

MINISTÈRE 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



FACULTE DE MEDECINE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



FMOS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N° -----/

MEMOIRE

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

Présenté et soutenu publiquement le 27/03/2024 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Dr Mariam Gnécourou KOUMARE

Pour obtenir le grade de Hépatogastro-entérologue

Jury

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

Membre du jury : Monsieur TRAORE Amadou (*Maître de conférences agrégé*)

Co-Directrice de mémoire : Madame SAMAKE Kadiatou DOUMBIA (*Maître de conférences agrégé*)

Directeur de mémoire : Monsieur DIARRA Moussa Tiemoko (*Professeur*)

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail,

- **À Allah Soubahana WatAllah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux, créateur des cieux et de la terre.**

Ce travail est vôtre car rien ne saurait se faire sans votre accompagnement infailible. Que votre volonté s'accomplisse. Merci pour tout !

- **À mon père : Nango KOUMARÉ,**

Tu es mon champion. Avec amour et rigueur, avec responsabilité et dévouement, tu as fait de nous, ce que nous sommes aujourd'hui. Sans être riche, tu as su te priver de tes loisirs et plaisirs, travaillant souvent sous le vent et sous le soleil, sous la pluie et au risque de ta santé pour que nous ne manquons de rien. Je ne te l'ai pas assez souvent dit mais je suis fière de toi. Qu'Allah le miséricordieux t'accorde une longue vie et une bonne santé.

- **À ma mère : Chata DIALLO,**

Le seul fait d'évoquer ton nom me donne la chair de poule. Que de nuits blanches passées à nos cheveux pour qu'enfin soit ce jour si important pour moi. Dieu sait que tu t'es battue, investie, sacrifiée et as tout supporté pour notre réussite. La femme que je suis devenue aujourd'hui comprend enfin pourquoi tu étais la première à te lever et la dernière à te coucher. Je comprends mieux pourquoi toutes ces interminables prières nocturnes. Les formulations adéquates me manquent pour t'exprimer mes sentiments et toute ma gratitude. Sans tes sacrifices, nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Tu es mon modèle, celle qui m'inspire. Je suis tellement fière de toi si tu savais.

Qu'Allah le tout puissant t'accorde une longue vie, une bonne santé, la prospérité et la joie de vivre.

▪ **À mon tendre et cher époux Benogo FOFANA,**

Ce travail est le tien. Je te l'ai souvent dit et je voudrais te le répéter ici : tu es ma fierté. En aucun moment tu ne t'es plaint de mes absences prolongées et ni des nuits de garde hors du foyer pendant toute la durée de ma formation et jours après jours tu m'as soutenue de façon constante et multiforme. A vie, je t'en serai reconnaissante. Que Dieu nous garde unis pour toujours afin que nous élevions avec amour et tendresse nos enfants Hawa K SISSOKO, Nènè B Fofana et surement leurs frères qui naitront ultérieurement dans notre chaleureux foyer. A ces enfants, ce travail est également dédié.

▪ **À mes frères, sœurs et à leurs conjoints**

- Adama K KOUMARE et son épouse : « seule le silence est grand, tout le reste est faiblesse » Que Dieu vous bénisse ainsi que toute votre famille
- Boubacar G KOUMARE et famille, Seydou D KOUMARE et famille, Youssouf KOUMARE et famille, feu Issiaka M KOUMARE et famille, N'gnia Aminata KOUMARE et famille, Fatoumata N KOUMARE et famille, Magnine N KOUMARE et famille

Vous êtes ce que j'ai de plus précieux dans la vie. Chacun de vous, de vos conjoints et enfants avez contribué chacun de façon spéciale et très particulière à la réussite de ce travail que je vous dédie. Nous sommes une famille et la nôtre est sacrée. Restons unis à jamais comme cette tragédie (la mort de notre aimé frère Issiaka) nous l'a imposé le 03 février 2021.

▪ **Aux anonymes :**

Nombreux, de façon désintéressée, sans rien attendre de moi en retour, vous m'avez aidé. Au risque d'en oublier tellement vous êtes nombreux et avez tenu à rester anonymes, je vous dédie également ce travail. Soyez heureux et que Dieu vous rétribue tout au centuple. Je ne regrette pas de vous avoir connu.

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 tout le corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie, merci pour la qualité de la formation que vous nous m'avez donnée et poursuivez.
- Sincères remerciements et grande reconnaissance à nos chers maitres **Pr Moussa Y Maiga, Pr Moussa Diarra, Pr Anselme Konaté, Pr Doumbia Kadiatou Epouse Samaké, Pr Sow Hourouma Epouse Coulibaly, Pr Sanogo Deborah Epouse Sidibé, Pr Moussa Dicko et Pr Makan siré Tounkara.**
- À tout le personnel du service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré merci pour votre franche collaboration.
- À tous mes aînés et particulièrement **Dr Ismael COULIBALY**, merci pour tout l'enseignement reçu.
- À toute la 9^e promotion du numerus clausus, merci pour le soutien inconditionnel.
- Mes sincères remerciements aux familles **KOUMARÉ** et **DIALLO** à Sikasso, **FOFANA** à Sikasso, Sevaré, Abidjan et France, **MARIKO** à Bamako et Bougouni.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY DE MÉMOIRE

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 pour tout cet accompagnement et acceptez 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 MÉMOIRE

Professeur TRAORE Amadou

✿ Médecin colonel à la Direction Centrale des Services de Santé des Armées (DCSSA) ;

✿ Maître de conférences agrégé à la FMOS ;

✿ Spécialiste en chirurgie générale ;

✿ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;

✿ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).

Cher maître,

Pour le grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous vous sommes reconnaissants. 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 en 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-DIRECTRICE DE MÉMOIRE

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,

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 ce travail 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.

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

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE MÉMOIRE

Professeur DIARRA Moussa Tiémoko

- ✿ **Professeur titulaire en Hépato-Gastro-Entérologie à la FMOS ;**
- ✿ **Chef de service d'Hépato-Gastro-Entérologie au CHU GT ;**
- ✿ **Président de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif;**
- ✿ **Membre de la Société Africaine d'Hépato-Gastro-Entérologie ;**
- ✿ **Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive ;**
- ✿ **Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie ;**
- ✿ **Membre du Collège Ouest Africain des Médecins**

Honorable maître,

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance. Votre rigueur scientifique et votre culture multidisciplinaire font de vous un maître hors pair. Votre capacité d'analyse bien aiguisée et vos précieuses recommandations ont permis d'améliorer ce travail.

Vos valeurs humaines telles que la simplicité, 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'Etudes Spécialisées

DIU = Diplôme Inter Universitaire

ENI = Ecole Nationale d'Ingénieur

FMOS = Faculté de Médecine et d'OdontoStomatologie

GT = Gabriel Touré

HE = Hémorroïdes Externes

HGE = Hépto-Gastro-Entérologie

HI = Hémorroïdes Internes

IMC = Indice de Masse Corporel

IST = Infections Sexuellement Transmissibles

LAH = Ligature sous contrôle doppler des Artères Hémorroïdales

LE = Ligature Elastique

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 valu

PAF = Polypose Adenomateuse Familiale

PCI = Photo Coagulation à l'Infrarouge

RCA = République Centre Africaine

RR = Risque Relatif

USTTB = Université des Sciences de Techniques et des Technologies de
Bamako

Z = Constante à intervalle de confiance

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon les activités socio-professionnelles.	14
Tableau II : Répartition des patients selon le motif de consultation.	15
Tableau III : Répartition des patients selon le mode de vie et l'habitude alimentaire.	15
Tableau IV : Répartition des patients selon les facteurs de risque.	16
Tableau V : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.	16
Tableau VI : Répartition des patients selon le résultat à l'inspection de l'examen proctologique.	17
Tableau VII : Répartition des patients selon le résultat au toucher ano rectal.	17
Tableau VIII : Répartition des patients selon le type de la MH isolée.	19
Tableau IX : Répartition des patients selon le stade de la MHI.	19
Tableau X : Répartition des patients selon l'association de la MH et d'autres pathologies proctologiques.	20
Tableau XI : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par voie générale.	21
Tableau XII : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par voie locale.	21
Tableau XIII : Répartition des patients selon les indications au traitement instrumental.	22
Tableau XIV : Répartition des patients selon la durée du traitement médical.	22
Tableau XV : Répartition des patients selon les indications au traitement chirurgical.	23
Tableau XVI : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et les signes fonctionnel.	24
Tableau XVII : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.	25
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la relation entre le mode de vie/habitude alimentaire et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.	26
Tableau XIX : Répartition des patients selon la relation entre le traitement et le siège de la MH + pathologies proctologiques associées.	27
Tableau XX : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et les stades de la MHI.	28
Tableau XXI : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.	28
Tableau XXII : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et le traitement reçu.	29
Tableau XXIII : Répartition des patients selon la relation entre l'évolution et la durée du traitement.	29

Tableau XXIV : Répartition par âge dans notre série en comparaison avec quelques séries de la littérature..... 32

Tableau XXV : Répartition par comparaison des différents stades de la MHI de notre série avec ceux d'autres séries de littératures..... 36

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	13
Figure 2: Répartition des patients selon le sexe.	14
Figure 3 : Répartition des patients selon la localisation des paquets hémorroïdaires	18
Figure 4 : Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.....	20
Figure 5 : Thrombose hémorroïdaire interne au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	49
Figure 6 : Vue d'ensemble du matériel d'anuscopique du service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré (Photo Adéoti A.).....	49
Figure 7 : Prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	49
Figure 8 : Thrombose hémorroïdaire externe au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	49
Figure 9 : Prolapsus hémorroïdaire + Fissure anale au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	49
Figure 10 : Fissure anale postérieur + Fissure anale chronique avec marisque sentinelle au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)	50
Figure 11 : Début du geste d'incision consistant en une ouverture de la tuméfaction au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	50
Figure 12 : 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.)	50
Figure 13 : Vue du caillot excisé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	50
Figure 14 : Prolapsus hémorroïdaire à l'inspection de la marge anale à l'effort de poussé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	50
Figure 15 : Vue des paquets hémorroïdaires congestifs à travers l'anuscopie au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.).....	51
Figure 16 : Vue du paquet hémorroïdaire aspiré + mise en place d'un élastique à sa base à travers l'anuscopie.....	51

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
☞ Objectif général :	4
☞ Objectifs spécifiques :	4
2. PATIENTS ET METHODES	6
2.1 Type et durée d'étude :	6
2.2 Cadre d'étude	6
2.3 Population d'étude :	7
2.4 Critères d'inclusion :	7
2.5 Critères de non inclusion :	7
2.6 Echantillonnage :	8
2.7 Matériel :	8
2.8 Les méthodes :	8
2.8.1 Examen clinique	8
2.8.1.1 Interrogatoire :	8
2.8.1.2 Examen Physique :	8
2.8.1.3 Examen para cliniques :	9
2.9 Collecte des données :	9
2.10 Paramètres étudiés :	10
2.11 Les modalités thérapeutiques et les paramètres évolutifs :	10
2.12 Définition opérationnelles :	11
2.13 Considérations éthiques :	11
2.14 Supports :	11
3. RESULTATS	13
3.1 Fréquence	13
3.2 Analyse sur les patients	13
4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	31
5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	41
REFERENCES	44
ICONOGRAPHIE	49
ANNEXES	53

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La pathologie hémorroïdaire est l'affection anale la plus fréquente pouvant se manifester par divers symptômes dont le saignement, la proctalgie et les prolapsus. Un examen proctologique minutieux est primordial pour éliminer 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 des 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 du CHU GABRIEL TOURE.

☼ Questions de recherche

La maladie hémorroïdaire est-elle bien traitée et bien suivie dans notre contexte?

☼ Hypothèse de recherche

La maladie hémorroïdaire bien traitée évolue favorablement.

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) Analyser les résultats de la prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GABRIEL TOURE.

PATIENTS ET METHODES

2. PATIENTS ET METHODES

2.1 Type et durée d'étude :

Il s'agissait d'une étude longitudinale prospective, analytique à visée descriptive allant d'Octobre 2021 à janvier 2024 soit une période de 28 mois (2ans 4mois).

2.2 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-sept (17) médecins en spécialisation en Hépato-gastro-entérologie ;
- Dix (10) 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-entérologue ;
- La visite générale a lieu chaque lundi et les contres 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.

2.3 Population d'étude :

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

2.4 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 dans le service ;
- Les patients ayant donné leur consentement éclairé.

2.5 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 leur consentement.

2.6 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.

2.7 Matériel :

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

2.8 Les méthodes :

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

2.8.1 Examen clinique

2.8.1.1 Interrogatoire : a recherché

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

-Les facteurs prédisposant 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),

2.8.1.2 Examen Physique : a recherché

Les anomalies de la marge anale, une douleur à la palpation, une masse au niveau 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 +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.

■ **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).

■ **TOUCHER ANORECTAL :**

Débuté 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. À la fin de l'examen proctologique la pathologie hémorroïdaire peut être ainsi classée en 4 stades de gravité croissante selon la classification de Goligher.

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.

2.8.1.3 Examen para cliniques :

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

-Une Numération Formule Sanguine, Groupage rhésus.

2.9 Collecte des données :

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

2.10 Paramètres étudiés :

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

*Indicateurs sociodémographiques ;

*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 (régularisation du transit, réhydratation suffisante) 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.

2.11 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.

-Les patients étaient rappelés dans un délai de 15 jours pour suivre l'évolution sur le plan clinique.

2.12 Définition opérationnelle :

* 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 inférieur 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.

2.13 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.

2.14 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 Khi2(X^2) a été utilisé pour comparer les résultats qui ont été significatifs pour une valeur $p < 0,05$.

RESULTATS

3. RESULTATS

3.1 Fréquence

-Durant la période d'étude nous avons enregistré 240 patients présentant une maladie hémorroïdaire (MH) sur 5462 patients vus en consultation ou hospitalisés dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE.

-Ce qui représente :

- 04,39 % des consultations (240/5462)
- 68,5 % des pathologies proctologiques (240/350)

3.2 Analyse sur les patients

3.2.1 Données socio démographiques :

3.2.1.1 Âge :

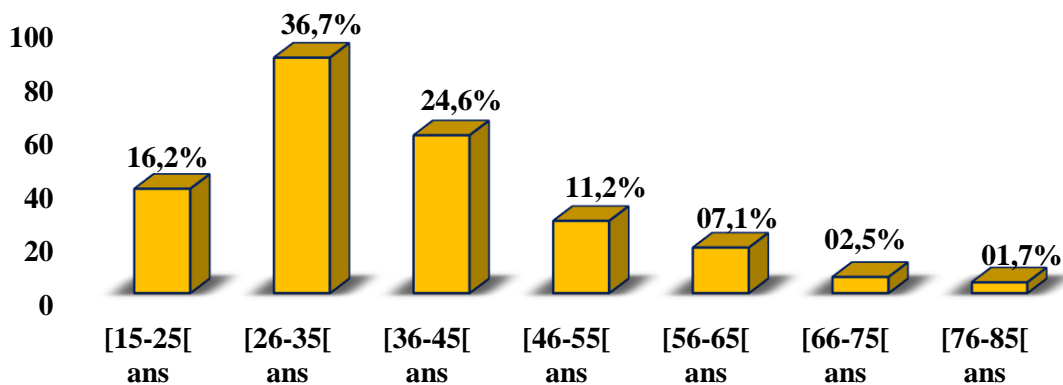


Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge

L'âge moyen de nos patients est de $37,46 \pm 04,85$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 76 ans. La tranche d'âge [26-35] ans était la plus représentée soit 36,7 % (n=88) (Figure 1).

3.2.1.2 Sexe :

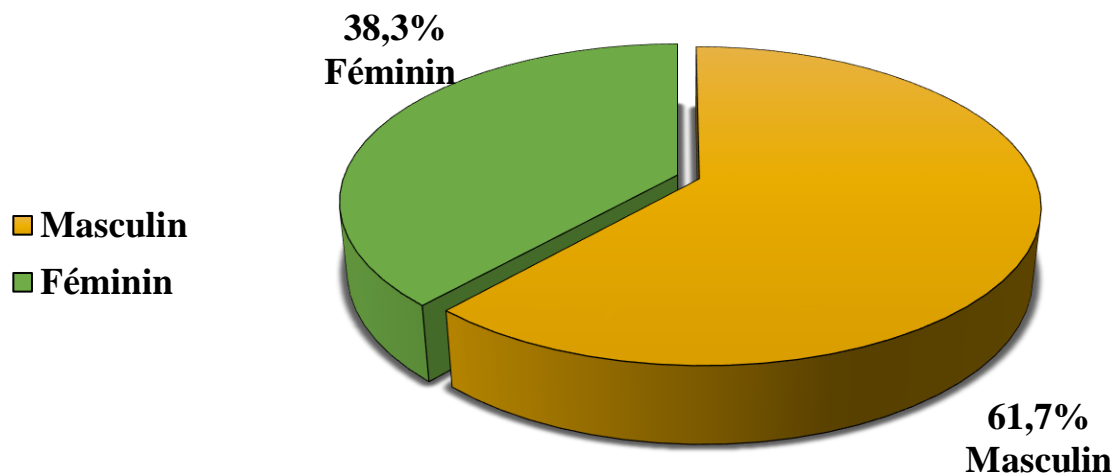


Figure 2: Répartition des patients selon le sexe.

Le sex-ratio était de 1,61 en faveur des hommes. (Figure 2).

3.2.1.3 Activités socio-professionnelles :

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

Activités socio-professionnelles	Effectif	Pourcentage%
Fonctionnaires[#]	67	27,9
Ouvriers [*]	57	23,7
Ménagères	37	15,4
Etudiant	34	14,2
Commerçant	30	12,5
Elève	15	06,3
Total	240	100

*: Soudeur (27), Menuisier (13), Maçon (09), Electricien (08).

#: Enseignant (23), Personnels de santé (19), Douanier (13), Policier (12).

Les fonctionnaires étaient les plus affectés dans notre étude avec 27,9% suivi des ouvriers avec 23,7%.

3.3 Examen clinique du patient :

3.3.1 Motif de consultation :

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

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage%
Douleur anale	92	38,3
Constipation	40	16,6
Rectorragie	34	14,1
Sensation de boule anale	21	08,7
Prolapsus hémorroïdaire	17	07,1
Prurit anal	15	06,2
Pesanteur anale	08	03,3
Tuméfaction anale	07	02,9
Diarrhée	05	02,1
Méléna + Asthénie	01	00,7
Total	240	100

Le motif de consultation le plus enregistré dans notre étude était la douleur anale (38,33%), suivie par la constipation (16,67%) et la rectorragie isolée (14,16%).

3.3.2 Mode de vie et habitudes alimentaires :

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

Mode de vie et habitudes alimentaires	Effectif n/N (N=240)	Pourcentage%
Epice	215	89,6
Thé	198	82,5
Légume	183	76,2
Café	154	64,2
Sédentarité	134	55,8
Tabac	79	32,9
Métier impliquant la prise de charge lourde	76	31,7
Alcool	16	06,67

Un mode de vie riche en épice, en thé, en légumes et en café a été retrouvé chez nos patients dans respectivement (89,6%), (82,5%), (76,2%) et (64,2%) des cas

La sédentarité représentait 55,8%.

3.3.3 Facteurs de risque :

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

Facteurs de risque	Effectif n/N (N=240)	Pourcentage%
Constipation	154	64,2
Alternance diarrhée –constipation	63	26,2
Notion de maladie hémorroïdaire dans la famille	39	16,2
Diarrhée	32	13,3
Ascite	01	00,4

La constipation (64,2%) et l'alternance diarrhée-constipation (26,2%) étaient les principaux facteurs de risque.

3.3.4 Signes fonctionnels :

Tableau V : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectif n/N (N=240)	Pourcentage%
Douleur anale	191	79,5
Prurit anal	124	51,7
Pesanteur anale	123	51,2
Prolapsus ou procidence hémorroïdaire	127	52,9
Saignement de sang rouge vif rythmé par la défécation	91	37,9
Suintement glaireux et/ou perte de mucus	29	19,2

Les principaux signes fonctionnels étaient la douleur anale (79,5%) et la procidence hémorroïdaire (52,9%).

3.3.5 Examen proctologique :

Inspection :

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

Inspection anale	Effectif n/N (N=240)	Pourcentage %
Procidence	150	62,5
Mycose inter fessière	125	52,1
Marisque	113	47,1
Thrombose externe	56	23,3
Fissure anale	37	15,4
Abcès marge anale	09	03,7
Fistule anale	05	02,1

Plus de la moitié de nos patients avaient une procidence hémorroïdaire (62,5%).

Toucher ano-rectal :

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

Toucher ano rectal		Effectif n/N (N=240)	Pourcentage %
	Sensibilité douloureuse	141	58,7
Palpation	Tuméfaction	39	16,2
	Induration	17	07,1
	Douleur localisée	23	09,6
	Normale	177	73,7
Tonicité sphinctérienne	Hypertonique	63	26,2
	Hypotonique	15	06,2
Saignement authentifié au doigtier		20	08,3

La tonicité sphinctérienne était normale dans 73,7% des cas.

La sensibilité douloureuse était retrouvée dans 58,7% des cas.

Anuscopie :

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

Localisation des paquets hémorroïdaires :

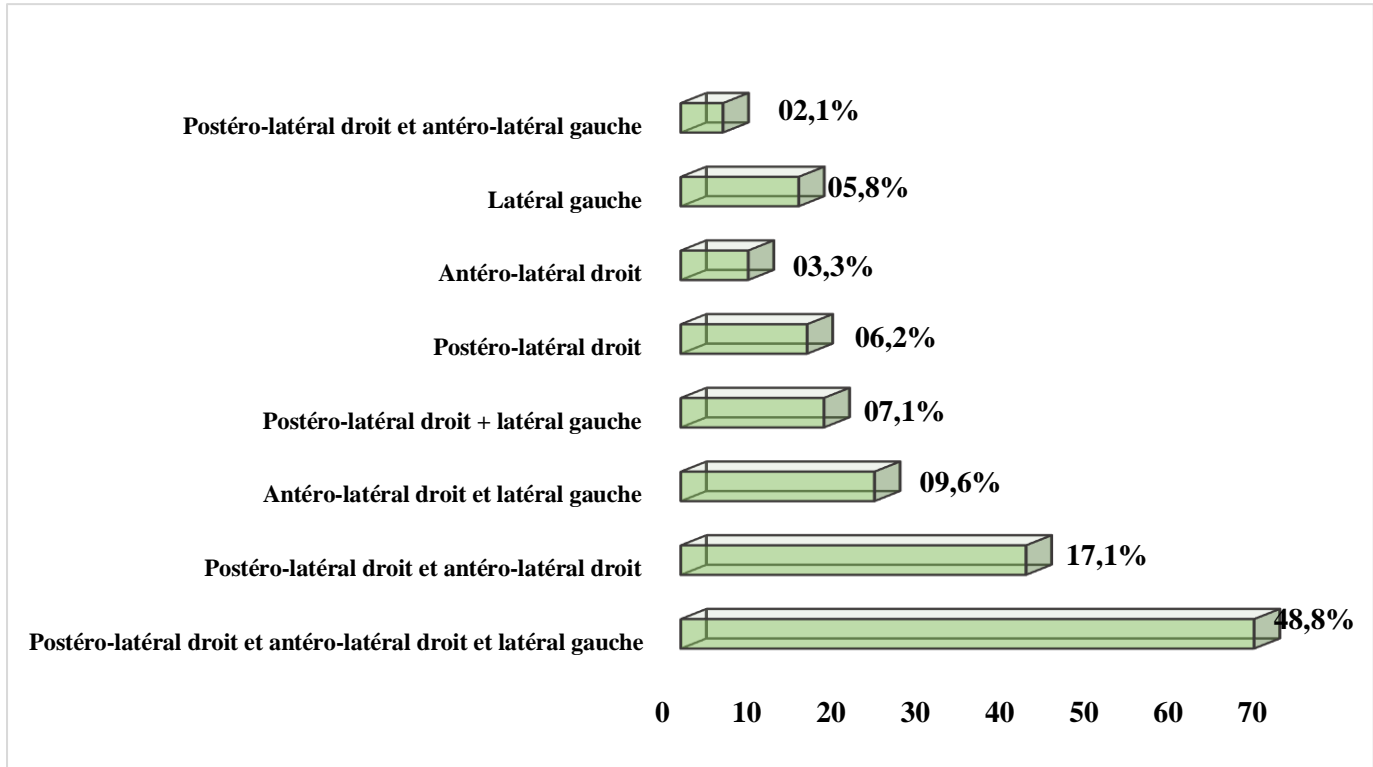


Figure 3 : Répartition des patients selon la localisation des paquets hémorroïdaires

-La localisation « postéro-latérale droite et antéro-latérale droite et latérale gauche » était retrouvé chez 48,8%.

✚ **Le type de la MH :**

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

Type de la MH isolée		Effectif n/N (N=198)	Pourcentage %
MHI	Sans thrombose	160	80,8
	Thrombosée	12	06,1
THE		16	08,1
MH Mixte		10	05
Total		198	100

La maladie hémorroïdaire interne (MHI) était la plus représentée dont 80,8% sans thrombose.

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

Stade de la MHI	Effectif n/N (N=172)	Pourcentage %
Stade I	36	20,9
Stade II	103	60,0
Stade III	30	17,4
Stade IV	03	01,7

Dans notre étude le stade II était le plus fréquemment observé chez nos patients soit (60%).

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

MH et pathologies proctologique associées	Effectif	Pourcentage %
MHI + Fissure anale	24	10
MHI + Fistule	07	02,9
MHI + Tumeur anale	06	02,5
MHE + Abcès de la marge anale	05	02,1

17,5% de nos patients avaient d'autres pathologies proctologiques associées à la MH dont la plus représentée était la fissure anale dans (10%).

3.3.6 Examens paracliniques :

Biologie :

▪ **Numération formule sanguine :**

Une anémie hypochrome et microcytaire a été retrouvée chez 12,2% (n=9) des patients, chez 30,8% (n=74) qui ont réalisé une NFS.

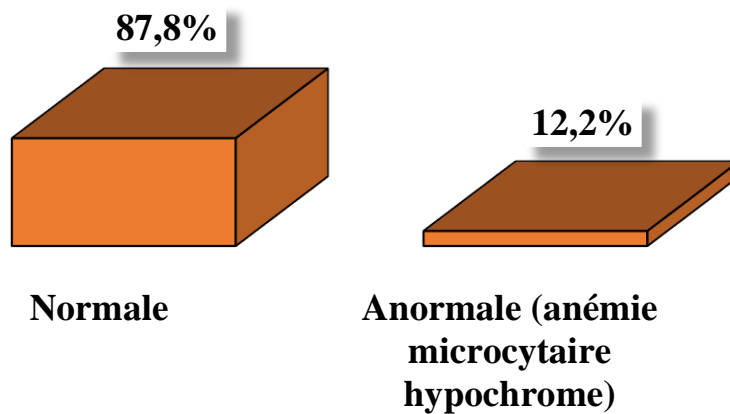


Figure 4 : Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.

3.3.7 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 XI : Répartition des patients selon les médicaments utilisés par voie générale.

Médicaments utilisés par voie générale	Effectif n/N (N=240)	Pourcentage %
Véinotoniques	232	96,7
Antalgiques (palier 1 et 2)	205	85,4
Laxatifs	186	77,5
Anti – inflammatoires non stéroïdiens	59	24,6
Corticostéroïdes	02	0,8

Les véinotoniques (96,7%), les antalgiques (85,4%) et les laxatifs (77,5%) ont été les traitements de choix par voie générale.

▪ Médicaments utilisés par voie locale au cours du traitement :

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

Médicaments utilisés par voie locale	Effectif n/N (N=240)	Pourcentage %
Anesthésiques locaux	192	80
Antiseptiques	138	57,5
Anti – inflammatoires	82	34,2
Antispasmodiques	01	0,4

Les anesthésiques locaux et les antiseptiques ont été utilisés respectivement dans 80% des cas et 57,5% des cas.

Traitement instrumental :

-Dans notre étude 10,8% des patients ont bénéficié d'un traitement instrumental (26/240) et la ligature élastique a été la seule technique du traitement utilisée.

▪ **Les indications du traitement instrumental :**

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

Indication au traitement instrumental	Effectif	Pourcentage %
MHI Stade III + saignement	18	69,2
Echec du traitement médicamenteux de la MHI Stade < 3	08	30,8
Total	26	100

L'indication au traitement instrumental la plus enregistrée dans notre étude était la MHI Stade III + saignement (69,2%), suivi de l'échec du traitement médicamenteux de la MHI Stade < 3 (30,8%).

Durée du traitement médical :

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

Durée du traitement médical en jours	Effectif	Pourcentage %
[07 - 15[	44	18,3
[15 - 30[	122	51
[30 - 45[	65	27
[45 - 60[	09	03,7
Total	240	100

La durée moyenne du traitement médical de nos patients était de 25,58±06,93 jours avec des extrêmes de 07 et 60 jours.

- **Traitement chirurgical :**

-Le traitement chirurgical a été fait chez 10,4% de nos patients.

Les techniques chirurgicales utilisées étaient :

-Incision ou excision dans 05,8% (14/240).

-Hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN dans 04,5% des cas.

- **Les indications au traitement chirurgical :**

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

Indications au traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage %
Echec du traitement médicamenteux de la THE	12	48
MHI + Tumeur anale	06	24
MHE + Abscès anal	04	16
MHI Stade IV	03	12
Total	25	100

L'échec du traitement médicamenteux de la THE et la MHI associée à la tumeur anale étaient les plus représentées soit 72%.

3.3.8 Evolution :

- **Au cours du traitement médicamenteux**

L'évolution a été favorable chez 78,8%(189/240) de nos patients.

L'évolution vers les complications à type de saignement et de douleur a été retrouvée dans 21,2%(51/240) des cas.

- **Au cours du traitement instrumental**

L'évolution a été favorable dans 88,5%(23/26) des cas.

Des complications telles que la douleur et la rectorragie ont été retrouvées dans 11,5%(03/26) des cas.

- **Au cours du traitement chirurgical**

L'évolution a été favorable dans 100% des cas sans aucune complication postopératoire immédiate ou tardive.

3.3.9 Les résultats analytiques :

Relation sexe/signes fonctionnels :

Tableau XVI : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et les signes fonctionnels.

Sexe	Masculin N=148	Féminin N=92	Test Statistique
Signes fonctionnels	%	%	
Douleur anale	126 85,13%	65 70,65%	P : 0,007
Prurit anal	71 47,97%	53 57,61%	P : 0,035
Pesanteur anal	75 50,67%	48 52,17%	P : 0,023
Prolapsus ou procidence hémorroïdaire	70 47,30%	57 61,96%	P : 0,026
Suintement glaireux et / ou perte de mucus	27 18,24%	19 20,65%	P : 0,644
Saignement de sang rouge vif rythmé par la défécation	48 32,43%	43 46,74%	P : 0,036

La douleur anale était significativement associée au sexe masculin.

La pesanteur anale, le prolapsus hémorroïdaire, 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 XVII : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.

Sexe	Masculin N=148 %	Féminin N=92 %	Test Statistique
Type de la MH et pathologie proctologique associées			
MHI	87 58,78%	73 79,35%	P : 0,001
MHE (THE)	16 10,81%	10 10,87%	P : 0,988
MHI + MHE	06 04,05%	02 02,17%	P : 0,430
THI	13 08,78%	10 10,87%	P : 0,593
MHI + Fissure anale	14 09,46%	10 10,87%	P : 0,723
MHI + Fistule anale	05 03,38%	02 02,17%	P : 0,589
MHI + Tumeur anale bénigne	04 02,70%	02 02,17%	P : 0,798
MHE + Abscès de la marge anale	04 02,70%	01 01,09%	P : 0,394

La MHI était significativement retrouvé chez le sexe féminin.

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

Tableau XVIII : 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=215 %	Thé N=198 %	Légume N=183 %	Café N=154 %	Sédentarité N=134 %	Tabac N=79 %	Métier impliquant charge lourde N=76 %	Alcool N=16 %	Test Statis tique
Type de la MH et pathologie proctologiques associées									
MHI	22 10,23%	20 10,10%	20 10,93%	18 11,69%	38 28,36%	16 20,25%	20 26,31%	06 37,50%	P: 0,708
MHE (THE)	07 03,25%	04/ 02,02%	02 01,09%	02 01,30%	07 05,22%	03 03,80%	00 00%	01 06,25%	P: 0,689
MHI + MHE	04 01,86%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	04 05,26%	00 00%	P: 0,035
THI	08 03,72%	00 00%	04 02,18%	02 01,30%	05 03,73%	00 00%	04 05,26%	00 00%	P: 0,001
MHI + Fissure Anale	10 04,65%	02 01,01%	02 01,09%	02 01,30%	06 04,48%	02 02,53%	00 00%	00 00%	P: 0,056
MHI + Fistule Anale	01 00,46%	01 00,50%	00 00%	01 00,65%	04 02,98%	00 00%	00 00%	00 00%	P: 0,486
MHI + Tumeur Anale	02 00,93%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	04 05,06%	00 00%	00 00%	P: 0,191
MHE + Abcès de la marge anale	02 00,93%	00 00%	00 00%	00 00%	03 02,24%	00 00%	00 00%	00 00%	P: 0,057

La THI ainsi que la MHI associée à la MHE étaient respectivement significativement associée au métier impliquant la prise de charge lourde.

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

Tableau XIX : 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=240 %	Traitement instrumental N=26 %	Traitement chirurgical N=25 %	Test Statistique
MHI	128 53,33%	19 73,07%	13 52%	P : 0,054
MHE (THE)	20 08,33%	00 00%	06 24%	P : 0,126
MHI + MHE	07 02,92%	00 00%	01 04%	P : 0,378
THI	17 07,08%	06 23,08%	00 00%	P : 0,005
MHI + Fissure anale	23 09,58%	00 00%	01 04%	P : 0,099
MHI + Fistule anale	06 02,50%	00 00%	01 04%	P : 0,415
MHI + Tumeur anale Bénigne	00 00%	00 00%	06 24%	P : -
MHE + Abscès de la marge Anale	01 00,42%	00 00%	04 16%	P : 0,742

Nous avons retrouvé un lien statistiquement significatif entre le traitement et le siège de la MH + pathologies proctologiques associées.

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

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

$X^2 = 7,40$ $P = 0,006$

Suite favorable		OUI	NON	Total
Stade de la MHI				
MHI Stade avancé ≥ 3	OUI	30(18,75%)	03(01,87%)	33
	NON	126(78,75%)	01(00,62%)	127
Total		156	04	160

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

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

$X^2 = 155,99$ $P = -$

Suite favorable		OUI	NON	Total
Type de la MH et Pathologie proctologique associées				
MHI + pathologies proctologiques associées	OUI	03(01,25%)	39(16,25%)	42
	NON	186(77,50%)	12(05%)	198
Total		189	51	240

Il n'y avait pas de différence significative entre l'évolution et le type de la MH + pathologies proctologiques associées.

