

Ministère de l'Enseignement supérieur et  
de la Recherche scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
ODONTOSTOMATOLOGIE DE  
L'ANNEE UNIVERSITAIRES 2022 2023



**THESE**

N°: .....

**PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES  
ANALES AU CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE DE LA COMMUNE V DE  
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le : 07/11/2023

Devant la Faculté de Médecine et Odontostomatologie

**Par M. DIARRA ABOU ADAMA**

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

**JURY**

**Président** : Mr Bakary Tientigui DEMBELE, Professeur

**Membre** : Mme SAMAKE Kadiatou DOUMBIA, Maitre de conférence agrégé

**Co-directeur** : Mr Moussa Y DICKO, Maitre de recherche

**Directeur de thèse** : Mr Amadou TRAORE, Maitre de conférence agrégé



**LISTE DES  
PROFESSEURS**



ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE

CONFERENCES AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR  
DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- |                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO      | Médecine interne                      |
| 2. Mr. Aly GUINDO             | Gastro-Entérologie                    |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA        | Pédiatrie                             |
| 4. Mr Siné BAYO               | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA        | Santé Publique                        |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY      | Medicine Interne                      |
| 7. Mr Boulkassoum HAIDARA     | Législation                           |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE   | Toxicologie                           |
| 9. Mr Sambou SOUMARE          | Chirurgie Générale                    |
| 10. Mr Daouda DIALLO          | Chimie Générale & Minérale            |
| 11. Mr Issa TRAORE            | Radiologie                            |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE       | Cardiologie                           |
| 13. Mme SY Assitan SOW        | Gynéco-Obstétrique                    |
| 14. Mr Salif DIAKITE          | Gynéco-Obstétrique                    |
| 15. Mr Abdourahamane S. MAIGA | Parasitologie                         |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE    | Chirurgie Générale                    |
| 17. Mr Amadou DIALLO          | Zoologie - Biologie                   |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA    | Stomatologie                          |
| 19. Mr Kalilou OUATTARA       | Urologie                              |
| 20. Mr Amadou DOLO            | Gynéco- Obstétrique                   |

21. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie — Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie





40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Kassoum Sanogo	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie — Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie — Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie — Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie

66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
68. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
69. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
70. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
71. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
72. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
73. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
74. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
75. Mme Fatoumata KOUNANDJI	Ophtalmologie
76. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie /Réanimation

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

#### **D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES**

##### **1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegne TOGO	Chirurgie Générale <b>chef des DER</b>
7. Mr Bakary Tientigui DEMEBELE	Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KONIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
13. Mr Niani MOUKORO	Gynécologie/Obstétrique



14. Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-laryngologie
18. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
21. Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
23. Mr Moussa A OUATTARA	Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire
24. Mr Seydou TOGO	Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire
25. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

## **2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHES**

1. Mr Nouhoum NIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie /Obstétrique
4. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
6. Mr Moussa Salif DIALLO	Urologie
7. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
8. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
9. Mr Boubacar BAH	Médecine et chirurgie buccale
10. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
11. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
12. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
14. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
15. Mr Siaka SOUMAORO	ORL





16. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
17. Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
18. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
19. Mr Sididki KEITA	Chirurgie Générale
20. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
21. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
22. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
23. Mr Sékou Bréhima SOUMARE	Chirurgie Générale
24 Mr Boubacar K	Chirurgie Générale
25. Mr Aboulaye DIARRA	Chirurgie Générale
26. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
27. Mr Issa Amadou	Chirurgie Générale
28. Mr Boubacar GUINDO	ORL-CCF
29. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
30. Mr Fatomaga Issa KONE	ORL
31. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
32 Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
33. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation
34. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
35. Me Mamadou Karim TOURE	Anesthésie-Réanimation
36. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
37. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
38. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidiatou Oumar TOURE	Orthopédie Dento Faciale



43. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et chirurgie Maxillo-Faciale
44. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
45. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
48. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
49. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
50. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
54. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
57. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie

### 3. MATRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et cardio vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BAH	Chirurgie dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima Kouréissy TALL	Anesthésie-Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie -Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale
10. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
11. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie



- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 13. Mr Mahamadou DIALLO | Orthopédie Traumatologie                  |
| 14. Mme Hapssa KOITA    | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 5. Mr Alhousseini TOURE | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 16. Mr Aboulaye SISSOKO | Gynécologie/Obstétrique                   |
| 17. Mr Kalifa COULIBALY | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie   |

#### **4. ASSISTANTS /ATTACHES DE RECHERCHE**

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|



#### **D.E.R. DES SCIENCES FONDAMENTALES**

##### **1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE**

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie <b>Chef de DER</b> |
| 2. Mr Boukarou KAMATE         | Anatomie-Pathologie                    |
| 3. Mr Mahamadou A THERA       | Parasitologie-Mycologie                |
| 4. Mr Djibril SANGARE         | Entomologie Moléculaire Médicale       |
| 5. Mr Guimogo DOLO            | Entomologie Moléculaire Médicale       |
| 6. Mr Bakary MAIGA            | Immunologie                            |
| 7. Mme Safiatou NIARE         | Parasitologie-Mycologie                |

##### **2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE**

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Mr Karim TRAORE             | Parasitologie-Mycologie                       |
| 2. Mr Abdoulaye KONE           | parasitologie-Mycologie                       |
| 3. Mr Moussa FANE              | Biologie, Santé publique, Santé environnement |
| 4. Mr Mamoudou MAIGA           | Bactériologie-Virologie                       |
| 5. Mr Bassirou DIARRA          | Bactériologie-Virologie                       |
| 6. Mme Aminata MAIGA           | Bactériologie-Virologie                       |
| 7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie                                 |
| 8. Mr Bréhima DIAKITE          | Génétique et Pathologie Nucléaire             |
| 9. Mr Yaya KASSOGUE            | Génétique et Pathologie Nucléaire             |
| 10. Mr Oumar SAMASSEKOU        | Génétique /Génomique                          |
| 11. Mr Mamadou BA              | Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale |

12. Mr Bourouma COULIBALY Anatomie- Pathologie  
13. Mr Sanou kho COULIBALY Toxicologie  
14. Mr Boubacar S Ibrahim DRAME Biologie Médicale / Biochimie Clinique  
15. Mr Sidi Boula SISSOKO Histologie embryologie et cytogénétique

### **3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

1. Mme Djèneba Bocar FOFANA Bactériologie-Virologie  
2. Mr Bamodi SIMAGA Physiologie  
3. Mme Mariam TRAORE Pharmacologie  
4. Mr Saidou BALAM Immunologie  
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie  
6. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche  
Biomédicale  
7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie  
8. Mr Adama DAO Entomologie Médicale  
9. Mr Ousmane MAIGA Biologie, Entomologie, Parasitologie  
10. Mr Cheick Amadou COULIBALY Entomologie  
11. Mr Drissa COULIBALY Entomologie Médicale  
12. Mr Abdallah Amadou DIALLO Entomologie, Parasitologie  
13. Mr Sidi BANE Immunologie  
14. Mr Moussa KEITA Entomologie, Parasitologie



### **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

#### **1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE**

1. Mr Adama Diaman KEITA Radiologie et Imagerie Médicale  
2. Mr Soukalo DAO Maladies Infectieuses et Tropicales  
3. Mr K MINTA Maladies Infectieuses et Tropicales  
4. Mr Boubacar TOGO Pédiatrie  
5. Mr Moussa T. DIARRA Hépatogastro-Entérologie

6. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
7. Mr Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phthisiologie <b>Chef de DER</b>
9. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLA	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
15. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie



## **2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE**

1. Mme Kaya Assetou SOUKHO	Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
3. Mr Djibril SY	Médecine Interne
4. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
6. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
7. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8. Mr Massama KONATE	Cardiologie
9. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
10. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
11. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
12. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
14. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
15. Mme Mariam SACKO	Cardiologie



16. Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
17. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-Entérologie
18. Mme Hourouma	Hépatogastro-Entérologie
19. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-Entérologie
20. Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
21. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
22. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
23. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
29. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
31. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
32. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
34. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
35. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
36. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
37. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
38. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
39. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
40. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
41. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
43. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie

---

45. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
46. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
47. Mr Seydou SY	Néphrologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE**

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAOE	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
20. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
21. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
22. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire



### **4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE**

---

- |                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE   | Hématologie Clinique |
| 2. Mr Yacouba FOFANA        | Hématologie          |
| 3. Mr Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie          |

### **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

#### **1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA        | Epidémiologie                  |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO       | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO | Informatique Médicale          |

#### **2. MAITRE DE CONFERANCES /MAITRE DE RECHERCHE**

- |                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA   | Epidémiologie                   |
| 2. Mr Housseini DOLO         | Epidémiologie                   |
| 3. Mr Oumar SANGHO           | Epidémiologie                   |
| 4. Mr Abdourahmane COULIBALY | Anthropologie de la Santé       |
| 5. Mr Oumar THIERO           | Biostatistique/Bio-informatique |

#### **3. MAITRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE**

- |                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Mr Ousmane LY                | Santé Publique                    |
| 2. Mr Ogobara KODIO             | Santé Publique                    |
| 3. Mr Cheick Abou COULIBALY     | Epidémiologie                     |
| 4. Mr Moctar TOUNKARA           | Epidémiologie                     |
| 5. Mr Nouhoum TELLY             | Epidémiologie                     |
| 6. Mme Laila Fatouma TRAORE     | Santé Publique                    |
| 7. Mr Nafomon SOGOBA            | Epidémiologie                     |
| 8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition                         |
| 9. Mr Salia KEITA               | Médecine de famille/communautaire |
| 10. Mr Samba DIARRA             | Anthropologie de la santé         |

#### **4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE**

- |                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA | Anthropologie de la santé |
|---------------------|---------------------------|



2. Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie- Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé communautaire
4. Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5. Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6. Mr Bakary DIARRA	Santé publique
7. Mr Ilo DICKO	Santé publique
8. Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
9. Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie

**CHARGES DE RECHERCHES & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

1. Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY	Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
7. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
12. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
13. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
14. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
16. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
17. Mr Mamadou WELE	Biochimie
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
19. Mr Tietie BISSAN	Biochimie



20. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21. Mr Babou BAH	Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA et Déontologie légale	Droit médical appliqué à l'odontologie
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC Physique
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Bamako, le / 27 / 04 / 2023

Le Secrétaire Principal

  
  
Dr Monzon TRAORE



**DEDICACES &  
REMERCIEMENTS**



## **DEDICACES :**

### **À l'Éternel Dieu Tout Puissant**

Dieu Tout Puissant, Créateur du ciel et de la terre, Tu es Alpha et Oméga, sans Toi ma vie n'est que comméragé. En ce jour, j'aimerais célébrer Ta gloire et Ton amour. Tu es la source de ma vie, que Ton règne, Ta gloire et Tes bienfaits se manifestent à jamais ! Merci mon Dieu

À ma chère famille, vous avez été mes piliers, ma source de motivation et ma force lorsque j'en avais le plus besoin. Vos sacrifices et votre soutien constant ont été les fondations de ma réussite, et je vous en suis infiniment reconnaissant, Aujourd'hui, je souhaite vous dédier mon doctorat en médecine. Cette réussite n'aurait pas été possible sans votre amour, votre soutien et vos encouragements inconditionnels tout au long de ce parcours.

À mes chers père (N'GOURO, ADAMA, OUSMANE, AMADOU) vous avez été mon pilier et ma source d'inspiration. Votre bienveillance et votre soutien inconditionnel m'ont guidé tout au long de ma vie. Cette dédicace est un témoignage de ma gratitude éternelle envers vous.

À mes mères (Tenin Bengaly Maichata Traoré, Aichata Maiga) vous êtes les personnes les plus aimantes et attentionnées que je connaisse. Votre amour infini et vos encouragements incessants m'ont donné la force de poursuivre mes rêves. Cette dédicace vous êtes dédiée avec tout mon amour.

À La mémoire de Aminata DIARRA, chère tante tu es partie très tôt, ce travail est le fruit de votre engagement. J'aurais aimé que vous soyez présentes pour que vous nous partagiez ce bonheur. Vous êtes et resterez à tout jamais dans mon esprit et dans mon cœur. Que votre âme repose en paix.

À mes chères sœurs (Aissata, Sayon, Fatoumata, Safiatou, Aminata, Korotoumou) vous êtes mes complices, mes confidentes et mes meilleures amies. Nous avons partagé tant de moments précieux ensemble, et je suis reconnaissant de vous avoir comme sœurs aussi incroyable que vous. Cette dédicace est un hommage à notre lien indéfectible.

À mes chers frères (Boubacar, Ahmed, Va Zoumana, Drissa, Zanga, Abdoul Rachad, Abdoul Rachid) vous êtes mes complices de toujours, mes partenaires de jeux et mes soutiens inébranlables. Votre présence dans ma vie a été une source constante de joie et de force. Cette dédicace vous est adressée en signe de ma profonde affection fraternelle.

A Mes belles-sœurs (Marietou, Tenin, Oumou) vous êtes devenues de véritables amies, des confidentes et des complices dans cette aventure. Votre présence chaleureuse, vos conseils avisés et votre soutien indéfectible ont contribué à ma réussite. Je vous adresse toute ma gratitude.

À mes cousins (Soungalo, Seydou, Adama) Votre présence dans ma vie a été une source constante de joie et de force. Notre lien familial a été un facteur clé de ma réussite. Je vous remercie de m'avoir guidé et encouragé à donner le meilleur de moi-même.

Mes camarades et amis (Boh SACKO, Lamine N'DIAYE, Asta KEBE, Vanessa, Lanfia KEITE, Kabayi MOUNKORO, Enoc DIALLO, Hamidou COULIBALY) : C'est avec vous que ce cycle de Médecine a commencé. Nous avons partagé des moments de bonheur, de succès et de tristesse au Point G. Les mots me manquent pour vous exprimer ma profonde gratitude. Vous avez tous jours été là pour moi à n'importe quel moment et cela je ne l'oublierai jamais. Je tiens à vous signifier

mon attachement. Ce travail est le vôtre. Trouvez ici toute mon admiration. Que le Seigneur vous garde longtemps et vous comble de ses grâces.

À mes amis fidèles (Adama, Boh, Lamine, Amadou, Mohamed H) vous avez été mes compagnons de route, mes sources d'inspiration et mes confidents. Votre amitié précieuse a rendu chaque instant de cette étape académique mémorable. Je partage ce succès avec vous et je vous suis reconnaissant d'avoir été présents à chaque étape de mon parcours. Je dédie avec gratitude l'obtention de mon doctorat en médecine à chacun de vous. Merci pour tout, je vous porte dans mon cœur.

À tous ceux qui m'ont accompagné tout au long de mon parcours de doctorat en médecine, vous avez été mes mentors, mes guides et mes sources d'inspiration. Votre expertise et votre soutien indéfectible m'ont aidé à devenir la personne que je suis aujourd'hui. Cette dédicace est une reconnaissance pour votre impact dans ma vie et dans ma carrière médicale.

Que cette dédicace soit le reflet de ma gratitude éternelle envers chacun d'entre vous. Votre présence a enrichi ma vie de manière incommensurable, et je suis honoré de vous avoir à mes côtés.

## REMERCIEMENTS :

**Au corps professoral de la FMOS en général**, pour l'enseignements prodigué, l'humilité dont vous faites preuve au quotidien, vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, mes chers maitres, je suis fier de la formation que j'ai reçue auprès de vous.

A mes chers maitres de la gastro **Pr Diarra Moussa T ; Pr Konaté Anselme ; Pr Dicko Moussa Y ; Pr Tounkara Mankasiré ; Pr Doumbia Kadiatou ; Pr Sow Hourouma ; Pr Sanogo Deborah Sara ; Dr Diarra Ousmane**,

Vous ne serez jamais remerciés assez pour la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Vos qualités et dévouements ont été d'une aide inestimable pour la réalisation de ce travail. Recevez ici toute ma gratitude, que Dieu vous donne une longue vie.

Aux D.E.S du service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GT : **Simpara Aboubacar ; Dr Koumaré Mariam ; Dr Camara Amadou ; Dr Savané Aboubacar ; Dr Traoré Alimatou ; Dr Dabalé Abdoukader ; Dr Kodio Seydou ; Traore Aichatou ; Dr Konaté Adama Dr Diarra Sara** ; chers aînés merci pour votre accompagnement et vos conseils prodigués.

Aux autres Thésards du service de médecine du CSRéf CV, **Oumar Sow ; Timothée Keita ; Yacouba Togola ; Lasseny Konaté ; Abdoulaye Tounkara ; Soumaila djimé ; Adama Yanogué ; Lamine N'diaye ; Boh Sacko** ; merci pour votre franche collaboration. Que Dieu nous aide tout au long de nos carrières professionnelles.

À tout le personnel du Service de médecine du CSRéf CV, Merci pour tout.

