fig. 10 (a and b). - Dissection of the haemorrhoid at 3 o'clock. Excision of the cutaneous part of the haemorrhoid and rapid exposure of the internal sphincter. The arrow and dotted line indicate the position of the internal blade of the scissors directed towards the second forceps.

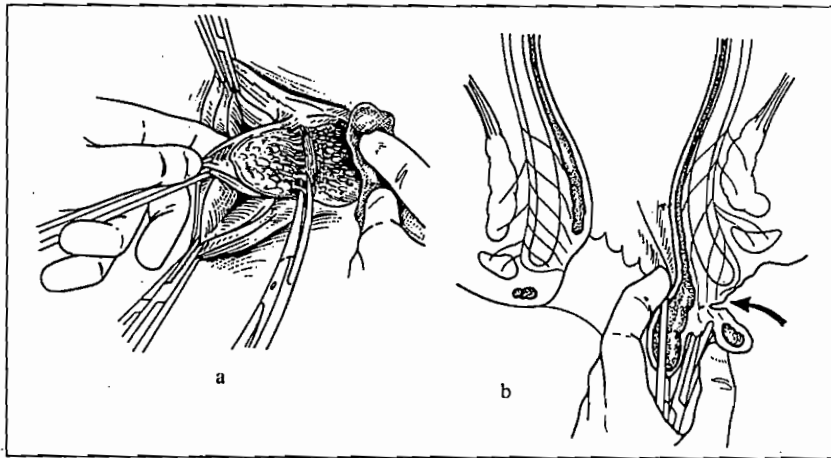


Fig. 11 (a et b). - Grâce à un aide qui écarte à la compresse pour mieux individualiser le sphincter interne, on libère le bord inférieur du sphincter interne jusqu'aux fibres du ligament de Parks que l'on sectionne partiellement.

Fig. 11 (a and b). - While an assistant retracts with a compress to facilitate identification of the internal sphincter, the lower border of the internal sphincter is released as far as the fibres of Parks' ligament, which is partially sectioned.

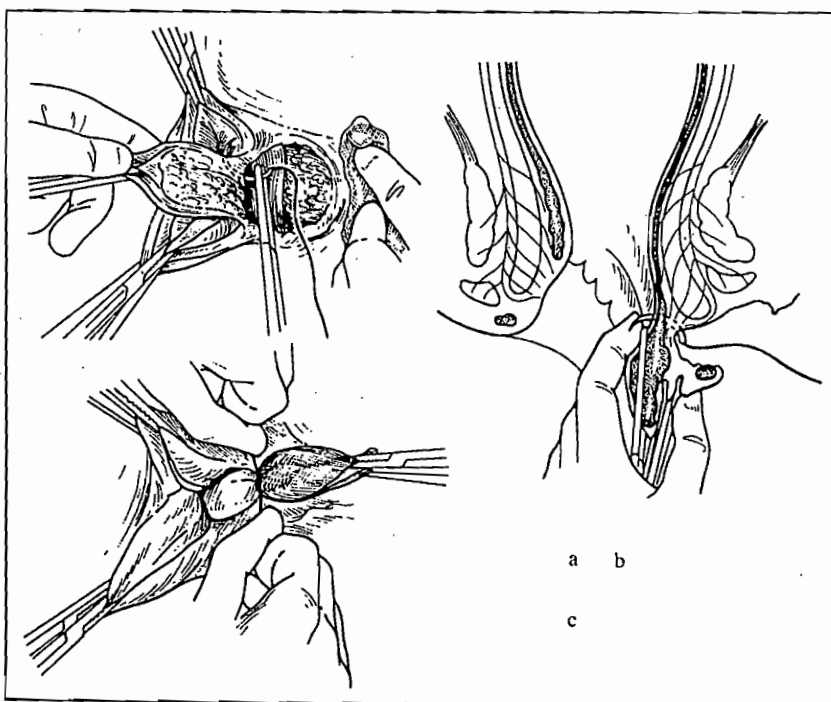


Fig. 12 (a, b et c). - Ligature transfixante au ras de la troisième pince à l'Erce dex ou au Vicryl n° 1 en prenant un peu de sphincter interne pour empêcher l'ascension du moignon. Nœud droit double de part et d'autre du paquet ou en « U » multiple.

Fig. 12 (a, b and c). - Transfixing ligation at the level of the third forceps, using Erce dex or Vicryl n° 1, including some of the internal sphincter to prevent ascension of the stump. Double straight knot on either side of the haemorrhoid or multiple U suture.

10

11

12

- Temps final :

L'aspect final est celui d'une feuille de trèfle : trois plaies séparées par de larges ponts cutanéomuqueux (figure 16). L'hémostase est contrôlée en fin d'intervention et les pièces opératoires seront systématiquement confiées à l'anatomopathologiste.

L'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan est parfaitement sécurisante puisqu'elle respecte l'architecture normale du canal anal. Elle peut être associée à une sphinctérotomie interne partielle (léiomyotomie postérieure) avec anoplastie. Elle permet de ce fait de réséquer un paquet hémorroïdaire postérieur à 6 H et aussi une fissure postérieure associée (63) : figure 16 et 17 .

Les résultats sont excellents dans l'ensemble et les récurrences quasi-inexistantes. Les suites sont simples, relativement peu douloureuse. Cette technique a quand même l'inconvénient de présenter un temps de cicatrisation relativement long de 2 à 4 semaine.

2-4-2-2-4°) Hémorroïdectomie fermée de Ferguson (65) :

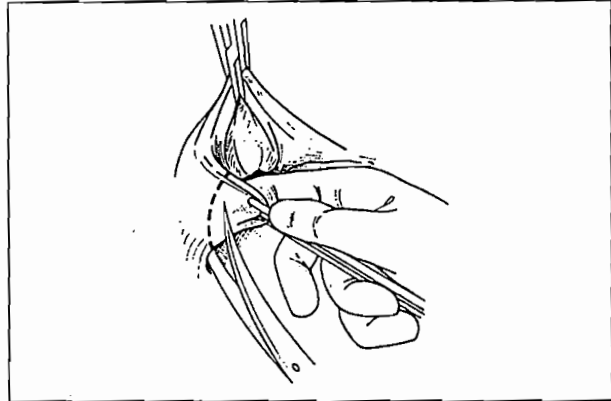
C'est la technique chirurgicale la plus utilisée en Amérique du nord. Elle offre beaucoup d'avantage (61) et peut être jumelée à une autre procédure anale telle la sphinctérotomie, la fistulotomie ou l'excision de papilles anales. Certaines précautions sont nécessaires :

- ~ lavement évacuateur une à deux heures avant l'intervention,
- ~ restriction liquidienne : émission d'urine immédiatement avant la chirurgie , restriction de la quantité de sérum infusée en intraveineuse. Ce qui permet de diminuer le risque de rétention urinaire postopératoire.

L'hémorroïdectomie fermée de Ferguson a l'avantage de présenter un temps de cicatrisation réduit. Ceci aboutit à une diminution de la durée d'hospitalisation post opératoire. Les troubles de la continence et les algies post opératoires sont minimales .

Fig. 13 - Dissection du paquet de 7 heures. Noter la position de l'index de la main droite qui luxe vers l'extérieur, le paquet hémorroïdaire pour faciliter la dissection. Dissection du paquet de 11 heures suivant les mêmes principes.

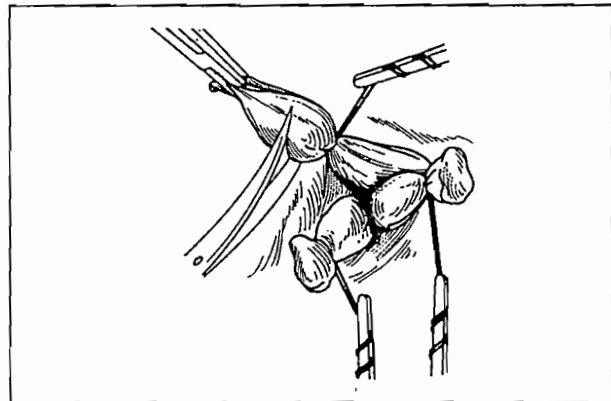
Fig. 13 - Dissection of the haemorrhoid at 7 o'clock. Note the position of the index finger of the right hand, which draws the haemorrhoid externally to facilitate dissection. Dissection of the haemorrhoid at 11 o'clock according to the same principles.



13

Fig. 14 - Section des hémorroïdes en laissant une large colerette pour éviter un lâchage précoce des ligatures et une hémorragie secondaire.

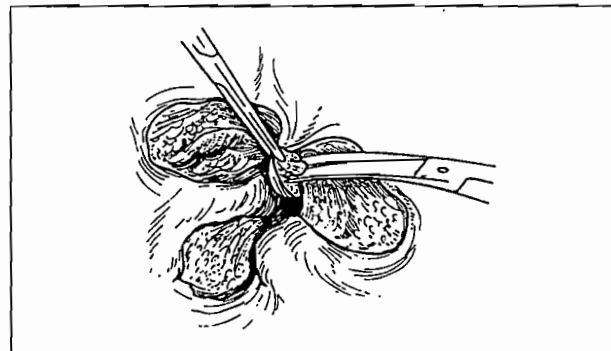
Fig. 14 - Section of the haemorrhoids, leaving a large cuff to prevent early release of the sutures and secondary haemorrhage.



14

Fig. 15 - Les plaies externes sont régularisées et au besoin élargies pour assurer un drainage correct. Surtout les ponts cutanéomuqueux doivent être suffisamment larges pour éviter les rétrécissements et lâches, bien débarrassés des thromboses et micro-thromboses marginales pour empêcher la survenue d'œdèmes douloureux et obtenir une parfaite souplesse des tissus. Noter l'excision de thromboses sous un pont. L'aspect final est celui d'une feuille de trèfle : 3 plaies séparées par de larges ponts cutanéomuqueux.

Fig. 15 - The external wounds are regularised and, if necessary, enlarged to ensure correct drainage. In particular, the mucocutaneous bridges must be sufficiently large to prevent retraction and sufficiently loose, with elimination of marginal thromboses and microthromboses to prevent the development of painful oedema and to obtain perfect elasticity of the tissues. Note the excision of the thromboses underneath a bridge. The final appearance is that of a cloverleaf : 3 wounds separated by large mucocutaneous bridges.



15

Fig. 16 - Sphinctérotomie latérale.

a) Tracé de l'incision cutanée. b) section du sphincter interne jusqu'à la ligne pectinée.

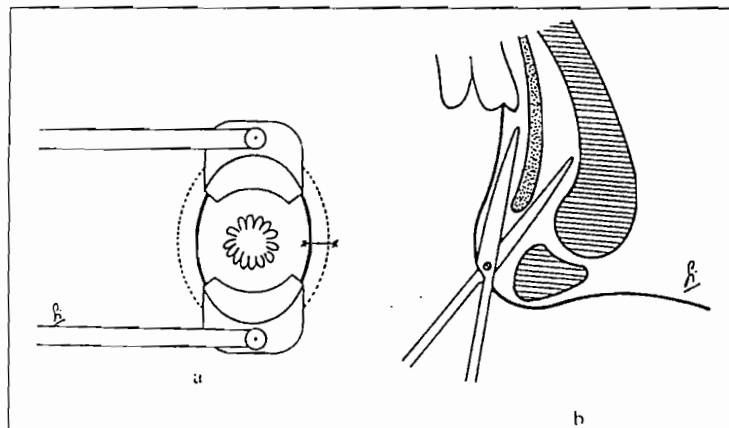
Fig. 16 - Lateral sphincterotomy.

a) Drawing of the skin incision. b) Section of the internal sphincter as far as the pectinate line.

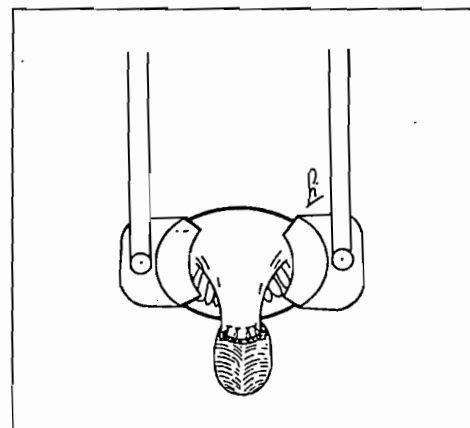
Fig. 17 - Sphinctérotomie postérieure. Abaissement de la muqueuse décollée sur le sphincter sectionné.

Fig. 17 - Posterior sphincterotomy.

Lowering of the detached mucosa over the sectioned sphincter.



16



17

Technique : (74)

- Premier temps : Mise en place d'un écarteur de Hill Ferguson dans l'anus Le chirurgien saisit l'hémorroïde interne et l'hémorroïde externe correspondante à l'aide de pinces. Une incision elliptique circonscrivant l'hémorroïde est réalisée. La muqueuse anale normale interposée entre les trois plexus hémorroïdaux principaux est respectée de même que l'appareil sphinctérien du canal anal (figure 18).

- Deuxième temps : Après mobilisation complète, le pédicule hémorroïdaire est transfixié et ligaturé à l'aide de fil résorbable (Catgut chromée 3-0) et la section du pédicule est réalisée (figure 19 A). Un surjet au catgut chromée 000 est effectué sur la plaie d'exérèse, de l'intérieur vers l'extérieur (figure 19 B et C).

Les autres paquets sont traités de façon similaire (l'ordre est facultative) aboutissant à l'aspect final composé de trois cicatrices radiées, linéaires, convergentes dans le canal anal.

2-4-2-2-5°) L'hémorroïdectomie de Parks (61) :

Elle consiste en une hémorroïdectomie sous-muqueuse des trois paquets. Après mise en place d'un écarteur de Parks chaque paquet est traité séparément. Une incision intra-canaulaire en Y inversé, remontant jusqu'à la muqueuse rectale, est faite sur le paquet. La dissection d'abord sous-muqueuse sectionne le ligament de Parks et se poursuit sur la face externe du paquet en refoulant le sphincter interne . La ligature haute du pédicule est ensuite réalisée. La reconstruction de la muqueuse intra-canaulaire est effectuée par points séparés. La partie cutanée de l'incision n'est pas fermée dans un but de drainage. C'est une technique compliquée et hémorragique avec des récurrences fréquentes.

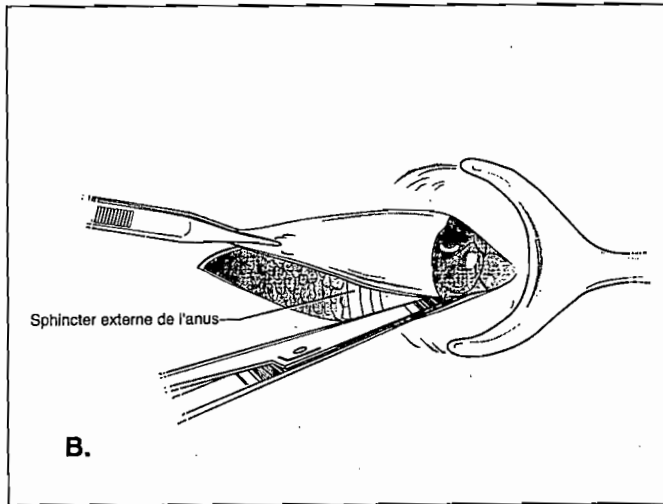
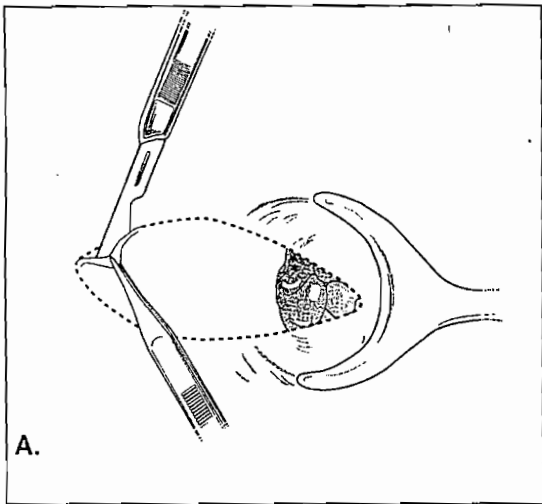


Fig. 18 - Les limites latérales de l'incision incluent tout le tissu redondant (18A), alors que la dissection épargne la portion sous-cutanée du sphincter externe de l'anus (18B).

Fig. 18 - The lateral margins of resection include all redundant tissues (18A), while the deep margin completely spares the subcutaneous portion of the external anal sphincter (18B).

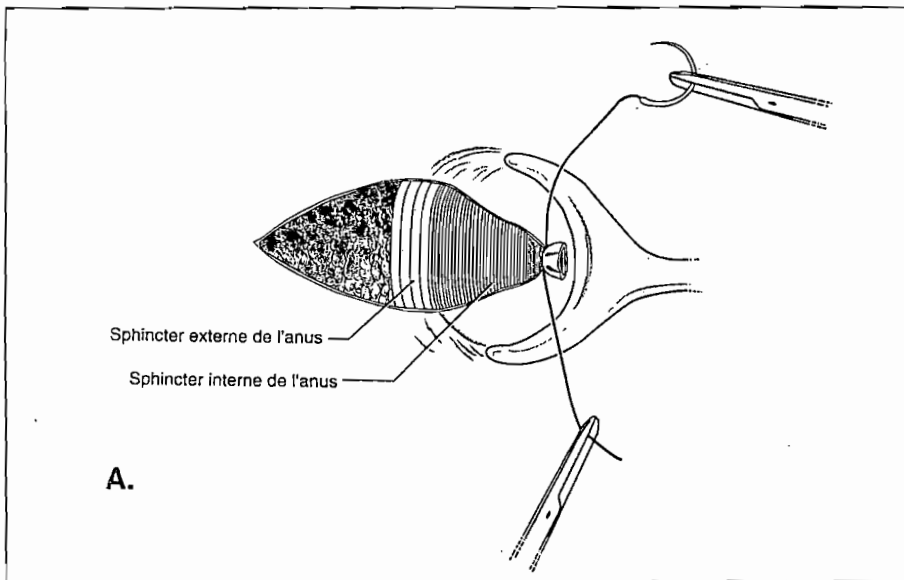
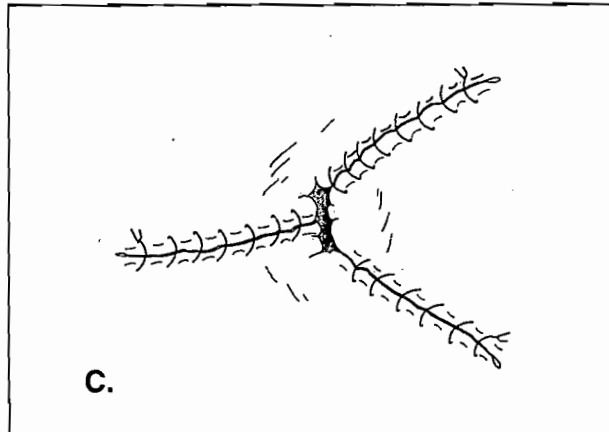
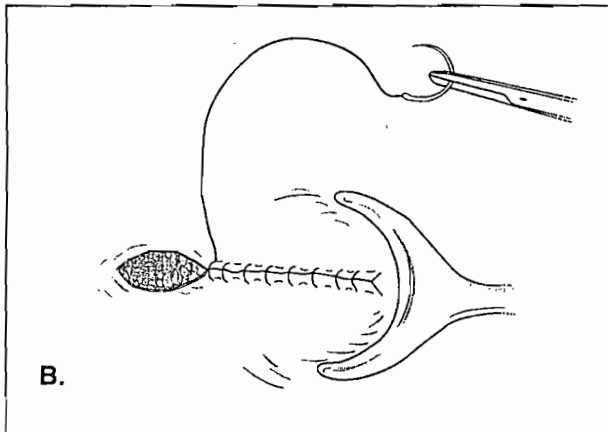


Fig. 19 - La ligature transfixante du pédicule hémorroïdal (19A) sert de point d'ancrage au surjet continu qui ferme la plaie (19B). L'aspect final est illustré en 'C'.

Fig. 19 - The pedicle is suture-ligated (19A); the wound is closed with a running stitch, using the same suture-ligature as an anchoring stitch (19B). The final appearance is shown in (19C.)



2-4-2-2-6°) L'hémorroïdectomie circulaire (59) :

Le type est l'intervention de Witehead. Elle consiste en la résection circulaire du manchon hémorroïdaire suivi d'un abaissement et de la suture de la muqueuse rectale à la peau . Ses complications sont nombreuses : rétrécissement anal, incontinence fécale, prolapsus muqueux.

C'est ainsi qu'en 1955 André Toupet proposait une nouvelle approche technique de l'hémorroïdectomie circulaire.

- Procédé de Toupet (22) :

La muqueuse sous-pectinée est intégralement conservée. Les sutures muco-muqueuses sont endo-canalaires et sans tension. Les points de sutures prennent la face interne du sphincter interne évitant le glissement de la muqueuse vers le bas .

Une sphinctérotomie interne est systématique évitant le spasme sphinctérien postopératoire. Le drainage bipolaire, assuré par les deux zones commissurales laissées ouvertes, permet d'éviter les hématomes postopératoires. Ses indications sont les suivantes : prolapsus hémorroïdaires circulaires totaux, prolapsus hémorroïdaires circulaires thrombosés, prolapsus muqueux .

Cette technique est fiable et ne donne pas de séquelles graves. Elle n'est pas à mettre en concurrence avec l'intervention de Milligan et Morgan qui doit rester l'intervention de choix dans la chirurgie des hémorroïdes.

2-4-2-2-7°) La ligature élastique (59) :

Elle consiste, sous contrôle endoscopique, en une aspiration hémorroïdaire dans un tube de verre ou métallique et mise en place à la base de l'hémorroïde d'un anneau de caoutchouc strangulateur.

Cet anneau entraîne une ischémie de l'hémorroïde, son sphacèle et sa chute. La procidence localisée et le prolapsus muqueux constituent d'excellentes indications pour cette technique. Les suites ne sont pas toujours indolores, les hémorragies sont rares .

2-4-2-2-8°) L 'opération de Lord (59) :

Il s'agit d'une dilatation manuelle sous anesthésie générale. Elle entraîne la destruction des bandes fibreuses circulaires du rectum et du canal anal qui perturberaient la défécation. Il existe un risque d'incontinence, ~~arr~~ arrêt cardiaque.

2-4-2-2-9°) Cas de la thrombose hémorroïdaire externe :

Elle nécessite une incision avec évacuation du caillot. Après une anesthésie locale à la xylocaine on procède en une incision au niveau du caillot dans le sens des plis radiés de l'anus. Le caillot est évacué à l'aide d'une curette dermatologique.

Un pansement compressif assurera l'hémostase pendant 48 H. On associera des médicaments améliorant la circulation veineuse et éventuellement des antalgiques .

Une thrombose hémorroïdaire externe est une contre-indication à un éventuel traitement sclérosant pendant au moins 15 jours.

2-4-3°) L'indication opératoire :

2-4-3-1°) Traitement médical :

Les hémorroïdes stade 1 et stade 2 sont justiciables du traitement médical.

2-4-3-2°) Traitement chirurgical :

Les hémorroïdes stade 3 et stade 4, de même que les complications hémorroïdaires , sont traitées chirurgicalement. IL en est de même pour les cas résistants au traitement médical

3-METHODOLOGIE

Notre travail a été une étude rétrospective portant sur la pathologie hémorroïdaire en chirurgie B à l'Hôpital National du Point G

- Période d'étude :

Elle a porté sur les anciens dossiers des malades ayant consulté de janvier 1979 à décembre 1993 pour hémorroïdes.

- Critères d'inclusion :

Tous les malades ayant consulté pour hémorroïdes et dont le diagnostic a été confirmé par les moyens cliniques et para-cliniques.

- Critères d'exclusion :

Tous les dossiers incomplets.

L'étude a comporté quatre phases :

A- Phase de confection des questionnaires :

Elle a duré environ 3 mois. Les questionnaires sont faits par l'étudiant lui même et corrigés par le directeur de thèse. Un prétest a été effectué sur 50 dossiers pour valider les questionnaires. Chaque questionnaire comportait :

- Une partie administrative : pour la collecte de l'adresse complète et de l'état civil du malade.
- Une partie renseignements généraux : où sont précisés la date d'hospitalisation , la date de sortie, le motif de consultation.
- Une partie portant sur la clinique recueillant les données de l'interrogatoire, de l'examen physique et de l'examen para-clinique.
- Une partie portant sur le traitement et le suivi postopératoire pendant le séjour hospitalier.
- Enfin une partie concernant le suivi à moyen et long terme.

B- Phase de collecte des données :

Cette phase a duré 4 mois. Elle s'est déroulée dans le service de chirurgie B de l'H.P.G.. Les questionnaires ont été remplis par l'étudiant lui même ; à partir des anciens dossiers des malades, des registres de consultation et des cahiers de compte-rendu opératoire.

C- Phase de suivi :

Elle a duré 6 mois. Jusqu'à 6 mois de leur sortie de l'hôpital, les malades ont été régulièrement vus en consultation externe. Pour le suivi à long terme, les renseignements sur l'état de santé des malades ont été recueillis à domicile, pour les malades résidant à Bamako et au près des personnes contactes pour les autres malades.

D- Phase de saisie et d'analyse :

Elle a duré environ 1 mois. Nous l'avons effectuée à la cellule informatique de l'école Nationale de Médecine et de Pharmacie au Point G sur le logiciel EPI-INFO. Les tests statistiques utilisés ont été le Khi2 et l'Exact Fischer's pour les petits effectifs.

4- RESULTATS

4-1°) Répartition des malades selon Le sexe :Tableau I : Répartition des malades selon le sexe

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Masculin	122	80,3
Féminin	30	19,7
Total	152	100

Le sexe ratio a été de 4,06

4-2°) Répartition des malades selon L'âge et le sexe :

Tableau 2 : Répartition des malades selon l'âge et le sexe.

AGE	HOMME		FEMME		TOTAL	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
10 -19	3	2,5	2	6,7	5	3,3
20-29	34	27,9	9	30	43	28,3
30 -39	46	37,7	11	36,7	57	37,5
40- 49	23	18,9	4	13,7	27	17,8
50- 59	6	4,9	4	13,7	10	6,6
60-69	5	4,1	0	0	5	3,3
70-79	5	4,1	0	0	5	3,3
Total	122	100	30	100	152	100

Chi2 = 6,81

p = 0,339

Les hommes ont été les plus nombreux : 122 soit une fréquence de 80,3 % . Le mode a été de 30-39 ans avec plus de 37,5 % des patients. L'âge moyen a été de 36,33 dans les deux sexes.

4-3°) Répartition des malades selon La fréquence :

Tableau n°3 : Répartition des malades selon les années.

ANNEE	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
EFF.	14	7	6	10	19	19	7	4
%	9,2	4,6	3,9	6,6	12,5	12,5	4,6	2,6

(SUITE)

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	TOTAL
3	19	2	11	10	14	7	152
2	12,5	1,3	7,2	6,6	9,2	4,6	100

Sur 15 ans nous avons eu 152 observations soit en moyenne 10,1 cas hémorroïdes par an.

Pendant la seule année de 1993 il a été colligé dans le service 7 cas d'hémorroïdes soit 0,58 cas par mois.

4-4°) Répartition des malades selon La provenance :

Tableau n°4 : Répartition des malades selon la provenance.

PROVENANCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bamako	103	67,8
Koulikoro	15	9,9
Kayes	8	5,3
Ségou	7	4,6
Sikasso	7	4,6
Mopti	5	3,3
Gao	3	2
Tombouctou	1	0,7
Indet.	3	2
Total	152	100

67,8 % des malades résidaient à Bamako, suivi de Koulikoro (9,9 %) et de Kayes (5,3 %).

4-5°) Répartition des malades selon Le mode d'orientation des malades :Tableau n°5 : Répartition des malades selon le mode d'orientation.

MODE D'ORIENT.	EFFECTIF	POURCENTAGE
Médecin	70	46,1
Venu de lui même	37	24,3
Infirmier	14	9,2
Autres	25	16,4
Indét.	6	3,9
Total	152	100

Les patients nous ont été adressés le plus souvent par des médecins (46,1 %) .

4-6°) Répartition des malades selon L'ethnie:Tableau n°6 : Répartition des malades selon l'ethnie.

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bamanan	52	34,2
Peulh	33	21,7
Sarakolé	20	13,2
Malinké	12	7,9
Sonrhai	10	6,6
Autres	25	16,4
Total	152	100

Les bamanans ont été les plus nombreux (34,2 %) suivis des peulhs (21,7 %) .

4-7°) Répartition des malades selon le mode de recrutement :Tableau n°7 : Répartition selon le mode de recrutement.

MODE RECRUT.	EFFECTIF	POURCENTAGE
Consult.ordinaire	133	87,5
Urgence	19	12,5
Total	152	100

La grande majorité (87,5 %) des malades ont été reçus en consultation ordinaire .

4-8°) Répartition des malades selon le motif de consultation :Tableau n°8 : Répartition des malades selon le motif de consultation.

MOTIF CONSULT.	EFFECTIF	POURCENT.
Hémorroïdes	100	65,7
Douleur anale	15	18,4
"Bouton anal "	13	8,6
Rectorrhagie	9	5,9
Autres	18	11,9
Total	152	100

65,7 % des malades ont eu comme motif de consultation : hémorroïdes. Seulement 5,9 % ont consulté à cause des saignements.

4-9°) Répartition des malades selon la principale occupation des malades :

Tableau n°9 : Répartition des malades selon la principale occupation :

OCCUPATIONS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Cadre moyen	44	28,9
Cadre sup.	12	7,9
Commerçant	15	9,9
Elève-étudiant	14	9,2
Ménagère	13	8,6
Militaire	10	6,6
Chauffeur	8	5,2
Cultivateur	6	3,9
Manoeuvre	6	3,9
Mécanicien	5	3,2
Indét.	1	0,6
Autres	18	11,9
Total	152	100

Les patients porteurs d'hémorroïdes ont été le plus souvent des cadres moyens (28,9 %) tandis-que les paysans (3,9 %), les ménagères (3,9%) et les mécaniciens (3,2 %) ont été faiblement représentés.

4-10°) Répartition des malades selon la position pendant la principale occupation :

Tableau n°10 : Répartition des malades selon la position pendant la principale occupation.

POSITION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Assise	89	58,6
Débout	32	21,1
Mobile	26	17,1
Courbé	5	3,3
Total	152	100

La position assise a été notée chez 58,6 % des malades contre 20,4 % pour la position debout.

4-11°) Répartition des malades selon les principaux symptômes :

Tableau n°11 : Répartition des malades selon les principaux symptômes .

SYMPTOMES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Douleur anale	130	49,4
Rectorrhagie	111	42,2
Prurits anaux	12	4,6
Total	263	100

La douleur a été le symptôme le plus fréquent (49,4 %) par rapport au prurit anal (4,6 %)

N.B. : Certains patients avaient plusieurs symptômes associés .

4-12°) Répartition des malades selon le moment de la douleur :Tableau n°12 : Répartition des malades selon le moment de la douleur.

MOMENT DOULEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Pendant et après selles	50	36
Avt , pdt et après selles	28	20,1
Après selles	26	18,7
Avant et pendant selles	20	14,4
Pendant selles	13	9,4
Avant selles	2	1,4
Total	139	100

Les douleurs se sont manifestées dans 18,7% des cas après les selles contre 1,4 % avant les selles. Dans 36 % des cas elles sont survenues pendant et après les selles

4-13°) Répartition des malades selon le moment des rectorrhagies :Tableau n°13 : Répartition des malades selon le moment des rectorrhagies .

MOMENT RECTORRH.	EFFECTIF	POURCENTAGE
Pendant et après selles	77	66,4
Après selles	17	14,6
Pendant selles	11	9,5
Avant selles	5	4,3
Avant et pendant selles	3	2,6
Avt , pdt et après selles	3	2,6
Total	116	100

17 de nos patients soit 14,6 % ont présenté des saignements après les selles contre seulement 4,3 % avant les selles. Dans 66,4 % des cas les saignements se sont manifestés pendant et après les selles.

4-14°) Répartition des malades selon les troubles du transit :Tableau n°14 : Répartition des malades selon les troubles du transit.

TROUBLE- TRANSIT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Constipation	100	78,1
Diarrhée	16	12,5
Ténesme	6	4,7
Sécrétion muqueuse	4	3,1
Total	128	100

La constipation a été notée dans 78,1 % des cas contre 12,5 % de diarrhée.

N.B. : Certains patients avaient une association de plusieurs troubles du transit.

4-15°) Répartition des malades selon l'activité génitale des patientes :Tableau n°15 : Répartition des patientes selon l'activité génitale.

ACT. GENITALE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Act. génit.normale	20	66,7
Ménopausée	3	10
Indét.	7	23,3
Total	30	100

Sur les 30 femmes 20 (66,7 %) étaient en période d'activité génitale normale et 3 (10 %) étaient ménopausées. Nous n'avons pas fait une étude portant sur l'activité génitale des hommes.

4-16°) Répartition des malades selon le stade :Tableau n°16 : Répartition des malades selon le stade.

STADE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Stade 1	12	16
Stade 2	19	25,3
Stade 3	25	33,3
Stade 4	19	25,3
Total	75	100

33,3 % des cas ont été classés stade 3 suivis de stades 2 et 4 (25,3 %).

4-17°) Répartition des malades selon les antécédents médicaux :Tableau n°17 : Répartition des malades selon les antécédents médicaux .

ANTECEDENTS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Dysenterie	57	44,9
tuberculose	4	3,1
H.T.A.	2	1,6
Schisto. urinaire	35	27,6
Ictère	25	19,7
Autres	4	3,1
Total	127	100

La pathologie la plus représentée dans les antécédents a été là dysenterie (44,9 %) .

N.B. : Certains patients avaient plusieurs pathologies associées (Dysent.+Schisto. ; Dysent.+Tuberculose ; Dysent.+Schisto.+Ictère ; Schisto.+H.T.A. . . .) .

4-18°) Répartition des malades selon les complications :Tableau n°18 : Répartition des malades selon l'existence ou non de complications.

COMPLICATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Non compliquées	90	59,2
Thromb. ext.	30	19,7
Prolapsus hémorroïdaire	30	19,7
Thromb. int.	2	1,4
Total	152	100

Le taux de thrombose interne a été le plus faible (1,4 %).

4-19°) Répartition des malades selon l'inspection de la marge anale :Tableau n°19 : Répartition des malades selon les signes retrouvés à l'inspection de la marge anale.

MARGE ANALE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Normale	63	41,4
Paquet hémorroïd.	43	28,9
Fiss. + hémorroïdes	6	3,9
Ulcérat. + hémorroïdes	4	2,6
Fist.+ hémorroïdes	2	1,3
Indét.	34	21,7
Total	152	100

L'inspection de la marge anale a été normale dans 41,4 % des cas.

4-20°) Répartition des malades selon le toucher rectal :Tableau n°20 : Répartition des malades selon les résultats du toucher rectal

TOUCHER RECTAL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Normal	66	43,4
Suspicion d'hémor. int.	43	28,3
Adénome prostate	2	1,3
Spasme sphinct.	1	0,7
Indét.	40	26,3
Total	152	100

Le toucher rectal a posé le diagnostic d'hémorroïdes internes dans 28,3 % des cas.

4-21°) Répartition des malades selon les pathologies associées :Tableau n°21 : Répartition des malades selon les pathologies associées .

PATH. ASSOCIEES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Anite + rectite	23	36,5
Fissure anale	21	33,3
Fistule anale	5	7,9
Prolapsus rectal	3	4,8
Polype rectal	2	3,2
Adénome prostate	2	3,2
Autres	7	11,1
Total	63	100

Les anites et les rectites ont été les plus fréquentes (36,5 %) contre les polypes (3,2 %) et les adénomes prostatiques (3,2 %).

4-22°) Répartition des malades selon le traitement chirurgical :

Sur les 152 patients 82 ont bénéficié du traitement chirurgical soit un taux d'opérabilité de 54 %. Nous n'avons pas pu faire de corrélation entre l'hémorroïdectomie et le stade évolutif de la pathologie.

83 de nos patients ont effectué une anorectoscopie soit 67,8 %.

4-23°) Répartition des malades selon la technique opératoire :Tableau n°22 : Répartition des malades selon la technique opératoire.

TECHNIQUE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Hémorroïdectomie simple	58	71,9
Hémorroïdectomie +fissurectomie	5	6,1
Hémorroïdectomie + fistulectomie	1	1,2
Thrombectomie	18	21,8
Total	82	100

71,9 % d'hémorroïdectomies selon Milligan et Morgan ont été effectués contre 15,8 % de thrombectomie simples. Ces deux types d'interventions ont été utilisé en association souvent soit avec une fistulectomie ou une fissurectomie.

Nous n'avons pas établi de relation entre la technique opératoire utilisée et les complications postopératoires. Nous n'avons pas noté de cas de complications per-opératoires.

4-24°) Répartition des malades selon les suites immédiates :Tableau n°23 : Répartition des malades selon les suites postopératoires avant un mois.

SUITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suite simple	78	95,2
Rétention urinaire	2	2,4
Douleur anale	1	1,2
Infection anale	1	1,2
Total	82	100

Les suites ont été simples dans 87,9 % des cas contre 1,2 % d'infection.

