

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS    RÉPUBLIQUE DU MALI**  
**SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE    Un Peuple – Un But – Une Foi**  
**LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*

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

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008**

**N°...../**

**LA MALADIE HEMORROIDAIRE  
INTERNE DANS LES CENTRES  
D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE DU CHU  
GABRIEL TOURE ET DES CABINETS  
MEDICAUX**

**THÈSE**

**Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2008**

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

**Par Mr Drissa SANGARE**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

**PRESIDENT :                                    Professeur Gangaly DIALLO**

**MEMBRE :                                        Docteur KAYA Assétou Soucko**

**CO-DIRECTEUR                                Docteur Moussa TiemoKo DIARRA**

**DIRECTEUR DE THESE :    Professeur Moussa Youssoufa MAIGA**

## DEDICACES

*AU nom d'ALLAH le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux,*

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

**A mon père : Issiaka SANGARE**

Sans ta bonne volonté et courage, on n'en sera pas là ce jour. L'attention que tu as accordée à mon éducation ainsi qu'à celle de mes frères et sœurs, les conseils sages que tu n'as jamais cessé de nous prodiguer font de toi un père exemplaire. Que DIEU te bénisse et que ce travail soit le témoignage de notre indéfectible affection.

**A ma mère : Awa SAMAKE**

Toute la vie, tu t'es sacrifiée pour que nous devenions ce que nous sommes aujourd'hui. Nous avons été impressionnés par ta patience. Trouve ici l'expression de notre gratitude et tout notre respect. Ce modeste travail est le tien.

**A mes frères et sœurs :** merci pour votre esprit d'amour et de respect à mon égard. Ce travail est le vôtre et constitue un trophée de plus en l'honneur de la famille.

**A ma grande-sœur : Kadiatou SANGARE**

Ta disparition brutale m'a beaucoup affecté, tu m'étais un soutien financier et moral inestimable, ce travail est le fruit de ton effort. Dors en paix dans la grâce de l'éternel.

**A mon jeune frère : Yacouba SANGARE**

Tu m'as toujours emboîté les pas, jusqu'au jour où la mort est venue t'arracher à l'affection des étudiants de la FMPOS et à celle de ta famille. Tu étais mon espoir pour assurer la relève de la famille, mais ALLAH le miséricordieux en a décidé autrement. Dors en paix dans la grâce de l'éternel.

**A ma mère adoptive : Awa SANGARE**

Merci pour tes soins et tes conseils. Que DIEU t'en récompense. Amen !

**A ma chère épouse : AÏCHA KONE**

Je crois que nous avons encore de long moment à vivre ensemble dans un esprit d'amour, de patience, de respect et d'entente. Merci pour ton esprit de compréhension.

**A mon fils : Issiaka SANGARE**

Tu es le plus beau cadeau que Dieu m'a donné jusqu'à maintenant. Fils ! La foi, le travail et l'amour du prochain seront les notions que tu dois tenir à cœur. Saches que je serai un père exemplaire pour toi.

**A mes beaux-parents : Drissa KONE, Fanta TOGOLA**

Merci pour votre esprit de compréhension et de simplicité

**A mon cousin : Yoro SANGARE**

Que serions-nous devenus sans vous ?

Vous avez toujours été présents pour nous soutenir moralement et financièrement. Soyez assuré de notre indéfectible attachement.

**A mon cousin : Daouda SANGARE**

L'occasion nous est donnée aujourd'hui de vous exprimer toute notre reconnaissance pour votre soutien inconditionnel et les sacrifices consentis à notre égard. Merci pour tout. Que le seigneur tout puissant vous récompense et vous prête longue vie.

**En mémoire de mes parents et grand-parents :** nous avons profondément ressenti votre disparition.

Dormez en paix dans la grâce de l'éternel.

## *REMERCIEMENTS*

**Au corps professoral, au personnel du décanat de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.**

Merci pour l'encadrement exemplaire.

**Au Pr Moussa Y .MAIGA, Dr KALLE Abdoulaye, Dr KONATE Anselme, Dr DIARRA Moussa, Dr MAÏGA Youssoufa.**

Vous ne serez jamais remerciés assez pour la formation que nous avons bénéficiée auprès de vous.

Vos qualités de formateurs d'homme et vos caractères sociaux nous ont été précieux durant nôtre séjour à vos côtés. Grâce à vôtre disponibilité et vos conseils, ce travail a pu être réalisé.

Merci infiniment chers maîtres.

**A mes cousins et cousines :** Madou Sangaré et famille, Adama et famille, Seydou et famille, Sidiki Samake et famille, Issa et famille, Bakary et famille, Fadiala , Fanta , Aminata ,Assa , Djeneba ,Myamba ,Madjene ,Nah,Binta, Salimata, Wa, Soumaïla, papou.

Sachez que nous pouvions réussir que dans l'union.

**A mes collègues Thésards du service d'hépatogastro-entérologie :** Alassane Diarra, Djibrilla Maïga, Adama Sidibé,

Mme Maïga Fatoumata Maïga, Aïssé Sidibé, Dotoum Diarra, Cheick Doumbia, Cheick Diarra. si seulement, nous pouvons continuer toujours ensemble, car nous sommes un groupe uni.

Je vous souhaite à tous une très belle carrière dans l'exercice de la médecine. Le chemin est encore long et épineux. Seul le courage et la détermination vous feront relever le défi. Merci pour vôtre collaboration.

**A mes Aînés :** Dr Hamidou Camara, Dr Ganda Soumare, Dr Moussa y Dicko, Dr Ouattou Mallé, Dr Sanghata Mamadou, Dr Seydou Koussoubé, Dr aïssata Traoré, Dr Djeneba Maïga, Aboubacrine Maïga, Dr Koïta, Dr Samake .

Merci pour les conseils.

**Aux Internes du service d'hépatogastro-entérologie :**

Mme Samaké kadiatou Doumbia, Harouma Sow.

Merci pour la collaboration.

**A mes cadets thésards du service :** je vous souhaite beaucoup de courage.

**A Tout le personnel du service d'hépatogastro-entérologie, en particulier la secrétaire Mme Diakité Fatoumata Fofana.**

Merci pour vôtre collaboration.