### A mes cadets :

A votre attention je suis porteur d'un message d'espoir. Par mon parcours et ma petite expérience j'espère vous avoir transmis la rage de triompher. La voie que nous avons choisie n'est pas de tout repos mais à la fin notre récompense est grande.



**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU  
JURY**



## **HOMMAGES :**

### **À NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Pr : Bakary Tientigui DEMBELE**

- ❖ **Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS ;**
- ❖ **Diplômé de pédagogie en science de la sante à l'université de Bordeaux ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- ❖ **Chef de filière IBODE de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS) ;**
- ❖ **Secrétaire général de la société malienne de colo proctologie ;**
- ❖ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;**
- ❖ **Membre de la société Africaine francophone de chirurgie digestive (S.A.F.CH.I.D) ;**
- ❖ **Membre de l'association des chirurgiens Afrique francophone ;**
- ❖ **Membre de l'association française des chirurgiens (AFC) ;**
- ❖ **Membre du collège ouest africain des chirurgiens (WACS).**

**Cher maître,**

C'est un plaisir et un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre humilité, vos grandes qualités humaines, votre ardeur et amour du travail bien fait font de vous à l'égard de tous vos étudiants en général et nous en particulier un exemple. Veuillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.



## À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DE JURY

**Pr : DOUMBIA Kadiatou épouse SAMAKE**

- ❖ Maître de conférences agrégé à la FMOS ;
- ❖ Praticienne hospitalière au CHU-Gabriel Touré ;
- ❖ Trésorière de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD);
- ❖ Membre de la Société Africaine d'hépatogastroentérologie (SAHGE) ;
- ❖ Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) ;
- ❖ Membre de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE);

**Cher maître,**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail nous a marqué. Votre culture de l'excellence, votre simplicité, votre humilité, votre motivation et la facilité à nous transmettre vos connaissances ont forcé notre admiration. Vous nous avez non seulement formé sur le plan professionnel, mais vous nous avez beaucoup appris sur la qualité humaine et sur la vie sociale. Nous sommes fiers d'en avoir été un bénéficiaire parmi tant d'autres. Vous êtes ambitieuse et vous prônez le travail bien fait, ces qualités nous inspirent cher maître. Que Dieu vous bénisse et conforte votre avancé.

## À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

### Professeur Moussa Y DICKO

- ❖ Spécialiste en Hépatogastro-Entérologie;
- ❖ DIU de proctologie médico-chirurgicale ;
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- ❖ Membre de SOS hépatites Mali,
- ❖ Secrétaire générale de la SOMMAD,
- ❖ Maître de recherche,
- ❖ Membre de la société française d'endoscopie digestive(SFED) ;
- ❖ Membre de la société française de colo proctologie ;
- ❖ Membre de la société africaine d'Hépatogastro-entérologie (SAHGE).

### **Cher maître,**

Nous avons été marquée par votre gentillesse, votre enthousiasme, votre sympathie, votre simplicité et votre amour du travail bien fait. Vos qualités d'homme scientifique, de formateur et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître aimé, respecté et admiré. Merci pour l'honneur que vous nous témoignez en acceptant de juger cette thèse. Soyez rassuré cher maître, de notre estime et de notre profond respect. Puisse Allah vous accorder une bonne santé et une longue vie afin qu'on continue de profiter de vous.

## À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

**Pr Amadou TRAORE**

- ❖ Médecin colonel à la Direction Centrale des Services de Santé des Armées (DCSSA) ;
- ❖ Maître de conférences agrégé à la FMOS ;
- ❖ Spécialiste en chirurgie générale ;
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).

**Cher maître,**

Nous n'oublierons jamais la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de nous encadrer pour ce travail. Tout au long de ce travail, nous avons été fascinée par votre inaltérable dynamisme, vos grandes qualités humaines, votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait votre capacité à transmettre ont suscité de l'admiration chez nous. Votre image guidera notre vie sociale et professionnelle. Nous voudrions vous témoigner toute notre reconnaissance et nos remerciements pour tout ce que vous faites pour nous. Que le Seigneur vous le rende au centuple.



**LISTE DES ABREVIATIONS**



## LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

Al : collaborateurs

Anapath : Anatomopathologie

AINS : Anti-Inflammatoire non stéroïdien

CCC : Communication pour le Changement du Comportement

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHU-PG : Centre Hospitalier Universitaire du Point-G

CS Réf CV : Centre de Santé de Référence de la Commune V

d : Précision absolue

DGHAL : La ligature artérielle guidée par Doppler

Ext : Extérieur

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

H : Heure

Int : Intérieur

IC : Intervalle de Confiance

IEC : Information-Education-Communication

INFSS : Institut National de Formation Science de la Santé.

MH : Maladie hémorroïdaire

MHI : Maladie hémorroïdaire interne

MHE : Maladie hémorroïdaire externe

MHD : Mesure hygiéno-diététique

min : Minute

N : Taille minimale de l'échantillon

P : P value

PA : Pathologie anale

SA : Semaine d'aménorrhée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIS : Système d'Information Sanitaire


SOCHIMA : SOciété de CHIrurgie du MAli

SOMMAD : Société Malienne des Maladies de L'Appareil Digestif


TR : Toucher rectal

% : Pourcentage

z : Constante à intervalle de confiance



**TABLEAUX &  
FIGURES**



## LISTES DES TABLEAUX

<b>Tableau I:</b> Répartition des patients selon la profession. -----	43
<b>Tableau II:</b> Répartition des patients selon le statut matrimonial. -----	44
<b>Tableau III :</b> Répartition des patients selon le niveau d'étude. -----	44
<b>Tableau IV:</b> Répartition des patients selon les antécédents. -----	45
<b>Tableau V :</b> Répartition des patients selon facteurs de risque.-----	45
<b>Tableau VI:</b> Répartition des patients selon les l'habitude socio-alimentaire. ----	46
<b>Tableau VII:</b> Répartition des patients selon les motifs de consultation. -----	46
<b>Tableau VIII :</b> Répartition des patients selon les signes généraux.-----	46
<b>Tableau IX :</b> Répartition des patients selon les signes fonctionnels. -----	47
<b>Tableau X:</b> Répartition des patients selon les caractères de la douleur. -----	47
<b>Tableau XI:</b> Répartition des patients selon les caractères du saignement anal. ---	48
<b>Tableau XII:</b> Répartition des patients selon les caractères de la constipation. ---	48
<b>Tableau XIII :</b> Répartition des patients selon le diagnostic retenu -----	49
<b>Tableau XIV:</b> Répartition des patients selon les grades de la maladie hémorroïde -----	49
<b>Tableau XV:</b> Répartition des patients selon la classification des fissures anales -	50
<b>Tableau XVI:</b> Répartition des patients selon l'évolution de l'abcès. -----	50
<b>Tableau XVII:</b> Répartition des patients souffrant de pathologie anale selon le type de traitement reçu-----	51
<b>Tableau XVIII:</b> Répartition des patients selon la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.-----	51
<b>Tableau XIX:</b> Répartition des patients selon la prise en charge de la fissure anale -----	52
<b>Tableau XX:</b> Répartition des patients selon la prise en charge des abcès anales.	52
<b>Tableau XXI:</b> Répartition des patients selon l'évolution des pathologies. -----	53
<b>Tableau XXII:</b> Répartition des patients selon la relation entre le sexe et les pathologies anales. -----	53



**Tableau XXIII:** Répartition des patients selon la relation entre les facteurs de  
risques et les pathologies anales. ----- 54

**Tableau XXIV:** Répartition des patients selon la relation entre le signes  
fonctionnels et les pathologies anales. ----- 55

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1 :</b> Le clystère pratiqué à travers la fenêtre, un bas-relief en bois sculpté et peint à la fin du XV siècle, conservé au Musée Gruuthuise de Brugges [3].	9
<b>Figure 2:</b> Traitement chirurgical des hémorroïdes, miniature du Code de Chirurgie de Rogerio Frugardi (MS Sloane 1975 p 93) durant le XIV siècle, trouvé au British Museum, de Londres [3].	9
<b>Figure 3:</b> Ligature et extirpation des hémorroïdes hémorragiques. Illustration du manuscrit « La chirurgie par Ilkhani » 1465, de Ch. Ed-Din (L.II chap. 81, p124) [3].	9
<b>Figure 4:</b> configuration externe du canal anal [16].	10
<b>Figure 5:</b> configuration interne du canal anal [16].	11
<b>Figure 6 :</b> Maladie Hémorroïdaire [16]	15
<b>Figure 7 :</b> Grade I de la maladie hémorroïdaire interne [16]	16
<b>Figure 8 :</b> Grade II de la maladie hémorroïdaire interne [16]	17
<b>Figure 9 :</b> Grade III de la maladie hémorroïdaire interne [16]	17
<b>Figure 10:</b> Grade IV de la maladie hémorroïdaire interne [16]	17
<b>Figure 11 :</b> Thrombose hémorroïdaire externe [16].	19
<b>Figure 12:</b> Thrombose hémorroïdaire externe chez une femme enceinte [21].	20
<b>Figure 13 :</b> Prolapsus hémorroïdaire thrombosé [21].	20
<b>Figure 14 :</b> Fissure anale antérieure [13].	28
<b>Figure 15 :</b> Abscès anal	32
<b>Figure 16 :</b> Cancer épidermoïde ulcéré	33
<b>Figure 17 :</b> Répartition des patients selon le sexe.	42
<b>Figure 18 :</b> Répartition des patients selon les tranches l'âge.	43
<b>Figure 19 :</b> Fissure anale postérieur + Fissure anale chronique avec marisque sentinelle au CSREF CV (Photo Diarra A.A)	76
<b>Figure 20 :</b> Prolapsus hémorroïdaire au CSREF CV (Photo Diarra A.A)	76
<b>Figure 21:</b> La fissure anale postérieure au CSREF CV (Photo Diarra A.A)	77
<b>Figure 22:</b> Prolapsus hémorroïdaire + Fissure anale au CSREF CV (Photo Diarra A.A)	77



**SOMMAIRE**



## TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>5</b>
□ Objectif général: .....	5
□ Objectifs spécifiques .....	5
<b>II. GENERALITES</b> .....	<b>7</b>
2.1. Définition.....	7
2.2. Historique des pathologies anales .....	7
2.3. Rappel anatomique.....	10
2.3.1. Anatomie descriptive du canal anal.....	10
2.3.2. Configuration externe .....	10
2.3.3. Configuration interne .....	10
2.3.4. Les sphincters du canal anal.....	11
2.3.5. Anatomie fonctionnelle du canal anal .....	13
2.4. Pathologies anales.....	15
2.4.1 La maladie hémorroïdaire .....	15
2.4.2 La fissure anale .....	27
2.4.3 L'abcès et fistule para- anaux.....	32
2.4.4 L'incontinence anale .....	33
2.4.5 Le Cancer épidermoïde ulcéré.....	33
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	<b>35</b>
3.1. Cadre d'étude.....	35
3.2. Type et période d'étude.....	35
3.3. Population d'étude .....	35
3.4. Echantillonnage .....	35
3.4.1. Critères d'inclusion.....	36

---

3.4.2. Critères de non-inclusion .....	36
3.5. Méthodes .....	36
3.5.1. Examen clinique .....	36
3.5.2. Examen para cliniques .....	38
3.6. Supports de collecte des données .....	38
3.7. Variables étudiées .....	38
3.8. Saisie et analyse des données : .....	40
3.9. Aspects éthiques .....	40
<b>IV. RESULTATS-----</b>	<b>42</b>
4.1. Fréquence .....	42
4.2. Données sociodémographique des patients .....	42
4.2.1. Sexe des patients.....	42
4.2.2. Age des patients.....	43
4.2.3. Profession des patients.....	43
4.2.4. Statut matrimonial des patients .....	44
4.2.5. Niveau d'études des patients .....	44
4.3. L'orientation sexuelle des patients .....	44
4.4. ATCD des patients.....	45
4.5. Facteurs de risques.....	45
4.6. Habitude alimentaire : .....	46
4.7. Motif de consultation .....	46
4.8. Les signes généraux .....	46
4.9. Les signes fonctionnels .....	47
4.10. Caractères de la douleur anales .....	47

---

4.11. Caractère du saignement anal.....	48
4.12. Caractères de la constipation .....	48
4.13. Diagnostic retenu .....	49
4.14. Classification selon les grades de la maladie hémorroïdaire .....	49
4.15. Classification des fissures anales.....	50
4.16. Classification de abcès anales .....	50
4.17. Traitements .....	51
4.18. Evolution .....	53
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----</b>	<b>57</b>
5.1. Limites de l'étude .....	57
5.2. Données épidémiologiques .....	57
5.3. Données sociodémographiques .....	57
5.3.1. Sexe.....	57
5.3.2. Âge.....	58
5.3.3. Activités socio-professionnelles.....	59
5.4. Signes fonctionnels .....	59
5.5. Les facteurs de risque.....	59
5.6. Le motif de consultation.....	59
5.7. Caractères de la douleur .....	60
5.8. Les pathologies anales .....	60
<b>CONCLUSION -----</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCES -----</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES -----</b>	<b>79</b>



# INTRODUCTION



## I. INTRODUCTION

Les pathologies anales sont des affections touchant la marge anale et le canal anal. La science qui étudie ces affections ano-rectales est la proctologie, qui est une branche spécialisée de la gastro-entérologie.

Les pathologies anales demeurent un motif fréquent de consultation aussi bien en médecine générale qu'en gastro-entérologie [1].

La plupart des pathologies anales ne nécessite pas d'exploration complémentaire, les diagnostics se posent le plus souvent par l'interrogatoire associé à l'examen physique, notamment pour la fissure anale, la maladie hémorroïdaire, la fistule anale, l'abcès anal ou les pathologies dermatologiques [2].

Plusieurs études ont été menées sur ces affections surtout chez les femmes au cours de la grossesse et en post-partum. Celles-ci mettent l'accent sur la pathologie hémorroïdaire, la fissure anale et la fistule anale [3]. L'étude menée par Poskus T. et al [4] en 2014 a rapporté une incidence de 40,7% de maladie hémorroïdaire ; 2,5% de maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale et 0,71% de fissure anale chez les femmes enceintes.

Sur le plan épidémiologique les affections proctologiques surviennent à toutes les tranches d'âge avec une nette prédominance au niveau de la population jeune [5].

La maladie hémorroïdaire est la pathologie ano-rectale la plus rencontrée dans plusieurs études africaines [2, 4, 5].

En Afrique subsaharienne, la prévalence de ces pathologies anales est mal connue. Elles sont probablement sous estimées du fait de la pudeur, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'informations [7].

Ollende C. [8] Au Maroc en 2010, une étude a rapporté une incidence de 19% de maladie hémorroïdaire dans les 24 heures suivant l'accouchement. Une étude menée au CHU Campus de Togo en 2017 a montré une fréquence des pathologies anales dont les lésions les plus fréquentes étaient les hémorroïdes (69,9%) puis la fistule anale dans 8,7% des cas. Le cancer de l'anus a été rarement observé (1,9%) de même que le polype rectal (0,1%) [9].



Au Mali, en 2006 une fréquence moyenne annuelle de 21,4% de pathologie hémorroïdaire sur une période de 7 ans dans la population générale a été retrouvée [10].

Une étude réalisée [11] sur les pathologies anales au cour de la grossesse a donné une fréquence de 32,7%.

De nos jours, sur le plan thérapeutique, l'asepsie, l'anesthésie et des techniques instrumentales, médicales ou chirurgicales plus modernes sont utilisées.

Nous avons entrepris cette étude dans le but d'actualiser les données sur les affections anales compte tenu du caractère souvent fragmentaire des études antérieures.

### **❖ QUESTION DE RECHERCHE**

La pathologie anale est-elle fréquente dans notre contexte ?

### **❖ HYPOTHESE DE RECHERCHE**

La pathologie anale existe dans notre contexte et bénéficie d'une prise en charge adéquate.



**OBJECTIFS**



## OBJECTIFS

### ❖ Objectif général:

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pathologies anales dans le service de médecine unité hépato-gastro-entérologie du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

### ❖ Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence des pathologies anales
- Identifier les facteurs de risque associés à la survenue des pathologies anales
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de la prise en charge des pathologies anales.
- Analyser les résultats de la prise en charge des pathologies anales



**GENERALITES**



## II. GENERALITES

### 2.1. Définition

Les pathologies anales sont des affections, des maladies, et des troubles qui affectent la région anale, y compris l'anus, le rectum et les structures avoisinantes. Non spécifique, elle peut révéler aussi bien une urgence, une maladie grave qu'une maladie chronique ou une affection bénigne [4].

### 2.2. Historique des pathologies anales

Sur le plan historique, les urgences proctologiques tirent leurs intérêts pour plusieurs raisons ; l'accessibilité du canal anal en a fait une région très tôt explorée dès la période de l'Empire égyptien : Ebers, papyrus de Berlin et papyrus d'Edwin Smith [3]. À l'époque, le traitement de toute maladie proctologique était essentiellement médical, fait de pansements locaux (lin enduit et placé dans l'anus, lavements et autres astuces). Les Égyptiens utilisaient surtout la bière, le miel, le lait, l'huile et l'eau. Le traitement chirurgical n'était encore pas évoqué. Hippocrate, à l'époque de la saignée salvatrice, voit dans le saignement hémorroïdaire une protection contre les maladies et « ainsi est-il nécessaire de ne pas trop les traiter et de toujours laisser un peu de cette issue bénéfique : « ayez soin d'en laisser toujours une » et l'on imagine déjà la physiopathologie : « la maladie se produit ainsi : la bile ou le phlegme se fixant dans les veines du rectum, et chauffe le sang qui est dans les veines, ces veines échauffées, attirent les veines les plus voisines, le sang se remplit et fait tumeur dans l'intérieur du rectum. Les têtes des veines sont saillantes, et à la fois contuses par les excréments qui sortent. Pressées par le sang qui s'accumule, elles projettent ce liquide surtout avec les selles, mais quelques fois sans les selles ». Les idées d'Hippocrate sont reprises par Ambroise Paré en 1575 : « si elles jettent modérément, on ne doit pas l'arrêter du tout, parce qu'elles préservent de la mélancolie, lèpre, pleurésie, péripneumonie selon la sentence d'Hippocrate Mais si le flux de sang est démesuré on l'arrêtera car autrement, il cause hydropisie par réfrigération du foie »

---

Le traitement devient plus agressif au XVIIIème siècle « vous pouvez inciser, exciser, coudre, brûler, corroder l'anus sans causer de dommage ». On traite au fer chauffé à blanc après mise en place d'une canule en cuivre, les cris des patients permettant de faire saillir davantage l'anus. La ligature apparaît aussi : une aiguille traverse l'hémorroïde qui est liée à l'aide « d'un brin de laine non lavé aussi épais et long que possible ». Sells, en l'an 30, décrit l'incision hémorroïdaire et signale la nécessité de ne pas multiplier des cicatrices au niveau de l'anus. Certains médecins, en 1460, deviennent plus imaginatifs. Ainsi, Louis XI, qui a beaucoup souffert d'hémorroïdes, s'est vu proposer par le Dr Ferrari, médecin italien, l'usage de sangsues : « si le sang ne sort pas naturellement des hémorroïdes, utiliser une sangsue ou deux. On introduira la sangsue à l'intérieur d'un tube puis l'endroit choisi pour la saignée sera recouvert de sang de poulet. Ceci est fait sans tarder et on applique le tube sur cette région. La sangsue prisonnière adhérera aussitôt et sucera le sang de la veine. On retire le tube en laissant prendre la sangsue. Quand elle sera bien gorgée, on la saupoudrera de sel et on la placera au-dessus d'un petit bassin dans lequel elle tombera et rendra le sang sucé ». Pierre Donis, en 1740, évoque pour la première fois un mauvais retour veineux comme étant l'origine de la pathologie hémorroïdaire. Il explique que ce mauvais retour veineux est dû aux efforts de poussées nécessaires à l'exonération des excréments.

À l'époque, Donis défend le traitement médical et déconseille la chirurgie qui consiste pourtant déjà en une résection des paquets hémorroïdaires.

Ainsi, le XXème siècle a surtout apporté l'asepsie, l'anesthésie et des techniques instrumentales, médicales ou chirurgicales plus modernes. En revanche, la dilatation anale décrite par Récamier en 1838 est actuellement abandonnée. L'intervention de Milligan-Morgan, technique chirurgicale la plus utilisée actuellement, trouve son origine en 1744 par la description de J.-L. Petit. Elle a été améliorée par Parks en 1965 [3]. Dans notre contexte et ce malgré le nombre important des parturientes souffrant de la pathologie proctologique, son incidence a été très peu étudiée dans la

littérature, les premiers écrits sont ceux de Martin en 1950, viennent ensuite ceux de Simmons, Pradel, Abramowitz [3, 12,13].



**Figure 1 :** Le clystère pratiqué à travers la fenêtre, un bas-relief en bois sculpté et peint à la fin du XV siècle, conservé au Musée Gruuthuise de Brugges [3].



**Figure 2:** Traitement chirurgical des hémorroïdes, miniature du Code de Chirurgie de Rogerio Frugardi (MS Sloane 1975 p 93) durant le XIV siècle, trouvé au British Museum, de Londres [3].



**Figure 3:** Ligature et extirpation des hémorroïdes hémorragiques. Illustration du manuscrit « La chirurgie par Ilkhani » 1465, de Ch. Ed-Din (L.II chap. 81, p124) [3].

## 2.3. Rappel anatomique

### 2.3.1. Anatomie descriptive du canal anal

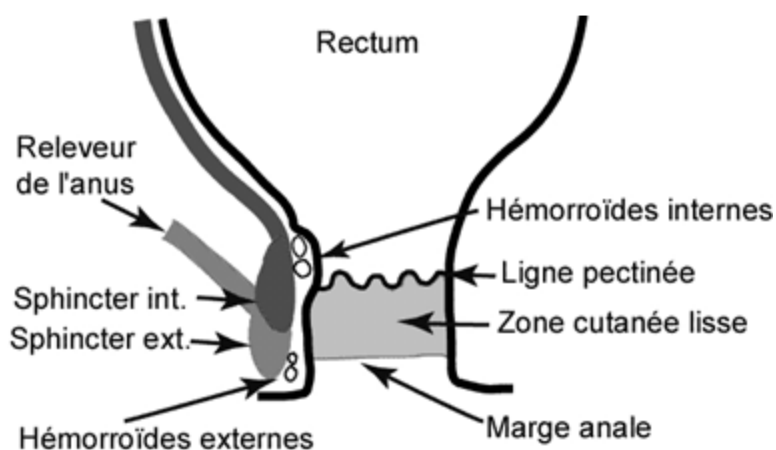
### 2.3.2. Configuration externe

Le rectum, d'une longueur de 10 à 15 cm, est la partie terminale du gros intestin. Le canal anal est le segment terminal du tube digestif. Il consiste en un segment d'une longueur d'environ 3,8 cm qui s'étend de la peau péri-anale du fessier jusqu'à la paroi rectale [14]. Il traverse l'épaisseur du périnée postérieur pour répondre dans sa partie inférieure au sphincter externe. Ses rapports sont :

❖ **Latéralement** : les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;

Le muscle élévateur de l'anus ; Le centre tendineux du périnée.

❖ **En avant** : Chez l'homme, l'apex de la prostate, l'urètre membraneux, la glande bulbo urétrale et le bulbe du pénis ; Chez la femme, la paroi postérieure du vagin [15].



**Figure 4:** configuration externe du canal anal [16].

### 2.3.3. Configuration interne

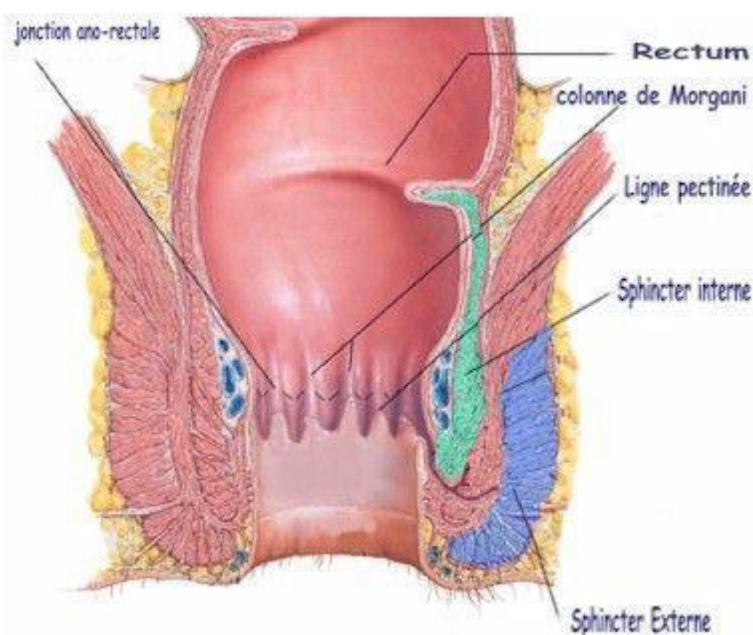
Le canal anal comporte deux zones : la zone sus pectinéale qui est rouge sombre et occupée par les colonnes de MORGAGNI et la zone sous pectinéale qui est grise, bleutée et contient le pecten, les glandes de la marge anale et la peau.



Les colonnes anales de MORGANI 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 à 2 mm, reliées à leur extrémité inférieure par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose. La ligne pectinée ou dentelée marque l'endroit où se terminent les fibres sensorielles.

La région au-dessus de cette ligne est relativement insensible à la douleur. Par contre, au-dessous de cette ligne, le canal anal et l'anus sont extrêmement sensibles [14].



**Figure 5:** configuration interne du canal anal [16].

#### 2.3.4. Les sphincters du canal anal

➤ **Sphincter anal externe :** Le sphincter anal externe un muscle strié constitué de trois couches concentriques formant un anneau de 7 à 10 mm d'épaisseur sur 25 à 30 mm de hauteur.

Il comprend trois portions (profonde, superficielle et sous-cutanée) disposées séquentiellement le long du canal anal de haut en bas.

Le faisceau profond est un muscle épais en anneau qui encercle la partie supérieure du canal anal et se mélange avec des fibres du muscle élévateur (ou releveur) de l'anus. Il participe pour partie au tonus de fermeture du canal anal, et représente l'effecteur principal de la continence dite urgente ou volontaire.

Le faisceau superficiel entoure aussi le canal anal, mais est amarré en avant au niveau du noyau fibreux central (centre tendineux du périnée) et en arrière sur le coccyx, en entrant dans la constitution du ligament ano-coccygien. La partie sous cutanée est un disque aplati horizontalement qui entoure l'orifice anal juste sous la peau. Le sphincter anal externe est innervé par des rameaux rectaux inférieurs du nerf pudendal et par des rameaux directement issus des divisions antérieures de S4.

➤ **Muscles releveurs de l'anus** : Le diaphragme pelvien est la partie musculaire du plancher pelvien. En forme d'entonnoir et attaché vers le haut aux parois du pelvis, il est composé des muscles élévateurs de l'anus (ou releveurs) et coccygiens. Les muscles élévateurs de l'anus ont leur origine de chaque côté sur la paroi pelvienne, se dirigent médialement et vers le bas, et se rejoignent sur la ligne médiane. Sur la ligne médiane, les muscles s'entremêlent en arrière du vagin chez la femme, et autour de l'ouverture pour le canal anal dans les deux sexes.

Les muscles élévateurs sont divisés en trois faisceaux :

- ❖ **Le faisceau pubococcygien** naît du corps du pubis, se dirige en arrière pour s'attacher sur la ligne médiane en arrière jusqu'au coccyx ;
- ❖ **Le faisceau puborectal naît, en association avec le muscle pubococcygien, du pubis et se dirige vers le bas de chaque côté pour former une sangle autour de la partie terminale du rectum.**

Cette sangle musculaire maintient, au niveau de la jonction ano-rectale, l'angle ano-rectal qui a un rôle essentiel de renforcement du sphincter externe ;

- ❖ **L'ilio-coccygien** naît du fascia qui recouvre le muscle obturateur interne et rejoint le même muscle du côté opposé sur la ligne médiane pour former un raphé. Ainsi, les muscles élévateurs de l'anus aident à soutenir les viscères pelviens et à maintenir fermé le rectum, et le vagin chez la femme.

Ils sont directement innervés par des divisions des rameaux ventraux de S4 et par des divisions du nerf pudendal (S2 à S4).

- **Sphincter anal interne** : Le sphincter interne est un anneau musculaire, en continuité avec la couche circulaire de la musculature rectale lisse, et en contraction tonique, permanente et involontaire [17].

### 2.3.5. Anatomie fonctionnelle du canal anal

La contraction continue des muscles annaux 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 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.

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, muqueuse anale [10].

L'action du sphincter interne est contrôlée de façon subconsciente (il est constamment contracté pour prévenir la perte fécale accidentelle), tandis que l'action du sphincter externe est volontaire [14].

Les sphincters sont alimentés par des vaisseaux sanguins et des nerfs. Les hémorroïdes sont des formations vasculaires complexes normalement présentes chez tout individu [18].

C'est l'apparition des manifestations cliniques qui transforme cet état anatomique normal en « hémorroïde maladie ».

Les hémorroïdes internes sont situées au-dessus de la ligne pectinée et réparties en 3 paquets correspondant à la division des branches artérielles hémorroïdales supérieures : 3H (latéral gauche), 8H (postérieur droit), 11H (antérieur droit en position gynécologique).

L'apport artériel des hémorroïdes internes est essentiellement issu des artères hémorroïdales supérieures, branches de l'artère mésentérique inférieure. Les veines hémorroïdales supérieures se drainent dans la veine porte, une faible partie se draine vers la veine cave par les veines iliaques internes. Les hémorroïdes internes sont amarrées à la muqueuse par des fibres musculo-conjonctives qui les fixent à la face interne du sphincter interne et forment au niveau de la ligne pectinée un ligament suspenseur dit ligament de Parks.

Ces hémorroïdes ont pour rôle physiologique la continence fine (contrôle des gaz) et l'occlusion du canal anal (15% du tonus de repos du canal anal).

La détérioration des systèmes de fixation peut aboutir à une maladie hémorroïdaire symptomatique caractérisée en histologie par une stase veineuse, des dilatations veineuses, une mobilisation vers le bas des coussinets et une altération de l'épithélium de surface engendrant des saignements qui sont d'origine artériolaire.

Ce type d'hémorroïdes n'a pas de cellules nerveuses. C'est pourquoi les hémorroïdes internes ne provoquent pas de douleur [19].

Les hémorroïdes externes résultent d'une affection veineuse inflammatoire. Elles se développent sous l'orifice rectal ou autour de l'anus. Elles sont situées sous la peau et vascularisées par l'artère honteuse interne. La présence de cellules nerveuses rend ces hémorroïdes très douloureuses [14].

## 2.4. Pathologies anales

### 2.4.1 La maladie hémorroïdaire

La maladie hémorroïdaire correspond à toute la symptomatologie attribuable à la transformation pathologique des formations vasculaires normales du canal anal, qui jouent un rôle déterminant dans les mécanismes physiologiques de la continence fine. [16]



**Figure 6 :** Maladie Hémorroïdaire [16]

#### 2.4.1.1. Physiopathologie

La contraction continue des muscles annaux 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 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 [8].

Dans le cas particulier de la grossesse et de l'accouchement, la physiopathologie est plurifactorielle :

- ❖ Augmentation du volume sanguin circulant
- ❖ Congestion vasculaire et relâchement du ligament suspenseur de Parks du fait de l'imprégnation hormonale.
- ❖ Diminution du retour veineux du fait de l'utérus gravide
  - Constipation physiologique [1].
- ❖ Les efforts excessifs et prolongés pendant la défécation ou la grossesse (lors des poussées, pendant l'accouchement) sont à l'origine de forces de cisaillement qui viennent étirer et fragmenter le tissu de soutien. [19].

La maladie hémorroïdaire interne est classée en 4 stades (ou grades) selon la classification clinique de Goligher :

**Grade I** : Absence de prolapsus.



**Figure 7** : Grade I de la maladie hémorroïdaire interne [16]

**Grade II** : Les hémorroïdes sont prolabées à l'effort puis se réintègrent spontanément.



**Figure 8** : Grade II de la maladie hémorroïdaire interne [16]

**Grade III** : Les hémorroïdes sont prolabées à l'effort nécessitant une réduction manuelle.



**Figure 9** : Grade III de la maladie hémorroïdaire interne [16]

**Grade IV** : Prolapsus permanent et irréductible.



**Figure 10**: Grade IV de la maladie hémorroïdaire interne [16]

#### 2.4.1.2. Les facteurs favorisants

- ❖ Grossesse, Alcool, épices
- ❖ Trouble du transit : constipation, diarrhée
- ❖ Augmentation de la pression intra abdominale : tumeur, ascite
- ❖ Certains sports (équitation, cyclisme) ou métiers
- ❖ Sédentarité
- ❖ Certains états pathologiques : hypertriglycémie, diabète
- ❖ Terrain familial.

#### 2.4.1.3. Les signes cliniques

##### ➤ Signes fonctionnels :

- ❖ Saignement : symptôme principal, typiquement saignements de sang rouge vif rutilant survenant après la défécation, rythmés par la défécation, d'abondance variable (saignement goutte à goutte éclaboussant la cuvette des toilettes ou simple trace à l'essuyage).
- ❖ Prolapsus ou procidence hémorroïdaire : Correspond à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice anal.

Peut-être circulaire ou localisé et permet la classification de la maladie hémorroïdaire en quatre stades selon Goligher.

- ❖ Prurit anal, Pesanteur anale
- ❖ Suintement glaireux et/ou pertes de mucus
- ❖ Grosseur à l'anus réductible spontanément après la selle

##### ➤ Signes physiques :

Examen proctologique : Inspection + Palpation + Toucher ano-rectal + Anuscopie.

Temps essentiel du diagnostic, en position genou-pectorale ou décubitus latéral gauche, rectum vide, bon éclairage.



- ❖ **Inspection** : Réalisée en écartant délicatement la marge anale et en faisant pousser le patient, elle permet la visualisation d'une procidence, des marisques, des thromboses externes et d'autres pathologies associées (fissure anale, trouble de la statique rectale, abcès, fistule).
  - ❖ **Palpation** : L'index palpe le pourtour de la marge anale avant de réaliser le toucher anal puis rectal. Recherche d'une tuméfaction, d'une induration et appréciation de la sensibilité.
  - ❖ **Toucher ano-rectal** : En décubitus dorsal, cuisses fléchies en demandant au malade de pousser pour mieux explorer la face postérieure et la partie haute du rectum, on appréciera le tonus et la contraction volontaire de l'appareil sphinctérien, la moitié inférieure du rectum (tumeur, ulcération), la prostate chez l'homme, le col utérin et le cul de sac de Douglas chez la femme. Le TAR authentifie le saignement et recherche une douleur localisée.
  - ❖ **Anuscopie** : Appareil métallique ou jetable, permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires
- **Signes généraux** : sont absents au début, présents en cas de complications ou de pathologies associées. La maladie hémorroïdaire externe se manifeste par une thrombose hémorroïdaire externe très algique.



**Figure 11** : Thrombose hémorroïdaire externe [16].

#### 2.4.1.4. Les complications de la maladie hémorroïdaire interne

- **Thrombose hémorroïdaire interne** : Rare, elle est responsable d'une vive douleur intra-canalair. Au toucher ano-rectal, on palpe un petit nodule dur et douloureux. L'anuscopie confirme le diagnostic.



**Figure 12:** Thrombose hémorroïdaire externe chez une femme enceinte [21].

**Prolapsus hémorroïdaire thrombosé** : thrombose massive des plexus hémorroïdaires internes qui se sont extériorisés au cours d'un effort de défécation et qui ne se sont pas réintégrés dans le canal anal. Une réaction œdémateuse associée à des ulcérations nécrotiques est quasi constante. Peut-être circulaire ou localisé onde.



**Figure 13 :** Prolapsus hémorroïdaire thrombosé [21].

### 2.4.1.5. Le traitement

#### a. Buts

Contrôler les manifestations cliniques en préservant les structures anatomiques nécessaires à la continence fine.

#### b. Moyens

##### ❖ Le traitement médical

##### • Traitements locaux

Les traitements topiques sont disponibles sous forme de suppositoires, de crèmes ou de pommades. Ils contiennent des corticoïdes locaux, un anesthésique, un phlébotrope, un lubrifiant et/ou un protecteur mécanique.

Leur utilisation prolongée n'est pas conseillée du fait de l'absence de bénéfice à long terme et d'action préventive démontrée sur de nouvelles poussées [23].

Les traitements topiques sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire [24]. Il n'y a pas d'étude étayant clairement l'intérêt respectif des différents composants. Il semble cependant utile de prescrire des produits avec corticoïdes en cas d'œdème et d'inflammation (thrombose hémorroïdaire) et ceux avec anesthésique en cas de douleur.

##### • Traitement général

L'apport de fibres alimentaires par l'alimentation ou par des laxatifs de type mucilage diminue de moitié le saignement et la récurrence des symptômes de la maladie hémorroïdaire avec un bénéfice qui persiste au minimum trois mois [25].

La régularisation du transit est recommandée en cas de symptômes liés à la maladie hémorroïdaire interne et externe, en curatif mais aussi en préventif.

C'est la seule mesure préventive au long cours ayant une efficacité démontrée sur les symptômes hémorroïdaires [24]. La constipation étant le trouble du transit le plus fréquemment en cause, son traitement est une priorité sur le long terme. La prise en

charge d'une diarrhée pour diminuer le nombre d'évacuations irritantes semble tout aussi importante.

L'utilisation des phlébotropes est basée sur le concept physiopathologique impliquant la composante vasculaire des hémorroïdes. Ce sont la diosmine, la troxérutine, les dérivés du Ginkgo biloba, l'hydroxyl-éthylrutoside.

Deux métaanalyses récentes [26,27] montrent un bénéfice à l'utilisation des phlébotropes pour le prurit, les rectorragies et le suintement liés à la maladie hémorroïdaire. La diosmine à fortes doses dans sa forme micronisée abrège et atténue les symptômes aigus de la maladie hémorroïdaire interne et le risque de récurrence à moyen terme (6 mois) [26].

D'autres substances (troxérutine, dérivés du Ginkgo biloba, hydroxyléthylrutoside) ont été comparées à la diosmine sans différence significative d'efficacité sur les symptômes. S'il n'est pas rapporté d'effet secondaire notable, des cas de colites lymphocytaires ont été décrits [26,27].

Les phlébotropes sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire (excepté le prolapsus) à court terme.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens agissent sur la douleur et l'inflammation, les antalgiques périphériques et centraux (éventuellement associés aux AINS) peuvent être prescrits en cas de douleur insuffisamment contrôlée, les corticoïdes par voie orale en cas de thrombose externe œdémateuse avec contre-indication aux AINS (accord professionnel). En cas de thrombose hémorroïdaire, il est recommandé de proposer un traitement comportant des AINS, des antalgiques, des régulateurs du transit et des topiques.

En cas de pathologie hémorroïdaire interne, il est recommandé de proposer un traitement comportant des régulateurs du transit, des topiques et des phlébotropes (accord professionnel) [24].

### ❖ **Le traitement instrumental**

Regroupe l'ensemble des méthodes appliquant un procédé chimique ou physique qui permettent de traiter la maladie hémorroïdaire interne responsable de rectorragie ou d'un prolapsus de grade 2 ou 3 [28]. Les thromboses hémorroïdaires, externes et/ou internes, sont des contre-indications au traitement instrumental.

Le principe commun à ces traitements instrumentaux consiste à provoquer au sommet des plexus hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle dont les conséquences sont doubles : fixation de la muqueuse anale au plan musculaire sous-jacent et obturation du réseau vasculaire sous muqueux issu de l'artère rectale supérieure.

Les moyens rapportés dans la littérature sont soit chimiques (injections sclérosantes), soit thermiques (photocoagulation infrarouge, électrocoagulation bipolaire ou monopolaire, cryothérapie, thermosonde), soit mécaniques (ligature élastique). Cette dernière ajoute de fait une réduction du prolapsus muco-hémorroïdaire.

#### ✓ **La photocoagulation infrarouge**

Elle nécessite un photocoagulateur à rayons infrarouges qui transforme en chaleur le rayonnement émis par une ampoule de tungstène focalisé sur une tige en quartz au point d'application. Deux à trois points de photocoagulation sont appliqués à la base de chacun des pédicules hémorroïdaires. La cicatrisation obtenue en 3 semaines induit une coagulation des capillaires et une fibrose cicatricielle. Le nombre de séance est de 2 à 4, l'intervalle admis entre deux séances est de 4 semaines.

La photocoagulation infrarouge est recommandée en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire grade 1 et 2 après échec du traitement médical [29].

### ✓ Les ligatures élastiques

Elle nécessite un ligateur et un système à aspiration. Elle doit être réalisée à au moins un centimètre au-dessus de la ligne pectinée. Les tissus ligaturés conduisent à la formation d'une escarre dont la cicatrisation se fait en 2 à 3 semaines. Le rythme entre deux ligatures successives est d'une séance toutes les 4 semaines, en se limitant à un total de 3 ou 4 séances.

Les résultats après une triple ligature en une seule séance [30] sont comparables à ceux de trois ligatures en trois séances successives [24].

Les ligatures élastiques sont recommandées en cas de rectorragies et de prolapsus hémorroïdaire modéré, ou limité à un seul paquet en cas d'hémorroïdes internes grades 2 et 3 [24].

En cas de rectorragies sans prolapsus, la ligature élastique ne doit être proposée qu'en seconde intention, après échec du traitement normalisant le transit intestinal dont l'efficacité à 3 mois est similaire [31] et probablement après échec de la photocoagulation infrarouge, aux résultats comparables avec moins d'effets secondaires et de complications [32,33].

Lorsque le prolapsus domine le tableau clinique, la ligature peut être d'emblée proposée en raison de sa supériorité démontrée, en particulier sur le long terme.

En l'absence de contre-indication, les ligatures élastiques peuvent être proposées avant la chirurgie mais elles sont moins efficaces sur le prolapsus de grade 3 circulaire et inefficaces sur le prolapsus de grade 4 [34].

### ✓ Les injections sclérosantes

La technique nécessite une seringue à usage unique couplée à une allonge de 10 cm. L'injection est indolore et ne doit être ni trop superficielle (œdème blanchâtre), ni trop profonde (douleurs). Deux injections par séance sont conseillées, en des sites diamétralement opposés, dirigées vers la base des pédicules hémorroïdaires internes. Le rythme entre deux séances successives le plus souvent retenu est de 2 à 4

semaines, en se limitant à un total de 2 ou 4 séances. Elles sont indiquées en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire grades 1 et 2 après échec du traitement médical [24].

#### ✓ **L'électrocoagulation bipolaire**

Ou diathermie bipolaire de contact utilise un appareil en forme de pistolet. Deux à six impulsions sont délivrées, entraînant une zone de coagulation souvent large.

L'ensemble des paquets hémorroïdaires peut être traité en une seule séance, qui peut être renouvelée 3 à 4 semaines après [35].

L'efficacité de l'électrocoagulation bipolaire sur les saignements est comparable à celle de la photocoagulation infrarouge mais moins bonne que celle des ligatures élastiques [36,37] et au prix d'effets indésirables et de complications plus importants : gêne anale presque constante [35], douleurs modérées à intenses dans 10 à 28% des cas [31,32] et rectorragies nécessitant une hémostase chirurgicale dans 8% des cas [35]. L'utilisation de cette technique à une forte intensité doit donc rester prudente et la douleur être prévenue.

#### ❖ **Le traitement chirurgical**

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical et/ou instrumental. Il peut parfois être indiqué d'emblée.

Les trois principales méthodes sont : l'hémorroïdectomie pédiculaire, technique de référence, l'hémorroïdopexie circulaire ou technique de Longo et la ligature artérielle guidée par Doppler (DGHAL) associée ou non à une mucopexie, alternative mini invasive.

- ✓ **L'hémorroïdectomie pédiculaire** : Elle consiste à réséquer le tissu hémorroïdaire selon les 3 axes anatomiques artériels en préservant des ponts cutanéomuqueux entre les plaies opératoires. Il existe des variantes techniques selon le traitement des ponts, l'ajout d'une anoplastie muqueuse postérieure, le mode de traitement des plaies opératoires qui peuvent être fermées ou

laissées ouvertes. L'hémorroïdectomie pédiculaire est possible quel que soit le grade de la maladie hémorroïdaire [24]. Elle peut être indiquée d'emblée en cas de complication aigue (poly thrombose hyperalgique et/ou nécrotique résistant au traitement médical), d'une anémie sévère, et de maladie hémorroïdaire grade 4

- ✓ **La ligature artérielle guidée par Doppler (DGHAL) :** a pour but de « désartérialiser » les hémorroïdes en diminuant de façon sélective le flux artériel des plexus hémorroïdaires tout en évitant de gêner le retour veineux. On la distingue de la mucopexie ou recto anal repaire qui fixe le plexus hémorroïdaire prolabé.

Au lieu d'exciser les hémorroïdes, le principe est donc de diminuer leur taille et de restaurer les rapports anatomiques des plexus hémorroïdaires dans le canal anal. En cas de DGHAL, 7 à 9 ligatures artérielles sont réalisées en moyenne (durée moyenne d'intervention de 20 à 30 mn). La DGHAL est recommandée en cas maladie hémorroïdaire interne grades 2 et 3 symptomatique.

La ligature artérielle seule est déconseillée en cas de grade 4. Le DGHAL associé à la mucopexie peut être proposé en alternative à l'hémorroïdopexie [24].

- ✓ **L'hémorroïdopexie agrafée (ou anopexie) circulaire :**

Décrite par Antonio Longo, elle consiste à réséquer une collerette muqueuse circulaire au sommet des hémorroïdes internes avec une pince mécanique qui assure dans le même temps la résection et une suture muco muqueuse par agrafage circulaire.

Du fait de son mode d'action, l'hémorroïdopexie n'est pas indiquée en cas d'hémorroïdes externes.



### ❖ Cas particuliers de la femme enceinte et allaitante

Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes permet l'utilisation des traitements locaux, du paracétamol, des laxatifs et des phlébotropes dans la pathologie hémorroïdaire chez la femme enceinte ou allaitante. Les AINS sont à éviter dès le début de la grossesse et sont formellement contre-indiqués à partir du début du 6<sup>ème</sup> mois (24SA) et jusqu'à l'accouchement.

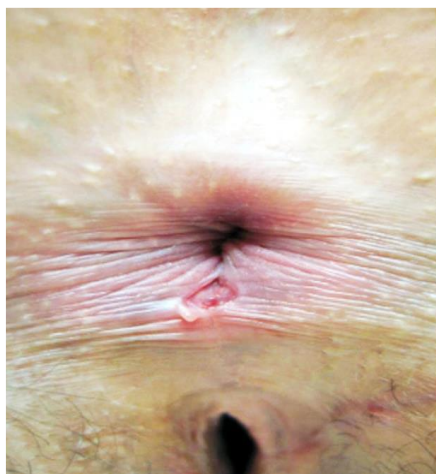
Ils peuvent être utilisés pendant l'allaitement. En période de gestation et après l'accouchement, les corticoïdes par voie orale peuvent être utilisés en cure courte à toutes les périodes en cas de thrombose hémorroïdaire œdémateuse. Si un antalgique est nécessaire on privilégie le paracétamol, quel que soit le terme de la grossesse. La morphine ne doit être prescrite qu'en cure courte et pas plus de trois jours en période d'allaitement. Pendant l'allaitement, on utilise en première intention le paracétamol ou le tramadol pendant les 72 premières heures puis la codéine en cas de besoin. Ces données doivent impérativement être actualisées avant prescription en se référant au site du CRAT.

En cas de grossesse, les ligatures élastiques et les injections sclérosantes sont contre-indiquées [24].

La chirurgie des hémorroïdes pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat est à réserver aux complications sévères (thrombose hyperalgique et/ou nécrotique, anémie aiguë) et résistant au traitement médical qui reste le traitement de première intention (avis d'expert).

#### 2.4.2 La fissure anale

La société nationale française de colo-proctologie définit la fissure anale comme étant une déchirure non cancéreuse (et sans aptitude à le devenir) de la peau qui recouvre la partie basse de l'anus. Les fissures anales peuvent se rencontrer autant chez l'homme que chez la femme et à tous les âges.



**Figure 14** : Fissure anale antérieure [13].

#### 1.4.2.1. Les facteurs de risque

- ❖ La dyschésie, principal facteur de risque
- ❖ Un terme d'accouchement tardif
- ❖ Une durée d'expulsion prolongée [38]
- ❖ La primiparité
- ❖ L'épisiotomie
- ❖ L'extraction instrumentale par forceps [39]

#### 1.4.2.2 Le diagnostic positif

##### ➤ L'interrogatoire

Le symptôme essentiel est une douleur à type de déchirure ou de brûlure. Elle est discontinue et rythmée par la défécation. Elle va persister après ou reprendre à l'issue d'une accalmie transitoire (douleur en deux temps) pour une durée variable, quelques minutes ou quelques heures, avant de disparaître jusqu'à la défécation suivante [40].

### ➤ **L'inspection**

Après avoir délicatement écarté les plis de la marge anale, on découvre une plaie allongée et courte d'un à deux centimètres. Elle se situe généralement à la commissure postérieure, mais également parfois en avant notamment après un accouchement.

### ➤ **Le toucher anorectal**

Souvent impossible à cause de la douleur et d'une contracture sphinctérienne. Il apprécie la tonicité sphinctérienne, l'état de la ligne des cryptes, l'existence de tuméfactions anales et rectales [41].

#### **1.4.2.3 Diagnostic différentiel**

- ❖ Le cancer épidermoïde dans sa forme fissuraire (lésion avec des berges saillantes et un fond infiltré et dur), il s'agit d'une femme d'âge mur ou d'un homosexuel séropositif au VIH.
- ❖ La maladie de Crohn qui peut débuter par une fissure anale isolée.
- ❖ D'autres affections peuvent mimer une fissure mais se présentent plus souvent sous forme d'ulcérations que de fissure : l'herpès anal ; les ulcérations par immunosuppression (chimiothérapie, hémopathie maligne ou SIDA) ; IST (LGV, syphilis).

#### **1.4.2.4 Evolution**

L'évolution de la fissure anale est imprévisible, capricieuse, volontiers récidivante. Si elle ne cicatrise pas rapidement, son évolution est émaillée d'une alternance de poussées successives et de rémissions.

La déchirure subit alors des transformations dues aux phénomènes inflammatoires, scléreux et infectieux, qui vont modifier son aspect : ses bords s'épaississent, se décollent et s'infiltrant, notamment au pôle externe, pour former un capuchon cutané œdémateux qui perdure sous forme d'une marisque dit sentinelle.

Le fond se creuse pour reposer sur les fibres blanches du sphincter interne mis à nu. À l'extrémité proximale, la papille anale s'hypertrophie pour former un polype fibreux de taille variable [42].

La marisque sentinelle et la papille hypertrophique sont les « éléments satellites » de la fissure anale. [41].

La fissure peut être le point de départ d'une infection qui va se propager en sous-cutané et former une fistule superficielle perforant la marisque au pied de laquelle elle s'extériorise.

La fissure anale chronique n'a pas de définition consensuelle mais on retient en général une période de 8 à 12 semaines d'évolution. Mais c'est surtout l'aspect de la fissure et l'apparition des annexes qui sont évocateurs, ainsi qu'un faible taux de cicatrisation spontanée (35%). Elle est moins douloureuse [42].

#### **1.4.2.5 Le traitement**

##### **Traitement médical**

- ❖ Mesures hygiéno-diététiques
- ❖ Régulateurs de transit
- ❖ Suppositoires et pommades associant des anesthésiques locaux et de l'hydrocortisone afin de favoriser le glissement de la selle ;
- ❖ Antalgiques : paracétamol et AINS [42].

Le traitement médical soulage les symptômes en quelques jours à une à deux semaines et guérit généralement les lésions en plusieurs semaines [41].

Il n'y a pas de bénéfice à prolonger le traitement au-delà de quarante jours [43].

□ Certains médicaments permettent de lutter contre le spasme du sphincter anal interne :

Les dérivés nitrés et les inhibiteurs calciques en application locale répétée et l'injection unique dans le sphincter anal de toxine botulique en très faible quantité

provoquant une paralysie musculaire incomplète qui récupère lentement en quelques mois [41].

Les dérivés nitrés induisent une relaxation du sphincter interne afin d'améliorer la perfusion sanguine ano-dermique [44].

➤ **Traitement instrumental**

Le traitement instrumental par injection sous fissuraire de kinine urée à 5% après anesthésie sphinctérienne est peu pratiqué et générateur dans les fissures vieilles d'infection sous fissuraire. [42].

➤ **Le traitement chirurgical**

Peut être proposé en cas de fissure chronique ou compliquée ou lorsque la douleur persiste de façon importante ou répétée malgré un traitement médicamenteux [41].

❖ **La sphinctérotomie latérale interne** : ou léiomyotomie latérale est la méthode la plus étudiée à travers le monde. Elle est considérée comme la technique de référence dans la littérature internationale. L'objectif est d'agir exclusivement sur l'hypertonie par une section du sphincter interne, la fissure cicatrisant secondairement sans autre geste complémentaire [45]. Cette sphinctérotomie est réalisée à distance de la fissure et la douleur est améliorée en une semaine. Le principal effet secondaire est la survenue de troubles de la continence [41].

❖ **La fissurectomie** : a pour objectif de retirer le tissu fissuraire et ses « éléments satellites ». Elle peut être isolée ou combinée à une sphinctérotomie ou une anoplastie (recouvrement partiel de la plaie par de la peau ou une petite partie du revêtement du rectum) ou les deux.

La fissurectomie seule fait moins bien que la sphinctérotomie latérale interne pour le contrôle de la douleur [46,47]. Elle ne supprime pas complètement le risque d'incontinence de novo [48].

La dilatation anale est abandonnée [41].

### 2.4.3 L'abcès et fistule para- anaux

L'abcès et la fistule para-anaux résultent du même processus pathogénique. Le premier dans la phase aiguë et le second en phase chronique. L'étiologie principale est une surinfection des glandes anales situées au niveau de l'espace inter-sphinctérien. L'abcès qui en résulte peut-être de localisation variable (péri-anales, ischio-rectale, inter-sphinctérien ou en fer à cheval). La fistule para-anales représente l'évolution chronique par suite d'un abcès para-anal, avec développement d'un trajet épithélialisé persistant entre le canal anal et l'orifice externe. Sa classification est faite selon sa localisation et les rapports anatomiques avec les muscles sphinctériens selon la classification de Parks. Se manifeste surtout par de la douleur et une sensation de masse. Il n'y a habituellement pas d'autres symptômes digestifs associés. Bien qu'il s'agisse d'une infection, il est important de se rappeler que la fièvre n'est pas toujours présente dans l'abcès anal.



**Figure 15 :** Abcès anal.

#### 2.4.4 L'incontinence anale

L'incontinence anale est définie par la société française de gastro-entérologie comme étant l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anus.

On parlera d'incontinence fécale en cas de pertes de selles.

#### 2.4.5 Le Cancer épidermoïde ulcéré

Les cancers du canal anal et de la marge anale n'entraînent des douleurs que lorsque ces lésions infiltrant le sphincter ou s'exulcèrent en surface [11].



**Figure 16 :** Cancer épidermoïde ulcéré



**METHODOLOGIE**





### III. METHODOLOGIE

#### 3.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au service de Médecine unité hépato-gastro-entérologie du Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako au Mali.

#### 3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique allant de Avril 2022 à Mars 2023 soit une période d'un an (12mois).

#### 3.3. Population d'étude

Tous les patients vus en consultation dans le service de Médecine unité hépato-gastro-entérologie du Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako pendant la période d'étude.

#### 3.4. Echantillonnage

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule Schwartz

$$N = \frac{Z^2 * P(1-P)}{d^2}$$

N : taille minimale de l'échantillon,

P : la prévalence des pathologies anales était de 1% au service de la chirurgie au centre de référence de la commune I de Bamako en 2019. Traoré T. Étude des pathologies anales dans le service de chirurgie du CSREF de la commune I de Bamako du 1er Janvier au 31 Décembre 2019 [Thèse]. N° 21M29 : [Bamako, Mali]: FMOS/USTTB; 2021.

Z : constante à intervalle de confiance de 95% (=1,96), d : précision absolue, la différence maximale entre le taux de population et le taux d'échantillonnage qui peut être tolérée.

**N= 15,2**

### 3.4.1. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans cette étude :

- Les patients souffrant d'une pathologie anale;
- Les patients qui ont été suivis régulièrement et prise en charge dans le service ;
- Le consentement éclairé des patients pour l'étude obtenu.

### 3.4.2. Critères de non-inclusion

N'étaient pas inclus dans cette étude :

- Les patients n'ayant pas de pathologie anale ;
- Les patients perdus de vue après une seule consultation ;
- Les Patients n'ayant pas donnés de consentement verbal éclairé pour l'étude.

## 3.5. Méthodes

Les patients inclus dans notre étude ont bénéficié d'un examen clinique complet.

### 3.5.1. Examen clinique

#### ➤ Interrogatoire : a recherché

- Les caractères sociodémographiques du patient : âge, sexe, ethnie, profession, résidence, statut matrimonial.
- Les facteurs prédisposant et déclenchants : les troubles du transit (constipation, diarrhée, alternance diarrhée-constipation), notion de pathologie anale dans la famille, les épisodes de la vie génitale.
- Le mode de vie : thé, café, alcool, tabac, épice, légume, sédentarité, métiers impliquant la prise de charge lourde, certains sports (cyclisme)

#### ➤ Examen Physique : a recherché

Les anomalies de la marge anale, une douleur à la palpation, une tumeur du canal anal et du rectum au toucher ano-rectal, la présence de sang et certaines

complications telles que : Crypto-papillites, thrombose hémorroïdaire interne et les prolapsus hémorroïdaires thrombosés.

**L'examen proctologique :** qui s'est effectué comme suit (inspection+ toucher ano-rectal + anoscopie). Il doit être préalablement expliqué au patient pour faciliter son acceptation. Le malade doit être en position genou-pectorale le plus souvent ou en décubitus latéral gauche (position de Sims). Dans certaines circonstances, l'examen pourra être réalisé en position gynécologique ou de la taille. Le rectum vide et il faut un très bon éclairage. [23]

#### ❖ Inspection

En dépliant les plis radiés de l'anوس et en faisant pousser le patient, elle permet la visualisation d'une procidence, des marisques, des thromboses externes des fissures anales, des abcès, fistule. [23]

#### ❖ Toucher ano-rectal

Débute toujours par une palpation de la marge anale préalablement lubrifiée, suivi du toucher anal puis rectal.

Permet de rechercher et d'éliminer une lésion en particulier néoplasique. Apprécie le tonus sphinctérien au repos et à la contraction volontaire tout en recherchant une douleur localisée.

#### ❖ Anoscopie

Permet l'exploration visuelle du canal anal et le bas du rectum. Permet de rechercher une lésion du canal anal, un orifice interne de fistule et d'apprécier la maladie hémorroïdaire interne.

Au terme de l'examen proctologique nous faisons la classification de Goligher.

- ✓ Stade 1 : hémorroïdes congestives ou hémorragiques, non prolabées
- ✓ Stade 2 : hémorroïdes se prolabant aux efforts de poussée, mais se réintégrant spontanément après les efforts de poussée.

- ✓ Stade 3 : hémorroïdes se prolabant aux efforts de poussées et nécessitant une réintégration manuelle.
- ✓ Stade 4 : hémorroïdes se prolabant en permanence, sans réintégration possible.

L'examen prend fin par un examen général.

### **3.5.2. Examen para cliniques**

A permis :

Une exploration endoscopique recto-colique avec au minimum une rectoscopie à fin d'éliminer une pathologie recto-colique.

### **3.6. Supports de collecte des données**

Les données ont été recueillies auprès des malades, les registres de consultation et d'hospitalisation. Elles ont été complétées par les fiches d'enquêtes individuelles.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26 et le traitement de texte avec le logiciel « WORD » et « EXCEL » version 2019. Le Test de Khi2( $X_2$ ) a été utilisé pour comparer les résultats qui ont été significatifs pour une valeur  $p < 0,05$ .

### **3.7. Variables étudiées**

Les variables suivantes ont été étudiées

#### **Le profil sociodémographique**

- Age ;
- Sexe ;
- Profession ;
- Statut matrimonial ;
- Niveau d'étude ;
- Les habitudes alimentaires ;
- Les comportements sexuels.

## Les antécédents

### ➤ Médicaux

- L'hypertension artérielle ;
- Diabète ;
- Hémorroïde, Fissure anale ;
- Consultation proctologique.

### ➤ Chirurgicaux

- Césarienne
- Appendicite
- Hernie inguinale

### ➤ Familiaux de maladie proctologique

- Maladie hémorroïdaire
- Fissure anale
- Fistule anale

## Les données cliniques

- Motif de consultation,
- Les facteurs de risque comme la constipation, la sédentarité, l'obésité, grande multiparité, alternance diarrhée constipation, ATCD de pathologie anales.
- Les signes généraux (amaigrissement ; déshydratation) les signes fonctionnels (douleur, prurit, suintement, saignement de sang rouge vif, pesanteur anale, prolapsus ou procidence hémorroïdaire) ;
- Caractéristiques de la proctalgie,
- Le toucher ano-rectal,
- Anuscopie.

### **Les données thérapeutiques**

Ont comporté :

- Les règles hygiéno-diététiques et contrôle des troubles du transit.
- Les traitements médicamenteux, les traitements instrumentaux et les traitements chirurgicaux.
- L'évolution sur le plan anatomique et sur le plan fonctionnel.

### **3.8. Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26 et le traitement de texte avec le logiciel « WORD » et « EXCEL » version 2019.

### **3.9. Aspects éthiques**

Au cours de cette étude, l'identité de chaque patient inscrit sur le dossier était confidentielle. Chaque dossier a été identifié par un numéro anonyme. Les données recueillies sur les participants sont restées confidentielles. Les participants ne seront pas identifiés dans les publications scientifiques et/ou dans les présentations liées à cette étude.



**RESULTATS**



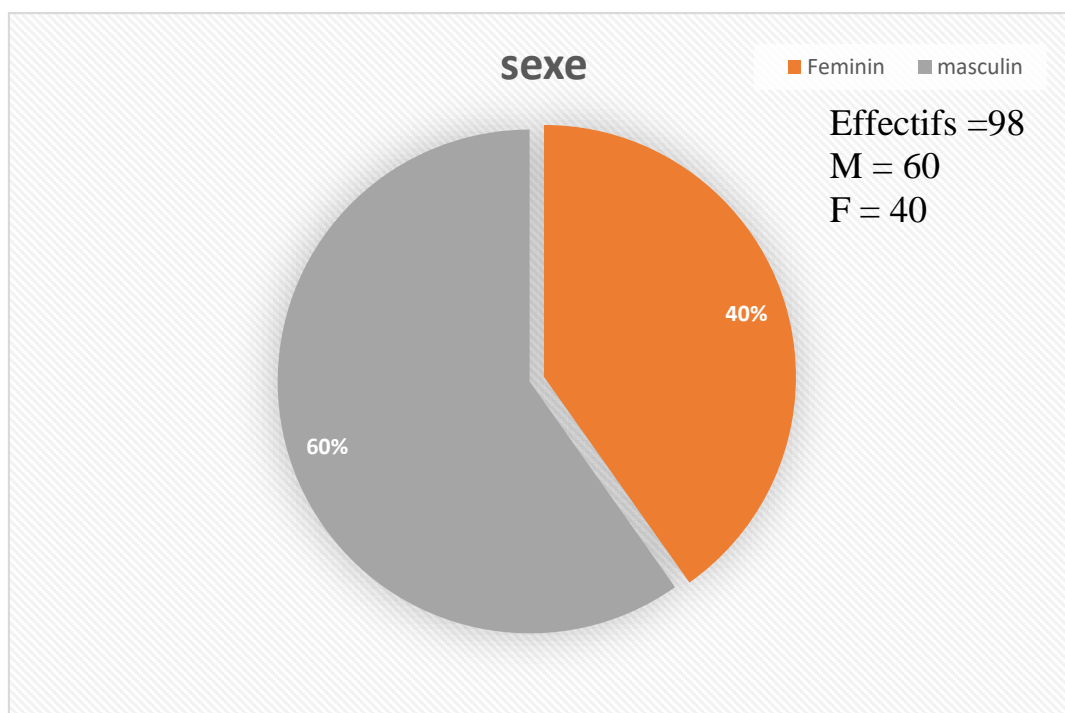
## IV. RESULTATS

### 4.1. Fréquence

Notre étude a inclus, sept cent quarante-neuf (749) patients reçus en consultation dans le service de médecine à l'unité d'hépatogastro-entérologie du centre de santé de référence de la commune V de Bamako ; parmi eux 98 patients avaient une pathologie anale, soit une prévalence de 13,08%.

### 4.2. Données sociodémographique des patients

#### 4.2.1. Sexe des patients

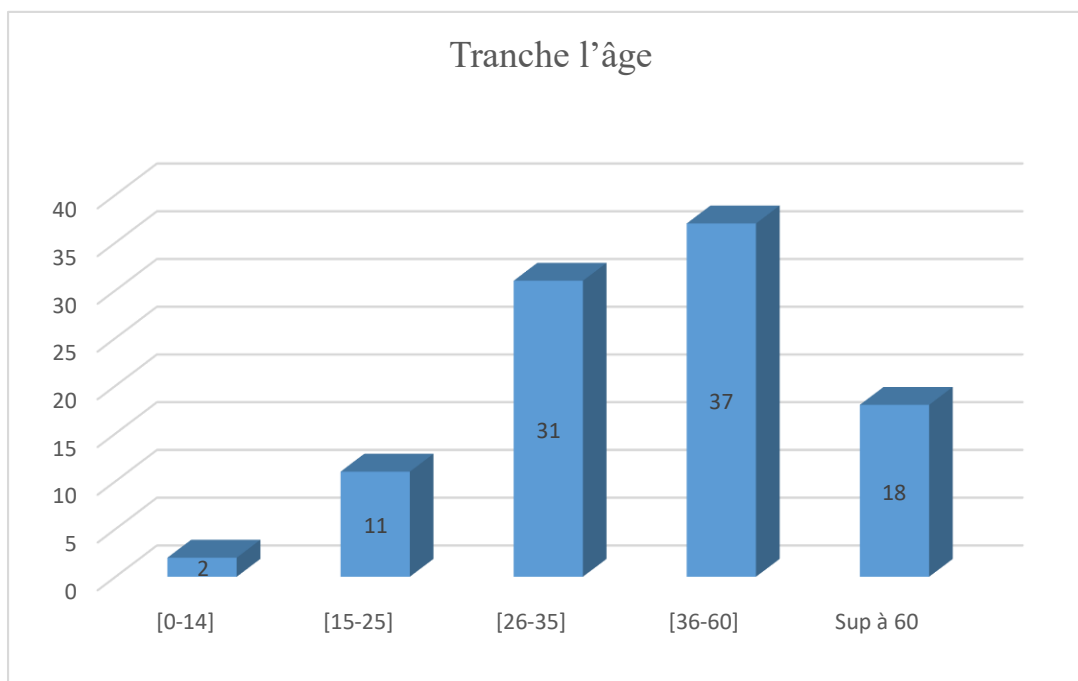


**Figure 17** : Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin était le plus représenté avec 60% avec un sexe ratio de 1,5.



### 4.2.2. Age des patients



**Figure 18 :** Répartition des patients selon les tranches l'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de [36-60] soit 37,75%. L'âge moyen était de 40 ans±15,15 ans avec des extrêmes de 15 à 80.

### 4.2.3. Profession des patients

**Tableau I:** Répartition des patients selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagères</b>	<b>25</b>	<b>25,5</b>
<b>Etudiants/élèves</b>	<b>22</b>	<b>22,4</b>
Fonctionnaires	14	14,3
Commerçants	12	12,3
Cultivateurs	10	10,2
Tailleurs	7	7,1
Chauffeurs	3	3,1
Peintres	3	3,1
Maçons	2	2
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

Les ménagères et les étudiants/élèves étaient les plus représentés soit respectivement 25,50% et 22,42% des patients.

#### 4.2.4. Statut matrimonial des patients

**Tableau II:** Répartition des patients selon le statut matrimonial.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataire	18	18,4
<b>Marié(e)</b>	<b>75</b>	<b>76,5</b>
Divorcé	1	1
Veuve	4	4,1
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Les mariés étaient les plus représentés à 76,53% des cas.

#### 4.2.5. Niveau d'études des patients

**Tableau III :** Répartition des patients selon le niveau d'étude.

<b>Niveau d'étude</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non Scolarisé	17	17,3
Primaire	33	33,7
Secondaire	35	35,7
Supérieur	13	13,3
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

35,71% des patients avaient le niveau secondaire et 33,68% avaient le niveau primaire.

#### 4.3. L'orientation sexuelle des patients

Nous n'avons pas retrouvé d'orientation sexuelle anale.

#### 4.4. ATCD des patients

**Tableau IV:** Répartition des patients selon les antécédents.

<b>Résultats des ATCD des patients</b>		<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Médicaux	Pas ATCD	84	85,8
	Diabète	7	7,1
	HTA	5	5,1
	Asthme	2	2
Chirurgicaux	Appendicite	2	2
	Hernie inguinale	1	1
	Césariennes	1	1
Consultation proctologique	Non	60	61,2
	Traditionnelle	21	21,4
	Moderne	17	17,4
Familiaux	Pas ATCD	80	81,6
	Maladie hémorroïdaire	15	15,3
	Fissure anale	3	3,1

La plupart de nos patients n'avaient pas antécédents médico-chirurgicaux, appendicite était l'antécédent chirurgical le plus représenté avec 2%.

#### 4.5. Facteurs de risques

**Tableau V :** Répartition des patients selon facteurs de risque.

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Constipation</b>	<b>65</b>	<b>66,3</b>
<b>Sédentarité</b>	<b>30</b>	<b>30,6</b>
Grande multiparité	21	21,4
Diarrhée	11	11,2
Alternance diarrhée constipation	10	10,2
Obésité	5	5,1
ATCD de pathologie anale	5	5,1

Le facteur de risque le plus retrouvé est la constipation et la sédentarité avec respectivement 66,3% et 30,6% de nos patients. Les ATCD de pathologie anale retrouvé étaient la maladie hémorroïdaire 3 et la fissure anale 2.

#### 4.6. Habitude alimentaire :

**Tableau VI:** Répartition des patients selon les habitudes socio-alimentaires.

<b>Aliments</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Céréales</b>	<b>96</b>	<b>97,9</b>
<b>Haricot</b>	<b>92</b>	<b>93,9</b>
Epices	15	15,3
Café	6	6,1
Alcool	1	1

Le régime alimentaire était souvent à base de céréales.

#### 4.7. Motif de consultation

**Tableau VII:** Répartition des patients selon les motifs de consultation.

<b>Motif de consultation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Douleur anale</b>	<b>65</b>	<b>66,3</b>
<b>Saignement anal</b>	<b>25</b>	<b>25,5</b>
Sensation de boule anale	3	3,1
Constipation	3	3,1
Prurit Anal	2	2
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

Les motifs de consultation les plus représentés étaient la douleur anale suivie du saignement anal dans respectivement 66,3% et 25,5% des cas.

#### 4.8. Les signes généraux

**Tableau VIII :** Répartition des patients selon les signes généraux.

<b>Signes généraux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon état général	86	87,8
Amaigrissement	8	8,2
Déshydratation	4	4
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

La majorité des patients avait un bon état général soit 87,8% (86/98).

#### 4.9. Les signes fonctionnels

**Tableau IX :** Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Prurit anal</b>	<b>67</b>	<b>68,4</b>
<b>Douleur anale</b>	<b>65</b>	<b>66,3</b>
Sang rouge vif rythme par la défécation	25	25,5
Pesanteur anale	11	11,2
Prolapsus ou procidence hémorroïdaire	10	10,1
Suintement anal	2	2

Le prurit anal et la douleur anale étaient les signes fonctionnels les plus représentés respectivement dans 66,3% et 68,4%.

#### 4.10. Caractères de la douleur anales

**Tableau X:** Répartition des patients selon les caractères de la douleur.

<b>Caractère de la douleur</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	
Douleur anales	Oui	65	66,3
	Non	33	33,7
Mode de début	Progressive	45	69,2
	Brutal	20	30,8
Intensité	Modéré	45	69,2
	Intense	16	24,2
	Très intense	4	6,
Irradiation	Sans irradiation	55	84,6
	Irradiation postérieure et antérieure	10	15,4
Rythmée par les selles	Oui	56	86,1
	Non	9	13,9
Facteur déclenchant	Selles de selle dure	41	63,1
	Position assise	14	21,5
	Diarrhée	10	15,4
Facteur calment	Antalgique	40	61,5
	Après défécation	15	23,1
	AINS	10	15,4

La douleur anale était présente chez 66,3% des patients dont le mode de début était progressif à 69,2%, l'intensité était modérée à 69,2% et 84,6% de la douleur n'avait pas d'irradiation. Elle était rythmée par les selles à 86,1% et était calmée par des antalgiques usuels à 61,5%.

#### **4.11. Caractère du saignement anal**

**Tableau XI:** Répartition des patients selon les caractères du saignement anal.

<b>Caractère du saignement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	
Saignement anal	Oui	25	25,5
	Non	73	74,5
Période	Au moment des selles	12	48
	Après les selles	8	32
	Avant les selles	5	20
Quantité	Minime	14	56
	Trace	8	32
	Grande abondance	3	12
Aspect	Rouge vif	24	96
	Caillot	1	4
Mode d'arrêt	Spontané	17	68
	Provoqué	9	36

Le saignement anal est survenu chez 25,5% des patients dont 48% survenant au moment des selles.

#### **4.12. Caractères de la constipation**

**Tableau XII:** Répartition des patients selon les caractères de la constipation.

<b>Caractères de la constipation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	
Type de selles	Semi dure	26	62
	Dure	16	38
Rythme ou intervalle/selles	>=3 jours	20	47,7
	1 semaine	14	33,3
	2 semaine	7	16,6
	1 mois	1	2,4

Au total 42,8% des patients avaient la constipation, 62% présentaient des selles semi dure et 47,7% avaient une durée de constipation de >=3 jours.

#### 4.13. Diagnostic retenu

**Tableau XIII :** Répartition des patients selon le diagnostic retenu

<b>Diagnostic retenu</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>MHI</b>	<b>39</b>	<b>39,9</b>
<b>MHE</b>	<b>26</b>	<b>26,5</b>
Fissure Anale	24	24,5
Abcès Anal	11	11,2
Condylome anal	4	4,1
Tumeur Anale	1	1
Ulcération anale	1	1

La maladie hémorroïdaire et la fissure anale étaient les pathologies les plus fréquente soit 66,4%, 24,4% des cas.

#### 4.14. Classification selon les grades de la maladie hémorroïdaire

**Tableau XIV:** Répartition des patients selon les grades de la maladie hémorroïde.

<b>Grades</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Grade I	15	38,5
<b>Grade II</b>	<b>21</b>	<b>53.8</b>
Grade III	2	5,1
Grade IV	1	2,6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Les grades II et I étaient les plus représentées soit respectivement 53.8% et 38,5% des patients.

#### 4.15. Classification des fissures anales

Tableau XV: Répartition des patients selon la classification des fissures anales

Classification des fissures anales	Fréquence	Pourcentage
Jeune	19	79,2
Chronique	5	20,8
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

La plus des patients présentaient une fissure jeune à 79,2%.

#### 4.16. Classification de abcès anales

Tableau XVI: Répartition des patients selon l'évolution de l'abcès.

Classification des abcès anales	Fréquence	Pourcentage
Phase pré-suppurative	1	9,1
Phase suppurative	4	36,4
Phase fistulisée	6	54,5
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

La phase fistulisée était la plus représentée avec respectivement 54,5% des cas.



#### 4.17. Traitements

**Tableau XVII:** Répartition des patients souffrant de pathologie anale selon le type de traitement reçu

Pathologie anale	Type de traitement						Total
	Médical	%	Instrumental ou ligature	%	Chirurgical	%	
Maladies hémorroïdaires	60	92,3	3	4,6	2	3,1	65
Fissure Anale	22	91,7	2	8, »	0	0	24
Abcès Anal	2	18,1	0	0	9	81,9	11
Tumeur anale	0	0	0	0	1	100	1
Condylome anal	0	0	4	100	0	0	4
Ulcération anale	0	0	0	0	1	100	1

La majorité des patients avait bénéficié d'un traitement médical soit 85,7%.

**Tableau XVIII:** Répartition des patients selon la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Prise en charge de la MH	Fréquence	Pourcentage
<b>Mesure hygiéno-diététique(MHD)</b>	<b>65</b>	<b>100</b>
<b>Veinotoniques</b>	<b>65</b>	<b>100</b>
Laxatif	56	100
Antalgique	50	80,6
Topiques locaux	20	32,6
Ligatures élastique	3	4,8
Technique de Milligan et Morgan	2	3,2

La plupart de nos patients ont été traités à l'aide des mesures hygiéno-diététiques et les veinotoniques.

**Tableau XIX:** Répartition des patients selon la prise en charge de la fissure anale.

<b>Prise en charge de la fissure anale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mesure hygiéno-diététique(MHD)</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
Antalgiques	24	100
Antibiotique	22	91,7
Laxatifs	22	91,7
Topiques locaux	18	32,2
Injection sous fissuraire de quinine urée	3	4,8

Tous les patients ont bénéficié du traitement avec des antalgiques et les mesures hygiéno-diététiques dans 100%. Ce pendant 91,7% ont bénéficié des traitements avec des Laxatifs et les Topiques locaux.

**Tableau XX:** Répartition des patients selon la prise en charge des abcès anales.

<b>Prise en charge de l'abcès anale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mesure hygiéno-diététique(MHD)</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
<b>Antalgiques et Antipyrétiques</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
Topiques locaux	10	91
Antibiotique	10	91
Incision + Drainage chirurgical	9	81,8
Laxatifs	5	45,5

Tous les patients ont bénéficié du traitement avec des antalgiques- antipyrétiques et les mesures hygiéno-diététiques dans 100%. Ce pendant 91% ont bénéficié des traitements avec des antibiotiques et les topiques locaux.

#### 4.18. Evolution

**Tableau XXI:** Répartition des patients selon l'évolution des pathologies.

<b>Evolution</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Favorable	96	97,9
Les complications	2	2,1
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

L'évolution des patients étaient favorable à 97,9%. Les complications étaient le retard de la cicatrisation de la fissure et la douleur post opératoire des hémorroïdes.

**Tableau XXII:** Répartition des patients selon la relation entre le sexe et les pathologies anales.

<b>Pathologies anales</b>	<b>sexe</b>		<b>Total</b>
	<b>Féminin</b>	<b>Masculin</b>	
Maladie hémorroïdaire	25(38,5)	40(61,5)	65(100)
Fissure Anale	12(54,5)	10(45,5)	22(100)
Abcès Anal	3(27,3)	8(72,7)	11(100)
Tumeur Anale	1(100)	0	1(100)
Condylome anal	3(75)	1(25)	4(100)
Ulcération anale	1(100)	0	1(100)

Khi-carré de Pearson= 9,275, ddl= 7, P= 0,233

Il n'existe pas de relation significative entre le sexe et les pathologies anales.

**Tableau XXIII:** Répartition des patients selon la relation entre les facteurs de risques et les pathologies anales.

Pathologies anales	Facteurs de risques						P valeurs
	Alternance diarrhée constipation	ATCD de pathologie anale	Constipation	Diarrhée	Obésité	Sédentarité	
	n /N %	n/N %	n /N %	n /N %	n /N %	n /N %	
Maladie hémorroïdaire	4/10 (40%)	3/5 (60%)	40/65 (61,5%)	6/10 (60%)	1/5 (20%)	12/30 (40%)	P= <b>0,024</b>
Fissure Anale	2/10 (20%)	1/5 (20%)	14/65 (21,5%)	3/10 (30%)	2/5 (40%)	5/30 (16,7%)	P= 0,524
Abcès Anal	3/10 (30%)	1/5 (20%)	5/65 (7,6%)	1 (10%)	1/5 (20%)	6/30 (20%)	P= 0,261
Condylome anal	0	0	4/65 (6,1%)	0	0	3/30 (10%)	P= 0,412
Ulcération anale	1/10 (10%)	0	1/65 (1,5%)	0	1/5 (20%)	1/30 (3,3%)	P= 0,314
Tumeur Anale	0	0	1/65 (1,5%)	0	0	1/30 (3,3%)	P= 0,434

La maladie hémorroïdaire était significativement retrouvée en cas de constipation.

**Tableau XXIV:** Répartition des patients selon la relation entre le signes fonctionnels et les pathologies anales.

Pathologies anales	Signes fonctionnels						P valeurs
	Sang rouge vif n /N %	Prurit anal n /N %	Douleurs anales n /N %	Pesanteur anal n /N %	Prolapsus Procidence hémorroïd aire n /N %	Suintement anal n /N %	
Maladie hémorroïdaire	9/25 (36%)	40/67 (59,7%)	30/65 (46,2%)	1/11 (9,1%)	9/10 (90%)	0	<b>P= 0,014</b>
Fissure Anale	14/25 (56%)	18/67 (26,9%)	24/65 (36,9%)	3/11 (18,1%)	0	0	<b>P= 0,024</b>
Abcès Anal	0	4/67 (5,9%)	6/65 (7,7%)	3/11 (27,4%)	0	0	P= 0,524
Condylome anal	0	3/67 (4,5%)	3/65 (4,6%)	2/11 (18,1%)	0	0	P= 0,223
Ulcération anale	1/25 (4%)	1/67 (1,5%)	1/65 (1,5%)	1/11 (9,1%)	1/10 (10%)	1 (50%)	P= 0,354
Tumeur Anale	1/25 (4%)	1/67 (1,5%)	1/65 (1,5%)	1/11 (9,1%)	0	1 (50%)	P= 0,464

Le prurit anal significative en cas de la maladie hémorroïdaire tandis que la douleur anale était significative en cas de la fissure anale.



**COMMENTAIRES &  
DISCUSSION**



## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 5.1. Limites de l'étude

Durant notre étude, nous avons été confrontés à des limites :

- ❖ Les facteurs socioculturels comme la pudeur ont influencé certaines patientes. Ce qui a rendu difficile leur examen physique.
- ❖ La taille peu élevée de l'échantillon.
- ❖ Les moyens financiers limités et parfois la réticence de certains patients n'ont pas permis d'effectuer des examens de contrôle pour le suivi post traitement à fin d'évaluer l'efficacité du traitement, qu'ils ont reçu.

En dépit de ces limites, les résultats obtenus nous ont permis d'ouvrir une discussion avec les données de la littérature.

### 5.2. Données épidémiologiques

Cette étude prospective descriptive et analytique s'est déroulée d'Avril 2022 à mars 2023 dans le service de médecine l'unité d'hépatogastro-entérologie du centre de santé de référence de la commune V de Bamako sur une période de 12 mois.

Cet échantillon a permis d'avoir une idée sur les types de pathologie anale dans notre contexte et aussi a permis d'analyser les caractères de la douleur anale ainsi que le motif de plus fréquent de consultation.

Le service a effectué 749 consultations dont 98 patients ont été inclus dans notre étude et tous ont accepté de répondre correctement à nos questionnaires. Soit un taux de réponse de 100%. Cela nous a permis de déterminer la fréquence des pathologies anales soit 13,15% ce qui était nettement supérieur à celui trouvé par Traore 4 qui avait trouvé une fréquence de 1%.

### 5.3. Données sociodémographiques

#### 5.3.1. Sexe

Le sexe masculin était le plus représenté soit 60% (n=58) avec un sexe ratio de 1,51. Ce résultat concorde avec ceux des auteurs qui ont tous retrouvé dans leur étude une fréquence plus élevée des pathologies anales chez les hommes.

Traoré T [4] avait obtenu 53,20%, A JBARA [49] et Mahassadi KA et al [50], qui avaient obtenu respectivement 78,07% et 72,06% en faveur des hommes. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par une plus grande indépendance financière des hommes leur donnant une accessibilité plus facile aux soins de santé. [70]. Elle peut être expliquée également par d'autres facteurs notamment la consommation plus importante d'excitants (alcool, café, tabac), la pratique de certains travaux de force et de sports (vélo, moto, haltère).

Ainsi la faible prédominance féminine pourrait s'expliquer par la pudeur du fait que dans notre contexte socioculturel (les pathologies anales sont considérées comme des maladies honteuses), les femmes consultent rarement pour une affection proctologique [12]. Les femmes consultent rarement pour une affection proctologique.

### 5.3.2. Âge

L'âge moyen de nos patients était de 40 ans  $\pm$  15,15 ans avec des extrêmes de 6 et 80 ans, la tranche d'âge entre 36-60 ans était la plus représentée soit 37,75% (n=37). Ce taux comparable à celui khadija HALAL [51] avait obtenu 62,74% avec comme tranche d'âge 30 à 49 ans.

Traoré T [4] avait eu comme tranche d'âge la plus représentée 26-40 ans avec 41,70%.

Cette pathologie intéresse une population jeune selon les constatations de nombreuses études surtout en africaines [52, 53, 54, 55]. Cette prédominance juvénile de nos patients pourrait s'expliquer par la jeunesse de notre population, l'espérance de vie relativement plus faible, l'analphabétisme plus prononcé au niveau des groupes plus âgés ne favorisant pas le recours à la médecine moderne et la pudeur des gens du troisième âge pour des raisons culturelles.



### **5.3.3. Activités socio-professionnelles**

Les ménagères étaient les plus représentés avec 25,5% suivie des élèves/étudiants avec 22,4%. Ceci rejoint les résultats trouvés par Dembélé S. [69] avait retrouvé dans son étude comme patient les plus représentés les femmes au foyer 28,07%. Par contre Yassibanda S. et al [61] ont rapporté dans leur étude une prédominance des fonctionnaires 28,4%, suivis des ménagères 17,2%, des étudiants 13,3%. Ce qui traduit que les pathologies anales sont des affections fréquemment observée chez les sujets en position debout ou assise et pendant l'exercice de leur fonction.

### **5.4. Signes fonctionnels**

Conformément à la littérature, la douleur anale et les prurits anales étaient les signes fonctionnels prédominant dans notre étude soit 66,3 et 85,7%. Ces fréquences sont comparables à ceux rapportés par Katile [62] et Dia [58], qui étaient respectivement de 59 %, 78, 4 % en faveur de la douleur anale.

### **5.5. Les facteurs de risque**

Les facteurs de risque les plus représentés étaient la constipation avec 66,32%, et ce résultat est comparable à celui de Dembélé S [69] qui avait trouvé 51% de constipation ; contrairement, A JBARA [49] avait obtenu 34,54% de tabagiques. Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par le mode de vie et habitudes alimentaires dans ces différentes populations et concordent avec les données de la littérature qui rapporte que la constipation est un facteur de risque de la survenue des pathologies anales [3].

### **5.6. Le motif de consultation**

Le motif de consultation le plus fréquent dans notre étude était la douleur anale avec 66,33%. Ce taux est inférieur à celui de TRAORE A [57] et al qui avait trouvé 77,3% et supérieur à celui de Traoré T qui avait trouvé 34,30%. Par contre Dia D et al, [58], Ankouane F et al, [59] et Mahassadi KA et al [50] avait obtenu une prédominance de la rectorragie avec des fréquences respectives 56,34% et de 63,2%.

Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et les biais méthodologiques.

## 5.7. Caractères de la douleur

Dans notre étude la majorité des patients avaient un mode de début de la douleur était progressif soit 70,11%, ce taux est comparable à ceux de Camara LS [60] et Dembélé KS dans des études réalisées au Mali soit respectivement 66,7% et 61,8%. La brûlure anale était dominante soit 57% dans la présente étude ce même constat a été fait par Camara LS [60] et Dembélé KS qui trouvaient 47,1 % et 42,1% des douleurs anales étaient à type de brûlure.

La douleur était modérée chez 67,82% des patients dans notre étude ce résultat est nettement supérieur à ceux de Camara LS [60] et Dembélé KS qui avaient trouvés chez 45,1% et 53,9% des patient des douleurs anales d'intensité modérée.

Dans notre étude les selles dures représentaient 63,08% des facteurs déclenchants de la douleur ce résultat confirme les études de Dembélé S [69] et Tade AO et al, Dia D et al.

La majorité de nos patients avaient comme facteur calmant les antalgiques de palier I soit 76,93% ce taux confirme aussi l'étude de Yassibanda S et al [61] qui avait le même résultat soit 78%.

## 5.8. Les pathologies anales

### a. La maladie hémorroïdaire

La maladie hémorroïdaire était la plus fréquente des pathologies anales au cours de notre étude avec 63,26% comme dans d'autres études africaines, Bagny A et al, Maiga MY et al. [9, 64] avaient trouvés respectivement 69,9%, 36,6%. Traore T [4] avait trouvé 69,4% de maladie hémorroïdaire.

La maladie hémorroïdaire était retrouvée surtout chez les sujets jeunes de sexe masculin. Cette maladie était source de douleur anale et saignement, qui motivaient parfois des traitements traditionnels souvent responsables de complications graves à types de surinfection ou d'ulcération. [65].

**La douleur anale :** Elle a été retrouvée chez 46,2% de nos patients souffrant de MH ce taux est inférieur à celui de TRAORE A [57] et al Traore T [4] qui avaient trouvés

77,3% et 69,3%; cela confirme la thèse de la littérature que la douleur anale est le motif de consultation le plus fréquent.

**Saignement anal :** Il a été retrouvé chez 24% de nos patients souffrant de la MH ce taux est comparable à celui de TRAORE A [57] qui avait trouvé 30% et supérieur à celui Traore T [4] qui avait trouvé 18%.

**Grade :** La maladie hémorroïdaire grade II était majoritaire dans notre étude avec 53,22%. Ce taux est contraire aux données Traoré T [4] qui trouvait le grade IV étant le plus fréquent avec 64,67%.

**Traitement de la maladie hémorroïdaire :**

91,9% des patients souffrant de maladie hémorroïdaire ont été traités médicalement et 3,2% ont subi une intervention chirurgicale, eux tous ont été opérés par la technique de Milligan et Morgan.

**b. La fissure anale**

La fissure anale était la deuxième pathologie la plus fréquente dans notre étude avec 24,5%. Ce résultat est proche de ceux de Tade AO et al, Dia D et al, [66, 58] qui avaient trouvés 26,2% et 24,1%.

**La douleur anale :** Elle a été retrouvée 30,8% chez de nos patients souffrant de la fissure anale ce taux est nettement inférieur à ceux de BT DEMBELE [67] et Traore T [4] qui avaient obtenu respectivement un taux allant de 92 à 100% et 76,9%.

**Saignement anal :**

Elle était présente chez 60% de nos patients souffrant de la fissure anale ce taux est inférieur à celui de BT DEMBELE [67] qui avait trouvé un taux allant 71 à 84% et supérieur à celui de Traore T [4] qui a trouvé 23%.

**Classification de la fissure :**

La fissure anale la plus représentée était la fissure jeune avec 77,28% ce résultat est comparable à celui de Traoré T et al [4] qui avait trouvé la fissure jeune avec 88,5% des cas.

**Traitement de la fissure anale :**

91,7% de nos patients souffrant de la fissure anale ont reçu un traitement médical.

---

### **c. Abscès anale**

L'abcès anale en phase fistulisée était de 6,12% ce résultat est inférieur à celui de Bagny A et al; [9] avec 8,7% mais habituellement la prévalence des fistules anales est faible dans la plupart des études africaines Ndjitoyap Ndam E C et al 1991 ; Maiga MY et al, Yassibanda S et al [68, 64, 61] probablement à cause de la pudeur ou par simple négligence. Le fort pourcentage de ces fistules anales dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agissait des sujets jeunes qui présentaient souvent une proctalgie et ou une suppuration.

La phase fistulisée est l'abcès anale la plus représentée avec 60% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Traoré T et al [4] qui avait trouvé 18% des fistule.

#### **Traitement de la fistule anale :**

81,1% de nos patients souffrant de la fistule anale ont été reçu un traitement chirurgical

Dans notre étude nous avons eu une seule tumeur anale ce donnée était comparable aux données de la littérature Dia D et al, Yassibanda S et al [58, 61], par contre Bagny A et al [9] avait trouvé 1,9% de cancer anal. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que qu'il y a beaucoup de service de référence publiques dans la ville de Bamako.



**CONCLUSION &  
RECOMMANDATIONS**



## CONCLUSION

Les pathologies proctologiques sont des affections fréquentes et d'actualité mais elles restent peu déclarées.

Les pathologies anales sont fréquentes chez les patients jeunes de sexe masculin et dominées par des affections bénignes représentées par la maladie hémorroïdaire au premier lieu suivi des fissures anales. Leur diagnostic est essentiellement clinique et la prise en charge est très souvent médicale lorsqu'elles sont vues en consultation de façon précoce. Cette étude a donné un aperçu sur les étiologies les plus fréquentes mais une étude de plus grande envergure est nécessaire pour mieux cerner les étiologies mais aussi de comprendre leur prise en charge dans notre contexte.

## RECOMMANDATIONS

- ❖ Aux autorités sanitaires :
  - La création et l'équipement des structures spécialisées en proctologie
  - Renforcer le plateau technique (Endoscope) de l'unité d'hépatogastro-entérologie du centre de santé de référence de la commune V;
- ❖ Aux personnels sanitaires :
  - Organiser les campagnes de sensibilisation sur les affections proctologiques par les moyens d'IEC et de CCC ;
  - S'impliquer dans les programmes de sensibilisation et de formation des prestataires de soins ;
  - Rechercher systématiquement les pathologies anales lors des consultations.
  - La sensibilisation de la population contre l'abandon des pratiques néfastes des tradithérapeutes.
- ❖ A la population :
  - Consulter le plus tôt que possible dans les structures sanitaires les plus proche devant tous cas de pathologie anale.
  - Respecter les consignes données par les agents de santé concernant les mesures hygiènes diététique.
  - Le non considération de la pathologie anale comme une maladie honteuse.



**REFERENCES**





## REFERENCES

1. **PFENNINGER JL, ZAINEA GC.** Common anorectal conditions: Part II (2001). Lesions. Am Fam Physician; 64 (1): 77-88.
2. **RIVADENEIRA DE, STEELE SR, TERNENT C, CHALASANI S, BUIE WD, RAFFERTY JL.** Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised 2010): Dis Colon Rectum 2011;54(9):1059–64.
3. **O. CHEMSI.** Le profil épidémiologique des affections proctologiques, Expérience du service de chirurgie viscérale et proctologique à HMIMV sur deux ans (2005-2006) [Thèse]. N°154, 2007 : Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
4. **Traoré T.** Étude des pathologies anales dans le service de chirurgie du CSREF de la commune I de Bamako du 1er Janvier au 31 Décembre 2019 [Thèse]. N° 21M29 : [Bamako, Mali]: FMOS/USTTB; 2021.
5. **Abramowitz L, Batallan A.** Épidémiologie des lésions anales (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) pendant la grossesse et le post-partum. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2003 ; 31(6), 546-9. doi:10.1016/s1297-9589(03)00127-9 .
6. **Poskus T, Budzinskiene D, Grasutiene G, Samalavicius NE, Barkus A, Barisauskiene A et al.** hemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. General obstetrics. 2014 ;1666-71.
7. **Assi C, Soumare G, Koné S, Ouattara A, Diakité M, Lohoues-Kouacou MJ CB et al.** Prévalence des hémorroïdes et de la fissure anale dans l'étiologie des proctalgies inaugurales au centre hospitalier universitaire de Cocody cote d'ivoire. Mali Med. 2012;27(4):18–21.
8. **Ollende C.** Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24 heures du post partum. Thèse Méd. Université Mohamed V Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010 : 105.

9. **Bagny A, Lawson-Ananissoh L, Bouglouga O, El Hadji Y, Kaaga L, Redah D, et al.** La Pathologie anorectale au CHU campus de Lomé. 2017;22(3):425-7.
  10. **Dicko M L.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse N° 155. Bamako; 2007, 112
  11. **DOUMBIA A.** Etude des Pathologies anales au cours de la grossesse et du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako ; [Thèse]. N° 21M371 : [Bamako, Mali]: FMOS/USTTB; 2021.
  12. **X. DELGADILLO,** La proctologie pratique au quotidien, Mali. 2015 ; 3 : 38-41.  
<http://www.proctologica.com/images/stories/media/pratique%20quotidienn%20en%20proctologie.pdf>
  13. **L. ABRAMOWIT, A. BATALLAN,** Epidémiologie des lésions anales (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) pendant la grossesse et le postpartum, EMC, Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2003;31(6): 546-9.
  14. **Parnaud E, Guntz M, Bidart J M, Bernard A, Chome J.** Anatomie normale, macroscopique et microscopique du réseau hémorroïdal. Arch Fr Mal App Dig 1979 ;65:501-14.
  15. **Keita B J.** Ulcère gastro-duodénaux en chirurgie B à l'hôpital du point G à Bamako. [Thèse en méd]: [Bamako, Mali]: FMOS/USTTB; 1990 : 110
  16. **Diarra M.** Maladie hémorroïdaire.  
[http://cnom.sante.gov.ml/docs/EPU\\_MALADIE\\_HEMORROIDAIRE\\_MH.pdf](http://cnom.sante.gov.ml/docs/EPU_MALADIE_HEMORROIDAIRE_MH.pdf).
  17. Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie (CDU-HGE). Rectum-canal anal. In : Les fondamentaux de la pathologie digestive. Editions Elsevier. Paris : Masson ; 2014. En ligne  
<https://fr.slideshare.net/mutangachuk/rectum-et-canal-anal>.
  18. **Thomson WH.** The anatomy and nature of piles. Dans: Kaufman HD. The haemorrhoid syndrome. Tunbridge Wells : Abacus Press: 1981; 15-33.
-

19. **Suduca JM, Staumont G, Suduca P.** Hémorroïdes. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gastroentérologie, 2001 ; 10(86) :15
20. **Parnaud E, Bauer P.** Hémorroïdes : physiopathologie et traitement. *Rev Prat* 1985; (35):3423-33.
21. **Mac Arthur C, Lewis M, Knox EG.** Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98: 1193-204
22. **Abramowitz L, Sobhani I.** Les complications anales de la grossesse et de l'accouchement, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2003;3(27): 277-83
23. **Jiang Z, Weisong T, Jinduo C.** Double-blind randomized clinical trial in evaluating the efficacy and safety of rectum mucosa protector in the treatment of acute hemorrhoids. *Chin J Surg* 2001;39 :53-5.
24. **Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte Duhoux C et al.** Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report). *J Visc Surg.* 2016 Jun;153(3):213-8. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2016.03.004. Epub 2016 May 18. PMID: 27209079.
25. **Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, Lopez-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF et al.** Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006 Jan;101(1):181-8. Review.
26. **Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez Zapata MJ, Mill E, Heels Ansdell D; Johanson JF et al.** Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 2006 Aug; 93(8):909-20. Review.
27. **Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M.** Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15;8:
28. **Coulom P.** Non surgical therapy of hemorrhoids. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33(10- 11 Suppl): F20-6.

29. **Chiloiro M, Darconza G, Piccioli E, De Carne M, Clemente C, Riezzo G.** Gastric emptying and orocecal transit time in pregnancy. *J Gastroenterol.* 2001 Aug ; 36(8) : 538-43. Doi : 10.1007/s005350170056. PMID : 11519832.
30. **Poon GP, Chu KW, Lau WY, Lee JM, Yeung C, Yiu TF et al.** Conventional versus triple rubber band ligation for hemorrhoids. A prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1986;(29): 836-8.
31. **Ho YH, Tan M, Seow-Choen F.** Micronized purified flavonoidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:66-9.
32. **Johanson J F, Rimm A.** Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:1600-6.
33. **Gupta PJ.** Infrared coagulation versus rubber band ligation in early stage hemorrhoids. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:1433-9.
34. **Mac Rae HM, McLeod RS.** Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A metaanalysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:687-94.
35. **Randall GM, Jensen DM, Machicado GA, Jensen DM, Machicado GA, Hirabayashi K et al.** Prospective randomized comparative study of bipolar versus direct current electrocoagulation for treatment of bleeding internal hemorrhoids. *Gastrointest Endosc* 1994; 40:403-10.
36. **Dennison A, Whiston RJ, Rooney S, Chadderton RD, Wherry DC, Morris DL.** A randomized comparison of infrared photocoagulation with bipolar diathermy for the outpatient treatment of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1990; 33:32-4.
37. **Jutabha R, Jensen D, Chavalitdhamrong D.** Randomised prospective study of endoscopic rubber band ligation compared with bipolar coagulation

- for chronical bleeding internal hemorrhoids. Am J Gastroenterol 2009 ; 104:2057-64.
38. **Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M et al.** Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum 2002 ; 45 : 650-5.
39. **Martin JD.** Post-partum anal fissures. Lancet 1953 ; 271-3.
40. **Godeberge P.** La fissure anale. EMC traité de gastroentérologie. (9): Elsevier, 2015:9087-A-10.
41. **Charlotte FW.** La fissure anale. Société Nationale Française de Colo-Proctologie. 2014 :1-8.
42. **Phillipe G, Pierre C.** Fissures anales : du diagnostic au traitement. Post'U. 2015.
43. **Gagliardi G, Pascariello A, Altomare DF, Arcanà F, Cafaro D, La Torre F et al.** Optimal treatment duration of glyceryl trinitrate for chronic anal fissure: results of a prospective randomized multicenter trial. Tech Coloproctol 2010; 14:241-8.
44. **Steele SR, Madoff RD.** Systematic review: the treatment of anal fissure. Aliment Pharmacol Ther 2006; 24:247-57.
45. **Littlejohn DR, Newstead GL.** Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure. Dis Colon Rectum 1997; 40:1439-42.
46. **Oh C, Divino CM, Steinhagen RM.** Anal fissure. 20-year experience. Dis Colon Rectum 1995; 38:378-82.
47. **Leong AF, Seow-Choen F.** Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. Dis Colon Rectum 1995;38:69-71.
48. **Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, Devulder F, Ganansia R, Castinel UN et al.** Sphincter-sparing anal-fissure surgery: a 1-year. Prospective, observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty. Colorectal Dis 2013;15:359-67.
-

49. **A JBARA**, Experience de service de chirurgie générale de l'hôpital militaire Avicenne en chirurgie proctologique sur six ans (2013-2018). FMP marakech 2019 : 62-3
50. **KA MAHASSADI**, Les affections colo proctologiques et leurs déterminants au CHU de Yopougon 2012 : 75
51. **K HALAL**, Épidémiologie analytique des affections proctologiques. Expérience du service de chirurgie visérale et proctologie à HMIMV RABAT : 40
52. **Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN**. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *BJ Obstet Gynaecol* 1994; 101:22-8.
53. **Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell PR**. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998; 92:955-61.
54. **Baghestan E, Irgens LM, Bordahl PE, Rasmussen S**. Familial risk of obstetric anal sphincter injuries: registry-based cohort study. *BJOG* 2013; 120:831-8.
55. **Evers EC, Blomquist JL, Mc Dermott KC, Handa VL**. Obstetrical anal sphincter laceration and anal incontinence 5-10 years after childbirth. *Am L Obstet Gynecol* 2012; 207: 425-6.
56. **K. FELLOUS**, La maladie hémorroïdaire. *Actual Angiol* 1997;220:1991-3.
57. **TRAORE A**. La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Toure: [Thèse]: [Bamako, Mali]: FMOS/USTTB; 2010 :360.
58. **DIA D, DIOUF ML, MBENGUE M, BASSENE ML, FALL S, DIALLO S et al.** (2010) Pathologies anorectales à Dakar, analyse de 2016 examens proctologiques. *Med Afr Noire* ; 57 :241-4
59. **ANKOUANE F, KOWO M, BIWOLE SIDA M, TZEUTON C, NDJITTOYAP NDAM EC.** (2015) Anus Diseases in Proctology Consultation in the Yaounde University Teaching Hospital (Cameroon):
-

- Male Predominance, Taboo and Neglected Diseases. *Austin J Gastroenterol* ; 2(5): 1051.
60. **Camara LS.** Etude de la maladie hémorroïdaire au service de chirurgie générale du CS Réf Commune I [Thèse]. [Bamako, Mali]: FMOS/USTTB; 2013.
61. **Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi G.S, Boua N C-PS. et al.** La pathologie ano-rectale a bangui republique de centrafrique (RCA). *Mali Med.* 2004;19(2):12–4.
62. **Katile D, Katile D, MY Dicko, Soumare G, Malle O, Sangare D, et al.** Aspects cliniques et endoscopiques des fissures anales dans deux sites d'endoscopie digestive de Kayes (Mali). *Heal Sci Dis.* 2019;20(5):82–4.
63. **DARIE H, KLOTZ F (1996).** La pathologie anale et péri-anale en zone tropicale. *Acta endoscopica* ; 26 : 9-16.
64. **MAÏGA MY, TRAORE HA, DIALLO G, DEMBELE K, KALLE A, DEMBELE M, GUINDO A.** (1995) Etude épidémiologique de la pathologie anale au Mali. *Med Chir Dig* ; 24 : 269-70.
65. **BOUGOUMA A, GIUNGANE NA, SOMBIE RA.** (2012) La pathologie anorectale en milieu hospitalier à Ouagadougou (approche endoscopique): aspects épidémiologiques et diagnostiques. *Med Afr Noire*; 5: 87-94.
66. **TADE AO, SALAMI BA, MUSA AA, ADENIJI AO.** (2004) Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital (OOUTH), Sagamu. *Niger Postgrad Med J* ; 11 (3) : 218-20.
67. **BT DEMBELE et al,** fissures anales primaires dans le service de chirurgie générale chu Gabriel Touré.: [Thèse]: [Bamako, Mali]: FMOS/USTTB ; 2012 : 1331.
68. **Ndjitoyap Ndam E C, Njoya O, Mballa E, Nsangou M F, Njapom C MNE et al.** Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu camerounais : étude analytique de 720 examens. *Med Afr Noire.* 1991;38(12):835–41.
-

69. **DEMBELE S et al.** La proctalgie : profil épidémiologique, clinique et thérapeutique dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Toure. Bamako, : [Thèse en méd]: [Bamako, Mali]: FMOS/USTTB; 2021.
70. **Ka M, Kg S, Ki A,** Service Y, Correspondance Y, Kouam A. Les affections colo-proctologiques et leurs déterminants au CHU de Yopougon (côte d'Ivoire). Rev int sc méd. 2012;14(1):73–7.





**ICONOGRAPHIE**



**ICONOGRAPHIE DES PATHOLOGIES ANALES DANS LE SERVICE DE  
MEDECINE UNITE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE DU CSREF  
CV DE BAMAKO.**



**Figure 19 :** Fissure anale postérieur + Fissure anale chronique avec marisque sentinelle au CSREF CV (Photo Diarra A.A)



**Figure 20 :** Prolapsus hémorroïdaire au CSREF CV (Photo Diarra A.A)



**Figure 21:** La fissure anale postérieure au CSREF CV (Photo Diarra A.A)



**Figure 22:** Prolapsus hémorroïdaire + Fissure anale au CSREF CV (Photo Diarra A.A)



**ANNEXES**



## ANNEXES

### Fiche d'enquête

#### I Identification du patient

Centre : .....

#### Q1 : Numéro de la fiche d'enquête

Numéro du dossier :

Tel :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Q2 : Nationalité : Malienne

Non Malienne (à préciser) .....

Q3 : Ethnie : .....

Q4 : Niveau d'instruction :

1 : Non Scolarisée  2 : Fondamentale :  3 : Secondaire  4 : Supérieure

Q5 : Profession : .....

Q6 : Statut Matrimonial : .....

Q7 : Résidence : .....

Q8 : Comportement sexuel : .....

Q9 : Motif de consultation : .....

Q10 : Facteur de risques

1 constipation  2 sédentarité  3 Surpoids  4 Accouchement  Age > 30 ans

#### II ATCD

Q10 : Médicaux : 1 : HTA  2 : Diabète  3 : Constipation  4 Drépanocytose

5 Hémorragie digestive 6 : Diarrhée .....

Q11 : Antécédent Chirurgicaux : 1 .....

Q12 : Antécédent Obstétricales :

Gestité : 1 : Primi-geste  2 : Multi geste  3 : Grande multi geste

Parité : 1 : Nullipare  2 : Primipare  3 : Multipare :  4 : Grande Multipare

Avortements : 1 : oui  2 : Non

Décès : 1 : oui  2 : Non

**Q13 : Antécédent Gynécologiques :** .....

**Q14 : Antécédent proctologique**

1 : Douleur anale : ..... 2 : Rectorragie : ..... 3 : suintements : ..... 4 : Incontinence anale :

**Q15 : Antécédent de consultation proctologique :**

1 : Moderne Oui  Non  2 : Traditionnelle Oui  Non

**Q16 : Familiaux**

1 : Maladies Hémorroïdaires : ..... 2 : Tumeur colorectal : ..... 3 : Maladie de Crohn..... 4 : Fissure anale : ..... 5 : Fistule anale : ..... 6 : Autres : .....

### **III Habitude Socio-Alimentaires**

**Q17 : Base Alimentaire**

1 : Céréales Oui / Non 2 : Fruits Oui/ / Non/ / 3 : Autres Oui/ / Non / /

### **IV Examens**

**A) : Examen Général**

**Q18 : Etat général :** 1 : Bon  2 : Passable  3 : Altéré

**Q19 : Conjonctives** 1 : Colorées  2 : Pales

**Q20 : TA :** .....mmhg **Taille :** ..... **Température :** ..... **Poids :** .....

**B) Examen physique :**

.....

**C) Donnés Proctologiques**

**D)**

➤ **Interrogatoire**

**Q21 : Douleurs anale** 1 : Oui  2 : Non

**Q22 : La rectorragie :** 1 : Oui  2 : Non

**1 : Période :** a : Avant les selles [ ] b : Au moment des selles [ ] c : Apres les selles [ ]

---

**2 : Quantité :** a : Trace [ ] b : Minimale [ ] c : Grande abondance [ ] d : Autres (à préciser)

**3 : Aspect :** a : Rouge vif [ ] b : Noire [ ] c : Caillot [ ] c : Autres (à préciser)

**4 : Mode d'arrêt :** a : Spontané [ ] b : Provoque [ ] c : Autres (à préciser)

**Q23 : Prurit anal :** Oui  Non

**Q24 : Suintement anal :** Oui  Non

**Q25 Incontinence anale :** Oui ...  Non.....

**Q26 : Constipation :** Oui  Non.....

**1 : Type de selle :** a : dure [ ] b : semi dure [ ] c : liquidien [ ]

**2 : Durée :** a : 1<sup>er</sup> semaine [ ] b : 2 semaines [ ] c : 1 mois [ ] d : Autres .....

**Q27 : Diarrhée :** Oui/...  Non..... .

**1 : Type de selle** a : Liquidienne [ ] b : Glaireuse [ ] c : Glaire-sanglante [ ] d : Sanglante

**2 : Fréquences des selles :** a : Trois selles/ jour [ ] b : Plus de trois selles/jour [ ]

**3 : Durée de la diarrhée :** a : Trois jours [ ] b : Une semaine [ ] c : Autres à préciser

**C) Examen proctologique**

**Inspection :** a: Prolapsus hémorroïdaire [ ] b : Marisque hémorroïdaire [ ] c : Ulcération

Anale [ ] d : Orifices fistuleux [ ] e : Fissure anale [ ] f : Tuméfaction Anale [ ] g : R A S

**Q28 : Toucher Ano-rectale**

**1 : Douleur anale** Oui  Non .  **2 : Masse anale !** Oui  Non...

**4: Sphincter anale :** a : tonique  b : Hypotonique  c : Hypertonique

**5: Saignement** Oui.  Non .....

**Anuscopie :**

.....  
.....

**D) : Autres symptômes :** .....

**V. Bilans morphologiques:**

**Rectoscopie :** Oui  Non

Résultat .....

Coloscopie totale : Oui  Non

Résultat .....

VI : **Diagnostic retenu** : .....

VII : **Traitement proposé** :

1) **Médical** : Oui  Non

➤ **Médicaments** .....

2) **Chirurgical ...**

.....

3) **Anapath** : Oui  Non





**FICHE SIGNALETIQUE**



## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** DIARRA

**Prénom :** ABOU ADAMA

**Date et lieu de naissance :** 07/05/1997 à Klèla

**Titre de la thèse :** Prise en charge des pathologies anales au centre de santé de référence de la commune V de Bamako.

**Année académique :** 2022 – 2023

**Nationalité :** Malienne

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

**Secteur d'intérêt :** Hépto- gastro-entérologie, biologie, santé publique

**E-mail/N° de téléphone :** abouadamadiarra@gmail.com/ 00223 70-25-99-83

### RESUME :

#### INTRODUCTION :

Les pathologies anales sont des affections touchant la marge anale et le canal anal. Elles demeurent un motif fréquent de consultation en hépto-gastro-entérologie. Ces affections proctologiques surviennent à toutes les tranches d'âge avec une nette prédominance au niveau de la population jeune.

#### METHODOLOGIE :

Le but de notre étude était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques des pathologies anales au service de Médecine du CSRéf CV de Bamako. Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique portant sur la prise en charge des pathologies anales allant du 1er Avril 2022 au 31 Mars 2023 soit une période d'un (1) an ayant inclus les patients souffrant de pathologie anale. Les variables recueillies étaient : l'âge, le sexe, la profession, le statut matrimonial, le niveau d'étude, les facteurs de risques, les données cliniques (motif de consultation, les signes fonctionnels, les signes physiques caractéristiques de la proctalgie, anoscopie, rectoscopie) ; les étiologies, les traitements.

---

## RESULTATS :

Au total, 749 patients ont été reçu en consultation durant la période d'étude dans le service de Médecine unité hépato-gastro-entérologie du Centre de Santé de Référence de la commune V. Les pathologies anales concernaient 98 patients soit une prévalence de 13,08% (98/749). L'âge moyen était de 40 ans $\pm$ 15,15. Les hommes représentaient 60% des cas soit un sexe ratio de 1,5. Les ménagères étaient les plus représentés avec 25,5% Les mariées représentaient 76,5%. Quant aux motifs de consultation, la douleur anale dominait soit 66,3% suivi du saignement anal qui était de 25,5%. Le facteur de risque le plus retrouvé était la constipation avec 66,3% La maladie hémorroïdaire et la fissure anale étaient les pathologies les plus fréquentes avec respectivement 63,2% et 24,48% des cas. Le traitement médical a été utilisée dans 85,7% des cas.

## CONCLUSION :

La pathologie anale est fréquente dans notre contexte. La maladie hémorroïdaire et la fissure anale sont les principales pathologies rencontrées. Des efforts sont nécessaires pour l'équipement du CSRéf V en appareil endoscopique digestive.

**Mots clés :** Pathologie anale, Traitement, CSRéf commune V de Bamako.

## PERSONAL INFORMATION

**Name:** DIARRA

**First name:** ABOU ADAMA

**Date and place of birth:** 07/05/1997 in Klèla

Thesis title: Treatment of anal pathologies at the reference health center in commune V of Bamako.

**Academic year :** 2022 – 2023

**Nationality :** Malian

**City of defense :** Bamako

**Place of deposit :** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS)

**Sector of interest :** Hepato-gastroenterology, biology, public health

**Email/Phone number :** abouadamadiarra@gmail.com/ 00223 70-25-99-83

## SUMMARY:

### INTRODUCTION

Anal pathologies are conditions affecting the anal verge and the anal canal. They remain a frequent reason for consultation in gastroenterology. These proctological conditions occur in all age groups with a clear predominance in the young population.

### METHODOLOGY:

This was a prospective, descriptive and analytic study, focusing on the Treatment of anal pathologies ranging from April 1, 2022 to March 31, 2023, a period of one (1) year having included patients suffering from pathology anal in the gastrology unit of the medicine department of the reference health center of commune V of Bamako. The variables collected were: age, sex, profession, marital status, level of study, risk factors, clinical (reason for consultation, characteristics of proctalgia, anoscopy,) ; the etiologies, the treatment.

## **RESULTS :**

In total, 749 patients were seen for consultation during the study period in the medicine department hepato-gastro-enterology unit at the reference health center of commune V. Anal pathologies concerned 98 patients, representing a prevalence of 13.08% (98/749). The average age was 40 years  $\pm$  15. Men represented 60% of cases, giving a sex ratio of 1.5.

Housewives were the most with 25.5% respectively. Brides accounted for 76.5%. As for the reasons for consultation, anal pain dominated 66.3% followed by rectal bleeding which was 25.5%. Hemorrhoidal disease and anal fissures were the most common pathologies with 63.2% and 24.4% of cases respectively. The most common risk factor was constipation/sedentary lifestyle at 66.32%. Medical treatment was used in 85.7% of cases.

## **CONCLUSION :**

Anal pathology is common in our context. Hemorrhoidal disease and anal fissure are the main pathologies encountered. Efforts are necessary to equip the CSRef V with a digestive endoscopic device.

Keywords: Anal pathology, treatment, CSRef Bamako

## 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 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 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 !**