

Ministre de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

N...../

THESE

**PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE
HÉMORROÏDAIRE DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE GÉNÉRALE DU CENTRE DE
SANTÉ DE RÉFÉRENCE COMMUNE III**

Présentée et soutenue publiquement le 01/10/2026

Devant la Faculté de Médecine

Par : M. Falaye DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ÉTAT)

JURY

Président : M. Yamoussa KARABINTA, Maitre de conférences

Membres : M. Madiassa KONATE, Maitre de conférences agrégé

M. Nana BAH, Hépto- Gastro-Entérologue

Directeur : M. Boubacar KAREMBE, Maitre de conférences agrégé

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

A ALLAH, LE CREATEUR DE L'UNIVERS Au nom d'ALLAH, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

- Louange à ALLAH, Seigneur de l'univers.
- Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux,
- Maître du Jour de la Rétribution.
- C'est Toi <> que nous adorons, et c'est Toi <> dont nous implorons secours.
- Guide-nous dans le droit chemin,
- Le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru ta colère, ni des égarés.

AMINE. AL-FATIHA (sourate 1)

MERCI de m'avoir béni, de m'avoir donné la santé, le courage, la persévérance et la faculté de surmonter toutes les épreuves de mon parcours jusqu'à cet instant. Je ne pourrai te remercier autant même si je le faisais à chaque seconde durant toute ma vie.

A mon père, Famakan Dembélé.

Toi qui as guidé mes premiers pas sur le chemin, tu m'as donné tout ce qu'il faut pour réussir dans la vie. Les valeurs que tu m'as inculquées ont fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui. Je ne saurai te rendre tout ce que tu as fait pour moi, alors j'espère que tu trouveras satisfaction en la fierté que ma réussite t'inspirera et qu'ALLAH te donne une très longue vie et te gratifie d'une bonne santé. QU'ALLAH TE BENISSE PAPA.

A ma tante, Madame Dembélé Hali Sira Diarra,

Si le mot sacrifice et excellente, tante avait un visage, le tien le définirai avec brio. Tu m'as tout donné dans la vie pour que je sois heureux, tu as été toujours là pour moi. Tu as toujours donné le meilleur de toi pour le bonheur de toute la famille. Je n'arrête de remercier Allah à chaque fois que je pense à toi. Toutes mes victoires sont le fruit de ta présence et de ton influence, tu es l'auteur de l'auteur. Ce doctorat t'est entièrement dédié et qu'ALLAH te donne une longue vie et une très bonne santé afin que je puisse te faire profiter les fruits de ce travail.

À ma mère : madame Dembélé Samakoun Nomoko,

Mère parmi les mères, tu as été toujours sur pied au premier chant du coq pour t'occuper de nous. Par ton courage nous n'avons rien envié aux autres ; ton amour pour les enfants d'autrui a été capital dans notre réussite. Puisse ce travail être le gage de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices que tu as consentis pour nous. Que Dieu t'accorde longue vie, pleine de santé ; et sa grâce d'ici-bas. Trouve ici l'expression de ma gratitude et de tout mon respect. Ce modeste travail est le tien

A mes tantes : Kassan et Binta,

Je vous prie de trouver à travers ce travail le témoignage de ma profonde gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci

A mes frères et sœurs,

Vous avez été pour moi d'une aide précieuse lors de ce cycle universitaire. Vous avez toujours répondu à mes appels, vous avez toujours été présentes pour moi dans mes périodes de joie et surtout mes périodes de déprime. Je suis fier de vous et je suis extrêmement heureuse d'être votre frère. Que le Seigneur vous le rende au centuple, vous accorde une longue vie, une bonne santé et la réussite dans vos entreprises. Veuillez trouver à ce travail, toutes les valeurs que vous avez tant défendues.

A ma famille : Je vous remercie pour votre patience, votre respect indéfectible sans faille et vos amours que vous m'as accordé. Vous avez su faire de moi un homme heureux dans son foyer, puisse ce travail un gage de ma gratitude pour tous ces efforts consentis. Qu'ALLAH nous donne plus de meilleurs enfants, qu'ils soient la bénédiction d'Allah pour vos récompenses.

A mon grand frère : Feu Kara Dembélé, Sa Maimouna Traoré et à ma tante : M'bamakan Diarra dite HALLA,

Vous qui avez toujours été présent pour moi. Je vous remercie pour tout le soutien que vous m'avez apporté, vous m'avez toujours ouvert les portes de vos maisons. Vous m'avez considéré comme votre propre enfant. Je vous prie de trouver à

travers ce travail le témoignage de ma profonde gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi.

REMERCIEMENTS :

Mes enseignants du Csref commune III,

Pr Karembé Boubacar, Dr Touré A, Dr Traoré B, Dr Camara B, Dr Sanogo S, Dr Haïdara K, Dr Cheick O Bagayoko, Dr Nana Bah, merci pour vos disponibilités, vos exemplarités, vos amours pour l'avancement de la science, merci pour les enseignements donnés.

A mes collègues internes : Sounorodo Koné, chieckna Bah, Younoussa Sanogo, Aimé Dembélé et Boubacar Diabaté,

Nous avons passé ensemble des moments inoubliables, courage et bonne chance.

-Aux personnels du bloc opératoire, de la chirurgie du CSRef commune 3

- aux infirmiers et infirmières, de la chirurgie du CSRef commune III

- A mes amis de la FMPOS : Sayon Diakité, Singou T Dembélé, Sambri Touré, Alpha Touré, Mamadou konaté, Karim Diallo, Abdoulaye Diakité, Hamadou Fomba, Moussa Founémadi Dembélé,

Votre affection et vos encouragements ne m'ont pas laissé indifférent.

- A tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail dont les noms ne sont pas cités. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

- A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour ma formation.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et président du jury

Professeur Yamoussa KARABINTA

- **Maitre de conférence en dermatologie-vénérologie à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU de dermatologie de Bamako ;**
- **Membres du conseil d'administration de l'association des dermatologues francophones (ADF) ;**
- **Membres associé de la société française de dermatologie (SFD) ;**
- **Membre titulaire de la société francophone de médecine tropicale et de santé internationale (SFMTSI).**

Cher maître,

Trouvez ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance. Votre abord facile, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre courtoisie, votre modestie et votre disponibilité font de vous un exemple respecté et admirable.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, veuillez recevoir Mr le président, toute notre considération et profonde gratitude.

A notre maître et membre du Jury

Professeur Madiassa KONATE

- **Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS ;**
- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membres de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- **Membres de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone ;**
- **Membre de la société Malienne des maladies de l'appareil digestif (SOMMAD) ;**
- **Membre de la société Française de chirurgie digestive (SFCD).**

Cher maitre,

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été impressionnés par votre disponibilité et votre rigueur scientifique, qui font de vous un maître respecté et admiré de tous. Veuillez recevoir cher, Maître nos sincères remerciements.

A notre maître et membre du Jury

Dr Nana BAH

- **Spécialiste en hépato-gastro-entérologie ;**
- **Chef de service d'hépatogastro-entérologie au CSRéf commune III ;**
- **Master en médecine générale intégrale / médecine communautaire ;**
- **Membre de la société malienne des maladies de l'appareil digestif (SOMMAD).**

Cher Maître,

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité à nos innombrables sollicitations, votre collaboration et la qualité des conseils donnés ont été d'un intérêt particulier.

Recevez notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre maitre et Directeur de Thèse

Professeur Boubacar KAREMBE

- **Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS ;**
- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Chef de service de chirurgie au CSRef CIII ;**
- **Membres de la société de chirurgie du mali (SOCHIMA)**
- **Membres de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique.**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de dirigé cette thèse malgré vos multiples occupations. Rien d'étonnant pour qui connaît votre amour pour la science, votre exigence envers vous-même qu'envers vos subordonnées pour le travail bien fait. Votre constance, votre persévérance, et surtout votre combat contre la médiocrité et la paresse intellectuelle force l'admiration de tous ceux /celles qui vous ont côtoyé. Merci pour votre impact positif sur nous tout au long de la formation. C'était un grand plaisir de travailler avec vous et d'apprendre à vos côtés. Qu'ALLAH vous accorde la longévité accompagner d'une santé de fer.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition des malades selon l'ethnie.	43
Tableau II : Répartition des malades selon la situation matrimoniale.	44
Tableau III : Répartition des malades selon la principale activité.	44
Tableau IV : Répartition des malades selon la position adaptée pour travailler.	45
Tableau V : Répartition des malades selon le motif de consultation.	46
Tableau VI : Répartition des malades selon le moment de la douleur.....	47
Tableau VII : Répartition des malades selon le type de la douleur.	48
Tableau VIII : Répartition des malades selon l'intensité de la douleur.	48
Tableau IX : Répartition des malades selon le moment de la rectorragie par rapport aux selles.	50
Tableau X : Répartition des malades selon la durée du prolapsus.....	53
Tableau XI : Répartition des malades selon la réduction du prolapsus.	53
Tableau XII : Répartition des malades selon les signes d'accompagnement.	54
Tableau XIII : Répartition des malades selon les facteurs favorisants.	54
Tableau XIV : Répartition des malades selon les antécédents médicaux.	55
Tableau XV: Répartition des malades selon le traitement antérieur.....	56
Tableau XVI : Répartition des malades selon l'inspection anale.	57
Tableau XVII : Répartition des malades selon la tonicité du sphincter anal.	58
Tableau XVIII : Répartition des malades selon l'hypothèse diagnostique.....	60
Tableau XIX : Répartition des malades selon le diagnostic retenu.	61
Tableau XX : Répartition des malades selon les indications chirurgicales.	63
Tableau XXI : Répartition des malades selon la technique chirurgicale utilisée.	64
Tableau XXII : Répartition des malades selon la durée de l'intervention chirurgicale.....	64
Tableau XXIII : Répartition des malades selon le nombre des paquets réséquées.	65
opératoires immédiates.....	65

Tableau XXIV : Répartition des malades selon le suivi post opératoire jusqu'à 3 mois.	66
Tableau XXX : Répartition par âge dans notre série en comparaison avec quelques séries de la littérature.....	69
Tableau XXXI : Répartition par sexe dans notre série en comparaison avec quelques séries de la littérature.	70
Tableau XXXII : Répartition par comparaison des résultats à l'inspection de l'examen proctologique dans notre série avec quelques séries de la littérature. 73	
Tableau XXXIII : Répartition par comparaison des différents stades de la maladie hémorroïdaire interne de notre série avec ceux d'autres séries de littératures. ..	75

Liste des Figures

Figure 1 : Coupe frontale du canal anal [63].....	8
Figure 2 : Vascularisation du Rectum et du canal anal [18].	14
Figure 3 : Classifications des différents stades.	21
Figure 4 : (a et b) : Pose du premier jeu de trois pinces sur la marge anale, le plus souvent sur le sommet des marisques quand elles existent, respectivement à 3 h, 7 h et 11 h [40].	28
Figure 5 : (a et b) : Pose du deuxième jeu de trois pinces au niveau de la ligne pectinée et d'une papille hypertrophiée en souvent disposée à ce niveau [40]. .	29
Figure 6 : (a et b) : Pose d'un troisième jeu de trois pinces type Rankin pour ne pas déchirer la muqueuse, toujours dans l'axe des précédentes, au pôle supérieur des hémorroïdes, au niveau de la muqueuse rose pâle de type rectal. Noter l'angle d'exposition qu'il est essentiel d'obtenir avant de poursuivre l'intervention [40].	29
Figure 7 : (a et b) : Dissection du paquet de 3 h. Excision de la partie cutanée de l'hémorroïde et découverte rapide d'un sphincter interne. La position de la flèche et du pointillé représente celle de l'extrémité de la lame interne des ciseaux en direction de la deuxième pince [40].	29
Figure 8 : (a et b) : Grâce à un aide qui écarte à la compresse pour mieux individualiser le sphincter interne, on libère le bord inférieur du sphincter interne jusqu'aux fibres du ligament de Parks que l'on sectionne partiellement [40].	30
Figure 9 : (a, b et c) : Ligature transfixiante au ras de la troisième pince à l'Erce dex ou au Vicryl n° 1 en prenant un peu de sphincter interne pour empêcher l'ascension du moignon. Nœud droit double de part et d'autre du paquet ou en « U » multiple [40].	30
Figure 10 : Ligature en « U » multiple. Elle permet d'éviter plus volontiers les rétrécissements, presque toujours temporaires [40].	31
Figure 11 : (a et b) : Dissection du paquet de 8 h. Noter la position de l'index de la main droite qui luxe vers l'extérieur, le paquet hémorroïdaire pour faciliter la	

dissection. Dissection du paquet de 11 h suivant les mêmes principes. b) Section des hémorroïdes en laissant une large collerette pour éviter un lâchage précoce des ligatures et une hémorragie secondaire [40].	31
Figure 12 : Les plaies externes sont régularisées et au besoin élargies pour assurer un drainage correct. Surtout les ponts cutanéomuqueux doivent être suffisamment larges pour éviter les rétrécissements et lâchages, bien débarrassés des thromboses et micro-thromboses marginales pour empêcher la survenue d'œdèmes douloureux et obtenir une parfaite souplesse des tissus. Noter l'excision de thromboses sous un pont. L'aspect final est celui d'une feuille de trèfle : 3 plaies séparées par de larges ponts cutanéomuqueux [40].	31
Figure 13 : Répartition des malades en fonction de l'âge.	41
Figure 14 : Répartition des patients en fonction du sexe.	42
Figure 15 : Répartition des malades selon leur résidence.	42
Figure 16 : Répartition des malades selon la nationalité.	43
Figure 17 : Répartition des malades selon le mode de recrutement.	45
Figure 18 : Répartition des malades selon le mode d'installation de la douleur.	47
Figure 19 : Répartition des malades selon l'évolution de la douleur.	49
Figure 20 : Répartition des malades selon la présence de la rectorragie.	49
Figure 21 : Répartition des malades selon la quantité de la rectorragie.	50
Figure 22 : Répartition des malades selon l'aspect de la rectorragie.	51
Figure 23 : Répartition des malades selon le mode d'arrêt de la rectorragie	51
Figure 24 : Répartition des malades selon la présence du prolapsus hémorroïdaire.	52
Figure 25 : Répartition des malades selon le mode d'apparition du prolapsus	52
Figure 26 : Répartition des malades selon les antécédents chirurgicaux.	55
Figure 27 : Répartition des malades selon les antécédents obstétricaux	56
Figure 28 : Répartition des malades selon la coloration conjonctivale	57
Figure 29 : Répartition des malades selon la réalisation du toucher rectale.	58

Figure 30 : Répartition des malades selon la présence de bourrelet hémorroïdaire.	59
.....	
Figure 31 : Répartition des malades selon le toucher rectal hémorragique.	59
Figure 32 : Répartition des malades selon le toucher rectal douloureux.	60
Figure 33 : Répartition des malades selon l’anuscopie fait.	61
Figure 34 : Répartition des malades selon le traitement médical exclusif.....	62
Figure 35 : Répartition des malades selon le traitement chirurgical.....	63
Figure 36 : Répartition des malades selon les complications post opératoires ..	65

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

I- INTRODUCTION :	1
II- Objectifs :	4
1-Objectif général :	4
2-Objectifs Spécifiques :	4
III- GENERALITES	6
A- Rappels anatomiques	6
1- Anatomie descriptive	6
1-1- Anatomie macroscopique	6
1-2. Anatomie microscopique	17
2- Anatomie fonctionnelle :	18
B – Physiopathologie :	19
C - Rappels cliniques et thérapeutiques :	20
1- Epidémiologie :	20
2 - Signes fonctionnels :	20
3 - Signes physiques :	20
4 - Examen complémentaire : il s’agit de l’ano rectoscopie.	22
5 - Complications :	22
5.1. Les rectorragies abondantes :	22
5.2. Thromboses hémorroïdaires :	22
6 - Diagnostic positif :	22
7 - Diagnostic différentiel :	22
D – Traitement :	23
1- Traitement préventif :	23
2- Traitement curatif :	23
2.1. Moyens :	23
2.2. Indications :	35
IV. MATERIELS ET METHODES :	37
1- Cadre d’étude :	37

2 - Type et période d'étude :	38
3 - Population d'étude :	38
4 - Echantillonnage :	38
5 - Critères d'inclusions :	38
6 - Critères de non inclusion :	39
7 - Méthodes :	39
8 - Analyse des données :	39
-9 - Considération éthique :	39
V- RESULTATS :	41
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	68
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	80
VIII-RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIES :	82
ANNEXE	89

SIGLES ET ABREVIATIONS

CSRéf CIII : centre de santé de référence de la commune III

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

GT : Gabriel Touré

H : heure

HI : Hémorroïdes internes

MCA : maître conférence agrégé

MHE : Maladie hémorroïdaire externe

MHI : Maladie hémorroïdaire interne

PEV : Programmes élargis de la vaccination

TR : Toucher rectal

USTTB : Université des sciences, des techniques et des technologies de
Bamako

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

Les hémorroïdes sont des ectasies des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie : « la rectorragie » [1]. Elles existent de façon physiologique chez l'homme et deviennent pathologiques par l'apparition des manifestations cliniques dont les principales sont : la douleur anale, la rectorragie et le prolapsus hémorroïdaire [2]. C'est une maladie souvent méconnue et socialement taboue, vécue comme honteuse et dont la sous-déclaration est la règle, tant dans les études de prévalence que dans la pratique clinique quotidienne [3].

Les facteurs favorisants sont multiples et variés, mais ont tous en commun l'augmentation de la pression abdominale. Le facteur favorisant le plus fréquent est la constipation [4].

Les hémorroïdes apparaissent à tous les âges et chez les deux sexes. Elles sont rares chez l'enfant, deviennent fréquentes à partir de 20 ans [5].

Aux Etats Unis, une étude sur l'épidémiologie de la maladie hémorroïdaire réalisée par HYAMS et PHILPOT a donné une prévalence de 27 % de la population [6].

En Australie en 2003, selon l'institut national australien pour l'excellence de la pratique clinique 4 et 34 % de la population générale seraient atteints de maladie hémorroïdaire [8].

En France DENIS J. a retrouvé une prévalence de 25 % de la population adulte française. La société française de gastroentérologie a retrouvé une fréquence hospitalière de 6 à 18 % chez les malades atteints de HIV en 2001 [7].

En Afrique, la pathologie hémorroïdaire a représenté 58,8 % de la pathologie anorectale à Bangui (RCA) [6], 30,5%et 64 % des affections colo proctologiques à Abidjan en côte d'ivoire [9,10] et 91,1% de la pathologie anale à Dakar [11].

Au Mali ; en milieu spécialisé chirurgical, elle a représenté 1,07% de l'ensemble des consultations et 30,40% des consultations proctologiques [12].

En milieu spécialisé médical, elle a représenté 18,27% et 24,8% de l'ensemble des patients vus pour rectorragie [13,14].

Le diagnostic de confirmation se fait à l'anuscopie [4]. Des complications peuvent survenir à type de thrombose hémorroïdaire ou d'hémorragie entraînant l'anémie. Il existe 3 méthodes de traitement : le traitement médical, le traitement instrumental et le traitement chirurgical. Le traitement chirurgical est le traitement de dernier recours [15].

Les principales complications post opératoires sont la sténose anale, l'incontinence anale, l'hémorragie postopératoire, la rétention urinaire et la douleur post opératoire. [16].

Au Mali, très peu d'études épidémiologiques ont été réalisées sur ce sujet et il n'existe pas de données sur cette affection en commune III du district de Bamako, d'où la réalisation de ce travail.

OBJECTIFS

II- Objectifs :

1-Objectif général :

Etudier la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CSRéf CIII.

2-Objectifs Spécifiques :

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire.

Déterminer les facteurs favorisant de la maladie hémorroïdaire.

Evaluer le traitement médico-chirurgical de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CSRéf CIII.

Analyser les résultats du traitement.

GENERALITES

III- GENERALITES :

Le canal anal est la partie terminale du tube digestif. Long de 4 cm, il fait suite au rectum et se termine par l'anus qui est situé à 20mm de l'apex du coccyx. A l'état d'occlusion, l'anus est une fente ou un simple point duquel irradiant des plis cutanés qui s'effacent à l'ouverture [17].

Dans la formation du canal anal, intervient le cloaque qui est d'origine endoblastique et qui donne naissance au sinus uro-génital et au rectum. Il est formé par la membrane cloacale qui devient la membrane anale et disparaît vers la fin de la septième semaine du développement embryonnaire [18].

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

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

La continence : met en jeu plusieurs phénomènes réflexes intéressant le sphincter interne, le sphincter externe et le sigmoïde [19].

A- Rappels anatomiques

1- Anatomie descriptive

1-1- Anatomie macroscopique

1-1-1- Configuration externe :

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

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

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

Chez la femme par l'anus et la paroi postérieure du vagin [20].

1-1-2- Configuration interne :

Le pecten anal : Caractérisé par les colonnes et les sinus anaux ; il est limité en bas par la ligne ano-cutanée. C'est une zone intermédiaire constituée d'un revêtement lisse, sec, mât, puis bleu [17]. Les colonnes anales de MORGAGNI sont constituées par des replis semi - circulaires dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales. Elles sont au nombre de 5 à 8, longues de 1cm et épaisses de 1-2 mm, reliées à leurs extrémités inférieures par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose [28].

La zone ano-cutanée : Lisse et haute de 1cm, elle est limitée en bas par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphinctériens interne et externe.

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

Selon certains auteurs le canal anal se divise en 2 parties par la ligne pectinée qui est située aux endroits de la jonction 1/3 moyen, 1/3supérieur du canal anal [18]. Cette ligne, oblique en bas et en avant est constituée par le bord libre des valvules anales semi-circulaires qui limitent avec la paroi anale les cryptes anales de MORGAGNI.

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

La portion sous-pectinée : Elle est de coloration gris bleuté

1. Muqueuse de type rectal ;
2. Espace péri anal sous muqueux (Plexus hémorroïdaire interne)
3. Muqueuse de type intermédiaire
4. Ligne pectinée (valvule de Morg)
5. Pecten ;
6. Espace péri anal sous-cutané (Plexus hémorroïdaire externe) ;
7. Zone cutanée lisse ;
8. Muscle releveur de l'anus ;
9. Couche longitudinale complexe ;
10. Sphincter externe (faisceau profond)
11. Sphincter interne ;
12. Ligament de Parks ;
13. Septum intermédiaire ;
14. Sphincter externe (faisceau sous-cutané).

Cranial
L. Gauche

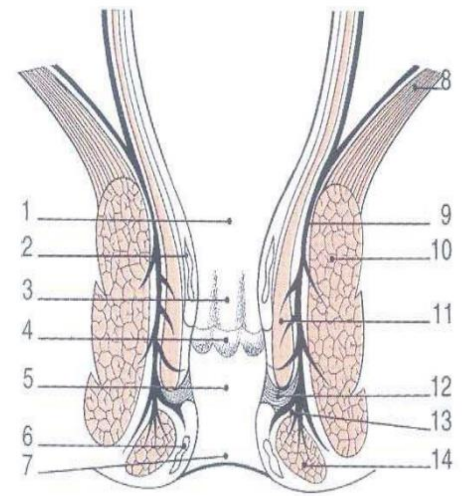


Figure 1 : Coupe frontale du

canal anal [63].

1-1-3- Appareil sphinctérien :

Il est constitué par différents éléments musculaires. Un muscle sphincter est un anneau musculaire dont la fonction est de fermer la lumière d'un conduit [21].

Le sphincter interne ou muscle sphincter ani-internus :

C'est un muscle lisse constitué par l'épaississement de la couche circulaire de la musculature rectale. Sa partie inférieure est entourée par le sphincter externe [21]. Constitué de fibres musculaires lisses, il est innervé par le système neuro-végétatif et échappe au contrôle de la volonté. C'est le gardien de la continence anale [14].

Le sphincter externe ou muscle sphincter 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 [21] :

- **Le faisceau sous-cutané :** C'est une bande annulaire de muscles striés, triangulaires à sommet supérieur sur une coupe frontale. C'est la seule portion qui

entoure l'orifice anal [18,22]. Il est formé de bandes concentriques de fibres striées, séparées les unes des autres par les cloisons conjonctives disposées en éventail sur une coupe frontale et représentant l'éparpillement terminal des fibres du tube longitudinal complexe [14].

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

- **Le faisceau profond** : C'est un tube musculaire d'une hauteur de 1 cm, c'est aussi un muscle circulaire comme le faisceau sous cutané [14,18]. Par sa tonicité, le sphincter externe assure l'occlusion du canal anal. Il assure, ainsi accessoirement la continence anale mais surtout, joue un rôle important à l'expulsion au moment de la défécation.

Le muscle releveur de l'anus ou muscle levatorani :

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

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

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

- **Faisceau pubo-rectal** : naît sur la face postérieure du pubis et à côté du disque interpubien. Il est épais et étroit avec un trajet vertical et sagittal. Il croise l'urètre et la prostate chez l'homme et le vagin chez la femme. Il se termine sur le centre tendineux du périnée et dans les parois latérales du rectum où ses fibres terminales s'insinuent entre les parties du sphincter externe de l'anus. Il participe efficacement au soutènement des viscères pelviens. La contraction de sa partie

externe entraîne l'occlusion du canal anal et celle de la partie interne, le dilate, assurant ainsi le premier temps de la défécation [21].

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 [21].

Le corps caverneux et le muscle canalisani :

Le corps caverneux se trouve dans le 1/3 supérieur du canal en dessous de la ligne anorectale. 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 : Ce muscle naît du sphincter ani internus sous forme d'écrous et traverse toute la largeur du corps caverneux. Il joue un rôle très important dans la fermeture du canal anal. Une petite partie de ces fibres vient du muscle longitudinal du rectum. Les fibres caudales reviennent au sphincter ani internus, les autres sont encrées sur le septum inter - musculaire et la peau périnéale.

Le muscle canalisani et le corps caverneux forment les colonnes anales qui sont plus longues sur la commissure postérieure que sur la commissure antérieure. Au niveau de la ligne des cryptes, le muscle s'unit avec la muqueuse anale.

La couche longitudinale complexe :

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

Selon la description de MILLIGAN et de MORGAN qui est la plus couramment admise, elle est composée par l'assemblage des fibres lisses de la couche

longitudinale du rectum ; des fibres striées issues du releveur de l'anus ; du faisceau profond du sphincter externe et des fibres tendineuses de l'aponévrose pelvienne supérieure (fascia pelvien) [18,23]. Ce complexe musculo-tendineux ainsi formé, descend entre le faisceau profond du sphincter pour se terminer en éventail un peu en avant du bord profond du sphincter externe.

Les fibres de cet éventail vont :

- En dedans, constituer le septum inter musculaire de MILLIGAN et MORGAN qui sépare le sphincter interne du faisceau sous-cutané du sphincter externe. Au préalable, une partie des fibres traverse ou contourne selon les auteurs le sphincter interne et se fixe à la muqueuse du canal anal, contribuant à former le ligament suspenseur de PARKS.
- En bas, après avoir traversé engainer et divisé en faisceaux secondaires le faisceau sous-cutané du sphincter externe, les fibres de la couche vont s'insérer à la peau constituant le corrugateur cutis ani qui donne l'aspect caractéristique des plis radiés de l'anus
- En dehors, elles forment un septum, le fascia périnéal de MORGAN qui s'étend de la fosse ischio-rectale séparant les faisceaux sous-cutanés et profond du sphincter externe.
- En avant, elles participent à la constitution du centre tendineux du périnée. Cette couche rend solidaire les appareils sphinctériens interne et externe et constitue un ensemble de voies par lesquelles pourra cheminer l'infection [18,22]

1-1-4- Espaces cellulux périanaux :

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

L'espace circum- anal sous - muqueux :

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

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

L'espace peri-anal sous - cutané :

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

La fosse ischio-rectale :

Est un espace du périnée postérieur situé de chaque côté du rectum. De forme prismatique, triangulaire, elle présente un sommet supérieur profond et une base périnéale.

Sa paroi latérale, verticale est formée du muscle obturateur et de son fascia. Sa paroi médiale, oblique en bas et en dedans, est constituée par les muscles élévateurs et le sphincter externe de l'anus. Elle se prolonge en avant vers le périnée antérieur sous le muscle élévateur, et en arrière dans la région glutéale. Elle est remplie d'un corps adipeux traversé par des vaisseaux et nerfs, et présente sur sa paroi externe le canal honteux [17].

Il est admis actuellement que les fosses ischio-rectales communiquent entre elles en arrière du canal anal par : l'espace retro-anal supérieur et l'espace retro-anal inférieur [18].

L'espace postérieur du releveur de COURTNEY :

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

L'espace inter-sphinctérien :

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

Vascularisation artérielle :

- Artère rectale supérieure ou artère rectalis superior :

Branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus. Elle donne des branches destinées à la muqueuse et à la sous-muqueuse. Ses branches perforent la paroi rectale à 8 cm de la marge avant de descendre dans la sous-muqueuse. Ses branches sont constamment retrouvées aux points suivants : 3H, 7H et 11H où elles peuvent être palpées. Elles prennent un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal. Elles se jettent au niveau de la ligne pectinée.

- Artère rectale moyenne ou artère rectalis media :

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

- Artère rectale inférieure ou artère rectalis inferior :

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

- Artère sacrale médiale :

Elle participe accessoirement à cet apport artériel. Elle naît de l'aorte (au-dessus de la bifurcation) et se jette dans le corps coccygien [17].

Vascularisation veineuse :

Elle constitue un shunt porto cave.

- Les veines rectales moyennes et inférieures se drainent dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines iliaques internes.

- Les veines rectales supérieures se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure [25].

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 [25].

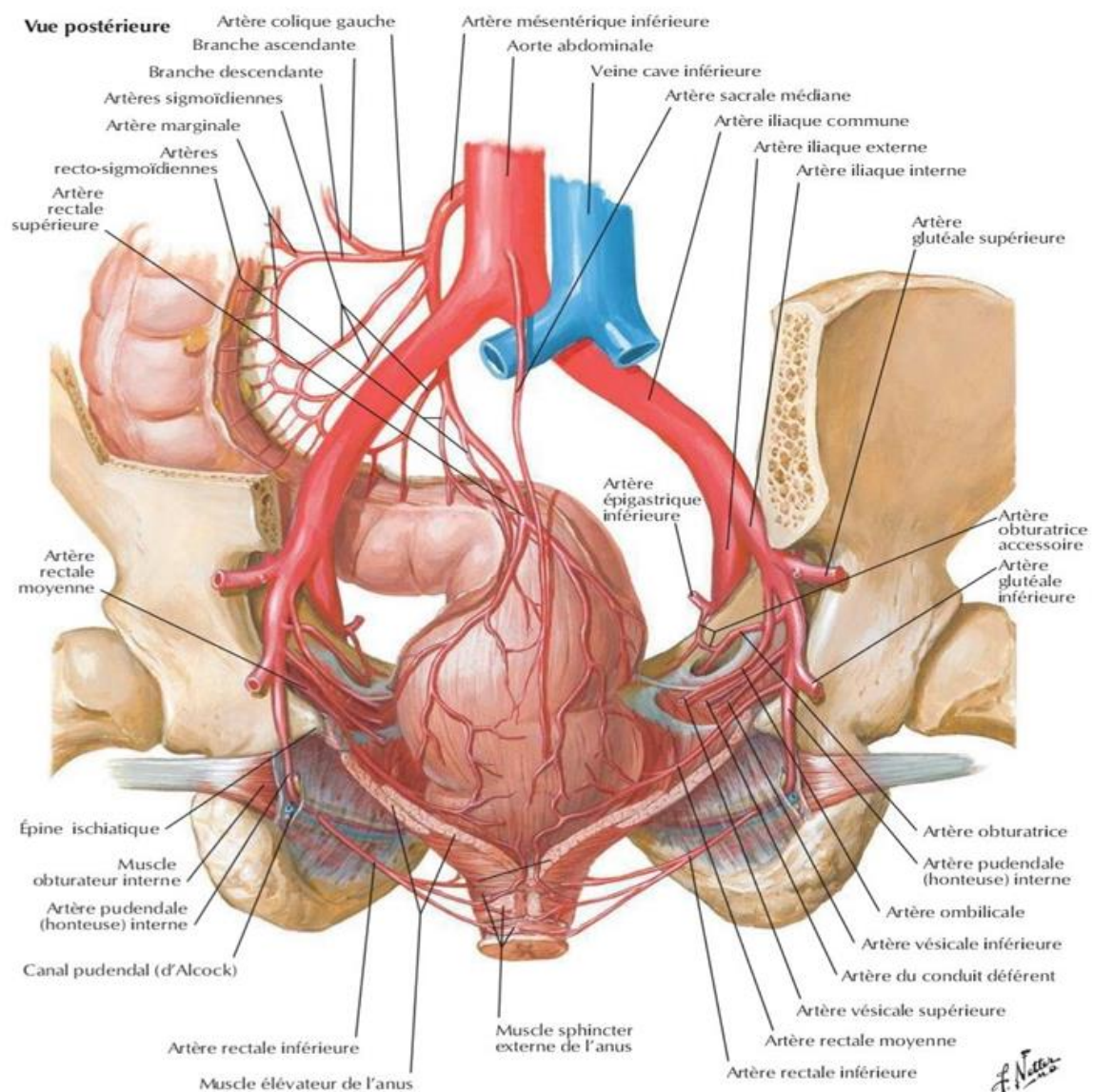


Figure 2 : Vascularisation du Rectum et du canal anal [18].

Innervation du canal anal : [26]

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.

❖ **Les nerfs somatiques [26] :**

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

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

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

Le nerf pudental chemine ensuite dans les replis falciformes du grand ligament sacrotuberositaire (canal d'ALCOCK) qui peut parfois perforer.

❖ **Les nerfs splanchniques :**

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

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

❖ **Les voies et centres nerveux médullaires [26] :**

- **Sous l'angle des sensibilités :**

La sensibilité somatique extéroceptive et nociceptive permet la discrimination de la nature du contenu recto anal liquide, gazeux ou solide. Elle rejoint la moelle sacrée et de là sera à l'origine du réflexe recto anal inhibiteur qui entraîne

l'ouverture du sphincter interne lisse, en contraction permanente. Cette sensibilité va rejoindre les centres supérieurs. La sensibilité proprioceptive consciente et inconsciente du muscle levator ani et du sphincter strié rejoint également la moelle sacrée ; elle est à l'origine de certains réflexes de protection mais également de la prise de conscience et de la mémorisation fécale dans les centres supérieurs. Les sensibilités viscéro-séptives, splanchniques, sont essentiellement orthosympa-thiques rejoignant la chaîne latéro-vertébrale et les centres médullaires de L2 à CX.

- Sous l'angle des motricités :

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

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

❖ Les centres supérieurs :

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

Au niveau diencephalique, le relais thalamique permet après filtration sélective, la projection corticale vers les aires de la somesthésie générale. Il en résulte le schéma corporel, mais également l'organisation du schéma praxique moteur avec une mémoire fécale et l'intégration de la posture et de l'habitude défécatoire. Ce sont autant de gestes que le jeune enfant va devoir contrôler et que le sujet âgé victime d'un ramollissement cérébral va perdre.

1-2. Anatomie microscopique

1-2-1- Couche interne

- La zone de transition :

Est comprise entre la ligne ano-rectale et la ligne pectinée. Cette transition s'effectue soit brusquement soit le plus souvent par l'intermédiaire d'un épithélium, dit « de transition ». Cet épithélium est d'origine cloacale. Il est situé au niveau de la membrane proctodéale, frontière embryologique entre l'ectoderme et l'endoderme [28]. De caractère paramalpighien, cet épithélium de transition est composé de cellules cubiques et de l'épithélium épidermoïde stratifié.

- Le pecten anal :

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

- La zone ano-cutanée :

Lisse est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé sans formation pileuse.

- La zone cutanée :

Est un revêtement identique à celui du périnée. Elle est pigmentée, riche en follicules pileux, en grosses glandes sébacées et glandes circumanales.

1-2-2 Sous-muqueuse :

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

1-2-3- Musculeuse :

Elle est constituée par les sphincters externe et interne [19] (cf. appareil sphinctérien).

1-2-4- Glande anale :

- Les glandes de HERMANN et DESFOSSES :

Encore appelées glandes proctodéales [1 ; 27]. Ce sont des canaux glandulaires, simples ou ramifiés, qui s'abouchent au niveau des cryptes de MORGAGNI. Ils

s'étendent dans la sous- muqueuse que plus de 80% traversent en franchissant le sphincter interne, pouvant envoyer alors des prolongements dans la couche longitudinale complexe, voire le sphincter externe. Il ne s'agit que de vestiges des glandes odorifères des mammifères. En effet leur origine est cloacale [18 ;22].

- Les glandes sous pectinées :

Sont des formations glandulaires dont le collet est endoanal sous la ligne des cryptes. Les orifices sont en règle, antérieurs situés de part et d'autre de la ligne médiane.

Le corps de la glande passe sous le sphincter interne pour se terminer entre lui et le faisceau profond du sphincter externe. La nature histologique de ces glandes est analogue à celle des précédentes. Elles peuvent être à l'origine d'abcès intersphinctériens[18].

2- Anatomie fonctionnelle :

Le muscle sphincter anal interne aganglionnaire et lisse ferme l'anus en laissant un orifice de 8 à 10 mm de diamètre. Cet orifice sera fermé par le corps caverneux qui se remplit par conséquent de sang : On observe ainsi une fermeture des veines trans-sphinctériennes (contrairement à ce qui se passe au niveau du pénis). La fermeture sphinctérienne, plus grande au niveau des cryptes, arrête non seulement les selles mais aussi les gaz. Selon des études manométriques, le sphincter externe ne contribue qu'à 30% à la fermeture de l'anus.

L'ampoule rectale est normalement vide ou contient peu de selles. Pour le contrôle de la défécation, beaucoup d'éléments interviennent. Les selles sont emmagasinées dans l'ampoule rectale, ceci provoque une contraction du muscle sphincter et pubo-rectal : c'est le réflexe ano-rectal. Il ne dure pas assez longtemps ; il permet cependant de bloquer une onde péristaltique en assurant la continence volontaire. Dans le colon, existent des mouvements péristaltiques néo-hormonaux allant d'oral à aboral. Ces mouvements transportent les selles vers l'anus. Ils sont observés après les repas. C'est le réflexe gastrocolique. Quand l'ampoule rectale est remplie, les fibres musculaires circulaires se tendent et les

fibres longitudinales s'activent. Il se produit alors une relaxation réflexe du sphincter interne et l'organe de continence est prêt à se vider. La contraction volontaire du sphincter externe complète la vidange. La pression abdominale joue un rôle accessoire dans la vidange ; la sensation d'avoir les selles est transmise par les fibres nerveuses sensibles de la muqueuse anale et probablement à travers des récepteurs qui sont au niveau du muscle élévateur et de la paroi rectale. La discrimination des selles se fait au niveau des cryptes. L'ensemble est commandé par le système volontaire [14].

B – Physiopathologie :

La contraction continue des muscles anaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-spléniques fermées) permettent une continence hermétique. Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation.

Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes. Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec un risque de saignement élevé.

A la longue, le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal.

Pour Loder PB [24], les causes de la maladie hémorroïdaire restent inconnues. La constipation y jouerait un rôle important ; l'hypertension portale favoriserait la présence des hémorroïdes [30]. Il n'y a pas de relation entre la pression portale et le volume des hémorroïdes [31]. Le rôle de l'hypertrophie bénigne de la prostate [30] et celui de l'obésité a été signalé dans la littérature [29].

C - Rappels cliniques et thérapeutiques :

1- Epidémiologie :

En proctologie les hémorroïdes constituent l'une des affections les plus fréquentes [2,23,30]. L'homme est atteint plus que la femme [2,32]. L'affection est extrêmement rare chez l'enfant [28,23]. La fréquence devient de plus en plus élevée à partir de 20 ans avec un maximum vers la quarantaine [23]. L'alimentation jouerait un rôle essentiel dans leur survenue, en particulier les régimes riches en résidu [23].

2 - Signes fonctionnels :

Le plus souvent, les hémorroïdes sont asymptomatiques. Elles peuvent être de découverte fortuite lors d'un examen général. Un des symptômes les plus fréquents est l'hémorragie rouge vive pendant les selles. Ces rectorragies sont d'abondance variables. Certains peuvent consulter pour anémie [33]. Le malade peut présenter aussi des prurits anaux, des troubles de transit : constipation, ténesme et incontinence. Souvent la douleur est le maître symptôme. Elle peut être due à une thrombose, à une infection, à un étranglement ou à une fissure associée. Parfois c'est une sensation de pesanteur au niveau de la région anale qui amène le malade en consultation.

3 - Signes physiques :

Permettent de poser le diagnostic de la maladie hémorroïdaire face à d'autres pathologies. En effet, beaucoup de patients viennent en suggérant le diagnostic car pour l'imaginaire populaire tout symptôme anal est nécessairement hémorroïdaire [31,34].

Le malade sera examiné en position genou – pectoral en lui demandant de pousser. 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 [15].

3.1. A l'inspection :

Après un bon éclairage, on recherchera une ou plusieurs procidences souvent les trois classiques (3 heure, 7 heure, 11 heure) des hémorroïdes externes, une ou plusieurs marisques et une autre lésion associée (fissures, fistules, abcès) [35].

3.2. Au toucher rectal :

Apprécie la tonicité du sphincter, l'état de la prostate, 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. [37]

Stade Signes cliniques

Stade 1 : Hémorroïdes internes visibles uniquement à l'anuscopie, difficile à palper au TR.

Stade 2 : Hémorroïdes internes prolabés à la défécation, réduction spontanée.

Stade 3 : Hémorroïdes internes prolabés à la défécation, réduction manuelle.

Stade 4 : Hémorroïdes internes non réductible.

Figure 5 : Classification des différents stades [34].

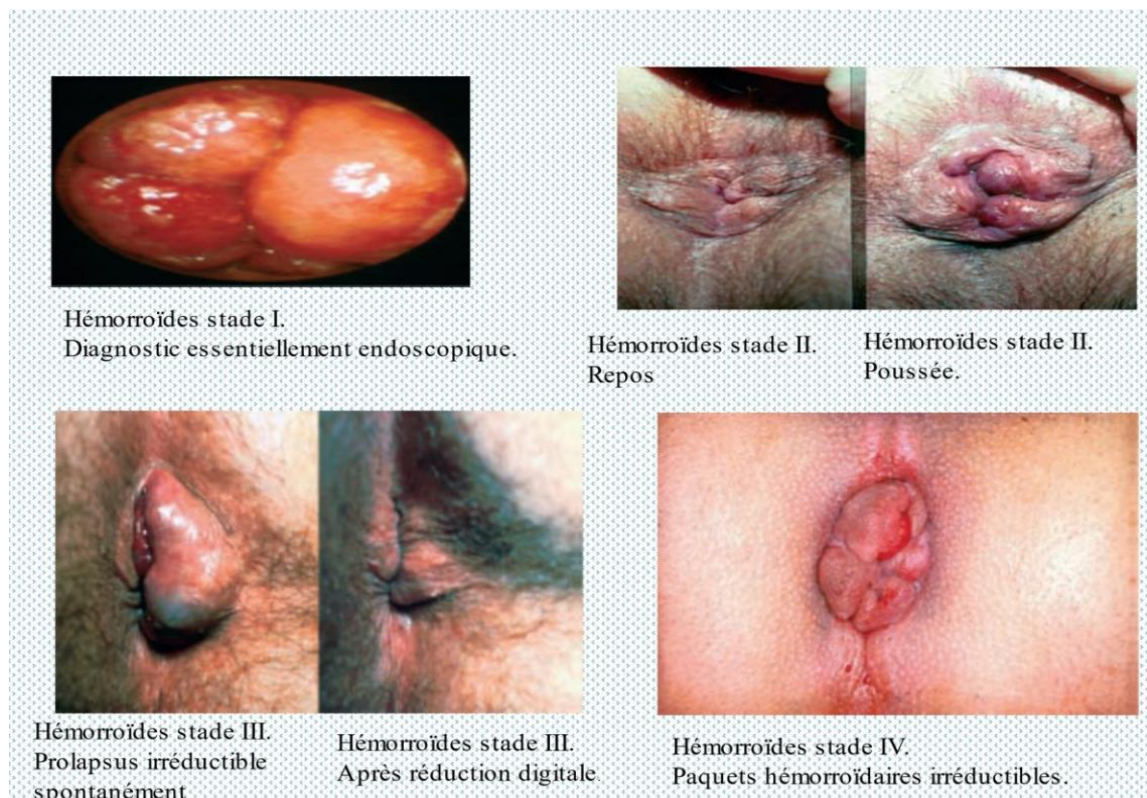


Figure 3 : Classifications des différents stades.

4 - Examen complémentaire : il s'agit de l'ano rectoscopie.

Elle doit être systématique et peut parfois suffire pour confirmer le diagnostic de la maladie hémorroïdaire. [36] Il est impératif de faire une coloscopie totale chez les sujets âgés ou les sujets avec risque de cancer colorectal. [36].

5 - Complications :

5.1. Les rectorragies abondantes :

Elles sont faites de sang rouge vermeil, déclenchées par la défécation. Elles arrosent les selles et leur répétition peut créer une anémie chez le patient.

5.2. Thromboses hémorroïdaires :

- thrombose externe :

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

- thrombose interne :

Quand elle est non extériorisée elle se manifeste par une douleur vive intracanalair. Au toucher rectal on sent une masse indurée douloureuse. L'anuscopie montre des tuméfactions bleutées.

Quand elle est extériorisée ou prolapsée, elle est difficile voire impossible à réduire. La douleur est permanente et exacerbée par la défécation.

6 - Diagnostic positif :

Il est facile mais nécessite un examen proctologique soigneux : inspection, toucher rectal et anoscopie. Il est quand même inconcevable de méconnaître un cancer de l'anus ou du rectum.

7 - Diagnostic différentiel :

→ Devant une rectorragie, on discutera :

- Cancers recto-sigmoïdiens,

- une fissure anale, ou une dermatose de l'anus. En cas de doute sur la provenance de la Rectorragie, il convient, surtout chez le sujet âgé, de réaliser une coloscopie [37].

→ **Devant une procidence, on discutera :**

- Prolapsus rectal qui se manifeste par une masse rougeâtre prolapsée à travers l'anus, caractérisée par la présence de sillons circulaires et par sa consistance qui lui rend plus difficile à réduire contrairement en cas de maladie hémorroïdaire.

→ **Devant une douleur anale, on pensera :**

- La fissure anale qui se manifeste par une douleur anale à 3 temps (douleur au cours des selles, soulagement puis douleur, l'examen de l'anus permet de voir la fissure [36].

D – Traitement :

1- Traitement préventif :

Le traitement préventif de la maladie hémorroïdaire passe nécessairement par :

- L'éviction de toute augmentation persistante de la pression intraabdominale en particulier la constipation chronique.
- Un régime alimentaire riche en fibres et la consommation des légumes et des fruits frais.
- L'exercice physique et sportif régulier et adapté

2- Traitement curatif :

But :

- Soulager le malade de ses douleurs ;
- Réaliser l'exérèse du tissu hémorroïdaire ;
- Traiter les complications

2.1. Moyens :

Ils sont médicaux, instrumentaux et chirurgicaux

Médicaux :

- Règles hygiéno-diététiques ;
- Médicaments ;

Instrumentaux :

- Injections sclérosantes ;
- Photo coagulation à l'infrarouge ;
- Ligature élastique ;
- La destruction par laser ;
- La cryothérapie
- HAL (Ligature des Artères Hémorroïdaires)

Chirurgicaux :

- Hémorroïdectomie périculaire ouverte : technique de Milligan et Morgan
- Hémorroïdectomie périculaire semi-fermée de Parks
- Hémorroïdectomie périculaire fermée de Fergusson

Méthodes :

→ **Méthodes médicales :**

Règles hygiéno-diététiques : suppression des facteurs favorisants :

Il faut éviter, en fonction des susceptibilités individuelles, les épices, en particulier le poivre, et les abus de boissons alcoolisées, mettre en garde contre les excès alimentaires et préconiser en cas de surcharge pondérale un régime restrictif, ainsi qu'une diététique appropriée en cas de diathèse urique.

Conseils d'hygiène :

- Hygiène locale Les bains de siège, biquotidiens en cas de crise, sont pris à l'eau fraîche (action anti congestive du froid) et la toilette locale réalisée avec du coton hydrophile ou à l'aide d'une éponge en évitant tout essuyage intempestif.

- Hygiène intestinale :

Le transit intestinal doit être régularisé. En cas de constipation, il faut d'abord équilibrer la consistance des selles en conseillant des boissons suffisantes, une alimentation riche en fibres et des laxatifs doux non irritants à base d'huile de

paraffine, de son, de mucilages, associés ou non entre eux. Ensuite, il est nécessaire de favoriser l'évacuation sans effort de poussée par la mise en place d'un suppositoire lubrifiant le soir (Titanoréïne), l'utilisation de suppositoires à dégagement gazeux (Eductyl) ou la réalisation de petits lavements. Une rééducation par biofeedback est parfois utile.

En revanche, l'emploi répété de suppositoires à la glycérine est irritant et doit être évité. Enfin, les séjours prolongés aux toilettes sont néfastes. En présence d'une diarrhée sont prescrits des pansements et désinfectants intestinaux.

- Hygiène générale

Il faut éviter l'extrême sédentarité, la position assise continue, sans alternance d'exercices physiques, les longs voyages en voiture, qui favorisent la congestion pelvienne. Par ailleurs, l'équitation et le vélo peuvent favoriser des poussées hémorroïdaires.

— **Prescriptions médicamenteuses** : les produits sont très nombreux.

- Médicaments dits phlébotoniques :

Ce sont des produits utilisés depuis très longtemps. Ils sont traditionnellement extraits de plantes médicinales et à base de vitamine P et de phlébotomies divers (intrait de marron d'Inde, extrait de Ginkgo biloba, diosmine, flavonoïdes, ruscogénines...).

Leur mode d'action repose sur un effet vasculotrope et, pour certains, antiinflammatoire. En cas de poussée hémorroïdaire, à posologie forte sur une courte période, leur efficacité est supérieure à celle d'un placebo, malgré les nombreuses critiques méthodologiques des études disponibles rendant l'interprétation des résultats difficiles. En revanche, leur utilisation par petites cures d'entretien à titre préventif n'a pas fait la preuve réelle d'une action bénéfique, en dehors d'une étude ayant apprécié la fréquence, l'intensité et la durée des crises sur une période de 2 mois en faveur de la supériorité d'un veinotonique sur le placebo.

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Elles sont indiquées en cas de manifestations œdémato-thrombotiques. Par voie orale sont utilisés l'acide tiaprofénique (Surgam), la phénylbutazone, en respectant les contre-indications classiques. Les médications enzymatiques sont surtout prescrites en cas de manifestations œdémateuses : l'Alpha chymotrypsine Choyât, par voie orale ou intramusculaire, la Hyaluronidase Choyât par voie intramusculaire, l'Extranaset par voie orale.

- Topiques à usage local :

Elles sont représentées par les pommades et les suppositoires et sont fort nombreuses. Elles associent, à des degrés variables, des phlébotoniques, des topiques vrais, des anti-inflammatoires dont la plus utilisée est l'hydrocortisone, des antiseptiques, des antispasmodiques, des diffusants physiologiques, des hépariniques et antivitamines K.

Des anesthésiques de contact sont fréquemment associés à ces produits (à éviter chez les allergiques avérés). Il faut donc connaître la composition de la spécialité choisie de suppositoires ou de pommade et adapter ce choix au trouble hémorroïdaire à traiter.

Le traitement médical représente en définitive la modalité la plus utilisée dans le traitement des hémorroïdes. Il est applicable dans tous les cas, mais il reste avant tout le traitement des manifestations hémorroïdaires aiguës, c'est-à-dire des rectorragies et des thromboses. En revanche, il n'a qu'un effet réduit sur le prolapsus et n'a aucune action sur l'évolution générale des hémorroïdes. Il n'est qu'un traitement à court terme.

→ Méthodes instrumentales :

Il comprend différentes méthodes effectuées à titre ambulatoire, au travers de l'anuscopie.

- Mécanisme d'action

Les traitements instrumentaux n'agissent que sur la pathologie hémorroïdaire interne. Ils agissent par deux mécanismes :

- Soit en provoquant une fibrose cicatricielle qui entraîne une fixation de la muqueuse anale au plan musculaire sous-jacent et une obturation du réseau vasculaire sous-muqueux issu du pédicule hémorroïdaire supérieur ; l'agent appliqué au sommet du plexus hémorroïdaire interne peut être d'origine chimique (injections sclérosantes) ou thermique (photo coagulation infrarouge, cryothérapie, électrocoagulation bipolaire ou monopolaire) ;
- Soit en réduisant le volume hémorroïdaire par un agent traumatique (ligature élastique) qui provoque l'élimination par strangulation et nécrose ischémique du paquet hémorroïdaire interne.

Différentes techniques

- Injections sclérosantes :

Elles sont utilisées depuis la fin du XIXe siècle et ce traitement a été introduit et codifié en France par Bensaude. Il nécessite un matériel simple : une seringue en plastique jetable, reliée par une allonge métallique de 10 cm à une aiguille de 1 cm de long et 5/10 mm de diamètre. Le produit utilisé en France est le chlorhydrate double de quinine et d'urée (Kinurée Ht). Le patient est en position genou pectorale et l'anuscopie introduit complètement, après avoir enlevé.

→ Traitement chirurgical :

Les techniques sont nombreuses :

→ Résection pédiculaire :

Le principe est de disséquer les paquets hémorroïdaires selon la disposition anatomique des trois axes artériels. Une ligature est effectuée à la partie haute du paquet hémorroïdaire, puis le paquet est réséqué. Les plaies et les ponts cutanéomuqueux sont l'objet de traitement varié selon les écoles :

- Plaies ouvertes : C'est l'hémorroïdectomie suivant la technique du SAINT-MARK'S hospital de LONDRES ou technique de MILLIGAN et MORGAN :

Elle est la principale technique. Classique hémorroïdectomie à trois plaies.

Cette technique permet d'exciser les trois paquets principaux ; Elle comporte de plus la dissection de toute la partie cutanée de l'hémorroïde, de façon que la ligature ne prenne ni la peau, ni le muscle. Les pédicules hémorroïdaires, sont liés à l'extrémité supérieure du canal haut. La perméabilité anale est assurée par la présentation obligatoire au moment de la ligature d'un triangle d'exposition.

L'intervention de Milligan et Morgan avec ou sans anoplastie a la préférence de la majorité des proctologues en Europe et notamment en France. [25]

Elle représente la technique de référence parmi les multiples techniques chirurgicales [39].

Différents temps de la technique de MILLIGAN/MORGAN :

1° temps :

- Mise en place de trois jeux de pinces
- Exposition des paquets hémorroïdaires

2° temps :

Dissection puis ligature séparée des trois paquets préalablement individualisés

3° temps :

Libération, épiluchage des ponts cutanéomuqueux

4° temps : section de chaque paquet en laissant un moignon muqueux de 5mm environ.

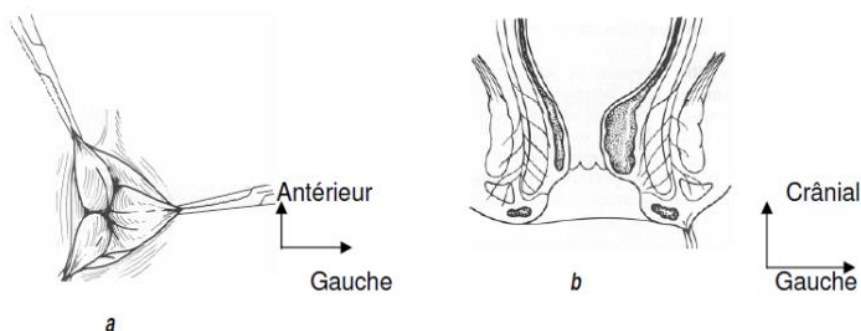


Figure 4 : (a et b) : Pose du premier jeu de trois pinces sur la marge anale, le plus souvent sur le sommet des marisques quand elles existent, respectivement à 3 h, 7 h et 11 h [40].

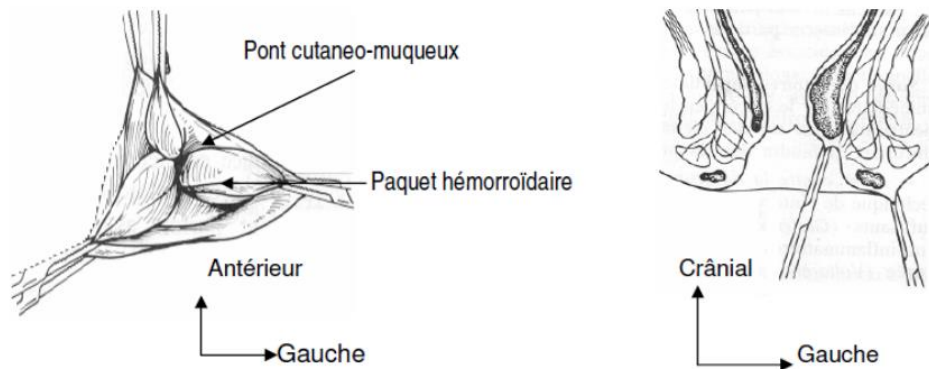


Figure 5 : (a et b) : Pose du deuxième jeu de trois pinces au niveau de la ligne pectinée et d'une papille hypertrophiée en souvent disposée à ce niveau [40].

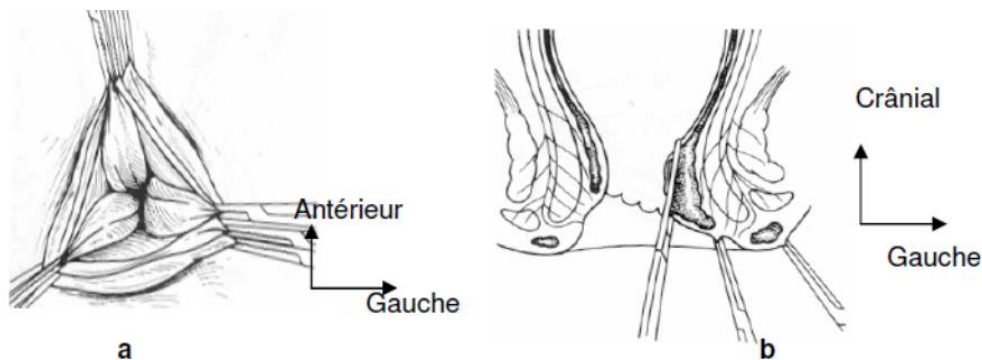


Figure 6 : (a et b) : Pose d'un troisième jeu de trois pinces type Rankin pour ne pas déchirer la muqueuse, toujours dans l'axe des précédentes, au pôle supérieur des hémorroïdes, au niveau de la muqueuse rose pâle de type rectal. Noter l'angle d'exposition qu'il est essentiel d'obtenir avant de poursuivre l'intervention [40].

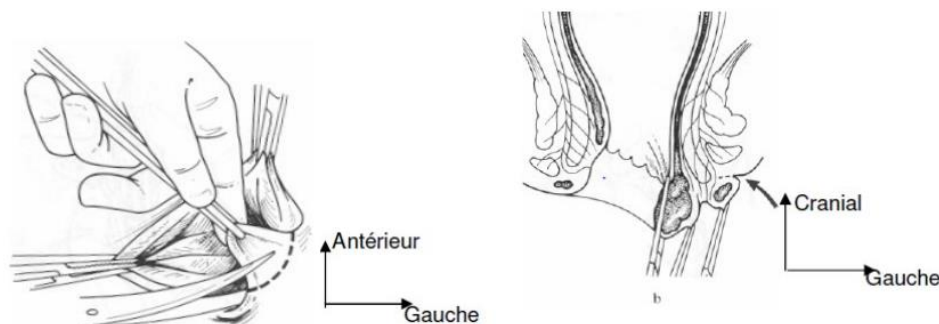


Figure 7 : (a et b) : Dissection du paquet de 3 h. Excision de la partie cutanée de l'hémorroïde et découverte rapide d'un sphincter interne. La position de la flèche et du pointillé représente celle de l'extrémité de la lame interne des ciseaux en direction de la deuxième pince [40].

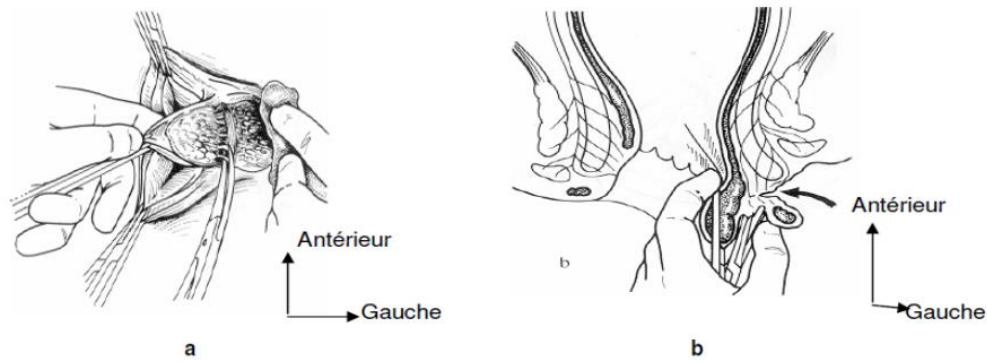


Figure 8 : (a et b) : Grâce à un aide qui écarte à la compresse pour mieux individualiser le sphincter interne, on libère le bord inférieur du sphincter interne jusqu'aux fibres du ligament de Parks que l'on sectionne partiellement [40].

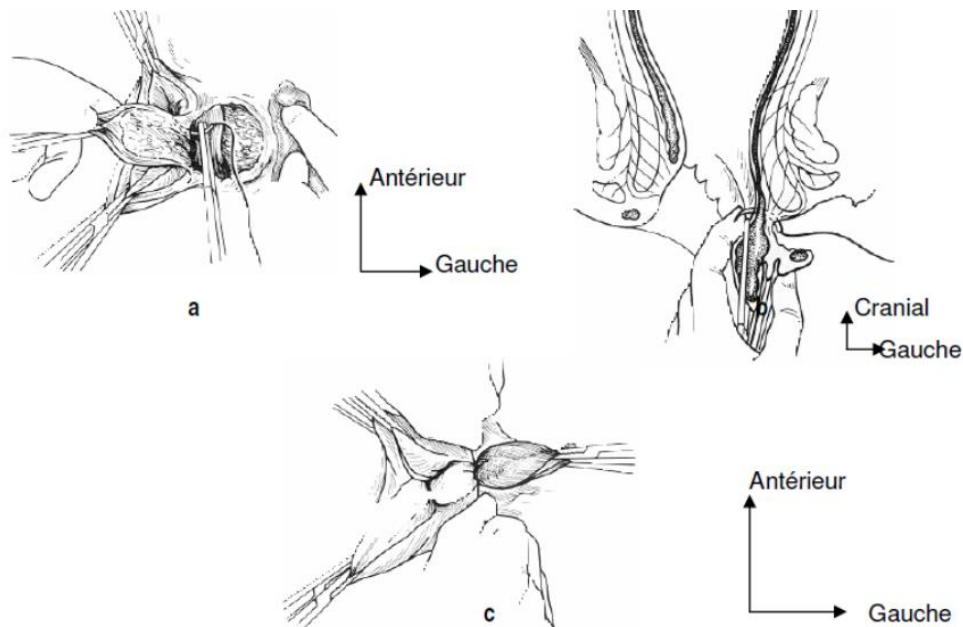


Figure 9 : (a, b et c) : Ligature transfixiante au ras de la troisième pince à l'Ercelex ou au Vicryl n° 1 en prenant un peu de sphincter interne pour empêcher l'ascension du moignon. Nœud droit double de part et d'autre du paquet ou en « U » multiple [40].

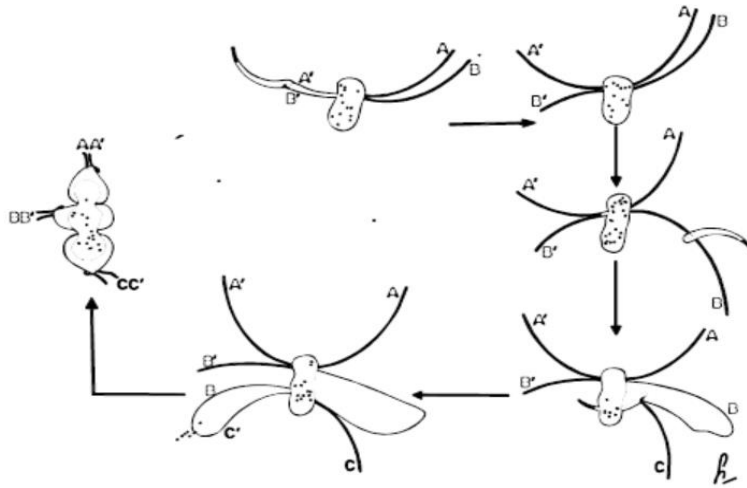


Figure 10 : Ligature en « U » multiple. Elle permet d'éviter plus volontiers les rétrécissements, presque toujours temporaires [40].

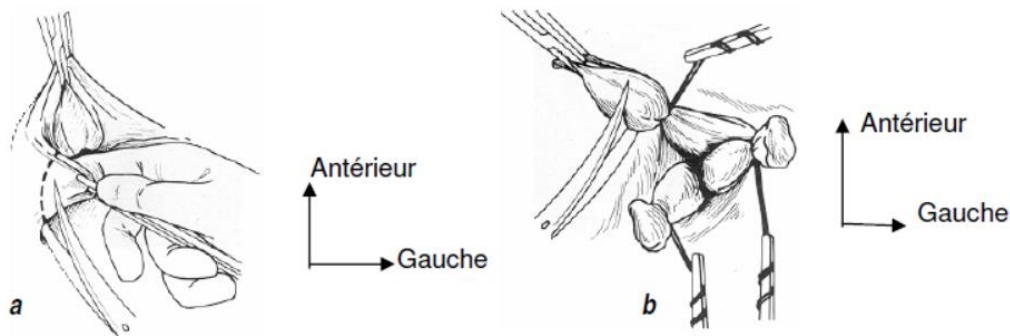


Figure 11 : (a et b) : Dissection du paquet de 8 h. Noter la position de l'index de la main droite qui luxe vers l'extérieur, le paquet hémorroïdaire pour faciliter la dissection. Dissection du paquet de 11 h suivant les mêmes principes. b) Section des hémorroïdes en laissant une large collerette pour éviter un lâchage précoce des ligatures et une hémorragie secondaire [40].

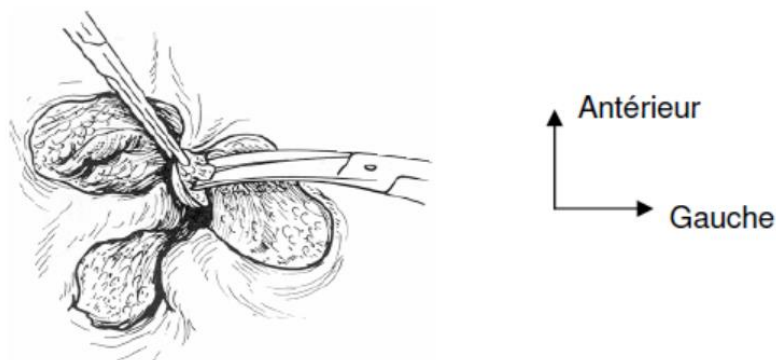


Figure 12 : Les plaies externes sont régularisées et au besoin élargies pour assurer un drainage correct. Surtout les ponts cutané-muqueux doivent être suffisamment larges pour éviter les rétrécissements et lâchages, bien débarrassés des thromboses et micro-thromboses marginales pour empêcher la survenue

d'œdèmes douloureux et obtenir une parfaite souplesse des tissus. Noter l'excision de thromboses sous un pont. L'aspect final est celui d'une feuille de trèfle : 3 plaies séparées par de larges ponts cutané-muqueux [40]

Plaies semi fermées :

C'est la technique de Parks :

Après résection pédiculaire, la plaie est fermée dans la zone muqueuse, laissant un drainage externe au niveau cutané.

Elle consiste en hémorroïdectomie sous muqueuse des trois paquets. Après une mise en place d'un écarteur de PARKS ; chaque paquet est traité séparément. Une incision intra-canalair en Y inversé, remontant jusqu'à la muqueuse rectale est faite sur le paquet. La dissection d'abord sous muqueuse sectionne le ligament de PARKS et se poursuit sur la face externe du paquet en refoulant le sphincter interne. La ligature haute du pédicule est ensuite réalisée. La reconstruction de la muqueuse intracanalair est effectuée par points séparés. La partie cutanée de l'incision n'est pas fermée dans un but de drainage. C'est une technique compliquée et hémorragique avec des récives fréquentes. La durée de cicatrisation est courte, les suites opératoires sont moins douloureuses.

- Plaies fermées :

C'est la technique de Fergusson :

Le principe est de suturer la totalité des plaies muqueuses et cutanées après ligature.

Cette intervention est réalisée à l'aide du dilatateur de Hill-Ferguson qui découvre un tiers du canal anal et isole ainsi chaque paquet hémorroïdaire à traiter. Une incision elliptique effilée sur la marge et à la base anale est poursuivie jusqu'à la face interne du sphincter, bien au-dessus de la ligne pectinée. Elle emporte avec elle le revêtement cutané, puis muqueux et le paquet hémorroïdaire qui n'en est pas séparé. On achève la dissection, séparant le lambeau du plan du sphincter interne aux ciseaux. On procède à la ligature haute sur pince et excision du lambeau. Il reste une plaie en fuseau.

On dissèque les hémorroïdes résiduelles sous les bords de ce fuseau cutanéomuqueux qui sont ainsi libérés des plans profonds et mobilisables. On peut ainsi rapprocher les berges sans tirer sur la peau et fermer par un surjet. Les trois ou quatre paquets sont traités de façon identique.

Cette technique a la préférence de la majorité des proctologues aux États-Unis. [41]

→ **Résection circulaire :**

Le principe est de réaliser une hémorroïdectomie totale circulaire avec ligature des pédicules vasculaires, il existe des variantes aux plaies fermées et sémifermees.

Geste portant sur le sphincter interne : son principe est d'agir sur le sphincter interne et sur l'hypertonie, responsable selon certains auteurs de la maladie hémorroïdaire. Elle est réduite après l'intervention chirurgicale [42]

Il peut s'agir de dilation manuelle ou instrumentale.

- Hémorroïdectomie circulaire de WHITEHEAD :

Cette intervention très critiquée actuellement est rendue responsable de graves séquelles et est abandonnée. Elle consiste en une Hémorroïdectomie circulaire totale. Elle enlève en bloc les hémorroïdes externes et internes. Tout le revêtement du canal anal est ainsi réséqué de façon circulaire : muqueuse cylindrique et partie malpighienne cutanée. Cette intervention présente des inconvénients majeurs et doit être proscrite puisqu'elle ne respecte pas l'intégrité de la zone sensible.

- Hémorroïdectomie circulaire de A. TOUPET :

Cette intervention pallie aux trois inconvénients majeurs de l'intervention de WHITEHEAD.

Elle permet d'éviter :

- Les troubles de la sensibilité et de là, l'incontinence ;
- L'ectropion de la muqueuse par insertion des lambeaux cutanés à la face interne du sphincter interne ;
- Les rétrécissements ;

- Opération conservatrice de LORD : Dilatation anale

Cette opération est une dilatation manuelle ; sous AG, elle a pour but de détruire les bandes fibreuses circulaires des parois du bas rectum et du canal anal. Ces bandes fibreuses perturbent la défécation normale en augmentant la pression et la congestion veineuse. Ces bandes non palpables au simple toucher seraient par contre perçues sous anesthésie générale en introduisant 1 ou 2 doigts des deux mains dans l'anus et le bas rectum.

La dilatation obtient la distension de ces bandes fibreuses par l'introduction progressive et douce de 4 doigts des 2 mains aussi haute que possible.

La dilatation se fait dans toutes les directions, latérales et verticales. On introduit ensuite une éponge plastique humide épaisse qui bourre le canal anal et le bas rectum, ceci a pour but de prévenir la formation d'hématomes sous muqueux et péri anaux.

Elle est retirée au bout d'une heure.

Le patient rentre chez lui le même jour emportant un large dilatateur (4 cm à sa base). Ce dilatateur doit être introduit dans le canal anal complètement pendant 1 minute tous les jours au début, puis de plus en plus espacée mais pendant plusieurs mois.

Les complications sont :

- La déchirure de la peau périé anale qui se cicatrise vite ;
- Le prolapsus muqueux dans les hémorroïdes du 3^{ème} degré ;
- L'incontinence anale.

Autres techniques :

- L'hémorroïdopexie (ou anopexie) circulaire par agrafage :

Il s'agit de la technique de LONGO :

Elle consiste en une exérèse d'une collerette circulaire de muqueuse rectale puis anastomose muco-muqueuse par agrafage à l'aide d'uneagrafeuse circulaire hémorroïdaire. Elle corrige le prolapsus muco-hémorroïdaire sans réaliser d'hémorroïdectomie [38,43].

Ses résultats à long terme n'ont pas encore été évalués, en particulier concernant le taux de récurrences [30,44–45].

2.2. Indications :

Stade I et II : Traitement médicamenteux et/ou instrumental

Stade III et IV : Hémorroïdectomie chirurgicale

→ Résultat

→ Complications post-opératoires :

- Immédiate :

- Rétention aigue d'urines
- Hémorragie
- Infections

- Tardives

- Retard de cicatrisation
- Syndrome douloureux pseudo-fissuraire
- Incontinence anale

→ Séquelles post-opératoires

- Récidive à distance
- Sténose canalaire cicatricielle

MATERIELS ET METHODES

IV. MATERIELS ET METHODES :

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

- Situations géographiques :

Le CSRéf de la commune III est situé à Bamako courra en face de l'Avenue de l'indépendance.

Dans l'enceinte de l'établissement, ont distingué : l'administration et la finance, la médecine interne, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie et PEV, imagerie médicale, la kinésithérapie, l'oto-rhino – laryngologie, ophtalmologie, la dermatologie, la cardiologie, la gastroentérologie, l'endocrinologie-diabétologie, la pneumologie, la rhumatologie, odontostomatologie, la pharmacie, le laboratoire, la chirurgie générale.

L'unité de la chirurgie générale est divisée en trois blocs :

Les bureaux des chirurgiens, les salles d'hospitalisation, la petite salle chirurgie à l'entrée du centre qui représente également la salle des soins.

- Les locaux :

Le service de la chirurgie générale dispose de trois (3) salles d'hospitalisation, 5 bureaux pour les chirurgiens, une salle de garde (pour les infirmiers), un bureau du major une salle de permanence (petite chirurgie), et d'un bloc opératoire. Le bloc opératoire comprend deux salles d'opération, une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, un bureau du major et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSRéf excepté la chirurgie ophtalmologie qui n'a pas débuté les activités chirurgicales.

- Le Personnel :

Le personnel permanent est composé de :

* Chef de service chirurgien généraliste, maître conférence agrégé (MCA)

* Trois (3) chirurgiens généralistes ,

- * Deux (2) Chirurgiens urologues ,
- * Un (1) Chirurgien orthopédiste-traumatologue ,
- * Trois (3) IBODE ,
- * Un (1) Technicien supérieur de santé faisant fonction IBODE ,
- * Quatre (4) Techniciens supérieurs en santé ,
- * Un (1) Technicien de santé ,
- * Six (6) Techniciens de surface ou manœuvres.

Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards des étudiants et des infirmiers stagiaires.

- **Les activités** : les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions d'urgences et les hospitalisations.

Les staffs se tiennent les vendredis.

Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes.

2 - Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective, descriptive et analytique allant du 31 décembre 2020 au 31 décembre 2025 soit une période de cinq (05) ans.

3 - Population d'étude :

Elle était constituée de tous les patients opérés pour maladie hémorroïdaire durant la période d'étude.

4 - Echantillonnage :

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les malades opérés pour maladie hémorroïdaire qui répondaient aux critères d'inclusion.

5 - Critères d'inclusions :

Tous les patients atteints de la maladie hémorroïdaire admis dans le Centre de Santé de référence de la Commune III durant la période d'étude sans autres maladies proctologies associées.

6 - Critères de non inclusion :

- Tous les patients atteints de la maladie hémorroïdaire associée à d'autres pathologies proctologiques.
- Tous les patients atteints de la maladie hémorroïdaire opérés ailleurs et hospitalisés dans le service.

7 - Méthodes :

Les supports des données ont été :

- les dossiers médicaux,
- les registres d'hospitalisation,
- les registres des comptes rendus opératoires,
- la fiche d'enquête préétablie.
- Protocole d'anesthésie et les registres de consultations externes.

8 - Analyse des données :

Le traitement de texte sera fait sur le logiciel Office Word 2016.

L'analyse des données sera faite sur le logiciel << SPSS >> version 25.

Le test statistique utilisé sera le test de chi2 avec un seuil de signification $p < 0,05$.

-9 - Considération éthique :

La considération éthique sera respectée à savoir l'anonymat et la confidentialité des informations notés sur les dossiers des malades.

RESULTATS

V- RESULTATS :

1-Fréquence :

Au cours de la période d'étude 1714 consultations avaient été effectuées, 1112 hospitalisations, 1060 interventions chirurgicales dont 72 cas de maladie hémorroïdaire.

Les maladies hémorroïdaire représentaient :

- 23,81%(72/1714) des consultations,
- 23,04%(46/1060) des interventions chirurgicales,
- 26,47%(19/503) des urgences chirurgicales,
- 65,2% des pathologies proctologies,

2 -Résultats sociodémographiques :

2-1 Age :

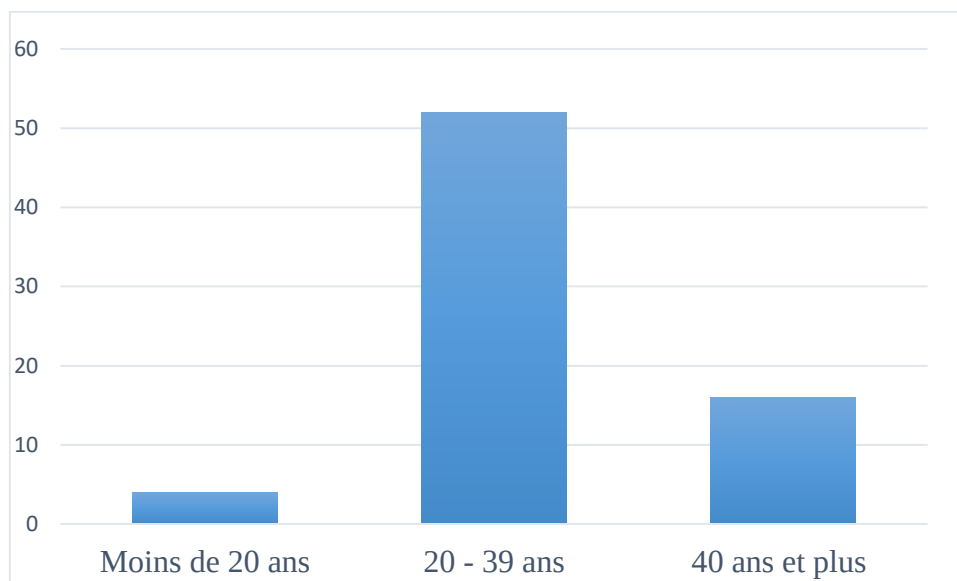


Figure 13 : Répartition des malades en fonction de l'âge.

La tranche d'âge de (20 – 39) ans représentait **72,2%** des cas.

Les extrêmes ont été 18 et 63 ans, la moyenne d'âge était de 33 ans avec un écart type de 9,8 ans.

2-2-Sexe :

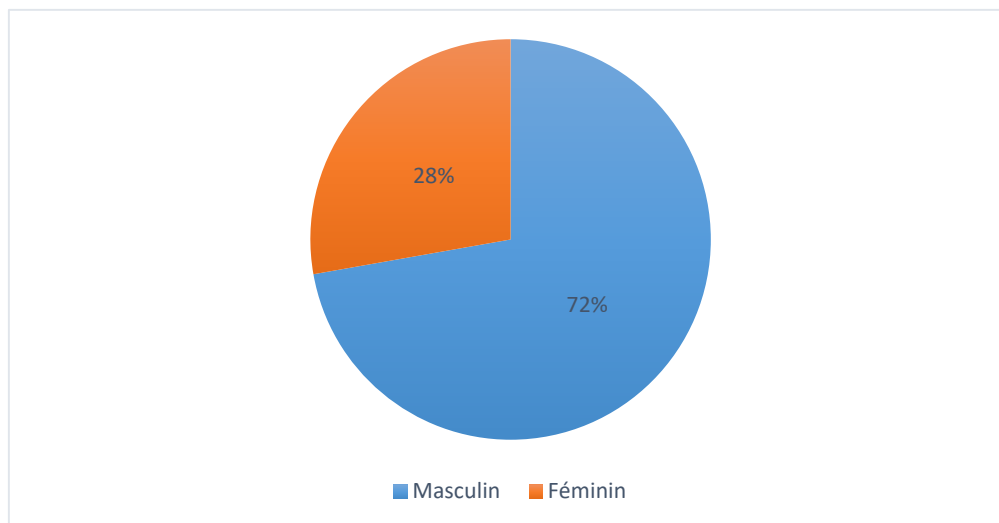


Figure 14 : Répartition des patients en fonction du sexe.

Le sexe masculin représentait **72%** des cas avec un sex-ratio de 2,6.

2-3- Résidence :

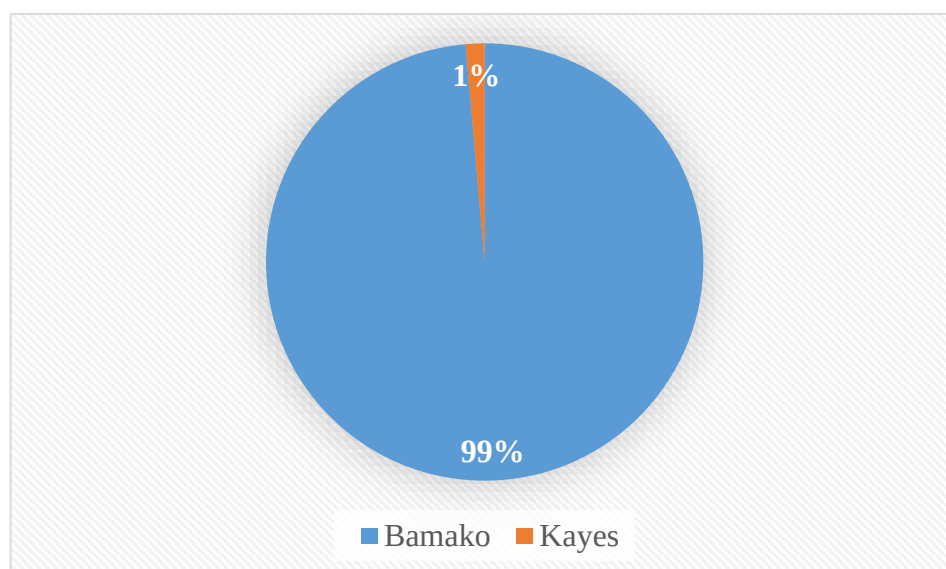
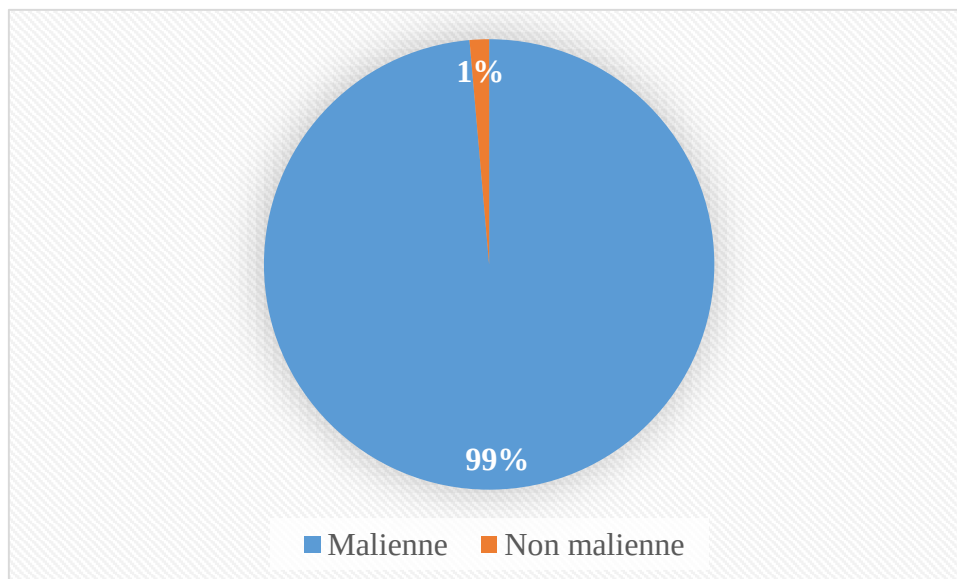


Figure 15 : Répartition des malades selon leur résidence.

La majorité de nos patients résidaient à Bamako soit **99%**.

2-4- Nationalité :**Figure 16 :** Répartition des malades selon la nationalité.

Nous avons enregistré un patient de nationalité Guinéenne.

2-5- Ethnie :**Tableau I :** Répartition des malades selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	26	36,1
Soniké	5	6,9
Malinke	19	26,4
Dogon	1	1,4
Touarégue	6	8,3
Peulh	13	18,1
Minianka	2	2,8
Total	72	100

Les Bambaras ont représenté **36,1%** de nos patients.

2-6- Situation matrimoniale :**Tableau II :** Répartition des malades selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Marié	44	61,1
Célibataire	27	37,5
Divorcé	1	1,4
Total	72	100

Les mariés ont représenté **61,1%** de nos malades.

2-7- Principale activité :**Tableau III :** Répartition des malades selon la principale activité.

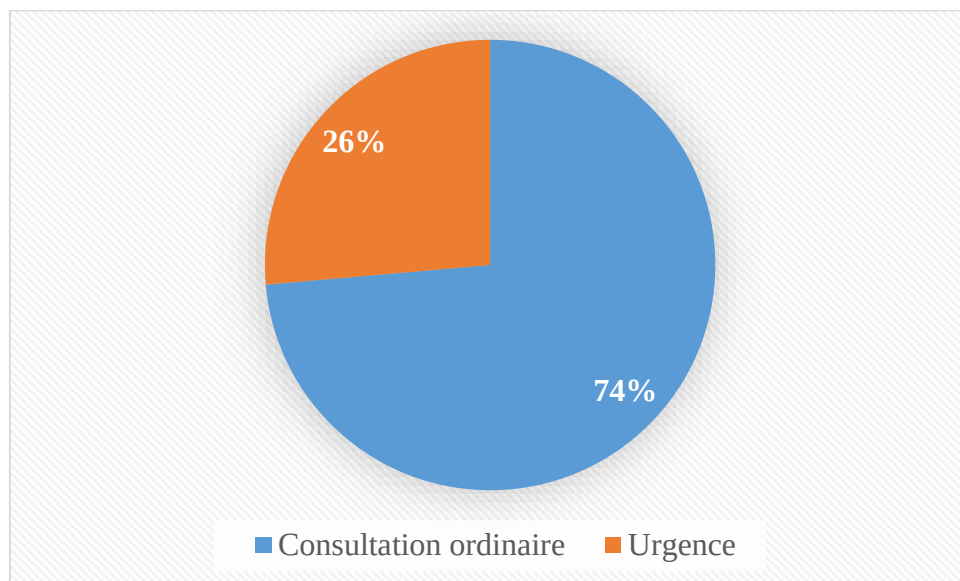
Principale activité	Effectif	Pourcentage
Elèves/Étudiants	20	27,8
Fonctionnaire	10	13,9
Paysan	7	9,7
Ménagère	8	11,1
Ouvrier	18	25,0
Commerçant	6	8,3
Chauffeur	3	4,2
Total	72	100

Les élèves/étudiants ont constitué **27,8%** de nos malades.

2-8- Position du travail :**Tableau IV :** Répartition des malades selon la position adaptée pour travailler

Position du travail	Effectif	Pourcentage
Assise	33	45,8
Débout	23	31,9
Assise + Débout	16	22,3
Total	72	100

La position assise a constitué **45,8%** de position au travail.

2-9 - Mode de recrutement_:**Figure 17 :** Répartition des malades selon le mode de recrutement.

Dans **74%** les patients ont été reçus en consultation ordinaire.

3- Interrogatoire :**3-1- Motif de consultation :****Tableau V :** Répartition des malades selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur anale + prolapsus hémorroïdaire	35	48,6
Douleur anale	22	30,6
Douleur anale et prolapsus hémorroïdaire et rectorragie	6	8,3
Douleur anale et rectorragie	9	12,5
Total	72	100

La douleur et prolapsus hémorroïdaire ont constitué **48,6%** des motifs de consultation.

3-2- description de la douleur :

3-2-1- Présence de la douleur anale :

Répartition des malades selon la présence de la douleur anale.

Tous nos patients avaient une douleur anale.

3-2-2-Mode d'installation :

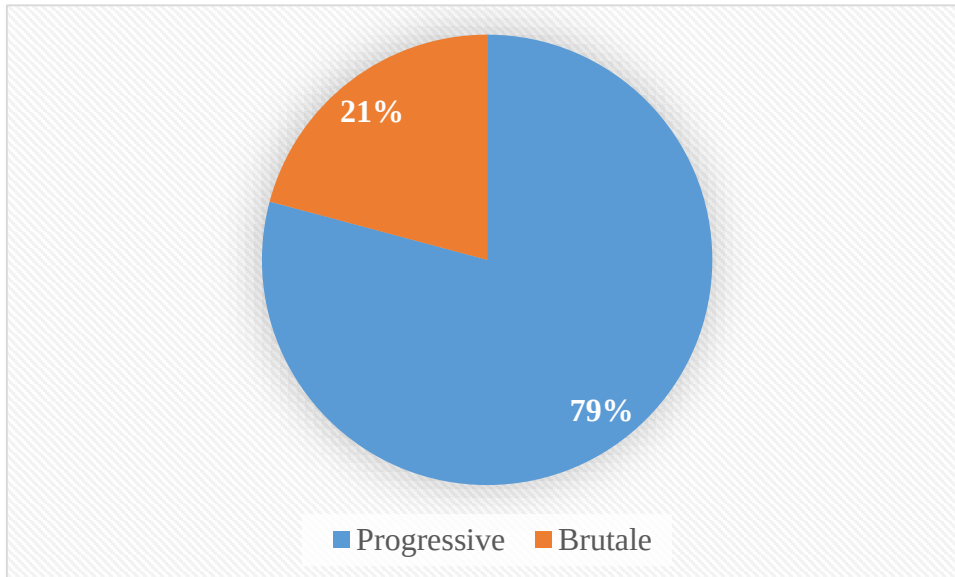


Figure 18 : Répartition des malades selon le mode d'installation de la douleur.

Les douleurs anales s'installaient progressivement dans **79%** des cas.

3-2-3- Moment de la douleur :

Tableau VI : Répartition des malades selon le moment de la douleur.

Moment de la douleur	Effectif	Pourcentage
Pendant les selles	35	48,6
Pendant et après les selles	7	9,7
Après les selles	2	2,8
Avant et pendant les selles	22	30,6
Aucun	6	8,3
Total	72	100

La douleur anale survenait pendant les selles dans **48,6%** des cas.

3-2-4- Type de la douleur :**Tableau VII :** Répartition des malades selon le type de la douleur.

Type de la douleur	Effectif	Pourcentage
Brulure	49	68
Pesanteur	21	29,2
Piqure	2	2,8
Total	72	100

La douleur anale était à type de brulure dans **68%** des cas.

3-2-5- Intensité de la douleur :**Tableau VIII :** Répartition des malades selon l'intensité de la douleur.

Intensité de la douleur	Effectif	Pourcentage
Forte	22	31
Modérée	46	63,4
Faible	4	5,6
Total	72	100

La douleur anale avait une intensité modérée chez 46 patients soit **63,4%** des cas.

3-2-6- Irradiation de la douleur :

La douleur anale avait une irradiation pelvienne dans **2,8%** des cas.

3-2-7- Evolution de la douleur :

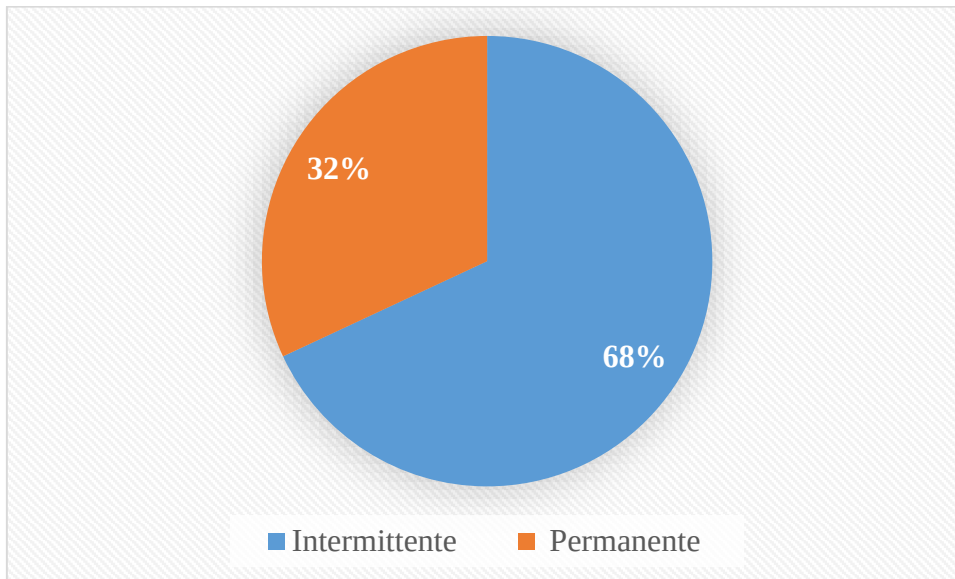


Figure 19 : Répartition des malades selon l'évolution de la douleur.

La douleur anale était intermittente dans **68%** des cas.

3-3- Description de la rectorragie :

3-3-1- Présence de la rectorragie :

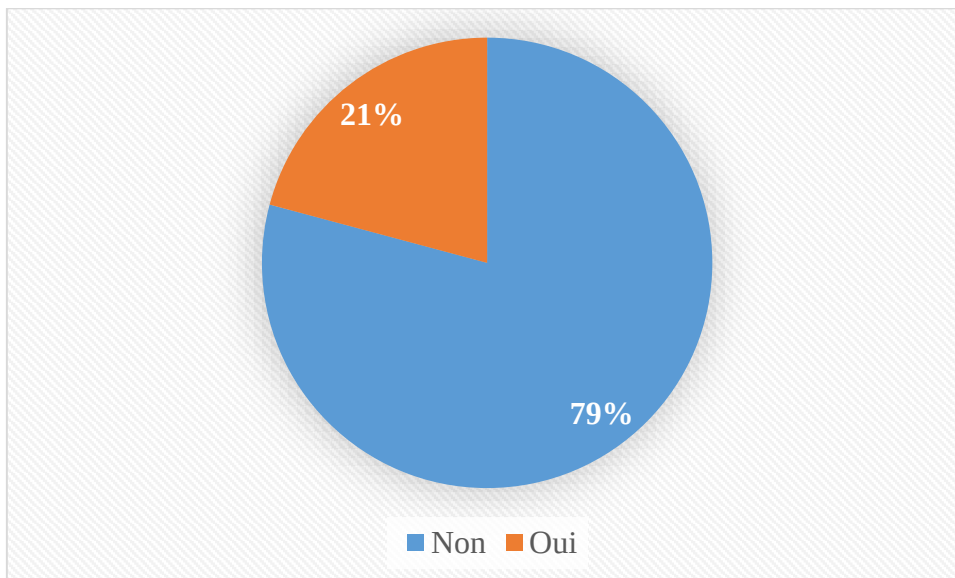


Figure 20 : Répartition des malades selon la présence de la rectorragie.

La notion de rectorragie a été signalée chez **21 %** de nos patients.

3-3-2-Moment de la rectorragie par rapport aux selles :

Tableau IX : Répartition des malades selon le moment de la rectorragie par rapport aux selles.

Moment de la rectorragie	Effectif	Pourcentage
Pendant les selles	13	86,6
Après les selles	1	6,7
Pendant et après les selles	1	6,7
Total	15	100

Chez les patients présentant une rectorragie ; elle survenait pendant les selles dans **86,6 %** des cas.

3-3-3- Quantité de la rectorragie :

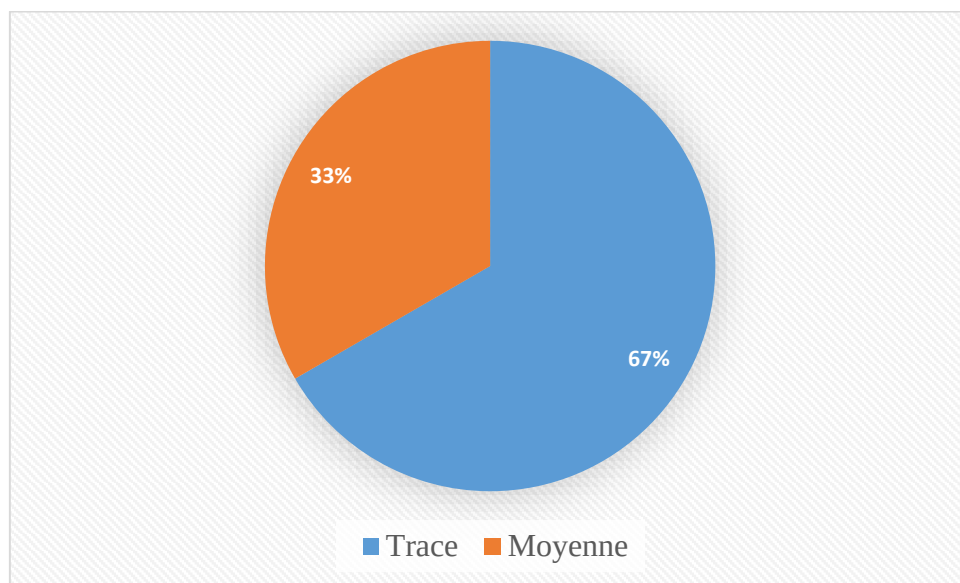


Figure 21 : Répartition des malades selon la quantité de la rectorragie.

La rectorragie survenait sous forme de trace dans **67%** des cas.

3-3-4- Aspect de la rectorragie :

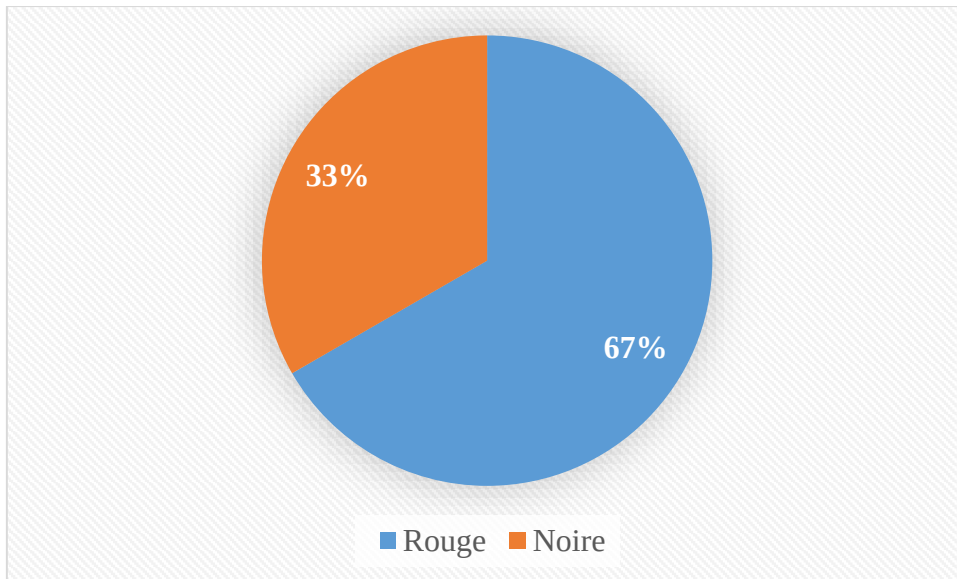


Figure 22 : Répartition des malades selon l'aspect de la rectorragie.

Le sang était d'aspect rouge chez **67%** de nos patients.

3-3-5- Mode d'arrêt de la rectorragie :

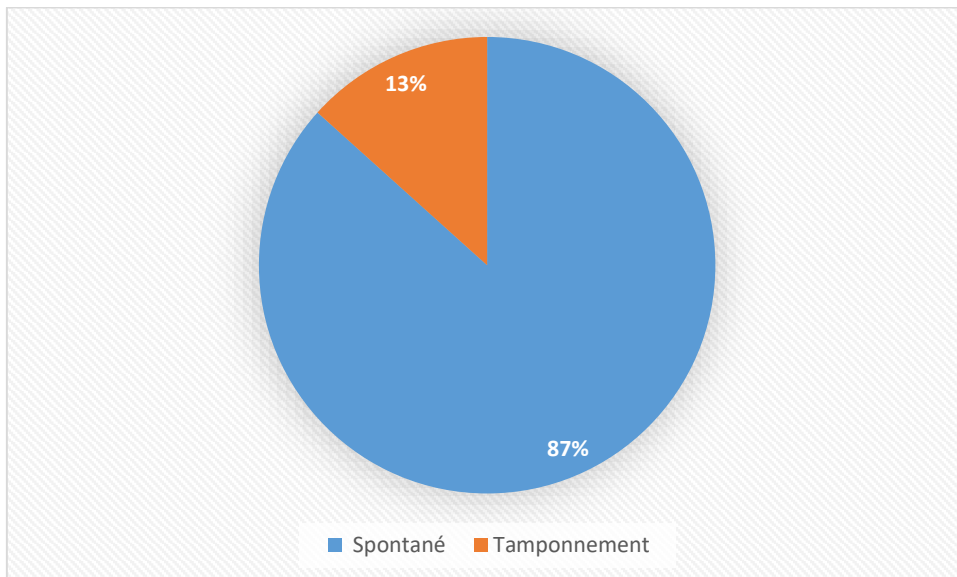


Figure 23 : Répartition des malades selon le mode d'arrêt de la rectorragie.

La rectorragie s'arrêtait spontanément dans **87%** des cas.

3-4- Description du prolapsus hémorroïdaire :

3-4-1- Présence des prolapsus :

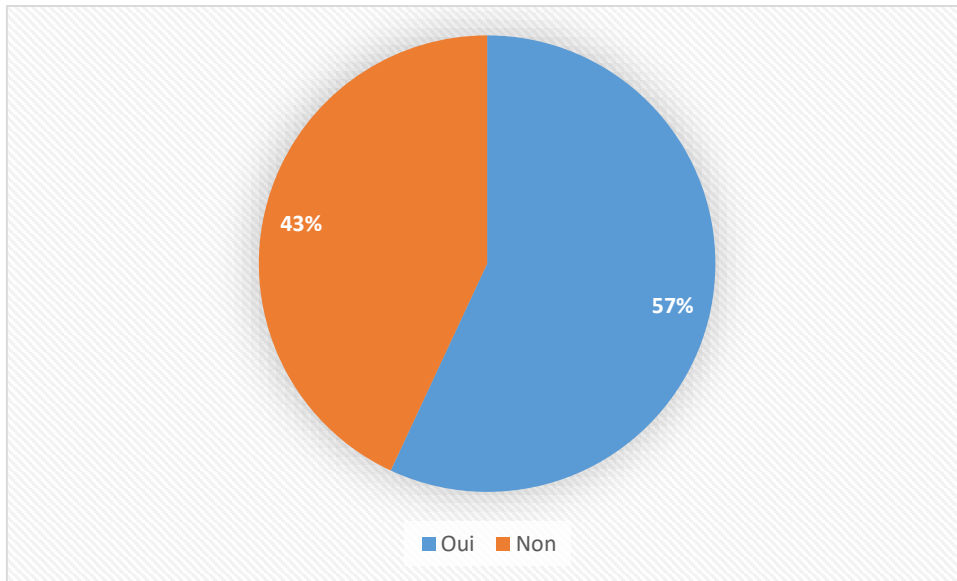


Figure 24 : Répartition des malades selon la présence du prolapsus hémorroïdaire.

Le prolapsus hémorroïdaire était présent chez 57% de nos patients.

3-4-2- Mode d'apparition du prolapsus :

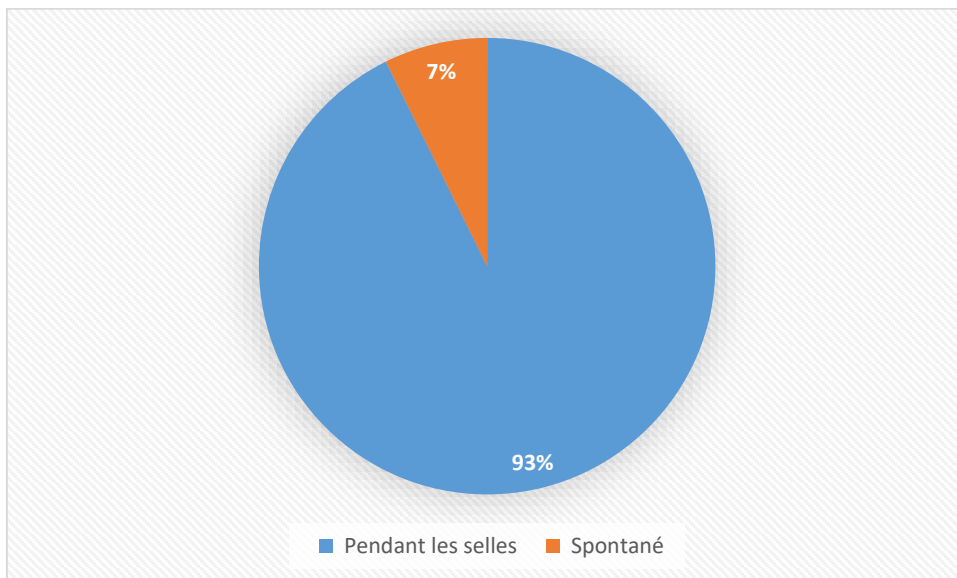


Figure 25 : Répartition des malades selon le mode d'apparition du prolapsus.

Le mode d'apparition du prolapsus était pendant et après la défécation dans 93% des cas

3-4-3- Durée du prolapsus :**Tableau X :** Répartition des malades selon la durée du prolapsus.

Durée du prolapsus	Effectif	Pourcentage
Permanente	19	46,3
Une semaine	2	4,9
Moins de 24 heures	20	48,8
Total	41	100

Le prolapsus évoluait depuis moins de 24 heures dans **48,8%** des cas.

3-4-4- Réduction du prolapsus :**Tableau XI :** Répartition des malades selon la réduction du prolapsus.

Réduction du prolapsus	Effectif	Pourcentage
Non réductible	20	48,8
Manuelle	11	26,8
Spontané	10	24,4
Total	41	100

Le prolapsus était non réductible dans **48,8 %** des cas.

3-5- Signes d'accompagnements :**Tableau XII :** Répartition des malades selon les signes d'accompagnement.

Signes d'accompagnement	Effectif	Pourcentage
Suintement	23	31,9
Irritation péri anale	3	4,2
Emission de gaz	17	23,6
Prurit anal	19	26,4
Epreinte	5	6,9
Ténesme	2	2,8
Prurit + épreinte	1	1,4
Aucun	2	2,8
Total	72	100

Le suintement anal était présent dans **31,9 %** des cas.

3-6- Facteurs favorisants :**Tableau XIII :** Répartition des malades selon les facteurs favorisants.

Facteurs favorisants	Effectif	Pourcentage
Constipation	63	87,5
Diarrhée	5	6,9
Grossesse	1	1,4
Sédentarité	3	4,2
Total	72	100

La constipation était le facteur favorisant le plus retrouvé dans **87,5%** de nos patients.

3-7- Antécédents :

3-7-1- Antécédents médicaux :

Tableau XIV : Répartition des malades selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
UGD	4	5,6
Hypertension	1	1,4
Aucun	67	93
Total	72	100

La plupart de nos patients étaient sans antécédent médicaux soit **93%** des cas.

3-7-2- Antécédents chirurgicaux :

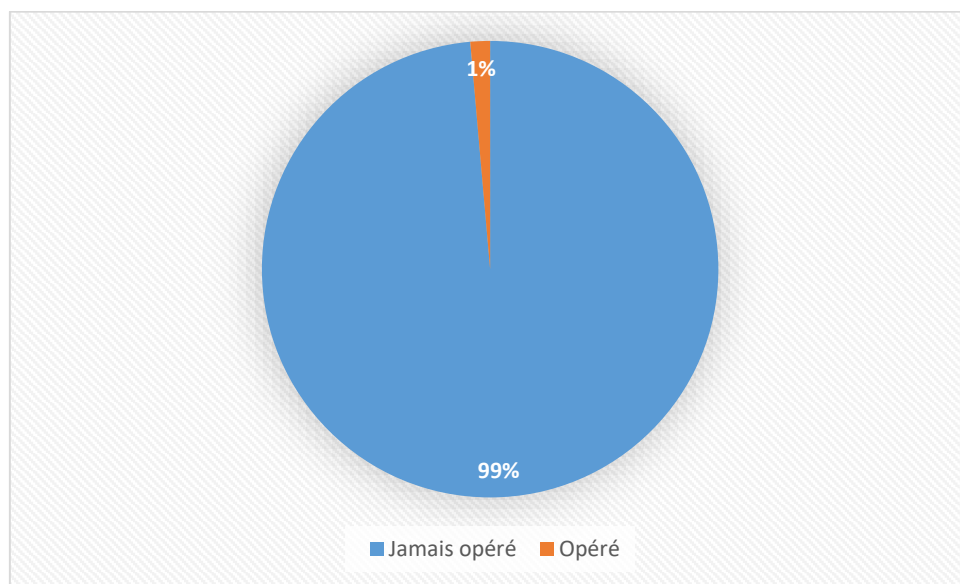


Figure 26 : Répartition des malades selon les antécédents chirurgicaux.

La quasi-totalité de nos patients était sans antécédent chirurgicaux soit **99%** des cas.

3-7-3- Antécédents obstétricaux :

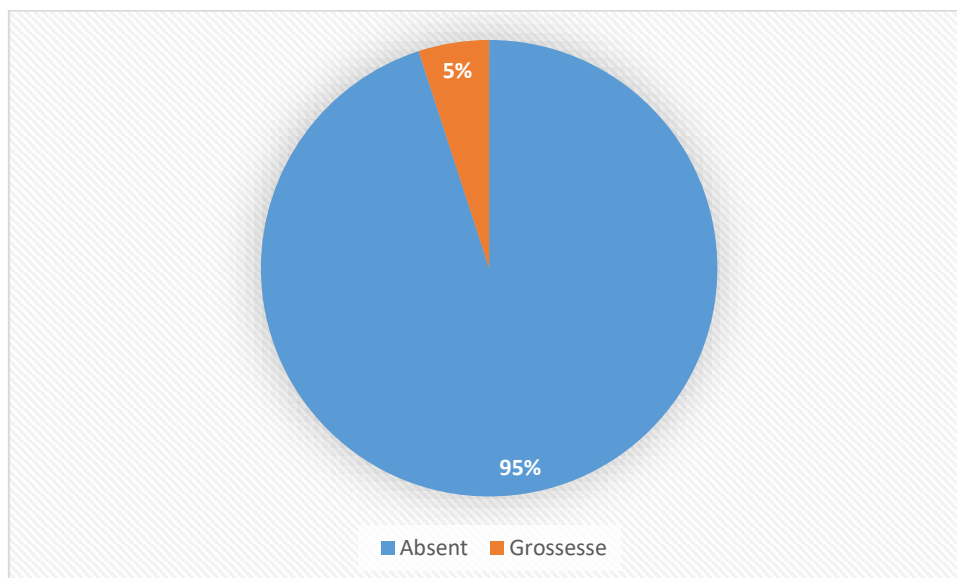


Figure 27 : Répartition des malades selon les antécédents obstétricaux.

Parmi les femmes, 5% étaient sans antécédent obstétrical.

3-8- Traitement antérieur :

Tableau XV : Répartition des malades selon le traitement antérieur.

Traitement antérieur	Effectif	Pourcentage
Tradithérapeute	42	58,3
Médical	13	18,1
Automédication	8	11,1
Médical + traditionnel	1	1,4
Pas de traitement	8	11,1
Total	72	100

Les patients ont effectué antérieurement un traitement traditionnel dans **58,3%** des cas.

3-9- Signes physiques :

3-9-1- Etat des conjonctives :

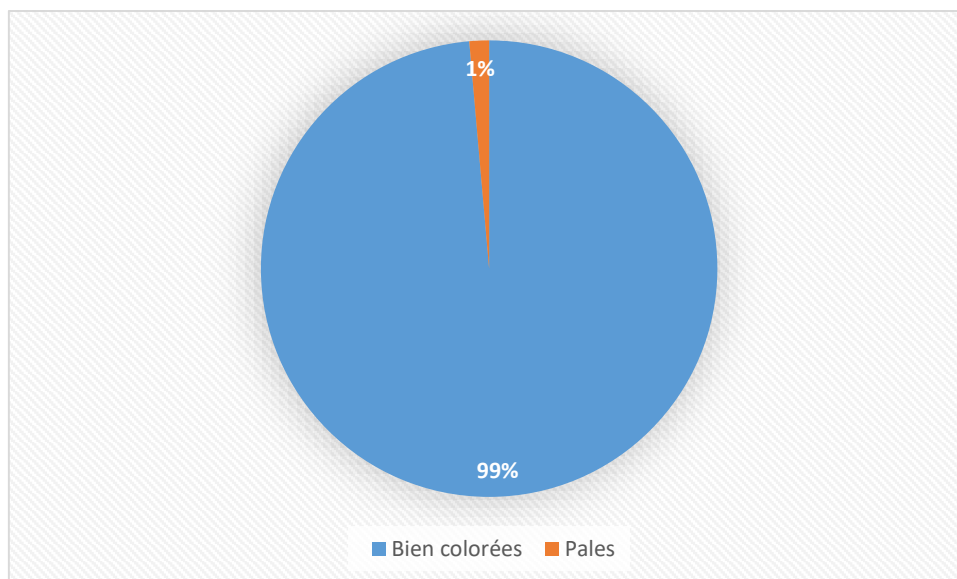


Figure 28 : Répartition des malades selon la coloration conjonctivale.

Les conjonctives étaient normo colorées chez **99%** de nos patients.

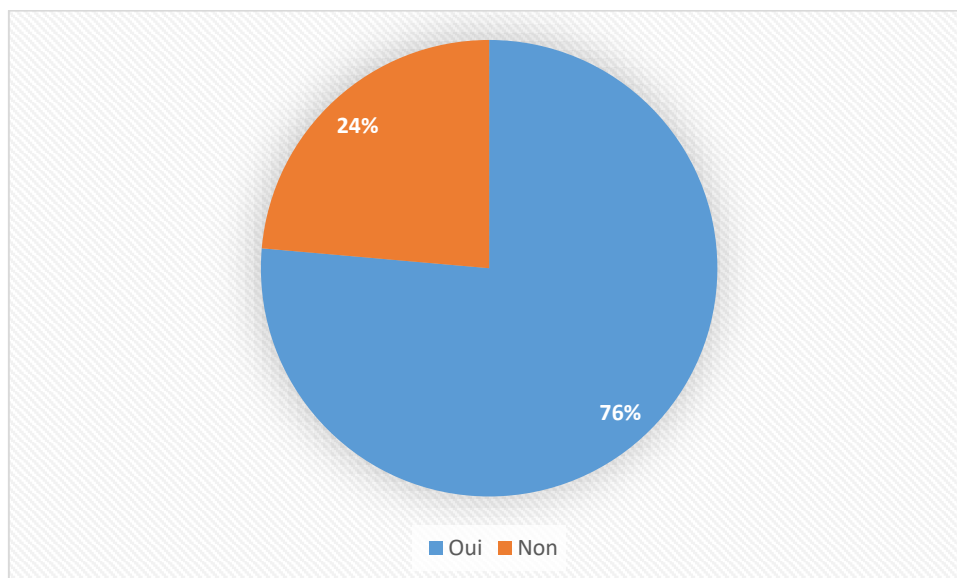
Examen proctologique :

3-9-2- Inspection anale :

Tableau XVI : Répartition des malades selon l'inspection anale.

Inspection anale	Effectif	Pourcentage
Prolapsus hémorroïdaires	41	56,9
Marisques hémorroïdaires	21	29,2
Normal	8	11,1
Fissure anale	2	2,8
Total	72	100

Le prolapsus hémorroïdaire a été observé chez **56,9%** de nos patients.

3-9-3-Toucher rectal :**Figure 29 :** Répartition des malades selon la réalisation du toucher rectale.

Le toucher rectal a pu être réalisé chez 55 patients soit **76%**.

3-9-4- Etat du Sphincter anal :**Tableau XVII :** Répartition des malades selon la tonicité du sphincter anal.

Sphincter anal	Effectif	Pourcentage
Tonique	44	80
Hypotonique	1	1,8
Hypertonique	10	18,2
Total	55	100

Le sphincter anal était tonique dans **80 %** des toucher rectal.

3-9-5- Bourrelet hémorroïdaire :

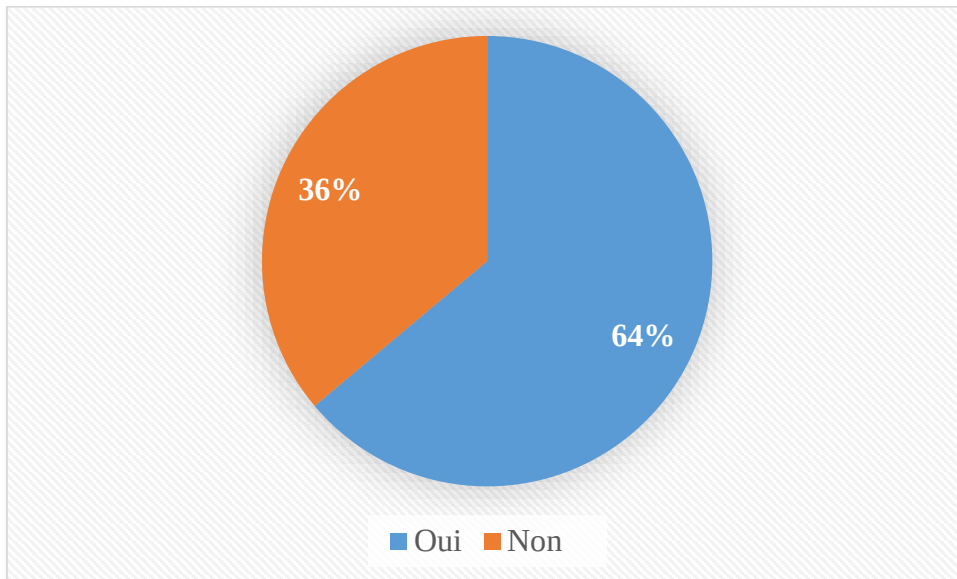


Figure 30 : Répartition des malades selon la présence de bourrelet hémorroïdaire.

Les bourrelets hémorroïdaires ont été retrouvés dans **64%** des cas.

3-9-6- Sang sur le doigtier au toucher rectal :

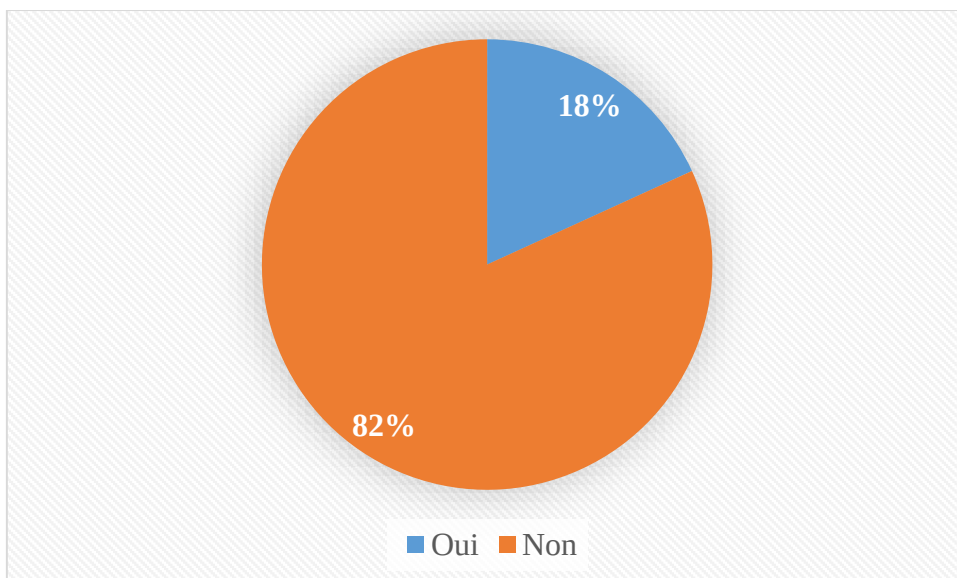
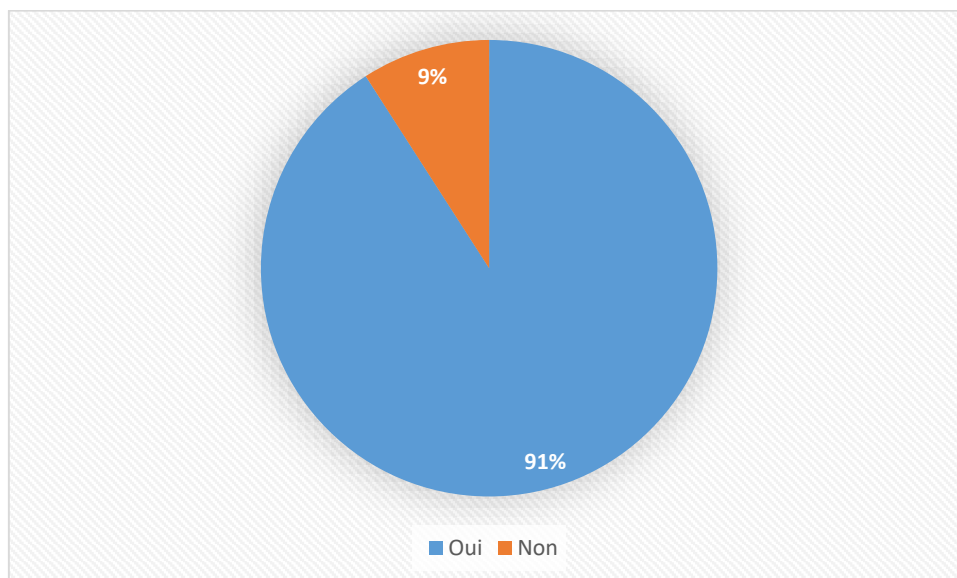


Figure 31 : Répartition des malades selon le toucher rectal hémorragique.

Au toucher rectal le doigtier revient souillé de sang dans **18%** des cas.

3-9-7- Toucher rectal douloureux :**Figure 32 :** Répartition des malades selon le toucher rectal douloureux.

Le toucher rectal était douloureux dans **91%** des cas.

3-9-8- Hypothèse diagnostique :**Tableau XVIII :** Répartition des malades selon l'hypothèse diagnostique.

Hypothèse diagnostique	Effectif	Pourcentage
Hémorroïde interne	15	20,8
Hémorroïde externe	10	13,9
Thrombose hémorroïdaire externe	5	6,9
Hémorroïde interne + fissure anale	2	2,8
Hémorroïde interne + externe	40	55,6
Total	72	100

Les hypothèses diagnostiques étaient en faveur des hémorroïdes internes et externes dans **55,6%** des cas.

3-10- Examens complémentaires :

Anuscopie :

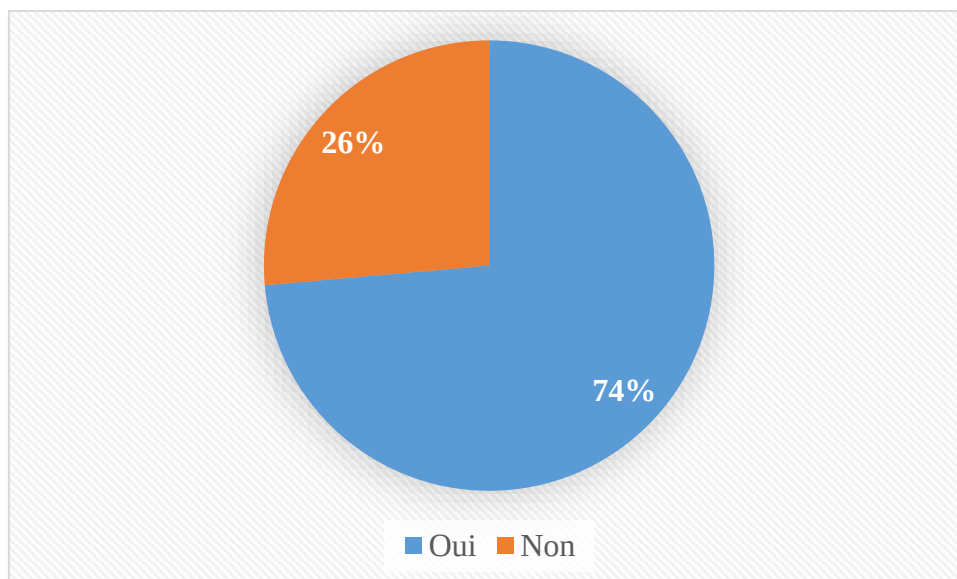


Figure 33 : Répartition des malades selon l'anuscopie faite.

L'anuscopie a été réalisée chez 53 patients soit **74%** des cas.

3-11- Diagnostic retenu :

Tableau XIX : Répartition des malades selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Hémorroïde interne stade III et IV	31	43,1
Hémorroïde interne stade II	25	34,7
Thrombose hémorroïdaire externe	5	6,9
Hémorroïde + Fissure	2	2,8
Hémorroïdes hémorragiques	3	4,2
Hémorroïde externe	6	8,3
Total	72	100,0

Les hémorroïdes internes stade III et IV ont représenté **43,1%** des diagnostics retenus.

3-12- Traitement :

3-12-1- Traitement médical exclusif :

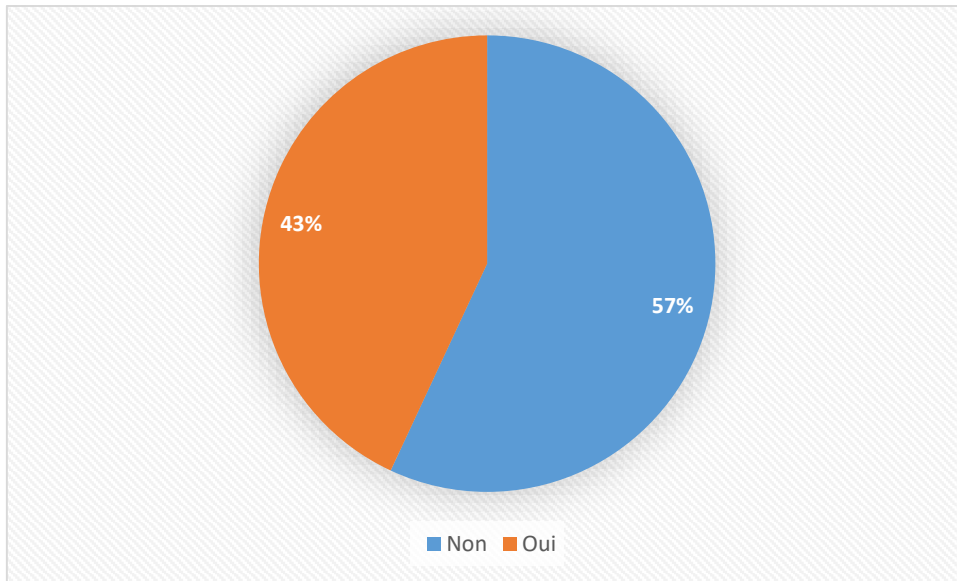


Figure 34 : Répartition des malades selon le traitement médical exclusif.

Le traitement médical exclusif a été réalisé dans **43%** des cas.

3-12-2- Produits utilisés :

Tous nos patients traités médicalement ont reçu une association de veinotonique, de régulateur du transit et d'antalgique.

3-12-3- Durée du traitement médical :

Tous nos patients traités médicalement ont duré plus de 30 jours.

3-12-4 Echec du traitement médical :

Parmi les patients traités médicalement nous avons enregistré cinq (5) cas d'échec thérapeutiques.

3-12-4- Traitement chirurgical :

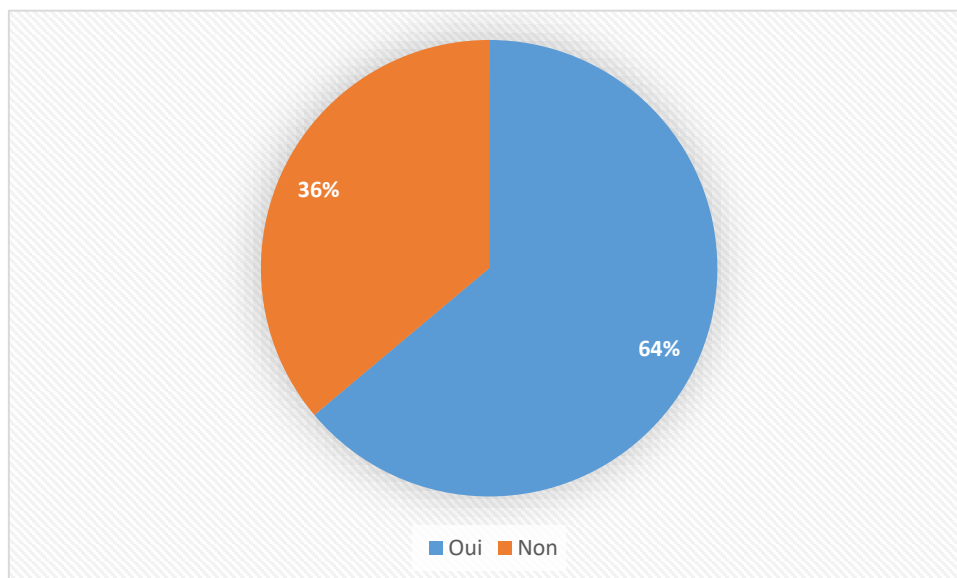


Figure 35 : Répartition des malades selon le traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical a été fait chez **64%** de nos patients.

3-12-5- Indications chirurgicales :

Tableau XX : Répartition des malades selon les indications chirurgicales.

Indications chirurgicales	Effectif	Pourcentage
Echec du traitement médical	5	10,9
Thrombose hémorroïdaire externe	5	10,9
Hémorroïde hémorragique	3	6,5
Hémorroïde interne stade III	11	23,9
Hémorroïde interne stade IV	20	43,5
Hémorroïde + fissure anale	2	4,3
Total	46	100

Les hémorroïdes internes stade III et IV ont représenté **67,4%** des indications chirurgicales.

3-12-6- Type d'anesthésie : Répartition des malades selon le type d'anesthésie. La rachianesthésie a été la technique d'anesthésie utilisée chez tous nos malades opérés.

3-12-7- Technique utilisée :

Tableau XXI : Répartition des malades selon la technique chirurgicale utilisée.

Technique chirurgicale utilisée	Effectif	Pourcentage
MILLIGAN-MORGAN	39	84,8
Thrombectomie simple	5	10,9
Hémorroïdectomie + fissurectomie	2	4,3
Total	46	100

La technique de Milligan-Morgan a été réalisée chez **84,8%** de nos patients.

3-12-8- Durée de l'intervention chirurgicale :

Tableau XXII : Répartition des malades selon la durée de l'intervention chirurgicale.

Durée de l'intervention chirurgicale	Effectif	Pourcentage
21 A 30 minutes	2	4,3
31 A 40 minutes	19	41,4
41 A 50 minutes	23	50
51 A 60 minutes	2	4,3
Total	46	100

Les interventions ont duré entre 41 à 50 minutes dans **50%** des cas.

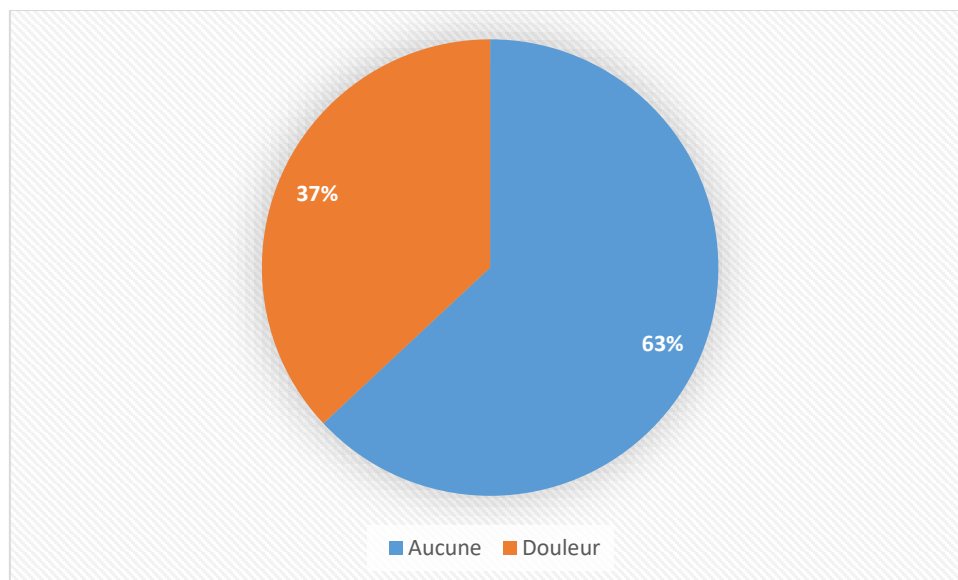
3-12-9- Nombre des paquets réséqués :**Tableau XXIII :** Répartition des malades selon le nombre des paquets réséqués.

Nombres des paquets réséqués	Effectif	Pourcentage
3 Paquets	30	65,2
2 Paquets	11	23,9
Thrombectomie	5	10,9
Total	46	100

Trois (03) paquets hémorroïdaires ont été reséqués dans **65,2%** des cas.

3-12-10- Produits utilisés en post opératoire :

Tous nos patients opérés avaient reçu médicalement une association d'antalgique (paracétamol + nefopam), de laxatif et d'antiseptique.

3-13- Les suites post opératoires :**3-13-1- Complications post opératoires immédiates :****Figure 36 :** Répartition des malades selon les complications post opératoires immédiates.

Parmi nos patients opérés **37%** ont présenté une douleur post opératoire immédiate.

3-13-2- Suivi post opératoire jusqu'à 3 mois :

Tableau XXIV : Répartition des malades selon le suivi post opératoire jusqu'à 3 mois.

Suivi post opératoire jusqu'à 3 mois	Effectif	Pourcentage
Suites simples	42	91,3
Douleur	3	6,5
Retard de cicatrisation	1	2,2
Total	46	100

Parmi nos patients opérés 2,2% ont signalé un retard de cicatrisation après trois (3) mois de suivi.

3-13-3- Suites post opératoire jusqu'à 6 mois :

Tous nos patients opérés n'avaient aucune complication après six (6) mois de suivi.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude rétro prospective s'étendant sur une période de 05 ans et portant sur 72 patients, répertoriés à partir des dossiers médicaux, des registres de consultation et de comptes rendus opératoires.

L'étude a été réalisée sur la base d'un questionnaire se rapportant aux malades opérées ou non de la maladie hémorroïdaire.

Les renseignements recueillis à la phase prospective ont été plus précis et complets, par-contre, ceux de la phase rétrospective ont présenté des difficultés d'exploitation (dossiers incomplets, patients perdus de vue, patients injoignables au téléphone)

2- Données épidémiologiques :

2-1- Fréquence :

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Yassibanda S, bangui, 2004.[6]	328	80,9%
Fernandez FA. et al, Mexique, 2006, [53]	140	6,1%
Camara LS, Mali, 2013. [50]	73	1,4%
Notre étude, Mali, 2025	72	23,81%

Nous avons enregistré une fréquence de 23,81% qui est inférieur à celle rapporté par Yassibanda S. [6], 80,9% et supérieur à ceux rapportés par Fernandez FA.et al [53] et Camara LS [50] qui avaient retrouvé respectivement 6,1% et 1,4%.

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

L'incidence de la maladie hémorroïdaire était d'environ 20% des consultations libérales en France [55], de 5% aux Etats Unies et 50% des américains seraient affectés durant leur vie [56].

En Asie, elle a représenté 16,6% [57] et été de 30,5% en Afrique (2012) [58]. Au Mali, la maladie hémorroïdaire fait l'objet de consultation générale et spécialisée fréquente, bien qu'on ne dispose d'aucune étude épidémiologique pouvant évaluer sa prévalence ou son incidence sur le plan national.

3- Données sociodémographiques :

3-1- Âge :

Tableau X : Répartition par âge dans notre série en comparaison avec quelques séries de la littérature.

Auteur	Effectif	Age (en année)	
		Moyenne	extrême
Ezhari O , Maroc, 2020 [46]	130	45,9	19-78
Schafer H et al, Allemagne, 2018 [47]	102	49,9	24-83
Camara LS, Mali, 2013 [50]	73	37,8	19-77
Reboa G et al, Italie, 2019 [49]	100	54,3	24-80
Kouadio GK et al, Cote d'ivoire, 2004 [51]	480	35	17-80
Notre étude, Mali, 2025	72	32,7	18-63

L'âge moyen de nos patients était de 32,7 ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans, la tranche d'âge entre [20-39ans] était la plus représentée soit 72,2%.

Cette tranche d'âge est proche de celle rapportée dans certains travaux en Afrique noire [50, 51]. Par contre, confronté aux données en Europe [47, 49] et Ezhari O au Maroc [46] elle est plus élevée et varie entre 45 et 55ans. Ce qui explique que la maladie hémorroïdaire apparaît vers la troisième décade, augmente avec l'âge

et un pic de fréquence entre 45 et 65 ans [18]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'âge jeune de la population dans les pays en voie de développement.

3-2- Sexe :

Tableau XI : Répartition par sexe dans notre série en comparaison avec quelques séries de la littérature.

Auteurs	Effectif	Sexe		Sex-ratio
		Masculin	Féminin	
Ezhari O, Maroc, 2020 [46]	130	66%	34%	1,95
Ray-offor E, Amadi S, Nigéria, 2019 [48]	121	62,8%	37,2%	1,68
Ratto C. et al, Italie, 2017, [52]	1000	61,9%	38,1%	1,62
Fernandez FA. et al, Mexique, 2006 [53]	443	62,8%	37,2%	1,68
Notre étude, Mali, 2025	72	72%	28%	2,6

Nous avons retrouvé une prédominance masculine dans 72% des cas avec un sex-ratio de 2,6. Ce résultat concorde avec ceux des auteurs ci-dessus qui ont tous retrouvé dans leur étude une fréquence plus élevée de la maladie hémorroïdaire chez les hommes.

En effet, cette prédominance masculine peut être expliquée par plusieurs facteurs notamment la consommation plus importante d'excitants (alcool, café, tabac), la pratique de certains travaux de force et de sports.

3-3- Activités socio-professionnelles :

-Dans notre série, le scolaires 27,8%, les ouvriers 25%, les fonctionnaires 13,9% et les ménagères 11,1% étaient les plus affectés.

Ceci rejoint les résultats trouvés par certains auteurs, qui ont obtenu :

En Centrafrique Yassibanda S. et al en 2004 [6] ont rapporté dans leur étude une prédominance des fonctionnaires 28,4%, suivis des ménagères 17,2%, des étudiants 13,3% et les sans professions 10,7%.

Au Mali, Sangaré D. [54] en 2009 avait retrouvé dans son étude les commerçants 24,7% et les fonctionnaires 23,5% comme patient les plus représentés.

Quant à Dembélé IA. [27] en 2009 avait retrouvé dans son étude comme patient les plus représentés les femmes au foyer 28,07% et les commerçants 15,38%.

Au Maroc, Ezhari O. [46] en 2020 avait retrouvé dans son étude comme patient les plus représentés les commerçants 25,3% suivis des femmes au foyer 23% et des chauffeurs 14,6%.

Ce qui traduit que la maladie hémorroïdaire est une affection fréquemment observée chez les sujets en position debout ou assise et pendant l'exercice de leur fonction.

4 - Données de l'examen clinique du patient :

4-1- Motif de consultation :

La douleur anale associée au prolapsus hémorroïdaire et la douleur anale exclusif ont été le motif de consultation le plus retrouvé. Leurs fréquences dans notre étude ont été respectivement de 48,6% et 30,6%. La fréquence de la douleur anale est proche à celle rapportée par Koulibaly A. [59] 45,3% et supérieure à celle rapportée par Ezhari O. [46] 26%. Elle est largement inférieure à celle trouvée par Diarra M. et al [60], Hrra A. et al [61], et Dicko ML. [5], qui étaient respectivement de 58,4%, 70% et 77,3%. Sa présence traduirait une poussée inflammatoire hémorroïdaire, une thrombose ou une autre pathologie anale associée à la maladie hémorroïdaire (Fissure anale cachée, etc.)

La rectorragie associée à la douleur anale a été retrouvée chez 12,5 % des patients au cours de notre étude. Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Ezhari O. [46], Diarra M. et al [60] et Camara LS. [50], qui étaient respectivement de 32%, 66,7% et 23%.

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

4-2- Facteurs de risque :

La constipation a été le facteur de risque le plus retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de 87,5%. Cette fréquence concorde à celle retrouvée par Sangaré D. [54], Ezhari O. [46], qui étaient respectivement de 75% et 90,5%. Mais elle est largement supérieure à celle retrouvée par Diarra M. et al [60], qui était de 58,3%. Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par le mode de vie et habitudes alimentaire dans ces différentes populations et concordent avec les données de la littérature qui rapporte que la constipation est un facteur de risque qui entraînent une augmentation de la pression de défécation, une multiplication du tissu conjonctif du corps caverneux et l'hyperplasie des vaisseaux sanguins à l'origine de la perte d'élasticité du tissu de soutien [59, 62, 60]. Ainsi l'exonération difficile d'un bol fécal très dur était responsable du déclenchement de la maladie hémorroïdaire [60, 24].

4-3- Signes fonctionnel

-La douleur anale :

Elle a été le signe fonctionnel le plus retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de 100%. Cette fréquence est largement supérieure à celle retrouvée par Koulibaly A. [59], Ezhari O. [46], Camara L.S. [50] et Hrrora A. et al [61], qui étaient respectivement de 45,3%, 26%, 69,6% et 70%. Cette différence de fréquence pourrait être liée aux conditions de vie ces différentes populations.

-La rectorragie :

La fréquence de la rectorragie durant cette série était de 20,8%. Ce résultat est inférieur à celle rapportée par Diarra M [60], Alexia B [14] et Bagny A [62]. Cette différence peut être essentiellement expliquée par le biais du recrutement. Elle était d'aspect rouge, déclenchée pendant les selles et sous forme de trace.

-Le prolapsus hémorroïdaire :

Le prolapsus hémorroïdaire a été retrouvé chez 41 patients, soit 57% des cas. Ceci est supérieur à ceux trouvés par Diarra M [60] et Bagny A [62] mais inférieur à Alexia B [14].

Cette différence observée pourrait s'expliquer par la différence de taille de l'échantillon. Sa survenue était pendant les selles chez 92,7% des patients, non réductible chez 48,8% et évoluait depuis moins de 24 heures dans 48,8% des cas.

4-4- Signes physiques :**-Inspection :**

Tableau XII : Répartition par comparaison des résultats à l'inspection de l'examen proctologique dans notre série avec quelques séries de la littérature.

Auteurs		Prolapsus Hémorroïdaire	Marisque	Fissure anale
Yassibanda S. et al, bangui,2004,[6]		0,35%	-	4,48%
Ezhari O, Maroc,2020 , [46]		24,6%	21,5%	3,1%
Notre étude, Mali, 2025		56,9%	29,2%	2,8%

A l'inspection le prolapsus hémorroïdaire a été retrouvé dans 56,9% des cas. Ce résultat est supérieur à ceux rapportés par Yassibanda S et al [6] et Ezhari O [46] qui étaient respectivement 0,35% et 24,6%.

Cette différence de fréquence des résultats à l'inspection à l'examen proctologique entre notre série et celles des autres auteurs pourrait expliquer par le biais du recrutement.

-Toucher rectal :

Notre étude a plus retrouvé une sensibilité douloureuse au toucher rectal. Sa fréquence dans notre étude a été de 91%. Cette fréquence est supérieure à celle retrouvée par Ezhari O. [46], qui était de 46,8%. Mais proche à celle retrouvée par

Diarra M. [60], qui était de 86,11%. Cette différence de fréquence pourrait être liée aux différents temps de consultation selon le stade de la maladie.

La tonicité sphinctérienne rapportée dans notre série était de 80%. Ezhari O. [46], Camara LS. [50] et Diarra M. [60] ont tous retrouvé dans leurs études une hypertonicité sphinctérienne. Notre fréquence est similaire à celle retrouvée par ces auteurs.

-Anuscopie :

Cet examen a été pratiqué chez 74 % de nos patients au cours de laquelle on retrouvait des paquets hémorroïdaires. Il nous a permis d'apprécier l'état général de la muqueuse anale, le volume, le nombre, et le siège des différents paquets hémorroïdaires et la découverte de pathologies inflammatoires le plus souvent associées aux hémorroïdes.

Cette fréquence se rapproche à celle de Koulibaly A. [59], Ezhari O. [46], Coulibaly A. et al [4], avaient réalisés respectivement l'anuscopie chez 90,7 %, 82 %, 97,9 % des malades porteurs de maladie hémorroïdaire.

▪ **Les différents stades de la maladie hémorroïdaire interne dans notre étude.**

Tableau XIII : Répartition par comparaison des différents stades de la maladie hémorroïdaire interne de notre série avec ceux d'autres séries de littératures.

Auteurs	Nombre de cas	Stade 1 et 2 (n / %)	Stade 3 et 4 (n/%)
Ezhari O , Maroc,2020, [46]	130 (dont 91 cas de MHI)	(11)12,08%	(20)21,98%
Camara LS, Mali, 2013,[50]	73 (dont 33cas de MHI)	(04)5,5%	(09)12,3%
Coulibaly A. et al,Mali, [4]	140(dont 76 cas de MHI)	(18)23,68%	(10)13,16%
Notre étude, Mali, 2025	72(56 cas de MHI)	(25)34,7%	(31)43,1%

La maladie hémorroïdaire interne a été classée stade 3 et 4 chez la majorité de nos patients 43,1%. Ce résultat concorde au résultat trouvé par Camara LS. [50] et Coulibaly A. et al [4], avaient retrouvés en majorité le stade IV. Tandis que dans l'études d'Ezhari O. [46] qui avait retrouvé en majorité le stade II dans (61,54%). Cette différence pourrait être liée aux différents temps de consultation selon le stade de la maladie.

▪**La maladie hémorroïdaire associées à la fissure anale.**

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Ezhari O , Maroc,2020, [46]	4	19%
Camara LS, Mali, 2013 [50]	6	8,2%
Notre étude, Mali,2025	2025	2,8%

Dans notre étude d'autres pathologies proctologiques ont été associées à la maladie hémorroïdaire dont la plus représentée était la fissure anale soit (2,8%).

Ce résultat est inférieur à ceux retrouvé par :

Ezhari O, Maroc [46] et Camara LS [50] qui avaient trouvé l'association de la maladie hémorroïdaire et fissure anale dans respectivement 19%, et 8,2% des cas. Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et les biais du recrutement.

4-5-Traitement :

4-5-1-Traitement médical :

Le traitement médical en cas de la maladie hémorroïdaire est toujours proposé en 1 ère ligne et destiné à supprimer les symptômes qui nous a permis d'avoir un résultat satisfaisant.

-Mesure hygiène diététique :

Règles hygiéno-diététiques et régularisation du transit :

Dans notre étude les règles hygiéno-diététiques et la régularisation du transit ont été systématiquement instaurées chez 100% de nos patients. Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre notre résultat et celui d'Ezhari O. [46], qui était de 100%, ($P=0,543$).

-Les médicaments : La voie générale et la voie locale ont été utilisées, ainsi que des associations au cours de notre étude pour conduire le traitement médicamenteux chez nos patients.

Dans notre série 36% de nos patients ont reçu un traitement médicale exclusif, dont :

100% était une association de véinotoniques + antalgique + laxatifs

Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par :

Ezhari O. [46] qui rapportait sur : $n=130$

104 patients ont reçu une association de phlébotoniques + les topiques locaux + laxatifs soit 72,1%,

Diarra. M [60] qui rapportait sur : $n=60$

22 malades ont été traités médicalement, par véinotoniques en suppositoire (100%), laxatifs chez (91%), antalgiques chez (86,36%), anti-inflammatoires en suppositoire chez (81,81%).

4-5-2-Traitement chirurgical :

Auteurs	Effectif	Milligan-Morgan	Thrombectomie simple	Hémorroïdectomie + Fissurectomie
Ezhari O, Maroc, 2020,[46]	130	16,1%	-	-
Coulibaly A, Mali, 2003 [4]	140	8,57%	-	-
Diallo G, Mali,2003, [7]	73	51,9%	26,9%	17,40%
Notre étude, Mali, 2025	72	84,8%	10,9%	4,3%

Dans notre étude 46 patients (64%) ont reçu un traitement chirurgical. L'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN, thrombectomie simple et hémorroïdectomie + fissurectomie ont été les techniques chirurgicales les plus utilisées.

Cette fréquence est largement supérieure à celle retrouvée par Ezhari O. [46], et coulibaly A. [4], qui avaient réalisé le traitement chirurgical chez respectivement 16,1% et 8,57% des patients.

On retrouvait comme indication, chez nos patients ayant reçu le traitement chirurgical, échec du traitement médicamenteux, de la thrombose hémorroïdaire, maladie hémorroïdaire interne stade III et IV et maladie hémorroïdaire associée à une fissure anale. Ce résultat concorde avec celui rapporté dans la plupart des travaux à savoir :

Diallo G. [7] et Ezhari O. [46] avaient tous deux retrouvé la maladie hémorroïdaire interne stade III+ IV, la maladie hémorroïdaire associée à une fistule anale, fissure anale ainsi que la thrombose hémorroïdaire et ses complications comme indications chirurgicales.

4-6- Evolution :

4-6-1- Au cours du traitement médicamenteux :

Dans notre étude, 31 patients (83,9%) ont évolué vers une suite favorable et 5 patients (16,1%) avaient une douleur anale persistante. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par Ezhari O. [46], qui avait retrouvé (20%) de l'évolution vers des complications à type de douleur persistante et de saignement.

4-6-2- Après le traitement chirurgical :

Parmi nos patients opérés 18 patients ont présenté une complication postopératoire immédiate ou tardive, 17 cas de douleur anale et 1 cas de retard de cicatrisation.

Koulibaly A. [59], avait retrouvé 12 cas de saignement comme complication postopératoire immédiate mais aucune complication postopératoire tardive.

Par contre ce résultat est différent de celui rapporté par Ezhari O. [46], qui avait retrouvé que tous les malades opérés (selon la technique Milligan-Morgan, ainsi que l'hémorroïdectomie + fissurectomie), n'ont présenté aucune complication postopératoire immédiate ou tardive.

Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et la qualité des soins reçus.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion :

La maladie hémorroïdaire est la première cause de consultation en proctologie même si son épidémiologie reste mal documentée.

Sa prédominance est masculine, et la constipation reste le facteur de risque le plus représenté. Son diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'examen physique. Seules les hémorroïdes symptomatiques nécessitent un traitement. La prise en charge chirurgicale est fonction de l'évolution de la maladie.

2.Recommandations :

❖ Aux autorités politiques et sanitaires :

- Promouvoir la formation de médecins spécialistes en proctologie.
- Informers et sensibiliser les patients et leur entourage par rapport à la maladie hémorroïdaire.
- Contrôler la réglementation des publicités audio-visuelles des tradithérapeutes afin de minimiser le retard lié à la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.
- Etayer l'arsenal thérapeutique pour pouvoir proposer une thérapeutique adéquate à chaque patient.
- Mener une étude à grande échelle, afin d'apprécier l'épidémiologie de la maladie hémorroïdaire sur le territoire Malien.

❖ Aux personnels médico-chirurgicaux :

- Examiner de façon minutieuse les patients présentant une symptomatologie anale.
- Pratiquer systématiquement le toucher anorectal et un examen anorectoscopique pour déceler une pathologie associée aux hémorroïdes notamment les cancers ano-rectaux.
- Adapter le traitement et la surveillance en fonction du stade évolutif de la maladie.

❖ Aux patients :

- Eviter l'automédication et les traitements traditionnels.
- Avoir une alimentation équilibrée et éviter les troubles du transit notamment la constipation.
- Ne pas considérer la maladie hémorroïdaire comme une maladie de pudeur et abandonner l'idée que toute symptomatologie anale la traduit.
- Consulter le plus tôt possible dans un centre hospitalier devant toute symptomatologie proctologique

VIII-RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIES :

1. Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised control trial. Lancet 2000 ; 355 (9206) : 782-5.
2. Jean-David Zeitoun, Vincent de Parades. Pathologie hémorroïdaire : de la physiopathologie à la clinique. Presse Med. 2011; 40 (10): 920–926).
3. Al-hadrani AM. Khat induced haemorrhoidal disease in Yemen. Saudi Med J. 2002; 21 (5): 475
4. Coulibaly A. Hémorroïde et sexualité au service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. These Med, Bamako 2003; N° 79 P:
5. Dicko ML. Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie général du CHU Gabriel Touré. Thèse, Med, Bamako, 2007 ; n°155
6. Yassimbanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi GS, Boua N. La pathologie ano rectale à Bangui en république centre africaine (RCA). Mali Médical 2004 T XIX N° 2.
7. Diallo G, Sissoko F, Maiga I, et al. La maladie hémorroïdaire dans le service de Chirurgie B de l'hôpital du Point G. Mali Médical 2003 ; T XIX N° 1 : 9-11.
8. Dembélé K. Aspects épidémiologiques et cliniques des maladies anales au Mali Thèse : Médecine ; Bamako.1993 ; 93 p, N° 37.
9. Assi C, Lohoues-kacou MJ, Toth'o A, Traoré F. Quelques aspects épidémiologiques des rectorragies chez l'adulte noir africain. Med Afr Noire 2006 ; 5 : 315-319.
10. Mahassadi KA, Soro KG, Kouakou B, Anzoua KI. Les affections coloproctologiques et leur déterminant au CHU de Youpougon. Educi Rev Med 2012;
- 11.73-77. 14. Dia D, Diouf ML, Mbengue M, Bassene ML. La pathologie anale à Dakar : analyse de 2061 examens proctologiques. Med Afr Noire 2010 ; 57(5) : 441-444.

12. Diallo G, Sissoko F, Maiga MY, Traoré AK Dit Diop ,Ongoiba N, Dembélé M, Doumbia D, Coulibaly Y, Diallo A, Mariko H, Koumaré AK. La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B de l'hôpital du point G. Mali Médical. 2003 ; Tome XVIII (1et2) : 9-11.
13. Kassambara Y. Aspects étiologiques de la rectorragie au centre d'endoscopie digestive du CHU GT. Thèse, Med, Bamako, 2012 ; 50.
14. Boukris-Toledano A. Ligature hémorroïdale sous contrôle doppler avec mucopexie : résultats des 70 premiers patients d'une équipe spécialisée en chirurgie proctologique. [Thèse N° 2015-144]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne ; 2015.
15. Mariko H. Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas.
16. Cope R. Etiopathogenesis of haemorrhoidal diseases Gastro enterolclinbiol 1994 ; 57(2):206-212.
17. p. horde Hémorroïdes-Causes, symptômes et traitement Journal des femmes Santé [En ligne] 2016 No1N ?vembre [25 Déc. 2016] [705]. Disponible à l'URL : <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/705-hemorroides-causessymptomes-et-traitement>
18. Wikipédia. Bamako-wikipédia [En ligne] 2016 Décembre. [16 Jan. 2017] Disponible à l'URL : <https://fr.m.wikidia.org/wiki/bamako>
19. Hansen H, Stelzner F. Proktologie, springer-verlag., kliniktaschen-bucher 1981 162 p.
20. Robert D, Churet JP, Piquart B. Anatomie du canal anal Ed techn-encycl-Med-Chir.(Paris) tech chir Généralités-Appareil digestif tome 2, 1976, 40680, 6P.
21. Coper R. Etiopathogenie des hémorroïdes Déduction thérapeutique Proctologie, 1981 : 35-39

22. Miles W, E. Observations upon internal piles, Surg Gyn obst, 1991, 29: 496-500.
23. Souillard J, Contou J F. La ligature élastique : procédé de traitement médical ambulatoire des hémorroïdes. Nouv. Presse méd ; 1979,8 : 1981-1982
24. Girona J, Denkers D. Fistel, Fissur, Abcess. Chirur 1996, 6:222- 228
25. Ajayi D O, Banigoo G, Nnamdik. Anal fissure, fistule abscesses and haemorrhoids in tropical population dis colon rectum, 1974, 17 : 55-60
26. Dembélé IA. Etude des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire dans le centre d'endoscopie digestive du service de Médecine Interne du CHU Point G (Thèse). Médecine : Bamako ; 2009. N° 307.
- 27.26. N'Djitoya P, N'Dame C. Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu camerounais : études analytiques de 720 cas. Examen méd afr noire, 1991, (38), 12 :835-840
28. Dabo B. Connaissances, Attitudes et Pratiques Comportementales liées aux Hémorroïdes dans le Service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré et auprès des Thérapeutes Traditionnels au Mali [Thèse] : Chirurgie générale : Bamako : 2006. 100P ;
29. Dupuy- Mont, Brun JP. Physiologie, proctol prat, 1991, 10-11.
30. Kamina P. Dictionnaire d'atlas d'anatomie. Paris-Maloine SA, A-F, 1983,643.
31. Denis J, Lemarchand N. Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques des troubles hémorroïdaires de l'adulte. Arch fra pp ; dig ;1976(66), 8 : 530-537.
32. Denis J. Fistules anales. proctol prat, 1991 ; 3134p.
33. Miligan E T C, Morgan C. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. The lancet, 1937, 2 :1119-1124.

34. Chautems R, Zufferey G, Roche B. Pathologie hémorroïdaire : approche diagnostique et thérapeutique à l'usage du praticien. *Schweiz med forum* 2005 ; 5 : 869-874.
35. Sayfan J. Complication of Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Dis Surg* 2001 ; 18 : 131-3.
36. Baumann R, Meyer C. Pathologie de l'anus : hémorroïdes et fissures anales. *Revue d'hépatogastroentérologie*. 2002 ; 273 (14) : 165-172.
37. Fabien D, Bigard MA. Pathologie hémorroïdaire. *Rev du praticien*. 2005 ; 55 : 1719-1722.
38. Abramowitz L, Godeberge P, Soudan D. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol*. 2001 ; 25 (6-7) : 674- 702.
39. Madoff RD, Fleshman JW. Gastroenterological association technical review on the diagnosis and treatment of haemorrhoids. *Gastroenterology* 2004 ; 126 (5) : 1463-73.
40. Parades V, Parisot C, Atienza P. L'hémorroïdectomie selon la technique de Milligan et Morgan. *J Chir (Paris)*. 1 sept 2005;142(5):302-5.
41. Senagore AJ, Singer M, Abcarian H, Fleshman J, Corman M, Wexner S, et al. A prospective, randomized, Controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson haemorrhoidectomy : perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum* 2004 ; 47(11) : 1824.
42. Alper D, RAM E, Stein GY, Dreznik Z. Resting anal following haemorrhoidectomy and lateral sphincterotomy. *Dis colon Rectum* 2005 ; 48 (11) : 2080.
43. Banaei L, Dancoisne A, Dia K. Hémorroïdopexie circulaire par agrafage. Juillet 2005. 16- 85p. [En ligne] <http://www.has-sante.fr> consulté le 08/01/2023.

- 44.Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional haemorrhoidectomy : systematic review of randomized, controlled trials. *Dis Colon Rectum* 2004 ; 47 (11) :1837 - 45.
- 45.Gravie JF. Anopexie circulaire dans le traitement des hémorroïdes : technique de Longo. *Encycl. Méd Chir. Techn Chir.* 2000 ; 1-4 : 40-685.
- 46.Ezhari O. Profil épidémiologique, thérapeutique et Evolutif de la pathologie hémorroïdaire : Expérience du service de gastro-entérologie du CHU MED VI de Marrakech (Thèse). *Médecine : Marrakech*; 2020. 183p
- 47.Schafer H, Tolksdorf S, Vivaldi C. Radiofrequenzablation (Rafaelo®-Prozedur) zur Therapie von prolabierenden Hämorrhoiden III°. *Colo proctology.* 2018; 40(3): 204–210.
- 48.Ray-Offor E, Amadi S. Hemorrhoidal disease: Predilection sites, pattern of presentation, and treatment. *Ann Afr Med.* 2019; 18(1): 12-6.
- 49.Reboa G, Gipponi M, Fregatti P, Depaoli F. Integrated Treatment with Stapled Haemorrhoidopexy and Proctonorm® of Haemorrhoidal Disease. *In Vivo. Italy.* 2019 ; 33(5) : 1671–5.
- 50.Camara LS. Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CSRef Commune I (Thèse). *Médecine : Bamako* ; 2013. N°238.
- 51.Kouadio GK, Kouao JA, Kouadio KN, Turquin HT. Expérience de l'hémorroïdectomie selon Milligan-Morgan en Côte d'ivoire. *Med Afr Noire.* 2004; 51(7): 385-8.
- 52.Ratto C, Campenni P, Papeo F, Donisi L, Litta F, Parello A. Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) for hemorrhoidal disease: a single-center study on 1000 consecutive cases and a review of the literature. *Techniques in Coloproctology.* 2017 ; 21(12) : 953-962. 1123-6337.
- 53.Fernandez FA, Saenz EV, Esparza JP, Magro PM, Aguirre JP, Rosales JM, et al. Hemorrhoidal Disease in Specialty Medical Disease. *Rev Gastroenterol Mex.* 2006; 71(4): 428-432.

- 54.**Sangaré D. Etude de la maladie hémorroïdaire interne dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré (Thèse). Médecine : Bamako ; 2009. N°94.
- 55.**Zeitoun JD, Chrysostalis A, Lefevre J. Référence iKB, HGE : Pathologie hémorroïdaire. 6e éd. PARIS : Vernazobres-Grego; 2017.
- 56.**Mounsey AL, Halladay J, Sadiq TS. Hemorrhoids. Am Fam Physician 2011; 84(2):204-10.
- 57.**Foxx-Orenstein AE, Umar SB, Crowell MD. Common anorectal disorders. Gastroenterol Hepatol 2014; 10(5):294.
- 58.**Haute Autorité de la Santé. Évaluation de la DGHAL-RAR : Ligature des artères hémorroïdales avec guidage Doppler, suivie d'une mucopexie. Paris : Service évaluation des actes professionnels ; 2019.
- 59.**Koulibaly A. Evaluation de la prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le service de chirurgie <> au CHU du point G (Thèse). Médecine : Bamako ; 2009. N°202.
- 60.**Diarra M, Konaté A, Souckho A Épouse Kaya, Kassambara Y, Tounkara M, Sangaré D, et al. La Maladie hémorroïdaire interne au centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré de Bamako. Mali Med. 2015 ; 30(3):38-41
- 61.**Hrora A, Raiss M, Menfaa M, Sabbah F, Ahallat M, Al baroudi S, et al. Hémorroïdectomie selon la technique de Milligan et Morgan (à propos de 200 cas). Maroc Med. 2002 ; 24 : 8-10.
- 62.**Bagny A, Lawson-Ananissouh LM, Bouglouga O, Kaaga LY, Redah D, Djibril MA. La Pathologie Anorectale Au Chu Campus De Lome. European Scientific Journal January 2017 ; 13(3) : 423-7.

ANNEXES

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE :

I-Données administratives

Q1-Lieu enquête : CSRéf 3

Q2-Numéro de la fiche d'enquête :/.../

Q3-Date de consultation :/.../

Q4-Nom et prénom du malade :/.../

Q5-Age :/.../

Q6-Sexe...../.../

1 : Masculin 2 : Féminin

Q7- Lieu d'origine :...../.../

1 : Kayes 3 : Sikasso 5 : Mopti 7 : Gao 2 : Koulikoro 4 : Ségou 6 :
Tombouctou 8 : Kidal 9 : Bamako 10 : Autres (à préciser)

Q8- Contacte à Bamako :...../.../

Q9-Numéro de téléphone...../.../

Q10- Nationalité :...../.../

1 : Malienne 2 : Non Malienne (à préciser)

Q11- Ethnie :/.../

1 : Khassongué 4 : Senoufo 7 : Dogon 10 : Maure 2 : Sarakolé 5 : Malinké 8
: Touarègue 11: Minianka 3 : Bambara 6 : Bobo 9 : Peulh 12 : Sonrhäi 13 :
Forgeron 14 : Diawambé 15 : Griot 15 : Autres (à préciser)

Q12-Situation matrimoniale :/.../

1 : Marié (e) 2 : Célibataire 3 : Divorcé 4 : Veuf (ve)

Q13-Principale activité :...../.../

1 : Cadre supérieur 3 : Cadre inférieur 5 : Paysan 7 : Militaire 2. : Cadre
moyen 4 : Scolaire 6 : Ménagère 8 : Ouvrier 9 : Commerçant 10 : Autres (à
préciser)

Q14-Position du travail :...../.../

1 : Debout 2 : Assise 3 : Debout + Assise 4 : Indéterminé 5 : Autres (à préciser)
.....

- Q15-Mode de recrutement :...../.../
- 1 : Urgence 2 : Consultation ordinaire II Etude Clinique :
- Q16-Motif de consultation :...../.../
- 1 : Douleur anale 2 : Prolapsus hémorroïdaire 3 : Rectorragie 4 : 1+2+3 5 : 1+2 6 : 1+3 7 : 2+3 8 : Autres (à préciser) Description de la douleur
- Q17- Douleur Présente :...../.../
- Oui /.../ Non/.../
- Q 18-Mode d'installation :...../.../
- 1 : Brutal 2 : Progressif 3 : 1+2
- Q19- Moment de la douleur :...../.../
- 1 : Avant les selles 4 : Permanente 2 : Pendant les selles 5 : 1+2 3 : Après les selles 6 : 2+3
- Q 20- Type de la douleur :...../.../
- 1 : Brûlure 2 : Pesanteur 3 : Piquûre 4 : Tension 5 : Coup de poignard 6 : Indéterminé 7 : Autres (à préciser)
- Q21- Intensité de la douleur :/.../
- 1 : Faible 2 : Modérée 3 : Forte 4 : Extrême 5 : Indéterminé
- Q 22- Irradiation de la douleur :...../.../
- 1 : Aucune 2 : locale 3 : pelvienne 4 : Périnéale 5 : 2+3 6 : 2+ 4 7 : 2+3+4 8 : Indéterminé
- Q23-Evolution de la douleur :...../.../
- 1 : Permanente 2 : Intermittente Description de la rectorragie
- Q 24- Rectorragie présente :...../.../
- 1 : Oui /.../ 2 : Non /.../
- Q25-Moment de la rectorragie par rapport aux selles :...../.../
- 1 : Avant les selles 2 : Au moment des selles 3 : Après les selles 4 : En dehors des selles 5 :1+2 6 :2+3 7 : Indéterminé
- Q26-Quantité de la rectorragie :...../.../
- 1 : Trace 2 : Moyenne abondance 3 : Grande abondance 4 : Indéterminé 5. Autre (à préciser)

Q 27-Aspect de la rectorragie :...../.../

1 : Rouge 2 : Noire 3 : Caillot 4 : Indéterminé 5 : Autres (à préciser).....

Q28-Mode d'arrêt de la rectorragie :...../.../

1 : Aucun 2 : Spontané 3 : Provoqué Description du prolapsus hémorroïdaire

Q29- Prolapsus présent :...../.../

1 : Oui /.../ 2 : Non /.../

Q 30-Mode d'apparition :...../.../

1 : Spontané 2 : Après un effort physique 3 : Indéterminé

Q31-Durée du prolapsus :...../.../

1 : Moins de 24 heures 2 : 1 à 2 jours 3 : 2 jours à 1 semaine 4 : Plus d'une semaine 5 : Permanent

Q 31-Réduction du prolapsus :/.../

1 : Spontanée 2 : Manuelle 3 : Non réductible 4 : Indéterminé

Q32-Fréquence de la procidence hémorroïdaire :...../.../

1 : Fréquente 2 : Peu fréquente 3 : Chronique

Q33-Signes d'accompagnement :...../.../

1 : Aucun 2 : Suintement 3 : Irritation péri-anale 4 : Prurit anal 5 : Epreintes 6 : Ténésme 7 : 2+3 8 : 2+4 9 : 3+4 10 : 4+5 11 : 4+6

Q 34-Facteurs favorisants :...../.../

1 : Constipation 2 : Diarrhée 3 : Périodes menstruelles 4 : Grossesse 5 : Sédentarité 6 : Travaux en position assise 7 : Accouchement 8 : Autres (à préciser)

III Antécédents :

Q35- Médicaux :...../.../

1 : Aucun 2 : Tuberculose 3 : Drépanocytose 4 : HTA 5 : Diabète 6 : Syphilis 7 : UGD 8 : Autres (à préciser)

Q36- Chirurgicaux :...../.../

1 : Jamais opéré 2 : Opéré (préciser la nature)

Q37- Gynécologiques :...../.../

1 : Aucun 2 : Cycles menstruelles 3 : Leucorrhée 4 : Ménopause 5 : Indéterminé 6 : Autres (à préciser)

Q38- Obstétricaux :...../.../

1 : Grossesse 1er trimestre 2 : Grossesse 2ème trimestre 3 : Grossesse 3ème trimestre 4 : Pas de grossesse

IV Habitudes socio-alimentaires :

Q39- Base alimentaire :...../.../

1 : Céréales Oui /.../ Non /.../ 2 : Fruits Oui /.../ Non /.../ 3: Tubercules Oui /.../ Non /.../

Q40-Autres habitudes alimentaires...../.../

1 : Aucun Oui /.../ Non /.../ 2 : Tabac Oui /.../ Non /.../ 3 : Alcool Oui /.../ Non /.../ 4 : Thé Oui /.../ Non /.../ 5 : Café Oui /.../ Non /.../ 6 : 2+4 Oui /.../ Non /.../ 7 : 2+5 Oui /.../ Non /.../ 8 : 2+4+5 Oui /.../ Non /.../ 9 : 2+3+4+5 Oui /.../ Non /.../

Q41-Traitement antérieur :...../.../

1 : Médical 2 : Chirurgical 3 : Traditionnel 4 : Automédication 5 : 3+4 6 : Pas de traitement

V Examen physique :

A Signes généraux :

Q42-Température corporelle :...../.../

1 : Normale 2 : Hypothermie 3 : Hyperthermie

Q43- Tension artérielle :...../.../

1 : Normo tension 2 : Hypotension 3 : Hypertension

Q44-Conjonctives :...../.../

1 : Bien colorées 2 : Moyennement colorées 3 : Pâles

B. Signes d'organe :

Q45 – Hépatomégalie :...../.../

1 Oui /.../ 2 Non /.../

Q 46-Circulation veineuse collatérale :...../.../

1 Oui /.../ 2 Non /.../

Q 47- Splénomégalie :...../.../

1 Oui /.../ 2 Non /.../

C. Examen proctologique :

Q48- Inspection anale :...../.../

1 : Prolapsus hémorroïdaire Oui /.../ Non /.../ 2 : Marisques hémorroïdaires
Oui /.../ Non /.../ 3 : Ulcération anale Oui /.../ Non /.../ 4 : Orifice fistuleux Oui
/.../ Non /.../ 5 : Fissure Anale Oui /.../ Non /.../ 6 : R.A.S Oui /.../ Non /.../

D-Toucher rectal :

Q49-Toucher rectal fait :...../.../

1 Oui /.../ 2 Non /.../

Q50- Sphincter anal :...../.../

1 : Tonique 2 : Hypotonique 3 : Hypertonique

Q51- Bourrelet hémorroïdaire interne :...../.../

1 Oui /.../ 2 Non /.../

Q52-Toucher rectal hémorragique :...../.../

1 Oui /.../ Non /.../

Q53-Toucher rectal douloureux :...../.../

1 Oui /.../ Non /.../

VI- Diagnostique :

Q54-Hypothèse diagnostique :...../.../

1: Hémorroïde interne 2: Hémorroïde externe 3: Thrombose hémorroïdaire 4 :
Hémorroïde+Fistule anale 5: Hémorroïde+Fissure anale 6 : Hémorroïde+Anite 7
: Hémorroïde interne+Hémorroïde externe 8 : Autres (à préciser).....

II- Examens Complémentaires :

Q55-Anorectoscopie Fait :...../.../

1 : Oui /.../(Résultat) :..... 2 : Non /.../

Q56-BMR(bactéries multi-résistantes) Faite :...../.../

1: Oui /.../(Résultat) :..... 2 : Non /.../

Q57-Groupe sanguin :...../.../

1: A+ 2: A- 3: B+ 4: B- 5: AB+ 6: AB- 7: O+ 8: O- 9 : Indéterminé

Q58-Glycémie :...../.../

1 : Normale 2 : Hyperglycémie 3 : Hypoglycémie

Q59-Diagnostic retenu :/.../

1 : Hémorroïde interne 2 : Hémorroïde externe 3 : Thrombose hémorroïdaire 4 : Hémorroïde + Fistule 5 : Hémorroïde+ fissure 6 : Hémorroïde + anite 7 : Hémorroïde interne + Hémorroïde externe 8 : Autres (à préciser)

.....

VIII- Traitement :

A- Médical

Q60- Traitement médical fait :...../.../

1 Oui /.../ Non /.../

Q61- Produits utilisés :...../.../

1 : Veinotonique (à préciser) 2 : Régulateur du transit (à préciser) 3 : Antalgique (à préciser) 4 : Laxatif (à préciser) 5 : 1+2+3 6 : 1+3+4 7 : 1+ 3 8 : 2+3 9 : 1+2 10 : Autres (à préciser)....

Q62-Durée du traitement...../.../

1 : 1 à 3 Jours 2 : 3 à 7 Jours 3 : 7 à 15 Jours 4 : 15 à 30 Jours 5 : 30 à 60 Jours 6 : Plus de 60 Jours

B- Chirurgical

Q63-Traitement chirurgical fait...../.../

1 : Oui /.../ 2 : Non /.../

Q64-Indications

chirurgicales...../.../

1 : Echec du traitement médical 2 : Thrombose hémorroïdaire 3 : Hémorroïde hémorragique 4 : Hémorroïde stade 3 5 : Hémorroïde stade 4 6 : Hémorroïde +Fissure anale 7 : Hémorroïde +Fistule anale 8 : Autres (à préciser)

.....

Q65-Type d'anesthésie...../.../

1 : Anesthésie locale 2 : Anesthésie locorégionale 3 : Anesthésie générale

Q66-Technique utilisée...../.../

1 : Milligan-Morgan 2 : Ferguson 3 : Parks 4 : Thrombectomie simple 5 :
Hémorroïdectomie simple 6 : Hémorroïdectomie + Fissurotomie 7 :
Hémorroïdectomie + Mucopexie : Autres (à préciser)

Q67-Durée de l'intervention chirurgicale :...../.../

1 : 10 à 20 minutes 2 : 21 à 30 minutes 3 : 31 à 40 minutes 4 : 41 à 50 minutes
5 : 51 à 60 minutes 6 : Plus de 60minutes

Q68-Nombre de paquet(s) réséqué(s)...../.../

1 : 3 paquets 2 : 2 paquets 3 : 1 paquet 4 : Autres (à préciser)

C-Traitement post opératoire :

Q69-Produits :/.../

1 : Antalgique (à préciser) 2 : Laxatif (à préciser) 3 : Antiseptique (à préciser)
4 : 1+2 5 : 1+3 6 : 1+2+3 7 : Autres (à préciser)

D-Suites Opératoires :

Q70-Complication (s) post opératoire (s) Immédiate (s) :/.../

1 : Aucune 2 : douleur 3 : Fièvre 4 : Hémorragie 5 : Rétention urinaire 10 :
Autres (à préciser)

Q71- suivi post opératoire à 3 mois :...../.../

1 : Suites simples 2 : Douleur 3 : Saignement 4 : Retard de cicatrisation 5 :
Incontinence anale 6 : Autres (à précisé).....

Q72-Suivi post opératoire jusqu'à 6 mois...../.../

1 : Incontinence anale 2 : Sténose anale 3 : Récidive 4 : Autres (à
préciser).....

Fiche signalétique

Nom : DEMBELE

Prénom : Falaye

Adresse : Tel : 67200615

E-mail : falayed82@gmail.com

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence commune III.

Année académique : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

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

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale.

Résumé

Introduction : La pathologie hémorroïdaire est l'affection anale la plus fréquente qui s'exprime par des manifestations intermittentes. Ces manifestations ne sont pas spécifiques, nécessitant une prise en charge rigoureuse en adaptant le traitement et la surveillance en fonction du stade évolutif de la maladie.

But : Evaluer la prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CSRéf CIII.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective, descriptive et analytique allant du 31 décembre 2020 au 31 décembre 2025 soit une période de cinq (05) ans, qui s'est déroulé dans le service de chirurgie générale du CSRéf CIII.

Résultats : Nous avons recueillis 72 cas de maladies hémorroïdaires sur :

- 1714 consultations, soit une moyenne de 342 consultations par an. La maladie hémorroïdaire a constitué 23,81% de toutes les consultations, soit une moyenne de 14 cas par an.

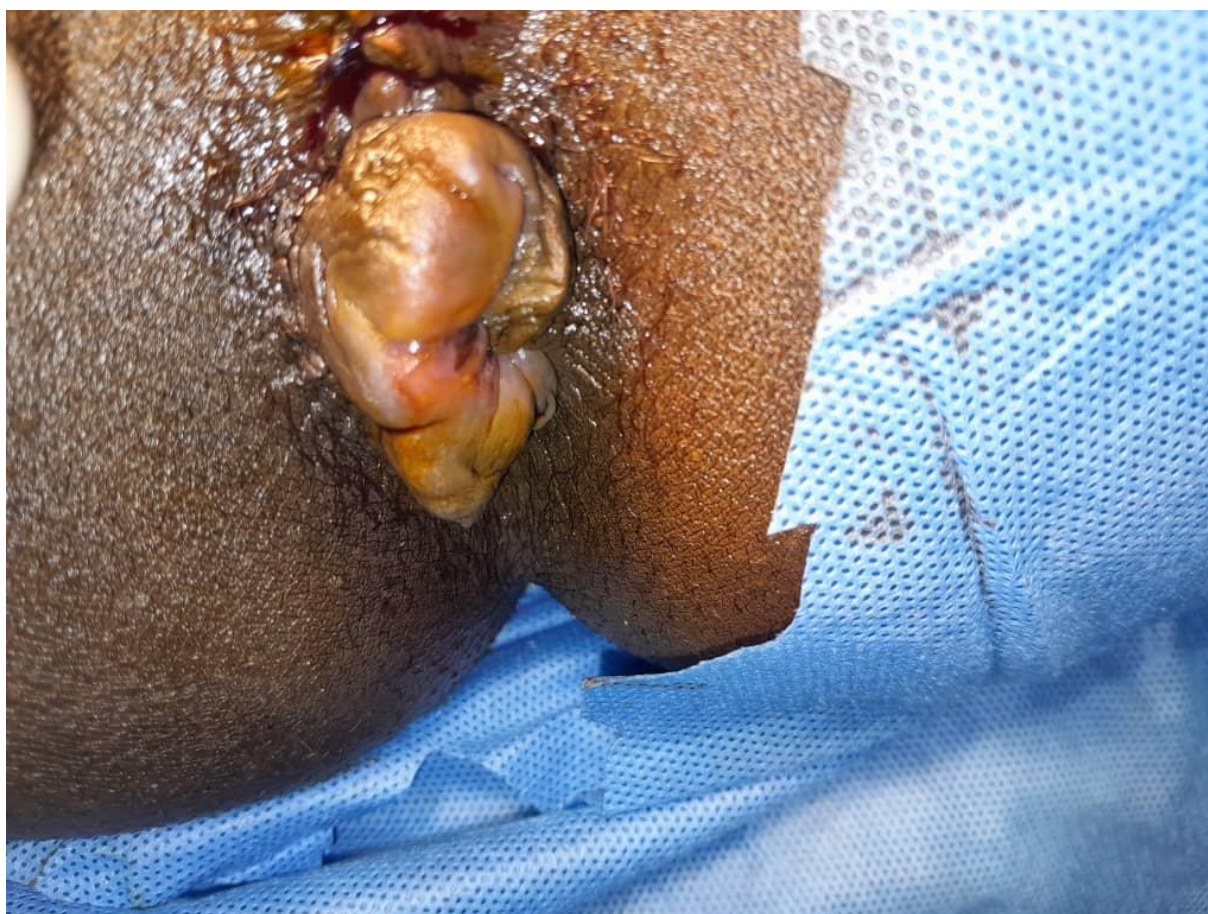
- 1060 interventions chirurgicales, soit une moyenne de 212 interventions par an. La maladie hémorroïdaire représente 23,04% de toutes les opérations, soit une moyenne d'environ 14 maladies hémorroïdaires opérées par an.

Le sexe masculin représentait 72% de nos patients avec un sex-ratio de 2,6. L'âge moyen de nos patients était de $32,76 \pm 9,8$ ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans. La tranche d'âge [20-39ans] était plus représentée soit 72,2 %. Le motif de consultation le plus fréquent dans notre étude était la douleur anale et prolapsus hémorroïdaire (48,8%). Dans notre étude les règles hygiéno-diététiques, la régularisation du transit et d'antalgique ont été systématiquement instaurées chez tous nos patients (100%). Quarante-six patients (64%) ont reçu un traitement chirurgical, l'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN a été réalisé chez (84,8%), thrombectomie simple chez (10,9%) et hémorroïdectomie + fissurectomie chez (4,3%), 37% ont présenté une complication postopératoire immédiate et aucun patient n'a présenté aucune complication postopératoire tardive. La durée du traitement médical exclusif de nos patients était plus de 30 jours.

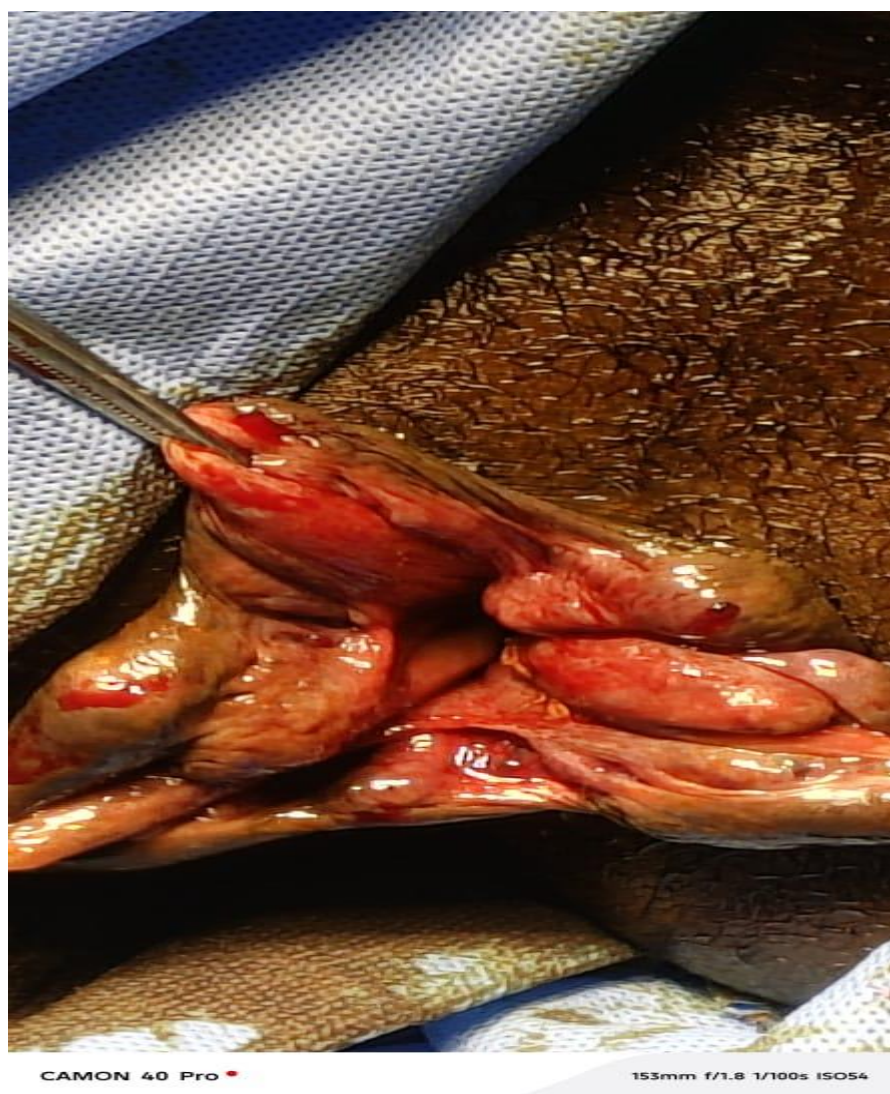
Conclusion : La maladie hémorroïdaire est une pathologie fréquente. Dans notre étude la douleur anale et prolapsus hémorroïdaire ont été le signe fonctionnel le plus fréquent soit 48,6%, suivie de douleur anale exclusive soit 30,6%. Le traitement de 1ère intention a été médical soit en cas des complications. La chirurgie été le dernier recours.

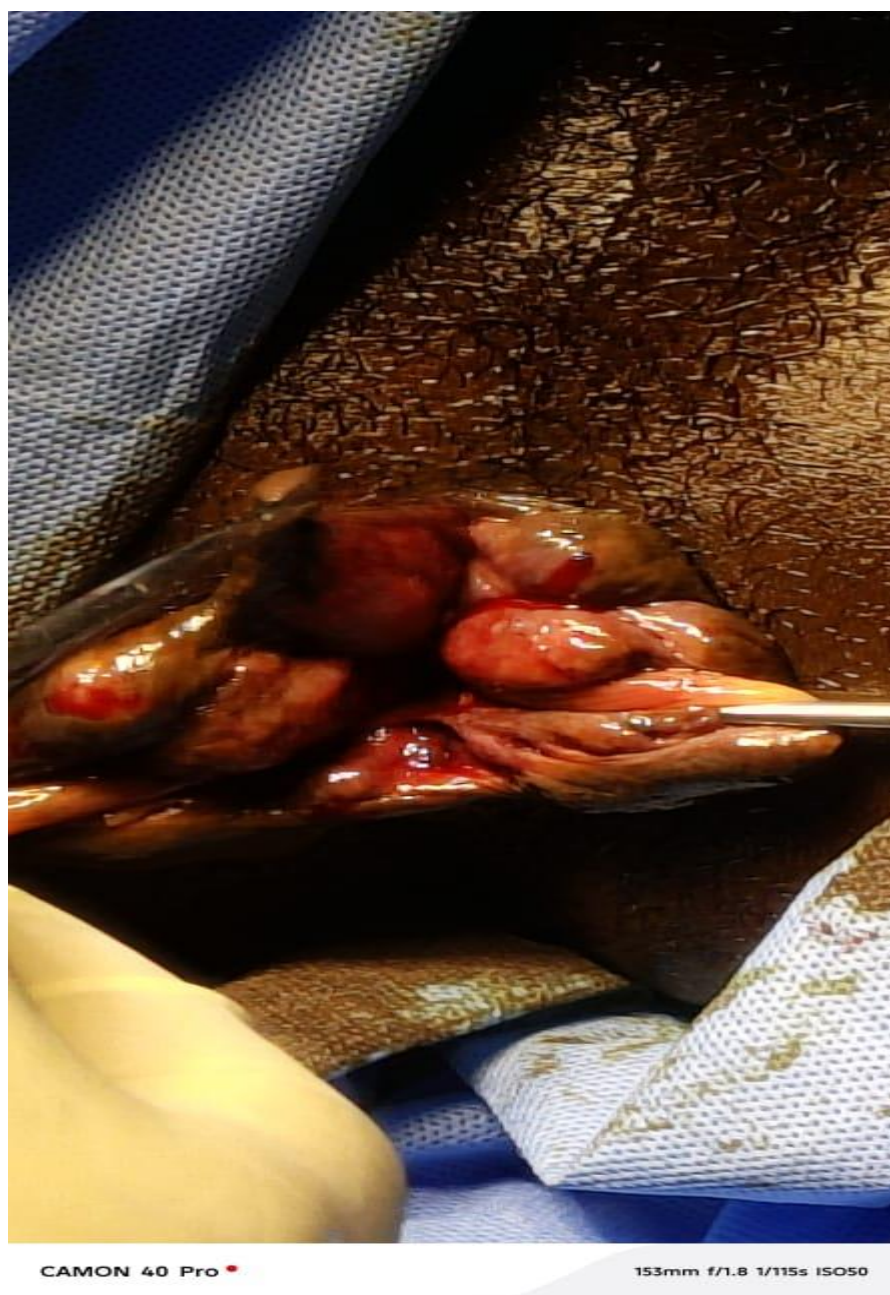
ICONOGRAPHIQUE

ICONOGRAPHIQUE









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'Etre Suprême, d'être fidèle aux
lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les Secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à
favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de
Classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales
Contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction
que J'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !