

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES
DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T.B

FACULTE DE MEDECINE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



FMOS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N° 287/

Thèse

**PRISE EN CHARGE DE LA
MALADIE HÉMORROÏDAIRE DANS
LE SERVICE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE
DU CHU GABRIEL TOURE.**

Présentée et soutenue publiquement le 26 / 09 / 2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. ADÉOTI Abdel Izzdine

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président du jury : Monsieur DEMBELE Bakary Tientigui (*Professeur*)

Membre du jury : Madame SIDIBE Deborah Sanra SANOGO (*Maître de conférences*)

Co-Directeur de thèse : Monsieur DICKO Y Moussa (*Maître de recherche*)

Directrice de thèse : Madame SAMAKE Kadiatou DOUMBIA (*Maître de conférences agrégé*)

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail,

- **À ALLAH, l'omniscient, l'omnipotent, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.**

Gloire à vous de m'avoir assisté, accompagné et donné la vie, la santé, la force l'opportunité de mener à terme ce travail. Je vous dois ce que j'étais, ce que je suis et ce que je serais Inchallah. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde. Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage. Coran S2 V32 Nous tenons encore à vous demander humblement de nous pardonner pour toutes les imperfections depuis le début de ce travail, de nous accorder votre grâce et de nous donner l'esprit d'un bon médecin qui saura appliquer la science qu'il a apprise dans le plus grand respect des principes fondamentaux de la vie humaine. Je t'invoque ALLAH, par tes Noms et attributs les plus nobles et te demande de bénir ce travail ainsi que tout ce qui viendra par la suite.

Louange à Toi, Gloire à Toi aujourd'hui et pour l'éternité.

- **Au Prophète MUHAMAD AL MOUSTAPHA** (Sallallâhou alayi wa Salam)

Le bien aimé de toutes tes créatures, que la paix et le salut soit sur lui ainsi que sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection.

- **À ma chère famille**

Elle qui m'a doté d'une éducation digne et qui m'a donné un amour sans condition faisant de moi ce que je suis aujourd'hui. Vous avez été mes piliers, ma source de motivation et ma force lorsque j'en avais le plus besoin. Vos sacrifices et votre soutien constant ont été les fondations de ma réussite, et je vous en suis infiniment reconnaissant. Aujourd'hui, je souhaite vous dédier mon doctorat en médecine. Cette réussite n'aurait pas été possible sans votre amour, votre soutien et vos encouragements inconditionnels tout au long de ce parcours.

- **À mon très cher père feu ADÉOTI Moudachirou**

Rien n'est plus beau qu'un homme qui donne la vie et consacre la sienne à protéger et aimer sa progéniture. Depuis ma tendre enfance, tu as été mon plus fort repère, un être magnifique. Tu as été pour nous le plus beau professeur, le plus sage des hommes, un homme bon et rigoureux, un homme juste et respectueux. Je retiens surtout de toi le sens du sacrifice, tu as toujours servi dans les conditions extrêmes pour pouvoir nous offrir les conditions de vie idéales. Merci pour tout papa, tu nous as été arraché et es retourné auprès de Dieu. Nous

t'aimerons toujours et continuerons à honorer ta mémoire. J'espère que tu es fier de ce que je suis devenu depuis là-haut.

▪ **À ma très chère, adorable et tendre mère ALASSANE Adjaratou**

Que dire, alors que dire de toi belle dame ? S'il faut parler de toi, alors mon vocabulaire est pauvre. Aucun mot n'est assez fort pour te remercier, tout d'abord merci de m'avoir donné la vie. Une vie que tu as su remplir d'amour, de joie et de sérénité. Merci pour ton temps, ta présence, toutes les leçons de vie et les belles valeurs que tu nous as transmises. Intelligente, prudente, souriante, belle, parfois comique : on peut utiliser tous les bons adjectifs pour toi. Tu nous as toujours exhorté au travail et tu n'as jamais manqué d'occasion pour nous apprendre que c'est le bonheur par labeur qui nous assurera un lendemain meilleur.

Je te dédie le fruit de ton amour, de ta patience, de tes sacrifices, de ta tendresse et de ton abnégation. Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, mon ultime respect, ma gratitude et ma reconnaissance.

En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrai faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. J'espère pouvoir t'honorer un jour et faire ta fierté comme tu fais la mienne.

Puisse Dieu, le tout Puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

▪ **À mes pères adoptifs et oncle ADÉOTI Yaya, Dr ADÉOTI Latifou, à toute leur famille.**

Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée par la grâce de Dieu. Vous avez toujours donné le meilleur de vous-même pour la réussite et le bonheur de vos enfants. Vous nous avez appris la patience, la tolérance, la sérénité, l'honnêteté, ce travail est pour vous et j'espère qu'il répondra à vos attentes. Depuis la mort de notre père vous aviez et vous continuez d'être d'un soutien infaillible pour nous sur tous les aspects de notre vie.

Que Dieu vous accorde longue vie en bonne santé, afin que vous puissiez goûter au fruit de votre labeur.

▪ **À mes chers frères Assani ainsi qu'Aziz et ses épouses**

Votre présence dans ma vie a été une source constante de joie et de force. Cette dédicace vous est adressée en signe de ma profonde affection fraternelle.

Avec toute mon affection, trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. C'est l'occasion pour moi de vous adresser ma profonde gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi. À l'amour indéfectible que nous nous portons, à cette union merveilleuse qui nous caractérise, vous avez été tous adorables.

Que Dieu vous bénisse pour vos soutiens et encouragements, qu'il vous procure bonheur, santé et grand succès.

▪ **À la mémoire de mes grands-parents disparus**

J'aurais tant aimé que vous soyez présents. Que Dieu de par sa clémence vous accorde le paradis éternel.

▪ **À ma très chère grand-mère paternelle**

Merci pour tout ton amour indéfectible, tes multiples bénédictions et tes soutiens pour tous tes petits enfants. Qu'ALLAH te donne une longue vie pieuse, dans la santé pour que nous puissions te combler à notre tour.

▪ **À mes oncles et leurs épouses**

▪ **À mes tantes et leurs époux**

▪ **À tous mes cousins et cousines**

Je ne citerai pas de nom au risque d'en oublier. Je me souviendrai toujours des bons moments qu'on a vécus, et qu'on vivra ensemble Incha ALLAH. Vos amours, vos encouragements, vos sens élevés de l'unité et vos soucis pour ma réussite m'ont permis de parvenir à ce résultat.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon amour, mon profond attachement et mes souhaits de succès et de bonheur pour chacun de vous.

Que ce travail soit un témoignage de mon affection, je vous le dédie.

Que Dieu vous protège !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements à tous ceux qui de près ou de loin m'ont apporté leur soutien pour aboutir à ce travail.

- **À la famille ALASSANE de Zongo à Cotonou,**

Pour le soutien et le dévouement dont vous avez fait preuve le long de mes études. Que ce travail soit le témoignage de l'affection que j'ai pour vous. Merci pour votre présence physique, morale et financière à chaque fois que j'en avais besoin. Je prie l'omnipotent d'exaucer vos vœux les plus chers.

- **À la famille AKOBI de Niamana à Bamako (Papa, Maman, Grand frère, Grande sœur, Nabil, Acharaf, Iqbal)**

Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée par la grâce de Dieu. Vous m'avez appris beaucoup de choses, ce travail est pour vous et j'espère qu'il répondra à vos attentes. Merci pour votre patience envers ma personne et pour m'avoir accueilli chez vous.

Que Dieu vous accorde longue vie en bonne santé.

- **À la famille CAMARA d'Hippodrome à Bamako,**

Pour le soutien et le dévouement dont vous avez fait preuve le long de mes études. Votre présence dans ma vie a été une source constante de joie et de force. Que ce travail soit le témoignage de l'affection que j'ai pour vous. Merci pour votre patience envers ma personne et de m'avoir accueilli chez vous.

Que Dieu vous accorde longue vie en bonne santé.

- **À la famille DIARRA, MAÏGA et SAGARA de Point H à Point G,**

Votre présence dans ma vie a été une source constante de joie et de force. Merci pour le soutien et le dévouement dont vous avez fait preuve le long de mes études.

Que Dieu vous accorde longue vie en bonne santé.

- **À la famille SISSOKO de Point G, derrière l'école fondamentale**

Que le tout puissant vous prête longue vie, merci pour votre affection et votre sens de famille. Par ce travail je témoigne toute ma gratitude.

▪ **À Dr CAMARA Amadou, Dr KOUMARE Mariam**

Aucune phrase ne saurait exprimer du fond de mon cœur toute la considération que j'ai pour vous. Je ne saurai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous souhaite plein de succès dans la vie et dans votre carrière. Merci d'être des gens sur qui nous pouvons toujours compter!

Je resterai toujours en admiration de vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines. Merci pour les passes décisives Dr CAMARA.

▪ **À mes amis du POINT H,**

Dr COUMARE Drissa, Dr GOÏTA Youba, Dr GOÏTA Adama, Dr DIARRA Abdoul Kassim ; TANGARA Souleymane, DIABATE Kougo, BERTHE Ibrahim, CISSE Amadou et son frère Yass, BA Fadima ; TRAORE Fatoumata ; SAGARA David ; KAKA Gédéon et tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur

Je ne saurai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous souhaite bon courage et plein de succès dans la vie.

▪ **À tout le corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie,** merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

▪ **À nos professeurs maîtres de conférences et de recherche**

Pr DIARRA Moussa T ; Pr KONATE Anselme ; Pr MAÏGA Moussa Y ; Pr DOUMBIA Kadiatou ; Pr SOW Hourouma ; Pr DICKO Moussa Y ; Pr TOUNKARA Makansiré, Pr SANOGO Deborah Sanra.

Chers honorables maîtres,

C'est avec un grand plaisir et un honneur que nous avons appris à vos côtés. L'enseignement que nous avons reçu de vous, restera une référence. Vous ne serez jamais assez remerciés pour la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Qu'il me soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance. Puisse le Seigneur vous prêter une longue vie et vous combler de sa grâce tout au long de vos vies respectives.

- **Aux D.E.S du service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GT :**
Dr KOUMARE Mariam ; Dr SIMPARA Aboubacar ; Dr CAMARA Amadou ; Dr TRAORE Alimatou ; Dr KODIO Seydou ; Dr DABALE Abdel Kader ; Dr TRAORE Aïchatou ; Dr KONATE Adama ; Dr DIARRA Sara ; Dr SAVANE Boubacar.

Chers aînés, merci pour l'encadrement et toute la connaissance partagée dans un cadre très conviviale. Bon courage et bonne chance pour le reste de la formation.

- **Aux autres thésards du service d'Hépatogastro-Entérologie :**
Assitan KANTE ; Sawé DEMBELE ; Gaoussou BAMBERA ; Mamou Hamed DIALLO ; Abou Adama DIARRA ; Lamine N'DIAYE ; Dramane COULIBALY ; Mamoudou SISSOKO ; BALLO Fadoufa ; CISSE Ahmadou.

Ces moments vécus ensemble comptent parmi les plus symboliques que j'ai pu vivre dans ma jeune vie. Merci pour votre franche collaboration et daigne Allah nous assisté et nous montré le jour de la soutenance de tout un chacun.

- **À mes aînés Docteurs**

Dr COULIBALY Ismaël ; Dr FOFANA Yaya ; Dr KEITA Maria ; Dr MAÏGA Abdoulaye ; Dr DIALLO Aiché ; Dr DRABO Sabine ; Dr DIARRA Ousmane ; Dr MAIGA Djibrila ; Dr ALI Ahmed Mohamed ; Dr BORE Demba ; Dr BERTHE Abdoulaye ; Dr TRAORE Awa ; Dr RASEME Césalpin Allah ; Dr SANOGO Fatoumata ; Dr Mariam GUITTEYE ; Dr Bô SACKO ; Dr Moussa KEITA.

Merci pour l'encadrement, les conseils et les connaissances transmises. Que Dieu vous aide tout au long de vos carrières professionnelles.

- **À la secrétaire Tanti Alima et à Tanti Assetou**

Vous avez rendu agréable ce séjour. Merci à tous pour l'aide et le soutien apportés à l'élaboration de ce travail.

- **Au Major Diallo ainsi qu'à tout le corps infirmier et aux techniciens de surface du service d'Hépatogastro-Entérologie.**

Ce travail est aussi le vôtre, merci pour votre accompagnement et votre disponibilité. J'ai été séduit par votre engagement et votre professionnalisme dans l'exercice de votre fonction.

- **À tous les étudiants stagiaires qui sont passés dans le service au cours de cette période d'étude**

Merci pour vos aides inestimables dans les activités du service.

▪ **À tous les dirigeants futurs (DF)**

Dr MAIGA Talfi, Dr SISSOKO Makan, Dr DOUCOURE Mamadou Kalilou, Dr M'BALDE Kassim, Dr KOMLA Richard, Dr DIARRA Boubacar, Dr KONE Oumar, Dr COULIBALY Ismaël, Dr MAIGA Ali, Dr SAGARA Amaka Arouna, TAKIOU Ahmadou Sidi, DIEBAKATE Ibrahima, KONE Sekou D, TAMBOURA Yacouba Amadou, DIARRA Bakary, MAIGA Alassane Mahamar, TANGARA Souleymane.

Ces années passées en votre compagnie ont été pour moi d'un grand confort. Au début nous étions de parfaits inconnus venus de divers horizons pour nos études et par la suite nous sommes devenus des frères. Durant ce cursus nous avons tous partagé des moments de peines aux moments de bonheur absolus. Avec vous j'ai appris que la notion de famille excédait les liens directs de sang. Merci pour tout; puisse Allah nous octroyez de très longues et riches carrières dans nos vies futures. DF Because the futurs belongs to us.

▪ **À ma famille d'accueil à la faculté j'ai nommé EXPERIENCE SYNDICALE**

Merci grâce à vous, je me suis senti comme chez moi.

Famille d'amour, tu m'as appris à propager l'amour autour de moi.

Famille de la clairvoyance, tu m'as guidé à travers un esprit clairvoyant.

Famille de l'espoir, tu m'as inspiré à être l'espoir de toute ma génération.

Famille qui m'a soutenu et guidé durant toute ces années, par ce travail je te témoigne toute ma gratitude.

Merci de m'avoir fait découvrir la vie syndicale.

▪ **Aux aînés de cette famille qui m'ont accueilli :**

Dr SADAM Regany, Dr TALL Fatoumata MAIGA, Dr FAYICAL Mahamadou, DIARRA Cheick, Dr COULIBALY Ousmane, Dr DOUMBIA Aminata, Dr CISSE Al Moustapha O et à tous ceux dont les noms n'ont pas été cité.

▪ **Aux ROMANTICS et aux ALPHAS**

Merci pour votre soutien et pour cette rivalité constructive et historique qui a permis l'épanouissement de cette belle famille.

▪ **À tous mes encadreurs et enseignants durant tout mon cursus scolaire primaire et secondaire de Mènontin à La santé 2 passant par Zogbo et Gbétagbo.**

Merci pour la qualité de l'enseignement transmis. Que le tout puissant vous le rende au centuple !

▪ **À mes adorables petits chéris :**

Awa Diarra dit adja, Gafou Toloba, Kassim Sagara, BA Fadima, TRAORE Fatoumata. Mention spéciale à **Affoussatou Cissé DIALLO**.

Merci pour votre amour, je vous aime beaucoup !

▪ **À toute la promotion 12e Promotion du numerus clausus « Promotion Feu Mahamadou DEMBELE » et particulièrement à :**

Fatoumata CAMARA, Kadiatou DEMBELE.

Je ne retiendrai de vous que les agréables moments vécus ensemble. Merci infiniment ! Mention spéciale à **Fatoumata CAMARA**, ta présence, ton amour, ton soutien m'ont toujours donné beaucoup de détermination pour aller de l'avant.

▪ **À l'entreprise ADEOTI SARL,**

Merci pour votre soutien et accompagnement tout au long de ce parcours. Mention spéciale à **Mr Ahmed** et son binôme **Mr ADJAHOU Edmond**, que Dieu vous bénisse.

▪ **À mon ami et frère Konaté Abdoulaye à Point G,**

Mon confectionneur de document, ce travail est aussi le tien. Merci pour ta disponibilité et ton soutien. Que Dieu te bénisse.

▪ **À la maman togolaise et toute sa famille à point G**

Votre présence dans ma vie a été une source constante de joie et de force. Votre restaurant nous a accompagnés tout au long de notre parcours.

Merci pour le soutien, le dévouement et la patience dont vous avez fait preuve le long de mes études.

Que Dieu vous accorde longue vie en bonne santé.

▪ **À tous les étudiants de la faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie et de la Faculté de Pharmacie**

▪ **À toutes les personnes atteintes de la maladie hémorroïdaire du Mali et d'ailleurs.**

▪ **À tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.**

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

À NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY DE THÈSE

Professeur DEMBELE Bakary Tientigui

- ✿ **Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS ;**
- ✿ **Diplômé de pédagogie en science de la sante à l'université de bordeaux ;**
- ✿ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- ✿ **Chef de filière IBODE de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS) ;**
- ✿ **Secrétaire général de la société malienne de colo proctologie ;**
- ✿ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;**
- ✿ **Membre de la société Africaine francophone de chirurgie digestive (S.A.F.CHI.D) ;**
- ✿ **Membre de l'association des chirurgiens Afrique francophone ;**
- ✿ **Membre de l'association française des chirurgiens (AFC) ;**
- ✿ **Membre du collège ouest africain des chirurgiens (WACS).**

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre pragmatisme, votre rigueur scientifique et votre culture multidisciplinaire font de vous un maître hors pair. Vous êtes une source inépuisable de savoir et d'inspiration. Nous sommes fières et honorés de compter parmi vos disciples.

Votre capacité d'analyse et vos précieuses recommandations ont permis d'améliorer ce travail.

Permettez-nous de vous remercier de nous avoir confié ce travail et accepter notre profonde reconnaissance.

Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations puissent jouir de vos enseignements

Amen !

À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY DE THÈSE

Professeur SANOGO Deborah Sanra épouse SIDIBE

- ✿ **Spécialiste en Hépato-Gastro-Entérologie ;**
- ✿ **Maître de conférences à la F.M.O.S ;**
- ✿ **Praticienne hospitalière au CHU du Point G ;**
- ✿ **Secrétaire générale adjointe de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD) ;**
- ✿ **Membre de la société africaine de Gastro-entérologie (SAHGE)**
- ✿ **Membre de la société nationale française de Gastro-entérologie (SNFGE)**
- ✿ **Membre du réseau des femmes médecins du Mali (RFM).**

Cher maître,

Nous avons été sensibles au grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos valeurs humaines tels que la simplicité, l'abord facile, la courtoisie, l'humilité, en plus de vos qualités scientifiques font de vous un exemple à suivre et incitent le respect et l'admiration.

Votre disponibilité, votre ponctualité, votre rigueur, vos qualités pédagogiques et l'intérêt que vous portez à la bonne formation des étudiants font de vous un grand maître très estimé.

Veillez croire cher Maître, en l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Que le Tout Puissant vous bénisse, vous donne la force d'atteindre vos ardents objectifs, qu'il bénisse tout ce que vous entreprendrez et conforte votre santé. Amen !

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur DICKO Y Moussa

- ✿ **Spécialiste en Hépatogastro-entérologie ;**
- ✿ **DUI de proctologie médico-chirurgicale ;**
- ✿ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- ✿ **Membre de SOS hépatites Mali ;**
- ✿ **Secrétaire générale de la SOMMAD ;**
- ✿ **Maître de recherche ;**
- ✿ **Membres de la société française d'endoscopie digestive (SFED) ;**
- ✿ **Membre de la société française de colo proctologie ;**
- ✿ **Membre de la société africaine d'Hépatogastro-entérologie (SAHGE).**

Cher maître,

Vous avez toujours su vous rendre disponible afin de répondre favorablement à nos demandes. Votre inaltérable dynamisme, vos grandes qualités humaines, votre rigueur scientifique et votre capacité à transmettre ont suscité de l'admiration chez nous. Votre image guidera notre vie sociale et professionnelle.

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger cette thèse malgré vos multiples occupations avec une spontanéité témoignant de votre intérêt vis-à-vis de l'encadrement des plus jeunes.

Ce travail que vous avez suivi est entièrement vôtre, nous espérons qu'il répondra à vos attentes.

Nous voudrions vous témoigner toute notre reconnaissance et nos remerciements pour tout ce que vous faites pour nous. Que le Seigneur vous le rende au centuple.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Professeur DOUMBIA Kadiatou épouse SAMAKE

- ✿ Maître de conférences agrégé à la FMOS ;
- ✿ Praticienne hospitalière au CHU-Gabriel Touré ;
- ✿ Trésorière de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD);
- ✿ Membre de la Société Africaine d'hépto-gastroentérologie (SAHGE) ;
- ✿ Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) ;
- ✿ Membre de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE);

Honorable maître,

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance. Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail.

Nous avons été impressionnés par la qualité de votre enseignement, vos sages conseils, votre rigueur, votre respect de la démarche scientifique, et votre constante disponibilité à parfaire notre formation.

Vos valeurs humaines telles que la simplicité, l'humilité, la patience, l'empathie, l'amour du prochain, toujours prête à aider associées à vos qualités intellectuelles font de vous un modèle de grand maître que tout élève aspirerait avoir.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de nos vifs remerciements.

Qu'Allah vous donne santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

Amen !

