

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2019 –

THESE

N° de Thèse 20M.....

ETUDE DES PATHOLOGIES ANALES BENIGNES
DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE DU CENTRE DE
SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE I DE
BAMAKO

**Présentée et soutenue publiquement le / /2020
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

Par M. TIEBA TRAORE

Pour obtenir le grade de DOCTEUR en MEDECINE

JURY

Président : Pr Alhassane TRAORE

Membres : Dr Amadou TRAORE

Dr Moussa Younoussou DICKO

Co-directeur : Dr Modibo SANOGO

Directeur : Pr Lassana KANTE

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

Ce travail est dédié à :

Je rends grâce

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

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

Je Vous dois ce que je suis devenu.

Louanges et remerciements pour Votre clémence et miséricorde.

"Il est ALLAH, Unique.

ALLAH, Le Seul à être imploré pour ce que nous désirons.

Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus.

Et nul n'est égal à Lui".

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

Ce travail est une infime partie de Tes immenses grâces.

A MES PARENTS

A MON PERE KARIM TRAORÉ *les mots me manquent pour exprimer ma pensée. Rien de ce que nous pourrions faire sur cette terre ne pourrait vous récompenser pour les efforts que vous avez consentis à notre instruction. Ce modeste travail n'est que le fruit de l'éducation et de l'amour que j'ai reçu. Seul Dieu peut vous gratifier de tout ce que vous avez fait pour nous. Que le Tout Puissant ALLAH puisse vous accordez longue vie, bonne santé et plein de bonheur à nos côtés et qu'il puisse nous donner les moyens nécessaires pour que nous puissions réaliser nos rêves.*

A MA MERE KADIATOU NAMOGO, *tu es la meilleure des personnes qu'ALLAH m'a offerte ; courageuse et dévouée tu nous as entouré d'une affection sans pareille. Les mots me manquent pour te qualifier, tout ce que j'aurai à dire ne saurait exprimer à fond le sacrifice et l'endurance que tu as dû subir pour nous élever. Toi qui as su répondre à notre appel dans les moments difficiles, toi qui as su nous enseigner les règles de bonne conduite, de dignité, de sagesse et le respect de soi et des autres ; je ne saurai te remercier. Ce modeste travail est le fruit de tes efforts. Je ne trouve pas les mots exacts pour exprimer ce que je ressens. Tu as été un grand soutien. Puisse ALLAH récompenser tous les sacrifices consentis. Je te souhaite longue vie, plein de succès et de bonheur pour que nous puissions nous rendre utile pour toi.*

A mes collègues thésards du CS Réf de la commune I :

Alassane Konate, Koniba Fofana, Fousseyni Traoré, Hamadou Yalcouye,

A mes aînés : Dr Bessy Samake, Dr Bamake Dembele, Dr Oumar Malle, Dr Fane Yacouba, Dr Lamine Dembele, Dr Mama Simpara, Dr Arafaou Dicko, Dr Yaya Diarra, Dr Abdramane Cisse, Dr Ousmane Tolo, Dr Alou Cisse, Moussa Kone ce travail est le vôtre.

Aux chirurgiens de la commune I : Dr Cheickna Tounkara

Dr Modibo Sanogo, Dr Issaka Diarra, merci pour la formation

Aux Majors de la chirurgie M Youssouf Coulibaly et M Sory Keita, les autres infirmiers particulièrement à Mariam Coulibaly

Aux personnels du bloc opératoire du CSREF CI : Yacouba Coulibaly, Amadou Oury Dia, Tanti Oumou, Tonton Samake, Tonton Younoussa. Tonton Sow Merci pour la collaboration

A mes collègues thésards de la chirurgie générale du CHU GT : Daouda Coulibaly, Moh Samake, Doumbia, Kady, Dina, Mamadou Sangare, kouriba, Togo , Merci pour la bonne collaboration.

Mes sincères remerciements

A Tous mes enseignants, du Primaire à la Faculté de Médecine et Odonto Stomatologie :

Pour l'Education, l'enseignement et le savoir que vous m'avez donné.

A mes voisins du Point G : Pour votre hospitalité durant le temps passé ensemble

A mes oncles : Bakary Traoré, Souleymane Traoré, et Sekouba Traoré

Merci pour les conseils, les encouragements et les soutiens financiers

Sachez que ce travail est le fruit de votre effort.

A mes tantes : Awa Traoré, Nana Traoré, Sabou Traoré, Aminata Traoré ,Mamou Namogo, Safiatou Namogo, Tenin Traoré et Oumou Namogo

Je vous remercie infiniment pour tous ce que vous avez fait pour moi durant toutes ces années. Sachez que ce travail est aussi pour vous.

A mon grand frère: Yoro Traoré

Les mots me manquent pour exprimer ici tout l'effort que vous avez fourni

Pour ce jour. Merci infiniment grand frère !

Qu'Allah renforce notre lien de fraternité d'avantage !

A mes sœurs : Sylvi Traoré et Denis Adjaratou Traoré

Merci pour le respect et la confiance que vous avez mis en moi

Ce travail est le votre

A mon jeune frère : Paul Gaston Traoré

J'espère que ce travail sera pour toi un motif d'encouragement et de persévérance dans la vie.

A tous les personnels de l'ASACOBOUL I : plus particulièrement à Dr Mahamadou D Traoré merci infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi, ce travail est le vôtre.

A tous les personnels du Cabinet médical ASMA : Dr Sidi Kanté, N'bah Keita et Tikida Kanté merci pour la bonne collaboration.

A mes cadets : Saouti Konaté , Boubacar Souleymane Coulibaly, Souleymane Malle, Mohamadou Touré , Djiby Diarra , Mohamed B Haoussa

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi !

A mes de la Faculté : Dr Yacouba Coulibaly, Dr Amos Coulibaly, Issa A Coulibaly, Mamadou K Sissoko, Balla Traoré, Siaka Sioro, Nouhoum Barry, Aboubacar Sagara, Eric Savadogo, Abdoul K Traoré merci pour la bonne collaboration.

A tous les autres que je n'ai pas pu citer leurs noms par oubli, merci pour tout.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Alhassane TRAORE

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS.**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- **Détenteur d'un master en chirurgie hépatobiliaire.**
- **Chargé de cours à l'INFSS.**
- **Membre de la Société de chirurgie du Mali.**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre pédagogie à transmettre vos connaissances, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté.

Vous faites la fierté du Mali.

Veillez recevoir ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Amadou TRAORE

- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Médecin colonel à la direction centrale des services de santé des armées (DCSSA)**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone**

Cher Maître

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un Maitre exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maitre soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Moussa Younoussou DICKO

- **Hépto-gastro-entérologue au CHU Gabriel TOURE**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**

Cher Maître

C'est une chance pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury malgré vos multiples occupations. Nous avons été impressionnés par votre qualité scientifique, votre disponibilité et la simplicité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Nous vous prions d'accepter le témoignage de nos sentiments les plus distingués.

À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Modibo SANOGO

- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Chef de service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako ;**
- **Praticien hospitalier au Cs Réf CI**
- **Membre de la SOCHIMA.**

Cher Maître,

C'est avec beaucoup de dévouement que vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail. Vos conseils et vos critiques sont pour beaucoup dans la qualité de cette œuvre scientifique.

C'est le lieu pour nous de vous témoigner, cher maître, toute notre reconnaissance et notre profond respect.

Puisse le Bon Dieu vous fortifier dans votre carrière professionnelle.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur KANTE Lassana

- **Spécialiste en chirurgie générale.**
- **Maitre de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS.**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- **Chargé de cours Ibode à l'INFSS**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail.

Votre simplicité et votre modestie nous ont marqué. Votre rigueur à la démarche scientifique a été d'un grand bénéfice dans notre apprentissage.

Nous vous remercions pour toutes les connaissances que vous nous avez transmises.

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

**SIGLES
ET
ABRÉVIATIONS**

SIGLES ET ABREVIATIONS :

Anapath : Anatomopathologie

CCC : Communication pour le Changement du Comportement

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHU-PG : Centre Hospitalier Universitaire du Point-G

CS Réf CI : Centre de Santé de Référence de la Commune I

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

HMIMV : Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V

IEC : Information-Education-Communication

INFSS : Institut National de Formation Science de la Santé.

SIS : Système d'Information Sanitaire

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES :

FIGURE I : LE CLYSTERE PRATIQUE A TRAVERS LA FENETRE, UN BAS-RELIEF EN BOIS

SCULPTE ET PEINT A LA FIN DU XV SIECLE, CONSERVE AU MUSEE GRUUTHUISE DE BRUGGES [8]. - 26 -

FIGURE II : TRAITEMENT CHIRURGICAL DES HEMORROÏDES, MINIATURE DU CODE DE

CHIRURGIE DE ROGERIO FRUGARDI (MS SLOANE 1975 P93) DURANT LE XIV SIECLE, TROUVE AU BRITISH MUSEUM, DE LONDRES [8]. - 27 -

FIGURE III LIGATURE ET EXTIRPATION DES HEMORROÏDES HEMORRAGIQUES.

ILLUSTRATION DU MANUSCRIT « LA CHIRURGIE PAR ILKHANI » 1465, DE CH. ED-DIN (L.II CHAP. 81, P124) TROUVE A LA BIBLIOTHEQUE NATIONAL DE PARIS [8]. - 27 -

FIGURE IV: COUPE FRONTALE DU CANAL ANAL - 28 -

FIGURE V: ASPECT NORMAL DES PLIS RADIES DE L'ANUS (FINS ET HARMONIEUX) LORS

DE L'INSPECTION CLINIQUE DE LA MARGE ANALE. - 30 -

LISTE DES TABLEAUX :

TABLEAU I : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE	- 54 -
TABLEAU II : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA TRANCHE D'AGE	- 54 -
TABLEAU III : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ETHNIE	- 55 -
TABLEAU IV : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROFESSION	- 55 -
TABLEAU V : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA RESIDENCE.....	- 55 -
TABLEAU VI : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE STATUT MATRIMONIAL	- 56 -
TABLEAU VII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROVENANCE	- 56 -
TABLEAU VIII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES ANTECEDENTS MEDICAUX.....	- 56 -
TABLEAU IX : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX	- 57 -
TABLEAU X: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE MODE DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE ..	- 57 -
TABLEAU XI : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES MOTIFS DE CONSULTATION	- 58 -
TABLEAU XII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR.....	- 58 -
TABLEAU XIII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES CARACTERES DE LA RECTORRAGIE	- 58 -
TABLEAU XIV: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA PRESENCE DE MARISQUE	- 59 -
TABLEAU XV: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SPHINCTER TONIQUE	- 59 -
TABLEAU XVI : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA DUREE D'EVOLUTION DE LA MALADIE	- 59 -
TABLEAU XVII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES FACTEURS DECLENCHANTS DE LA DOULEUR ANALE.	- 60 -
TABLEAU XVIII: REPARTITION DES PATIENTS SELON LA REALISATION DE L'ANORECTOSCOPIE ...	- 60 -
TABLEAU XIX : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA PRESENCE D'UNE ANEMIE.	- 60 -
TABLEAU XX : REPARTITIONS DES PATIENTS SELON LE MOTIF DE CONSULTATION EN FONCTION DES DIAGNOSTICS	- 61 -
TABLEAU XXI: REPARTITION DES PATIENTS SELON LES DIAGNOSTICS	- 61 -
TABLEAU XXII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA CLASSIFICATION DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE	- 62 -
TABLEAU XXIII : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'EVOLUTION DE L'ABCES ANAL.....	- 62 -
TABLEAU XXIV : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA CLASSIFICATION DE LA FISTULE ANALE .	- 62 -
-	
TABLEAU XXV : REPARTITION DES PATIENTS SELON LA CLASSIFICATION DE LA FISSURE ANALE	- 63 -
TABLEAU XXVI : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE DE TRAITEMENT REÇU.....	- 63 -
TABLEAU XXVII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES TECHNIQUES CHIRURGICALES UTILISEES..	-

TABLEAU XXVIII : REPARTITION DES PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIE HEMORROÏDAIRE SELON LE TYPE DE TRAITEMENT REÇU..... - 64 -

TABLEAU XXIX : REPARTITIONS DES PATIENTES SELON LA REALISATION DE L'ANAPATH - 64 -

TABLEAU XXX : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES COMPLICATIONS POST OPERATOIRES..... - 64 -

TABLEAU XXXI : REPARTITIONS DES PATIENTS SELON LES COMPLICATIONS EN FONCTION DES DIAGNOSTICS..... - 65 -

TABLEAU XXXII : LE COUT DE LA PRISE EN CHARGE..... - 65 -

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION :	- 20 -
II. GENERALITES :	- 24 -
1. Définition des pathologies anales :	- 24 -
2. Historique des pathologies anales :	- 24 -
3. Rappel anatomique :	- 28 -
4. Physiopathologie [13].....	- 29 -
5. Traitement :	- 31 -
III. METHODOLOGIE :	- 47 -
1. Cadre d'étude :	- 47 -
2. Présentation de la commune I :	- 47 -
3. Type et période d'étude :	- 52 -
4. Population d'étude :	- 52 -
5. Échantillonnage :	- 52 -
IV. RESULTATS :	- 54 -
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	- 67 -
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	- 75 -
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	- 78 -
VIII. ANNEXES :	- 87 -

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

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

Les pathologies anales demeurent un motif fréquent de consultation aussi bien en médecine générale qu'en gastro-entérologie, [1]; [2]. Elles sont probablement sous-estimées en Afrique noire du fait de la pudeur, du recours à la médecine traditionnelle, de la négligence et du manque d'informations [3].

La plupart des pathologies anales ne nécessite pas d'exploration complémentaire, les diagnostics se posent le plus souvent par l'interrogatoire associé à l'examen physique, notamment pour la fissure anale, la maladie hémorroïdaire, la fistule anale, l'abcès anal ou les pathologies dermatologiques. Quant au cancer anal, un simple examen clinique permet de le dépister. [4]

La maladie hémorroïdaire est la pathologie ano-rectale la plus rencontrée dans plusieurs études africaines [3,4,5]

Sur le plan épidémiologique, les affections proctologiques surviennent à toutes les tranches d'âge avec une nette prédominance au niveau de la population jeune.[6]

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

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

OBJECTIFS

A. OBJECTIFS :

A.1. Objectif général :

Étudier les pathologies anales bénignes dans le service de chirurgie générale du CS
Réf de la commune I.

A.2. Objectifs spécifiques :

- 1.1. Déterminer la fréquence hospitalière des pathologies anales bénignes ;
- 1.2. Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques ;
- 1.3. Analyser les suites opératoires ;
- 1.4. Évaluer le coût de la prise en charge.

GÉNÉRALITÉS

II. GENERALITES :

1. Définition des pathologies anales :

a. Les Hémorroïdes :

Les hémorroïdes sont des dilatations des veines péri-anales. Tout dépend où se situent les veines dilatées, on distingue 2 types d'hémorroïdes : externe et interne.

b. La fissure anale :

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

c. L'abcès anal :

L'abcès anal est une infection des glandes anales. Se manifeste surtout par de la douleur et une sensation de masse. Il n'y a habituellement pas d'autres symptômes digestifs associés. Bien qu'il s'agisse d'une infection, il est important de se rappeler que la fièvre n'est pas toujours présente dans l'abcès anal.

d. La fistule anale :

La fistule anale est une communication entre une glande anale et la peau. Elle survient souvent suite au drainage spontané ou chirurgical d'un abcès anal. [6]

2. Historique des pathologies anales :

Sur le plan historique, les urgences proctologiques tirent leurs intérêts pour plusieurs raisons ; l'accessibilité du canal anal en a fait une région très tôt explorée dès la période de l'Empire égyptien : Ebers, papyrus de Berlin et papyrus d'Edwin Smith [7]. À l'époque, le traitement de toute maladie proctologique était essentiellement médical, fait de pansements locaux (lin enduit et placé dans l'anus, lavements et autres astuces). Les Égyptiens utilisaient surtout la bière, le miel, le lait, l'huile et l'eau. Le traitement chirurgical n'était encore pas évoqué. Hippocrate, à l'époque de

la saignée salvatrice, voit dans le saignement hémorroïdaire une protection contre les maladies et « ainsi est-il nécessaire de ne pas trop les traiter et de toujours laisser un peu de cette issue bénéfique : « ayez soin d'en laisser toujours une » et l'on imagine déjà la physiopathologie : « la maladie se produit ainsi : la bile ou le phlegme se fixant dans les veines du rectum, et chauffe le sang qui est dans les veines, ces veines échauffées, attirent les veines les plus voisines, le sang se remplit et fait tumeur dans l'intérieur du rectum. Les têtes des veines sont saillantes, et à la fois contuses par les excréments qui sortent. Pressées par le sang qui s'accumule, elles projettent ce liquide surtout avec les selles, mais quelques fois sans les selles ». Les idées d'Hippocrate sont reprises par Ambroise Paré en 1575 : « si elles jettent modérément, on ne doit pas l'arrêter du tout, parce qu'elles préservent de la mélancolie, lèpre, pleurésie, péripneumonie selon la sentence d'Hippocrate Mais si le flux de sang est démesuré, on l'arrêtera car autrement, il cause hydropisie par réfrigération du foie »

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

un mauvais retour veineux comme étant l'origine de la pathologie hémorroïdaire. Il explique que ce mauvais retour veineux est dû aux efforts de poussées nécessaires à l'exonération des excréments.

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

Ainsi, le XX^{ème} siècle a surtout apporté l'asepsie, l'anesthésie et des techniques instrumentales, médicales ou chirurgicales plus modernes. En revanche, la dilatation anale décrite par Récamier en 1838 est actuellement abandonnée. L'intervention de Milligan-Morgan, technique chirurgicale la plus utilisée actuellement, trouve son origine en 1744 par la description de J.-L. Petit. Elle a été améliorée par Parks en 1965 [7]. Dans notre contexte et ce malgré le nombre important des parturientes souffrant de la pathologie proctologique, son incidence a été très peu étudiée dans la littérature, les premiers écrits sont ceux de Martin en 1950, viennent ensuite ceux de Simmons, Pradel, Abramowitz... [8, 9,10].



Figure I : Le clystère pratiqué à travers la fenêtre, un bas-relief en bois sculpté et peint à la fin du XV siècle, conservé au Musée Gruuthuse de Brugges [7].



Figure II : Traitement chirurgical des hémorroïdes, miniature du Code de Chirurgie de Rogerio Frugardi (MS Sloane 1975 p 93) durant le XIV siècle, trouvé au British Museum, de Londres [7].



Figure III Ligature et extirpation des hémorroïdes hémorragiques. Illustration du manuscrit « La chirurgie par Ilkhani » 1465, de Ch. Ed-Din (L.II chap. 81, p124) trouvé à la Bibliothèque National de Paris [7].

3. Rappel anatomique :

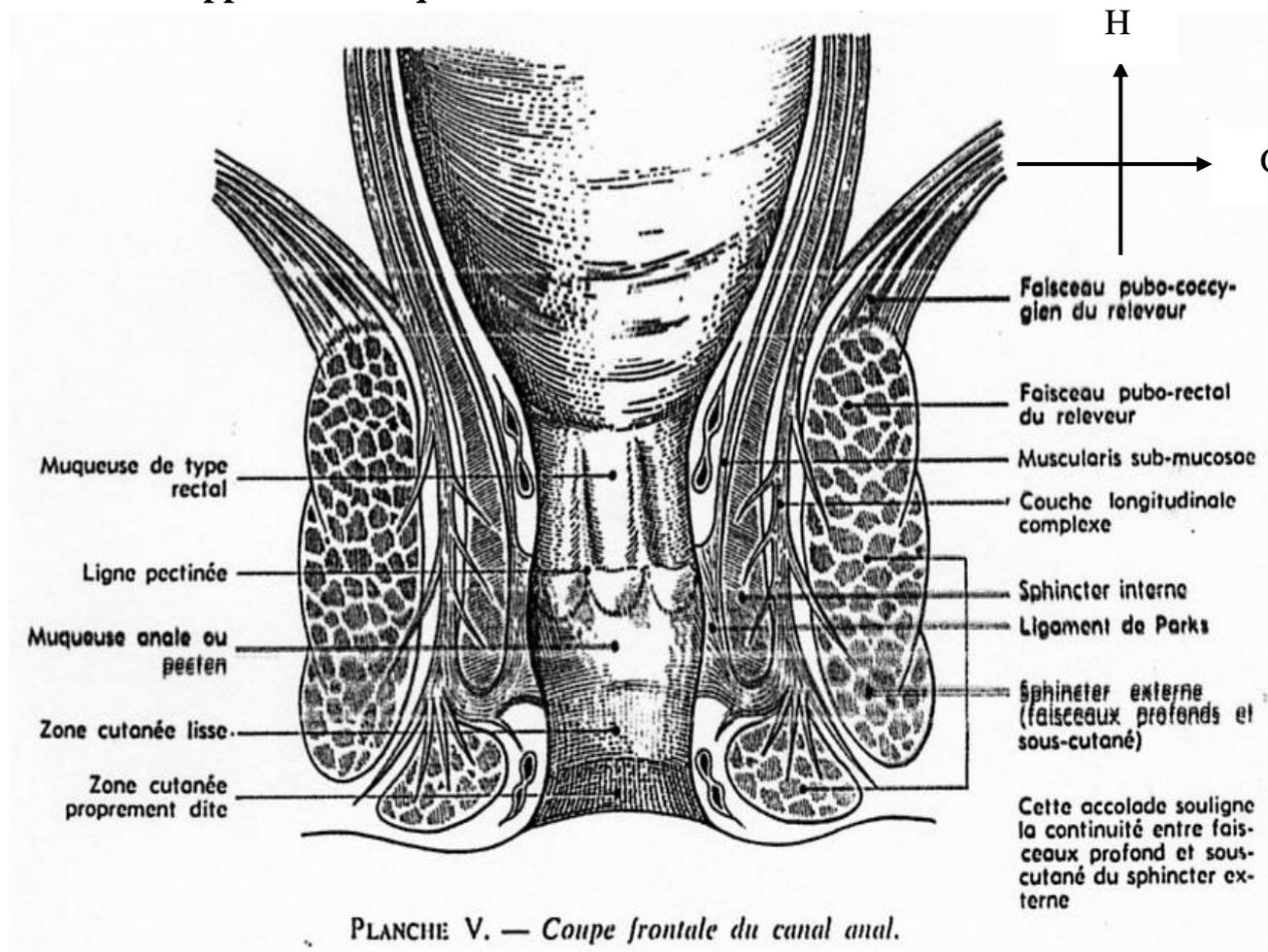


Figure IV: coupe frontale du canal anal [11]

On distingue :

- Les plexus hémorroïdaires externes sous-cutanés à localisation sous-pectinée, qui dépendent de l'artère hémorroïdale inférieure (branche de l'artère hypogastrique). Le retour veineux se fait vers le système cave ;
- Les plexus hémorroïdaires internes situés dans l'espace sous muqueux au-dessus de la ligne pectinée, qui dépendent de l'artère hémorroïdale supérieure (branche de l'artère mésentérique inférieure). Le retour veineux se fait vers le système porte ;
- La muqueuse et la sous-muqueuse sus-pectinées contenant les plexus hémorroïdaires internes sont fixées à l'appareil sphinctérien interne par une formation musculo-ligamentaire de soutien appelé ligament de Parks ;

La disposition anatomique normale des plexus hémorroïdaires internes correspond aux trois branches de division de l'artère hémorroïdale supérieure : 3 heures (gauche), 8 heures (postéro-droit) et 11 heures (antéro-droit) en position gynécologique [12].

4. Physiopathologie [13]

La compréhension des mécanismes physiopathologiques aboutissant à la maladie hémorroïdaire n'est pas encore clairement établie. Les hémorroïdes, structures normalement présentes au niveau de l'anus peuvent entraîner diverses manifestations cliniques comme des rectorragies, des thromboses ou un prolapsus. Des facteurs vasculaires et mécaniques semblent intervenir dans ce processus pathologique et sont probablement intriqués.

a. Théorie vasculaire

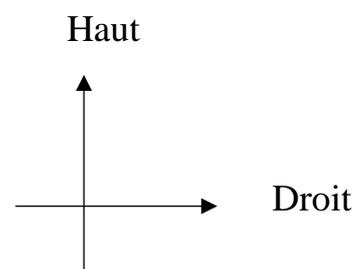
Le rôle des shunts artérioveineux a été évoqué dans la compréhension des phénomènes congestifs, thrombotiques et hémorragiques. Les shunts artérioveineux superficiels de type capillaire peuvent s'ouvrir brutalement à la suite d'une augmentation du débit artériel sous l'influence de divers facteurs (variation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

de sang artériel par altération du réseau capillaire sous muqueux.

b. Théorie mécanique

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

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



Source : Laurent Siproudhis

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

5. Traitement :

a. Buts :

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

b. Moyens :

➤ Traitement médical non instrumental :

Il doit toujours être proposé

➤ Règles hygiéno-diététiques :

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

➤ Traitement

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

terminée pour mesurer l'étendue de la maladie hémorroïdaire et prévoir un traitement plus radical.

- ✓ La procidence a théoriquement des indications différentes, selon le stade, :
- ❖ au stade 1, on préfère la sclérose des hémorroïdes par injection de produits sclérosants [\[14\]](#), coagulation ou par photo-coagulateur;
- ❖ au stade 2, on préfère les ligatures élastiques;
- ❖ au stade 3, c'est le stade de l'hémorroïdectomie [\[15\]](#).
- ✓ L' « étranglement hémorroïdaire », justifie également une hémorroïdectomie, après avoir obtenu une régression de la poussée.
- ✓ Le véritable traitement des hémorroïdes est en fait la **prophylaxie**, c'est-à-dire l'ensemble des mesures qui améliorent ou corrigent les troubles de la défécation [\[16\]](#). En ce qui concerne la dyschésie, l'important est d'apprendre à n'aller à la selle, qu'en cas de besoin, pour faire une selle facile et indolore et éviter les longues stations en position de défécation.

➤ **Traitement proctologique ambulatoire**

✓ *Les injections sclérosantes*

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

➤ **Les coagulations superficielles à l'infra-rouge**

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

➤ **Les ligatures élastiques**

Elles consistent, soit avec un appareil à griffe, soit avec un appareil à aspiration, à pédiculiser la muqueuse, la sous-muqueuse et les vaisseaux sous-jacents, et à enserrer par un élastique la base de ce pédicule [17]. Ces ligatures se font au-dessus de la ligne pectinée, dans le canal anal, en zone dite intermédiaire. La nécrose du tissu ainsi ligaturé se fait en quelques jours laissant place à une cicatrice qui fixe la muqueuse sur le plan profond après avoir éliminé un tissu muqueux et vasculaire excédentaire. Ces séances se répètent trois ou quatre fois à 4 semaines d'intervalle. Le mécanisme d'action paraît être davantage lié à l'exérèse de la muqueuse qui a tendance à se prolaber et à la fixation cicatricielle qu'à une hémorroïdectomie ambulatoire. Après la ligature, il y a lieu de favoriser le transit et de réduire une éventuelle procidence lors des efforts ou des défécations.

➤ **La Cryo destruction du paquet ligaturé**

Elle peut se faire immédiatement, soit de façon partielle, soit jusqu'à élastique, accélérant le processus de nécrose et réduisant, semble-t-il, le risque d'hémorragie

secondaire. Les indications du traitement de la maladie hémorroïdaire par ligature élastique avec ou sans Cryo destruction sont essentiellement les hémorroïdes ayant tendance à la procidence au moment de la défécation et nécessitant ou non une réduction manuelle (stade H).

➤ **Précautions communes aux traitements proctologiques ambulatoires :**

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

➤ **La thrombose hémorroïdaire externe**

Elle constitue en quelque sorte la seule expression symptomatique des plexus hémorroïdaires externes sous-cutanés et réalise un thrombus intravasculaire sous tension, douloureux avec une réaction œdémateuse. Quand l'accident est récent (moins de 72 heures), que la thrombose est localisée et bien palpée (sans réaction œdémateuse trop importante), le thérapeute et le patient pourront tirer bénéfice soit d'une incision curetage, soit d'une excision de ce thrombus.

Dans le premier cas, quelques gouttes d'anesthésique local (Xylocaïne à 2% ou Xylocaïne à 1% adrénaline) permettront d'effectuer une incision d'environ 15 mm afin d'évacuer le caillot (expression digitale ou curetage). Il est préférable de réaliser l'incision perpendiculairement aux plis radiés plutôt que dans le sens des plis radiés afin de favoriser l'excision de plusieurs petits thrombus [18]. L'excision du thrombus et de son revêtement cutané au bistouri électrique ou au ciseau diminue le risque de

récidive de la thrombose au même site, diminue le risque de voir survenir une marisque séquellaire mais complique parfois le geste local (plaies plus larges, hémorragies). Après réalisation d'un pansement compressif et l'institution d'un traitement médicamenteux de la crise hémorroïdaire (cf. infra), il convient d'avertir le patient que ce geste a de grandes chances de le soulager mais qu'il ne le met pas à l'abri d'une récurrence à court ou à moyen terme. Les thromboses qu'il convient d'éviter d'inciser ou d'exciser sont les thromboses multiples avec réaction œdémateuse importante (thrombose du post-partum), les thromboses hémorroïdaires évoluant depuis plus de 5 jours (diminution des manifestations douloureuses, réorganisation du caillot rendant son évacuation plus difficile) et les thromboses hémorroïdaires internes extériorisées (risque hémorragique). Dans cette situation, la mise en route d'un traitement médicamenteux associant anti-inflammatoires non stéroïdiens, veinotoniques et topiques locaux est préférable.

➤ **Technique de Milligan et Morgan (St Mark's Hospital) :**

Le patient est en décubitus dorsal, jambes fléchies.

Le premier temps consiste en une exposition des paquets par positionnement de trois pinces sur chaque paquet hémorroïdaire de la façon suivante :

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

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

Le troisième temps est représenté par la ligature élective haute du pédicule vasculaire hémorroïdal par un nœud de Meunier, prenant la muqueuse rectale et s'appuyant sur le sphincter interne. La section du paquet hémorroïdaire laisse un moignon de 1 cm

environ. Le fils de la ligature d'1 cm, est laissé en place comme repère, en cas de réintervention pour hémorragie.

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

➤ **La technique de Parks :**

Elle est débutée par la mise en place d'un écarteur de Parks. Ensuite, une incision elliptique sur le paquet hémorroïdaire est prolongée en « queue de raquette » intracanalair et remonte sur la muqueuse rectale. La dissection sous-muqueuse sectionne le ligament de Parks et dissèque tout le paquet qui est totalement séparé du sphincter interne. Une ligature pédiculaire haute du paquet est ensuite réalisée. La reconstruction de la muqueuse intracanalair est réalisée par des points séparés embrochant le sphincter interne. La partie cutanée de l'incision n'est pas fermée dans un but de drainage.

➤ **La technique de Fergusson :**

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

➤ **Hémorroïdectomies totales circulaires**

L'intervention de Whitehead n'est plus réalisée en France du fait de ses nombreux inconvénients. L'intervention de Toupet dérivant de Whitehead [19] est débutée par une sphinctérotomie interne verticale à 6 heures avec une anoplastie par abaissement et suture muco-musculaire. Ensuite la muqueuse de la ligne de pectinée est incisée sur toute la longueur, afin de respecter au maximum la sensibilité cutanée. Les hémorroïdes sont ensuite disséquées de la peau du canal anal laissant en place un

véritable lambeau cutané, ensuite détachées des plans profonds, notamment du sphincter interne, après section du ligament de Parks. Après ligature des pédicules vasculaires correspondants, le lambeau cutané est suturé par des points séparés en U à la muqueuse rectale (en chargeant le sphincter interne). En fin d'intervention, deux zones ouvertes assurent un drainage bipolaire.

➤ **Complications**

Leur existence justifie la surveillance attentive des opérés par l'équipe proctologique. Elles n'entraînent une réintervention que dans moins de 1% des cas. Les deux complications précoces les plus fréquentes sont la rétention aiguë d'urine (moins de 10%) et l'hémorragie (moins de 4% ; [\[20-21,22\]](#)).

- ✓ **La rétention aiguë d'urines** est une complication classique mais peu fréquente [\[23\]](#) : elle nécessite une restriction des apports hydriques, de levers précoces (la pratique de bain chaud est préconisée par les anglo-saxons; [\[23\]](#) et au besoin le sondage devant l'apparition d'un globe vésical.
- ✓ **L'hémorragie** par lâchage d'une suture pédiculaire nécessite la reprise chirurgicale, alors que les saignements par chute d'escarre (plus tardifs) sont résolutifs spontanément.

- ✓ **Les complications infectieuses** sont évitées par la prescription d'antibiotiques en période per- et post-opératoire immédiate. Cependant, certaines circonstances justifient que l'antibiothérapie soit prolongée (patient en déficit immunitaire, valvulopathie associée).

A distance de l'intervention, deux complications parfois associées peuvent survenir : **le retard de cicatrisation** (particulièrement fréquent chez l'immunodéprimé) et **le syndrome douloureux pseudo-fissuraire** [22]. Elles sont le plus souvent en rapport avec des soins post-opératoires négligés. Le retard de cicatrisation implique la reprise des soins locaux (désinfection des plaies par application de néocollargol, nitrage de la plaie). En cas d'immunodépression sévère l'abstention opératoire est souhaitable. Le syndrome douloureux pseudo-fissuraire nécessite le plus souvent la régularisation et la facilitation du transit associé à la dilatation digitale douce. Il est rare qu'il soit nécessaire de pratiquer une léiomytonie en cas de contracture persistante du sphincter interne.

- ✓ **Le traitement de la fissure anale**

Il associe :

- 1) Des antalgiques, des décontracturants et des anesthésiques locaux appliqués avant chaque selle, des cicatrisants à base de vitamine A, des régulateurs du transit intestinal. La diarrhée autant que la constipation sont à éviter.
- 2) L'exérèse de la fissure : fissurectomie qu'il faut associer à une sphinctérotomie et une anoplastie. La fissurectomie doit exciser toute la région fissuraire jusqu'à la ligne pectinée débordant largement sur la peau et enlevant la marisque sentinelle. La sphinctérotomie est une section du sphincter interne dans la plaie sur environ 1 cm. L'anoplastie consiste à décoller la muqueuse au-delà de la ligne pectinée de façon à pouvoir la descendre jusqu'au sphincter interne sectionné aux bords duquel elle sera suturée dans le but de recouvrir la plaie sphinctérienne pour favoriser sa cicatrisation et éviter les infections post-opératoires. La règle est de ne pas suturer la muqueuse à la peau [24,25].

3) Le traitement prophylactique est en réalité le vrai traitement, c'est-à-dire le dépistage et le traitement de toutes les dyschésies

➤ **Traitement des abcès et des fistules anales**

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

✓ **Traitement des abcès**

Il repose sur le drainage chirurgical. Les antibiotiques ne sont pas indiqués à titre curatif, et ont été accusés de favoriser les récurrences, notamment en masquant l'orifice primaire. Le geste chirurgical est associé à une injection IV de 500 mg de métronidazole. Une fois le drainage effectué, il n'y a pas de consensus sur la nécessité de poursuivre l'antibiothérapie sauf chez les sujets à risque (valvulopathie cardiaque, diabète, SIDA). Le traitement des abcès, indépendamment de leur topographie, associe : une incision de la coque de l'abcès, un curetage de la cavité avec ablation des débris nécrotiques, un méchage et le traitement de la fistule. L'ouverture cutanée se fait non pas au niveau du maximum de fluctuation, mais au plus proche de la marge anale [26]. L'ouverture des abcès accessibles par voie cutanée, se fait grâce à une résection du toit de la lésion plutôt que par une simple incision.