Relation évolution/traitement :

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

$X^2= 1,36$ $p= 0,243$ $ddl= 2$

Evolution	Favorable n/N %	Complication n/N %
Traitement		
Traitement médicamenteux	189/240 78,75%	51/240 21,25%
Traitement instrumental	23/26 88,46%	03/26 11,54%
Traitement chirurgical	25/25 100%	00 00%

Il n'y avait pas de différence significative entre l'évolution et le traitement reçu.

L'odds ratio était de 0,483.

Relation évolution/durée du traitement :

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

$X^2=1,125$; $P : 0,288$

Durée du Traitement	Evolution		Favorable N=189		Complication N=51		Risque relatif
	Fréquence	Pourcentage %	Fréquence	Pourcentage %	Fréquence	Pourcentage %	
[07 - 15[34	17,99	10	19,61	RR : 0,890		
[15 - 30[	88	46,50	34	66,67		
[30 - 45[	60	31,75	05	09,80		
[45- 60[	07	03,70	02	03,92		

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

Le risque relatif était de 1,095.

**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1 Limites de l'étude :

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

*Nous avons rencontré des difficultés à examiner certains patients pour raison de pudeur.

* 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.

4.2 Données épidémiologiques :

Il s'agissait d'une étude longitudinale, analytique à visée descriptive avec recueil prospectif sur une période de 28 mois. Nous avons colligé 240 patients présentant une maladie hémorroïdaire (MH) sur 5462 patients vus en consultation ou hospitalisés dans le service d'hépatogastroentérologie du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE soit une fréquence de 04,39%.

Sur 5462 patients 350 avaient une pathologie proctologique dont 240 patients présentant une maladie hémorroïdaire soit une fréquence de 68,5%.

Ce taux se rapproche de ceux d'autres auteurs :

-Au Mali, Dembélé K. [11] a estimé la fréquence de la maladie hémorroïdaire à 06,35 %, de l'ensemble des consultations du service de gastro entérologie de l'hôpital Gabriel Touré.

-Au Burkina, Bougouma A. et al [12] ont estimé la fréquence de la maladie hémorroïdaire à 06%.

Ce taux est cependant inférieur à ceux de :

-Sangaré D. [8] du Mali, qui avait retrouvé une fréquence de 18,27% de pathologie hémorroïdaire interne,

Diarra M. et al [13] au cours de leur étude ont retrouvé une fréquence de 64,5% de pathologie hémorroïdaire interne.

-Dans la littérature occidentale :

Hyams L. et Philpo T. [14] ont donné une prévalence égale à 27 % de la maladie hémorroïdaire dans leur étude.

En France Denis J. et le marchand N. [15] ont estimé la prévalence à 25 % de la population adulte.

Cependant Diallo G et al [6] ont trouvé au cours de leur étude en milieu chirurgical une fréquence de 01,07% pour l'ensemble des consultations

Koulibaly A. [9] avait retrouvé dans leur étude une fréquence de 03,23%.

Ces taux sont inférieurs à ceux de notre étude.

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 tels que la pudeur, le manque d'information nécessaire pour les patients. La maladie hémorroïdaire constitue un motif fréquent de consultation.

4.3 Données sociodémographiques :

4.3.1 Âge :

Tableau XXIV : 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 [16]	Allemagne	2018	102	49,9	24-83
Ray-offor E, Amadi S. [17]	Nigéria	2019	121	51,9	15-80
Reboa G. et al [18]	Italie	2019	100	54,3	24-80
Camara LS. [19]	Mali	2013	73	37,8	19-77
Mariko H. [20]	Mali	2003	152	36,33	16-78
Kouadio GK. et al [21]	Côte d'ivoire	2004	480	35	17-80
Notre étude	Mali	2024	240	37,46	15-76

L'âge moyen de nos patients était de 37,46±04,85 ans avec des extrêmes de 15 ans et 76 ans. La tranche d'âge [26-35] ans était la plus représentée soit 36,7 % (n=88).

Cet âge est comparable à celui rapporté dans d'autres travaux en Afrique noire [19, 20, 21]. Cependant, comparé aux données Européennes [16, 18] et dans certaines études africaines [10, 17] elle est plus élevée et varie entre 45 et 55ans.

Ces données concordent avec celles de la littérature, selon lesquelles la maladie hémorroïdaire apparaît vers la troisième décennie, augmente avec l'âge et un pic de fréquence entre 45 et 65 ans [22].

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

4.3.2 Sexe :

Dans notre étude le sex-ratio était de 1,61 en faveur des hommes. Cette prédominance masculine correspond à ceux d'Ezhari O. [10] du Maroc, de Ray-offor E, Amadi S. [17] du Nigeria, de Ratta C. et al [23] d'Italie et de Fernandez FA. et al [24] du Mexique qui ont eu respectivement une prévalence de 66%, 62,8%, 61,9% et 62,8% dans leurs études.

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 le taux faible chez les femmes pourrait s'expliquer par la pudeur dans notre contexte socioculturel (la maladie hémorroïdaire est considérée comme une maladie honteuse), démotivant les femmes à faire des consultations proctologiques [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 [25].

4.3.3 Activités socio-professionnelles :

-Dans notre série, les fonctionnaires 27,9%(n=67), les ouvriers 23,7%(n=57), les ménagères 15,4%(n=37) et les étudiants 14,2%(n=34) étaient les plus affectés.

Ceci rejoint les résultats trouvés par les auteurs ci-dessous:

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 patients les plus représentés.

Etaient les plus représentatifs avec respectivement 28,07% et 15,38% les femmes au foyer et les commerçants, dans une étude faite par Dembéle IA. [26] en 2009.

Au Maroc, Ezhari O. [10] en 2020 avait retrouvé dans son étude comme patients 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. Il est admis que ces positions sont des facteurs de risque de cette affection.

4.4 Données de l'examen clinique du patient :

4.4.1 Motif de consultation :

La douleur anale était le motif de consultation le plus retrouvé. Sa fréquence dans notre étude était de 38,3%. Cette fréquence est supérieure à celle rapportée par Ezhari O. [10], qui était de 26%.

Elle est largement inférieure à celle trouvée par Koulibaly A. [9], Diarra M. et al [14], Hrrora A. et al [27], et Dicko ML. [28], qui étaient respectivement de 45,3%, 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 constipation était retrouvée chez 16,7% des patients au cours de notre étude. Cette fréquence est inférieure à celle retrouvée par Sangaré D. [8] et Diarra M. et al [13], 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 méthodologiques.

La rectorragie isolée était retrouvée chez 14,2% des patients au cours de notre étude. Cette fréquence est largement inférieure à celle retrouvée par Ezhari O. [10], Diarra M. et al [13] et Camara LS. [19], 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.

4.4.2 Mode de vie et habitude alimentaire :

Chez nos patients porteurs de maladie hémorroïdaire, était retrouvé un mode de vie riche en épice (89,6%), en thé (82,5%), en légumes (76,2%), en café (64,2%) ; 55,8% de nos patients étaient sédentaires ; 32,92% tabagiques et 31,67% 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.

D'autres études en Afrique et hors d'Afrique ont fait le même constat [29, 30, 31].

4.4.3 Signes fonctionnels :

La douleur anale était le signe fonctionnel le plus retrouvé (79,6%). 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. [19] et Hrorra A. et al [27], qui étaient respectivement de 69,6% et 70%.

Cette différence de fréquence pourrait être liée aux pathologies proctologiques associées.

4.4.4 Examen proctologique :

✚ Inspection :

La procidence hémorroïdaire était retrouvée dans 62,5% des cas dans notre étude. Cette fréquence est largement supérieure à celle retrouvée par Sangaré D. [8] et Ezhari O. [10], qui était respectivement de 18,3% et 24,6%.

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

✚ Toucher ano-rectal :

Dans notre étude une sensibilité douloureuse à la palpation du toucher ano-rectal a été retrouvée dans 58,7% des cas. 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. [38], qui était de 86,11%.

Cette différence de fréquence pourrait être liée à l'association d'autres pathologies proctologiques.

La tonicité sphinctérienne était normale au toucher ano-rectal dans 73,7%.

Par contre Ezhari O. [10], Camara LS. [19] et Diarra MH. [38] 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 [39], 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 48,8%.

Cette fréquence est inférieure à celle de :

Camara LS. [19], 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 méthodologiques.

- Les différents stades de la MHI dans notre étude.

Tableau XXV : 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. [19]	73 (dont 33 cas de MHI)	(04)5,5%	(05)6,8%	(09)12,3%	(15)20,6%
Coulibaly A. et al [40]	140 (dont 76 cas de MHI)	(18)23,68%	(17)22,37%	(10)13,16%	(31)40,7%
Notre étude	240 (dont 160 cas de MHI)	(36)15%	(51)37,92%	(30)12,50%	(03)01,25%

La MHI stade II était majoritairement retrouvée dans 37,92% des cas.

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. [19] et Coulibaly A. et al [40], avaient retrouvés en majorité le stade IV.

Cette différence pourrait être liée aux différents lieux et populations d'étude.

- **La MH et d'autres pathologies proctologiques 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 étaient toutes deux respectivement de 07,5% des cas.

Ces résultats sont proches de ceux retrouvés par :

Koulibaly A. [9] qui avait retrouvé une fréquence de 9,3% d'association MH et fissure anale ; 1,33% d'association MH fistule.

Camara LS. [19] qui avait retrouvé l'association MH et fissure anale dans 8,2% des cas et l'association MH fistule dans 2,7% des cas.

4.4.5 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 concordant avec celui d'Ezhari O. [10].

- ✚ **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 tous nos patients ont reçu un traitement médicamenteux, dont : 80%(n=192) était une association de véinotoniques + antalgique + anesthésie locale + laxatifs.

77,5%(n=186) était une association de véinotoniques + antalgique + anesthésie locale.

57,5%(n=138) était une association de véinotoniques + antalgique + anesthésie locale + antiseptiques locaux.

34,2% (n=82) était une association de véinotoniques + antalgique + anesthésie locale + antiseptiques 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 [38] : 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. [40] : 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 10,8% 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 25% de traitement Instrumental par ligature élastique.

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

On retrouvait comme indication, chez nos patients ayant reçu le traitement instrumental, l'échec du traitement médicamenteux de la MHI stade <3 (30,8%), la MHI stade III associée à un saignement (69,2%).

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 [41], 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 10,4% 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% 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. [40], qui avait retrouvé que le traitement chirurgical a concerné 10,71% des patients.

Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par l'insuffisance de plateau technique.

L'indication du traitement chirurgical chez nos patients était principalement l'échec du traitement médicamenteux de la THE (48%), la MHI associée à la tumeur anale ou à l'abcès de la marge anale (30%), et de la MHI stade IV (12%).

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 associée à une fistule ou fissure anale ainsi que la THE et ses complications comme indications chirurgicales.

4.4.6 Evolution :

Au cours du traitement médicamenteux

L'évolution était favorable dans 78,8% des cas sans complication.

Des complications à type de douleur et de saignement étaient retrouvées dans 21,2% des cas.

Ce résultat est similaire à celui rapporté par Ezhari O. [10], qui avait retrouvé 20% de complications.

Au cours du traitement instrumental

Une évolution favorable était observée dans 88,5% des cas ; et des complications dans 11,5% des cas.

Ce taux de complication est inférieur à ceux rapportés par Ezhari O. [10] et Bernal JC. et al [32], qui avaient retrouvé respectivement 48,5% et 38%.

Au cours du traitement chirurgical,

Aucun de nos patients n'a présenté une complication postopératoire immédiate ou tardive tout comme dans l'étude faite par Ezhari O. [10].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1 Conclusion :

La maladie hémorroïdaire est la pathologie proctologique la plus fréquente avec une prédominance masculine dans notre série.

Le diagnostic est basé sur l'interrogatoire l'examen proctologique complet.

Le tableau clinique est dominé par la douleur anale, la constipation et la rectorragie. La maladie hémorroïdaire stade II est la plus fréquente.

Les mesures hygiéno-diététiques et le traitement médicamenteux font partie intégrante de la prise en charge de la maladie hémorroïdaire et doivent être mises en place quel que soit le stade de la maladie.

Il n'y avait pas de différence significative entre l'évolution et le traitement reçu.

5.2 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 la sédentarité.
- Consulter dès le premier signe d'appel proctologique.

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.
- Faire un examen proctologique complet et minutieux pour bien assoir le diagnostic afin de décider de la prise en charge adéquate.

Aux autorités politiques et sanitaires

- La multiplication des centres d'endoscopie
- La dotation du service d'Hépatogastro-Entérologie en matériel de traitement instrumental pour minimiser le recours à la chirurgie.
- La formation du personnel pour une meilleure prise en charge.

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. **Dembélé K.** Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali.(Thèse) Médecine. Bamako : 1993. N°37.
12. **Bougouma A, Drabo YJ, Serme AK, Zoungrana SL, Somblié 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.
13. **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.
14. **Hyams L, Philpo T.** An epidemiological investigation of haemorrhoids. *Ann jr protol.* 1989 ; 21 : 177-193.
15. **Denis J, Lemarchand N.** Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques des troubles hémorroïdaires de l'adulte. *Arch fra pp dig.* 1976; 8: 530-537.
16. **Schafer H, Tolksdorf S, Vivaldi C.** Radiofrequenzablation (Rafaelo®-Prozedur) zur Therapie von prolaberenden Hämorrhoiden III°. *Colo proctology.* 2018; 40(3): 204–210.
17. **Ray-Offor E, Amadi S.** Hemorrhoidal disease: Predilection sites, pattern of presentation, and treatment. *Ann Afr Med.* 2019; 18(1): 12-6.
18. **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.
19. **Camara LS.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CSRef Commune I.(Thèse) Médecine. Bamako : 2013. N°238.
20. **Mariko H.** Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas.(Thèse) Médecine. Bamako : 2003. N°67.
21. **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.
22. **Dalibon P.** La maladie hémorroïdaire : pratique conseil. *Actual pharm.* 2019; (584): 46-50.
23. **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.
24. **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.
25. **Ng KH, Ho KS, Ooi BS, Desaveur CL, Kilowatt E.** Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operation. *Br J Surg.* 2006 ; 93 : 226-230.
26. **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.
27. **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.

28. **Dicko ML.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie général du CHU Gabriel Touré.(Thèse) Médecine. Bamako:2007. N°155.
29. **Pigot F, Siproudhis L, Allarert FA.** Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005; 29(12): 1270-4.
30. **Sigrid S.** Results of hemorrhoidectomy according to milligan a follow-up study 100 patients. *Acta chir scand.* 1980 ; 124 : 444-453.
31. **Dembélé K.** Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali.(Thèse) Médecine. Bamako: 1994. N°37.
32. **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.
33. **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.
34. **Soullard J.** Les hémorroïdes existent-elles ?. *Rev Proct.* 1981 ; 16 :79-91.
35. **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.
36. **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.
37. **Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips KS.** Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg.* 1994 ; 81 : 946-954.
38. **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.
39. **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.
40. **Coulibaly A.** Hémorroïdes et sexualité au service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE a propos de 95 cas. Mali 2003, BAMAKO.
41. **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
42. **Zeitoun JD, Chrysostalis A, Lefevre J.** Hépatologie gastrologie entérologie chirurgie viscérale.6^oéd. Paris : Vernazobres-Grego ; 2020.

43. **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.
44. **Sarles JC, Cope R.** Abrégé de proctologie. Masson; 1990.
45. **Staumont G, Gorez E, Suduca JM.** Traitements instrumentaux de la pathologie hémorroïdaire. Presse Med. 2011; 40(10): 931–940.
46. **Benkhald S.** Les Hémorroïdes : Information médicale continue disponible l'URL:https://www.docvadis.fr/files/all/SO0YfkSymZ_cXYxpcC5gvg/les_hmorro dès les hemorroides.pdf
47. **Pillant-Le Moul H, Aubert M, De Parades V.** Traitement chirurgical « classique » des hémorroïdes. J Chirur Viscérale.2015; 152(2): S3–S9
48. **Siproudhis L, Panis Y, Bigard MA.** Traité des maladies de l'an us et du rectum. Paris: Elsevier-Masson; 2006.
49. **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.

ICONOGRAPHIE

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



Figure 5 : Thrombose hémorroïdaire interne au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 6 : Vue d'ensemble du matériel d'anoscopique du service d'Hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré (Photo Adéoti A.)



Figure 7 : Prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 8 : Thrombose hémorroïdaire externe au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A)



Figure 9 : Prolapsus hémorroïdaire + Fissure anale au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 10 : Fissure anale postérieur + Fissure anale chronique avec marisque sentinelle au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 11 : Début du geste d'incision consistant en une ouverture de la tuméfaction au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)



Figure 12 : 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 13 : Vue du caillot excisé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)

Figure 14 : Prolapsus hémorroïdaire à l'inspection de la marge anale à l'effort de poussé au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)

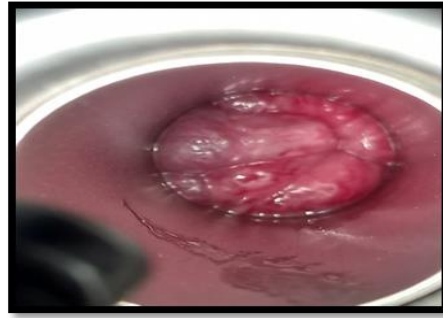


Figure 15 : Vue des paquets hémorroïdaires congestifs à travers l'anuscope au service HGE du CHU GT (Photo Adéoti A.)

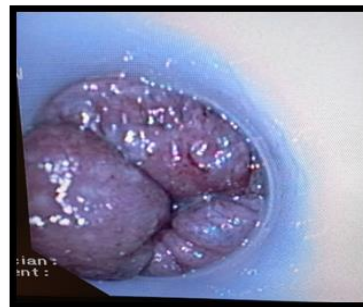
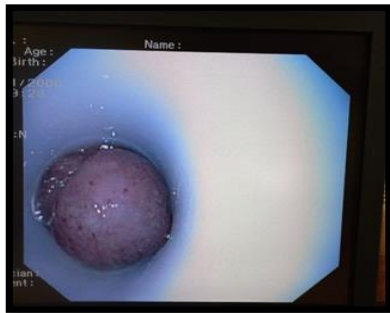


Figure 16 : Vue du paquet hémorroïdaire aspiré + mise en place d'un élastique à sa base à travers l'anuscope

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 : KOUMARE

Prénom : Gnecourou Mariam

Adresse : Tel : (00223) 75 10 59 12

E-mail : mariamgkoumare@gmail.com

Nationalité : Malienne

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

Année académique : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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 divers symptômes. Ces manifestations ne sont pas spécifiques, nécessitant une prise en charge minutieuse 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 de 28 mois allant du 1^{er} Octobre 2021 à janvier 2024 qui s'est déroulée dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalière universitaire GABRIEL TOURE.

Résultats : Nous avons colligé 240 patients présentant une maladie hémorroïdaire (MH) sur 5642 patients vus en consultation ou hospitalisés dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE soit une fréquence de 04,39%. 350 patients avaient une pathologie proctologique dont 240 patients présentant une maladie hémorroïdaire soit une fréquence de 68,5%.

Le sexe masculin représentait 61,7% de nos patients avec un sex-ratio de 1,61. L'âge moyen de nos patients était de 37,46±04,85ans avec des extrêmes de 15 et 76 ans. La tranche d'âge [26-35ans] était plus représentée soit 36,7 %. Le motif de consultation le plus enregistré dans notre étude était la douleur anale (38,3%). 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% étaient une association de véinotoniques + antalgique + anesthésie locale + laxatifs, au cours duquel 189 patients (78,8%) ont eu une évolution favorable et 51 (21,2%) ont évolué vers des complications à savoir la douleur et le

saignement. Vingt-six patients (10,8%) ont reçu un traitement instrumental et la ligature élastique a été la seule technique utilisée, au cours duquel 23 patients (88,5%) ont évolués favorablement et 03 patients (20%) ont évolués vers des complications à savoir la douleur, la rectorragie. Quatorze patients (10,4%) ont reçu un traitement chirurgical et l'incision ou l'excision représentait 05,8% du traitement chirurgical et l'hémorroïdectomie pédiculaire ouverte de MILLIGAN et MORGAN (04,5%), 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 quelque soit le stade, avancé ≥ 3 ou pas ($p=0,006$). Quel que soit également le type de traitement, il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport à l'évolution. La durée moyenne du traitement médical de nos patients était de $25,58 \pm 06,93$ jours avec des extrêmes de 07 et 60 jours.

Conclusion : La maladie hémorroïdaire est une pathologie fréquente. La douleur anale a été le signe fonctionnel le plus fréquent soit 79,5%, suivie de prolapsus hémorroïdaire soit 52,9%. Le traitement de 1^{ère} intention a été médical +/- instrumental. Un lien significatif a été retrouvé entre l'évolution et le stade de la MHI ($p=0,006$). Il n'y avait pas de différence significative entre l'évolution et la durée du traitement, avec un risque relatif de 1,095. La chirurgie doit être en dernier recours.

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