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AINS = Anti inflammatoire non stéroïdien

AI = Collaborateurs

BTT = Battement

CHU = Centre hospitalier universitaire

D = Précision absolue

DES = Diplôme d'études en spécialisation

DIU = Diplôme inter universitaire

ENI = Ecole nationale d'ingénieur

FMOS = Faculté de médecine et d'odontostomatologie

GT = Gabriel Touré

HE = Hémorroïdes externes

HGE = Hépatogastro-entérologie

HI = Hémorroïdes internes

IMC = Indice de masse corporel

IST = Infections sexuellement transmissibles

LAH = Ligature sous contrôle doppler des artères hémorroïdales

LE = Ligature élastique

MH = Maladie hémorroïdaire

MHE = Maladie hémorroïdaire externe

MHI = Maladie hémorroïdaire interne

N = Taille minimale de l'échantillon

NFS = Numération formule sanguine

NO = Monoxyde d'azote

P = Pourcentage value

PAF = Polypose adénomateuse familiale

PCI = Photo coagulation à l'infrarouge

RCA = République Centre Afrique

RR = Risque relatif

USTTB = Université des sciences, techniques et technologies de Bamako

Z = Constante à intervalle de confiance

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Pour le déroulement de l'étude nous avons suivi le calendrier suivant	38
Tableau II : Répartition des patients selon les activités socio-professionnelles	41
Tableau III : Répartition des patients selon le motif de consultation.	42
Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de vie et l'habitude alimentaire.	43
Tableau V : Répartition des patients selon les facteurs de risque.	43
Tableau VI : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.	44
Tableau VII : Répartition des patients selon le résultat à l'inspection de l'examen proctologique.	44
Tableau VIII : Répartition des patients selon le résultat au toucher ano rectal.	45
Tableau IX : Répartition des patients selon le type de la MH.	46
Tableau X : Répartition des patients selon le stade de la MHI.....	47
Tableau XI : Répartition des patients selon l'association de la MH et d'autres pathologies proctologique.	47
Tableau XII : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par voie générale.....	48
Tableau XIII : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par voie locale.....	49
Tableau XIV : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par association.....	49
Tableau XV : Répartition des patients selon les indications au traitement instrumental.	50
Tableau XVI : Répartition des patients selon la durée du traitement médical. .	50
Tableau XVII : Répartition des patients selon les indications au traitement chirurgical.	51
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et les signes fonctionnel.	52
Tableau XIX : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.	53
Tableau XX : Répartition des patients selon la relation entre les facteurs de risque et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.	54

Tableau XXI : Répartition des patients selon la relation entre le mode de vie/habitude alimentaire et le type de la MH + pathologies proctologiques associées	55
Tableau XXII : Répartition des patients selon la relation entre le traitement et le siège de la MH + pathologies proctologiques associées.....	56
Tableau XXIII : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et les stades de la MHI.	57
Tableau XXIV : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.	57
Tableau XXV : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et le traitement reçu.	58
Tableau XXVI : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et la durée du traitement.....	58
Tableau XXVII : Répartition par âge dans notre série en comparaison avec quelques séries de la littérature.....	61
Tableau XXVIII : Répartition par sexe dans notre série en comparaison avec quelques séries de la littérature.....	62
Tableau XXIX : Répartition par comparaison des résultats à l'inspection de l'examen proctologique dans notre série avec quelques séries de la littérature.	65
Tableau XXX : Répartition par comparaison des différents stades de la MHI de notre série avec ceux d'autres séries de littératures.....	67

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Coupe frontale du canal anal	7
Figure 2 : Localisation communes des hémorroïdes	8
Figure 3 :schéma grade 1 de la classification de GOLIGHER	11
Figure 4 : Aspect clinique correspondant au grade 1 de GOLIGHER	11
Figure 5 :Schéma grade 2 de la classification de GOLIGHER	12
Figure 6 : Aspect clinique correspondant au grade 2 de GOLIGHER	12
Figure 7 :Shéma grade 3 de la classification de GOLIGHER	12
Figure 8 :Aspect clinique correspondant au grade 3 de GOLIGHER	12
Figure 9 :Schéma grade 4 de la classification de GOLIGHER	12
Figure 10 :Aspect clinique correspondant au grade 4 de GOLIGHER	12
Figure 11 :Abcès anal	16
Figure 12 : Herpès péri anal à herpès virus de type 2avec des vésicules encore intactes (Société Nationale Française de Colo-Proctologie).....	16
Figure 13 :Volumineux cancer épidermoïde du canal anal	17
Figure 14 :Tumeur anale (Société Nationale Française de Colo-Proctologie) ...	17
Figure 15 : Condylome de la marge anale (Société Nationale Française de Colo-Proctologie).....	17
Figure 16 :Vue endoscopique d'un polype rectal (photo: Dr N. Berger).....	18
Figure 17 :Prolapsus rectal	18
Figure 18 :Vue d'ensemble du matériel nécessaire pour une Sclérose hémorroïdaire (seringue, allonge métallique jetable, aiguille, ampoule De Quinine urée, anoscope)	22
Figure 19 :Injection sous-muqueuse du produit de sclérose au travers d'un anoscope	22
Figure 20 :Matériel à infrarouges (générateur et pistolet)	23
Figure 21 :Pastilles de coagulation blanchâtres obtenues Après réalisation d'une photo coagulation infrarouge	23
Figure 22 :Vue d'ensemble du matériel ligateur jetable	24
Figure 23 :Positionnement du ligateur en cours de procédure au travers d'un anoscope	24
Figure 24 :Elastique mise en place au travers d'un anoscope	24
Figure 25 :Appareil pour cryothérapie au protoxyde d'azote	24

Figure 26: Cryode tenue en main comme un pistolet, prêt à l'application	24
Figure 27: Hémostylectomie pédiculaire ouverte de Milligan et Morgan	25
Figure 28: Les différents temps de la technique Milligan et Morgan	26
Figure 29: Hémostylectomie pédiculaire fermée de Ferguson ; a : Ligature du pédicule après dissection ; b : Surjet cutanéomuqueux ; c : Aspect en fin d'intervention.....	26
Figure 30: Hémostylectomie pédiculaire de Parks	27
Figure 31: Hémostylectomie pédiculaire de Bellan ouverte et anoplastie du pôle postérieur	27
Figure 32: Dispositif de section, agrafeuse mécanique	28
Figure 33: Un dilateur anal circulaire	28
Figure 34: Résection d'un << rond de serviette >> au Sommet du tissu hémorroïdaire. <<Lifting >> du tissu hémorroïdaire dans le canal anal	28
Figure 35: Aspect de la collerette de résection après anopexie	29
Figure 36: Aspect de la peau en fin d'intervention (pas de plaie ouverte)	29
Figure 37: Vue d'ensemble de la table opératoire avec la sonde LAH (sur laquelle est enfilée la bague de 2cm), et les instruments chirurgicaux nécessaire	29
Figure 38: A. Vue globale du rectoscope transparent montrant le transducteur doppler situé à son extrémité. B. Vue détaillée de l'extrémité du rectoscope montrant la fenêtre centimétrique au travers de laquelle sont effectuées les ligature	30
Figure 39: Vue du générateur qui émet les sons du doppler	30
Figure 40: Ligature d'une artère repérée par doppler	30
Figure 41: A. Schéma montrant la ligature dans la paroi rectale en regard à travers la fenêtre du rectoscope. B. Coupe anatomique transversale montrant l'aspect postopératoire du rectum après ligature des artères hémorroïdaires	30
Figure 42: Répartition des patients selon la tranche d'âge	40
Figure 43: Répartition des patients selon le sexe	41
Figure 44: Répartition des patients selon le statut matrimonial.	42
Figure 45: Répartition des patients selon la localisation des paquets hémorroïdaire	46
Figure 46: Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.	48
Figure 47: Thrombose hémorroïdaire interne au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)	81

Figure 48: Vue d'ensemble du matériel d'anuscopique du service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré (Photo Adéoti A.)	81
Figure 49: Prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	81
Figure 50: Thrombose hémorroïdaire externe au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A).....	81
Figure 51: Prolapsus hémorroïdaire + Fissure anale au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	81
Figure 52: Fissure anale postérieur + Fissure anale chronique avec marisque sentinelle au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)	82
Figure 53: Début du geste d'incision consistant en une ouverture de la tuméfaction au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	82
Figure 54: Le geste d'excision consistant en une exérèse cutanée puis du caillot avec le sac thrombotique au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)	82
Figure 55: Vue du caillot excisé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)	82
Figure 56: Prolapsus hémorroïdaire à l'inspection de la marge anale au poussé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A)	83
Figure 57: Vue des paquets hémorroïdaires congestifs à travers l'anuscopie au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	83
Figure 58: Vue du paquet hémorroïdaire aspiré + mise en place d'un élastique à sa base à travers l'anuscopie.....	83

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
☞ Objectif général :	4
☞ Objectifs spécifiques :	4
2. GÉNÉRALITÉS	6
2.1 Définition :	6
2.2 INTERÊT :	6
2.3 RAPPELS :	7
2.4 SIGNES :	9
2.4.2 Formes Cliniques :	13
2.5 DIAGNOSTIC :	15
2.5.1 Positif :	15
2.5.2 Différentiel :	15
2.6 TRAITEMENT :	18
2.6.1 Buts :	18
2.6.2 Moyens et méthodes :	19
2.6.3 Indications : [17]	31
3. PATIENTS ET METHODES	33
3.1 Type et durée d'étude :	33
3.2 Cadre d'étude	33
3.3 Population d'étude :	34
3.4 Critères d'inclusion :	34
3.5 Critères de non inclusion :	34
3.6 Echantillonnage :	34
3.7 Matériel :	35
3.8 Les méthodes :	35
3.8.1 Examen clinique	35
3.8.1.1 Interrogatoire : a recherché	35
3.8.1.2 Examen Physique : a recherché	35
3.8.1.3 Examen para cliniques : a permis	36
3.11 Les modalités thérapeutiques et les paramètres évolutifs :	37

3.12 Définition opérationnelles :	37
3.13 Considérations éthiques :.....	38
3.14 Supports :	38
3.15 Diagramme de GANTT :.....	38
4. RESULTATS	40
4.1 Fréquence.....	40
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	60
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	72
REFERENCES	75
ANNEXES.....	85
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	93

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La pathologie hémorroïdaire est l'affection anale la plus rencontrée qui s'exprime par des manifestations intermittentes ; les saignements, la douleur et les prolapsus sont les signes les plus fréquents de la maladie hémorroïdaire donc doivent être traités et doivent bénéficier d'un examen proctologique minutieux car peuvent avoir une cause plus grave [1]. La prévalence de la maladie hémorroïdaire est de 50% en Europe [2] et de 50 à 80% aux États-Unis d'Amérique[3].

En Afrique, la pathologie hémorroïdaire a représenté 38,5% des pathologies anorectosigmoïdiennes au Gabon[4] et 58,8% des pathologies anorectales à Bangui (RCA)[5] ;

Au Mali ; en milieu spécialisé chirurgical, elle a représenté 1,07% de l'ensemble des consultations et 30 à 40% des consultations proctologiques[6].

En milieu spécialisé médical, elle a représenté 75,6% [7] et 18,27% [8] des consultations proctologiques.

Bien que bénigne la maladie hémorroïdaire est psychologiquement mal supportée par les patients, d'où la nécessité de consulter dans une structure sanitaire spécialisée, afin de poser un diagnostic adéquat et entreprendre une prise en charge spécifique.

Il existe 3 méthodes de traitement, (médicamenteux, instrumental, et chirurgical) dont certaines sont à visée symptomatique, et d'autres à visée curative, et dont le choix doit être adapté à chaque patient en fonction du stade et des symptômes de la maladie hémorroïdaire [9,10].

Il nous a paru nécessaire devant l'ancienneté et le nombre faible de ces études sur les aspects thérapeutiques de cette pathologie, d'actualiser les données sur la maladie hémorroïdaire. Ainsi nous nous sommes proposé d'évaluer la prise en charge de cette affection dans le service d'hépatogastroentérologie. C'est dans ce contexte que nous avons initié ce travail dont le but était de déterminer sa fréquence, de décrire ses aspects épidémiologiques, les signes cliniques et les aspects évolutifs ainsi que thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GABRIEL TOURE.

☼ Questions de recherche

- Les patients ayant une maladie hémorroïdaire sont-ils bien traités et suivis ?
- L'aspect thérapeutique et évolutif ont-ils un lien positif sur la prise en charge de la maladie hémorroïdaire ?
- La durée du traitement a un impact positif sur la guérison de la MH ?

☼ Hypothèse de recherche

- La prise en charge de la maladie hémorroïdaire pose-t-elle un problème thérapeutique et évolutif.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

☼ Objectif général :

□ Evaluer la prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GABRIEL TOURE.

☼ Objectifs spécifiques :

- 1) -Déterminer la fréquence de la maladie hémorroïdaire dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GABRIEL TOURE
- 2) -Décrire les signes cliniques et les aspects évolutifs de la maladie hémorroïdaire
- 3) -Evaluer l'efficacité de la prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GABRIEL TOURE

GÉNÉRALITÉS

2. GÉNÉRALITÉS

2.1 Définition :

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales de la marge anale et du canal anal ; elles sont donc présentes dès la vie embryonnaire chez tous les individus. La pathologie hémorroïdaire (synonyme de maladie hémorroïdaire) commence lorsque les hémorroïdes deviennent symptomatiques ou cliniquement parlantes. On distingue ainsi selon les hémorroïdes concernées : La pathologie hémorroïdaire externe et la pathologie hémorroïdaire interne. [11]

La pathologie hémorroïdaire externe est une affection veineuse inflammatoire et douloureuse, visible au déplissement des plis radiés, sous forme d'une tuméfaction thrombotique ou œdémateuse avec un canal le plus souvent normal.

La pathologie hémorroïdaire interne est une affection dégénérative s'exprimant essentiellement par des rectorragies, un prolapsus ou procidence hémorroïdaire ou par un prurit anal. [12]

2.2 INTERÊT :

❖ Epidémiologique :

-La maladie hémorroïdaire (MH) est la plus fréquente des affections anorectales. [12]

-La maladie hémorroïdaire interne (MHI) a représenté 24,8% [13] et 64,5% [14] comme fréquence hospitalière au Mali.

- 50% des américains après 50 ans ont une maladie hémorroïdaire [15]. En Angleterre le taux annuel de visite pour cette pathologie est de 1123 pour 100.000 habitants [16].

- La prévalence de la maladie hémorroïdaire est diversement appréciée selon les études, allant de 5 à 80 %. Il existe un pic d'incidence entre 45 et 65 ans, mais la maladie peut se voir à tout âge. Enfin, le sex-ratio est proche de 1. [11]

❖ Pronostique :

La MH est une maladie bénigne mais il est important d'éliminer une pathologie colorectale, en particulier un cancer pouvant engager le pronostic vital. [12]

❖ Thérapeutique :

Connaître le progrès dans le traitement médical. [17]

2.3 RAPPELS :

a) RAPPEL ANATOMIQUE :

○ Le canal anal :

Il mesure entre 2 et 4 cm de longueur (en moyenne 3 cm). Il est la zone de transition entre la marge anale et le bas rectum. La muqueuse rectale présente une série de plis verticaux en rapport avec la réduction de calibre entre le rectum et le canal anal, les colonnes anales de Morgagni, qui s'unissent entre elles en bas en formant des replis à concavités supérieures : les valvules anales. Leur bord inférieur constitue un repère anatomique essentiel pour la chirurgie rectale : la ligne pectinée. [11]

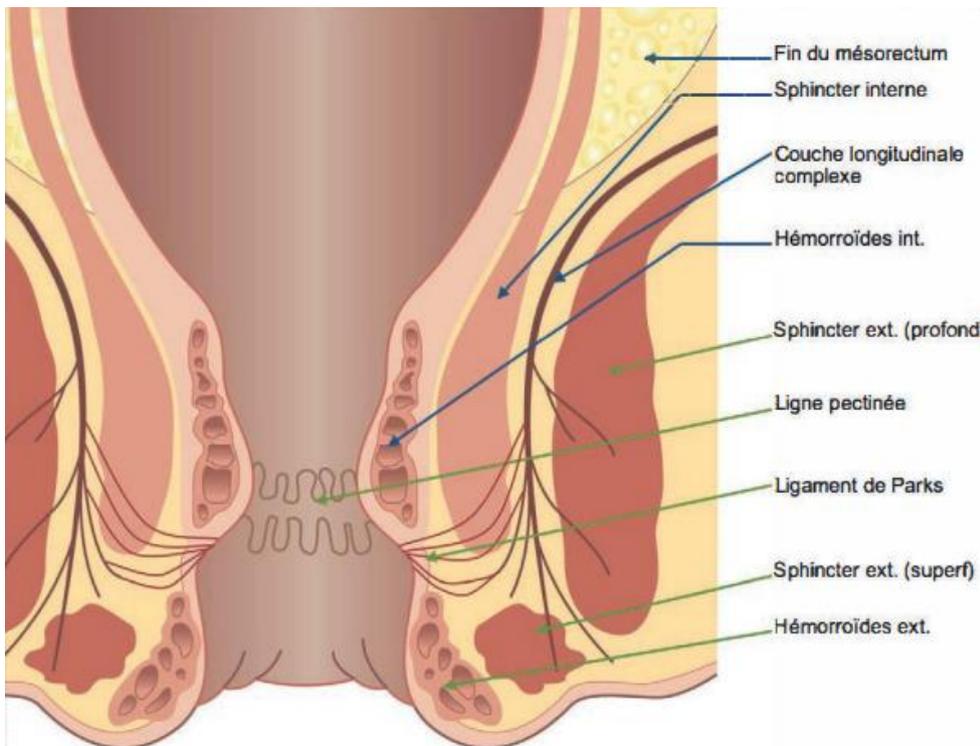


Figure 1 : Coupe frontale du canal anal [11]

○ Les hémorroïdes :

Elles sont des formations vasculaires physiologiques de l'anus. [17]

+ Les hémorroïdes internes : HI

Sont situées au-dessus de la ligne pectinée, elles forment trois paquets vasculaires selon l'émergence des trois branches de l'artère rectale supérieure. [11].

En position gynécologique elles sont situées à : 3H (latéral gauche), 8H (postérieur droit), 11H (antérieur droit) [12]

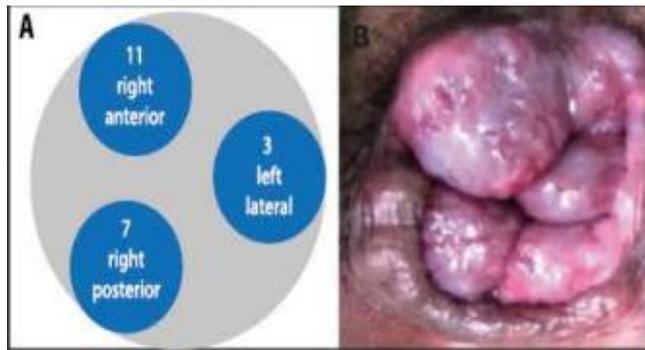


Figure 2 Localisation communes des hémorroïdes [12]

Sont essentiellement issu des artères hémorroïdales supérieures branche de l'artère mésentérique inférieur. Le retour veineux se fait ensuite vers le système cave et la circulation porte grâce aux veines hémorroïdales inférieures, moyennes et supérieures. [12]

Sont soutenues par un tissu conjonctif et par des fibres musculaires issues de la couche longitudinale associées à des fibres du pubo-rectal qui forment le ligament de Parks (ou septum inter-sphinctérien). [11]

Le rôle physiologique des hémorroïdes est imparfaitement connu, mais elles participent pour 10 à 20 % de la pression de repos du canal anal. Lors d'efforts de poussée abdominale, en dehors de la défécation, elles participent à l'occlusion fine de l'anus et à la continence anale, empêchant la fuite de gaz et de selles liquides par l'afflux de sang en leur sein augmentant ainsi leur taille. [17]

✚ Les hémorroïdes externes : HE

Sont situées en dessous de la ligne pectinée, sous la peau de la marge anale, provenant de l'artère rectale inférieure. [17]

b) FACTEURS PREDISPOSANTS ET DECLENCHANTS : [12]

○ Les troubles du transit : tels que

La constipation, la dyschésie, la diarrhée.

○ Augmentation de la pression intra abdominale : tels que

Les tumeurs, ascite [18], obésité abdominale.

○ Période de la vie génitale : tels que

La grossesse, après l'accouchement.

○ Alimentaires : tels que

Les épices, le tabac, l'alcool, le café.

○ **Mécaniques** : tels que

La sédentarité, certains sports (l'équitation, le vélo, la moto.)

Certaines professions (chauffeurs).

c) PHYSIOPATHOLOGIE :

○ **Maladie hémorroïdaire interne : MHI**

Elle n'est pas une pathologie vasculaire, 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, ce qui conduit à une altération de la neurorégulation hémodynamique, entraînant une augmentation de la pression sanguine dans le coussinet gonflé, engorgé, fragilisé et désorganisé.

L'absence de contrôle des shunts artériels à plein canal permet l'extravasation de sang artériel rouge vif, au travers de la muqueuse vulnérable, à l'effort ou au passage d'une selle dure. Aussi la déhiscence des tissus de soutien sous-jacents, en particulier du ligament de Parks, serait à l'origine du prolapsus. Les paquets hémorroïdaires engagés ainsi dans le canal anal se font étrangler par l'activité sphinctérienne, ils s'érodent favorisant les saignements. [19,20]

○ **Maladie hémorroïdaire externe : MHE**

Elle est liée à un désordre hémodynamique et endothélial. Au sein du réseau sacculiforme veino-capillaire inférieur, en communication avec le système cave, l'hyperpression, l'hyper-distensibilité, la congestion (grossesse, accouchement), la stase et la gêne mécanique au retour veineux (constipation, dyschésie) et enfin l'imprégnation hormonale (règles, grossesse) engendreraient un dysfonctionnement de l'endothélium vasculaire (intima) et ce en inversant ses propriétés anticoagulantes, en augmentant l'activité pro coagulante en réduisant la fibrinolyse et en modifiant ses fonctions vasomotrices (prostacyclines, NO), pour initier des réactions inflammatoires veino-capillaires(PAF ? cytokines, activation des plaquettes) et/ou pour conduire au caillot et/ou à la thrombose. [21]

2.4 SIGNES :

2.4.1 Type De Description : La maladie hémorroïdaire interne non compliquée de l'adulte.

*** Circonstance De Découverte :**

Saignement (et non rectorragie), prolapsus ou procidence hémorroïdaire et la douleur. [22]

*** Etude clinique :**

■ **Signes Généraux :**

- Absent à ce stade de la maladie.

■ **Signes Fonctionnels :**

➤ **La douleur :**

Elle se traduit le plus souvent par une sensation de gonflement, de pesanteur intra canalaire non rythmée par la défécation, intermittente, avec à l'examen clinique un aspect normal de la marge anale et en anoscopie un aspect congestif des plexus hémorroïdaires internes. Ces « poussées fluxionnaires » peuvent notamment survenir en période pré menstruelle.