**A mes Amis :** Alassane Diarra, Salif Satao, Siaka Sanogo, Soumaïla B Traoré, Dr Badiaga Cheick, Yacouba Diallo dit Raoul, Dramane Coulibaly, Dr Samaké Daouda,

Drissa Traore dit homo, Sirima Fane, Abdoulaye Bagayogo, Coumba Diarra, Aïssata Cissé.

Merci pour votre soutien inestimable.

**A Tout le personnel du cabinet médical SAMA et cabinet Médical KFD de senou.**

Merci pour leur collaboration.

**A Tous les membres fondateurs d'ALLURE de la faculté de médecine, de pharmacie d'odontostomatologie.**

Merci pour votre collaboration

A Tous ceux qui nous ont aidés dans la conception et la réalisation de ce travail.  
Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance et toute notre amitié.

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur GANGALY DIALLO**  
**Professeur d'Université**  
**Médecin colonel des forces armées nationales**  
**Chef de service de la chirurgie générale du C.H.U Gabriel Touré.**  
**Chevalier de l'ordre national**

**Honorable maître,**

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider notre jury malgré vos multiples occupations.  
Homme de science et de principe, chirurgien infatigable, votre expérience Professionnelle, votre rigueur pour le travail bien fait et bien d'autres qualités font de vous un maître admirable.  
Cet instant nous offre l'heureuse occasion de vous rendre hommage et de vous dire merci pour l'enseignement reçu.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Juge**  
**Dr Kaya Assetou SOUCKO**  
**Spécialiste en Médecine interne**  
**Maître Assistant à la FMPOS**

**Cher Maître,**

Nous sommes fier de vous compter parmi nos juges. Votre simplicité, votre abord facile et vos qualités scientifiques forcent notre admiration.  
Veillez accepter cher Maître, nos sentiments les plus respectueux.

**A notre Maître et Co-directeur de Thèse**  
**Docteur Moussa Tiemoko DIARRA**  
**Spécialiste en Hépatogastro-entérologie**  
**Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-stomatologie.**

**Cher Maître,**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail. Nous avons été séduits par votre simplicité, votre gentillesse, votre grande amabilité et vos qualités scientifiques. Merci du fond du cœur pour tout ce que vous nous avez appris et sachez que nous vous garderons pour toujours dans notre cœur.  
Recevez à travers ce travail l'expression de notre gratitude et respect.

**A notre Maître et Directeur de Thèse  
Professeur Moussa Youssoufa MAIGA  
Professeur d'Université  
Chef de service de Médecine de l'Hôpital Gabriel Touré  
Responsable des cours d'Hépatogastro-entérologie à la FMPOS**

**Cher Maître,**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail. Nous sommes fiers de vous avoir comme Maître. L'enseignement de haute qualité que nous avons reçu de vous restera pour nous un trésor.

Homme de principe, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique, votre exigence, pour le travail bien fait, font de vous un exemple que nous admirons beaucoup.

Si ce travail est une réussite, il le doit à votre compétence et votre savoir faire.

Que Dieu vous garde longtemps pour l'Afrique surtout pour le Mali.

Trouvez ici cher Maître le témoignage de notre estime et de toute notre reconnaissance.

## **Abréviations**

RCA : République centrafricaine

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

CHU : Centre hospitalo- universitaire

FMPOS : faculté de médecine de pharmacie d'odontostomatologie

# SOMMAIRE

I-INTRODUCTION	page 1
OBJECTIFS	page 3
II-GENERALITES	page 4
1-Définition	
2-Rappel anatomique	
3-physiopathologie	
4-Epidémiologie, facteurs déclenchants	
5-Manifestations	
6-Examens complémentaires	
7-Diagnostic différentiel	
8-Traitement	
III-METHODOLOGIE	page 20
1-Type, lieu et durée del'étude	
2-Patients	
3-Méthodes	
4-Supports	
IV-RESULTATS	page 23
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	page 34
VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	page 40
VII-REFERENCES	page 42
ANNEXES	

## I .INTRODUCTION

La pathologie hémorroïdaire interne est l'affection proctologique la plus fréquente [1].

Pour les patients, toute symptomatologie anale est étiquetée comme hémorroïdaire [2]. Dans ce cas la consultation est retardée à cause de l'automédication ou le recours aux tradipraticiens dans notre contexte.

La fréquence est difficile à apprécier, tous les méthodes et les résultats des études épidémiologiques sont disparates et rapportent des chiffres variant de 4,4 à 86% selon les populations étudiées [3,4].

Bien que les saignements peuvent orienter le diagnostic, tout malade ayant une symptomatologie anale doit bénéficier d'un examen proctologique soigneux. En effet, la rectorragie qui est le mode d'expression clinique habituel de la maladie, peut avoir une autre cause isolée ou associée aux hémorroïdes internes. Par principe, devant ce signe, il faut toujours rechercher une autre cause même si l'examen proctologique met en évidence une maladie hémorroïdaire ; le danger est de méconnaître une affection grave en particulier un cancer recto colique [5, 6,7].

Le caractère intermittent du saignement d'abondance minime, seulement pendant les selles explique aussi le délai long de consultation. Mais l'hémorragie est psychologiquement mal supportée par le malade. Elle n'entraîne qu'exceptionnellement une anémie [8,5]. Par ailleurs l'évolution peut être émaillée de complication douloureuse inflammatoire comme une cryptite ou une thrombose hémorroïdaire constituant parfois une urgence proctologique [9].

Les prolapsus hémorroïdaires peuvent également entraîner une gêne fonctionnelle.

Le traitement chirurgical est le plus radical mais ne s'adresse que théoriquement à 10% des patients [10].

Les traitements instrumentaux peuvent au moins espacer les crises.

En Afrique, la pathologie hémorroïdaire a représenté 38,5 % des pathologies anorectosigmoïdiennes au Gabon [11] ; 58,8 % de la pathologie anorectale à Bangui (RCA) [12] ; en Côte d'Ivoire, sur 216 lésions observées à la coloscopie chez 147 patients, 30,5% étaient des hémorroïdes [13].

Au Mali ; en milieu spécialisé chirurgical, elle a représenté 1,07% de l'ensemble des consultations et 30,40% des consultations proctologiques [14].

En milieu spécialisé médical, une étude ancienne a rapporté la pathologie hémorroïdaire chez 75,6% des patients examinés en proctologie [15], mais dans cette étude, la fréquence des hémorroïdes internes n'a pas été précisée et les caractères de cette maladie n'ont pas été étudiés. Nous avons ainsi initié ce travail et nos objectifs étaient :

## **Objectif Général**

Etudier la maladie hémorroïdaire interne

## **Objectifs spécifiques**

- ✓ Déterminer les caractères socio - démographiques des patients atteints de maladie hémorroïdaire interne
- ✓ Apprécier les facteurs favorisant la survenue de la maladie hémorroïdaire interne
- ✓ Décrire les aspects sémiologiques
- ✓ Décrire les aspects endoscopiques des hémorroïdes internes.

## II. GENERALITES

### 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 ou se compliquent et deviennent douloureuses [16].

### 2. Rappel anatomique : [2]

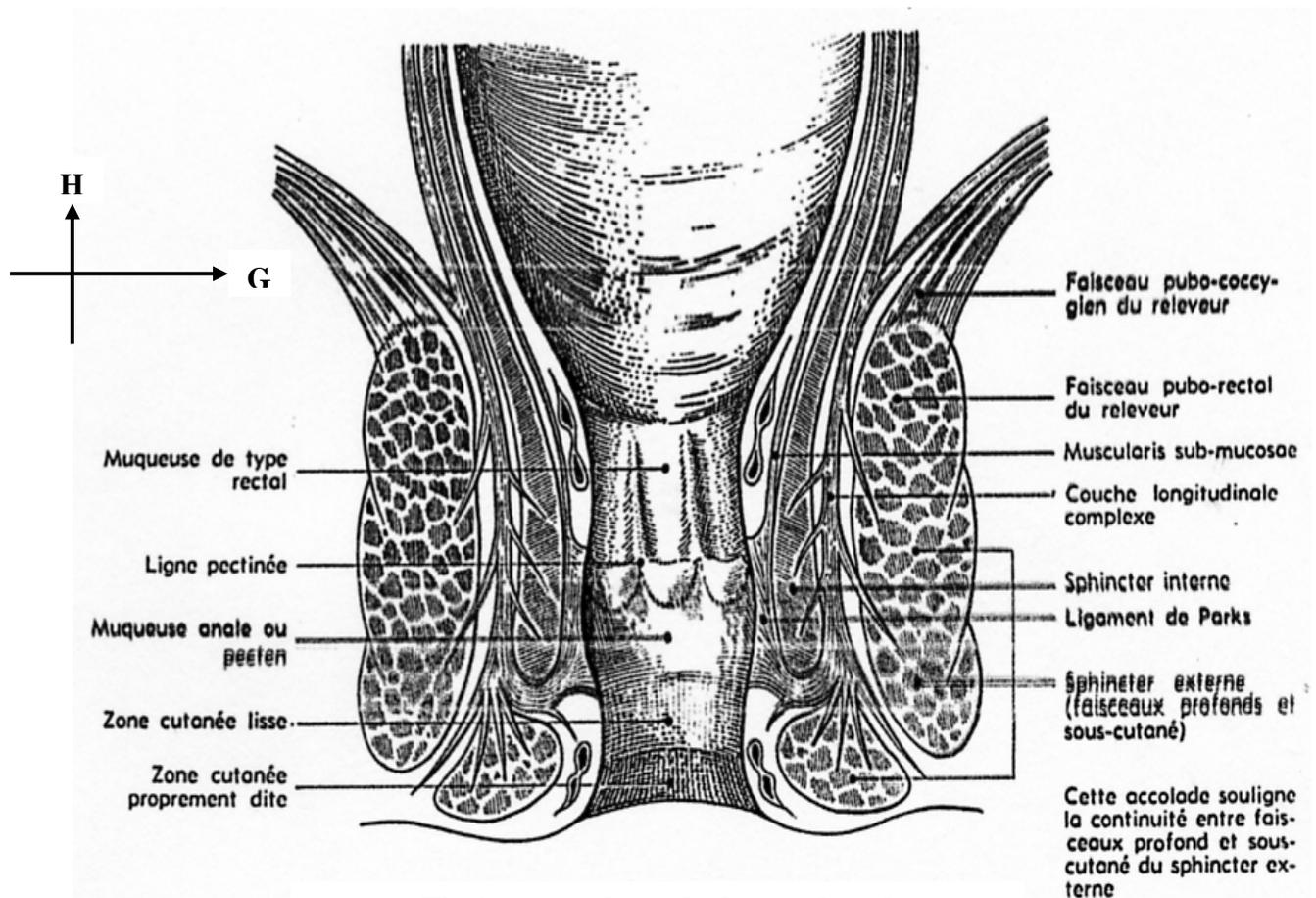


Fig 1 : coupe frontale du canal anal

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-pectinées contenant les plexus hémorroïdaires internes sont fixées à l'appareil sphinctérien interne par une formation musculo-ligamentaire de soutien appelé ligament de Parks ;
- La disposition anatomique normale des plexus hémorroïdaires internes correspond aux trois branches de division de l'artère hémorroïdale supérieure : 3heures (gauche) ,8heures (postéro-droit) et 11heures (antéro-droit) en position gynécologique [17].

### **3. Physiopathologie [4]**

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 décennie, avec cependant de grandes variations individuelles. L'alteration 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

prolabés 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 [18].

50% des américains après 50 ans ont une maladie hémorroïdaire [19]. En Angleterre le taux annuel de visite pour cette pathologie est de 1123 pour 100.000 habitants [20].

En Afrique ; en Côte d'Ivoire sur 147 patients présentant une rectorragie, les hémorroïdes étaient incriminées dans 30,55% des cas [13].

### **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 hémorroïdaires. La consommation d'alcool et d'épices renforcent la récurrence des symptômes [21] 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 œdématisée, 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 responsable 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 :

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

### **5-2-2 Complication**

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

- Rare, elle est responsable d'une vive douleur intracanalalaire.
- Au toucher rectal, on perçoit un petit nodule dur et douloureux.
- L'anuscopie confirme le diagnostic en visualisant un nodule tendu de couleur bleu.
- Prolapsus hémorroïdaire thrombosé :
  - 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.
  - 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 :
  - Il permet de rechercher et d'éliminer une lésion en particulier néoplasique au niveau du canal anal et/ou du rectum,
  - Apprécie le tonus sphinctérien au repos et à la contraction volontaire,
  - 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 : [20]

<b>Grade</b>	<b>Examen proctologique</b>
<b>I</b>	Hémorroïdes congestives non procidentales
<b>II</b>	Hémorroïdes procidentales à l'effort et spontanément réductibles
<b>III</b>	Hémorroïdes procidentales à l'effort et réductible par les manœuvres digitales
<b>IV</b>	Hémorroïdes procidentales en permanence et non réductible 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 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 [22,23].

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-pectinée 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 :
  - Est la plus utilisée en France
  - Ligature des 3 branches de l'artère hémorroïdale supérieure avec excision des trois paquets hémorroïdaires principaux,
  - 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) :
  - 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.
  - Elle ne réalise pas une hémorroïdectomie mais une réduction du prolapsus muqueux dans le canal anal ; une anopexie.
  - 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 [10] :

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 hémorroïdales sous contrôle doppler avec mucopexie serait possible à tous les stades de la maladie hémorroïdaire [24].

### **III. METHODOLOGIE**

#### **1. Type, lieu et durée de l'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée dans les centres d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré, du Cabinet médical « Promenade des Angevins », du Cabinet médical « Les étoiles » de Janvier 2007 à Décembre 2007.

#### **2. Patients :**

Notre travail a porté sur tous les patients ayant été vus en anorectoscopie pour symptômes anaux pendant la période d'étude.

##### **2.1. Critères d'inclusion :**

- Symptômes anaux : rectorragie, prurit, suintement, inconfort anal, douleur anale
- Confirmation de la pathologie hémorroïdaire interne par anoscopie

##### **2.2. Critères de non inclusion :**

- Symptomatologie anale sans preuve endoscopique de maladie hémorroïdaire interne
- Autres causes expliquant les symptômes anaux.

### **3-Méthodes :**

**3.1. Examen clinique :** tous les patients colligés ont bénéficié d'un examen clinique complet

**3.1.1. Interrogatoire :** a permis de rechercher :

- ❖ Les facteurs prédisposants et déclenchants : les troubles du transit, notion de pathologie hémorroïdaire interne dans la famille, les épisodes de la vie génitale ;
- ❖ Mode de vie : thé, café, alcool, tabac, épices, légumes, sédentarité,
- ❖ Les symptômes et leurs caractères:
  - Douleur anale ;
  - Suintement anal ;
  - Prurit anal ;
  - Hémorragie digestive basse typiquement rythmée par la défécation ;
  - Procidence hémorroïdaire interne.

**3.1.2. Examen physique :** a permis

- ❖ D'apprécier la marge anale : à la recherche d'une procidence hémorroïdaire interne, de pathologies associées (fissure anale, fistule)

- ❖ D'apprécier au toucher rectal le tonus du sphincter anal, de rechercher une douleur localisée, un doigtier souillé de sang et d'éliminer une masse tumorale.

## **3.2. Examens para cliniques :**

### **3.2.1. Anuscopie :**

- A permis l'exploration visuelle du canal anal et des paquets hémorroïdaires interne;
- Au terme de l'examen proctologique, 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 aux doigts
  - ✓ Grade IV : hémorroïdes procidentes en permanence et non réductibles par les manœuvres digitales
- Complications : thromboses internes, cryptite, papillite, formations polypoïdes.

**3.2.2. Hémogramme** : A la recherche d'une anémie.

**3.3. Support :**

Les données ont été colligées sur une fiche d'enquête et analysées au logiciel Epi-info 6.0.

Le test de Khi2 a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité  $P < 0,05$ .

## **IV. RESULTATS**

### **1. Fréquence**

De janvier 2007 à décembre 2007, nous avons colligé 85 cas de maladie hémorroïdaire interne sur 465 anorectoscopies réalisées dans les centres d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré, du Cabinet médical «Promenade des Angevins» et du Cabinet médical «Les étoiles», soit une fréquence de 18,27 %.

## 2. Caractéristiques sociodémographiques

### 2.1. Age

Tableau I : répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
21-30	21	24,7
<b>31-40</b>	<b>32</b>	<b>37,6</b>
41-50	15	17,7
51-60	10	11,8
61 et plus	7	8,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

L'âge moyen était de  $40,9 \pm 13,1$ ans avec des extrêmes de 21ans et 80ans.

## 2.2. Sexe

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Masculin</b>	<b>71</b>	<b>83,5</b>
Féminin	14	16,5
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Le sex ratio était de 4,5 en faveur des hommes.

## 2.3. Principale occupation

Tableau III : répartition des patients selon la principale occupation

Principale occupation	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Commerçant</b>	<b>21</b>	<b>24,7</b>
<b>Fonctionnaire</b>	<b>20</b>	<b>23,5</b>
Ouvrier	16	18,8
Ménagère	7	8,2
Autres*	4	4,9
Cultivateur	6	7
Elève/étudiant	6	7
Chauffeur	5	5,9
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

\*= marabout : 2, pêcheur : 1, couturière : 1

Les commerçants et les fonctionnaires étaient les plus représentés

### 3. Motif de consultation

**Tableau IV** : répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage %
<b>Rectorragie</b>	<b>64</b>	<b>75,3</b>
Douleur anale	31	36,4
Constipation	5	5,8
Prurit anal	3	3,5
Fissure anale	3	3,5
Prolapsus+rectorragie+douleur anale	2	2,3
Suintement anal	2	2,3

La rectorragie isolée était le motif de consultation le plus observée avec 75,3% des cas.

### 4. Facteurs de risque

**Tableau V** : répartition des patients selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Constipation</b>	<b>77</b>	<b>90,5</b>
Diarrhée	17	83,5
Abus laxatif	29	34 ,1
Sédentarité	44	51,7
Oestroprogestatifs	1	1,2
Grossesse	10	11,7

La constipation a été retrouvée chez 90,5% des patients

## 5-Rapport signes/terrains

**Tableau VI:** répartition des patients selon les principaux signes et le terrain

<b>Terrain</b> <b>Signes</b>	<b>Constipation</b> <b>n/N (%)</b>	<b>Diarrhée</b> <b>n/N (%)</b>	<b>Abus</b> <b>laxatif</b> <b>n/N (%)</b>	<b>Sédentarité</b> <b>n/N</b>	<b>Test</b> <b>statistique</b>
Rectorragie	44/77 (57,1%)	10/17 (58,8%)	16/29 (55,2%)	24/44 (54,5%)	P : 0,987
Douleur anale	28/77 (36,4%)	7/17 (41,1%)	9/29 (31%)	16/44 (36,3%)	P : 0,915
Prurit	2/77 (2,6%)	–	2/29 (6,9%)	-	-
Suintement	–	–	1/29 (3,4%)	2/44 (4,5%)	-
Prolapsus	3/77 (3,9%)	–	1/29 (3,4%)	2/44 (4,5%)	-

La rectorragie et la douleur anale étaient observées quelque soit le terrain

## 6-Régime alimentaire

Tableau VII : répartition des patients selon le régime alimentaire,

Régime alimentaire	Effectif	Pourcentage (%)
Epices	60	70,5
Tabac	26	30,5
<b>Légumes</b>	<b>79</b>	<b>92,9</b>
Alcool	6	7

Le régime alimentaire contenant des légumes a été retrouvé chez 92,9% des patients.

## 7-Rapport signes/sexe

Tableau VIII : répartition des patients selon les principaux signes et le sexe

Signes \ Sexe	Rectorragie n/N (%)	Douleur anale n/N (%)	Prurit n/N (%)	Suintement n/N (%)	Prolapsus n/N(%)
Masculin	56/71 (78,8%)	24/71 (33,8%)	2/71 (2,8%)	2/71 (2,8%)	1/71 (1,4%)
Féminin	10/14 (71,4%)	7/14 (50%)	1/14 (7,1%)	–	1/14 (7,1%)
Test statistique	P : 0,170	P : 0,430	P: 0,456	P : 0,667	P : 0,222

Pas de différence significative entre sexe et signes

## 8-Rapport signes/Age

**Tableau IX:** Répartition des patients selon les principaux signes et la Tranche d'âge

<b>Signes</b> <b>Tranche D'âge</b>	<b>Rectorragie</b> <b>n/N (%)</b>	<b>Douleur</b> <b>anale</b> <b>n/N (%)</b>	<b>Prurit</b> <b>n/N (%)</b>	<b>Suintement</b> <b>n/N (%)</b>	<b>Prolapsus</b> <b>n/N (%)</b>
21-30	15/21 (71,4%)	8/21 (38%)	1/21 (4,7%)	–	–
31-40	26/32 (81,2%)	13/32 (40,6%)	–	–	1/32 (3,1%)
41-50	13/15 (86,6%)	6/15 (40%)	–	–	1/15 (6,6%)
51-60	8/10 (80%)	3/10 (30%)	1/10 (10%)	1/10 (10%)	–
61 et plus	4/7 (57,1%)	1/7 (14,3%)	1/7 (14,3%)	1/7 (14,3%)	–
Test statistique	P : 0,3612	P: 0,588	–	–	P : 0,375

La rectorragie et la douleur anale étaient observées à tous les âges.

## 9. Examen clinique

### 9.1. Caractères de la rectorragie

**Tableau X** : répartition des patients selon les caractères de la rectorragie

Caractères de la Rectorragie		Effectif	Pourcentage (%)
Abondance de la Rectorragie	Minime	22	33,3
	<b>Moyenne</b>	<b>36</b>	<b>54,5</b>
	Abondante	8	12,2
Caractère évolutif	Continu	14	21,2
	<b>Intermittent</b>	<b>52</b>	<b>78,8</b>
Temps/selles	<b>Après les selles</b>	<b>45</b>	<b>68,2</b>
	Avant les selles	10	15,2
	Après et avant	6	9
	Au cours des selles	5	7,6

La rectorragie était le plus souvent d'abondance moyenne, survenant de façon intermittente et après les selles.

## 9.2. Les caractères de la douleur anale

**Tableau XI** : répartition des patients selon les caractères de la douleur anale.

Caractères de la douleur anale		Effectif	Pourcentage (%)
Temps/selles	Avant les selles	11	33,3
	<b>Après les selles</b>	<b>22</b>	<b>66,7</b>
Type de la douleur	<b>Brûlure</b>	<b>27</b>	<b>81,8</b>
	Piqûre	6	18,2
Evolution de la douleur	<b>Intermittente</b>	<b>30</b>	<b>90,9</b>
	Continue	3	9,1

Douleur anale à type de brûlure (81,8%), survenait après les selles (66,7%) et de façon intermittente (90,9%).

## 10. Examen proctologique

### 10.1. Examen de la marge anale

**Tableau XII** : Répartition des patients selon l'examen de la marge anale

<b>Examen de la marge anale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Marisque	32	37,6
Fissure anale	15	17,6
<b>Prolapsus hémorroïdaire</b>	<b>44</b>	<b>51,7</b>
Intertrigo-interfessier	3	3,5
Normal	23	27

Le prolapsus hémorroïdaire était présent dans 51,7% des cas à l'examen de la marge anale.

## 10.2. Toucher rectal

**Tableau XIII** : répartition des patients selon le toucher rectal (TR)

<b>Toucher rectal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Peu douloureux	12	14,1
<b>Douloureux</b>	<b>49</b>	<b>57,6</b>
Non douloureux	24	28,3
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Le toucher rectal était douloureux chez 57,6% des patients.

## 10.3. Anorectoscopie

**Tableau XIV**: répartition des patients selon le résultat de l'anorectoscopie

<b>Anorectoscopie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Hémorroïdes internes</b>	<b>77</b>	<b>90,6</b>
Hémorroïdes mixtes	1	1,2
Hémorroïdes internes + lésions associées*	7	8,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

\*Lésions associées : fissure anale, rectite.

Les hémorroïdes internes isolées ont été retrouvées chez 90,6% des patients à l'anorectoscopie.

#### 10.4. Siège des paquets hémorroïdaires

**Tableau XV** : répartition des patients selon le siège des paquets hémorroïdaires.

Siège des paquets hémorroïdaires	Effectif	Pourcentage %
<b>2 H + 5 H + 9 H</b>	<b>70</b>	<b>82,3</b>
2 H + 5 H + 9 H + 11 H	11	12,9
3 H et 11 H	2	2,4
11 H et 6 H	2	2,4
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Les paquets hémorroïdaires se situaient le plus souvent à 2H, 5H, 9H dans 82,3% des cas.

#### 10.5 Classification

**Tableau XVI** : répartition des patients selon le stade de l'hémorroïde

Stade de l'hémorroïde	Effectif	Pourcentage %
<b>Stade I</b>	<b>44</b>	<b>51,7</b>
Stade II	31	36,5
Stade III	7	8,2
Stade IV	3	3,6
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Le stade I était le plus fréquemment observé (51,7%)

## 11-Rapport stades/Age

**Tableau XVII:** Répartition des patients selon la tranche d'âge et le stade de la maladie hémorroïdaire.

Stades Tranche D'âge	I n/N (%)	II n/N (%)	III n/N (%)	IV n/N (%)
21-30	13/21 (61,9%)	6/21 (28,6%)	–	1/21 (4,7%)
31-40	13/32 (40,6%)	13/32 (40,6%)	4/32 (12,5%)	1/32 (3,1%)
41-50	9/15 (60%)	5/15 (33,3%)	2/15 (13,3%)	–
51-60	3/10 (30%)	7/10 (8,2%)	–	1/10 (1,2%)
61 et plus	6/7 (85,7%)	–	1/7 (14,3%)	–
Test statistique	P : 0,0363	P : 0,1572	P : 0,865	P : 0,804

Le stade I était significativement rencontré au delà de 61 ans.

## 12. Traitements

**Tableau XVIII :** répartition des patients selon le traitement reçu.

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage %
<b>Traitement médicamenteux</b>	<b>75</b>	<b>88,2</b>
Traitement chirurgical	10	11,8

Le traitement médicamenteux a été instauré chez 88,2% de nos patients, 10 patients soit 11,8% ont reçu un traitement chirurgical selon la technique de Milligan-Morgan dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Toure

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au cours de cette étude transversale, 85 cas de maladie hémorroïdaire interne ont été colligés sur 465 anorectoscopies réalisées dans les centres d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré, du cabinet médical <<promenade des Angevins>> et du cabinet médical <<les étoiles>>.

Au terme de cette étude d'une année, la pathologie hémorroïdaire interne a représenté 18,27%. Cette fréquence hospitalière sous estimée ne saurait être extrapolée à l'échelle nationale. Cependant l'échantillon est cliniquement représentatif dans notre contexte.

Notre fréquence est comparable à celle de Dicko (21,4%) [25], mais largement inférieure à celle de N'dri et al (84,5%) [26] et Ndjitoya et al (39,41%) [27]. Il ressort de ces études que la maladie hémorroïdaire interne constitue la pathologie anale la plus fréquente. Cette constatation a été faite par KLOTZ et al [11]. Mais la fréquence de cette maladie est difficile à apprécier, tous les résultats des études épidémiologiques sont disparates et rapportent des chiffres variant de 4,4 à 86% selon les populations étudiées [4]. Par ailleurs, il faut tenir compte des différences culturelles, socio-économiques et médicales d'un pays à l'autre, rendant difficile l'exploitation de telles études.

## V .1-Age

<b>Auteurs</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Agés moyens</b>	<b>Tests statistiques</b>
Dicko (2007) [25]	150	36,3	-
Kouadio (2004) [28]	480	35	P : 0,620
Chew (2003) [29]	6739	46,7	P : 0,000
Notre série (2008)	85	40,9	-

L'âge moyen de nos patients était de  $40,9 \pm 13,1$ ans avec des extrêmes de 21 ans et 80 ans. Dicko avait rapporté un âge moyen de 36,3 ans [25], pour Kouadio et al l'âge moyen était de 35 ans [28] et de 46,7 ans pour Chew et al [29]. 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 [4].

## V.2-Sexe

<b>Auteurs</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Sex ratio</b>	<b>Tests statistiques</b>
Dicko (2007) [25]	150	2,94	-
KH (2006) [30] Singapour	3711	0,95	P : 0,00
PIGOT (2005) [31]	1028	1,10	P : 0,79
Notre série (2008)	85	4,5	-

Le sex ratio était de 4,5 en faveur des hommes dans notre étude. Cette prédominance masculine a été constatée par Dicko (sex ratio : 2,94) [25] et Pigot (sex. ratio : 1,10) [31]. En effet la faible prédominance féminine dans ces études pourrait s'expliquer par la pudeur de ce geste dans notre contexte. Mais dans une étude asiatique cette prédominance féminine a été signalée [30]. Cependant la fréquence de la maladie hémorroïdaire dans la population générale semble équivalente dans les deux sexes.

## V. 3- Principale activité

Dans notre série les commerçants et les fonctionnaires étaient les plus atteints avec respectivement 24,7% et 23,5%. Ce qui traduit que la maladie hémorroïdaire est une affection fréquemment observée

chez les sujets en position debout ou assise pendant l'exercice de leur fonction.

#### V.4-Facteur de risque

Auteurs	Constipation		
	Effectifs	Pourcentage	Tests statistiques
Pigot (2005) [31]	1033	54	P<0,05
Dicko (2007) [25]	150	93,3	-
Chan (2007) [32]	114	54	P<0,05
Notre série (2008)	85	90,5	-

Dans notre étude, le facteur de risque était la constipation (90,5%), comparable celle trouvée par Dicko [25], qui était de 93,3% ; mais inférieur à ceux trouvés par Pigot et al [31], par CHAN [32] qui étaient respectivement de 54% et 54% .Ces fréquences peuvent s'expliquer par les modes alimentaires et de vie dans ces populations et concordent avec les données de la littérature.

## V.5-principaux signes fonctionnels

<b>Signes</b> <b>Auteurs</b>	rectorragie	Douleur	Prurit	Nombre de Cas
Dicko (2007) [25]	45(30%)	116(77,3%)	9(7,76%)	150
Pigot (2007) [31]	585(56%)	637(62%)	213(21%)	1033
Pravin (2005) [33]	1596(96%)	933(57%)	464(28%)	1650
Notre série (2008)	64(75,3%)	29(34,1%)	3(3,4%)	85

La fréquence de la rectorragie isolée chez nos patients était de 75,3% ; celle-ci est comparable à celle rapportée par Pravin [33] qui était de 96%, mais largement supérieure à celle trouvée par Pigot et al [31] et par Dicko [25] qui étaient respectivement de 56% et 30%. La différence de fréquence entre ces études pourrait s'expliquer par le biais méthodologique. Pour Jean et al, la fréquence de la rectorragie augmente avec la taille des paquets hémorroïdaires [34].

La douleur anale a été retrouvée chez 34,1% de nos patients. Cette fréquence est inférieure à celle trouvée par Dicko [25], Pravin [33] et Pigot et al [31] qui étaient respectivement de 77,3%, 57%, 62%. Sa présence traduirait une thrombose ou une pathologie anale associée à la maladie hémorroïdaire. La proci-dence hémorroïdaire a été

retrouvée chez 51,7% de nos patients contre 70% dans l'étude de Dicko [25].

## V .6-classification des hémorroïdes

Auteurs	Stade 1	Stade 2	Stade 3 et 4
	Eff (%)	Eff (%)	Eff (%)
Dicko (2007) [25]	2(1,3%)	10(32,7%)	94(62,7%)
Pigot (2007) [31]	-	-	70(94%)
Notre série (2008)	44(51,7%)	31(36,5%)	10(11,8%)

La maladie hémorroïdaire a été classée stade I chez 51,7% de nos patients tandis que dans les études de Pigot et al [31], et de Dicko [25] les stades III et IV étaient les plus observées respectivement dans 94%, 80% et 62,7% des cas. Ces différences pourraient être dues au mode de recrutement. Le traitement médicamenteux était instauré chez 88,2% des patients classés stade I et II. Pour certains auteurs, la régularisation du transit représente l'élément le plus important dans le traitement de cette pathologie hémorroïdaire [20,35]. 10 patients soit 11,8% ont reçu un traitement chirurgical.

## **VI.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1. CONCLUSION**

La maladie hémorroïdaire interne, endocanalaire, n'est pas une pathologie des vaisseaux, mais une affection dégénérative collagénique du tissu élastique de soutien et d'amarrage du plexus interne, prenant une expression clinique sous l'effet de facteurs favorisants.

La fréquence réelle est difficile à établir.Cependant, c'est une pathologie qui est relativement fréquente dans la population générale vers la troisième décade .Elle a représenté 18,27% dans notre étude.

Les deux sexes semblent touchés.

Le saignement (et non la rectorragie) et le prolapsus (dont l'intensité permet de classer les hémorroïdes internes) sont les symptômes les plus fréquents.

Bien que la maladie hémorroïdaire soit bénigne, devant ces symptômes il faut procéder à l'évaluation diagnostique en faisant l'anuscopie dynamique voire la coloscopie totale en vue d'éliminer une tumeur maligne. Le traitement doit consister à contrôler les

manifestations cliniques tout en préservant les structures anatomiques nécessaires à la Continence fine.

## **2. RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude nous recommandons :

### **Aux patients**

- Une consultation précoce devant toute symptomatologie proctologique ;
- D'éviter l'automédication ;

### **Aux médecins et chirurgiens**

- Une prise en charge rigoureuse de la maladie hémorroïdaire ;
- La pratique de l'endoscopie digestive basse devant toute symptomatologie proctologique notamment une rectorragie.

### **Aux autorités politiques**

- La multiplication des centres d'endoscopie ;
- La formation du personnel pour une meilleure prise en charge ;
- La sensibilisation des tradithérapeutes pour une référence précoce des malades.

## VII. REFERENCES

### **1. GAW ENDA M , WALTER M.**

Die operative Therapie des fortgeschrittenen  
Hämorrhoidalleidens ist ein, Eingriff auf tageschirurgischer  
Basis möglich?  
Chirurgie 1996; 67: 940-943.

### **2. NAVEAU S, BAL, AM A, PERLEMUTER G, GEROLAM R, VOMS C.**

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

### **3. FREXINOS J, BUSCAIL L, STAUMONT G, SUDUCA JM, OIAC PH, FOURTANIER G, et AL.**

Hémorroïdes. In: frexinos, J, Buscail, L, Eds.  
Hépatogastro-entérologie proctologie 5e édition.  
Paris: Masson, 2003:395-401.

### **4. SIPROUDHIS L, PANIS Y, BIGARD MA.**

Traité des maladies de l'anus et du rectum.  
Paris: Masson, 2006

**5. HELFAND M, MARTON K, ZIMMER-GEMBECK K.**

History of visible rectal bleeding in a primary car population initial a  
Assessment and 10-years follow-up.

JAMA 1997; 277:44-48.

**6. HULME-MOIR M, BARTOLO DC.**

Hemorrhoids.

Gastroenterol clin biol north Am 2001; 30(1):183-197.

**7. DODI G**

Pathologies hémorroïdaires.

Acta Endoscopica 2003 ; 33 (3):389-405

**8. KLUIBER RM, WOLFF BC.**

Evaluation of anemia caused by haemorrhoidal bleeding

Dis colon rectum 1994; 37:1006-1007.

**9. VANHEURVERZWYN R, COLIN JF, VAN WYMERSCH TH,  
DETRY R, KARTHEUSER A, HOANG P.**

La maladie hémorroïdaire.

Acta Gastroenterol Belg 1995; 58:452-464.

**10. MORINAGA K, HASUDA K, IKEDA T.**

A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal Artery with a newly devised instrument (Moricon) in conjunction with a

Doppler Flowmeter

Am J Gastroenterol 1995; 90:610-613

**11. KLOTZ F**

Pathologies rectosigmoïdiennes au Gabon.

Afr Med Santé 1988 ; 23 : 7-10.

**12. 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

**13. 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.

**14. DIALLO G, SISSOKO F, MAIGA M Y, TRAORE AK dit DIOP, ONGOIBA M, DEMEBELE M et AL**

La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B de l'Hôpital du Point G.

Mali Med 2003; 2:9-11

**15. MAIGA MY, TRAORE HA, DIALLO G, DEMBELE K, KALLE A,  
DEMBELE M et AL**

Etude épidémiologique de la pathologie anale au Mali

Med Chir Dig 1995 ; 24 :269-270

**16. PATRICK A, PIERRE B.**

Hémorroïdes et maladie hémorroïdaire,

Paris: Medi-text, 2004,

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

Guide pratique des maladies du tube digestif.Paris : MMI, 2001

**18. PRAVIN J, GUPTA MS, PURUSHOTHAM S, HEDA MD,  
SURKHALASKAR BHMS.**

Radiofrequency ablation and placation A

New technique for prolapsing hemorrhoid disease.

Elsevier Inc 2006; 63: 1-7

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

Stapled hemorrhoidectomy a rev of our early experience

Am Surg 2003; 69 [10]: 862-5

**20. ABRAMOWITZ L, GODEBERGE P, STAUMONT G, SOUDAN D**

Recommandations, pour le traitement de la maladie hémorroïdaire

Gastro enterol Clin Biol 2001; 25:674-702

21. LODER PB, KAMM MA, NICHOLLS RL  
Haemorrhoids: pathol, pathophysiol and etiol  
Br J Surg 1994; 81: 946-954

**22. JOHANSON JL, RIMM A.S**

Optima nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation and injection sclerotherapy.

Am J Gastroenterol 1992; 87:1601-1606

**23. MAC RAE HM, MC LEOD RS.**

Comparaison of hemorrhoidal treatment modalities.

A meta-analysis.

Dis colon rectum 1995; 38:687-694

**24. SHEYER M.**

Doppler-guided recto-anal repair: A new minimally invasive treatment

Of hemorrhoidal disease of all grades according to scheyer and Arnold.

Gastroenterol clin biol 2008; 32(n°6-7):p664.

**25. DICKO ML**

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

These, Med, Bamako, 2007 ; n°155

**26. N'DRI N, KOUAKOU LOHOUES MJ, ATTIA KA,  
MOUSTAPHA MJ, YASSIBANDA S, BOUGOUMA A et AL**

La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain :à propos de  
522 Cas colligés au CHU de Cocody.

Med Chir Dig 1994 ; 23 :233-234

**27. NDJITTOYAP NDAM EC, NJOYA O, MBALLA E, NSANGO  
MF, NJAPOM C, MOUKOURI et AL**

Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu  
Camerounais.Etude analytique de 720 examens.

Med Afr Noire 1991 ; 38 :269-270.

**28. 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

**29. CHEW SS, MARSHALL, THAM J, GRIEVE DA, DOUGLAS PR,  
NEWSTAED GL**

Short-terme and resultants of combined sclerotherapy and rubber  
band

Ligation of haemorrhoids and mucosal prolapse

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

**30. NG KH, HO KS, OOI BS, DESAVEUR CL, KILOWATT D'EU**

Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operation

Br J Surg 2006; 93:226-230

**31. PIGOT F, LAURENT S, FRANCOIS AA,**

Risk factors associated with haemorrhoidal symptoms in specialized  
Consultation

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

**32. CHAN AO, LAM KF, HUI WM, LEUNG G, WONG NY, LAM SK  
et AL**

Influence of positive family history on clinical characteristics of  
functional

Constipation. Gastro enterol clin hepato.2007; 5(2):197-200.

**33. PRAVIN J, GUPTA**

Novel aproch to advanced haemorrhoidal disease

Rom J Gastroenterol 2005; 14(4):361-6

**34. JEAN F, GRAVIE MD, PAUL, ANTOINE L, MICHEL F**

Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan

Haemorrhoidectomy

AMN Surg 2005; 242(1):29-35

**35. PABLO, ALONSO C, MILLS ED, DIANE HA, MAITE LY,  
QIZHOU et AL**

Fibre pour le traitement des complications hémorroïdaires

Am J Gastro enterol 2006 ; 101 :P118

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** SANGARE  
**Prénom :** DRISSA  
**Titre :** Etude de la maladie hémorroïdaire interne dans les centres d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré, du cabinet médical <<promenade des Angevins>> et du cabinet médical <<les étoiles>>  
**Année Universitaire :** 2008-2009  
**Ville de Soutenance :** Bamako Mali  
**Pays d'origine :** Mali  
**Lieu d'étude :** Services d'Hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré et du cabinet médical <<promenade des Angevins>> et du cabinet médical <<les étoiles>>  
**Lieu de dépôt :** Bibliothèque FMPOS Bamako Mali

**Résumé** : le but de ce travail était d'étudier la maladie hémorroïdaire interne

Il s'agissait d'une étude transversale déroulée dans les centres d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré, du cabinet médical <<promenade des Angevins>> et du cabinet médical <<les étoiles>> de janvier 2007 à décembre 2007. Nous avons colligé 85 cas de maladie hémorroïdaire interne dont 71 hommes et 14 femmes avec un âge moyen  $40,9 \pm 13,1$  ans.

Le tableau clinique était dominé par la rectorragie isolée dans 75,3% des cas, douleur anale dans 34,1% des cas, prolapsus hémorroïdaire dans 51,7% des cas et prurit anal dans 3,4% des cas. L'anorectoscopie réalisée objectivait des hémorroïdes internes isolées dans 90,6% des cas et le

stade I de la maladie était observé dans 51,7% des cas. Le traitement médicamenteux était instauré dans 88,2% des cas.

**Mots-clés : hémorroïdaire interne - anorectoscopie.**

# FICHE D'ENQUETE N° .....

## I. Identification :

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Profession : ..... Ethnie : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

Date d'inclusion :

.....

## II Motif de consultation ou d'hospitalisation :

.....

.....

.....

Début approximatif de

maladie : .....

Date de diagnostic :

.....

## III. Antécédents : Non : 0

Oui : 1

Constipation

Grossesse

Diarrhée

Abus de laxatifs

Sédentarité

Oestroprogestatifs

Régimes alimentaires

- Epices

- Tabac

- Fibres (légumes)

- Alcool

Autres pathologies : .....

...

## IV. Signes cliniques :

Hémorragie digestive basse

- Durée :.....  
.....
- Abondance :.....  
.....
- Caractère évolutif : Continue  Intermittente
- Temps/défécation :.....  
.....
- Aspectmacroscopique .....

Douleur anale

- Temps/défécation : ..... Type :  
.....

Caractères évolutifs : Continue  Intermittente

Suintement anal  Prurit anal

Autressymptômes :.....  
.....

Aspectsdesmuqueuses :.....  
...

PA : ..... Pouls : .....Températures :  
.....

Margeanale :.....  
.....

TR :.....  
.....

**V.Anuscopie** :.....  
.....

**Stadification :**

- Stade I :.....  
.....
- Stade II :.....  
.....
- Stade III :.....  
.....
- Stade IV :  
.....

**VI. Hémogramme :**

GB :.....Hb:.....VGM :.....Plaquette :.....

.

GR :.....Hte : .....CCMH :

.....

Groupage.....Rhésus :

.....

**VII. Traitement proposé:**

.....

.....

.....

.....

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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