

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

UNIVERSITE DE BAMAKO

Année : 2008-2009

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

THESE

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES HEMORROIDES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE « A » AU CHU DU POINT G.

Thèse présentée et soutenue publiquement le : 25 février 2009
devant le jury de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par

M. KOULIBALY Arouna

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président :	Pr. Djibril SANGARE
Membres :	Dr. Moussa Abdoulaye OUATTARA
	Dr. Mohamed KEITA
Directeur de thèse :	Pr. Zimogo Zié SANOGO

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	Error! Bookmark not defined.4
OBJECTIFS.....	6
II. GENERALITES.....	7
A. RAPPELS ANATOMIQUES	7
1. Anatomie descriptive.....	7
2. Anatomie fonctionnelle.....	19
B. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES	20
1. La continence	20
2. L'exonération	22
C. RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES	23
D. RAPPELS CLINIQUES	24
1. Epidémiologie	24
2. Signes fonctionnels	24
3. Signes physiques	25
4. Examen complémentaire	25
5. Complications	25
6. Diagnostic positif :	28
7. Diagnostic différentiel :.....	28
E. RAPPELS SUR LES TRAITEMENTS.....	28
1. Traitement médical :.....	28
2. Traitement des manifestations inflammatoires	31
3. Traitements ambulatoires :.....	30
4. Traitement chirurgical :.....	32
III. PATIENTS ET METHODE.....	44
IV. RESULTATS.....	46
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	56
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	68
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	69
VIII. ANNEXES.....	73

I. INTRODUCTION :

➤ Pour COOPER le mot hémorroïde du grec hemohein signifie écoulement sanglant.

Les hémorroïdes se définissent non pas par leurs aspects, mais par leurs manifestations essentielles : les hémorragies. Cette appellation, impropre désigne en fait des formations de nature vasculaire dont le rôle physiologique et le mode de transformation en un état pathologique restent sur bien des points encore mystérieux [1].

➤ Pour SOULLARD, personne n'a jamais exactement bien défini les hémorroïdes, le problème a toujours irrité les proctologues [2]. Cela tient à la difficulté de différencier la morphologie normale du canal anal de l'aspect pathologique, à l'étrangeté d'hémorragies rouges dans une maladie veineuse, à la discordance entre les constatations anatomopathologiques et la clinique.

➤ Le terme hémorroïde est souvent employé d'une manière erronée non seulement par les malades, mais également par certains médecins. Ainsi les hémorroïdes sont souvent confondues à beaucoup d'autres pathologies de la marge anale notamment les abcès, les tumeurs, les marisques et les fissures [3].

➤ Les hémorroïdes sont des extasies des capillaires du corps caverneux *recti* qui se déplacent du canal anal vers le bas [4].

Maladie de civilisation, les hémorroïdes constituent la pathologie la plus fréquente de l'intestin terminal, elle atteint les deux sexes. Son traitement est très varié, il fait appel en effet à de nombreux moyens que l'on peut schématiquement grouper en trois catégories selon leur nature : médicale, endoscopique ou chirurgicale. Le traitement chirurgical se fait soit sous anesthésie générale, soit sous anesthésie locorégionale. La mortalité est rare, les bons résultats anatomiques et fonctionnels sont souvent ternis par des complications post opératoires, parmi lesquelles la douleur reste la plus redoutable [5- 6].

➤ Les hémorroïdes sont fréquentes, MILES a estimé que 80 % des adultes d'âge moyen sont affligés d'hémorroïde [4].

Aux Etats Unis, une étude sur l'épidémiologie des hémorroïdes réalisée par HYAMS et PHILPOT a donné une prévalence de 27 % de la population [7].

En Europe DENIS J. a trouvé une prévalence de 25 % de la population adulte française [14].

En Afrique, AJAYI M. estimait la prévalence à 2 % de la population au Nigeria [9].

N'Djito YAP a trouvé une fréquence de 40,83 % de la pathologie digestive basse au Cameroun [10].

OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier la prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le service de chirurgie « A » du CHU du point G.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des cas d'hémorroïdes dans le service de chirurgie « A » ;
- Décrire les signes cliniques des hémorroïdes;
- Préciser les indications de l'hémorroïdectomie ;
- Evaluer la technique opératoire utilisée dans le service ;
- Etudier les suites opératoires.

II. GENERALITES :

Le canal anal est la partie terminale du tube digestif. Long de 4 cm, il fait suite au rectum et se termine par l'anus qui est situé à 20 mm de l'apex du coccyx. A l'état d'occlusion, l'anus est une fente ou un simple point duquel irradient des plis cutanés qui s'effacent à l'ouverture [13].

Dans la formation du canal anal, intervient le cloaque qui est d'origine endoblastique et qui donne naissance au sinus uro-génital et au rectum. Il est formé par la membrane cloacale qui devient la membrane anale et disparaît vers la fin de la septième semaine du développement embryonnaire [14].

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

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

-La continence : met en jeu plusieurs phénomènes réflexes intéressant les sphincters interne, externe et le sigmoïde [15].

A. RAPPELS ANATOMIQUES :

1. Anatomie descriptive :

1.1. Anatomie macroscopique :

1.1.1. Configuration externe :

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

- en arrière, le muscle élévateur de l'anus ;
- sur les côtés, les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;
- en avant, par l'intermédiaire du centre tendineux du périnée [16].

1.1.2. Configuration interne :

- Le pecten anal :

Est caractérisé par les colonnes et les sinus anaux. Il est limité en bas par la ligne ano-cutanée. C'est une zone intermédiaire constituée d'un revêtement lisse, sec, mâ, puis bleue [13]. Les colonnes anales de MORGAGNI sont constituées par des replis semi circulaire dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales. Elles sont au nombre de 5 à 8, longues de 1cm

et épaisses de 1 à 2 mm, reliées à leurs extrémités inférieures par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La muqueuse anale, à ce niveau est rose [5].

- La zone ano-cutanée :

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

- La zone cutanée :

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

Selon, certains auteurs, le canal se divise en deux parties par la ligne pectinée qui est située aux endroits de la jonction 1/3 moyen, 1/3 supérieur du canal anal [14] fig 1 et 2.

La ligne est oblique en bas et en avant et constitue par le bord libre des valvules anales semi-circulaires qui limitent avec la paroi anale, les cryptes anales de MORGAGNI.

- La portion sus pectinéale :

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

- La portion sous pectinéale est de coloration grise bleutée.

Il s'insère sur le ligament ano-coccygien, sur les bords latéraux du coccyx et à la face postérieure de la partie anale du rectum.

- Faisceau pubo-rectal : naît sur la face postérieure du pubis et à côté du disque inter pubien. Il est épais et étroit avec un trajet vertical et sagittal. Il croise l'urètre et la prostate chez l'homme et le vagin chez la femme. Il se termine sur le centre tendineux du périnée et dans les parois latérales du rectum où ses fibres terminales s'insinuent entre les parties du sphincter externe de l'anus.

Il participe efficacement au soulèvement des viscères pelviens. La contraction de sa partie externe entraîne l'occlusion du canal, celle de la partie interne le dilate, assurant ainsi le premier temps de la défécation [17].

d. Le muscle corrugateur de la marge anale ou muscle corrugator cutis ani :

Il est constitué de fibres lisses de la peau entourant l'anus. Il irradie de l'anus vers son sphincter externe, sa contraction rétracte et plisse la marge de l'anus. Il appartient, pour certain à la couche musculaire du canal anal [17].

e. Le corps caverneux et le muscle canalis ani :

Il se trouve dans le 1/3 supérieur du canal en dessous la ligne ano-rectale. Comme le corps caverneux du pénis, le plexus vasculaire du corps caverneux rectal est rempli de sang rouge artériel. Il est tributaire des branches terminales de l'artère rectale supérieure. Ces branches sont constamment retrouvées aux points suivants : 3H, 7H, et 11H où elles peuvent être palpées. Elles forment un réseau capillaire dans les corps caverneux.

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

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

f. La couche longitudinale complexe :

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

Selon la description de MILLIGAN et de MORGAN qui est la plus couramment admise, elle est composée par l'assemblage des fibres lisses de la couche longitudinale du rectum; des fibres striées issues du releveur de l'anus du faisceau profond du sphincter externe et les fibres tendineuses de l'aponévrose pelvienne supérieure (fascia pelvien) [14-19]. Ce complexe musculo-tendineux ainsi fermé descend entre le faisceau profond du sphincter pour se terminer en éventail un peu en avant du bord profond du sphincter externe.

Les fibres de cet éventail vont :

- En dedans, constituer le septum inter musculaire de MILLIGAN et MORGAN qui sépare le sphincter interne du faisceau sous-cutané du sphincter externe. Au préalable, une partie des fibres traverse ou contourne, selon les auteurs, le sphincter interne et se fixe à la muqueuse du canal anal, contribuant à former le ligament suspenseur de PARKS.
- En bas, après avoir traversé, engagé et divisé en faisceaux secondaires, le faisceau sous-cutané du sphincter externe, les fibres de la couche vont s'insérer à la peau constituant le corrugateur cutis ani qui donne l'aspect caractéristique des plis radiés de l'anus ;
- En dehors, elles forment un septum, le fascia périnéal de MORGAN, qui s'étend de la fosse ischo-rectale, séparant les faisceaux sous-cutanés et profond du sphincter externe.
- En avant, elles participent à la constitution du centre tendineux du périnée. Cette couche rend solidaire les appareils sphinctériens interne et externe, et constitue un ensemble de voies par lesquelles pourra cheminer l'infection [14-18].

1.1.4. Espaces cellulux péri anaux :

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

a. L'espace circum-anal sous-muqueux

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

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

b. L'espace peri-anal sous-cutané :

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

c. La fosse ischio-rectale :

Est un espace du périnée postérieur situé de chaque côté du rectum. De forme prismatique, triangulaire, elle présente un sommet supérieur profond et une base périnéale. Sa paroi latérale verticale est formée du muscle obturateur et de son fascia.

Sa paroi médiale, oblique en bas et en dedans, est constituée par les muscles éleveurs et le sphincter externe de l'anus. Elle se prolonge en avant vers le périnée antérieur sous le muscle éleveur, et en arrière, dans la région glutéale. Elle est remplie d'un corps adipeux traversé par des vaisseaux et des nerfs, et présente sur sa paroi externe, le canal honteux [13]. Il est admis actuellement que les fosses ischio rectales communiquent entre elle, en arrière du canal anal par : l'espace retro-anal supérieur et l'espace retro-anal inférieur [14].

d. L'espace postérieur du releveur de COURTNEY :

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

e. L'espace inter-sphincterien :

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

e.1. Vascularisation artérielle :

- Artère rectale supérieure ou artère rectalis superior :

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

- Artère rectale moyenne ou artère rectalis media :

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

- Artère rectale inférieure ou Artère rectalis inferior :

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

- Artère sacrale médiale :

Elle participe accessoirement à cet apport artériel. Elle naît de l'aorte (au dessus de la bifurcation) et se jette dans le corps coccygien [13].

e. 2. Vascularisation veineuse :

Elle constitue un shunt porto cave.

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

- Les veines rectales supérieures se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure [20].

e. 3. Vascularisation lymphatique :

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

- Les collecteurs satellites de l'artère rectale inférieure se dirigent vers les nœuds lymphatiques inguino-superficiels [20] fig 3.

