



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°/

Thèse

**ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE DE LA
MALADIE HEMORROÏDAIRE DANS LE
SERVICE DE MEDECINE INTERNE DU CHU
DU POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par Mr : Ibrahima Amadou DEMBELE

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

Jury

Président : Prof. Moussa Y. MAIGA

Membre : Dr Moussa T. DIARRA

Co-Directrice : Dr KAYA Assétou SOUKHO

Directeur: Prof. Mamadou DEMBELE

A Allah

- 1- Au nom d'Allah, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux.
 - 2- Louange à Allah, Seigneur de l'Univers.
 - 3- Le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux
 - 4- Maître du jour de la rétribution
 - 5-C'est Toi seul que nous adorons et c'est Toi seul dont nous implorons secours
 - 6- Guide nous sur le droit chemin
 - 7- Le chemin de ceux que Tu as comblés de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés.
- AL-FATIHA (sourate 1)

- A mes grand-pères : **Feu Mahamoud Dembélé, Feu Benoît Sangaré**

Ce travail est sans doute le fruit de tous les sacrifices que vous avez consentis de votre vivant. Vous avez été les artisans de ce chemin parcouru. Votre rigueur dans notre éducation et votre passion pour les études ont fait de votre petit fils ce qu'il est aujourd'hui.

Votre combativité, votre générosité, votre humanisme resteront pour moi un repère sûr.

Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de vos conseils et d'honorer votre mémoire.

Que Dieu vous accueille dans son paradis.

Reposez en paix. Amen!

- A mes grand-mères : **Anna Souko, Awa Diakité**

Vos bénédictions de tous les jours m'ont accompagné tout le long de ce processus. Vous avez toujours prié Dieu le tout puissant de donner de meilleurs lendemains à vos petits fils.

Sachez que ce travail est le vôtre.

- A mon père : **Amadou Dembélé**

Cher papa, les mots ne suffisent pas pour te dire tout mon amour et t'exprimer ma gratitude. Tu as toujours donné le meilleur de toi pour notre réussite. Merci pour m'avoir fait confiance et pour les prières bienveillantes. Tu es l'artisan de cet ouvrage que je présente ce jour. Puisse Dieu te prêter longue vie. Amen!

- A ma mère : **Antoinette Sangaré**

Maman chérie, toi qui as subi tous nos caprices, toi qui as su faire de nous des hommes et des femmes ; que ce travail soit pour toi la récompense de tes prières quotidiennes. Merci de t'être sacrifier pour notre bonheur. Tout le mérite de ce travail est le tien. Tu resteras toujours source de notre inspiration. Puisse ce travail t'apporter beaucoup de joies et te témoigner toute mon affection. Puisse Dieu te garder très longtemps parmi nous. Amen!

- A ma fille et sa mère : **Assanatou Margueritte Dembélé, Sadio Keïta**

Trouvez dans ce travail toute mon affection.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder longue vie, bonne santé, réussite et bonheur dans votre futur.

- A mes frères et sœur : **Moulaye, Fatoumata, Mohamoud, Dou**

Vous tous qui avez partagé mes joies et mes peines en m'entourant d'amour, ce travail est également le vôtre.

Qu'Allah le tout puissant vous prêter longue vie, bonne santé et réussite dans vos entreprises.

- A mes neveux et nièces : **Moctar, Kader, Yaye, Awa, Benoît, Jean...**

Trouvez à travers cet ouvrage toute mon affection.

- A mes cousins et cousines : **Paul, Benoît, Mathias, Pascal, Josiane, Henriette, Véronique, Timbey, Oumou, Awa, Jojo, Antou....**

Ce travail est également le vôtre.

- A mes oncles et tantes : **Boniface, Soumaïla, Bourama, Raphaël, Ousmane, Mathieu, Valeri, Louis, Boubacar, solo, Mane, Adama Margueritte, Fatoumata, Feue Marie, Feue Sitan, Patrice, Boubacar...**

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

- A mes amis : **Fa, Samba, Adama, Abdoulaye, Alpha, Modibo, Mohamed, MC, Touré, Mamba, Youma wellé, Fatoumata wellé, Awa, Sanou...**

Trouvez à travers cet ouvrage l'expression de ma sincère amitié.

- A mes collègues internes : **Youssouf, Abdramane, Chaka, Assa, Doumbéré, Mamadou M, Alpha, Moulaye, Daouda K, Dessy, Kani**

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

- Au personnel de la Médecine Interne

Merci pour vos encouragements et pour votre agréable compagnie.

- A mes amis de la FMPOS : **Réné, Madou T, Solo, Coulio, Bougou, Demba, Moussa, Baby, Pathé, Madou G, Wass, Dramé, Zou, Mody, Ousmane....**

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

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

- Aux membres du jury

A notre Maître et président du jury : **Pr. Moussa Y Maïga**

Spécialiste en Hépatologie Gastroentérologie

Professeur titulaire en Hépatologie Gastroentérologie.

Chef de service d'hépatologie gastroentérologie du CHU Gabriel Touré.

Cher Maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et votre modestie.

Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités de chercheur font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de la faculté.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime, de respect et de reconnaissance.

A notre Maître et juge : **Dr Moussa T Diarra**
Spécialiste en Hépatogastroentérologie
Maître assistant dans le service d'Hépatogastroentérologie
du CHU Gabriel Touré.

Nous sommes très touché par l'intérêt que vous avez porté à ce travail mais aussi par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le juger.

Nous avons beaucoup d'estime pour vous, nous ne doutons pas un seul instant de votre rigueur, de votre dévouement et de votre sens élevé de l'honneur. Cher Maître, notre reconnaissance à votre égard est immense.

Soyez rassuré cher Maître de notre sincère dévouement.

A notre Maître et co-directrice de thèse : **Dr Kaya Assetou Soukho**

Spécialiste en Médecine Interne

Assistante Chef de clinique dans le service de Médecine Interne du CHU Point G

Mère de tous les internes, vous nous faites honneur en acceptant d'être parmi nos juges. Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur scientifique font de vous une femme de science appréciée. Soyez rassurée de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

- Notre Maître et Directeur de thèse : **Pr. Mamadou Dembélé**
Spécialiste en Médecine Interne
Professeur agrégé en Médecine Interne
Maître de conférence

C'est un privilège et un grand honneur que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail. Nous avons d'abord été marqué par la qualité de votre enseignement à la faculté et durant tout ce travail, par vos qualités de formateur, de chercheur et d'homme de science. Nous ne saurions jamais trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance. C'est une fierté pour nous d'être compté parmi vos étudiants.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

	Pages
I- Introduction.....	1
II- Généralités.....	3
- Rappels anatomiques.....	3
- Physiopathologie.....	4
- Epidémiologie et facteurs déclenchants.....	6
- Manifestations cliniques.....	7
- Complications.....	9
- Examen clinique.....	10
- Examens complémentaires.....	11
- Diagnostic différentiel.....	12
- Traitement.....	13
- Indications.....	18
III- Méthodologie.....	19
- Cadre et lieu d'étude.....	19
- Type et période d'étude.....	21
- Population d'étude.....	21
- Méthodes.....	21
- Collecte des données.....	23
- Saisie et analyse des données.....	23
IV- Résultats.....	24
V- Commentaires et discussion.....	42
Conclusion.....	52
Recommandations.....	53
Références bibliographiques.....	54

I. INTRODUCTION

Maladie de civilisation, les hémorroïdes constituent la pathologie la plus fréquente de l'intestin terminal [1].

Le terme hémorroïde est souvent employé d'une manière erronée non seulement par les malades mais aussi par les médecins. Ainsi les hémorroïdes sont souvent confondues à d'autres pathologies de la marge anale : notamment les abcès, les tumeurs, les marisques, les fissures [2].

La prévalence de la maladie hémorroïdaire est de 50% en Europe [3] et de 50 à 80% aux Etats-unis d'Amérique [4].

En Afrique, la pathologie hémorroïdaire a représenté 38,5% des pathologies anorectosigmoïdiennes au Gabon [5] ; 58,8% des pathologies anorectales à Bangui (RCA) [6] ; en Côte d'Ivoire, sur 216 lésions observées à la coloscopie chez 147 patients, 30,5% étaient des hémorroïdes [7].

Au Mali ; en milieu spécialisé chirurgical, elle a représenté 1,07% de l'ensemble des consultations et 30,40% des consultations proctologiques [8].

En milieu spécialisé médical, elle a représenté 75,6% [9] et 18,27% [10] des consultations proctologiques.

La plupart des études se sont intéressées aux aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire mais aucune de ces études n'a étudié de façon exhaustive les facteurs de risque. C'est ainsi que nous avons entrepris ce travail et nos objectifs étaient :

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire dans le service de médecine interne du CHU de point G.

Objectifs spécifiques

- Décrire les facteurs de risque non alimentaires de la maladie hémorroïdaire.
- Décrire les facteurs de risque alimentaires de la maladie hémorroïdaire.
- Déterminer les caractères sociodémographiques des patients atteints de la maladie hémorroïdaire.

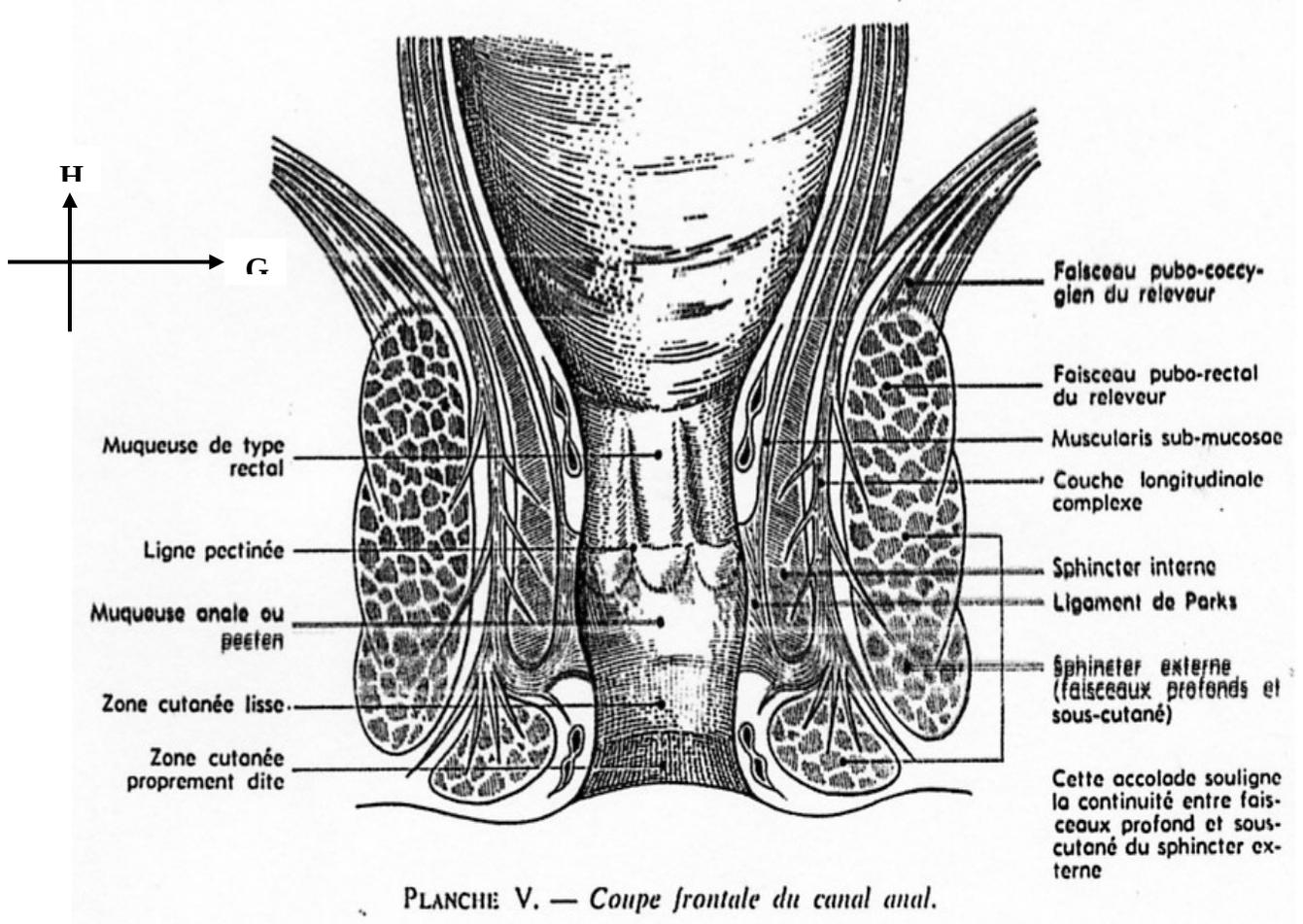
II. Généralités

1. Définition :

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales présentes déjà chez le fœtus, puis chez l'enfant et tout homme ou femme adulte, elles sont localisées sous le revêtement du canal anal et de la marge anale.

Elles deviennent symptomatiques quand elles saignent, se prolabent u se compliquent et deviennent douloureuses [11].

2. Rappel anatomique : [12]



ooO On distingue :

Fig 1 : coupe frontale du canal anal

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-pectinéales contenant les plexus hémorroïdaires internes sont fixées à l'appareil sphinctérien interne par une formation musculo-ligamentaire de soutien appelée ligament de Parks ;
- La disposition anatomique normale des plexus hémorroïdaires internes correspond aux trois branches de division de l'artère hémorroïdale supérieure : 3heures (gauche) ,8heures (postéro droit) et 11heures (antéro-droit) en position gynécologique [13].

3. Physiopathologie [14]

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.

3-1 Théorie vasculaire

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

3-2 Théorie mécanique

Le facteur mécanique est communément admis pour expliquer le prolapsus et les rectorragies. En effet, le tissu conjonctif de soutien se dégrade avec l'âge, dès la troisième décade, 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. A 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.

4. Epidémiologie, facteurs déclenchants

4.1. Epidémiologie :

Les pathologies hémorroïdaires constituent actuellement une des causes les plus fréquentes de plaintes anales. Son incidence est

difficile à préciser mais estimée à 4% de la population occidentale [15].

50% des américains après 50 ans ont une maladie hémorroïdaire [16]. En Angleterre le taux annuel de visite pour cette pathologie est de 1123 pour 100.000 habitants [17].

En Afrique ; en Côte d'Ivoire chez 147 patients présentant une rectorragie, les hémorroïdes étaient incriminées dans 30,55% des cas [7].

4.2. Facteurs déclenchants

Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer la survenue des hémorroïdes : âge, sexe, race, hérédité, habitudes posturales, diarrhée et constipation, fibrose du canal anal, ou hypertonie du sphincter anal interne. Aucun de ces facteurs n'a bénéficié d'une responsabilité démontrée, ils jouent un rôle prédisposant.

La grossesse et l'accouchement aggravent les symptômes hémorroïdaire. La consommation d'alcool et d'épices renforcent la récurrence des symptômes [18] mais n'entraînent pas la maladie.

5. Manifestations cliniques

Les manifestations cliniques peuvent survenir brutalement par poussée ou apparaître progressivement à bas bruit pour quelquefois devenir permanentes.

En pratique, il faut distinguer les hémorroïdes externes des hémorroïdes internes qui sont responsables de symptômes différents.

5-1 Hémorroïdes externes

Leur manifestation principale est la thrombose de la marge anale, qui survient brutalement en quelques heures et représente souvent la première manifestation de la maladie. Elle se caractérise par :

- Une tuméfaction bleutée, unique ou multiple, plus ou moins œdematiée, lui donnant quelquefois un aspect translucide trompeur.
- La douleur qui est permanente, non rythmée par la défécation, d'emblée maximale mais d'intensité variable, en relation avec le degré de tension sous la peau.

Les symptômes disparaissent le plus souvent spontanément, en quelques jours. La tuméfaction pouvant nécessiter quelquefois deux à trois semaines pour se résorber complètement.

Le caillot de sang s'élimine parfois au travers d'une érosion du revêtement cutané, ce qui soulage la douleur mais provoque un saignement non lié à l'exonération qui tâche les sous-vêtements et inquiète volontiers le patient. Lors de la cicatrisation, ces thromboses externes peuvent être à l'origine de replis de peau séquellaires appelés marisques, habituellement non symptomatiques mais parfois responsables d'un prurit, de difficultés d'essuyage ou d'une gêne esthétique.

5-2 Hémorroïdes internes

5-2-1 Signes fonctionnels :

La maladie hémorroïdaire interne se manifeste principalement par un saignement ou un prolapsus, mais ces deux symptômes peuvent évoluer indépendamment et ne sont pas toujours associés.

- Les rectorragies : symptôme principal,

Il s'agit typiquement de saignements de sang rouge rutilant survenant à la fin de la selle, rythmés par la défécation, de faible abondance, éclaboussant parfois la cuvette des toilettes ou simple trace à l'essuyage.

- Le prolapsus ou la procidence hémorroïdaire :

Le prolapsus correspond à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice anal. Il peut être circulaire ou localisé, perçu ou non par le patient et classe les hémorroïdes en quatre (4) grades ou stades.

- Autres symptômes :
 - o La douleur : elle traduit habituellement une complication de la maladie hémorroïdaire ;
 - o Le prurit ;
 - o Un suintement ;
 - o Une pesanteur anale ;
 - o Grosseur à l'anus réductible spontanément après la selle

5-2-2 Complications

- Crypto-papillites : Il s'agit de manifestations inflammatoires localisées au niveau de la ligne pectinée et responsables de douleurs,

- Thrombose hémorroïdaire interne :

- o Rare, elle est responsable d'une vive douleur intracanalair.
- o Au toucher rectal, on perçoit un petit nodule dur et douloureux.
- o L'anuscopie confirme le diagnostic en visualisant un nodule tendu de couleur bleue.
- Prolapsus hémorroïdaire thrombosé :
 - o Il s'agit d'une thrombose massive des plexus hémorroïdaires internes qui se sont extériorisés au cours d'un effort de défécation et qui ne sont pas réintégrés dans le canal anal.
 - o Une réaction œdémateuse associée à des ulcérations nécrotiques est quasi constante.
- Anémie :

Les saignements chroniques peuvent entraîner une anémie profonde.

5-2-3 Examen clinique

Le malade doit être en position genu-pectorale, avoir le rectum vide.

Il faut un très bon éclairage.

- Inspection :

Réalisée en écartant délicatement la marge anale et en faisant pousser le patient, elle permet la visualisation d'une procidence, des marisques, des thromboses externes et d'autres pathologies associées (fissure anale, trouble de la statique rectale, abcès, fistule).

- Toucher anorectal :
 - o Il permet de rechercher et d'éliminer une lésion en particulier néoplasique au niveau du canal anal et/ou du rectum,
 - o Apprécie le tonus sphinctérien au repos et à la contraction volontaire,
 - o Recherche une douleur localisée.

- Anuscopie :

Permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires.

La pathologie hémorroïdaire est ainsi classée en 4 stades de gravité croissante : [17]

Grade	Examen proctologique
I	Hémorroïdes congestives non procidentes
II	Hémorroïdes procidentes à l'effort et spontanément réductibles
III	Hémorroïdes procidentes à l'effort et réductibles par les manœuvres digitales
IV	Hémorroïdes procidentes en permanence et non réductibles par les manœuvres digitales

Tableau I : classification des hémorroïdes internes

6. Examens complémentaires

Le diagnostic de rectorragies sur pathologie hémorroïdaire doit être un diagnostic d'élimination. Une exploration endoscopique colique avec au minimum une recto-sigmoidoscopie doit être réalisée.

7. Diagnostics différentiels :

7-1 Devant la douleur anale aiguë :

Il faut éliminer :

- Une fissure anale : ici la douleur est en 3 temps, déclenchée par les selles, se calmant quelques minutes pour réapparaître ensuite et durer plusieurs heures. Le déplissement des plis radiés met en évidence la fissure sous la forme d'une perte de

substance en forme de raquette au pôle postérieur dans 90% des cas.

- Un abcès anal : la douleur est progressivement croissante non rythmée par les selles, pulsatile. La fièvre est inconstante. L'examen de la marge anale montre un abcès rouge, chaud, luisant, tendu, avec parfois issue de pus à la pression.
- Les infections sur l'herpès anal. La primo-infection est particulièrement bruyante avec douleurs intenses, fièvre, dysurie,

7-2 Devant la tuméfaction de la marge anale :

Il faut éliminer :

- Le cancer du canal anal ou de la marge anale
- L'abcès anal
- Les condylomes acuminés

7-3 Devant la rectorragie :

Éliminer le cancer du rectum, l'ulcération thermométrique et les autres causes d'émission de sang rouge par la voie basse.

7-4 Devant une masse prolabée lors des efforts :

Il faut éliminer :

- Le prolapsus rectal : facilement reconnue par sa couleur rosée et ses plis circulaires
- Un polype pédiculé du rectum.

8- Traitement :

La maladie hémorroïdaire demande une réponse thérapeutique ciblée sur trois manifestations cliniques : les rectorragies, les douleurs et le prolapsus.

8-1 Buts : contrôler les manifestations cliniques en préservant les structures anatomiques nécessaires à la continence fine.

8-2 Moyens :

8-2-1 Traitement médical non instrumental :

Il doit toujours être proposé

8-2-1-1 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
- Eviter les efforts de poussée excessive

8-2-1-2 Médicaments par voie générale :

- Pour leurs effets réputés vasculotropes et anti-inflammatoires, les phlébotoniques sont largement prescrits, bien qu'inefficaces. Différentes molécules à base de flavonoïdes, de diosmine, de ginkgo biloba sont disponibles.
- Les antalgiques de classe 1 et 2 sont efficaces sur les douleurs de la thrombose hémorroïdaire.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont un effet antalgique rapide sur la thrombose hémorroïdaire oedémateuse.

8-2-1-3 Médicaments par voie locale

Ils associent, à des degrés divers, différents topiques cutanés, des phlébotoniques, des anti-inflammatoires, des antiseptiques, des anesthésiques locaux, des antispasmodiques ou des anticoagulants. Ils permettent de calmer la douleur, de lutter contre une réaction inflammatoire et de lubrifier le canal anal.

8-2-2 Traitement instrumental

- Consiste à provoquer au niveau des plexus hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle aboutissant à la fixation de la muqueuse anale au sphincter interne et l'obturation du réseau vasculaire sous muqueux issu du pédicule hémorroïdal

supérieur, l'agent appliqué au sommet du plexus hémorroïdaire interne peut être d'origine thermique (photo coagulation infrarouge) ou chimique (injections sclérosantes).

- Ou consiste à réduire le volume hémorroïdaire par un agent traumatique (ligature élastique) qui provoque l'élimination par strangulation et nécrose ischémique de tout ou une partie du paquet hémorroïdaire interne.
- Les trois principaux traitements instrumentaux de la maladie hémorroïdaire validés dans la littérature sont les injections sclérosantes, la photo coagulation infrarouge et la ligature élastique [19,20].

D'autres techniques (coagulation bipolaire ou bicap, cryothérapie) sont disponibles. Leur usage est moins bien codifié.

8-2-2-1 Les injections sclérosantes

La technique consiste à injecter un à deux millilitres d'un produit sclérosant dans l'espace sous muqueux et sus hémorroïdaire. Le produit le plus souvent utilisé est le chlorhydrate double de quinine et d'urée (kinurea h).

8-2-2-2 La photo coagulation infrarouge

Elle consiste à créer une lésion à l'aide d'un appareil qui transforme en chaleur un rayonnement infrarouge émis par une ampoule de tungstène. 3 à 6 tirs d'une seconde en zone sus-pectinéeale sont réalisés par séance créant ainsi une petite ulcération qui cicatrise en 2 à 3 semaines.

8-2-2-3 Ligature élastique

Le ligateur est introduit à travers un anoscope et permet la mise en place d'un élastique à la base d'un paquet hémorroïdaire interne qui a été aspiré, l'hémorroïde strangulée se nécrose et laisse secondairement place à une cicatrice scléreuse rétractile en 2 à 3 semaines.

8-2-3 Traitement chirurgical

La chirurgie n'est en théorie *nécessaire* que chez 10% des malades.

- L'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de Milligan et Morgan :
 - o Est la plus utilisée en France
 - o Ligature des 3 branches de l'artère hémorroïdale supérieure avec excision des trois paquets hémorroïdaires principaux,

- o Délai de cicatrisation de 4 à 6 semaines.
- L'hémorroïdectomie pédiculaire fermée de FERGUSON : est la plus utilisée aux Etats-Unis.
- L'anopexie par agrafage circulaire (technique de LONGO) :
 - o Ligature circulaire complète des pédicules vasculaires muqueux et sous muqueux des hémorroïdes internes et correction du prolapsus muqueux en réalisant une résection de la muqueuse procidente immédiatement au-dessus du canal anal.
 - o Elle ne réalise pas une hémorroïdectomie mais une réduction du prolapsus muqueux dans le canal anal ; une anopexie.
 - o Les complications et surtout les douleurs postopératoires sont beaucoup moins fréquentes que la technique d'hémorroïdectomie.
- Incision ou mieux excision des thromboses hémorroïdaires externes.
- Ligature des artères hémorroïdaires sous contrôle doppler [21] :

Le principe de cette technique consiste à repérer, puis à ligaturer les branches des artères qui cheminent dans la paroi rectale en direction

du réseau hémorroïdaire interne. Pour ce faire, on utilise un rectoscope dédié qui est équipé d'un transducteur doppler inclus dans sa paroi permettant de mettre en évidence le signal de ces artères. Il est alors possible de les lier par un point en x de fil 2/0 résorbable (acide poly glycolique) muni d'une aiguille sertie courbe via une fenêtre latérale spécialement aménagée dans le rectoscope et située au dessus du transducteur. Une demi-douzaine de ligatures sont en général réalisées sur la circonférence du bas rectum à deux niveaux distants l'un de l'autre d'une vingtaine de millimètres, la seconde exploration doppler se faisant sur toute la circonférence, après avoir ajouté une bague spécifique sur la base du rectoscope. Ces rangées de ligatures siègent entre 10 et 30mm au dessus de la ligne pectinée, leur efficacité est vérifiée par la diminution du signal doppler.

L'objectif est ainsi de dévasculariser le tissu hémorroïdaire interne de telle sorte qu'il se « collabe » et se « décongestionne ».

8-3 Indications

Seuls les malades symptomatiques doivent être traités et après s'être assuré de l'absence d'une pathologie colique associée.

- Thrombose non œdémateuse : traitement médical

- Thrombose œdémateuse : AINS, incision ou excision locale
- Pathologie hémorroïdaire grade I et II : régularisation du transit, photo coagulation infrarouge, sclérothérapie, ligatures élastiques,
- Pathologie hémorroïdaire grade III : ligature élastique, chirurgie,
- Pathologie hémorroïdaire grade IV : chirurgie,
- La ligature des artères hémorroïdaires sous contrôle doppler avec mucopexie serait possible à tous les stades de la maladie hémorroïdaire [2].

III. MÉTHODOLOGIE

1- Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de médecine interne du CHU du Point « G ». Le CHU du point <<G>> est situé à l'extrême nord de la ville de Bamako (capitale du Mali) sur la colline du même nom. C'est une structure hospitalo-universitaire multidisciplinaire de dernière référence. Outre le service de médecine interne dont le centre d'endoscopie a servi de lieu d'étude, on y compte dix (10) services de spécialités médicales qui sont : Anesthésie réanimation et urgences médicochirurgicales, Cardiologie A, Cardiologie B, Hématologie et Oncologie médicale, Néphrologie, Neurologie, Maladies infectieuses, Pneumo-phtisiologie, Psychiatrie, Rhumatologie ; quatre (4) services de spécialités chirurgicales qui sont : Chirurgie A, Chirurgie B, Urologie, Gynécologie et obstétrique et cinq (5) services paramédicaux qui sont : Laboratoire d'analyse médicale, Pharmacie, Médecine nucléaire, Imagerie médicale et Kinésithérapie.

La structure compte en outre un centre de maintenance, des logements pour les chefs des différents services et un pied-à-terre pour les hôtes de marque.

Au sein du CHU, notre centre d'endoscopie partage avec la médecine nucléaire le rez-de-chaussée du pavillon Tidiane Faganda Traoré (PTFT) en face du bloc opératoire. Ce pavillon qui abrite

essentiellement le service de chirurgie B est un immeuble d'un étage situé à l'Est du bloc des urgences (qui fait face au bureau des entrées) auquel il est séparé par la salle d'attente du service d'imagerie médiale.

Le service de médecine interne est organisé comme suite :

❖ Organisation structurelle du service :

Le service de médecine interne, récemment baptisé le pavillon Diabé N'Diaye, est subdivisé en deux unités. A l'étage se trouve l'unité « C » abritant vingt (20) lits d'hospitalisation de 3^{ème} catégorie et une salle unique de 1^{ère} catégorie. Le rez-de-chaussée est occupé par l'unité « D » avec neuf (9) lits de 2^{ème} catégorie et également une salle unique de première catégorie. Soit un total de trente un (31) lits.

❖ Organisation du personnel :

Le service est composé de :

- Un professeur titulaire de médecine interne (chef de service),
- Deux agrégés en médecine interne et un professeur agrégé en endocrinologie.
- Deux assistants chef de clinique,
- Deux infirmiers major,
- Six infirmiers chargés des soins,
- Trois aides soignantes.
- Six techniciens de surface

Le service de médecine interne est situé entre les services d'Héματο-oncologie médicale à l'Est, de la pharmacie et du laboratoire à l'Ouest et les nouveaux bâtiments d'Urologie et de Gynéco-

obstétrique au Nord. Il a été baptisé en décembre 2006 à l'occasion du centenaire de l'hôpital le pavillon « Diabé N'Diaye », en reconnaissance au premier médecin ayant répondu à l'appel du Mali indépendant.

Les activités effectuées dans l'unité d'endoscopie sont : la fibroscopie oeso gastro duodénale, la coloscopie, la laparoscopie et l'anorectoscopie.

L'hôpital du Point « G » a été créé en 1906 comme hôpital militaire de l'Afrique Occidentale Française (AOF) abritant les blessés de guerre. Ce n'est qu'en 2001 qu'il est devenu un centre hospitalier universitaire avec l'avènement de l'université de Bamako en 1996. Il est situé à la périphérie nord de la ville de Bamako sur une colline surplombant la ville près de l'ancien village de Nianankorobougou. Le village est devenu un des quartiers de Bamako en 1975 et a pris le nom de Point « G », nom qui aurait été attribué à la colline à la suite d'une série de notation des points stratégiques du colonisateur.

2- Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale cas/témoins qui s'est déroulée de Janvier à Décembre 2006.

3- Population d'étude

Notre travail a porté sur tous les patients ayant été vus en endoscopie digestive basse pour symptomatologie proctologique.

3-1-Critères d'inclusion

-Groupe 1 : Groupe cas

- Patients présentant des symptomatologies proctologiques.
- Confirmation de la pathologie hémorroïdaire à l'anuscopie.

-Groupe 2 : Groupe témoins

- Patients présentant des symptomatologies proctologiques.
- Absence de pathologie hémorroïdaire à l'anuscopie.

Ces patients ont été appariés selon l'âge et le sexe.

3-2- Critères de non inclusion

- Absence de symptomatologies proctologiques.

4- Méthodes

- L'interrogatoire minutieux a permis de :

- Préciser les aspects sociodémographiques des patients.
- Rechercher les facteurs prédisposants et déclenchants : les troubles du transit, la notion de pathologie hémorroïdaire dans la famille, les épisodes de la vie génitale.
- Connaître le mode de vie : thé, café, alcool, tabac, épices, légumes, sédentarité.
- Rechercher les symptômes et leurs caractères : douleur anale, suintement anal, prurit anal, hémorragie digestive basse typiquement rythmée par la défécation, procidence hémorroïdaire.

- Les examens physiques et proctologiques ont permis de :

- Apprécier la marge anale à la recherche d'une procidence hémorroïdaire, de pathologies associées (fissure anale, fistule), d'une thrombose hémorroïdaire externe.
- Apprécier au toucher anorectal le tonus du sphincter anal, de rechercher une douleur localisée, un doigtier souillé de sang et d'éliminer une masse tumorale.
- L'exploration visuelle du canal anal, des paquets hémorroïdaires et des complications (thromboses hémorroïdaires internes, papillites, cryptite, formations polypoïdes).

Au terme de ces examens la pathologie hémorroïdaire interne a été classée en 4 grades de gravités croissantes :

- Grade I : hémorroïdes congestives non procidentes.
- Grade II : hémorroïdes procidentes à l'effort et spontanément réductibles.
- Grade III : hémorroïdes procidentes à l'effort et réductibles uniquement par les manœuvres digitales.
- Grade IV : hémorroïdes procidentes en permanence et non réductibles par les manœuvres digitales.

. 5- Collecte des données

Il a été établi pour chaque malade une fiche d'enquête pour le recueil des données comportant :

- Les données sociodémographiques.
- Les facteurs de risque
- Les signes cliniques.
- Les signes para cliniques.

7- Saisie et analyse des données

Le traitement de texte a été effectué sous les logiciels WORD et EXCEL office 2003.

La saisie des données et la confection des tableaux ont été effectuées sous le logiciel SPSS 11.0.

Le test de khi2 de MC Nemar a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p < 0,05$.

$X^2 = \frac{([r-s]-1)^2}{r+s}$ avec 1 degré de liberté

Où r est le nombre de réponse +-

s est le nombre de réponse -+

[r-s] est la différence entre r et s exprimée sous forme de chiffre positif, sans égard au fait que r ou s soit la variable la plus grande.

NB : le test du χ^2 n'est valable que si (r+s) est supérieur à 10.

IV. RESULTATS

1- Résultats globaux :

De Janvier 2006 à Décembre 2006, nous avons colligé 130 cas de maladie hémorroïdaire sur 676 anorectoscopies dans le centre d'endoscopie digestive du CHU du Point G soit une fréquence de 19,23%. 130 témoins ayant une endoscopie digestive basse normale ont été comparés aux précédents.

2- Données sociodémographiques

2-1- Sexe

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe.

Patients Sexe	Malades		Témoins	
	Effectif	Pourcentage%	Effectif	Pourcentage%
Masculin	65	50	65	50
Féminin	65	50	65	50
Total	130	100	130	100

Il existait une équité entre les deux sexes.

2-2- Age

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

Patients Age	Malades		Témoins	
	Effectif	Pourcentage%	Effectif	Pourcentage%
16-25 ans	26	20	31	23,8
26-35 ans	19	14,6	16	12,4
36-45 ans	41	31,5	39	30
46-55 ans	15	11,5	14	10,8
56-65 ans	11	8,5	12	9,2
66-75 ans	10	7,7	12	9,2
>75 ans	8	6,2	6	4,6
Total	130	100	130	100

L'âge moyen était de $45,1 \pm 17,77$ ans avec des extrêmes allant de 16 à 79 ans.

2-3-Provenance

Tableau III : Distribution des patients selon la provenance.

Témoins	Malades		Total
	Bamako	Hors Bamako	
Bamako	34	23	57
Hors Bamako	36	37	73
Total	70	60	130

Khi²= 2,44

P= 0,10

2-4- Ethnie

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie.

Patients Ethnies	Malades		Témoins	
	Effectif	Pourcentage%	Effectif	Pourcentage%
Bambara	37	28,46	42	32,30
Peulh	18	13,85	20	15,40
Malinké	21	16,15	32	24,60
Sarakolé	16	12,31	15	11,60
Bobo	4	3,07	6	4,60
Dogon	11	8,46	3	2,30
Minianka	3	2,30	2	1,50
Autres	20	15,40	10	7,70
Total	130	100	130	100

Autres : Sonrhaï (6) ; Maure (2) ; Senoufo (5) ; Kassoké (1) ; Kakolo (1) ; Bozo (5).

L'ethnie bambara était la plus représentée tant chez les malades (28,46%) que chez les témoins (32,30%).

2-5- Profession

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la profession.

Profession	Malades		Témoins	
	Effectif	Pourcentage%	Effectif	Pourcentage%
Couturier	8	6,15	1	0,77
Commerçant	21	16,15	19	14,61
Cultivateur	12	9,20	15	11,50
Manœuvre	0	0	12	9,20
Enseignant	10	7,7	8	6,20
Etudiant	11	8,5	11	8,5
Femme au foyer	39	30	34	26,15
Autres	29	22,30	30	23,07
Total	130	100	130	100

Autres : comptable (5) ; chauffeur (7) ; teinturière (6) ; mécanicien (6) ; tisserand (4)

30% de nos malades étaient des femmes au foyer contre 26,15% des témoins.

3-Résultats analytiques

3-1- Motif de consultation

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du motif de consultation.

Motif	Malades		Témoins	
	Effectif	Pourcentage%	Effectif	Pourcentage%

Boule anale	17	13,08	1	0,77
Douleur anale	53	40,77	39	30
Prurit anal	9	6,92	57	43,85
Rectorragie	34	26,15	0	0
Autres	17	13,08	33	25,38
Total	130	100	130	100

Autres : Rectorragie+douleur anale (9) ; suintement (3) ; pesanteur anale (5).

La douleur anale était le motif de consultation le plus rencontré pour les malades avec 40,77% tandis que le prurit anal était le motif le plus fréquent chez les témoins soit 43,85%.

3-2- Facteurs de risque

Tableau VII : Répartition des patients selon l'existence de constipation.

Témoins	Malades		Total
	Constipés	Non constipés	
Constipés	32 (25%)	8 (6%)	40
Non constipés	87 (67%)	3 (2%)	90
Total	119	11	130

Parmi 87 (67%) paires de sujets, le malade était constipé alors que le témoin ne l'était pas ; par contre chez 8 (6%) paires, le témoin était constipé mais pas le malade.

Khi2= 64,04

P= 0,00001

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'existence de diarrhée.

Témoins	Malades		Total
	Diarrhée	Pas de diarrhée	
Diarrhée	0 (0%)	1(1%)	1
Pas de diarrhée	3 (2%)	126 (97%)	129
Total	3	127	130

Chez 126 (97%) paires, tant le malade que le témoin ne présentaient pas de diarrhée.

Tableau IX : Répartition des femmes en fonction de la grossesse.

Témoins	Malades		Total
	Grossesse	Pas de grossesse	
Grossesse	44 (68%)	3 (4%)	47
Pas de grossesse	13 (20%)	5 (8%)	18
Total	57	8	65

Chez 13 (20%) paires, la malade avait fait au moins une grossesse et non le témoin ; par contre chez 3 (4%) paires, le témoin en avait fait mais pas la malade.

Khi2= 7,56

P= 0,001

Tableau X : Répartition des patients en fonction de l'existence de sédentarité.

Témoins	Malades		Total
	Sédentaires	Non sédentaires	
Sédentaires	28 (22%)	10 (8%)	38
Non sédentaires	41 (31%)	51 (39%)	82
Total	69	61	130

Parmi 41 (31%) paires, le malade était sédentaire et non le témoin ; par contre chez 10 (8%) paires, le témoin était sédentaire mais pas le malade.

Khi²= 17,64

P= 0,0001

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des antécédents familiaux de maladie hémorroïdaire.

Témoins	Malades		Total
	Oui	Non	
Oui	15 (12%)	3 (2%)	18
Non	62 (48%)	50 (38%)	112
Total	77	53	130

Chez 62 (48%) paires, le malade avait un antécédent familial et non le témoin ; par contre chez 3 (2%) paires, le témoin avait un antécédent familial mais pas le malade.

Khi²= 51,75

P= 0,00001

3-3- Mode de vie

Tableau XII : Répartition des patients selon la consommation d'alcool.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	0 (0%)	1 (1%)	1
N'ont pas consommé	1 (1%)	128 (98%)	129
Total	1	129	130

Chez 128 (98%) paires, tant le malade que le témoin ne consommaient pas l'alcool.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la consommation du tabac.

Témoins	Malades		Total
	Ont fumé	N'ont pas fumé	
Ont fumé	2 (1%)	5 (4%)	7
N'ont pas fumé	9 (7%)	114 (88%)	123
Total	11	119	130

Chez 114 (88%) paires, tant le malade que le témoin ne consommaient pas le tabac.

Khi²= 0,64

P= 0,108

Tableau XIV : Répartition des patients selon la consommation de piment.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	23 (18%)	6 (5%)	29
N'ont pas consommé	41 (31%)	60 (46%)	101
Total	64	66	130

Parmi 41 (31%) paires, le malade consommait le piment et non le témoin ; par contre 6 (5%) paires, le témoin consommait le piment mais pas le malade.

Khi2= 24,59

P= 0,0001

Tableau XV : Répartition des patients selon la consommation de café.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	1 (1%)	2 (2%)	3
N'ont pas consommé	16 (12%)	111 (85%)	127
Total	17	113	130

Chez 16 (12%) paires, le malade consommait le café et non le témoin ; par contre chez 2 (2%) paires, le témoin consommait le café mais pas le malade.

Khi2= 9,38

P= 0,01

Tableau XVI : Répartition des patients selon la consommation de thé.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	22 (17%)	20 (15%)	42
N'ont pas consommé	38 (29%)	50 (39%)	88
Total	60	70	130

Chez 50 (39%) paires, tant le malade que le témoin ne consommaient pas le thé.

Khi2= 4,98

P= 0,05

3-4- Aliments

Tableau XVII : Distribution des patients selon la consommation de banane plantin.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	42 (32%)	40 (31%)	82
N'ont pas consommé	28 (22%)	20 (15%)	48
Total	70	60	130

Chez 42 (32%) paires, tant le malade que le témoin consommaient la banane plantin.

Khi²= 2,48

P= 0,10

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la consommation de manioc (Athièkè).

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	22 (17%)	8 (6%)	30
N'ont pas consommé	30 (23%)	70 (54%)	100
Total	52	78	130

Chez 30 (23%) paires, le malade consommait le manioc et non le témoin ; par contre chez 8 (6%), le témoin consommait le manioc mais le malade.

Khi²= 11,60

P= 0,001

Tableau XIX : Répartition des patients selon la consommation de pâtes alimentaires.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	

Ont consommé	64 (49%)	41 (32%)	105
N'ont pas consommé	8 (6%)	17 (13%)	25
Total	72	58	130

Chez 41 (32%) paires, le témoin consommait les pâtes alimentaires et non le malade ; par contre chez 8 (6%) paires, le malade consommait les pâtes alimentaires mais pas le témoin.

Khi²= 23,59

P= 0,0001

Tableau XX : Répartition des patients selon la consommation de galettes de mil.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	27 (21%)	37 (28%)	64
N'ont pas consommé	27 (21%)	39 (30%)	66
Total	54	76	130

Chez 39 (30%) paires, tant le malade que le témoin ne consommaient pas la galette de mil.

Khi²= 1,89

P= 0,10

Tableau XXI : Répartition des patients selon la consommation du riz.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	128 (98%)	1 (1%)	129
N'ont pas consommé	1 (1%)	0 (0%)	1
Total	129	1	130

Chez 128 (98%) paires, tant le malade que le témoin consommaient le riz.

Tableau XXII : Répartition des patients selon la consommation de pain.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	86 (66%)	2 (2%)	88
N'ont pas consommé	26 (20%)	16 (12%)	42
Total	112	18	130

Chez 26 (20%) paires, le malade consommait le pain et non le témoin ; par contre chez 2 (2%), le témoin consommait le pain mais pas le malade.

Khi²= 18,89

P= 0,0001

Tableau XXIII : Répartition des patients selon la consommation de tô (pâtes de mil).

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	62 (48%)	24 (18%)	86
N'ont pas consommé	27 (21%)	17 (13%)	44
Total	89	41	130

Chez 62 (48%) paires, tant le malade que le témoin consommaient le tô.

Khi²= 0,078

P= 0,212

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la consommation de viande.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	99 (77%)	3 (2%)	102
N'ont pas consommé	21 (16%)	7 (5%)	28
Total	120	10	130

Chez 21 (16%) paires, le malade consommait la viande et non le témoin ; par contre chez 3 (2%) paires, le témoin consommait la viande mais pas le malade.

Khi²= 12,04

P= 0,0001

Tableau XXV : Répartition des patients selon la consommation de poisson.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	77 (60%)	24 (18%)	101
N'ont pas consommé	24 (18%)	5 (4%)	29
Total	101	29	130

Chez 77 (60%) paires, tant le malade que le témoin consommaient le poisson.

Khi²= 0,02

P= 0,457

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la consommation de couscous de mil.

Témoins	Malades	Total
---------	---------	-------

	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	13 (10%)	4 (3%)	17
N'ont pas consommé	64 (49%)	49 (38%)	113
Total	77	53	130

Chez 64 (49%) paires, le malade consommait le couscous de mil et non le témoin ; par contre chez 4 (3%) paires, le témoin consommait le couscous de mil mais pas le malade.

Khi²= 51,19

P= 0,00001

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la consommation de lait.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	12 (9%)	27 (21%)	39
N'ont pas consommé	32 (25%)	59 (45%)	91
Total	44	86	130

Chez 59 (45%) paires, tant le malade que le témoin ne consommaient pas le lait.

Khi²= 0,27

P= 0,627

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la consommation du haricot.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	16 (12%)	9 (7%)	25
N'ont pas consommé	45 (35%)	60 (46%)	105
Total	61	69	130

Chez 45 (35%) paires, le malade consommait le haricot et non le témoin ; par contre chez 9 (7%) paires, le témoin consommait le haricot mais pas le malade.

Khi2= 22,68

P= 0,0001

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la consommation de patate.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	2 (2%)	1 (1%)	3
N'ont pas consommé	20 (15%)	107 (82%)	127
Total	22	108	130

Chez 20 (15%) paires, le malade consommait la patate et non le témoin ; par contre chez 1 (1%) paire, le témoin consommait la patate mais pas le malade.

Khi2= 15,42

P= 0,0001

Tableau XXX: Répartition des patients selon la consommation de pomme de terre.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	49 (38%)	21 (16%)	70
N'ont pas consommé	37 (28%)	23 (18%)	60
Total	86	44	130

Chez 49 (38%) paires, tant le malade que le témoin consommaient la pomme de terre.

Khi2= 3,87

P= 0,05

Tableau XXXI : Répartition des patients selon la consommation d'igname.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	4 (3%)	2 (2%)	6
N'ont pas consommé	52 (40%)	72 (55%)	124
Total	56	74	130

Chez 52 (40%) paires, le malade consommait l'igname et non le témoin ; par contre chez 2 (2%) paires, le témoin consommait l'igname mais pas le malade.

Khi2= 44,46

P= 0,00001

Tableau XXXII : Répartition des patients selon la consommation de fonio.

Témoins	Malades		Total
	Ont consommé	N'ont pas consommé	
Ont consommé	26 (20%)	56 (43%)	82
N'ont pas consommé	12 (9%)	36 (28%)	48
Total	38	92	130

Chez 56 (43%) paires, le témoin consommait le fonio et le malade ; par contre chez 12 (9%) paires, le malade consommait le fonio mais pas le témoin.

Khi2= 29,77

P= 0,0001

4- Anorectoscopie

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le résultat de l'anorectoscopie.

Anorectoscopie	Effectif	Pourcentage %
----------------	----------	---------------

Hémorroïdes internes	84	65
Hémorroïdes mixtes	2	1
Hémorroïdes+lésions associées	44	34
Total	130	100

Lésions associées : fissure (13), fistule (20), anite (4), rectite (5), anite+rectite (2).

Les hémorroïdes internes isolées ont été observées chez 65% des patients à l'anorectoscopie.

5- Classification

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le stade de la maladie hémorroïdaire.

Stade de la maladie hémorroïdaire	Effectif	Pourcentage %
Stade I	71	54,6
Stade II	36	27,7
Stade III	18	13,9
Stade IV	5	3,8
Total	130	100

Le stade I était le plus fréquemment observé soit 54,6%.

v. **Commentaires et discussion**

Nous avons mené une étude transversale avec des questionnaires directifs se rapportant à un groupe de malades présentant la maladie hémorroïdaire et un groupe témoin ne présentant pas de maladie hémorroïdaire pour apprécier les facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire. Elle a porté sur 260 personnes dont 130 malades et

130 témoins. La fréquence globale de la maladie hémorroïdaire était de 19,23%.

1-Facteurs socio démographiques

1-1-Sexe

Dans notre étude nous avons trouvé une équité entre les deux sexes avec un sex ratio= 1. Ce même résultat a été observé par DENIS J [22].

Par contre, Sangaré [10] ; Dicko [23] et Pigot [24] ont trouvé une prédominance masculine avec respectivement un sex ratio de 4,5 ; 2,94 et 1,10. Selon ces auteurs, la faible représentabilité féminine pourrait s'expliquer par la pudeur de ce geste.

1-2-Age

L'âge moyen de nos patients était de $45,1 \pm 17,77$ ans avec des extrêmes de 16 et 79 ans. Sangaré a rapporté un âge moyen de $40,9 \pm 13$ ans [10] ; pour Dicko, l'âge moyen était de 36,3 ans [23] ; pour Kouadio et Al, l'âge moyen était de 35 ans [25] et de 46,7 ans pour Chew et Al [26].

Ces données concordent avec celles de la littérature selon lesquelles la maladie hémorroïdaire apparaît vers la troisième décennie, augmente avec l'âge, est maximale entre 45 et 65 ans puis décroît.

1-3-Ethnie

Dans notre étude, les bambaras et les malinkés ont dominé cette série et totalisent respectivement 79 et 53 patients soit 30,38% et 20,38% des cas.

Les peulhs et les sarakolés ont représenté respectivement 38 et 31 patients soit 14,61% et 11,92% des cas.

La prédominance des bambaras et des malinkés s'explique par le fait que Bamako (où notre étude a été réalisée) est peuplé à majorité par les bambaras et les malinkés.

1-4-Profession

Dans notre étude les populations les plus représentées ont été les femmes au foyer et les commerçants et totalisent respectivement 73 et 40 patients soit 28,07% et 15,38% des cas.

2-Facteurs de risque

2-1-Troubles du transit

a- Constipation

Dans notre étude, chez 32 paires (25%) de sujets, tant le malade que le témoin étaient constipés et chez 3 paires (2%), ni le malade ni le témoin n'étaient constipés.

Par conséquent ces 35 paires ne nous permettent pas de déterminer si la constipation constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 87 paires (67%), le malade était constipé alors que le témoin ne l'était pas, mais chez seulement 8 paires (6%) le témoin était constipé mais pas le malade. Il semblerait que la constipation constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cela peut s'expliquer par le fait que la constipation entraîne un effort d'évacuation de selles dures pouvant être responsable du déclenchement de la maladie hémorroïdaire et des signes d'appel associés [27 28]. Il existait donc une forte liaison constipation hémorroïdes ($p < 0,00001$).

La relation hémorroïdes constipation a été évoquée par plusieurs auteurs :

SOULLARD [27] a estimé que la constipation tenace se rencontrait très souvent chez les hémorroïdaires. Il s'agissait de constipation avec un bol fécal très dur dont l'exonération était difficile.

SIGRID [29] a trouvé que la constipation était un facteur déclenchant des hémorroïdes chez 62 patients (n=100). Il a constaté que c'était l'effort d'évacuation des selles dures qui était responsable du déclenchement de la maladie hémorroïdaire et des signes d'appel associés.

HYAM et PHILOT [30] ont démontré dans une étude portant sur l'épidémiologie des hémorroïdes la relation d'ordre chronologique entre hémorroïdes et constipation.

SEMEGA [31] dans son étude a trouvé la constipation chez 47 patients soit 51,10% des cas (n=92).

TALL [32] pensait que les troubles du transit notamment la constipation étaient incriminés (comme facteur le plus important) dans le déclenchement de la maladie hémorroïdaire.

2-2-Vie génitale de la femme

Dans notre série, chez 44 paires (68%) de sujets, tant la malade que le témoin avaient fait au moins une grossesse et chez 5 paires (8%) ni la malade ni le témoin n'avaient fait de grossesse. Par conséquent ces 49 paires ne nous permettent pas de déterminer si la grossesse constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 13 paires (20%) la malade avait fait au moins une grossesse alors que le témoin ne l'avait pas fait, mais chez seulement 3 paires (4%) le témoin avait fait au moins une grossesse

mais pas la malade. Il semblerait donc que la grossesse constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existait une forte relation entre hémorroïdes et grossesse ($p < 0,001$).

La relation hémorroïdes grossesse a été évoquée par plusieurs auteurs :

COULIBALY [33] a constaté la survenue des hémorroïdes chez 5 femmes soit 5,30% des cas.

PRADEL et Al [34] ont retrouvé dans une étude sur 52 femmes que la première crise hémorroïdaire survenait dans 81% des cas pendant la première grossesse ou accouchement.

Selon SEMEGA [31] dans 21,73% des cas, la grossesse était responsable du déclenchement de la crise hémorroïdaire.

Nous avons constaté que dans tous les cas que la grossesse apparaissait comme un facteur favorisant ou aggravant la maladie hémorroïdaire. Nous pensons comme SEMEGA que les phénomènes de compression de la grossesse associés aux phénomènes hormonaux pendant cette période de vie génitale pourraient expliquer la fréquence de la maladie hémorroïdaire chez la femme.

2-3-Aliments

Dans notre série, chez 22 paires (17%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé du manioc et chez 70 paires (54%) ni le malade ni le témoin ne l'avaient pas consommé. Par conséquent ces 92 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation de manioc constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 30 paires (23%) le malade avait consommé du manioc alors que le témoin ne l'avait pas consommé mais chez seulement 8 paires (6%) le témoin avait consommé du

manioc mais pas le malade. Il semblerait donc que la consommation de manioc constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existait une forte relation hémorroïdes consommation de manioc ($p < 0,001$).

Chez 64 paires (49%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé des pâtes alimentaires et chez 17 paires (13%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé des pâtes alimentaires. Donc ces 81 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation de pâtes alimentaires constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 41 paires (32%), le témoin avait consommé des pâtes alimentaires alors que le malade n'avait pas consommées mais seulement chez 8 paires (6%), le malade avait consommé des pâtes alimentaires mais pas le témoin. Il semblerait donc que la consommation de pâtes alimentaires ne constitue pas un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire ($p < 0,0001$).

Chez 23 paires (18%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé du piment et chez 60 paires (46%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé du piment. Par conséquent ces 83 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation de piment constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 41 paires (31%), le malade avait consommé du piment alors que le témoin n'avait pas consommé mais chez seulement 6 paires (5%), le témoin avait consommé du piment mais pas le malade. Il semblerait donc que la consommation de piment constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existait une forte relation hémorroïdes consommation de piment ($p < 0,0001$).

Cette opinion a été retrouvée par certains auteurs :

DUHAMEL [35] a estimé que parmi les facteurs favorisant l'apparition des manifestations cliniques des hémorroïdes se trouvait l'alimentation surtout les repas épicés.

DEMBELE [36] a trouvé une consommation importante de piment chez les hémorroïdaires. Il a affirmé que le piment était nettement incriminé dans le déclenchement de la maladie hémorroïdaire.

SEMEGA [31] dans son étude a trouvé la consommation de piment chez 78 patients soit 85,90% des cas.

Chez 1 paire (1%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé le café et chez 111 paires (85%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé le café.

Par conséquent ces 112 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation de café constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 16 paires (12%) le malade avait consommé le café alors que le témoin n'avait pas consommé mais seulement chez 2 (2%) le témoin avait consommé le café mais pas le malade. Il semblerait que la consommation de café constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. IL existait une relation hémorroïdes consommation de café ($p < 0,01$).

Chez 86 paires (66%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé du pain et chez 16 paires (12%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé du pain. Par conséquent ces 102 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 26 paires (20%), le malade avait consommé du pain alors que le témoin n'avait pas consommé mais chez 2 paires (2%), le témoin avait

consommé du pain mais pas le malade. Il semblerait donc que la consommation de pain constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existait une forte liaison hémorroïdes consommation de pain ($p < 0,0001$).

Chez 99 paires (76%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé de la viande et chez 7 paires (6%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé de la viande. Par conséquent ces 106 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation de viande constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 21 paires (16%), le malade avait consommé de la viande alors que le témoin n'avait pas consommée mais chez 3 paires (2%), le témoin avait consommé de la viande mais pas le malade. IL semblerait donc que la consommation de viande constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existait une forte relation hémorroïdes consommation de viande ($p < 0,0001$).

Chez 13 paires (10%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé le couscous de mil et chez 49 paires (38%), ni le malade ni le témoin n'avaient pas consommé le couscous de mil. Par conséquent ces 62 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation de couscous de mil constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 64 paires (49%), le malade avait consommé le couscous de mil alors que le témoin n'avait pas consommé mais chez 4 paires (3%), le témoin avait consommé mais pas le malade. IL semblerait que la consommation de couscous de mil constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. IL existait une forte relation hémorroïdes consommation de couscous de mil ($p < 0,00001$).

Chez 16 paires (12%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé du haricot et chez 60 paires (46%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé du haricot. Par conséquent ces 76 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation du haricot constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 45 paires (35%), le malade avait consommé du haricot alors que le témoin n'avait pas consommé mais chez 9 paires (7%) le témoin avait consommé mais pas le malade. Il semblerait que la consommation du haricot constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existait une relation hémorroïdes consommation du haricot ($p < 0,0001$).

Chez 2 paires (2%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé la patate et 107 paires (82%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé la patate. Par conséquent ces 109 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation de patate constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 20 paires (15%), le malade avait consommé la patate alors que le témoin n'avait pas consommé mais chez 1 paire (1%) le témoin avait consommée mais pas le malade. Il semblerait donc que la consommation de patate constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existait une relation hémorroïdes consommation de patate ($p < 0,0001$).

Chez 4 paires (3%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé l'igname et chez 72 paires (55%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé l'igname. Par conséquent ces 76 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation d'igname constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire.

Cependant chez 52 paires (40%), le malade avait consommé l'igname alors que le témoin n'avait pas consommée mais chez 2 paires (2%), le témoin avait consommé l'igname mais le malade. Il semblerait donc que la consommation d'igname constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existait une relation hémorroïdes consommation d'igname ($p < 0,00001$).

Chez 26 paires (20%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient consommé le fonio et chez 36 paires (28%), ni le malade ni le témoin n'avaient consommé le fonio. Par conséquent ces 62 paires ne nous permettent pas de déterminer si la consommation de fonio constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant 56 paires (43%), le témoin avait consommé le fonio alors que le malade n'avait pas consommé mais chez 12 paires (9%), le malade avait consommé le fonio mais pas le témoin. Il semblerait donc que la consommation de fonio ne constitue pas un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il n'existait pas de relation hémorroïdes consommation de fonio ($p < 0,0001$).

3- Antécédents familiaux de la maladie hémorroïdaire et de sédentarité

Dans notre étude, chez 15 paires (12%) de sujets, tant le malade que le témoin avaient un antécédent familial d'hémorroïdes et chez 50 paires (38%), ni le malade ni le témoin n'avaient un antécédent familial d'hémorroïde. Donc ces 65 paires ne nous permettent pas de déterminer si l'antécédent familial constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 62 paires (48%), le malade avait un antécédent familial alors que le témoin n'avait pas mais chez seulement 3 paires (2%) le témoin avait un antécédent

familial mais pas le malade. Il semble donc que l'antécédent familial d'hémorroïdes constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existe une forte liaison hémorroïdes antécédent familial ($p < 0,00001$).

Cette opinion a été évoquée par BRONDEL [37] qui a affirmé que :« 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».

Chez 28 paires (22%) de sujets, tant le malade que le témoin étaient sédentaires et chez 51 paires (39%), ni le malade ni le témoin n'étaient sédentaires. Par conséquent ces 79 paires ne nous permettent pas de déterminer si la sédentarité constituait un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cependant chez 41 paires (31%) le malade était sédentaire alors que le témoin ne l'était pas mais chez 10 paires (8%) le témoin était sédentaire mais pas le malade. Il semble que la sédentarité constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Il existe une forte relation hémorroïdes sédentarité ($p < 0,0001$).

Conclusion

De Janvier à Décembre 2006, nous avons réalisé une étude transversale cas/témoins portant sur les facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire. L'âge moyen de nos patients était de $45,1 \pm 17,77$ ans avec des extrêmes de 16 et 79 ans. Les deux sexes semblent touchés.

La fréquence réelle est difficile à établir. Cependant, c'est une pathologie qui est relativement fréquente dans la population générale vers la troisième décennie. Elle a représenté 19,23% dans notre étude.

Au terme de cette étude, nous retenons que certains facteurs (non alimentaires et alimentaires) ont été incriminés dans la survenue et dans l'aggravation de la maladie hémorroïdaire. Mais il semblerait que c'est surtout le mode de vie (alimentation non équilibrée, sédentarité...) qui serait à la base de cette affection.

Recommandations

Au terme de notre étude et en guise de contribution pour la prise en charge de la maladie hémorroïdaire nous recommandons :

Aux personnels sanitaires

- De faire une prise en charge rigoureuse de la maladie hémorroïdaire.
- De chercher plus loin que la maladie hémorroïdaire devant un saignement anal.

-De s'impliquer dans les programmes de sensibilisation et de formation des prestataires de service.

A la population

-D'éviter la constipation.

-D'avoir une alimentation équilibrée.

-De consulter le plus tôt que possible en milieu médical devant toute symptomatologie proctologique.

Aux autorités

-De multiplier les centres d'endoscopie.

-De former le personnel pour une meilleure prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Références bibliographiques

1- MARIKO H.

Etude des hémorroïdes dans le service de chirurgie B à l'hôpital du Point G à propos de 152 cas.

Thèse, Med, Bamako, 1996; n°33.

2- SHEYER M.

Doppler-guided recto-anal repair: A new minimally invasive treatment of haemorrhoidal disease of all grades according to scheyer and Arnold.

Gastro enterol clin biol 2008; 32(n6-7): 664.

3- GAYLE M.R.

Prospective randomized comparative study of bipolar versus direct current. Electro coagulation for treatment of bleeding internal haemorrhoids. Gastro intest endosc 1994; 40: 403-410.

4- BERNADES P, MEKININI B.

Etude contrôlée de Ginkort procto versus troxérutine forte dose dans le traitement des crises hémorroïdaires aiguës : Floride de la thérapeutique en hépato gastrologie.

Médecine et chirurgie digestive 1993 ;(1)22 : 39-42.

5- KLOTZ F

Pathologies rectosigmoïdiennes au Gabon.

Afr Med Santé 1988 ; 23 : 7-10.

6- YASSIBANDA S, IGNALEAMOKO A, MBELESSO P, BOBOSSI G, BOUA N, CAMEGO-POLICE S et AL.

La pathologie anorectale à Bangui (RCA).

Mali Med 2004; 2: 12-14.

7- ASSI C, LOHOUES KACOU MJ, TOTH'O A, TRAORE F, ALLAH KOUADIO E, CAMARA B.

Quelques aspects épidémiologiques des rectorragies chez l'adulte noir africain.

Med Afr Noire 2006 ; 5 :315-319.

8- DIALLO G, SISSOKO F, MAIGA M Y, TRAORE AK dit DIOP, ONGOIBA M, DEMBELE M et AL.

La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B du CHU du Point G.

Mali Med 2003 ; 2 :9-11.

9- MAIGA MY, TRAORE HA, DIALLO G, DEMBELE K, KALLE A, DEMBELE M et AL.

Etude épidémiologique de la maladie anale au Mali.

Med chir dig 1995; 24: 269-270.

10- SANGARE D.

Etude de la maladie hémorroïdaire interne dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré.

Thèse, Med, Bamako, 2009 ; n°94.

11- PATRICK A, PIERRE B.

Hémorroïdes et maladie hémorroïdaire.

Paris : Medi-text, 2004.

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

Hémorragie digestive. In: Naveau S, Bal Eds.

Abrégés, connaissances et pratiques.

Paris: Masson, 2003.

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

Guide pratique des maladies du tube digestif.

Paris : MMI, 2001.

14- SIPROUDHIS L, PANIS Y, BIGARD MA.

Traité des maladies de l'an us et du rectum.

Paris: Masson, 2006.

15- PRAVIN J, GUPTA MS, PURUSHOTHAM S, HEDA MD, SURKHALASKAR BHMS.

Radiofrequency ablation and placcation: A new technique for prolapsing haemorrhoid disease.

Elsevier Inc 2006; 63: 1-7.

16- DIXON MR, STAMOS MJ, GRANT SR, KUMAR RR, KO CY, WILLIAMS RA et AL.

Staple haemorrhoidectomy a rev of our early experience.

Am Surg 2003; 69(10):862-5.

17- ABRAMOWITZ L, GODEBERGE P, STAUMONT G, SOUDAN D.

Recommandations pour le traitement de la maladie hémorroïdaire.
Gastro enterol clin Biol 2001; 25:674-702.

18- LODER PB, KAMM MA, NICHOLIS RL.

Haemorrhoids: pathology, path physiology and aetiology
Br J Surg 1994; 81: 946-954.

19- JOHANSON JL, RIMM AS.

Optima nonsurgical treatment of haemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation rubber band ligation and injection sclerotherapy.
Am J Gastro enterol 1992; 87: 1601-1606.

20- MAC RAE HM, MC LEOD RS.

Comparison of haemorrhoidal treatment modalities.
A meta-analysis
Dis colon rectum 1995; 38: 687-694.

21- MORINAGA K, HASUDA K, IKEDA T.

A novel therapy for internal haemorrhoids: ligation of the haemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricon) in conjunction with a Doppler flow meter.

Am J Gastro enterol 1995; 90: 610-613.

22- DENIS J.

Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques des troubles hémorroïdaires de l'adulte. Arch fr mal app dig 1976; 8(66): 530-537.

23- DICKO ML

Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Thèse, Med, Bamako, 2007; n° 155.

24- PIGOT F, LAURENT S, FRANCOIS AA.

Risk factors associated with haemorrhoidal symptoms in specialized consultation.

Gastro enterol clin Biol 2005; 29(12): 1270-4.

25- KOUADIO GK, KOUAO JA, KOUADIO KN, TURQUIN HT.

Expérience de l'hémorroïdectomie selon Milligan Morgan en Côte-d'Ivoire.

Med Afr Noire 2004 ; 51(7) : 385-388.

26- CHEW SS, MARSHALL, THIAM J, GRIEVE DA, DOUGLAS PR, NEWSTAED GL.

Short-term and resultants of combined sclerotherapy and rubber band ligation of haemorrhoids and mucosal prolapse.

Dis colon rectum 2003; 46(9):1232-7.

27- SOULLARD J.

Les hémorroïdes existent elles?

Rev proct 1981; 1: 32-34.

28- SUDUCA P. ; SUDUCA JM.

Les hémorroïdes.

EMC, Edit technique, Paris, Estomac Intestin, 1990, 9086A105 : 12-20.

29- SIGRID S.

Results of haemorrhoidectomy according to Milligan:

A follow up study of 100 patients.

Acta chir scand 1980; 124: 444-453.

30- HYAM L, PHILPOT T.

A epidemiological investigation of haemorrhoids.

Ann jr proctol 1989; 21: 177-193.

31- SEMEGA C.

La maladie hémorroïdaire : aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 92 cas dans le service de chirurgie C à l'hôpital du Point G.

Thèse, Med, Bamako, 1997; n°2.

32- TALL A.

Contribution à l'étude épidémiologique de la maladie hémorroïdaire, de la fissure anale et de la fistule anale dans les hôpitaux de Point G et de Gabriel Touré à propos 220 cas.

Thèse, Med, Bamako, 1985; n°26.

33- COULIBALY A.

Hémorroïde et sexualité au service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré à propos de 95 cas.

Thèse, Med, Bamako, 2003; n°79.

34- PRADEL E.; TERRIS G.

Grossesse et pathologies anales : étude prospective.

Med chir dig 1983; 12: 523-525.

35- DUHAMEL J, LONGREEN C.

Les hémorroïdes de l'enfant.

Gaz Med fr 1980; 38 (87): 5391-5398.

36- DEMBELE K.

Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali.

Thèse, Med, Bamako, 1994; n°37.

37- BRONDEL H.

Hémorroïdes, maladie familiale ?

Arch fr mal app dig 1976; 65: 51-61.

38- NG KH, HO KS, OOI BS, DESAVEUR CL, KILOWATT D'EU.

Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operation.

Br J Surg 2006; 93: 226-230.

39- GEORGOULIS B.

Prolapsus hémorroïdaire.

Ann gastro enterol hepatol 1988; (24): 165-167.

Fiche signalétique

Nom: DEMBELE

Prénoms : Ibrahima Amadou

Titre de la thèse : Etude des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire dans le centre d'endoscopie digestive du service de Médecine Interne du CHU Point G.

Année universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Médecine Interne, Hépatogastroentérologie.

RESUME

Le but de ce travail était d'étudier les facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire. Il s'agissait d'une étude transversale cas/témoins déroulée dans les unités d'endoscopie du service de Médecine Interne du CHU du Point G.

Nous avons colligé 130 cas et 130 témoins appariés selon l'âge et le sexe. Il existait une équité entre les deux sexes. L'âge moyen de nos patients était de $45,1 \pm 17,7$ ans avec des extrêmes de 16 et 79 ans. Cette étude nous a permis de retenir que certains facteurs étaient incriminés dans la survenue et dans l'aggravation de la maladie hémorroïdaire :

- Facteurs non alimentaires : sédentarité, hérédité (antécédent familial), grossesse et constipation.
- Facteurs alimentaires : manioc, piment, café, pain, viande, couscous de mil, patate, haricot et igname.

Mots clés : Facteurs de risque, Maladie hémorroïdaire.

FICHE D'ENQUETE

IDENTIFICATION

Date:.....

Nom :.....

Prénoms :.....

Age :.....

Sexe :..... 1= M 2= F

Adresse à Bamako :.....

Provenance :....

1= Bamako 2= Kayes 3= Koulikoro 4= Sikasso 5= Segou 6=

Mopti

7= Gao 8= Tombouctou 9= Kidal 10= Autre

Ethnie:.....

1= Bambara 2= Peulh 3= Malinké 4= Sarakolé 5= Bobo

6= Dogon

7= Minianka 8= Bozo 9= Autre

Occupation:.....

1= Couturier 2= Commerçant 3= Cultivateur 4= Manoeuvre

5= Enseignant 6= Etudiant 7= Femme au foyer 8= Autre

INTERROGATOIRE

Motif de consultation :....

1= Boule anale 2= Douleur anale 3= Prurit anal 4=

Rectorragie

5= Autre

Facteurs de risque

Constipation :.....	1= Oui	2= Non
Diarrhée :.....	1= Oui	2= Non
Grossesse :....	1= Oui	Nombre de grossesses:..... 2= Non
Sédentarité :....	1= Oui	2= Non
Alcool :....	1= Oui	2= Non
Cigarette :.....	1= Oui	Nombre de paquets /années :... 2= Non
Banane plantain :.....	1= Oui	2= Non
Manioc :.....	1= Oui	2= Non
Pâtes alimentaires :.....	1= Oui	2= Non
Galettes de mil :....	1= Oui	2= Non
Piment :.....	1= Oui	2= Non
Café :....	1= Oui	2= Non
Riz :.....	1= Oui	2= Non
Bouillie :....	1= Oui	2= Non
Pain :.....	1= Oui	2= Non
Viande :.....	1= Oui	2= Non
Poisson :....	1= Oui	2= Non
Couscous de mil :.....	1= Oui	2= Non
Thé :.....	1= Oui	2= Non
Lait :.....	1= Oui	2= Non
Haricot :....	1= Oui	2= Non
Patate :.....	1= Oui	2= Non
Pomme de terre :....	1= Oui	2= Non
Igname :.....	1= Oui	2= Non
Antécédent familial :....	1= Oui	2= Non

CLINIQUE

Douleur anale :..... 1= Oui 2= Non

Moment de la douleur :.....

1= Avant les selles 2= Pendant les selles 3= Après les selles

Rectorragie :..... 1= Oui 2= Non

Moment de la rectorragie :..

1= Avant les selles 2= Pendant les selles 3= Après les selles

Importance :... 1= Minimale 2= Moyenne 3= Abondante

Boule anale :... 1= Oui 2= Non

Réduction spontanée

Réduction manuelle

Irréductible

Prurit anal :.... 1= Oui 2= Non

Ténesme :..... 1= Oui 2= Non

EXAMEN PHYSIQUE

Etat général :.... 1= Bon 2= Moyen 3= Mauvais

Pâleur :... 1= Oui 2= Non

Poids:.....Kg

Taille :..... Cm

Pouls :.....pulsations /minute

Insuffisance veineuse des membres inférieurs :... 1= Oui
2=Non

Inspection de la marge anale :....

- 1= Normale 2= Hémorragie 3= Paquet hémorroïdaire
4= Ulcération
5= Fistule 6= Fissure 7= Marisque 8= Autre

Toucher rectal :....

- 1= Normal 2= Douloureux 3= Perception de paquets
hémorroïdaires 4= Ulcération 5= Masse 6=
Autre

EXAMEN ANORECTOSCOPIQUE

Marge anale :

.....

...

.....

.....

Toucher rectal

:.....

.....

.....

Anuscopie

:

.....

.....

.....

.....

Rectoscopie

:

.....

.....

.....

Stades :... ;

1= Stade 1

2= Stade 2

3= Stade 3

4= Stade

4

Autres anomalies associées

.....

.....

.....

Serment d'Hippocrate

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes chers condisciples, devant **l'effigie d'Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de **l'Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ;

Je ne participerai à **aucun partage** clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.