

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de médecine et d'odontostomatologie



Année Universitaire 2025- 2026



THEME:

**MALADIES HÉMORROÏDAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE
ET DANS LE POST-PARTUM AU CENTRE DE SANTÉ DE
RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE V**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2026

Par: **M. Sekou DAO**

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

JURY

President: M. Soumana Oumar TRAORE, Maître de conférences

Membres: M. Madiassa Konaté, Maître de conférences

M. Seydou PAMATECK, Chirurgien Généraliste

M. Salek DOUMBIA, Gynécologue-Obstétricien

Directeur: M. Amadou TRAORE, Maître de conférences

DEDICACES

Je dédie le fruit de ce travail :

A mon très cher père Zoumana DAO dit BAKI

Que nous appelons affectueusement « Baba » très cher père, aucune dédicace ne saurait exprimer l'immense affection et amour que je te porte. Que ce travail qui vous est personnellement dédié soit le fruit de tes sacrifices, ta patience et ta confiance et le modeste témoignage de mon profond respect et mon plus grand amour. J'espère être ta fierté comme tu l'es à mes yeux, et que Dieu tout puissant te garde en vie pour que tu puisses me guider vers d'autres pas si sereinement et affectueusement.

A ma très chère mère Madame DAO Aichata COULIBALY

Que nous appelons affectueusement "N'na" maman chérie, je ne saurai remercier Dieu assez de m'avoir gâtée depuis ma naissance par le don de t'avoir comme génitrice. Tu es mon 1er et plus grand amour sur cette Terre ; tu es ma meilleure amie et mon plus grand soutien. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. Tu incarnes la bonté, le bonheur et la tendresse. Merci de m'avoir soutenue et aidée à surmonter tous les imprévus de la vie.

Que ce travail, qui représente le couronnement de vos sacrifices généreusement consentis, de vos encouragements incessants et de votre patience, soit l'expression de mon immense gratitude et de mon éternelle reconnaissance. Puisse Dieu très haut, t'accorder, santé, bonheur et longue vie, et faire en sorte que jamais je ne te déçoive.

À mon très cher Tonton Amadou DAO

Merci pour la bonne initiative de m'avoir inscrit à l'école depuis à l'âge de 5 ans, merci pour ta confiance et ton amour, tes sacrifices, merci d'avoir primé mes études sur tout. Ce travail est sans doute le fruit de votre bonne plantation que je suis aujourd'hui

À mes très chers frères et à mes chères sœurs

Baba, Sorry dit Sibiri, Ladji, Fatoumata dite Batoma, Balla, Youssoufou, Abdoul Karim, Tahirou, Madani, Fatim, Bakary, Kadidiatou dit Maman

Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour envers vous. Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, et d'être comblé de bonheur. Merci d'être toujours présents à mes côtés et de m'avoir continuellement encourage

REMERCIEMENTS

À Allah tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu

La présente thèse est l'aboutissement d'un travail de recherche, qui a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous témoignons toute notre reconnaissance.

À mes chères Grands-mères

Rokia COULIBALY, Rokia KOTE

Vous êtes amour, sans vous tout ce travail serait compliqué voire impossible, vous êtes lumières. Merci pour la bonne éducation, merci de m'avoir appris qui je suis, pour vos soutiens, vos prières nocturnes pour quand tout le dort et tout ça parce que vous m'aimez d'un amour inconditionnel et inestimable.

A mon cher maître **Docteur Traoré Oumar Moussokoro** : Chef de service de la Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de la Commune V, Mentor généreux, visionnaire, formateur attentif et humble. Cher maître nous vous sommes reconnaissants de la condition de travail que vous nous avez offert durant notre travail. Meilleur parmi les meilleurs que vous êtes, vous êtes une référence et un exemple pour la jeune génération. Votre enthousiasme, votre qualité et votre sociabilité nous ont été d'une grande utilité durant ce travail. Votre rigueur dans le travail fait de vous un pédagogue de référence.

A mes mentors Gynécologues-Obstétriciens : **Docteur Ba BERHE, Docteur Doumbia Saleck, Docteur Diakité Nouhoum, Docteur Sylla Niagalé**, Docteur Tall Saoudatou : Généreux, visionnaires, formateurs attentifs et humbles. Chers maîtres nous vous sommes reconnaissants de la condition de travail que vous nous avez offert durant notre travail. Votre qualité et votre sociabilité nous ont été d'une grande utilité durant ce travail. Votre rigueur dans le travail fait de vous des pédagogues de référence.

Chers maîtres recevez ici mes remerciements les plus sincères et nous ne cesserons de prier le tout puissant pour qu'il vous garde plus longtemps auprès de nous enfin de pouvoir toujours bénéficier de vos enseignements. Puisse le tout puissant vous récompense.

A nos **sage-femmes** du service

Merci pour votre accompagnement, votre esprit d'équipe, votre sens de compréhension et de collaboration dans les moments sombres de nos gardes. Vous êtes plus que des personnelles, vous êtes nos mamans

A mon équipe de garde :

D'une façon ou autre vous avez tous contribué à la réalisation de ce travail cela à travers vos conseils, soutiens et surtout la bonne coexistence. Vous connaître a été un réel plaisir et j'ai vraiment passé des moments merveilleux avec vous.

A mes externes stagiaires

Lala SAMAKE, Alima Kanouté, Bintou COULIBALY, Goundou DIAKITE, Rama DAFPE,
Fatoumata SOUMANA

Merci pour votre accompagnement

A la 15^e promotion du numerus clausus de la faculté de médecine

A toute ma promotion ou dois-je dire ma famille, 7 ans de coexistence c'est déjà l'âge qu'il faut pour écouler l'enfance, en d'autres termes, nous avons mené ensemble une autre forme d'enfance alors vous êtes ma famille. J'ai été forgé et élevé parmi vous. Le séjour a été agréable parmi vous.

A chacun de vous, je vous souhaite le meilleur, puisse Allah nous accorder la patience d'être courageux et le courage d'être patient. Bonne carrière professionnelle et sociale à nous tous...

Aux familles COULIBALY et DIAKITE de Bla ; familles DIARISSO et TOURE de Bamako

Je vous dis merci pour le soutien durant mon parcours scolaire et pour la confiance que vous avez toujours eu à ma personne.

Je ne saurai terminer ce travail sans vous être reconnaissant

Merci pour l'hospitalité, vous êtes amour

A mes tontons et tantes

Yacouba DAO, Moustafa DAO, Mamoutou dit Bernard COULIBALY, Assetou DAO, Kadidiatou TOURE, Nana DAO, Kony TRAORE

Merci pour votre confiance, votre amour et surtout vos soutiens sans faille.

A ma famille d'accueil au Point-G (zone de sécurité)

A tous merci du fond du cœur, de vous tous j'ai reçu une forme d'éducation alors soyez en remercier. Bonne chance à tous dans les combats à venir puisse le tout puissant Allah être nos supports. Je vous souhaite à tous le meilleur. Spécialement à Mme Karembé Docteur Alice KANAMBAYE, tu as été une sœur voire une mère pour moi, merci pour ton éducation et tes conseils

A mes Co-locateurs de la 1^{ère} année

Boukary S Ouologuem, Alpha TAPILY merci au tout puissant de vous avoir mis sur mon chemin.

La fraternité n'est pas seulement une question de sang. Vous êtes des frères qui m'ont offert le

monde. Il m'est impossible de clôturer ces remerciements sans pourtant vous remercier et vous dire à combien j'ai été chanceux de vous avoir dans ma vie. Le chemin fut long mais nous l'avons parcouru, difficile était le défi mais nous avons fini par le surmonter. Puisse le tout puissant Allah nous donner une longue vie et durcir d'avantage nos liens. Je souhaite à nous tous les meilleurs et c'est aussi l'occasion pour moi de vous dire à combien vous êtes importants pour moi et sachez que je suis fier de vous avoir dans ma vie. Je finirai par vous dire que je vous aime beaucoup. Cher trio, merci, merci et merci !!!

A mes enseignants

Un hommage vibrant à tous ceux qui m'ont transmis le minimum de leur connaissance depuis le primaire. Je ne saurai jamais assez-vous remercier. A tous voici le fruit du travail du jeune enfant que vous avez élevé et former depuis 2004 à l'école fondamentale de Kéméni passant par le lycée public de Bla. Sans vous je ne serai pas ici à ce jour. Merci à tous pour le partage de la connaissance. Qu'Allah accepte dans son paradis les défuntés et longues vies à vous autres et puisse Allah le miséricordieux nous permettre de profiter longtemps de vos connaissances. Nous vous devons ce que nous sommes. Toutes mes reconnaissances et considérations à vous

A mes amis d'enfance

Tous éparpillés dans les confins du monde à la quête de la connaissance. Où que vous soyez qu'Allah veille sur vous. Je vous remercie tous et vous porte dans mon cœur. Je vous souhaite le meilleur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et Président du jury

M. Soumana Oumar TRAORE, Maître de conférences

- ❖ Maître de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au CSREF CV
- ❖ Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009
- ❖ Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC)
- ❖ Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako

Cher Maître

Vous êtes et demeurez une référence par votre expérience et par votre parcours professionnel. Honorable Maître, ce travail est le fruit de votre volonté d'assurer une formation de qualité. Professeur, nous vous envions et souhaiterions emboîter vos pas, bien que difficile. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage : par la qualité de votre pédagogie et l'humilité dont vous faites preuve. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves. Nous, vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements

Que le bon Dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie.

A Notre Maître et Juge

M. Madiassa Konaté, Maître de conférences

- ❖ Maître de conférences Agrégé à la FMOS
- ❖ Spécialiste en chirurgie générale,
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,
- ❖ Membre de la société de chirurgie du MALI (SOCHIMA).
- ❖ Membre de l'Association des Chirugiens d'Afrique Francophone (ACAF)
- ❖ Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)
- ❖ Membre de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD)

Cher Maître,

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour votre participation en tant que membre du jury. votre disponibilité, la pertinence de vos remarques et la qualité de vos conseils ont enrichi ce travail. Nous vous rendons hommage pour votre engagement constant dans la formation et l'encadrement des jeunes médecins.

A Notre Maître et judge

Docteur Seydou PAMATECK, Chirurgien Généraliste

- ❖ Chirurgien Généraliste au Csref de la commune V
- ❖ Praticien Hospitalier
- ❖ Ancien du service national des jeunes fonctionnaires Troisième cohort
- ❖ Reservice stratégique des armées

Cher Maître

C'est un privilege que vous nous accordez en acceptant de juger cette thèse, nous en sommes très honorés. Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer notre travail. Trouvez ici l'expressions de nos sincères remerciements.

A Notre Maître et judge

M. Salek DOUMBIA, Gynécologue-Obstétricien

- ❖ Gynécologue -Obstétricien;
- ❖ Praticien Hospitalier au CSréf CV;
- ❖ Détenteur d'un DIU en VIH à la FMOS;
- ❖ Détenteur d'un master en Coloscopie en Algérie;
- ❖ Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'Institut Africain de Santé Publique;

Cher Maître

Nous sommes très fier d'être parmi vos élèves et heureux de vous compter parmi les membres du jury de ce travail. Votre abord facile, votre sympathie, votre simplicité, votre souci constant de transmettre vos connaissances ont forcé notre admiration.

Recevez ici, cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Notre Maître et Directeur de these

Docteur Amadou TRAORE, Maître de conférences

- ❖ Médecin colonel à la DCSSA;
- ❖ Maître de conférences à la FMOS;
- ❖ Spécialiste en chirurgie générale;
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré;
- ❖ Membre de la société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA)
- ❖ Membre de la Société africaine de la chirurgie (SAFCHD)

Cher Maître

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre disponibilité font de vous un être remarquable. Vous êtes pour nous le modèle scientifique par excellence. Votre humanisme et votre empathie forcent le respect et l'admiration pour les personnes que nous sommes.

Recevez, cher maître, l'expression de notre infinie reconnaissance et de notre profond respect.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DES : Diplôme d'Études Spéciales

FFI : Faisant Fonction d'Interne

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

HE : Hémorroïdes Externes

HI : Hémorroïdes Internes

IMC : Indice de Masse Corporelle

MH : Maladie Hémorroïdaire

PAMJ : Pan African Medical Journal

THE : Thrombose Hémorroïdaire Externe

U.S.T.T-B : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

VB : Voie Basse

RHD : Régime hygiéno-diététique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Unités et bâtiments du CSREF de la commune V	39
Tableau 2: Répartition des femmes selon la profession	48
Tableau 3 : répartition des femmes selon le niveau d’instruction	48
Tableau 4 : fréquence de la maladie hémorroïdaire	49
Tableau 5 : Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la maladie hémorroïdaire pour la première fois.....	49
Tableau 6 : Répartition des femmes selon la gestité	50
Tableau 7 : répartition des femmes selon la parité	50
Tableau 8 : Répartition des femmes selon habitude socioalimentaire.....	51
Tableau 9 : répartition des femmes selon l’indice de masse corporelle	51
Tableau 10 : Repartition des femmes selon la voie accouchement	52
Tableau 11 : Répartition des femmes selon l’utilisation de ventouse	52
Tableau 12 : répartition des femmes selon la durée d’expulsion.....	52
Tableau 13 : répartition des femmes selon le résultat de l’examen proctologique.....	53
Tableau 14 : répartition des femmes selon le type de maladie hémorroïdaire	54
Tableau 15: Répartition des femmes selon la prise en charge de la maladie	54
Tableau 16: Répartition des femmes selon la prise en charge de la maladie hémorroïdaire en fonction des période de la gravido-puerperalité	55
Tableau 17: Relation entre la maladie hémorroïdaire et la periode.....	55
Tableau 18 : Rélation entre le type de la maladie hémorroïdaire et la période gravido-puerperale	57
Tableau 19: Analyse univariée des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire.....	58
Tableau 20: Fréquence de la maladie hémorroïdaire selon les auteurs.....	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Configuration externe du canal rectal	24
Figure 2 : Coupe frontale du canal anal[11]	25
Figure 3 : Coupe médiane (sagittale) pelvienne chez la femme[12]	28
Figure 4 : Vascularisation artérielle pelvienne de la femme[13]	29
Figure 5 : Vascularisation veineuse pelvienne de la femme[14]	30
Figure 6: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako.....	36
Figure 7: Répartition des femmes selon l'âge	47
Figure 8: Répartition des femmes selon le poids du nouveau-né.....	53
Figure 9: Photo des cas des maladies hémorroïdaires au cours de la grossesse prise au centre de santé de référence de la commune V.....	9

LISTE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	18
2. OBJECTIFS	20
2.1. Objectif général.....	20
2.2. Objectifs spécifiques	20
3. GENERALITES	21
3.1. Définitions.....	21
3.2. Rappels anatomiques.....	21
3.2.1. Rappels anatomiques de l'utérus	21
3.2.1.1. Anatomie descriptive	21
3.2.2. Rappels anatomiques du rectum.....	23
3.2.2.1. Anatomie descriptive	23
3.2.2.2 Vascularisation.....	28
3.2.2.3 Innervation du canal anal.....	31
3.2.2.4 Les rapports	31
3.3. Modification physiologique de la grossesse sur l'appareil digestif	31
3.4. Maladie hémorroïdaire	32
3.4.1 Signes cliniques et physiopathologie.....	32
3.4.2 Diagnostic.....	33
3.4.3 Traitement	34
4. MATERIELS ET METHODES	36
4.1. cadre et lieu d'étude	36
4.2. Type et période d'étude	44
4.3. Population d'étude	44

4.4. Critères d'éligibilités.....	44
4.4.1. Critères d'inclusion	44
4.4.2. Critères de non inclusion.....	45
4.5. Echantillonnage.....	45
4.6. Procédures d'études	45
4.6.1. Variables étudiées	45
4.6.2. Technique de collectes de données	45
4.6.3. Collectes, saisies et analyses de données	46
4.7. Considérations éthiques	46
5. RESULTATS.....	47
5.1. Fréquence.....	47
5.2 Caractéristiques sociodemographique.....	47
5.3 Facteurs de risque	50
5.4 Aspects cliniques	53
5.5 Prise en charge	54
5.6 Analyse des facteurs de risque.....	55
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	60
6.1 Approche méthodologique.....	60
6.2 Fréquence.....	60
6.3 Caractéristiques socio-démographiques.....	1
6.4 Facteurs de risque	1
6.5 Aspects cliniques	2
6.5.1 Signes fonctionnels.....	2
6.5.2 Signes physiques	2
6.6 Traitement	2

CONCLUSION4
RECOMMANDATION5
REFERENCES6

1.INTRODUCTION

Certaines affections peuvent marquer l'évolution de la grossesse et le déroulement de l'accouchement parmi lesquelles les affections proctologiques dont la plus dominante est la maladie hémorroïdaire (MH) [1]. Une affection taboue dans notre société, la maladie hémorroïdaire peut rendre désagréable les moments de la gestation, de l'accouchement ainsi que le post-partum. Le poids et le volume de l'utérus gênant le retour du sang veineux vers le cœur, la constipation, le ralentissement du transit intestinal par certaines hormones au cours de la grossesses [2] et l'accouchement traumatique, l'accouchement de gros fœtus, ou une durée d'expulsion prolongée, antécédents de pathologies anales [3] constituent le risque de survenue de maladie hémorroïdaire durant la grossesse et le post-partum. La maladie hémorroïdaire est une maladie bénigne, qui ne menace pas par elle-même le pronostic vital et ne dégénère pas. Elle est sans aucun doute la plus fréquente des affections proctologiques et constitue un motif extrêmement répandu de consultation en proctologie [4].

Toutes les études sur le sujet ont mis en évidence que la principale pathologie hémorroïdaire de la parturiente est la thrombose hémorroïdaire [5]. On différencie les hémorroïdes externes (HE) des internes (HI). Ces dernières sont situées au-dessus de la ligne dentelée [3]. La maladie hémorroïdaire concerne environ 85% des femmes enceintes durant les deux derniers trimestres. La prévalence de la pathologie hémorroïdaire chez les femmes enceintes varie dans la littérature de 7,9 à 38%. La fréquence de survenue des thromboses hémorroïdaire après un accouchement varie de 12 à 34% [1].

En France, Rouillon JM et al., en 2014 , ont rapporté une faible incidence de 12% de thrombose hémorroïdaire externe dans le post-partum immédiat alors qu'elle est partie à 34% entre le 1^{er} et 5^{eme} jour du post-partum rapporté par Pradel et al.[5].

Au Maroc en 2010, Ollende C a rapporté une incidence de 19% de maladie hémorroïdaire dans les 24 heures suivant l'accouchement [6].

Au Mali, à partir d'une étude prospective au cours de la grossesse et le post-partum, Abdoul Mouine Poudiogo à trouve sur 176 femmes soit 25,6% de maladie hémorroïdaire dont 66,7% de maladie hémorroïdaire externe contre 33,3% de maladie hémorroïdaire interne au centre de santé de référence de la commune II Bamako en 2020 [7]

Au CSRéf de la commune V de Bamako en 2019, Adama DOUMBIA a trouvé une fréquence de 27,9% de maladie hémorroïdaire sur 165 femmes au cours de la grossesse et dans le post-partum[6]. La pathologie anale est probablement sous-estimée en Afrique du fait des tabous, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'information[1]. La constipation est le facteur de risque principal de ces pathologies proctologiques [2]. La prévalence de la constipation augmente au cours de la grossesse.

Nous avons initié cette étude au CSRéf de la Commune V du District de Bamako pour améliorer l'aspect épidémiologique, diagnostic et thérapeutique des maladies hémorroïdaires chez la femme enceinte et dans le post-partum.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

- ❖ Etudier les maladies hémorroïdaires au cours de la grossesse et dans le post-partum dans le centre de Santé de Référence de la Commune V

2.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence des maladies hémorroïdaires au cours de la grossesse et dans le postpartum.
- ❖ Identifier les facteurs de risque des maladies hémorroïdaires au cours de la grossesse et dans le postpartum.
- ❖ Décrire les aspects cliniques des maladies hémorroïdaire au cours de la grossesse et dans le postpartum.
- ❖ Décrire la prise en charge des maladies hémorroïdaires au cours de la grossesse et dans le postpartum

3. GENERALITES

3.1. Définitions

La proctologie vient du grec proktos « anus » et logos « science, étude ». La proctologie est la spécialité des maladies de l'anus et du rectum [8]

La grossesse est l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel [7]

La maladie hémorroïdaire est une ectasie des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie : « la rectorragie » [9]

Le post-partum est la période s'étendant de l'accouchement au retour des couches, une durée d'environ six semaines selon le Larousse médical [10]

3.2. Rappels anatomiques

3.2.1. Rappels anatomiques de l'utérus

3.2.1.1. Anatomie descriptive

a- Définition

L'utérus, mot latin, métrô en grec désignant tout un organe important du système génital interne féminin destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturation. Il subit des modifications morphologiques et fonctionnelles profondes pendant la grossesse mais d'ordinaire sa muqueuse est le siège de modifications cycliques qui aboutissent aux règles ou menstrues.

b- Situation

C'est un organe impair, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert par les anses intestinales et est en majeure partie au-dessus du vagin dans lequel il fait saillie.

c- Caractères morphologiques de l'utérus gravide

L'utérus gravide est un utérus contenant le concept. A terme, il est constitué de trois segments étagés, différents morphologiquement et fonctionnellement : corps, le segment inférieur et le col. Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont :

- ❖ Les ventres constitueraient le corps ;
- ❖ Les tendons, le segment inférieur ;

- ❖ Et les insertions, le col.
- ❖ Comme tout tendon, le segment inférieur transmet et module les contractions du corps vers le col.
- ❖ **Le corps utérin** : Organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.
- ❖ **Situation du fundus utérin** : En début de grossesse, il est pelvien. A la fin du 2^{ème} mois, il déborde le bord supérieur du pubis. A la fin du 3^{ème} mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable. A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm : à 4 mois et demi, il répond à l'ombilic. Et à terme, il est à 32cm du pubis.
- ❖ **Le segment inférieur** : est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle. Sa minceur, sa faible vascularisation en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines. Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia. A terme il mesure environ 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur.
- ❖ **Le col utérin** : organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail. Les orifices (interne et externe) restent fermés jusqu'au début du travail sauf souvent chez la multipare ou l'orifice externe peut rester déhiscent.

d- Rapports anatomiques de l'utérus gravide

❖ Les rapports anatomiques du corps utérin

Au cours de la grossesse les rapports de l'utérus augmentent avec l'âge gestationnel :

- En avant la paroi abdominale.
- En arrière la colonne rachidienne, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale
- En haut le grand omentum et le colon transverse
- A droite le colon ascendant, le caecum et l'appendice vermiforme
- A gauche les anses et le colon sigmoïde qui recouvre l'annexe gauche

e- Les rapports anatomiques du segment inférieur

- La face antérieure : La vessie est le rapport essentiel. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il existe un utérus cicatriciel
- La face postérieure : Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto utérin devenu plus profond, au rectum.
- Les faces latérales : Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien

3.2.2. Rappels anatomiques du rectum

3.2.2.1. Anatomie descriptive

a. Configuration externe

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

- En arrière, le muscle élévateur de l'anus ;
- Sur les côtés, les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;
- En avant, par l'intermédiaire du centre tendineux du périnée : La muqueuse qui le tapisse est divisée en deux étages par la ligne pectinée située à sa partie moyenne. La ligne pectinée est formée par les valvules anales, replis transversaux semilunaires. Les valvules forment avec la paroi du canal anal les cryptes de Morgagni au fond desquelles s'ouvrent les glandes anales. A ce niveau, il existe dans la sous muqueuse des dilatations veineuses (plexus hémorroïdaire interne). Au-dessous de la ligne pectinée se trouve la zone cutanée lisse qui se termine avec la marge anale. La marge anale se distingue de la peau environnante par sa finesse, son plissement et sa pigmentation brune.

A ce niveau, il existe le plexus hémorroïdaire externe, sous cutané. Le sphincter interne est un muscle lisse faisant suite à la musculature rectale dont il est un épaississement. Son tonus permanent assure la fermeture du canal anal. Le sphincter externe est constitué de fibres striées entourant le sphincter interne et il entre dans la constitution du complexe sphinctérien avec le muscle releveur de l'anus

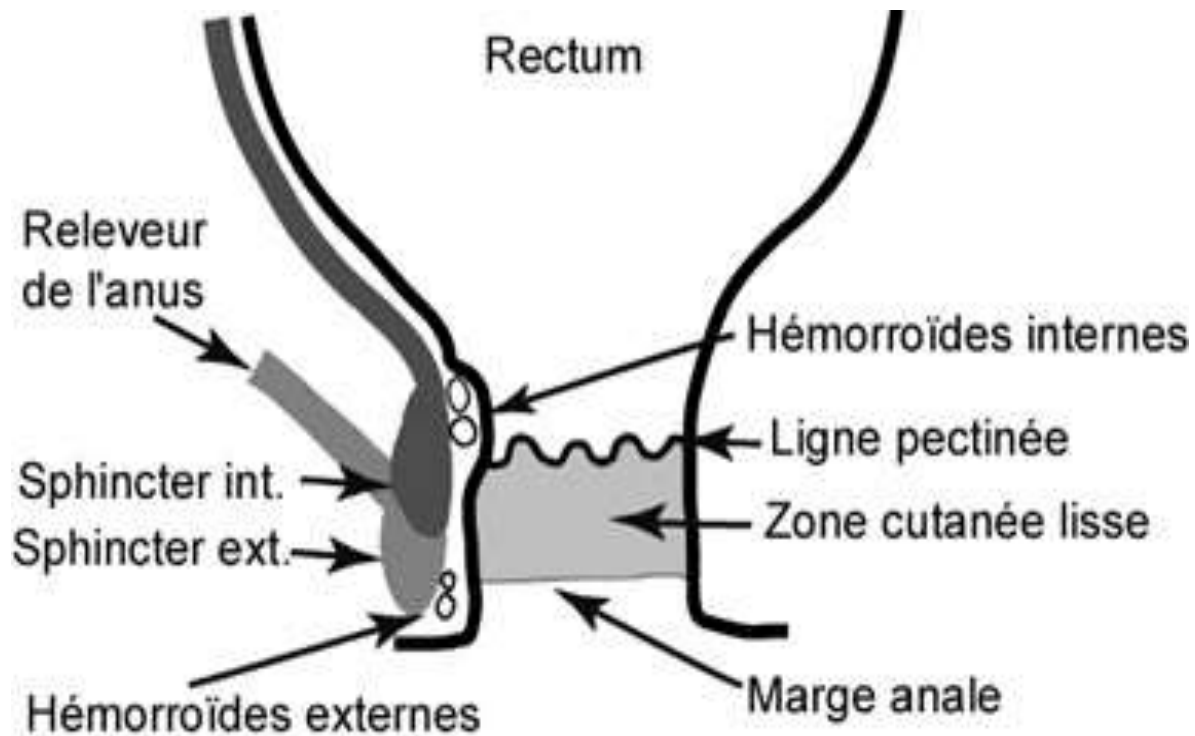


Figure 1 : Configuration externe du canal rectal

b. Configuration interne

▪ **Le pecten anal**

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

▪ **La zone ano-cutanée**

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

▪ **La zone cutanée**

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

▪ **La portion sus pectinéale**

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

- **La portion sous - pectinéale**

Elle est de coloration grise bleuté.

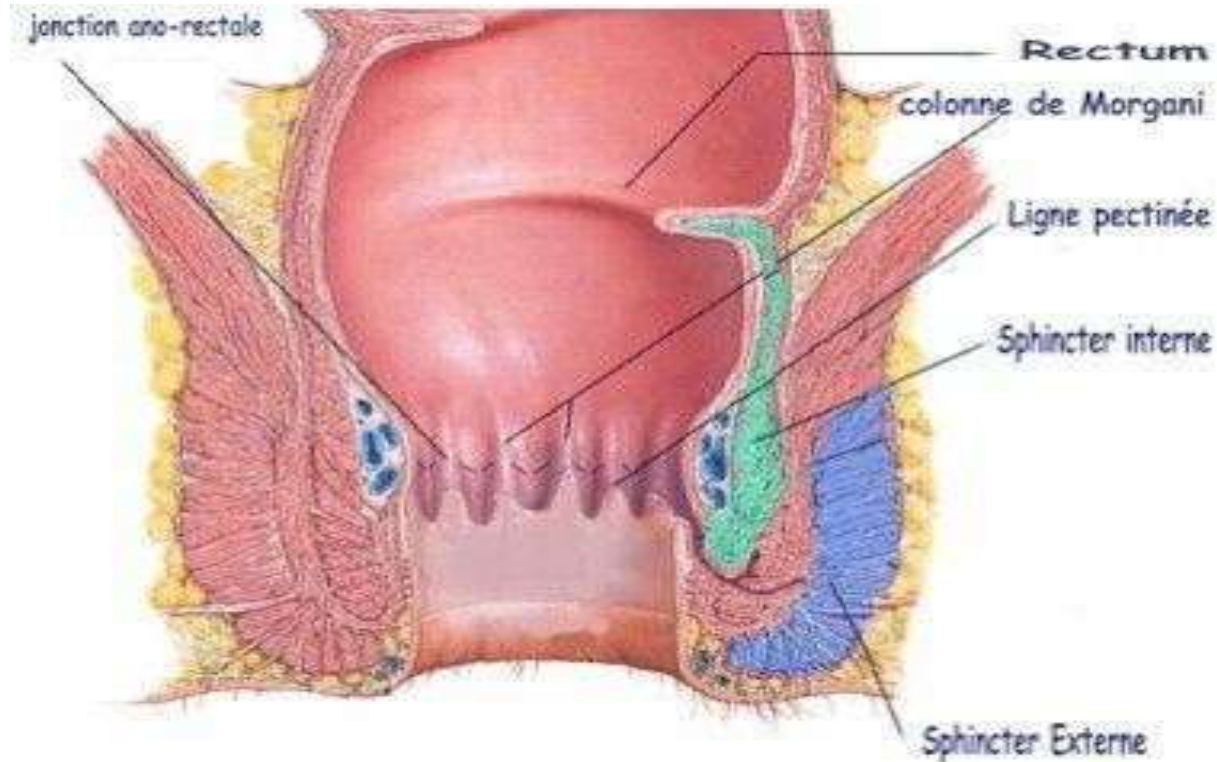


Figure 2 : Coupe frontale du canal anal[11]

c. Appareil sphinctérien

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

- **Le sphincter interne ou muscle sphincter ani - internus**

Il est constitué de fibres musculaires lisses, il est innervé par le système neurovégétatif et échappe au contrôle de la volonté. C'est le gardien de la continence anale.

- **Le sphincter externe ou muscle ani-externus**

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

- **Le muscle releveur de l'anus ou muscle levatorani**

Il s'agit du principal muscle du diaphragme pelvien, il est pair et constitué du :

- Muscle pubo-coccygien : s'insère sur la face postérieure de la surface angulaire du pubis ;
- Muscle ilio-coccygien : s'insère sur le fascia du muscle obturateur interne au niveau de l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Ces deux muscles convergent en descendant vers la région retro-anale en croisant les faces anales du rectum.

- **Le muscle corrugateur de la marge anale ou muscle corrugator cutis ani**

Il est constitué de fibres lisses de la peau entourant l'anus. Il irradie de l'anus vers son sphincter externe ; sa contraction rétracte et plisse la marge de l'anus. Il appartient, pour certain à la couche musculaire du canal anal.

- **Le corps caverneux et le muscle canalisani**

Le corps caverneux se trouve dans le 1/3 supérieur du canal en dessous de la ligne anorectales. Comme le corps caverneux du pénis, le plexus vasculaire du corps caverneux rectal est rempli de sang rouge artériel. Il est tributaire des branches terminales de l'artère rectale supérieure. Ces branches sont constamment retrouvées aux points suivants : 3H, 7H et 11H où elles peuvent être palpées. Elles forment un réseau capillaire dans les corps caverneux. Le muscle canalisani naît du sphincter aniinternus sous forme d'écrous et traverse toute la largeur du corps caverneux. Il joue un rôle très important dans la fermeture du canal anal.

- **La couche longitudinale complexe**

Cette couche est dite complexe parce que les éléments qui la constituent sont d'origine variée.

- **Espaces cellulux péri anaux**

On distingue différents espaces cellulux périanaux qui peuvent favoriser l'expansion des infections.

- **L'espace circum- anal sous-muqueux** : il est situé dans les 2/3 supérieurs du canal entre la muqueuse anale et le sphincter interne, limité en bas par le ligament de Parks et le septum intermusculaire, en haut il communique avec la couche sous- muqueuse du rectum.

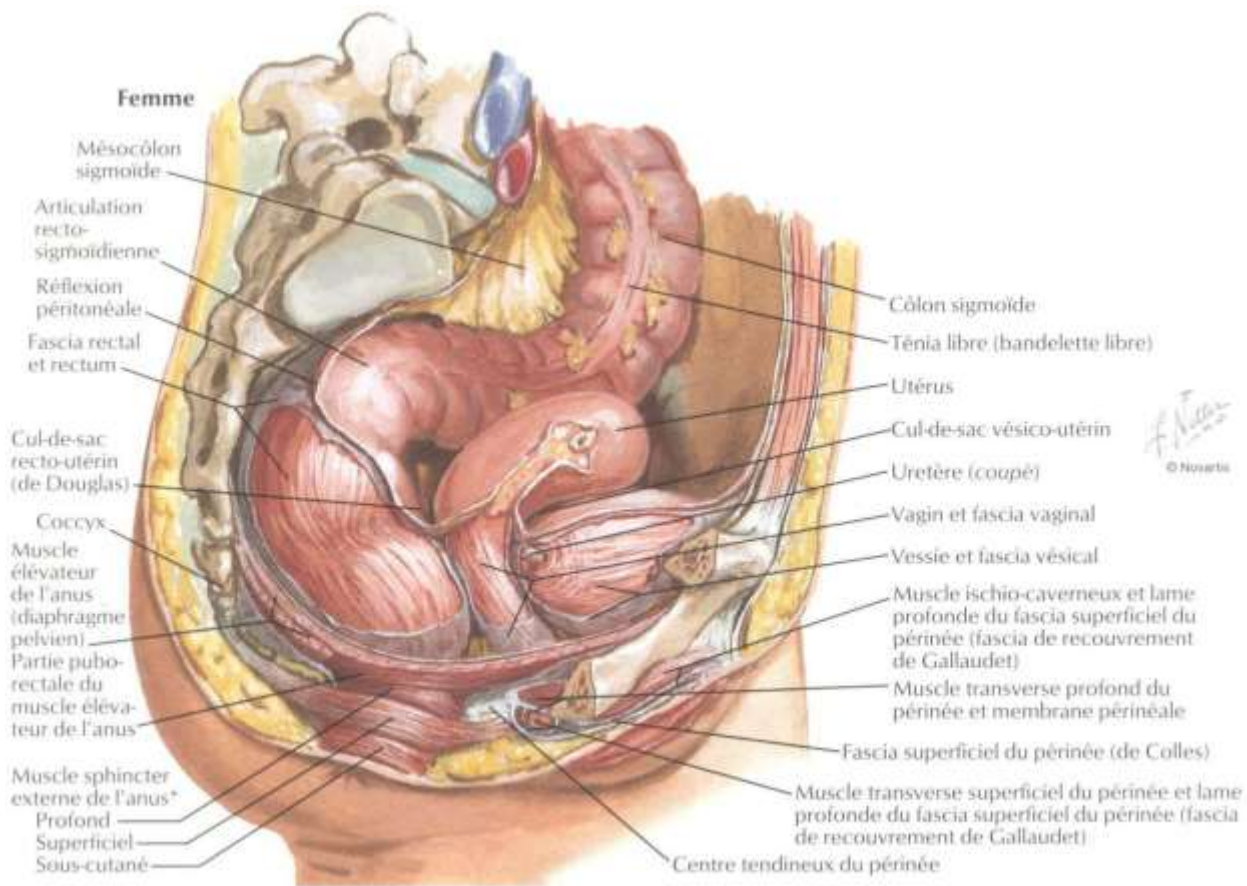
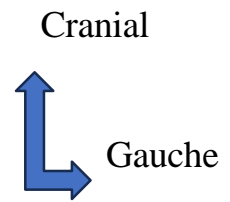
Il contient le plexus hémorroïdaire interne, la muscularissub-mucosaeani, le plexus lymphatique sous- muqueux et le début des canaux glandulaires d'Hermann et des fosses.

- **L'espace pérïanal sous – cutané** : il est situé dans le 1/3 inférieur du canal anal, limité en dedans par la peau du canal anal, en haut par le septum intermusculaire et en dehors par le fascia de Morgan. Il contient le faisceau sous-cutané du sphincter externe, le plexus hémorroïdaire externe et les glandes sudoripares et sébacées.
- **La fosse ischio-rectale** est un espace du périnée postérieur situé de chaque côté du rectum.
 - **L'espace postérieur du releveur de Courtney**

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

- **L'espace inter-sphinctérien**

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



* Parties variables et souvent indistinctes

Figure 3 : Coupe médiane (sagittale) pelvienne chez la femme[12]

3.2.2.2 Vascularisation

a. Vascularisation artérielle

▪ L'artère rectale supérieure ou artère rectalissuperior

Il s'agit de la branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus. Elle donne des branches destinées à la muqueuse et à la sous-muqueuse. Ses branches perforent la paroi rectale à 8 cm de la marge avant de descendre dans la sous-muqueuse. Ses branches sont constamment retrouvées à 3H, 7H et 11H où elles peuvent être

palpées. Elles prennent un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal. Elles se jettent au niveau de la ligne pectinée.

- **L'artère rectale moyenne (artère rectalis media)**

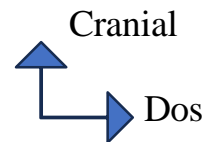
Elle naît de l'artère iliaque interne, descend de façon oblique en dedans et en avant vers la face latérale du rectum et se termine à ce niveau en 3 ou 4 branches.

- **L'artère rectale inférieure**

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

- **L'artère sacrale médiane**

Elle participe accessoirement à cet apport artériel. Elle naît de l'aorte.



7 branches principales:

1. **A. Ombilicale**
 - Vésicale sup
 - Oblitérée : lgt
2. **A. Utérine**
3. **A. Obturatrice**
4. **A. Vaginale**
 - Vésicale inf
5. **A. Rectale moyenne**
6. **Pudendale interne : périnée**
7. **A. Glutéale inférieure**

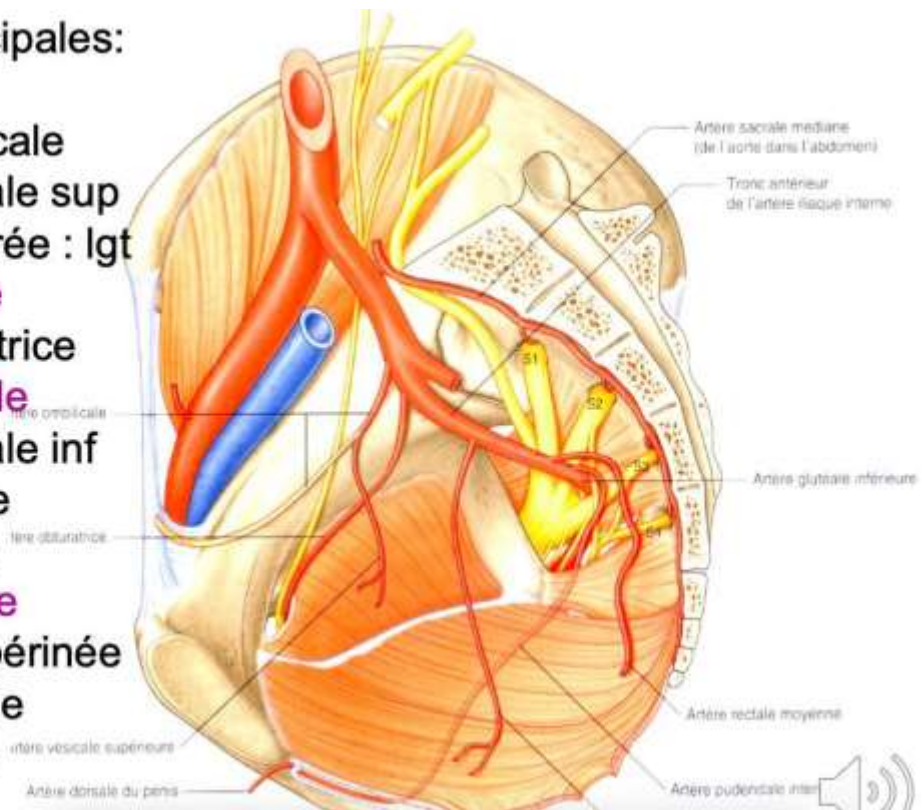


Figure 4 : Vascularisation artérielle pelvienne de la femme[13]

b. Vascularisation veineuse

Les veines rectales moyennes et inférieures se drainent dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines iliaques internes et **les veines rectales supérieures** se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure

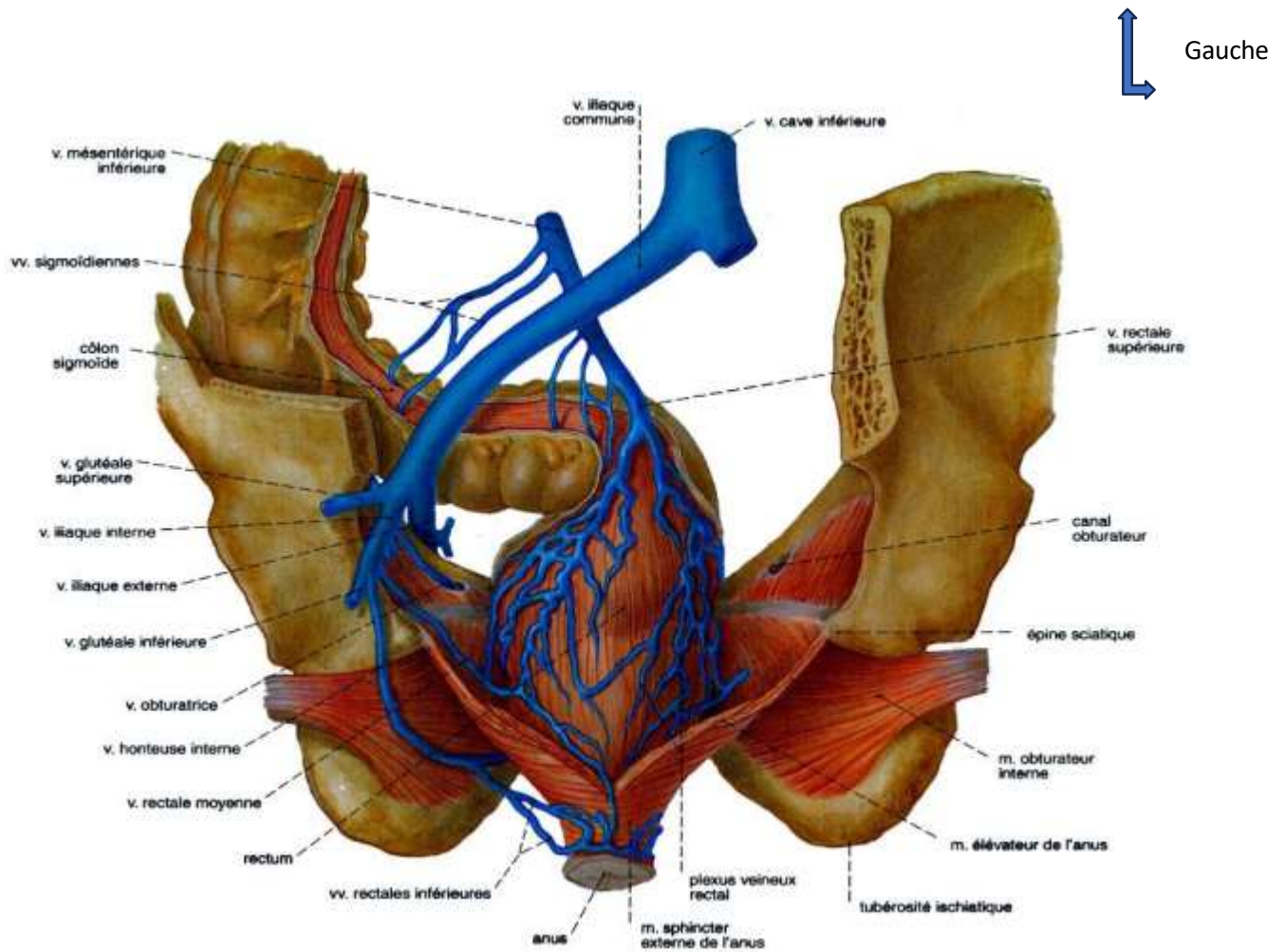


Figure 5 : Vascularisation veineuse pelvienne de la femme[14]

c. Vascularisation lymphatique

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

3.2.2.3 Innervation du canal anal

Elle est complexe et intriquée, somatique et splanchnique, elle est également un point particulier de cette jonction recto-anale. Au niveau de la zone cutanée, l'innervation est très riche ce qui rend compte de son extrême sensibilité à la douleur. L'innervation du canal anal est assurée par les nerfs somatiques, les nerfs splanchniques, les voies et centres nerveux médullaires et les centres supérieurs.

3.2.2.4 Les rapports

Le canal anal, en traversant le diaphragme pelvien, est cravaté en arrière par le muscle pubo-rectal.

Dans le périnée postérieur : il est entouré par le sphincter externe de l'anus.

En arrière : les rapports sont identiques chez l'homme et la femme, ils s'effectuent avec les muscles releveurs dont les fibres s'unissent sur la ligne médiane en formant le raphé ano-coccygien.

Latéralement : le canal anal répond aux fosses ischio-rectales, lieu de propagation des suppurations ano-périnéales.

En haut : par le muscle pubo-rectal, latéralement par la paroi pelvienne tapissée par le muscle obturateur, en bas par les plans superficiels du périnée contenant une graisse abondante ainsi que le paquet vasculo-nerveux honteux interne qui chemine contre la paroi pelvienne dans le canal d'Alcock. Cette région constitue le site d'infiltrations, utilisée comme support de techniques d'anesthésie en chirurgie proctologique, antalgiques dans 10 certaines algies pelviennes ou manifestations douloureuses chroniques attribuées à une neuropathie pudendale (nerf honteux interne) décrite sous le terme de syndrome du canal d'Alcock.

En avant : Chez la femme, les rapports s'effectuent avec le triangle anovulaire délimité par la centrale du périnée moins développé que chez l'homme.

3.3. Modification physiologique de la grossesse sur l'appareil digestif[15]

La grossesse est une période au cours de laquelle l'organisme maternel subit de multiples modifications. Celles-ci sont liées à l'effet des hormones dont la quantité est parfois multipliée par dix voire cent. Cette imprégnation agit sur l'organisme maternel notamment les vaisseaux, l'appareil digestif, l'appareil urinaire etc. La compression du côlon par l'utérus gravide, l'imprégnation hormonale ralentissant le péristaltisme intestinal, les contractions exercées lors de l'expulsion fœtale sur l'appareil sphinctérien anal font de la grossesse, l'accouchement et le post partum des facteurs de risque de pathologies proctologiques

3.4. Maladie hémorroïdaire

3.4.1 Signes cliniques et physiopathologie

La contraction continue des muscles anaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-spléniques fermées) permettent une continence hermétique. Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation. Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes. Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec un risque de saignement élevé. A la longue, le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal.[16].La maladie hémorroïdaire est la première cause de consultation proctologique bien que l'épidémiologie soit peu documentée. La physiopathologie est complexe et implique une fragmentation des tissus de soutien ainsi que des modifications vasculaires avec hypervascularisation et/ou retour veineux altéré.[17]

On distingue les hémorroïdes externes situées dans l'espace sous cutané du canal anal, sous la ligne pectinée et les hémorroïdes internes situées dans l'espace sous muqueux du canal anal, au-dessus de cette ligne[7].L'apparition d'une grosseur au niveau de l'anus s'il s'agit **d'hémorroïdes externes** (on parle alors de prolapsus hémorroïdaire) ; une douleur particulièrement au moment de la défécation ou de l'effort physique (douleur qui s'atténue au repos en position allongée) ; des démangeaisons anales ; des hémorragies appelées **rectorragies** : le sang apparaît à la fin de la défécation dans certaines manifestations aiguës, la crise hémorroïdaire peut aussi donner lieu à une thrombose hémorroïdaire, c'est-à-dire à la formation d'un caillot au niveau d'une hémorroïde. La thrombose engendre des douleurs anales intenses et permanentes, pouvant empêcher la personne de s'asseoir. [18]

Les **hémorroïdes externes** se compliquent sous la forme de thromboses qui sont à l'origine de douleurs anales aiguës non rythmées par les selles. Les **hémorroïdes internes** n'entraînent pas de grosseur visible ou de douleur, mais elles peuvent saigner. Le **saignement** d'hémorroïdes internes survient le plus souvent après la défécation, entraînant la présence de sang dans les selles ou sur le papier hygiénique. L'eau des toilettes peut devenir rouge du fait de la présence de sang. Cependant, la quantité de sang est en général modérée, et les hémorroïdes provoquent rarement une hémorragie

grave ou une anémie. Elles peuvent sécréter du **mucus** et donner au sujet la sensation que le rectum n'est pas complètement vidé après la défécation. En général, les démangeaisons anales (démangeaisons anales ou prurit anal) ne sont pas un symptôme hémorroïdaire, mais un prurit peut se développer si les hémorroïdes rendent difficile le nettoyage de la région anale.[19]. Les manifestations cliniques les plus fréquentes des hémorroïdes internes sont le prolapsus et/ou les troubles dont la sémiologie est généralement caractéristique. Le diagnostic est purement clinique et seule une coloscopie en cas de rectorragies après 40 ou 45 ans est nécessaire afin d'éliminer une lésion colorectale.[17]

3.4.2 Diagnostic

L'examen physique permet de poser le diagnostic de la maladie hémorroïdaire face à d'autres pathologies. Le malade sera examiné en position genou – pectoral ou en décubitus latéral gauche en lui demandant de pousser[20]. La marge anale est normale ou peut montrer des paquets bleutés, congestifs, parfois ulcérés, à travers l'anus. Il s'agit de 3 gros paquets hémorroïdaires généralement observés à 3H, 7H, 11H et quatre petits paquets intermédiaires.

▪ A l'inspection

Après un bon éclairage, on recherchera une ou plusieurs procidences souvent les trois classiques (3 heures, 7 heures, et 11 heures) des hémorroïdes externes, une ou plusieurs marisques et une autre lésion associée (fissures, fistules, abcès).

▪ Au toucher rectal

On apprécie la tonicité du sphincter, la présence éventuelle d'une masse rectale. A l'issue de l'examen clinique il est possible de classer les hémorroïdes en différents stades (ou grades), mais cette classification ne tient malheureusement pas compte des épisodes de thromboses.[21]

▪ Stades cliniques

1. Hémorroïdes visibles uniquement à l'anuscopie, difficile à palper au TR.
2. Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction spontanée.
3. Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction manuelle.
4. Prolapsus irréductible.[22]

Les facteurs favorisant les thromboses hémorroïdaires au cours de la grossesse sont multiples : La constipation est un facteur favorisant admis de la maladie hémorroïdaire[19]. Chez la femme enceinte la constipation est due à plusieurs facteurs : la compression du colon par l'utérus gravidique ralentit le transit, les modifications hormonales diminuent les contractions intestinales

ainsi qu'à la supplémentation en fer[9]. La dyschésie est un facteur indépendant augmentant le risque de survenue d'une crise hémorroïdaire au cours de la grossesse[23]. Il existe un bouleversement hormonal au cours de la grossesse or on sait que le tissu hémorroïdaire est riche en récepteurs œstrogéniques et sensibles aux variations hormonales[24]. Le ligament de Parks, qui constitue le ligament suspenseur des hémorroïdes au canal anal, se relâche au cours de la grossesse sous l'effet de cette imprégnation œstroprogestative[23,24]. Enfin, la gêne au retour veineux en fin de grossesse liée à l'utérus gravide et l'augmentation du volume sanguin circulant de 25 à 40 % favorisent la survenue d'une pathologie hémorroïdaire[25]. En l'absence de traitement, la maladie peut évoluer vers des complications qui sont :

a. Les rectorragies abondantes

elles sont faites de sang rouge, déclenchées par les selles[26]. Elles arrosent les selles et leur répétition peut créer une anémie chez le patient[8].

b. Les thromboses hémorroïdaires

- **Thrombose externe** : il s'agit d'une urgence, Elle réalise une tuméfaction bleutée sous cutanée dure et douloureuse[27]. Elle est souvent entourée d'une zone œdémateuse[25]. On observe des zones noirâtres contenant des caillots de sang [28].
- **Thrombose interne** : quand elle est non extériorisée elle se manifeste par une douleur vive intra-canalair[26]. Au toucher rectal on sent une masse indurée douloureuse. L'anuscopie montre des tuméfactions bleutées. Quand elle est extériorisée ou prolabées, elle est difficile voire impossible à réduire[29]. La douleur est permanente et exacerbée[20] par la défécation.

3.4.3 Traitement

La prévention de la maladie hémorroïdaire pendant la grossesse passe par une alimentation riche en fibres permet d'éviter certains désagréments tels que les hémorroïdes. Les prescriptions médicamenteuses chez ces gestantes doivent toujours être prudentes à cause du potentiel risque tératogène ou du passage dans le lait maternel. Les mises en garde, précautions et autorisations de prescriptions que nous allons aborder proviennent du Vidal et d'un site dédié très régulièrement remis à jour : le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. www.lecrat.org). La thrombose hémorroïdaire est le plus souvent externe mais peut toucher les hémorroïdes internes. L'incision ou l'excision de la zone thrombosée n'est envisageable que dans la première situation. Ces deux

gestes ne devant être réalisés qu'en cas de thromboses douloureuses peu nombreuses et non œdématisées. Le traitement est donc le plus souvent médical. Il doit toujours contenir un régulateur du transit, le plus souvent un laxatif chez ces femmes très souvent constipées. Il faut privilégier les osmotiques et les mucilages qui ne sont pas absorbés et sont donc sans risque durant la grossesse et l'allaitement. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont en général très efficaces

4. MATERIELS ET METHODES

4.1. cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako, un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali.

a. Présentation de l'aire sanitaire de la Commune V

La Commune V fut créée en même temps que toutes les autres Communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes suivants :

- ❖ L'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre de Communes
- ❖ La loi N°93-008 du 11 Février 1993 portant code des collectivités territoriales.

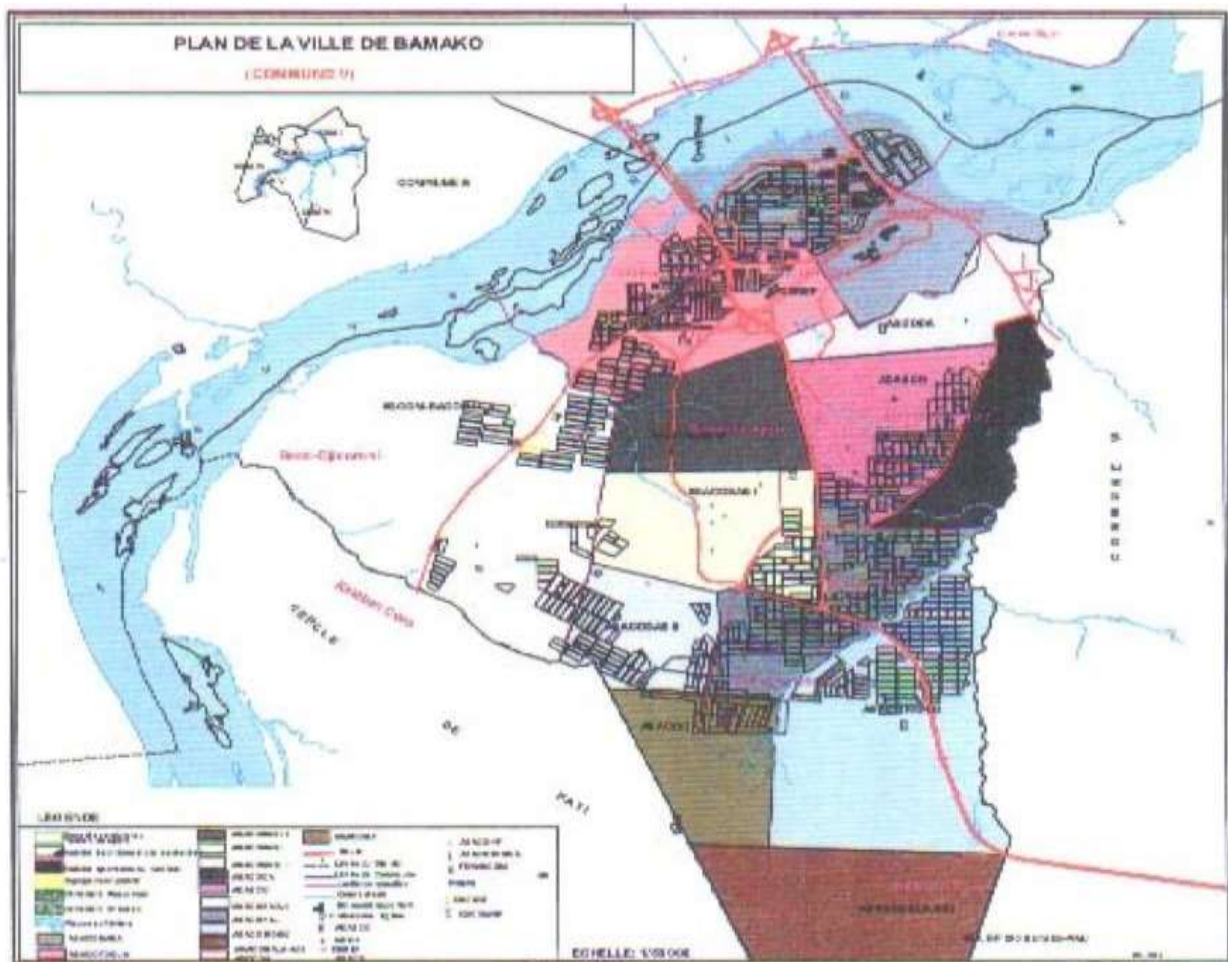


Figure 6: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako

La Commune V est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-Ouest par la commune rurale de Kalaban Coro (Préfecture de Kati), à l'Est par la Commune VI du District de Bamako. Située sur la rive droite du fleuve Niger, la Commune V a une superficie de 41.59 km² (source Direction Nationale des Collectivités Territoriales : DNCT). Selon les résultats du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était estimée à **603 056** habitants en 2022, une densité de **14 500** habitants au Km² avec un taux d'accroissement 5,1%. Dans sa très grande totalité, la population de la Commune V est sédentaire. Cette population est inégalement répartie entre les 8 quartiers de la Commune. Ainsi on note une forte concentration de la population dans les quartiers Sabalibougou, Daoudabougou et Kalaban coura et Bacodjicoroni.

Les ethnies du Mali sont représentées en Commune V sont les Bambaras, Peulhs, Sonrhais, Sénoufos, Malinkés, Dogons, Soninkés. On y rencontre également des ressortissants de pays étrangers.

L'économie de la Commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme, l'hôtellerie, la restauration, les maisons closes, les marchés publics etc.) suivi du secteur secondaire (PME à travers de petites industries de transformation), malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

La couverture sanitaire de la Commune est assurée par deux niveaux de contact de la population avec le système de santé :

- ❖ Centres de Santé Communautaire : premier niveau de contact. A ceux-ci

S'ajoutent les structures sanitaires privées, parapubliques, confessionnelles et les Tradithérapeutes,

- ❖ Centre de Santé de Référence : deuxième niveau de contact et premier niveau de référence.

La carte sanitaire de la Commune comprend treize aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Les treize aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire fonctionnel avec un PMA complet. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- ❖ Trois aires de santé à Daoudabougou disposent d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACODA, ADASCO, ASCODA) ;
- ❖ Trois aires de santé à Sabalibougou disposent chacune d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOSAB1, ASACOSAB2, ASACOSAB3) ;
- ❖ Quatre aires de santé à Kalaban coura disposent d'un CSCCom avec PMA complet (ASACOKAL, ASACOGA, ASACOKALA KO et ASACOKALA ACI) ;

- ❖ Une aire de Santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier Mali dispose d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOTOQUA) ;
- ❖ Une aire de Santé à Bacodjicoroni dispose d'un CSCCom avec un PMA complet (ASCOM-BACODJI) ;
- ❖ Une aire de santé à Badalabougou SEMA I (ASACOBADA SEMAI) d'un CSCCom avec un PMA complet.

Le Centre de Santé (service socio sanitaire) de la Commune a été construit en 1982 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé. Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

Le tableau suivant résume les unités et bâtiments du CS Réf de la CV

Tableau 1:Unités et bâtiments du CSREF de la commune V

BATIMENTS	NOMS DU SERVICE
B1 (Bureau des Entées)	Comptabilité, Guichet, Toilettes du personnel
B2 (Maternité)	<ul style="list-style-type: none">- Unité PTME- 2 Unités prénatale ; Unité Planning Familiale ; Unité suite de couche ; Unité Grossesse Pathologie- Salle des Chauffeurs- 2 Salles de garde Maternité ; Salle D'attente, d'Accouchement ; Salle des Urgences ; Salle des Internes ; 3 Salles d'Hospitalisation ; 2 VIP- Bureau Sages-femmes Maitresse- Soins Apres Avortement- Bureau Dr Oumar Moussokoro TRAORE- Bureau Pr Soumana Oumar TRAORE- Bureau Dr Saoudatou TALL et Dr Niagale SYLLA- Unité Poste Natale- Salle des D.E.S ; Salle des internes- Dépistage du Cancer de col de l'utérus
B2 (One Stop Center)	<ul style="list-style-type: none">- Bureau Assistance Psycho-sociale- Assistance de Sécurité ; Assistance Juridique- Bureau de Consultation- Salle de Récupération ; Salle des Enfants- Toilettes du Personnel
B3 (Bloc Opératoire)	<ul style="list-style-type: none">- Bureau Major

	- Salle de Pansement ; 2 Salles d'Opération
	- Salle de Stérilisation
	- 2 Salles de Garde ; Salle de Réveille ; Salle de Séchage
	- Bureau Monsieur Missa Konaté
	- 4 Hospitalisations Césariennes ; Hospitalisation Césarienne VIP
B4 (Bloc de Réanimation)	- 2 Salles d'Opérations ; 3 Salles d'Hospitalisations
	- Salle de Stérilisation
Chirurgie Générale	- 1 Salle de pensement; 2 Salles d'hospitalisation - 2 Bureaux de chirurgiens, un bureau de MAJOR - 1 Salle de stérilisation, un vestiaire - 1 Salle de consultation; 1 bloc opératoire
B5 (Médecine Générale)	- Bureau Médecin Chef
	- Secrétariat du Médecin Chef
	- 3 Salles de Consultations
	- Pharmacie du Jour et la nuit
	- Salle de Pansement
	- Imagerie Médicale
	- Odontostomatologie
	- Laboratoire d'Analyse
	- Toilettes du Personnel
	- Hagard de Vaccination
B6 (Médecine Interne)	- Bureau Major
	- Salle de Consultation ; 2 Salles de Garde ; Salle de Perfusion ; 4 Salles d'Hospitalisation
	- Bureau Dermatologue ; Bureau Rhumatologie

- Toilettes du Personnel

B7 (Ressources Humaines)	- Bureau Chef de Personnel
	- Salle Informatique ; Salle de Staff
	- Brigade Hygiène ; Unité PEV ; Ophtalmologie
	- Bureau Pharmacien ; Dépôt Pharmacie
	- Bureau Médecin-chef Adjoint
	- Toilettes du Personnel
B8 C130	- Service ORL
	- Unité lèpre ; Labo Annexe
	- Toilettes du Personnel
B9 (Service Pédiatrie)	- Bureau du pédiatre
	- Salle d'Attente ; 4 Salles de Consultation ; 3 Salles d'Hospitalisation
	- Salle de Soins ; des internes
	- Bureau Surveillant Général ; Bureau du pédiatre
	- Néonatalogie Consultation
	- Salle d'Hospitalisation Néonatalogie Kangourou
B10 (Ureni)	- Salle de Consultation ; Salle de Garde, 2 Salles d'Hospitalisation ; Salle de Lait ; Magasin URENI
B11 (Morgue)	- 2 Salles de Lavage ; Chambre Froide
B 12	- Mosquée
B13	- Magasin 1
B 14	- Magasin 2
B15	- Logement du Médecin –chef
B16	- Espace CANAM
B17	- Cantine
A1	- Toilette Médecine
A2	- Toilettes Maternité

b. Le Personnel du service de gynécologie obstétrique

Il comporte :

- ❖ Six (5) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Professeur agrégé (maitre de conférences agrégé) et un Gynécologue ; Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique
- ❖ Huit (8) techniciens supérieurs en anesthésie réanimation, Une sage-femme maitresse
- ❖ Cinquante (50) sages-femmes,
- ❖ Quatre infirmiers d'état,
- ❖ Vingt (20) infirmières obstétriciennes,
- ❖ Cinq instrumentistes,
- ❖ Un agent technique de santé
- ❖ Trois aides-soignantes,
- ❖ Six chauffeurs d'ambulances,
- ❖ Quatre manœuvres,
- ❖ Trois gardiens, - Une matrone.
- ❖ Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

c. Fonctionnement

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70. Les consultations externes gynécologiques se déroulent tous les jours (du lundi au vendredi) effectuées par les Gynécologues Obstétriciens. Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center). Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales urgentes et les programmes (c'est du lundi au jeudi) Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde. Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le

CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine). Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois. Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- ❖ Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- ❖ Un médecin DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- ❖ Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- ❖ Trois sages-femmes remplaçables par trois autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- ❖ Un assistant médical en anesthésie,
- ❖ Un technicien de laboratoire ;
- ❖ Un instrumentiste ;
- ❖ Un chauffeur d'ambulance ;
- ❖ Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

L'équipe de garde dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale analytique avec enquête prospective des données allant du 1^{er} Janvier 2025 au 30 Septembre 2025 soit une durée de 9 mois

4.3. Population d'étude

L'étude concernait toutes les femmes enceintes qui ont effectué leur suivi de la grossesse et du post-partum en gynécologie obstétrique du CS Réf de la Commune V du District de Bamako pendant la période d'étude.

4.4. Critères d'éligibilités

4.4.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude

- ❖ Toutes les femmes ayant accepté de participer à notre étude
- ❖ Toutes les femmes ayant effectué leur suivi de grossesse au Centre de santé de référence de la commune V
- ❖ Toutes les femmes ayant effectué leur suivi de post-partum au Centre de Santé de Référence de la Commune V

4.4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude

- ❖ Toutes les gestantes ayant consultées au premier trimestre mais n'ayant pas participer à l'étude
- ❖ Toutes les gestantes ayant été suivies dans un autre centre de santé
- ❖ Toutes les gestantes ayant fait un avortement ou référées dans un CHU au cours de l'étude

4.5. Echantillonnage

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule ci-dessous :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1 - p)}{i^2}$$

Z: valeur de la loi normale pour un intervalle de confiance de 95 % (Z=1,96)

P: Fréquence de maladies hémorroïdaires chez la femme enceinte et l'accouchée obtenue dans les études antérieures (20% soit 0,20).

I: la precision souhaitée avec 5%

En appliquant la formule, la taille minimale de l'échantillon était de 246 gestantes. En partant du principe qu'il peut y avoir des données incomplètes, nous avons fait un rajout de 10% à la taille initiale, ce qui nous fait une taille de 271 femmes.

4.6. Procédures d'études

4.6.1. Variables étudiées

Les différentes variables étudiées étaient l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, les habitudes alimentaires, la parité, l'indice de masse corporelle, les troubles de transit, antécédents de maladie proctologique, la durée d'expulsion, la voie d'accouchement, le poids du nouveau-né, le type d'accouchement, grossesse multiple

4.6.2. Technique de collectes de données

La méthodologie utilisée pour cette étude était la recherche des maladies hémorroïdaires chez les femmes au 1^{ER}, au 3^{ème} trimestre de la grossesse et du post-partum, chacune d'elle a bénéficié d'un examen obstétrical et proctologique. L'examen clinique proctologique était réalisé sur une table d'examen patient en position genupectorale ou décubitus latérale gauche. Le premier temps de

l'examen était l'observation de l'anus (Inspection) qui s'effectue en dépliant les plis radiaux permettant d'observer une thrombose hémorroïdaire. Nous avons demandé aux patientes de pousser pour faire apparaître d'éventuelles pathologies ano-périnéales comme les hémorroïdes internes qui se prolapsent ; une tuméfaction ou un prolapsus rectal. Le deuxième temps de l'examen comprend la palpation du bord de l'anus et un toucher anorectal à la recherche d'une anomalie telle que : une tuméfaction ; une douleur ; ou un orifice de la fistule anale. Ce toucher permet également d'évaluer le tonus des sphincters anaux. La troisième étape est l'anuscopie permettant de visualiser les hémorroïdes internes dans le canal anal ; une fissure endo-canalalaire ; un cancer endo canalalaire et le bas rectum. Cette troisième étape sera faite pour les femmes qui présentent une pathologie proctologique au terme de l'examen clinique.

4.6.3. Collectes, saisies et analyses de données

Les données ont été collectées à partir dossiers obstétricaux, carnets de consultations prénatales, registre d'anesthésie et registre d'accouchement sur des fiches d'enquête élaborées pour la cause. Elles ont été saisies sur Excel et analysées à l'aide du logiciel R 4.5.1.0. Les tests statistiques de Khi carré, de Fisher et de régression logistique ont été utilisés pour la comparaison des valeurs catégorielles avec un seuil de significativité de 5%.

4.7. Considérations éthiques

- Le consentement verbal des patientes a été obtenu avant leur inclusion dans notre étude.
- L'anonymat et la confidentialité ont été respectés

5. RESULTATS

5.1. Fréquence

Nous avons examiné **271** femmes dont 46 femmes au premier trimestre, **117** femmes au troisième trimestre et **108** femmes dans le post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Parmi ces **271** femmes, **29%** soit **79** femmes avaient la maladie hémorroïdaire. La maladie hémorroïdaire externe représentait **11%**, la maladie hémorroïdaire interne était de **15%** et **3%** de thrombose hémorroïdaire.

5.2 Caractéristiques sociodemographique

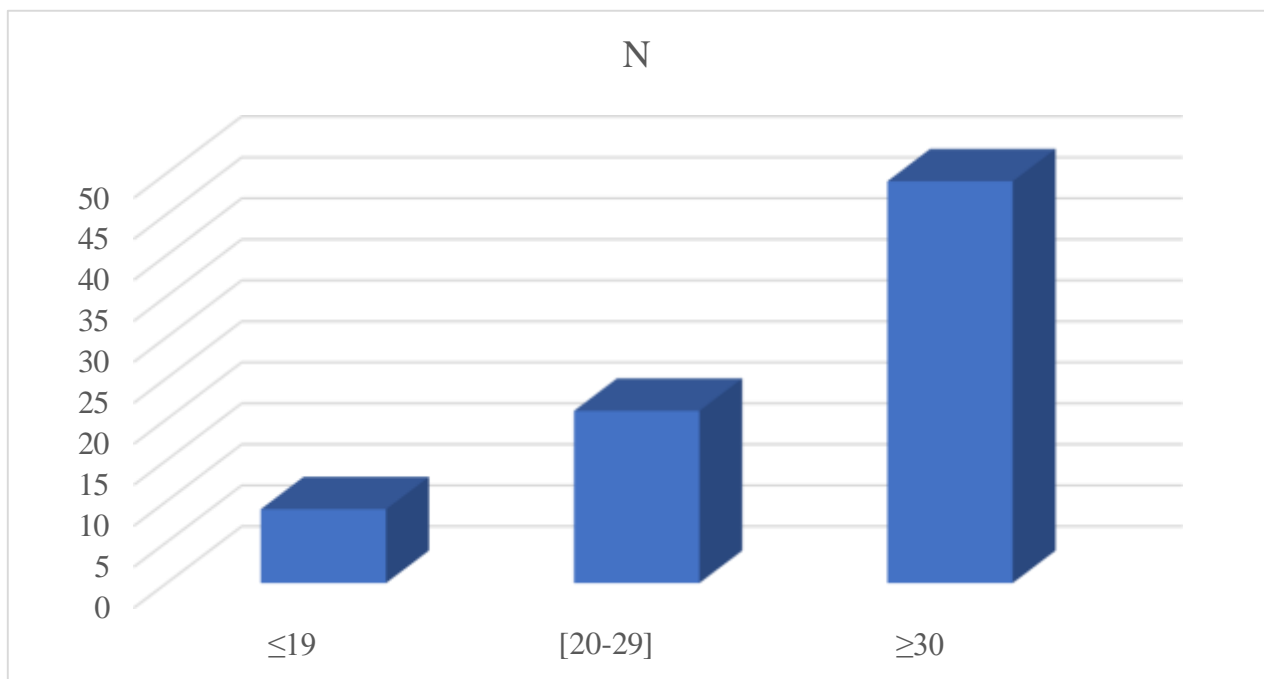


Figure 7:Repartition des femmes selon l'âge

La tranche d'âge ≥ 30 ans a été la plus représentée, avec une fréquence de 62 %, L'âge moyen, des gestantes de notre étude était de 26,3 ans avec des extrêmes de 15 à 40 ans

Tableau 2:Répartition des femmes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage%
Commerçante	5	6
Elève/Étudiante	10	13
Femme au Foyer	60	76
Ouvrière qualifiée	2	3
Salariée	2	3
Total	79	100

Les femmes au foyer étaient les plus dominantes soit 76 % de l'effectif total.

Tableau 3 : répartition des femmes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage%
Non scolarisé	36	46
Primaire	16	20
Secondaire	18	23
Supérieur	9	11
Total	79	100

Les femmes non scolarisées ont représenté 46 % de cas

Tableau 4 : fréquence de la maladie hémorroïdaire

Maladie hémorroïdaire	Effectif	Pourcentage
Oui	79	29
Non	192	71
Total	271	100

29 % des patientes ont présenté la maladie hémorroïdaire soit 79 cas.

Tableau 5 : Répartition des patientes selon le moment de diagnostic de la maladie hémorroïdaire pour la première fois

		Maladie hémorroïdaire		
		Oui n (%)	Non n (%)	Total n (%)
	Premier Trimestre	8 (10)	38 (20)	46 (100)
	Troisième Trimestre	31 (39)	86 (45)	117 (100)
Période	Post partum	40 (51)	68 (35)	108 (100)
	Total	79 (100)	192 (100)	271 (100)

La maladie hémorroïdaire a été plus fréquemment observées dans le post-partum (51 %), suivies du troisième trimestre (39 %), alors qu'elles ont été peu rencontrées au premier trimestre (10 %).

5.3 Facteurs de risque

Tableau 6 : Répartition des femmes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Multigeste	44	56
Paucigeste	26	33
Primigeste	9	11
Total	79	100

Les multigestes étaient majoritaires soit 44% de cas, suivies des Paucigestes 33 %, tandis que les primigestes représentaient seulement 13 % de cas.

Tableau 7 : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	1	1
Primipare	12	15
Pauci pare	22	28
Grande-multipare	44	56
Total	79	100

La majorité des femmes étaient grandes multipares (56%), suivies des paucipares (28%) et des. Les nullipares représentaient 1% et les primipares seulement 15 % de l'effectif total.

Tableau 8 : Répartition des femmes selon habitude socioalimentaire

Habitude socio alimentaire	Effectif	Pourcentage
Céréales	39	49
Céréales + Légumes	23	29
Céréales + Fruits	6	8
Céréales +Légumes +Fruits	0	0
Céréales + Épices	11	14
Total	79	100

La majorité des femmes consommaient principalement des céréales seules (49 %), suivies de l'association céréales + légumes (29 %).

Tableau 9 : répartition des femmes selon l'indice de masse corporelle

IMC (kg/m²)	Effectif	Pourcentage
Normal [18,5-24,9]	53	67
Surpoids [25-29,9]	22	28
Obésité [30-40]	4	5
Total	79	100

Les femmes étaient obèses dans 5% des cas.

Tableau 10 : Répartition des femmes selon la voie accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	61	77
Césarienne	18	23
Total	79	100

L'accouchement par voie basse a représenté 77 %, tandis que la césarienne était 23% des cas.

Tableau 11 : Répartition des femmes selon l'utilisation de ventouse

Ventouse	Effectif	Pourcentage
Oui	3	4
Non	76	96
Total	79	100

La ventouse a été utilisée dans 4 % des accouchements, tandis que 96 % des femmes ont accouché sans recours à cette pratique.

Tableau 12 : Répartition des femmes selon la durée expulsion

Durée d'expulsion fœtale (mn)	Effectif	Pourcentage
Moins de 10	37	47
[10-20]	25	32
Plus de 20	17	21
Total	79	100

La durée d'expulsion du fœtale était inférieure à 10 minutes dans 47 % de cas

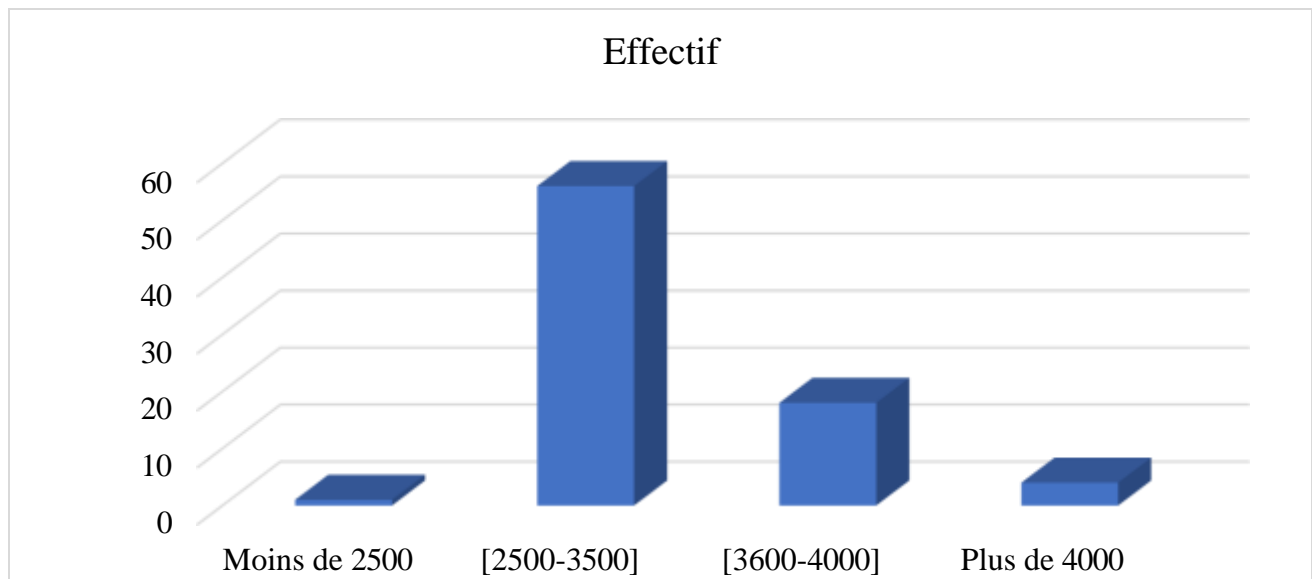


Figure 8:Répartition des femmes selon le poids du nouveau-né

Le poids moyen des nouveau-nés était 2793 g, les poids compris entre 2500 et 3500 g étaient majoritaires soit 80 cas (74 %).

5.4 Aspects cliniques

Tableau 13 : Répartition des femmes selon le résultat de l'examen proctologique

Examen		Effectifs N=79	Pourcentage
Douleur anale	Oui	54	68
	Non	25	32
Rectorragie	Oui	12	15
	Non	67	85
Marisque Hémorroïdaire	Oui	32	41
	Non	47	59
Constipation	Oui	6	8
	Non	73	92
Prolapsus Hémorroïdaire	Oui	12	15
	Non	67	85

La manifestation la plus fréquente était la douleur anale, retrouvée chez 68 % des femmes

Tableau 14 : Répartition des femmes selon le type de maladie hémorroïdaire

Type de MH	Effectif	Pourcentage
Maladie hémorroïdaire externe	31	39.2
Thrombose hémorroïdaire	8	10.1
Maladie hémorroïdaire interne stade 1	21	26.6
Maladie hémorroïdaire interne stade 2	10	12.7
Maladie hémorroïdaire interne stade 3	6	7.6
Maladie hémorroïdaire interne stade 4	3	3.8
Total	79	100

La forme la plus fréquente était la maladie hémorroïdaire externe (39,2 %), suivie de la maladie hémorroïdaire interne de stade 1 (26,6 %). Les stades 2, 3 et 4 de la maladie hémorroïdaire interne ont été moins représentés, avec respectivement 12,7 %, 7,6 % et 3,8 %. Prise en charge

5.5 Prise en charge

Tableau 15: Répartition des femmes selon la prise en charge de la maladie

Traitement	Effectif	Pourcentage
RHD	8	3,8
RHD+ Laxatif	6	8
RHD + Topique	30	38
RHD +Topique Laxatif	32	40,5
Total	79	100

La prise en charge la plus fréquente de la maladie hémorroïdaire a été l'association RHD + topique + laxatif 40,5 %, suivie de RHD + topique seul 38 % de cas

Tableau 16: Répartition des femmes selon la prise en charge de la maladie hémorroïdaire en fonction des période de la gravido-puerperalité

Traitement reçu	Période			Total n (%)
	1 ^{er} Trimestre n (%)	3 ^e Trimestre n (%)	Post partum n (%)	
RHD	3 (27%)	5 (45%)	3(27%)	11(100%)
RHD + Laxatif	3 (17%)	2 (33%)	1 (17%)	6 (100%)
RHD + Topique	1(9.4%)	10 (31%)	19 (59%)	30 (100%)
RHD + Topique+ Laxatif	4 (13%)	14 (44%)	14 (44%)	32 (100%)
Total	11(14%)	31 (39%)	37(47%)	79 (100%)

La prise en charge de la maladie hémorroïdaire a varié selon les périodes de la gravido-puerperalité. Le traitement combinant RHD + topique + laxatif a été le plus utilisé, notamment au troisième trimestre et en post-partum (44 % chacun). L'association RHD + topique a également été fréquente, surtout en post-partum (59 %)

5.6 Analyse des facteurs de risque

Tableau 17: Relation entre la maladie hémorroïdaire et la période

Période	Maladie hémorroïdaire			P value
	Oui n (%)	Non n (%)	Total n (%)	
Grossesse	39 (24%)	124 (76%)	163 (100%)	0,020
Post partum	40 (37%)	68 (63%)	108 (100%)	
Total	79 (29%)	192 (71%)	271 (100%)	

La maladie hémorroïdaire était plus fréquente en post-partum (37 %) qu'au cours de la grossesse (24 %). Globalement, 29 % des femmes présentaient une maladie hémorroïdaire contre 71 % sans atteinte. La différence observée entre les deux périodes est statistiquement significative (p =

0,020), ce qui met en évidence une association entre la survenue de la maladie hémorroïdaire et la période de la gravido-puérperalité

Tableau 18 : Rélation entre le type de la maladie hémorroïdaire et la période gravidopuerperale

		Type de Maladie Hémorroïdaire			Total
		Maladie Hémorroïdaire externe n (%)	Thrombose Hémorroïdaire n (%)	Maladie Hémorroïdaire interne n (%)	n%
Période	Premier Trimestre	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (50%)	8 (100%)
	Troisième Trimestre	14 (45%)	4 (13%)	13 (42%)	31 (100%)
	Post partum	14 (35%)	3 (7,5%)	23 (57,5%)	40 (100%)
	Total	31 (39%)	8 (10%)	40 (51%)	79 (100%)

La maladie hémorroïdaire interne était la plus fréquente (51 %), particulièrement en post-partum (57,5 %). La maladie hémorroïdaire externe représentait 39 % des cas, avec une prédominance au troisième trimestre (45 %). La thrombose hémorroïdaire a été moins fréquente (10 %), observée surtout au troisième trimestre (13 %).

Tableau 19: Analyse univariée des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire

Facteurs	Maladie hémorroïdaire		Odds-Ratio	95%IC	P-valeur	
	Oui=79	Non=192				
Age (ans)	<30	30	130	1,04	0,90 - 1,24	0,8
	≥30	49	62			
IMC (kg/m ²)	<25	53	175	0,83	0,486 - 1,42	<0,2
	≥25	26	17			
Durée d'expulsion(mn)				5,78	2,56 - 10,30	0,002
	<20	50	160			
	≥20	29	32			
Poids fœtal(g)				43,31	20,4 - 80,78	0,001
	<3500	37	178			
	≥3500	42	114			
Parité				2,98	0,79 - 4,56	0,001
	<2	13	29			
	≥2	66	163			
Douleur anale				465	464,2 - 466,8	<0,001
	Oui	56	1			
	Non	23	191			
Constipation				3,26	2,80 - 5,70	0,001
	Oui	5	3			
	Non	74	189			
Période				2,77	1,06 - 4,33	0,002
	Ant-partum	39	124			
	Post-partum	40	68			
Voie d'accouchement				4,33	3,34 - 7,23	0,001
	Basse	61	159			
	Césarienne	18	33			
Ventouse				0,29	0,00 - 0,54	0,2
	Oui	3	39			
	Non	76	153			

L'analyse multivariée a été réalisée avec un risque suspect des facteurs pour la maladie hémorroïdaire. Nous avons identifié qu'un poids du nouveau-né > 3500 g (**p= 0,001**), le post-partum(**p=0,002**), une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes (**p= 0,002**) et l'accouchement par voie basse (**p= 0,001**) étaient significativement associés à l'apparition de la maladie hémorroïdaire

Interpretation de Odds-Ratio (OR):

- ❖ OR=1: pas d'association entre l'exposition et la maladie
- ❖ OR>1: exposition est un facteur de risque (événement plus fréquent chez les exposés)
- ❖ OR<1: l'exposition est un facteur protecteur
- ❖ Si l'intervalle de confiance au tour de Odds-Ratio (95% IClnOR) contient 1 alors l'association n'est pas statistiquement significative

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1 Approche méthodologique

Les études menées sur la maladie hémorroïdaire durant la grossesse et postpartum sont très peu nombreuses dans le monde en raison de sa complexité. Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. La méthodologie adaptée a été avantageuse car c'est nous même qui avons examiné les malades, ce qui nous a permis d'avoir des résultats exploitables. Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique allant du 1er Janvier au 30 Septembre 2025, soit une durée de 9 mois. Au cours de cette étude nous avons rencontré certaines difficultés qui sont entre autres:

- ❖ Les moyens financiers limités des patients pour la réalisation de certain examens complémentaires comme l'ano-rectoscopie et l'échographie anorectale.
- ❖ Les facteurs socioculturels comme la pudeur ont influencé certaines malades notamment les gestantes non scolarisées. Ce qui a rendu difficile leur examen physique.

6.2 Fréquence

Tableau 20:Fréquence de la maladie hémorroïdaire selon les auteurs

Auteurs	Population (Cas de MH)	Fréquences
Abramowitz 2002 France [5]	165 (45)	27,3
Kpossou 2023 Bénin [1]	120 (46)	38,2
Bocoum 2019 Mali [15]	155 (31)	20
Poudiugo 2019 Mali [7]	176 (50)	28,4
Doumbia 2019 Mali [6]	165 (46)	27,9
Notre étude 2025 Mali	271 (79)	29

La fréquence de la maladie hémorroïdaire augmenterait au cours de la grossesse et dans le postpartum [7]

La fréquence dans notre étude a été 29%, ce résultat est supérieur à ceux de Bocoum, Abramowitz et Poudiogo qui ont trouvé respectivement 20%, 27% et 28% mais inférieur à celui de Kpossou qui a trouvé 38,2% de cas de maladie hémorroïdaire avec une différence statistiquement significative de $p < 0,05$. Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des facteurs de risque et le mode de vie des patientes. Dans notre étude la maladie hémorroïdaire interne était la plus fréquente avec 14% comparable à celui de Doumbia [6] qui a trouvé 15% mais beaucoup plus important que 6% de maladie hémorroïdaire interne de Poudiogo. Sur 271 femmes examinées, 4(13 %) étaient porteuses d'une THE durant le troisième trimestre de grossesse et 3(7,3 %) dans le post-partum s'opposant presque aux résultats d'Abramowitz et al.[5] qui ont trouvé 13 (7,9 %) de cas de THE durant le troisième trimestre de grossesse et 33 (20 %) dans le post-partum.

6.3 Caractéristiques socio-démographiques

La tranche d'âge ≥ 30 ans a été la plus représentée avec 62% des cas. Nos patientes étaient relativement plus jeunes. Notre résultat dépasse celui de Abdoul Mouinou Poudiougo [7] et de Kpoussou et al.[1] qui ont trouvé des fréquences respectives 53% et 51% pour la même tranche d'âge. Abramowitz et al.[5] a trouvé un âge moyen de 31 ans avec des extrêmes de 20 ans et 40 ans supérieur à celui de notre étude 26,3 avec des extrêmes de 15ans et 40ans. Cela peut s'expliquer par l'âge jeune de la population africaine en général et malienne en particulier.

Un tiers des femmes soit 29,5% avaient un niveau d'étude secondaire contre 19,3% des femmes non scolarisées. Dans la littérature, 2/3 des femmes de 15-49 ans soit 66% sont non scolarisées au Mali [16]. Plus de la moitié des gestantes soit 75,5% des cas était des femmes au foyer. Ce résultat serait dû au fait que dans notre société les femmes au foyer sont prédominantes.

6.4 Facteurs de risque

Une analyse univariée a été réalisée avec un risque suspect des facteurs pour la maladie hémorroïdaire. Nous avons identifié qu'un poids du nouveau-né > 3500 g ($p=0,001$), le post-partum($p=0,002$), une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes ($p= 0,002$), l'indice de masse corporelle > 25 kg/m² et l'extraction instrumentale par ventouse ($p= 0,2$) étaient significativement associés à l'apparition de la maladie hémorroïdaire. Abdoul Mouinou Poudiougo [7] qu'une constipation chronique ($p= 0,000$), un poids du nouveau-né > 3500 g ($p= 0,000$), la multiparité ($p=0,000$), une durée d'expulsion fœtale > 20 minutes ($p= 0,011$) et l'extraction instrumentale par ventouse ($p= 0,028$) étaient significativement associés à l'apparition de la maladie hémorroïdaire. La présence d'antécédents personnels de maladie hémorroïdaire et les troubles du transit comme la constipation et la diarrhée ont été les facteurs de risque prépondérants de survenue de la pathologie hémorroïdaire selon une étude réalisée par Bocoum et al.[15]

Kpoussou et al.[1] ont identifié la constipation, un poids de naissance > 3800 g, durée d'expulsion prolongée > 20 minutes et les ATCD personnels de pathologies anales comme facteurs de risque d'apparition de maladie anale chez la femme enceinte. Dans la littérature les facteurs de risque de survenue de la maladie hémorroïdaire, en per ou post-partum, sont l'accouchement traumatique (poids du bébé supérieur à 3,8 kg et la déchirure des parties molles) ou la durée de l'expulsion de plus de 20 minutes, et les antécédents de pathologies anales[5,7,15,30].Les autres facteurs de risque liés à la grossesse sont l'augmentation de la pression intra-abdominale, le taux de progestérone provoquant une inhibition des cellules musculaires lisses du réseau veineux, l'augmentation en

taille de l'utérus qui comprime également la veine cave inférieure et le réseau veineux pelvien. Le volume sanguin augmente lors de la grossesse de 25 à 40 % provoquant une augmentation du réseau circulant veineux [30]

6.5 Aspects cliniques

6.5.1 Signes fonctionnels

La douleur anale a été le principal symptôme retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de **72% (57/79)**. Elle est inférieure à celle de la série de Kpossou et al.[1] qui ont enregistré 98,3% de douleur anale chez les patientes. Notre résultat est Supérieur à celui de Abdoul Mouine Poudiougou qui a trouvé **70%** soit **35/50** femmes.

La rectorragie : Sa fréquence dans notre étude a été de **15%**. Elle est d'intensité variable apparaissant pendant ou après les selles. Cette fréquence de notre étude est inférieure à celle rapportée par Ollende Crepin [31] en 2010 **89,5%** avec une différence statistiquement significative

6.5.2 Signes physiques

a. Toucher rectal

L'examen proctologique permet de poser le diagnostic de la maladie hémorroïdaire. L'hypertonie du sphincter anal est un signe important de la maladie hémorroïdaire. Nous avons observé une tonicité sphinctérienne importante chez 60 % des malades au toucher rectal. En revanche cette hypertonie n'a pas pu être évaluée car nous ne disposions pas de manomètre.

b. Siège des paquets hémorroïdaires

Il est classique d'avoir des paquets hémorroïdaires à 3 heures, 7 heures et 11 heures en position genu-pectorale. La pathologie hémorroïdaire respecte l'anatomie vasculaire de la marge anale. Il s'agit des 3 branches de l'artère rectale supérieure qui peuvent se prolaber à ces niveaux.

c. Classification de maladie hémorroïdaire

Le taux de maladie hémorroïdaire interne stade I était le plus élevé soit **26,6%**. Elle est inférieure à celle de Ollende Crepin [31] qui a trouvé **94,7%** de maladie hémorroïdaire interne de stade I

6.6 Traitement

Les mesures hygiéno-diététiques, les laxatifs, les antalgiques et les topiques locaux ont été les principaux moyens thérapeutiques des pathologies anales au cours de notre étude. Ces mêmes constats sont retrouvés dans la littérature[7,15,30] .Durant notre étude, toutes les patientes atteintes de maladie hémorroïdaire ont été mise sous régulateur de transit intestinal. Nous estimons avec d'autres auteurs Ollende Crepin[31] et Kpossou et al.[1] que la régularisation du transit représente

l'élément le plus important du traitement de la pathologie hémorroïdaire. Le taux d'amendement symptomatique était de 35% après la régularisation du transit et un arrêt de la rectorragie dans 30%[7]. Kpossou et al.[1] ont retrouvé une amélioration de la symptomatologie dans 47 % après la régularisation du transit et un arrêt de la rectorragie dans 50 %. Dans la littérature, les traitements instrumentaux et la chirurgie devront être rediscutés à distance de l'accouchement en fonction des indications habituelles[15].

CONCLUSION

La maladie hémorroïdaire est fréquente chez la parturiente et dans la période du post-partum, puisque environ 1/3 d'entre elles en souffrent à l'occasion de leur grossesse. Elles touchent à l'intimité et fait partie des nombreux tabous difficiles à aborder dans notre société. Son diagnostic est facile. Les facteurs de risque significatifs sont la constipation, la partité, l'accouchement de gros foetus, l'extraction instrumentale, l'indice de masse corporelle élevé, la durée d'expulsion élevé. Le traitement repose sur la régulation du transit intestinal et des gestes simples permettant un soulagement rapide, il est médical dans tous les cas.

RECOMMANDATION

A partir de nos résultats nous formulons ces recommandations suivantes

- ❖ Aux autorités politiques et sanitaires
 - La promotion et la formation de médecins spécialistes en proctologie afin de créer une relation étroite entre gynécologue et proctologue.
 - La création et l'équipement des structures spécialisées en proctologie.
 - La communication pour le changement de comportement afin d'informer la population sur le moindre détail sur la maladie hémorroïdaire au cours de la grossesse et dans le post-partum.
- ❖ Au personnel médico-chirurgical
 - L'information, la sensibilisation des gestantes et leur entourage par rapport à la maladie hémorroïdaire.
 - Le dépistage systématique chez les gestantes dyschésiques durant la grossesse et le postpartum pour leur proposer une régularisation du transit afin de prévenir l'apparition de ces lésions de la marge anale.
 - La sensibilisation de la population contre l'abandon des pratiques néfastes des tradithérapeutes.
- ❖ Aux populations
 - L'éviction des troubles du transit notamment la constipation;
 - La non considération de la maladie anale comme maladie honteuse;
 - La consultation dans un centre de santé pour tout inconfort anal

REFERENCES

1. Kpossou AR, Vignon RK, Martin Sokpon CN, Aminou WA, Aguemon CT, Sehonou J. Pathologies proctologiques chez la gestante au 3^e trimestre et l'accouchée récente au Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga de Cotonou: prévalence et facteurs associés. *PAMJ Clin Med.* 2023;13. <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/13/26/full>
2. vidal. Les hémorroïdes au cours de la grossesse <https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/hemorroides/grossesse.html>
3. Freymond JM, Chautems R, Della Santa V, Wolter L. Les urgences proctologiques chez la femme enceinte. *Rev Médicale Suisse.* 2018;14(614):1394-6.
4. 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. *Health Sci Dis* <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/4114>
5. Abramowitz L. Complications anales durant la grossesse et le post-partum : 2^{ème} partie – Lésions de la marge anale . *FMC-HGE.* https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/2-e-partie-lesions-de-la-marge-anale/
6. Doumbia MA. Pathologies anales au cours de la grossesse et du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako These med. Bamako, Mali: FMOS; 2021.
7. POUDIOUGO A. PATHOLOGIES ANALES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO. [Thèse Med]. [Bamako, Mali]: USTTB; 2020.
8. Tarrerias AL, Garros A. Proctologie en endoscopie. *Acta Endosc.* sept 2016;46(5):330-5.
9. Koné I. Pathologies anales pendant la grossesse et le post partum : diagnostic et traitement au CS Réf de Kalaban-Coro [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2021 <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4617>
10. womum. Les hémorroïdes durant la grossesse et le post-partum. *WoMum.* 2022 [cité 6 janv 2025]. <https://womumbox.com/blog/les-hemorroides-durant-la-grossesse-et-le-post-partum/>

11. Anatomie du canal anal . Service de chirurgie générale et digestive Hôpital Saint-Antoine.
<https://chirurgie-digestive-sat.aphp.fr/pathologies/proctologie/anatomie-du-canal-anal/>
12. Admin31. Le périnée, cet inconnu ? Vu et décrypté par nos ostéopathes ! CYCL'OSTEO.
2019 <https://www.cyclosteo.fr/le-perinee-cet-inconnu-vu-et-decrypte-par-nos-osteopathes/>
13. Artère vésicale inférieure. Tutorat Associatif Toulousain. 2021
<https://forum.tutoweb.org/topic/64371-art%C3%A8re-v%C3%A9sicale-inf%C3%A9rieure/>
14. Congestion Veineuse Pelvienne – Syndrome de Congestion Pelvienne – Ostéopathe à Paris
<https://www.osteopatheparis.fr/specialites-2/uro-gynecologie/congestion-veineuse-pelvienne-syndrome-de-congestion-pelvienne/>
15. Bocoum A, Seydou F, O TS, Ibrahim K, Mamadou S, Alassane T, et al. Pathologies Anales pendant la Grossesse et le Post-Partum : Diagnostic et Traitement au CHU Gabriel Touré. Health Sci Dis <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/3142>
16. Camara MLS. Pathologies anales au cours de la grossesse et du post partum au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako. 2021.
17. Jean-David Z, Vincent de P. Pathologie hémorroïdaire : de la physiopathologie à la clinique. Presse Médicale. 1 oct 2011;40(10):920-6.
18. Célia B. Hémorroïde France; [cité 28 juill 2025]. <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladie-digestive/hemorroide-definition-causes-traitement>
19. Parswa A, Minhhuyen N. Hémorroïdes - Troubles digestifs.
[https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-digestifs/maladies-de-l-anus-et-du-rectum/hémorroïdes](https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-digestifs/maladies-de-l-anus-et-du-rectum/hemorroïdes)
20. Buntzen S, Christensen P, Khalid A, Ljungmann K, Lindholt J, Lundby L, et al. Diagnosis and treatment of haemorrhoids.
21. Kletigui Samuel DEM BELE. ETUDE DE LA MALADIE HEMORROIDAIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI [Thèse Med]. [Mopti,Mali]: Faculté de Medecine; 2010.

22. M. Mohamed Hassimy DIARRA. Perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire en Commune I du District de Bamako [Thèse Med]. [Bamako , Mali]: Faculté de medecine; 2018.
23. Traore PY, Diallo DM, Bocoum DA, Keita DM. Par : Mme KEITA Macoura TRAORE.
24. Zivile SB, Tomas P, Eugenijus J, Diana R, Grazina D. (PDF) Incidence and Risk Factors of Perianal Pathology during Pregnancy and Postpartum Period: A Prospective Cohort Study. ResearchGate. 9 déc 2024;1-16.
25. Hyacinthe Z, Aboubacar C, Dantola Paul K, Sibraogo K, Samira Mireille Kanagnama S, Ouedraogo A. External Hemorrhoidal Thrombosis in Recent Births at the Maternity Ward of Saint Camille Hospital in Ouagadougou. ResearchGate. 4 janv 2025;(13):1487-97.
26. Djibril M, M’Ba K, Kaaga Y, Bagny A, Redah D. Aspects étiologiques des rectorragies chez l’adulte en milieu africain : à propos de 85 cas colligés en 12 ans au CHU-Campus de Lomé. J Rech Sci Univ Lome. 26 juill 2010;11(2). Disponible sur: <http://www.ajol.info/index.php/jrsul/article/view/56924>
27. Zamané H. THROMBOSE HEMORROÏDAIRE EXTERNE CHEZ LES ACCOUCHEES RECENTES A LA MATERNITE DE L’HOPITAL SAINT CAMILLE DE OUAGADOUGOU. J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod [Internet]. 2023 <https://jsago.org/index.php/jsago/article/view/149>
28. Reboa G, Gipponi M, Rattaro A, Ciotta G, Tarantello M, Caviglia A, et al. Residual Prolapse in Patients with III-IV Degree Haemorrhoids Undergoing Stapled Haemorrhoidopexy with CPH34 HV: Results of an Italian Multicentric Clinical Study. Surg Res Pract. 2014;2014:1-7.
29. de Parades V. Urgences proctologiques : comment s’en sortir....
30. Sissoko FM. PATHOLOGIES ANALES AU COURS DE LA GROSSESSE ET DANS LE POST –PARTUM AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO [Thèse Med]. [Bamako , Mali]: Faculté de Medecine; 2021.
31. Crepin OLLENDE. Hémorroïdes – Post-partum – Fissure anale. [These med]. [MAROC]: UNIVERSITE MOHAMMED V FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT; 2010.

10. ANNEXES

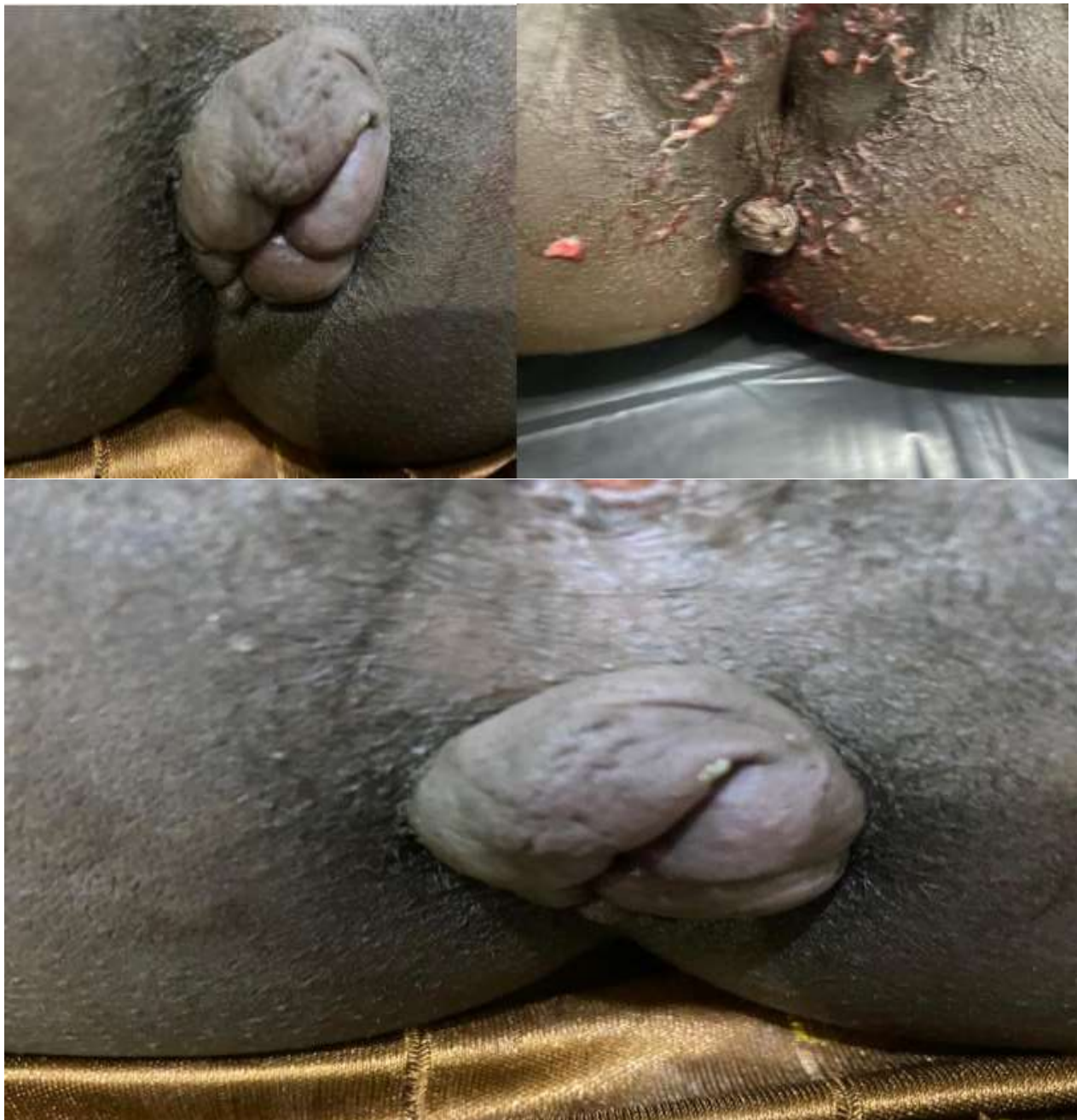


Figure 9: Photo des cas des maladies hémorroïdaires au cours de la grossesse prise au centre de santé de référence de la commune V.

FICHE D'ENQUETE :

Maladies hémorroïdaires chez la femme enceinte et dans le postpartum

Les informations socio démographiques

Identification de la gestante :

Nom :

Prénom:

Age (année) :

Contacte à Bamako : Tel 1Tel 2.....

Niveau d'instruction :

- Non scolarisée
- Fondamentale
- Secondaire
- Supérieure

Profession :

- Fonctionnaire,
- Ménagère
- Elève/Etudiante
- Couturière
- Vendeuse,
- Aide-ménagère,
- Autres

Statut matrimonial :

- Mariée
- Célibataire
- Veuve
- Divorcée

Antécédents

Antécédents Médicaux :

- HTA
- Diabète
- Cardiopathie
- Néphropathie
- Autres.....

Antécédents Obstétricaux

Gestité :

- Primigeste
- Pauci geste
- Multigeste
- Grande Multigeste

Parité :

- Nullipare
- Primipare
- Pauci pare ;
- Multipare
- Grande Multipare
- Avortement : MFIU :
- Décès néonatal :

Antécédents Chirurgicaux :

- Jamais été opérée
- Césarienne
- Laparotomie
- Autres

Antécédents Proctologiques :

- Douleur anale
- Rectorragie
- Suintements
- Incontinence anale

Antécédents de consultation proctologique :

- Moderne
- Traditionnel

Habitudes socio-alimentaires

1.2.1 Base alimentaire

- Céréales
- Fruits
- Légumes
- Tubercules
- Haricot
- Autres à préciser

Données de la grossesse et proctologique :

2.1 Consultation prénatale 1(CPN1) :

2.1.1 Age de la Grossesse :

- 1ère trimestre
- 2eme trimestre
- 3eme trimestre

2.1.2 Examen général :

- Bon,
- Passable
- Altéré

- Conjonctives :
- Colorées
- Pâles

2.1.3 Prise du poids : Oui /.../ Non/..../

2.1.4 Tension artérielle :

- < 140/90mmHg
- 140/90 150/100mmHg
- ≥160/110mmHg

2.1.5 Taille :

- < à 1m []
- 1m-1m5[]
- > à 1m50

2.1.6 Fièvre : Oui /.../ Non/.../

2.1.7 Œdème : Oui /.../ Non/... /

2.2 Examen obstétrical

2.2.1 Présence des varices : Oui /.../ Non/.../

2.2.2 Hauteur utérine : /....../

2.2.3 Palpation de l'abdomen : Oui/...../ Non/...../

2.2.4 Type de la grossesse :

- Mono fœtale
- Multiple

2.2.5 Bruits du cœur fœtale : Oui/...../ Non/...../

2.2.6 Examen au speculum : Oui/.../ Non/...../

2.2.7 Toucher vaginal : Oui/.../ Non/.../

2.2.8 Chimio prophylaxie anti palustre : Oui /.../ Non

2.2.9 Chimio prophylaxie antianémique : Oui /.../ Non/..../

2.2.10 Chimio prophylaxie antitétanique : Oui /.../ Non/.../

2.2.11 Pathologies associées à la grossesse :

- HTA
- Anémie
- Diabète
- Drépanocytose
- Paludisme
- Infection urinaire
- Cardiopathie
- VIH [] Rendez-vous le/...../...../

Données proctologiques :

Ante partum

Postpartum

Interrogatoire :

1.3.1 Douleur anale Oui/.../ Non /.../

1.3.2 Mode D'installation :

Brutal [] b :

Progressif []

1.3.3 Type :

Brulure

Pesanteur

Piqure

Tension

1.3.4 Intensité :

Faible

Modérée

Forte

Eveillant

1.3.5 Période :

Avant les selles

Pendant les selles

Après les selles

Permanente

1.3.6 Irradiation

Locale

Périnéale

Pelvienne

Aucun

1.3.7 Facteurs déclenchants :

La défécation

La position assise

La marche

1.3.8 Facteurs calmants :

Position Couche

Position debout

Prise de médicament (à préciser).....

1.3.9 La rectorragie Oui/.... / Non/..../

1.3.10 Période :

Avant les selles

- Au moment des selles
- Apres les selles

1.3.11 Quantité :

- Trace
- Minimale
- Grande abondance :
- Autres (à préciser)

1.3.12 Aspect :

- Rouge vif
- Noire
- Caillot

Autres (à préciser).....

1.3.13 Mode d'arrêt :

- Spontané
- Provoque

Autres (à préciser).....

2 Prolapsus hémorroïdaire Oui/.../Non/.../

Mode d'apparition du prolapsus :

- Spontané
- Après un effort physique

Autres (à préciser)

3 Durée du prolapsus :

- Moins de 24h :
- 2jours
- 2jours a une semaine
- Permanent

3.3.1 Réduction du prolapsus :

- Spontané
- Manuelle
- Non réductible

3.3.2 Fréquence du prolapsus :

- Fréquente
- Peu fréquente
- Chronique

3.3.3 Facteurs favorisant le prolapsus :

- Constipation
- Diarrhée
- Sédentarité
- Grossesse
- Accouchement

3.3.4 Facteurs aggravants du prolapsus :

- Position assise
- Défécation
- Position debout
- Autres à préciser.....

3.3.5 La constipation Oui/.. ./ Non/..../

3.3.6 Type de selle :

- Dure
- Semi dure
- Liquidien

3.3.7 Durée de la constipation :

- Une semaine
- Deux semaines
- Un mois
- Autres à préciser

3.3.8 La diarrhée Oui// Non/.. /

3.3.9 Type de selle :

- Liquidienne [] b :
- Glaireuse [] c :
- Glaire-sanglante [] c :
- Sanglante []

3.3.10 Fréquences des selles :

- Trois selles / jour []
- Plus de trois selles / jour

3.3.11 Durée de la diarrhée :

- Trois jours
- Une semaine
- Autres à précisée.....Examen proctologique

3.3.12 Inspection :

- Prolapsus hémorroïdaire
- Marisque hémorroïdaire

3.3.13 Palpation et Toucher Rectal :

Douleur anale Oui/.. ./ Non/.. ./
Tuméfaction anale Oui/.../ Non/..../

3.3.14 Sphincter anale :

- Tonique
- Hypotonique
- Hypertonique
- Toucher rectal hémorragique Oui/.../Non/..../

3.3.15 Diagnostic Retenu :

- Hémorroïde interne

- Hémorroïde externe :
- Antérieur-droit
- Postérieur-gauche

3.3.16 Antérieur-gauche Satisfaction de la suivie :

3.3.17 Examen proctologique :

- Très bien
- Bien
- Pas d'avis
- Désaccord
-
- Traitements reçus :
-
-

Examens complémentaires

4.1 Bilan - Ano rectoscopie Oui/.../ Non /.../

Résultat:

.....
.....

4.2 Diagnostic - Echographie obstétricale

- Grossesse évolutive
- Grossesse non évolutive

4.3 Goute épaisse

- Positive
- Négative
- Non faite

4.4 Hémoculture

- Positive
- Négative
- Non faite

4.5 CRP

- Positive
- Négative
- Non faite

4.6 ECBU :

- Stérile
- Positif
- Non faite

4.7 Glycémie /___/

- Normal
- Élevée,
- Non faite

4.8 Protéinurie

- Absente
- Non significative
- Significative
- Non faite

4.9 Crase sanguine

- Normale
- Pathologique,
- Non faite

4.10 Rhésus : /___/

- Positif
- Négatif

4.11 HB: /___/

- <7g /dl, 2=
- ≥7g/dl, 3=
- ≥ 11g /dl

4.12 Plaquettes :

- Normal,
- Thrombopénie

4.13 Leucocytes :

- Positive
- Négative

4.14 HIV

- Positive
- Négative

4.15 Hépatite B

- Positive
- Négative

4.16 Rubéole

- Positive
- Négative

4.17 Toxoplasmose/ ___/

- Positive
- Négative

4.18 CMV/___/

- Positive

Négative

4.19 TE :

Positif

Négatif

4.20 Diagnostic Retenu :

Hémorroïde interne

Hémorroïde externe : Antérieur-droit Postérieur-gauche Antérieur-gauche

Traitements reçus :

.....
.....

Examen de la femme à l'admission

5.1 Conjonctives :

Colorées

Pâles

5.2 Etat Général :

Bon

Passable

Altéré

5.3 Tension artérielle :

< 140/90mmHg

140/90 -150/100mmHg

≥160/110mmHg

5.4 Fièvre :

Oui

Non

5.5 La hauteur utérine ://

MAF :

Présent

Absent

5.6 BDCF :

Présent

Absent

5.7 Présentation :

Céphalique

Siège

Transverse

5.8 PDE :

Intacte

- Rompue

5.9 Durée de rupture:

- = < 12h
- 12 - 24h
- =>24h

5.10 Couleur du liquide amniotique :

- Clair
- Teinté
- Sanguinolent

5.11 Bishop :

- < 7
- ≥ 7

5.12 Maturation cervicale

- Oui
- Non

5.13 Déclenchement :

- Spontané
- Artificiel

5.14 Médicament utilisé :

- Prostaglandine
- Ocytocine
- Ocytocine+ Prostaglandine
- Autres

5.15 Phase d'accouchement :

- Latence
- Active
- Expulsion

5.16 Période d'expulsion :

- < à 15minutes
- 15-30minutes
- 30minutes

5.17 Episiotomie :

- Latérale
- Medio latérale
- Médiane

5.18 Forceps : Oui /...../ Non /...../

5.19 Ventouse : Oui /...../ Non /...../

5.20 Voie d'accouchement :

- Basse
- Césarienne

5.21 Révision utérine :

- Oui
- Non

5.22 Pathologie associée à l'accouchement :

- HTA
- Diabète
- Eclampsie
- Placenta prævia
- Nœud du cordon
- Chorioamniotite

Examen du nouveau-né Fœtus :

- vivant
- décède

6.1 Sexe :

- masculin
- féminin

6.2 Aspect du fœtus : /___/

- MNF
- Momifié
- Macéré

Poids du fœtus en g: /...../

6.3 Taille en cm : /..... /

6.4 Malformation fœtale :

- Oui
- Non
- Si oui, précisé.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

1. **Nom:** Dao

Prénom: Sekou

TEL: 00223 74 84 17 71

Email :

Titre de la thèse: Maladies hémorroïdaire au cours de la grossesse et dans le post-partum au centre de santé de référence de la commune v

Secteur d'intérêt : Proctologie, Chirurgie, Service de gynéco obstétrique

2. **Année de soutenance :** 2026

3. **Lieu de soutenance :** Bamako/Point G

4. **Pays d'origine :** MALI

5. **Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali.

RESUME

Introduction

La maladie hémorroïdaire (MH) est une affection bénigne mais fréquente au cours de la grossesse et du post-partum. Elle touche entre **7,9 % et 38 %** des femmes enceintes selon la littérature, avec une prédominance de la thrombose hémorroïdaire externe (THE). Au Mali, des études ont rapporté une fréquence de **25,6 %** (Commune II, 2020) et **27,9 %** (Commune V, 2019). Les principaux facteurs de risque sont la constipation, l'IMC élevé, la voie basse traumatique, la durée d'expulsion prolongée et le poids fœtal supérieur à 3 800 g.

Matériels et méthodes

Étude prospective réalisée au CSRéf de la Commune V de Bamako sur une population de femmes enceintes et en post-partum. Les variables étudiées incluaient les caractéristiques sociodémographiques, obstétricales, cliniques et thérapeutiques. Les données ont été collectées et analysées selon une méthodologie standardisée, avec respect des considérations éthiques.

Résultats

La fréquence de la MH était de l'ordre **d'un quart des patientes**. Les hémorroïdes externes représentaient environ **66,7 %** des cas contre **33,3 %** pour les internes. La constipation était retrouvée comme facteur de risque majeur, associée à un IMC élevé et à une durée d'expulsion prolongée (>30 minutes). La thrombose hémorroïdaire post-partum était observée chez **12 à 34 %**

des patientes selon les périodes. La prise en charge reposait principalement sur le traitement médical et hygiéno-diététique, avec recours chirurgical rare.

Discussion

Les résultats concordent avec les données africaines et internationales. La pathologie est probablement sous-estimée en Afrique en raison des tabous et du recours à la médecine traditionnelle. La constipation demeure le facteur de risque principal.

Conclusion

La MH est fréquente au cours de la grossesse et du post-partum (25–30 %). Une meilleure sensibilisation, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée sont essentiels pour améliorer la qualité de vie des patientes.

Mots-clés : Maladie hémorroïdaire, grossesse, post-partum, constipation, facteurs de risque, hémorroïdes externes, thrombose hémorroïdaire, Bamako.

Identification Sheet

1. **Name:** Dao
2. **First name:** Sekou
3. **Phone:** +223 74 84 17 71
4. **Email:** [not provided]
5. **Thesis title:** *Hemorrhoidal disease during pregnancy and postpartum at the Referral Health Center of Commune V*
6. **Fields of interest:** Parasitology, Infectiology, Virology, Epidemiology, Public Health
7. **Year of defense:** 2026
8. **Place of defense:** Bamako / Point G
9. **Country of origin:** Mali
10. **Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Dentistry of Mali

Abstract

Introduction

Hemorrhoidal disease (HD) is a benign but frequent condition during pregnancy and the postpartum period. It affects between **7.9% and 38%** of pregnant women according to the literature, with a predominance of **external hemorrhoidal thrombosis (EHT)**. In Mali, studies have reported a prevalence of **25.6%** (Commune II, 2020) and **27.9%** (Commune V, 2019).

Major risk factors include constipation, elevated body mass index (BMI), traumatic vaginal delivery, prolonged expulsion time, and fetal weight above 3,800 g.

Materials and Methods

A prospective study was conducted at the **Referral Health Center (CSRéf) of Commune V, Bamako**, involving pregnant and postpartum women. Variables studied included sociodemographic, obstetrical, clinical, and therapeutic characteristics. Data were collected and analyzed using standardized methodology, with strict adherence to ethical considerations.

Results

The frequency of HD was approximately **one in four patients**. External hemorrhoids accounted for **66.7%** of cases compared to **33.3%** for internal hemorrhoids. Constipation was identified as the leading risk factor, often associated with elevated BMI and prolonged expulsion (>30 minutes). Postpartum hemorrhoidal thrombosis was observed in **12–34%** of patients depending on the period. Management was primarily medical and hygienic-dietary, with surgical intervention rarely required.

Discussion

Findings are consistent with African and international data. The condition is likely underestimated in Africa due to cultural taboos, reliance on traditional medicine, and lack of awareness. Constipation remains the principal risk factor.

Conclusion

HD is common during pregnancy and postpartum (**25–30% prevalence**). Improved awareness, early diagnosis, and appropriate management are essential to enhance maternal comfort and quality of life.

Keywords: Hemorrhoidal disease, pregnancy, postpartum, constipation, risk factors, external hemorrhoids, hemorrhoidal thrombosis, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure