

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

Université des Sciences, des Techniques



U.S.T.T-B

Et des Technologies de Bamako

FACULTE DE MEDECINE ET

D'ODONTO-STOMATOLOGIE



Année Universitaire : 2022-2023

Mémoire N°....

TITRE

***PRISE EN CHARGE DE LA PROCTALGIE DANS LE
SERVICE D'HEPATO GASTRO-ENTEROLOGIE DU
CHU GABRIEL TOURE***

Présenté et Soutenu publiquement le 27/03/2024 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par :

Dr SIMPARA Aboubacar

**Pour l'obtention du Grade d'Hépatogastroentérologue
(Diplôme d'Etat)**

JURY

Président : Monsieur DEMBELE Bakary Tientigui (*Professeur*)

Membres : Monsieur TRAORE Amadou (*Maître de conférences agrégé*)

Co-Directrice : Madame SAMAKE Kadiatou DOUMBIA (*Maître de conférences agrégé*)

Directeur : Monsieur DIARRA Moussa Tiémoko (*Professeur*)



SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

al : alius (plur. masc. alii, fem. aliea, neutre alia), traduit en français par et autre

Aniasco : Centre santé communautaire de Niamakoro

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CSRéf : Centre de santé de Référence

DES : Diplôme d'étude de spécialisation

EVA : Echelle visuelle Analogique Verticale

FMOS Faculté de Médecine et Odontostomatologie

HTA : Hypertension Artérielle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

N0 : Pas d'envahissement ganglionnaire

SOMMAD : Société Malienne des Maladies de L'appareil Digestif

SPSS: Statistical Package for the social sciences

T 3 : Tumeur envahissant la sus-séreuse

T1 : Tumeur envahissant la sous muqueuse

T2 : Tumeur envahissant la musculieuse

T4 : Tumeur envahissant les organes adjacents

TDM : Tomodensitométrie.

USTTB : Université des Sciences des Techniques et Technologie de Bamako

DEDICACES

Ce travail est dédié à :

Je rends grâce

A Allah, le tout Puissant, le Miséricordieux, le Maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je lui rends grâce de m'avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail.

Je vous dois ce que je suis devenu.

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde. "Il est ALLAH, Unique.

ALLAH, Le seul à être imploré pour ce que nous désirons. Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus.

Et nul n'est égal à Lui".

ALLAH ! Point de divinité à part lui, le vivant, celui qui subsiste par lui-même "al Qayyum". Ni somnolence ni sommeil ne le saisissent. A lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre. Qui peut intercéder auprès de lui sans Sa permission ? Il connaît leur passer et leur futur. Et de sa science, ils n'embrassent que ce qu'Il veut. Son Trône "Kursiy" déborde les cieux et la terre, dont la garde ne lui coûte aucune peine. Et Il est le Très Haut, le Très Grand.

REMERCIEMENTS

Ce travail est une infime partie de tes immenses grâces.

À MES PARENTS

❖ À mon cher père Dr SIMPARA Dababou

Tu t'es battu pour que moi, mes frères et sœurs soyons à l'école. Tu t'es battu pour que nous méritons le respect des autres. Tu as su créer en moi l'amour du travail bien fait. Tes infatigables conseils ont porté fruits. Tu m'as guidé avec rigueur mais aussi avec amour ; sans toi je ne serai pas ce que je suis aujourd'hui. Sache père que ta mission est accomplie. Mon rêve d'être médecin tout comme toi s'est réalisé grâce à toi.

Père exemplaire, courageux, ambitieux, sage ; chez qui j'ai trouvé la bonne moralité, toujours le réconfort, les encouragements, particulièrement dans les moments pénibles. Toi qui m'as donné tant de choses et tu continues à le faire sans jamais te plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. Tu es un artisan actif de la réalisation de cette œuvre et un modèle auquel je m'identifie. Toute la famille se joint à moi pour te dire Merci papa.

Je remercie le bon Dieu ; de m'avoir donné le meilleur des pères qui puisse exister.

Qu'ALLAH puisse te garder pendant longtemps auprès de nous.

Je t'aime très fort papa.

❖ À ma mère MAKADJI Kadiatou, Source inépuisable de sagesse, d'amour, de patience et de sacrifice.

Chère mère, les mots me manquent pour vous exprimer mes sentiments de tous les jours. Vous êtes toujours prêtes à tout sacrifier pour que, je devienne meilleur. Votre amour et votre soutien ne nous ont jamais fait défaut. Ton sens élevé de l'amour, du respect, de l'honneur et de la dignité a fait de moi l'homme que je suis. Vos prières ont été d'un immense soutien tout au long de mes études. J'implore Dieu qu'il m'aide à compenser tous les malheurs passés, pour que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur, car j'aurais encore besoin de ton amour.

Qu'ALLAH le tout puissant te protège du mal, te procure longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime très fort maman.

À MES FRÈRES et SŒURS SIMPARA Ousmane, SIMPARA Abdramane, SIMPARA Sory, SIMPARA Sidy Mohamed, SIMPARA Mamadou, SIMPARA Fatoumata.

Merci pour le respect et la confiance.

❖ À ma chère épouse NANAKASSE Aminata

Tu es ma moitié, ma confidente, tu es ma meilleure. Tu es la plus belle de me rencontre et une lumière qui illumine ma vie. Tu m'as toujours soutenu et cru en moi, tu as toujours été présente à m'encourager et donner le plus fort de moi-même, sans toi ceci ne serait jamais accompli. Tu es cette énergie qui me propulse vers le haut. A tes côtés je m'épanouis à tes côtés je me sens en vie. Merci pour tout ce bonheur que tu m'apportes, merci de partager le bon et le mauvais moment chaque jour.

Qu'ALLAH protège notre couple et nous donne longue vie remplie d'amour et de bonheur.

❖ **À mes deux enfants Sokona et Assan Badiallo**

Vous êtes mes cadeaux le plus précieux, vous remplissez de bonheur chaque jour dans ma vie. Que Dieu fasse que j'accomplis mon rôle de père et vous donne une éducation que vous méritez. Que ce travail soit le témoignage de l'amour et l'affection que je porte pour vous.

❖ **Au corps professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine**

Et d'Odontostomatologie de Bamako.

Chers maîtres nous vous remercions pour les savoirs transmis et de vous nous garderons toujours le souvenir des hommes de science pédagogues et dévoués.

❖ **À nos professeurs maîtres de conférences et/ou de recherche Pr DIARRA Moussa T ; Pr KONATE Anselme ; Pr MAÏGA Moussa Y ; Pr DOUMBIA Kadiatou ; Pr SOW Hourouma ; Pr DICKO Moussa Y ; Pr TOUNKARA Makansiré Pr Sanogo Deborah.**

C'est animé d'un grand plaisir et un honneur que nous avons appris à vos côtés. Vous ne serez jamais remerciés assez pour la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Trouvez ici chers maîtres, le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect. Puisse le Seigneur vous prêter une longue vie.

❖ **Aux D.E.S du service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GT : Dr KOUMARE Mariam ; Dr CAMARA Amadou ; Dr TRAORE Alimatou ; Dr KODIO Seydou ; Dr DABALEH Abdoul Kader ; Dr TRAORE Aichatou ; Dr KONATE Adama ; Dr DIARRA Sara Ditio ; Dr SAVANE Boubacar.**

Chers collègues, les liens tissés entre nous ont dépassé le cadre professionnel. Que cette belle cohésion au sein du service subsiste à jamais. Merci pour votre accompagnement, votre disponibilité, vos précieux conseils, les connaissances transmises et tous les agréables moments passés ensemble. Bon courage et bonne chance pour le reste de la formation.

❖ **À mes aînés Dr COULIBALY Ismaël ; Dr FOFANA Yaya ; Dr KEITA Maria ; Dr MAÏGA Abdoulaye ; Dr DIALLO Aiché ; Dr DRABO Sabine Dr Maiga djibrilla Dr Ahmed Mohamed;**

Chers aînés vous nous laissez le souvenir d'hommes de science responsables et courtois. Merci pour l'encadrement et les conseils. Que Dieu nous aide tout au long de nos carrières professionnelles.

❖ **À mes cadets du service Assitan KANTE ; Dr Mariam GUITTEYE ; Dr Sawé DEMBELE ; Dr Gaoussou BAMBERA ; Dr Moussa KEITA ; Mamou Hamed DIALLO, Dr Abdel ADEOTI ; Dr Bô SACKO ; Dr Adama Abou DIARRA ; Dr Lamine N'DIAYE ; Dramane COULIBALY ; Dr Fatoumata Sanogo merci pour votre disponibilité et tous le respect à mon égard.**

À la secrétaire Tanti Alima, Karifo Diakité, Tanti Assetou, Major Diallo, tous les infirmiers et les techniciens de surface du service d'hépatogastro-entérologie.

Vous avez rendu agréable ce séjour.

A tout le corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie et de l'université KANKOU Moussa merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY DE MÉMOIRE

Professeur DEMBELE Bakary Tientigui

- ✿ **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 TOURE ;**
- ✿ **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.CHI.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).**

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre pragmatisme, votre rigueur scientifique et votre culture multidisciplinaire font de vous un maître hors pair. Vous êtes une source d'inspiration. Nous sommes fières et honorés de compter parmi vos disciples.

Votre capacité d'analyse et vos précieuses recommandations ont permis d'améliorer ce travail.

Permettez-nous de vous remercier de nous avoir confié ce travail et accepter notre profonde reconnaissance.

Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations puissent jouir de vos enseignements

Amen !

À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY DE MÉMOIRE

Professeur TRAORE Amadou

☞ **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 avons été sensibles au grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos valeurs humaines tels que la simplicité, l'abord facile, la courtoisie, l'humilité, en plus de vos qualités scientifiques font de vous un exemple à suivre et incitent le respect et l'admiration.

Votre disponibilité, votre ponctualité, votre rigueur, vos qualités pédagogiques et l'intérêt que vous portez à la bonne formation des étudiants font de vous un grand maître très estimé.

Veillez croire cher Maître, en l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Que le Tout Puissant vous bénisse, vous donne la force d'atteindre vos objectifs, qu'il bénisse tout ce que vous entreprendrez et conforte votre santé. Amen !

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTRICE DE MÉMOIRE

Professeur 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'hépto-gastroentérologie (SAHGE) ;**
- ✿ **Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) ;**
- ✿ **Membre de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE).**

Honorable maître,

Vous avez toujours su vous rendre disponible afin de répondre favorablement à nos demandes. Votre inaltérable dynamisme, vos grandes qualités humaines, votre rigueur scientifique et votre capacité à transmettre ont suscité de l'admiration chez nous. Votre image guidera notre vie sociale et professionnelle.

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger cette thèse malgré vos multiples occupations avec une spontanéité témoignant de votre intérêt vis-à-vis de l'encadrement des plus jeunes.

Nous voudrions vous témoigner toute notre reconnaissance et nos remerciements pour tout ce que vous faites pour nous.

Qu'Allah vous donne santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement. Amen !

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE MÉMOIRE

Professeur DIARRA Moussa Tiemoko

- ✿ **Professeur titulaire en Hépatogastro-Entérologie à la FMOS ;**
- ✿ **Chef de service d'Hépatogastro-Entérologie au CHU GT;**
- ✿ **Président de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif;**
- ✿ **Membre de la Société Africaine d'Hépatogastro-Entérologie ;**
- ✿ **Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive ;**
- ✿ **Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie ;**

Membre du Collège Ouest Africain des Médecins

Honorable maître,

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance. Votre rigueur scientifique et votre culture multidisciplinaire font de vous un maître hors pair. Votre capacité d'analyse bien aiguisée et vos précieuses recommandations ont permis d'améliorer ce travail.

Vos valeurs humaines telles que la simplicité, associées à vos qualités intellectuelles font de vous un modèle de grand maître que tout élève aspirerait avoir.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de nos vifs remerciements.

Qu'Allah vous donne santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

Amen !

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon le niveau d'étude	33
Tableau II : Répartition des patients selon les troubles du transit intestinal	34
Tableau III : Répartition des patients selon l'état général	34
Tableau IV : Répartition des patients selon le résultat à l'inspection de l'examen proctologique	35
Tableau V : Répartition des patients selon le résultat au toucher ano-rectal	35
Tableau VI : Répartition selon les résultats de l'anuscopie	36
Tableau VII : Répartition selon les caractéristiques de la proctalgie	37
Tableau VIII : Répartition selon l'hématochésie	38
Tableau IX : Répartition selon la rectoscopie	38
Tableau X : Répartition des patients selon l'étiologie de la proctalgie	38
Tableau XI : Répartition des patients selon la prise en charge médicale de la proctalgie	39
Tableau XII : Répartition des patients selon le traitement	39
Tableau XIII : Répartition des patients selon la prise en charge de l'Étiologie	40
Tableau XIV : Répartition des patients selon l'évolution	40
Tableau XV : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et l'étiologie de la proctalgie	41
Tableau XVI : Répartition des patients selon la relation entre Âge et l'étiologie de la proctalgie	42
Tableau XVII : Répartition des patients selon la relation entre Sexe et l'étiologie de la proctalgie	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe frontale du canal anal	10
Figure 2 : Hémorroïdes	17
Figure 3 : Fissures anales	18
Figure 4 : Abscès anal.....	19
Figure 5 : Hématome périnéal thrombosé.....	20
Figure 6 : Cancer épidermoïde ulcéré	20
Figure 7 : Répartition des patients selon le sexe.....	32
Figure 8 : Répartition des patients selon la tranche d'âge	33
Figure 9 : Fissure anale infectée.....	58
Figure 10 : Fissure anale postérieure	58
Figure 11 : Fissures bipolaires	58
Figure 12 : Prolapsus hémorroïdaire + Fissure anale.....	59
Figure 13 : Thrombose hémorroïdaire externe	59

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	2
2. OBJECTIFS	5
2.1. Objectif général.....	5
2.2. Objectifs spécifiques.....	5
3. GÉNÉRALITÉS	7
3.1. Définition	7
3.2. Intérêt	7
3.2.1. Intérêt épidémiologique	7
3.2.2. Intérêt diagnostic.....	7
3.2.3. Intérêt thérapeutique et pronostic	7
3.3. Epidémiologie	7
3.4. Rappel anatomique du canal anal	9
3.5. Physiopathologie.....	15
3.6. Diagnostic	15
3.7. Diagnostic étiologique	16
4. MÉTHODOLOGIE	27
4.1. Cadre d'étude	27
4.2. Type et période d'étude	27
4.3. Population	27
4.4. Critères d'inclusion.....	27
4.5. Critères de non-inclusion	27
4.6. Echantillonnage.....	27
4.6.1. Technique et déroulement de la taille de l'échantillon	27
4.6.2. Calcul de la taille de l'échantillon.....	27
4.7. Patients et Methodes	28
4.8. Collecte et l'analyse des données	29
4.9. Variables étudiées	29
4.10. Considération éthique	30
5. RÉSULTATS	32
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	45

CONCLUSION	51
RECOMMANDATIONS	52
REFERENCES	54
ICONOGRAPHIE	58
ANNEXE	61

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La proctalgie est un symptôme fréquent en consultation proctologique. Non spécifique, elle peut révéler aussi bien une urgence, une maladie grave qu'une maladie chronique ou une affection bénigne [1]. La consultation proctologique, tout comme celle de gynécologie ou d'urologie, est particulière étant donné la dimension intime qu'elle présente à tel point qu'il n'est pas toujours facile de consulter au sujet des problèmes anaux ou rectaux [2].

La proctalgie fugace est une algie anorectale intermittente évoluant en général de façon chronique. La prévalence de la proctalgie fugace dans la population générale varie entre 3 et 15 % [3,4,5].

Dans l'étude de Diarra MH sur la perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire la douleur anale était présente chez tous les patients (100%) [6]. Elle était le principal motif de consultation des pathologies anales dans le service de chirurgie du CSRéf de la commune I en 2019 avec 61,1% selon l'étude de Traoré T [7]

Elle est probablement sous-estimée en Afrique noire du fait de la pudeur, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'information [8,9,10]. La pathologie anorectale regroupe l'ensemble des affections de l'anus et du rectum qui constituent la partie terminale du tube digestif faisant suite au côlon, la symptomatologie anorectale est très fréquente aussi bien en consultation de médecine générale qu'en milieu spécialisé, notamment en Afrique. Elle est souvent en relation avec des affections bénignes. Celles-ci sont dominées classiquement par les hémorroïdes et les fissures anales respectivement 73% et 28% dans une étude réalisée en côte d'Ivoire. Leurs principaux signes d'appel sont les rectorragies et les douleurs anales ou proctalgies [11]. Un examen proctologique permet généralement d'évoquer un diagnostic qui sera confirmé par l'endoscopie et/ou l'histologie. Le diagnostic étiologique d'une douleur proctologique n'est pas toujours facile dès la première consultation.

Les proctalgies doivent faire l'objet d'investigations très précises. S'il est vrai que l'anamnèse permet de suspecter, dans la plupart des cas, l'étiologie des crises douloureuses, les investigations complémentaires se sont notablement enrichies au cours des années par les acquisitions de la radiologie : IRM, Scanner et échographie endo-anale.

Ce travail a été initié dans le but d'approfondir les données sur la proctalgie de façon générale dans notre contexte. Ainsi nous nous sommes proposé d'évaluer la prise en charge de la proctalgie dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1.Objectif général

- ❖ Etudier les proctalgies dans le service d'Hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré

2.2.Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence hospitalière de la proctalgie.
- ❖ Déterminer les caractéristiques sociales démographiques des patients consultant ou souffrant de proctalgie.
- ❖ Identifier les étiologies des proctalgies.
- ❖ Déterminer les aspects thérapeutiques de la proctalgie.

GÉNÉRALITÉS

3. GÉNÉRALITÉS

3.1. Définition

La proctalgie est un symptôme fréquent en consultation proctologique. Non spécifique, elle peut révéler aussi bien une urgence, une maladie grave qu'une maladie chronique ou une affection bénigne [1].

3.2. Intérêt

3.2.1. Intérêt épidémiologique

Les maladies proctologiques constituent un motif de consultation fréquent en gastro-entérologie en médecine générale. Environ 15% des patients consultant un médecin ont des plaintes proctologiques.

3.2.2. Intérêt diagnostic

Son diagnostic repose sur le seul interrogatoire. Les patients sont asymptomatiques entre les crises. L'examen clinique, ainsi que les explorations complémentaires, sont normaux et n'ont pour seul intérêt que d'écarter les diagnostics différentiels.

Son mécanisme n'est pas clairement identifié mais l'hypothèse d'une contracture du muscle lisse prévaut actuellement.

3.2.3. Intérêt thérapeutique et pronostic

Son traitement est superflu dans la grande majorité des cas, car une simple explication sur la bénignité de leurs douleurs suffit à rassurer les patients.

3.3. Epidémiologie

La prévalence des plaintes proctologiques est assez élevée selon plusieurs études de population générale. Malgré cette prévalence élevée, souvent les patients ne consultent pas, vu le contexte socioculturel qui sous-estime la pathologie proctologique et continu à la considérer comme un tabou. Par conséquent, ces patients ont souvent recours à l'automédication ou à des préparations artisanales pour se faire soigner, ce qui entraînerait parfois des conséquences dramatiques.

La proctalgie fugace est une algie anorectale intermittente générale varie entre 3 et 15 % [3–5]. Des prévalences plus élevées ont été rapportées au sein de

populations spécifiques, notamment chez des patients ayant une incontinence urinaire (17 %), un ulcère peptique (20 %), une maladie inflammatoire de l'intestin (29 %), un prolapsus pelvien (36 %) ou un syndrome de l'intestin irritable (50 %). Il n'y a pas d'explication claire pour ces écarts de prévalence aussi importants. Cependant, le fait que plus de 80 % des patients ayant des proctalgies fugaces ne consultent pas un médecin pour ce seul motif pourrait expliquer que la prévalence soit plus importante, des lors que cette pathologie est recherchée à l'interrogatoire systématique [12].

La maladie hémorroïdaire est le premier motif de consultation proctologique [13] et la pathologie hémorroïdaire interne est l'affection proctologique la plus fréquente [14].

Sa prévalence aux Etats-Unis dans la population générale varie de 4,4% d'après l'étude de Johanson et Sonnenberg de 1990 [15,16] à 12,8% selon l'étude de Le Clere et al. de 1989 [17]. Plus de 50% de la population âgée de plus de 50 ans aurait souffert de maladie hémorroïdaire dans sa vie [17].

En Afrique, la forte prédominance de la maladie hémorroïdaire en pathologie anale a été rapportée par N'DRI et coll. en Côte d'Ivoire et DIA et coll. au Sénégal [8] et MAIGA et coll. au Mali [17]. Selon l'étude de Bagny A et al sur la Pathologie anorectale au CHU campus de Lomé (Togo) les lésions les plus fréquentes étaient les hémorroïdes (69,9%) puis la fistule anale dans 8,7% des cas [9]. Le tableau clinique était dominé par l'hémorragie digestive basse, la proctalgie et le syndrome hémorroïdaire avec respectivement 280 cas (34,4%), 253 cas (31,1%) et 56 cas (6,9%) [9].

Au Mali dans l'étude de Diarra MH sur la perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire la douleur anale était présente chez tous les patients (100%) [6]. Elle était le principal motif de consultation des pathologies anales dans le service de chirurgie du CSRéf de la commune I en 2019 avec 61,1% selon l'étude de Traoré T [7]. Elle représentait 32,9% selon l'étude de Camara LS sur la maladie hémorroïdaire au service de chirurgie générale du CS Réf Commune I

la douleur anorectale était le motif de consultation [18]. Elle a été plus fréquemment retrouvée dans l'étude de Koné I en 2021 soit 100% des cas de fissure anale [19].

3.4. Rappel anatomique du canal anal

Le canal anal ou rectum périnéal est le segment du rectum qui s'étend depuis le diaphragme pelvien des releveurs en haut jusqu'à l'orifice anal en bas. C'est le segment le plus fixe du rectum, il est situé à la partie médiane du périnée postérieur, au-dessous du plancher des releveurs, entre les deux fosses ischio-rectales [20].

De forme cylindrique, de 3 cm de long, il a un calibre extérieur de 2 à 3 cm mais sa cavité est normalement virtuelle au repos [20,21].

Sa direction est oblique en bas et en arrière et fait donc avec celle de l'ampoule rectale un angle à sinus postérieur d'environ 80°. Le sommet de l'angle, situé juste au-dessous des releveurs, constitue le cap anal [21].

La projection squelettique du canal, se fait au niveau de la tubérosité ischiatique, au-dessous d'une ligne unissant le bord supérieur de la symphyse pubienne à la pointe du coccyx.

La morphologie interne peut être facilement étudiée par anoscopie. Elle varie suivant le niveau considéré :

-À la partie inférieure, le canal anal s'ouvre par l'anus ou orifice anal situé approximativement au centre du périnée postérieur, sur la ligne médiane, un peu en avant du coccyx, au fond du sillon inter fessier. De forme circulaire lorsqu'il est dilaté, entouré d'une peau glabre, fine, pigmentée et humide constituant la marge anale sur laquelle divergent de nombreux plis : les plis radiés de l'anus [21].

-Plus haut, le revêtement du canal anal est constitué par un épithélium dermo-papillaire lisse non kératinisant : la muqueuse de Hermann occupant la zone dite du pecten. Cette zone est limitée en haut par la ligne pectinée d'aspect festonné formée par le bord inférieur des valves semi-lunaires [21].

-Encore plus haut, la paroi interne du canal anal apparaît de coloration rouge foncé, elle est tapissée par une muqueuse de type rectale présentant une série de replis verticaux : les colonnes de Morgagni qui unissent entre elles en bas en formant des replis à concavité supérieure : les valves semilunaires [20,21].

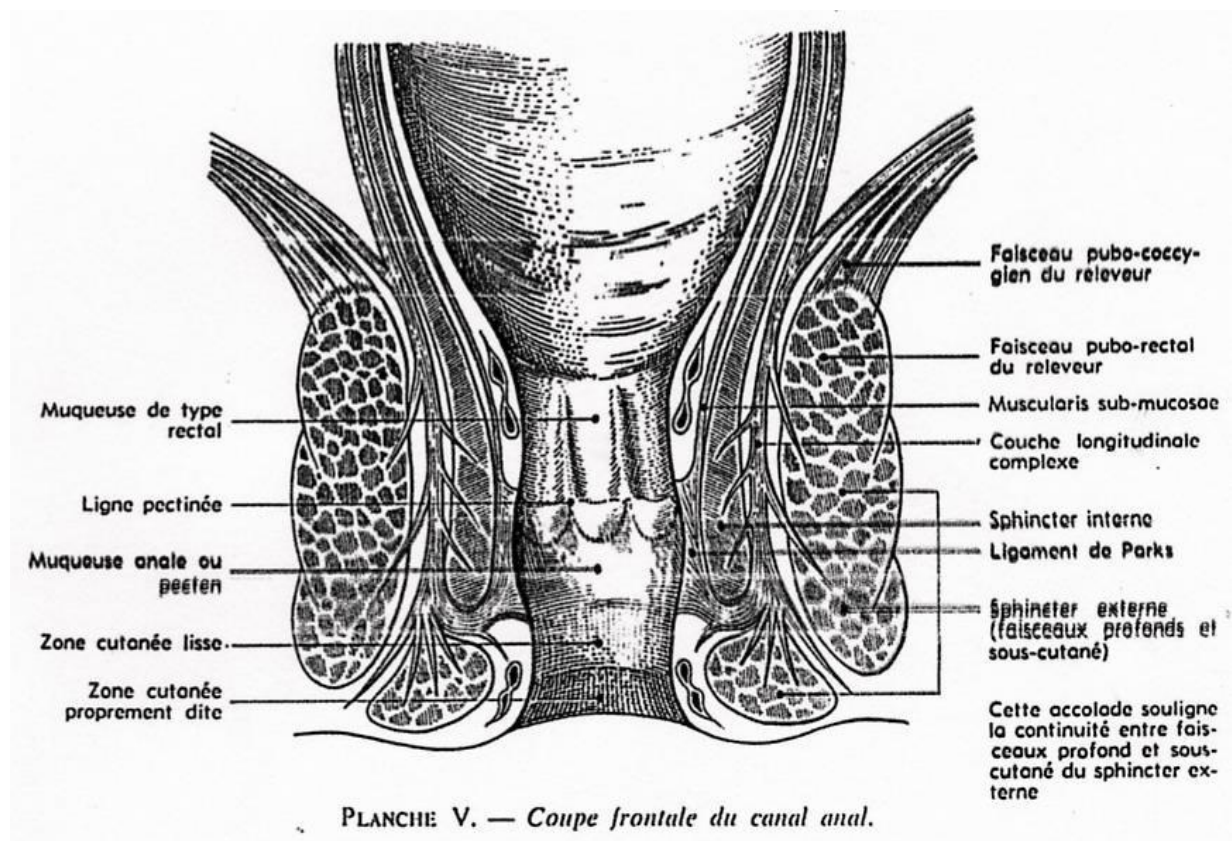


Figure 1 : Coupe frontale du canal anal

❖ Moyens de fixité

Segment le plus fixe du rectum, le canal anal doit sa fixité : à sa solidarité avec les releveurs de l'anus ; à l'adhérence de son sphincter strié au noyau fibreux central du périnée en avant, au raphé ano-coccygien en arrière ; à la présence du muscle recto-urétral chez l'homme, recto-vaginal chez la femme.

❖ Structure

Le canal anal, tout comme le rectum auquel il fait suite, est constitué de trois tuniques : une muqueuse, une sous muqueuse et une musculuse [20,21].

-La muqueuse

Présente un aspect différent suivant le niveau considéré et on peut lui distinguer trois segments différents : un segment inférieur d'aspect cutané ; un segment moyen, le pecten, revêtu par une muqueuse lisse dermo-papillaire, la muqueuse de Hermann ; un segment supérieur où la muqueuse prend progressivement le type de la muqueuse rectale.

-La sous muqueuse

Continue la sous muqueuse rectale, elle est riche en plexus veineux et elle présente surtout une muscularis mucosae qui s'épaissit vers le bas et solidarise le pecten à la couche musculaire interne pour former le ligament suspenseur de Parks.

-La musculuse

Est la plus complexe. Elle est formée de deux couches musculaires superposées de fibres musculaires lisses, renforcées par le sphincter externe strié de l'anus. Ces deux couches comprennent :

-une couche profonde de fibre musculaire continuant les fibres musculaires du rectum et constituant une série d'anneaux emboîtés les uns sur les autres. Elle se renforce et s'épaissit dans la partie inférieure du canal anal sur une hauteur de 3 à 6 mm pour former le sphincter interne.

-une couche superficielle longitudinale qui continue la couche longitudinale du rectum. Ses fibres sont renforcées par des fibres striées venues des releveurs et par des fibres aponévrotiques issues de l'aponévrose pelvienne et des aponévroses périnéales. A la partie inférieure du canal anal, les fibres de la couche longitudinale divergent :

-en dehors pour former le fascia peri-anal qui sépare les deux faisceaux du sphincter externe ;

-en bas en traversant verticalement le faisceau sous-cutané du sphincter externe pour se fixer à la face profonde de la peau de la région anale ;

-en dedans elles traversent le sphincter interne pour rejoindre la muscularis mucosae et le ligament de Parks.

-Le sphincter interne est responsable de la majorité du tonus de repos du canal anal.

- Le sphincter externe ou sphincter strié de l'anوس est un muscle strié formé de fibres circulaires concentriques constituant un anneau de 8 à 10 mm de large sur 2 à 2.5 cm de haut. On reconnaît à se sphincter externe deux faisceaux :

+un faisceau profond, le plus haut situé, indissociable du faisceau pubo-rectal du releveur ;

+un faisceau sous-cutané situé au-dessous du précédent, à la partie inférieure du canal anal.

En avant les fibres musculaires s'entrecroisent également de part et d'autre de la ligne médiane et vont se terminer sur la face profonde de la peau et surtout sur le noyau fibreux central du périnée.

L'innervation du sphincter externe est assurée par le nerf anal ou nerf hémorroïdal, branche du plexus honte

L'action du sphincter externe est d'assurer la continence ano-rectale, il est responsable de 15 à 27 % du tonus de repos du canal anal. Il joue un rôle essentiel dans la défécation.

Ainsi sont individualisés deux espaces cellulux sous épithéliaux qui intéressent la description des hémorroïdes :

-l'espace peri-anal sous muqueux, dans les deux tiers supérieurs du canal anal, entre la muqueuse et le sphincter interne, et au-dessus du ligament de Parks ; cet espace contient le plexus hémorroïdaire interne ;

-l'espace peri-anal sous-cutané dans le tiers inférieur du canal anal qui contient le plexus hémorroïdaire externe. Les deux sites sont séparés par la dépression hémorroïdaire correspondant à l'insertion de Parks sur la muqueuse.

Les glandes d'Hermann et Desfosses sont à l'origine des fistules anales. Ce sont des canaux, simples ou ramifiés, s'étendant dans le sou muqueux et traversant le sphincter interne ; ils pénètrent parfois le sphincter externe. Au nombre de huit, ces glandes s'abouchent dans le canal anal au niveau des cryptes de Morgagni, au

niveau des cryptes les plus postérieures, mais leur topographie est variable. Leur infection, le plus souvent par des germes intestinaux, provoque des suppurations inter-sphinctériennes puis des fistules anales proprement dites dont l'origine est, par définition, cryptoglandulaire. (Des glandes sous-pectinéales existent et sont à distinguer des précédentes, car elles s'abouchent sous la ligne pectinée plutôt à la partie antérieure de l'anus. De structure identique aux glandes d'Hermann et Desfosses, elles ne sont à l'origine que de petits abcès superficiels ou inter-sphinctériens). Cette infection peut se propager dans les différents espaces périanaux délimités par les structures musculaires.

❖ **Rapports**

-En arrière, les rapports sont identiques chez l'homme et chez la femme, ils s'effectuent avec le raphé Ano coccygien, puis le coccyx et la partie inférieure du sacrum.

-Latéralement, avec les fosses ischémie rectales, limitées en haut par la face inférieure du releveur, latéralement par la paroi pelvienne tapissée par le muscle obturateur interne, et en bas par le paquet vasculo-nerveux honteux interne.

-En avant, chez la femme, on trouve la cloison recto vaginale, et chez l'homme, le fascia inter génitaux rectal ou aponévrose de Denon Villiers qui constitue une membrane solide entre la partie haute du canal anal, et le rectum et la loge prostatique.

❖ **Vascularisation et innervation**

-La vascularisation artérielle [20,21]

Est assurée par les artères hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures. Les artères hémorroïdales supérieures sont des branches de l'artère mésentérique inférieure et représentent le courant prédominant aboutissant au plexus hémorroïdaire interne. Avant d'être dans le plexus sous muqueux, les branches hémorroïdales supérieures se divisent en trois axes artérielles principaux : gauche, antérieure droit et postérieure droit.

Les artères hémorroïdales moyenne sont des branches de l'artère hypogastrique, les inférieures sont des branches de l'artère honteuse interne. Accessoirement, l'artère sacrée moyenne contribue à cet apport artériel. Il existe en fait plusieurs types de vascularisation artérielle. Toutes les artères sont richement anastomosées entre elles.

-La vascularisation veineuse [20,21]

Est particulièrement riche, les veines du canal anal formant un volumineux plexus : le plexus hémorroïdal subdivisé en deux parties : le plexus interne et le plexus externe.

Ces plexus veineux, dont le développement anormal est à l'origine des hémorroïdes, se drainent par trois pédicules :

- un pédicule supérieur allant aux veines hémorroïdales supérieures,
- un pédicule moyen allant aux veines hémorroïdales moyennes,
- un pédicule inférieur qui se répartit entre les veines honteuses externes en avant, les veines hémorroïdales inférieures en dehors gagnant la veine honteuse interne, les veines sous cutanées de la région coccygienne en arrière en fin.

-L'innervation

Est assurée par des branches du plexus hypogastrique et surtout par le nerf anal, rameau collatéral du plexus honteux issu essentiellement de la quatrième racine sacrée.

La zone sous pectinéale est riche en terminaisons libres. La muqueuse rectale, en revanche, est pauvre en terminaisons libres et organisée, donc insensible à la douleur. Ce fait doit être pris en considération pour les traitements instrumentaux, qui doivent être appliqués au-dessus de la ligne pectinée, et lors de la chirurgie hémorroïdaire, imposant le respect de la muqueuse sensible sous la peine d'incontinence par trouble de la sensibilité.

3.5. Physiopathologie

Elle est inconnue. Il semble s'agir d'un spasme des muscles lisses de l'anus ou du bas rectum sur un terrain favorable (facteurs favorisants). On peut rarement retrouver un facteur irritatif local (crises hémorroïdaires, fissure).

3.6. Diagnostic

3.6.1. Examen clinique

La douleur est le premier motif de consultation proctologique, devant les rectorragies. L'étape clinique lors de la consultation est essentielle dans la prise en charge, permettant d'établir le diagnostic par un interrogatoire ciblé et un examen physique puis de soulager le patient par un traitement adapté [16].

3.6.1.1. L'interrogatoire

L'interrogatoire est important dans la caractérisation de la douleur, permettant de préciser son intensité (permanente ou déclenchée par la selle), sa persistance ou non après la selle, son caractère pulsatile, insomniant ou déclenché par la position assise. Il faut chercher la notion de procidence hémorroïdaire jusqu'alors réductible.

3.6.1.2. L'examen physique

Il peut être difficile chez un patient algique, qui doit être mis en confiance. On visualise aisément une tuméfaction, un écoulement, des lésions de grattage ; une fissure se recherche en dépliant doucement les plis radiés. Le toucher anal et rectal recherche une collection, une masse rectale (tumeur ou fécalome). Il est préférable de l'éviter en cas de fissure anale douloureuse. L'anuscopie, si elle est réalisable, doit être douce et prudente. Si le patient est trop algique, l'examen sera réalisé sous anesthésie générale [10,16].

3.6.2. Les examens paracliniques

Les examens complémentaires ont peu de place au cours des douleurs aiguës mais peuvent être utiles pour rechercher une lésion organique selon le contexte clinique:

Coloscopie est une technique d'imagerie permettant de détecter les anomalies au niveau du colon, et de suivre l'évolution de ces anomalies à l'origine de la maladie de Crohn. Le suivi est nécessaire surtout chez les personnes présentant un risque prépondérant d'apparition d'un cancer du côlon. Ainsi, elle décèle la maladie de Crohn et les complications possibles[16].

Anorectoscopie est un examen médical qui permet d'observer l'intérieur du rectum et du canal anal (hémorroïdes, la fissure anale...) [16].

Tomodensitométrie ou **IRM** pelvienne : bilan d'extension [16].

3.7. Diagnostic étiologique

Le diagnostic étiologique d'une douleur proctologique n'est pas toujours facile dès la première consultation. Elle est parmi les motifs de consultation les plus fréquentes en proctologie faisant évoquer plusieurs étiologies.

Les étiologies des douleurs à substrat anatomique identifiable sont nombreuses alors que celles anorectales essentielles touchent 6,6% de la population. Seul un tiers de ces personnes consultent. Ces douleurs sont invalidantes physiquement, psychologiquement et diminuent drastiquement la qualité de vie de ces patients. Elles sont caractérisées par l'absence d'anomalie objectivable à l'examen clinique et aux investigations complémentaires dans 85% des cas. Ces dernières regroupent trois affections principales (la proctalgie fugace, les coccygodynies ou myofasciodynies et les névralgies anorectales) [3,22].

3.7.1. Les douleurs à substrat anatomique identifiable

Ils sont :

❖ Les Hémorroïdes

Les hémorroïdes sont des dilatations des veines périanales. Tout dépend où se situent les veines dilatées, on distingue 2 types d'hémorroïdes : externe et interne [4,16,23].



Figure 2 : Hémorroïdes

Traitement

Le traitement des hémorroïdes consiste à :

- Corriger les facteurs diététiques visant à réduire l'hyperpression durant la défécation et en l'administration de mucilages pour réguler le transit.
- Diminuer la congestion des plexus hémorroïdaires.
- Stimuler le retour veineux, réduire le spasme sphinctérien et diminuer la pression intra-abdominale.
- Stimuler la fibrose entre la muqueuse et la musculature lisse.
- Reconstruire l'anatomie en respectant la physiologie du canal anal afin d'éviter les cicatrices, les marisques et les sténoses.

❖ La fissure anale

La fissure anale est une ulcération linéaire de la muqueuse anale qui débute au niveau de la ligne pectinée et se termine à la marge anale [24]. Cette fente laisse le sphincter interne à découvert. Les fissures anales peuvent se rencontrer autant chez l'homme que chez la femme et à tous les âges [4,16,23]..

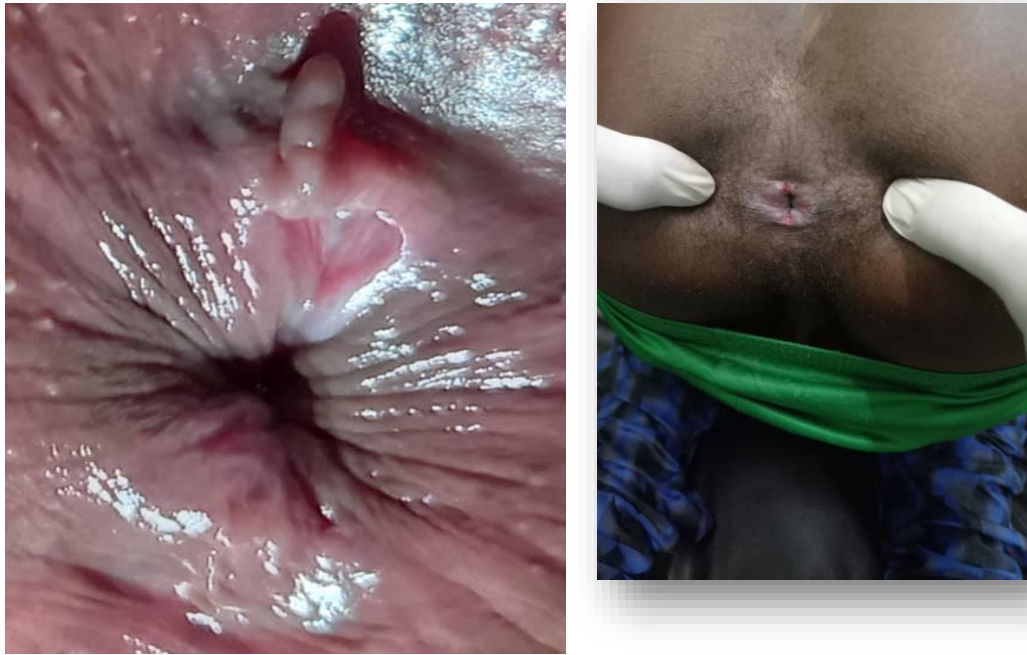


Figure 3 : Fissures anales
Traitement

Le but du traitement médical est de briser le cercle vicieux, selles dures, douleurs, spasme réflexe. Ceci peut être obtenu en agissant sur la qualité des selles par le biais de mucilages, d'application de médicaments topiques et d'anesthésiques locaux. L'application de nitroglycérine sous forme topique fait disparaître rapidement la douleur et le spasme. Elle peut malheureusement générer des céphalées. On peut aussi obtenir une réduction du spasme en injectant de la toxine botulinique dans l'espace inter sphinctérien. En cas d'échec du traitement conservateur ou en cas de fissure chronique, un traitement chirurgical ambulatoire sous anesthésie locale pourra être nécessaire [24–26].

❖ **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 intersphinctérien. L'abcès qui en résulte peut-être de localisation variable (péri-anale, ischio-rectale, intersphinctérien 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 [4,16].



Figure 4 : Abscès anal

Traitement

Le but du traitement est de supprimer définitivement la suppuration, sans séquelle et sans rechute. Si ce but est atteint grâce à la chirurgie dans la grande majorité des cas, c'est que la majorité des fistules sont simples ; dans le cas des fistules complexes, c'est-à-dire enserrant une part importante de l'appareil sphinctérien, cet objectif n'est pas constamment atteint.

❖ Hématome périnéal thrombosé

Une douleur d'apparition brutale, accompagnée du développement d'une formation nodulaire de la marge anale, sans fièvre, évoque le plus souvent un hématome périnéal thrombosé ou un prolapsus hémorroïdaire incarcerated [16]...



Figure 5 : Hématome périnéal thrombosé

❖ **Cancer épidermoïde ulcéré**

Les cancers du canal anal et de la marge anale n'entraînent des douleurs que lorsque ces lésions infiltrent le sphincter ou s'exulcèrent en surface [4,16].



Figure 6 : Cancer épidermoïde ulcéré

Traitement

Le carcinome épidermoïde du canal anal est un cancer curable dont les modalités de traitement restent hétérogènes [27] :

- Radiothérapie exclusive pour les tumeurs localisées (T1 ou T2N0) ou exérèse locale pour des tumeurs T1 de la marge anale.
- Radio chimiothérapie pour les tumeurs localement évoluées (T2 > 4 cm, T3-4 ou N+) sans qu'il y ait de consensus sur les doses et les techniques (doses prophylactiques ganglionnaires, dose totale, pause, technique conformationnelle avec ou sans modulation d'intensité).

L'enjeu du traitement reste la survie et le contrôle loco-régional tout en diminuant la toxicité et les séquelles, la chirurgie (amputation abdomino-périnéale) restant réservée aux échecs ou aux récives après traitement.

3.7.2. Les douleurs sans substrat anatomique identifiable

Les algies anorectales essentielles touchent 6,6% de la population. Seul un tiers de ces personnes consulte. Ces douleurs sont invalidantes physiquement, psychologiquement et diminuent drastiquement la qualité de vie de ces patients. Elles sont caractérisées par l'absence d'anomalie objectivable à l'examen clinique et aux investigations complémentaires dans 85% des cas.

On regroupe sous la dénomination d'algies anorectales essentielles trois affections principales (la proctalgie fugace, les coccygodynies ou myofasciodynies et les névralgies anorectales)

❖ Proctalgie fugace

La proctalgie fugace est caractérisée par une crise algique rectale profonde, brève, survenant le plus souvent au cours de la nuit, réveillant le patient, évoluant de façon itérative mais espacée et parfaitement imprévisible [3–5].

Un malade peut ne présenter qu'une seule crise ou au contraire des poussées répétitives durant plusieurs semaines ou mois. Ces crises disparaissent spontanément. La proctalgie survient le plus souvent entre 40 et 60 ans dans un tiers des cas chez l'homme et deux tiers chez la femme. La crise est brève, de quelques secondes à 30 minutes. Elle peut s'accompagner d'épreintes, de faux besoins, de troubles neurovégétatifs. L'anamnèse révèle chez de nombreux

patients la présence d'un côlon spastique. L'examen clinique est totalement négatif. Différents mécanismes étiopathogénies ont été évoqués :

- Un angor rectal avec une ischémie mésentérique transitoire ;
- Un spasme musculaire de la jonction anorectale ;
- Un énigmatique facteur algique neurovégétatif.

Les malades s'efforcent de trouver des positions et des manœuvres antalgiques. Sans celles-ci, la crise cesse spontanément. L'emploi de trinitrine, de papavérine, des phlébotomies et des bêtabloquants a été proposé. Une étude récente démontre l'intérêt du biofeedback dans la prévention de ces crises.

Traitement

Le traitement de la crise repose sur la recherche de "petits moyens" susceptibles de l'abrèger : aller à la selle, évacuer des gaz, bain de siège froid, procéder à un toucher anorectal, mettre un suppositoire antispasmodique ou non, ou appliquer un simple topique.

❖ Coccygodynies ou myofasciodynies

Les coccygodynies peuvent prendre deux aspects principaux [3–5] :

Des douleurs sacro-coccygiennes et des algies anorectales d'origine coccygienne. Les patients se plaignent dans tous les cas de douleurs déclenchées par la pression ou la mobilisation du coccyx. La douleur peut être exacerbée par l'exonération ou par les stations assises prolongées. Les coccygodynies surviennent deux fois plus souvent chez la femme que chez l'homme, sans âge préférentiel. On relèvera dans l'anamnèse :

- Des traumatismes de la région sacrococcygienne : contusions, fractures
- Des microtraumatismes répétés (cavaliers, motocyclistes) ;
- Des pathologies obstétricales : accouchements difficiles dystociques, l'usage de forceps ;
- Des troubles de la statique vertébrale ;
- D'anciennes sciatalgies ;
- Des atteintes rhumatismales multiples.

Le toucher rectal permet de mettre en évidence les zones douloureuses sur le coccyx et les structures adjacentes. On cherchera en particulier :

- Une douleur à la mobilisation du coccyx ;
- Une douleur sur l'interligne sacro-coccygienne ;
- Une douleur sur la face antérieure du coccyx au niveau de la zone d'insertion du raphé anococcygien ;
- Une douleur sur les bords latéraux du coccyx au niveau des insertions des ligaments ischiococcygiens ;
- La contracture des releveurs et du puborectal qui s'accompagne de ténésme.
- L'étude radiologique au moyen de clichés de profil, debout puis en station assise, peut montrer une luxation ou une subluxation du coccyx.

Une mobilité supérieure de 20 à 25° de l'axe du coccyx est pathologique dans la majorité des cas.

Traitement

- Le traitement des coccygodynies est constitué par des mesures locales et générales :
- Hygiène posturale et physiothérapie
- Anti-inflammatoires et myorelaxants le soir au coucher ;
- Infiltration de xylocaïne par voie périnéale avec ou sans corticoïde ;
- Massage selon Thiele des zones contracturées ;
- La coccygectomie doit être réservée aux cas de luxations complètes mises en évidence par un bilan radiologique dynamique.

Névralgies anorectales

Elles surviennent de manière préférentielle chez des femmes de plus de 50 ans, cancérophobes, polyopérées du petit bassin [3–5].

On distingue :

- Les névralgies anorectales d'origine génitale postopératoires ;
- Les névralgies postchirurgie d'agrafage anopexie STARR ;
- Les psychalgies ;

- Une compression du nerf pudendal (honteux interne).

Traitement

Le traitement est souvent difficile. Il peut être médical à l'aide de benzodiazépines, d'antalgiques spécifiques ou d'antidépresseurs. En cas d'échec, une infiltration du nerf peut être efficace dans des centres spécialisés.

❖ Syndrome du releveur

Le syndrome du releveur se manifeste par une algie anorectale, en général chronique, touchant surtout la femme d'âge moyen.

Il s'agit d'une douleur anale évoluant par crises de durée supérieure à 20 min. Pendant la crise, il existe une contracture douloureuse du muscle releveur de l'anus sans autre anomalie. La cause de ce syndrome est méconnue.

La kinésithérapie, le massage du releveur et les bains de siège peuvent s'avérer efficace.

❖ Maladie de Crohn : ulcérations larges souvent accompagnées de suppurations

Traitement

Les corticoïdes peuvent être utilisés dans le traitement d'induction de la rémission des poussées de la maladie de Crohn, ainsi que dans le traitement de maintien de la rémission.

❖ Maladies infectieuses (cytomégalovirus, chancre syphilitique, tuberculose anale, herpès, donovanose, chancre mou, maladie de Nicolas Favre) à l'origine d'ulcérations parfois profondes du canal anal ;

❖ Abscess de la maladie de Verneuil : elle se manifeste par des nodules (Formation cutanée arrondie et saillante) douloureux et des abcès.

Il n'existe aujourd'hui aucun traitement curatif ou réellement efficace pour éviter l'apparition récurrente des boutons et furoncles, seulement des traitements symptomatiques. Pour les formes les plus légères de la maladie, des traitements locaux à base d'antibiotiques et/ou de sel de zinc sont envisagés, mais on manque encore d'études de grande ampleur pour préciser le choix des molécules et la

durée du traitement, notamment. Pour les patients les plus gravement atteints, l'ablation cutanée et sous-cutanée de la zone la plus touchée est le seul moyen d'apporter un répit plus ou moins durable.

MÉTHODOLOGIE

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

Cette étude a été réalisée dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale prospective qui s'est déroulée d'octobre 2021 à janvier 2024.

4.3. Population

Il s'agissait des patients admis en consultation ou en hospitalisation dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

4.4. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans cette étude :

- Patients souffrant de proctalgie pendant la période de l'étude ;
- Patient ayant accepté de participer à l'étude

4.5. Critères de non-inclusion

N'étaient pas inclus dans cette étude :

- Patient n'ayant pas une proctalgie
- Patients n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

4.6. Echantillonnage

4.6.1. Technique et déroulement de la taille de l'échantillon

Il s'agissait d'un recrutement systématique de tous les patients se présentant en consultation dans le service au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires.

4.6.2. Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Daniel Schwartz :

La formule de l'échantillonnage $n = \frac{Z^2 P-Q}{d^2}$

n : taille minimale de l'échantillon

P : la prévalence des pathologies proctologiques au cours d'une étude au Mali au Service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU Gabriel Toure est de 14,12 %.

d : précision absolue, la différence maximale entre le taux de population et le taux d'échantillonnage qui peut être tolérée. α : marge d'erreur = 5%

Z : constante à intervalle de confiance de 95% (=1,96)

N=186

4.7. Patients et Methodes

Interrogatoire : Il nous a permis de rechercher les symptômes suivants

Les antécédents (personnels familiaux)

Le motif de consultation et les signes d'accompagnement

Une douleur anale ; une rectorragie ; une constipation

✓ **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.

✓ **Inspection :** En dépliant les plis radiés de l'anus et en faisant pousser le patient, elle permet la visualisation d'une prociidence, 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.

✓ **L'anoscopie :** a été faite et complétée au besoin par la réalisation d'une rectoscopie et / ou d'une coloscopie totale

✓ Examen complémentaire

4.8. Collecte et l'analyse des données

Les données ont été collectées à partir du registre de consultation et des dossiers médicaux sur une fiche d'enquête préétablie.

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 21 Word et Excel version 13.

Le Test de Khi2(X2) a été utilisé pour comparer les résultats qui ont été significatifs pour une valeur $p < 0,05$.

4.9. Variables étudiées

Nous nous sommes proposé d'étudier comme variables

Le profil sociodémographique

- Age
- Sexe
- Profession
- Statut matrimonial
- Niveau d'étude
- Résidence
- Mode de vie

Les facteurs de risques :

- L'hypertension artérielle :
- Diabète
- Tabagisme
- Alcool
- Antécédents

* personnels : Maladie Hémorroïdaire, fissure anale ; fistule anale, HTA, Diabète, Tabac

* familiaux

Les données cliniques et paracliniques

- Motif de consultation
- Caractéristiques de la proctalgie
- Bilans paracliniques : IRM, Echographie, Rectoscopie, Biologie
- Etiologies

Les données thérapeutiques

- Le traitement.
- L'évolution.

4.10. Considération éthique

La participation à cette étude était volontaire le consentement verbal des patients a été demandé.

Aucune fiche d'enquête n'a comporté le moindre indice permettant d'identifier les patients, les données ont été sécurisées et utilisées pour des fins scientifiques.

RÉSULTATS

5. RÉSULTATS

- Durant la période d'étude allant d'octobre 2021 à janvier 2024, nous avons colligé 350 cas de pathologies proctologiques dont 200 cas de proctalgies sur 5462 consultations.
- Ce qui représente :
 - ❖ 3,66 % des consultations (200/5462)

5.1. Le Sexe

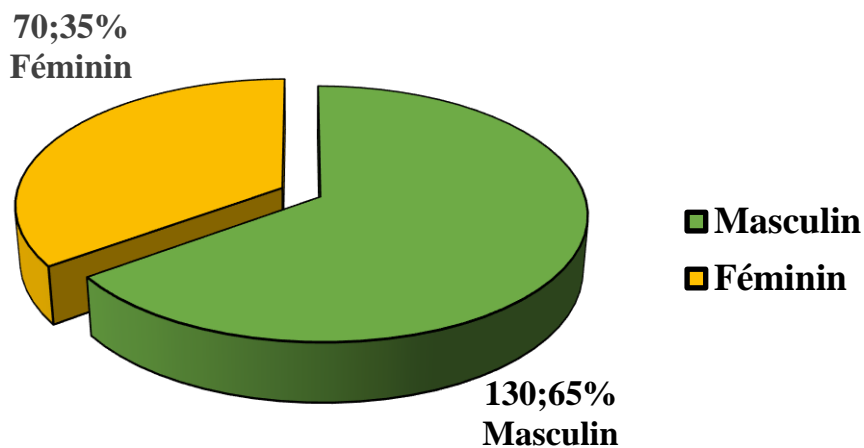


Figure 7 : Répartition des patients selon le sexe

Les hommes ont représentés 65% avec un sex-ratio de 1,85.

5.2. L'âge

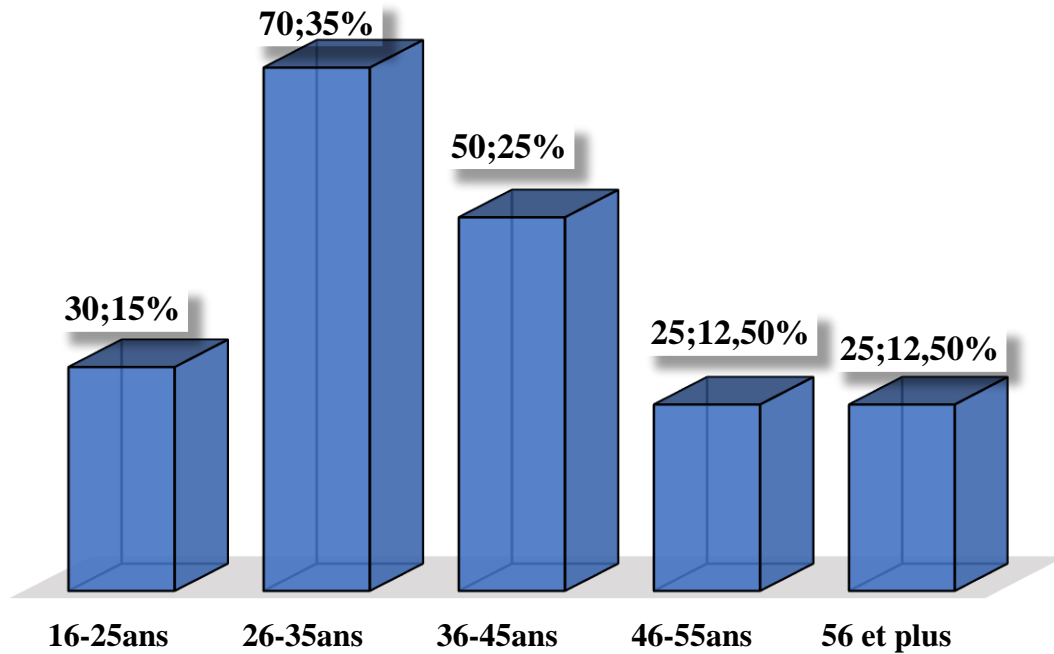


Figure 8 : Répartition des patients selon la tranche d'âge
La tranche d'âge 26-35 ans était la plus représentée. L'âge moyen était de 36,5 ans avec des extrêmes de 16 et 82 ans.

5.3. Niveau d'étude

Tableau I : Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Supérieur	50	25
Secondaire	70	35
Non Scolarisé	34	17
Coranique	20	10
Primaire	26	13
Total	200	100

Le niveau d'étude secondaire a été la plus représentée.

5.4. Signes fonctionnels associés

Tableau II : Répartition des patients selon les troubles du transit intestinal

Troubles du transit intestinal	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Diarrhée	40	20
Constipation	98	49
Alternance diarrhée constipation	40	20
Aucun trouble de transit	22	11
Total	200	100

La constipation prédomine avec 49%.

5.5. Signes généraux

Tableau III : Répartition des patients selon l'état général

Signes généraux	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
OMS 0	190	95
OMS I	6	3
OMS 2	2	1
OMS 3	2	1
Total	200	100

La plupart des patients avaient un OMS stade 0

5.6. Examen proctologique

Inspection :

Tableau IV : Répartition des patients selon le résultat à l'inspection de l'examen proctologique

Inspection anale	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Fissure anale	130	65%
Prolapsus hémorroïdaire	40	20
Marisque	50	25
THE	10	5
Mycoses inter fessier	80	47,5
Abcès marge anale	8	4
Fistule anale	3	1
Condylome	1	0,5

Plus de la moitié des patients avaient une fissure anale.

Toucher ano-rectal

Tableau V : Répartition des patients selon le résultat au toucher ano-rectal

Toucher ano-rectal	Effectifs (n)	Pourcentage (%)	
Palpation	Sensibilité douloureuse	178	89
	Tuméfaction	8	4
	Induration	5	2,5
	Douleur localisée	9	4,5
Tonicité sphinctérienne	Normale	90	45
	Hypertonique	110	55
Saignement authentifié au doigtier	50	25	

La sensibilité douloureuse à la palpation a été retrouvée chez 89 % et le doigtier ramenant du sang dans 25%.

 **Anuscopie**

Tableau VI : Répartition selon les résultats de l'anuscopie

Anuscopie	Effectifs	Pourcentage (%)
Fissure anale	130	65
Hémorroïdes Internes	60	30
Masse intra canalaire	4	2
Condylome	1	0,5
Normale	13	6,5

A l'anuscopie la fissure anale était plus fréquemment retrouvée.

5.7. Caractéristiques de la proctalgie

Tableau VII : Répartition selon les caractéristiques de la proctalgie

Caractéristiques de proctalgie		Effectifs n=200	Pourcentage %
Mode de début de la douleur	Brutal	60	30
	Progressif	140	70
Type de la douleur	Brulure	110	55
	Crampe	32	16
	Piqûre	53	26,5
	Torsion	5	2,5
Intensité de la douleur (EVA)	Modérée	120	60
	Intense	58	29
	Très intense	22	11
Irradiation de la douleur	Sans irradiation	170	85
	Irradiation postérieure et antérieure	20	10
	Organes génitaux externes	10	5
Rythmée par la défécation	Oui	130	65
	Non	70	35
Facteurs déclenchants de la douleur	Position assise	15	7,5
	Sans facteur déclenchant	30	15
	Selles (constipation)	155	77,5
Facteurs calmant de la douleur	Antalgique I	109	54,5
	Antalgique II	88	44
	Antalgique pallier III	03	1,5

La douleur était progressive dans 70% à type de brulure 55% d'intensité modérée 60 %, rythmée par la défécation dans 65 % des cas.

Déclenchée par l'émission des selles dans 77,5 %

5.8. Hématochésie

Tableau VIII : Répartition selon l'hématochésie

Hématochésie	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	70	35
Non	130	65
Total	200	100

Il y'avait une notion d'hématochésie chez 35 % des patients.

5.9. Examens complémentaires

Tableau IX : Répartition selon la rectoscopie

Rectoscopie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	137	68,5
Non	63	31,5
Total	200	100

La rectoscopie a été faite chez 68,5% des patients.

5.10. Etiologie de la douleur

Tableau X : Répartition des patients selon l'étiologie de la proctalgie

Etiologie de la douleur	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Fissure anale	130	65
Maladie hémorroïdaire	100	50
Lésion ulcéro bourgeonnante	4	2
Mycose Inter fessier	80	40
Abcès anal	8	4
Condylome anale	1	0,5

La fissure anale était l'étiologie dominante suivie de la maladie hémorroïdaire.

5.11. Prise en charge médicale

Tableau XI : Répartition des patients selon la prise en charge médicale de la proctalgie

Prise en charge de la douleur	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Antalgique palier I	109	54,5
Antalgique palier II	88	44
Antalgique palier III	3	1,5
Total	200	100

Les antalgiques pallier I et II ont été les plus utilisés.

5.12. Traitement

Tableau XII : Répartition des patients selon le traitement

Traitement	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Médical	185	92,5
Chirurgie	15	7,5

La plupart de nos patients ont reçu un traitement médical.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la prise en charge de l'Étiologie

Pathologie anale	Type de traitement						Total
	Médical	%	Instrumental	%	Chirurgical	%	
Fissure Anale	122	94	0	0	8	6	130
Maladie hémorroïdaire	80	80	20	20	0	0	100
Thrombose hémorroïdaire	10	100	0	0	0	0	10
Mycose inter-fessier	80	100	0	0	0	0	80
Lésion ulcéro-bourgeonnante (adénocarcinome)	0	0	0	0	4	100	4
Abcès anal	5	62,5	0	0	3	37,5	8
Condylome anale	0	0	1	100	0	0	1

La plupart des patients ont reçu un traitement médical, 20 % de maladie hémorroïdaire ont reçu un traitement instrumental, le traitement chirurgical a été effectué chez 6 % de fissure anale et 100 % de lésion ulcéro bourgeonnante.

5.13. L'évolution

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'évolution

Évolution	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Favorable	196	98
Complicquée	4	2
Total	200	100,0

L'évolution des patients était favorable dans 98%.

Tableau XV : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et l'étiologie de la proctalgie

Évolution	Favorable	Complicquée
Étiologie	n	n
De la proctalgie	%	%
Fissure anale	130 65%	00 00%
Maladie hémorroïdaire	100 50 %	00 00%
Mycose inter fessière	80 40 %	00 00%
Lésion ulcéro bourgeonnante	4 2 %	4/4 100%
Abcès anal	8 4%	00 00%
Condylome	1 0,5%	00 00%

$X^2 = 41,42$ $p = -$

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'évolution et l'étiologie de la proctalgie.

5.14. Résultats analytiques

Tableau XVI : Répartition des patients selon la relation entre Âge et l'étiologie de la proctalgie

Âge Étiologie	16 - 25 ans n/N %	26 - 35 ans n/N %	36 - 45 ans n/N %	46 – 55 ans n/N %	56 ans et plus n/N %	Test Statistique
Fissure anale	18/30 60%	60/70 85,71%	36/50 72%	7/25 28%	9/25 36%	P :0,488
Maladie hémorroïdaire	11/30 36,67%	9/70 12,86%	35/50 70%	23/25 92%	22/25 88%	P :0,596
Mycose Inter fessier	26/30 86,67%	26/70 37,14%	11/50 22%	13/25 52%	4/25 16%	P :0,071
Lésion ulcéro bourgeonnante	0 0%	0 0%	1/50 2%	1/25 4%	2/25 8%	P :0,614
Condylome anale	0 0%	0 0%	0 0%	1/25 4%	0 0%	P :0,157
Abcès Anales	0 0%	0 0%	0 0%	5/25 20%	3/25 12%	P :0,001

Il y avait un lien statistiquement significatif entre l'Âge et l'étiologie de la proctalgie.

La tranche d'âge 46-55ans était significativement liée à l'abcès anale.

Tableau XVII : Répartition des patients selon la relation entre Sexe et l'étiologie de la proctalgie

Étiologie	Sexe		Test Statistique
	Féminin n/N %	Masculin n/N %	
Mycose Inter fessière	35 50%	45 34,62%	P :0,034
Maladie hémorroïdaire	31 44,29%	69 53,07%	P :0,003
Lésion ulcéro bourgeonnante	1 1,43%	3 2,31%	P :0,671
Fissure anale	53 75,71%	77 59,23%	P :0,019
Condylome anale	0 0%	1 0,77%	P :0,461
Abcès Anales	5 7,14%	3 2,31%	P :0,096

La fissure anale et la mycose inter fessière étaient significativement associées au sexe féminin. Tandis que la maladie hémorroïdaire était significativement associée au sexe masculin.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

➤ 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.
- ❖ 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.

➤ Méthodologie

Cette étude prospective et descriptive sur 28 mois portant sur la douleur anale a été réalisé dans le service hépato-gastro entérologie du CHU GT.

➤ Fréquence des consultations pour proctalgie

Cependant notre échantillon de 200 patients sur 5462 soit 3,66 % a permis une analyse des caractéristiques de la douleur.

Notre résultat est inférieur à ceux de Katile D et al au Mali en 2019 et Sombé H et al au Burkina en 2022 soit respectivement 59% et 68,5% des proctalgies [28, 29]. Ce taux faible pourrait s'expliquer par la population d'étude qui était les patients vus en consultation alors que les deux autres auteurs ont fait leur étude sur les patients vus en endoscopie.

A cours de notre étude nous avons obtenu 200 cas de douleurs anale soit une fréquence de 57,1%. Ce résultat est supérieur à celui de Ndiaye MT et al à Dakar qui avaient obtenu une fréquence de 43,1 % en 12 mois[44]. Cette différence pourrait s'expliquer par la durée et la taille de l'échantillon qui était de 72 patients dans l'étude de N'diaye MT et al.

➤ **Données sociodémographiques**

Sexe

Le sexe masculin était majoritaire dans notre étude soit 65 % avec un sex ratio 1,85. Ce taux est comparable à ceux de Traoré T [10] et Mahassadi KA et al [33], qui avaient obtenu respectivement des sex-ratio de 1,13 et 2,6. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par une plus grande indépendance financière des hommes leur donnant une accessibilité plus facile aux soins de santé : 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 .En plus il est reconnu que la station assise prolongée est un facteur favorisant des affections ano-rectales [33].

Cette prédominance masculine a été rapportée par d'autres auteurs dans la littérature tels que Bougouma A [34] : un sex-ratio de 1,69 ; Yassibanda [31], un sex-ratio de 2,62. Par contre en France, Pigot [35] a rapporté une prédominance féminine avec 56,92% et un sex ratio de 1,32 en faveur des femmes. Le faible taux des femmes surtout dans nos séries africaines serait peut-être lié à la pudeur du fait que dans notre contexte socioculturel (les pathologies anales sont considérées comme des maladies honteuse, les femmes consultent rarement pour une affection proctologique [12].

Tranche d'âge

La tranche d'âge 26-35 ans représentait 35 % des patients, Cette pathologie intéresse une population jeune selon les constatations de nombreuses études surtout en africaines: 38 ans au Cameroun [30], 36,28 ans dans l'étude Yassibanda et al en Centrafrique [31] et 36,32 ans dans celle de Katile D et al au Mali [18,32]. Dans la littérature ce jeune âge a été également retrouvé par d'autres études africaines [32].

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 de certaines personnes pour des raisons culturelles.

Caractéristiques de la douleur

Dans notre étude chez la majorité des patients la douleur anale avait un mode de début progressif soit 70 % , ce taux est comparable à ceux de Camara LS dans une étude au CSRéf de la commune I et Dembélé KS à l'hôpital Sominè Dolo au Mali soit respectivement 66,7% et 61,8% des douleurs étaient d'installation progressive [18,36].

La douleur à type de brûlure était majoritaire soit 55% , ce même constat a été fait par Camara LS et Dembélé KS au Mali qui trouvaient soit 47,1 % et 42,1% des douleurs anales étaient à type de brûlure [18,36]

La douleur était d'intensité modérée dans 60 % des cas, ce résultat est comparable à ceux de Camara LS et Dembélé KS qui trouvaient chez 45,1% et 53,9% des patients des douleurs anales d'intensité modérée [18,36].

Dans notre étude les selles étaient d'aspect dur représentant 82,86% des facteurs déclenchants de la douleur ce résultat est similaire à celui de Diarra A et al dans une étude au Mali soit 83,5% [37]. Cela peut s'expliquer par le fait que la constipation entraîne un effort d'évacuation de selles dures et/ou des efforts de poussée répétée, responsables de la proctalgie.

Trouble du transit

Les troubles du transit intestinal étaient dominés par la constipation avec 49% des cas, ce taux est inférieur à celui de Raïss M et al au Maroc soit 56,8% des cas [38].

Ano-rectoscopie

Près que tous nos patients avaient bénéficié d'une endoscopie dans 99,29 % des cas, ce résultat est supérieur à ceux de Katilé D et al au Mali en 2019 et de Smob Soubré H au Burkina Faso en 2022 soit respectivement 59% et 68,5% des cas de proctalgie [28,29].

Fissure anale

Dans notre étude la fissure anale était l'étiologie dominante avec 65%, ce résultat est supérieur à ceux de Tade AO et al, Dia D et al, [2,41] qui avaient trouvés 26,2% et 24,1%.

Maladie hémorroïdaire

La maladie hémorroïdaire était la deuxième pathologie la plus fréquente dans notre étude avec 50%. Ce résultat est inférieur à d'autres études africaines, Traoré T [7] avait trouvé 69,4% de maladie hémorroïdaire et Bagny A et al [9] avaient trouvés 69,9%. Cette constatation est identique à celle rapportée par Plusieurs auteurs dans la littérature [32]. 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.

L'abcès anal

Seulement 4% de nos patients avaient un abcès anal. Ce résultat est inférieur à celui de Diarra A et al qui avait trouvé soit 6,12%. Ce taux faible est probablement dû à cause de la pudeur ou par simple négligence des patients.

Traitement

Médicamenteux

Le traitement médicamenteux a été effectué chez 82,5% des patients avec 98,5% d'antalgique de palier 1 et II. Ce résultat est supérieur à celui de Keita M [42] qui avait retrouvé 71,4 % de traitement médical dont 100 % d'antalgique.

Ce résultat est inférieur à celui de Adéoti AI [43] avec 97,86% de traitement médical, dont 89,28% d'antalgique.

Instrumental

Dans cette étude 10 % des patients ont reçu un traitement instrumental. Ce résultat est supérieur à celui de Adéoti AI [43] qui avait retrouvé 7,14% de traitement instrumental. Cependant notre résultat est inférieur à celui de Keita M [42] qui a

eu 27,28% de traitement instrumental. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon qui diffère dans les différentes études et liée aux différentes pathologies incriminées.

Chirurgical

Le traitement chirurgical a été effectué chez 7,5% des patients. Ce résultat est supérieur à celui de Keita M [42] qui avait retrouvé 1,3% de traitement Chirurgical.

Ce résultat est inférieur à celui de Adéoti AI [43] qui a eu 8,57% de traitement Chirurgical dans son étude. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon qui diffère dans les différentes études et liée aux différentes pathologies incriminées.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La proctalgie est un symptôme fréquent en consultation proctologique, elle est dominée par des affections bénignes représentées par des fissures anales au premier lieu suivi de la maladie hémorroïdaire. Elle se voit beaucoup plus chez le sujet de sexe masculin. Un bon examen proctologique permet presque dans la majorité des cas de poser le diagnostic mais le recours à des examens complémentaires devient parfois indispensable. Le respect des mesures hygiéno-diététiques permet d'éviter les pathologies qui entraînent la proctalgie. Les proctalgies doivent faire l'objet d'investigations très précises pour une meilleure prise en charge.

RECOMMANDATIONS

➤ **Aux autorités politiques et sanitaires :**

- Créer des structures spécialisées en proctologie
- Communiquer pour le changement de comportement afin d'informer la population sur la pathologie anale.
- Sensibiliser la population pour l'abandon des pratiques néfastes des tradithérapeutes.
- Rechercher systématiquement les pathologies anales pendant les consultations.
- Prodiguer des conseils hygiéno-diététiques pour diminuer la fréquence des pathologies anales.

➤ **À la population :**

- Consulter le plus tôt possible dans les structures sanitaires les plus proches; devant tout cas de proctalgie
- Respecter les consignes données par les agents de santé concernant les mesures hygiéno-diététiques ;
- Eviter de considérer les pathologies anales comme une maladie honteuse

REFERENCES

REFERENCES

1. **Delsa H, Khallikane S, Bellahammou K, Alaoui GL BF.** Proctologie en pratique hospitalière provinciale. PAMJ Clin Med. 2020;4(62):1–9.
2. **Abid H, Salih A, Souлами O IA, Abkari ME.** Consultation de proctologie : quel est le point de vue des malades ? A propos de 248 cas. J Dent Med Sci. 2018;17(1):14–7.
3. **Roche B.** Algies anorectales. Rev Med Suisse. 2014;10:234–6.
4. **Pittet O, Demartines N HD.** Douleur anale aiguë. Rev Med Suisse. 2014;10:555–60
5. **Bauer P.** Douleurs anorectopérinéales rectopérinéales chroniques persistantes ou récurrentes. Act Med Int Gastr entérologie. 1998;3(12):105–9.
6. **Diarra M.** Perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire en Commune I du District de Bamako (Thèse).Médecine:Bamako;2018.N°136
7. **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).Médecine: Bamako; 2014.
8. **Dia D, Diouff ML, Mbengue M, Bassène ML, Fall S, Diallo S et al.** La pathologie anale à Dakar : analyse de 2061 examens proctologiques. Med Afr Noire. 2010;57(5):241–4.
9. **Bagny A, Lawson-Ananissoh LM, Bouglouga O, El Hadji YR, Kaaga LY, Redah D et al.** La Pathologie anorectale au CHU campus de Lomé (Togo). Eur Sci J. 2017;13(3):423–8.
10. **Diarra A, Fofana Y, Sangaré D, Diakité OD, Dicko A, Kondé A et al.** Aspects cliniques des fissures anales à l'unité d'hépto-gastro- entérologie du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Heal Sci Dis. 2022;23(7):101–3.
11. **Assi C, Soumare G, Koné S, Ouattara A, Diakité M, Lohoues-Kouacou MJ 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.
12. **Parades VD, Etienney I, Bauer P AP.** La proctalgie fugace : restons zen... Pelv Perineol. 2007;2:175–179.
13. **Denis J, Allaert FA NE.** Prévalence de la pathologie proctologique en pratique de gastro-entérologie. La Lettre du l'hépto-gastroentérologue. 2002;5(5):260–2.

14. **Abramowitz L, Godeberge P, Staumet G SD.** Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol.* 2001;25:674–702.
15. **Johanson JF SA.** The Prevalence of Hemorrhoids and Chronic Constipation. *Gastroenterology.* 1990;98(2):360–86.
16. Société française d'endoscopie digestive. Proctologie endoscopique : La douleur en proctologie [Internet]. SFED. Montparnasse, Paris; 2017. Available from: www.sfed.org
17. **Katile D, Sogoba G, Sangare S, Traore L, Diallo B, Konate A et al.** Aspects cliniques et endoscopiques de la maladie hémorroïdaire interne à Kayes (Mali). *Heal Sci Dis.* 2020;21(6):69–72.
18. **Camara LS.** Etude de lamaladie hémorroïdaire au service de chirurgie générale du CS Réf Commune I (Thèse). Médecine: Bamako ; 2013.N°238
19. **Koné I.** Pathologies anales pendant la grossesse et le post partum : diagnostic et traitement au cs ref de kalaban coro (Thèse). Médecine: Bamako; 2021.
20. **Ousadden A, Taleb KA CK.** Anatomie chirurgicale du canal. Maroc Médical. 2006;28(1):17–24.
21. **Lehur P.** Anatomie fonctionnelle du canal anal et du périnée postérieur. *Act Med Int Gastr entérologie.* 1998;12(3):71–5.
22. **Parades VD, Etienney I AP.** Proctalgie fugace. *Cour colo-proctologie.* 2003;3(4):61–2.
23. **Sultan S SJ.** Les spécificités proctologiques. *Act Méd Int Gastr entérologie.* 2003;9(17):164–8.
24. **Geyer, M, Bimmler D.** Lorsque la défécation est douloureuse : les fissures anales en pratique. *Forum Med Suisse.* 2013;13(38):752–5.
25. **Godeberge, P, Coulom P.** Fissures anales : du diagnostic au traitement. *POST'U.* 2015.
26. **Higuero T.** Fissures anales. *Hegel.* 2012;2(2):2–6.
27. **Vendrely V.** Prise en charge du carcinome épidermoïde du canal anal. *POST'U.* 2017.
28. **Katile D, Dicko MY, Soumare G, Malle O, Sangare D, Sanogo SD 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.

29. **Smob Soudré H, Tapsoba A, Beni D, Salou R, Ouédraogo A, Zoungrana SL et al.** Le diagnostic des fissures anales en milieu hospitalier à Ouagadougou. *J afr des cas Clin Rev.* 2022;6(1):353–7.
30. **Ndjitoyap-Ndam EC, Njoya O, Mballa E, Nsangou MF, Njapom C, Moukouri-Nyolo E 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.
31. **Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi GS, Boua N, Camego-Police SM et al.** La pathologie ano-rectale a bangui republique de centrafrique (RCA). *Mali Med.* 2004;19(2):12–4.
32. **Katilé D, Dicko MY, Kondé A, Mallé O, Sangaré D, Sanogo SD et al.** La pathologie anorectale à Kayes au Mali. *Heal Sci Dis.* 2019;20(2):113–5.
33. **Mahassadi KA, Soro KG, Kouakou B, Anzoua KI B DA.** Les affections colo-proctologiques et leurs déterminants au CHU de Yopougon (côte d'Ivoire). *Rev int sc méd.* 2012;14(1):73–7.
34. **Bougouma A, Guingane NA SR.** La pathologie anorectale en milieu hospitalier à Ouagadougou (approche endoscopique) : aspects épidémiologiques et diagnostiques. *Med Afr Noire.* 2012;59(2):88–94.
35. **Pigot F, L Siproudhis, Bigard MA SG.** Les plaintes proctologiques en consultation de médecine générale : perception des « consommateurs ». *Gastroenterol Clin Biol.* 2006;30:1371–4.
36. **Dembélé KS.** La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Somine Dolo de Mopti (Thèse). *Médecine: Bamako;* 2010.
37. **Diarra A, Fofana Y, Sangaré D Dicko AR, Dicko AG, Touré S et al.** Aspects cliniques de la maladie hémorroïdaire interne à l'Hôpital du district de la commune IV de Bamako (Mali). *Heal Sci Dis.* 2023;24(1):97–100.
38. **Raiss M, Hrorra A, Menfaa MM, Sabbah F, Baroudi AS et al.** Traitement chirurgical de la fissure anale. *Maroc Médical.* 2003;25(1):29–32.
39. **Pigot F, Siproudhis L AAF.** Résultats d'une enquête sur la recherche d'événements déclenchant ou influençant la crise hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005;29(12):1270–4.
40. **Youssef O, Boua NA, Pétula-Anicette NM, Camengo P, George S, Tapande-Yakossa EE et al.** Aspects cliniques et épidémiologiques des pathologies ano rectale au CHU communautaire de Bangui (République Centrafricaine). *J Eur Sci.* 2023;19(15):189–97.

41. **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.
42. **Keita M.** Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la fissure anale dans le service d'Hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré (Thèse). Médecine: Bamako; 2023.N°266.
43. **Adéoti AI.** Prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service d'Hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré (Thèse). Médecine: Bamako; 2023.N°287.
44. **N'diaye MT, Lyon F, Diop A, Moussaoui Z, Ahy Diatta B, Diouf L, et al.** Les aspects épidémio-cliniques et étiologiques de la pathologie de la région anale à Dakar. Ann Derma vénérologie. 2018;145(12):p137

ICONOGRAPHIE



Figure 9: Fissure anale infectée



Figure 10 : Fissure anale postérieure



Figure 11 : Fissures bipolaires



Figure 12 : Prolapsus hémorroïdaire + Fissure anale



Figure 13 : Thrombose hémorroïdaire externe

ANNEXE

ANNEXE

Fiche d'enquête

I. Numéro :

II. Données sociodémographiques

1. Sexe :/

1. Masculin 2. Féminin

2. Age :/

3. Statut matrimonial :/

1. Marié (e) 2. Veuf (ve) 3. Célibataire 4. divorcé

4. Niveau d'étude :/

1. Non scolarisé 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5. Coranique

5. Résidence :/

1. Commune I 2. Commune II 3. Commune III 4. Commune IV 5.
Commune V 6. Commune VI 7. Hors Bamako

6. Ethnie :/

1 : Sénoufo 2 : Bambara 3 : Peulh 4 : Dogon 5 : Sonrai 6 : Sarakolé 7 :
Khassonké 8 : Malinké 9 : Autres à préciser

7. Nationalité :/ 1. : Malienne 2 : Autres à
préciser.....

8. Facteurs de risques :

1. L'hypertension artérielle :_____/ 1. Oui 2. Non

2. Diabète :_____/ 1. Oui 2. Non

3. Tabagisme :_____/ 1. Oui 2. Non

4. Alcool :_____/ 1. Oui 2. Non

5. orientation sexuelle 1. Oui 2. Non

6. Antécédent :

*Personnels :

-Médicaux :

-Chirurgicaux

-Gynéco-Obstétricaux :

*Familiaux :

9. Mode d'admission : -----/___/

1 : Venu(e) de lui-même 2 : Référé 3: Autres à préciser.....

III. LES DONNEES CLINIQUES

➤ Examen général

10. Signes généraux : -----/___/

1-Amaigrissement 2-Deshydratation 3-Anemie 4-Ictere

➤ SIGNES FONCTIONNELS

11. Troubles du transit intestinal :-----/___/

1- Aucun 2- Diarrhée 3- Constipation 4- Alternance diarrhée/constipation
5- Syndrome de Koenig 6- Arrêt des matières et des gaz

12. Mode de début de la douleur : -----/___/

1-Brutal 2. Progressive

13. Type de la douleur :/...../

1-Brulure 2-Crampe 3- Pesanteur 4-Pique 5-torsion

14. Intensité de la douleur : -----/___/

EVA.....

15. Irradiation de la douleur : -----/___/

.....

16. Rythme de la douleur : -----/___// 1. Oui 2. Non

Si oui moment.....

17. Facteurs déclenchants de douleur : -----/___//

.....

18. Facteurs calmant de douleur : -----/___//

.....

19. Rectorragie : -----/___/ 1. Oui 2. Non

➤ Examen proctologique

20. Inspection : -----/___/ 1. Oui 2. Non

Résultat de l'inspection.....

21. Toucher anorectal : -----/___/ 1. Oui 2. Non

Résultat du TR.....

22. Anuscopie : -----/___/ 1. Oui 2. Non

Résultat de l'anuscopie.....

23. Endoscopie : -----/___/ 1. Oui 2. Non

Résultat endoscopie.....

24. TDM:- -----/___/ 1. Oui 2. Non

Si oui résultat :

25. Echographie abdominale : -----/___/ 1. Oui 2. Non

Si oui résultat :

26. Biologie: -----/___/ 1. Oui 2. Non

Si oui résultat :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

27. Etiologie de la douleur : -----/___//

.....

28. Prise en charge de la douleur

.....

Médicale : 1. Oui 2. Non

27. Prise en charge de l'étiologie

28 Evolution

1. Favorable 2. Compliquée 3. Décédé

Fiche signalétique

Nom : SIMPARA

Prénom : Aboubacar

Nationalité : Malienne

Année académique : 2022-2023

Tel : 78 73 84 81

Email : bsimpara64@gmail.com

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine

Titre du Mémoire : PRISE EN CHARGE DE LA PROCTALGIE DANS LE SERVICE D'HEPATO GASTRO-ENTEROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE

Résumé

La proctalgie est un symptôme fréquent en consultation proctologique, non spécifique, elle peut révéler aussi bien une urgence, une maladie grave qu'une maladie chronique ou une affection bénigne. Les principaux signes d'appel sont les rectorragies et les douleurs anales ou proctalgies. Nous nous sommes proposés d'évaluer la prise en charge de la proctalgie dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale prospective qui s'est déroulée d'octobre 2021 à janvier 2024 dans le service de Gastro-Entérologie de CHU Gabriel Touré incluant les patients admis en consultation ou en hospitalisation dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête préétablie. La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel SPSS 21.0 et Excel.

Durant la période d'étude nous avons 200 cas de proctalgie sur 5462 consultations soit une fréquence de 3,66%, avec un sexe ratio de 1,85. La tranche d'âge 26-35 ans représentait 35% dans notre étude. Dans la présente étude les troubles du transit intestinal étaient dominés par la constipation avec 49%. Les selles d'aspect dur étaient le facteur déclenchant de la douleur le plus représenté soit 77,5%.

La douleur était prise en charge avec les antalgiques de palier I dans 54,5% des cas. Tous nos patients avaient bénéficié d'une endoscopie dans 99% des cas, la fissure anale était la plus prédominante des pathologies anales avec 65%.

Au cours de cette étude la proctalgie était dominée par des affections bénignes représentées par des fissures anales suivies de la maladie hémorroïdaire. Elle se voit beaucoup plus chez le sujet de sexe masculin. Un bon examen proctologique permet presque dans la majorité des cas de poser le diagnostic. Le respect des mesures hygiéno-diététiques permet d'éviter les pathologies qui entraînent la proctalgie. Les proctalgies doivent faire l'objet d'investigations très précises pour une meilleure prise en charge.

Mots-clés : Proctalgie, hépato gastro-entérologie, CHU