➤ **Saignement :** symptôme principal

Elle se traduit par l'émission de sang rouge rutilant au décours immédiat d'un épisode défécatoire habituellement non mélangé aux matières. [22]

➤ **Prolapsus ou procidence hémorroïdaire :**

Ils sont dus à la laxité du tissu conjonctif sous muqueux des hémorroïdes internes. Cette laxité excessive se traduit par la procidence des hémorroïdes internes lors de la défécation ou parfois en permanence, responsable d'une gêne mécanique, de suintements et de brûlures anales. [22] et correspondent à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice anal, peut être circulaire ou localisé, permettent la classification de la maladie hémorroïdaire en tenant compte de l'interrogatoire et de l'examen clinique en 04 grades: Classification de GOLIGHER. [23]

➤ **Prurit anal, suintement glaireux et/ou pertes de mucus.** [23]

■ **Signes Physiques :**

Il s'agit de l'examen proctologique (inspection+ toucher ano-rectal +anoscopie).

Il doit être préalablement expliqué au patient pour faciliter son acceptation. Le malade doit être en position genu-pectorale le plus souvent ou en décubitus latéral gauche (position de Sims). Dans certaines circonstances, l'examen pourra être réalisé en position gynécologique ou de la taille. Le rectum vide et il faut un très bon éclairage. [23]

■ **INSPECTION :**

En dépliant les plis radiés de l'anus 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). [23]

■ **TOUCHER ANORECTAL :**

Débuté toujours par une palpation de la marge anale préalablement lubrifiée (lubrifiant à base d'eau, pas de vaseline) suivi du toucher anal puis rectal.

Permet de rechercher et d'éliminer une lésion en particulier néoplasique. Apprécie le tonus sphinctérien au repos et à la contraction volontaire tout en recherchant une douleur localisée. [23]

■ **ANUSCOPIE :**

Permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires. La pathologie hémorroïdaire est ainsi classée en 4 stades de gravité croissante:

Classification de GOLIGHER

Stade 1 : hémorroïdes congestives ou hémorragiques, non prolabées

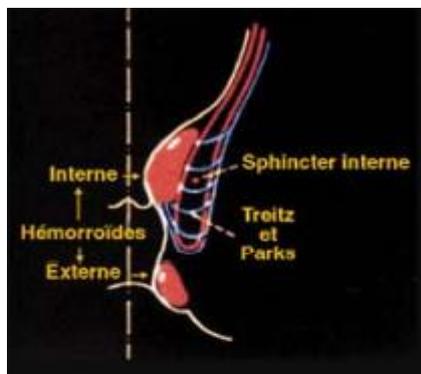


Figure 3 : schéma grade 1 de la classification de GOLIGHER [25]

Figure 4 : Aspect clinique correspondant au grade 1 de GOLIGHER [25]

Stade 2 : hémorroïdes se prolabant aux efforts de poussée, mais se réintégrant spontanément après les efforts de poussée.

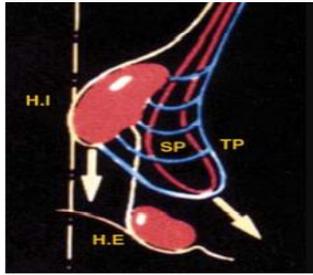


Figure 5 : Schéma grade 2 de la classification de GOLIGNER [25]

Figure 6: Aspect clinique correspondant au grade 2 de GOLIGNER [25]

Stade 3 : hémorroïdes se prolabant aux efforts de poussées et nécessitant une réintégration manuelle.

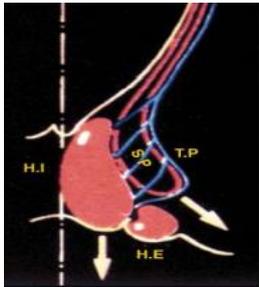


Figure 7 : Shéma grade 3 de la classification de GOLIGNER [25]

Figure 8 : Aspect clinique correspondant au grade 3 de GOLIGNER [25]

Stade 4 : hémorroïdes se prolabant en permanence, sans réintégration possible.

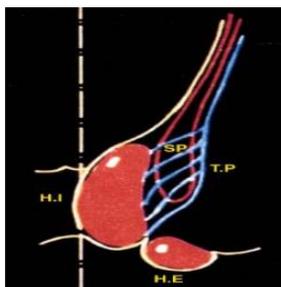


Figure 9 : Schéma grade 4 de la classification de GOLIGNER [25]

Figure 10 : Aspect clinique correspondant au grade 4 de GOLIGNER [25]

Cette classification n'est pas unanimement admise, car elle exclut les thromboses hémorroïdaires et les hémorroïdes externes, elle ne précise pas le caractère localisé ou circulaire et suggère, peut-être à tort, une relation entre l'intensité des symptômes et l'apparence des hémorroïdes. Elle est cependant utile pour orienter et évaluer une décision thérapeutique instrumentale ou chirurgicale. [22]

■ **Signes para cliniques :**

Le diagnostic d'hémorragie sur pathologie hémorroïdaire doit être un diagnostic d'élimination. Une exploration endoscopique colique avec au minimum une recto-sigmoïdoscopie doit être réalisée pour éliminer un diagnostic différentiel : le cancer recto-colique, les maladies inflammatoires de l'intestin, la fissure anale, le cancer de l'anus et les infections sexuellement transmissibles (IST) [23], en dehors des selles, de douleurs abdominales, d'une anémie par carence martiale et chez les patients d'un âge supérieur à 40 à 45 ans. [24]

■ **Evolution :**

- **Sur le plan anatomique :** l'évolution habituelle se fait vers la persistance ou le plus souvent le développement des lésions hémorroïdaires.
- **Sur le plan fonctionnel :** l'évolution est très variable, sans rapport avec la taille des hémorroïdes, avec soit latence absolue et prolongée, soit manifestations rares et anodines, soit enfin troubles fréquents, désagréables et invalidants.

2.4.2 Formes Cliniques :

Formes compliquées de la MHI :

✓ **Crypto-papillites :**

Il s'agit de manifestations inflammatoires localisées au niveau de la ligne pectinée et responsables de douleurs

✓ **Anémie :**

Les saignements chroniques peuvent entraîner une anémie profonde.

✓ **Thrombose hémorroïdaire interne :**

Une sensation de tension douloureuse intra canalaire, intermittente, non rythmée par la défécation, contrastant avec un examen local et anoscopique normal ou congestif des plexus hémorroïdaires se prolabant dans sa lumière : cela correspondrait à une poussée fluxionnaire des hémorroïdes internes. Elles peuvent être plus rarement très douloureuses en cas de thrombose interne (qui peut coexister avec une thrombose externe). [16] Après guérison, celle-ci peut laisser place à une séquelle cutanée à la suite d'un repli cutané péri-anal : la marisque,

qui peut rendre difficile la toilette locale, mais qui est à différencier du condylome. [24]

✓ **Prolapsus hémorroïdaire thrombosé :**

Le prolapsus hémorroïdaire est une protrusion à la marge anale (sous forme radiaire) du tissu hémorroïdaire interne, « rouge violacé ». Cette extériorisation peut être soit transitoire à la poussée avec une réintégration spontanée (grade 2) ou à l'aide des doigts (grade 3), soit être permanente (grade 4). Elle peut être associée à de la muqueuse « rouge rosée » du bas rectum (prolapsus muco-hémorroïdaire). [16]

✚ **Forme compliquée de la MHE :**

La thrombose hémorroïdaire externe est la seule manifestation clinique. C'est une tuméfaction douloureuse persistante de la marge anale. Les douleurs peuvent être intenses, permanentes, parfois exacerbées par la selle ou par le contact avec la thrombose. Une fois résorbée, elle peut laisser en place une marisque (repli de peau distendue). Plus rarement, elles sont responsables d'une tuméfaction douloureuse de la marge anale lors de la station debout prolongée, correspondant à l'examen clinique à une congestion prononcée du tissu hémorroïdaire externe sur toute ou partie de la circonférence de la marge anale (aspect obtenu en position de squatting) : cela correspondrait à une poussée fluxionnaire des hémorroïdes externes. [22]

✚ **Formes associées :**

○ **Association hémorroïdes-fissure anale :**

La maladie hémorroïdaire s'accompagne parfois ou non des symptômes qui doivent faire évoquer une affection associée comme, par exemple, le caractère durable post-défécatore de la douleur (fissure anale). [22]

✚ **Formes de l'enfant :**

La pathologie hémorroïdaire est rare chez l'enfant. Il importe surtout de faire un diagnostic différentiel, en premier lieu la fissure anale. La localisation externe est dominante, touchant le réseau veineux marginal situé sur le bord inférieur du sphincter externe. Elles sont souples, réductibles et indolentes, assez souvent circulaires. L'anuscopie montre l'absence d'hémorroïdes internes. L'évolution de ces hémorroïdes est en général favorable parfois annoncent une prédisposition aux hémorroïdes de l'adulte. La thrombose est très rare. [26]

✚ Formes de la femme enceinte :

La pathologie hémorroïdaire est fréquente chez la parturiente. Elle se manifeste essentiellement par des thromboses hémorroïdaires externes, souvent œdémateuses, contrôlées en général par le traitement médical et chirurgical. Seule la régulation du transit peut diminuer le risque de poussée. [27]

2.5 DIAGNOSTIC :

2.5.1 Positif :

Le diagnostic clinique s'organise en deux temps : un interrogatoire suivi d'un examen physique. [18]

❖ Interrogatoire :

Lors de l'interrogatoire du patient, des éléments spécifiques doivent être relevés qui orienteront le diagnostic du médecin :

- l'âge ; les antécédents gynéco-obstétricaux chez la femme ;
- les traitements médicamenteux ; le profil du transit intestinal ;
- les facteurs déclenchants ; les symptômes précis (saignement, prolapsus, douleur) ; l'ancienneté de la maladie ;
- les divers traitements mis en place précédemment. [18]

❖ Examen proctologique :

Inspection + toucher ano-rectal + anoscopie. [23]

2.5.2 Différentiel :

Devant des symptômes qui sont isolés, les critères du diagnostic peuvent être plus délicats et imposent la recherche d'autres causes avant de conclure à une origine hémorroïdaire. [12]

❖ Devant la douleur anale aiguë : Eliminer

- **Fissure anale** : ici c'est une douleur à type de brûlure qui est en 3 temps, déclenchée par les selles, se calmant quelques minutes pour réapparaître ensuite et durer plusieurs heures voire plusieurs semaines. [22]

- **Abcès anal** :

La douleur est progressivement croissante non rythmée par les selles, pulsatile à type de tension. [22]



Figure 11 : Abscès anal [11]

▪ **Les infections sur l'herpès anal :**

Ici la douleur est à type de brûlure intense péri anale et dure quelques jours. [22]



Figure 12 : Herpès péri anal à herpès virus de type 2 avec des vésicules encore intactes (Société Nationale Française de Colo-Proctologie)

Dans toutes ces situations l'examen proctologique permet d'orienter le diagnostic.

❖ **Devant la tuméfaction de la marge anale : Eliminer**

▪ **Le cancer du canal anal ou de la marge anale :**

La tumeur peut être ulcérée, bourgeonnante ou infiltrer les tissus avoisinants. De manière générale, le caractère induré de toute lésion ano-périnéale est très suspect de malignité++. Les symptômes ne sont pas spécifiques (rectorragies, douleurs spontanées ou à la défécation, suintements). Ces manifestations sont très souvent attribuées à tort à des hémorroïdes chez des patients n'osant pas consulter de peur d'être examinés. Pourtant, l'examen clinique permet quasiment toujours d'évoquer d'emblée le diagnostic. [11]



Figure 13 : Volumineux cancer épidermoïde du canal anal [11]

Figure 14 : Tumeur anale (Société Nationale Française de Colo-Proctologie)

▪ **L'abcès anal :**

La douleur est progressivement croissante non rythmée par les selles, pulsatile à type de tension. [22]

▪ **Les condylomes acuminés :**

Sont des lésions cutanées sous forme d'excroissances comparables à des verrues, blanchâtres, rosées ou grisâtre, à crête dentelées. [22]



Figure 15 : Condylome de la marge anale (Société Nationale Française de Colo-Proctologie)

Ici aussi l'examen proctologique est contributif.

❖ **Devant le saignement :** Eliminer

▪ **Le cancer du rectum :**

Doit rester une obsession après l'âge de 40 voire 45 ans++++. [11]

Les autres causes d'émission de sang rouge par la voie basse. L'endoscopie basse permettra de faire la part des choses.

❖ **Devant une masse prolabée lors des efforts : Eliminer**

▪ **Un polype pédiculé du rectum :**

Il s'agit d'une prolifération anormale de la muqueuse du rectum. C'est une lésion pré cancéreuse.



Figure 16 : Vue endoscopique d'un polype rectal (photo : Dr N. Berger)

▪ **Le prolapsus rectal :**

Facilement reconnu par sa couleur rosée et ses plis circulaires. [11]



Figure 17 : Prolapsus rectal [11]

2.6 TRAITEMENT :

« Réservé aux hémorroïdes symptomatiques »

En l'absence de plainte fonctionnelle majeure, l'abstention thérapeutique doit être respectée. En premier recours, les règles hygiéno-diététiques et un traitement médical seront proposés. Le traitement chirurgical n'intervient qu'en seconde intention. [27]

2.6.1 Buts :

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

- Soulager les symptômes hémorroïdaires et prévenir leur récurrence. [28]

2.6.2 Moyens et méthodes :

○ Règles hygiéno-diététiques :

- ▶ Augmenter la ration quotidienne en apport suffisant en eau et fibres alimentaires.
- ▶ Encourager la pratique d'une activité physique régulière (hormis le vélo ou l'équitation en période de crise hémorroïdaire).
- ▶ Adopter une position facilitant l'évacuation des selles.
- ▶ Eviter les efforts de défécation excessive. [17]
- ▶ Eviter la sédentarité, la station assise prolongée ainsi que les plats épicés, l'alcool ou le café. [29]
- ▶ Réaliser une toilette locale régulière pour une bonne hygiène. [29]

○ Médicamenteux :

Le traitement médicamenteux, souvent suffisant pour les manifestations aiguës, doit toujours être proposé en première intention. La durée du traitement est de 7 à 21 jours. L'arsenal thérapeutique se compose de topiques, phlébotropes, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), corticostéroïdes, antalgiques et laxatifs. En fonction du cas de figure, ils seront utilisés seuls, ou le plus souvent, associés entre eux. [30]

▶ Voie générale

* Phlébotoniques:

Agissent sur l'origine vasculaire de la pathologie hémorroïdaire. Ils réduisent la douleur, le prurit anal, les rectorragies et le suintement. Ils sont recommandés à court terme en cas de manifestation aiguë hormis le prolapsus. Excepté l'heptaminol, il s'agit de protecteurs capillaro-veineux, les flavonoïdes : rutoside, troxérutine, diosmine, hespéridine, citro flavonoïdes, acide flavodique, fraction flavonoïque purifiée.

Ils se présentent sous diverses formes galéniques (comprimé, gélule, sachet, ampoule, solution buvable) et sont éventuellement associés à des extraits de plante (ruscus, mélilot, Ginkgo biloba, anémone, bourse à pasteur, hamamélis, marron d'Inde...) : Bicirkan®, Cemaflavone®, Cyclo 3 Fort ®, Daflon ®,

Diovenor ®, Esberiven Fort®, Ginkor Fort®, Hystofluine P ®, Intercyton ®, Rheoflux®, Veliten®, Veinamitol®. Des extraits de plante seuls sont aussi couramment employés : cassis, fragon, hamamélis, marronnier d'Inde, ruscus, vigne rouge : Arkogélules®, Elusanes®, Intrait marron d'Inde "S"®, Phytomelis®, Veinobiase®. La diosmine sous sa forme micronisée réduit à la fois les symptômes aigus et le risque de récurrence de la maladie dans les six mois. La troxérutine, les dérivés du Ginkgo biloba ou le rutoside ne montrent pas de différence d'efficacité avec la diosmine. L'association à base de Ginkgo biloba sera utilisée avec prudence chez les personnes ayant un terrain hémorragique ou traitées par anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire. [1] S'il n'est pas rapporté d'effet secondaire notable, des cas de colites lymphocytaires ont été décrits. [31]

*** Antalgiques de classe 1 et 2, AINS, +/- Corticostéroïdes :**

Les AINS sont très efficaces sur la douleur de la thrombose hémorroïdaire. On peut proposer l'utilisation des corticoïdes per os en cas de thrombose externe œdémateuse s'il existe une contre-indication aux AINS (3ème trimestre de grossesse).

Les antalgiques (souvent de niveau 2) peuvent être prescrits en cas de douleur mal contrôlée par les traitements précédents. [31] L'emploi d'aspirine apparaît contradictoire en raison de l'exposition au risque hémorragique. De même, l'administration d'antidouleurs contenant de la codéine semble illogique en raison d'un risque de constipation associé. [1]

*** Laxatifs (fibres, mucilages, osmo-hydratants, normochésiants) :**

Tendent à réguler la fréquence ou la consistance des selles. En effet, la régularisation du transit constitue la seule mesure préventive au long cours des symptômes hémorroïdaires. [18]

Ils sont recommandés en aigu et en préventif. Ils visent à améliorer la consistance des selles et à réguler la fréquence des évacuations en fonction du trouble du transit. Ils diminuent de moitié le saignement et la récurrence des symptômes de la maladie hémorroïdaire avec un bénéfice qui persiste à trois mois. En cas de constipation peu sévère, on proposera fibres et mucilages ou osmotiques faiblement dosés ; en cas de constipation plus sévère, fibres et osmotiques. En cas de constipation distale (dyschésie), le traitement repose souvent sur les suppositoires de glycérine ou à dégagement gazeux et l'utilisation d'un marchepied aux toilettes. En cas d'échec, un avis spécialisé permettra de déterminer l'utilité d'une rééducation adaptée. [31]

► **Voie locale**

***Topiques locaux :**

Sont recommandés en cas de manifestation aiguë et ne présentent pas de nocivité et apportent même un bénéfice de 90 % chez des patients avec symptômes hémorroïdaires traités par topiques locaux. La galénique des traitements topiques est variée et se présente sous diverses formes galéniques : suppositoire, crème, pommade, gel. Ils peuvent associer des corticoïdes locaux, un anesthésique, un phlébotrope, un lubrifiant ou un protecteur mécanique. Les corticoïdes réduisent l'œdème et l'inflammation au stade de thrombose hémorroïdaire. Les anesthésiques inhibent la douleur. Dans les formes légères, il est préférable d'orienter vers un topique dénué de corticoïde ou d'anesthésique. Pour faciliter l'introduction d'un suppositoire, il est recommandé de l'enrober à l'aide d'une de ces crèmes. Leur emploi prolongé n'est toutefois pas conseillé du fait de l'absence de bénéfice à long terme ou d'action préventive. [18]

○ **Instrumentaux :**

Le traitement instrumental est réservé à l'échec du traitement médical d'une maladie hémorroïdaire de grades I, II et III non circulaire. [17] Le traitement instrumental est un procédé chimique ou physique employé dans la maladie hémorroïdaire s'accompagne de rectorragies ou d'un prolapsus de grade 2 ou 3. Le choix de la technique est orienté par le grade anatomique. Les traitements instrumentaux provoquent une fibrose cicatricielle au sommet des plexus hémorroïdaires, ce qui a pour effet de fixer la muqueuse anale aux muscles sous-jacents et d'obturer le réseau vasculaire découlant de l'artère rectale supérieure. Ces techniques sont à risque hémorragique faible. Il n'est donc pas opportun d'interrompre un traitement par aspirine. [18] Il est important d'apporter certaines précisions aux malades avant d'envisager un traitement instrumental telles que :

→ Les traitements instrumentaux n'enlèvent pas les hémorroïdes.

