

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



*Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie*

FMOS

Année universitaire : 2024- 2025

Thèse N° :

THESE

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINQUES ET ENDOSCOPIQUES
DES MALADIES HEMORROIDAIRES DANS LE SERVICE
DE MEDECINE INTERNE DU CHU DU POINT G**

Présenté et soutenu publiquement le 24/12/ 2025 devant la faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie par :

M. KONE Mohamed Lamine

**Pour obtention du Diplôme de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : M. Sékou Bréhima KOUMARE (*Maître de conférences agrégé*)

Membres : Mme. Déborah Sanra SANOGO (*Maître de conférences agrégé*)

M. Mamadou MALLE (*Médecin Interniste*)

Directeur : Mme. Djenebou MENTA TRAORE (*Maitre de Conférences Agrégé*)

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

A Allah

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

AL-FATIHA (sourate 1)

À mon Père : Cher papa KONE ISSIAKA

Tu seras toujours un modèle pour nous, mes frères et moi. Merci pour tout ce que tu nous as appris et donné. Ton attachement au respect de son prochain, tu as toujours voulu que nous apprenions au-dessus de tout la crainte de Dieu, la simplicité dans la vie et le sens de l'hospitalité et la valeur de la famille. Dévoué pour la cause d'Allah tu t'es toujours investi pour les autres souvent même au détriment de ta famille. Tu nous as inculqué le sens de l'honneur, l'amour du travail, la rigueur dans le travail, l'humilité et le dégoût de l'injustice. Cher papa ce travail n'est que le reflet de ta clairvoyance, que ce travail soit le témoignage de notre indéfectible affection.

À ma mère : KONE SALIMATA

Mère parmi les mères, tu as été toujours sur pied au premier chant du coq pour t'occuper de nous. Par ton courage nous n'avons rien envié aux autres ; ton amour pour les enfants d'autrui a été capital dans notre réussite. Puisse ce travail être le gage de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices que tu as consentis pour nous. Que Dieu t'accorde longue vie, pleine de santé ; et sa grâce d'ici-bas. Trouve ici l'expression de ma gratitude et de tout mon respect. Ce modeste travail est le tien

A mes frères et sœur : ABOUBACAR SUDICK AL-HASSAN ABDALLAH ABDOUL KARIM MARIAM KADIDJA ADJA SAMIRA

Vous tous qui avez partagé mes joies et mes peines en m'entourant d'amour, ce travail est également le vôtre. Qu'Allah le tout puissant vous prêter longue vie, bonne santé et réussite dans vos entreprises

A mes oncles et tantes :

Aspects epidemio-clinques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G

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

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de la famille Diarra a falladjai, de la famille Savadogo da koulouba. Merci encore une fois de plus pour votre soutien et votre accompagnement

A mes amis : MOHAMMED BAGAYOKO KONE PAFOLO YOUSOUF SAVADOGO

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

A mes collègues internes Max Kouadio, Ange Larissa, Tenin Kané, Ymelda Claudine, Cherif Coulibaly Aubrey kamgang, Bourama Sylla, Djeri Alassani, Amsa Diallo, Clémence Kpokou, Isidore Ngoufo

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

- Au personnel de la Médecine Interne

Merci pour vos encouragements et pour votre agréable compagnie.

- A mes amis de la FMPOS : Gadj, Tanou, Issouf, Mohamed Savadogo

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

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



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et President de Jury :

Professeur Sékou Bréhima KOUMARE :

- **Maitre de Conférences Agrégé de chirurgie générale**
- **Chef de service de chirurgie A du CHU du Point G**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- **Diplômé de chirurgie hépatobiliaire**
- **Diplômé de chirurgie laparoscopique avancée**
- **Membre du collège Ouest Africain des chirurgiens (WACS)**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Chargé de cours à L'institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS).**

Cher maitre,

Vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Nous avons été séduits par votre simplicité et votre rigueur pour le travail bien fait ; La qualité de vos enseignements et vos qualités intellectuelles font de vous un maitre exemplaire. Veuillez accepter cher maitre ; l'expression de notre admiration et de notre profond respect.

Aspects epidemio-clinques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G

A notre maître et Juge de these

Docteur Mamadou Mallé

- **Membre de la Société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA)**
- **Praticien hospitalier au service de médecine interne du CHU du Point G ;**
- **Diplôme universitaire (DU) en prise en charge du VIH et coïnfection à FMOS-USTTB**
- **Attestation de prise en charge du diabète au CHU d'Evreux (France)**
- **Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie en immunologie clinique à l'université de Rouen (France)**

Cher maître

Merci cher maitre d'avoir accepté de juger ce travail, nous vous sommes reconnaissante pour votre bonté et les enseignements reçus ; vos qualités humaines et intellectuelles nous ont profondément marqués. Que le tout puissant vous comble de sa grâce et nous donne la chance de continuer à profiter de vos connaissances.

À notre maître et membre du Jury

Professeur Sanra Deborah SANOGO ;

- **Maître de Conférences Agrégée en hépato gastro-entérologie à la FMOS ;**
- **Praticienne hospitalière au CHU Point-G ;**
- **Secrétaire générale adjointe de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)**
- **Membre de la Société Nationale Française de Gastro-entérologie (FNFGE)**
- **Membre du réseau des femmes médecins du Mali**

Cher maitre,

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été impressionnés par votre disponibilité et votre rigueur scientifique, qui font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Veillez recevoir cher, Maître nos sincères remerciements.

A notre maitre et Directrice du jury

Professeure MENTA Djénébou TRAORE

- **Maitre de Conférences Agrégée de Médecine Interne ;**
- **Membre de la société africaine de Médecine Interne ;**
- **Praticienne hospitalière au CHU du point G ;**
- **Diplômée de l'université Paris VI sur la prise en charge du VIH ;**
- **Formation post graduée en hépato-gastro-entérologie Mohamed V Maroc ;**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire (DU) en drépanocytose FMOS.**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de dirigé cette thèse malgré vos multiples occupations. Rien d'étonnant pour qui connaît votre amour pour la science, votre exigence envers vous-même qu'envers vos subordonnées pour le travail bien fait. Votre constance, votre persévérance, et surtout votre combat contre la médiocrité et la paresse intellectuelle force l'admiration de tous ceux /celles qui vous ont côtoyé. Merci pour votre impact positif sur nous tout au long de la formation. C'était un grand plaisir de travailler avec vous et d'apprendre à vos côtés. Qu'ALLAH vous accorde la longévité accompagner d'une santé de fer.



ABREVIATIONS

ABRÉVIATIONS

% : Pourcentage

< : Inferieur

> : Supérieur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Fig : Figure

FMOS : Faculté De Médecine et D'OdontoStomatologie

HAL-RAR: Hemorrhoidal artery ligation-Recto-anal repair

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

J : Jour

N : Nombre

NFS : Numération Formule Sanguine

X2 : Khi carré

Aspects epidemio-clinques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	24
Tableau II : Répartition des patients selon leur genre.....	25
Tableau III : Répartition des patients selon leur profession	25
Tableau IV : Répartition des patients selon leur résidence	26
Tableau V : Répartition des patients selon l'existence de constipation chronique	26
Tableau VI : Répartition des patients selon la sédentarité	26
Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents de grossesse actuelle ou antérieure.....	27
Tableau VIII : Répartition des patients selon le port de charges lourdes fréquent	27
Tableau IX : Répartition des patients selon leurs habitudes alimentaires pauvres en fibres.....	27
Tableau X : Répartition des patients selon le motif d'anorectoscopie	28
Tableau XI : Répartition des patients selon les symptômes retrouvés	29
Tableau XII : Répartition des patients selon le stade de la maladie hémorroïdaire.....	30
Tableau XIII : Répartition des patients selon les complications	30
Tableau XIV : Répartition des patients selon le type d'examen réalisé.....	31
Tableau XV : Répartition des patients selon le résultat à l'examen de l'anorectoscopie.....	31
Tableau XVI : Répartition des patients selon le type clinique observé	32

Liste des figures

Figure 1 : Coupe frontale du canal anal (vue antérieure)	7
Figure 2 : Topographie de la fosse ischio-rectale (Coupe frontale, vue antérieure)	9

Table des matières

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	4
□ Objectif général	4
□ Objectifs spécifiques	4
I. GENERALITES	6
1.1. Définition	6
1.2. Anatomie et rappels anatomo-fonctionnels de la région anale	6
1.3. Physiopathologie de la maladie hémorroïdaire	13
1.4. Manifestations cliniques.....	13
1.5. Examen clinique proctologique.....	15
1.6. Examens complémentaires.....	16
1.7. Diagnostic différentiel.....	16
II. METHODOLOGIE	19
2.1. Cadre et lieu d'étude	19
2.2. Type d'étude et période d'étude.....	19
2.3. Population d'étude	19
2.4. Matériel et méthode.....	19
2.5. Collecte, saisie et analyse de données.....	21
2.6. Paramètres étudiés.....	21
2.7. Considérations éthiques	21
III. RESULTATS	24
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	34
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43
REFERENCES.....	45
ANNEXES.....	51



INTRODUCTION

INTRODUCTION

La maladie hémorroïdaire est une affection fréquente, bénigne mais invalidante, du canal anal. Elle désigne l'ensemble des manifestations pathologiques survenant au niveau des plexus hémorroïdaires, formations vasculaires physiologiquement présentes dès la vie embryonnaire [1,2]. Ces structures jouent un rôle essentiel dans la continence anale et sont situées à la jonction ano-rectale, formant deux réseaux principaux : les hémorroïdes interne et externe. La pathologie hémorroïdaire résulte de la dilatation, de l'inflammation ou de la thrombose de ces plexus, entraînant des symptômes parfois invalidants [1,3].

Bien que fréquente, la maladie hémorroïdaire reste longtemps ignorée ou négligée, souvent par pudeur ou tabou, notamment dans les contextes socioculturels africains, ou la gêne à consulter constitue un frein au diagnostic et à la prise en charge précoce [4]. Au Mali, et en particulier à Bamako, cette pathologie est fréquemment rencontrée, bien qu'encore sous-estimée dans sa véritable ampleur [5–7].

Cliniquement, elle se manifeste de manière variable : douleurs anales, rectorragies, prurit, prolapsus ou encore thromboses hémorroïdaires. Les formes mixtes, associant atteintes interne et externe, sont courantes [8]. En raison de cette symptomatologie banale mais potentiellement trompeuse, il est indispensable d'éliminer toute autre cause sous-jacente, notamment un cancer colorectal, d'où l'importance de l'examen proctologique approfondi et de l'endoscopie digestive basse [2,9].

De nombreux facteurs favorisent l'apparition des symptômes hémorroïdaires : constipation chronique, sédentarité, grossesses répétées, alimentation pauvre en fibres, efforts de défécation, ainsi que des antécédents familiaux. Parmi ces facteurs, la constipation reste le plus fréquemment impliqué [10,11].

La prévalence de la maladie hémorroïdaire varie selon les régions du monde. Aux États-Unis, elle atteignait 4,4 % de la population en 1990 [8]. En France, près de 25 % de la population adulte serait concernée [4]. En Afrique, cette pathologie occupe une place prépondérante dans les affections anorectales : elle représentait 58,8 % des cas à Bangui (RCA), 93,1 % des lésions anales au Sénégal, et 63,2 % des affections colo-proctologiques en Côte d'Ivoire [12–14].

Au Burkina Faso, la maladie hémorroïdaire représentait 45,6 % des affections anorectales et 6 % des coloscopies réalisées au CHU Yalgado Ouédraogo [15]. Au Mali, les données

disponibles révèlent qu'elle constitue 6,35 % des consultations en gastroentérologie, 10,7 % des consultations à l'hôpital du Point G, 21,4 % des consultations annuelles en chirurgie générale et 40,15 % des indications d'endoscopies digestives basses [16].