Le drainage d'un abcès périanal, est associé à la cure par fistulotomie d'une fistule intersphinctérienne, et celui de la plupart des abcès ischianaux à celle d'une fistule transsphinctérienne. Le drainage d'un abcès intersphinctérien comporte l'ablation de la crypte originelle, l'ouverture de l'espace intersphinctérien dans le canal par la fracture de la muqueuse, des sous muqueux et du sphincter interne, et jusqu'à la couche circulaire interne du rectum si l'extension en hauteur le nécessite [27]. Le traitement des abcès supralévatoriens dépend étroitement du trajet de la fistule qui lui a donné naissance :

- ✓ S'il résulte de l'extension en hauteur d'une fistule intersphinctérienne, il doit être drainé dans la lumière rectale (un drainage périnéal entraîne la formation d'une fistule extrasphinctérienne iatrogène).
- ✓ S'il résulte de l'extension en hauteur d'une fistule transsphinctérienne, il doit être drainé vers le périnée (un drainage dans le rectum entraîne la formation d'une fistule extrasphinctérienne iatrogène).
- ✓ S'il résulte d'une pathologie pelvienne, celle-ci doit être préalablement traitée sans geste sur l'appareil sphinctérien [27]. Dans la majorité des cas le drainage des abcès et la cure de la fistule est fait en un seul temps [28, 29]. Parfois, on ne parvient pas à mettre en évidence l'orifice primaire. Le risque est alors de créer de faux trajets ou d'ignorer les trajets secondaires, notamment si l'abcès est volumineux [30, 31]. Il faut alors surseoir à toute exploration. Dans 37% des cas ces abcès récidivent [30, 32], dans 11% des cas ils évoluent vers une fistule; il semble que dans les cas restant une majorité de patients soit indemne de toute infection résiduelle. Une alternative au drainage consiste dans la mise en place d'un cathéter de drainage (sonde de type pezzet), à travers une courte incision. La taille du cathéter est adaptée à celle de la cavité et de l'incision. Il peut ainsi se maintenir sans fils à la peau. Le drainage autorise un examen à distance, indolore, à la recherche d'une fistule. Ce geste simple permet au moindre doute une évaluation morphologique préopératoire, plus complète en dehors du contexte de l'urgence [33,34].

➤ **Traitement des fistules anales**

Le traitement, là encore chirurgical, dépend du type de fistule considérée. La multiplicité des techniques illustre l'imperfection des méthodes disponibles. Les méthodes « classiques », consacrées par l'usage, restent largement utilisées, car très efficaces, pour les fistules simples. Mais les attitudes thérapeutiques sont loin d'être homogènes, notamment pour les fistules hautes, celles qui laissent le plus de séquelles [35].

➤ **Les Traitements « habituels » (Fig. 10) :**

Le traitement de première intention des fistules intersphinctériennes basses et transsphinctériennes (non compliquées d'un abcès su ou sous supralévatorien), jamais opérées, est une fistulotomie. Le trajet entre les 2 orifices, primaire et secondaire, est mis à plat, puis cureté ainsi que les trajets secondaires. La marsupialisation des berges parfois proposée, n'a pas de bénéfice démontré. La fistulotomie d'emblée est effectuée dans 79 à 91% de ces fistules simples. On peut en rapprocher la mise à plat des fistules sous cutanées (superficielles). Cette technique donne un taux de guérison de 88% [28]; le taux d'incontinence varie selon les auteurs [35,36] de moins de 2,2% à 16%, mais peut atteindre 50% [37]

La fistulectomie est progressivement abandonnée. Elle consiste à enlever la totalité du trajet intra-musculaire en forant un cylindre d'exérèse autour du trajet repéré par le stylet. Le délabrement plus important explique un taux d'incontinence plus élevé. Le délai de cicatrisation est plus long et les saignements abondants plus fréquents. Elle reste proposée pour les fistules hautes [38].

Dans le cas des fistules trans-sphinctériennes hautes (dont le trajet passe au-dessus de la ligne des cryptes) et des fistules suprasphinctériennes, la méthode habituelle associe une fistulotomie en plusieurs temps, et un drainage par séton (fil de soie, de nylon, ou drain élastique). Le premier temps opératoire comporte une fistulotomie externe partielle, soit de la portion distale (caudale) du sphincter (technique de Parks [39], soit de la portion proximale (technique d'Abcarian;). Le séton est lié autour du sphincter externe restant. Le rôle du séton est de drainer l'infection, de maintenir le repérage du trajet, et d'induire une réaction fibreuse autour de ce trajet; cette fibrose lors de la section sphinctérienne évite la rétraction des berges du sphincter après fistulotomie [36]. Dans les 2 techniques, la fistulotomie est complétée 2 à 3 mois plus tard. Sur 45 patients traités [40], tous ont été guéris avec 1 seule incontinence aux gaz.

➤ **Traitement des fistules anales**

Le séton comme traitement définitif a été proposé ; après sa mise en place, les serrages successifs lui permettent de sectionner la masse musculaire progressivement, en abaissant progressivement le trajet fistuleux qui le suit. Les processus physiologiques de cicatrisation et de fibrose ressoudent les berges de cette fistulotomie lente. Le séton finit par être évacué en plusieurs semaines. Les limites de cette technique sont : le non traitement des trajets secondaires, la nécessité de nombreuses consultations, l'extrême inconfort lors des serrages du séton. Cette technique ne permet pas de faire l'économie des incontinences post opératoires (16%). Elle est peu pratiquée actuellement [36]. Les fistules suprasphinctériennes et extrasphinctériennes restent une difficulté chirurgicale. Le taux d'incontinence atteint 44% [35]. Il a été décrit : une fistulotomie complète en 1 temps suivie d'une réparation sphinctérienne immédiate, une traction lente sur séton. Une colostomie est régulièrement pratiquée pour les fistules extrasphinctérienne.

✓ **Les techniques d'épargne musculaire :**

La notion de « fistules complexes » opposant les fistules simples, traitées en 1 temps, guérissant avec peu ou pas de séquelles, au fistules complexes, nécessitant un traitement en plusieurs temps et exposant à plus de séquelles, ne traduit pas totalement la réalité. Les patients exposés à une incontinence ne sont pas seulement ceux porteurs de fistules anatomiquement complexes [36, 41, 42]

— tableau 2. C'est donc pour éviter les 2 écueils -délai prolongé de cicatrisation et incontinence fécale

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

— La technique du lambeau muqueux (flap advancement) :

Après une préparation colique, la technique associe :

- Une excision de l'orifice primaire et la fermeture de l'orifice correspondant au niveau du sphincter par du matériel résorbable;

- Une excision du trajet extramusculaire, entre la peau et le muscle sphinctérien,

- Le recouvrement de la plaie canalaire par un lambeau sain de muqueuse rectale, qui isole la zone excisée, de la lumière canalaire. Les principales variations de cette technique [42,43, 44, 45, 46, 47] sont : l'association ou non d'un drainage du trajet externe, une suture simple de l'orifice interne, l'abaissement plus ou moins bas du volet muqueux, une épaisseur variable du lambeau (totalité de la paroi rectale ou muqueuse et sous muqueuse seulement). Les avantages sont l'absence de déformations, une cicatrisation plus rapide, et surtout l'absence de section sphinctérienne [36].

— Le déroutement de la fistule (rerouting technique) :

Le principe est de transposer le trajet extrasphinctérien, dans une position où le sacrifice musculaire de la mise à plat sera minime ou nul. Cette technique est accessible aux seules fistules chroniques, au trajet fibreux bien organisé. Le trajet fistuleux est excisé en bloc depuis la peau jusqu'à la traversée du sphincter externe. Il est ensuite positionné dans l'espace intersphinctérien préalablement disséqué, à travers une brèche faite dans le sphincter externe. Celle-ci est immédiatement suturée. Après cicatrisation des plaies, 4 à 6 semaines plus tard, par une manœuvre similaire, le trajet fistuleux est transposé en sous muqueux, d'où il sera excisé ultérieurement. Les 2^o et 3^o temps peuvent être combinés [48].

— Techniques diverses :

D'autres auteurs [49], partant du principe que le séton maintien artificiellement ouvert le trajet fistuleux, ont proposés son ablation pure et simple, après drainage, sans sphinctérotomie. Une fermeture de la fistule est observée dans 45% des cas; en cas de récurrence, une fistulotomie classique est toujours possible.

Plus récemment dans les fistules hautes [50] une fermeture du trajet sous couvert d'antibiotiques a été proposé, avec un abord intersphinctérien. 7 des 13 patients ont été guéris, 2 ont dû subir une sphinctérotomie interne et 4 ont récidivés.

Des sétons chimiques ont même été proposés, tel des chapelets de billes imprégnées d'antibiotiques (gentamycine), progressivement extrait par l'orifice de drainage périnéal, après suture de l'orifice primaire [51]. Une variante de la traction élastique,

consiste en une traction progressive sur un sétou métallique fait de fil métallique tressé et aboutissant à un taux de récurrence de 4% sans incontinence fécale [52]. Des préparations à base de fibrine, injectées dans la fistule ont permis des obturations avec guérison dans 60% des cas [53, 54].

— Les cas particuliers :

- Les gangrènes du périnée :

Elles s'observent sur certain terrain : diabète, anémie réfractaire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, antécédents de cure d'abcès ou de fistules, SIDA. Ces suppurations à anaérobies peuvent s'observer en association avec la prise d'AINS qui est donc contre indiquée tant que l'abcès n'est pas drainé. Le débridement des plaies doit être très large, parfois répété, et associé aux autres thérapeutiques habituelles. Chez les patients atteints de SIDA, le drainage des abcès s'impose ; mais le traitement des fistules est plus problématique. Dans un groupe de 51 patients, le tiers des patients a cicatrisé en plus de 6 mois et la moitié des autres était décédée sans que la plaie opératoire soit cicatrisée [55]. On en rapproche les difficultés thérapeutiques lors des hémopathies. Le risque de complications semble relié à la neutropénie. Le risque hémorragique, les difficultés liées à l'absence de collection et les difficultés de cicatrisation ont conduits à des tentatives d'antibiothérapie première, efficaces dans 88% des cas. En cas d'échec un rattrapage chirurgical est toujours possible.

- **Les fistules en fer à cheval :**

Elles sont le plus souvent des fistules transphinctériennes à développement postérieur. Elles se traitent donc comme telle [34]. Les récessus latéraux de la suppuration sont drainés dans un premier temps par des contre incisions, limitant ainsi l'extension des défets cutanés. Une fois les plaies latérales cicatrisées, la fistule postérieure est traitée.

- **Les fistules recto-vaginales :**

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

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Mali, dans le district de Bamako et plus précisément dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune I.

2. Présentation de la commune I :

a. Historique de la commune I :

La commune I a été créée par l'ordonnance 78-32/CMLN du 18 Août 1978, abrogée par la loi n° 96-025 du 21 février 1996 fixant statut spécial du District de Bamako. Elle est constituée de neuf quartiers (banconi ; djélibougou ; djoumanzana ; boukassoumbougou ; fadjiguila ; korofina nord ; korofina sud ; mekin sikoro et sotuba) dont le plus ancien du district autour duquel s'est construit jadis le village de Bamako : Sikoro. Les Niarés, fondateurs de ce quartier vont créer par la suite un second quartier qui portera leur nom : Niaréla, actuellement en commune II.

b. Géographie :

La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord-Est de Bamako. Elle s'étend sur une superficie de 34,26 Km² soit 12,83% de la superficie du District de Bamako (267 km²)

Situation La commune I : elle est limitée

- au Nord par le cercle de Kati
- au Sud par le fleuve Niger
- à l'Ouest par la commune II (le marigot de Banconi limitant les deux collectivités) ;
- à l'Est par le cercle de Koulikoro.

Son relief est caractérisé par des plateaux et collines du type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement.

c. Population générale

La Population totale de la Commune : 461459 habitants, soit une densité moyenne de 13469 habitants/km² en 2019.

La Superficie de la Commune est de 34,26 km², soit 12,83% de la superficie totale du District de Bamako.

d. Économie :

Son économie est basée sur les trois secteurs, à savoir :

- le secteur primaire : l'agriculture (maraîchage), pêche et élevage ;
- le secteur secondaire : l'artisanat et petite industrie (boulangerie) ; et
- le secteur tertiaire : petit commerce.

e. Urbanisation et communication :

Située dans la périphérie Est de Bamako, la commune I, notant l'importance numérique de sa population, est en partie restée en marge du processus d'urbanisation. Au niveau des voies de communication et du transport, la commune est traversée par route principale goudronnée la reliant au centre-ville. La circulation est dense et pour le moins peu sécuritaire, notamment au niveau des transports collectifs. Cette circulation pose à la fois des risques d'accidents et de nuisances tant au niveau sonore qu'au niveau de la pollution atmosphérique aggravant les problèmes respiratoires. Toutes les ethnies sont retrouvées dans la population de la commune.

f. Climat :

Son climat de type tropical est caractérisé par :

- une saison sèche, froide de Novembre à Janvier et chaude de Février à Mai ; - et une saison pluvieuse : de Juin à Octobre.

La commune I est drainée par quatre marigots, Banconi, Molobalini, Faracoba et Tienkolée (Faraconi), alimentés en saison pluvieuse par les eaux de ruissellement de la colline du point G et s'écoulant du nord au sud.

g. Historique et Présentation du centre de sante d référence de la commune I :

Le Centre de Santé a été créé en 1980 et inauguré le 7 février 1981 et s'appelait Maternité de Korofina-Nord. Il est situé à Korofina-Nord sur la rue 136 porte 439. Dans le cadre de la politique de santé sectorielle le Centre a connu les évolutions suivantes :

- complexe dispensaire – maternité à sa création
- maternité – PMI
- centre de santé de la commune I
- service socio-sanitaire de la commune I de 1995 à 1999
- centre de santé de référence de la commune I baptisé Docteur KONIBA PLEAH à partir de 1999.

Le service de chirurgie générale

Dans l'enceinte du CS Réf, le service de chirurgie est situé à deux niveau :

- ❖ Les bureaux des médecins, la salle de soins, et la salle d'hospitalisation situés à l'angle sud-est du centre.
- ❖ La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

➤ **Les locaux :**

Le service de chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation d'une capacité totale de 8 lits, de 3 bureaux pour les chirurgiens, d'une salle de garde pour (les internes et pour les infirmiers), d'une salle de permanence (petite chirurgie) et d'un bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie. Il comprend deux blocs opératoires (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CS Réf.

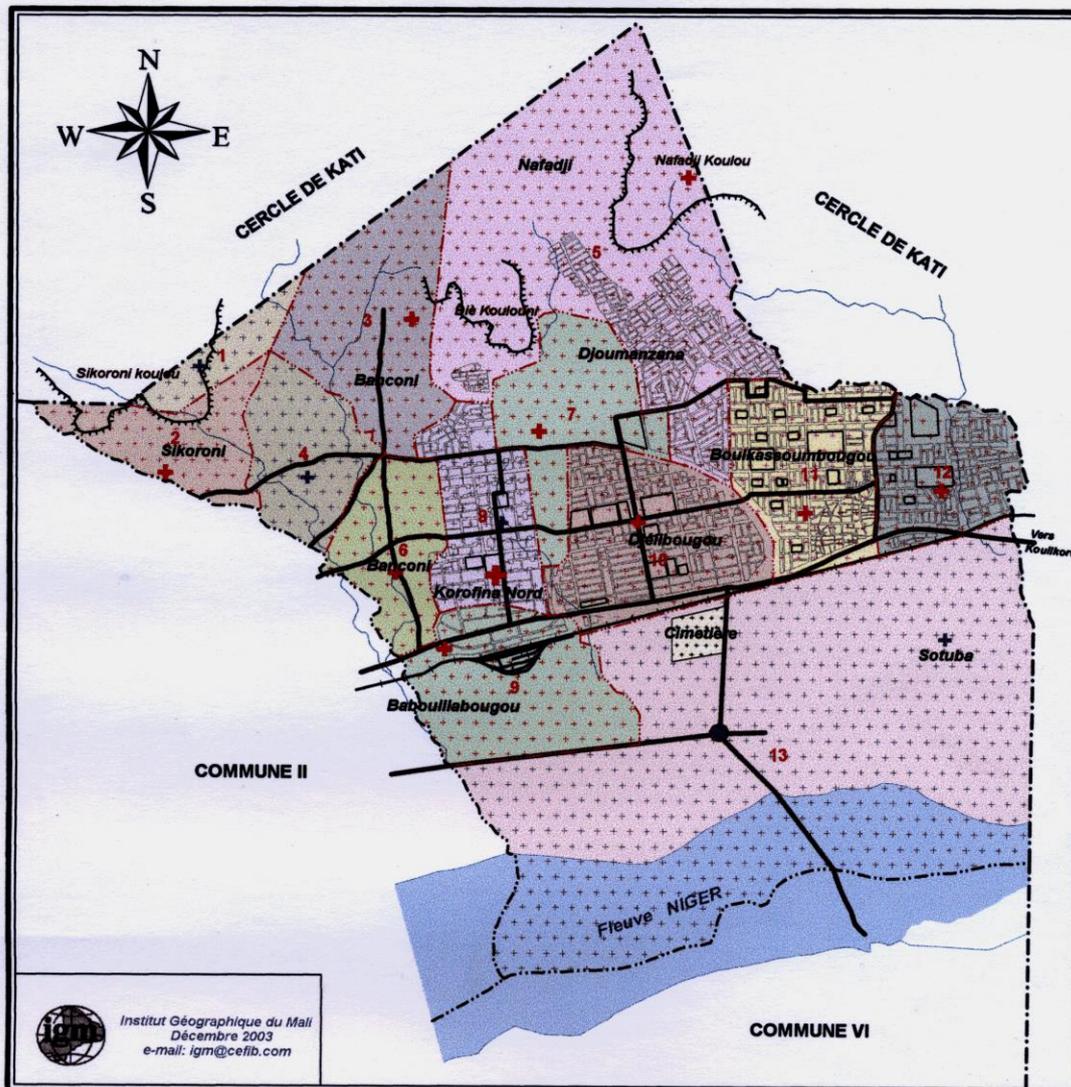
➤ **Le personnel :**

- Le personnel permanent est composé de : 3 chirurgiens, 1 technicien supérieur en santé, 4 techniciens de santé, 2 aides-soignantes, 6 techniciens de surface ou manoeuvres.
- Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, et des infirmiers stagiaires.

➤ **Les activités :**

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions d'urgence et d'hospitalisations mais les programmes froid se font les lundi , mardi et jeudi . Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Les staffs se tiennent les mardis et les vendredis. Les thésards sont repartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

CARTE SANITAIRE THEORIQUE DE LA COMMUNE I



Institut Géographique du Mali
 Décembre 2003
 e-mail: igm@cefib.com

LEGENDE

- Limite du District
- Limite de Commune
- Axes principaux goudronnés
- Voie ferrée
- Talus de colline
- Marigot
- Giratoire
- Limite d'aire de santé
- Aire de santé opérationnelle
- Aire de santé à créer
- CSREF
- CSCOM opérationnel
- CSCOM à créer

NUMEROS DES AIRES DE SANTE

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Sourakabougou | 7. Fadjigoula |
| 2. Mekin - Sikoro | 8. Korofina Nord |
| 3. Dianguinebougou | 9. Korofina Sud - Salembougou II |
| 4. Banconi Plateau - Layebougou | 10. Djélibougou |
| 5. Djoumanzana - Nafadji | 11. Boulkassoumbougou II |
| 6. ASACOB (Banconi Flabougou, Salembougou I, Zekenekorobougou) | 12. Boulkassoumbougou I |
| | 13. Sotuba |

Echelle = 1 / 55 000
 0 1 2 3 4 Km

Centre de Santé de Référence de la Commune I (CSRef C I)

Source : SIS (Système d'Information Sanitaire) CS Réf CI

3. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude retro prospective allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019.

4. Population d'étude :

a. Critères d'inclusion :

- Les patients ayant consultés et pris en charge dans le service de chirurgie générale pour la maladie hémorroïdaire ; fissure anale ; abcès anal et la fistule anale.

b. Critères de non inclusion :

- Tout patient souffrant d'autre pathologie qu'anale bénigne.
- Tout patient opéré ou consulté ailleurs.
- Tout patient opéré ailleurs pour pathologie anale.

5. Échantillonnage :

Tous les patients ont été recrutés dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de Commune I.

Nous avons recensé 216 cas des affections proctologiques.

➤ Supports :

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquêtes individuelles, les registres de consultations externes et le protocole d'anesthésie et les comptes rendus anapath.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 25, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2019.

RESULTATS

IV. RESULTATS :

4.1. Les fréquences :

- **La fréquence des consultations de pathologies anales au service :** Le service a effectué 14630 consultations en trois ans, du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2019 ; dont 216 cas de pathologies anales bénignes diagnostiquées. Ce qui donne une fréquence de 1%.
- **La fréquence des interventions chirurgicales anales :**

164 cas d'interventions chirurgicales anales ont été réalisées sur un total de 7555 interventions chirurgicales ; dont une fréquence de 2%.

- **La fréquence d'hospitalisation :**

Sur un total de 8255 hospitalisations dans le service ; 164 cas étaient dus aux pathologies anales bénignes ; soit une fréquence de 2%.

4.2. Données sociodémographiques des patients :

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Masculin	115	53,2
Féminin	101	46,8
Total	216	100

Le sexe masculin était le plus représenté avec 53,2%. et une sex-ratio =1,13.

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

Tranche d'âge	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
6 à 15 ans	3	1,4
16 à 25 ans	50	23,1
26 à 40 ans	90	41,7
41 à 80 ans	73	33,8
Total	216	100

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 26 à 40 avec 41,70%.

L'âge moyen 32,39 Ans, écart type 0,78 et extrêmes de 3.

Tableau III : Répartition des patients selon l'éthnie

Ethnie	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Bambara	64	29,6
Soninké	53	24,5
Malinké	30	13,9
Peulh	30	13,9
Sonrhäi	28	13,0
Autres	11	5,1
Total	216	100

Autres : Bobo, Senoufo, Bozo et Mianka

Les bambaras et les soninkés étaient les plus représentés avec respectivement 29,6% et 24,5%.

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Femme au foyer	45	20,8
Chauffeur	19	8,8
Commerçant(e)	35	16,2
Fonctionnaire	62	28,7
Etudiant(e)	21	9,7
Ouvrier	21	9,7
Autres	13	6,1
Total	216	100

Autres : couturier et artisans

Les fonctionnaires étaient les plus représentés avec 28,7%.

Tableau V : Répartition des patients selon la résidence

Adresse	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Commune I de Bamako	110	54,9
Commune II de Bamako	6	2,8
Commune IV de Bamako	8	3,7
Bamako rive droite	34	15,8
Hors Bamako (peripheries commune I)	40	18,5
Autres	5	2,3
Total	216	100

Autres : Koulikoro, Tienfala et Manabougou

La majorité de nos patients venait de la commune I (54,9%).

Tableau VI : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Marié(e)	182	84,3
Célibataire	32	14,8
Divorce	2	0,9
Total	216	100

Les mariés étaient les plus représentés 84,3%.

Tableau VII : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Lui (ou elle) même	162	75
Par un centre de santé	54	25
Total	216	100

La majorité de nos patients venaient d'elle ou lui-même (75,0%).

4.3. Antécédents et facteurs et facteurs risques :

Tableau VIII: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
HTA	4	25
Diabète	9	56,3
Asthme	3	18,7
Total	16	100

Les antécédents médicaux le plus représenté était les diabètes avec 56,25%

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Césarienne	4	57,1
Hernie inguinale	2	28,6
Appendicite	1	14,3
Total	7	100

Les antécédents chirurgicaux le plus représenté était la césarienne avec 57,1%

Tableau X: Répartition des patients selon le mode de vie et les facteurs de risque

Mode de vie et facteur de risque	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Grossesse	6	2,8
Epices/Tabac	14	6,5
Sédentarité	92	42,6
Constipation	104	48,1
Total	216	100

Les facteurs de risque les plus représentés étaient la constipation et/ou la sédentarité avec 90,7%.

4.6. La symptomatologie :

Tableau XI : Répartition des patients selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Douleur anale	132	61,1
Tuméfaction anale	24	11,1
Prurit anal	6	2,8
Suintement anal	21	9,7
Rectorragie	33	15,3
Total	216	100

Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur anale avec 61,1%.

Tableau XII: Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur

Douleur anale	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Continue	62	47,0
Intermittente	70	53,0
Total	132	100

La douleur anale intermittente était la plus représentée avec 53,0%.

Tableau XIII: Répartition des patients selon les caractères de la rectorragie

Rectorragie	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Typiques	26	60,4
Atypiques	6	14,0
Balisant les selles	11	25,6
Total	43	100

Parmi nos patients présentant une rectorragie les $\frac{3}{4}$ avaient une rectorragie moyenne.

Tableau XIV: Répartition des patients selon la présence de marisque

Présence de marisque	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	76	35,2
Non	140	64,8
Total	216	100

La marisque était présente chez 35,2% de nos patients.

Tableau XV: Répartition des patients selon le sphincter tonique

Sphincter tonique	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Oui	209	96,8
Non	7	3,2
Total	216	100

Le sphincter tonique était présent dans 96,8%.

Tableau XVI : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie

Durée d'évolution de la maladie	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
≤1 mois	82	38
2 à 3 mois	53	24,5
4 à 11 mois	30	13,9
12 à 36 mois	19	8,8
Plus de 36 mois	32	14,8
Total	216	100

Chez 62,5% de nos patients le début de la maladie remonterait à moins de 4 mois. Avec une moyenne de 3 mois et un écart type de 1,83

Tableau XVII : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants de la douleur anale.

Facteurs déclenchant	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Émission de selle	198	91,7
Activités physique	18	8,3
Total	216	100

Le facteur déclenchant le plus représenté était l'émission de selle avec 91,7%

4.4. Les examens complémentaires :

➤ **Endoscopie :**

Tableau XVIII: Répartition des patients selon la réalisation de l'anorectoscopie

Ano rectoscopie	Effectifs((n)	Pourcentage (%)
Oui	114	52,8
Non	102	47,2
Total	216	100

52,8% de nos patients ont réalisé l'anorectoscopie.

➤ **Bilan biologique :**

Tous nos patients ont réalisé les bilans biologiques.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la présence d'une anémie.

Anémie	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Oui	9	4,2
Non	207	95,8
Total	216	100

4,2% de nos patients faisaient de l'anémie.

4.5. Diagnostics :

Tableau XX : Répartitions des patients selon le motif de consultation en fonction des diagnostics

Motif de consultation	Diagnostic					Total
	Maladie hémorroïdaire	Thrombose hémorroïdaire	Fissure anale	Abcès anal	Fistule anale	
Douleur anale	26 (49,1%)	78 (79,6%)	20 (76,9%)	8 (28,6%)	0 (0,0%)	132 (61,1%)
Tuméfaction anale	5 (9,4%)	6 (6,1%)	0 (0,0%)	12 (42,9%)	1 (9,1%)	24 (11,1%)
Prurit anal	6 (11,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (2,8%)
Suintement anal	0 (0,0%)	3 (3,1%)	0 (0,0%)	8 (28,6%)	10 (90,9%)	21 (9,7%)
Rectorragie	16 (30,2%)	11 (11,2%)	6 (23,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	33 (13,4%)
Total	53(24,5%)	98(45,4%)	26(12,0%)	28(13,0%)	11(5,1%)	216(100,0%)

Chi² : 181,204 ddl : 16 p : 0,00

Tableau XXI: Répartition des patients selon les diagnostics

Diagnostiques	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Maladie Hémorroïdaire	150	69,4
Fissure anale	26	12,0
Abcès anal	28	13,0
Fistule anale	12	5,6
Total	216	100

La majorité de nos patients souffrait de la maladie hémorroïdaire 69,4%.

Tableau XXII : Répartition des patients selon la classification de la maladie hémorroïdaire

Classification de la maladie hémorroïdaire	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Stade I	5	3,3
Stade II	45	30
Stade III	3	2
Stade IV	97	64,7
Total	150	100

La maladie hémorroïdaire la plus représentée était la thrombose hémorroïdaire 64,7%.

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

Abcès anal	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Phase pré-suppurative	4	14,3
Phase suppurative	9	32,1
Phase fistulisée	15	53,6
Total	28	100

53,5% des patients avaient de l'abcès anal fistulisé.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la classification de la fistule anale

Classification de la fistule anale	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Les fistules inter sphinctériennes	9	75
Les fistules transsphinctériennes	1	8,3
Les fistules supra-sphinctériennes	0	0,0
Fistules extrasphinctériennes	2	16,7
Total	12	100

La fistule la plus représentée était la fistule inter sphinctériennes avec 75%.

Tableau XXV : Répartition des patients selon la classification de la fissure anale

Classification de la fissure anale	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Jeune	23	88,5
Chronique	3	11,5
Total	26	100

La fissure anale la plus représentée était la fissure jeune avec 88,5%.

4.6. Traitement :

➤ **Type de traitement :**

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le type de traitement reçu.

Pathologies anales	Type de traitement		Total (%)
	Médical n (%)	Chirurgical n (%)	
Maladie hémorroïdaire	29 (13,4)	121 (56)	150 (69,4)
Fissure anale	23 (10,6)	3 (1,4)	26 (12)
Abcès anal	0 (0)	28 (13)	28 (13)
Fistule anale	0 (0)	12 (5,6)	12 (5,6)
Total	52 (24,1)	164 (75,9)	216 (100)

75,9% de nos patients ont reçu le traitement chirurgical.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les techniques chirurgicales utilisées.

Traitement chirurgical	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Technique de Milligan et Morgan	121	73,8
Drainage chirurgical	28	17,1
Fistulectomie	12	7,3
Fissurectomie associée	3	1,8
Total	164	100

La technique de Milligan et Morgan était la plus utilisée avec 73,8%.

Tableau XXVIII : Répartition des patients souffrant de maladie hémorroïdaire selon le type de traitement reçu.

Type de traitement de la maladie hémorroïdaire	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Chirurgical	121	80,7
Médical	29	19,3
Total	150	100

80,7% des patients souffrant de maladie hémorroïdaire ont bénéficié de la technique de Milligan Morgan.

Tableau XXIX : Répartitions des patientes selon la réalisation de l'anapath

Anapath	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Oui	88	40,7
Non	128	59,3
Total	216	100

L'anapath a été réalisée chez 40,7% de nos patients. Et dans tous ces cas le résultat de l'anapath a montré qu'il s'agissait d'un aspect histologique de paquets hémorroïdaires.

Tableau XXX : Répartition des patients selon les complications post opératoires

Complication post opératoire	Effectifs(n)	Pourcentage (%)
Aucun	206	95,4
Incontinence anale	1	0,4
Douleur anale	6	2,8
Retard de cicatrisation	3	1,4
Total	150	100

La complication la plus rencontrée dans notre étude était la douleur anale post opératoire.

Tableau XXXI : Répartitions des patients selon les complications en fonction des diagnostics

Pathologies anales	Complication post opératoire				Total
	Aucun	Incontinence anale	Douleur	Retard de cicatrisation	
Maladie Hémorroïdaire	148	0	02	0	150
Fissure anale	23	1	3	0	26
Abcès anal	26	0	1	1	28
Fistule anale	10	0	0	2	12
Total	206	1	6	3	216

Près de la moitié (45,45%) de nos complications était une douleur.

Khi² : 16,378 ; ddl :8 ; p :0,037

Coût du traitement

Tableau XXXII : Le coût de la prise en charge.

Désignation	Prix
Biologie	15 000 F
Endoscopie	20 000 F
Hospitalisation	2 000 F/jour
Médicaments	15 000 F
Kit opératoire	40 000 F
Coût global	92 000 F

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Fréquence :

Le service a effectué 14630 consultations en trois ans, du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2019 ; dont 216 cas de pathologies anales bénignes diagnostiquées. Ce qui donne une fréquence de 1%.

164 cas d'interventions chirurgicales anales ont été réalisées sur un total de 7555 interventions chirurgicales ; dont une fréquence de 2%.

Sur un total de 8255 hospitalisations dans le service ; 164 cas étaient dus aux pathologies anales bénignes ; soit une fréquence de 2%.

Sexe :

Sexe	Auteurs			
	HALAL K	KA Mahassadi et al	A JBARA	Notre série
Ville année	Rabat 2008	Abidjan 2004-2006	2013-2018	Bamako 2019
Homme	526	98	904	115
Femme	0	38	254	101
Ratio		2,6	3,55	1,13

Le sexe masculin était le plus représenté avec 53,20% ; ce taux est inférieur à celui de A JBARA [56] et Mahassadi KA et al, qui avaient obtenu respectivement 78,07% et 72,06% en faveur des hommes.

Tranches d'âge :

Age moyen	Auteurs			
	HALAL K	KA Mahassadi et al	A JBARA	Notre série
Ville année	Rabat 2008	Abidjan 2004-2006	2013-2018	Bamako 2019
Effectifs	526	136	1158	216
Age moyen	41 ans	41,5 ans	40,6 ans	32,39 ans

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 26-40 ans avec 41,70% ; par contre khadija HALAL [60] avait obtenu 62,74% avec la tranche d'âge de 30 à 49 ans.

Cette pathologie intéresse une population jeune selon les constatations de nombreuses études aussi bien africaines qu'occidentales [56, 58, 59, 60]

La profession :

Les fonctionnaires étaient les plus représentés avec 28,70%.

En pathologie proctologique, les professions dites « assises » sont les plus condamnées de favoriser l'apparition des symptômes, d'une part elles accentuent les risques de constipation et sont donc susceptibles de déclencher une crise d'hémorroïdes ou de fissure anale [61].

Antécédant : L'antécédant le plus représenté était le diabète avec 56,25% ; ce taux est comparable à celui de A JBARA [56] qui avait obtenu 55,17% pour le diabète.

Facteurs de risque :

Antécédents médicaux	Auteurs			
	HALAL K	KA Mahassadi et al	A JBARA	Notre série
Ville année	Rabat 2008	Abidjan 2004-2006	2013-2018	Bamako 2019
Diabète	8(1,5%)	0	80	4(25%)
HTA	4(0,8%)	0	57	9(56,3%)

Les facteurs de risque les plus représentés étaient la constipation et/ou la sédentarité avec 90,74% ; par contre A JBARA [56] avait obtenu 34,54% de tabagiques.

La maladie hémorroïdaire :

La maladie hémorroïdaire est un motif fréquent de consultation, sous-estimée dans notre pays. Certains patients ne se présentent pas en consultation pour certaines raisons [65] : socio-culturelles comme la pudeur, le manque d'information et le passage chez les guérisseurs traditionnels. Nous avons eu 69,4% de maladie hémorroïdaire.

La douleur anale :

La douleur anale a été retrouvée chez 69,3% de nos patients souffrant de MH ce taux est légèrement inférieur à celui de TRAORE A [66] et al qui avait trouvé 77,3% ; cela confirme la thèse de la littérature que la douleur anale est le motif de consultation le plus fréquent.

Rectorragie :

Elle a été retrouvée chez 18% de nos patients souffrant de la MH ce taux est nettement inférieur à celui de TRAORE et al [66] qui avait trouvé 30%.

Prurit anal :

Il était présent chez environ 4% de nos patients souffrant de la MH ce taux est sensiblement égal à celui de TRAORE A [66] et est nettement inférieur à celui des séries européennes (6%) et (21%) [67]. Cette différence peut être en rapport avec un facteur socio-culturel : l'utilisation de l'eau dans l'hygiène anale dans notre société à la place des papiers hygiéniques en Europe.

Traitement de la maladie hémorroïdaire :

80,7% des patients souffrant de maladie hémorroïdaire ont subi une intervention chirurgicale, eux tous ont été opérés par la technique de Milligan et Morgan.

Fissure anale :

En 3 ans nous avons eu 26 cas de fissure anale ce qui fait une moyenne de 9 cas par an cette fréquence est pratiquement égale à celle de BT DEMBELE [68] et est inférieure aux séries européennes [69 ;70] 10 cas par an et 26 cas par an.

Douleur anale :

Elle a été retrouvée chez 76,9% de nos patients souffrant de la fissure anale ce taux est inférieur à celui de BT DEMBELE [68] qui avait obtenu un taux allant de 92 à 100%.

Rectorragie :

Elle était présente chez 23% de nos patients souffrant de la fissure anale ce taux est nettement inférieur à celui de BT DEMBELE [68] qui avait trouvé un taux allant de 71 à 84%.

Traitement de la fissure anale :

88,5% de nos patients souffrant de la fissure anale ont reçu un traitement médical.

Fistule anale :

Nous avons eu 18% de patients souffrant de la fistule anale.

Suintement anal :

46,1% de nos patients souffrant de la fistule anale présentaient un suintement anal ce taux beaucoup supérieur à celui de SISSOKO F et al [71] et al qui avait obtenu 10,3%. Cette différence peut s'expliquer par le retard à la consultation de nos patients souffrant de la fistule anale.

Douleur anale :

20,5% de nos patients souffrant de la fistule anale présentaient la douleur anale ; ce taux est inférieur à celui de SISSOKO F et al [71] qui avait obtenu 13,4%.

Tuméfaction anale (furoncle anal) :

33,3% de nos patients avaient une tuméfaction anale ; ce taux est supérieur à celui de SISSOKO F et al [71] qui avaient obtenu 21,9%.

Traitement :

Tous nos patients souffrant de la fistule anale ont subi une intervention chirurgicale dont 5,1% ont bénéficié d'une fistulectomie et 13% le drainage chirurgical.

Motifs de consultation global :

Motifs consultation	Auteurs	
	KA Mahassadi et al	Notre série
Ville et Année	Abidjan 2004-2006	Bamako 2019
Douleur anale	70(51,5%)	74(34,3%)
Rectorragie	86(63,2%)	29(13,4%)
Suintement	10(7,4%)	18(8,3%)
Tuméfaction anale	21(15,4%)	22(10,2%)

Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur anale avec 34,30% ; par contre Mahassadi KA et al [57] CHU de Yopougon en Côte d'Ivoire avait obtenu une prédominance en faveur de la rectorragie avec 63,2%.

Le début de la maladie :

Chez 62,5% de nos patients le début de la maladie remonterait au moins de 4 mois.

Type de douleur anale :

La douleur anale intermittente était la plus représentée avec 53,0%.

Les examens complémentaires :

L'anorectoscopie :

Cinquante-deux virgule huit pourcent de nos patients ont réalisé l'anorectoscopie. Parmi lesquels l'anorectoscopie a objective 31,48% de la maladie hémorroïdaire.

Biologie : cent pour cent de nos patients ont réalisé le bilan biologique cependant 4,17% avaient une anémie.

Diagnostics :

Diagnostics	Auteurs			
	HALAL K	KA Mahassadi et al	A JBARA	Notre série
Ville et annee	Rabat 2008	Abidjan 2004-2006	2013-2018	Bamako 2019
Maladie hémorroïdaire	19,77%	86(63,2%)	198	150(69,4%)
Abcès anal		7(5,2%)	240	28(13%)
Fissure anale	25,86%	23(19%)	200	26(12%)
Fistule anale	44,87%	6(4,4%)	375	12((5,6%)

Diagnostics globaux :

La majorité DE nos patients souffraient de la maladie hémorroïdaire avec 69,44% ; Presque comparable à celui de KA MAHASSADI [57] qui avait obtenu 63,2% en faveur de la maladie hémorroïdaire.

Classification de la maladie hémorroïdaire :

Le stade de la maladie hémorroïdaire le plus représenté était le stade IV avec 64,67%.

Classification de la fissure anale :

La fissure anale la plus représentée était la fissure jeune avec 88,5%.

Classification de la fistule anale :

La fistule la plus représentée était la fistule inter sphinctériennes avec 75%.

Traitement :

La technique de Milligan et Morgan était la plus utilisée avec 56,01% en faveur de la maladie hémorroïdaire ; par contre pour A JBARA [56] la fistulectomie était en avec 6,65%.

Bien que le traitement chirurgical ait fait preuve de son efficacité, peu de patients se sont fait opérés chirurgicalement compte tenu des préjugés rencontrés dans la population pour tout ce qui concerne la pathologie colo-proctologique préférant de loin les soins à base de plantes médicinales fournis par le thérapeute traditionnel [62,63,64].

Examen anatomopathologie :

L'anapath a été réalisée chez 59,26% de nos patients ; parmi lesquels aucun cas tumoral n'a été détecté

Complications post opératoires :

La complication la plus rencontrée dans notre étude était la douleur anale post opératoire avec 2,80%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1. Conclusion :

Les pathologies proctologiques sont des affections fréquentes et d'actualité mais elles restent non déclarées ou déclarée vers un stade tardif pour des raisons socioculturelles.

La pathologie proctologique est dominée par des affections bénignes représentées par la maladie hémorroïdaire au premier lieux suivi des fissures anales et des fistules péri-anales. Elle se voit beaucoup plus chez le sexe masculin.

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

2. Recommandations :

★ Aux autorités sanitaires :

Renforcer le plateau technique du service de chirurgie au Cs réf CI concernant la prise en charge chirurgicale des affections proctologiques bénignes.

★ Aux personnels sanitaires

Organiser les campagnes de sensibilisation sur les affections proctologiques par les moyens d'IEC et de CCC.

S'impliquer dans les programmes de sensibilisation et de formation des prestataires de soins.

★ A la population

Consulter le plus tôt que possible en milieu médical pour toute affection proctologique.

REFERENCES

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. PFENNINGER JL, ZAINEA GC.

Common anorectal conditions: Part II (2001). Lesions. Am Fam Physician; 64 (1): 77-88.

2. TADE AO, SALAMI BA, MUSA AA, ADENIJI AO.

Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital (OOUTH), Sagamu (2004). Niger Postgrad Med J ; 11 (3) : 218-20.

3. DARIE H, KLOTZ F .

La pathologie anale et péri-anale en zone tropicale (1996). Acta endoscopica; 26, 9-16.

4. RIVADENEIRA DE, STEELE SR, TERNENT C, CHALASANI S, BUIE WD, RAFFERTY JL.

Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised 2010): Dis Colon Rectum 2011;54(9):1059–64.

5. MAÏGA MY, TRAORÉ HA, DIALLO G, DEMBELE K, KALLE A, DEMBELE M, GUINDO A.

Étude épidémiologique de la pathologie anale au Mali (1995). Med Chir Dig; 24:269-70.

6. DR BELKRALLADI

7. **O.CHEMSI**, Le profil épidémiologique des affections proctologiques, Expérience du service de chirurgie viscérale et proctologique à HMIMV sur deux ans (2005-2006), Thèse N°154, Année: 2007, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.

8. X.DELGADILLO,

La proctologie pratique au quotidien,

<http://www.proctologica.com/images/stories/media/pratique%20quotidienne%20en%20proctologie.pdf>

9. L.ABRAMOWIT, A.BATALLAN,

Epidémiologie des lésions anales (fissure et thrombose hémorroïdaire externe) pendant la grossesse et le postpartum, EMC, Gynécologie Obstétrique et Fertilité, volume 31, numéro 6, Juin 2003, pages 546-549.

10. L. ABRAMOWITZ,

Traumatisme anal chez la parturiente, EMC, Gynécologie [196-A-10], 2007.

11.L.ABRAMOWITZ, I.SOBHANI,

Les complications anales de la grossesse et de l'accouchement, EMC, Gastroentérologie Clinique et Biologique, Vol 27, N° 3 - Mars 2003, pp. 277-283

12.NAVEAU S, BAL, AM A, PERLEMUTER G, GEROLAM R, VOMS C.

Hémorragie digestive. In : Naveau S, Bal Eds. Hépatogastro-entérologie. Abrégés, connaissances et pratiques. Paris : Masson, 2003, 436p.

13.ANDRE BIGARD M, CHONE L, HUDZIAK H, MOUGENEL JL, PETIT P, WATELET J.

Guide pratique des maladies du tube digestif, Éditions MMI, Paris, France, 2001, 331 pages.

14.BENHAMOU G., MONGRÉDIEN M.,

« Nécrose rectale : proposition thérapeutique à propos de deux cas récents. », *Gastro-Entérologie Clin. Biol*, 1979,16, 7, 530.

15.BENHAMOU G., VILOTTE J.,

« L'hémorroïdectomie. », *Film Congrès Français de Chirurgie*, 1985.

16.BENHAMOU G., VILOTTE J.,

« La prévention des hémorroïdes est possible. », *Entretiens de Bienal*, 1986. V4

17.SOULLARD J.,

« Les hémorroïdes. », In : Colo-Proctologie, SOULLARD J., CONTOU J.F.Éds., *Musson*, Paris, 1984, pp. 79-112.

18.GROSZ C.R.,

« A surgical treatment of thrombosed external hemorrhoids. », *Dis. Colon Rectum*, 1990, 33, 249-250. 5. GROSZ C.R., « A surgical treatment of thrombosed external hemorrhoids. », *Dis. Colon Rectum*, 1990, 33, 249-250.

19. TOUPET A.,

« Techniques d'hémorroïdectomie (opération de Whitehead modifiée). », *Presse Méd.*, 1969, 77, 144-146.

20. ARNOUS J., PARNAUD E., DENIS J.,

« Une hémorroïdectomie de sécurité. A propos de 3 000 observations. », *Presse Méd.*, 1971, 79, 87-90.

21. ATIENZA P., PARNAUD E.,

« Hémorroïdes », In : Appareil digestif (3), *E.M.C. techniques chirurgicales*, 1989, **40685**, 1-14.

22. SMITH L.E.,

« Complications of haemorrhoids treatment. », *Clin. North Am.*, 1987, 16, 89-91.

23. SALVATI E.P., KLECKNER M.S.,

« Urinary retention in anorectal and colonic surgery. », *Am. J. Surg.*, 1957, 94, 114.

24. PARKS A.G.,

« The management of the fissure in ano. », *Hosp. Med.*, 1967, 1, 737.

25. PARNAUD E., ARNOUS J.,

« La leiomyotomie avec anoplastie dans le traitement des fissures anales. », *Presse Méd.*, 1968, 76, 34, 1661-1663

26. CORMAN M.L.,

« Colon and rectal surgery. », *J.B. Lippincott*, Philadelphia, 1984.

27. PARKS A.G.,

« Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. », *Br. Med. J.*, 1961, 1, 463-469.

28.FUCINI I.C.,

« One stage treatment of anal abscesses and fistula. A clinical appraisal on the basis of different classifications. », *Int J Colorectal Dis*, 1991, 6, 12-16

29.READ D.R., ABACARIAN H.,

« A prospective survey of 474 patients with ano-rectal abscess. », *Dis. Colon Rectum*, 1979, 22, 566-569.

30.SCOMA J.A., SALVATI E.P., RUBIN R.J.,

« Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. », *Dis. Colon Rectum*, 1974,17, 357-359.

31.VASILEVSKY C.A., GORGON PH.,

« The incidence of recurrent abscesses or fistula in ano following ano-rectal suppuration. », *Dis. Colon Rectum*, 1984, 27, 126-130.

32.HANCKE E., BACH R., JUNGINGER T.,

« Ano-rectal abscesses :predisposing factors for recurrences. », *Colo-proctology*, 1992,14, 18-22.

33.BECK D.E., FAZIO V.W., LAVERY I.C., JAGELMAN D.G.,

« Weakley F.L. Catheterdrainage of ischio-rectal abscesses. », *South Med. J.*, 1988, 81, 444-446.

34.ISBISTER W.H., KYLE S.,

«De pezzar drainage of ano-rectal abscess- a description of technique and a comparison with the alterbative technique of « Incision and Packing ». », *Colo-proctology*, 1991, 13, 90-96.

35.GOLIGHER J.C. (moderator),

« Symposium. Fistula-in-ano. », *Int. J. Color. Dis.*, 1987, 2, 51-71.

36.FAZIO V.W.,

« Complex anal fistulae. », *Gastroenterol Clin. North. Am.*, 1987,16, 93-114.

37.LUNNIS P.J., KAMM M.A., PHILIPPS R.K.S.,

« Factors affecting continence after surgery for anal fistula. », *Br. J. Surg.* 1994, 81, 1382-1385.

38. LEWIS A.,

« Excision of fistula-in-ano. », *Int. J. Colorect. Dis.*, 1986,1, 265-267.

39. PARKS A.G., STITZ R.W.,

« The treatment of high fistula in ano. », *Dis. Colon Rectum*, 1976,19, 487-490.

40. RAMANUJAN P.S., PRASAD M.L., ABCARIAN H.,

« The role of seton in fistulotomy of the anus. », *Surg. Gynecol. Otetef.*, 1983, 157, 419-422. 46.

41. GORDON PH.,

« Management of ano-rectal abcess and fistulous disease. », In : *Colon Rectal and Anal Surgery* Mosby, 1985, 91-107.

42. LEWIS P., BARTOLO D.C.C.,

« Treatment of trans-sphincteric fistulae by full thickness advancement flaps. », *Br. J. Surg.*, 1990, 77, 1187-1189.

43. AQUILAR P.S., PLASENCIA G., HARDY T.G., et al,

« Mucosal advancement in the treatment of fistula-in-ano. », *Dis. Colon Rectum*, 1985, 28, 496-498.

44. ATHANASIADIS S., KÖHLER A., NAFE M.,

« Treatment of high anal fistulae by primary occlusion of the interna ostium, drainage of the inter-sphincteric space, and

45. JONES I.T., FAZIO V.W., JAGELMAN D.G.,

« The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. », *Dis. Colon Rectum*, 1987, 30, 919-923. mucosal advancement flap. », *Int. J. Colored. Dis.*, 1994, 9, 153-157.

46. REZNICK R.K., BAILEY H.R.,

« Closure of internal opening for treatment of complex fistula-in-ano. », *Dis. Colon Rectum*, 1988, 31, 116-118.

47. WEDELL J., MEIER Z.U., EISSEN P., BANZHAF G., KLEINE L.,

« Sliding flap advancement for the treatment of high-level fistulae. », *Br. J. Surg.*, 1987, 74, 390-391.

48. MANN C.V., CLIFTON M.A.,

« Rerouting of the tract for the treatment of high anal and ano-rectal fistulae. », *Br. J. Surg.*, 1985, 72, 134-137.

49. THOMSON J.P.S., ROSS A.H. MCL.,

« Can the external sphincter be preserved in the treatment of trans-sphincteric fistula-in-ano ? », *Int. J. Colored. Dis.*, 1989, 4, 247-250

50. MATOS D., LUNISS P.J., PHILLIPS R.K.S.,

« Total sphincter conservation in high fistula in ano : results of a new approach. », *Br. J. Surg.*, 1993, 80, 802-804.

51. KUPFERGERG A., ZER M., RABINSON S.,

« The use of PMMA beads in recurrent high anal fistula : a preliminary report. », *World J. Surg.*, 1984, 8, 970-974.

52. MISRA M.C., KAPUR B.M.L.,

« A new non-operative approach to fistula-in-ano. », *Br. Surg.*, 1988, 75, 1093-1094.

53. ABEL M.E., CHIÙ Y.S.Y., RUSSELL T.R., VOLPE P.A.,

« Autologous fibrin glue in the treatment of rectovaginal and complex fistulas. », *Dis. Colon Rectum*, 1993, 36, 447-449.

54. HORJTRUP A., MOESGAARD F., KJAERGARD J.,

« Fibrin adhesive in the treatment of perineal fistulas. », *Dis. Colon Rectum*, 1991, 34, 752-754

55. WEXNER S.D., SMITHY W.B., MILSOM J.W., et al,

« The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. », *Dis. Colon Rectum*, 1986, 29, 719-723.

56.A JBARA

Expérience du service de chirurgie générale de l'hôpital militaire Avicenne en chirurgie proctologique sur six ans (2013-2018). FMP marakech 2019ans(P.63 ;P62)

57.KA MAHASSADI

Les affections colo proctologiques et leurs déterminants au CHU de Yopougon 2012(P.75)

58.Sarles J.C COPE R.

Proctologie. Masson 1990.

J. DENIS, R. GANANSIA, T. PUY-MONTBRUN

Proctologie pratique, 4^e édition. Paris : Masson, 1999 : 86- 93.

59.K HALAL

Epidémiologie analytique des affections proctologiques. expérience du service de chirurgie visérale et proctologie à HMIMV RABAT (P.40)

60.BRONDELH, GONDRANM.

Facteurs prédisposants liés à l'hérédité et à la profession dans la maladie hémorroïdaire. Arch

Fr Mal App Dig 1976 ; 65 : 541-550

61.K. FELLOUS

La maladie hémorroïdaire. Actual Angiol 1997;220:1991-3.

62.SAWADOGO A, BONKOUNGOU P, SERME AK ET AL.

La maladie hémorroïdaire au centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso (CHUSS) Burkina Faso. Med Afr Noire, 2007;54:350-1

63.TCHACONDO T, KAROU SD, BATAWILA K ET AL.

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ Herbal remedies and their adverse effects in Tem tribe traditional Medicine in Togo. Afr J Tradit Complement Altern Med, 2011;8:45-60

64.Tade AO, Salami BA, Musa AA, Adeniji AO.

Anal com–plaints in Nigerians attending the Olabisi Onabanjo university teaching hospital (OOUTH), Sagamu. Niger postgrad Med J, 2004;11:218-20

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

66.TRAORE A et al

La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Toure. Bamako.2010.p :360.

67.AL-HADRANI AM.What induced haemorrhoidal disease in yemen?
Saudi Med J2002 May,21(5) :475-7

68.BT DEMBELE et al

fissures anales primaires dans le service de chirurgie générale chu gabriel touré.bamako.
2012.p :1331.

69. Laurent S, Marianne E, Stephan A. Possibilités thérapeutiques dans la fissure anale chronique. Rév Prat
2008 ; 51 :21-25

70. Charles NB, Field M, Kvaabshuis JH, Garry R, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, Khan AG, Malfertheiner, Guiyang Q, Rey JF, Sood A, Steinur F, Thomson A, Thomsen OO, Water Meyer G, Gonvers JJ. Primary anal fissure; World gastroenterology organisation global June 2009

71.SISSOKO F et al

LES FISTULES ANALES EN CHIRURGIE <> À L'HOPITAL DU POINT G . bamako.2003.p :27.

ANNEXES

VIII. ANNEXES :

6. Fiche d'enquête :

FICHE D'ENQUETE N°

I. IDENTIFICATION :

Nom : Prénom : Age :

Profession : Ethnie : Sexe :

Adresse:.....

Situation matrimoniale :

Provenance :

Date d'inclusion:.....

II MOTIF DE CONSULTATION OU D'HOSPITALISATION :

.....

.....

Début approximatif de la maladie:.....

Date de diagnostic:.....

III. ANTECEDENTS :

MEDICAUX :

HTA Diabète : Asthme

V. Drépanocytose : Immunodépression

Autres

CHIRURGICAUX :.....

.....

OBSTETRICAUX :.....

.....

III. HABITUDE ALIMENTAIRE ET FACTEURS DE RISQUE :

Constipation Diarrhée

Abus de laxatifs Sédentarité

Régimes alimentaires :

- Épices - Tabac
- Fibres (légumes) - Alcool

IV. SIGNES CLINIQUES :

Douleur anale

Caractères évolutifs : Continue Intermittente

Rectorragie : Abondance Fréquence

Facteur déclenchant : Émission de selle Activité physique

- Caractère évolutif : Continue Intermittente

- Temps/défécation :

- Suintement anal :

Oui non

- Prurit anal :

Oui non

Autres symptômes :

Aspects des muqueuses :

Normale anormale

Marge anale : Présence de marisque :

Oui non

Toucher Rectal : sphincter tonique

Oui non

V. CLASSIFICATION:

5.1 Classification de la maladie hémorroïdaire :

- Stade I :

- Stade II :

- Stade III :

- Stade IV :

5.2 Classification des fissures anales

- Fissure jeune
- Fissure chronique

5.3 Classification des fistules anales

- Les fistules intersphinctériennes
- Les fistules transsphinctériennes
- Fistules intersphinctériennes
- Les fistules suprasphinctériennes
- Les fistules extrasphinctériennes

5.4 Classification des incontinences anales

- selles solides
- selles liquides
- gaz
- garnitures
- qualité de vie

VI. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

BIOLOGIE :

Groupage Rhésus :

Hémoglobine :

Hématocrite :

Plaquette :

Glycémie :

Sérologie HIV :

CRP :

VS :

IMAGERIE :

Anuscopie :

Oui

non

Résultat :

.....

Rectoscopie :

Oui

non

Résultat :

.....

Autres :

VII. TRAITEMENT PROPOSER :

Médical :

Oui

non

Antibiothérapie :

.....

Antalgique :

.....

Veinotoniques :

.....

Laxatif :

.....

Autres.....

Instrumental :

.....

.....

Chirurgie :

Type de chirurgie :

Technique de Milligan et Morgan

Technique de Parks

Technique de Fergusson

Drainage chirurgical

Fistulectomie

Fistulotomie

Fissurectomie

Anapath :

Oui

non

Resultat :.....
.....
.....

VIII. Résultat après traitement :

Médical : satisfait

Oui

non

Résultat fonctionnel :.....

Résultat anatomique :.....
.....

Résultat chirurgical :

Satisfait : oui

non

Résultat : fonctionnel.....

Anatomique.....

Cout :.....
.....

SCORE DE JORGE ET WEXNER

1.vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de gaz ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois(2) Moins d'une fois par semaine (3)Plus d'une fois par semaine(4) Une fois par jour ou plus

2.vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

3. vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine
(3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

4. à cause des fuites anales, devez-vous porter des garnitures?

(0) jamais (1) rarement (2) parfois (3) souvent (4) Toujours

5. les fuites anales ont-elles un retentissement sur la qualité de votre vie ?

(0) non (1) légèrement (2) Un peu (3) beaucoup (4) Considérablement

6. les fuites anales ont-elles un retentissement sur votre sexualité ?

(0) non (1) légèrement (2) Un peu (3) beaucoup (4) Considérablement

7. quel facteur rendez-vous responsable de votre incontinence ?

(0) Chirurgie (1) Accouchements (2) ménopause (3) Autre (4) Aucun identifié

8. Prenez-vous des médicaments pour vous constiper ? Oui non

9. Quand vous avez envie d'aller à la selle, êtes-vous capable de vous retenir pendant plus de 15 minutes ? Oui non

10. Avez-vous des pertes de selles dont vous vous rendez compte après coup ?

Oui non

11. Avez-vous des suintements de l'anūs ? Oui non

Complications post opératoires :

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Douleur anale | <input type="checkbox"/> |
| Hémorragie | <input type="checkbox"/> |
| Rétention d'urine | <input type="checkbox"/> |
| Retard de cicatrisation | <input type="checkbox"/> |
| Infections | <input type="checkbox"/> |
| Incontinence anale | <input type="checkbox"/> |

7. Fiche signalétique :

Nom : TRAORÉ

Prénom : Tièba

Téléphone : (00223) 75 18 53 44/ 63 51 53 57

Titre de la thèse : Étude des pathologies anales bénignes dans le service de chirurgie du CSREF de la commune I de Bamako du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2019.

Année universitaire de soutenance : 2019 – 2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Chirurgie et pathologies anales.

Résumé :

Il s'agit d'une étude retro prospective allant du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2019 dans le service de chirurgie du CSREF de la commune I de Bamako

Objectif :

- déterminer la fréquence hospitalière des pathologies anales bénignes.
- décrire les aspects cliniques et thérapeutiques.
- analyser les suites opératoires.
- évaluer le cout de la prise en charge.

Nous avons colligé 216 cas de pathologies anales bénignes dont 115 hommes et 101 femmes avec 53,2% et un sexe ratio de 1,13.

La tranche d'âge était de 26-40 ans avec 41,7% et un âge moyen de 32,39ans.

Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur anale avec 61,1%.

La majorité de nos patients souffrait de la maladie hémorroïdaire avec 69,4%.

75,9% de nos patients ont reçu le traitement chirurgical.

La complication la plus rencontrée dans notre étude était la douleur anale post opératoire avec 2,8%.

Le cout global est estimé à 92000 Franc.

Mots clés : Pathologies, anales, fistules, fissures, hémorroïde.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure !