

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2023 - 2024

Thèse N°...../

THESE

**ETUDES EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET
THERAPEUTIQUE DES PATHOLOGIES
PROCTOLOGIQUES BENIGNES AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DE
BAMAKO**

Présentée et Soutenue publiquement le.../.../2024 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par :

Mme. Fatoumata CAMARA

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Bakary Tientigui DEMBELE (**Professeur**)

Membre : M. Modibo DIAKITE (**Médecin**)

Co-Directeur : M. Abdoulaye DIARRA (**Maître de conférences**)

Directeur : M. Idrissa TOUNKARA (**Maître de conférences**)

DEDICACES

DEDICACE

Je rends grâce :

-Au Seigneur de l'Univers, Le Tout Miséricordieux,

Le Très Miséricordieux, celui qui par lui-même subsiste :

C'est par votre miséricorde que ce travail est ce qu'il est aujourd'hui. Ainsi s'il devrait me conduire à soigner les humains, au succès et à la gloire un jour, faites en sorte que je reste moi-même, humaine, humble et compatissante avec les hommes ; que je sois protégée contre mon propre mal et le mal des autres.

Prophète Mohammad (SAW) : le Messager d'ALLAH est un excellent modèle à suivre. Que la paix et la Grace d'ALLAH soit sur vous.

Je dédie ce travail à :

Mon père feu Mamadou CAMARA

Ce travail est le fruit de tes efforts. Cette éducation rigoureuse que nous avons reçu n'était en fait que ta volonté de nous voir réussir. Grâce à toi j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Père, j'aurais aimé que tu sois présent, mais tu l'est dans mon cœur. Qu'ALLAH le tout puissant assure le repos de ton âme.

Ma mère Aminata DIABY

Femme exemplaire, courageuse et humble. Tu nous as inculqué les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse.

En reconnaissance de toutes les souffrances que tu as endurées pour nous. Tu as guidé mes pas dans les études et travaillé durement afin que tous tes enfants aient une solide assise pour affronter le dur combat de la vie. Si j'ai pu réussir aujourd'hui c'est grâce à votre courage. Qu'ALLAH t'accorde une longue vie, une excellente santé afin que nous puissions continuer à jouir de tes bénédictions.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A tous mes frères et sœurs particulièrement : Ousmane CAMARA, Mory CAMARA, Moussa CAMARA, Fatoumata CAMARA et Fanta BERETE. Ce que vous avez fait pour moi est fait devant Dieux, je ne l'oublierai jamais. Je tiens à vous témoigner ma profonde reconnaissance.

A mon bien aimé Bingali DOLO : Merci infiniment pour ton soutien constant, tes conseils, ton amabilité et ta confiance. Sois rassuré de mon amour sincère.

Au Docteur Ives DEMBELE : Votre hospitalité, votre soutien inconditionnel et votre affection m'ont marqué pour toujours. Puisse Dieu vous donner une longue vie.

Aux chirurgiens générales Dr Bakary COULIBALY et Dr Amara COULIBALY : Merci pour le soutien, l'encadrement et les conseils au cours du long stage. Que ce travail soit l'insigne honneur de ma reconnaissance.

Aux Docteurs : Seydou SANGARE, Assane KONE, Moussa T COULIBALY, Oumar CAMARA et Bekay COULIBALY... Merci pour le soutien, les bons conseils et d'être présent quand j'en avais besoin. Que ce travail soit l'insigne honneur de ma reconnaissance.

Aux amis et camarades : Ibrahima TRAORE, Sadio KOUYATE, Koudeidiatou GAKOU, Ismaila SIDIBE, Boubacar BAH, Adama DEMBELE, Bintou KANE, Djita SIDIBE et tous les autres. Recevez mes sincères remerciements.

Aux personnels du bloc et infirmiers du service de chirurgie générale du CSRef CII.

A TOUTES LES PERSONNES QUI M'ONT SOUTENU DURANT CE LONG PARCOURS QUE J'AI OMIS DE CITER.

HOMMAGES AUX JURY

HOMMAGES AUX JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- ❖ Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ❖ Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Sciences de Santé (INFSS) de Bamako
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHILMA)
- ❖ Diplômé en pédagogie en science de la santé à l'université de Bordeaux
- ❖ Secrétaire général de la Société Malienne de Colo-proctologie
- ❖ Membre du Collège Ouest-Africain de Chirurgie (WACS)
- ❖ Membre de l'Association Française de Chirurgie
- ❖ Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)

Cher Maître,

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous avons été toujours séduits par votre savoir inébranlable, votre simplicité, votre disponibilité et votre amour du travail bien fait nous ont beaucoup marqués. Veuillez trouver Cher Maitre l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Modibo DIAKITE

- ❖ Spécialiste en anesthésie-réanimation
- ❖ Praticien hospitalier CHU de Kati
- ❖ Chargé de recherche Anesthésie-réa
- ❖ Diplômé de formation médicale spécialisée approfondie en anesthésie-réanimation à Besançon, France
- ❖ Ancien interne des hôpitaux réanimation Bourges France.

Cher Maître,

Vous nous avez toujours reçu au sein de vos services avec enthousiasme et disponibilité tout au long de ce travail. Homme de science, votre abord facile et votre altruisme constituent pour nous une référence. Nous vous prions de trouver en cet instant solennel, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Professeur Abdoulaye DIARRA

- ❖ Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS
- ❖ Spécialiste en chirurgie générale
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Pr BSS de Kati
- ❖ Chef de service du bloc opératoire
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- ❖ Membre de la Société Franco-africaine de Chirurgie Digestive (S.A.F.CHI.D)
- ❖ Ancien interne des hôpitaux

Cher Maître,

Vous nous avez fait le privilège de codiriger cette thèse. Nous vous sommes infiniment reconnaissants pour la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce sujet. Votre aide a été précieuse tout au long de la réalisation de ce travail. Votre humanisme, votre simplicité, votre écoute, votre disponibilité, votre générosité, votre rigueur envers le travail bien fait et tant d'autres force notre respect et admiration éternelle. Nous vous serons éternellement reconnaissants. Merci pour tout, ce modeste travail est le vôtre. Veuillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Idrissa TOUNKARA

- ❖ Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS ;
- ❖ Ancien interne des hôpitaux ;
- ❖ Praticien hospitalier
- ❖ Chirurgien Généraliste
- ❖ Chef de service de chirurgie générale du CSREF CII,
- ❖ Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher Maître,

Vous êtes un véritable modèle de rigueur et discipline scientifique pour nous et les futures générations à venir. Vos qualités intellectuelles, votre persévérance et rigueur à la tâche ainsi que votre simplicité nous inspirent grandement. Vous êtes un monument de votre discipline, c'est un immense privilège que vous nous avez fait en voulant bien nous guider lors de nos travaux. Les mots nous manquent pour exprimer l'admiration et le respect que nous avons pour vous. C'est un immense honneur d'être comptés parmi vos élèves. Veuillez croire cher maître, en l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CSRef CII** : Centre de Santé de Référence de la Commune II
- AINS** : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
- FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- HTA** : Hypertension Artérielle
- %** : Pourcentage

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

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.....	8
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	9
Figure 3 : Ligature et extirpation des hémorroïdes hémorragiques.....	9
Figure 4 : Coupe frontale du canal anal	10
Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe.....	35
Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission	37
Figure 7 : Répartition selon l'évolution de la douleur anale	40
Figure 8: Répartition des patients selon la maladie hémorroïdaire.....	41
Figure 9 : Répartition des patients selon la classification de la fissure anale.....	42
Figure 10 : Répartition des patients selon les suites opératoires	45

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge	34
Tableau II : Répartition des patients selon la profession.....	35
Tableau III : Répartition des patients selon le statut matrimonial	36
Tableau IV : Répartition des patients selon la provenance.....	36
Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation	37
Tableau VI : Répartition des patients selon le mode d'installation de la maladie	38
Tableau VII : Répartition des patients selon les facteurs de risque.....	38
Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.....	39
Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.....	39
Tableau X : Répartition des patients selon la tonicité du sphincter anal au toucher rectal	40
Tableau XI : Répartition des patients selon le type de maladie proctologique ..	41
Tableau XII : Répartition des patients selon la classification de Goligher de la maladie hémorroïdaire	42
Tableau XIII : Répartition des patients selon la classification des fistules anales	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIV : Répartition des patients selon le type de traitement	43
Tableau XV : Répartition des patients selon le traitement médical.....	44
Tableau XVI : Répartition des patients selon le traitement chirurgical.....	44
Tableau XVII : Répartition des patients selon les complications post opératoires	46
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.....	46
Tableau XIX : Répartition des patients selon le type de maladie proctologique en fonction des complications post opératoire	47
Tableau XX : Répartition des patients selon le traitement chirurgical en fonction des complications post opératoire.....	48

Tableau XXI : Répartition des patients selon l'âge en fonction des complications post opératoire 49

Tableau XXII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation en fonction des complications post opératoire 49

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
Objectif général	4
Objectifs spécifiques.....	4
I. GENERALITE	5
1.1. Définition des pathologies anales	6
1.2. Historique des pathologies anales :.....	6
1.3. Rappels anatomiques.....	10
1.4. Physiopathologie	11
1.5. Traitement	14
II. METHODOLOGIE.....	29
2.1. Cadre d'étude	30
2.2. Type et période d'étude.....	31
2.3. Population d'étude	31
2.4. Supports	32
2.5. Saisie et analyse des donnés.....	32
2.6. Variables étudiées	32
2.7. Aspects éthiques.....	32
III. RESULTATS	33
3.1. Fréquence	34
3.2. Données sociodémographiques des patients	34
3.3. Données cliniques	37
3.4. L'anatomie-pathologie	45

3.5. Les suites opératoires	45
3.6. Durée d'hospitalisation	46
IV. DISCUSSION	51
4.1. Méthodologie :	51
4.2. Fréquence :	51
4.3. Données sociodémographiques	51
4.4. Données cliniques et para cliniques	52
CONCLUSION	56
RECOMMANDATIONS.....	58
REFERENCES	60
ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les pathologies anales sont des affections touchant la marge anale et l'anus. La science qui étudie ces affections ano-rectales est la proctologie, qui est une branche spécialisée de la gastro-entérologie [1]. Les pathologies anales demeurent un motif fréquent de consultation aussi bien en chirurgie générale qu'en gastro-entérologie [1,2]. Les affections proctologiques surviennent à toutes les tranches d'âge avec une nette prédominance au niveau de la population jeune.

Une étude américaine a été réalisée par interrogatoire téléphonique aléatoire chez 102 individus âgés de 21 à 65 ans, habitant la région de Joliet, dans l'Illinois. Elle retrouva une prévalence des symptômes anaux de 20% sans en préciser la pathologie anale sous-jacente [3].

En France, une étude menée à l'hôpital Bichat en 2003 a retrouvée chez les patients infectés par le VIH, une prévalence des pathologies anales de 44% [4].

Elles sont probablement sous-estimées en Afrique noire du fait de la pudeur, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'informations [5].

Au Congo, une étude menée au CHU de Brazzaville en 2022 a eu 40 cas de pathologies proctologiques soit 4,8%. Les pathologies hémorroïdaires et les fistules étaient les plus fréquentes avec respectivement 50% et 22,5%. Les symptômes retrouvés étaient la proctalgie, la sensation de masse, l'écoulement anal et la rectorragie [6].

Au Mali, en 2020, on retrouve en deux ans une fréquence annuelle de 1% des pathologies anales bénignes sur l'ensemble des consultations dans le service de chirurgie générale au CSRéf CI de Bamako [7].

La douleur anale, la rectorragie et le suintement sont des signes les plus rencontrés en pathologie proctologique. Le diagnostic se pose 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. La maladie hémorroïdaire est la pathologie ano-rectale la plus rencontrée dans plusieurs études africaines [5,8,9]. De nos jours, sur le plan thérapeutique, les techniques instrumentales, médicales ou chirurgicales plus modernes sont utilisées. Une prise en charge précoce donne un meilleur pronostic.

Dans notre contexte, la méthode chirurgicale prime sur les autres du fait la médecine moderne est le dernier recours des patients l'auto médication et les tradithérapeutes.

Vu l'insuffisance de données sur les pathologies anales au Mali et en particulier en commune II du district de Bamako, nous nous sommes proposés de mener cette étude dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de (CSRéf) de la commune II.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

- Étudier les pathologies proctologiques bénignes dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la commune II.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des pathologies proctologiques bénignes dans le CSRéf-CII ;
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des pathologies proctologiques bénignes dans le CSRéf-CII ;
- Analyser les suites de la prise en charge.

GENERALITES

I. GENERALITES

1.1. Définition des pathologies anales

a. Les Hémorroïdes :

Les hémorroïdes sont des extasies des capillaires du corps caverneux recti, qui se déplacent du canal anal vers le bas. Elles ne sont pas des varices, on distingue 2 types d'hémorroïdes : externe et interne.

b. 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. 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.

c. L'abcès anal :

L'abcès anal est une infection des glandes anales. Il se manifeste surtout par 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.

d. La fistule anale :

La fistule anale est une communication entre une glande anale et la peau. Elle survient souvent suite au drainage spontané ou chirurgical d'un abcès anal. [10]

1.2. Historique des pathologies anales :

Sur le plan historique, les urgences proctologiques tirent leur intérêt 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 [11]. 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 [11, 12, 13,14].



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 [11].



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 [11].



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) trouvé à la Bibliothèque National de Paris [11].

1.3. Rappels anatomiques

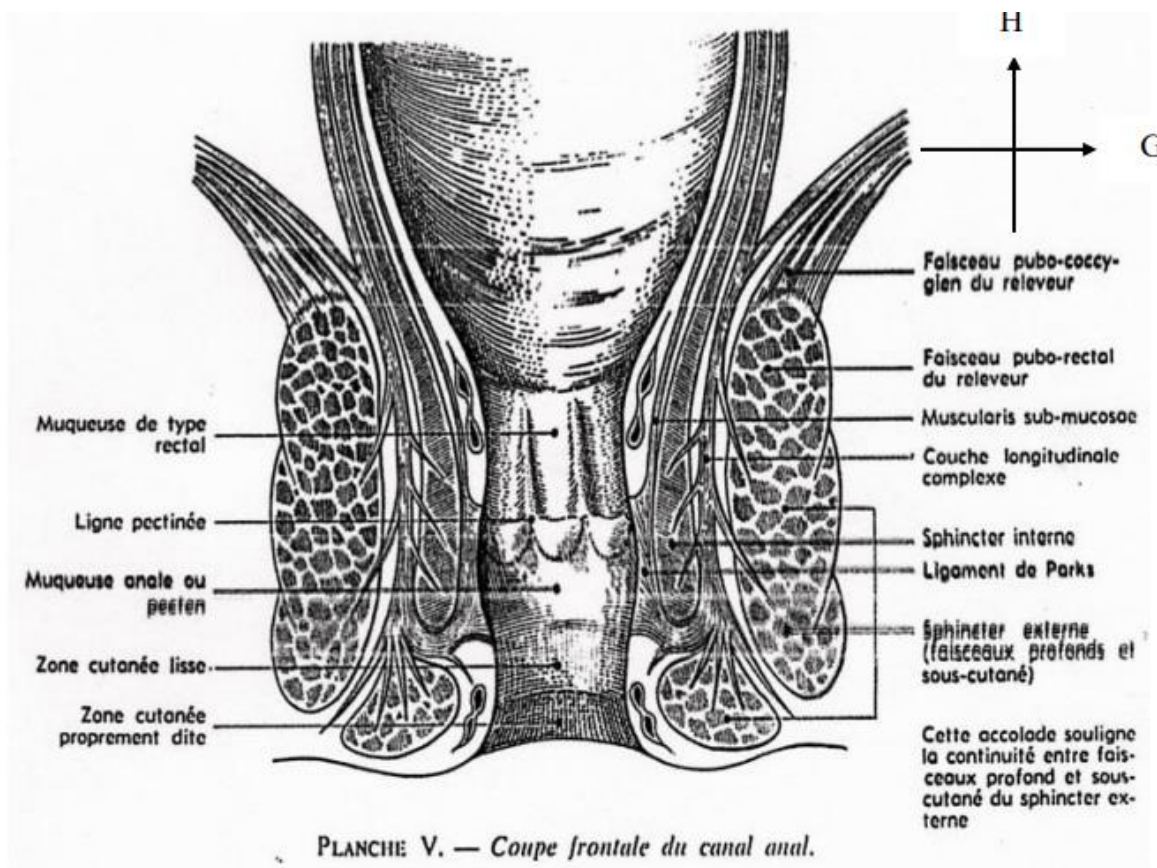


Figure 4 : Coupe frontale du canal anal [15].

Le canal anal fait suite au rectum et s'ouvre à l'extérieur par l'anus. Entouré par l'appareil sphinctérien, il est situé dans le périnée postérieur et se dirige en arrière et en bas.

La surface interne du canal présente de haut en bas :

- La zone des colonnes anales : entre les lignes ano-rectale et pectiné
- Le pectin : entre les lignes pectiné et ano-cutanée
- La zone ano-cutanée entre la ligne ano-cutanée et l'anus.
- Sphincter interne lisse est un épaissement de la couche musculaire du rectum, entoure les $\frac{3}{4}$ supérieurs du canal anal de la ligne ano-cutané et dépasse le sphincter externe vers le haut.

- Le sphincter externe strié, autour du sphincter interne a trois parties : profonde (fibres supérieures fusionnent avec le faisceau pubo-rectal), superficielle (couvre les $\frac{3}{4}$ inférieurs du sphincter interne. Solidaire du centre tendineux du périnée) et sous cutanée (autour de la portion cutanée du canal anal, au dessous du plan du sphincter lisse.
- Les plexus hémorroïdaires externes sous-cutanés à localisation sous-pectinée, qui dépendent de l'artère hémorroïdaire inférieure (branche de l'artère hypogastrique). Le retour veineux se fait vers le système cave ;
- Les plexus hémorroïdaires internes situés dans l'espace sous muqueux au-dessus de la ligne pectinée, qui dépendent de l'artère hémorroïdaire supérieure (branche de l'artère mésentérique inférieure). Le retour veineux se fait vers le système porte ;
- La muqueuse et la sous-muqueuse sus-pectinéales contenant les plexus hémorroïdaires internes sont fixées à l'appareil sphinctérien interne par une formation musculo-ligamentaire de soutien appelé ligament de Parks ;

La disposition anatomique normale des plexus hémorroïdaires internes correspond aux trois branches de division de l'artère hémorroïdaire supérieure : 3 heures (gauche), 8 heures (postéro- droit) et 11 heures (antéro-droit) en position gynécologique [16].

1.4. Physiopathologie [17]

La compréhension des mécanismes physiopathologiques aboutissant aux pathologies proctologiques n'est pas encore clairement établie. Les hémorroïdes, structures normalement présentes au niveau de l'anus peuvent entraîner diverses manifestations cliniques comme des rectorragies, des thromboses ou un prolapsus.

Ainsi des théories vasculaire et mécanique semblent intervenir dans ce processus pathologique aussi la formation et la localisation préférentiellement commissurale postérieure sont probablement intriqués.

1.4.1. Théorie vasculaire

Le rôle des shunts artérioveineux a été évoqué dans la compréhension des phénomènes congestifs, thrombotiques et hémorragiques. Les shunts artérioveineux superficiels de type capillaire peuvent s'ouvrir brutalement à la suite d'une augmentation du débit artériel sous l'influence de divers facteurs (variation de pression, exonération difficile), modifiant ainsi les capacités d'adaptation du système vasculaire et réalisant des conditions favorables à l'apparition d'un thrombus. De même, la mise en tension des structures vasculaires pourrait favoriser les hémorragies de sang artériel par altération du réseau capillaire sous muqueux.

1.4.2. Théorie mécanique

Le facteur mécanique est communément admis pour expliquer le prolapsus et les rectorragies. En effet, le tissu conjonctif de soutien se dégrade avec l'âge, dès la troisième décennie, avec cependant de grandes variations individuelles. L'altération et l'hyperlaxité des moyens de fixation des plexus hémorroïdaires vont entraîner leur mobilisation anormale et leur extériorisation lors des efforts de poussées. À un stade ultime, le ligament de Parks est rompu et les plexus hémorroïdaires internes sont prolapsés en permanence. La dégénérescence du tissu de soutien va également induire une distension des structures vasculaires et par conséquent une augmentation du volume des hémorroïdes. Ces phénomènes vont fragiliser la muqueuse hémorroïdaire qui sera le siège d'érosions, entraînant des saignements de type artériolaire, notamment lors de l'exonération quand la mobilisation des plexus hémorroïdaires est maximale. Cette théorie séduisante n'explique cependant pas tout, car ces anomalies histologiques peuvent exister chez des sujets âgés sans manifestation hémorroïdaire clinique.

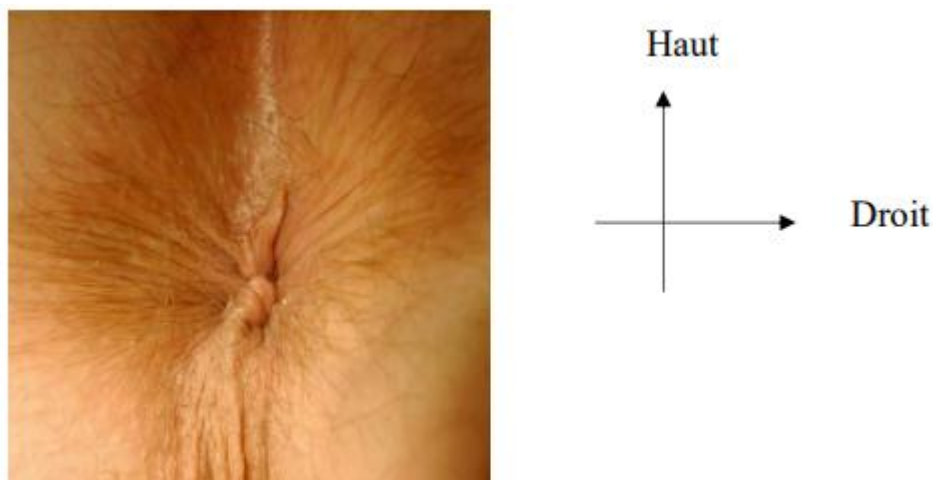


Figure 5 : Aspect normal des plis radiés de l'anus (fins et harmonieux) lors de l'inspection clinique de la marge anale. Source : Laurent Siproudhis

L'appareil sphinctérien est évalué au repos et lors d'une contraction anale volontaire. Le toucher rectal permet d'atteindre le cul-de-sac de Douglas dont le contenu est perçu s'il est pathologique (épanchement, tumeur).

La suppuration prend source au niveau de la glande d'Hermann et Desfosses située sur la ligne pectinée aux creux d'une crypte. Le canal glandulaire s'abouche au niveau des cryptes mais le corps de la glande traverse le sphincter interne, la couche longitudinale, voire parfois le sphincter externe. Ces glandes sont au nombre de 6 à 8, plus nombreuses dans la partie postérieure du canal anal. La fistule anale de l'enfant est quasiment inexistante chez la petite fille, serait due à des anomalies congénitales de ces glandes, mais chez l'adulte l'origine reste inconnue. L'anatomie de ces glandes explique par contre l'évolution de la suppuration vers la fistule. Cette évolution se fait en 2 phases : une première phase aigue, l'abcès et une seconde phase chronique, la fistule anale.

En phase aigue, l'abcès peut être intra mural si l'infection reste circonscrite au sphincter interne et à l'espace intersphinctérien. Lorsque la suppuration traverse le sphincter externe, elle s'exteriorise au niveau de la peau, réalisant alors l'abcès marginal. L'abcès de la marge anale est donc une suppuration qui prend déjà la forme d'une fistule anale et on verra plus loin que son traitement doit s'attacher à

mettre à plat ou drainer l'ensemble de ce trajet et non pas la partie extra sphinctérienne.

A la phase chronique, l'inflammation s'organise, la fibrose apparait et c'est un véritable trajet transsphinctérien qui se forme avec :

- un orifice interne sur la ligne pectinée, au niveau de la glande d'Hermann et Defosses concernée ;
- un orifice externe, le plus souvent sur la fesse en regard de l'orifice interne (mais pas toujours) ;
- un trajet qui relie les 2 orifices.

Dans 85 à 95% des cas, la fistule est simple telle que décrite ci-dessus. Dans certains cas, la collection diffuse dans l'espace intersphinctérien pour former d'autres trajets situés en général plus haut, ce sont les trajets accessoires. On se retrouve ainsi avec une fistule complexe. Le plus souvent, ces trajets accessoires sont si courts et borgnes qu'ils sont appelés diverticules. Leur mise à plat est essentielle, ils doivent donc être détectés lors de la dissection du trajet principal. Mais dans certains cas, les trajets sont plus long, capables de traverser le sphincter externe, formant un deuxième trajet de fistule. Il existe donc plusieurs types de fistules complexes.

La hauteur du trajet transsphinctérien de la fistule par rapport à la marge anale détermine le risque d'incontinence anale post opératoire. On différencie donc les fistules basses si le trajet se situe entre la marge anale et la moitié inférieure du sphincter externe, des fistules hautes quand le trajet traverse la moitié supérieure du sphincter externe.

1.5. Traitement

1.5.1. Buts

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

1.5.2. Moyens

1.5.2.1. Règles hygiéno-diététiques :

Elles consistent à :

- Assurer une hygiène locale
- Régulariser le transit à l'aide d'un régime riche en fibres ou à l'aide de laxatifs non irritants à base de mucilages.
- Lutter contre la sédentarité
- Éviter les efforts de poussée excessive

1.5.3. Traitement médical non instrumental

Il doit toujours être proposé :

- Le traitement de la maladie hémorroïdaire ne se justifie que lorsque les hémorroïdes sont compliquées.
- La thrombose hémorroïdaire externe se traite par la thrombectomie. Sous anesthésie locale, on peut inciser la paroi du thrombus et énucléer le caillot. Mais il faut attendre que le caillot soit « mûr ». En attendant, on prescrit des antalgiques, des anti-inflammatoires, des décontractants, des toniques veineux.
- Les rectorragies sont habituellement la manifestation d'une poussée hémorroïdaire. Il faut commencer par le traitement médical : antalgiques, régulateurs du transit intestinal, anti-inflammatoires, phlébotoniques. Il faut revoir le malade une fois la poussée terminée pour mesurer l'étendue de la maladie hémorroïdaire et prévoir un traitement plus radical.

La prociidence a théoriquement des indications différentes, selon le stade :

- au stade 1, on préfère la sclérose des hémorroïdes par injection de produits sclérosants [18], coagulation ou par photo-coagulateur;
- au stade 2, on préfère les ligatures élastiques;
- au stade 3, c'est le stade de l'hémorroïdectomie [19].

- L'« étranglement hémorroïdaire », justifie également une hémorroïdectomie, après avoir obtenu une régression de la poussée.
- Le véritable traitement des hémorroïdes est en fait la prophylaxie, c'est-à-dire l'ensemble des mesures qui améliorent ou corrigent les troubles de la défécation [20]. En ce qui concerne la dyschésie, l'important est d'apprendre à n'aller à la selle, qu'en cas de besoin, pour faire une selle facile et indolore et éviter les longues stations en position de défécation.

1.5.4. Traitement proctologique ambulatoire

1.5.4.1. Les injections sclérosantes :

Elles consistent à introduire dans l'espace sous-muqueux, au-dessus de la ligne des cryptes, une solution de chlorhydrate de quinine et d'urée à 5%, en évitant les injections de 12 heures et 6 heures (raphé ano-coccygien, cloison recto-vaginale ou région prostatique) au rythme d'une ou deux injections par semaine (4 à 6 au total). Ces injections sclérosantes sont efficaces dans les saignements d'origine hémorroïdaire (hémorragique et/ou hémorroïdes congestives non procidences de Stade I). Le mécanisme d'action de ces injections dites sclérosantes est mal élucidé.

1.5.4.2. Les coagulations superficielles à l'infra-rouge

De la muqueuse anale dans la zone sus-pectinée, elles ont les mêmes indications que la sclérose.

1.5.4.3. Les ligatures élastiques

Elles consistent, soit avec un appareil à griffe, soit avec un appareil à aspiration, à pédiculiser la muqueuse, la sous-muqueuse et les vaisseaux sous-jacents, et à enserrer par un élastique la base de ce pédicule [21]. Ces ligatures se font au-dessus de la ligne pectinée, dans le canal anal, en zone dite intermédiaire. La nécrose du tissu ainsi ligaturé se fait en quelques jours laissant place à une cicatrice qui fixe la muqueuse sur le plan profond après avoir éliminé un tissu muqueux et vasculaire excédentaire. Ces séances se répètent trois ou quatre fois à

4 semaines d'intervalle. Le mécanisme d'action paraît être davantage lié à l'exérèse de la muqueuse qui a tendance à se prolaber et à la fixation cicatricielle qu'à une hémorroïdectomie ambulatoire. Après la ligature, il y a lieu de favoriser le transit et de réduire une éventuelle procidence lors des efforts ou des défécations.

1.5.4.4. La Cryo destruction du paquet ligaturé

Elle peut se faire immédiatement, soit de façon partielle, soit jusqu'à élastique, accélérant le processus de nécrose et réduisant, semble-t-il, le risque d'hémorragie secondaire. Les indications du traitement de la maladie hémorroïdaire par ligature élastique avec ou sans Cryo destruction sont essentiellement les hémorroïdes ayant tendance à la procidence au moment de la défécation et nécessitant ou non une réduction manuelle (stade 4).

1.5.4.5. Précautions communes aux traitements proctologiques ambulatoires :

- Ces traitements doivent bénéficier d'un suivi et d'une disponibilité du proctologue.
 - Ils doivent être associés à une facilitation du transit et permettre un examen rapide en cas de manifestations secondaires (saignement, douleur, fièvre, troubles urinaires).
- Ces traitements doivent être pratiqués en zone insensible, sus-pectinéale, au niveau de la zone intermédiaire en évitant d'atteindre la muqueuse rectale qui peut avoir tendance à se prolaber.
- Lors du geste thérapeutique, il faut savoir remédier d'emblée à une erreur technique : écraser au doigt une « vessie de poisson » en rapport avec une injection sclérosante trop superficielle, retirer un élastique mal placé soit trop haut dans le rectum, soit trop bas en zone sensible sous-pectinéale

1.5.5. La thrombose hémorroïdaire externe

Elle constitue en quelque sorte la seule expression symptomatique des plexus hémorroïdaux externes sous-cutanés et réalise un thrombus intravasculaire sous tension, douloureux avec une réaction œdémateuse. Quand l'accident est récent (moins de 72 heures), que la thrombose est localisée et bien palpée (sans réaction œdémateuse trop importante), le thérapeute et le patient pourront tirer bénéfice soit d'une incision curetage, soit d'une excision de ce thrombus. Dans le premier cas, quelques gouttes d'anesthésique local (Xylocaïne à 2% ou Xylocaïne à 1% adrénaline) permettront d'effectuer une incision d'environ 15 mm afin d'évacuer le caillot (expression digitale ou curetage). Il est préférable de réaliser l'incision perpendiculairement aux plis radiés plutôt que dans le sens des plis radiés afin de favoriser l'excision de plusieurs petits thrombus [22]. L'excision du thrombus et de son revêtement cutané au bistouri électrique ou au ciseau diminue le risque de récurrence de la thrombose au même site, diminue le risque de voir survenir une marisque séquellaire mais complique parfois le geste local (plaies plus larges, hémorragies). Après réalisation d'un pansement compressif et l'institution d'un traitement médicamenteux de la crise hémorroïdaire (cf. infra), il convient d'avertir le patient que ce geste a de grandes chances de le soulager mais qu'il ne le met pas à l'abri d'une récurrence à court ou à moyen terme. Les thromboses qu'il convient d'éviter d'inciser ou d'exciser sont les thromboses multiples avec réaction œdémateuse importante (thrombose du post-partum), les thromboses hémorroïdales évoluant depuis plus de 5 jours (diminution des manifestations douloureuses, réorganisation du caillot rendant son évacuation plus difficile) et les thromboses hémorroïdales internes extériorisées (risque hémorragique). Dans cette situation, la mise en route d'un traitement médicamenteux associant anti-inflammatoires non stéroïdiens, veinotoniques et topiques locaux est préférable.

1.5.6. Technique de Milligan et Morgan (St Mark's Hospital) :

Le patient est en décubitus dorsal, jambes fléchies. Le premier temps consiste en une exposition des paquets par positionnement de trois pinces sur chaque paquet hémorroïdaire de la façon suivante :

- une sur la ligne ano-cutanée ;
- une autre sur la ligne pectinée et enfin,
- une sur la muqueuse sus-hémorroïdaire toujours dans le même axe que les précédentes.

Le deuxième temps prépare la section d'un lambeau cutané-hémorroïdaire à sommet interne, après incision de la ligne ano-cutanée qui doit emporter le plexus veineux hémorroïdaire externe.

Le troisième temps est représenté par la ligature élective haute du pédicule vasculaire hémorroïdal par un nœud de Meunier, prenant la muqueuse rectale et s'appuyant sur le sphincter interne. La section du paquet hémorroïdaire laisse un moignon de 1 cm environ. Le fil de la ligature d'1 cm, est laissé en place comme repère, en cas de réintervention pour hémorragie.

Enfin, l'intervention se termine par, la vérification de l'hémostase et un épluchage des ponts cutané-muqueux, permettant la résection éventuelle des hémorroïdes restantes (cause de douleurs et d'échec).

1.5.7. La technique de Parks

Elle est débutée par la mise en place d'un écarteur de Parks. Ensuite, une incision elliptique sur le paquet hémorroïdaire est prolongée en « queue de raquette » intracanalalaire et remonte sur la muqueuse rectale. La dissection sous-muqueuse sectionne le ligament de Parks et dissèque tout le paquet qui est totalement séparé du sphincter interne. Une ligature pédiculaire haute du paquet est ensuite réalisée. La reconstruction de la muqueuse intra-canalalaire est réalisée par des points

séparés embrochant le sphincter interne. La partie cutanée de l'incision n'est pas fermée dans un but de drainage.

1.5.8. La technique de Fergusson

Il s'agit d'une hémorroïdectomie fermée décrite en 1959. L'incision cutanée est elliptique circonscrivant le paquet hémorroïdaire. La dissection du paquet hémorroïdaire sera complète et s'étend jusqu'à 2 cm au-dessus de la ligne pectinée. Après ligature du pédicule vasculaire et section du paquet hémorroïdaire, une fermeture complète de la plaie est réalisée.

1.5.9. Hémorroïdectomies totales circulaires

L'intervention de Whitehead n'est plus réalisée en France du fait de ses nombreux inconvénients. L'intervention de Toupet dérivant de Whitehead [23] est débutée par une sphinctérotomie interne verticale à 6 heures avec une anoplastie par abaissement et suture muco-musculaire. Ensuite la muqueuse de la ligne de pectinée est incisée sur toute la longueur, afin de respecter au maximum la sensibilité cutanée. Les hémorroïdes sont ensuite disséquées de la peau du canal anal laissant en place un véritable lambeau cutané, ensuite détachées des plans profonds, notamment du sphincter interne, après section du ligament de Parks. Après ligature des pédicules vasculaires correspondants, le lambeau cutané est suturé par des points séparés en U à la muqueuse rectale (en chargeant le sphincter interne). En fin d'intervention, deux zones ouvertes assurent un drainage bipolaire.

1.5.10. Complications

Leur existence justifie la surveillance attentive des opérés par l'équipe proctologique. Elles n'entraînent une réintervention que dans moins de 1% des cas. Les deux complications précoces les plus fréquentes sont la rétention aiguë d'urine (moins de 10%) et l'hémorragie (moins de 4% ; [24-25,26]).

- La rétention aiguë d'urines est une complication classique mais peu fréquente [27] : elle nécessite une restriction des apports hydriques, de levers précoces

(la pratique de bain chaud est préconisée par les anglo-saxons; [27] et au besoin le sondage devant l'apparition d'un globe vésical.

- L'hémorragie par lâchage d'une suture pédiculaire nécessite la reprise chirurgicale, alors que les saignements par chute d'escarre (plus tardifs) sont résolutifs spontanément.
- Les complications infectieuses sont évitées par la prescription d'antibiotiques en période per- et post-opératoire immédiate. Cependant, certaines circonstances justifient que l'antibiothérapie soit prolongée (patient en déficit immunitaire, valvulopathie associée). A distance de l'intervention, deux complications parfois associées peuvent survenir : le retard de cicatrisation (particulièrement fréquent chez l'immunodéprimé) et le syndrome douloureux pseudo-fissuraire [24] Elles sont le plus souvent en rapport avec des soins post-opératoires négligés. Le retard de cicatrisation implique la reprise des soins locaux (désinfection des plaies par application de néocollargol, nitrage de la plaie). En cas d'immunodépression sévère l'abstention opératoire est souhaitable. Le syndrome douloureux pseudo-fissuraire nécessite le plus souvent la régularisation et la facilitation du transit associé à la dilatation digitale douce. Il est rare qu'il soit nécessaire de pratiquer une léiomyotomie en cas de contracture persistante du sphincter interne.

1.5.11. Le traitement de la fissure anale

Il associe :

- Des antalgiques, des décontracturants et des anesthésiques locaux appliqués avant chaque selle, des cicatrisants à base de vitamine A, des régulateurs du transit intestinal. La diarrhée autant que la constipation sont à éviter.
- L'exérèse de la fissure : fissurectomie qu'il faut associer à une sphinctérotomie et une anoplastie. La fissurectomie doit exciser toute la région fissuraire jusqu'à la ligne pectinée débordant largement sur la peau et enlevant la marisque sentinelle. La sphinctérotomie est une section du sphincter interne

- dans la plaie sur environ 1 cm. L'anoplastie consiste à décoller la muqueuse au-delà de la ligne pectinée de façon à pouvoir la descendre jusqu'au sphincter interne sectionné aux bords duquel elle sera suturée dans le but de recouvrir la plaie sphinctérienne pour favoriser sa cicatrisation et éviter les infections post-opératoires. La règle est de ne pas suturer la muqueuse à la peau [28,29].
- Le traitement prophylactique est en réalité le vrai traitement, c'est-à-dire le dépistage et le traitement de toutes les dyschésies

1.5.12. Traitement des abcès et des fistules anales

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.

❖ Traitement des abcès

Il repose sur le drainage chirurgical. Les antibiotiques ne sont pas indiqués à titre curatif, et ont été accusés de favoriser les récurrences, notamment en masquant l'orifice primaire. Le geste chirurgical est associé à une injection IV de 500 mg de métronidazole. Une fois le drainage effectué, il n'y a pas de consensus sur la nécessité de poursuivre l'antibiothérapie sauf chez les sujets à risque (valvulopathie cardiaque, diabète, SIDA). Le traitement des abcès, indépendamment de leur topographie, associe : une incision de la coque de l'abcès, un curetage de la cavité avec ablation des débris nécrotiques, un méchage et le traitement de la fistule. L'ouverture cutanée se fait non pas au niveau du maximum de fluctuation, mais au plus proche de la marge anale [30]. L'ouverture des abcès accessibles par voie cutanée, se fait grâce à une résection du toit de la lésion plutôt que par une simple incision. Le drainage d'un abcès périanal, est associé à la cure par fistulotomie d'une fistule inter sphinctérienne, et celui de la plupart des abcès ischianaux à celle d'une fistule transsphinctérienne. Le drainage d'un abcès inter

sphinctérien comporte l'ablation de la crypte originelle, l'ouverture de l'espace inter sphinctérien dans le canal par la fracture de la muqueuse, des sous muqueux et du sphincter interne, et jusqu'à la couche circulaire interne du rectum si l'extension en hauteur le nécessite [31]. Le traitement des abcès supralévatoriens dépend étroitement du trajet de la fistule qui lui a donné naissance :

- S'il résulte de l'extension en hauteur d'une fistule inter sphinctérienne, il doit être drainé dans la lumière rectale (un drainage périnéal entraîne la formation d'une fistule extra sphinctérienne iatrogène).
- S'il résulte de l'extension en hauteur d'une fistule transsphinctérienne, il doit être drainé vers le périnée (un drainage dans le rectum entraîne la formation d'une fistule extra sphinctérienne iatrogène).
- S'il résulte d'une pathologie pelvienne, celle-ci doit être préalablement traitée sans geste sur l'appareil sphinctérien [31]. Dans la majorité des cas le drainage des abcès et la cure de la fistule est fait en un seul temps [32, 33]. Parfois, on ne parvient pas à mettre en évidence l'orifice primaire. Le risque est alors de créer de faux trajets ou d'ignorer les trajets secondaires, notamment si l'abcès est volumineux [34, 35]. Il faut alors surseoir à toute exploration. Dans 37% des cas ces abcès récidivent [34, 36], dans 11% des cas ils évoluent vers une fistule; il semble que dans les cas restant une majorité de patients soit indemne de toute infection résiduelle. Une alternative au drainage consiste dans la mise en place d'un cathéter de drainage (sonde de type pezzet), à travers une courte incision. La taille du cathéter est adaptée à celle de la cavité et de l'incision. Il peut ainsi se maintenir sans fils à la peau. Le drainage autorise un examen à distance, indolore, à la recherche d'une fistule. Ce geste simple permet au moindre doute une évaluation morphologique préopératoire, plus complète en dehors du contexte de l'urgence [37,38].

1.5.13. Traitement des fistules anales

Le traitement, là encore chirurgical, dépend du type de fistule considérée. La multiplicité des techniques illustre l'imperfection des méthodes disponibles. Les méthodes « classiques », consacrées par l'usage, restent largement utilisées, car très efficaces, pour les fistules simples. Mais les attitudes thérapeutiques sont loin d'être homogènes, notamment pour les fistules hautes, celles qui laissent le plus de séquelles [39].

1.5.14. Les Traitements « habituels » (Fig. 10)

Le traitement de première intention des fistules inter sphinctériennes basses et transsphinctériennes (non compliquées d'un abcès su ou sous supralévatorien), jamais opérées, est une fistulotomie. Le trajet entre les 2 orifices, primaire et secondaire, est mis à plat, puis cureté ainsi que les trajets secondaires. La marsupialisation des berges parfois proposée, n'a pas de bénéfice démontré. La fistulotomie d'emblée est effectuée dans 79 à 91% de ces fistules simples. On peut en rapprocher la mise à plat des fistules sous cutanées (superficielles). Cette technique donne un taux de guérison de 88% [32]; le taux d'incontinence varie selon les auteurs [39,40] de moins de 2,2% à 16%, mais peut atteindre 50% [41]. La fistulectomie est progressivement abandonnée. Elle consiste à enlever la totalité du trajet intra-musculaire en forant un cylindre d'exérèse autour du trajet repéré par le stylet. Le délabrement plus important explique un taux d'incontinence plus élevé. Le délai de cicatrisation est plus long et les saignements abondants plus fréquents. Elle reste proposée pour les fistules hautes [42]. Dans le cas des fistules trans-sphinctériennes hautes (dont le trajet passe au-dessus de la ligne des cryptes) et des fistules suprasphinctériennes, la méthode habituelle associe une fistulotomie en plusieurs temps, et un drainage par séton (fil de soie, de nylon, ou drain élastique). Le premier temps opératoire comporte une fistulotomie externe partielle, soit de la portion distale (caudale) du sphincter (technique de Parks[43], soit de la portion proximale (technique d'Abcarian;). Le

séton est lié autour du sphincter externe restant. Le rôle du séton est de drainer l'infection, de maintenir le repérage du trajet, et d'induire une réaction fibreuse autour de ce trajet; cette fibrose lors de la section sphinctérienne évite la rétraction des berges du sphincter après fistulotomie [40]. Dans les 2 techniques, la fistulotomie est complétée 2 à 3 mois plus tard. Sur 45 patients traités [44], tous ont été guéris avec 1 seule incontinence aux gaz.

1.5.15. Traitement des fistules anales

Le séton comme traitement définitif a été proposé ; après sa mise en place, les serrages successifs lui permettent de sectionner la masse musculaire progressivement, en abaissant progressivement le trajet fistuleux qui le suit. Les processus physiologiques de cicatrisation et de fibrose ressoudent les berges de cette fistulotomie lente. Le séton finit par être évacué en plusieurs semaines. Les limites de cette technique sont : le non traitement des trajets secondaires, la nécessité de nombreuses consultations, l'extrême inconfort lors des serrages du séton. Cette technique ne permet pas de faire l'économie des incontinenes post opératoires (16%). Elle est peu pratiquée actuellement [40]. Les fistules supra sphinctériennes et extra sphinctériennes restent une difficulté chirurgicale. Le taux d'incontinence atteint 44% [39]. Il a été décrit : une fistulotomie complète en 1 temps suivie d'une réparation sphinctérienne immédiate, une traction lente sur séton. Une colostomie est régulièrement pratiquée pour les fistules extra sphinctériennes.

a. Les techniques d'épargne musculaire

La notion de « fistules complexes » opposant les fistules simples, traitées en 1 temps, guérissant avec peu ou pas de séquelles, aux fistules complexes, nécessitant un traitement en plusieurs temps et exposant à plus de séquelles, ne traduit pas totalement la réalité. Les patients exposés à une incontinence ne sont pas seulement ceux porteurs de fistules anatomiquement complexes [40, 45, 46], tableau 2. C'est donc pour éviter les 2 écueils -délai prolongé de cicatrisation et

incontinence fécale que ce sont développées de multiples techniques qui ont en commun la limitation des pertes de substances musculaires

b. La technique du lambeau muqueux (flap advancement) :

Après une préparation colique, la technique associe :

- Une excision de l'orifice primaire et la fermeture de l'orifice correspondant au niveau du sphincter par du matériel résorbable;
- Une excision du trajet extramusculaire, entre la peau et le muscle sphinctérien,
- Le recouvrement de la plaie canalaire par un lambeau sain de muqueuse rectale, qui isole la zone excisée, de la lumière canalaire.

Les principales variations de cette technique [46,47, 48, 49, 50] sont : l'association ou non d'un drainage du trajet externe, une suture simple de l'orifice interne, l'abaissement plus ou moins bas du volet muqueux, une épaisseur variable du lambeau (totalité de la paroi rectale ou muqueuse et sous muqueuse seulement). Les avantages sont l'absence de déformations, une cicatrisation plus rapide, et surtout l'absence de section sphinctérienne [40].

c. Le déroutement de la fistule (rerouting technique)

Le principe est de transposer le trajet extra sphinctérien, dans une position où le sacrifice musculaire de la mise à plat sera minime ou nul. Cette technique est accessible aux seules fistules chroniques, au trajet fibreux bien organisé. Le trajet fistuleux est excisé en bloc depuis la peau jusqu'à la traversée du sphincter externe. Il est ensuite positionné dans l'espace inter sphinctérien préalablement disséqué, à travers une brèche faite dans le sphincter externe. Celle-ci est immédiatement suturée. Après cicatrisation des plaies, 4 à 6 semaines plus tard, par une manœuvre similaire, le trajet fistuleux est transposé en sous muqueux, d'où il sera excisé ultérieurement. Les 2^o et 3^o temps peuvent être combinés [51].

d. Techniques diverses

D'autres auteurs [52], partant du principe que le séton maintient artificiellement ouvert le trajet fistuleux, ont proposés son ablation pure et simple, après drainage, sans sphinctérotomie. Une fermeture de la fistule est observée dans 45% des cas; en cas de récurrence, une fistulotomie classique est toujours possible. Plus récemment dans les fistules hautes [53] une fermeture du trajet sous couvert d'antibiotiques a été proposé, avec un abord inter sphinctérien. 7 des 13 patients ont été guéris, 2 ont dû subir une sphinctérotomie interne et 4 ont récidivés. Des sétons chimiques ont même été proposés, tel des chapelets de billes imprégnées d'antibiotiques (gentamycine), progressivement extrait par l'orifice de drainage périnéal, après suture de l'orifice primaire [54]. Une variante de la traction élastique, consiste en une traction progressive sur un séton métallique fait de fil métallique tressé et aboutissant à un taux de récurrence de 4% sans incontinence fécale [55]. Des préparations à base de fibrine, injectées dans la fistule ont permis des obturations avec guérison dans 60% des cas [56, 57].

e. Les cas particuliers :

▪ Les gangrènes du périnée

Elles s'observent sur certain terrain : diabète, anémie réfractaire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, antécédents de cure d'abcès ou de fistules, SIDA. Ces suppurations à anaérobies peuvent s'observer en association avec la prise d'AINS qui est donc contre indiquée tant que l'abcès n'est pas drainé. Le débridement des plaies doit être très large, parfois répété, et associé aux autres thérapeutiques habituelles. Chez les patients atteints de SIDA, le drainage des abcès s'impose ; mais le traitement des fistules est plus problématique. Dans un groupe de 51 patients, le tiers des patients a cicatrisé en plus de 6 mois et la moitié des autres était décédée sans que la plaie opératoire soit cicatrisée [58]. On en rapproche les difficultés thérapeutiques lors des hémopathies. Le risque de complications semble relié à la neutropénie. Le risque hémorragique, les

difficultés liées à l'absence de collection et les difficultés de cicatrisation ont conduits à des tentatives d'antibiothérapie première, efficaces dans 88% des cas. En cas d'échec un rattrapage chirurgical est toujours possible.

▪ **Les fistules en fer à cheval :**

Elles sont le plus souvent des fistules transphinctériennes à développement postérieur. Elles se traitent donc comme telle [38]. Les récessus latéraux de la suppuration sont drainés dans un premier temps par des contre incisions, limitant ainsi l'extension des défets cutanés. Une fois les plaies latérales cicatrisées, la fistule postérieure est traitée.

▪ **Les fistules recto-vaginales :**

Elles peuvent être d'origine cryptoglandulaire ; elles posent des problèmes spécifiques, tant au plan étiologique qu'au plan thérapeutique qui les excluent strictosensu de l'étude des fistules cryptoglandulaires.

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CSRéf CII du district de Bamako.

a. Situation géographique

Le CSRéf CII est situé au quartier Téléphone Sans Fils (TSF), non loin de la grande mosquée de ce quartier.

b. Les locaux :

Dans l'enceinte de l'établissement, le service de chirurgie est situé à différents niveaux :

- Le bureau de consultation chirurgicale est le premier situé juste à l'entrée du bloc de consultation externe ;
- La petite chirurgie située au rez-de-chaussée, en plein centre, contiguë à la salle d'échographie.
- Les salles d'hospitalisations sont au nombre de quatre (4) pour la chirurgie générale dont la salle femme sise au niveau du bloc d'hospitalisation chirurgicale à l'Est du centre contenant 06 lits ; la salle homme située à l'étage entre les salles de la médecine avec 05 lits et 2 salles V.I.P (Very Important Personaly).
- Un Bureau des médecins contigu au bloc.
- Une Salle de garde (pour internes et infirmiers).
- Le bloc opératoire, situé vers le côté nord du centre, comprend deux salles d'opérations (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, une salle de réanimation et un bureau pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSRéf CII.

c. Le personnel

- Le personnel permanent comprend : 03 Chirurgiens généralistes, 02 Techniciens supérieurs de la santé, 02 Techniciens de santé et 03 Techniciens de surface ou manœuvres.
- Le personnel non permanent comprend : des médecins, des étudiants et élèves stagiaires.

d. Les activités :

- Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions et les hospitalisations.
- Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes.
- Les staffs se tiennent les mercredis.

2.2. Type et période d'étude

C'était une étude transversale à collecte rétrospective réalisée dans le service de chirurgie générale du CSRéf CII, allant de Février 2014 au Février 2023, soit une période de 9 ans.

2.3. Population d'étude

2.3.1. Echantillonnage

Sur un échantillon de 21232 patients, nous avons recensé 100 patients pendant notre période d'étude.

2.3.2. Critères d'inclusion

Il s'agissait de tout patient admis et traité pour pathologies proctologiques bénignes confirmées par l'examen anatomo-pathologie dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la commune II de Bamako durant la période d'étude.

2.3.3. Critères de non inclusion

Tout patient traité pour traumatisme ano-rectal.

2.4. Supports

Les supports utilisés étaient : Les dossiers médicaux ; le registre de consultation et le registre de compte rendu opératoire.

2.5. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies avec les logiciels WORD 2013 et EXCEL 2013, et analysées par SPSS 25.

2.6. Variables étudiées

Les variables étudiées ont été les données sociodémographiques, les facteurs de risques, les données cliniques et para cliniques, les techniques chirurgicales et les suites opératoires.

2.7. Aspects éthiques

Le recueil des données a été effectué dans le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations. L'autorisation de l'étude auprès de l'administration a été accordée.

RESULTATS

III. RESULTATS

3.1. Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons enregistré : 21232 cas consultations chirurgicales dont 136 cas de pathologies proctologiques, 1637 cas d'interventions chirurgicales et 4204 cas d'hospitalisations.

- 100 cas de pathologies proctologiques bénignes sur 21232 consultations chirurgicales soit 100/21232 ce qui donne 0,47%
- 81 sur 4204 cas d'hospitalisations soit 81/4204 ce qui fait 1,9% et
- 81 sur 1637 cas d'interventions chirurgicales soit 81/1637 ce qui donne 4,9%.

3.2. Données sociodémographiques des patients

a. Âge

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
< 20 ans	4	4
20 à 44 ans	67	67
45 à 60 ans	21	21
61 à 80 ans	7	7
> 80 ans	1	1
Total	100	100

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 44 ans soit 67%.

Les extrêmes étaient 17 et 82 ans.

L'âge moyen était 32,34 ans et l'écart-type 0,714

b. Sexe

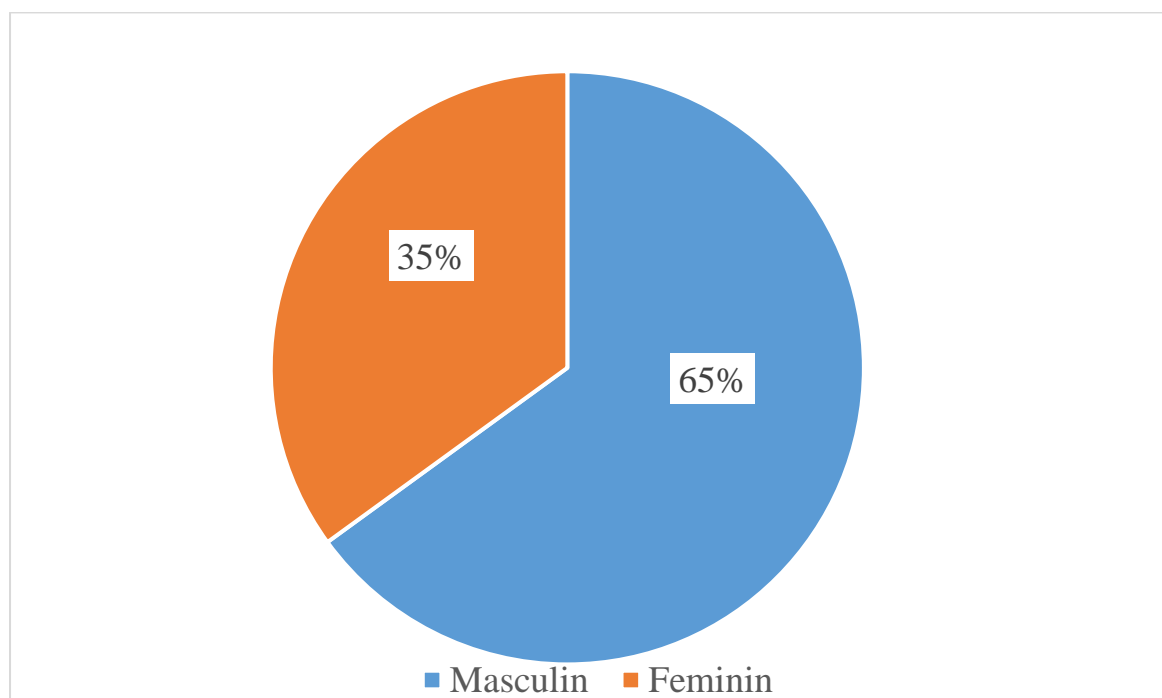


Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin représentait 65% (n=65) des cas soit un sex-ratio à 1,86.

c. Profession

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Etudiant/Elève	10	10
Commerçant	22	22
Ménagère	20	20
Ouvrier	4	4
Infirmier/Sage femme	7	7
Chauffeur	5	5
Eleveur	4	4
Cultivateur	3	3
Enseignant	4	4
Autres	21	21
Total	100	100

Autres : Gendarme, Artiste, Tailleur, Teinturière.

Les commerçants représentaient 22% des patients.

d. Statut matrimonial

Tableau III : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	67	67
Célibataire	28	28
Veuf(ve)	5	5
Total	100	100

Les patients mariés représentaient 67% des cas.

e. Provenance

Tableau IV : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Commune I	22	22
Commune II	36	36
Commune III	3	3
Commune IV	5	5
Commune V	5	5
Commune VI	11	11
Hors Bamako	18	18
Total	100	100

Les patients venants de la commune II ont représenté 36% des cas.

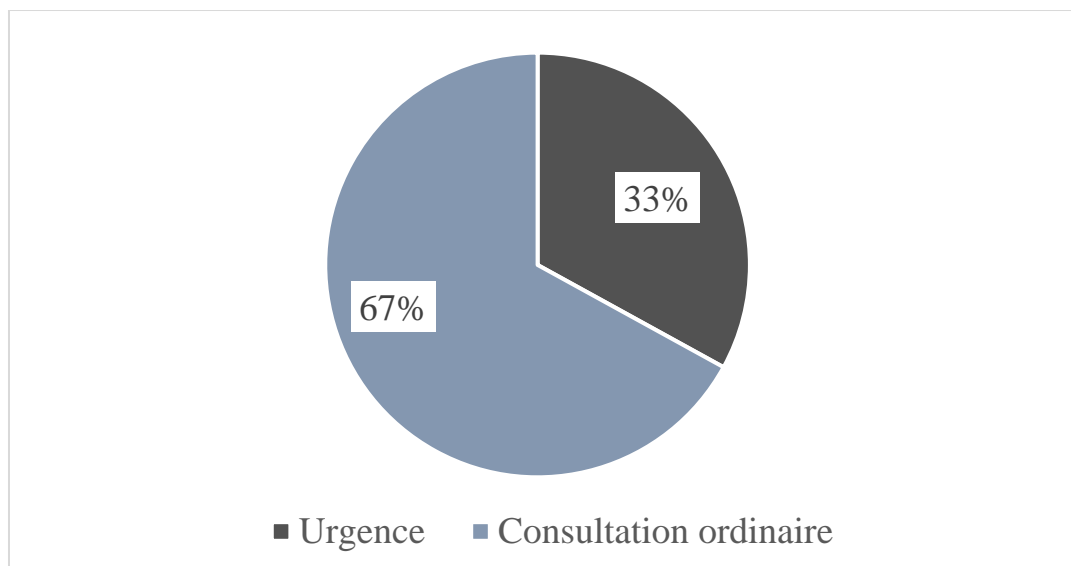


Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission

La consultation ordinaire a été la plus représentée soit 67% des cas.

3.3. Données cliniques

a. Motif de consultation

Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur anale	59	59
Rectorragie	10	10
Suintement anal	4	4
Tumefaction + Douleur anale	14	14
Douleur anale + Rectorragie	7	7
Maladie hémorroïdaire	6	6
Total	100	100

La douleur anale représentait 59% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon le délai d'évolution de la maladie

Délai d'évolution	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 1 an	61	61
1 à 4 ans	27	27
5 à 10 ans	9	9
Supérieur à 10 ans	3	3
Total	100	100

Le délai d'évolution inférieur à 1 an a été le plus représenté soit 61% des cas.

b. Facteurs de risque et antécédents

Tableau VII : Répartition des patients selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Constipation	60	60
Alternance constipation-Diarrhée	5	5
Sédentarité	9	9
Alimentation épicée	17	17
Grossesse	4	4
Tabac	5	5
Total	100	100

La constipation représentait 60% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédent médical	Effectif	Pourcentage
Aucun	82	82
HTA	14	14
Diabète	3	3
Asthme	1	1
Total	100	100

Les patients ayant des antécédents médicaux avaient représenté 18%.

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédent chirurgical	Effectif	Pourcentage
Appendicite aigue	4	50
Hernie	3	37,5
Césarienne	1	12,5
Total	8	100

Seulement 8% des patients avaient des ATCD chirurgicaux.

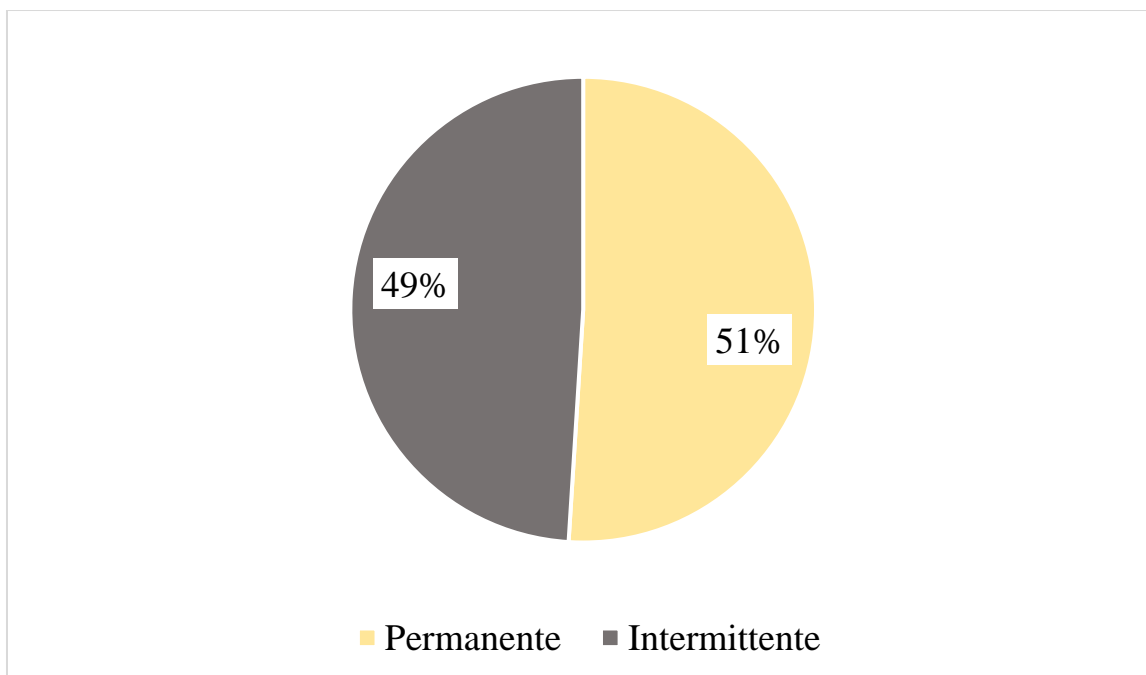


Figure 7 : Répartition selon l'évolution de la douleur anale

La douleur anale était intermittente dans 51% des cas.

L'émission des selles était le facteur déclenchant de la douleur le plus représenté soit 78%. La rectorragie était présente chez 29% des patients. Le suintement anal était présent chez seulement 11% des patients. Le prurit anal était présent chez 15% des patients. L'aspect des muqueuses était normal dans 84% des cas. Il n'y avait pas de marisque chez 96% des patients.

c. Tonicité du sphincter anal au toucher rectal

Tableau X : Répartition des patients selon la tonicité du sphincter anal au toucher rectal

Tonicité du sphincter anal	Effectif	Pourcentage
Sphincter tonique	38	38
Sphincter normal	52	52
Sphincter hypertonique	10	10
Total	100	100

Le sphincter était normal chez 52% des patients.

d. Type de maladie proctologique

Tableau XI : Répartition des patients selon le type de maladie proctologique

Type de maladie proctologique	Effectif	Pourcentage
Maladie hémorroïdaire	71	71
Fissure anale	5	5
Fistule anale	10	10
Abcès anal	7	7
Maladie hémorroïdaire + Fissure anale	5	5
Maladie hémorroïdaire + Abcès anal	1	1
Polype rectal	1	1
Total	100	100

La Maladie Hémorroïdaire était la plus représentée soit 77% des maladies proctologiques

e. Maladie hémorroïdaire

Maladie hémorroïdaire

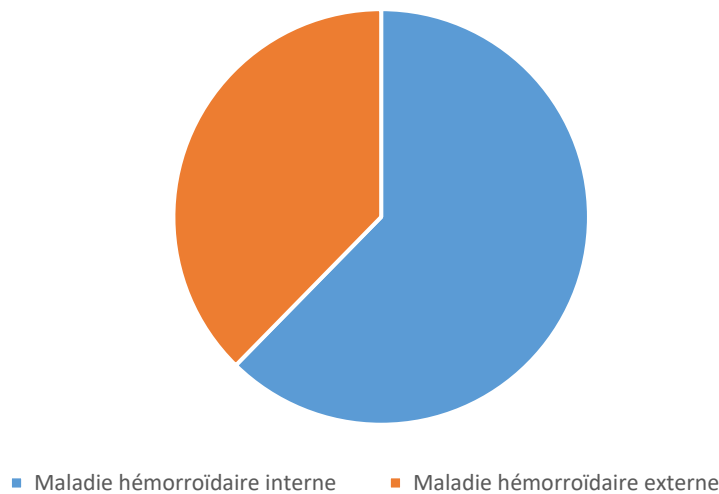


Figure 8 : Répartition des patients selon la maladie hémorroïdaire

La maladie hémorroïdaire interne était la plus représentée soit 44,16% des cas.

f. Classification de la maladie hémorroïdaire

Tableau XII : Répartition des patients selon la classification de Goligher de la maladie hémorroïdaire

Classification de la maladie hémorroïdaire	Effectif	Pourcentage
Stade 1	10	20,8
Stade 2	15	31,3
Stade 3	13	27,1
Stade 4	10	20,8
Total	48	100

Le stade 2 de la maladie hémorroïdaire était le stade le plus représenté soit 31,3% dans la classification de Goligher.

g. Classification des fissures anale

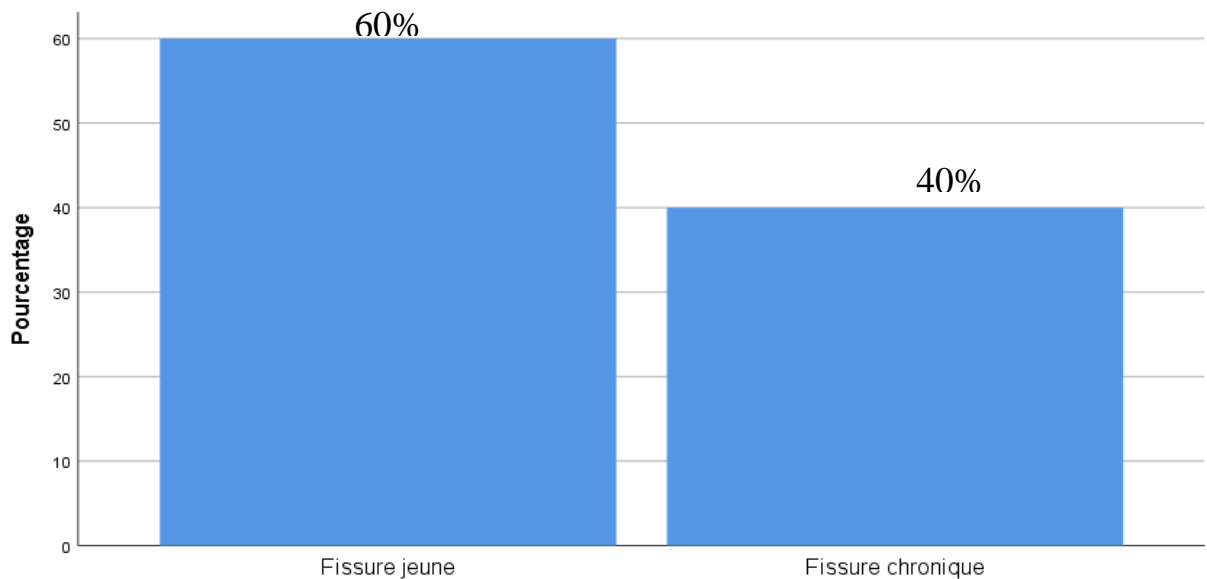


Figure 9 : Répartition des patients selon la classification de la fissure anale

La Fissure jeune était la plus représentée, soit 60% des cas **Classification des fistules anales**

h. Classification des fistules anales

Les fistules anales retrouvées dans notre étude étaient les fistules anales basses.

i. Les examens complémentaires

Bilan biologique : 100% des patients avaient réalisé le bilan biologique. Les anomalies retrouvées étaient 20% des cas, 60% des cas avaient été corrigés avant l'intervention chirurgicale.

L'anorectoscopie a été réalisée dans **23%** des cas.

La colonoscopie a été réalisée dans **4%** des cas.

j. Traitements

La prise en charge anesthésique : tous nos patients ont été opéré sous rachis anesthésie après une consultation pré-anesthésique.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de traitement reçu

Type de maladie proctologique	Type de traitement		Total
	Médicamenteux	Chirurgical	
Maladie hémorroïdaire	15	56	71
Fissure anale	0	5	5
Fistule anale	0	10	10
Abcès anal	0	7	7
Maladie hémorroïdaire + Fissure anale	3	2	5
Maladie hémorroïdaire + Abcès anal	0	1	1
Polype rectal	1	0	1
Total	19	81	100

Le traitement chirurgical a été le plus représenté soit 81% des cas.

Tableau XIV: Répartition des patients selon le traitement médicamenteux

Traitement médicamenteux	Effectif	Pourcentage
Antalgiques palier 1et 2	5	22,73
Veinotoniques	12	54,54
Laxatifs	4	18,18
Antibiotiques	1	4,55
Total	22	100

Le traitement par les veinotoniques était le plus représenté soit 54,54% des cas.

Le traitement médical était satisfaisant dans **77,3%** des cas.

Tableau XV: Répartition des patients selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Technique de Milligan Morgan	56	69,14
Drainage chirurgical d'abcès	8	9,88
Fistulectomie	10	12,34
Fissurectomie	5	6,17
Technique de Milligan Morgan + Fissurectomie	2	2,47
Total	81	100

La technique de Milligan Morgan représentait 69,14% des traitements chirurgicaux.

Le traitement chirurgical était satisfaisant dans **98,7%** des cas.

3.4. L'anatomie-pathologie

L'anatomie-pathologie a été réalisée chez tous nos patients opérés sauf les cas d'abcès anal chez qui l'examen cyto bactériologique du pus avait été réalisé.

3.5. Les suites opératoires

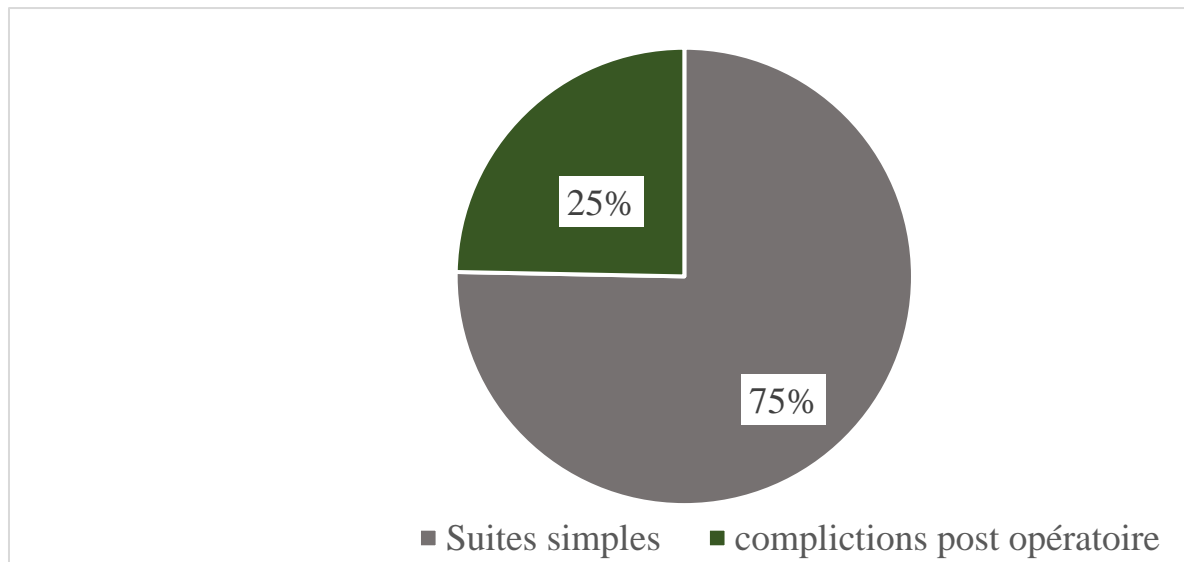


Figure 10 : Répartition des patients selon les suites opératoires

Les suites ont été simples chez 75% des patients.

Tableau XIII : Répartition des patients selon les complications post opératoires immédiates

Complications post opératoires	Effectif	Pourcentage
Rétention d'urine	18	90
Infections du site opératoire	1	5
Récidive	1	5
Total	20	100

La rétention d'urine était la complication la plus représentée soit 90% des cas.

3.6. Durée d'hospitalisation

Tableau XIVVII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
< 2 jours	27	33,3
2 à 3 jours	51	63
< 7 jours	3	3,7
Total	81	100

La durée la plus représentée était 2 à 3 jours d'hospitalisation soit 63% des cas.

Mortalité : au cours de notre étude nous n'avions pas enregistré de décès.

k. Etude bivariée

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le type de maladie proctologique en fonction des complications post opératoires immédiates

Type de maladies proctologiques	Complication post opératoires			
	Retention d'urine	Infections du site opératoire	Recidive	Total
Maladie hémorrodaire	16	0	0	16
Fissure anale	0	0	0	0
Fistule anale	0	1	0	1
Abcès anal	0	0	1	1
Maladie hémorrodaire+ Fissure anale	1	0	0	1
Maladie hémorrodaire+ Abcès anal	1	0	0	1
Total	18	1	1	20

P=0,00 ddl=8

Il existe une relation statistique entre le type de maladies proctologiques et les complications post opératoire.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le traitement chirurgical en fonction des complications post opératoires immédiates

Traitement chirurgical	Complication post opératoires			Total
	Rétention d'urine	Infections du site opératoire	Récidive	
Technique de Milligan Morgan	16	0	0	16
Drainage chirurgical d'abcès	1	1	1	3
Fistulectomie	0	0	0	0
Fissurectomie	0	0	0	
Technique de Milligan Morgan +Fissurectomie	1	0	0	1
Total	18	1	1	20

P=0,013 ddl=4

Il existe une relation statistique entre le traitement chirurgical et les complications post opératoire.

Tableau XX : Répartition des patients selon l'âge en fonction des complications post opératoires immédiates

Age	Complication post opératoires			Total
	Rétention d'urine	Infections du site opératoire	Récidive	
<20 ans	1	0	0	1
20 à 44 ans	14	1	1	16
45 à 60 ans	2	0	0	2
61 à 80 ans	1	0	0	1
Total	18	1	1	20

P=0,997 ddl=6

Il n'existe pas de relation statistique entre l'âge et la survenue des complications post opératoire.

Tableau XV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation en fonction des complications post opératoires immédiates

Durée d'hospitalisation	Complications post opératoires			Total
	Rétention d'urine	Infections du site opératoire	Récidive	
< 2 jours	4	0	1	5
2 à 3 jours	13	1	0	14
< 7 jours	1	0	0	1
Total	18	1	1	20

P=0,477 ddl=4

Il n'existe pas de relation statistique entre la durée d'hospitalisation et la survenue des complications post opératoire.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Méthodologie :

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant sur une période de 9 ans et portant sur 100 patients, répertoriés à partir des dossiers médicaux, des registres de consultation et des comptes rendus opératoires.

Cependant nous avons rencontré des difficultés d'exploitation des dossiers incomplets des patients.

4.2. Fréquence :

Le service a effectué 21232 consultations en neuf ans dont 100 cas de pathologies anales bénignes diagnostiquées, ce qui donne une fréquence de 0,47% inférieur à celle de Tieba T au CSRéf CI [7] et Elion Ossibi P et al à Brazzaville [6] qui avait respectivement trouvé 1% et 4,8% P=00.

81 cas d'interventions chirurgicales anales ont été réalisés sur un total de 1637 interventions chirurgicales, soit une fréquence de 4,9%.

Sur un total de 4204 hospitalisations dans le service, 81 étaient dues aux pathologies anales ; soit une fréquence de 1,9%.

4.3. Données sociodémographiques

a. Tranche d'âge et auteurs :

Auteurs	Age	
	Effectifs	Age moyen
A JBARA Marrakech 2019	1158	40,6 ans
Tieba T Bamako 2020	216 P=00	32,39 ans
Elion Ossibi P et al Brazzaville 2022	40 P=00	45,57 ans
Notre étude	100	32,34 ans

L'âge moyen dans notre étude concorde à celui des auteurs : A JBARA [59], Elion Ossibi P et al [6] et Tieba T [7].

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-44 ans soit 67%. Cette fréquence s'expliquerait par le fait que la population malienne soit majoritairement jeune.

b. Sexe :

Le sexe masculin était le plus représenté 65% soit un sex-ratio de 1,86, ces données concordent avec ceux de Elion Ossibi P et al [6], de Tieba T [7] et de Katile et al [60].

4.4. Données cliniques et para cliniques

a. Le motif de consultation

Auteurs	Motif de consultation		
	Douleur anale	Rectorragie	Suintement
Tieba T Bamako 2020	61,1% P=00	15,3% P=00	9,7% P=00
Elion Ossibi P et al Brazzaville 2022	67,5% P=00	12,5% P=00	32,5% P=00
Notre étude	59%	10%	4%

La douleur anale a été retrouvée chez 59% de nos patients et ceux de Tieba T[7] et Elion Ossibi P et al [6] comme étant le motif le plus fréquent de consultation. Par contre pour Katilé et al c'était la rectorragie 38,8% [60].

b. Les facteurs de risque :

Auteurs	Facteurs de risque		
	Constipation	Sédentarité	Tabac
A JBARA Marrakech 2019	-	-	34,54%
Tieba T Bamako 2020	48,1% P=00	42,6% P=00	6,5% P=00
Notre étude	60%	9%	5%

Le facteur de risque les plus représentés était la constipation soit 60%. Ce même facteur est rapporté par Tieba T 90,74% mais différent pour A JBARE qui avait obtenu 34,54% de tabagisme

c. La maladie hémorroïdaire :

Auteurs	Maladie hémorroïdaire	
	Effectifs	Pourcentage
Katilé et al Kayes 2019	131	36,6 P=00
Tieba T Bamako 2020	150	69,4 P=00
Elion Ossibi P et al Brazzaville 2022	20	50 P=00
Notre étude	77	77

La maladie hémorroïdaire, souvent sous-estimée dans notre pays, est un motif fréquent de consultation. Certains patients ne se présentent pas en consultation pour certaines raisons socio-culturelles comme la pudeur, le manque d'information et le passage chez les guérisseurs traditionnels [62]. Pendant notre étude, la maladie hémorroïdaire était majoritaire soit 77%. Elle était majoritaire dans l'étude des auteurs : Katilé et al [60], Tieba T [7] et Elion Ossibi P et al [6].

d. Fissure anale :

Auteurs	Fissure anale	
	Effectifs	Pourcentage
Katilé et al Kayes 2019	120	33,5 P=00
Tieba T Bamako 2020	26	12 P=00
Elion Ossibi P Brazzaville 2022	1	2,5 P=00
Notre étude	10	10

En 9 ans nous avons eu 10 cas de fissure anale ce qui fait une moyenne de 1 cas par an, cette fréquence est inférieure à celle de Tieba T avec 9 cas par an.

Dans notre étude et celle de Katilé et al et de Tieba T, la fissure anale occupe la deuxième place après la maladie hémorroïdaire parmi les pathologies les plus fréquentes en proctologie contrairement à celle Elion Ossibi P et al qui la trouvée peu fréquente.

e. Fistule anale :

Nous avons eu 10% de patients souffrant de fistule anale comme pour la fissure anale, ce taux est nettement inférieur à celui de Tieba T qui a rapporté une fréquence de 18% et de Elion Ossibi P et al 22,50% qui la classé en deuxième pathologie la plus fréquente après la maladie hémorroïdaire.

f. Traitement chirurgical

Auteurs	Traitement chirurgical			
	Technique de Milligan Morgan	Drainage chirurgical d'abcès	Fistulectomie	Fissurectomie
Tieba T Bamako 2020	73,8% P=00	17,1% P=00	7,3% P=0,13	1,8% P=0,85
Elion Ossibi P Brazzaville 2019	32,5% P=00	10% P=00	22,5% P=00	12,5% P=00
Notre étude	69,14%	11,11%	11,11%	6,17%

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 81% de nos patients dont la technique de Milligan Morgan était la plus utilisée soit 69,14. Cette technique a été la plus utilisée dans l'étude de Tieba T et Elion Ossibi P et al . Cela prouve que la maladie hémorroïdaire est majoritaire en proctologie et que les patients consultent à un stade avancé de la maladie.

g. Complications post opératoires

La complication la plus rencontrée dans notre étude était la rétention d'urine postopératoire soit 25% patients par contre pour Tieba T, la douleur anale était la plus rencontrée soit dans 2,80% des cas.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les pathologies proctologiques sont des affections fréquentes mais elles restent non déclarées ou déclarées à un stade avancé pour des raisons socioculturelles.

Ce travail a permis de montrer le profil des pathologies proctologiques d'une manière générale et plus particulièrement dans le service de chirurgie du CSRéf CII. Elles sont dominées par : la maladie hémorroïdaire au premier lieu suivie des fistules anales et des fissures anales. Ces pathologies sont plus rencontrées chez le sexe masculin.

Un bon examen proctologique permet dans la majorité des cas de poser le diagnostic mais le recours à des examens complémentaires parfois devient indispensable.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

❖ **Aux autorités sanitaires**

- Renforcement du plateau technique du service de chirurgie au CSRéf CII pour une meilleure prise en charge chirurgicale des pathologies proctologiques.

❖ **Aux personnels sanitaires**

- Organisation des campagnes de sensibilisation
- Implication dans les programmes de sensibilisation et de formation des prestataires de soins.

❖ **A la population**

- Eviction des troubles du transit notamment la constipation par la propreté du sports et l'alimentation équilibrée.
- Non considération des pathologies anales comme des maladies honteuses
- Consultation précoce dans un centre de santé.

REFERENCES

REFERENCES

1. Pfenninger JL, Zainea GC. Common anorectal conditions: Part II (2001). Lesions. *Am Fam Physician*; 64 (1):77-88.
2. Tade AO, Salami BA, Musa AA, Adeniji AO. Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital (OOUTH), Sagamu (2004). *Niger Postgrad Med J*; 11 (3): 218-20.
3. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. *Dis Colon Rectum* 1995;38(4):341-4.
4. Abramowitz L, Benabderrahmane D, Baron G, Walker F, Yeni P, Duval X. Systematic Evaluation and Description of Anal Pathology in HIV-Infected Patients During the HAART Era: *Dis Colon Rectum* 2009;52(6):1130-6.
5. Darie h, Klotz F. La pathologie anale et péri-anale en zone tropicale (1996). *Acta endoscopica*; 26, 9-16.
6. Elion OP, Madzele NMEJ, Moutoula LNH, Massamba MD, Sevice Yanguedet M, Avala PP, Mimiesse MJF, Mongo OA, Atipo IBI. Prise en charge des pathologies proctologiques en milieu chirurgical à Brazzaville. *Health Sci. Dis* : vol 23 (3) March 2022 81-84.
7. Tieba T. Etude des pathologies anales bénignes dans le service de chirurgie du CSREF de la commune I de Bamako (2020).
8. 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.
9. Maïga MY, Traoré HA, Diallo G, Dembele K, Kalle A, Dembele M, Guindo A. Étude épidémiologique de la pathologie anale au Mali (1995). *Med Chir Dig*; 24:269-70.

10. DR BELKRALLADI. La pathologie anale. [En ligne] <http://docplayer.fr/27447153-La-pathologie-anale-presente-par-dr-belkralladi.html>
11. Chemsî O. Le profil épidémiologique des affections proctologiques, Expérience du service de chirurgie viscérale et proctologique à HMIMV sur deux ans (2005-2006), Thèse N°154, Année: 2007, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
12. Delgadillo X. La proctologie pratique au quotidien. [En ligne] <http://www.proctologica.com/images/stories/media/pratique%20quotidienne%20en%20proctologie.pdf> consulté le 28/05/2023.
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. L. ABRAMOWITZ,
Traumatisme anal chez la parturiente, EMC, Gynécologie [196-A-10], 2007.
15. L.ABRAMOWITZ, I.SOBHANI,
Les complications anales de la grossesse et de l'accouchement, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 27, N° 3 - Mars 2003, 277-283
16. NAVEAU S, BAL, AM A, PERLEMUTER G, GEROLAM R, VOMS C.
Hémorragie digestive. In : Naveau S, Bal Eds. Hépatogastro-entérologie. Abrégés, connaissances et pratiques. Paris : Masson, 2003 ,436.

17. ANDRE BIGARD M, CHONE L, HUDZIAK H, MOUGENEL JL, PETIT P, WATELET J. Guide pratique des maladies du tube digestif, Éditions MMI, Paris, France, 2001, 331.
18. BENHAMOU G., MONGRÉDIEN M. « Nécrose rectale : proposition thérapeutique à propos de deux cas récents. », Gastro-Entérologie Clin. Biol, 1979,16, 7, 530.
19. BENHAMOU G., VILOTTE J. « L'hémorroïdectomie. », Film Congrès Français de Chirurgie, 1985.
20. BENHAMOU G., VILOTTE J. « La prévention des hémorroïdes est possible. », Entretiens de Bienal, 1986. V4
21. SOULLARD J. «Les hémorroïdes. »,In : Colo-Proctologie, SOULLARD J., CONTOU J.F.Éds.,Musson, Paris, 1984, pp. 79-112.
22. GROSZ C.R. A surgical treatment of thrombosed external hemorrhoids. », Dis. Colon Rectum, 1990, 33, 249-250. 5. GROSZ C.R., « A surgical treatment of thrombosed external hemorrhoids. », Dis. Colon Rectum, 1990, 33, 249-250.
23. TOUPET A. « Techniques d'hémorroïdectomie (opération de Whitehead modifiée). »,Presse Méd., 1969, 77, 144-146.
24. ARNOUS J., PARNAUD E., DENIS J. « Une hémorroïdectomie de sécurité. A propos de 3 000 observations. », Presse Méd. , 1971, 79, 87-90.
25. ATIENZA P., PARNAUD E. « Hémorroïdes », In : Appareil digestif (3), E.M.C.techniques chirurgicales, 1989, 40685,1-14.
26. SMITH L.E. « Complications of haemorrhoids treatment. », Clin. North Am., 1987,16,89-91.
27. SALVATI E.P., KLECKNER M.S. « Urinary retention in anorectal and colonic surgery. », Am.]. Surg., 1957, 94,114.

28. PARKS A.G. « The management of the fissure in ano. », Hosp. Med., 1967,1, 737.
29. PARNAUD E., ARNOUS J. « La leiomyotomie avec anoplastie dans le traitement des fissures anales. », Presse Méd., 1968, 76, 34,1661-1663
30. CORMAN ML. « Colon and rectal surgery. », J.B. Lippincott, Philadelphia, 1984.
31. PARKS AG. « Pathogenesis and treatment of fistula- in-ano. », Br. Med. f., 1961,1,463-469.
32. FUCINI I.C. « One stage treatment of anal abscesses and fistula. A clinical appraisal on the basis of different classifications. », Int J Colorectal Dis, 1991, 6, 12-16
33. READ D.R., ABACARIAN H. « A prospective survey of 474 patients with ano-rectal abscess. », Dis. Colon Rectum, 1979, 22, 566-569.
34. SCOMA J.A., SALVATI E.P., RUBIN R.J.,« Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. », Dis. Colon Rectum, 1974,17, 357-359.
35. VASILEVSKY C.A., GORGON PH. « The incidence of recurrent abscesses or fistula in ano following ano-rectal suppuration. », Dis. Colon Rectum, 1984, 27, 126-130.
36. HANCKE E., BACH R., JUNGINGER T.,« Ano-rectal abscesses :predisposing factors for recurrences. », Colo-proctology, 1992,14, 18-22.
37. BECK D.E., FAZIO V.W., LAVERY I.C., JAGELMAN D.G. « Weakley F.L. Catheterdrainage of ischiorectal abscesses. », South Med. J., 1988, 81, 444-446.
38. ISBISTER W.H., KYLE S. «De pezzar drainage of ano-rectal abscess- a description of technique and a comparison with the alternative technique of « Incision and Packing ». », Coloproctology, 1991, 13, 90-96.

39. GOLIGHER J.C. (moderator), « Symposium. Fistula-in-ano. », Int. J. Color. Dis., 1987, 2, 51-71.
40. FAZIO V.W. « Complex anal fistulae. », Gastroenterol Clin. North. Am., 1987,16, 93-114.
41. LUNNIS P.J., KAMM M.A., PHILIPPS R.K.S. « Factors affecting continence after surgery for anal fistula. », Br. J. Surg. 1994, 81, 1382-1385.
42. LEWIS A. « Excision of fistula-in-ano. », Int. J. Colorect. Dis., 1986,1, 265-267.
43. PARKS A.G., STITZ R.W. « The treatment of high fistula in ano. », Dis. Colon Rectum, 1976,19, 487-490.
44. RAMANUJAN P.S., PRASAD M.L., ABCARIAN H. « The role of seton in fistulotomy of the anus. », Surg. Gynecol. Oetef.,1983, 157, 419-422. 46.
45. GORDON PH. « Management of ano-rectal abcess and fistulous disease. », In : Colon Rectal and Anal Surgery Mosby, 1985, 91-107.
46. LEWIS P., BARTOLO D.C.C. « Treatment of trans-sphincteric fistulae by full thickness advancement flaps. », Br. J. Surg., 1990, 77, 1187-1189.
47. AQUILAR P.S., PLASENCIA G., HARDY T.G., et al, « Mucosal advancement in the treatment of fistula-in-ano. », Dis. Colon Rectum, 1985, 28, 496-498.
48. JONES I.T., FAZIO V.W., JAGELMAN D.G. « The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. », Dis. Colon Rectum,1987, 30, 919-923.mucosal advancement flap. », Int. J. Colored. Dis., 1994, 9, 153-157.
49. REZNICK R.K., BAILEY H.R. « Closure of internal opening for treatment of complex fistula-in-ano. », Dis. Colon Rectum, 1988, 31, 116-118.

50. WEDELL J., MEIER Z.U., EISSEN P., BANZHAF G., KLEINE L. « Sliding flap advancement for the treatment of high-level fistulae. », Br. J. Surg., 1987, 74, 390-391.
51. MANN C.V., CLIFTON M.A. « Rerouting of the tract for the treatment of high anal and ano-rectal fistulae. », Br. J. Surg., 1985, 72, 134-137.
52. THOMSON J.P.S., ROSS A.H. MCL. « Can the external sphincter be preserved in the treatment of trans-sphincteric fistula-in-ano ? », Int. J. Colored. Dis., 1989, 4, 247-250
53. MATOS D., LUNISS P.J., PHILLIPS R.K.S. « Total sphincter conservation in high fistula in ano : results of a new approach. », Br. J. Surg., 1993, 80, 802-804.
54. KUPFERGERG A., ZER M., RABINSON S. « The use of PMMA beads in recurrent high anal fistula : a preliminary report.», World J. Surg., 1984, 8, 970-974.
55. MISRA M.C., KAPUR B.M.L. « A new non-operative approach to fistula-in-ano. », Br. Surg., 1988, 75, 1093-1094.
56. ABEL M.E., CHIÙ Y.S.Y., RUSSELL T.R., VOLPE P.A. « Autologous fibrin glue in the treatment of rectovaginal and complex fistulas. », Dis. Colon Rectum, 1993, 36, 447-449.
57. HORJTRUP A., MOESGAARD F., KJAERGARD J. « Fibrin adhesive in the treatment of perineal fistulas. », Dis. Colon Rectum, 1991, 34, 752-754
58. WEXNER S.D., SMITHY W.B., MILSOM J.W., et al, « The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. », Dis. Colon Rectum, 1986, 29, 719-723.

59. A JBARA Experience deu service de chirurgie generale de l'hopital militaire Avicenne en chirurgie proctologique su six ans (2013-2018).FMP marakech 2019ans(63; 62)

60. Katilé D , Dicko MY , Kondé A , Mallé O , Sangaré D , Sanogo SD , Soumaré G , Diallo B , Sogoba G , Traoré LI , Sangaré S , Konaté A , Diarra MT , Maïga MY Health Sci. Dis: Vol 20 (2) March – April 2019 Available free at www.hsd-fmsb.org

61. N'DRI N et coll. La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain : a propos de 522cas collige au CHU de cocody.Med.chir.digest., 1994 ;23(4) : 233-234.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête :

Fiche d'enquête N°

I. **Identification** : Nom :

Prénom.....

Age:.....Profession:.....Ethnie:.....Sexe:...

.....

Adresse:.....

...Situation matrimoniale

:..... Date

d'inclusion:.....

II. **Motif de consultation ou d'hospitalisation:**

.....

.....

Début approximatif de la maladie:.....

Date de diagnostic:.....

III. **Antécédents :**

Médicaux :

0 : Aucun 1 : HTA 2 : Diabète 3 :

Asthme

4 : Drépanocytose 5 : Immunodépression 6 : Autres

Chirurgicaux:.....

.....

Obstétricaux:.....

.....

IV. **Facteurs de risque :**

1 : Constipation 2 : Diarrhée Abus de laxatifs 3 : Sédentarité

4 : Régimes alimentaires 5 : Épices 6 : Tabac - Fibres (légumes)

V. Signes cliniques :

1 Douleur anale

Caractères évolutifs : 1 : Continue ; 2 : Intermittente

2 **Rectorragie : Présence** 1 : Oui 2 : Non

- Facteur déclenchant : 1 : Émission de selle 2 : Activité physique

- Caractère évolutif : 1 : Continue 2 : Intermittente

- Suintement anal : 1 : Oui 2 : Non

- Prurit anal : 1 : Oui 2 : Non

Aspects des muqueuses : 1 : Normale 2 : Anormale

Marge anale : Présence de marisque : 1 : Oui 2 : Non

Toucher Rectal : 1 : sphincter tonique Oui 2 : Non

Paquet hémorroïdaire : Présence : 1 : Oui 2 : Non

VI. Classification

Classification de la maladie hémorroïdaire :

1: Stade I ; 2: Stade II ; 3: Stade III ; 4: Stade IV

Classification des fissures anales

1 : Fissure jeune ; 2 : Fissure chronique

Classification des fistules anales

1 : Les fistules inter sphinctériennes ; 2 : Les fistules transsphinctériennes ; 3 : Les fistules supra sphinctériennes ; 4 : Les fistules extra sphinctériennes

VII. Examens complémentaires :

Biologie :

Sérologie HIV :

Imagerie :

Anorectoscopie : 1 : Oui 2 :
non **Colonoscopie :** 1 : Oui 2 :
non

Autres :

VIII. Traitement proposer :

1. Médical :

1 : Antibiothérapie ; 2 : Antalgique ; 3 : Veinotoniques ; 4 : Laxatif ; 5 : Autres.

2. Chirurgie :

1 : Technique de Milligan et Morgan ; 2 : Technique de Parks ; 3 : Technique de Fergusson ; 4 : Drainage chirurgical ; 5 : Fistulectomie ; 6 :Fistulotomie ; 7 : Fissurectomie

IX. Resultat apres traitement :

Médical :

Satisfait : 1 : Oui 2 : Non

Résultat chirurgical :

Satisfait : 1 : Oui 2 : Non

Anapath : 1 : Oui 2 : non

Complications post opératoires :

1 : Douleur anale ; 2 : Hémorragie ; 3 : Rétention d'urine ; 4 : Retard de cicatrisation ; 5 : Infections ; 6 : Incontinence anale

Fiche signalétique

Nom : CAMARA

Prénom : Fatoumata

Titre : Prise en charge des pathologies proctologiques bénignes dans le service de chirurgie générale du CSRéf Commune II.

Année universitaire : 2023-2024.

Pays d'origine : Mali.

Ville de soutenance : Bamako.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'université de Bamako.

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale.

Résumé

Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale du CSRéf Commune II de Février 2014 au Février 2023.

L'objectif de l'étude était d'étudier les pathologies proctologiques bénignes au service de chirurgie du CSRéf CII.

Notre étude a porté sur 100 patients d'un âge moyen de 32,34 ans soit un sexe ratio de 1,86 en faveur des hommes.

Nous avons opérés 81 malades, soit 81% de notre échantillon. Les principaux signes cliniques retrouvés ont été la douleur anale (100%), la rectorragie (29%), le prurit anal (15%) et le suintement anal (11%). La majorité de nos patients souffrait de la maladie hémorroïdaire soit 67%

La technique chirurgicale la plus réalisée a été celle de Milligan-Morgan soit un taux de 69,14%. Les complications ont été émaillées de : rétention urinaire (18%), infections du site opératoire (1%), récurrence (1%). Nous avons eu 75% de suites simples.

Mots Clés : Pathologies, Proctologique, Bénigne.

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 !