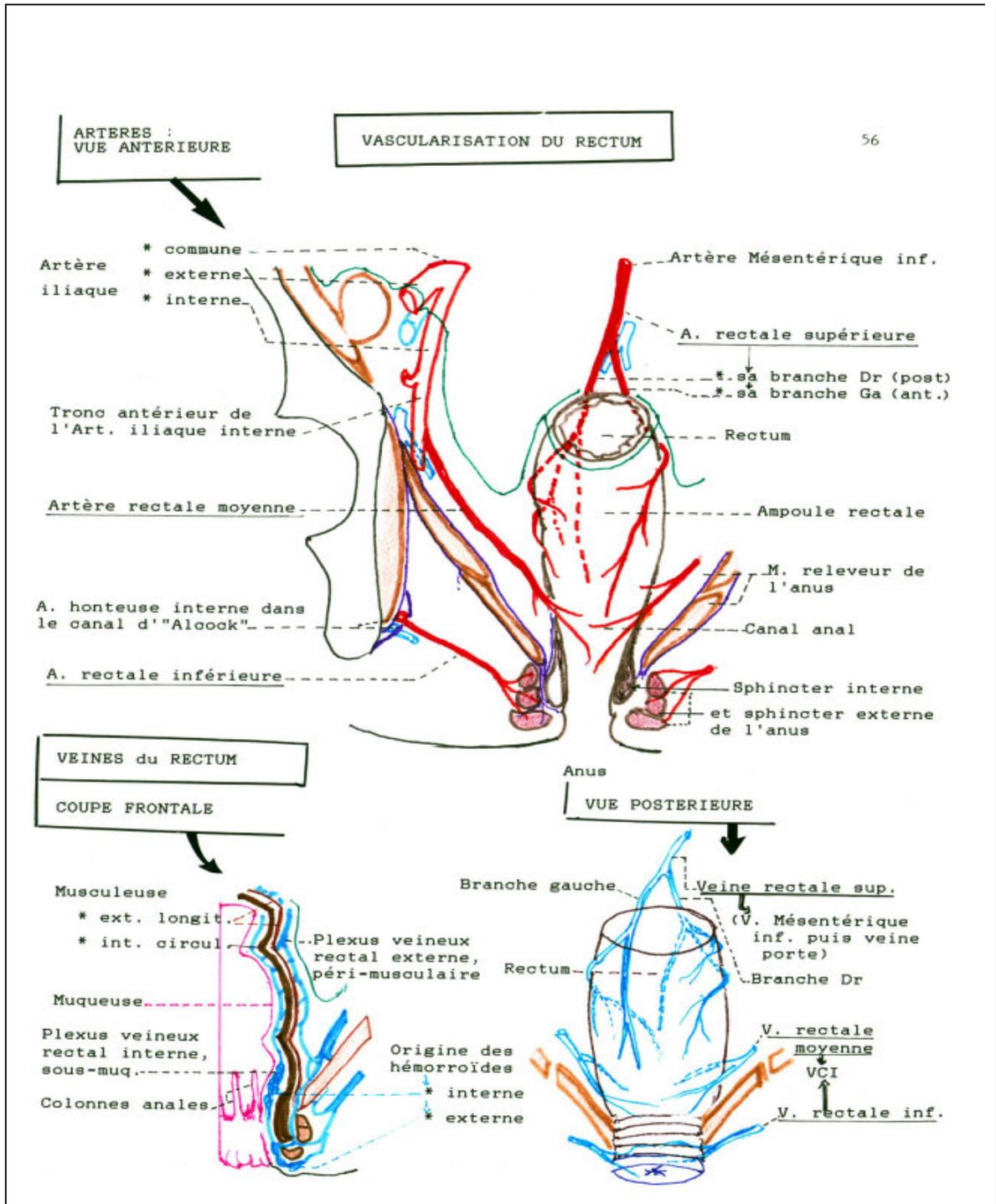
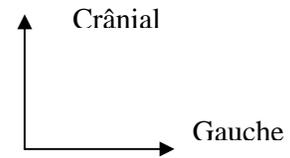


Fig 3 : Vascolarisation du rectum

f. Innervation ano-rectale : [25]

L'appareil sphinctérien appartient à deux systèmes nerveux : le système nerveux volontaire et le système neurovégétatif. Cette situation est due à la présence de fibres striées et fibres lisses au niveau du canal anal.

f. 1. Innervation de l'anneau musculaire strié :

L'anneau musculaire strié en parti contrôlé par la volonté, reçoit son innervation du plexus honteux former par l'union de la branche antérieure du sympathique quatre (S IV) à une branche anastomotique du sympathique deux et trois (S II III).

On distingue :

- le nerf hémorroïdal (ou anal) pour le sphincter externe à la peau,
- le nerf sphinctérien accessoire pour la partie postérieure du sphincter externe,
- le nerf sphinctérien antérieur, issu du nerf honteux interne et qui se distribue à la partie antérieure du sphincter.

Le plexus coccygien ne fourni que rarement des rameaux rectaux mais donne de nombreux rameaux sensitifs cutanés.

f. 2. Innervation du sphincter lisse :

Le sphincter lisse qui échappe au contrôle de la volonté est innervé par le seul système neurovégétatif. Les filets parasympathiques lui viennent les nerfs érecteurs (S.II, S.III, S.IV). Les filets sympathiques lui viennent des deuxième et troisième segments lombaires par le plexus hypogastrique.

Un certain contingent des fibres sympathiques accompagnent la mésentérique inférieure et les hémorroïdales supérieures pour atteindre la muqueuse anale.

1.2. Anatomie microscopique :

1.2.1. Couche interne :

- **La zone de transition :** est comprise entre la ligne ano-rectale et la ligne pectinée.

Cette transition s'effectue soit brusquement soit le plus souvent par l'intermédiaire d'un épithélium, dit « de transition ». Cet épithélium est d'origine cloacale. Il est situé au niveau de la membrane proctodéale, frontière embryologique entre l'ectoderme et l'endoderme [5].

De caractère paramalpighien, cet épithélium de transition est composé de cellules cubiques et de l'épithélium épidermoïde stratifié.

La fermeture sphinctérienne, plus grande au niveau des cryptes, arrête non seulement les selles mais aussi les gaz. Selon des études manométriques, le sphincter externe ne contribue qu'à 30% à la fermeture de l'anus.

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

Quand l'ampoule rectale est remplie, les fibres musculaires circulaires se tendent et les fibres longitudinales s'activent. Il se produit alors une relaxation réflexe du sphincter interne et l'organe de continence est prêt à se vider. La contraction volontaire du sphincter externe complète la vidange. La pression abdominale joue un rôle accessoire dans la vidange ; la sensation d'avoir les selles est transmise par les fibres nerveuses sensibles de la muqueuse anale et probablement à travers des récepteurs qui sont au niveau du muscle élévateur et de la paroi rectale. La discrimination des selles se fait au niveau des cryptes. L'ensemble est commandé par le système volontaire [3].

B. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES :

Le canal anal, par sa fonction de réservoir et grâce à l'appareil sphinctérien de l'anus assure deux rôles essentiels : la continence et l'exonération.

1. La continence : [20-23-24]

La continence est assurée principalement par la distensibilité qui augmente la capacité du réservoir et par la résistance opposée par les sphincters, le plancher pelvien, à l'expulsion fécale.

1.1. Le colon sigmoïde :

IL préserve la vacuité rectale en dehors des périodes de remplissage grâce à son angulation latérale. Cette angulation est augmentée par le poids des selles et elle s'ouvre lors du remplissage rectal.

1.2. Le rectum :

Il s'oppose à la progression du contenu colique par la barrière de pression que constitue son activité motrice et ses ondes contractiles plus amples que celles du sigmoïde.

2.4. La défécation volontaire :

Si le sujet répond volontairement à l'incitation exonératrice, la position accroupie rectifie l'angulation recto- anale. La contraction volontaire des muscles abdominaux, glotte fermée (manœuvre de vasalva), augmente la pression thoraco-abdominale et en même temps la pression rectale. Ceci entraîne une inhibition de la résistance du sphincter externe. Le plancher pelvien descend expulsant la selle. L'appareil musculaire reprend ensuite son tonus de repos et le canal anal se referme.

2.5. La défécation urgente :

L'apport sigmoïdien d'une masse fécale abondante et surtout liquide dans le rectum peut déborder ses facultés viscoélastiques d'adaptation et l'inhibition corticale peut être alors inefficace. Le complexe sphinctérien externe volontaire résiste 40 à 60 secondes après lesquelles la suite se produit soulageant temporairement le besoin.

2.6. La défécation pathologique :

L'expulsion peut être fragmentée en plusieurs vagues consécutives surtout chez les constipés qui sont obligés de répéter un effort expulsif insuffisant efficace s'il est unique.

L'accumulation de matières dans le rectum peu être due à plusieurs remplissages successifs après lesquels la réponse au réflexe a été stoppée plus ou moins consciemment par le contrôle psychique.

- les dyschésies :

C'est la distension rectale par les selles sans que le réflexe évacuateur se poursuivre. Elle peut être due par:

- l'habitude de résister au besoin de défécation;
- perte de tonicité rectale, la dégénérescence de l'appareil musculo-nerveux du périnée,
- les faiblesses des muscles abdominaux (chez le vieillard);
- les lésions douloureuses anales (fissure, thrombose).

- Les polyschésies :

C'est le besoin urgent et répété d'évacuer en absence de contenu rectal appréciable. Les causes sont nombreuses : maladies inflammatoires rectales, néoplasme, dilatations anales.

C. RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES : [20-23-24]

La contraction continue des muscles anaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-sphinctériennes fermées) permettent une continence hermétique.

Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation.

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

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

Pour LODER PD, les causes de la maladie hémorroïdaire restent inconnues, la constipation y jouerait un rôle important. L'hypertension portale favoriserait la présence des hémorroïdes, il n'y a pas de relation entre la pression portale et le volume des hémorroïdes. Le rôle de l'hypertrophie bénigne de la prostate et celui de l'obésité ont été signalés dans la littérature.

D. RAPPELS CLINIQUES :

1. Epidémiologie : [5-29-30-31]

En proctologie les hémorroïdes constituent l'une des affections les plus fréquentes. L'homme est atteint plus que la femme. L'affection est extrêmement rare chez l'enfant.

La fréquence devient de plus en plus élevée à partir de 20 ans avec un maximum vers la quarantaine. L'alimentation jouerait un rôle essentiel dans leur survenue, en particulier les régimes riches en résidu.

2. Signes fonctionnels : [25-32]

L'interrogatoire doit être précis ; temps capital de la consultation, il recherchera l'existence des différentes manifestations fonctionnelles de la maladie. Il sera impérativement assorti d'un examen complet, réalisé d'emblée ou de façon différée lorsque les douleurs empêchent de pratiquer une anoscopie.

Le plus souvent, les hémorroïdes sont asymptomatiques. Elles peuvent être de découverte fortuite lors d'un examen général. Un des symptômes les plus fréquents est l'hémorragie rouge clair. Ces rectorragies sont d'abondances variables, certains peuvent consulter pour anémie.

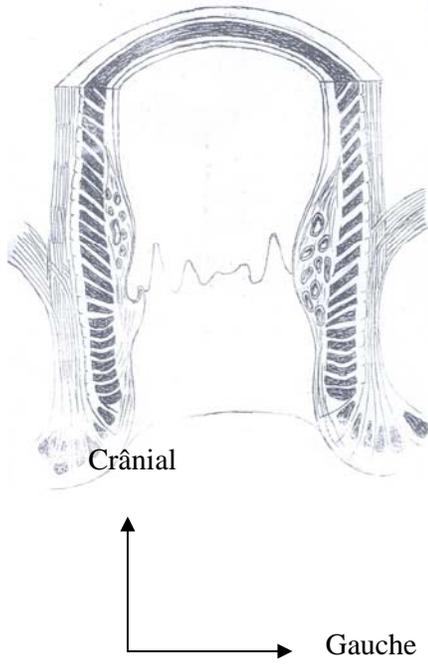
➤ thrombose externe :

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

➤ thrombose interne :

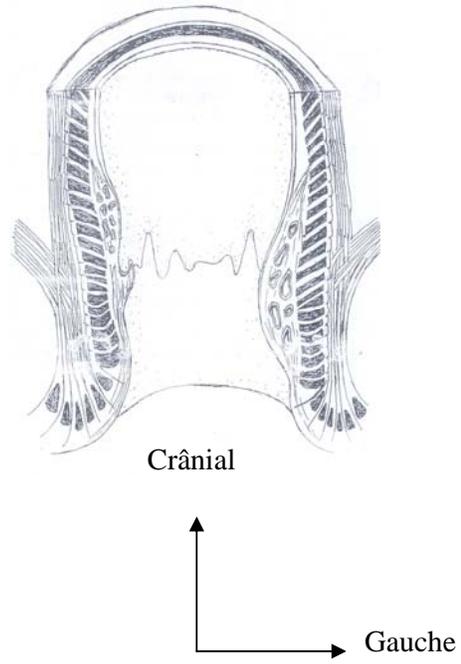
Quand elle est non-extériorisée elle se manifeste par une douleur vive intra-canalair. Au toucher rectal on sent une masse indurée douloureuse. L'anuscopie montre des tuméfactions bleutées.

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



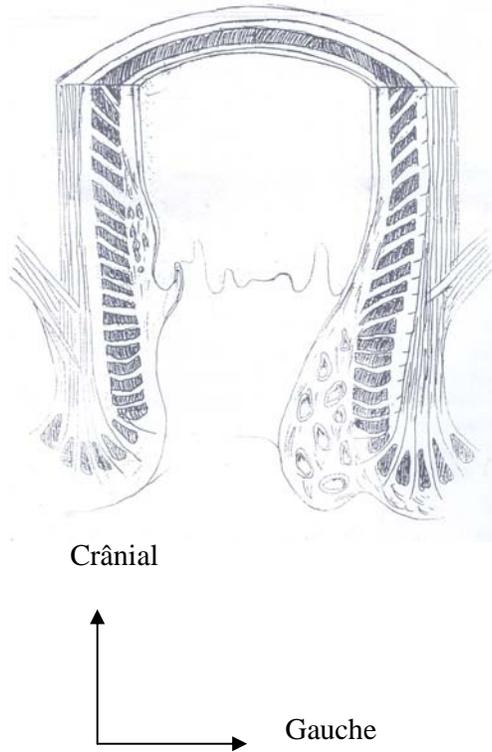
Classification des Hémorroïdes: Stade 1

Fig 4.1



Classification des Hémorroïdes: Stade 2

Fig 4.2



Classification des Hémorroïdes: Stade 3

Fig 4.3

6. Diagnostic positif:

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

7. Diagnostic différentiel :

Il se fait avec les cancers du sigmoïde et du rectum devant une rectorragie. Il convient de différencier le prolapsus hémorroïdaire du prolapsus rectal. Ce dernier se manifeste par une masse rougeâtre prolabée à travers l'anus. Il est caractérisé par la présence de sillons circulaires et par sa consistance qui le rend plus difficile à réduire contrairement au prolapsus hémorroïdaire.

E. RAPPELS SUR LES TRAITEMENTS :

Il existe trois possibilités thérapeutiques : médicales, instrumentales et chirurgicales. Dans tous ces cas, on saisit l'intérêt de :

- la correction des troubles du transit, notamment de la constipation grande pourvoyeuse des accidents hémorroïdaires ;
- l'hygiène alimentaire réduisant tous les facteurs capables de perturber la vasomotricité pelvienne ou digestive et de faire ouvrir les shunts artério-veineux ;
- l'action décongestive des veinotropes et aussi des certaines médications qui arrêtent ou du moins limitent certains saignements d'origine hémorroïdaire.

1. Traitement médical :

Ce type de traitement s'adresse aux hémorroïdes simples (stade 1, stade 2 non compliqué)..

Il comporte :

1.1. Les mesures hygiéno-diététiques :

1.1.1. Hygiène locale :

Elle doit se faire sans excès mais systématique. Il faut effectuer une toilette locale 1 à 2 fois par jour, après chaque selle avec des savons (gras, neutre). En cas de prurit il est conseillé de ne pas utiliser de substance pouvant être source d'eczématisation par irritation locale prolongée favorisant le grattage [20].

1.1.2. Hygiène alimentaire :

Elle doit éliminer si non réduire : les épices, les boissons alcoolisées et les excitants (thé, café).

1.1.3. Régularisation du transit intestinal :

Avec cette mesure, beaucoup d'hémorroïdes sont définitivement guéries. Tous les laxatifs irritants largement utilisés seront supprimés. On aura recours aux mucilages doux, l'huile de paraffine. On peut souvent utiliser le pain complet, des préparations à base de son de blé. Dans les constipations avec dyschésie rectale, on peut avoir recours à un traitement par voie basse, suppositoires à dégagement gazeux (MICROLAX), poire d'eau à lavement [36].

Le rôle de la diarrhée dans la maladie hémorroïdaire n'est pas négligeable et justifie un traitement orienté.

1.1.4. Lutte contre la sédentarité et le manque d'activité physique :

Certains sports comme la gymnastique et la natation occupent une place très importante dans le traitement de la maladie hémorroïdaire [37]. Lors des crises douloureuses certaines activités sont déconseillées : vélo, moto, équitation.

1.2. Les médicaments :

Ils constituent le traitement de fond de la maladie hémorroïdaire. On utilise généralement deux voies d'administration : voie orale, voie locale.

1.2.1. Voie orale :

Il existe dans le commerce de nombreuses spécialités (Daflon, Ginkor proctoVeinobiase) dont la prise se fait par voie orale. En cas de crises douloureuses aiguës, elles doivent être utilisées à une posologie plus élevée (le double ou le triple de la dose habituelle) durant une période brève : 4-5 jours.

1.2.2. Voie locale :

Il existe aussi de multiples spécialités dont les principes actifs sont : la rutine, la cortisone, l'alphachymotrypsine.

D'une façon générale, les suppositoires sont réservés aux lésions intra canalaires, les crèmes pommades, gels moins bien tolérés aux lésions marginales.

Les deux formes peuvent être associées dans certains processus inflammatoires et thrombotiques. La pommade appliquée sur le suppositoire est introduite à l'aide d'un doigt recouvert d'un petit doigtier.

L'utilisation de médicament à action anti-prurigineuse dans certaines formes d'anite a un intérêt certain. A côté de ces médicaments spécifiques, il existe des anti-spasmodiques, des anti-inflammatoires généraux qui ont une action efficace sur la douleur et l'inflammation.

1.3. Indication du traitement médical :

Le traitement médical est toujours justifié lorsqu'il a une action rapide et durable sur les crises hémorroïdaires discontinues et peu fréquentes.

Il ne faut pourtant pas persister dans ce choix thérapeutique si les résultats ne sont suffisamment efficaces et utiliser d'autres méthodes (instrumentale ou chirurgicale).

- densifier le tissu congestif sous-muqueux qui va se fixer à la muqueuse anale et au sphincter interne.

Technique :

La sclérose est un acte facile qui ne nécessite pas d'anesthésie ni de prémédication spéciale. Le malade doit être en genu-pectoral. Un toucher rectal doit précéder l'anuscopie pour lubrifier l'anus. L'anuscopie est introduit jusqu'à la lumière rectale et le mandrin retiré. En ôtant progressivement l'anuscopie, on découvre le paquet hémorroïdaire au niveau duquel on pratique l'injection sclérosante.

L'injection doit être strictement sous muqueuse jamais intra veineuse. La quantité globale pour chaque injection ne doit pas excéder 2 à 5 ml et chaque séance comporte 1 à 2 injections diamétralement opposées.

3.2. La ligature élastique : [40]

Le but est de réaliser une sclérose profonde. Un clou de sclérose fixe la muqueuse au sphincter interne et s'oppose à la fuite en avant de l'hémorroïde.

La technique : sous contrôle anuscopique, on aspire le paquet hémorroïdaire dans un tube de verre ou métallique. On place à la base du paquet invaginé dans le tube un anneau de caoutchouc strangulateur. Ce caoutchouc entraîne secondairement une ischémie de l'hémorroïde, son sphacèle et sa chute.

La ligature élastique des hémorroïdes n'est pas douloureuse et elle n'est pas hémorragique.

Le nombre de séance est de 3 à 4 espacé de 2 à 3 semaines afin que l'escarre soit réparée avant une nouvelle séance.

3.3. La cryothérapie ou congélation contrôlée :

Le but est : congeler les hémorroïdes et réaliser leur destruction du moins partielle dans leur portion la plus interne [41].

La technique : C'est une méthode combinée qui associe la cryodestruction après la mise en place préalable d'un anneau élastique. La ligature élastique permet d'individualiser le paquet hémorroïdaire et de délimiter la congélation.

Elle utilise un matériel nécessaire à la ligature élastique et une source d'azote liquide ou de protoxyde d'azote.

3.4. Les infrarouges [42].

Le but de cette méthode est de réaliser avec un appareil facile à manier une photocoagulation au travers d'un anuscopie. Cette photocoagulation crée un foyer de nécrose bien délimité en surface et en profondeur au niveau de la muqueuse et sous-muqueuse sous hémorroïdaire.

4. Traitement chirurgical : [20-25-26]

4.1. Préparation du malade :

La préparation psychologique du malade est un temps essentiel. En plus de la peur physique devant la douleur, vient s'ajouter un sentiment de honte lorsqu'il s'agit de chirurgie anale, il est donc essentiel de mettre le malade en confiance. La préparation intestinale et locale est beaucoup plus simple. Il est absolument inutile, sinon nuisible de constiper le malade ou de le donner un régime sans résidus.

Un lavement évacuateur de deux litres d'eau est pratiqué la veille au soir. Ce lavement est souvent remplacé par des médicaments tous préparés (MICROLAX). Tous ceux ci pour assurer la vacuité de l'ampoule rectale.

Un rasage de la région périnéale sur une zone 3 à 4 cm autour de l'anus suffit.

4.2. Position opératoire :

Nous avons l'habitude d'utiliser la position dite de taille ou position gynécologique. Le malade est mis sur le dos, les pieds suspendus à des jambières qui assurent une bonne présentation de la région anale. Le siège déborde légèrement la table.

La désinfection du périnée et de la région anale sera effectuée avec une solution antiseptique (la polyvidone iodée). Il est utile de pratiquer une désinfection du canal anal et de s'assurer de la vacuité de l'ampoule rectale, si des selles restent dans le rectum, la mise en place d'une compresse à la partie supérieure du canal anal permet d'opérer dans un champ propre, cette compresse sera retirée en fin d'intervention.

4.3. Anesthésie :

La région anale est une région très réflexogène au niveau de laquelle toute manœuvre brutale peut entraîner une syncope. Il s'agit d'une région facile à explorer. La pathologie entraîne souvent un spasme sphinctérien déclenché et entretenu par la douleur, qui rend la région difficilement accessible. Ainsi toute anesthésie quelle que soit sa nature, doit être suffisamment profonde pour permettre un examen complet.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont des techniques très utiles qui permettent d'opérer un plus grand nombre de malades. Elles permettent de pratiquer facilement toute la chirurgie anale et rectale basse. L'anesthésie générale est souvent utilisée dans certains cas, elle est rendue difficile par le fait qu'elle doit être à la fois profonde et de courte durée.

4.4. Hémmorroidectomie pédiculaire ouverte :

C'est l'hémorroïdectomie suivant la technique du SAINT-MARK'S hospital de LONDRES ou technique de MILLIGANet MORGAN.

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

Deux aides sont nécessaires

4.4.1. Instruments :

Les instruments utilisés sont :

- 1 bistouri simple
- 4 pinces de chaput ;
- 3 pinces de Kocher
- 6 pinces de Rankin ;
- 1 pince porte aiguille ;
- 2 écarteurs de Farabeuf ;
- 1 paire de ciseaux ;
- 3 pinces hémostatiques ;
- Vicryl serti 0 ou 1

4.4.2. Manuel opératoire :

Ce manuel comporte plusieurs temps.

- Pose d'un premier jeu de 3 pinces de Kocher sur la marge anale, légèrement en dehors de la ligne ano-périnéale, sur le sommet des marisques si elles existent, respectivement à 3H, 7H, 11H. Les pinces dans leur axe, amorcent l'éversion du canal anal, fig. 6.1.

- Pose du deuxième jeu de trois pinces après avoir déplissé le canal anal et procédé à un ou plusieurs touchers anaux. On place un deuxième jeu de 3 pinces au dessus et dans l'axe de trois précédents au niveau de la ligne pectinée bien souvent marquée par une papille hypertrophiée, fig. 6.2:

- Les paquets hémorroïdaires sont infiltrés avec une solution à 1% de xylocaïne (adréalinée si possible).

- La détente anale étant ainsi portée à son maximum, on place un dernier jeu de trois pinces (sans griffes type Rakin pour ne pas déchirer la muqueuse). Ces pinces sont posées toujours dans l'axe des précédentes sur la muqueuse rose pâle de type rectal au pôle supérieur de l'hémorroïde interne facilement reconnaissable par sa couleur rouge foncée. Les deux aides tirent modérément sur elles. Ces pinces présenteront un triangle de muqueuse de type rectal, dont les pinces occupent les sommets : c'est le triangle d'exposition qu'il est essentiel d'obtenir avant de poursuivre plus avant l'intervention, fig. 6.3.

- Dissection du paquet de 3 heures.

On commence la dissection par le paquet de 3 heures. Les 3 pinces reposent dans la paume de la main gauche dont l'index est introduit dans l'anus pour prendre appui au dessus du bec de la plus interne. Il est ainsi facile d'assurer une traction et une légère luxation des pinces qui chassent vers l'extérieur le sphincter externe.

Deux coups de ciseau en V au dessus et au-dessous du paquet hémorroïdaire dessinent une plaie triangulaire, dont le sommet interne répond à la deuxième pince et dans laquelle on reconnaît les fibres blanc-nacrées du sphincter interne.

Le lambeau cutané est libéré de dehors en dedans en sectionnant aux ciseaux quelques faisceaux de la couche longitudinale complexe qui se fixe à la peau. On libère ainsi le bord inférieur du sphincter interne jusqu'au ligament de PARKS qu'on sectionnera partiellement. Une section complète aboutirait en effet après ligature et section de l'hémorroïde à une ascension trop importante du moignon et créerait une surface cutanée large. La peau doit être sectionnée jusqu'à la ligne pectinée. On lie le pédicule au vicryl serti 2/0 en enfonçant l'aiguille au ras du sphincter interne et en la faisant ressortir au dessus du bec de la dernière pince, ligature en nœud double après présentation du triangle d'exposition pour éviter un rétrécissement, puis hémostase soigneuse, fig.564 et 6.5.

- Dissection des paquets de 7H et 11H. Leur dissection se fait dans les mêmes conditions, puis ligature haute des pédicules vasculaires, fig.6.7

- Hémostase générale après ligature des trois pédicules vasculaires.

Puis on procède à la section des hémorroïdes en conservant une bonne collerette pour éviter que la ligature ne glisse et qu'une hémorragie secondaire se produise. Enfin on sectionne les fils, les pédicules sont happés par le canal anal, fig.6.6.

- On procède à la régularisation de plaies. L'aspect terminal se présente en feuilles de trèfle.

- Curage des ponts :

Les ponts cutanéomuqueux assurent la sensibilité du canal anal. Ils sous entendent cependant des hémorroïdes résiduelles qui doivent être excisées chaque pont est tendu par une pince sans griffe placée à distance sur la peau. Les bords des ponts sont eversés un à un par une pince de Chaput exposant les petites dilatations veineuses résiduelles sous la peau et la muqueuse.

On les excise aux ciseaux en respectant l'intégrité du pont. Si celui-ci est trop distendu. On peut le raccourcir en le coupant avec suture bout à bout du vicryl serti 0, évitant ainsi une marisque, fig.6.8.

- On procède à la vérification de l'hémostase, puis la perméabilité par le passage du doigt. On termine l'intervention par un pansement avec un boudin de compresse imbibée d'Auréomycine pommade 3% qui le rend non adhérent à la plaie. Puis ce pansement est rendu compressif.

4.5. Hémmorroïdectomie SAINT MARK'S complétée :

L'intervention consiste à associer à hémorroïdectomie type Saint Mark's Hopsital une léiomyotomie postérieure avec anoplastie suivant la technique déjà exposée.

Les indications sont :

- certains cas d'hémorroïdes apparemment circulaires, c'est à dire comportant à 6H un paquet supplémentaire ;
- les hémorroïdes avec fissure à 6H ou sans fissure mais un anus étroit ;
- les cas pour lesquels les soins post-opératoires ne pourront pas être assurés

correctement en raison du psychisme du malade ou de l'impossibilité de le suivre en un temps suffisant.

Comme avantages, elle permet l'exérèse des paquets hémorroïdaires tout en présentant des points cutanéomuqueux; les récides quasi-inexistantes.

Et comme inconvénients, l'opération est suivie de douleurs postopératoires et entraîne parfois une hospitalisation prolongée nécessitant des soins locaux quotidiens jusqu'à la cicatrisation complète (temps de cicatrisation relativement long de 2 à 4 semaines).

4.6. Hémmorroïdectomie sous - muqueuse de PARKS [36].

Elle consiste en hémorroïdectomie sous-muqueuse des trois paquets. Après une mise en place d'un écarteur de PARKS chaque paquet est traité séparément. Une incision intra-canalair en Y inversé, remontant jusqu'à la muqueuse rectale est faite sur le paquet.

La dissection d'abord sous-muqueuse sectionne le ligament de PARKS et se poursuit sur la face externe du paquet en refoulant le sphincter interne. La ligature haute du pédicule est ensuite réalisée. La reconstruction de la muqueuse intra-canalair est effectuée par points séparés. La partie cutanée de l'incision n'est pas fermée dans un but de drainage.

C'est une technique compliquée et hémorragique avec des récives fréquentes.

La durée de cicatrisation est courte, les suites opératoires sont moins douloureuses

4.7. Hémmorroidectomie fermée Ferguson :

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

On dissèque les hémorroïdes résiduelles sous les bords de ce fuseau cutané-muqueux qui sont ainsi libérés des plans profonds et mobilisables. On peut ainsi rapprocher les berges sans tirer sur la peau et fermer par un sujet.

Les trois ou quatre paquets sont traités de façon identique.

4.8. Hémmorroidectomie circulaire de WHITEHEAD :

Cette intervention très critiquée actuellement est rendue responsable de graves séquelles et est abandonnée. Elle consiste à une hémorroïdectomie circulaire totale. Elle enlève en bloc les hémorroïdes externes et internes. Tout le revêtement du canal anal est ainsi résequé de façon circulaire : muqueuse cylindrique et partie malpighienne cutanée.

Cette intervention présente des inconvénients majeurs, doit être proscrite puisqu'elle ne respecte pas l'intégrité de la zone sensible.

4.9. Hémmorroidectomie circulaire de A. TOUPET :

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

Elle permet d'éviter :

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

- Les rétrécissements

4.10. Opération conservatrice de LORD : Dilatation anale

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

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

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

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

Les complications sont :

- la déchirure de la peau péri-anale se cicatrise vite,
- le prolapsus muqueux dans les hémorroïdes du 3^{émé} degré
- l’incontinence anale.

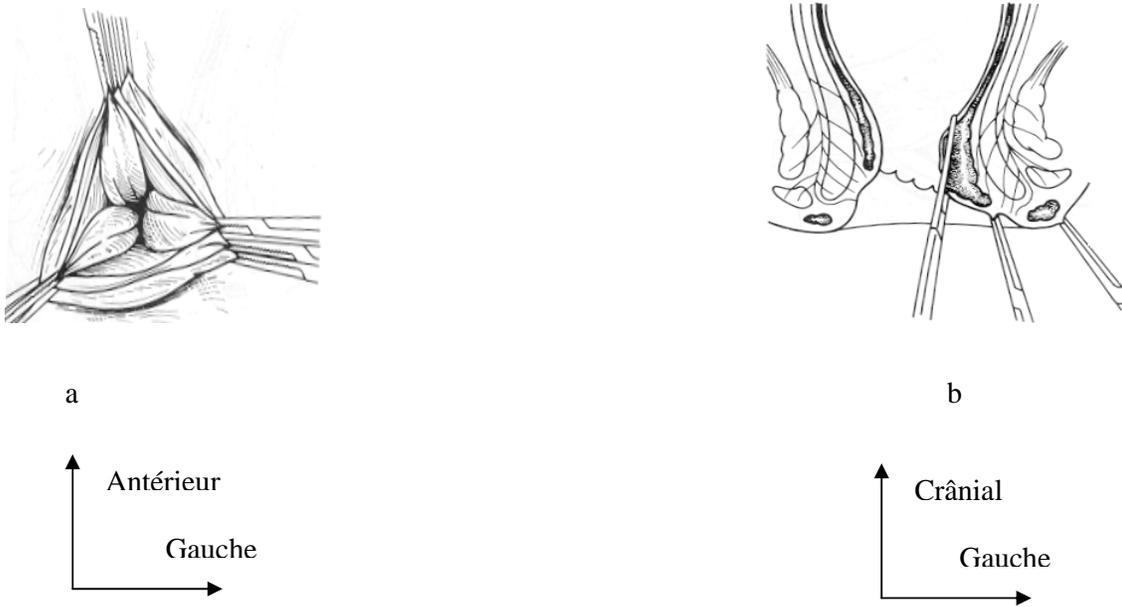


Fig. 6.3 (a et b) Pose d'un troisième jeu de trois pinces type Rankin pour ne pas déchirer la muqueuse, toujours dans l'axe des précédentes, au pôle supérieur des hémorroïdes, au niveau de la muqueuse rose pâle de type rectal. *Noter l'angle d'exposition* qu'il est essentiel d'obtenir avant de poursuivre l'intervention.

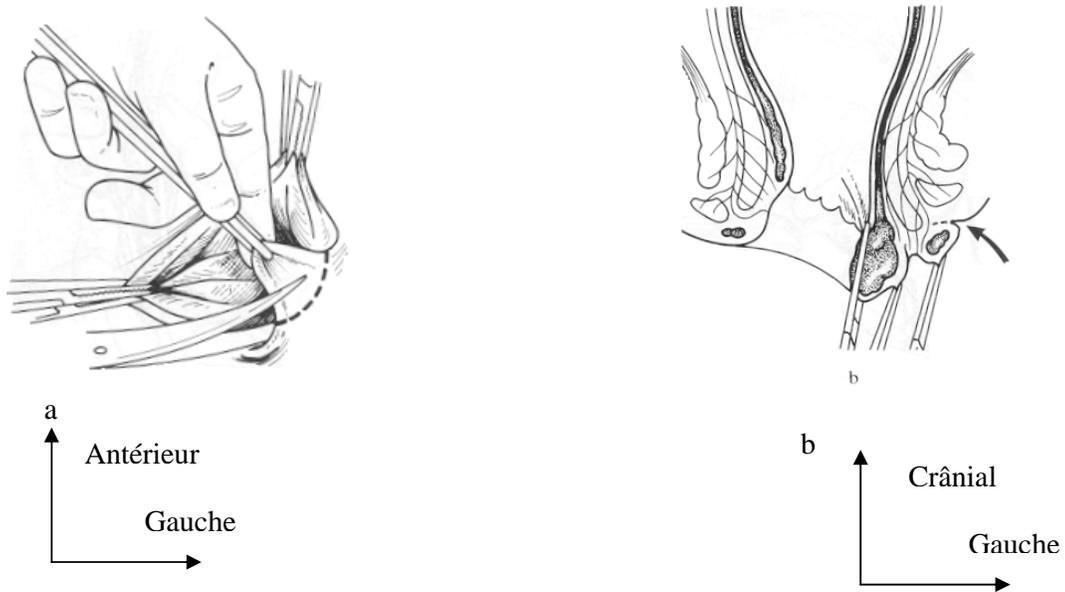


Fig. 6-4. (a et b) Dissection du paquet de 3 h. Excision de la partie cutanée de l'hémorroïde et découverte rapide du sphincter interne. La position de la flèche et du pointillé représente celle de l'extrémité de la lame interne des ciseaux en direction de la deuxième pince.



Fig. 6.12. -Dissection du paquet de 3 h.

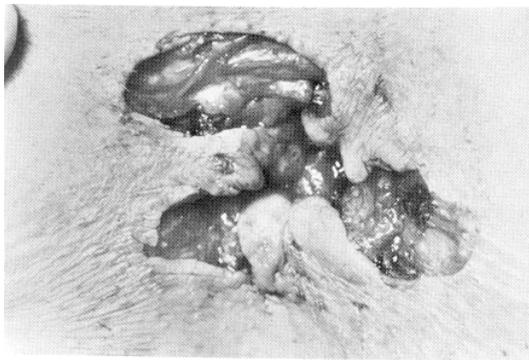


Fig. 6. 11. -Temps final. 3 plaies séparées par trois ponts cutanéomuqueux [26]

III. PATIENTS ET METHODE :

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du point G de Bamako (république du Mali).

Hôpital de 3^{ème} référence, il est situé à 8 km du centre ville sur la colline du point G et regroupe 18 services dont le service de chirurgie « A » où se déroulent les activités de chirurgie générale, thoracique et endoscopique.

Le service comprend deux pavillons [Pavillon Tidiani Faganda TRAORE (PTFT) et pavillon chirurgie II] et un Institut Malien de Recherche et de Formation en Coeliochirurgie (IMRFC)

La capacité d'hospitalisation est de 40 lits dont 18 lits de 3^{ème} catégorie, 16 lits de 2^{ème} catégorie et 6 lits de 1^{ère} catégorie avec au total 7 chirurgiens.

Les consultations et interventions chirurgicales ont lieu tous les jours ouvrables excepté le vendredi, ce jour est consacré à la visite générale et à la programmation des patients pour la semaine à suivre.

Les hospitalisations se font tous les jours. Un staff est tenu tous les matins.

2. Type et période d'étude :

Notre travail est une étude rétrospective du 1^{er} janvier 2003 au 31 Décembre 2007 des malades opérés de pathologie hémorroïdaire.

3. Echantillonnage :

- Critère d'inclusion

Il s'agit de tous les malades opérés pour hémorroïde dans le service de chirurgie « A » (urgence et intervention programmée).

- Critère de non inclusion

Les patients qui ont les dossiers incomplets.

Notre méthodologie nous a permis de colliger 75 cas répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

4. Supports des données :

Les données sont collectées principalement à partir :

- des dossiers des malades,
- des registres de consultation,
- des registres de comptes rendus opératoires,

- des fiches d'enquêtes individuelles qui comprennent 47 variables divisées en :
 - données administratives,
 - paramètres cliniques et paracliniques : signes fonctionnels, signes physiques, les examens complémentaires,
 - traitements,
 - suites opératoires.

5. Suivi des patients :

Le suivi post opératoire immédiat des malades se faisait comme suite :

- prise de température axillaire, tension artérielle (matin et soir)
- un toucher rectal par jour après un bain de siège de 15 minutes dans l'eau

permanganatée. Le toucher rectal permettait d'apprécier le calibre anal et le tonus sphinctérien.

- en per - opératoire nos patients avaient reçu de la Ciprofloxacine 200mg perfusion 1fl/12 heures, du Métronidazole perfusion 500mg 1 fl/8heures et du Novalgin 500mg injectable 1 amp/8heures en IV. Un bain de siège de 10 à 15 minutes à l'eau permanganatée (1cp de 500mg pour 10litres) 3fois/j et après les selles jusqu'à la cicatrisation de la plaie. Après les 24 premières heures les patients sont mis sous Ciprofloxacine 500mg, 1cp/2fois/j et Métronidazole 250mg 2cp/2fois/j pendant 10 jours. La prescription antalgique était fonction de la tolérance à la douleur.

Le suivi (court, moyen et long terme) post opératoire de nos patients s'étendait sur une période de 12 mois.

6. Gestion et analyse des données :

Le traitement de texte et les histogrammes ont été réalisés sur les logiciels Microsoft Word 2003 et Excel.

L'analyse et le traitement des données ont été effectués à partir du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Science) version 11.

5. Fréquence des hémorroïdes selon les années :

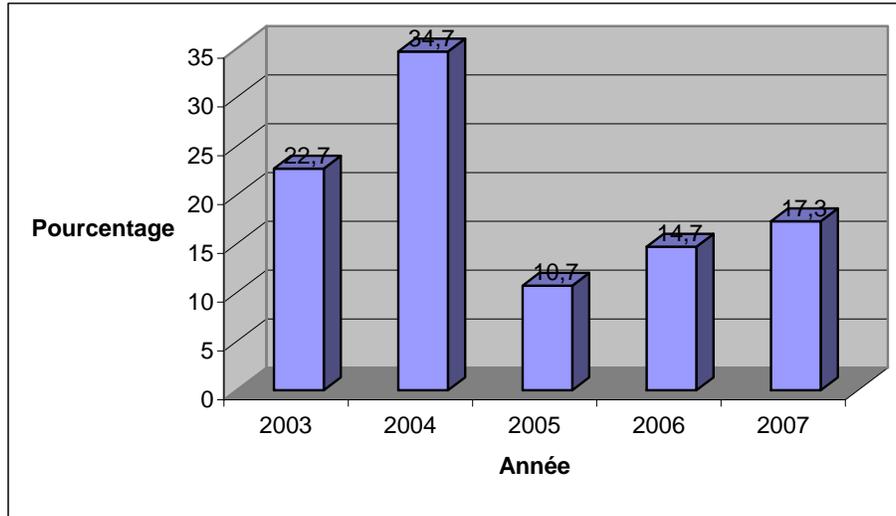


Figure 9 : Répartition des patients selon l'année de recrutement

C'est en 2004 que nous avons enregistré le plus grand nombre de patients opérés avec 34,7 %.

6. Fréquence des hémorroïdes selon la profession :

Tableau 3 : Répartition des patients selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Fonctionnaire	19	25,3
Commerçant	15	20,0
Ménagère	14	18,7
Elève, étudiant	8	10,7
Cultivateur	7	9,3
Militaire	4	5,3
Chauffeur	3	4,0
Mécanicien	2	2,7
Eleveur	2	2,7
Tailleur	1	1,3
Total	75	100,0

Les patients porteurs d'hémorroïde ont été le plus souvent des fonctionnaires avec 25,3 %, suivis des commerçants 20% et des ménagères 18 %.

7. Fréquence des hémorroïdes selon la position de travail :

56 de nos patients, soit 74,7% travaillaient en position assise et 19 patients soit 25,30% travaillaient en position debout.

8. Fréquence des hémorroïdes selon le mode de recrutement :

46 patients, soit 61,33% sont venus d'eux- mêmes. 29 patients, soit 38,67% ont été adressés par autres agents de santé.

9. Délai de consultation :

Tableau 4: Répartition des patients selon le délai de consultation :

DELAI DE CONSULTATION (AN)	EFFECTIF	POURCENTAGE
0 – 2	30	40,0
3 – 6	17	22,7
7 – 10	15	20,0
> 10	13	17,3
Total	75	100,0

Dans cette série, le délai de consultation variait de 0 à 2 ans chez 40% de nos patients.

10. Motif de consultation :

Tableau 5 : Répartition des patients selon le motif de consultation

MOTIF CONSULTATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Douleur anale	34	45,3
Tuméfaction anale	17	22,7
Autre*	14	18,7
Rectorragie	9	12,0
Suintement	1	1,3
Total	75	100,0

*Autre= Douleur anale+rectorragie ; Tuméfaction anale+ douleur ; Douleur anale+prurit

La douleur anale a été le signe d'appel le plus fréquent avec 45,3 %, suivie de la tuméfaction anale (22,7 %).

11. Signes associés :

La constipation a été le signe associé le plus fréquent avec 30,7% suivie de prurit anal (5,3%) et de ténésme (2,7%).

12. Période d'installation de la douleur :

Tableau 6 : Répartition des patients selon la période d'installation de la douleur

MOMENT DE DOULEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Pendant et après les selles	59	78,7
Permanente	7	9,3
Indéterminée	7	9,3
Avant les selles	2	2,7
Total	75	100,0

La douleur survenait pendant et après les selles chez 78,7 % de nos patients.

13. Mode d'installation de la douleur :

Tableau 7 : Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur

DEBUT DE DOULEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Progressif	69	95,83
Brutal	3	4,17
Total	72	100,00

Chez 95,83% de nos patients la douleur était de survenue progressive. Par ailleurs 3 patients ne présentaient pas de douleur.

14. Type de la douleur :

Tableau 8 : Répartition des patients selon le type de douleur

TYPE DE DOULEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Brûlure	58	77,3
Piqûre	12	16,0
Indéterminé	5	6,7
Total	75	100,0

La douleur à type de brûlure a été la plus fréquente chez nos patients avec 77,3 %.

15. Facteurs aggravants de la douleur :

Tableau 9 : Répartition des patients selon les facteurs aggravants de la douleur

FACTEURS AGGRAVANTS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Défécation	68	90,7
Position assise	6	8,0
Indéterminé	1	1,3
Total	75	100,0

La défécation aggravait la douleur dans 90,7 % des cas.

16. Facteurs d'accalmie :

Une position en décubitus dorsal a été retrouvée chez 2 de nos patients, soit 2,7% et 73, soit 97,3% n'avaient aucune position antalgique.

17. Troubles du transit :

Tableau10 : Répartition des patients selon l'apparition des troubles du transit

TROUBLES DU TRANSIT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Constipation	36	48,0
Aucun	20	30,0
Diarrhée	3	4,0
Alternance Diarrhée-constipation	16	18,0
Total	75	100,0

La constipation a été le trouble de transit le plus fréquent avec 48 %

18.Traitement antérieur reçu par le patient :

Tableau 11 : Répartition des patients selon la nature du traitement antérieur reçu

TRAITEMENT ANTÉRIEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Médical	39	52,0
traitement médical et traditionnel	13	17,3
Traditionnel	9	12,0
Autre*	9	12,0
Aucun	5	6,7
Total	75	100,0

*Autre= Traitement traditionnel+médical+ chirurgical

52 % de nos patients ont tenté un traitement médical.

19. Antécédents chirurgicaux :

Tableau 12 : Répartition des patients selon les antécédents des pathologies ano-rectales

ANTÉCEDENTS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Sans antécédents particuliers	64	85,4
Hémorroïde	3	4,0
Fissure anale	5	6,7
Fistule anale	1	1,3
Polype rectal	1	1,3
Abcès anal	1	1,3
Total	75	100,0

Les récidives hémorroïdaires post opératoires ont représenté 4 % de la série.

20. Indice de KARNOFSKY :

Tableau 13 : Répartition des patients selon l'indice de Karnofsky

INDICE	EFFECTIF	POURCENTAGE
80	41	54,7
90	27	36,0
70	7	9,3
Total	75	100,0

54,7% de nos patients avaient un indice à 80% (activité normale avec effort)

21. Pathologies ano-rectales associées :

Tableau 14: Répartition des patients en fonction des pathologies ano-rectales associées à l'hémorroïde

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Anite	9	12,00
Fissure anale	7	9,33
Fistule anale	1	1,33
Aucun	58	77,34
Total	75	100,00

L'anite a été la pathologie associée la plus fréquente avec 12%.

Les paysans et les éleveurs représentaient 9 patients soit 12%. Cette distribution a montré que les paysans et les éleveurs consultaient moins pour les hémorroïdes par rapport aux fonctionnaires et scolaires.

Cette fréquence élevée des fonctionnaires et scolaires s'expliquerait par le fait que ces populations avaient les moyens et consultaient plus facilement pour les pathologies de l'anus. Le nombre faible des paysans et éleveurs dans notre série s'expliquerait aussi par les éloignements des centres de santé et donc peu de consultation en médecine, notion qui a déjà été évoquée par DEMBELE [11] et SEMEGA [25].

➤ **Position habituelle au travail**

La relation entre l'hémorroïde et la position habituelle au travail est évoquée par beaucoup d'auteurs.

En Suisse, SIGRID S [46] a estimé que les travailleurs en position assise (employés de bureau, chauffeurs, ménagères) s'exposaient aux hémorroïdes. Il a affirmé que la sédentarité était un facteur favorisant l'apparition et l'aggravation des hémorroïdes après une étude de 100 cas d'hémorroïdes dont 80 % étaient sédentaires.

Aux USA, HYAMS et PHILPOT [7] étudiaient des chauffeurs de taxis (toujours assis) et les garçons de restaurants (toujours debout). Ils n'ont pas trouvé dans la position habituelle au travail un facteur favorisant l'apparition des hémorroïdes.

Au Soudan, AHMED M E [48], au Nigeria AJAYID O et COLL [9] notaient une relation certaine entre la sédentarité et les hémorroïdes.

Dans notre série, les patients qui occupaient une position assise au travail étaient majoritaires avec 56 cas (soit 74,7 %), ceux qui exerçaient en station debout représentaient 19 cas soit 25,33 %. Il existait une différence significative et tout se passait comme si la position assise au travail favorisait l'apparition des hémorroïdes ou tout au moins aggravait les hémorroïdes déjà existantes. Les personnes exerçant les métiers actifs (paysans, éleveurs) qui constituent la majorité de la population du Mali, consultaient peu en médecine pour cette maladie que les tradi-praticiens prendraient en charge longtemps malgré le peu de bons résultats [25]

6. Délai de consultation:

Il est difficile avant la consultation dans les services de préciser la date exacte du début de l'apparition des hémorroïdes. Pour BRONDEL H [49] l'interrogatoire apprend que le début des premières manifestations remonte en générale à 4 ans.

SARLES JC [55] a estimé que le début de la première crise remontait à 5 ans environ. Pour SHAFIK A [23] la maladie hémorroïdaire est une maladie chronique évoluant par poussées successives. TALL A [52] a recensé un taux de 43,33 % de sujet ayant fait leur première crise depuis au moins 1 an avant la première consultation.

Comme la plus part des auteurs, nous avons constaté lors de notre étude que la maladie hémorroïdaire était une maladie chronique évoluant par poussées successives. Le nombre de nos patients ayant fait leur première crise depuis plus de 5 ans était 17, soit 22,7 % et 13 soit 17,3 % se plaignaient depuis plus de 10 ans avant la première consultation.

7. La Provenance et mode d'admission :

Plus des 2/3, soit 70,7 % de nos patients résidaient à Bamako. Seulement 29,3 % sont venus de l'intérieur du pays. Nous n'avions pas reçu de malades provenant de Tombouctou et de Kidal compte tenu de leurs distances et de la prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans les hôpitaux régionaux.

38,67 % de nos patients ont été adressés par des médecins, chez 61,33 de nos malades, le diagnostic a été posé à la consultation externe.

8. Traitement antérieur reçu par le patient :

La maladie hémorroïdaire est une maladie chronique évoluant par poussées successives, les malades ne consultent pas de façon précoce [25].

Au Nigeria, IWATT AK [51] dans une étude comparative sur l'épidémiologie des hémorroïdes chez l'adulte Nigérian et anglais a constaté : les malades consulteraient de façon tardive et après échec des traitements antérieurs donnés par d'autres médecins.

Dans notre étude 93,3 % ont été traités soit par un agent de santé soit par un tradithérapeute. L'échec des traitements antérieurs reçus a poussé nos malades à venir en consultation.

Parmi nos patients 52 % ont déjà reçu un traitement médical avant de venir en consultation. 17,3 % des patients ont associé des traitements médicaux et traditionnels, 12 % des cas ont reçu un traitement médical, traditionnel, chirurgical. 6,7 % de nos patients n'avaient pas reçu de traitement, et enfin 12 % ont été uniquement traités par un tradithérapeute dont la méthode consistait à ligaturer les paquets hémorroïdaires et leurs revêtements cutanéomuqueux avec

10. Les troubles de transit :

Tableau 21 : Répartition des principaux troubles du transit selon les auteurs.

AUTEURS	CONSTIPATION		DIARRHEE		ALTERNANCE DIARRHEE CONSTIPATION	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%
SOULLARD France	50	59,52	23	27,38	11	13,09
DEMBELE Mali	271	65,10	53	22,70	92	22,20
SEMEGA Mali	47	51,10	21	22,80	13	14,1 3
Notre étude	36	48 %	3	4 %	16	18 %

SOULLARD J [16] a estimé que la constipation tenace se rencontrait très souvent chez les porteurs d’hémorroïdes. Il s’agissait de constipation avec un bol fécal très dur dont l’exonération était difficile.

TALL A [52] pensait que les troubles du transit notamment la constipation était incriminée (comme facteur le plus important) dans le déclenchement de la maladie hémorroïdaire.

Dans notre série, 48 % de nos patients souffraient de constipation opiniâtre avec une fréquence moyenne d’une selle par semaine. Nous avons constaté que la constipation jouait un rôle très important dans l’apparition et dans le déclenchement des hémorroïdes.

Il existait une forte liaison entre constipation et hémorroïde. Tout se passait comme si la présence de la constipation favorisait le déclenchement de la maladie hémorroïdaire.

Les anomalies dégénératives du tissu de soutien des plexus hémorroïdaires jouent un rôle prépondérant. Le relâchement, puis la rupture des éléments de soutien en particulier du ligament de Parks, sont à l’origine d’un glissement progressif vers le bas du revêtement du canal anal et de la sous muqueuse. Les troubles du transit et surtout la constipation favorisent cette évolution. En effet les efforts excessifs et prolongés pendant la défécation sont à l’origine de forces de cisaillement qui viennent étirer et fragmenter le tissu de soutien.

De plus, au niveau vasculaire, la strangulation des vaisseaux est responsable des manifestations œdémateuses, hémorragiques ou thrombotiques.

La diarrhée chez les hémorroïdaires (même provoquée par les laxatifs irritants chez les constipés) était présente seulement chez 4 % de nos patients, et l'alternance constipation diarrhée chez 18 % de nos malades.

N'DJITOYA [10] a évoqué le rôle important que jouait la diarrhée dans le déclenchement des hémorroïdes. Il existait une relation importante entre la présence de la diarrhée fréquente et le déclenchement de la crise hémorroïdaire.

11. Les antécédents de pathologie hémorroïdaire :

La majorité de nos patients avaient des antécédents digestifs a type de constipation 48 %, de diarrhée dans 4 %, et d'alternance constipation diarrhée dans 18% des cas (quelques cas de fissure anale et de polype rectal ont été observés). Dans notre étude nous n'avons pas retrouvé des caractères familiaux des hémorroïdes. Nos patients ignoraient si leurs parents ou grands parents avaient des hémorroïdes.

BRONDEL H [49] a affirmé : « La maladie hémorroïdaire est une maladie familiale polygénique à seuil, le risque de présenter la maladie est d'autant plus élevé qu'il y a d'ascendants atteints et la maladie est d'autant plus grave si le nombre d'ascendants atteints est plus élevé ».

12. Indice de Karnofsky :

68 patients avaient un indice compris entre 80 et 90 %, soit 90,7 %. 7 malades avaient un indice à 70 % soit 9,3 des patients. Aucun de nos patients n'a été transfusé avant l'intervention. Contrairement à l'étude de SEMEGA C [25] où la rectorragie avait provoqué une anémie nécessitant une transfusion de deux poches chez deux patients avant l'intervention.

Il s'agit d'une pathologie bénigne en absence de complication, ce qui explique le bon état clinique de nos patients.

13. Toucher rectal :

Le toucher est une étape indispensable de tout examen proctologique. Il permet le diagnostic des pathologies graves comme le cancer du rectum, il permet d'apprécier la tonicité sphinctérienne, de rechercher une pathologie associée. Mais le toucher rectal a peu d'intérêt dans le diagnostic des hémorroïdes internes [25].

Pour SOULLAR [20] : « il est rare que de toucher rectal révèle la turgescence veineuse sauf si les hémorroïdes sont sclérosées et fibreuses ».

Pour SUDUCA [38] : «il ne faut pas s'attendre à percevoir les hémorroïdes internes même volumineuses non compliquées par le toucher rectal ».

TALL A [52] et MARICHO [34] ont trouvé respectivement au toucher rectal 9,16 % et 28,3% des hémorroïdes.

Dans notre étude le toucher rectal a permis de trouver les hémorroïdes dans 12 % des cas.

14. Anorectoscopie :

L'anorectoscopie est un examen systématique dans la pathologie anale.

Cet examen a été pratiqué chez 90,7 % de nos patients. Il nous a permis d'apprécier l'état général de la muqueuse anale, le volume, le nombre, et le siège des différents paquets hémorroïdaires et la découverte de pathologies inflammatoires le plus souvent associées aux hémorroïdes.

TALL A [52] a réalisé l'examen anorectoscopique chez tous les malades porteurs d'hémorroïdes et a trouvé l'anite chez 35 patients soit 29,16 % et une muqueuse anale bilharzienne chez 12 patients soit 10%.

DEMBELE [11] a trouvé à l'anorectoscopie l'association hémorroïde-anite chez 46 patients soit 8,36% et l'association hémorroïde interne-thrombose chez 19 patients soit 3,45 % des cas.

Dans notre étude nous avons retrouvé l'association hémorroïde-anite chez 9 patients soit 12 % des cas et l'association hémorroïde interne – thrombose chez 6 patients soit 8 %.

15. Les maladies locales associées aux hémorroïdes :

L'association des hémorroïdes avec d'autres pathologies locales n'est pas rare [41].

DUHAMEL [36] a estimé l'association hémorroïde et fissure anale à 10% des cas et l'association hémorroïde et fistule anale à 5% des cas.

DEMBELE K [11] a trouvé des hémorroïdes associées aux fissures anales chez 6,36% des patients et l'association hémorroïdes anites dans 8,36 % des cas.

SEMEGA C [25] a trouvé les associations suivantes : hémorroïde – fissure dans 4,3% des cas et hémorroïde – fistule dans 5,5% des cas.

Dans notre étude, l'association hémorroïde et fissure anale a été la plus fréquente avec 6,7% des cas et l'association hémorroïde fistule était de 1,33% des cas.

Toutes les pathologies ano-rectales peuvent être associées aux hémorroïdes d'où l'intérêt de faire un examen complet.

16. Traitement chirurgical :

16.1. Indication :

Nos indications opératoires ont été les suivantes :

- Les hémorroïdes procidentes stades 3 et 4
- Les complications hémorroïdaires : les thromboses, fissures, et/ou fistules associées,
- Les hémorroïdes stades 2 résistantes au traitement médical.

Ces indications sont les mêmes que celles de MARIKO H [34].

16.2. Préparation du malade :

Dans notre étude les malades n'ont pas reçu de préparations spéciales. Pour assurer la vacuité de l'ampoule rectale nous avons utilisé comme d'autres auteurs les lavements évacuateurs à la veille de l'intervention chirurgicale [6,34, 47].

16.3. Position opératoire :

La position gynécologique fut adoptée chez tous les patients 75 cas soit 100 %. Le patient est en décubitus dorsal, les jambes suspendues à des jambières, les fesses débordant le rebord de la table. Ce résultat rejoint ceux des auteurs suivants [25, 34].

16.4. Anesthésie :

L'anesthésie loco-régionale fut utilisée chez 70 patients soit 93 % des cas, et 5 patients soit 7 % des cas ont été opérés sous anesthésie générale. Dans l'étude de SEMEGA [25] par contre, 31 patients soit 86,1 ont été opérés sous anesthésie générale et 5 patients soit 13,9% sous rachi-anesthésie.

16.5. Technique opératoire :

L'hémorroïdectomie selon MILLIGAN et MORGAN (qui a été notre principale technique opératoire) est considérée comme la méthode qui donne de meilleurs résultats immédiats que la ligature par bande élastique. Elle est également plus performante que la sclérothérapie et la

photo-coagulation aux infrarouges. Elle représente la technique de références parmi les multiples techniques chirurgicales. Les nouvelles techniques comme l'intervention de Longo et la ligature écho-guidée des artères hémorroïdaires [53] ne sont pas encore pratiquées dans notre service.

La technique de MILLIGAN et MORGAN de l'hôpital SAINT MARK de Londres ou hémorroïdectomie pédiculaire par paquets séparés. Elle a été utilisée dans 89,3 %, la thrombectomie dans 8%, et l'hémorroïdectomie plus fissurectomie dans 2,7 % des cas.

Mais, MARIKO H [34], a trouvé l'hémorroïdectomie dans 71,9 %, l'hémorroïdectomie plus la fissurectomie dans 6,1 %, l'hémorroïdectomie plus la fistulectomie dans 1,2 %, la thrombectomie dans 21,8 %.

17. Les suites opératoires :

17.1. Les suites opératoires à court terme :

Tableau 22 : Répartition des suites opératoires à court terme.

AUTEURS	DOULEUR	RECTORRAGIE	RETENTION URINAIRE
CHENG et Coll [40]	1	1	0
SUDUCA [38]	0,6	0	1,2
SEMEGA [25]	1	8	3
MARIKO H [34]	1	0	2
Notre étude	1	12	1

La douleur s'atténuait, surtout quand on retirait le «boudin de compresse » mis en place dans le canal anal en fin d'intervention. Ce boudin de compresse imbibé d'auréomycine pommade 3% permettait d'éviter d'une part les adhérences des plaies opératoires qui favorisaient la survenue de sténose anale et d'autre part d'arrêter le saignement anal.

Nos résultats se rapprochent de ceux des auteurs ci-dessus [40, 38, 25,34]. Nous avons observé 12 cas de rectorragie. Il s'agissait d'hémorragies en nappe qui ont cédé après renouvellement de la compresse intra-anale.

CHENG et Coll pensaient qu'une ligature correcte et haute des pédicules vasculaires permettait d'éviter cette complication. Ils ont déploré néanmoins un cas d'hémorragie sérieuse en période postopératoire.

Un cas de rétention urinaire a été observé. Il s'agissait de rétention apparue dans les douze premières heures après l'hémorroïdectomie. Cette rétention a été levée par la mise en place d'une sonde urinaire.

MARIKO H [34] et SEMEGA [25] ont trouvé respectivement 2 et 3 cas de rétention urinaire.

17.2. Suites opératoires à moyen terme :

La cicatrisation normale s'observait en 3- 6 semaines après l'intervention chirurgicale.

Un retard de cicatrisation a été observé chez un de nos patients soit 1,33 % des cas. Nous avons remarqué qu'en fin de 6^{ème} semaine après l'intervention, la persistance de la douleur et un prurit anal. Cet état était lié au fait que les hémorroïdes étaient compliquées avant l'intervention de thromboses en foyer avec œdème.

Notre résultat rejoint les taux publiés dans la littérature.

En Europe : SEAN [14] et SIELEZNEFF [53] ont trouvé respectivement 0 % et 0,6 % dans leurs séries.

En Afrique : GK. KOUADIO [6] et MARIKO H [34] ont trouvé respectivement 8,2 % et 1,2 % dans leurs séries.

Nous avons trouvé un cas de rétrécissement anal temporaire soit 1,33 % de nos patients. Cette diminution du calibre de l'anus n'était pas douloureuse lors de l'exonération qui se faisait normalement cependant avec des selles plus fines.

Ce rétrécissement temporaire a disparu totalement avant la fin du 6^{ème} mois. Nous n'avions trouvé aucun cas de rétrécissement véritable par sténose organique secondaire post opératoire.

MARIKO H [34] a trouvé un cas de sténose anale soit 1,2 % des cas.

ELE N [47] a observé 2 cas de sténose soit 3,57 % des cas.

DAVY A [54] a observé dans son étude 20 cas de rétrécissement organique véritable ayant nécessité des dilatations dites athermiques avec des bougies de HEGAR de calibre croissant.

Dans notre étude nous n'avions déploré aucun cas d'incontinence anale.

17.3. Suites opératoires à long terme :

Le suivi des patients pendant un an nous a permis de constater la disparition totale des différents signes d'appel chez nos patients.

A l'examen on retrouvait une bonne cicatrisation et un anus non béant.

Le toucher rectal était normal, non douloureux, l'anus était souple avec une bonne tonicité sphinctérienne. On notait une disparition de la douleur, de la rectorragie et d'autres signes d'appel. Une année après intervention, nous n'avions déploré aucun cas de récurrence.

ELE N [47] a trouvé 2 cas de récurrence soit 3,57 % des cas.

SHAFIK A [24], SGRID D [46] ont recensé respectivement 1 cas de récurrence et 2 cas un an après hémorroïdectomie par paquets séparés.

MARIKO H [34], SEMEGA C [25] n'ont pas enregistré de récurrence durant la même période.

Dans notre étude aucun cas de récurrence n'a été signalé.

Nous pouvons affirmer l'efficacité de l'hémorroïdectomie selon la technique de Milligan et Morgan dans le traitement chirurgical des hémorroïdes.

CHENG [40] qui a demandé l'opinion de 29 patients opérés sur l'efficacité de la méthode de traitement (hémorroïdectomie par paquets séparés), la technique était jugée excellente par 22 patients, 7 patients pensaient qu'elle était satisfaisante.

17.4. Durée d'hospitalisation :

Dans notre étude la durée d'hospitalisation de nos patients était de 5 jours.

ELE N [47] aussi a trouvé une durée moyenne d'hospitalisation de 5 jours.

MARIKO H [34], SIGRID D [46] ont eu une durée moyenne d'hospitalisation de 7 jours.

SOULLARD [47] a trouvé une durée d'hospitalisation de 9 jours et il explique cette durée d'hospitalisation par la présence de la douleur chez les malades qui étaient obligés de rester à l'hôpital plus longtemps.

Dans notre étude, la courte durée d'hospitalisation s'explique par, la bonne tolérance de la douleur au bout de 5 jours, une bonne évolution immédiate de la maladie à l'inspection et au toucher rectal. Le malade a appris le rythme des bains de siège et le nettoyage de la plaie opératoire.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1. Conclusion :

La maladie hémorroïdaire est l'affection ano-rectale la plus fréquente avec prédilection chez l'adulte jeune.

Il s'agit d'une pathologie bénigne. Toute plainte de la sphère anale ne doit pas être confondue avec les hémorroïdes sans faire un examen proctologique soigneux. La hantise devant tout problème anal chez un adulte ou un sujet âgé doit d'abord être d'élimination d'un cancer rectal.

Les suites opératoires à long terme de l'hémorroïdectomie pédiculaire à plaie ouverte de Milligan et Morgan effectuées en Chirurgie « A » sont satisfaisantes dans le traitement des stades évolués de la maladie hémorroïdaire.

2. Recommandations :

Au terme de ce travail nous recommandons :

Aux autorités :

- La dotation des hôpitaux en moyen (la pince à agrafage circulaire utilisée dans la technique de Longo) nécessaire pour un traitement ambulatoire des hémorroïdes pour réduire la durée d'hospitalisation ;
- Le contrôle et la réglementation de la publicité audio-visuelle des tradipraticiens.

Au personnel sanitaire :

- La pratique systématique du toucher rectal pour déceler une pathologie associée aux hémorroïdes notamment les cancers ano – rectaux ;
- La recherche des autres causes non hémorroïdaires de toute rectorragie par un examen anorectoscopique ;
- La prise en charge correcte de la constipation.

Aux populations :

- Les hémorroïdes ne doivent pas être considérées comme une maladie honteuse ;
- La consultation dans un service spécialisé pour tout inconfort anal ;
- Les traitements traditionnels doivent être évités ;
- La consultation dans un service spécialisé avant les complications.

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. COPER R. Etiopathogenie des hémorroïdes
Dédution thérapeutique Proctologie, 1981 :35-39.
2. SOULLARDD J, CONTOU J F. La ligature élastique: procédé de traitement médical ambulatoire des hémorroïdes.
Nouv. Presse méd 1979; 8 : 1981-1982.
3. HANSEN H, STELZNER F. Proktologie, springer-verlag.,
Kliniktashen-bucher 1981: 162.
4. MILES W, E. Observations upon internal piles
Surg Gyn obst 1991 ; 29: 496-500.
5. ROBERT D, CHURET JP, PIQUART B. Anatomie du canal anal
Ed technique – encycl-Med-Chir. (Paris) tech chir Généralités- Appareil digestif tome 2,
1976 ; 40680 : 6.
6. KOUADI GK., KOUAO JA, KOUADIO LN,; TURQUIN HT. Expérience de
l'hémorroïdectomie selon MILLIGAN- MORGAN en Cote d'Ivoire. Abidjan ; Médecine
d'Afrique Noire 2004; 51 :7.
7. HYAMS L; PHILPO T. An epidemiological investigation of haemorrhoids Ann jr protol
1989; 21: 177-193.
8. SEAN O D. And Al. Intra- operative use of Toradol facilitates out-patient
hemorrhoidectomy.
Dis. Colon. Rectum 1994; 37 : 793-799.
9. AJAYI D O, BANIGOO G, NNAMDIK. Anal fissure, fistule abscessee and.
Haemorrhoids. In tropical population dis colon rectum 1974 ; 17:55-60.
10. N'DJITOYA P, N'DAME C. Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse
en milieu camerounais : étude analytique de 720 cas.
Examen méd afr noire 1999 ; 12 :635-840.
11. DEMBELE K. Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali.
Thèse médecine Bamako 1993; 37 : 93
12. CHAMPIGNEULLE E, DIETERLING P, BIGARD M A, GAUCHER P. Etude
prospective de la fonction sphinctérienne anale avant et après hémorroïdectomie.
Gastroenterol clin biol 1989; 13: 452-6.
13. KAMINA P. Dictionnaire d'atlas d'anatomie. Paris maloine SA, A F 1983: 643.
14. DENIS J, LEMARCHAND N. Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques
des troubles hémorroïdaires de l'adulte. Arch fra pp; dig 1976; 8: 530-537.
15. DUPUY-MONT, BRUN JP. Physiologie. Proctol prat 1991 : 10- 11.

16. SOULLARD J. Les hémorroïdes existent-elles ? Rev proct 1981 ; 1 : 32-34.
17. KAMINA P. Dictionnaire d'atlas d'anatomie. Parisianisme SA, G-O 1983 : 1233.
18. DENIS J. Fistules anales. Proctol prat 1991: 3134.
19. MILIGAN ETC, MORGAN C. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. The Lancet 1937 ; 2: 1119-1124.
20. SOULLARD J, CONTOU JF. Colo-proctologie. Masson Edit, Paris 1983 ; 17-110.
21. LAUDE M. Anatomie du canal anal. Proctol pratiq Edition 1999: 2-9.
22. GIRONA J, DENKERS D. Fistel, fissur, abcess. Chirur 1996; 6: 222- 228.
23. SHAFIK A. A new concept of anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation : the external sphincter a triple loop system. Inves urol, 1975; 12: 412.
24. SHAFIK A. Rôle of warm water in inducing micturition in post operative urinary retention after anorectal operations. Uro inter 1983; 50 : 213-217.
25. SEMEGA C. La maladie hémorroïdaire, aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 92 cas dans le service de chirurgie « A » au CHU du point G. Thèse Med, Bamako 1997 ; 2 : 105.
26. SARLES J.C, COPE R. Proctologie. Masson 1999 : 48-75.
27. ZOUNK ET COLL. Le point sur l'hypertrophie bénigne de la prostate (adénome de la prostate) comme cause d'obstruction urinaire basse en milieu camerounais (propos de 261 cas observés à la clinique d'urologie de l'hôpital central de Yaoundé). Médecine d'Afrique Noire 1989; 36: 682-697.
28. LEONG AF, AND AL. Performing international sphincterotomy with anorectal procedure. Dis. Colon. Rectum 1993; 37: 1130-1132.
29. HOFF SD, BAILLEY HR, BUTT SDR, MAXE, SMITH KW, ZAMORA LH, SKAKUN GB. Ambulatory surgical hémorroïdectomie a solution to past operative urinary retention. Dis. Colon. Rectum 1994; 37: 1242-1244.
30. OTTO P, OTTO JV. Hemorroïdal disease Scheiz- Rundesh. Med. Prax 1994; 83: 1225-1228.
31. UDEZUE NO. Five hundred consecutive sigmoidoscopies for franc rectal bleeding an analysis. Tropical doctor 1989; 19: 72-73.
32. SARLES JC, ARNAUD A, CONSENTINO B. La chirurgie des hémorroïdes : Résultat d'une enquête. Annale de chirurgie 1987; 41: 629-633.

33. JANSEN LW. Consensus haemorrhoids (deutsch society for surgery Ned). Fijdschr- geneeskd 1994; 138: 2106-2109.
34. MARIKO H. Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas. Thèse de Méd, Bamako 2003; 79 : 67.
35. PELOQUIN AB, DESJARDIN JG. Rectum et anus. Milan. Masson, 6^{ème} édition 1990- 1995: 768- 770.
36. DUHAMEL J ; ROMAND Y. Hiérarchie des modes de traitement dans la maladie hémorroïdaire. Gaz méd fr 1982; 39 : 5399- 6012.
37. BANER P. ; PARNAUD E. Pathologie des glandes anales sous pectineales. Méd. chir dig 1985 ; 3 : 245- 246.
38. SUDUCA P., LEMOZY J. ; GUARRIGUES JP. Et COLL Complications et séquelles d'hémorroïdectomie. Etude pluricentrique sur l'ordinateur d'une série de 1000 cas. Ann. Gastro-entérol. Hépatol 1980; 16: 198-211
39. LIBESKIND M. Hémorroïdes: conception physiopathogénique. Approche d'un traitement raisonné. Gastro enterol clin biol 1990 ; 3 : 703- 708.
40. CHENG F.C.Y. ; SAUM DW.P.; ONG G.B. The treatment of second degré hoemorrhoids by injection, Rubber band ligation, maximal dilatation and hoemorrhoidectomy: a prospective clinical trial. Aust. NZJ surg 1981; 5: 458-462.
41. FAIRE J.; CHAUME J.C. L'étranglement hémorroïdaire, thrombose hémorroïdaire prolabée : (son traitement pour l'hémorroïdectomie d'urgence). Bordeaux méd 1974 ; 16 : 2425- 1000.
42. BERNARD A, PARNAUD E, GUNTZ M. Radio anatomie normale du réseau vasculaire hémorroïdal : note préalable à propos d'une étude portant sur 15 ans. An radiol 1977 ; 5 : 483- 489.
43. CHAUTEMS R, ZUIEREY G, ROCHER B. Pathologie hémorroïdaire : approche diagnostique et thérapeutique à l'usage du praticien. Schwiez Med Forum Genève 2005 ; 5 :869-874.
44. DABO B. Connaissance, attitudes, et pratiques comportementales liées aux hémorroïdes dans le service de chirurgie générale au CHU du Gabriel Touré et au près des thérapeutes traditionnels au Mali. Thèse Méd, Bamako 2006; 198 : 97.
45. COULIBALY A. Hémorroïde et sexualité au service de chirurgie générale pédiatrique de l'hopital Gabriel Touré à propos 95 cas. Thèse Méd, Bamako 2003 ; 79 : 67.
46. SIGRID S. Results of hemorroïdectomy according to milligan a follow-up study 100 patients. Acta chir scand 1980 124: 444-453.

47. ELE N., OKIEMY G., CHOCOLAT R. ET Al. Résultats du traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire selon la technique de Michigan et Morgan a propos de 56 cas .
CHU Brazzaville (Congo) 2007 ;2 : 58-60.
48. AHMED M.E. ;HIMAIDAT T. Anorectal disease in Khartoum.
East Afr Med jr 1968; 1: 28-32.
49. BRONDEL H. GONDEAU M. Facteurs prédisposant liés à l'hémorroïdaire.
Arch fr mal app dig 1976; 65: 541-550.
50. N'DRI N. Et COLL. La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain : à propos de
522 cas colligés au CHU de Cocody.
Med.Chir. Digest 1994; 23 : 233-234.
51. IWATTA A.R. Epidemiology of hemorrhoid in adult nigrian and english: a comparative
study.
Central African Jr of med 1987; 3: 61-66.
52. TALL A. Contribution à l'étude épidémiologique de la maladie hémorroïdaire de la
fissure anale et de fistule anale dans les hôpitaux de Point « G » et Gabriel Touré (à
propos de 220 cas).
Thèse Médecine, Bamako 1985 ; 26 :91.
53. DIALLO GI, SISSOKO FI, MAIGA, et Al. La maladie hémorroïdaire dans le service de
Chirurgie B de l'hôpital du Point G.Bamako Mali 2003 ; 1 : 9-11.
54. DAVY A. ; MAREL U. Etude des suites opératoires des hémorroïdectomies réalisées par
la technique de l'hôpital Saint Mark de Londres. (à propos d'une série de 900 cas).
An chir 1871 ; 97 : 529-536.
55. SARLES J.C. Hémorroïde.
EMC, Paris. Techniques Chirurgicales appareil digestif, 4406-4468.
56. SUDUCA JM, STAUMONT G, SUDUCA P. Hémorroïdes. EMC Paris. Gastro-
entérologie 2001 ; 9-086-A-10: 2001, 15.

FICHE D'ENQUETE

- 1-N° Fiche d'enquête :** /__//__//__//__/
2-N° Dossier du malade : /__//__//__//__/
3-Date de consultation : /__//__//__//__//__//__/
4- Nom et Prénom :
5- Sexe : /__/
1= masculin 2= féminin
6- Age en Année:..... /__//__//__/
7- Adresse habituelle :.....
8- Contact à Bamako.....
Quartier.....Rue..... Porte.....Téléphone.....
9- Provenance : /__/
1=Kayes 2= Koulikoro 3= Sikasso 4= Ségou
5= Mopti 6= Gao 7= Tombouctou 8=Kidal
9= District de Bamako
9a= Si autre (préciser).....
10- Ethnie:..... /__/
1= Bamana 2=Malinké 3= Senoufo 4= Sarakolé
5= Peulh 6= Minianka 7= Bobo 8= Touareg
9= Sonrhäï 11= Dogon 10= indéterminée
10a= Si autre (préciser)
11-Nationalité:..... /__/
1= malienne 2= non malienne
11a= Si autre (préciser)
12- Profession:..... /__/
1= Fonctionnaire 2= Commerçant 3= Cultivateur
4= Mécanicien 5= Manœuvre 6= Militaire
7= Menuisier 8= Eleveur 9= élève ou étudiant
10= indéterminée 11= Chauffeur 12=Ménagère
12a= si autre (préciser).....
13-La position du travail:..... /__/
1= Debout 2= assise 3= Mobile 10=indéterminée
13a = si autre (préciser).....
14-Mode de recrutement:..... /__/
1= consultation 2= urgence 10=indéterminé
15- Adressé par:..... /__/
1= médecin 2=Infirmier 3=venu de lui-même
15a= Si autre (préciser).....
16-Date d'entrée : /__//__//__//__//__//__/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Koulibaly **Prénom :** Arouna

Titre de la thèse : Evaluation de la prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

Année universitaire : 2008-2009

Pays d'origine : Mali **Ville :** Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et Odontologie Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Chirurgie

RESUME

L'étude a porté sur 75 patients présentant des hémorroïdes. L'objectif était d'évaluer les résultats de la prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G allant de janvier 2003 à décembre 2007.

Les résultats de l'étude ont montré une prédominance masculine de 68% avec un sexe ratio de 2,12.

Les motifs de consultation ont été, douleur anale, tuméfaction anale, rectorragie avec 80%.

La constipation a été le trouble de transit le plus fréquent avec 48%.

Les hémorroïdes stade 3 ont été les indications opératoires les plus fréquentes.

La raché anesthésie 74,7% a été la plus utilisée.

L'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte selon la technique de Milligan et Morgan avec 89,3%.

L'antibiothérapie était systématique avec une durée moyenne de 11 jours.

L'analgésie a duré en moyenne 3 jours.

Dans les suites opératoires à court terme, nous avons trouvé, 9 cas de douleurs, 12 cas de rectorragies et 1 cas de rétention urinaire.

Dans les suites opératoires à moyen terme, nous avons trouvé, 1 cas de retard de cicatrisation, 1 cas de rétrécissement anal (temporaire), aucun autre signe n'a été retrouvé.

Dans les suites opératoires à long terme aucun de nos patients n'a présenté de rectorragie, de rétrécissement anal ni de récurrence.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours.

Nous pouvons affirmer l'efficacité de la technique opératoire selon Milligan et Morgan.

Mots clés : Chirurgie, Hémorroïde, Evaluation, Prise en charge.