Face à l'importance épidémiologique de cette pathologie et à la variabilité de sa présentation clinique, une meilleure connaissance de ses caractéristiques locales est essentielle. D'où l'intérêt de cette étude, qui vise à décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G, afin de contribuer à une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée au contexte Malien.



OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires chez les patients consultant dans le service de médecine interne du CHU du Point G.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G.
- Décrire le profil sociodémographique des patients atteints de maladie hémorroïdaire.
- Rechercher les facteurs de risque ou facteurs favorisants présents chez les patients atteints.
- Identifier les principaux signes cliniques révélateurs de la maladie hémorroïdaire.
- Préciser les types de maladies hémorroïdaires (internes, externes, mixtes) observés.



GENERALITES

I. GENERALITES

1.1. Définition

La maladie hémorroïdaire est une affection pathologique très fréquente caractérisée par des symptômes liés à l'altération des plexus hémorroïdaires situés dans la paroi du canal anal [2]. Les hémorroïdes sont des formations vasculaires composées de réseaux artérioveineux et de tissu conjonctif, présents physiologiquement dès la vie embryonnaire, qui jouent un rôle dans le maintien de la continence anale par leur fonction de coussinets vasculo-conjonctifs assurant l'étanchéité de l'orifice anal au repos [3,9].

La maladie hémorroïdaire se manifeste lorsque ces plexus sont affectés par une dilatation veineuse, une inflammation, un prolapsus ou une thrombose, engendrant des symptômes cliniques variés tels que saignements, douleurs, prurit anal, prolapsus ou thromboses hémorroïdaires. Ce terme regroupe donc un ensemble de manifestations pathologiques liées à ces structures vasculaires [11].

Selon l'American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), les hémorroïdes pathologiques sont définies comme des structures vasculaires qui deviennent symptomatiques par leur prolapsus ou leur inflammation, conduisant à une gêne ou complication fonctionnelle [17,18].

1.2. Anatomie et rappels anatomo-fonctionnels de la région anale

1.2.1. Description du canal anal et de ses structures (sphincter interne, sphincter externe, ligne pectinée)

Le canal anal est la portion terminale du tube digestif, d'une longueur moyenne de 3 à 4 cm chez l'adulte, qui s'étend de la jonction anorectale (ligne dentée ou ligne pectinée) à la marge anale. Cette structure est recouverte par un épithélium différent selon la localisation : muqueuse rectale au-dessus de la ligne dentée et peau anale sous la marge anale. La marge anale correspond à la zone cutanée périnéale limitant l'orifice anal, riche en terminaisons nerveuses sensorielles, ce qui explique la sensibilité de cette zone aux stimuli douloureux.

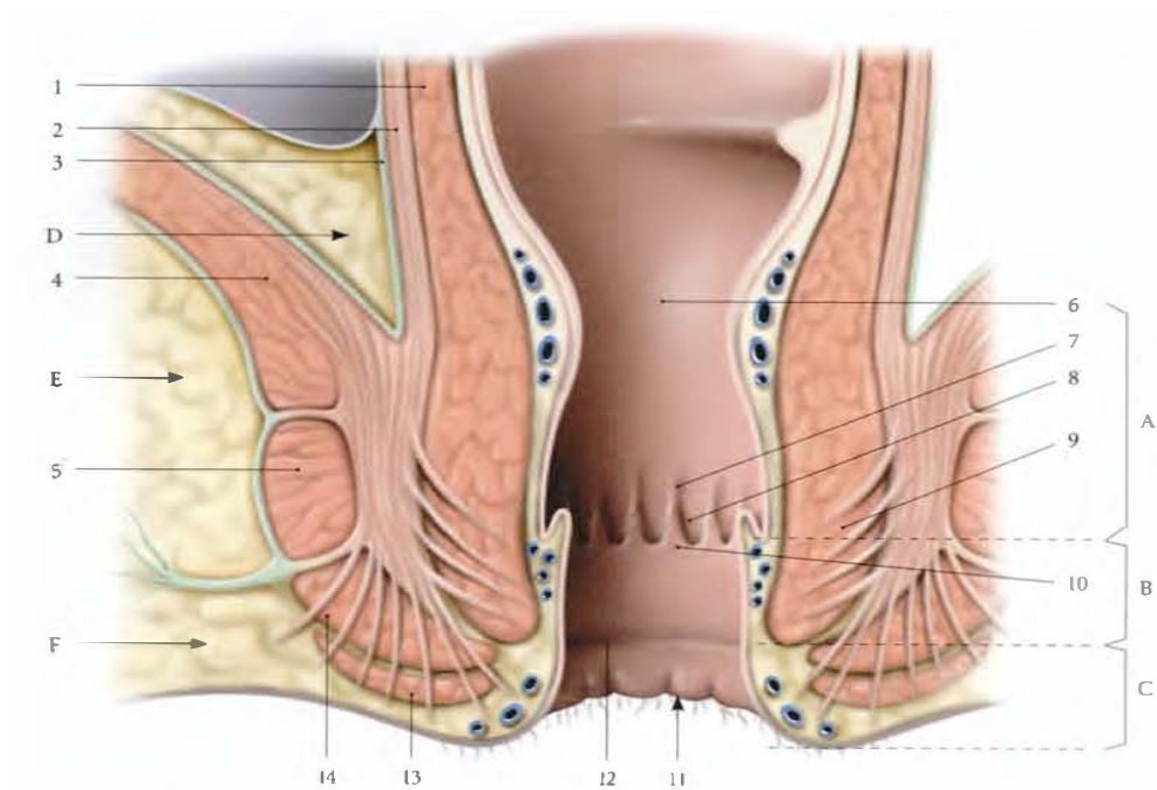
L'anatomie du canal anal comprend diverses structures musculaires dont les sphincters interne (lisse, involontaire) et externe (strié, volontaire), qui jouent un rôle primordial dans la continence. Le canal anal est également entouré de tissu conjonctif et de plexus vasculaires, notamment les plexus hémorroïdaires [19].

a) Configuration interne

La surface interne du canal présente trois zones qui sont, de haut en bas : la zone des colonnes anales, le pecten anal et la zone ano-cutanée.

- La zone des colonnes anales

Elle représente la moitié supérieure et elle est comprise entre les lignes ano-rectale et pectinée. Elle est violacée et marquée par six ou dix plis verticaux de la muqueuse, les colonnes anales. Elles sont plus marquées chez l'enfant. Les extrémités inférieures des colonnes anales sont réunies par des plis muqueux arciformes, les valvules anales. Chaque valvule anale limite avec la paroi un sinus anal. La ligne pectinée est la ligne sinueuse définie par le bord inférieur d'insertion des valvules anales.



A. zone des colonnes anales

B. pecten anal

C. zone ano-cutanée

D. espace pararéctal

E. espace ischio-rectal

F. espace péri-anal

1. couche circulaire

2. couche longitudinale

3. fascia rectal

4. m. élévateur de l'anus

5. m. sphincter externe (partie profonde)

6. ligne ano-rectale

7. colonne anale

8. sinus anal et valvule anale

9. m. sphincter interne

10. ligne pectinée

11. anus

12. ligne ano-cutanée

13. m. sphincter externe (partie sous-cutanée)

14. m. sphincter externe (partie superficielle)

Figure 1 : coupe frontale du canal anal (vue antérieure)

- Le pecten anal

Il est limité par les lignes pectinée et ano-cutané. Large de 10 mm environ, il est blanc bleuté et brillant. Sa couche profonde est fixée par des tractus conjonctifs qui s'irradient dans la musculature longitudinale

La ligne ano-cutanée marque la limite entre les sphincters interne et externe de l'anus. Elle est située à 1 cm environ.

- La zone ano-cutanée est située entre la ligne ano-cutanée et l'anus.
- L'anus est une fente sagittale de 20 mm environ d'où partent des plis rayonnés.

b) Les rapports

Le canal anal, en traversant le diaphragme pelvien, est cerné par le muscle pubo-rectal ; son faisceau latéro rectal descend à travers le sphincter externe et son faisceau rétrorectal le cravate en arrière ;

Dans le périnée postérieur, il est entouré par le sphincter externe de l'anus et est en rapport avec:

- en avant, le centre tendineux du périnée qui le sépare:
 - chez la femme, de la partie inférieure du vagin,
 - chez l'homme, du bulbe du pénis, des glandes bulbo-urétrales et de la partie membranacé de l'urètre;
- en arrière, le ligament ano-coccygien qui s'étend du sphincter externe de l'anus a l'apex du coccyx les tractus fibreux qui unissent le ligament ano-coccygien
- latéralement, la fosse ischio-rectale et son contenu, et plus superficiellement la partie latérale de l'espace péri-anal (fig. 16.73).

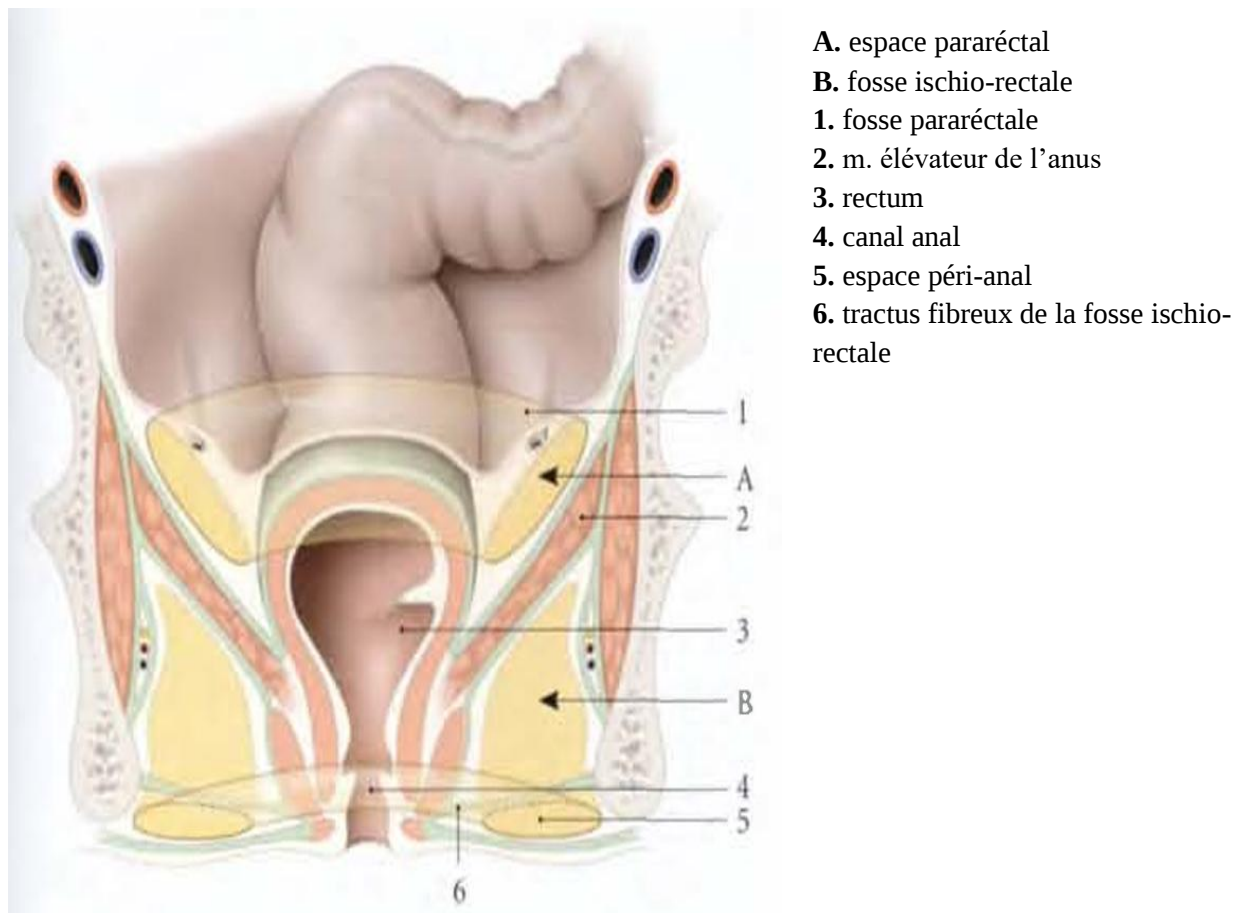


Figure 2 : Topographie de la fosse ischio-rectale (Coupe frontale, vue antérieure)

c) La structure et les sphincters

- La tunique muqueuse présente :
 - au niveau de la zone des colonnes, un épithélium cylindrique transitionnel ;
 - au niveau du pecten anal, un épithélium squameux avec des glandes sébacées Sans follicules pileux ;
 - au niveau de la zone ano-cutanée, un épiderme cutané.
- La tunique sous-muqueuse présente :
 - dans la zone des colonnes, un important réseau veineux, dense dans les colonnes anales;
 - dans le pecten une muscularis mucosae épaissie.
- La musculature et le sphincter interne

La tunique musculaire présente une couche interne circulaire et une couche externe longitudinale :

- la couche interne, épaissie en regard du canal anal, forme le sphincter interne de l'anus. Épais de 5 mm, sa hauteur varie de 25 à 40 mm ;

- quelques fibres de la couche externe fusionnent avec des fibres du faisceau latéro-rectal du muscle pubo-rectal. Ces fibres conjointes, accompagnées de conjonctif, s'interposent entre les sphincters interne et externe, puis s'épanouissent dans le derme de l'anus et de la marge de l'anus (muscle corrugateur de la marge de l'anus).
- Sphincter externe l'anus

Il s'étend du diaphragme pelvien à l'anus et présente trois parties, sous-cutanée, superficielle et profonde :

- la partie Sous-cutanée est une lame de 15 mm de largeur qui entoure l'anus ;
- la partie superficielle, située au-dessus de la précédente, encercle le canal anal et s'insère, en arrière, sur le ligament ano-coccygien et, en avant, sur le centre tendineux du périnée
- la partie profonde épaisse est étroitement unie au muscle pubo-rectal.

1.2.2. Vascularisation : plexus hémorroïdaires interne et externe

a) Les artères

Elles sont nombreuses et richement anastomosées entre elles.

- L'artère rectale supérieure, branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, est l'artère principale du rectum et du canal anal. Elle se divise en deux branches droites volumineuses, et gauche qui irriguent le rectum et la zone des colonnes anales.
- Les artères rectales moyennes, branches des artères iliaques internes ou des artères pudendales internes, irriguent la partie inférieure du rectum et la zone des colonnes anales.
- Les artères rectales inférieures, branches des artères pudendales internes, irriguent le pecten anal et la zone ano-cutanée.
- L'artère sacrale médiane participe à la vascularisation de la face postérieure du rectum.

b) Les veines

La paroi ano-rectale est drainée par un plexus sous muqueux et un plexus périmusculaire unis par des veines communicantes. Le plexus sous-muqueux, particulièrement dense au niveau des colonnes anales, forme le plexus rectal interne, et au niveau de la zone ano-cutanée, le plexus rectal externe.

Les varices de ce plexus sous-muqueux constituent les hémorroïdes

Le plexus rectal interne est drainé par :

- les veines rectales supérieures qui rejoignent la veine mésentérique inférieure ;
- les veines sacrales médianes qui se drainent dans la veine iliaque commune gauche ;

- les veines rectales moyennes qui rejoignent les veines iliaques internes ;

Ce plexus constitue une anastomose porto-cave. Les veines rectales externe traversent la fosse ischio rectale et se drainent dans les veines pudendales internes.

c) Les lymphatiques

La ligne ano-cutanée sépare deux zones lymphatiques de la paroi ano-rectale : une zone supérieure drainée par les collecteurs rectaux internes et une zone inférieure drainée par les collecteurs externes.

Les collecteurs Lymphatiques rectaux internes, interrompus par les Lymphonœuds pararectaux, se drainent eux-mêmes dans les lymphonœuds rectaux supérieurs et moyens.

Les collecteurs lymphatiques rectaux supérieurs se drainent dans les lymphonœuds rectaux supérieur, situés à la bifurcation de l'artère rectale supérieure. Des collecteurs plus longs se terminent dans les Lymphonœuds sigmoïdiens ou mésentériques inférieurs.

Les collecteurs lymphatiques rectaux externes se drainent dans les lymphonœuds inguinaux médiaux, et parfois dans les Lymphonœuds iliaques internes.

1.2.3. Innervation

a) Les nerfs

- Le rectum est innervé par :
 - le plexus rectal supérieur issu du plexus mésentérique supérieur, pour sa partie supérieure ;
 - le plexus rectal moyen issu du plexus hypogastrique inférieur, pour sa partie inférieure.
- Le canal est innervé par le plexus rectal inférieur issu du plexus hypogastrique inférieur.

Le sphincter externe et la marge de l'anus sont innervés par le nerf rectal supérieur, branche des nerfs sacraux S3 et S4, et par le nerf rectal inférieur, branche du nerf pudendal.

b) Les Neurorécepteurs

Le rectum possède, comme tout le tube digestif, un plexus nerveux sous-muqueux et un plexus mesentérique. Ces plexus se raréfient progressivement pour disparaître dans la jonction recto-anale. Le fascia rectal présente des corpuscules lamelleux mécanorécepteurs des pressions et vibrations.

Le canal anal possède des neurorécepteurs qui sont denses dans la marge de l'anus ; leur nombre se réduit au fur et à mesure que l'on se rapproche du rectum.

Le canal anal présente, sur toute sa hauteur, des terminaisons nerveuses libres, nociréceptrices. S'y associent :

- dans la marge de l'anus, les terminaisons des follicules pileux, récepteurs du tact léger ;
- dans la zone : ano-cutanée, quelques corpuscules capsulés du tact, mécanorécepteurs du tact appuyé ;
- dans le pecten anal, des corpuscules capsulés bulboïdes, mécanorécepteurs et thermorécepteurs ;
- dans la ligne pectinée et la zone des colonnes, des corpuscules capsulés génitaux et des corpuscules capsulés thermorécepteurs du froid

1.2.4. Anatomie fonctionnelle

L'anatomie fonctionnelle du canal anal intègre les structures musculaires, vasculaires et nerveuses qui assurent la continence et la défécation. Le système musculaire sphinctérien se compose principalement de deux anneaux musculaires [20] :

- Le sphincter anal interne (SAI) : un muscle lisse involontaire qui assure la contraction tonique de repos, responsable de 60 à 80% de la pression de base du canal anal.
- Le sphincter anal externe (SAE) : un muscle strié volontaire qui entoure le sphincter interne et peut être contracté consciemment pour maintenir la continence en urgence.

En complément, le muscle pubo-rectal, un faisceau du muscle élévateur de l'anus, forme une sangle qui maintient l'angle ano-rectal à environ 90°, renforçant l'étanchéité anale par un effet de valve mécanique.

En termes vasculaires, les plexus hémorroïdaires interne et externe fonctionnent comme des coussinets vasculaires. Leur remplissage sanguin contribue à la fermeture hermétique du canal anal au repos, participant pour environ 10 à 20% de la pression d'occlusion. Le système nerveux autonome régule la contraction du sphincter interne alors que le contrôle volontaire s'effectue par le système nerveux somatique sur le sphincter externe [20].

Ce système intégré musculaire, vasculaire et nerveux permet d'assurer la continence des selles et des gaz, tout en permettant une ouverture contrôlée lors de la défécation par une relaxation coordonnée des sphincters et une modulation du remplissage des plexus hémorroïdaires [20].

1.3. Physiopathologie de la maladie hémorroïdaire

La compréhension des mécanismes physiopathologiques aboutissant à la maladie hémorroïdaire n'est pas encore clairement établie. Les hémorroïdes, structures normalement présentes au niveau de l'anus peuvent entraîner diverses manifestations cliniques comme des rectorragies, des thromboses ou un prolapsus. Des facteurs vasculaires et mécaniques semblent intervenir dans ce processus pathologique et sont probablement intriqués.

1.3.1. Théorie vasculaire

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

1.3.2. Théorie mécanique

Le facteur mécanique est communément admis pour expliquer le prolapsus et les rectorragies. En effet, le tissu conjonctif de soutien se dégrade avec l'âge, dès la troisième décennie, avec cependant de grandes variations individuelles. L'altération et l'hyperlaxité des moyens de fixation des plexus hémorroïdaires vont entraîner leur mobilisation anormale et leur extériorisation lors des efforts de poussées. A un stade ultime, le ligament de Parks est rompu et les plexus hémorroïdaires internes sont prolapsés en permanence. La dégénérescence du tissu de soutien va également induire une distension des structures vasculaires et par conséquent une augmentation du volume des hémorroïdes. Ces phénomènes vont fragiliser la muqueuse hémorroïdaire qui sera le siège d'érosions, entraînant des saignements de type artériolaire, notamment lors de l'exonération quand la mobilisation des plexus hémorroïdaires est maximale. Cette théorie séduisante n'explique cependant pas tout, car ces anomalies histologiques peuvent exister chez des sujets âgés sans manifestation hémorroïdaire clinique [21].

1.4. Manifestations cliniques

Les manifestations cliniques peuvent survenir brutalement par poussée ou apparaître progressivement à bas bruit pour quelquefois devenir permanentes. En pratique, il faut distinguer les hémorroïdes externes des hémorroïdes internes qui sont responsables de symptômes différents.

1.4.1. Hémorroïdes externes

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

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

Les symptômes disparaissent le plus souvent spontanément, en quelques jours. La tuméfaction pouvant nécessiter quelquefois deux à trois semaines pour se résorber complètement. Le caillot de sang s'élimine parfois au travers d'une érosion du revêtement cutané, ce qui soulage la douleur mais provoque un saignement non lié à l'exonération qui tâche les sous-vêtements et inquiète volontiers le patient. Lors de la cicatrisation, ces thromboses externes peuvent être à l'origine de replis de peau séquellaires appelés marisques, habituellement non symptomatiques mais parfois responsable d'un prurit, de difficultés d'essuyage ou d'une gêne esthétique.

1.4.2. Hémorroïdes internes

a) Signes fonctionnels

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

- Les rectorragies : symptôme principal, Il s'agit typiquement de saignements de sang rouge rutilant survenant à la fin de la selle, rythmés par la défécation, de faible abondance, éclaboussant parfois la cuvette des toilettes ou simple trace à l'essuyage.
- Le prolapsus ou la procidence hémorroïdaire : Le prolapsus correspond à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice anal. Il peut être circulaire ou localisé, perçu ou non par le patient et classe les hémorroïdes en quatre (4) grades ou stades.
- Autres symptômes :
 - La douleur : elle traduit habituellement une complication de la maladie hémorroïdaire ;
 - Le prurit ;
 - Un suintement ;
 - Une pesanteur anale

b) Complications

- Crypto-papillites : Il s'agit de manifestations inflammatoires localisées au niveau de la ligne pectinée et responsables de douleurs.
- Thrombose hémorroïdaire interne :
 - Rare, elle est responsable d'une vive douleur intracanalair.
 - Au toucher rectal, on perçoit un petit nodule dur et douloureux.
 - L'anuscopie confirme le diagnostic en visualisant un nodule tendu de couleur bleu ;
 - Prolapsus hémorroïdaire thrombosé :
 - Il s'agit d'une thrombose massive des plexus hémorroïdaires internes qui se sont extériorisés au cours d'un effort de défécation et qui ne sont pas réintégrés dans le canal anal.
 - Une réaction œdémateuse associée à des ulcérations nécrotiques est quasi constante.
 - Anémie : Les saignements chroniques peuvent entraîner une anémie profonde.

1.5. Examen clinique proctologique

Le malade doit être en position genu-pectorale, avoir le rectum vide. Il faut un très bon éclairage.

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

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

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

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

- **1^{er} stade** : hémorroïdes congestives ou hémorragiques, non prolabées ;
- **2^{ème} stade** : hémorroïdes se prolabant lors de l'exonération et se réintégrant spontanément en fin de selles ;
- **3^{ème} stade** : hémorroïdes se prolabant lors de l'exonération et nécessitant une réintégration manuelle ;
- **4^{ème} stade** : hémorroïdes prolabées en permanence ne pouvant pas se réintégrer manuellement.

1.6. Examens complémentaires

Le diagnostic de la maladie hémorroïdaire est essentiellement clinique, basé sur l'interrogatoire et l'examen proctologique (inspection, palpation, toucher rectal). Toutefois, certains examens complémentaires sont indispensables pour confirmer le diagnostic, évaluer la sévérité, et surtout exclure d'autres pathologies anorectales ou colorectales, notamment en cas de rectorragies [28].

1.6.1 Anuscopie

L'anuscopie est l'examen de référence pour visualiser directement les plexus hémorroïdaires internes. Cet examen consiste à introduire un tube rigide ou flexible lumineux dans le canal anal pour observer la muqueuse et les hémorroïdes internes, leur nombre, leur aspect et leur stade selon des classifications cliniques (par exemple, celle de Goligher). L'anuscopie est simple, rapide, et non douloureuse lorsqu'elle est réalisée avec soin et lubrification [29].

1.6.2 Rectoscopie ou rectosigmoïdoscopie

La rectoscopie (examen du rectum) ou la rectosigmoïdoscopie (examen du rectum et du sigmoïde) est indiquée en cas de rectorragie d'origine incertaine ou lorsque des symptômes cliniques suggèrent une autre pathologie (fissure, cancer, polype). Ces examens permettent une exploration visuelle plus étendue du tube digestif distal, apportant un diagnostic différentiel crucial en cas de saignement anal [29].

1.6.3 Coloscopie

La coloscopie est recommandée chez les patients de plus de 45 ans, surtout en présence de facteurs de risque personnels ou familiaux de cancer colorectal, d'une anémie ferriprive, ou en cas de saignements atypiques. Elle permet d'explorer l'ensemble du côlon et d'exclure les causes organiques avant de proposer un traitement spécifique des hémorroïdes [30].

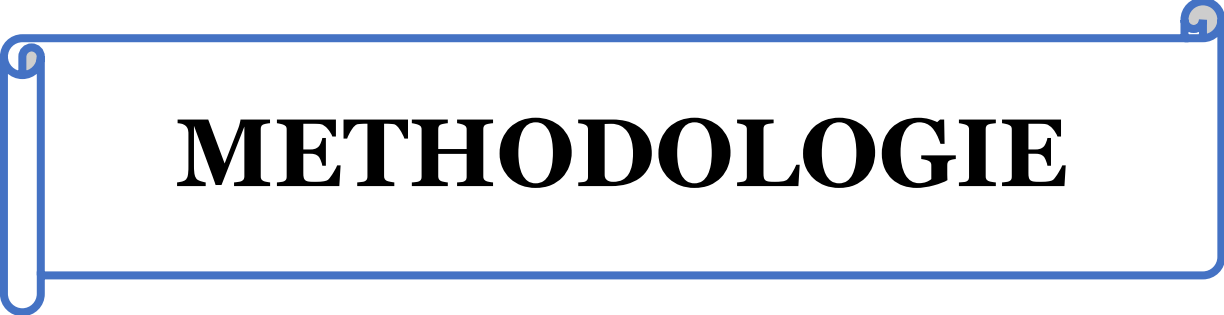
1.6.4 Autres examens selon le contexte

- Numération formule sanguine (NFS) et bilan martial : utiles pour détecter une anémie ferriprive secondaire à des saignements chroniques [31].
- Échographie endo-anale ou pelvienne, IRM, ou manométrie anorectale : réservés aux cas compliqués ou lorsqu'un trouble fonctionnel anorectal est suspecté [32].

1.7. Diagnostic différentiel

- Devant la douleur anale aiguë : Une fissure anale, un abcès anal,
- Devant la tuméfaction de la marge anale : Le cancer du canal anal ou de la marge anale, l'abcès anal, les condylomes acuminés
- Devant la rectorragie : Eliminer le cancer du rectum, l'ulcération thermométrique et les autres causes d'émission de sang rouge par la voie basse.

- Devant une masse prolabée lors des efforts : le prolapsus rectal : facilement reconnue par sa couleur rosée et ses plis circulaires, Un polype pédiculé du rectum. [23]



METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre et lieu d'étude

Cette étude a été menée dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G à Bamako, Mali. Ce service dispose d'une unité spécialisée en proctologie, incluant une salle équipée pour la réalisation des examens d'anorectoscopie.

2.2. Type d'étude et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive comportant deux volets :

- Un volet rétrospectif, basé sur l'analyse des dossiers des patients ayant bénéficié d'une anorectoscopie au service de médecine interne du CHU du Point G, sur une période de cinq ans, allant du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2024.
- Un volet prospectif, couvrant une période de six mois, allant du 1er janvier au 30 juin 2025, avec une collecte active des données auprès des nouveaux patients examinés pendant cette période.

Cette double approche a permis d'augmenter la taille de l'échantillon, d'améliorer la qualité des données et de comparer les pratiques actuelles aux tendances observées les années précédentes.

2.3. Population d'étude

L'étude a porté sur l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une anorectoscopie dans le service de médecine interne du CHU du Point G durant la période d'étude.

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- Tous les patients ayant bénéficié d'une anorectoscopie dans le service chez qui un diagnostic de maladie hémorroïdaire a été posé ;

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Tous les patients explorés par anorectoscopie sans diagnostic de maladie hémorroïdaire ;
- Tous les patients n'ayant pas accepté de faire partir de cette étude (dans la partie retrospective)

2.4. Matériel et méthode

Matériel

Le matériel utilisé pour l'examen proctologique comprenait :

- Un anoscope ;
- Un rectoscope ;

- Une source lumineuse (lampe) ;
- Des gants stériles ;
- De la vaseline pour la lubrification ;
- Une table d'examen adaptée.

Echantillonnage :

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

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

Avec :

- **N** = taille minimale de l'échantillon ;
- **P** = prévalence de la maladie hémorroïdaire (9,31 % selon une étude en commune I de Bamako) ;
- **Z** = 1,96 (pour un intervalle de confiance à 95 %) ;
- **d** = précision absolue tolérée (généralement fixée à 0,05).

Après calcul, la taille minimale requise est N = 120 patients

Procédure d'examen

Tous les patients inclus ont bénéficié d'un examen clinique complet, comprenant :

- **Inspection anale** : réalisée en dépliant les plis radiés de l'anus, au repos et des efforts poussés, elle permettait d'objectiver une procidence, des marisques, des thromboses externes, des fissures anales, abcès, ou fistules.
- **Toucher rectal** : après lubrification, il permettait d'évaluer le tonus sphinctérien, la présence de douleur localisée, de tuméfaction, et d'exclure une pathologie néoplasique ainsi que la qualité des selles, la présence ou non de sang dans les selles.
- **Anuscopie** : introduit avec précaution en position genu-pectorale ou décubitus latéral gauche, elle permettait une exploration visuelle directe des paquets hémorroïdaires et la classification selon les **stades de Goligher** :
 - **Stade I** : hémorroïdes non prolabées ;
 - **Stade II** : prolabées à la poussée mais se réduisant spontanément ;
 - **Stade III** : nécessitant une réduction manuelle ;
 - **Stade IV** : irréductibles.

2.5. Collecte, saisie et analyse de données

Les données ont été collectées à l'aide de l'application KoboCollect, qui a permis un recueil numérique, structuré et sécurisé des informations, soit directement au lit du patient, soit à partir des dossiers archivés. Un formulaire électronique standardisé, conçu sur KoboToolbox, a été utilisé. Celui-ci comprenait des champs obligatoires correspondant aux différentes variables de l'étude, garantissant ainsi la complétude et la qualité des données recueillies.

Les données ont ensuite été exportées au format Excel, puis importées dans le logiciel IBM SPSS Statistics version 26.0, où elles ont été nettoyées et analysées.

Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences absolues (n) et de pourcentages (%). Les variables quantitatives ont été exprimées, selon leur distribution, soit en moyenne $\pm$ écart-type, soit en médiane avec intervalles interquartiles (IIQ).

La normalité des variables quantitatives a été vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Pour les comparaisons statistiques entre les variables qualitatives, nous avons utilisé :

- le test du χ^2 de Pearson lorsque les conditions d'application étaient remplies ;
- le test exact de Fisher en cas de faibles effectifs attendus ;
- la correction de Yates dans les tableaux 2x2 si nécessaire.

Le seuil de significativité a été fixé à 5 % ($p < 0,05$). Toute différence avec une valeur de p inférieure à ce seuil a été considérée comme statistiquement significative.

2.6. Paramètres étudiés

La fiche d'enquête KoboCollect a permis de recueillir les variables suivantes :

- Données sociodémographiques : âge, sexe, profession, ethnie, origine géographique ;
- Motifs de consultation ;
- Signes cliniques observés à l'examen proctologique (inspection, toucher ano-rectal, anoscopie) ;
- Stade de la maladie hémorroïdaire selon la classification.

2.7. Considérations éthiques

Avant le démarrage de la phase prospective, une autorisation éthique a été demandée et obtenue auprès du comité d'éthique de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako, ainsi que du CHU du Point G.

Les données issues de la phase rétrospective ont été collectées de manière anonyme à partir des dossiers médicaux existants, sans révélation de l'identité des patients.

Pour la phase prospective, le consentement éclairé verbal ou écrit des patients a été obtenu après explication de l'objectif de l'étude, de son intérêt scientifique, et des modalités de participation.

Aspects epidemio-clinques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G

Aucune donnée nominative n'a été saisie dans l'outil KoboCollect, et la confidentialité sera rigoureusement respectée.

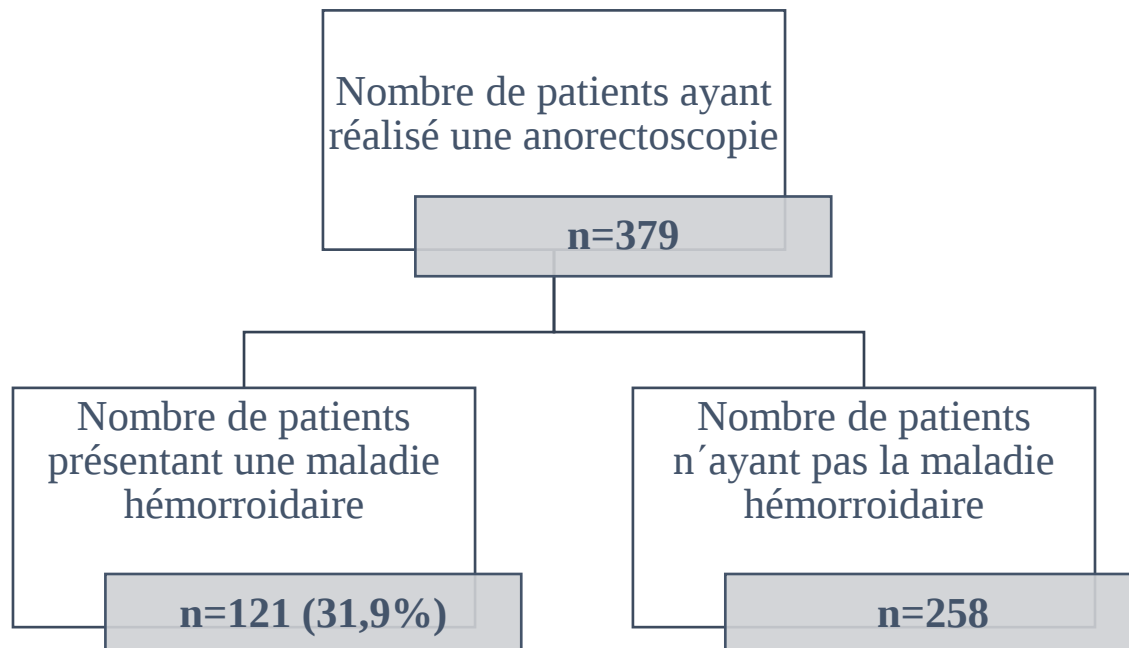
Toutes les données ont été stockées sur des supports sécurisés, protégées par mot de passe, et utilisées exclusivement à des fins de recherche.



RESULTATS

III. RESULTATS

3.1. Prévalence des maladies hémorroïdaires



Sur la période d'étude 379 patients ont bénéficié d'une anorectoscopie. La maladie hémorroïdaire a été diagnostiquée chez 121 patients, correspondant à 31,9 % des patients ayant eu une anorectoscopie.

3.2. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Age en année	Effectif	Pourcentage
< 20	3	2,5
20 - 29	23	19,0
30 - 39	38	31,4
40 - 49	20	16,5
50 - 59	19	15,7
60 - 69	12	9,9
> 69	6	5,0
Total	121	100,0

L'âge moyen des patients a été de $42,25 \pm 14,59$ ans avec des extrêmes de 17 et 87 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 30 à 39 ans (31,4 %), suivie de celle de 20 à 29 ans (19,0 %).

Aspects epidemio-clinques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G

Tableau II : Répartition des patients selon leur genre

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	36	29,8
Masculin	85	70,2
Total	121	100,0

La population étudiée a été majoritairement masculine avec 70,2 % d'hommes contre 29,8 % de femmes, soit un sex-ratio de 2,36 en faveur des hommes.

Tableau III : Répartition des patients selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	27	22,3
Commerçant	27	22,3
Profession libérale	16	13,2
Fonctionnaire	12	9,9
Cultivateur/Éleveur	10	8,3
Militaire/Policiier	10	8,3
Élève/Étudiant	9	7,4
Ouvrier	4	3,3
Agent de santé	3	2,5
Retraité	3	2,5
Total	121	100,0

Les femmes au foyer et les commerçants ont constitué les groupes les plus représentés (22,3 % chacun), suivis des professions libérales (13,2 %) et des fonctionnaires (9,9 %).

Profession liberale =

Aspects epidemio-cliniques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G

Tableau IV : Répartition des patients selon leur résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	114	94,2
Hors de Bamako	7	5,8
Total	121	100,0

La majorité des patients résidait à Bamako (94,2 %) contre seulement 5,8 % venant de l'extérieur.

3.3. Facteurs de risque

Tableau V : Répartition des patients selon l'existence de constipation chronique

Constipation chronique	Effectif	Pourcentage
Non	118	97,5
Oui	3	2,5
Total	121	100,0

Une constipation chronique a été retrouvée seulement chez 2,5 % des patients.

Tableau VI : Répartition des patients selon la sédentarité

Sédentarité activité physique 2 fois/semaine	Effectif	Pourcentage
Non	76	61,8
Oui	45	37,2
Total	121	100,0

La sédentarité () a concerné 37,2 % des cas.

Aspects epidemio-cliniques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents de grossesse actuelle ou antérieure

Grossesse actuelle ou antérieure chez la femme	Effectif	Pourcentage
Non	32	88,9
Oui	4	11,1
Total	36	100,0

Chez les femmes, la grossesse (actuelle ou antérieure) a été rapportée dans **11,1 %** des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le port de charges lourdes fréquent

Port de charges lourdes fréquent	Effectif	Pourcentage
Non	117	96,7
Oui	4	3,3
Total	121	100,0

Le port de charges lourdes a été noté chez 3,3 % des patients.

Tableau IX : Répartition des patients selon leurs habitudes alimentaires pauvres en fibres

Habitudes alimentaires pauvres en fibres	Effectif	Pourcentage
Inconnu	115	95,0
Non	3	2,5
Oui	3	2,5
Total	121	100,0

Concernant les habitudes alimentaires, un régime pauvre en fibres a été identifié chez seulement 2,5 % des cas, tandis que pour 95 % l'information n'était pas précisée

3.4. Motifs d'anorectoscopie

Tableau X : Répartition des patients selon les motifs d'anorectoscopie

Motifs d'anorectoscopie	Effectif (n = 121)	Pourcentage
Douleur anale	31	25,6
Rectorragies	28	23,1
Maladie hémorroïdaire	14	11,6
Prolapsus	12	9,9
Constipation	8	6,6
Marisque hémorroïdaire	6	5,0
Fistule anale	4	3,3
Hematochesie	6	5,0
Syndrome hémorroïdaire	4	3,3
Bourrelets hémorroïdaires	2	1,7
Notion de paquet hémorroïdaire	3	2,5
Tuméfaction anale	2	1,7
Autre*	10	8,3

* : Prurit **(1)**, Anémie par carence martial **(1)**, Cancer du col de l'utérus **(1)**, Hématénèse **(1)**, Hémorragie digestive basse **(1)**, Masse anale **(1)**, Masse rectale **(1)**, anémie normocytaire normochrome **(1)**, Relâchement anal **(1)**, Thrombose hémorroïdaire **(1)**.

Les principaux motifs d'anorectoscopie ont été la douleur anale (25,6 %), les rectorragies (23,1 %) et la maladie hémorroïdaire connue (11,6 %). Le prolapsus (9,9 %) et la constipation (6,6 %) ont également constitué des motifs fréquents.

3.5. Symptômes retrouvés

Tableau XI : Répartition des patients selon les symptômes retrouvés

Symptômes	Effectif (n = 121)	Pourcentage
Marisque hémorroïdaire	60	49,6
Douleur anale	34	28,1
Fistule anale	28	23,1
Prolapsus hémorroïdaire	15	12,4
Rectorragie sang rouge au moment des selles	8	6,6
Inconfort masse anale	5	4,1
Mycose inter fessière	5	4,1
Ulcération	4	3,3
Écoulement muqueux	3	2,5
Masse intra-canalair	2	1,7
Autre*	10	8,3

* : Prurit anal (1), abcès inter fessier (1), Bourrelet hémorroïdaire (1), Lésion de contacte marginal (1), lésion inter-fessière inflammatoire (1), lésion ulcero-necrotique (1), masse latro-utérine (1), Muqueuse anal érythémateuse (1), procidence a l'effort de poussé (1), Thrombose anale (1).

La marisque hémorroïdaire a été le symptôme le plus fréquemment retrouvé (49,6 %), suivi de la douleur anale (28,1 %) et de la fistule anale (23,1 %). Le prolapsus hémorroïdaire a été présent dans 12,4 % des cas et les rectorragies dans 6,6 %.

3.6. Stade de la maladie hémorroïdaire

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

Stade de la maladie hémorroïdaire	Effectif	Pourcentage
Grade I	46	38,0
Grade II	58	47,9
Grade III	15	12,4
Grade IV	2	1,7
Total	121	100,0

La majorité des patients a été diagnostiquée à un stade précoce : 47,9 % au grade II et 38 % au grade I. Les formes avancées (grade III et IV) ont représenté respectivement 12,4 % et 1,7 %.

3.7. Complications

Tableau XIII : Répartition des patients selon les complications

Complications	Effectif (n = 121)	Pourcentage
Thrombose	16	13,2
Ulcération	5	4,1
Aucune	101	83,5

Les complications ont concerné 20 patients (16,5 %), dominées par la thrombose (13,2 %) et l'ulcération (4,1 %). La majorité des patients (83,5 %) n'a présenté aucune complication.

3.8. Examens réalisés et résultats

Tableau XIV : Répartition des patients selon le type d'examen réalisé

Type d'examen réalisé	Effectif (n = 121)	Pourcentage
Anuscopie	121	100,0
Rectoscopie	117	96,7

L'anuscopie a été réalisée chez tous les patients (100 %), et la rectoscopie dans 96,7 % des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon le résultat à l'examen de l'anorectoscopie

Résultats d'examen	Effectif (n = 121)	Pourcentage
Paquets hémorroïdaires	21	17,4
Présence de prolapsus hémorroïdaire	19	15,7
Présence de thrombose	10	8,3
Muqueuse anale érythémateuse	10	8,3
Muqueuse rectale érythémateuse	7	5,8
Ulcération anale	5	4,1
Paquets hémorroïdaires en couronne	2	1,7
Normal	2	1,7
Autre*	5	4,1

* : lésion érosive (1), lésion ulcéro-bourgeonnante (1), Masse rectal congestive (1), muqueuse anale ulcéro-necrotique (1), tuméfaction anale (1),

Les principales anomalies retrouvées ont été :

- Paquets hémorroïdaires (17,4 %),
- Prolapsus hémorroïdaire (15,7 %),
- Thromboses, et une muqueuse anale érythémateuse ont représenté (8,3 %) chacun

Un examen normal a été retrouvé dans 1,7 % des cas.

3.9. Diagnostic retenu

Tableau XVI : Répartition des patients selon le type clinique observé

Diagnostic final	Effectif	Pourcentage
Maladie Hémorroïdaire interne	66	54,5
Maladie Hémorroïdaire mixte	39	32,2
Maladie Hémorroïdaire externe	16	13,2
Total	121	100,0

La maladie hémorroïdaire interne a représenté la forme la plus fréquente avec 54,5 %, suivies des formes mixtes (32,2 %) et des hémorroïdes externes (13,2 %).



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence

Au CHU du Point G (Bamako, Mali), sur la période d'étude (volet rétrospectif 2020–2024 puis volet prospectif janvier–juin 2025), 379 patients ont bénéficié d'une anorectoscopie. La maladie hémorroïdaire a été diagnostiquée chez 121 patients, soit une fréquence de 31,9 % parmi l'ensemble des anorectoscopies.

Cette fréquence est globalement comparable à celles rapportées dans d'autres séries : au Brésil, de Almeida et al. (2012) retrouvent une fréquence d'environ 27,6 %, tandis qu'au Mali, à Kayes, Katile D et al. (2020) rapportent une fréquence proche de 37,3 % [33,34].

Ces différents travaux démontrent que la maladie hémorroïdaire reste et demeure l'une des pathologies anales la plus dominante.

2. Age

L'âge moyen était de $42,3 \pm 14,6$ ans (extrêmes : 17–87 ans). La classe d'âge la plus représentée est 30–39 ans (31,4 %), suivie de 20–29 ans (19,0 %), montrant une concentration des cas chez l'adulte jeune et d'âge moyen.

Ce profil d'âge renvoie à une population en pleine activité, chez qui la gêne fonctionnelle a un impact direct sur la qualité de vie et peut accélérer le recours à la consultation. À ces âges, l'exposition aux contraintes du quotidien (rythmes de travail, habitudes de vie en milieu urbain, efforts à la défécation, station assise prolongée) peut contribuer à l'expression clinique de la maladie et à l'indication d'exploration.

Nos résultats restent cohérents avec plusieurs données africaines. En effet, Coulibaly et al. (2016) rapportent également une atteinte fréquente chez l'adulte avec un âge moyen de 39,58 ans, et Ray-Offor et Amadi (2019) décrivent un profil dominé par des adultes (âge moyen = 51,9 ans) actifs, traduisant une distribution comparable en Afrique subsaharienne [35,36]. Cette convergence renforce l'idée d'une maladie diagnostiquée surtout à l'âge où la demande de soins est la plus forte.

À l'inverse, certaines séries hors Afrique ou certaines approches méthodologiques montrent des populations plus âgées. Riss et al. (2012), dans une étude de prévalence en population adulte, rapportent un profil qui s'étend davantage vers les âges élevés avec un âge moyen de 61,7 ans [37]. Ces différences peuvent donc refléter autant des variations réelles d'exposition que des effets de méthode (population générale versus patients explorés, accessibilité aux soins, comportements de consultation).

3. Sexe

Notre population était majoritairement masculine, avec 70,2 % d'hommes contre 29,8 % de femmes, soit un sex-ratio de 2,36 en faveur des hommes.

Cette prédominance masculine peut traduire, dans notre contexte, une différence de recours aux soins (pudeur, banalisation des symptômes, accès à la consultation spécialisée), mais aussi une exposition différenciée à certains facteurs favorisants liés au mode de vie et au travail (station assise prolongée, efforts physiques, habitudes de défécation).

Plusieurs travaux africains retrouvent également une surreprésentation masculine : Coulibaly et al., 2016 (Burkina Faso) rapportaient 75,7 % d'hommes (sex-ratio 3,12) dans une série hospitalière [35]. De même, Kibret et al., 2021 (Éthiopie) observaient une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes (18,8 % vs 7,7 %) dans une étude institutionnelle [21].

4.4. Profession

Les catégories professionnelles les plus représentées étaient les femmes au foyer (22,3 %) et les commerçants (22,3 %), suivies des professions libérales (13,2 %) et des fonctionnaires (9,9 %). Cette répartition suggère que la maladie hémorroïdaire touche des profils d'activité variés, mais avec une forte présence de groupes exposés à des contraintes quotidiennes particulières. Sur le plan interprétatif, certaines activités peuvent favoriser l'expression ou l'aggravation des symptômes : la station assise prolongée (commerce sédentaire, bureau), la station debout prolongée (vente, petits métiers), les efforts physiques répétés et parfois l'irrégularité des repas et de l'hydratation. Ces conditions peuvent contribuer à la stase veineuse ano-rectale et à des troubles du transit, et donc faciliter la survenue ou la persistance des manifestations hémorroïdaires.

En comparaison, Coulibaly et al., 2016 (Burkina Faso) décrivent également une diversité socioprofessionnelle chez les patients pris en charge, avec une place importante des adultes actifs notamment les fonctionnaires (60%), ce qui rejoint l'idée que la maladie est fréquemment diagnostiquée chez des sujets exposés à des contraintes de travail répétées [35].

Ainsi, la structure professionnelle observée dans notre étude peut être comprise comme le reflet du profil socio-économique urbain de Bamako, des conditions de travail, et des comportements de consultation. Elle plaide pour une prévention ciblée sur l'hygiène de vie au travail (mobilisation régulière, hydratation, alimentation riche en fibres, limitation des efforts de poussée).

4.5. Facteurs de risque

Dans notre série, le signal le plus marquant est la sédentarité, retrouvée chez 37,61 % des patients (activité physique < 2 fois/semaine), ce qui suggère un déterminant important en milieu urbain et rejoint les observations de Balmiki et al., 2025 (Inde) où la sédentarité concernait 59,6 % des cas, ainsi que celles de Uddin et al., 2024 qui identifient les comportements sédentaires (38%) et le mode de vie parmi les facteurs fréquemment associés à la maladie hémorroïdaire (38,39). À l'inverse, la constipation chronique n'a été rapportée que chez 2,5 % de nos patients, proportion très inférieure à celle décrite par Balmiki et al., 2025 (Inde) (57,5%), ce décalage pouvant traduire des différences de définition, de recrutement, mais aussi une sous-déclaration ou un recueil insuffisant dans les dossiers, invitant à la prudence avant de minimiser son rôle dans notre contexte [35,36]. Dans le même sens, l'appréciation du régime pauvre en fibres est fortement limitée par la qualité des données : il n'était noté que chez 2,5 % des patients, avec 95,0 % d'informations manquantes, alors que des travaux comme Balmiki et al., 2025 (Inde) rapportent des fréquences beaucoup plus élevées (69,6 %), soulignant surtout, dans notre étude, un enjeu d'amélioration du recueil alimentaire [38]. Concernant les facteurs mécaniques et hormonaux, le port de charges lourdes était peu retrouvé (3,3 %), possiblement en lien avec le profil majoritairement urbain et les limites du recueil, tandis que la grossesse (actuelle ou antérieure) était rapportée chez 11,1 % des femmes, ce qui reste cohérent avec le rôle reconnu de la grossesse dans la survenue/majoration des symptômes (compression veineuse, troubles du transit, efforts expulsifs). En pratique, ces éléments orientent la prévention prioritairement vers la réduction de la sédentarité et l'éducation à l'hygiène de défécation, tout en recommandant, pour les futurs travaux, un recueil standardisé du transit et de l'alimentation afin de mieux estimer le poids réel de la constipation et du déficit en fibres dans notre population.

4.6. Motifs d'anorectoscopie et symptômes

a) Motifs d'anorectoscopie

Dans notre étude (Mali, Bamako), les indications d'anorectoscopie étaient dominées par la douleur anale (25,6 %) et les rectorragies (23,1 %). Les autres motifs étaient la maladie hémorroïdaire déjà connue (11,6 %), le prolapsus (9,9 %) et la constipation (6,6 %).

Ce profil suggère que, dans notre contexte, l'exploration est surtout demandée devant des symptômes jugés immédiatement préoccupants (douleur et saignement), soit pour confirmer une origine hémorroïdaire, soit pour éliminer une autre lésion ano-rectale associée. Il reflète aussi un circuit de recours aux soins où la douleur constitue souvent un déclencheur plus "urgent" de consultation spécialisée.

En comparaison, Coulibaly et al., 2016 (Burkina Faso) rapportaient que le saignement rectal représentait le motif de consultation le plus fréquent (52,1 %), nettement au-dessus de ce que nous observons pour les rectorragies [35]. De même, Ray-Offor & Amadi, 2019 (Nigeria) décrivaient comme présentation principale un saignement rectal indolore à la défécation, avec ou sans prolapsus, dans 71,0 % des cas [36]. Globalement, ces écarts peuvent s'expliquer par la population source (patients explorés en médecine interne vs séries proctologiques/chirurgicales) et les comportements de consultation : certains saignements modestes peuvent être banalisés ou pris en charge sans exploration, alors que la douleur ou une gêne importante conduit plus rapidement à une évaluation spécialisée dans notre circuit de soins

b) Symptômes retrouvés

Sur le plan clinique, l'expression symptomatique était dominée par la marisque hémorroïdaire (49,6 %), suivie de la douleur anale (28,1 %) et de la fistule anale (23,1 %). Le prolapsus hémorroïdaire était présent dans 12,4 % des cas, alors que les rectorragies ne concernaient que 6,6 % des patients. L'importance de la marisque suggère souvent une évolution prolongée, avec des séquelles ou des formes chroniques, tandis que la fréquence de la douleur et de la fistule indique que, dans notre contexte, la maladie hémorroïdaire est fréquemment intégrée à un tableau ano-rectal polymorphe, où l'exploration vise aussi à identifier une pathologie associée (fistule, ulcération, inflammation).

En comparaison, l'enquête web internationale de Sheikh et al (2020) rapportait des symptômes dominés par la douleur et les saignements, avec des proportions de rectorragies (55%) et de douleur anale (50%) globalement plus élevées que celles retrouvées dans notre étude [40]. De même, Ray-Offor et Amadi, 2019 (Nigeria) décrivent une symptomatologie classiquement marquée par les signes fonctionnels, notamment les saignements (71%) souvent associé à une gêne, alors que Coulibaly et al., 2016 (Burkina Faso) rapportaient également une prédominance des rectorragies, retrouvées chez 52,1 % des patients, avec une variabilité des symptômes selon le stade évolutif et le type de maladie hémorroïde [35,36]. Ces différences peuvent s'expliquer par la population source (patients explorés à l'hôpital vs enquête auto-déclarée), par le motif d'adressage (douleur/suspicion de fistule/prolapsus) et par la coexistence de lésions associées. Enfin, la faible proportion de rectorragies dans notre série peut traduire un effet de recrutement : les saignements minimes sont parfois banalisés ou pris en charge sans exploration, alors que la douleur, la marisque gênante ou la suspicion de fistule conduisent plus volontiers à une consultation spécialisée et à l'anorectoscopie.

4.7. Stade de la maladie et complications

a- Stade

Dans notre étude, la maladie hémorroïdaire était majoritairement diagnostiquée à des stades peu avancés : grade II (47,9 %) et grade I (38,0 %) représentaient l'essentiel des cas, alors que les formes plus évoluées étaient moins fréquentes (grade III : 12,4 % ; grade IV : 1,7 %). Ce profil suggère une identification relativement précoce, avant l'installation d'un prolapsus permanent ou de complications sévères.

Sur le plan clinique, la prédominance des grades I–II peut traduire un recours aux soins motivé par des symptômes fonctionnels gênants (douleur, inconfort, marisque) plutôt que par des complications majeures. Elle peut aussi refléter l'orientation des patients : certains cas très avancés (ou compliqués) sont parfois pris en charge d'emblée dans des services à dominante chirurgicale, ce qui diminue leur représentation dans une série issue d'un circuit d'exploration en médecine interne.

En comparaison, Ray-Offor & Amadi, 2019 (Nigeria) retrouvaient, dans une série hospitalière, des grades I, II et III respectivement chez 31,0 %, 26,0 % et 17,0 % des patients, montrant une distribution plus étalée vers les formes évoluées que dans notre cohorte [36]. À l'inverse, dans l'étude CHORALIS menée par Godeberge et al., 2024 (étude internationale multicontinentale, coordination France), les grades I–II représentaient 72,1 % des cas, ce qui rejoint l'idée que les formes peu sévères dominent lorsque les patients consultent pour des épisodes aigus ou des symptômes précoces [41].

À l'opposé de notre distribution, certaines séries africaines rapportent une proportion plus importante de stades très avancés : Coulibaly et al., 2016 (Burkina Faso) décrivaient le stade IV comme le plus représenté (40,8 %) dans leur population étudiée, suggérant un recours aux soins plus tardif et/ou un recrutement différent (parcours de soins, accessibilité, orientation vers la chirurgie) [35]. Ces contrastes rappellent que le “stade” observé dépend fortement du contexte (type de service, modalités de référence, délai de consultation) et pas uniquement de l'histoire naturelle de la maladie.

b- Complications

Dans notre étude (Mali, Bamako), les formes compliquées ou évoluées semblaient relativement peu représentées : les grades avancés étaient rares (grade III : 12,4 % ; grade IV : 1,7 %), et parmi les constatations à l'examen, la thrombose n'était retrouvée que dans 8,3 % des cas. Par ailleurs, des lésions associées ont été notées chez 32,2 % des patients (notamment muqueuse érythémateuse, fistule, ulcération), traduisant un terrain ano-rectal parfois polymorphe.

Cette situation peut s'expliquer par un diagnostic souvent porté à un stade encore accessible à une prise en charge conservatrice ou instrumentale, avant la survenue de complications majeures (prolapsus irréductible, épisodes thrombosés répétés, anémie par saignements). Elle peut aussi refléter le circuit de soins : certains patients très compliqués sont parfois orientés directement vers des unités à dominante chirurgicale, ce qui peut diminuer leur proportion dans une série issue d'explorations en médecine interne.

Dans la littérature, les taux de complications apparaissent variables selon les contextes. Ray-Offor et Amadi (2019, Nigeria) rapportaient une thrombose hémorroïdaire dans 21,0 % des cas et un prolapsus compliqué dans 17,0 %, traduisant un recours aux soins plus tardif dans leur série hospitalière [36]. À l'inverse, dans une étude de dépistage en population adulte en Autriche, Riss et al. (2012) retrouvaient des hémorroïdes majoritairement peu compliquées, avec une faible fréquence de thrombose, soulignant l'influence du mode de recrutement sur la sévérité observée [37]. Les recommandations de la SNFCP insistent sur l'identification de ces situations, car elles conditionnent l'orientation thérapeutique (médicale, instrumentale ou chirurgicale) [42].

4.8. Examens réalisés et résultats

Dans notre série, l'exploration a reposé quasi systématiquement sur l'endoscopie ano-rectale : l'anuscopie a été réalisée chez 100,0 % des patients et la rectoscopie chez 96,7 %. Cette démarche est cohérente avec l'approche recommandée en proctologie, qui privilégie l'examen clinique complété par une exploration adaptée afin de caractériser les lésions et de rechercher des diagnostics associés.

Les anomalies dominantes retrouvées étaient les paquets hémorroïdaires (17,4 %) et le prolapsus hémorroïdaire (15,7 %), suivis de la thrombose (8,3 %) et de la muqueuse anale érythémateuse (8,3 %). Un examen strictement normal n'a été noté que dans 1,7 % des cas, ce qui confirme que l'indication d'exploration dans notre contexte correspond le plus souvent à une symptomatologie suffisamment évocatrice pour retrouver une lésion à l'endoscopie.

Ces résultats peuvent être comparés à ceux rapportés au Congo par Kibabu et al. (2025) [43]. Dans leur série, l'anuscopie était également réalisée chez 100 % des patients. Les auteurs rapportaient une prédominance des hémorroïdes internes (85,6 %), contre 14,4 % d'hémorroïdes externes. Les formes thrombosées étaient très fréquentes, touchant 80,6 % des hémorroïdes internes et 12,4 % des hémorroïdes externes, traduisant une présentation plus souvent compliquée que celle observée dans notre étude.

La proportion plus élevée de formes thrombosées dans l'étude du Congo peut s'expliquer par un recrutement orienté vers des patients consultant tardivement, souvent pour douleur intense, ainsi que par des différences dans les circuits de soins et les délais de consultation. À l'inverse, dans notre série, l'identification plus fréquente de formes non compliquées suggère un diagnostic à un stade plus précoce, accessible à une prise en charge conservatrice ou instrumentale.

Ainsi, malgré des contextes différents, les deux études convergent sur l'intérêt majeur de l'anorectoscopie systématique dans le diagnostic de la maladie hémorroïdaire et dans la détection des formes compliquées ou des lésions associées, éléments essentiels pour orienter la stratégie thérapeutique.

4.9. Diagnostic final

Dans notre série, les hémorroïdes internes étaient les plus fréquentes (54,5 %), suivies des formes mixtes (32,2 %) ; les hémorroïdes externes représentaient 13,2 %. Cette distribution met en évidence une prédominance des atteintes internes, avec une part importante de présentations combinant composante interne et externe.

Sur le plan clinique, cette configuration est cohérente avec le fait que les hémorroïdes internes motivent souvent l'exploration par des symptômes fonctionnels (gêne, prolapsus, saignements), tandis que les formes externes s'expriment plutôt par des épisodes de thrombose pouvant laisser place à des marisques, ce qui explique qu'une évaluation complète soit nécessaire pour ne pas méconnaître la composante externe ou les lésions associées.

Les recommandations françaises insistent justement sur l'importance de l'examen proctologique (inspection, toucher ano-rectal, anoscopie attentive, avec rectoscopie si besoin) dans le diagnostic et la caractérisation de la maladie hémorroïdaire [42].

Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par Kibabu et al. (2025) où des hémorroïdes internes étaient observées chez 85,6 % des patients, contre 14,4 % pour les hémorroïdes externes [43]. Les formes internes étaient majoritairement compliquées de thrombose, représentant 80,6 % des hémorroïdes internes diagnostiquées, tandis que les formes externes thrombosées représentaient 12,4 % des cas.

Dans l'ensemble, ces données confirment que la maladie hémorroïdaire observée en milieu hospitalier est dominée par les formes internes, souvent responsables des symptômes motivant la consultation et l'exploration proctologique. La concordance entre notre série et celle de

Kibabu et al. met en évidence une structure diagnostique relativement homogène en contexte africain hospitalier, marquée par une fréquence élevée des atteintes internes et une proportion variable de formes compliquées, notamment thrombosées. Cette similarité suggère que le profil clinique de la maladie hémorroïdaire dépend moins de facteurs géographiques que du mode de recrutement des patients et du recours à une exploration spécialisée.

.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion

L'exploration endoscopique a apporté une confirmation diagnostique et a permis d'identifier des lésions concomitantes, renforçant son intérêt pour orienter la prise en charge et ne pas méconnaître des diagnostics différentiels. Enfin, l'étude souligne la présence de facteurs favorisants liés au mode de vie, au transit et à certains contextes physiologiques, ouvrant des perspectives pour la prévention et l'amélioration du recueil clinique.

5.2. Recommandations

- **Aux autorités administrative et sanitaire :**
 - Renforcer la sensibilisation sur les maladies hémorroïdaires et promouvoir des campagnes d'information sur les facteurs de risque modifiables tels que la sédentarité et l'habitude alimentaires.
 - Encourager la mise à disposition d'infrastructures et d'équipements adéquats dans les centres de santé pour faciliter le diagnostic précoce et la prise en charge appropriée.
- **Au personnel soignant :**
 - Insister sur l'importance de l'évaluation clinique complète, incluant l'anuscopie et la rectoscopie systématiques, afin de détecter précocement les formes mixtes ou les complications associées.
 - Renforcer la formation continue sur les techniques de prise en charge conservatrice et chirurgicale des hémorroïdes.
- **Aux populations :**
 - Adopter des mesures préventives telles qu'une activité physique régulière, une alimentation riche en fibres, une hydratation adéquate et l'évitement du port de charges lourdes excessives.
 - Encourager les consultations précoces en cas de symptômes anorectaux pour prévenir l'aggravation et les complications.

Ces recommandations visent à améliorer la détection, la prévention et la prise en charge des maladies hémorroïdaires, contribuant ainsi à réduire leur impact sur la qualité de vie des patients et sur le système de santé.

REFERENCES

1. Euloges KB, Clément MZ, Mâli K, Arsène H, Nogogna Z, Hervé H, et al. Connaissances, Attitudes et Pratiques des Tradipraticiens de Santé de Bobo Dioulasso à propos de la Maladie Hémorroïdaire. 2020;21.
2. Thomson WH. The nature of haemorrhoids. Br J Surg. juill 1975;62(7):542-52.
3. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. Int J Colorectal Dis. févr 2012;27(2):215-20.
4. Cheruiyot C, Magu D, Mburugu P, Sagwe D. Uptake and utilization of institutional voluntary HIV testing and counseling services among students aged 18-24 in Kenya's public Universities. Afr Health Sci. 2019;19(4):3190-9.
5. Diarra AA. Prise en charge des pathologies anales au centre de sante de référence de la commune V de Bamako [Internet] [Thèse Med]. [Bamako, Mali]: USTTB; 2023. Disponible sur:
<https://www.bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/12464/23M402.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Diarra M, Konaté A, Souckho AÉK, Kassambara Y, Tounkara M, Sangaré D, et al. La maladie hémorroïdaire interne au centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Toure de Bamako. 2015 [cité 21 août 2025]; Disponible sur:
<https://library.adhl.africa/handle/123456789/11198>
7. Kondé A, Sidibé L, Maiga A, Malla O, Katilé D, A D, et al. Pathologie Anorectale dans la Région de Mopti : Aspects Épidémiologiques et Diagnostiques: Anorectal Diseases in the Mopti Region: Epidemiology and Diagnostic Features. Health Sci Dis [Internet]. 31 mars 2025 [cité 21 août 2025];26(4). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/6582>
8. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. Gastroenterology. févr 1990;98(2):380-6.

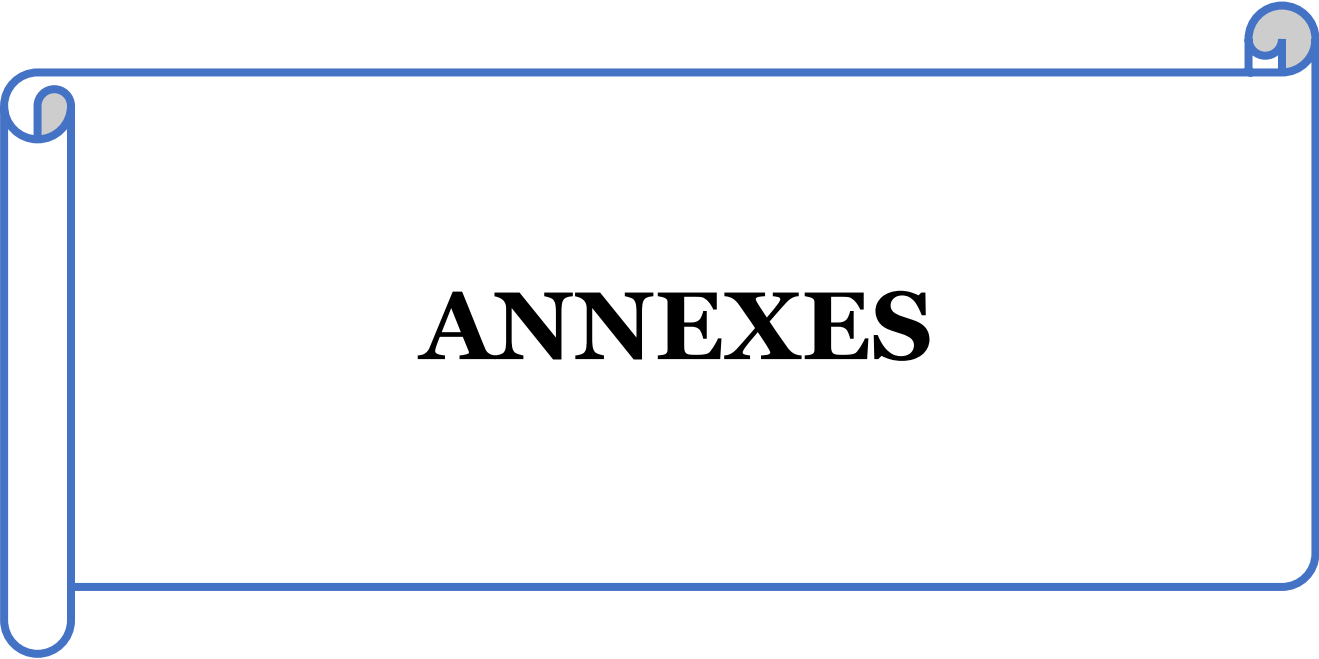
9. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol [Internet]. 5 juill 2012 [cité 21 août 2025];18(17). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22563187/>
10. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. Br J Surg. juill 1994;81(7):946-54.
11. Sun Z, Migaly J. Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. Clin Colon Rectal Surg. mars 2016;29(1):22-9.
12. Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi G, Boua N, CAMEOGO-POLICE S. La pathologie anorectale à Bangui République de centre Afrique. Mali Med. 2004;19(2):12-4.
13. Dia D, Diouf M, Mbengue M, Bassene M, Fall S, Diallo S. La pathologie anale à Dakar Analyse de 2061 examens proctologiques. Médecine Afr Noire. 2010;57(5):241-4.
14. Bagny A, Lawson-Ananissoh L, Bouglouga O, El Hadji Y, Kaaga L, Redah D, et al. La pathologie anorectale au Chu campus de Lome (Togo). Eur Sci J. 2017;13(3):423-8.
15. Msa A. Apport de la coloscopie dans le diagnostic lésionnel des rectorragies chez l'adulte à Abidjan (Côte d'Ivoire). 2017;
16. Dembélé KS. Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Somine Dolo de Mopti [Internet] [Master's Thesis]. [Mali]: Université de Bamako; 2010 [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/9295>
17. American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of hemorrhoids. Colon Rectum. 2018;61(6):714-21.
18. Shiroky JS, Lerner-Ellis JP, Govindarajan A, Urbach DR, Devon KM. Characteristics of Adrenal Masses in Familial Adenomatous Polyposis. Dis Colon Rectum. juin 2018;61(6):679.
19. Higuero T. Prise en charge de la maladie hémorroïdaire : recommandations européennes [Internet]. FMC-HGE. 2021 [cité 22 août 2025]. Disponible sur:

<https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2021-paris/prise-en-charge-de-la-maladie-hemorroidaire-recommandations-europeennes/>

20. Standring S. Gray's Anatomy, 39th Edition: The Anatomical Basis of Clinical Practice. AJNR Am J Neuroradiol. nov 2005;26(10):2703.
21. Kibret AA, Oumer M, Moges AM. Prevalence and associated factors of hemorrhoids among adult patients visiting the surgical outpatient department in the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. PLoS ONE. 20 avr 2021;16(4):e0249736.
22. Youssouf O, Akélélo Boua N, Ngboko Mirotiga PA, Camengo P, Service G, Eva Elémence TY, et al. Aspects Cliniques et Épidémiologiques des Pathologies Ano Rectale au CHU Communautaire de Bangui (République Centrafricaine) Durant la Période de 23/05/2022 au 23/03/2023 | European Scientific Journal, ESJ. ESJ Nat Sci [Internet]. 2023 [cité 26 août 2025];19(15). Disponible sur: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/16826>
23. Togo A, Kanté L, Poudiougou A, Traoré A, Bocoum A, Traoré Y, et al. Anal disorders in pregnant and postpartum women: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects in 10 maternities of Bamako in Mali. Pan Afr Med J [Internet]. 14 févr 2024 [cité 26 août 2025];47(66). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/47/66/full>
24. El Batoul BW, Bendounan SH. Effet cicatrisant d'une pommade de la pharmacopée algérienne sur les hémorroïdes induites chez la ratte wistar. [Mémoire de fin d'études (Nutrition et Pathologie)]. [Algérie]: Abdelhamid Ibn Badis-Mostaganem; 2024.
25. Dembélé KS. Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Somine Dolo de Mopti [Internet] [Thesis]. Université de Bamako; 2010 [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/9295>
26. Diallo G, Sissoko F, Maiga MY, Traore AK, Ongoiba N, Dembele M. La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B de l'hôpital du Point G. Mali Med [Internet]. [cité 26 août 2025];18(9-11). Disponible sur: <https://www.scirp.org/reference/Index>

27. Agze B. Etude et prise en charge chirurgicale de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023 [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/6672>
28. Apollohospitals. Hémorroïdes – Causes, symptômes, diagnostic et traitement [Internet]. 2025 [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://www.apollohospitals.com/fr/diseases-and-conditions/piles-hemorrhoids>
29. Medipedia. Hémorroïdes - Hémorroïdes: diagnostic et examens [Internet]. [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://medipedia.be/fr/hemorroides/examen/hemorroides-diagnostic-et-examens>
30. VIDAL. Hémorroïdes - symptômes, causes, traitements et prévention - [Internet]. [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/hemorroides.html>
31. Hôpital Paris Saint Joseph. Anatomie anus - Anatomie du canal anal [Internet]. 2024 [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://www.hpsj.fr/specialites/proctologie/lanatomie-anale-normale/>
32. SNFCP : Société Nationale Française de Colo-Proctologie. Côlon, Rectum & Anus [Internet]. 2024 [cité 26 août 2025]. Disponible sur: <https://www.snfcop.org/>
33. de Almeida G, Coutinho CP, Meyer MMMMDE, Sampaio DV, Cruz GMG da. Surgical complications in 2,840 cases of hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan, Ferguson and combined techniques. J Coloproctology. 2012;32:271-90.
34. Drissa K, Sogoba G, Traore L, Diallo B, Konate A, Diarra M, et al. Aspects cliniques et endoscopiques de la maladie hémorroïdaire interne à Kayes (Mali). Health Sci Dis. 2020;21(6).
35. 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 Gastroenterol [Internet]. 2016 [cité 26 août 2025];6(11). Disponible sur: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=72667>

36. Ray-Offor E, Amadi S. Hemorrhoidal Disease: Predilection Sites, Pattern of Presentation, and Treatment. *Ann Afr Med*. 2019;18(1):12-6.
37. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27(2):215-20.
38. Balmiki P, Jain A, Kushwa G. A study on risk factors of haemorrhoidal disease among adults in a tertiary care centre of Vidisha, India. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2025;32(1):1686-92.
39. Uddin Z, Sadik G, Kowsari M, Ullah S. Risk Factors for Hemorrhoids Screening Proctoscopy. *Front Health Inform*. 2024;13(3):9728-46.
40. Sheikh P, Régnier C, Goron F, Salmat G. The prevalence, characteristics and treatment of hemorrhoidal disease: results of an international web-based survey. *J Comp Eff Res*. 2020;9(17):1219-32.
41. Godeberge P, Csiki Z, Zakharash M, Opot EN, Shelygin YA, Nguyen TT, et al. An international observational study assessing conservative management in hemorrhoidal disease: results of CHORALIS (aCute HemORrhoidal disease evALuation International Study). *J Comp Eff Res*. 2024;13(17):e240070.
42. Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Duhoux CL, et al. Recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire—texte court. *J Chir Viscérale*. 2016;153(3):220-4.
43. Kibabu JGW, Saleh CU, Ntanga M, Mbuyi SM, Nday GI, Mwamba C, et al. Maladies hémorroïdaires: profil épidémiolo-clinique, thérapeutique et facteurs associés à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Rev Infirm Congo*. 2025;9(1):50-62.



ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DU PATIENT

- **Code patient** :
- **Initiales** :
- **Date d'enquête** :/...../.....

II. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- **Âge** : ans
- **Sexe** : ☐ Masculin ☐ Féminin
- **Profession** : 1= Fonctionnaire 2= Commerçant 3= Cultivateur 4= Mécanicien 5= Manœuvre 6= Militaire 7= Menuisier 8= Eleveur 9= élève ou étudiant 10= indéterminée 11= Chauffeur 12=Ménagère 12a= si autre.....
- **Lieu de résidence** : ☐ Bamako ☐ Autre (préciser) :

III. ANTÉCÉDENTS ET FACTEURS DE RISQUE

- **Antécédents familiaux d'hémorroïdes** : ☐ Oui ☐ Non
- **Constipation chronique** : ☐ Oui ☐ Non Si oui, fréquence des selles :/semaine
- **Habitudes alimentaires pauvres en fibres** : ☐ Oui ☐ Non
- **Sédentarité (activité physique < 2 fois/semaine)** : ☐ Oui ☐ Non
- **Grossesse actuelle ou antérieure (chez la femme)** : ☐ Oui ☐ Non Nombre :
- **Port de charges lourdes fréquent** : ☐ Oui ☐ Non
- **Usage fréquent de laxatifs ou lavements** : ☐ Oui ☐ Non
- **Autres facteurs de risque identifiés** :

IV. DONNÉES CLINIQUES

- **Motif de consultation** :
☐ Douleur anale ☐ Rectorragies ☐ Prurit ☐ Prolapsus ☐ Autre :
- **Durée d'évolution des symptômes** :

- **Symptômes présentés :**
 - ☐ Rectorragie (sang rouge au moment des selles)
 - ☐ Douleur anale
 - ☐ Prurit anal
 - ☐ Prolapsus hémorroïdaire
 - ☐ Inconfort/masse anale
 - ☐ Écoulement muqueux
 - ☐ Autres :
- **Stade de la maladie hémorroïdaire (si applicable) :**
 - ☐ Grade I ☐ Grade II ☐ Grade III ☐ Grade IV
- **Type clinique observé :**
 - ☐ Hémorroïdes internes ☐ Hémorroïdes externes ☐ Forme mixte
- **Complication(s) présente(s) :** ☐ Thrombose ☐ Ulcération ☐ Anémie ☐
Aucune ☐ Autre :

V. DONNÉES ENDOSCOPIQUES (ANOSCOPIE / RECTOSCOPIE / COLONOSCOPIE)

- **Type d'examen réalisé :** ☐ Anuscopie ☐ Rectoscopie ☐ Coloscopie
- **Résultats :**
 - Présence de varicosités : ☐ Oui ☐ Non
 - Présence de prolapsus hémorroïdaire : ☐ Oui ☐ Non
 - Présence de thrombose : ☐ Oui ☐ Non
 - Autres lésions associées :
 - ☐ Fissure anale ☐ Polypes ☐ Cancer colorectal ☐ Autres :
- **Biopsie réalisée :** ☐ Oui ☐ Non Résultat :

VI. CONCLUSION DU DIAGNOSTIC

- **Diagnostic final :**
 - ☐ Maladie hémorroïdaire isolée
 - ☐ Maladie hémorroïdaire avec autres lésions associées
 - ☐ Autre diagnostic :

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : KONE

PRENOM : Mohamed Lamine

ADRESSE EMAIL :

TITRE DE LA THESE : Aspects epidemio-cliniques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires dans le service de médecine interne du CHU du Point G

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2024-2025

PAYS D'ORIGINE : CÔTE D'IVOIRE

LIEU DE SOUTENANCE : Bamako (MALI)

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (F.M.OS.) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B)

SECTEURS D'INTERET :

RESUME

La maladie hémorroïdaire est une affection fréquente, bénigne mais invalidante, du canal anal. Elle désigne l'ensemble des manifestations pathologiques survenant au niveau des plexus hémorroïdaires, formations vasculaires physiologiquement présentes dès la vie embryonnaire. Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des maladies hémorroïdaires chez les patients consultant dans le service de médecine interne du CHU du Point G.

Cette étude a été menée dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G à Bamako, Mali. Ce service dispose d'une unité spécialisée en proctologie, incluant une salle équipée pour la réalisation des examens d'anorectoscopie.

Un volet rétrospectif, basé sur l'analyse des dossiers des patients ayant bénéficié d'une anorectoscopie au service de médecine interne du CHU du Point G, sur une période de cinq ans, allant du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2024.

Un volet prospectif, couvrant une période de six mois, allant du 1er janvier au 30 juin 2025, avec une collecte active des données auprès des nouveaux patients examinés pendant cette période.

L'âge moyen des patients a été de $42,25 \pm 14,59$ ans avec des extrêmes de 17 et 87 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 30 à 39 ans (31,4 %), suivie de celle de 20 à 29 ans (19,0 %). La population étudiée a été majoritairement masculine avec 70,2 % d'hommes contre 29,8 % de femmes, soit un sex-ratio de 2,36 en faveur des hommes. Les femmes au foyer

et les commerçants ont constitué les groupes les plus représentés (22,3 % chacun), suivis des professions libérales (13,2 %) et des fonctionnaires (9,9 %). Profession liberale =

La majorité des patients résidait à Bamako (94,2 %) contre seulement 5,8 % venant de l'extérieur. Une constipation chronique a été retrouvée seulement chez 2,5 % des patients. La sédentarité (activité physique < 2 fois/semaine) a concerné 37,2% des cas. Chez les femmes, la grossesse (actuelle ou antérieure) a été rapportée dans 11,1 % des cas. Le port de charges lourdes a été noté chez 3,3 % des patients. Concernant les habitudes alimentaires, un régime pauvre en fibres a été identifié chez seulement 2,5 % des cas, tandis que pour 95 % l'information n'était pas précisée. La marisque hémorroïdaire a été le symptôme le plus fréquemment retrouvé (49,6 %), suivi de la douleur anale (28,1 %) et de la fistule anale (23,1 %). Le prolapsus hémorroïdaire a été présent dans 12,4 % des cas et les rectorragies dans 6,6 %. Cette étude menée au service de médecine interne du CHU du Point G a permis d'apprécier, dans un cadre hospitalier d'exploration ano-rectale, la place de la maladie hémorroïdaire parmi les diagnostics proctologiques. Elle met en évidence un profil de patients principalement adultes, majoritairement de sexe masculin et vivant en milieu urbain, suggérant une influence possible du contexte de vie et des conditions d'accès aux soins sur le recours à la consultation spécialisée.

MOTS CLES : Médecine Interne, Endoscopiques, Maladies Hémorroïdaires

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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans 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 les considérations de religion, de nation, 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 sa 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 !