4-25°) Répartition des selon les suites à un mois :Tableau n°24 : Répartition des malades selon les suites à un mois.

SUITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suite simple	60	73,2
Douleur anale	10	12,2
Infection anale	4	4,9
Sténose anale	3	3,6
Incont. anale au gaz	3	3,6
Retard cicatrisation	1	1,2
Prurit anal	1	1,2
Total	82	100

Les suites ont été simple dans 73,2 % des cas . 3 cas (3,6 %) de sténose anale non serrée et 3 cas (3,6 %) d'incontinence anale au gaz ont été notés. La nature de l'infection n'a pas été déterminée.

4-26°) Répartition des malades selon les suites à six mois :Tableau n°25 : Répartition des malades selon les suites à six mois.

SUITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suite simple	68	83,9
Douleur anale	6	7,5
Incont. anale au gaz	3	3,7
Sténose anale	1	1,2
Prolapsus rectal	1	1,2
Prurit anal	1	1,2
Dysenterie	1	1,2
Total	81	100

Nous avons eu 3 cas d'incontinence anale (3,7 %) contre 1 cas de sténose anale non serrée (1,2 %). Tous nos patients opérés ont été revus 6 mois après l'intervention.

4-27°) Répartition des malades selon les suites à un an :Tableau n°26 : Répartition des malades selon les suites à un an.

SUITE	EFFECTIF	POURCENT.
Suite simple	47	90,4
Douleur anale	3	5,8
Incont. anale au gaz	2	3,8
Total	52	100

2 cas d'incontinence (3,8 %) anale au gaz ont été notés. Nous n'avons pas recensé de cas de sténose anale à un an. Tous nos malades ont été retrouvés à un an.

4-28°) Répartition des malades selon les suites à deux ans :Tableau n°27 : Répartition des malades selon les suites à deux ans.

SUITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suite simple	34	93
Incont. anale au gaz	2	4,7
Douleur anale	1	2,3
Total	43	100

Sur les 43 patients vus à deux ans 93 % de suites simples ont été notées contre 4,7 % d'incontinence anale au gaz (2 cas).

4-29°) Répartition des malades selon les suites à trois ans :

Tableau n°28 : Répartition des malades selon les suites à trois ans .

SUITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suite simple	34	91,1
Douleur anale	1	2,9
Total	35	100

Sur 35 patients recensés à trois ans nous avons noté 91,1 % de suites simples .
Nous n'avons noté ni de cas de sténose anale ni d'incontinence anale.

4-30°) Répartition des malades selon les suites à quatre ans :

Tableau n°29 : Répartition des malades à quatre ans de suivi.

RESULTAT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suite simple	30	96,8
Perdu de vue	1	3,2
Total	31	100

30 cas de suites simples ont été notée soit 96,8 %. Nous n'avons pas recensé de cas de complication à ce stade.

4-31°) Répartition des malades selon les suites à cinq ans :Tableau n°30 : Répartition des malades à cinq ans de suivi.

RESULTAT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suite simple	23	95,8
Perdu de vue	1	4,2
Total	24	100

Sur 24 patients opérés depuis 5ans 95,8 % de suites simples ont été notées.

4-32°) Répartition des malades selon les suites à dix ans :Tableau n°31 : Répartition des malades à dix ans de suivi.

SUITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Suite simple	11	84,6
Perdu de vu	2	15,4
Total	13	100

Sur les 13 patients opérés , nous avons perdu 2 malades de vue (15,4 %) . Pour les 11 malades restants (84,6 %) le résultat a été satisfaisant .

5- COMMENTAIRE ET DISCUSSION

5-1°) Méthodologie :

Notre étude, rétrospective, a consisté en un recensement des patients traités d'hémorroïdes en chirurgie "B" à l'H.P.G. de janvier 1979 à décembre 1993.

Le suivi postopératoire était basé sur les renseignements fournis par les dossiers, les registres de consultation et de compte rendu opératoire. L'enquête de suivi postopératoire a permis d'avoir des renseignements sur 99 des 103 patients de Bamako soit 96,11 %. Ce taux est peu différent de ceux d'autres réalisés dans notre service : 74,16 % (39) ; 99, 2 % (65) ; 89, 36 % (52) .

La convocation par écrit, masse média (radio, télévision) ou par le classique rendez-vous de contrôle postopératoire a été jugé inefficace au cours d'enquêtes précédemment effectuées dans le service (in 52).

En Afrique plusieurs auteurs ont rapporté des taux de suivi à long terme inférieur au notre : 52,78 % (8) ; 62,50 % (41) ; 57,14 % (56) ; et 60,71 % (78).

En Europe 91 % des malades ont été revus selon WASNER (in 65).

Notre méthode qui a consisté à aller chercher les malades à domicile ou leurs "personnes contactes" semblait efficace dans le suivi à long terme.

5-2°) Place des hémorroïdes en chirurgie "B" :

En 15 ans le service de chirurgie B de l'H.P.G. a effectué :

- 14221 consultations générales soit une moyenne de 948,06 consultations par an .
- 455 consultations proctologiques soit 30,19 % de l'ensemble des consultations générales. Nos résultats se rapprochent de ceux de beaucoup d'autres auteurs : 38,5% (40) ; 45,20 % (23). Cependant CAPDEVILLE (11) à Madagascar, rapporte une fréquence faible de la pathologie proctologique à 17,3 %.

La pathologie anale est un motif de consultation probablement sous estimé dans notre pays. En effet certains patients ne se présentent pas en consultation pour certaines raisons : pudeur , accès difficile aux centres de recrutement et manque d'information des patients (53).

- Les hémorroïdes ont constitué 10,06 % de l'ensemble des consultations générales . Nous avons rapporté un taux de 30,40 % d'hémorroïdes sur l'ensemble des consultations ano-rectales . Ce taux est faible par rapport à ceux d'autres auteurs : 75,6% (48) et 84,74 % (53). Il est fonction de l'orientation du service.

-3983 interventions chirurgicales soit 265,53 interventions par an. L'hémorroïdectomie a été de 2,05 %. En France SUDUCA (71) en a opéré 1000 cas en 2 ans soit une moyenne de 500 par an (fonction de l'orientation du service).

5-3°) L'âges :

Tableau n°32 : Répartition de la moyenne d'âges selon les auteurs.

AUT- EUR	TALL (72) Mali	DEM- BELE (19) Mali	IWATT (32) Nigéria	N. N'DRI (53) R.C.I.	PAR- NAUD (57) France	SUDU- CA (71) France	MURIE (30) Canada	HARDY (30) Canada	NOTRE SERIE
Age Moyen	34,6	36,33	35	36,52	45	48	52	56	36,33
NBRE DE CAS	120	416	-	522	-	1000	88	20	152

Nos patients sont relativement jeunes. La moyenne d'âges était de 36,33 ans avec des extrêmes de 16 et 78 ans et un écart - type de 12,21 . Le mode a été de 30 - 39 ans ce qui explique la fréquence de la pathologie avant la quarantaine. Ces résultats sont identiques à ceux des séries africaines (19 ; 32 ; 53 ; 72).

Par contre en Europe l'âge moyen est de 45 ans pour PARNAUD (57), 48 ans pour SUDUCA (71), 52 ans pour MURIE et al. (32). Un français sur deux souffre de la pathologie hémorroïdaire au delà de 50 ans (27). Cette différence serait liée à l'âge jeune de la population générale de l'Afrique sub-saharienne : 3,6 à 6 % vivent au delà de 60 ans (5). L'espérance de vie moyenne est de 49 ans (6).

5-4°) Le sexe :

Tableau n°33 : Répartition des malades en fonction du sexe et selon les auteurs

AUTEUR	SEXE	HOMME		FEMME	
		EFF.	%	EFF.	%
Européens	GARTELL et coll. (30) Canada	171	63,56	98	36,44
	MURIE et coll. (30) Canada	57	63,33	33	36,67
Africains	DEMBELE (19) Mali	290	69,71	126	30,29
	TALL (72) Mali	88	73,33	32	26,67
	N. N'DRI (53) R.C.I.	409	78,35	133	21,65
Notre série		122	80,3	30	19,7

$$\text{Khi2} = 29,71 \quad p < 0,00001$$

Comme dans les séries africaines (19 ; 53 ; 72) et européennes (30) nous retrouvons la prédominance du sexe masculin . Le sexe ratio dans notre étude (4, 06) est comparable à celui de N. N'DRI et coll. (53) : 3,62 ; supérieur à celui des autres auteurs : 2,3 (19) ; 2,7 (72) ; 1,7 (30).

Cette prédominance masculine serait liée à certaines raisons notamment la pudeur des femmes (53). Elles ne viendraient en consultation qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la pharmacopée traditionnelle (53). Cependant pour J. DENIS (20) il n'y a pas de prédominance selon le sexe. Elle serait le reflet du rapport de fréquentation du service (20).

5-5°) L'ethnie :

Tableau n°34 : Répartition de l'ethnie bamanan selon les auteurs.

ETHNIE		TALL (72) Mali	DIALLO (23) Mali	DEMBELE (19) Mali	NOTRE ETUDE
Bamanan	EFF.	39		178	52
	%	32,5	28,6	32,4	34,2
Nombre de cas		120	-	416	152

Les bamanans sont avec 34,2 % les plus nombreux dans notre série (suivis des peulhs : 21,17 % et les sarakolés : 13,2 %) . Ce qui pourrait être dû au fait que l'ethnie bambara est majoritaire au Mali. Bamako ayant servi de cadre d'étude est aussi situé en zone bamanan. Nos résultats sont superposables à ceux retrouvés dans d'autres séries (19 ; 23 ; 84).

5-6°) L'activité professionnelle :

Tableau n°35 : Répartition des fonctionnaires et des scolaires selon les auteurs.

ACTIVITE PROFESSIONNELLE		TALL(72) Mali	DEMBELE (19) Mali	N. N'DRI (53) R.C.I.	NOTRE ETUDE
FONCT. + SCOLAIRES	EFF.	65 / 120	170 / 416	234 / 522	70 / 152
	%	56,16	40,86	44,70	47

La fréquence plus élevée des hémorroïdes chez les fonctionnaires et les scolaires est rapportée par d'autres auteurs (19 ; 53 ; 72).

Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait qu'il existe à Bamako un grand nombre de fonctionnaires et scolaires. Ces deux couches ont aussi un accès facile aux structures de santé.

5-7°) La provenance et le motif de consultation :

Plus de 67,8 % de nos patients résidaient à Bamako . Seulement 30,2 % sont venus de l'intérieur du pays . On pourrait déduire que la prise en charge des hémorroïdes est possible dans nos hôpitaux régionaux.

46,1 % de nos patients ont été adressés par des médecins. Ceci a influencé le pourcentage élevé des malades (65,7 %) chez lesquels le diagnostic a été posé en externe.

5-8°) Les symptômes :

La douleur a été le symptôme le plus fréquent (49,4 %) contrairement aux résultats de nos prédécesseurs qui ont trouvé une fréquence élevée des rectorrhagies : 39,34 % (19) ; 60,15 % (53) ; 81,66 % (72). Par contre le faible pourcentage des prurits (4,6 %) a été noté. Ce symptôme est surtout fréquent chez les hommes (53). Ces principaux symptômes ne sont pas spécifiques à la pathologie hémorroïdaire (33).

20 % des prurits seraient dus aux hémorroïdes d'après GAYLE L.D. et coll.(18) .

Tableau n°36 : Répartition des principaux symptômes de la pathologie selon les auteurs.

AUTEUR	DOULEUR		RECTORRHAGIE		PRURIT		NBRE DE CAS
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	
TALL (72) Mali	34	28,33	98	81,66	16	13,33	120
DEMBELE (19) Mali	215	37,26	227	39,34	135	23,40	416
N. N'DRI (53) R.C.I.	168	32,18	314	60,15	26	4,98	522
NOTRE ETUDE	130	49,4	111	42,2	12	4,6	152

Khi2=148,69 p< 0, 00000001

5-9°) Troubles de transit :

Tableau n°37 : Répartition des principaux troubles du transit selon les auteurs .

AUTEUR	CONSTIPATION		DIARRHEE		AUTRE		NBRE DE CAS
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	
TALL (72) Mali	52	43,3	29	24,2	39	32,5	120
DEMBELE (19) Mali	271	65,1	53	12,7	92	22,2	416
N. N'DRI (53) R.C.I.	299	57,3	19	3,6	204	39,1	522
NOTRE ETUDE	100	65,7	16	10,5	10	6,6	152

$\text{Khi}^2 = 90,69$

$p < 0,0001$

Comme d'autres séries africaines (19 ; 53 ; 72) nous avons trouvé une prédominance de la constipation . Le rôle de la constipation comme facteur favorisant avait déjà été rapporté par d'autres auteurs (33 ; 58). Elle serait liée, en milieu africain, à certaines anomalies morphologiques du côlon : dolicho. ou mégacôlon (62) et surtout au régime alimentaire notamment en milieu urbain (53).

A l'opposé JOHANSEN J.F. (36) trouve que c'est la diarrhée et non la constipation, qui peut être considérée comme un facteur de risque dans le développement de la pathologie hémorroïdaire.

5-10°) Le toucher rectal :

Notre étude est conforme à celle de TALL (72). Certains auteurs trouvent que :

- "il est rare que le toucher rectal révèle la turgescence veineuse sauf si les hémorroïdes sont sclérosées et fibreuses " (in 72),

- "il ne faut pas s'attendre à percevoir des hémorroïdes internes mêmes volumineuses , non compliquées par le toucher rectal " (in 72),

- " les hémorroïdes ne sont pas palpables au toucher rectal " (in 72).

Nous avons eu un cas de contracture sphinctérienne soit 0,1 %. Ce taux semble faible si nous savons que la pression au niveau du sphincter anal est supérieure à la normale chez les patients atteints d'hémorroïdes (2 ; 21). Elle est significativement réduite 8 jours après quelque soit le type d'opération (2). Cette modification de la pression sphinctérienne a été démontrée par JEN K.L. (35) lors d'une étude réalisée sur 115 sujets chinois.

5-11°) La classification des hémorroïdes :Tableau n°38 : Répartition des stades de la maladie selon les auteurs.

AUTEUR	STADE 1		STADE 2		STADE 3 + 4	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
RAN- DALL(26) U.S.A.	98 = 98 %				2	2
GAYLE M. (26) U.S.A.	4	4,8	36	43,4	43	51,8
NOVEL- LE (54) Espagne	20	19,2	54	51,9	30	28,8
DEMBE- LE(19) Mali	226	54,3	86	20,7	16	3,8
NOTRE ETUDE	12	16	19	25,3	44	58,7

Plus de la moitié de nos patients (58,8 %) ont consulté au stade 3 et 4 contre 2 % pour RANDALL G.M. (26) et 28,28 % pour NOVELLE F. et coll. (54) . Il existe une différence de classification et de recrutement entre les résultats des auteurs sus-cités et notre étude.

5-12°) Les formes particulières :

- Les hémorroïdes sont rares avant 14 ans (avant la puberté) (58). Seulement 5 de nos patients soit 2,74 % avaient un âge compris entre 16 et 19 ans. DEMBELE (19) a eu 6,27 % de patients dont l'âge était entre 2 et 20 ans. Elles sont rares après 50 ans (10,98 %). Ce qui pourrait s'expliquer par le vieillissement physiologique du corps caverneux rectal qui joue un rôle important dans la survenue des hémorroïde.

- Nous avons eu une association de 1,3 % d'adénome de la prostate avec les hémorroïdes et 0,6 % de cas de grossesse du 3è trimestre. Ce qui est conforme aux résultats d'autres auteurs (19 ; 45 ; 79). Ces hypertrophies prostatiques ont ensuite été adressées en urologie pour une prise en charge.

D'autres facteurs cités dans la littérature (alcool, obésité, hérédité) n'ont pas été retrouvé dans notre série.

Pour BRONDEL H. et coll. (in 72) les hémorroïdes constituent une maladie familiale polygénétique.

5-13°) Les pathologies associées :

Tableau n°39 : Répartition des pathologies anales associées à la maladie hémorroïdaire selon les auteurs.

AUTEUR	ANITE+ RECTITE		FISSURE		FISTULE	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
DUHAMEL(24) France	-	-	-	10	-	5
TALL (72) Mali	35 / 120	29,2	19 / 120	15,8	6 / 120	5
MAIGA M.Y.(48) Mali	46 / 416	11	38 / 416	9,1	0	0
N. N'DRI (54) R.C.I.	-	-	40 / 522	7,7	-	-
NOTRE ETUDE	23 / 152	15,1	21 / 152	13,8	5 / 152	3,3

$$\text{Khi}^2 = 10,84 \quad p < 0,02$$

Nous avons constaté comme les séries africaines (48 ; 54 ; 72) la prévalence de l'association anite-hémorroïdes (15,1 %). Ces mêmes auteurs ont signalé la faible représentativité de l'association fistule-hémorroïdes.

Par ailleurs TALL (76) dans sa série trouve un taux de 10 % (12 cas) de schistosomiasis. Cette pathologie n'ayant pas été cherchée systématiquement chez nos malades, nous ne pouvons pas confirmer comme BREGADZE I. et VANTSIAN E. (10) que les hémorroïdes seraient une complication des schistosomiasis.

5-14°) Les complications postopératoires :

- Nous n'avons pas noté de complication hémorragique postopératoire

- Comme N. N'DRI et coll. (57), DEMBELE (19) et DUHAMEL (24) nous avons colligé un taux élevé de prolapsus hémorroïdaire : 30 cas sur 152 patients soit 19,7 % . Le prolapsus constitue surtout une complication évolutive de la pathologie.

- Nous avons rapporté 21,1 % de thromboses contre 28,5 % pour DUHAMEL (24) et 4,21 % pour N. N'DRI (57). Ces thromboses, tout comme le prolapsus, amènent généralement les patients à consulter en chirurgie. Ceci pourrait expliquer leur taux élevé dans notre série. La prise d'exitants (thé, café, tabac, épices) (19) ainsi le traitement traditionnel seraient aussi des facteurs favorisant de complications hémorroïdaires. Ces facteurs n'ont pas été étudiés dans notre étude.

5-15°) Le traitement :

5-15-1°) Indication opératoire :

Tous nos patients n'ont pas fait l'objet d'une intervention chirurgicale (voir tableau n°25). D'autres ont été adressés en médecine interne. Quelques uns ont bénéficié d'un traitement médical dans le service. Les médicaments améliorants la circulation veineuse (Troxérutine : Ginkor), les régulateurs de transit et les anti-inflammatoires locaux (en pommade) ont été les produits les plus utilisés dans le service. L 'efficacité de ces produits a été rapportée par beaucoup d'auteurs (16 ;28 ; 43 ; 51).

82 de nos patients (53,9 %) ont été opérés soit une moyenne de 5,46 par an. Nos résultats sont nettement inférieurs à ceux des séries européennes : EU-KW (25) , ARGOV S. (4) et JOHANSEN (36) qui ont opéré respectivement 352, 890 et 325 patients en une année (fonction du mode de recrutement du service).

Nos indications opératoires ont été les suivantes :

- les hémorroïdes procidentes stade 3 et 4,
- les complications hémorroïdaires : les thromboses, fissures et ou fistules associées , les incarceratedions,
- les hémorroïdes stade 2 résistantes au traitement médical.

Ces indications sont superposables à celles de certains auteurs européens (66).

5-15-2°) La technique opératoire :

Nous avons procédé dans 17 % des cas à une thrombectomie simple contre 28,97 % pour EU-KW et coll. (25). Pour les autres cas l'hémorroïdectomie selon MILLIGAN et MORGAN a été utilisée. Un consensus semble s'être réalisé sur le plan technique autour de ce type d'intervention. Son efficacité a été démontrée par rapport aux autres techniques (voir comparaison de la technique de MILLIGAN et MORGAN avec les autres techniques).

5-15-3°) Comparaison de la technique de MILLIGAN et MORGAN avec les autres techniques :

Le MILLIGAN et MORGAN a été trouvé plus performant que la dilatation manuelle de l'anus et la ligature par bande élastique (30). Cette dernière semble plus performante que les autres : la photocoagulation aux infrarouges, la sclérothérapie (30) . Cependant POON GP. (60) trouve que la technique de Milligan-Morgan et la ligature par élastique sont tous efficaces et que l'incidence des douleurs et complications postopératoires sont similaires. Pour ANDREW BT. (9) il n'existerait pas de différence significative dans les suites opératoires entre la technique de Milligan-Morgan et l'électrocoagulation des hémorroïdes.

Tableau n°40 : Comparaison de la technique de MILLIGAN et MORGAN (M.) avec la dilatation manuelle de l'anus (D.A.) d'après HELEN M. et coll. (30).

SOURCE	EFFECTIF		ECHEC TRAIT.			COMPLICATION			DOULEUR		
	M.	D.A.	M.	D.A.	O.R.	M.	D.A.	O.R.	M.	D.A.	O.R.
ANSCOMBE et coll. (30)	47	46	1	6	0,1	4	13	0,4	7	1	7,7
CHANT et coll. (30)	24	27	2	11	0,1	-	-	-	-	-	-
LEWIS et coll. (30)	26	29	0	4	0,1	6	3	2,6	26	3	454
HILTUNEN et coll. (30)	21	21	2	6	0,2	-	-	-	-	-	-
HARDY et coll. (30)	10	10	0	2	0,2	2	0	5	10	0	400
OVERALL (30)	159	163	-	-	0,2	-	-	1	-	-	50,7
CHENG et coll (30)	30	30	1	3	0,3	6	0	15	22	1	80

Odds ratio (O.R.) < 1 en faveur de la technique de MILLIGAN et MORGAN.

Tableau n°41 : Comparaison de la technique de MILLIGAN et MORGAN (M.) avec la ligature par bande élastique (L.E.) d'après HELEN M. et coll. (30).

SOURCE	EFFECTIF		ECHEC TRAIT.			COMPLICATION			DOULEUR		
	M.	L.E.	M.	L.E.	O.R.	M.	L.E.	O.R.	M.	L.E.	O.R.
MURIE et coll. (30)	45	44	3	6	0,5	6	4	1,5	35	0	303
LEWIS et coll. (30)	26	28	0	16	0	6	2	3,9	26	8	130
CHENG et coll. (30)	30	30	1	1	1	6	0	16,2	22	2	38
OVERALL (30)	102	102	-	-	0,2	-	-	3,2	-	-	93

Odds ratio (O.R.) < 1 en faveur de la technique de MILLIGAN et MORGAN.

Tableau n°42.: Comparaison de la technique de ligature par bande élastique (L.E.) et la photocoagulation aux infrarouges (I.R.) d'après HELEN M. et coll. (30).

SOURCE	EFFECTIF		ECHEC TRAIT.			COMPLICATION			DOULEUR		
	I.R.	L.E.	I.R.	L.E.	O.R.	I.R.	L.E.	O.R.	I.R.	L.E.	O.R.
AMBROSE et coll. (30)	90	79	27	20	0,8	2	5	3	0	6	14,5
TEMPLETON et coll. (30)	58	62	7	5	0,6	1	1	0,9	3	15	5,4
WALKER et coll. (30)	43	35	6	4	0,8	10	6	0,7	4	21	4,6
OVERALL (30)	191	176	-	-	0,8	-	-	1,1	-	-	9,8

Odds ratio (O.R.) < 1 en faveur de la ligature par bande élastique.

5-16°) Le suivi postopératoire :5-16-1°) Les suites immédiates :

Tableau n°43 : Répartition des suites immédiates de l'hémorroïdectomie selon les auteurs.

AUTEUR	RETENT. URINAIRE		DOUL. HYPER-ALGIQUE		INFECTION		SUITE SIMPLE
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	
SEAN O.D. (74) U.S.A.	-	-5,6	-	1,8	-	-	92,6 %
HOFF S. D. (31) U.S.A.	1	0,5	-	-	-	-	99,5 %
NOTRE SERIE	2	2,4	1	1,2	1	1,2	95,2 %

Nos résultats sont comparables à ceux des séries européennes (31 ; 74). Les rétentions urinaires recensées dans notre série seraient consécutives à des hypertrophies prostatiques. Cependant SEAN O.D. (74) a trouvé d'autres causes favorisantes notamment l'utilisation des narcotiques dans l'anesthésie, les antécédent de traumatisme urinaire.

Nous avons trouvé 1,2 % d'infections contre 6,3 % pour SUDUCA et coll. (71). La nature de l'infection n'a pas été identifiée. Elle serait surtout fréquente avec la ligature par bande élastique (13 ; 70). Nous n'avons pas recensé de cas d'hémorragies secondaires contrairement à certains auteurs européens (63) : 0,8 %. Notre taux de morbidité (4,8 %) reste comparable à celui de SEAN O.D. : 7,4 % (74) mais supérieur à celui de HOFF S.D. : 0,57 % (31).

5-16-2°) Les suites de un à six mois :

Tableau n°44 : Répartition des troubles de la continence à un mois et six mois après hémorroïdectomie selon les auteurs.

SUIVI	AUTEUR	INCONT. AU GAZ		STENOSE		AUTRE %	SUITE SIMPLE
		EFF.	%	EFF.	%		
1 mois	EUKW et coll. (25) Angleterre	9	4,4	12	5,9	-	89,7 %
	Notre série	3	3,6	3	3,6	19,6	73,2 %
6 mois	SEOW F. (69) Singapoure	1	7,1	2	14,3	7,9	71,4 %
	SUDUCA et coll (71) France	0	0	-	8,2		91,9 %
Notre série		3	3,7	1	1,2	11	83,9 %

Exact Fischer's : $p > 0,05$

A un mois nos résultats sont superposables à ceux de EU-KW et coll. (25).

Notre étude avec 3,7 % d'incontinence et 1,2 % de sténose à 6 mois est comparable à celle de SUDUCA et coll. (71). Par contre nous avons des taux meilleurs à ceux de SEOW F. (69). Les complications sont surtout fréquentes à ce stade. Jusqu'à six mois après hémorroïdectomie 50 % des patients perdent le pouvoir discriminatoire gaz / liquide (12).

8-16-3°) Les suites opératoires de 1 an à 3 ans :

Tableau n°45 : Répartition des troubles de la continence à un an et deux ans selon les auteurs.

SUIVI	AUTEUR	INCONTINENCE AU GAZ		AUTRE	SATISFAC TION
		EFF.	%		
1 an	MORTENSEN et coll. (12) France	-	11 %	-	89 %
	SUDUCCA et coll. (12) France	-	11 %	-	89 %
	Notre étude	2	3,8	5,8 %	90,4 %
2ans	BENNETT et coll. (12) France	-	10 %	-	90 %
	READ et coll. (12) France	-	0 %		100 %
	Notre étude	2	4,7 %	2,3 %	93 %

Exact Fischer's: $p > 0,05$

Nous avons eu 3,8 % d'incontinence au gaz contre 11 % pour MORTENSEN et coll. et coll. (12) et 11 % pour SUDUCCA et coll. (12) à un an de suivi.

A deux ans nos résultats sont comparables à ceux de READ et coll. (12) : 4 % d'hypocontinence aux matières ; 0,1 % de suintement fécal . BENNETT et coll. (12) ont eu 2 % de suintement fécal. Nous ne disposons pas du nombre de cas d'incontinence les différents auteurs sus-cités.

A partir de un an nous n'avons plus colligé de cas de rétrécissement anal. Il apparait de ce fait que ces sténoses sont des complications précoces et rapidement résolutive . Ce qui est conforme avec l'idée de DEVIEN C.V. (22).

Elles sont traitées dans le service par une dilatation anale sous anesthésie générale suivie de toucher rectal quotidien. Une bougie de HEGAR avec ou sans toucher rectal quotidien peut être utilisée ou une sphinctérotomie interne. Certains auteurs pensent que cette sphinctérotomie interne doit être systématique (7).

5-16-4°) Les suites de 3 ans à 10 ans :

Après 2 ans nous n'avons plus recensé de cas d'incontinence ni de sténose . GOLIGHER (12) et THOMSON et coll. (12) ont eu des troubles de la continence jusqu'à 3 ans de suivi.

L'incontinence anale post-hémorroïdectomie serait due à :

- une perte de la sensibilité par disparition des récepteurs sensoriels (12),
- une lésion du sphincter interne lors de la dissection des paquets hémorroïdaires, ou
- la suppression des coussinets hémorroïdaires qui joueraient un rôle important dans la continence (12).

Nous n'avons pas noté d'ectropion ni de prolapsus muqueux dans notre série . Comme dans les séries européennes (12) nous n'avons pas colligé de cas de récurrences postopératoires.

Tableau n°46 : Répartition des troubles de la continence à trois ans et plus selon les auteurs.

AUTEUR	TROUBLE-CONTINENCE	SATISFACTION
GOLIGHER (12) France	Hypo-cont. gaz : 9 % Hypo-cont. mat. 6 % Suint. fécal : 17 %	93 %
THOMSON et EYERS (12) France	Hypo-cont. gaz : 4 % Hypo-cont. mat. : 4 % Suint. fécal : 13 %	97 %
Notre étude	0 %	100 %

Nous n'avons pas le nombre de cas de trouble de la continence pour les différents auteurs sus-cités.

5-17°) La durée moyenne d'hospitalisation :

Nous avons eu une durée moyenne d'hospitalisation de 7 jours. En Europe certains auteurs utilisent surtout la chirurgie ambulatoire (4 ; 74) ou l'hospitalisation de courte durée : 3 jours (69).

6- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La maladie hémorroïdaire est de loin l'affection ano-rectale la plus fréquente avec une prédilection chez l'adulte jeune de sexe masculin.

Il serait tout de même inconcevable de négliger les autres affections proctologiques. Toute plainte de la sphère anale ne doit pas être confondue avec les hémorroïdes sans faire un examen proctologique soigneux. La hantise devant tout problème anal chez un adulte ou un sujet âgé doit d'abord être l'élimination d'un cancer rectal.

Les suites opératoires à long terme des hémorroïdectomies effectuées en chirurgie B semblent satisfaisantes au regard des moyens dont nous disposons.

Ainsi nous recommandons :

1°) Aux techniciens socio-sanitaires :

- Une sensibilisation de la population en vue d'une consultation précoce devant tout saignement par voie basse pour éviter les interventions tardives au stade de complication.

2°) Aux proctologues et chirurgiens :

- La pratique systématique du toucher rectal devant tout syndrome anal et même si les hémorroïdes ont été mises en évidence, suivi d'une ano-rectoscopie.

3°) Aux administrateurs sanitaires :

- Les moyens nécessaires à une hémorroïdectomie à l'ambulatoire au niveau de nos hôpitaux nationaux pour réduire la durée de l'hospitalisation.

7- BIBLIOGRAPHIE

1°) AHMED M.E., HIMAIDA T.I.

Anorectal disease in Khartoum

East african médical journal. 1988; 65 (1) : pp 28-32

2°) ABDEL FATAH EL-GENDI M.; ABDEL BAKY N.

Anorectal pressure in patients with symptômatic hémorrhoids.

Dis. Colon. Rectum 1986 ; 29 (6) : pp. 398-391.

3°) ANDREWS BT. ; LAYER GT. ; JACKSON BT. ; NICHOLLS RJ.

Randomized trial comparing diathermy hémorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan-Morgan opération.

Dis.Colon.Rectum. 1993 ; 36 (6) : pp. 580-583.

4°) ARGOV S.

Radical ambulatory hemorrhoidectomy

Harefuah . 1994 ; 126 (4) : pp . 189 - 239.

5°) BANQUE MONDIALE

Structure et dynamique de la population

Rapport sur le developpement dans le monde : Résumé 1993.

6°) BANQUE MONDIALE

World demographique data

World population profile: 1994.

7°) BARTH X. ; LOMBARD P.R.

Thromboses hémorroïdaires externes : diagnostic, évolution et pronostic.

Révue du praticien. 1990 ; 40 (9) : pp. 849-850 .

8°) BENGUE M.

Cancers côlo-rectaux au Sénégal : à propos d'une étude rétrospective de 258 dossiers réunis à Dakar de 1960 à 1985.

Thèse : Médecine ; Dakar : 1983 ; n° 168.

9°) BERNADES P. ; MEKININI B.

Etude contrôlée de Ginkor Procto versus troxérutine Forte dose dans le traitement des crises hémorroïdaires aiguës : Floridge de la thérapeutique en hépato-gastrologie I .

Médecine et chirurgie digestive. 1993 ; 22 (1) ; pp. 39-42.

10°) BREGAZE I. ; VANTSIAN E.

La chirurgie des maladies parasitaires

Moscou : Edition Mir . 1983 ; pp. 120.

11°) CAPDEVILLE P.

Vingt mois d'endoscopie digestive à Tananarive : aspect et problème particuliers sous les tropiques.

Med. Trop. 1979; 39 (6) : pp. 34-36.

12°) CHAMPIGNEULE B. et coll.

Etude prospective de la fonction sphinctérienne anale et après hémorroïdectomie.

Gastro. entérol. clin. et biol. 1989; 13 (15) : pp . 452-556.

13°) CLAY LD. ; WHITE JJ JR. ; DAVIDSON JT. ; CHANDLER JJ.

Early recognition and successful management of pelvic cellulitis following hemorrhoidal banding.

Dis.Colon.Rectum. 1986 ; 29 (9) : pp. 579-581.

14°) COPE R.

Hémorroïdectomie suivant la technique du Saint Mark's Hospital , type Milligan Morgan.

Ann. chir. 1994 ; 48 (6) : pp. 555-560.

15°) COPE R.

Etiopathogenesis of hemorrhoidal disease.

Acta. Gastro. entérol. clin. biol. 1994 ; 57 (2) : pp . 206-212.

16°) COSPITE M.

Double-blind, placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500 mg in the treatment of acute hémorrhoids.

Angiology. 1994 ; 45 (6pt 2) : pp. 566-573.

17°) CZALBERT HJ.

Alternative therapeutic methods in the ambulatory treatment of hemorrhoids: observations with infra-red coagulation.

Orv. Hétil. 1994 ; 135 (6) : pp. 859-860.

18°) DANIEL GL. ; LONGO WE. ; VERNAVA AM. 3rd.

Pruritus ani : causis and concerns.

Dis. Colon. Rectum. 1994 ; 37 (7) : pp. 670-674.

19°) DEMBELE K.

Aspects épidémiologiques et cliniques des maladies anales au Mali .

Thèse : Médecine ; Bamako. 1993 ; 93p, n° 37.

20°) DENIS J. ; GUARRIGUES JM. ; TROCHET JP. ; GERENTES I. TACCOEN A.

Rheological parameters in hemorrhoid pathology .

Ann. Gastro-entérol. Hépatol. Paris. 1994 ; 30 (4) : pp. 181-184.

21°) DEUTSH AA. ; MOSHKOVITZ M. ; NUDELMAN I. ; DINARI G. ; REISS R.

Anal pressure measurements in the study of hemorrhoid etiology and their relation to treatment.

Dis. Colon. Rectum. 1987 ; 30 (11) : pp. 855-857.

22°) DEVIEN C.V.

A mort le Whitehead , vive le Toupet ! ou l'hémorroïdectomie totale circulaire revisitée . Sa technique , ses indications , ses résultats.

Ann.chir. 1994 ; 48 (6) : pp. 565-571.

23°) DIALLO A.N. ; TRAORE H.A. ; PICHARD E. ; KONE B.

Intérêt de l'examen proctologique en milieu tropical à propos de 1000
rectoscopies effectuées à l'Hopital du Point G.

Bull. Patho. Exot. 1986 ; 79 : pp. 542-548.

24°) DUHAMEL J.

Hémorroïdes.

Pathologies aux divers âges. 1972 ; 6 : pp . 1635.

25°) EU - KW . ; SEOW C.F. ; GOH H.S.

Comparison of emergency and elective hemorrhoidectomy.

Br-j-surg. 1994 ; 81 (2) : pp. 308-310.

26°) GAYLE M.R. and all.

Prospective randomized comparative study of bipolar versus direct current
electro-coagulation for treatment of bleeding internal hemorrhoids.

Gastro. intest. Endosc. 1994 ; 40 (4) : pp. 403-410.

27°) GEORGOULIS B.

Prolapsus hémorroïdaire.

Ann. Gastro. entérol. Hépatol. 1988 ; 24 (4) : pp. 165-167.

28°) GODEBERGE P.

Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease : a demonstrated
efficacy in comparison with placebo .

Angiology. 1994 ; 45 (6pt2) : pp. 574-578.

29°) HANSEN H. ; STELZNER F.

Proktologie.

Springer-Verlag. 1981 (Kliniktaschenbücher) :

30°) HELEN M. ; MAC R. ; M.D. ; F.R.C.S.C. ; ROBIN S.M. ; M.D.; F.R.C.S.C.

Comparison of hémorrhoidal treatment modalities.

Dis. Colon. Rectum. 1995 ; 38 : pp. 687-694.

31°) HOFF SD. ; BAILEY HR. ; BUTTS DR. ; MAX E. ; SMITH KW. ; ZAMORA LF. ; SKAKUN GB.

Ambulatory surgical hemorrhoidectomy a solution to post operative urinary retention ?

Dis. Colon. Rectum. 1994 ; 37 (12) : pp. 1242-1244.

32°) IWATT AR.

Epidemiology of hemorrhoids in the adult Nigerian and English : a comparative study.

Central African Journal of Medecine. 1987 ; 33 (3) :pp. 61-66.

33°) JANSSEN LW.

Consensus hemorrhoids (deutch society for surgery).

Ned.Tijdschr-Geneeskd. 1994 ; 138 (42) : 2106-2109.

34°) JASPERSEN and all.

Techniques for diagnosis and treatment of bleeding hemorrhoids .

Dis. Colon. Rectum. 1993 ; 36 : pp. 942-945.

35°) JEN-KOU LI .

Anal manometric studies in hemorrhoids and anal fissures .

Dis. Colon. Rectum. 1989 ; 32 (10) : pp. 839-842.

36°) JOHANSEN J.F. ; SONNENBERG A.

Constipation is not a risk factor for hemorrhoids : a case control study of potentiel etiological agents.

Am.J.Gastro.entérol. 1994 ; 89 (11) : pp. 1981-1986.

37°) KAMINA P.

Dictionnaire d'Atlas d'anatomie.

Paris : Maloine S.A. : A-F ; 1983 ; 643 p.

38°) KAMINA P.

Dictionnaire d'Atlas d'anatomie.

Paris : Maloine S.A. : G-O ; 1983 ; 1233 p.

39°) KEITA B.J.

Ulcères gastro-duodénaux en chirurgie B à l'hôpital du Point G à Bamako .

Thèse : Médecine ; Bamako. 1990 ; n° 18.

40°) KLOTZ F. et coll.

Pathologie recto-sigmoïdienne au Gabon.

Afrique Méd. Santé. 1988 ; (23) : pp. 7-10.

41°) KOBINAN D.R.

Contribution à l'étude des cancers du rectum en Côte d'Ivoire à propos de 9 observations au C.H.U. de Treichville.

Thèse : Médecine ; Abidjan. 1983.

42°) KONE B.M.

Intérêt de la rectoscopie en médecine interne à propos de 1000 examens effectués à l'Hôpital du Point G.

Thèse : Médecine ; Bamako. 1983 ; n° 21.

43°) LABORATOIRES BEAUFOUR ; DEPARTEMENT DE PROCTOLOGIE ; DREUX ; FRANCE.

Essai en ouvert, multicentrique, de l'efficacité de Ginkor Procto dans la crise hémorroïdaire.

Révue française de Gastro-entérologie. 1988 ; 24 (238) : pp. 815-819.

44°) LEONG A.F. and all.

Performing internal sphincterotomy with anorectal procedures.

Dis. Colon. Rectum. 1993 ; 37 (11) : pp. 1130-1132.

45°) LE QUELLEC A. ; BORIES P. ; ROCHON J.C. ; GARRIGUES J.M. ; POIRIER JL. ; MICHEL H.

Hypertension portale et hémorroïdes. Relation de cause à effet ?

Gastro-entérologie clinique et biologique. 1988 ; 12 (3-9) : pp. 646-648.

46°) LEVITT M.

Post-partum hemorrhoides. Evaluation of a cooling device (Anurex) for relief of symptoms (Letter ; Comment).

Méd. J. Aust. 1994 ; 160 (2) : pp. 95.

47°) LODER P.B. ; KAMM M.A. ; NICHOLLS R.J. ; PHILIPS R.K.

Haemorrhoids : pathology, patho-physiology and aetiology.

Br . J. Surg. 1994 ; 81 (7) : pp. 946-954.

48°) MAIGA Y. et coll.

Aspects épidémiologiques et cliniques des maladies anales au Mali.

Méd. chir. dig. 1994 ; 24 (5) : pp. 269-270 .

49°) MARSHMAN D. ; HUBERT PJ JR. ; TIMMERMAN W. ; SIMONTON CT. ; ODOM FC. ; KAPLAN ER.

Hemorrhoidal ligation : a review of efficacy.

Dis. Colon. Rectum. 1989 ; 32 (5) : pp. 369-371.

50°) MASSON JL.

L'hémorroïdectomie ambulatoire au laser CO2.

J. Chir. 1990 ; 127 (4) : pp. 227-229.

51°) MEYER OC.

Safety and security of Daflon 500 mg in venous insufficiency and in hemorrhoidal disease.

Angiology. 1994 ; 45 (6pt 2) : pp. 579-584.

52°) N'GARIAL K.

Etude des cancers colo-rectaux dans le service de chirurgie B à l'Hôpital du Point G à propos de 96 cas.

Thèse : Médecine ; Bamako. 1995 ; 143 p. ; n° 32.

53°) N'DRI N. et coll.

La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain : à propos de 522 cas colligés au C.H.U. de Cocody.

Méd.Chir.Digest. 1994 ; 23 (4) : pp. 233-234.

54°) NOVELL F. ; ESPERT JJ. ; TRIAS M.

Ambulatory treatment of hemorrhoids.

Rev. Esp. Enferm. Dig. 1994 ; 85 (2) : pp. 99-102.

55°) OTTO P. ; OTTO JV.

Hemorrhoidal disease.

Schweiz-Rundesh.Med.Prax. 1994 ; 83 (44) : pp. 1225-1228.

56°) PADONOU N. ; BAGNAN KB. ; KODDJON et AGBO N.

Les cancers côlo-rectaux à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du C.N.H.U. de Cotonou : à propos de 10 cas observés en 7 ans.

Méd. Af. Noire. 1994 ; 5 : pp. 41.

57°) PARNAUD E. ; BRUCE J. ; BIDART JM.

Traitement ambulatoire des hémorroïdes par congélation continue contrôlée (Premiers résultats à propos de 78 observations).

Gastro-entérologie. clin. et Biol. 1980 ; 4 : pp. 875-880.

58°) PELOQUIN AB. ; DESJARDIN JG.

Rectum et anus.

Milan : Masson. 3è ed. 1978 ; 1520 p.

59°) PERLEMUTER L. ; OBRASKA P. ; QUEVAUVILLIERS J.

Dictionnaire pratique de thérapeutique médicale.

Paris : Masson. 6è ed. 1990. 1795 p. (768-770).

60°) POON GP. ; CHU KW. ; LAU WY. ; LEE J. ; YEUNG C. ; FAN ST. ; YIU TF. WONG SH. ; WONG KK.

Conventional versus triple rubber band ligation for hemorrhoids : a prospective randomized trial .

Dis.Colon.Rectum. 1986 ; 29 (12) : pp. 836-838 .

61°) ROBERT D. ; CHURET JP. ; PIQUARD B.

Anatomie du canal anal.

Encycl. Méd. chir. Techniques chirurgicales . Appareil digestif . Tome 2 ; 40680-40686 . Paris .

62°) ROLLAND D.

Intérêt de la chirurgie dans le traitement du dolicho-méga-côlon pathologique non compliqué à propos de 142 cas.

Thèse : Médecine ; Abidjan. 1978 ; 178 p.

63°) ROSEN L. ; SIPE P. ; STASIK JJ. ; RIETHER RD. ; TRIMPI HD.

Outcome of delayed hemrrhage following surgical hemrrhoidectomy.

Dis. Colon. Rectum. 1993 ; 36 (8) : pp. 743-746.

64°) RUDOLPH MK. and all.

Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding .

Dis. Colon. Rectum. 1994 ; 37 (10) : pp. 1006-1007.

65°) SACKO L;

Cancers de l'estomac en chirurgie B à l'Hôpital du Point G à Bamako.

Thèse : Médecine ; Bamako. 1992 ; n° 22.

66°) SARLES JC. ; ARNAUD A. ; CONSENTINO B.

La chirurgie des hémorroïdes en 1987 : Résultats d'une enquête.

Annale de chirurgie. 1987 ; 41 (8) : pp. 629-633.

67°) SCHOUTEN WR. ; VAN VROONHOVEN TJ.

Lateral internal sphincterotomy in the treatment of hemorrhoids : a clinical and manometric study.

Dis.Colon.Rectum. 1986 ; 29 (12) : pp. 869-872.

68°) SEAN O'D. and all.

Intra-operative use of Toradol facilitates out-patient hemorrhoidectomy.

Dis. Coln. Rectum. 1994 ; 37 (8) : pp. 793-799.

69°) SEOW F. and all.

Prospective randomized study of radical versus four piles hemorrhoidectomy large circonferential prolapsed piles.

British journal of surgery. 1995 ; 82 : 188-189.

70°) SHEMESH EI. ; KODNER IJ. ; FRY RD. ; NEUFELD DM.

Severe complication of rubber band ligation of internal hemorrhoids.

Dis. Colon. Rectum. 1987 ; 30 (3) : pp. 199-200.

71°) SUDUCA P. ; LEMOZY J. ; GUARRIGUES JP. et coll.

Complications et séquelles d'hémorroïdectomie . Etude pluricentrique sur ordinateur d'une série de 1000 cas.

Ann.Gastro-entérol. Hépatol. 1980 ; 16 : pp. 1998-211.

72°) TALL AH.

Contribution à l'étude épidémiologique de la maladie hémorroïdaire, de la fissure anale et de la fistule anale à Bamako.

Thèse : Médecine ; Bamako. 1985 ; 91p. ; n°26.

73°) TRUDEL JL.

L'hémorroïdectomie fermée de Ferguson.

Annale de chirurgie. 1994 ; 48 (6) : pp. 561-564.

74°) TUSCANO D. and all.

Surgical treatment of 4 th stage hemorrhoids : the role of anatomical techniques

G. Chir. 1994 ; 15 (4) : pp. 179-182.

75°) UDEZUE NO.

Five hundred consecutive sigmoidoscopies for frank rectal bleeding : an analysis.

Tropical doctor. 1989 ; 19 (2) : pp. 72-73.

76°) WELLING DR. ; WOLF BG. ; DOZOIS RR.

Piles of defeat : Napoleon at Waterloo.

Dis. Colon. Rectum. 1988; 31 (4) : pp. 303-305.

77°) YENA S.

Evaluation de 10 ans de chirurgie thyroïdienne dans le service de chirurgie B de l'Hôpital du Point G.

Thèse : Médecine ; Bamako. 1989 ; n° 5.

78°) ZAUCHE A. ; KHEREDDINE T. ; BENSALA KH. ; ABDESSALEH M. ;

ENNABLIE

Les problèmes particuliers aux cancers du rectum à l'exclusion des tumeurs hautes de l'ampoule : à propos de 60 cas.

La Tunisie Médicale. 1986 ; 64 (10).

79°) ZOUNG K. et coll.

Le point sur l'hypertrophie bénigne de la prostate (adénome de la prostate) comme cause d'obstruction urinaire basse en milieu camérounais (propos de 261 observés à la clinique d'urologie de l'Hôpital central de Yaoundé).

Médecine d'Afrique Noire. 1989 ; 36 (8-9) : pp. 682-697.

80°) ZUCKERMANN M. and all.

Clinical efficacy and tolerability of nimesulide compared with naproxen in the treatment of post-hemorrhoidectomy pain and inflammation. Nimesulide : a multifactorial therapeutic approach to the inflammatory process ? A clinical experience.

Drugs. 1993 ; 46 (sup. 1) : pp. 177-179.

8- ANNEXE

NOM : MARIKO

PRENOMS : HAMIDOU

TITRE : Etude des hémorroïdes en chirurgie B à l'Hôpital du Point G.

A propos de 152 cas.

ANNEE : 1995-1996 .

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE .

SECTEUR D'INTERET : Chirurgie .

RESUME : L'absence de données sur l'évolution à long terme des hémorroïdectomies réalisées au Mali est le principal motif de cette étude. Nous avons voulu aussi :

- déterminer la fréquence des hémorroïdes en chirurgie `` B `` à l'hôpital National du Point G.

- décrire les aspects cliniques de la pathologie hémorroïdaire en chirurgie `` B``.

Notre étude, rétrospective, a porté uniquement sur les dossiers des malades de la chirurgie `` B ``. Nous avons recherché à domicile les renseignements sur les malades, qu'ils aient été opérés ou non, grâce à leur adresse ou à celle des personnes contactes résidant à Bamako. Les suites après le traitement médical n'ont pas été décrites dans notre étude. Nous avons répertorié 152 malades. Le sexe ratio a été de 4,06 en faveur des hommes. L'âge moyen des malades a été de 36,33 ans.

Le motif de consultation a été les hémorroïdes dans 65,7 % des cas, les douleurs anales dans 18,4 % et les saignements anaux dans 5,9 % des cas . Les troubles de transit retrouvés ont été : la constipation (78,1 %) ; la diarrhée (12,5 %) et autres (7,8 %). Les bambara ont été les plus nombreux dans notre série (34,2 %) suivis des peulhs (21,7 %). IL n'existe pas de différence significative entre les ethnies.

La fréquence de la pathologie hémorroïdaire a été estimée à 10,06 % de l'ensemble des consultations générales du service. Nous avons eu une fréquence de 2,05 % d'hémorroïdectomie.

Sur les 152 patients 82 ont subi une hémorroïdectomie soit 54 %. Nous n'avons pas recensé de complications per-opératoires.

Nous avons tout de même répertorié 3,7 % de sténose anale et 3,7 % d'incontinence anale à un mois de suivi ; 3,7 % d'incontinence anale et 1,2 % de sténose anale à 6 mois ; 3,8 % et 4,7 % d'incontinence anale à respectivement un an et deux ans de suivi. Notre taux de morbidité a été de 5,5 %.

Nos résultats restent tout de même comparables à ceux des séries européennes.

Mots clés : Hémorroïde - Chirurgie - Suites opératoires.

ABREVIATIONS

- 1- Act. = Activité
- 2- Appl. = Application
- 3- Comp. = Comprimé
- 4- Consult. = Consultation
- 5- Dysent. = Dysenterie
- 6- EFF. = Effectif
- 7- Ext. = Externe
- 8- Fiss. = Fissure
- 9- Fist. = Fistule
- 10- Fonct. = Fonctionnaire
- 11- Hémor. = Hémorroïde
- 12- H.G.T. = Hôpital Gabriel Touré
- 13- H.P.G. = Hôpital du Point G.
- 14- H.T.A. = Hypertension artérielle
- 15- Incont. = Incontinence
- 16- Indét. = Indéterminée
- 17- Int. = Interne
- 18- mg = milligramme
- 19- Orient. = Orientation
- 20- Pourcent. = Pourcentage
- 21- Rectorrh. = Rectorrhagie
- 22- Schisto. = Schistosomiase
- 23- Sup. = Supérieur
- 24- Suppo. = Suppositoire
- 25- Thromb. = Thrombose
- 26- Ulcérat. = Ulcération

 ETUDE DES HEMORROIDES EN CHIRURGIE ''B''
 A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G
 A PROPOS DE 152 CAS

- {Q1} N° fiche d'enquete /_/_/_/
- {Q2} N° dossier du malade
- {Q3} Dte de consultation /_/_/_/_/_/_/
- {Q4} Nom et Prenoms
- {Q5} Ages /_/_/_/
- {Q6} Sexe /_/
- 1=M 2=F
- {Q7} Adresse habituelle
- {Q8} Contact a Bamako
- {Q9} Provnance /_/
- 1=Kayes 4=Sgou 7=Gao
- 2=Koulikoro 5=Mopti 8=Bko
- 3=Sikasso 6=Tombouctou 9=Indt
- {Q10} Nationalit /_/
- 1=Malienne 2=Autres
- {Q10A} Si autres preciser
- {Q11} Adress(e) par /_/
- 1=Venu(e) de lui mme 3=Infirmier 9=Indt.
- 2=Mdecin 4=Autres
- {Q11A} Si autres preciser
- {Q12} Principale activit
- 1=Cadre Sup. 4=Cultivateur 7=Autres
- 2=Cadre Moyen 5=Manoeuvre 9=Indt.
- 3=Commerant 6=Mnagre
- {Q12A} Si autres preciser
- {Q13} Position de travail /_/
- 1=Debout 3=Mobile 9=Indt.
- 2=Assise 4=Autres
- {Q13A} Si autres preciser
- {Q14} Ethnie /_/
- 1=Bamanan 3=Sarakol 5=Autres
- 2=Malink 4=Peulh
- {Q14A} Si autres preciser
- {Q15} Mode de recrutement en chir. B /_/
- 1=Urgence 2=Consultation normale 9=Indt.
- {Q16} Dte d'entre /_/_/_/_/_/_/
- *****
- {Q17} Dte de sortie
- {Q18} Dure d'hpitalisation /_/_/_/_/_/_/
- {Q19} Motif de consultation /_/_/
- 1=Bouton anal 4=Saignements 9=Indt.
- 2=Douleur anale 5=Scrtions liquidiennes
- 3=Prurit anal 6=Autres
- {Q19A} Si autres preciser
- {Q20} Age de la maladie /_/_/_/_/_/_/

{Q21}	Douleur anale				/_/_
	1=OUI	0=Non	9=Indt.		
{Q22}	Moment de la douleur				/_/_
	1=Avant selles	3=Après selles	9=Indt.		
	2=Pendant selles	0=Pas de douleur	4=Associations (préciser)		
{Q23}	Rectorrhagies				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q24}	Moment rectorrhagies				/_/_
	1=Avant selles	3=Après selles	9=Indt.		
	2=Pendant selles	0=Pas de rectorrhagies	4=Associations (précis)		
{Q25}	Prurit anal				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q26}	Tnesmes				/_/_
	1=OUI	0=Non	9=Indt.		
{Q27}	Constipation				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q28}	Diarrhe				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q29}	Scrtions muqueuses				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q30}	Troubles urinaires				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q31}	Troubles sexuels				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q32}	Troubles psychiques				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q33}	Antcdents personnels pour hmorrodes				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q34}	Traitement suivi				/_/_
	1=Mdical	2=Chirurgical	0=Pas de traitement		
	9=Indt.				
{Q35}	Par qui				/_/_
	1=Mdecin interniste	3=Interne	5=Autres		
	2=Chirurgien	4=Infirmier	9=Indt.		
{Q35A}	Si autres préciser				/_/_
{Q36}	Dure du traitement (jours)				/_/_
{Q37}	Suites du traitement				/_/_
	1=Satisfaisant	2=Non satisfaisant	9=Indt.		
{Q38}	Antcdent familial pour hmorrodes				/_/_
	1=Oui	2=Non	9=Indt.		
{Q39}	Antcdents mdicaux				/_/_
	1=Dysenterie	4=Diarrhe	7=Autres		
	2=Tuberculose	5=HTA	0=Aucun		
	3=Syphilis	6=Schistosomiasés	9=Indt.		
{Q39A}	Si autres préciser				/_/_
{Q40}	Menopause				/_/_
	1=Oui	0=Non	9=Indt.		
{Q41}	Dte des dernires rgles				/_/_/_/_/_/_/_/_
{Q42}	Dure des rgles				/_/_/_
{Q43}	Nombre de grossesse				/_/_/_
{Q44}	Nombre d'enfant				/_/_/_
{Q45}	Age dernier enfant				/_/_/_

{Q46} Etat gnral /_/

1=Bon 2=Moyen 3=Mauvais 9=Indt.

{Q47} Poids /_/

{Q48} Tension artrielle /_/

{Q49} Pouls /_/

{Q50} Paleur conjonctivale /_/

1=Oui 0=Non 9=Indt.

{Q51} Position d'examen

{Q52} Inspection de la marge anale /_/

1=Normal 3=Paquet hmorrodaire 5=Autres

2=Hemorragies 4=Ulcration 9=Indt.

{Q52A} Si autres preciser

{Q53} Toucher rectal /_/

1=Normal 2=Douloureux 3=Autres 9=Indt.

{Q53A} Si autres preciser

{Q54} Stade /_/

1=Stade1 3=Stade3 5=Autres

2=Stade2 4=Stade4 9=Indt.

{Q54A} Si autres preciser

{Q55} Thrombose externe /_/

1=Oui 0=Non 9=Indt.

{Q56} Thombose interne /_/

1=Oui 0=Non 9=Indt.

{Q57} Prolapsus hmorrodaire /_/

1=Oui 0=Non 9=Indt.

{Q58} Horaire /_/

1=5H-7H 3=3H-6H 5=Circulaire 7=Autres

2=6H-12H 4=5H-6H 6=6H-9H 9=Indt.

{Q58A} Si autres preciser

{Q59} Autres complications associes /_/

1=Stenose 4=Rectite 7=Fistule anale

2=Necrose 5=Incontinence 8=Autres

3=Anite 6=Fissure anale 9=Indt.

{Q59A} Si autres preciser

{Q60} Anorectoscopie

.....

.....

.....

{Q61} Traitement medical suivi /_/

1=Oui 0=Non 9=Indt.

{Q62} Par qui /_/

1=Mdecin 3=Autres

2=Infirmier 9=Indt.

{Q62A} Si autres preciser

{Q63} Produit utilis

{Q64} Posologie du produit

{Q65} Dure du traitement (jours) /_/

{Q66} Regime prescrit /_/

{Q67} Evolution du traitement /_/

1=Favorable 0=Defavorable 9=Indt.

{Q68} Traitement traditionnel suivi /_/
1=Oui 0=Non 9=Indt.

{Q69} Evolution /_/
{Q70} Traitement chirurgical /_/
1=Miligan Morgan 3=Toupet 5=Autres
2=Ferguson 4=Helias 9=Indt. 0=Non

{Q70A} Si autres preciser /_/
{Q71} Par qui /_/
1=Chirurgien specialis 3=Internes
2=C.E.S 4=Autres 9=Indt. 0=Pas de Trait. Chir.

{Q71A} Si autres preciser /_/
{Q72} Dte d'opratiion /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
{Q73} Complications per-opratoires /_/
1=Hemorragies 3=Dcd (De quoi? quand?) 5=Autres
2=Perforration anale 4=Autres 0=Aucun 9=Indt.

{Q73A} Si autres preciser /_/
{Q74} Suites immdiates /_/
1=Hemorragies 3=Necrose 5=Autres 0=Suites simples
2=Infection 4=Dcd (De quoi? quand?) 9=Indt.

{Q74A} Si autrs preciser /_/
{Q75} Suites un mois aprs /_/
1=Infection 3=Incontinence anale 6=Autres
2=Stenose 4=Dcd 5=Trouble sexuel 0=Suites simples 9=Indt.

{Q75A} Si autres preciser /_/
{Q76} Mode de suivi un mois /_/
1=Venu(e) delui mme 2=Sur convocation 3=Autres 9=Indt.

{QA76} Si autres preciser /_/
{Q77} Suites 6 mois /_/
1=Infection 3=Incontinence anale 5=Trouble sexuel
2=Stenose 4=Dcd 0=Suites simples 6=Autres 9=Indt.

{Q77A} Si autres preciser /_/
{Q78} Mode de suivi 6 mois /_/
1=Venu(e) de lui mme 2=Sur convocation 3=Autres 9=Indt.

{QA78} Si autres preciser /_/
{Q79} Suites un an /_/
1=Stenose 3=Trouble sexuel 5=Autres
2=Incontinence anale 4=Dcd 0=Suites simples 9=Indt.

{Q79A} Si autres preciser /_/
{Q80} Mode de suivi un an /_/
1=Venu(e) de lui mme 2=Sur convocation 3=Autres 9=Indt.

{QA80} Si autres preciser /_/
{Q81} Suites 2 ans /_/
1=Stenose 3=Trouble sexuel 5=Autres 9=Indt.
2=Incontinence anale 4=Dcd 0=Suites simples

{Q81A} Si autres preciser /_/
{Q82} Mode de suivi 2 ans /_/
1=Venu(e) de lui mme 2=Sur convocation 3=Autres 9=Indt.

{QA82} Si autres preciser /_/
{Q83} Suites 3 ans /_/
1=Stenose 3=Trouble sexuel 5=Autres 9=Indt.
2=Incontinence anale 4=Dcd 0=Suites simples

{Q83A} Si autres preciser /_/
..... /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

{Q84} Mode de suivi 3 ans /_/
1=Venu(e) de lui mme 2=Sur convocation 3=Autres 9=Indt.

{QA84} Si autres preciser

{Q85} Suites 4 ans /_/
1=Stenose 3=Trouble sexuel 5=Autres 9=Indt.
2=Incontinence anale 4=Dcd 0=Suites simples

{Q85A} Si autres preciser

{Q86} Mode de suivi 4 ans /_/
1=Venu(e) de lui mme 2=Sur convocation 3=Autres 9=Indt.

{QA86} Si autres preciser

{Q87} Suites 5 ans /_/
1=Stenose 3=Trouble sexuel 5=Autres 9=Indt.
2=Incontinence anale 4=Dcd 0=Suites simples

{Q87A} Si autres preciser

{Q88} Mode de suivi 5 ans /_/
1=Venu(e) de lui mme 2=Sur convocation 3=Autres 9=Indt.

{QA88} Si autres preciser

{Q89} Suites 10 ans /_/
1=Stenose 3=Trouble sexuel 5=Autres 9=Indt.
2=Incontinence anale 4=Dcd 0=Suites simples

{Q89A} Si autres preciser

{Q90} Mode de suivi 10 ans /_/
1=Venu(e) de lui mme 2=Sur convocation 3=Autres 9=Indet.

{QA90} Si autres preciser

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.