

INTRODUCTION

Le terme hémorroïde est souvent employé d'une manière erronée non seulement par les malades mais également 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 et les fissures [1].

Maladie de civilisation, les hémorroïdes constituent la pathologie la plus fréquente de l'intestin terminal [2].

Pour COOPER le mot hémorroïde du grec *hemorhein* signifie écoulement sanglant [3]. Les hémorroïdes se définissent non pas par leurs aspects, mais par leurs manifestations essentielles : les hémorragies. Cette appellation impropre, désigne en fait des formations de nature vasculaire dont le rôle physiologique et le mode de transformation en un état pathologique restent sur bien des points encore mystérieux.

Les hémorroïdes sont des extasies des capillaires du corps caverneux *recti* qui se déplacent du canal anal vers le bas [4].

Pour SOUILLARD; personne n'a jamais exactement bien défini les hémorroïdes, le problème a toujours irrité les proctologues [5]. Cela tient de la difficulté de différencier la morphologie normale du canal anal de l'aspect pathologique, à l'étrangeté d'hémorragies rouges dans une maladie veineuse, à la discordance entre les constatations anatomopathologiques et la clinique.

Les hémorroïdes sont fréquentes, MILES a estimé que 80% des adultes d'âge moyen sont affligés d'hémorroïde [4].

Aux Etats Unis et en Angleterre les taux annuels de visite chez le médecin, pour cette pathologie, sont respectivement de 1177 et 1123 pour 100 000 habitants [6].

En Afrique, AJAYI estimait la prévalence à 2 % de la population vivant selon le mode de vie traditionnelle [7].

N'DJITO YAP a trouvé une fréquence de 40,83 % de la pathologie digestive basse au Cameroun [8].

Au Mali, DEMBELE a estimé la fréquence des hémorroïdes à 40,15 % de l'ensemble des endoscopies basses et 6,35% de l'ensemble des consultations du service de gastroentérologie de l'Hôpital Gabriel Touré (HGT) [9].

Le traitement a connu un essor particulier avec la chirurgie. Globalement, le pourcentage de patients satisfaits ou très satisfaits après hémorroïdectomie de type MILLIGAN MORGAN est de l'ordre de 95% [10].

Hypothèse de travail

Le recours tardif aux soins spécialisés efficaces en cas de maladie hémorroïdaire, semblable au cancer du rectum tant de par ses symptômes fonctionnels que de par ses avatars de prise en charge non précoce qui déterminent son pronostic, tient à la fois aux conditions socio-environnementales et aux valeurs culturelles ou spécificités psychosociales des patients et usagers des services au Mali.

Pour cette raison, nous avons initié ce travail pour étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales liées à la pathologie hémorroïdaire.

Objectif Général :

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales liées aux hémorroïdes dans le service de chirurgie générale de l'HGT.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales liées aux hémorroïdes chez les malades atteints d'hémorroïdes et chez leurs accompagnants dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré.
- Identifier les facteurs qui influencent les motivations et les décisions de recours aux soins médico-chirurgicaux chez les malades atteints d'hémorroïdes.
- Identifier les facteurs qui influencent le recours aux thérapeutes traditionnels (médecine traditionnelle) chez les malades atteints d'hémorroïdes.
- Explorer les connaissances des thérapeutes traditionnels liées à la maladie hémorroïdaire.
- Estimer le coût moyen de la prise en charge de la maladie hémorroïdaire en médecine moderne et en médecine traditionnelle.

GENERALITES

Le canal anal est la partie la plus terminale du tube digestif. Long de 4 cm, il fait suite au rectum et se termine par l'anus qui est situé à 20 mm de l'apex du coccyx. A l'état d'occlusion, l'anus est une fente ou un simple point duquel irradiant des plis cutanés qui s'effacent à l'ouverture [11].

Dans la formation du canal anal, intervient le cloaque qui est d'origine endoblastique et qui donne naissance au sinus uro-génital et au rectum. Il est formé par la membrane cloacale qui devient la membrane anale et disparaît vers la fin de la septième semaine du développement embryonnaire [12].

La physiologie ano-rectale est dominée par les phénomènes de défécation et de continence qui ne peuvent s'exercer que s'il existe une parfaite intégrité des éléments anatomiques de la région : rectum, faisceau pubo-rectal du releveur de l'anus, sphincter interne, sphincter externe et muqueuse anale.

- **la défécation** : est un acte volontaire dont le point de départ est la perception consciente du besoin d'aller à la selle, en rapport avec une variation de la pression intra-rectale.

- **la continence** : met en jeu plusieurs phénomènes réflexes intéressant le sphincter interne, le sphincter externe et le sigmoïde [13].

1 -RAPPELS ANATOMIQUES :

1.1 - Anatomie descriptive

1.1.1 - Anatomie macroscopique :

1.1.1.1 - *configuration externe* :

Le canal anal est oblique en bas et en arrière, déterminant avec le rectum un angle ouvert en arrière. Il est compris dans l'épaisseur du périnée postérieur et répond, dans sa partie inférieure au sphincter externe. Il est en rapport avec :

- en arrière, le muscle élévateur de l'anus ;
- sur les côtés, les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;
- en avant, par l'intermédiaire du centre tendineux du périnée :

*Chez l'homme, l'apex de la prostate, l'urètre membraneux, la glande bulbo-urétrale et le bulbe du pénis ;

*Chez la femme par l'anus qui est l'orifice terminal du tube digestif [14].

1.1.1.2- Configuration interne :

- le pecten anal :

Caractérisé par les colonnes et les sinus anaux ; il est limité en bas par la ligne ano-cutanée. C'est une zone intermédiaire constituée d'un revêtement lisse, sec, mât, puis bleu [11]. Les colonnes anales de MORGAGNI sont constituées par des replis semi-circulaires dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales. Elles sont au nombre de 5 à 8, longues de 1cm et épaisses de 1- 2 mm, reliées à leurs extrémités inférieures par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose [2].

- la zone ano-cutanée :

Lisse et haute de 1cm, elle est limitée en bas par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphincters interne et externe.

- la zone cutanée :

Continue avec la peau du périnée. Cette zone est souvent pigmentée, riche en poils et en glandes sébacées.

Selon certains auteurs le canal anal se divise en 2 parties par la ligne pectinée qui est située aux endroits de la jonction 1/3 moyen, 1/3supérieur du canal anal [12]. Cette ligne, oblique en bas et en avant est constituée par le bord libre des valvules anales semi-circulaires qui limitent avec la paroi anale les cryptes anales de MORGAGNI.

- la portion sus pectinéale :

Présente les colonnes de MORGAGNI. La sous-muqueuse est occupée par le plexus hémorroïdaire interne d'où sa coloration rouge foncée qui tranche nettement avec la teinte rose, pâle de la muqueuse rectale sus-jacente.

- la portion sous-pectinéale est de coloration grise bleutée.

1.1.1.3- Appareil sphinctérien :

Il est constitué par différents éléments musculaires. Un muscle sphincter est un anneau musculaire dont la fonction est de fermer la lumière d'un conduit [15].

a- le sphincter interne ou muscle sphincter ani - internus :

C'est un muscle lisse constitué par l'épaississement de la couche circulaire de la musculature rectale. Sa partie inférieure est entourée par le sphincter externe [15]. Constitué de fibres musculaires lisses, il est innervé par le système neuro-végétatif et échappe au contrôle de la volonté. C'est le gardien de la continence anale [2].

b- le sphincter externe ou muscle ani-externus :

Il se fixe en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant sur le centre tendineux du périnée. Il est traversé par les fibres longitudinales du rectum ; et dissocié par les terminaisons du muscle élévateur de l'anus en trois parties [15] :

- Le faisceau sous-cutané : est une bande annulaire de muscles striés, triangulaires à sommet supérieur sur une coupe frontale. C'est la seule portion qui entoure l'orifice anal [12 ; 16].

Il est formé de bandes concentriques de fibres striées, séparées les unes des autres par les cloisons conjonctives disposées en éventail sur une coupe frontale et représentant l'éparpillement terminal des fibres du tube longitudinal complexe [2].

- le faisceau superficiel : est un muscle elliptique qui s'étend entre le sphincter externe sous cutané et le faisceau profond du sphincter externe. Il entoure le sphincter interne dans ces 2/3 inférieurs. Il se termine en s'insérant sur la pointe du coccyx et sur le ligament ano-coccygien.

- Le faisceau profond : est un tube musculaire d'une hauteur de 1 cm, c'est aussi un muscle circulaire comme le faisceau sous cutané [2; 12]. Par sa tonicité, le sphincter externe assure l'occlusion du canal anal. Il assure, ainsi accessoirement la continence anale mais surtout, joue un rôle important à l'expulsion au moment de la défécation.

c- Le muscle releveur de l'anus : ou muscle levator ani.

Principal muscle du diaphragme pelvien il est pair et constitué du :

- ***muscle pubo- coccygien*** : s'insère sur la face postérieure de la surface angulaire du pubis ;

- ***muscle ilio- coccygien*** : s'insère sur le fascia du muscle obturateur interne au niveau de l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Ces deux muscles convergent en descendant vers la région rétro anale en croisant les faces anales du rectum. Il s'insère sur le ligament ano - coccygien, sur les bords latéraux du coccyx et à la face postérieure de la partie anale du rectum.

- ***faisceau pubo - rectal*** : naît sur la face postérieure du pubis et à côté du disque inter- pubien. Il est épais et étroit avec un trajet vertical et sagittal. Il croise l'urètre et 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.

Il participe efficacement au soutènement des viscères pelviens. La contraction de sa partie externe entraîne l'occlusion du canal anal et celle de la partie interne, le dilate, assurant ainsi le premier temps de la défécation [15].

d- le muscle corrugateur de la marge anale : ou muscle *corrugator cutis ani* : il est constitué de fibres lisses de la peau entourant l'anus. Il irradie de l'anus vers son sphincter externe; sa contraction rétracte et plisse la marge de l'anus. Il appartient, pour certain à la couche musculaire du canal anal [15].

e- le corps caverneux et le muscle canalis ani :

Le corps caverneux se trouve dans le 1/3 supérieur du canal en dessous de la ligne ano-rectale. Comme le corps caverneux du pénis, le plexus vasculaire du corps caverneux rectal est rempli de sang rouge artériel. Il est tributaire des branches terminales de l'artère rectale supérieure. Ces branches sont constamment retrouvées aux points suivants : 3H, 7H et 11H où elles peuvent être palpées. Elles forment un réseau capillaire dans les corps caverneux.

Le muscle *canalis ani* : Ce muscle naît du sphincter *ani internus* sous forme d'écrous et traverse toute la largeur du corps caverneux. Il joue un rôle très important dans la fermeture du canal anal. Une petite partie de ces fibres vient du muscle longitudinal du rectum. Les fibres caudales reviennent au sphincter *ani internus*, les autres sont encrées sur le septum inter - musculaire et la peau périnéale.

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. Au niveau de la ligne des cryptes, le muscle s'unit avec la muqueuse anale.

f- la couche longitudinale complexe : Cette couche est dite complexe parce que les éléments qui la constituent sont d'origine variée. Si la plupart des auteurs s'accordent à lui reconnaître approximativement les mêmes origines, il n'en est pas de même pour ces terminaisons.

Selon la description de MILLIGAN et de MORGAN qui est la plus couramment admise. Elle est composée par l'assemblage des fibres lisses de la couche longitudinale du rectum ; des fibres striées issues du releveur de l'anus ; du faisceau profond du sphincter externe et des fibres tendineuses de l'aponévrose pelvienne supérieure (fascia pelvien) [12 , 17]. Ce complexe musculo-tendineux ainsi formé, descend entre le faisceau profond du sphincter pour se terminer en éventail un peu en avant du bord profond du sphincter externe.

Les fibres de cet éventail vont :

- en dedans, constituer le septum inter musculaire de MILLIGAN et MORGAN qui sépare le sphincter interne du faisceau sous-cutané du sphincter externe. Au préalable, une partie des fibres traverse ou contourne selon les auteurs le sphincter interne et se fixe à la muqueuse du canal anal, contribuant à former le ligament suspenseur de PARKS.
- En bas, après avoir traversé engainé et divisé en faisceaux secondaires le faisceau sous-cutané du sphincter externe, les fibres de la couche vont s'insérer

à la peau constituant le *corrugateur cutis ani* qui donne l'aspect caractéristique des plis radiés de l'anus ;

- En dehors, elles forment un septum, le fascia périnéal de MORGAN qui s'étend de la fosse ischio-rectale séparant les faisceaux sous-cutané et profond du sphincter externe.

- En avant, elles participent à la constitution du centre tendineux du périnée. Cette couche rend solidaire les appareils sphinctériens interne et externe et constitue un ensemble de voies par lesquelles pourra cheminer l'infection [12,16].

1.1.1.4- Espaces cellulux péri anaux :

On distingue différents espaces cellulux péri-anaux qui peuvent favoriser l'expansion des infections.

a- L'espace circum- anal sous - muqueux :

Est situé dans les 2/3 supérieurs du canal entre la muqueuse anale et le sphincter interne, limité en bas par le ligament de PARKS et le septum intermusculaire, en haut il communique avec la couche sous- muqueuse du rectum.

Il contient le plexus hémorroïdaire interne, la *muscularis sub-mucosae ani*, le plexus lymphatique sous- muqueux et le début des canaux glandulaires d'HERMANN et DESFOSES.

b- l'espace peri-anal sous - cutané :

Est situé dans le 1/3 inférieur du canal anal, limité en dedans par la peau du canal anal, en haut par le septum intermusculaire et en dehors par le fascia de Morgan. Il contient le faisceau sous-cutané du sphincter externe, le plexus hémorroïdaire externe et les glandes sudoripares et sébacées.

c- la fosse ischio-rectale :

Est un espace du périnée postérieur situé de chaque côté du rectum. De forme prismatique, triangulaire, elle présente un sommet supérieur profond et une base périnéale. Sa paroi latérale, verticale est formée du muscle obturateur et de son fascia.

Sa paroi médiale, oblique en bas et en dedans, est constituée par les muscles élévateurs et le sphincter externe de l'anus. Elle se prolonge en avant vers le périnée antérieur sous le muscle élévateur, et en arrière dans la région glutéale.

Elle est remplie d'un corps adipeux traversé par des vaisseaux et nerfs, et présente sur sa paroi externe le canal honteux [11].

Il est admis actuellement que les fosses ischio-rectales communiquent entre elles en arrière du canal anal par : l'espace retro-anal supérieur et l'espace retro-anal inférieur [12].

d- L'espace postérieur du releveur de COURTNEY :

Est normalement virtuel, situé latéralement et en arrière entre les plans supérieurs et inférieurs du releveur. Il constitue une voie d'extension contrôlable des suppurations aboutissant à la création de fistule *en fer à cheval*.

e- L'espace inter-sphinctérien :

Est situé entre le sphincter interne et le sphincter externe. Il contient la couche longitudinale complexe et est le siège des abcès et des diverticules intra - muraux.

f- Vascularisation artérielle :

- Artère rectale supérieure ou artère *rectalis superior* :

Branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus. 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. Ses branches sont constamment retrouvées aux points suivants : 3H, 7H et 11H où elles peuvent être palpées. Elles prennent un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal. Elles se jettent au niveau de la ligne pectinée.

- Artère rectale moyenne : ou artère *rectalis media*

Elle naît de l'artère iliaque interne, descend de façon oblique en dedans et en avant vers la face latérale du rectum et se termine à ce niveau en 3 ou 4 branches.

- Artère rectale inférieure ou artère *rectalis inferior* :

Elle naît de l'artère honteuse interne au niveau de l'épine sciatique. Elle se dirige vers le canal qu'elle irrigue.

- Artère sacrale médiale : elle participe accessoirement à cet apport artériel. Elle naît de l'aorte (au dessus de la bifurcation) et se jette dans le corps coccygien [11].

g- vascularisation 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.

- Les veines rectales supérieures se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure [19].

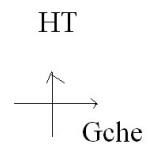
h- vascularisation lymphatique :

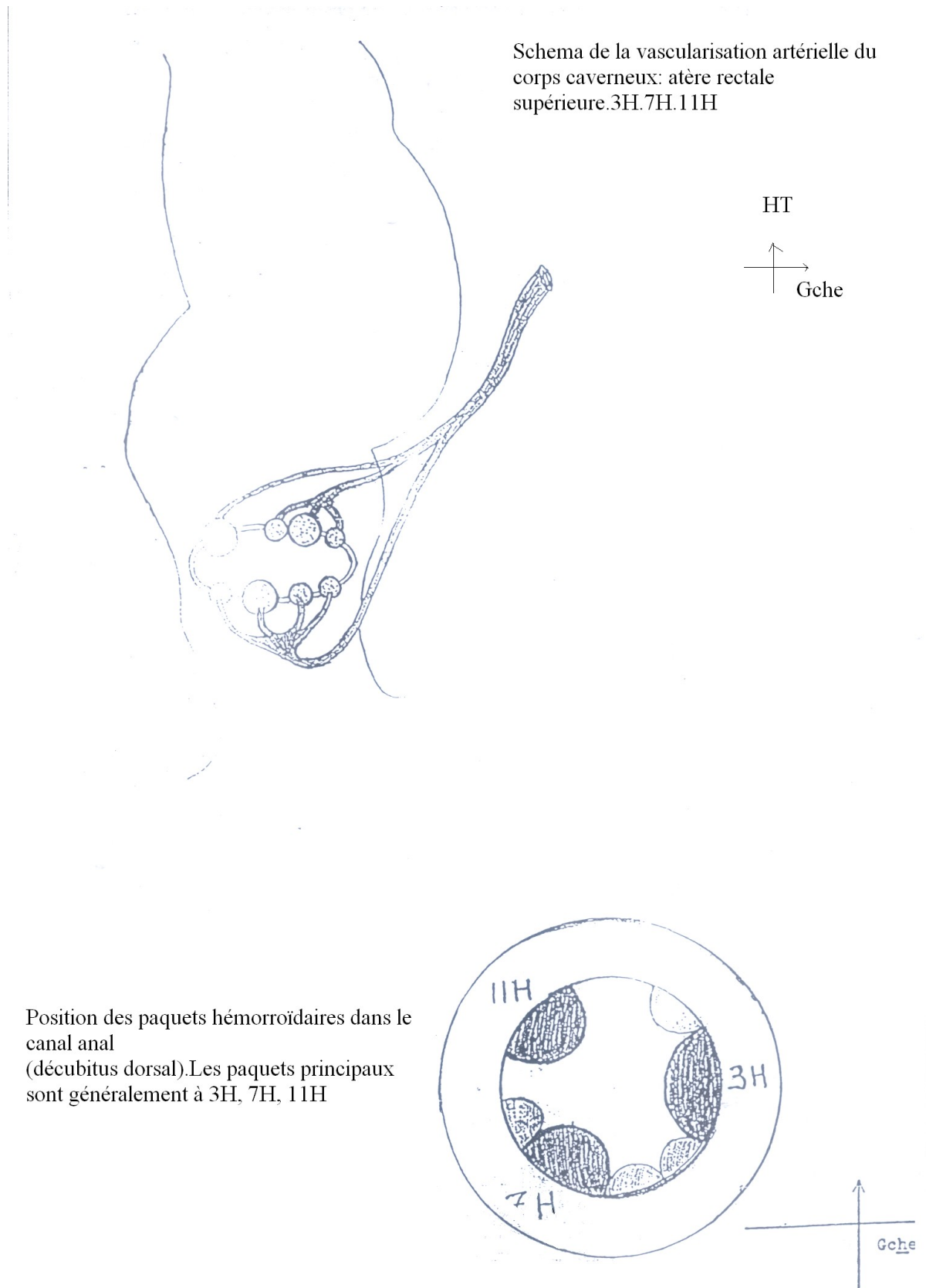
- Les collecteurs satellites de l'artère rectale supérieure s'orientent vers les principaux relais du rectum : les nœuds lymphatiques mésentériques inférieurs.

- Les collecteurs satellites de l'artère rectale inférieure se dirigent vers les nœuds lymphatiques inguino-superficiels [19].



Schema de la vascularisation artérielle du corps caverneux: atère rectale supérieure.3H.7H.11H





**Figure 2 : Schéma de la vascularisation artérielle du corps caverneux [18].
i- innervation du canal anal : [20].**

Complexe et intriquée, somatique et splanchnique, elle est également un point particulier de cette jonction recto-anale.

Au niveau de la zone cutanée, l'innervation est très riche ce qui rend compte de son extrême sensibilité à la douleur.

1- les nerfs somatiques [20].

Sur une vue du périnée postérieur, on aperçoit le nerf pudenda (nerf pudendus) issu de S3-S4 qui donne des rameaux moteurs pour le sphincter strié et des rameaux sensitifs cutanés. Certaines branches sensitives viennent également du nerf petit sciatique (le nerf *cutaneus femoris posterior*) traversant parfois le ligament sacro coccygien issu de S5 et CX (*nerf anoccygeus*) décrit par MORESTIN et prennent en charge la région rétro-anale. Sur une coupe sagittale médiane du petit bassin, le nerf du muscle *levator* ainsi issu de S3 principalement aborde le muscle par sa face pelvienne.

Le plexus pudental, issu de S3 et S4 sort temporairement de la cavité pelvienne par la portion sous - pyramidale de la grande échancrure sciatique.

Le nerf pudental pénètre dans la région périnéale par la petite échancrure sciatique, sous le ligament sacro épineux au dessus de l'obturateur interne.

Le nerf pudental chemine ensuite dans le replis falciforme du grand ligament sacro- tuberositaire (canal d'ALCOCK) qui peut parfois perforer.

2- les nerfs splanchniques :

Végétatifs, ils sont issus du plexus hypogastrique inférieur (plexus hypogastricus pelvinus) ou confluent des afférentes orthosympathiques venues par les latéro-vertébrales lombaires et sacrées et les afférentes para-sympathiques issues des centres intra axiaux médullaires sacrés S2/S3/S4 venues par les nerfs érecteurs d'ECKARDT (nerfs érigents).

Entre les deux couches musculaires lisses, pariétales, circulaires et longitudinales, AUERBACH a décrit des petits ganglions (plexus myentericus) et MEISSNER, dans la sous muqueuse, a fait de même (plexus *sub mucosa*).

3- les voies et centres nerveux médullaires : [20]

Sous l'angle des sensibilités

La sensibilité somatique extéroceptive et nociceptive permet la discrimination de la nature du contenu recto anal liquide, gazeux ou solide. Elle rejoint la moelle sacrée et de là sera à l'origine du réflexe recto anal inhibiteur qui entraîne l'ouverture du sphincter interne lisse, en contraction permanente. Cette sensibilité va rejoindre les centres supérieurs.

La sensibilité proprioceptive consciente et inconsciente du muscle *elevator ani* et du sphincter strié rejoint également la moelle sacrée ; elle est à l'origine de certains réflexes de protection mais également de la prise de conscience et de la mémorisation fécale dans les centres supérieurs.

Les sensibilités viscéro-septives, splanchniques, sont essentiellement orthosympathiques rejoignant la chaîne latéro-vertébrale et les centres médullaires de L2 à CX.

Sous l'angle des motricités

La somato-motricité volontaire dépend de la voie cortico-spinale, pyramidale, entraînant la contraction du sphincter strié et celle du muscle *levator ani*, contraction qui ne dure plus d'une minute.

La viscéro-motricité est double. Elle est orthosympathique, inhibitrice pour les fibres lisses pariétales mais facilitatrice pour le sphincter lisse en contraction permanente ; elle est parasympathique, excitatrice pour les fibres lisses pariétales et inhibitrice pour le sphincter lisse.

4- Les centres supérieurs :

Encore peu précisés, ils siègent au niveau du tronc cérébral où la réticulée joue un rôle important dans le contrôle des afférentes et dans celui des réponses motrices expliquant l'inconscience des patients victimes d'une hémorragie du tronc cérébral.

Au niveau diencephalique, le relais thalamique permet après filtration sélective, la projection corticale vers les aires de la somesthésie générale. Il en résulte le schéma corporel, mais également l'organisation du schéma praxique moteur

avec une mémoire fécale et l'intégration de la posture et de l'habitude défécatoire. Ce sont autant de gestes que le jeune enfant va devoir contrôler et que le sujet âgé victime d'un ramollissement cérébral va perdre.

1.1.2- Anatomie microscopique :

1.1.2.1- Couche interne :

- **La zone de transition :** est 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 [2].

De caractère paramalpighien, cet épithélium de transition est composé de cellules cubiques et de l'épithélium épidermoïde stratifié.

- **Le pecten anal :** est constitué d'un épithélium stratifié non kératinisé sans follicules pileux. Sa lamina propria est dépourvue de follicules lymphatiques. La *muscularis mucosae* n'est présente qu'au niveau des colonnes.

- **La zone ano-cutanée :** lisse est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé sans formation pileuse.

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

1.1.2.2- Sous - muqueuse :

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

1.1.2.3-Musculeuse :

Elle est constituée par les sphincters externe et interne [11] (cf. appareil sphinctérien).

1.1.2.4- glande anale :

- **les glandes de HERMANN et DESFOSES** : encore appelées glandes proctodéales [1 ; 21]. Ce sont des canaux glandulaires, simples ou ramifiés, qui s'abouchent au niveau des cryptes de MORGAGNI. Ils s'étendent dans la sous muqueuse que plus de 80% traversent en franchissant le sphincter interne, pouvant envoyer alors des prolongements dans la couche longitudinale complexe, voire le sphincter externe. Il ne s'agit que de vestiges des glandes odorifères des mammifères. En effet leur origine est cloacale [12; 16].

- **les glandes sous pectinées** : sont des formations glandulaires dont le collet est endo-anal sous la ligne des cryptes. Les orifices sont en règle, antérieurs situés de part et d'autre de la ligne médiane.

- **le corps de la glande** passe sous le sphincter interne pour se terminer entre lui et le faisceau profond du sphincter externe. La nature histologique de ces glandes est analogue à celle des précédentes. Elles peuvent être à l'origine d'abcès inter-sphinctériens [12].

1.2- Anatomie fonctionnelle :

Le muscle sphincter anal interne aganglionnaire et lisse ferme l'anus en laissant un orifice de 8 à 10 mm 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 (contrairement à 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 des études manométriques, le sphincter externe ne contribue qu'à 30% à la fermeture de l'anus.

L'ampoule rectale est normalement vide ou contient peu de selles. Pour le contrôle de la défécation, beaucoup d'éléments interviennent. Les selles sont emmagasinées dans l'ampoule rectale, ceci provoque une contraction du muscle sphincter et pubo-rectal : c'est le réflexe ano-rectal. Il ne dure pas assez longtemps; il permet cependant de bloquer une onde péristaltique en assurant la continence volontaire. Dans le colon, existent des mouvements péristaltiques

néo-hormonaux allant d'oral à aboral. Ces mouvements transportent les selles vers l'anus. Ils 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 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 la vidange. La pression abdominale joue un rôle accessoire dans la vidange ; la sensation d'avoir les selles est transmise par les 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 volontaire [1].

2 - PHYSIOPATHOLOGIE :

La contraction continue des muscles anaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-spléniques 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 PD [23], les causes de la maladie hémorroïdaire restent inconnues. La constipation y jouerait un rôle important ; l'hypertension portale favoriserait la présence des hémorroïdes[23]. Il n'y a pas de relation entre la pression portale et le volume des hémorroïdes [24]. Le rôle de l'hypertrophie bénigne de la prostate [23] et celui de l'obésité a été signalé dans la littérature[25].

3- RAPPELS CLINIQUES :

a) EPIDEMIOLOGIE :

En proctologie les hémorroïdes constituent l'une des affections les plus fréquentes [2 ; 26 et 27]. L'homme est atteint plus que la femme [2 ; 28]. L'affection est extrêmement rare chez l'enfant [2 ; 26].

La fréquence devient de plus en plus élevée à partir de 20 ans avec un maximum vers la quarantaine [26]. L'alimentation jouerait un rôle essentiel dans leur survenue, en particulier les régimes riches en résidu [26].

b) SIGNES FONCTIONNELS :

Le plus souvent, les hémorroïdes sont asymptomatiques. Elles peuvent être de découverte fortuite lors d'un examen général. Un des symptômes les plus fréquents est l'hémorragie rouge claire. Ces rectorragies sont d'abondance variables. Certains peuvent consulter pour anémie [29]. Le malade peut présenter aussi des prurits anaux, des troubles de transit : constipation, ténésme et incontinence. Souvent la douleur est le maître symptôme. Elle peut être due à une thrombose, à une infection, à un étranglement ou à une fissure associée.

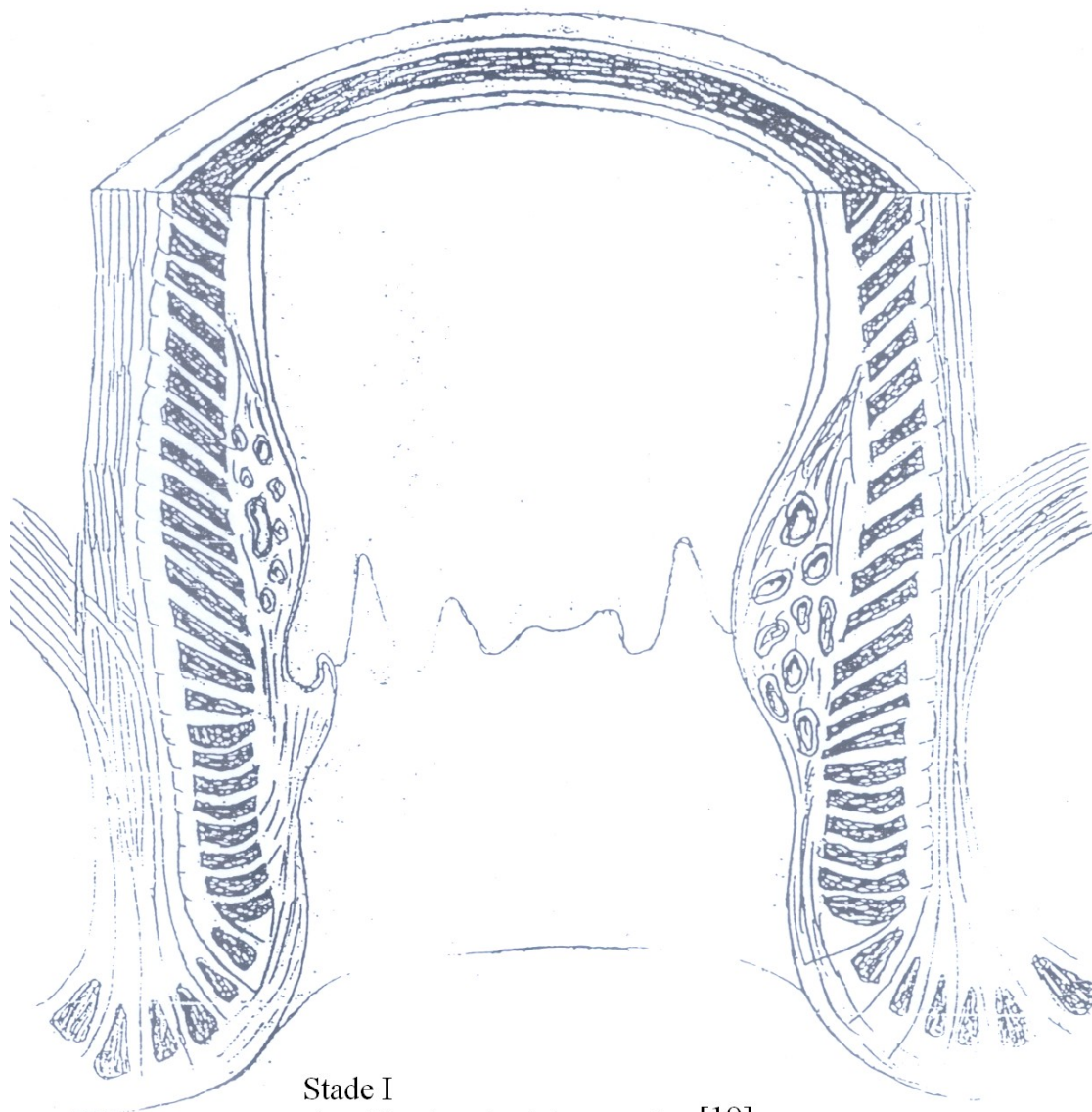
Parfois c'est une sensation de pesanteur au niveau de la région anale qui amène le malade en consultation.

On distingue 4 stades d'hémorroïde :

- stade 1 : paquet hémorroïdaire saignant à la fin de la défécation et visible à la rectoscopie.
- stade 2 : extériorisation du paquet hémorroïdaire pendant la défécation et qui rentre spontanément.
- stade 3 : la réduction du paquet hémorroïdaire après sa sortie n'est possible que par le taxis.
- stade 4 : extériorisation permanente du paquet hémorroïdaire (réduction impossible par taxis).

L'affection se manifeste souvent 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.



Stade I
classification des hémorroïdes [19]
Boureima DABO, service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré

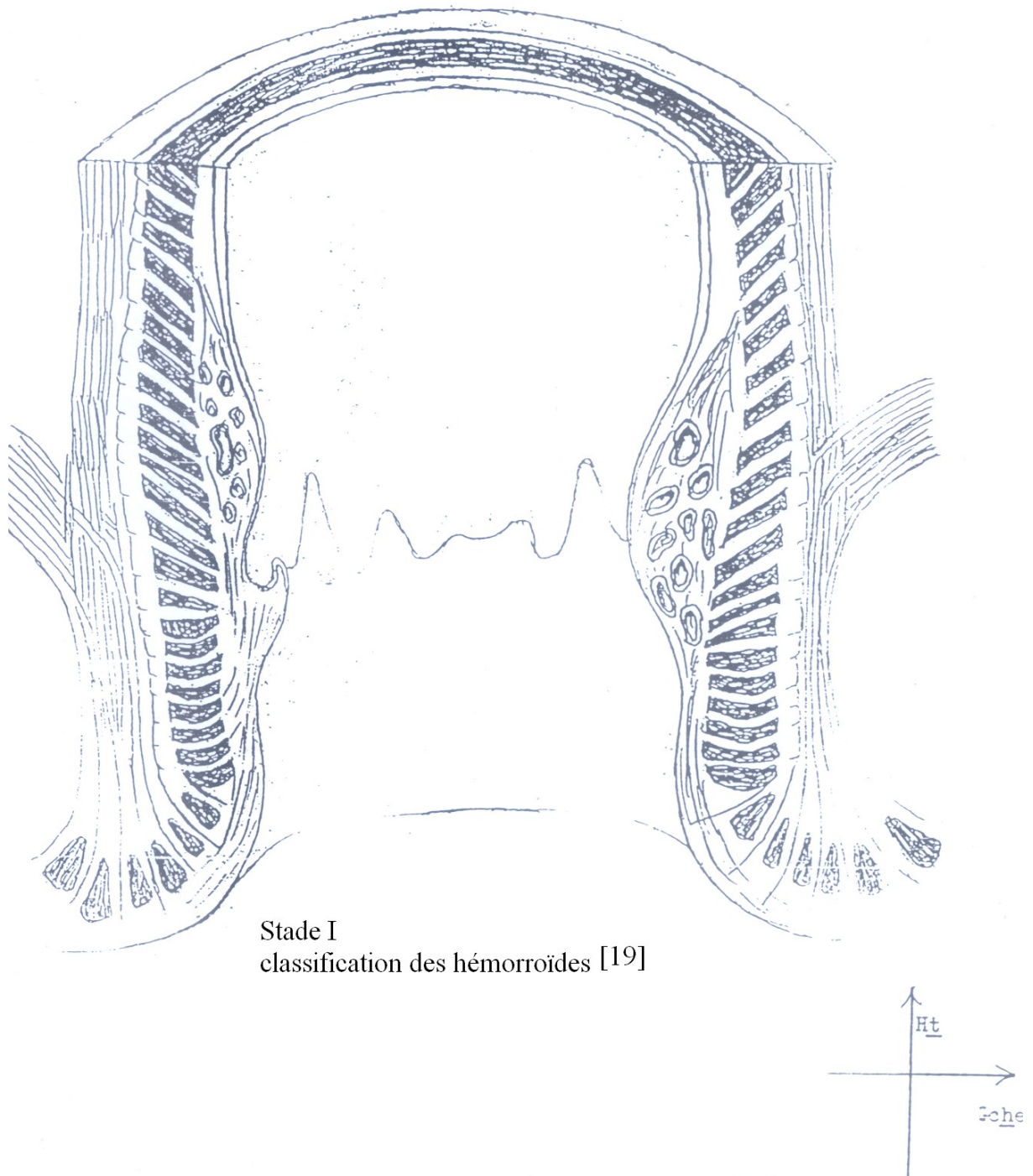
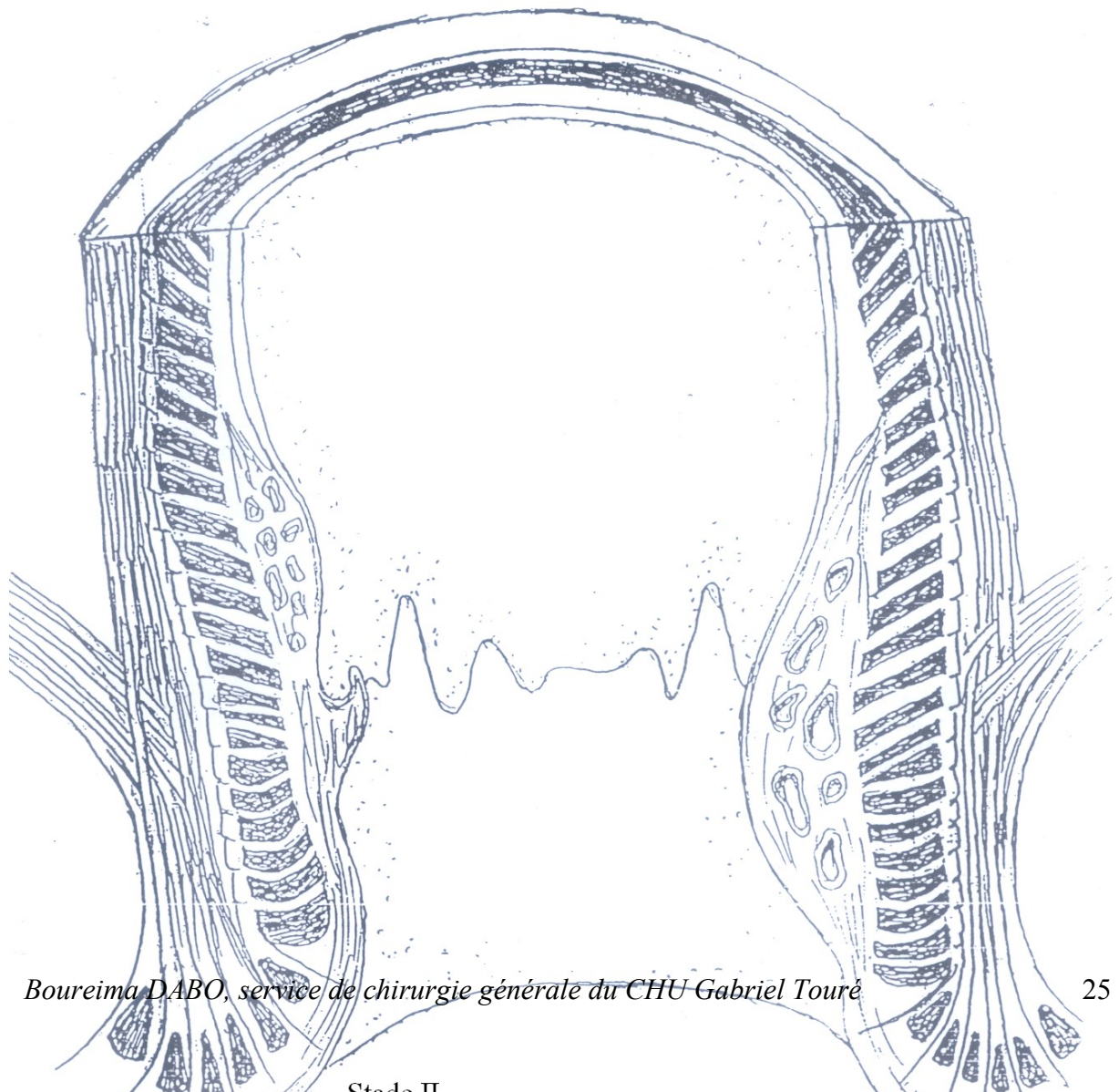


Figure 3 : Classification des hémorroïdes : Stade I [18].



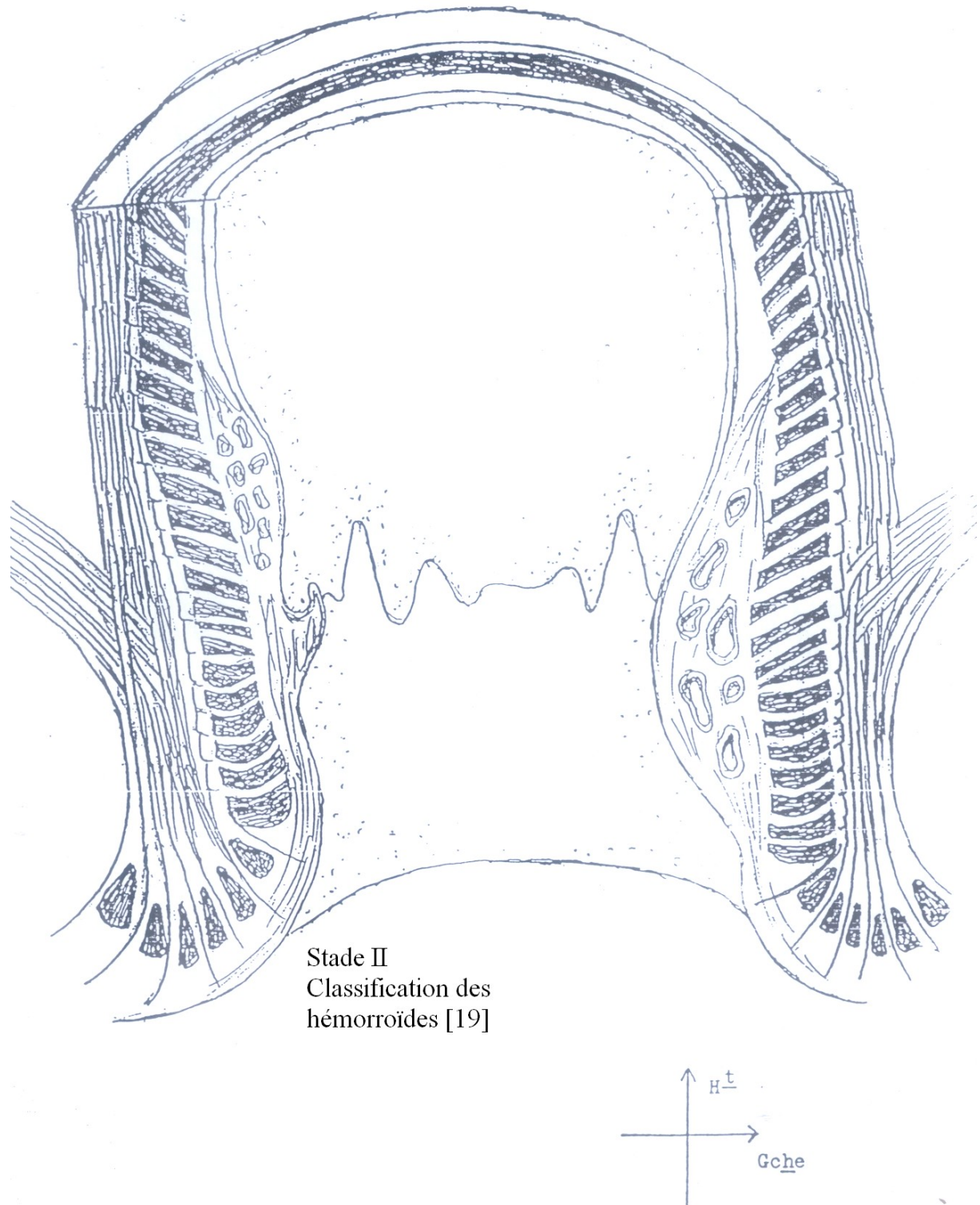
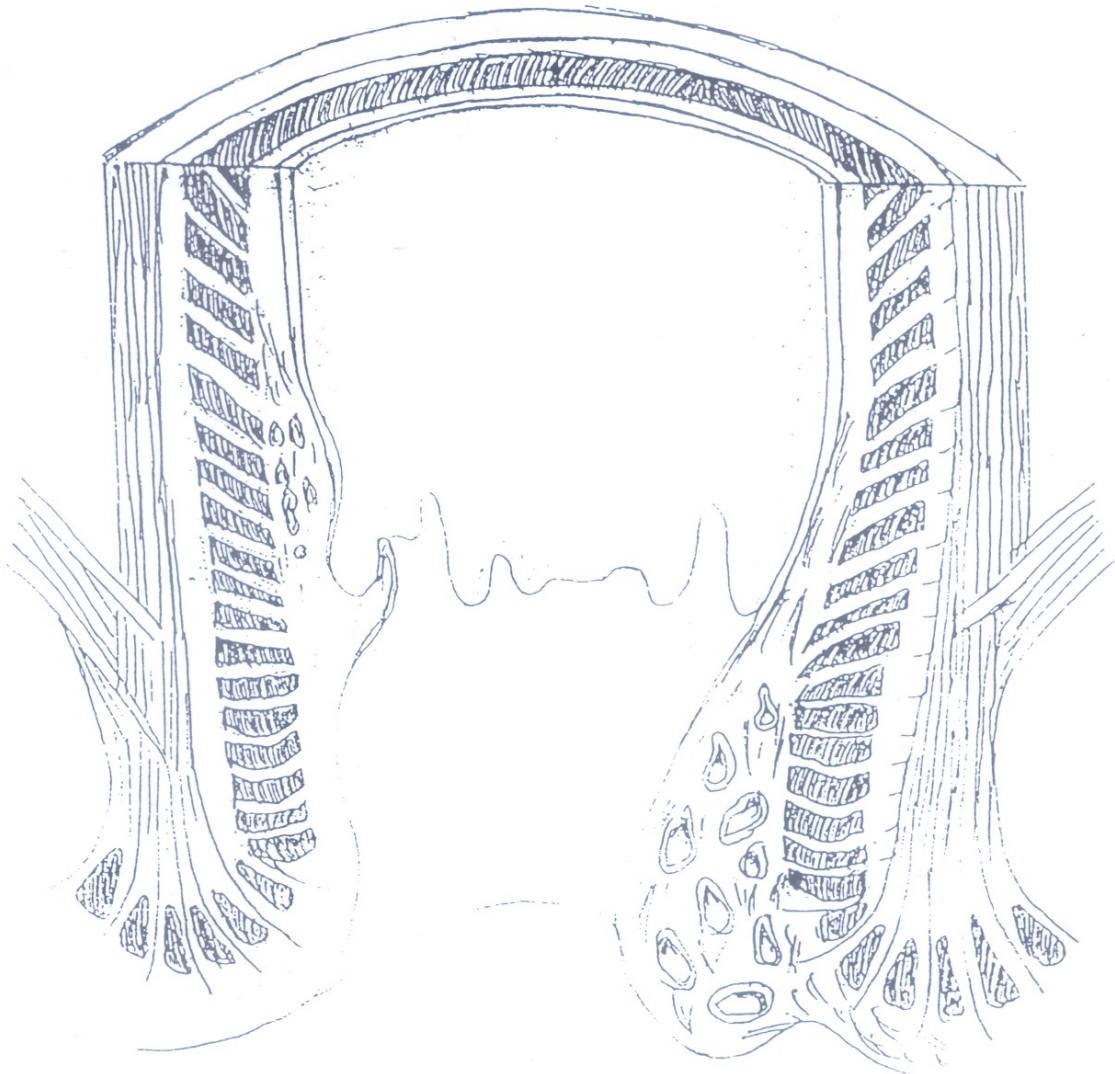
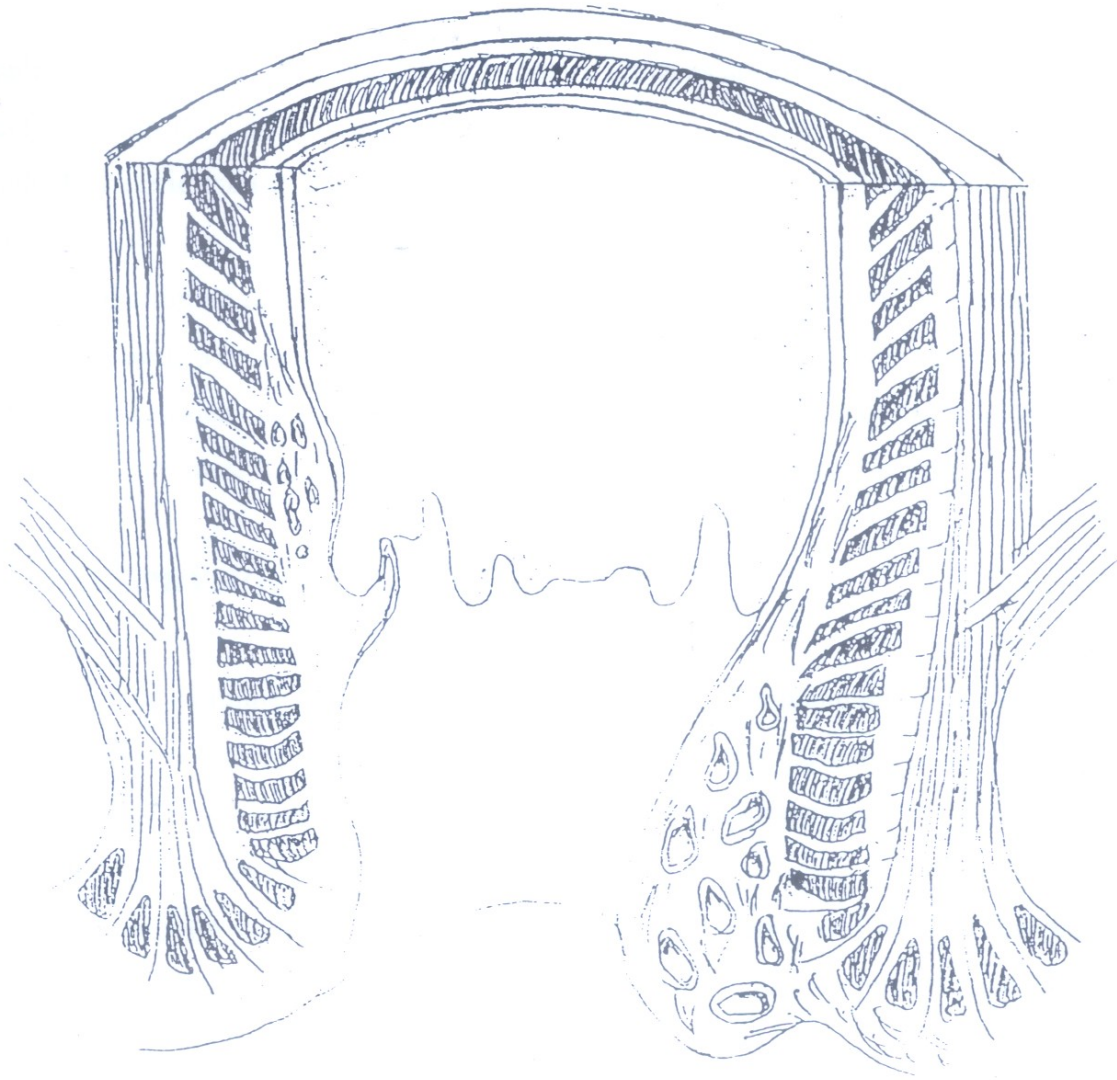


Figure 4 : Classification des hémorroïdes : stade II [18].



Stade III

Boureima DABO, Classification des hémorroïdes en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré
hémorroïdes[19]



Stade III
Classification des
hémorroïdes[19]

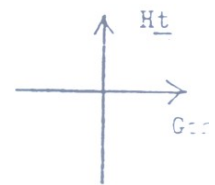


Figure 5 : Classification des hémorroïdes : stade III [18].

c) SIGNES PHYSIQUES [30] :

Le malade sera examiné en position genu -pectoral en lui demandant de pousser. La marge anale est normale ou peut montrer des paquets bleutés, parfois ulcérés, à travers l'anus. Il s'agit de 3 gros paquets hémorroïdaires généralement observés à 3H, 7H et 11H et quatre petits paquets intermédiaires

L'examen comporte un toucher rectal qui n'apporte pas beaucoup d'information dans le diagnostic des hémorroïdes [29]. Ce toucher rectal est quand même indispensable et peut éliminer une tumeur rectale.

d) EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

Il s'agit de l'ano-rectoscopie qui doit être systématique.

e) COMPLICATIONS :

Les rectorragies 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.

Thromboses hémorroïdaires :

- thrombose externe :

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

- 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.

f) 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'anوس ou du rectum.

g) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

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

4- Définition des concepts :

4-1- Médecine traditionnelle : [32]

En Afrique, en Asie et en Amérique latine, différents pays font appel à la médecine traditionnelle pour répondre à certain de leurs besoins au niveau des soins de santé primaire. En Afrique, jusqu'à 80% de la population ont recours à la médecine traditionnelle à ce niveau. Dans les pays industrialisés, la médecine « complémentaire » ou « parallèle » ou encore « alternative » est l'équivalent de la médecine traditionnelle.

Ce concept se rapporte aux pratiques, méthodes, savoir et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicinales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels séparément ou en association pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé.

Le tradipraticien de santé ou thérapeute traditionnel est la personne reconnue par sa collectivité d'appartenance comme compétente, pour dispenser les soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales, ou d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux.

L'herboriste est une personne ayant une connaissance approfondie des propriétés curatives des plantes, vivant de la vente de celles-ci et qui est généralement installée dans un marché urbain où il a aménagé son étalage à la manière des rayons d'une officine de pharmacie [32].

5- Accompagnement

L'accompagnement du patient hospitalisé est un phénomène universel. Il est cependant d'une importance assez réduite dans les pays occidentaux où la disponibilité des moyens matériels, financiers et humains ; le type d'organisation des centres de soins et la philosophie même de la médecine hippocratique réduisent la dimension des soins à une interface malade médecin. Il est en revanche largement répandu en Afrique et plus particulièrement au Mali. De façon empirique, il ressort que l'accompagnement du patient

hospitalisé par un parent ou un proche en Afrique tire sa force et sa justification des éléments suivants :

- Le faible ratio personnel de santé par habitants ; un infirmier pour 10022 habitants au Mali [33] pendant que l’OMS recommande un infirmier pour 5000 habitants. Les accompagnants comblent le déficit créé par cette insuffisance du personnel dans ces activités de soins et d’appui aux malades.

- La solidarité africaine qui trouve un cadre d’expression en toute occasion heureuse ou malheureuse.

- la perception de la maladie par les populations dans le schéma de la médecine traditionnelle dont les résidus post coloniaux régissent encore assez fréquemment les modes de pensée dans ce domaine. Le malade et le praticien ayant ainsi la même vision socioculturelle de l’environnement et du mal, fait que le système de soins n’est plus considéré comme une discipline séparée mais comme élément d’un système culturel complexe et intégré. Dans ces conditions l’interface malades soignants se mue en un triangle malade, société et soignants.

METHODOLOGIE DE RECHERCHE :

I Les cadres d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré pour recueillir les données auprès des malades atteints d'hémorroïdes et leurs accompagnants; au palais de la culture de Bamako lors de la semaine internationale de la médecine traditionnelle africaine (SIMTA) pour les thérapeutes traditionnels.

DISTRICT DE BAMAKO

LOCALISATION DE L'HÔPITAL GABRIEL TOURE ET DU PALAIS DE LA CULTURE

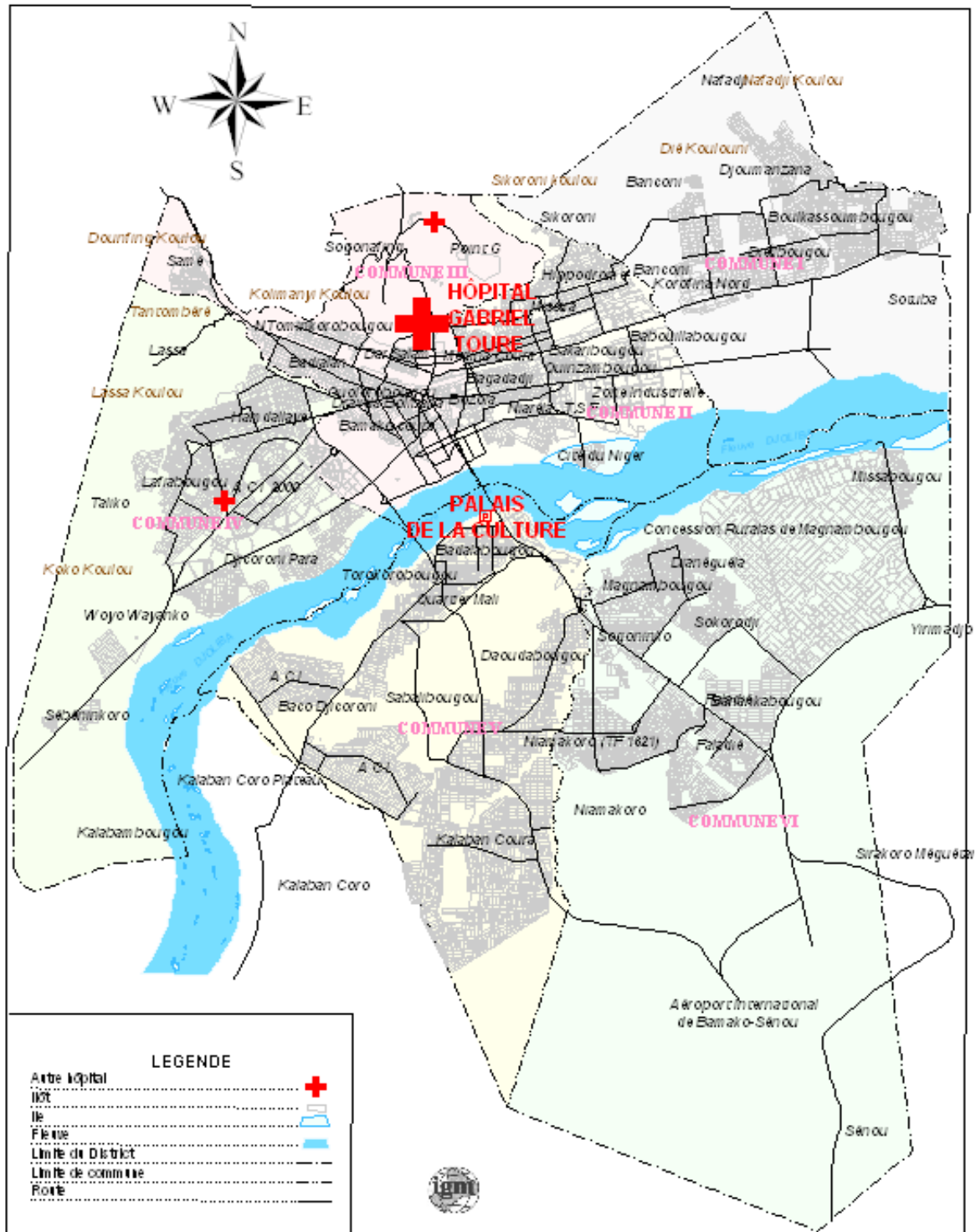


Figure 6 : carte du district de Bamako : Localisation de l'HGT et du palais de la culture.

Source : Institut géographique du Mali 2006

II Type et période d'étude :

Notre étude a été prospective et transversale sur une semaine pour les thérapeutes traditionnels et sur six mois allant de la période du 1^{er} mars au 31 août 2005 pour les malades atteints d'hémorroïdes et leurs accompagnants.

III Echantillonnage

Il s'agissait d'une étude exhaustive ayant concerné tous les malades atteints d'hémorroïdes, leurs accompagnants, et les thérapeutes traditionnels qui ont participé à la SIMTA.

IV Critère d'inclusion :

Tous les patients atteints d'hémorroïdes et leurs accompagnants admis dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré durant la période d'étude ainsi que tous thérapeutes traditionnels consentant participer à l'étude.

V Critère de non inclusion :

- Tous les patients atteints d'hémorroïdes, accompagnants, et thérapeutes traditionnels non consentant à participer à l'étude.
- Existence d'autres pathologies de l'anus.

VI-Matériels

Nous avons utilisé trois questionnaires un pour chaque catégorie de participants à l'étude (malades, accompagnants et thérapeutes traditionnels) pour le recueil des données :

Concernant les malades et leurs accompagnants, les questionnaires étaient similaires en rapport aux données administratives et différaient l'un de l'autre au

niveau des attitudes et pratiques comportementales. La clinique ne concernait que les malades.

S'agissant des thérapeutes traditionnels, nous leur avons posé des questions relatives à leurs connaissances sur les maladies de la marge anale à leur démarche diagnostique, et aux différents traitements de la pathologie hémorroïdaire.

VII- Support des données :

Les données recueillies auprès des sujets ont été portées sur les questionnaires, saisies et analysées sur épi info version 6.04.

RESULTATS

A –Malades

1- Les caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des malades selon l'âge (HGT 2005).

Tranche d'âge(ans)	Effectif	Pourcentage
16-19	2	3,6
20-30	23	41,1
31-40	10	17,8
41-50	13	23,2
51-60	7	12,5
61-70	1	1,8
Total	56	100

Moyenne : 35,6

Ecart type : 11,08

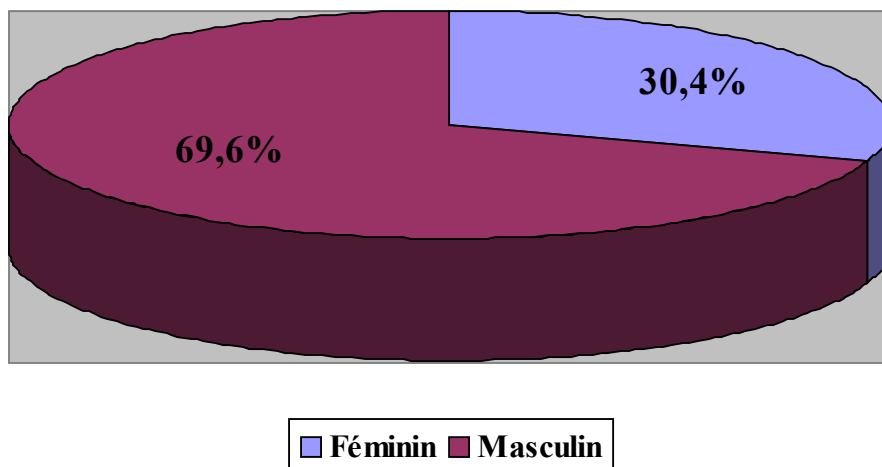
Minimum : 16 ans

Maximum : 62ans

La tranche d'âge la plus représentée a été de 20-30 ans soit 41,1%.

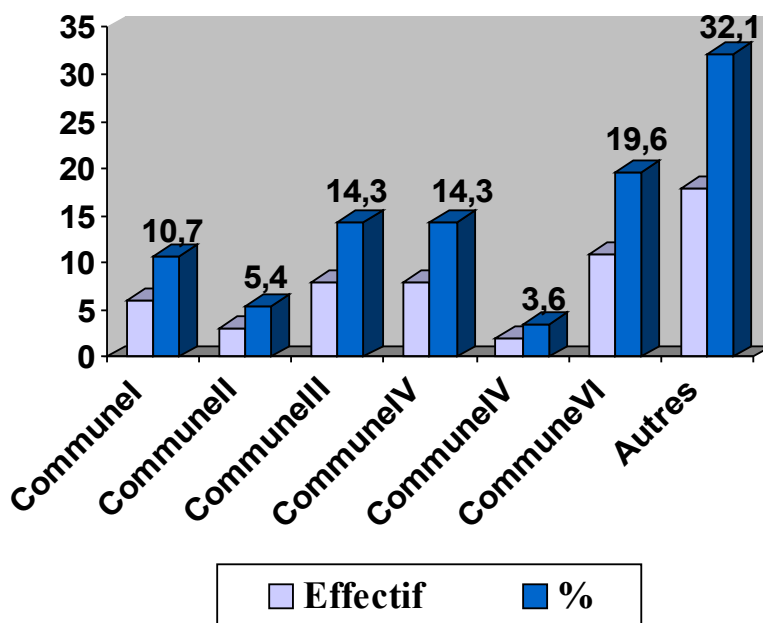
-

Figure 7 : Répartition des malades selon le sexe.



Le sexe masculin a été prédominant avec un ratio de 2,3.

Figure 8 : Répartition des malades selon la résidence (HGT, 2005).



Autres : Sikasso (4) ; Ségou (4) ; Mopti (3) ; Gao (3) ; Kayes (3) ; Koulikoro (1)

Tableau II : Répartition des malades selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Peuhl	9	16,1
Bambara	9	16,1

Sonrhäi	9	16,1
Sarakolé	7	12,5
Malinké	5	8,9
Senoufo	3	5,3
Minianka	3	5,3
Dogon	2	3,6
Kassonké	2	3,6
Maure	2	3,6
Autres	5	8,9
Total	56	100

Autres = kakolo (1) ; mossi (1) ; bobo (1) ; somono (1) ; téke (1)

Tableau III : Répartition des malades selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Supérieur	16	28,6
Aucun	13	23,2
Secondaire	10	17,8
Fondamentale 1	7	12,5
Fondamentale 2	7	12,5
Medersa fondamentale 1	2	3,6
Medersa secondaire	1	1,8
Total	56	100

Les 28,6% des malades avaient un niveau supérieur

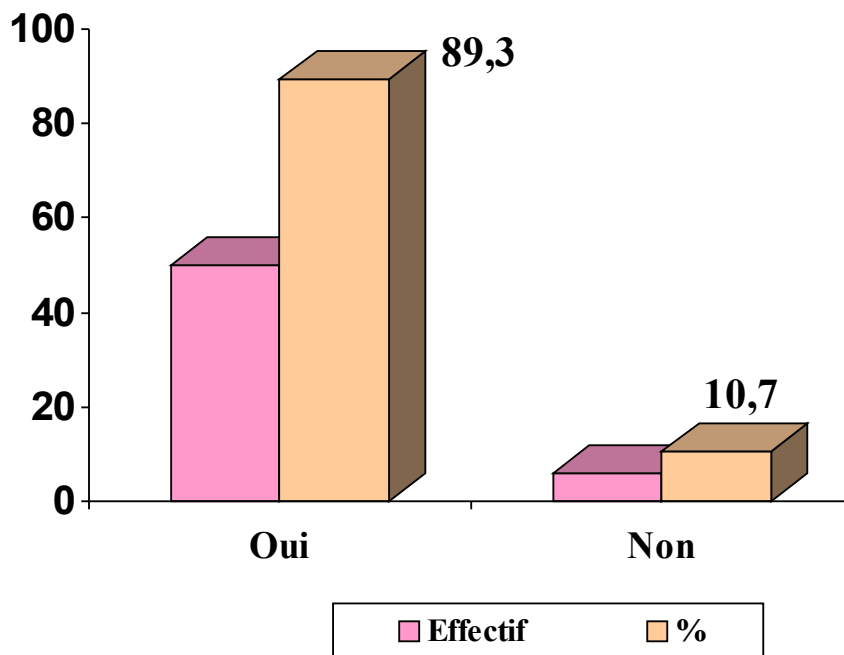
Tableau IV : Répartition des malades selon l'activité principale

Activité principale	Effectif	Pourcentage
Cadre moyen	13	23,2
Cadre supérieur	10	17,9
Ménagère	9	16,
Scolaire	8	14,3
Commerçant	5	8,9
Cultivateur	4	7,1
Sans profession	3	5,4
Chauffeur	3	5,4
Eleveur	1	1,8
Total	56	100

Les cadres moyens ont été dominant avec 23,2%.

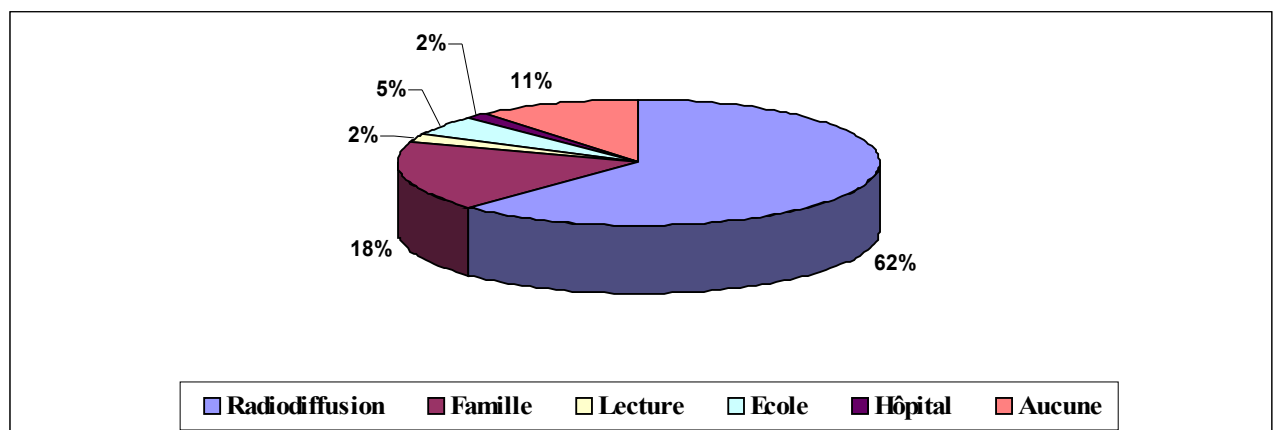
2- Les connaissances, attitudes et pratiques comportementales :

Figure 9 : Répartition des connaissances sur la maladie hémorroïdaire selon les malades.



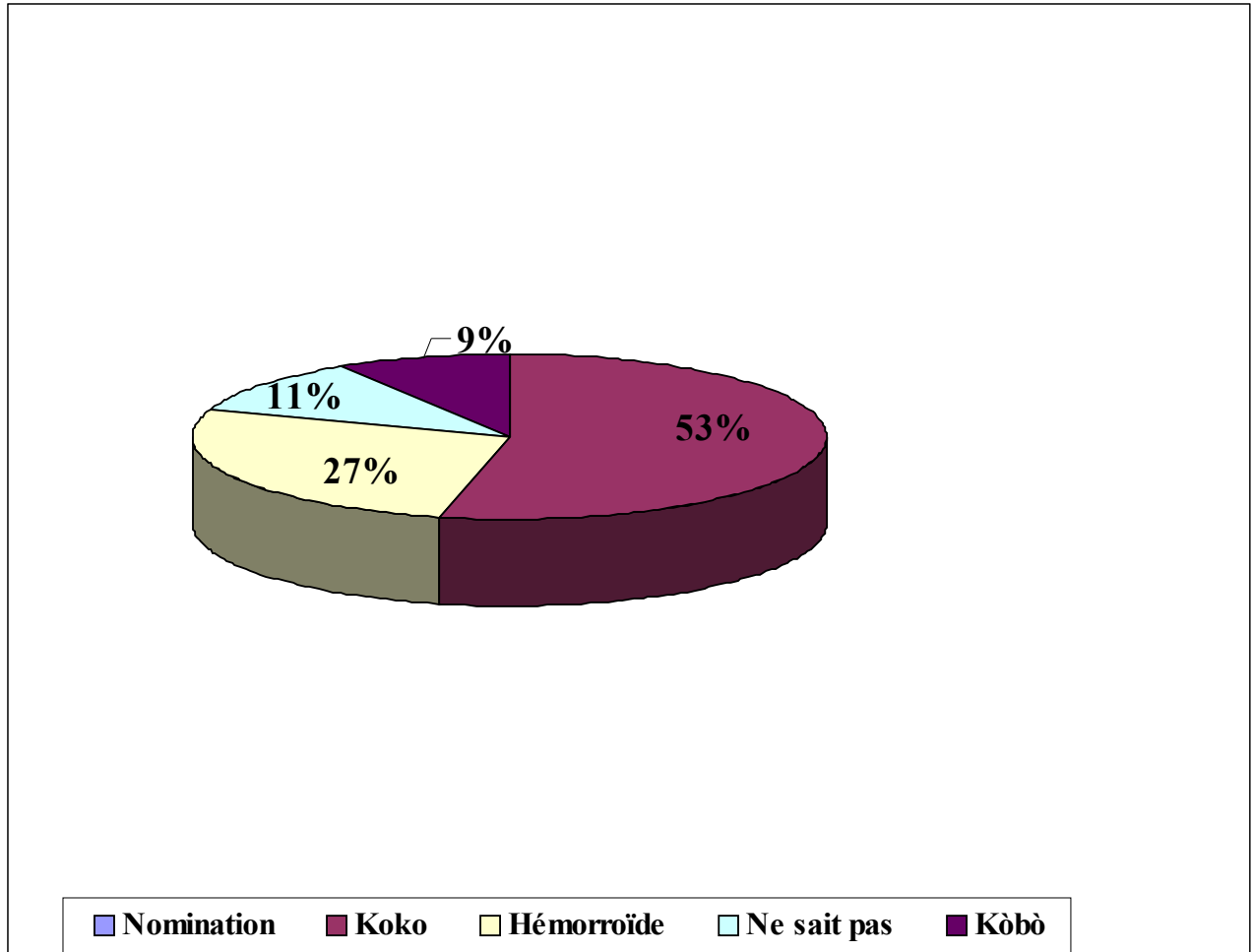
La majorité de nos malades ont affirmé connaître la maladie hémorroïdaire avec 89,3%.

Figure 10 : Répartition de la source d'information selon les malades.



La source d'information la plus représentée a été la radiodiffusion avec 70%.

Figure 11 : Répartition de la nomination de la maladie hémorroïdaire selon les malades.



L'item nosologique « koko » a été le plus utilisé avec 53%.

Tableau V : Répartition des signes cités sur la maladie hémorroïdaire selon les malades n=56.

Différents symptômes	Effectif	Pourcentage
Constipation	34	60,7
Bouton anal	30	53,6
Emission de sang dans les selles	23	41,1
Météorisme abdominal	17	30,4

Impuissance sexuelle	15	26,8
Prurit anal	13	23,2
Fourmillement des membres inférieurs	11	19,6
Céphalée	10	17,9
Asthénie physique	7	12,5
Douleurs anales	6	10,7
Ne sait pas	2	3,6
Non	11	19,6
Autres	21	37,5

Autres= chaleur plantaire (9) ; prurit conjonctival (6) ; douleurs lombaires (2); troubles des règles (1) ; fuite de mémoire (1) ; insomnie (1) ; vertiges (1).

Les symptômes de la maladie étaient ignorés par 19,6% des malades.

Tableau VI: Répartition des causes de la maladie hémorroïdaire selon les malades.

Causes	Effectif	Pourcentage
Position assise	13	23,2
Grossesse	1	1,8
Ne sait pas	31	55,4
Autres	11	19,6
Total	56	100

Autres= constipation (5) ; paludisme chronique (3) ; alimentation (2) ; trouble vasculaire. (1)

Tableau VII : Répartition des aliments incriminés dans la survenue de la maladie hémorroïdaire selon les malades n : 56

Aliments incriminés	Effectif	Pourcentage
Céréales	24	42,6
Viande	16	28,6
Epices	6	10,7
Tubercule	5	8,9
Autres	2	3,6
Ne sait pas	18	32,1
Non	2	3,6

Autres=Lait

L'aliment le plus incriminé a été le céréale avec 42,6%.

Tableau VIII : Répartition des facteurs déclenchant de la maladie hémorroïdaire selon les malades.

Facteurs déclenchant	Effectif	Pourcentage
Ne sait pas	32	57,1
Constipation	20	35,7
Position assise	3	5,4
Non	1	1,8
Total	56	100

La proportion des malades n'ayant pas de connaissance sur les facteurs déclenchant de la maladie a été la plus représentée avec 57,1%.

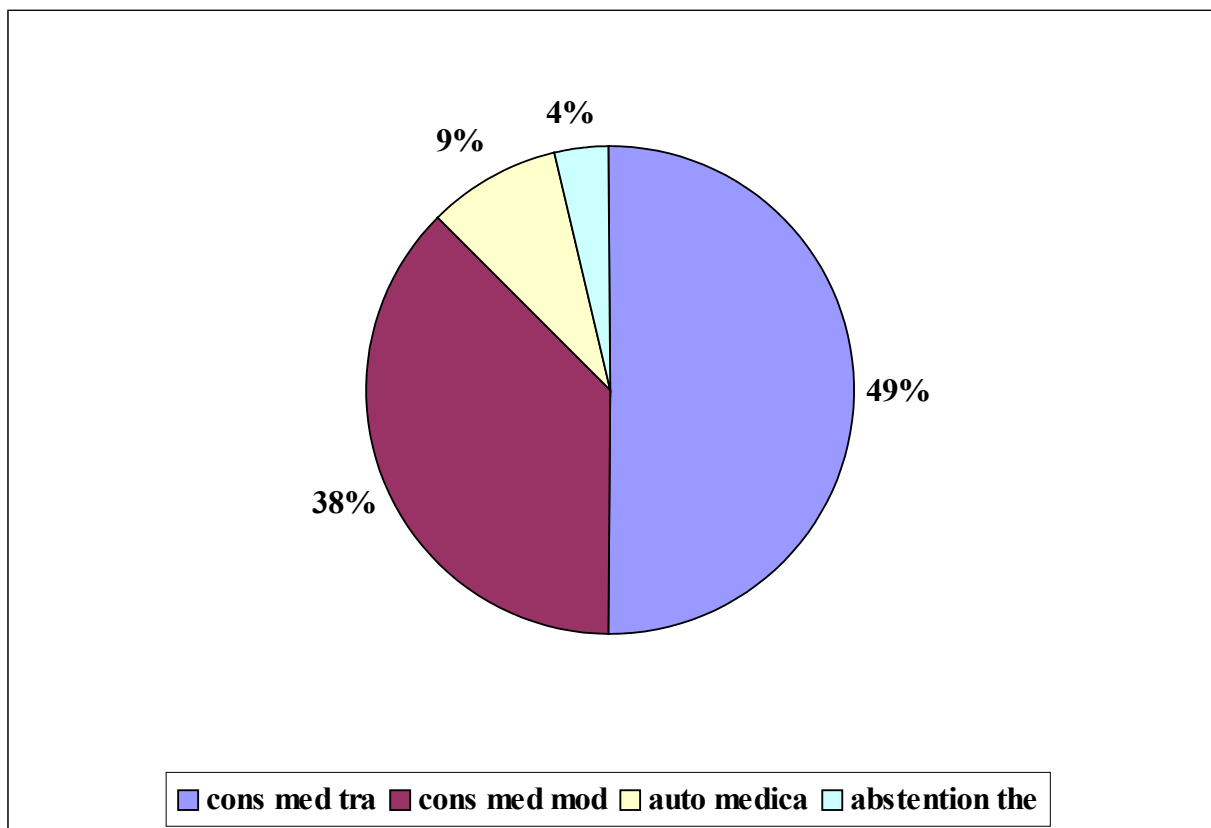
3 : Concepts liés à la maladie hémorroïdaire et itinéraire thérapeutique selon les malades.

Tableau IX : Répartition des préjugés de la maladie hémorroïdaire selon les malades.

Préjugés	Effectif	Pourcentage
La médecine occidentale ne guérit pas la maladie	23	41,1
La chirurgie entraîne l'impuissance sexuelle	6	10,7
Non	27	48,2
Total	56	100

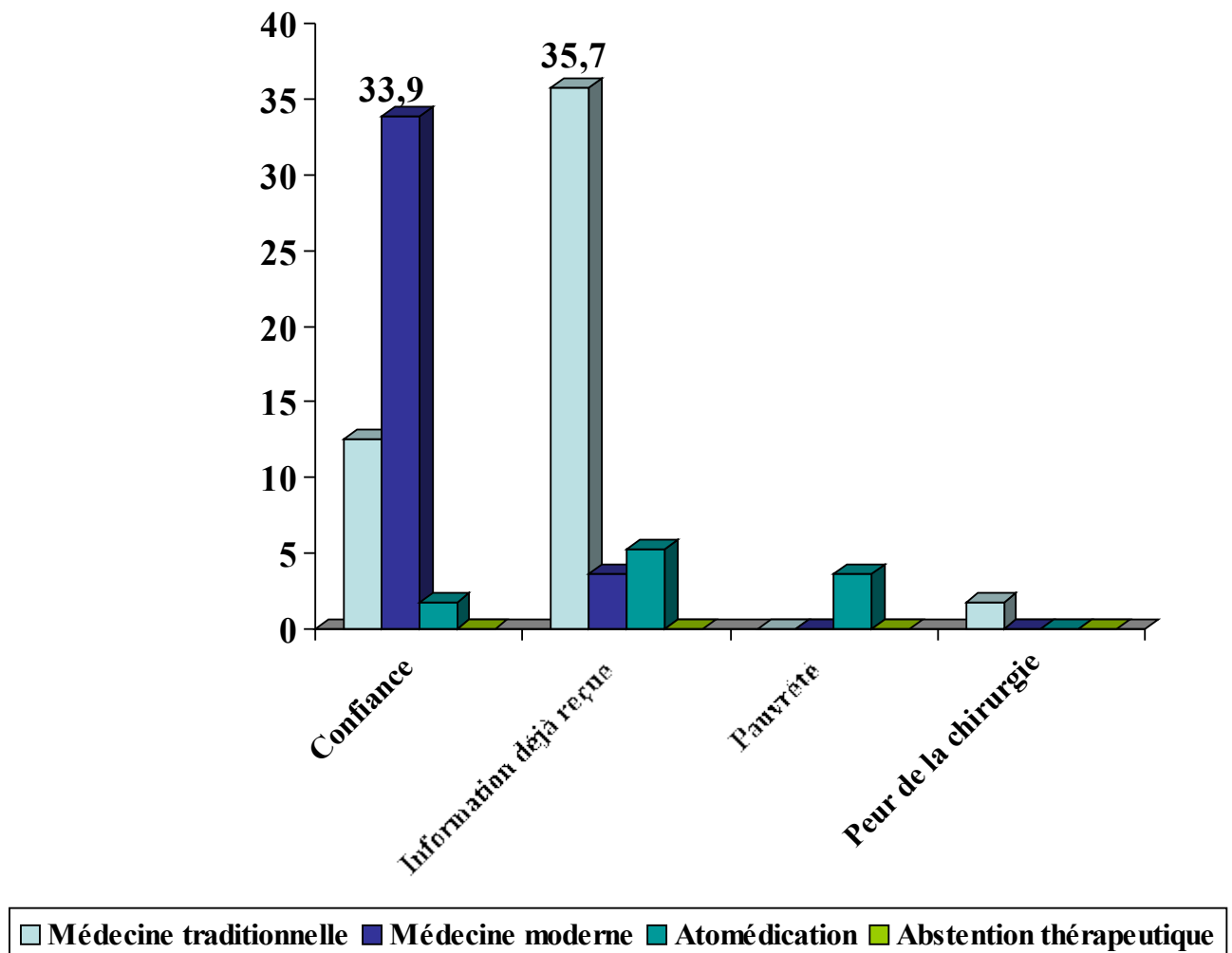
L'incapacité de la médecine occidentale à guérir la maladie hémorroïdaire a été le préjugé le plus représenté avec 41,1%.

Figure 12 : Répartition au premier recours thérapeutique de la maladie hémorroïdaire selon les malades.



La médecine traditionnelle a été le premier recours thérapeutique pour 49% de nos malades.

Figure 13 : Répartition des sources de motivation au premier recours thérapeutique de la maladie hémorroïdaire selon les malades.



Les malades ayant bénéficiés d'un traitement traditionnel ont été surtout motivés par les émissions radiophoniques privées.

Tableau X : Répartition du type de traitement traditionnel selon les malades n=28.

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Laxatifs traditionnels	28	100
Fumigation	3	10,7
Scarification	5	17,9
Bain de siège	3	10,7
Suppositoires	2	7,1
Autre : purgatifs	2	7,1

Les laxatifs traditionnels ont été utilisés chez tous nos malades ayant fait le traitement traditionnel.

Tableau XI : Répartition des malades selon la durée moyenne entre les premières manifestations de la maladie et la première consultation au service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré.

Durée moyenne	Effectif	Pourcentage
<1 an	16	28,6
1-10ans	31	55,3
11-20 ans	7	12,5
21-30	2	3,6
Total	56	100

Moyenne : 6.03 ans

Minimum : 2mois

maximum : 23 ans

La durée moyenne entre les premières manifestations et la première consultation au service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré était de 6.03 ans.

4 : Impact socio-économique selon les malades

Tableau XII : Répartition des différentes contraintes entraînées par la maladie hémorroïdaire selon les malades. n=56.

Différentes contraintes	Effectif	Pourcentage
Arrêt des efforts physiques	29	51,8
Changement du régime alimentaire	20	35,7
Arrêt de travail	8	14,3
Autres	2	3,6

Autres = arrêt des rapports sexuels (2).

Tableau XIII : Le coût moyen de la prise en charge :

Paramètres	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Traitement				
Traitement traditionnel	29218 ,750fcfa	39536,046fcfa	17500fcfa	150000fcfa
Traitement médical	29605fcfa	23470, 35fcfa	11500fcfa	99999fcfa
Traitement chirurgical	70.075fcfa	24.699fcfa	50000fcfa	150000fcfa

5 : observation médicale des malades

Tableau XIV : Répartition des malades selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleurs anales	34	60,7
Tuméfaction anale	22	39,3
Total	56	100

Les douleurs anales étaient les plus représentées avec 60,7%.

Tableau XV : Répartition des malades selon les signes généraux n=56.

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Constipation	48	85,7
Prurit anal	41	73,2
Douleurs anales	34	60,7
Rectorragie	27	48,2
Tuméfaction anale	22	39,3
Faux besoins	9	16,1
Sécrétion muqueuse	5	8,9
Troubles génitaux	4	7,1
Ténésme	3	5,4
Aucun	2	3,6

La constipation a été le signe le plus dominant avec 85,7%.

Tableau XVI : Répartition des malades selon les signes retrouvés à l'inspection.

Inspection	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction anale	47	83,9
Marisque anale	5	8,9
Ulcération anale	3	5,4
Anite rouge	1	1,8

Total	56	100
--------------	-----------	------------

Les 89,3% de nos malades présentaient une tuméfaction anale à l'inspection.

Tableau XVII : Répartition des malades selon les signes retrouvés au toucher rectal.

Toucher rectal	Effectif	Pourcentage
Douleurs anales	37	66,1
Indolore	19	33,9
Tonicité sphinctérienne	54	96,4
Non réalisé	2	3,6

Au toucher rectal les douleurs anales étaient prédominantes avec 66,1%.

Tableau XVIII: Répartition des malades selon le diagnostic étiologique.

Diagnostic étiologique	Effectif	Pourcentage
Hémorroïdes externes	37	66
Hémorroïdes internes	8	14,3
Hémorroïdes externes +hémorroïdes internes	9	16,1
Thrombose hémorroïdaire	2	3,6
Total	56	100

Les hémorroïdes externes ont été le diagnostic étiologique le plus représenté avec 66,1%..

Tableau XIX : Répartition des malades selon le type de traitement réalisé dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré par rapport au stade de la maladie hémorroïdaire.

Stade	Type de traitement	Effectif	Pourcentage
I	Médical	8	14,3
II	Médical	32	57,1
III	Chirurgical	14	25
IV	chirurgical	2	3,6
Total		56	100

La majorité de nos malades ont bénéficié d'un traitement médical avec 71,4%..

B-Thérapeutes traditionnels :

1- Les caractéristiques sociodémographiques :

Tableau XX : Répartition des thérapeutes traditionnels selon l'âge (SIMTA BKO, 2005).

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
<20	1	1,8
21-40	16	28,6
41-60	27	48,2
61-80	11	19,6
>80ans	1	1,8
Total	56	100

Moyenne : 50,446 ans

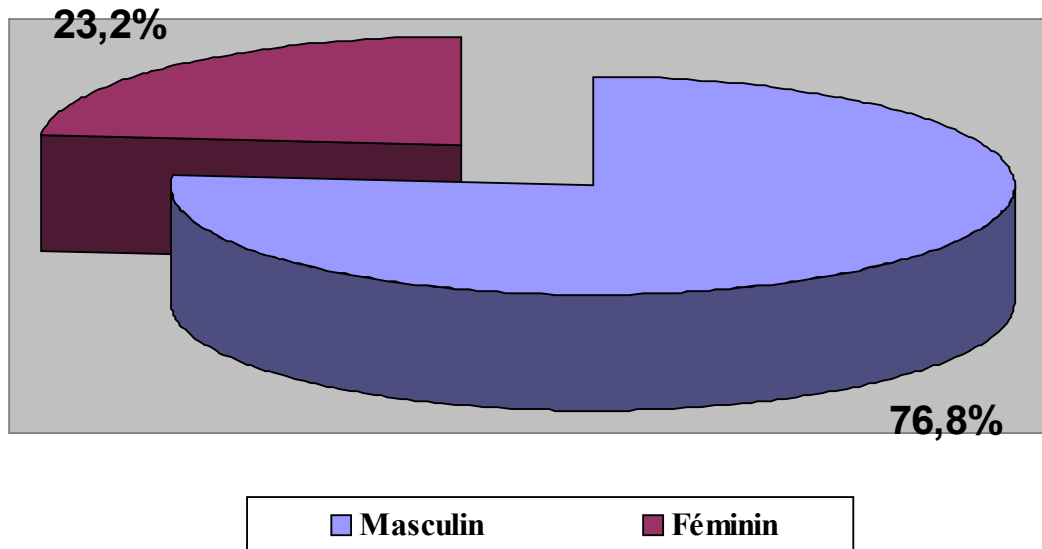
Ecart type : 12,475 ans

Minimum : 20 ans

Maximum : 82 ans

La tranche d'âge la plus représentée a été de 41-60 ans avec 48,2%.

Figure 14: Répartition des thérapeutes traditionnels selon le sexe (SIMTA BKO 2005).



Le sexe masculin a été prédominant avec un ratio de 3,3.

Tableau XXI : Répartition des thérapeutes traditionnels selon la provenance (SIMTA BKO, 2005).

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	27	48,2

Gao	2	3,5
Mopti	2	3,5
Ségou	9	16
Sikasso	5	8,9
Koulikoro	3	5,4
Kayes	1	1,8
Autres	7	12,7
Total	56	100

Autres= nigériens (3) ; béninois (3) ; ghanéenne (1)

Tableau XXII : Répartition des thérapeutes traditionnels selon la nationalité (SIMTA BKO, 2005).

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	49	87,5
Nigérienne	3	5,4
Béninoise	3	5,4
Ghanéenne	1	1,7
Total	56	100

Les 87,5% des thérapeutes traditionnels venaient du Mali.

Tableau XXIII : Répartition des thérapeutes traditionnels selon l'ethnie (SIMTA BKO, 2005).

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	20	35,7
Dogon	2	3,6
Malinké	7	12,5
Minyanka	3	5,3
Peuhl	3	5,3
Sarakolé	3	5,3
Sénoufo	2	3,6
Sonrhäï	2	3,6
Autres	15	26,8

Total	56	100
--------------	-----------	------------

Autres= non nationaux (7) ; Dafin (3) ; Bobo (2) ; Maure (1) ; Mossi (1)

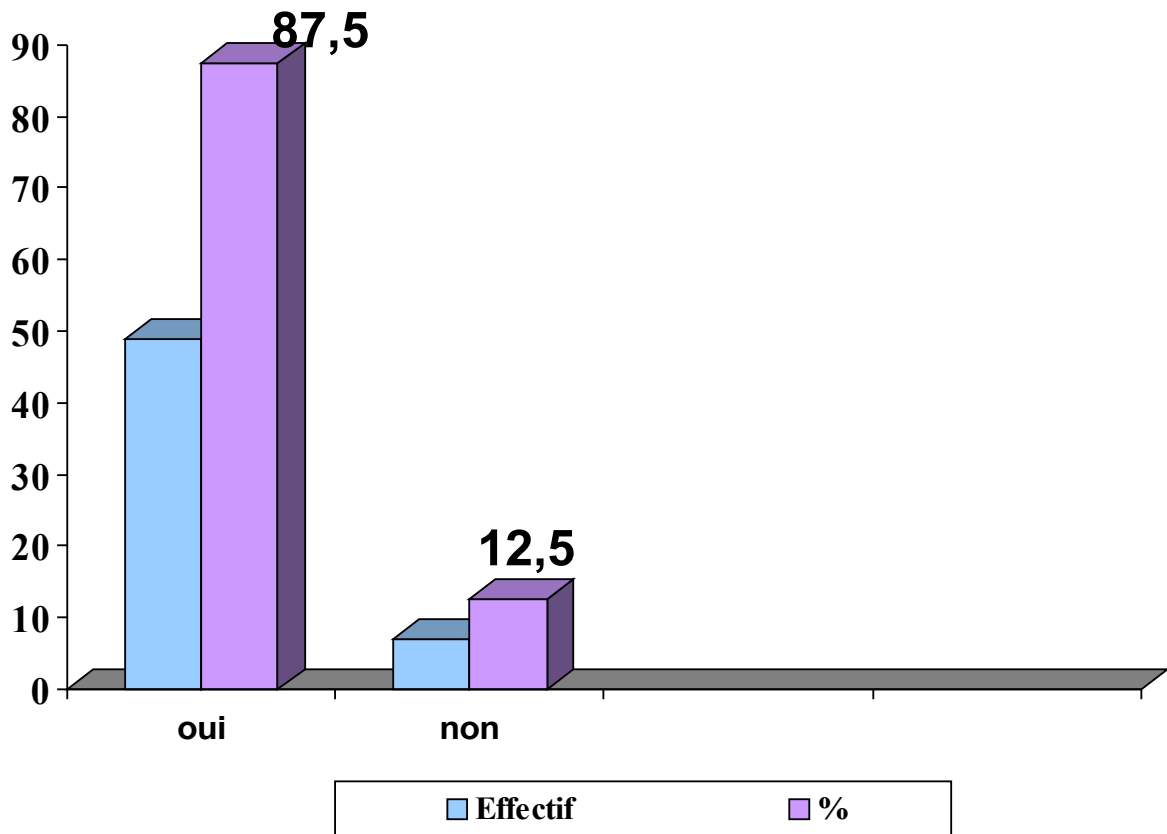
Tableau XXIV: Répartition des thérapeutes traditionnels selon le niveau d'instruction (SIMTA BKO, 2005).

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	32	57,1
Fondamentale1	7	12,5
Fondamentale 2	4	7,1
Secondaire	5	8,9
Supérieur	3	5,4
Médorsa fondamentale1	3	5,4
Médorsa secondaire	1	1,8
Médorsa Supérieure	1	1,8
Total	56	100

Les 42,9% des thérapeutes traditionnels étaient scolarisés.

2- Les connaissances, attitudes et pratiques comportementales :

Figure15 : Répartition de la connaissance sur les maladies de la marge anale selon les thérapeutes traditionnels(SIMTABKO,2005).



La majorité des thérapeutes traditionnels soit 87,5% ont affirmé connaître les maladies de la marge anale.

Figure 16 : Répartition de la nomination de la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO 2005).

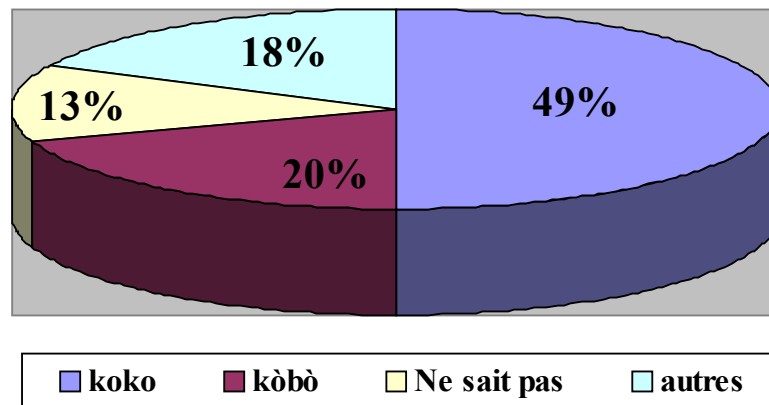


Tableau XXV : Répartition des symptômes de la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005). n=56.

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Constipation	34	60,7
Tuméfaction anale	34	60,7
Impuissance sexuelle	23	41,1
Rectorragie	19	33,9

Prurit anal	17	30,4
Météorisme abdominal	16	28,6
Prurit conjonctival	11	19,6
Chaleur plantaire	9	16,1
Douleurs anales	8	14,3
Ne sait pas	7	12,5
Asthénie physique	5	8,9
Diarrhée	5	8,9
Troubles génitaux	5	8,9
Brûlure anale	2	3,6
Fièvre	2	3,6
Insomnie	2	3,6
Faux besoins	1	1,8
Ecoulement anal	1	1,8
Vertige	1	1,8

Les 12,5% qui ne connaissaient pas les symptômes de la maladie hémorroïdaire étaient spécialistes d'autres pathologies

Tableau XXVI : Répartition du type de traitement de la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Traitement traditionnel	46	82,1
Traitement traditionnel+traitement médical	2	3,6
Ne sait pas	8	14,3
Total	56	100

Les thérapeutes traditionnels donnaient uniquement le traitement traditionnel aux malades dans 82,1% des cas

Tableau XXVII : Répartition des facteurs prédisposant à la maladie

hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005). n=56.

Facteurs prédisposant	Effectif	Pourcentage
Position assise	20	35,7
Constipation	18	32,1
Diarrhée	4	7,2
Ne sait pas	8	14,3
Autres	12	21,4

Autres= alimentation (5) ; paludisme chronique (4) ; Amibes (1) ; rapports sexuels (1) ; dysenterie (1).

Tableau XXVIII: Répartition des aliments incriminés dans la survenue de la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005) n=56.

Aliments	Effectif	Pourcentage
Céréale	14	25
Légume	1	1,8
Fruits	3	5,4
Tubercule	15	26,8
Epices	1	1,8
Viande	21	37,5
Autre	12	21,4
Ne sait pas	11	19,6

Autres= abus du sucre (1) ; alcool (1) ; aliments non hygiéniques (4) ; lait (4) ; cube magie (2)

Tableau XXIX : Répartition des causes de la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).

Causes	Effectif	Pourcentage
Position assise	42	75
Mauvais sort	3	5,4
Grossesse	2	3,6
Ne sait pas	9	16
Total	56	100

La position assise a été la cause la plus représentée avec 75%.

Tableau XXX : Répartition des moyens diagnostiques selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).

Moyens diagnostics	Effectif	Pourcentage
Interrogatoire	44	78,6
Examen physique	4	7,1
Rectoscopie	1	1,8
Ne sait pas	7	12,5
Total	56	100

Le principal moyen diagnostique cité a été l'interrogatoire avec 78,6%.

Tableau XXXI : Répartition des différentes formes d'hémorroïde selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).

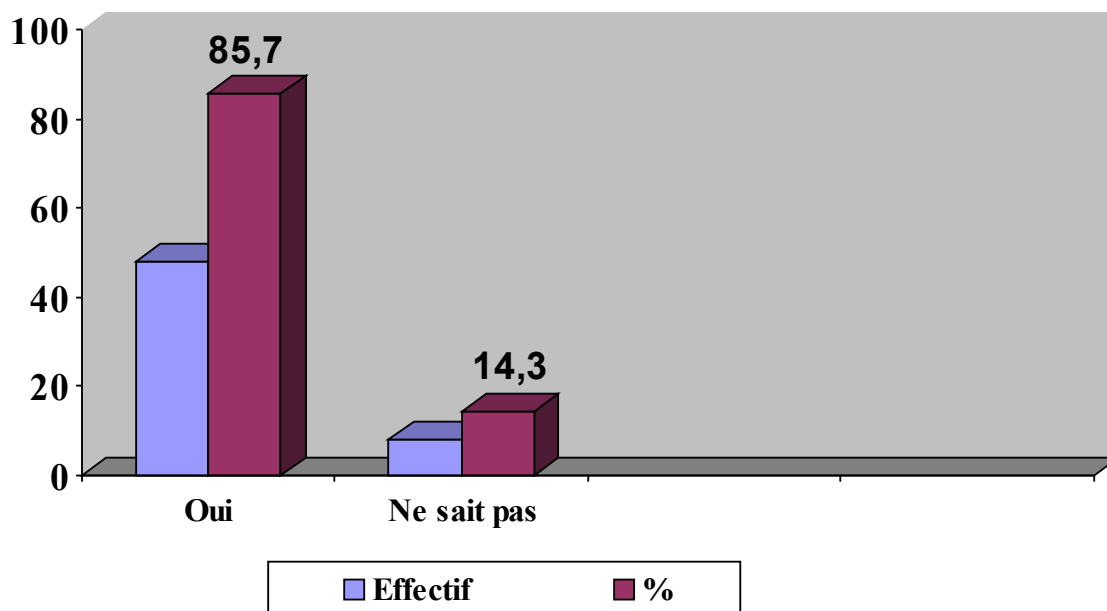
Différentes formes	Effectif	Pourcentage
Hémorroïdes internes	2	3,6
Hémorroïdes externes	7	12,5
Hémorroïdes Internes+hémorroïdes externes	38	67,8
Ne sait pas	9	16,1
Total	56	100

Parmi ceux qui connaissaient la maladie hémorroïdaire 3,6% ignoraient les différentes formes d'hémorroïdes.

Tableau XXXII : Répartition des différences entre les différentes formes d'hémorroïde (SIMTA BKO, 2005).

Différence	Effectif	Pourcentage
Bouton anal externe+prurit anal+rectorragie+présence de constipation=hémorroïdes externe ou hémorroïdes masculines.	38	67,8
Absence de bouton anal + plaie anale=hémorroïdes internes ou hémorroïdes féminines		
Non	9	16,1
Ne sait pas	9	16,1
Total	56	100

Figure 17: Répartition de possible complication de la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).



Les complications de la maladie hémorroïdaire étaient ignorées par 14,3% des thérapeutes traditionnels.

Tableau XXXIII : Répartition des moyens thérapeutiques en cas de complication de la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).

Moyens thérapeutiques	Effectif	Pourcentage
Référer le malade chez un chirurgien	16	28,6
Administrer, traitement traditionnel	33	58,9

Ne sait pas	7	12,5
Total	56	100

Les 28,6% des thérapeutes traditionnels ont référé certains malades au chirurgien.

Tableau XXXIV : Répartition de l'existence du cancer du rectum selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).

Cancer du rectum	Effectif	Pourcentage
Oui	22	39,3
Ne Sait Pas	34	60,7
Total	56	100

La majorité des thérapeutes traditionnels soit 60,7% méconnaissaient le cancer du rectum.

Tableau XXXV : Répartition de la différence entre hémorroïde et cancer du rectum selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA, BKO 2005) n=22.

Différence	Effectif	Pourcentage
Complication de l'hémorroïde : cancer	9	40,9
Cancer : mauvais sort	7	31,8
Hémorroïdes=sédentarité		
Cancer : plaie non guérissable	6	27,3
Hémorroïdes=guérissables		
Total	22	100

Tableau XXXVI : Répartition des attitudes devant la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005) n=56.

Attitudes	Effectif	Pourcentage
Informar la population	16	28,6
Rassurer les malades	47	83,9
Montrer la place qu'occupe la médecine traditionnelle	21	37,5

Tableau XXXVII : Répartition des pratiques comportementales devant la maladie hémorroïdaire selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005) n= 56.

Pratiques comportementales	Effectif	Pourcentage
Poser le diagnostic	2	3,6
Donner un traitement traditionnel	47	83,9
Referer certains malades	27	48,2

Les 89,3% des thérapeutes traditionnels donnaient uniquement le traitement traditionnel aux malades.

Tableau XXXVIII : Répartition du nombre moyen de malade consulté par jour selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).

Nombre de malades	Effectif	Pourcentage
1-15	3	5,4
16-20	13	23,2
Ne sait pas	40	71,4
Total	56	100

Moyenne: 3,661 Ecart type : 0,58

Minimum : 3 Maximum : 13

Tableau XXXIX : Répartition de la place qu'occupe la proctologie dans la pratique quotidienne selon les thérapeutes traditionnels (SIMTA BKO, 2005).

Place	Effectif	Pourcentage
Aucune place	10	17,9
Première place	24	42,9
Deuxième place	13	23,2
Ne répond pas	2	3,6
Ne sait pas	7	12,5
Total	56	100

C-Accompagnants :

1- Les caractéristiques sociodémographiques :

Tableau XL : Répartition des accompagnants selon l'âge (HGT, 2005).

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
---------------	----------	-------------

22-30	35	62,5
31-40	12	21,5
41-50	4	7,1
51-60	4	7,1
61-72	1	1,8
Total	56	100

Moyenne=32,46

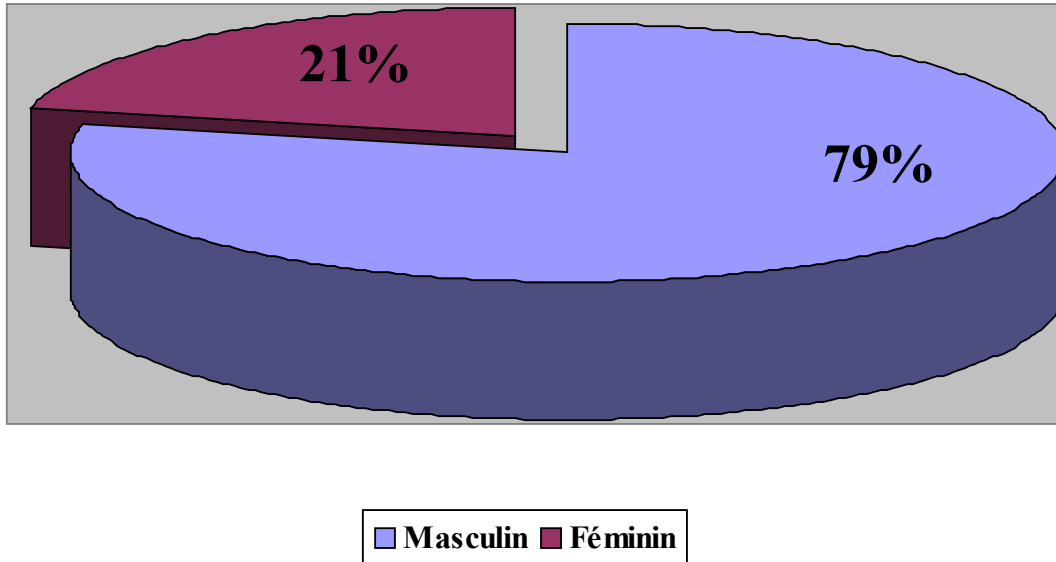
Ecart type=9,93

Minimum : 22

Maximum : 72

La tranche d'âge la plus représentée a été de 22-30 ans soit 62,5%.

Figure 18 : Répartition des accompagnants selon le sexe (HG, 2005).



Le sexe masculin a été prédominant avec un ratio de 3,6.

Tableau XLI : Répartition des accompagnants selon la provenance (HGT, 2005).

Provenance	Effectif	Pourcentage
Kayes	2	3,6
Koulikoro	2	3,6
Sikasso	3	5,3

Ségou	9	16,1
Mopti	1	1,8
Tombouctou	1	1,8
Gao	1	1,8
Bamako	34	60,7
Autres	3	5,3
Total	56	100

Autres=Burkina Faso (1); Gabon (1); Togo (1)

Tableau XLII : Répartition des accompagnants selon la nationalité (HGT, 2005).

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Malienne	54	96,4
Burkina bée	1	1,8
Togolaise	1	1,8
Total	56	100

La majorité de nos accompagnants étaient de nationalité malienne soit 96,4%

Tableau XLIII : Répartition des accompagnants selon le niveau d'instruction (HGT, 2005).

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	17	30,4
Fondamentale 1	3	5,4
Fondamentale 2	9	16,1
Secondaire	3	5,4
Supérieur	23	41,1
Medersa fondamentale I	1	1,8
Total	56	100

La majorité de nos accompagnants avaient le niveau supérieur soit 41,1%.

Tableau XLIV : Répartition des accompagnants selon l'activité principale (HGT, 2005).

Activités principales	Effectif	Pourcentage
Cadre supérieur	6	10,7
Cadre moyen	8	14,3
Commerçant	6	10,7
Cultivateur	7	12,5
Eleveur	1	1,8
Ménagère	5	8,9
Scolaire	15	26,8
Autres	8	14,3
Total	56	100

Autres=mécaniciens (3) ; sans profession (2) ; chauffeur (1),bijoutier (1) ; cordonnier (1).

2- Les connaissances, attitudes et pratiques comportementales :

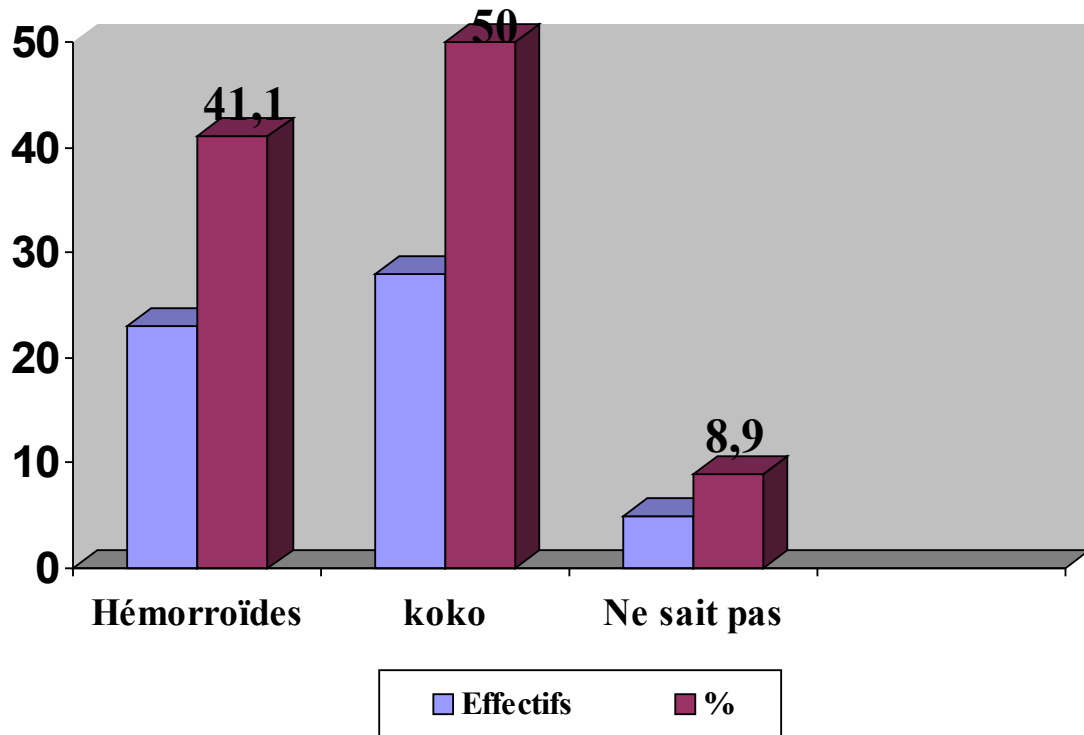
Tableau XLV : Répartition des sources d'information selon les accompagnants sur la maladie hémorroïdaire (HGT, 2005).

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Radiodiffusion	39	69,6
Famille	1	1,8
Journaux	1	1,8
Ecole	10	28,6
Non	5	8,9
Total	56	100

La radiodiffusion a été la source d'information la plus représentée avec 69,6%.

Figure 19 : Répartition de la nomination de la maladie hémorroïdaire selon les accompagnants (HGT, 2005).

-



L'item nosologique « koko » a été le plus représenté avec 50%.

Tableau XLVI : Répartition des signes cités sur la maladie hémorroïdaire selon les accompagnants (HGT, 2005) n=56.

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Bouton anal	34	60,7
Emission de sang dans les selles	29	51,8
Constipation	39	69,6
Météorisme abdominal	11	19,6
Impuissance sexuelle	18	32,1
Asthénie physique	6	10,7

Céphalée	7	12,5
Fourmillement	5	8,9
Douleurs anales	26	4,4
Prurit anal	19	33,9
Chaleur plantaire	4	7,1
Autres	10	17,8
Ne sait pas	5	8,9

Autres= douleurs abdominales (4) ; douleurs lombaires (2) ; fièvre (2) ; trouble visuels (1) ; amaigrissement (1)

Tableau XLVII: Répartition des causes de la maladie hémorroïdaire selon les accompagnants (HGT, 2005).

Causes	Effectif	Pourcentage
Mauvais sort	1	1,8
Position assise	13	23,2
Grossesse	5	8,9
Ne sait pas	23	41,1
Autres	14	25
Total	56	100

Autres= alimentation (2) ; constipation (10) ; paludisme (2)

Tableau XLVIII : Répartition des aliments incriminés dans la survenue de la maladie hémorroïdaire selon les accompagnants (HGT, 2005) n=56

Aliments	Effectif	Pourcentage
Céréales	25	44,6
Légumes	1	1,8
Fruits	2	3,6
Tubercules	15	26,8
Epices	10	17,8
Viandes	8	14,3
Ne sait pas	14	25
Autre	1	1,8

Autre= huile

L'aliment le plus incriminé a été le céréale avec 44,6%.

Tableau XLIX : Répartition des facteurs prédisposant à la maladie hémorroïdaire selon les accompagnants (HGT, 2005).

Facteurs prédisposant	Effectif	Pourcentage
Debout	1	1,8
Marche	2	3,6
Position assise	11	19,6
Diarrhée	7	12,5
Vomissement	1	1,8
Constipation	28	50
Ne sait pas	6	10,7
Total	56	100

La moitié de nos accompagnants soit 50% ont cité la constipation comme facteur prédisposant à la maladie hémorroïdaire.

Tableau L : Répartition des attitudes face à la maladie hémorroïdaire selon les accompagnants (HGT, 2005) n=56.

Attitudes	Effectif	Pourcentage
Soutien physique	23	41,1
Soutien moral	49	87,5
Soutien matériel	14	25

Le soutien moral a été l'attitude la plus adoptée par les accompagnants soit 87,5%.

Tableau LI : Répartition des pratiques comportementales face à la maladie hémorroïdaire selon les accompagnants (HGT, 2005).

Pratiques comportementales	Effectif	Pourcentage
Compassion	55	98,2
Indifférence	1	1,8
Total	56	100

La compassion a été la pratique comportementale la plus adoptée par les accompagnants avec 98,2%.

3- Concepts liés à la maladie hémorroïdaire et itinéraire thérapeutique si manifestations des signes selon les accompagnants.

Tableau LII : Répartition des préjugés sur la prise en charge de la maladie hémorroïdaire selon les accompagnants (HGT, 2005).

Préjuges	Type	Effectif	Pourcentage
Oui	La chirurgie n'a pas de remède	14	25
Non	Non	42	75
Total		56	100

Les 75% des accompagnants n'avaient pas de préjugés sur la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Tableau LIII : Répartition des facteurs qui influencent le recours aux thérapeutes traditionnels selon les accompagnants (HGT, 2005) n=56.

Facteurs	Effectif	Pourcentage
Confiance à la médecine traditionnelle	21	37,5
Plus accessible	32	57,1
Peur de la chirurgie	12	21,4
Autre	6	10,7

Autre = pauvreté

Tableau LIV : Répartition des accompagnants selon leur conduite à tenir en cas de manifestations des signes de la maladie hémorroïdaire (HGT,2005).

Conduite à tenir	Effectif	Pourcentage
Consultation en médecine traditionnelle	5	8,9
Consultation en médecine moderne	51	91,1
Total	56	100

En cas de manifestations de manifestations des signes de la maladie hémorroïdaire, la médecine moderne serait plus sollicitée par les accompagnants avec 91,1%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1-Méthodologie :

Nous avons mené une étude prospective et transversale avec des questionnaires directifs se rapportant aux malades atteints d'hémorroïdes et accompagnants ainsi qu'aux thérapeutes traditionnels pour apprécier leurs connaissances, attitudes et pratiques comportementales.

Elle a porté sur 168 personnes dont 56 malades, 56 accompagnants, et 56 thérapeutes traditionnels.

Nous avons rencontré certaines difficultés que sont :

- la transcription des connaissances des thérapeutes traditionnels.
- la non disponibilité de certains thérapeutes traditionnels et accompagnants.

2-Patients/accompagnants

Tableau LV: Age et auteurs (HGT, 2005).

Auteurs	n	Age moyen
Souillard j [20] France	100	52
Johannson [35] Suède	100	55
Semega [36]	92	35,8
Notre étude	56	35,6

La majorité de nos patients étaient jeunes contrairement en Europe. Ceci serait en rapport avec l'âge jeune de la population malienne. En effet selon le dernier recensement de la DNSI en 1998 la population des moins de 35 ans était la plus représentée dans la pyramide des âges de notre pays soit 60% de la population totale.

Tableau LVI : Sexe et auteurs (HGT, 2005).

Auteurs	n	Sexe ratio (h/f)
Johannson [35] suède	100	1,0
Rosa [37] Italie	640	1,5
Al-hadrani [38] Yemen	474	3,7
N'DRI [39] R C I	542	3,1
Notre étude	56	2,3

Nous avons trouvé un sexe ratio de 2.3 en faveur des hommes. Le nombre plus élevé des hommes dans les différentes séries a été rapporté par tous nos auteurs ; mais le rapport H/F semble être plus accentué dans les pays en voie de développement (3,7 à 3,1 contre 1 à 1,5). Cela pourrait s'expliquer par le facteur socio culturel de la maladie hémorroïdaire qui est considérée dans les pays sous développés comme une maladie honteuse.

2-1-Connaissance, attitude et pratiques comportementale :

Tableau LVII : Source d'information (HGT, 2005).

Source d'information	Malades		Accompagnants	
	n	%	n	%
Radiodiffusion	35	62,5	39	69,6
Famille	10	17,9	1	1,8
Journaux	1	1,8	1	1,8
Ecole	3	5,3	10	17,9
Non	6	10,7	5	8,9
Hôpital	1	1,8	0	0
Total	56	100	56	100

Khi2 = 12,44 p=0,02

La principale source d'information de nos patients sur la maladie hémorroïdaire a été les émissions radiophoniques privées dans 62,5% des cas chez les malades et dans 69,6% des cas chez les accompagnants. Les principaux animateurs de ces émissions ont été les thérapeutes traditionnels véreux, qui par leur gamme de publicité proposent des traitements miracles aux malades pour avoir de la clientèle; ceci contrairement aux pays occidentaux où les émissions sur la santé sont faites par des médecins et cela à travers la presse parlée, la presse écrite et même l'Internet, non pas pour attirer la clientèle mais, plutôt pour informer et sensibiliser la population.

2-1-1- Connaissances :

La grande majorité de nos malades (89,3%) prétendaient connaître la maladie ; ce qui pourrait être en rapport avec le caractère populaire de la maladie hémorroïdaire dans notre société.

a-Signes :

Tableau LVIII: Signes évoqués par les malades et accompagnants (HGT, 2005).

Signes	Malades		Accompagnants		P
	n	%	n	%	
Constipation	34	60,7	39	69,6	0,32
Bouton anal	30	53,6	34	60,7	0,44
émission de sang dans les selles	23	41,1	29	51,8	0,25
Douleurs anales	6	10,7	26	46,4	0,00002
Prurit anal	13	23,2	18	32,1	0,29

Tableau LIX : Autres signes évoqués par les malades et accompagnants (HGT, 2005).

Signes	Malades		Accompagnants		P
	n	%	n	%	
Météorisme abdominal	17	30,4	11	19,6	0,19
Impuissance sexuelle	15	26,8	18	32,1	0,53
Fourmillement des	11	19,6	5	8,9	0,10

membres inférieurs					
Céphalée	10	17,9	7	12,5	0,42
Asthénie physique	7	12,5	6	10,7	0,76
Chaleur plantaire	9	16,1	4	7,1	0,14
Prurit conjonctival	6	10,7	1	1,8	0,11
Douleurs lombaires	2	3,6	2	3,6	0,6
Autres	4	7,1	8	14,3	0,22

Les signes évoqués dans le tableau LVIII, sont cités dans la médecine moderne comme des signes fonctionnels de la maladie hémorroïdaire. En revanche les autres signes évoqués dans le tableau LIX, ne semblent pas avoir de rapport avec la maladie hémorroïdaire. Cela s'expliquerait certainement par la force de l'imaginaire populaire reliée à cette maladie. La douleur anale a été citée de façon significative par les accompagnants que par les malades. Ceci pourrait traduire la méconnaissance des malades face à cette maladie.

Tableau LX : Facteurs favorisant selon les patients et leurs accompagnants (HGT, 2005).

Causes	Malades		Accompagnants	
	n	%	n	%
Position assise	13	23,2	13	23,2
Grossesse	1	1,8	5	8,9
Mauvais sort	0	0	1	1,8
Ne sait pas	31	55,4	23	41,1
Constipation	5	8,9	10	17,8
chronique				
Paludisme	3	5,3	2	3,6
Alimentation	2	3,6	2	3,6
Autres	1	1,78	0	0

Khi2 =7,72 p= 0,35

Les facteurs favorisant cités par les malades, sont comparables à ceux des accompagnants. $p= 0,35$

La position assise a été citée comme facteur favorisant, par environ 1/5 des malades contre 1/10 des malades dans une étude réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré en 2002. Cette différence pourrait être le fait d'un biais de recrutement. Néanmoins certains auteurs, SIGRID [39], SUDUCA [40], ont estimé que la position assise prolongée exposait à la maladie hémorroïdaire.

La position assise, sans alternance d'exercices physiques, les longs voyages en voiture favoriseraient la congestion pelvienne. Par ailleurs, l'équitation et le vélo peuvent favoriser des poussées hémorroïdaires [40].

Tableau LXI: Facteurs déclenchant de la maladie hémorroïdaire selon les malades et leurs accompagnants (HGT, 2005)

Facteurs déclenchant	Malades		Accompagnants	
	n	%	n	%
Debout	0	0	1	1,8
Marche	0	0	2	3,6
Position assise	3	5,4	11	19,6
Diarrhée	0	0	7	12,5
Vomissement	0	0	1	1,8
Constipation	20	35,7	28	50
Ne sait pas	32	57,1	6	10,7
Non	1	1,8	0	0
Total	56	100	56	100

Khi2= 35,69 $p= 0,000008$

Le facteur déclenchant le plus cité a été la constipation; évoqué par 35,7% des patients contre 50% des accompagnants. Cette opinion est retrouvée dans la littérature médicale [22]. La même constatation a été faite en RCI en 1994 et au Mali en 1996 [38 ; 18] soit respectivement 57,7% et 65,1%. Cela pourrait

s'expliquer par le fait que la constipation entraîne un effort d'évacuation de selles dures, pouvant être responsable du déclenchement de la maladie et des signes d'appel associés [14 ; 40].

Tableau LXII: Habitudes alimentaires.

Aliments	Malades		Accompagnants	
	n	%	n	%
Céréales	24	42,6	25	44,6
Légumes	0	0	1	1,8
Fruit	0	0	2	3,6
Tubercules	5	8,9	15	26,8
Epices	6	10,7	10	17,8
Viandes	16	28,6	8	14,3
Ne sait pas	18	32,1	14	25
Non	2	3,6	0	0
Autres	2	3,6	1	1,8

Khi2 : 14,47 p : 0,07

Autres : Malades +Accompagnants : Huiles (3)

Certains aliments ont été incriminés par nos malades et accompagnants, dans la survenue de la maladie hémorroïdaire (céréales, épices, viande, lait, légumes, fruits). Les deux groupes étaient comparables $p=0,07$. Mais il semble que c'est l'alimentation non équilibrée, qui est surtout à la base de la maladie hémorroïdaire.

Tableau LXIII : Préjugés des malades et accompagnants sur la prise en charge de la maladie hémorroïdaire. (HGT, 2005)

Préjugés	Malades		Accompagnants	
	n	%	n	%
La médecine occidentale ne guérit pas	23	41,1	14	25
La chirurgie entraîne l'impuissance sexuelle	6	10,7	0	0
Non	27	48,2	42	75
Total	56	100	56	100

Khi2 : 11,45 p : 0,03

Nous avons noté 2 types de préjugés :

D'une part, l'incapacité de la médecine moderne à guérir la maladie hémorroïdaire et d'autre part la survenue d'une impuissance sexuelle après le traitement chirurgical des hémorroïdes. Ces deux types de préjugés traduisent, la qualité de l'information que les malades reçoivent car aucun de ces deux préjugés n'ont été retrouvés dans la littérature médicale.

2-1-2-Traitement antérieur reçu par les malades

La moitié de nos malades, soit 50% ont recours à la médecine traditionnelle. Ce rapport déjà important a doublé dans la série londonienne [41], où tous les malades ont épuisé les moyens de traitement avant de venir en consultation spécialisée. Ceci favoriserait la consultation tardive qui a été observée dans une série nigérienne [42]. En effet, selon l'OMS jusqu'à 80% de la population en Afrique subsaharienne ont recours à la médecine traditionnelle. Cela pourrait s'expliquer par la pauvreté de la population, l'insuffisance d'infrastructures et

du personnel socio-sanitaire en médecine moderne, les considérations religieuses ou culturelles.

2-1-3- Durée moyenne de consultation dans le service :

Nous avons observé qu'en moyenne, les patients ont fait 6.03ans avant de consulter dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré. Cette consultation tardive pourrait traduire le comportement socio culturel des malades, mais également le faible pouvoir d'achat de la population malienne. En effet 80% de la population vivent en dessous du seuil de la pauvreté : Rapport mondial du développement humain 2000).

NB : certains malades ont fait des traitements médicaux avant de consulter en chirurgie.

7- Coût :

Notre coût moyen du traitement médical 29605FcFA pour les malades non opérés, ne diffère pas de celui dépensé en médecine traditionnelle 29218FcFA. Ces sommes sont légèrement au-dessus du SMIG malien qui est d'environ 28460FcFA. Le coût moyen du traitement chirurgical est 2 fois plus au-dessus du SMIG malien.

3-Thérapeutes traditionnels

3-1 Age :

1,8 % des thérapeutes traditionnels, avaient moins de 30 ans et 7,14% avaient plus de 65 ans. Dans la médecine occidentale, il est exceptionnel d'être médecin à moins de 25 ans. L'âge moyen des sortants de la FMPOS a été de 37,6 ans [43].

L'âge disparâtre des thérapeutes traditionnels, pourrait être lié aux éléments suivants :

- La non structuration de la médecine traditionnelle.
- La transmission généalogique de la connaissance savante de père en fils.

Ceci Contrairement à la médecine moderne où l'enseignement est ouvert et bien structuré.

Tableau LXIV : Sexe et auteurs.

Sexe	Thérapeutes traditionnels		Sortants de la FMPOS	
	n	%	n	%
Hommes	43	76,8	326	81,5
Femmes	13	23,2	74	18,5
Total	56	100	400	100

Khi2 :0,7 P : 0,4

Le sexe ratio était de 3,3 en faveur des thérapeutes traditionnels et de 4,4 chez les sortants de la FMPOS [43]. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les thérapeutes traditionnels et les sortants de la FMPOS. Le faible taux des femmes, dans les deux médecines (traditionnelle, moderne) serait le reflet des conditions socioculturelles de la femme dans la société africaine, notamment malienne.

3-2- Niveau d'instruction :

Le niveau d'instruction des thérapeutes traditionnels est difficile à apprécier à cause des valeurs intrinsèques reliées de la médecine traditionnelle africaine, notamment malienne. Néanmoins 42,9 % ont été scolarisés, dont 7,2 ont le niveau supérieur.

3-3- Nomination :

Jadis appelé « tontonbana » par les thérapeutes traditionnels de notre pays, remplacé par le « koko », considéré par certains de nos thérapeutes traditionnels comme une maladie moderne [44] ; item nosologique originaire de la RCI. Cette nouvelle terminologie a été évoquée par la moitié de nos thérapeutes traditionnels.

3-4- Symptômes:

Les thérapeutes traditionnels ont cité plusieurs symptômes, qu'on ne retrouve pas dans la littérature médicale (impuissance sexuelle, prurit conjonctival, chaleur plantaire, asthénie physique, fièvre et insomnie). Ces mêmes symptômes ont été mentionnés par nos malades et accompagnants. Ceci serait en rapport avec l'origine de la connaissance de nos malades et accompagnants provenant le plus souvent des thérapeutes traditionnels.

3-5- Moyens diagnostiques :

La pratique la plus utilisée par nos thérapeutes traditionnels, a été l'interrogatoire avec 78,6%. 7,1% des thérapeutes traditionnels interviewés, ont déclaré avoir recours à l'examen physique.

3-6- Traitement :

La majorité de nos thérapeutes traditionnels, soit 82,1% ont affirmé donner uniquement le traitement traditionnel aux malades.

La médecine moderne, a été sollicitée par un certain nombre de thérapeutes traditionnels en terme de référence thérapeutique. Cela pourrait traduire, l'existence d'une collaboration entre la médecine moderne et la médecine

traditionnelle ou la reconnaissance des limites de leur arsenal thérapeutique par ces thérapeutes traditionnels.

CONCLUSION :

La maladie hémorroïdaire est fréquente, les malades et les accompagnants avaient une connaissance partielle sur cette pathologie.

A l'instar de la médecine moderne, la médecine traditionnelle a son système de valeurs; ses unités de mesure et sa manière de protéger ; mais malgré tout elle a ses limites.

La valorisation de cette médecine traditionnelle passe nécessairement par sa bonne structuration.

RECOMMANDATIONS :

♠ *Aux personnels sanitaires:*

Encourager les campagnes d'information et de sensibilisation sur la pathologie hémorroïdaire.

S'impliquer dans les programmes de sensibilisation et de formation des prestataires de soins.

♠ *A la population:*

Consulter le plus tôt que possible en milieu médical pour toute forme d'anomalie de l'anus.



Aux thérapeutes traditionnels:

Collaborer avec la médecine moderne => prise en charge adéquate de la maladie hémorroïdaire par un système de référence formelle.

♠ *Aux autorités:*

Instaurer un programme de formation et de validation des connaissances des thérapeutes traditionnels.

Élaborer une politique de réglementation des pratiques de la médecine traditionnelle.

REFERENCES :

1. HANSEN H, STELZNER F. Proktologie, springer-verlag.,
kliniktaschen-bucher 1981 162 p.

2- ROBERT D, CHURET JP, PIQUART B. Anatomie du canal anal
*Ed techn- encycl-Med-Chir.(Paris) tech chir Généralités-Appareil digestif
tome 2, 1976, 40680, 6P.*

3-COPER R. Etiopathogenie des hémorroïdes
Déduction thérapeutique Proctologie, 1981 : 35-39

4- MILES W, E. Observations upon internal piles
Surg Gyn obst, 1991, 29: 496-500.

5- SOUILLARD J, CONTOU J F. La ligature élastique : procédé de traitement
médical ambulatoire des hémorroïdes.
Nouv. Presse méd ; 1979,8 : 1981-1982

6- Laurent ABRAMOWITZ. Maladie hémorroïdaire : anatomie,
épidémiologie et physiopathologie.
File://E:\DIU-COURS-dec00-MH_An-Ep-Ph.htm

7- AJAYI D O, BANIGOO G, NNAMDIK. Anal fissure, fistule abscesses and
haemorrhoids
in tropical population dis colon rectum, 1974, 17: 55-60

8- N'DJITOYA P, N'DAME C. Apport de l'endoscopie dans la pathologie
digestive basse en milieu camerounais : études analytique de 720 cas.

Examen méd afr noire, 1991,(38), 12 :835-840

9- DEMBELE K. Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali.

Thèse médecine, Bamako 1993 ;93P ;N°37

10-CHAMPIGNEULLE B, DIETERLING P, BIGARD M A, GAUCHER P. Etude prospective de la fonction sphinctérienne anale avant et après hémorroïdectomie.

Gastroenterol clin biol 1989 ; 13 : 452-6.

11-KAMINA P. Dictionnaire d'atlas d'anatomie.

Paris-Maloine SA, A-F, 1983,643.

12- DENIS J, LEMARCHAND N. Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques des troubles hémorroïdaires de l'adulte.

Arch fra pp ; dig ;1976(66), 8 : 530-537

13- DUPUY- MONT, BRUN JP. Physiologie,
proctol prat, 1991, 10-11.

14- SOUILLARD J. Les hémorroïdes existent – elles ?

rev proct, 1981, 1 : 32-34

15- KAMINA P. Dictionnaire d'atlas d'anatomie.

Parisianisme SA, G-O, 1983,1233.

16- DENIS J. Fistules anales.

proctol prat, 1991,3134.

17- MILIGAN E T C, MORGAN C. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids.

The lancet, 1937, 2:1119-1124.

18- MARIKO H. Etudes des hémorroïdes en chirurgie « B » à l'hôpital national du point G à propos de 152 cas.

Thèse de médecine Bamako, 1996 ;90P;N°33.

19- SOUILLARD J , CONTOU J F. Colo-proctologie.

Masson Edit, Paris,1983, 17- 110

20- LAUDE M. Anatomie du canal anal.

Proctol pratiq Edition 1999 ; 2-9

21- GIRONA J, DENKERS D. Fistel, Fissur, Abcess.

Chirur 1996, 6:222- 228

22- LODER PB, KAMM MA, NICHOLLS RJ, PHILIPS R.K. Haemorrhoids : pathology, patho- physiology and etiology.

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

23- ZOUNK ET COLL. Le point sur l'hypertrophie bénigne de la prostate (adenome de la prostate) comme cause d'obstruction urinaire basse en milieu camerounais (propos de 261 cas observes à la clinique d'urologie de l'hôpital central de Yaoundé).

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

24- LEONG A-F, AND ALL. Performing international sphincterotomy with anorectal procedure.

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

25- HOFF SD ,BAILLEY HR , BUTT SDR , MAXE , SMITH KW, ZAMORA LF, SKAKUN GB. Ambulatory surgicall hémorroïdectomie a solution to past operative urinary retention.

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

26- OTTO P, OTTO JV. Hemorroïdal disease Schweiz- Rundesh.

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

27- UDEZUE NO. Five hundred consecutive sigmoidecopies for franc rectal bleeding an analysis.

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

28- SARLES JC, ARNAUD A , CONSENTINO B

La chirurgie des hémorroïdes : Résultat d'une enquête.

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

29- JANSEN L W. Consensus hemorrhoids (deutsch society for surgery Ned

Fijdsh- geneesk. 1994; 138 (42): 2106-2109.

30- PELOQUIN AB, DESJARDIN JG. Rectum et anus. Milan :

Masson, 6^{ème} édition. 1990- 1995p (768-770).

31- OMS/médecine traditionnelle :

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/fr/>

32- Le recours à la pharmacopée traditionnelle africaine dans le nouveau millénaire : cas des femmes herboristes de Bamako.

aneppe@datateche toolnet.org

33- Rapport bilan du ministère de la santé juin 1992 à mars 2002

Cellule de planification et de statistique ; Bamako (koulouba mai 2002).

34- HELGI ORN JOHANNSSON , MD,WILHELM GRAF , M D ET COLL. Bowel habits in hemorrhoids patients and normal subjects

Am j gastro enterol 2005;100: 401- 405.

35-SEMEGA CHEICHNE. Maladie hémorroïdaire aspect clinique et thérapeutique. A propos de 92 cas dans le service de chirurgie C de l'hôpital du point G.

Thèse médecine Bamako 1997;105P; N°2.

36-ROSA, LOLLI P, PICCINNLII D ET COLL. Submucosal reconstructive hémorroïdectomie (parks' operation) : a 20-year experience

Tech coloproctol, 2005 ; 9(3):209-14.

37-AL HADRANI AM: Khat induced hemorrhoidal disease in Yemen

Saudi med j, (2000) ; 21(5):475-7

38-N'DRI, KOUAKOU LOHOUES MJ ET COLL: La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain : A propos de 522 cas colligés au CHU de Cocodi.

Méd chirur digest 1994 ; 23 (4) 233-234.

39-SIGRID S. Résultats of haemorroïdectomie according to MILLIGAN : a follow up study of 100 patients,

Acta chir scan, 1980, 124: 444-453.

40- SUDUCA P, SUDUCA J M. Les hémorroïdes. Estomac- intestin

EMC, Edit technique, Paris, 1990, 908A105 : 12-20.

41-DAVY A, MAREL U. Etude des suites opératoires des hémorroïdectomies réalisées par la technique de l'hôpital Saint Marck de Londre. (à propos de d'une série de 900 cas)

An .Chir, 1971,97: 387-393.

42- I WATT A K. Epidemiology of hoemorroid ind adult nigerian and english a comparative study.

Central africain jr of med, 1987, (33); 3: 61-66.

43- BEN MOULAYE IDRIS SIDI MOHAMED: Dynamique et devenir des sortants de L'ENMP/FMPOS 1969-1999

Thèse médecine Bamako 2003-N°22.

44-BESANCON STEPHANE : Articulation médecine moderne et médecine traditionnelle dans la prise en charge du diabète sucré dans le cercle de Sikasso

ONG « appui au développement, santé diabète Mali(SDM) » N°02/ 2005.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DABO

Prénom : Boureima

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques liées aux hémorroïdes dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré et auprès des thérapeutes traditionnels au Mali.

Année de soutenance : 2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale et santé publique.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la F.M.P.O.S.

Résumé :

Au cours de la période allant du 1^{er} mars au 31 août 2005, nous avons mené une étude prospective et transversale portant sur les connaissances, attitudes et pratiques liées aux hémorroïdes chez les malades hémorroïdaires, les accompagnants, et les thérapeutes traditionnels au Mali.

L'âge moyen était de $50,4 \pm 12,4$ ans chez les thérapeutes traditionnels, $35,6 \pm 11,08$ ans pour les malades, et $32,46 \pm 9,93$ ans pour les accompagnants.

La majorité des thérapeutes traditionnels venaient de Bamako avec 48,2%.

Le sexe ratio était de 2,3 pour les malades, 3,3 pour les guérisseurs et 3,6 pour les accompagnants.

Les malades prétendaient connaître la maladie hémorroïdaire dans 89,3%.

La source d'information principale était la radiodiffusion avec 62,5%.

La proportion des malades qui pensaient que la médecine occidentale ne guérit pas la maladie hémorroïdaire était 41,1%.

Le coût moyen de la prise en charge était de 29218 Fcfa pour le traitement traditionnel, 29605 Fcfa pour le traitement médical et 70.075Fcfa pour le traitement chirurgical.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je 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 donnerais 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 leurs pères.

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.

Je le jure