→ Les traitements instrumentaux occasionnent parfois des effets secondaires préoccupants qui doivent faire consulter en urgence (douleurs importantes, fièvre, rétention urinaire, saignements) qui peuvent durer pendant 24 à 72 heures. [12]

*** Injections sclérosantes :**

Les injections sclérosantes utilisent du polidocanol ou du chlorhydrate double de quinine et d'urée (Kinurée H®) qui est injecté en zone sus hémorroïdaire provoquant ainsi une nécrose tissulaire. Les injections peuvent être réalisées sur toute la circonférence. [32] Plusieurs cas de complications infectieuses sévères ont été rapportés, à type d'abcès rétro péritonéal ou de cellulite périnéale à germes de la flore fécale (germes anaérobies et bacilles gram négatifs). D'autres complications comme une épидидymite, une cystite chronique, un abcès de prostate ou des vésicules séminales et des fistules vésico-périnéales ont été rapportées. [33]



Figure 18 : Vue d'ensemble du matériel nécessaire pour une Sclérose hémorroïdaire (seringue, allonge métallique jetable, aiguille, ampoule De Quinine urée, anoscope) [35]



Figure 19 : Injection sous-muqueuse du produit de sclérose au travers d'un anoscope [35]

* Photo coagulation à l'infrarouge: PCI

Elle nécessite un photocoagulateur à rayons infrarouges qui transforme en chaleur le rayonnement émis par une ampoule de tungstène focalisé sur une tige en quartz au point d'application. Chaque point de photo coagulation dure environ 1 seconde et crée une brûlure circulaire de 6 mm de diamètre. La cicatrisation obtenue en 3 semaines induit une coagulation des capillaires et une fibrose cicatricielle. Ses effets secondaires possibles sont rares et non graves à type de gêne transitoire, douleurs modérées, rectorragies minimales. [34]

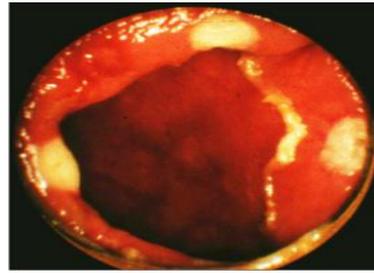


Figure 20 : Matériel à infrarouges (générateur et pistolet) [35]

Figure 21 : Pastilles de coagulation blanchâtres obtenues Après réalisation d'une photo coagulation infrarouge [35]

* Ligature élastique : LE

La ligature élastique nécessite un ligateur et un système d'aspiration. À travers un anoscope, un élastique est largué à la base d'un paquet hémorroïdaire aspiré. La ligature doit impérativement être réalisée à au moins un centimètre au-dessus de la ligne pectinée. Les tissus ligaturés se nécrosent rapidement et le sphacèle est éliminé en quelques jours, conduisant à la formation d'une escarre dont la cicatrisation se fait en 2 à 3 semaines. Des effets indésirables mineurs sont très fréquents (douleurs et/ou rectorragies de faible abondance). La survenue d'une douleur immédiate très intense peut être la conséquence d'une ligature posée trop près de la ligne pectinée imposant l'ablation de l'élastique. [34]



Figure 22 : Vue d'ensemble du matériel ligateur jetable [35]

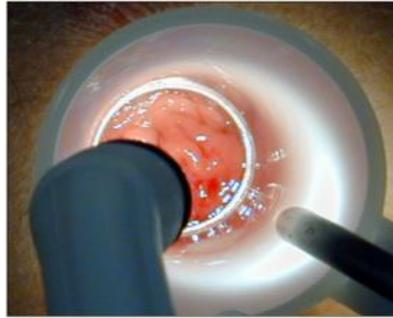


Figure 23 : Positionnement du ligateur en cours de procédure au travers d'un anoscope [35]



Figure 24 : Elastique mise en place au travers d'un anoscope [35]

***Cryothérapie :**

De moins en moins utilisée, vise à obtenir une nécrose du tissu hémorroïdaire par application de froid. Elle est soit associée à la ligature élastique pour accélérer la nécrose. Soit employée seule (Cryo sclérose) en appliquant la cryode durant deux à trois minutes pour l'application longue et durant 30 à 60 sec pour l'application brève. [18]



Figure 25 : Appareil pour cryothérapie au protoxyde d'azote [38]



Figure 26 : Cryode tenue en main comme un pistolet, prêt à l'application [38]

*** Electrocoagulation mono ou bipolaire :**

Utilise un pistolet délivrant entre deux et six impulsions sur l'ensemble des paquets hémorroïdaire. Bien que son efficacité reste comparable à celle de la photo coagulation infrarouge, elle s'avère moins bonne que la ligature élastique et s'accompagne régulièrement de douleurs intenses. [18]

○ **Chirurgicaux :**

Une chirurgie hémorroïdaire peut être proposée en cas d'échec du traitement médical et/ou d'emblée en cas de maladie hémorroïdaire de grade III circulaire et IV. [36] Aussi en cas de prolapsus permanent non réductible, de complication aiguë (poly-thrombose hyperalgique et/ ou nécrotique) ou de manifestation hémorroïdaire externe non contrôlée médicalement. [31]

*** Hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN:**

Consiste à réséquer le tissu hémorroïdaire selon les 3 axes anatomiques artériels en préservant des ponts cutanéomuqueux entre les plaies opératoires. Délai de cicatrisation de 4 à 6 semaines. C'est la plus utilisée en France. [17]



Figure 27 : Hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de Milligan et Morgan [3]

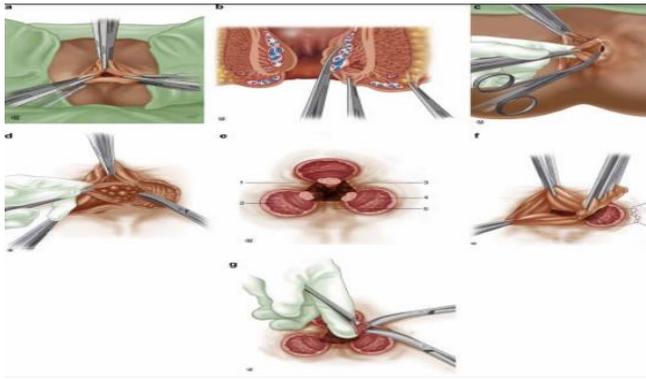


Figure 28 : Les différents temps de la technique Milligan et Morgan [39]

a : Intervention de Milligan et Morgan, position des 3 jeux de pinces ; **b** : Disposition des 3 pinces sur le paquet hémorroïdaire, coupe frontale ; **c** : Dissection du paquet hémorroïdaire gauche ; **d** : Exposition du sphincter interne par section du ligament de Parks ; **e** : Aspect en fin d'intervention. **1** : Pont cutanéomuqueux antéro-gauche ; **2** : Sphincter interne de l'anus ; **3** : Pont cutanéomuqueux postérieur ; **4** : Faisceau sous-cutané du sphincter externe de l'anus ; **5** : Pont cutanéomuqueux antéro-droit ; **f** : Ligature du pédicule hémorroïdaire par un nœud de meunier ; **g** : Epluchage des ponts cutanéomuqueux.

* Hémorroïdectomie pédiculaire fermée de Ferguson :

Hémorroïdectomie avec plaies fermées pour favoriser les suites post opératoires avec une cicatrisation plus rapide (intervention de Ferguson en 1959). C'est la plus utilisée aux USA. [17]

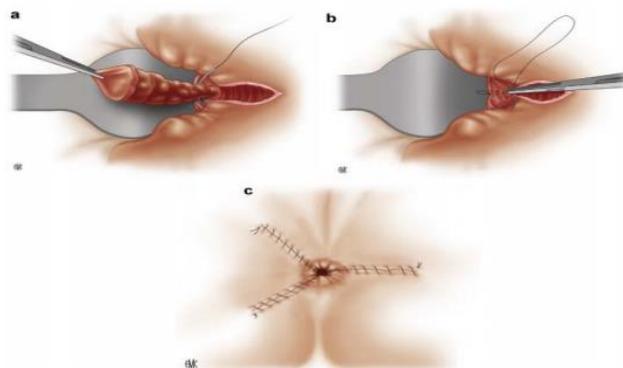


Figure 29 : Hémorroïdectomie pédiculaire fermée de Ferguson [39] ; **a** : Ligature du pédicule après dissection ; **b** : Surjet cutanéomuqueux ; **c** : Aspect en fin d'intervention.

*** Hémorroïdectomie pédiculaire de Parks :**

Hémorroïdectomie avec plaies semi fermées en recouvrant partiellement les plaies par de l'anoderme (intervention de Parks en 1956). [17]

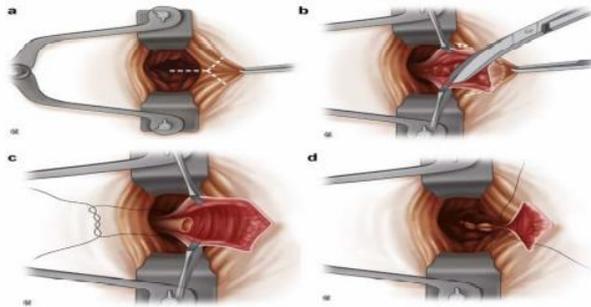


Figure 30 : Hémorroïdectomie pédiculaire de Parks [39]

a: Mise en place de l'écarteur, incision intra canalaire; **b:** Hémorroïdectomie sous-muqueuse; **c:** Ligature du pédicule ; **d:** Suture de la muqueuse du canal anal.

*** Hémorroïdectomie pédiculaire de Bellan :**

Hémorroïdectomie avec plaies laissées ouvertes associées à une anoplastie postérieure pour diminuer le risque de rétrécissement (intervention de Bellan). Différents instruments sont classiquement utilisés pour la dissection : ciseaux, bistouri « froid », bistouri électrique. Il en existe d'autres comme les pinces de fusion tissulaire qui permettent de souder les vaisseaux (avant de les couper) en utilisant une énergie ultrasonique ou électrique : la thermofusion (Ligasure®) et le bistouri harmonique (Harmonic Scalpel®), ce dernier entraînant moins de lésions tissulaires du fait de son mode de fonctionnement (vibrations à haute fréquence).

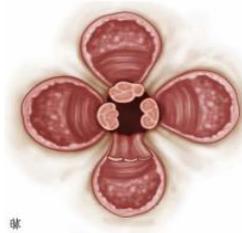


Figure 31 : Hémorroïdectomie pédiculaire de Bellan ouverte et anoplastie du pole postérieur [39]

Les complications de l'hémorroïdectomie sont fréquentes, souvent mineures à type de douleurs, saignements, rétention urinaire et thromboses hémorroïdaires. [17]

*** Hémorroïdopexie selon Longo :**

Consiste à réséquer une collerette muqueuse circulaire au sommet des hémorroïdes internes, environ 4 centimètres au-dessus de la ligne pectinée, avec une pince mécanique introduite par voie trans-anale qui assure dans le même temps la résection et une suture muco-muqueuse par agrafage circulaire. Elle permet un repositionnement du canal anal avec suspension et dévascularisation partielle des plexus hémorroïdaires internes (grâce à une fixation cicatricielle à la musculature du bas rectum) tout en préservant l'anoderme canalaire. Les complications sont fréquentes, souvent mineures à type de douleurs, saignements, rétention urinaire et thromboses hémorroïdaires. Des complications plus graves ont été décrites et doivent être connues des patients : hématome rétro rectal, cellulite pelvienne et perforation rectale avec péritonite voire même décès. [37]

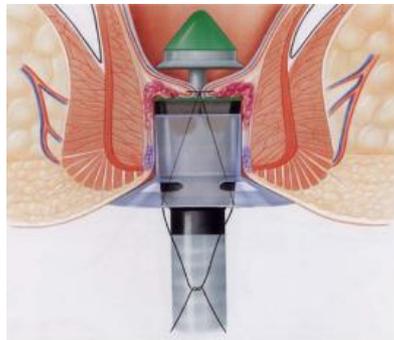


Figure 32 : Dispositif de section, agrafeuse mécanique [3]

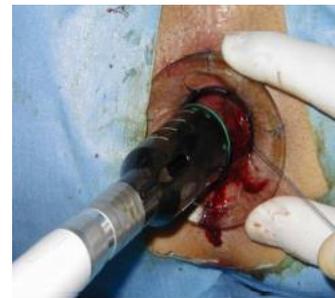
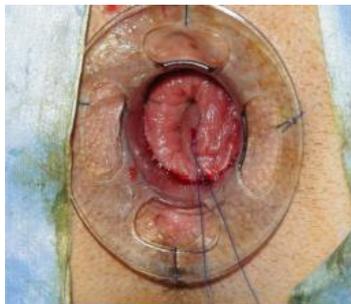


Figure 33 : Un dilatateur anal circulaire [3] Figure 34 : Résection d'un « rond de serviette » au Sommet du tissu hémorroïdaire. «Lifting» du tissu hémorroïdaire dans le canal anal [3]

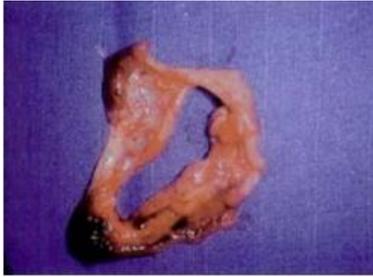


Figure 35 : Aspect de la collerette de résection après anopexie [22]

Figure 36 : Aspect de la peau en fin d'intervention (pas de plaie ouverte) [22]

* **Ligature sous contrôle doppler des artères hémorroïdales : LAH**

Associée à une mucopexie est une technique qui a pris son essor au début des années 2000. La ligature artérielle a pour but de « désartérialiser » les hémorroïdes en diminuant de façon sélective le flux artériel des plexus hémorroïdaux grâce à un repérage doppler. Depuis quelques années, la technique s'est améliorée en associant au geste de ligature artérielle une mucopexie permettant de fixer le prolapsus hémorroïdaire au-dessus du canal anal. Au lieu d'exciser les hémorroïdes, le principe est donc de diminuer leur taille (en ligaturant les artères les alimentant) et de restaurer les rapports anatomiques des plexus hémorroïdaux dans le canal anal avec la mucopexie. La morbidité de la technique est faible, essentiellement des saignements et des douleurs. Plus rarement sont décrites des thromboses hémorroïdales et fissures anales [36]



Figure 37 : Vue d'ensemble de la table opératoire avec la sonde LAH (sur laquelle est enfilée la bague de 2cm), et les instruments chirurgicaux nécessaires [40]

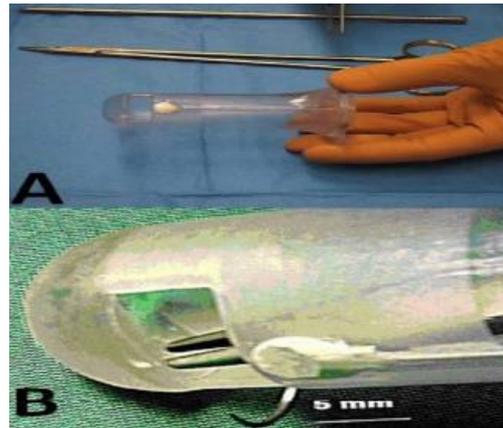


Figure 38 : **A.** Vue globale du rectoscope transparent montrant le transducteur doppler situé à son extrémité. **B.** Vue détaillée de l'extrémité du rectoscope montrant la fenêtre centimétrique au travers de laquelle sont effectuées les ligatures [40].



Figure 39 : Vue du générateur qui émet les sons du doppler [40]



Figure 40 : Ligature d'une artère repérée par doppler [40]

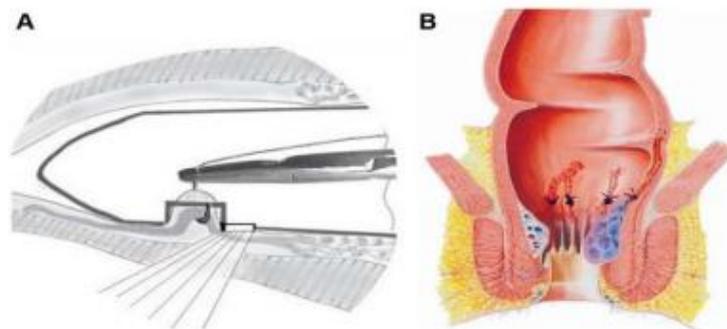
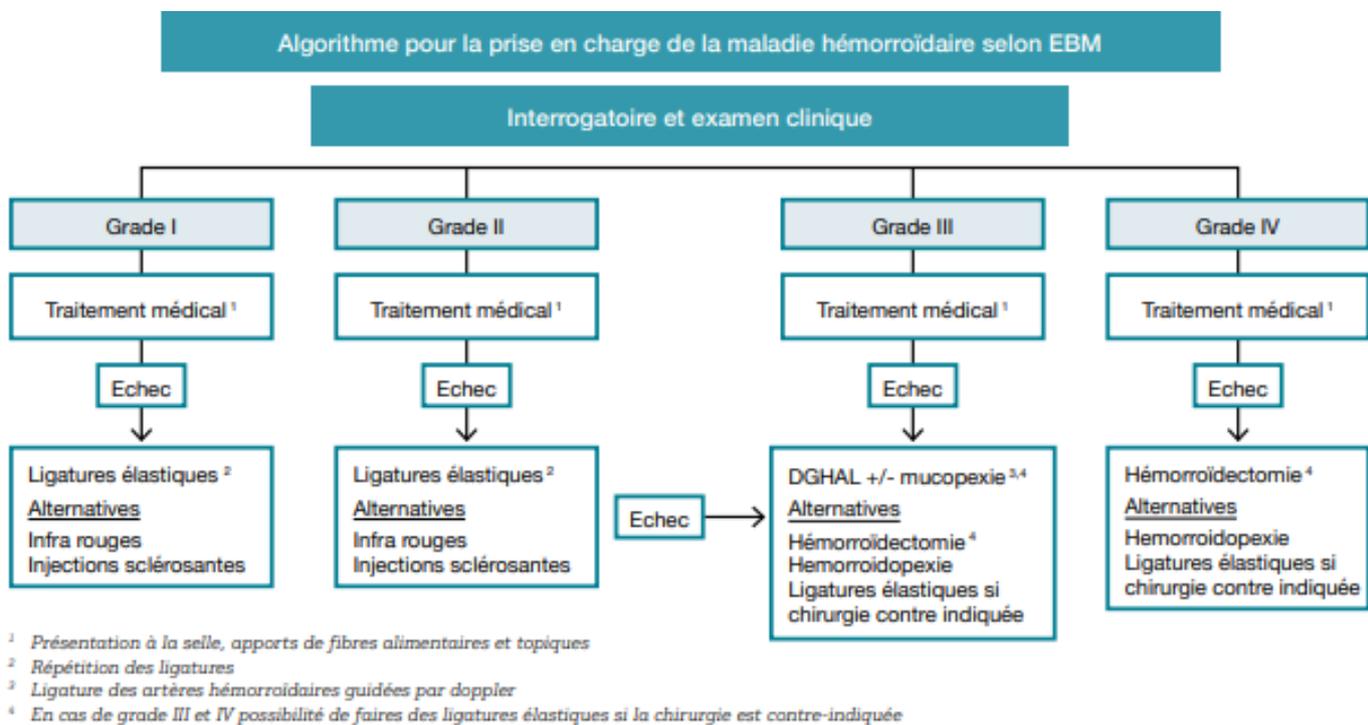


Figure 41 : **A.** Schéma montrant la ligature dans la paroi rectale en regard à travers la fenêtre du rectoscope. **B.** Coupe anatomique transversale montrant l'aspect postopératoire du rectum après ligature des artères hémorroïdaires [40]

*** Traitement de la thrombose hémorroïdaire externe (THE) :**

Un geste instrumental d'incision ou d'excision peut être proposé en cas de thrombose hyperalgique, non œdémateuse et limitée. En l'absence de ces critères, le traitement doit être médical. L'incision ou l'excision d'une THE est un geste réalisé sous anesthésie locale en consultation. Elle laisse une plaie minime et peu douloureuse. [31]

2.6.3 Indications : [17]



CONCLUSION :

La maladie hémorroïdaire est une pathologie fréquemment rencontrée au comptoir. En première intention, le traitement doit être médical (laxatifs de lest, topiques locaux et phlébotropes) peuvent être proposés d'emblée, +/-instrumental. Le diagnostic positif est facile mais en cas de saignement il faut procéder au diagnostic d'exclusion. [18]

PATIENTS ET METHODES

3. PATIENTS ET METHODES

3.1 Type et durée d'étude :

Il s'agissait d'une étude longitudinale prospective, analytique à visée descriptive allant de septembre 2021 à août 2022 soit une période de 12 mois.

3.2 Cadre d'étude :

Elle s'est déroulée au service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GABRIEL TOURE de Bamako.

✦ Situation géographique :

Le CHU Gabriel Touré est situé dans le centre administratif de la ville de Bamako en commune III. Il est limité à l'Est par le quartier Médina coura ; à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieur (ENI) ; au Nord par l'État-major des armées et au Sud par la gare du chemin de fer. À l'intérieur de cet établissement se trouve :

Le service d'Hépatogastro-Entérologie. Il est limité à l'Est par le service de la Neurochirurgie ; à l'Ouest par le service d'Imagerie médicale et de la cardiologie ; au Nord par le Laboratoire d'analyse et au Sud par le service de la réanimation.

✦ Les locaux :

Le service d'Hépatogastro-Entérologie, comprend :

- Sept (07) salles d'hospitalisation, dont une salle VIP, deux (02) salles à 4 lits, quatre (04) salles à 6 lits ;
- Un bureau pour le chef de service ;
- Un bureau pour la secrétaire du service ;
- Un bureau pour le major du service ;
- Une salle de garde et de repos pour les internes et les DES ;
- Une salle pour les infirmiers ;
- Une salle de Staff et de cours pour les DES ;
- Une toilette publique.

✦ Organisation : le personnel

- Un chef de service (Hépatogastro-entérologue, professeur titulaire à la FMOS)
- Sept (07) hépatogastro-entérologues ;
- Une secrétaire de service ;
- Un major de service ;
- Dix (10) médecins en spécialisation en Hépatogastro-entérologie ;
- Douze (12) thésards (internes) ;
- Sept (07) infirmiers dont deux (02) techniciens supérieur de santé ;
- Trois (03) techniciens de santé.
- Un aide-soignant ;

→ Quatre (04) techniciens de surface ou manœuvres.

☼ Les activités du service :

- Les consultations externes ont lieu chaque semaine, du mardi au vendredi ;
- Les hospitalisations se font tous les jours ;
- Les visites des patients hospitalisés se font chaque jour par des hépato-gastro-entérologues ;
- La visite générale a lieu chaque lundi et les contre-visites chaque vendredi ;
- La fibroscopie se fait chaque semaine, du mardi au jeudi ;
- L'anorectoscopie se fait chaque semaine, le mardi, le mercredi et jeudi ;
- Le staff hebdomadaire du service se fait chaque mardi et est dirigé par le chef de service.

3.3 Population d'étude :

L'étude a porté sur tous les patients consultants dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GABRIEL TOURE.

3.4 Critères d'inclusion :

- Les patients ayant une confirmation de la pathologie hémorroïdaire interne et/ou externe par l'examen proctologique ;
- Les patients qui ont été suivis régulièrement et pris en charge ;
- Les patients ayant donné leur consentement éclairé.

3.5 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus :

- Les patients non porteurs de pathologie hémorroïdaire ;
- Les patients perdus de vue après une seule consultation ;
- Les patients n'ayant pas donné leurs consentements.

3.6 Echantillonnage :

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule Schwartz :

$$N = \frac{Z^2 * P(1 - P)}{d^2}$$

N : taille minimale de l'échantillon, P : la prévalence de la maladie hémorroïdaire au cours d'une étude au Mali en commune 1 du district de Bamako est (09,31%).
Z : constante à intervalle de confiance de 95% (=1,96), d : précision absolue, la différence maximale entre le taux de population et le taux d'échantillonnage qui peut être tolérée.

N= 130.

3.7 Matériel :

Les matériels utilisés étaient : un anoscope, un rectoscope, une lampe pour l'éclairage, des gants, la vaseline.

3.8 Les méthodes :

Les patients inclus dans notre étude ont bénéficié d'un examen clinique complet.

3.8.1 Examen clinique

3.8.1.1 Interrogatoire : a recherché

-Les caractères sociodémographiques du patient : âge, sexe, ethnie, profession, résidence, statut matrimonial.

-Les facteurs prédisposants et déclenchants : les troubles du transit (constipation, diarrhée, alternance diarrhée-constipation), notion de maladie hémorroïdaire dans la famille, augmentation de la pression intra-abdominale (Tumeur, ascite), les épisodes de la vie génitale.

-Le mode de vie : thé, café, alcool, tabac, épice, légume, sédentarité, métiers impliquant la prise de charge lourde, certains sports (cyclisme),

3.8.1.2 Examen Physique : a recherché

Les anomalies de la marge anale, une douleur à la palpation, une tumeur du canal anal et du rectum au toucher ano-rectal, la présence de sang et certaines complications telles que : Crypto-papillites, thrombose hémorroïdaire interne et les prolapsus hémorroïdaires thrombosés.

-L'examen proctologique : qui s'est effectué comme suit (inspection+ toucher ano-rectal +anuscopie).

Il doit être préalablement expliqué au patient pour faciliter son acceptation. Le malade doit être en position genu-pectorale le plus souvent ou en décubitus latéral gauche (position de Sims). Dans certaines circonstances, l'examen pourra être réalisé en position gynécologique ou de la taille. Le rectum vide et il faut un très bon éclairage. [23]

■ INSPECTION :

En dépliant les plis radiés de l'anوس 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). [23]

■ TOUCHER ANORECTAL :

Débute toujours par une palpation de la marge anale préalablement lubrifiée, suivi du toucher anal puis rectal.

Permet de rechercher et d'éliminer une lésion en particulier néoplasique. Apprécie le tonus sphinctérien au repos et à la contraction volontaire tout en recherchant une douleur localisée. [23]

■ **ANUSCOPIE :**

Permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires. La pathologie hémorroïdaire peut être ainsi classée en 4 stades de gravité croissante.

Stade 1 : hémorroïdes congestives ou hémorragiques, non prolabées

Stade 2 : hémorroïdes se prolabant aux efforts de poussée, mais se réintégrant spontanément après les efforts de poussée.

Stade 3 : hémorroïdes se prolabant aux efforts de poussées et nécessitant une réintégration manuelle.

Stade 4 : hémorroïdes se prolabant en permanence, sans réintégration possible.

3.8.1.3 Examen para cliniques : a permis

-Une exploration endoscopique recto-colique avec au minimum une anorectoscopie à fin d'éliminer une pathologie recto-colique.

-Une Numération Formule Sanguine, Groupage rhésus.

3.9 Collecte des données :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête préétablis en tenant compte des objectifs de l'étude à partir des patients vus en consultation, interrogés et examinés.

3.10 Paramètres étudiés :

La fiche d'enquête nous a permis d'étudier les paramètres suivants :

*Indicateurs sociodémographiques (identité, âge (an), sexe, profession, ethnie, origine géographique, statut matrimonial) ;

*Motif de consultation ;

*Mode de vie : Thé, Café, Alcool, Tabac, Épices, Légumes, Sédentarité, Métier impliquant la prise de charge lourde, Sport (cyclisme) ;

*Facteurs prédisposants et déclenchants : Constipation, Diarrhée, Alternance diarrhée-constipation, Notion de maladie hémorroïdaire dans la famille, Tumeur, Ascite, Grossesse ;

* Les signes fonctionnels de la MH : Saignements de sang rouge vif rythmés par la défécation, Douleur anale, Prolapsus ou Procidence hémorroïdaire, Prurit anal, Pesanteur anale, Suintement glaireux et/ou perte de mucus ;

* L'examen physique nous a permis de :

- Mesurer les variables : le poids (kg), la taille (m), IMC (kg /m²), le pouls (btt/mn), Température (°C) et Pression Artérielle (mmhg).

- L'examen proctologique : s'est effectué comme suit : (inspection ; toucher ano-rectal et anoscopie).

* Le traitement et les paramètres évolutifs :

Ont comporté :

-Les règles hygiéno-diététiques et contrôle des troubles du transit.

-les traitements médicamenteux, les traitements instrumentaux et les traitements chirurgicaux.

-L'évolution sur le plan anatomique et sur le plan fonctionnel.

3.11 Les modalités thérapeutiques et les paramètres évolutifs :

Ont comporté :

-Les règles hygiéno-diététiques et contrôle des troubles du transit.

-les traitements médicamenteux, les traitements instrumentaux et les traitements chirurgicaux.

-L'évolution sur le plan anatomique et sur le plan fonctionnel.

3.12 Définition opérationnelles :

* Echec thérapeutique en cas de traitements médicamenteux : était défini comme la persistance ou récurrence des symptômes (en termes d'intensité, de durée et de fréquence)

-au-delà de 21 jours de la MH impactant sur les activités socio-professionnelles du patient.

-au-delà de 03 jours de la THE et/ou de la MHE impactant sur les activités socio-professionnelles du patient.

* Echec thérapeutique en cas de traitements instrumentaux : était défini comme la persistance ou récurrence des symptômes (en termes d'intensité, de durée et de fréquence) après plusieurs séances (supérieur à 3) de traitement instrumental de la MH impactant sur les activités socio-professionnelles du patient.

* Anémie : taux d'hémoglobine supérieur à 13g/dl chez l'homme, inférieur à 12 g/dl chez la femme.

Microcytose : le taux de volume globulaire moyen inférieur à 80fl.

Macrocytose : le taux de volume globulaire moyen supérieur à 95fl.

Hypochrome : teneur de concentration moyenne en hémoglobine inférieur à 27pg.

3.13 Considérations éthiques :

Les patients ont été informés de la nature de l'étude et leurs consentements verbaux ont été indispensables pour l'inclusion. Le recueil des données s'était effectué dans le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

3.14 Supports :

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft office Word 2013 et ont été colligées sur une fiche d'enquête et analysées au logiciel Epi info 7.2.5.0, le Test de χ^2 a été utilisé pour comparer les résultats qui ont été significatifs pour une valeur $p < 0,05$.

3.15 Diagramme de GANTT :

Tableau I : Pour le déroulement de l'étude nous avons suivi le calendrier suivant

Tâches	Date de début	Durée (mois)	Date de fin
Protocole	Aout 2021	2	Septembre 2021
Enquête	Septembre 2021	12	Aout 2022
Saisie, analyse des données et interprétation	Début Octobre 2022	3	Fin Décembre 2022
Finalisation du document de thèse	Début Janvier 2023	9	Septembre 2023

RESULTATS

4. RESULTATS

4.1 Fréquence

- Du 1^{er} septembre 2021 au 31 août 2022, nous avons colligé 140 patients présentant une maladie hémorroïdaire (MH) sur 2800 patients vus en consultation ou hospitalisés dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE soit une fréquence de 05%.

- Sur les 2800 patients 600 avaient une pathologie proctologique dont 140 patients présentant une maladie hémorroïdaire soit une fréquence de 23,33%.

4.2 Analyse sur les patients

4.2.1 Données socio démographiques :

4.2.1.1 Âge :

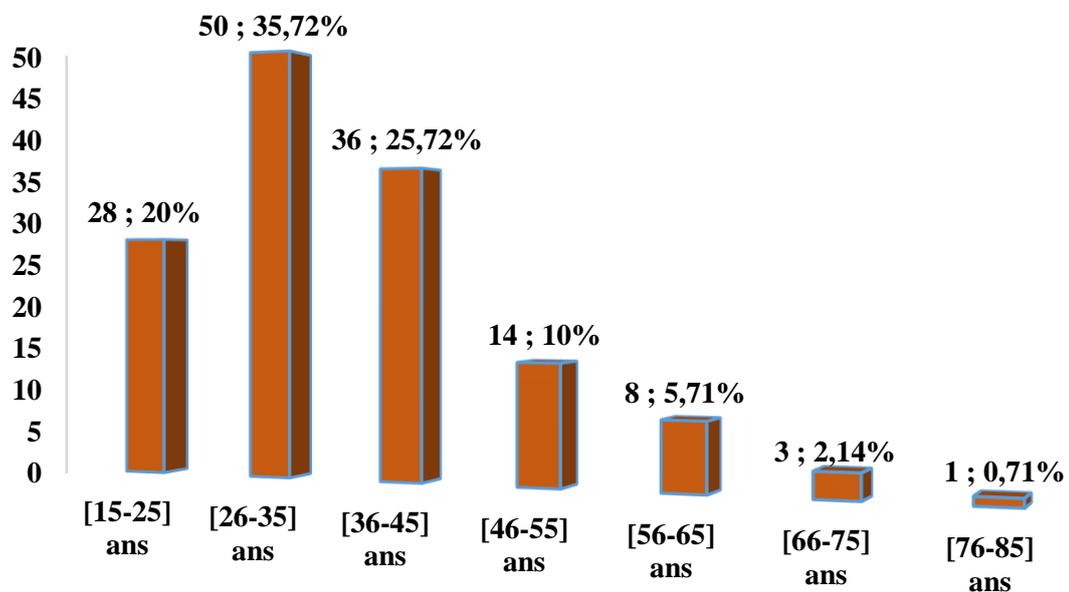


Figure 42 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

L'âge moyen de nos patients est de $35,21 \pm 12,45$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 76 ans. La tranche d'âge [26-35] ans était la plus représentée soit 35,72 % (n=50) (Figure 52).

4.2.1.2 Sexe :

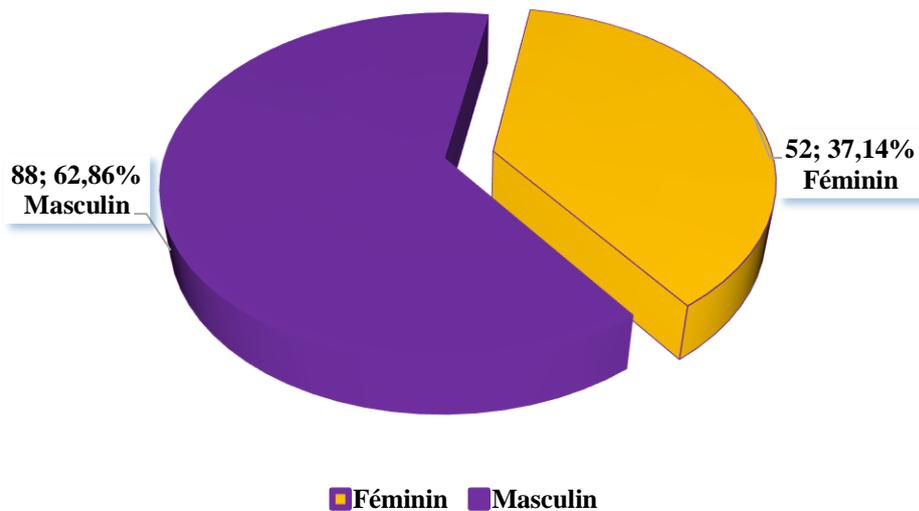


Figure 43 : Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin représentait 62,86% (n= 88) de nos patients avec un sex-ratio de 1,69. (Figure 53).

4.2.1.3 Activités socio-professionnelles :

Tableau II : Répartition des patients selon les activités socio-professionnelles

Activités socio-professionnelles	Effectif	Pourcentage%
Fonctionnaires [#]	39	27,86
Ouvriers [*]	31	22,14
Ménagères	25	17,86
Commerçant	21	15,00
Etudiant	17	12,14
Elève	07	05,00
Total	140	100

*: Soudeur (17), Maçon (04), Menuisier (08), Electricien (02).

#: Enseignant (08), Douanier (03), Policier (06), Personnels de santé (14).

Les fonctionnaires, les ouvriers, les ménagères et les commerçants étaient les plus affectés de nos patients soit respectivement 27,86%(n=39), 22,14%(n=31), 17,86%(n=25) et 15%(n=21).

4.2.1.4 Statut matrimonial :

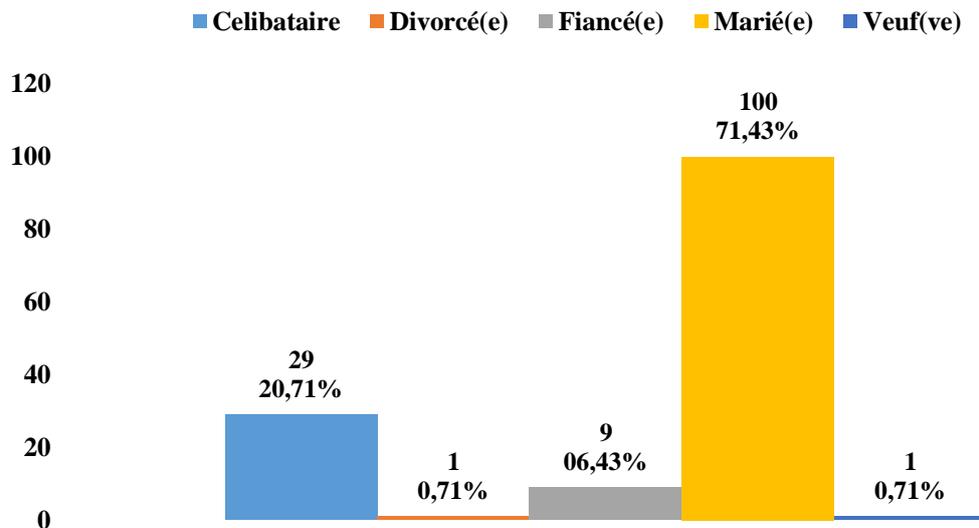


Figure 44 : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Nous avons retrouvé une nette prédominance de marié chez nos patients dans 71,43% (n= 100) (Figure 54).

4.3 Examen clinique du patient :

4.3.1 Motif de consultation :

Tableau III : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage%
Douleur anale	75	53,57
Rectorragie	19	13,57
Constipation	15	10,71
Sensation de boule anale	12	08,57
Prurit anal	06	04,29
Prolapsus hémorroïdaire	04	02,86
Tuméfaction anale	04	02,86
Pesanteur anale	02	01,43
Diarrhée	02	01,43
Méléna + Asthénie	01	00,71
Total	140	100

Le motif de consultation le plus enregistré dans notre étude était la douleur anale (53,57%), suivie par la rectorragie isolée (13,57%) et la constipation (10,71%). Chez 12 patients (08,57%) on retrouvait la sensation de boule anale.

4.3.2 Mode de vie et habitudes alimentaires :

Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de vie et l'habitude alimentaire.

Mode de vie et habitudes alimentaires	Effectif n/N	Pourcentage%
Epice	125/140	89,29
Thé	114/140	81,43
Légume	113/140	80,71
Café	87/140	62,14
Sédentarité	64/140	45,71
Tabac	42/140	30,00
Métier impliquant la prise de charge lourde	36/140	25,71
Alcool	06/140	04,29

Chez nos patients porteurs de maladie hémorroïdaire avait été retrouvé un mode de vie riche en épice (89,29%), en thé (81,43%), en légumes (80,71%), en café (62,14%) ; 45,71% de nos patients étaient sédentaires ; 30% tabagiques et 25,71% avaient des métiers impliquant la prise de charge lourde.

4.3.3 Facteurs de risque :

Tableau V : Répartition des patients selon les facteurs de risque.

Facteurs de risque	Effectif n/N	Pourcentage%
Constipation	82/140	58,57
Alternance diarrhée –constipation	28/140	20
Notion de maladie hémorroïdaire dans la famille	21/140	15
Diarrhée	17/140	12,14
Ascite	01/140	00,71

Nous avons retrouvé chez nos patients une nette prédominance de la constipation (58,57%), suivie d'alternance diarrhée-constipation (20%), de notion de la maladie hémorroïdaire dans la famille (15%) et de diarrhée (12,14%).

4.3.4 Etat général :

L'état général était conservé chez 100% de nos patients. On retrouvait chez 03 de nos patients (02,14%) une pâleur conjonctivale. La tranche d'IMC 18,25 et 25 kg/m² était majoritaire (84%) soit une corpulence normale, les surpoids représentaient 12%.

4.3.5 Signes fonctionnels :

Tableau VI : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectif n/N	Pourcentage%
Douleur anale	111/140	79,29
Prurit anal	67/140	47,86
Pesanteur anale	63/140	45
Prolapsus ou procidence hémorroïdaire	63/140	45
Saignement de sang rouge vif rythmé par la défécation	47/140	33,57
Suintement glaireux et/ou perte de mucus	29/140	20,71

Dans notre étude, la douleur anale (79,29%), le prurit anal (47,86%), la pesanteur anale (45 %), et la procidence hémorroïdaire (45%) étaient les signes fonctionnels les plus retrouvés.

4.3.6 Examen proctologique :

Inspection :

Tableau VII : Répartition des patients selon le résultat à l'inspection de l'examen proctologique.

Inspection anale	Effectif n/N	Pourcentage %
Procidence	77/140	55
Mycose inter fessière	61/140	43,57
Marisque	58/140	41,43
Thrombose externes	23/140	16,43
Fissure anale	23/140	16,43
Abcès marge anale	04/140	02,86
Fistule anale	02/140	01,43

Plus de la moitié de nos patients avaient une procidence hémorroïdaire (55%).

Toucher ano-rectal :

Tableau VIII : Répartition des patients selon le résultat au toucher ano rectal.

Toucher ano rectal		Effectif n/N	Pourcentage %
	Sensibilité douloureuse	78/140	55,71
	Tuméfaction	23/140	16,43
Palpation	Induration	10/140	07,14
	Douleur localisé	08/140	05,71
	Normale	117/140	83,57
Tonicité sphinctérienne	Hypertonique	23/140	16,43
	Hypotonique	02/140	01,43
Masse intra canalaire		01/140	00,71
Saignement authentifié au doigtier		08/140	05,71

Notre étude a retrouvé une sensibilité douloureuse (55,71%) à la palpation, suivie d'une tonicité normale (83,57%) à l'appréciation de la tonicité sphinctérienne et de saignement authentifié (05,71%) au doigtier.

Anuscopie :

Dans notre étude (100%) de nos patients ont réalisé l'anuscopie, au cours de laquelle on retrouvait des paquets hémorroïdaires congestifs dans 85,71%.

▪ **Localisation des paquets hémorroïdaires :**

Chez 41 patients (29,28%) on retrouvait la localisation « postéro-latéral droit et antéro-latéral droit et latéral gauche » et chez 22,14% on retrouvait la localisation « postéro-latéral droit et antéro-latéral droit » suivie de la localisation « antéro-latéral droit et latéral gauche » chez (11,43%).

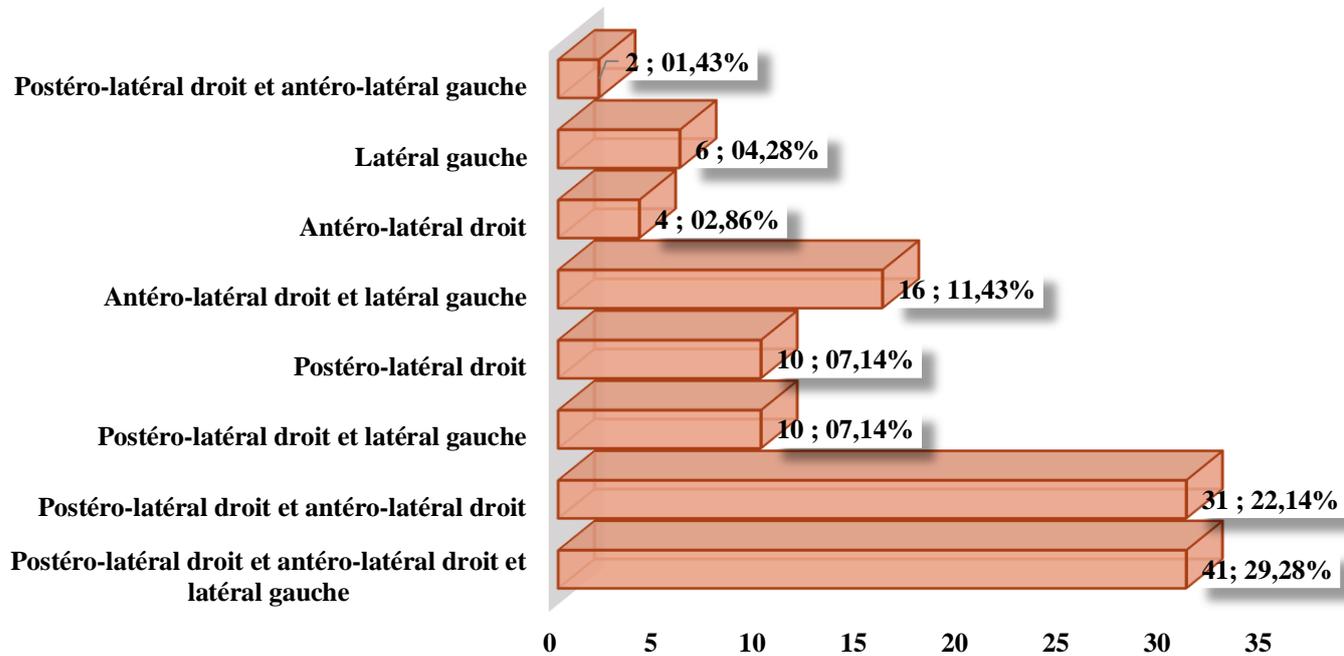


Figure 45 : Répartition des patients selon la localisation des paquets hémorroïdaires

Le type de la MH :

Tableau IX : Répartition des patients selon le type de la MH.

Type de la MH	Effectif n/N	Pourcentage %
MHI		
Sans thrombose	89/116	76,72
Thrombosée	07/116	06,03
MHE		
Thrombosée	16/116	13,79
MHI + MHE	04/116	03,45

Dans notre étude la maladie hémorroïdaire interne (MHI) était la plus représentée dans (82,75%), dont 76,72% sans thrombose.

Tableau X : Répartition des patients selon le stade de la MHI

Stade de la MHI	Effectif n/N	Pourcentage %
Stade I	22/96	22,92
Stade II	51/96	53,13
Stade III	15/96	15,62
Stade IV	01/96	01,04

Dans notre étude le stade II était le plus fréquemment observé chez nos patients soit (53,13%).

Tableau XI : Répartition des patients selon l'association de la MH et d'autres pathologies proctologiques.

MH et pathologies proctologique associées	Effectif	Pourcentage %
MHI + Fissure anale	14	10
MHI + Fistule	04	02,86
MHI + Tumeur anale bénigne	04	02,86
MHE + Abscès de la marge anale	02	01,43
MH seule	116	82,85
Total	140	100

Dans notre étude d'autres pathologies proctologiques ont été associées à la maladie hémorroïdaire soit 17,15% dont la plus représentée était la fissure anale dans (10%).

82,85% de nos patients avaient une MH seule sans aucunes pathologies proctologiques associées.

4.3.7 Examens paracliniques :

Biologie :

Numération formule sanguine :

Une anémie hypochrome et microcytaire a été retrouvée chez 07,41% (n=4) des patients, chez 38,57% (n=54) qui ont réalisé une NFS.

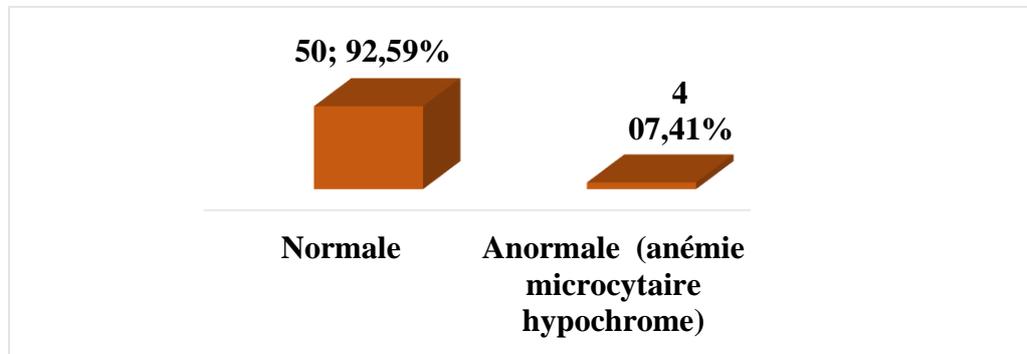


Figure 1: Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.

4.3.8 Traitement Médical :

Règle hygiéno-diététiques et régularisation du transit :

Les règles hygiéno-diététiques et la régularisation du transit ont été systématiquement instaurées chez tous nos patients (100%).

Traitement médicamenteux :

Médicaments utilisés par voie générale au cours du traitement :

Tableau XII : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par voie générale.

Médicaments utilisés par voie générale	Effectif n/N	Pourcentage %
Véinotoniques	137/140	97,86
Antalgiques	125/140	89,28
Laxatifs	106/140	75,71
Anti - inflammatoires	39/140	27,86
Corticostéroïdes	02/140	01,43
Anti - hémorroïdaires	01/140	00,71

Dans notre étude nos patients traités par voie générale ont nettement reçu respectivement les véinotoniques dans 97,86%, les antalgiques dans 89,28%, les laxatifs dans 75,71% et des anti-inflammatoires dans 27,86%.

▪ **Médicaments utilisés par voie locale au cours du traitement :**

Tableau XIII : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par voie locale.

Médicaments utilisés par voie locale	Effectif n/N	Pourcentage %
Anesthésiques locaux	112/140	80
Antiseptiques	84/140	60
Anti – inflammatoires	42/140	30
Anticoagulants	02/140	01,28
Antispasmodiques	01/140	00,71

Dans notre étude nos patients traités par voie locale ont reçu respectivement les anesthésiques locaux dans 80%, les antiseptiques locaux dans 60%, et les anti-inflammatoires dans 30%.

▪ **Médicaments utilisés par association au cours du traitement :**

Tableau XIV : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par association.

Médicaments utilisés par association	Effectif	Pourcentage %
Véinotoniques + antalgique + anesthésiques locaux	112	80
Véinotoniques + antalgique + laxatif + anesthésiques locaux	106	75,71
Véinotoniques + antalgique + laxatif + anesthésiques locaux + antiseptiques locaux	84	60
Véinotoniques + antalgique + laxatif + anesthésiques locaux + antiseptiques locaux + anti-inflammatoires locaux	42	30
Véinotoniques + antalgique + laxatif + anti-inflammatoire + anesthésiques locaux + antiseptiques locaux + anti-inflammatoires locaux	39	27,86

Dans notre étude 80% de nos patients ont reçu l'association véinotoniques + antalgique + anesthésiques locaux et 75,71% ont reçu l'association véinotoniques + antalgique + laxatif + anesthésiques locaux.

Traitement instrumental :

Dans notre étude **10 patients (07,14%)** ont reçu un traitement instrumental et la ligature élastique a été la seule technique du traitement utilisée.

Les indications du traitement instrumental :

Tableau XV : Répartition des patients selon les indications au traitement instrumental.

Indication au traitement instrumental	Effectif	Pourcentage %
MHI Stade III + saignement	06	60
Echec du traitement médicamenteux de la MHI Stade < 3	04	40
Total	10	100

L'indication au traitement instrumental la plus enregistrée dans notre étude était la MHI Stade III + saignement (60%), suivi de l'échec du traitement médicamenteux de la MHI Stade < 3 (40%).

Durée du traitement médical :

Tableau XVI : Répartition des patients selon la durée du traitement médical.

Durée du traitement médical en jours	Effectif	Pourcentage %
[07 - 15[	28	20
[15 - 30[	64	45,72
[30 - 45[	45	32,14
[45 - 60[	03	02,14
Total	140	100

La durée moyenne du traitement médical de nos patients était de $27,58 \pm 07,81$ jours avec des extrêmes de 07 et 60 jours. La tranche de la durée du traitement médical [15 - 30]jours était la plus représentée soit 45,72%.

Traitement chirurgical :

Dans notre étude **12 patients (08,57%)** ont reçu un traitement chirurgical. 07 patients opérés ont subi l'incision ou l'excision soit (05%) comme techniques du traitement chirurgical.

05 patients opérés ont subi l'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN soit (03,57%) comme techniques du traitement chirurgical.

▪ Les indications au traitement chirurgical :

Tableau XVII : Répartition des patients selon les indications au traitement chirurgical.

Indications au traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage %
Echec du traitement médicamenteux de la THE	05	41,67
MHI + Tumeur anale bénigne	04	33,33
MHE + Abscès anal	02	16,67
MHI Stade IV	01	08,33
Total	12	100

Dans notre étude l'échec du traitement médicamenteux de la THE et la MHI associée à la tumeur anale bénigne étaient les plus représentées soit 75% des indications au traitement chirurgical.

4.3.9 Evolution :

- **Au cours du traitement médicamenteux**

118 patients (84,28%) ont évolué vers une suite favorable et 22 patients (15,71%) ont évolués vers des complications telles que la douleur et le saignement.

- **Au cours du traitement instrumental**

08 patients (80%) ont évolué vers une suite favorable et 02 patients (20%) ont évolués vers des complications telles que la douleur et la rectorragie.

- **Au cours du traitement chirurgical**

Tous les 12 patients (100%) opérés, n'ont présenté aucune complication postopératoire immédiate ou tardive.

4.3.10 Les résultats analytiques :

Relation sexe/signes fonctionnels :

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et les signes fonctionnel.

Sexe	Masculin n/N %	Féminin n/N %	Test Statistique
Signes fonctionnels			
Douleur anale	76/88 86,36%	35/52 67,31%	P : 0,0008
Prurit anal	41/88 46,59%	26/52 50,00%	P : 0,014
Pesanteur anal	45/88 51,14%	18/52 34,61%	P : 0,001
Prolapsus ou procidence hémorroïdaire	40/88 45,45%	23/52 44,23%	P : 0,003
Suintement glaireux et / ou perte de mucus	17/88 19,32%	12/52 23,07%	P : 0,595
Saignement de sang rouge vif rythmé par la défécation	24/88 27,27%	23/52 44,23%	P : 0,040

La douleur anale, la pesanteur anale et le prolapsus hémorroïdaire étaient significativement associés au sexe masculin.

Tant disque le prurit anal et le Saignement de sang rouge vif rythmé par la défécation quant à eux étaient significativement associés au sexe féminin.

Relation sexe/type de la MH et pathologies proctologiques associées :

Tableau XIX : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.

Sexe	Masculin	Féminin	Test Statistique
Type de la MH et pathologie proctologique associées	n/N %	n/N %	
MHI	46/88 52,27%	43/52 82,69%	P : 0,0003
MHE (THE)	11/88 12,5%	05/52 09,61%	P : 0,604
MHI + MHE	02/88 02,27%	02/52 03,85%	P : 0,589
THI	03/88 03,41%	04/52 07,69%	P : 0,261
MHI + Fissure anale	07/88 07,95%	07/52 13,46%	P : 0,293
MHI + Fistule anale	03/88 03,41%	01/52 01,92%	P : 0,610
MHI + Tumeur anale bénigne	02/88 02,27%	02/52 03,85%	P : 0,589
MHE + Abscès de la marge anale	02/88 02,27%	00/52 00%	P : 0,273

La MHI était significativement retrouvé chez le sexe féminin.

Relation facteur de risque / type de la MH et pathologies proctologiques associées :

Tableau XX : Répartition des patients selon la relation entre les facteurs de risque et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.

Facteur De risque	Constipation n/N %	Alternance diarrhée- constipation n/N %	Notion de maladie hémorroï - daire dans la famille n/N %	Diarrhée n/N %	Ascite n/N %	Test Statistique
MHI	48/82 58,54%	18/28 64,28%	15/21 71,43%	07/17 41,18%	01/01 100%	P : 0,546
MHE (THE)	07/82 08,54%	04/28 14,28%	00 00%	05/17 29,41%	00 00%	P : 0,022
MHI + MHE	03/82 03,66%	00 00%	00 00%	01/17 05,88%	00 00%	P : 0,673
THI	04/82 04,88%	01/28 03,57%	00 00%	02/17 11,76%	00 00%	P : 0,546
MH + Fissure anale	10/82 12,19%	02/28 07,14%	02/21 09,52%	00 00%	00 00%	P : 0,593
MH + Fistule anale	02/82 02,44%	02/28 07,14%	00 00%	00 00%	00 00%	P : 0,520
MHI + Tumeur anale bénigne	01/82 01,22%	01/28 03,57%	00 00%	02/17 11,76%	00 00%	P : 0,084
MHE + Abcès de la marge anale	00 00%	00 00%	02/21 09,52%	00 00%	00 00%	P : -

La THE était significativement rencontrée en cas de diarrhée.

Relation mode de vie et habitude alimentaire/type de la MH et pathologies proctologiques associées :

Tableau XXI : Répartition des patients selon la relation entre le mode de vie/habitude alimentaire et le type de la MH + pathologies proctologiques associées

Mode de vie et Habitude alimentaire	Epice n/N %	Thé n/N %	Légume n/N %	Café n/N %	Sédentarité n/N %	Tabac n/N %	Métier impliquant charge lourde n/N %	Alcool n/N %	Test Statis tique
Type de La MH et pathologie Proctologiques associées									
MHI	12/125 09,60%	10/114 08,77%	10/113 08,84%	08/87 09,19%	28/64 43,75%	06/42 14,28%	10/36 27,78%	05/06 83,33%	P: 0,214
MHE (THE)	05/125 04%	03/114 02,63%	01/113 00,88%	01/87 01,15%	03/64 04,69%	02/42	00 00%	01/06 16,67%	P: 0,921
MHI + MHE	04/125 03,20%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	P: 0,050
THI	02/125 01,60%	00 00%	01/113 00,88%	00 00%	02/64 03,12%	00 00%	02/36 05,55%	00 00%	P: 0,040
MHI + Fissure anale	05/125 04%	02/114 01,75%	02/113 01,77%	02/87 02,30%	01/64 01,56%	02/42 04,76%	00 00%	00 00%	P: 0,884
MHI + Fistule anale	01/125 00,80%	01/114 00,88%	00 00%	01/87 01,15%	01/64 01,56%	00 00%	00 00%	00 00%	P: 0,828
MHI + Tumeur anale	02/125 01,60%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	02/42 04,76%	00 00%	00 00%	P: 0,796
MHE + Abscès de la marge anale	02/125 01,60%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	P: 0,175

La THI était significativement associée au métier impliquant la prise de charge lourde.

✚ **Relation traitement / type de la MH et pathologies proctologiques associées :**

Tableau XXII : Répartition des patients selon la relation entre le traitement et le siège de la MH + pathologies proctologiques associées

Type de La MH et Pathologies proctologique associées	Traitement médicamenteux n/N %	Traitement instrumental n/N %	Traitement chirurgical n/N %	Test Statistique
MHI	77/140 55%	09/10 90%	03/12 25%	P : 0,031
MHE (THE)	13/140 09,28%	00 00%	03/12 25%	P : 0,314
MHI + MHE	04/140 02,86%	00 00%	00 00%	P : 0,724
THI	06/140 04,28%	01/10 10%	00 00%	P : 0,816
MHI + Fissure anale	14/140 10%	00 00%	00 00%	P : 0,299
MHI + Fistule anale	04/140 02,86%	00 00%	00 00%	P : 0,724
MHI + Tumeur anale bénigne	00 00%	00 00%	04/12 33,33%	P : 10⁻⁸
MHE + Abscès de la marge anale	00 00%	00 00%	02/12 16,67%	P : 0,00005

La MHI était significativement liée au traitement instrumental et médicamenteux.
La MHI associée à la tumeur anale et à l'abcès de la marge anale étaient significativement liées au traitement chirurgical.

✚ **Relation évolution / type de la MH et pathologies proctologiques associées**

Tableau XXIII : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et les stades de la MHI.

$X^2 = 23,64$

$P = 0,0000023$

Suite favorable		OUI	NON	Total
		Stade de la MHI		
MHI Stade avancé ≥ 3	OUI	10(11,23%)	06(06,74%)	16
	NON	72(80,90%)	01(01,12%)	73
Total		82	07	89

La suite favorable était significativement associée à la MHI quel que soit le stade, avancé ≥ 3 ou pas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.

$X^2 = 05,56$

$P = 0,018$

Suite favorable		OUI	NON	Total
		Type de la MH et Pathologie proctologique associées		
MHI + pathologies proctologiques associées	OUI	24(17,14%)	00(00%)	24
	NON	94(67,14%)	22(15,71%)	116
Total		118	22	140

La suite favorable était significativement associée à la MHI qu'elle soit associée à d'autre pathologie proctologique ou pas.

Relation évolution/traitement :

Tableau XXV : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et le traitement reçu.

$X^2= 6,56$ $p= 0,037$ ddl= 2

Evolution	Favorable n/N %	Complication n/N %
Traitement		
Traitement médicamenteux	118/140 84,28%	22/140 15,71%
Traitement instrumental	08/10 80%	02/10 20%
Traitement chirurgical	12/12 100%	00 00%

La suite favorable était significativement retrouvée quel que soit le traitement médicamenteux, instrumental ou chirurgical.

Relation évolution/durée du traitement :

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et la durée du traitement.

$X^2=1,198$; $P : 0,27$

Durée du traitement	Favorable N=118		Complication N=22		Risque relatif
	Fréquence	Pourcentage %	Fréquence	Pourcentage %	
[07 - 15[20	16,95	08	36,36	RR : 0,890
[15 - 30[	52	44,07	12	54,55
[30 - 45[	43	36,44	02	09,09
[45- 60[	03	02,54	00	00

Il n'y avait pas de différence significative entre l'évolution et la durée du traitement.

Le risque relatif était de 0,890.

**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Limites de l'étude :

Durant notre étude, nous avons été confrontés à des limites :

- * Malgré la perte de vue de certains patients et la non collaboration de certains patients, nous avons pu avoir la taille de l'échantillon souhaité pour mener à bien ce travail
- * Les moyens financiers limités et parfois la réticence de certains patients n'ont pas permis d'effectuer des examens de contrôle pour le suivi post traitement à fin d'évaluer l'efficacité du traitement, qu'ils ont reçu.

En dépit de ces limites, les résultats obtenus nous ont permis d'ouvrir une discussion avec les données de la littérature.

5.2 Données épidémiologiques :

Il s'agissait d'une étude longitudinale, analytique à visée descriptive avec recueil prospectif sur une période de 12 mois. Nous avons colligé 140 patients présentant une maladie hémorroïdaire (MH) sur 2800 patients vus en consultation ou hospitalisés dans le service d'hépatogastroentérologie du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE soit une fréquence de 05%.

Sur 2800 patients 600 avaient une pathologie proctologique dont 140 patients présentant une maladie hémorroïdaire soit une fréquence de 23,33%.

Ce taux se rapproche à ceux d'autres auteurs :

-Au Mali, Dembélé K. [41] a estimé la fréquence de la maladie hémorroïde à 06,35 %, de l'ensemble des consultations du service de gastro entérologie de l'hôpital Gabriel Touré.

-Au Burkina, Bougouma A. et al [42] ont estimé la fréquence de la maladie hémorroïdaire à 06%.

Ce taux est cependant inférieur à ceux de :

-Au Mali, Sangaré D. [8] avait retrouvé dans son étude une fréquence de 18,27% de pathologie hémorroïdaire interne et Diarra M. et al [14] au cours de leur étude ont retrouvé une fréquence de 64,5% de pathologie hémorroïdaire interne.

-Aux données de la littérature occidentale, Hyams L. et Philpo T. [43] ont donné une prévalence égale à 27 % de la population et en France Denis J. et le marchand N. [44] ont estimé la prévalence à 25 % de la population adulte.

Mais ce taux est supérieur à celui de Diallo G et al [6] qui au cours de leur étude en milieu spécialisé chirurgical ont retrouvé une fréquence de 01,07% pour l'ensemble des consultations et 40% des consultations proctologiques et à celui de Koulibaly A. [9] qui avait retrouvé dans son étude une fréquence de 03,23% et.

Cette différence pourrait s'expliquer par le biais de sélection lié à la variabilité de la méthodologie de travail dans les différentes populations étudiées.

Dans notre contexte plusieurs facteurs influencent sur sa prévalence telle que la pudeur, le manque d'information nécessaire pour les patients, le traitement traditionnel et l'automédication. La maladie hémorroïdaire constitue un motif fréquent de consultation.

5.3 Données sociodémographiques :

5.3.1 Âge :

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

Auteurs	Pays	Année	Effectif	Âge(en année)	
				Moyenne	Extrême
Ezhari O. [10]	Maroc	2020	130	45,9	19-78
Schafer H. et al [47]	Allemagne	2018	102	49,9	24-83
Ray-offor E, Amadi S. [48]	Nigéria	2019	121	51,9	15-80
Reboa G. et al [49]	Italie	2019	100	54,3	24-80
Camara LS. [50]	Mali	2013	73	37,8	19-77
Mariko H. [51]	Mali	2003	152	36,33	16-78
Kouadio GK. et al [52]	Côte d'ivoire	2004	480	35	17-80
Notre étude	Mali	2022	140	35,21	15-76

L'âge moyen de nos patients était de $35,21 \pm 12,45$ ans avec des extrêmes de 15 et 76 ans, la tranche d'âge entre [26-35ans] était la plus représentée soit 35,72%(n=50).

Cet âge est proche de celui rapporté dans certains travaux en Afrique noire [50, 51, 52]. Par contre, confrontés aux données en Europe [47, 49] et dans certaines études africaines [10, 48] il est plus élevé et varie entre 45 et 55ans. Ce qui explique que la maladie hémorroïdaire apparaît vers la troisième décade, augmente avec l'âge et un pic de fréquence entre 45 et 65 ans [18].

Cette différence pourrait s'expliquer par l'âge jeune de la population dans les pays en voie de développement.

5.3.2 Sexe :

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

Auteurs	Pays	Année	Effectif	Sexe		Sex-ratio
				Masculin	Féminin	
Ezhari O. [10]	Maroc	2020	130	66%	34%	1,95
Ray-offor E, Amadi S. [48]	Nigéria	2019	121	62,8%	37,2%	1,68
Ratta C. et al [53]	Italie	2017	1000	61,9%	38,1%	1,62
Fernandez FA. et al [54]	Mexique	2006	443	62,8%	37,2%	1,68
Notre étude	Mali	2022	140	62,86%	37,14%	1,69

Nous avons retrouvé une prédominance masculine dans 62,86% des cas (n=88) avec une sex-ratio de 1,69. Ce résultat concorde avec ceux des auteurs ci-dessus qui ont tous retrouvé dans leur étude une fréquence plus élevée de maladie hémorroïdaire chez les hommes.

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

Ainsi la faible prédominance féminine pourrait s'expliquer par la pudeur du fait que dans notre contexte socioculturel (la maladie hémorroïdaire est considérée comme une maladie honteuse), les femmes consultent rarement pour une affection proctologique [10].

Mais la femme est néanmoins exposée à la maladie hémorroïdaire à cause du rôle influent de la vie génitale, de la grossesse, et de l'accouchement. Dans une étude asiatique cette prédominance féminine a été signalée [55].

5.3.3 Activités socio-professionnelles :

-Dans notre série, les fonctionnaires 27,86%(n=39), les ouvriers 22,14%(n=31), les ménagères 17,86%(n=25) et les commerçants 15%(n= 21) étaient les plus affectés.

Ceci rejoint les résultats trouvés par les auteurs ci-dessous, qui ont obtenu :

En Centrafrique Yassibanda S. et al en 2004 [5] ont rapporté dans leur étude une prédominance des fonctionnaires 28,4%, suivis des ménagères 17,2%, des étudiants 13,3% et les sans professions 10,7%.

Au Mali, Sangaré D. [8] en 2009 avait retrouvé dans son étude les commerçants 24,7% et les fonctionnaires 23,5% comme patient les plus représentés.

Quant à Dembélé IA. [56] en 2009 avait retrouvé dans son étude comme patient les plus représentés les femmes au foyer 28,07% et les commerçants 15,38%.

Au Maroc, Ezhari O. [10] en 2020 avait retrouvé dans son étude comme patient les plus représentés les commerçants 25,3% suivis des femmes au foyer 23% et des chauffeurs 14,6%.

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

5.4 Données de l'examen clinique du patient :

5.4.1 Motif de consultation :

La douleur anale a été le motif de consultation le plus retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de 53,57%. Cette fréquence est supérieure à celle rapportée par Koulibaly A. [9] et Ezhari O. [10], qui étaient respectivement de 45,3% et 26%. Elle est largement inférieure à celle trouvée par Diarra M. et al [14], Hrrora A. et al [57], et Dicko ML. [58], qui étaient respectivement de 58,4%, 70% et 77,3%. Sa présence traduirait une poussée inflammatoire hémorroïdaire, une thrombose ou une autre pathologie anale associée à la maladie hémorroïdaire (Fissure anale cachée, etc.)

La rectorragie isolée a été retrouvée chez 13,57% des patients au cours de notre étude. Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Ezhari O. [10], Diarra M. et al [14] et Camara LS. [50], qui étaient respectivement de 32%, 66,7% et 23%.

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

La constipation a été retrouvée chez 10,71% des patients au cours de notre étude. Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Sangaré D. [8] et Diarra M. et al [14], qui étaient respectivement de 58,3% et 90,5%.

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

5.4.2 Mode de vie et habitude alimentaire :

Chez nos patients porteurs de maladie hémorroïdaire avait été retrouvé un mode de vie riche en épice (89,29%), en thé (81,43%), en légumes (80,71%), en café (62,14%), 45,71% de nos patients étaient sédentaires, 30% tabagiques et 25,71% avaient des métiers impliquant la prise de charge lourde.

Cette même constatation a été faite par Ezhari O. [10], qui avait retrouvé que la majorité de ces patients avaient un mode de vie et une habitude alimentaire riche en thé (91%), en café (75%), en épices (70%) et en légume (57%) et 65,3% de sédentaires.

Cette même constatation a été également rapportée dans plusieurs travaux en Afrique et dans le reste du monde [59, 60, 61].

5.4.3 Facteurs de risque :

La constipation a été le facteur de risque le plus retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de 58,57%. Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Sangaré D. [8], Ezhari O. [10], qui était respectivement de 75% et 90,5%. Mais elle concorde à celle retrouvée par Diarra M. et al [14], qui était de 58,3%. Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par le mode de vie et habitudes alimentaire dans ces différentes populations et concordent avec les données de la littérature qui rapporte que la constipation est un facteur de risque qui entraînent une augmentation de la pression de défécation, une multiplication du tissu conjonctif du corps caverneux et l'hyperplasie des vaisseaux sanguins à l'origine de la perte d'élasticité du tissu de soutien [59, 62, 63]. Ainsi l'exonération difficile d'un bol fécal très dur était responsable du déclenchement de la maladie hémorroïdaire [60, 64].

L'alternance diarrhée-constipation a été retrouvée chez 20% des patients au cours de notre étude. Cette fréquence est proche de celle retrouvée par Koulibaly A. [9], qui était de 18%. Mais largement supérieure à celle retrouvée par Semega C. [65], qui était de 14,13%.

La notion de maladie hémorroïdaire dans la famille a été retrouvée chez 15% des patients au cours de notre étude. Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Ezhari O. [10], qui était de 69%. Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par le biais méthodologique.

Il semble donc que l'antécédent familial d'hémorroïdes constitue un facteur de risque de la maladie hémorroïdaire. Cette opinion a été évoquée par Brondel H. et Gondeau M. [66] qui ont 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>>. Cependant, le rôle respectif des gènes et des facteurs environnementaux, en particulier diététiques et culturels, est discuté [67].

5.4.4 Signes fonctionnels :

La douleur anale a été le signe fonctionnel le plus retrouvé. Sa fréquence dans notre étude a été de 79,29%. Cette fréquence est largement supérieure à celle retrouvée par Koulibaly A. [9] et Ezhari O. [10], qui étaient respectivement de 45,3% et 26%. Mais comparable à celle retrouvée par Camara LS. [50] et Hrrora A. et al [57], qui étaient respectivement de 69,6% et 70%.

Cette différence de fréquence pourrait être liée aux conditions de vie ces différentes populations.

Le prurit anal a été retrouvé chez 47,86% des patients au cours de notre étude. Cette fréquence est largement supérieure à celle retrouvée par Koulibaly A. [9] et Camara LS. [50], qui étaient respectivement de 5,3% et 17,8%.

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

5.4.5 Examen proctologique :

✚ Inspection :

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

Auteurs	Procidence %	Mycose inter-fessière %	Marisque %	Thrombose externes %	Fissure anale %
Yassibanda S. et al [5]	0,35%	-	-	-	4,48%
Ezhari O. [10]	24,6%	-	21,5%	6,1%	3,1%
Notre étude	55%	43,57%	41,43%	16,43%	16,43%

Cette différence de fréquences des résultats à l'inspection à l'examen proctologique entre notre série et celles des autres auteurs est due essentiellement au biais de recrutement.

Toucher ano-rectal :

Notre étude a plus retrouvé une sensibilité douloureuse à la palpation du toucher ano-rectal. Sa fréquence dans notre étude a été de 55,71%. Cette fréquence est supérieure à celle retrouvée par Ezhari O. [10], qui était de 46,8. Mais largement inférieure à celle retrouvée par Diarra MH. [68], qui était de 86,11%.

Cette différence de fréquence pourrait être liée aux différents temps de consultation selon le stade de la maladie.

Notre étude a plus retrouvé une tonicité sphinctérienne normale au toucher ano-rectal. Sa fréquence dans notre étude a été de 83,57%.

Par contre Ezhari O. [10], Camara LS. [50] et Diarra MH. [68] ont tous retrouvé dans leur étude une hypertonicité sphinctérienne.

Ce différent de constat pourrait s'expliquer par le fait que les patients ont consulté à des stades différents de la maladie.

Anuscopie :

Cet examen a été pratiqué chez 100 % de nos patients au cours de laquelle on retrouvait des paquets hémorroïdaires. Il nous a permis d'apprécier l'état général de la muqueuse anale, le volume, le nombre, et le siège des différents paquets hémorroïdaires et la découverte de pathologies inflammatoires le plus souvent associées aux hémorroïdes.

Cette fréquence est supérieure à celle d'autres auteurs ci-dessous.

Koulibaly A. [9], avait réalisé l'anuscopie chez 90,7 % des malades porteurs de MH.

Ezhari O. [10], avait réalisé l'anuscopie chez 82 % des malades porteurs de MH.

Coulibaly A. et al [69], avaient réalisé l'anuscopie chez 97,9 % des malades porteurs de MH.

La localisation la plus représentée était « postéro-latéral droit et antéro-latéral droit et latéral gauche » soit 29,28%.

Cette fréquence est inférieure à celle de :

Camara LS. [50], qui avait retrouvé que la localisation la plus représentée des paquets hémorroïdaires à l'anuscopie était « postéro-latéral droit et antéro-latéral droit et latéral gauche » dans 60,3% des cas.

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

- Les différents stades de la MHI dans notre étude.

Tableau XXX : Répartition par comparaison des différents stades de la MHI de notre série avec ceux d'autres séries de littératures.

Auteurs	Nombre de cas	Stade 1 (Effectifs/ %)	Stade 2 (Effectifs/%)	Stade 3 (Effectifs/%)	Stade 4 (Effectifs/%)
Ezhari O. [10]	130 (dont 91 cas de MHI)	(11)12,08%	(56)61,54%	(20)21,98%	(04)4,39%
Camara LS. [50]	73 (dont 33cas de MHI)	(04)5,5%	(05)6,8%	(09)12,3%	(15)20,6%
Coulibaly A. et al [70]	140(dont 76 cas de MHI)	(18)23,68%	(17)22,37%	(10)13,16%	(31)40,7%
Notre étude	140 (dont 89 cas de MHI)	(22)15,71%	(51)36,43%	(15)10,71%	(01)00,71%

La MHI a été classée stade II chez la majorité de nos patients 36,43%.

Ce résultat concorde au résultat trouvé par Ezhari O. [10] qui avait retrouvé en majorité le stade II dans (61,54%).

Tandis que dans les études de Camara LS. [50] et Coulibaly A. et al [69], avaient retrouvés en majorité le stade IV.

Cette différence pourrait être liée aux différents temps de consultation selon le stade de la maladie.

- La MH et d'autres pathologies proctologique associées

Dans notre étude d'autres pathologies proctologiques ont été associées à la maladie hémorroïdaire dont la plus représentée était la fissure anale soit (10%). L'association MHI-fistule et MHI-tumeur anale bénigne étaient toutes deux respectivement de 02,86% des cas.

Ces résultats sont proches de ceux retrouvé par :

Koulibaly A. [9], qui avait retrouvé que l'association MH et fissure anale a été la plus fréquente soit 9,3% des cas et l'association MH fistule était de 1,33% des cas.

Camara LS. [50] qui avait retrouvé que l'association MH et fissure anale a été la plus fréquente soit 8,2% des cas et l'association MH fistule était de 2,7% des cas

5.4.6 Traitement médical :

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

✚ Règles hygiéno-diététiques et régularisation du transit :

Dans notre étude les règles hygiéno-diététiques et la régularisation du transit ont été systématiquement instaurées chez 100% de nos patients.

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre notre résultat et celui d'Ezhari O. [10], qui était de 100%, (P=0,543).

✚ Traitement médicamenteux :

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

Dans notre série 97,86% (n=137), de nos patients ont reçu un traitement médicamenteux, dont :

80%(n=112) était une association de véinotoniques + antalgique + anesthésie locale.

75,71%(n=106) était une association de véinotoniques + antalgique + laxatifs + anesthésie locaux.

60%(n=84) était une association de véinotoniques + antalgique + laxatifs + anesthésie locaux + antiseptique locaux.

30% (n=42) était une association de véinotoniques + antalgique + laxatifs + anesthésie locaux + antiseptique locaux + anti-inflammatoire.

Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par :

Ezhari O. [10] :

104 patients (80%) ont reçu une association de phlébotoniques + les topiques locaux + laxatifs soit 72,1%(n=75),

12 patients (11,5%) ont reçu une association de phlébotoniques + médication locale + AINS + Laxatifs,

08 patients (7,7%) ont reçu une association AINS + médication locale + antalgiques.

Diarra.MH [68] : 22 malades ont été traités médicalement, les véinotoniques en suppositoire ont été donnés à tous ses patients 100%(n=22), laxatifs chez 91%(n=20), antalgiques chez 86,36% (n=19), anti-inflammatoires en suppositoire chez 81,81%(n=18).

Coulibaly A. [70] : 125 patients (89,28%) ont reçu un traitement médical consistant essentiellement en des changements de style de vie, des laxatifs, des anti-inflammatoires topiques, véinotoniques, AINS et analgésiques.

Traitement instrumental :

Dans notre étude 10 patients (07,14%) ont reçu un traitement instrumental et la ligature élastique a été la seule technique du traitement utilisée.

Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Ezhari O. [10], qui avait retrouvé que 25% (n=33) de ses patients ont reçu un traitement Instrumental par ligature élastique.

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

On retrouvait comme indication, chez nos patients ayant reçu le traitement instrumental, l'échec du traitement médicamenteux de la MHI stade <3, la MHI stade III associée à un saignement.

Ce résultat concorde avec celui rapporté dans la plupart des travaux à savoir : Ezhari O. [10], avait retrouvé que la ligature élastique a concerné 15% des hémorroïdes internes grade II (n=16/56), et 85% (n=17/20) des hémorroïdes internes grade III.

Fukuda A. et al [71], avait retrouvé que la ligature élastique a concerné 23% des hémorroïdes internes grade II (n=19), et 57% (n=47) des hémorroïdes internes grade III.

Traitement chirurgical :

Dans notre étude 12 patients (08,57%) ont reçu un traitement chirurgical.

L'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN et l'incision ou l'excision ont été les techniques chirurgicales les plus utilisées.

Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Ezhari O. [10], qui avait retrouvé que 16,1% (n=21) des patients ont reçu un traitement chirurgical, la technique de Milligan-Morgan et la thrombectomie simple ont été les plus utilisées.

Par contre elle est proche de celle de Coulibaly A. [70], qui avait retrouvé que le traitement chirurgical a concerné 10,71% des patients.

On retrouvait comme indication, chez nos patients ayant reçu le traitement chirurgical, échec du traitement médicamenteux de la THE, la MHI associée à la tumeur anale bénigne ou à l'abcès de la marge anale, et de la MHI stade IV.

Ce résultat concorde avec celui rapporté dans la plupart des travaux à savoir :

Diallo G. [6] et Ezhari O. [10] avaient tous deux retrouvé la MHI stade III+ IV, la MH associées à une fistule ou fissure anale ainsi que la THE et ses complications comme indications chirurgicales.

5.4.7 Evolution :

Au cours du traitement médicamenteux

118 patients (84,28%) ont évolué vers une suite favorable et 22 patients (15,71%) ont évolués vers des complications telles que la douleur et le saignement.

Ce résultat est inférieur à celui rapporté par Ezhari O. [10], qui avait retrouvé que 26 patients (20%) ont évolués vers des complications à savoir la douleur et saignement.

Au cours du traitement instrumental

08 patients (80%) ont évolué vers une suite favorable et 02 patients (20%) ont évolués vers des complications telles que la douleur et la rectorragie.

Ce résultat est inférieur à celui rapporté par :

Ezhari O. [10], qui avait retrouvé que 16 patients (48,5%) ont évolués vers des complications à savoir la douleur et saignement.

Bernal JC. et al [62], qui avait retrouvé que 38% des patients ont évolués vers des complications à savoir la douleur et saignement.

Au cours du traitement chirurgical,

Tous les 12 patients (100%) opérés, n'ont présenté aucune complication postopératoire immédiate ou tardive.

Koulibaly A. [9], avait retrouvé 12 cas de saignement comme complication postopératoire immédiate mais aucune complication postopératoire tardive.

Par contre ce résultat concorde avec celui rapporté par Ezhari O. [10], qui avait retrouvé que tous les malades opérés (selon la technique Milligan-Morgan, ainsi que l'hémorroïdectomie + fissurectomie et l'hémorroïdectomie + fistulectomie), n'ont présenté aucune complication postopératoire immédiate ou tardive.

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

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1 Conclusion :

La maladie hémorroïdaire est la pathologie la plus fréquente de l'anus. Dans notre série au service d'hépatogastroentérologie du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE elle avait une prédilection pour l'adulte jeune de sexe masculin.

Son diagnostic est basé sur l'interrogatoire et un examen physique.

Les possibilités thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire sont triples : médical, instrumental et chirurgical dont le choix est fonction des symptômes, l'état anatomique des hémorroïdes et le terrain, mais reste d'abord médical.

Le traitement doit consister à contrôler les manifestations cliniques tout en préservant les structures anatomiques nécessaires à la continence fine.

Les mesures hygiéno-diététiques font partie intégrante de la prise en charge de la maladie hémorroïdaire, doivent être mises en place quel que soit le stade de la maladie et peuvent suffire pour faire cesser des saignements.

La suite favorable était significativement retrouvée quel que soit le traitement médicamenteux, instrumental ou chirurgical néanmoins quelques complications sont possibles à savoir la douleur et les saignements.

6.2 Recommandations :

Au regard des résultats et au terme de notre étude sur la maladie hémorroïdaire, nous formulons les recommandations suivantes :

+ A la population et aux malades

- Avoir un bon régime hygiéno-diététique, pour éviter les facteurs de risque de la MH.
- Eviter les traitements traditionnels et l'automédication.
- La consultation précoce dans un centre de santé ou un service spécialisé pour tout inconfort anal avant les complications.
- La MH ne doit pas être considérée comme une maladie honteuse.

+ Au personnel médico-chirurgical

- Tout le corps médical doit être sensibilisé (notamment les médecins généralistes, les spécialistes) de la nécessité de réaliser un examen correct et complet dans des conditions favorables.
- Compléter les investigations notamment devant l'existence d'autres facteurs de risques et la pratique systématique du toucher rectal pour déceler une pathologie associée à la MH notamment les cancers ano-rectaux.
- La pratique de l'endoscopie digestive basse devant toute symptomatologie proctologique notamment une rectorragie et la recherche des autres causes non hémorroïdaires de toute rectorragie par un examen anorectoscopique.
- Une prise en charge rigoureuse de la MH en adaptant le traitement et la surveillance en fonction du stade évolutif de la maladie.
- Savoir guider le choix du traitement, connaître et maîtriser les différents traitements et leur complication.

+ Aux autorités politiques et sanitaires

- Le contrôle et la réglementation des publicités audio-visuelles des tradipraticiens afin de minimiser le retard lié à la prise en charge de cette pathologie.
- Pratiquer la C.C.C (communication pour le changement de comportement), afin d'informer la population sur le moindre détail à propos de la MH, et par conséquent de minimiser le retard lié à la prise en charge de cette pathologie.
- La formation du personnel pour une meilleure prise en charge.
- La dotation des centres spécialisés en matériel anorectoscopique pour étayer l'arsenal thérapeutique en vue de proposer une thérapeutique adéquate à chaque patient.

REFERENCES

REFERENCES

1. **Higuero T.** Traitement de la pathologie hémorroïdaire : les nouvelles recommandations. FMC-HGE: POST'U.2014 :1-11.
2. **Gayle MR.** Prospective randomized comparative study of bipolar versus direct current. Electro coagulation for treatment of bleeding internal haemorrhoids. Gastro Intest Endosc.1994; 40:403-410.
3. **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. Med Chir Dig.1993 ; 22(1):39-42.
4. **Klotz F.** Pathologie rectosigmoïdienne au Gabon. Afr Med Santé.1988 ; 23 :7-10.
5. **Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi G, Boua N, Camegopolice S, et al.** La pathologie anorectale à Bangui (RCA). Mali Med.2004 ; 2 :12-4.
6. **Diallo G, Sissoko F, Maïga MY, Traore AK dit Diop, Ongoïba M, Dembélé M, et al.** La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B du CHU point G. Mali Med.2003 ; 2 :9-11.
7. **Maïga MY, Traoré HA, Diallo G, Dembélé k, Kallé A, Dembélé M et al.** Etude épidémiologique de la maladie anale au Mali. Med Chir Dig.1995 ; 24 :269-270.
8. **Sangaré D.** Etude de la maladie hémorroïdaire interne dans le service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré (Thèse). Médecine : Bamako ; 2009. N°94.
9. **Koulibaly A.** Evaluation de la prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le service de chirurgie <<A>> au CHU du point G (Thèse). Médecine : Bamako; 2009. N°202.
10. **Ezhari O.** Profil épidémiologique, thérapeutique et Evolutif de la pathologie hémorroïdaire : Expérience du service de gastro-entérologie du CHU MED VI de Marrakech (Thèse). Médecine: Marrakech; 2020. 183p.
11. **Zeitoun JD, Chryssostalis A, Lefevre J.** Hépatologie gastrologie entérologie chirurgie viscérale.6^oéd. Paris : Vernazobres-Gregg ; 2020.
12. **Zemmouchi S, Ouldgougam R, Lounes F, Benmaouche N, Chikhi Y, Cheraitia S et al.** La pathologie proctologique commune. J Alger Gastro. 2019 ; (18) :10-24.
13. **Kassambara Y.** Aspects étiologiques de la rectorragie au centre d'endoscopie digestive du CHU GT (Thèse). Médecine : Bamako ; 2012.50p.
14. **Diarra M, Konaté A, Souckho A Épouse Kaya, Kassambara Y, Tounkara M, Sangaré D, et al.** La Maladie hémorroïdaire interne au centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré de Bamako. Mali Med. 2015; 30(3):38-41.

15. **Dixon MR, Stamos MJ, Grant SR, Kumar RR, Ko CY, Williams RA, et al.** Stapled hemorrhoidectomy a rev of our early experience. *Am Sur.*2003; 69(10): 862-5.
16. **Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D.** Recommandations, pour le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastro enterol Clin Biol.* 2001 ; 25 :674-702.
17. **Higuero T.** Prise en charge de la maladie hémorroïdaire : recommandations européennes. *FMC-HGE : POST'U.* 2021 :55-62.
18. **Dalibon P.** La maladie hémorroïdaire : pratique conseil. *Actual pharm.* 2019; (584): 46-50.
19. **Aigner F, Gruber H, Conrad F, Eder J, Wedel T, Zelger B, et al.** Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. *Int J Colorectal Dis.* 2009; 24:105-1013.
20. **Han W, Wang ZJ, Zhao B, Yang XQ, Wang D, Wang JP, et al.** Pathologic change of elastic fibers with difference of micovessel density and expression of angiogenesis-related proteins in internal hemorrhoid tissues. *Zhonghua Weichang Waike Zazhi.* 2005; 8:56-9.
21. **Loder BP, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK.** Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg.* 1994 ; 81 :946-954.
22. **Siproudhis L, Panis Y, Bigard MA.** *Traité des maladies de l'an us et du rectum.* Paris: Elsevier-Masson; 2006.
23. **Vogel JD, Eskicioglu C, Weiser MR, Feingold DL, Steele SR.** The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Colon Cancer. *Dis Colon Rectum.*2017 ; 60(10) :999-1017.
24. **Siproudhis L, Desfourneaux V.** Prolapsus rectal. *FMC-HGE : POST'U.* 2016 :119-26.
25. **Sarles JC, Cope R.** *Abrégé de proctologie.* Masson; 1990.
26. **Pigot F, Siproudhis L, Bigard MA, Staumont G.** Ano-rectal complaints in general practitioner visits: consumer point of view. *Gastro enterol Clin Biol.* 2006; 30: 1371–4.
27. **Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, Damon H, Soudan D, Bigard MA.** Defecation Disorders: a French Population Survey. *Dis Colon rectum.* 2006; 49:219–27.
28. **Alonsocoello P, Guyatt G, Heelsandsell D, Johanson JF, Lopezyar to M, Mills E, et al.** Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (4):CD004649.
29. **Bontemps F.** *Le conseil à l'officine dans la poche.* 7^oéd. Paris: Pro Officina; 2012.

30. **Jiang Z, Tang W, Cao J.** Double-blind randomized clinical trial in evaluating the efficacy and safety of rectum mucosa protector in the treatment of acute hemorrhoids. *Chin J Surg.* 2001 ; 39 : 53-5.
31. **Higuero T.** Prise en charge de la crise hémorroïdaire. *Preuves et pratiques.* 2017; (78):14-20.
32. **Yuksel BC, Armagan H, Berkem H, Yildiz Y, Ozel H, Hengirmen S.** Conservative management of hemorrhoids: a comparison of venotonic flavonoid micronized purified flavonoid fraction (MPFF) and sclerotherapy. *Surg Today.* 2008; 38(2):123-9.
33. **Kaman L, Aggarwal S, Kumar R, Behera A, Katariya RN.** Necrotizing fasciitis after injection sclerotherapy for hemorrhoids: report of a case. *Dis Colon Rectum.* 1999 ; 42(3) :419-20.
34. **Cocorullo G, Tutino R, Falco N, Licari L, Orlando G, Fontana T, et al.** The non-surgical management for hemorrhoidal disease. A systematic review. *G Chir.* 2017 ; 38(1) :5-14.
35. **Staumont G, Gorez E, Soduca JM.** Traitements instrumentaux de la pathologie hémorroïdaire. *Presse Med.* 2011; 40(10): 931–940.
36. **Pucher PH, Sodergren MH, Lord AC, Darzi D, Ziprin P.** Clinical outcome following Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2013; 15(6):284-94.
37. **Faucheron JL, Voirin D, Abba J.** Rectal perforation with life-threatening peritonitis following stapled haemorrhoidopexy. *Br J Surg.* 2012; 99(6):746-53.
38. **Benkhaled S.** Les Hémorroïdes : Information médicale continue disponible l'URL:https://www.docvadis.fr/files/all/SO0YfkSymZ_cXYxpcC5gvg/les_hmorro dès les hémorroïdes.pdf
39. **Pillant-Le Moul H, Aubert M, De Parades V.** Traitement chirurgical « classique » des hémorroïdes. *J Chirur Viscérale.* 2015; 152(2): S3–S9
40. **Nguyen V, Jarry J, Imperato M, Farthouat P, Michel P, Faucheron JL.** Expérience d'un centre français dans le traitement des hémorroïdes par HAL Doppler. *J Chirur Viscérale.* 2012 ;149(6) :467–472.
41. **Dembélé K.** Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali (Thèse). *Médecine : Bamako* ; 1993. N°37.
42. **Bougouma A, Drabo YJ, Serme AK, Zoungrana SL, Somblie AR, Ilboudo PD, et al.** STATISTIQUES HOSPITALIÈRES : Analyse des résultats de 1221 coloscopies en milieu hospitalier au Burkina Faso de 1994-1997. *Bull SocPathol. Exot,* 2002; 95(1): 50-2.
43. **Hyams L, Philpo T.** An epidemiological investigation of haemorrhoids. *Ann jr protol.* 1989 ; 21 : 177-193.

44. **Denis J, Lemarchand N.** Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques des troubles hémorroïdaires de l'adulte. Arch fra pp dig. 1976; 8: 530-537.
45. **Johanson JF, Sonnenberg A.** The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation an epidemiologic study. Gastr enterology. 1990; 98: 380-6.
46. **Madoff RD, Fleshman JW.** American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology. 2004; 126(5):1463-73.
47. **Schafer H, Tolksdorf S, Vivaldi C.** Radiofrequenzablation (Rafaelo®-Prozedur) zur Therapie von prolabierenden Hämorrhoiden III°. Colo proctology. 2018; 40(3): 204–210.
48. **Ray-Offor E, Amadi S.** Hemorrhoidal disease: Predilection sites, pattern of presentation, and treatment. Ann Afr Med. 2019; 18(1): 12-6.
49. **Reboa G, Gipponi M, Fregatti P, Depaoli F.** Integrated Treatment with Stapled Haemorrhoidopexy and Proctonorm® of Haemorrhoidal Disease. In Vivo. Italy. 2019 ; 33(5) : 1671–5.
50. **Camara LS.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CSRef Commune I (Thèse). Médecine : Bamako ; 2013. N°238.
51. **Mariko H.** Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas (Thèse). Médecine : Bamako ; 2003. N°67.
52. **Kouadio GK, Kouao JA, Kouadio KN, Turquin HT.** Expérience de l'hémorroïdectomie selon Milligan-Morgan en Côte d'ivoire. Med Afr Noire. 2004; 51(7): 385-8.
53. **Ratto C, Campenni P, Papeo F, Donisi L, Litta F, Parello A.** Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) for hemorrhoidal disease: a single-center study on 1000 consecutive cases and a review of the literature. Techniques in Coloproctology. 2017 ; 21(12) : 953-962. 1123-6337.
54. **Fernandez FA, Saenz EV, Esparza JP, Magro PM, Aguirre JP, Rosales JM, et al.** Hemorrhoidal Disease in Specialty Medical Disease. Rev Gastroenterol Mex. 2006; 71(4): 428-432.
55. **Ng KH, Ho KS, Ooi BS, Desaveur CL, Kilowatt E.** Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operation. Br J Surg. 2006 ; 93 : 226-230.
56. **Dembélé IA.** Etude des facteurs de risque de la maladie hémorroïdaire dans le centre d'endoscopie digestive du service de Médecine Interne du CHU Point G (Thèse). Médecine : Bamako ; 2009. N° 307.
57. **Hrora A, Raiss M, Menfaa M, Sabbah F, Ahallat M, Al baroudi S, et al.** Hémorroïdectomie selon la technique de Milligan et Morgan (à propos de 200 cas). Maroc Med. 2002 ; 24 : 8-10.
58. **Dicko ML.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie général du CHU Gabriel Touré (Thèse). Médecine: Bamako; 2007. N°155.

59. **Pigot F, Siproudhis L, Allarert FA.** Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005; 29(12): 1270-4.
60. **Sigrid S.** Results of hemorrhoidectomy according to milligan a follow-up study 100 patients. *Acta chir scand.* 1980 ; 124 : 444-453.
61. **Dembélé K.** Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali (Thèse). Médecine: Bamako; 1994. N°37.
62. **Bernal JC, Enguix M, Lopez Garcia J, Garcia Romero J, Trullenque Peris R.** Rubber-band ligation for hemorrhoids in a colorectal unit, a prospective study. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97(1): 38-45.
63. **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. *Clin Hepatol Gastroenterology.* 2007 ; 5(2) : 197-200.
64. **Soullard J.** Les hémorroïdes existent-elles ?. *Rev Proct.* 1981 ; 16 :79-91.
65. **Semega C.** La maladie hémorroïdaire, aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 92 cas dans le service de chirurgie « A » au CHU du point G (Thèse). Médecine : Bamako ; 1997 ; N°2.
66. **Brondel H, Gondeau M.** Facteurs prédisposant liés à l'hérédité et à la profession dans la maladie hémorroïdaire. *Arch fr mal app dig.* 1976; 65: 541-550.
67. **Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips KS.** Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg.* 1994 ; 81 : 946-954.
68. **Diarra MH.** Perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire en Commune I du District de Bamako (Thèse). Santé publique, chirurgie : Bamako ; 2018. N° 136.
69. **Coulibaly A, Kafando R, Somda KS, Doamba C, Koura M, Somé CC, et al.** The Haemorrhoids' Pathology: Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Evolutionary Aspects. *Open J of Gastr enterology.* 2016 ; 6 : 343-352 .2163-9469.
70. **Coulibaly A.** Hémorroïdes et sexualité au service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE a propos de 95 cas. Mali 2003, BAMAKO.
71. **Akihisa F, Toru K, Hiroaki A, Hiroyuki K, Hitoshi S, Masahiko S, et al.** Retroflexed endoscopic multiple band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Gastrointestinal Endoscopy.*2004;5

ICONOGRAPHIE

ICONOGRAPHIE DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE DANS LE SERVICE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE



Figure 47 : Thrombose hémorroïdaire interne au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 48 : Vue d'ensemble du matériel d'anuscopique du service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré (Photo Adéoti A.)



Figure 49 : Prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 50 : Thrombose hémorroïdaire externe au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 51 : Prolapsus hémorroïdaire + Fissure anale au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 52 : Fissure anale postérieur + Fissure anale chronique avec marisque sentinelle au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)

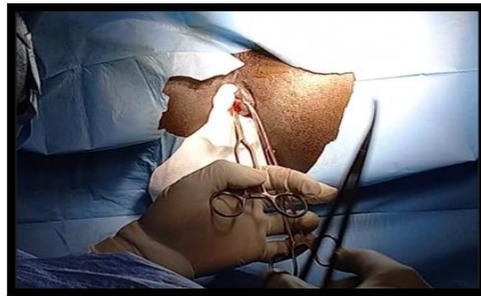


Figure 53 : Début du geste d'incision consistant en une ouverture de la tuméfaction au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 54 : Le geste d'excision consistant en une exérèse cutanée puis du caillot avec le sac thrombotique au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 55 : Vue du caillot excisé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 56 : Prolapsus hémorroïdaire à l'inspection de la marge anale au poussé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)

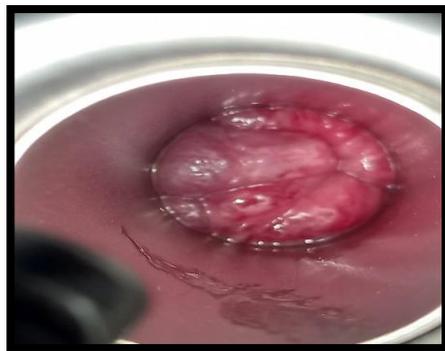


Figure 57 : Vue des paquets hémorroïdaires congestifs à travers l'anuscope au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 58 : Vue du paquet hémorroïdaire aspiré + mise en place d'un élastique à sa base à travers l'anuscope

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : N°

QUESTIONNAIRE

Lieu de recueil : (1=oui, 2=non) Hospitalisation __/ Externe __/

Identifications :

Nom: _____/ Prénom : _____/

Age (ans): _____/ Ethnie : _____/

Sexe : /_____/ Profession : _____/

Adresse : _____/ Numéro de Tel : _____/

Résidence : _____/

Statut matrimonial : /-----/ 1 : célibataire ; 2 : marié ; 3 : divorcé

Motif de consultation :

Mode de vie : 1 = oui ; 2 = non

Thé : /-----/ ; Café : /-----/ ; Alcool : /-----/ ; Tabac : /-----/ ; Épice : /-----/

Légume : /-----/ ; Sédentarité : /-----/ ; Métier impliquant la prise de charge
lourde : /-----/ Sport (cyclisme) : /-----/

Facteurs prédisposants et déclenchants : 1 = oui ; 2 = non

Constipation : /-----/ ; Diarrhée : /-----/ ; Alternance diarrhée-constipation : /-----/

Notion de maladie hémorroïdaire dans la famille : /-----/ ; Tumeur : /-----/ ;

Ascite : /-----/ ; Grossesse : /-----/

Examen clinique :

Interrogatoire : 1 = oui ; 2 = non

Etat Général :

Conservé : /-----/ ; Altéré : /-----/ ; Agitation : /-----/ ; Confusion : /-----/ Pâleur : /-----/

Constantes :

Température: /____ °C/, Pression Artériel: /____ mmhg/, Fréquence
cardiaque: /____ pull/min/, Fréquence respiratoire: /-----/ ; Poids: /__kg/ ;

Taille: /____ cm/ IMC: /____ kg/m²/

Stade OMS: I: /-----/, II: /-----/, III: /-----/, IV: /-----/ ;

Signes Fonctionnels : 1 = oui ; 2 = non

Saignements de sang rouge vif rythmés par la défécation : /-----/ ;

Douleur anale : /-----/ ; Prolapsus ou Procidence hémorroïdaire : /-----/ ; Prurit
anal : /-----/ ; Pesanteur anale : /-----/ ;

Suintement glaireux et/ou perte de mucus : /-----/

Examen Physique : 1 = oui ; 2 = non ; 3 = bonne ; 4 = mauvaise

Inspection : Procidence: /----/ ; Marisques:/----/ ; Thromboses externes:/----/ ; Fissure anale:/----/ ; Trouble de la statique rectale:/----/ ; Abscès anal:/----/ ; Fistule anale:/----/ ; Mycose inter fessière:/----/

Palpation : Sensibilité:/----/ ; Tuméfaction:/----/ ; Induration:/----/ ; Toucher ano-rectal : Tonicité sphinctérienne:/----/ ; Masse intra canalaire:/----/ ; Douleur localisée:/----/ ; Authentifier le saignement au doigtier:/---- /

Anuscopie : Paquets hémorroïdaires:/----/ ; Stade 1 de la maladie hémorroïdaire:/----/ ; Stade 2 de la maladie hémorroïdaire:/----/ ; Stade 3 de la maladie hémorroïdaire:/----/ ; Stade 4 de la maladie hémorroïdaire:/----/ ; Thrombose hémorroïdaire externe:/----/ ; Formes associées:/-----
-----/

Localisation des paquets hémorroïdaires:/-----
-----/

Examens Paracliniques :

Biologie : NFS : /----/ ; Groupage Rhésus:/----/

Morphologique : Recto-sigmoïdoscopie:/----/

Traitement : 1 = oui ; 2 = non

Médical : Règles hygiéno-diététiques:/----/ ; Régularisation du transit:/----/ ;

Voie Générale : Véinotoniques:/----/ ; Antalgiques:/----/ ; Anti-inflammatoires:/----/ ; Anti-hémorroïdaires:/----/ ; Corticostéroïdes:/----/ ; Laxatifs:/----/

Voie locale : Phlébotoniques:/----/ ; Anti-inflammatoires:/----/ ; Antiseptiques:/----/ ; Anesthésiques locaux /----/ ; Antispasmodiques:/----/ ; Anticoagulants:/----/

Instrumental : Injection sclérosante:/----/ ; Photo coagulation à l'infrarouge (PCI) :/----/

Ligature élastique:/----/ ; Cryothérapie:/----/ ; Electrocoagulation:/----/

Chirurgical : Hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN:/----/

Hémorroïdectomie pédiculaire fermée de FERGUSON:/----/ ;

Hémorroïdopexie selon Longo:/----/ ; Ligature sous contrôle doppler:/----/

Incision ou excision des thromboses hémorroïdaires externes:/----/

Évolution : 1 = oui ; 2 = non

Favorable:/----/ ; Complications:/---- /Si complication oui préciser les quelles : --

Durée du traitement : _____/

Fiche signalétique

Nom : ADÉOTI

Prénom : Abdel Izzdine

Adresse : Tel : (00223) 70 02 56 02

E-mail : izzdineade14@gmail.com

Nationalité : Béninoise

Titre de la thèse : Prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

Année académique : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Bénin

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali (FMOS)

Secteur d'intérêt : Maladie hémorroïdaire, aspects thérapeutiques et évolutif, Hépatogastro-entérologie, Santé publique.

Résumé

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

But : Evaluer la prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalière universitaire GABRIEL TOURE.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude longitudinale, analytique à visée descriptive avec recueil prospectif des données d'un an allant du 1^{er} Septembre 2021 au 31 Aout 2022 qui s'est déroulé dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalière universitaire GABRIEL TOURE.

Résultats : Nous avons colligé 140 patients présentant une maladie hémorroïdaire (MH) sur 2800 patients vus en consultation ou hospitalisés dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE soit une fréquence de 05%. Sur les 2800 patients 600 avaient une pathologie proctologique dont 140 patients présentant une maladie hémorroïdaire soit une fréquence de 23,33%.

Le sexe masculin représentait 62,86% de nos patients avec un sex-ratio de 1,69. L'âge moyen de nos patients était de 35,21±12,45ans avec des extrêmes de 15 et 76 ans. La tranche d'âge [26-35ans] était plus représentée soit 35,72 %. Le motif de consultation le plus enregistré dans notre étude était la douleur anale (53,57%). Dans notre étude les règles hygiéno-diététiques et la régularisation du transit ont été systématiquement instaurées chez tous nos patients (100%). Dans notre série 97,86%, de nos patients ont reçu un traitement médicamenteux, dont 80% était une association de véinotoniques + antalgique + anesthésie locaux, au cours

duquel 118 patients (84,29%) ont eu une évolution favorable et 22 (15,71%) ont évolués vers des complications à savoir la douleur et le saignement. Dix patients (07,14%) ont reçu un traitement instrumental et la ligature élastique a été la seule technique utilisée, au cours duquel 08 patients (80%) ont évolués favorablement et 02 patients (20%) ont évolués vers des complications à savoir la douleur, la rectorragie. Douze patients (08,57%) ont reçu un traitement chirurgical et l'incision ou l'excision représentait 05% du traitement chirurgical et l'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN (03,57%), au cours desquels tous les patients (100%) opérés, n'ont présenté aucune complication postopératoire immédiate ou tardive. La suite favorable était significativement associée à la MHI quel que soit le stade, avancé ≥ 3 ou pas et qu'elle soit associée à d'autre pathologie proctologique ou pas ($P = 0,0000023$ et $P = 0,018$). Quel que soit également le type de traitement, la suite favorable était significativement associée avec ($p=0,037$).

La durée moyenne du traitement médical de nos patients était de $27,58 \pm 07,81$ jours avec des extrêmes de 07 et 60 jours. La tranche de la durée du traitement médical [15 - 30]jours était la plus représentée soit 45,72%.

Conclusion : La maladie hémorroïdaire est une pathologie fréquente. La douleur anale a été le signe fonctionnel le plus fréquent soit 79,29%, suivie de prurit anal soit 47,86%. Le traitement de 1^{ère} intention a été médical +/- instrumental. Un lien significatif a été retrouvé entre l'évolution et le traitement reçu ($p=0,037$). Il n'y avait pas de différence significative entre l'évolution et la durée du traitement, avec un risque relatif de 0,890. La chirurgie doit être en dernier recours.

Mots- clés : Aspect thérapeutique, Maladie hémorroïdaire, CHU GABRIEL TOURE.

Identification sheet

Last name: ADÉOTI **First name:** Abdel Izzdine

Address: Tel: (00223) 70 02 56 02 **E-mail:** izzdineade14@gmail.com

Nationality: Beninese

Thesis title: Management of haemorrhoidal disease in the hepato-gastroenterology department of CHU Gabriel Touré.

Academic year: 2022-2023

City of defense: Bamako

Country of origin: Benin

Depository: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Mali (FMOS)

Focus area: Hemorrhoidal disease, therapeutic and evolutionary aspects, Hepato-Gastroenterology, Public Health.

Abstract

Introduction: Hemorrhoidal disease is the most common anal disorder, with intermittent symptoms. These manifestations are not specific, and require rigorous management, with treatment and monitoring adapted to the stage of the disease.

Purpose: To evaluate the management of hemorrhoidal disease in the hepato-gastroenterology department of the GABRIEL TOURE university hospital.

Methodology: This was a longitudinal, analytical, descriptive study with prospective data collection over a one-year period from September 1, 2021 to August 31, 2022, which took place in the hepato-gastroenterology department of the GABRIEL TOURE University Hospital.

Results: We identified 140 patients with hemorrhoidal disease (HD) out of 2,800 seen in consultation or hospitalized in the hepato-gastroenterology department of the GABRIEL TOURE University Hospital, i.e. a frequency of 05%. Of the 2,800 patients, 600 had a proctological pathology, including 140 with haemorrhoidal disease, i.e. a frequency of 23.33%. Males accounted for 62.86% of our patients, with a sex ratio of 1.69. The mean age of our patients was 35.21 ± 12.45 years, with extremes of 15 and 76 years. The age group [26-35] was the most represented, at 35.72%. The most common reason for consultation in our study was anal pain (53.57%). In our study, all patients (100%) were systematically treated with dietary hygiene and transit regulation. In our series 97.86% of our patients received medical treatment, 80% of which was a combination of venotonics + analgesics + local anaesthesia, during which 118 patients (84.29%) had a favourable outcome and 22 (15.71%) developed complications, namely pain and bleeding. Ten patients (07.14%) received instrumental treatment and elastic ligation was the only technique used, during which 08 patients (80%) progressed favorably and 02 patients (20%) developed complications, namely pain, rectorrhagia. Twelve patients (08.57%) received surgical treatment, with incision

or excision accounting for 05% of surgical treatment, and MILLIGAN and MORGAN open pedicle hemorrhoidectomy (03.57%), in which all patients (100%) operated on, had no immediate or late postoperative complications. Favourable follow-up was significantly associated with MHI irrespective of stage, advanced ≥ 3 or not, and whether it was associated with other proctological pathology or not ($P = 0.0000023$ and $P = 0.018$). Regardless of the type of treatment, favorable outcome was significantly associated with ($p=0.037$).

The mean duration of medical treatment for our patients was 27.58 ± 07.81 days, with extremes of 07 and 60 days. The range of duration of medical treatment [15 - 30]days was the most represented, at 45.72%.

Conclusion: Hemorrhoidal disease is a frequent pathology. Anal pain was the most frequent functional sign (79.29%), followed by anal pruritus (47.86%). The treatment of 1st intention was medical +/- instrumental. A significant relationship was found between evolution and treatment received ($p=0.037$). There was no significant difference between outcome and duration of treatment, with a relative risk of 0.890. Surgery should be used as a last resort.

Key words: Therapeutic aspect, Hemorrhoidal disease, GABRIEL TOURE University Hospital.

Consentement de participation à une étude de thèse de médecine

IDENTIFICATION

Nom de l'étude : Prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

Etudiant-chercheur responsable de l'étude : ADÉOTI Abdel Izzdine

Contact : 70 02 56 02 **Email :** izzdineade14@gmail.com

INTRODUCTION

Vous êtes invité à prendre part à la présente étude de recherche entrant dans le cadre d'une thèse de Doctorat en médecine de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'université de Bamako (MALI).

Nous tenons à ce que vous ayez connaissance des points suivants :

- + La participation à cette étude de recherche est entièrement volontaire.
 - + Vous pouvez choisir de ne pas y participer ou vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment ; dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits.
 - + Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante.
 - + Il se peut que votre participation ne vous procure aucun avantage financier.
- La recherche peut nous apporter des connaissances nous permettant de vous aider et aider d'autres personnes dans l'avenir.

BUT GENERAL

Le but de cette étude est d'étudier les aspects thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalière universitaire GABRIEL TOURE. Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse de Doctorat en médecine réalisé sous la direction du **Pr DEMBELE Bakary Tientigui; Pr DOUMBIA Kadiatou ; Pr DICKO Moussa Y ; Pr SANOGO Deborah Sanra** de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'USTTB.

PROCEDURE (S) OU TACHES DEMANDEES AU PARTICIPANT

Un questionnaire vous sera soumis sur votre maladie et sur vos antécédents personnels et familiaux entre autre.

RISQUES ET AVANTAGES

- + Lors du remplissage du questionnaire vous pouvez vous sentir mal à l'aise en raison de la difficulté de partager des renseignements personnels sur vos antécédents.
- + Votre participation à cette étude peut ne pas vous procurer un avantage direct, mais peut nous permettre d'acquérir des informations susceptibles de nous aider à notre étude de recherche.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITE

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seul le responsable de l'étude et ses directeurs de recherche auront accès aux données de cette étude. Le matériel de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par l'étudiant chercheur responsable de l'étude

COMPENSATION FINANCIERE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au moment opportun. Ce travail est effectué dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine.

DES QUESTIONS SUR L'ETUDE ET SUR VOS DROITS

Vous pouvez contacter l'étudiant-chercheur responsable de l'étude au numéro : 70 02 56 02 ou par e-mail : izzdineade14@gmail.com pour des questions additionnelles.

REMERCIEMENT

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier par avance.

SIGNATURES

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement libre et éclairé et consens volontairement à participer à cette étude de recherche. Je reconnais aussi que le responsable de l'étude a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable de l'étude

Signature du participant : _____ Date : _____

Signature du Témoin : _____ Date : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques de l'étude à avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure !