MINISTERE DE L`ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE– UN BUT– UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

****

FACULTE DE MEDECINE ET D`ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

THESE

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PATHOLOGIES PROCTOLOGIQUES BENIGNES AU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOCAR SIDY SALL DE KATI

Présentée et soutenue publiquement le 24/07/2026 devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par M. Madou DIARRA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

President : M. Daouda DIALLO, *Maître de Conférences*

Membre : M. Abdoulaye DIARRA, *Maître de Conférences*

Membre : M. Aboubacar KONE, *Chirurgien*

Directeur : M. Koniba KEITA, *Maître de Conférences*

LISTE DES ENSEIGNANTS

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA,** *PROFESSEUR*
VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE,** PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE,** MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie – Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique

28	**Mr Guimogo DOLO**	**Entomologie Moléculaire Médicale**
29	**Mr Aly GUINDO**	**Gastro-Entérologie**
30	**Mr Bougouzié SANOGO**	**Gastro-Entérologie**
31	**Mr Moussa Y. MAIGA**	**Gastro-Entérologie – Hépatologie**
32	**Mr Amadou DOLO**	**Gynécologie/Obstétrique**
33	**Mme Fatimata Sambou DIABATE**	**Gynécologie/Obstétrique**
34	**Mr Issa DIARRA**	**Gynécologie/Obstétrique**
35	**Mr. Mamadou TRAORE**	**Gynécologie/Obstétrique**
36	**Mr Moustapha TOURE**	**Gynécologie/Obstétrique**
37	**Mr Niani MOUNKORO**	**Gynécologie/Obstétrique**
38	**Mme SY Assitan SOW**	**Gynécologie/Obstétrique**
39	**Mr Dapa Aly DIALLO**	**Hématologie**
40	**Mr Amadou TOURE**	**Histo-Embryologie**
41	**Mr Boulkassoum HAIDARA**	**Législation**
42	**Mr Abdoulaye Ag RHALY**	**Médecine Interne**
43	**Mr Ali Nouhoum DIALLO**	**Médecine Interne**
44	**Mr Hamar A. TRAORE**	**Médecine Interne**
45	**Mr Mamadou DEMBELE**	**Médecine Interne**
46	**Mr Mahamane Kalilou MAIGA**	**Néphrologie**
47	**Mr Saharé FONGORO**	**Néphrologie**
48	**Mr Cheick Oumar GUINTO**	**Neurologie**
49	**Mr Souleymane TOGORA**	**Odontologie**
50	**Mme Fatimata KONANDJI**	**Ophtalmologie**
51	**Mr Sanoussi BAMANI**	**Ophtalmologie**
52	**Mr Sidi Mohamed COULIBALY**	**Ophtalmologie**
53	**Mme TRAORE J. THOMAS**	**Ophtalmologie**
54	**Mr Alhousseini Ag MOHAMED**	**ORL**
55	**Mr Hamidou Baba SACKO**	**ORL**
56	**Mr Abdou Alassane TOURE**	**OrthopédieTraumatologie**
57	**Mr Adama SANGARE**	**OrthopédieTraumatologie**
58	**Mr Sékou SIDIBE**	**OrthopédieTraumatologie**
59	**Mr Tiéman COULIBALY**	**OrthopédieTraumatologie**
60	**Mr Abdourahamane S. MAIGA**	**Parasitologie**
61	**Mr Mamadou M. KEITA**	**Pédiatrie**
62	**Mr Toumani SIDIBE**	**Pédiatrie**
63	**Mr Bah KEITA**	**Pneumo-Phtisiologie**

64	**Mr Souleymane DIALLO**	**Pneumologie**
65	**Mr Arouna TOGORA**	**Psychiatrie**
66	**Mr Baba KOUMARE**	**Psychiatrie**
67	**Mr Bakoroba COULIBALY**	**Psychiatrie**
68	**Mr Issa TRAORE**	**Radiologie**
69	**Mr Mamady KANE**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
70	**Mr Siaka SIDIBE**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
71	**Mr Adama DIAWARA**	**Santé Publique**
72	**Mr Mamadou Souncalo TRAORE**	**Santé Publique**
73	**Mr Sidi Yaya SIMAGA**	**Santé Publique**
74	**Mr Mamadou L. DIOMBANA**	**Stomatologie**
75	**Mr Aly TEMBELY**	**Urologie**
76	**Mr Kalilou OUATTARA**	**Urologie**
77	**Mr Zanafon OUATTARA**	**Urologie**
78	**Mr Amadou DIALLO**	**Zoologie - Biologie**

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
16	Mr Tiounkani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale

33	**Mr Mahamadou DAMA**	**Neurochirurgie**
34	**Mr Mamadou Salia DIARRA**	**Neurochirurgie**
35	**Mr Moussa DIALLO**	**Neurochirurgie**
36	**Mr Oumar COULIBALY**	**Neurochirurgie**
37	**Mr Youssouf SOGOBA**	**Neurochirurgie**
38	**Mr Boubacar BA**	**Odontostomatologie**
39	**Mr Abdoulaye NAPO**	**Ophtalmologie**
40	**Mr Adama GUINDO**	**Ophtalmologie**
41	**Mme Fatoumata SYLLA**	**Ophtalmologie**
42	**Mr Lamine TRAORE**	**Ophtalmologie**
43	**Mr Nouhoum GUIROU**	**Ophtalmologie**
44	**Mr Seydou BAKAYOKO**	**Ophtalmologie**
45	**Mr Boubacary GUINDO**	**ORL-CCF**
46	**Mr Fatogoma Issa KONE**	**ORL**
47	**Mr Siaka SOUMAORO**	**ORL**
48	**Mr Youssouf SIDIBE**	**ORL**
49	**Mme Kadidia Oumar TOURE**	**Orthopédie Dentofaciale**
50	**Mr Abdoul Kadri MOUSSA**	**Orthopédie Traumatologie**
51	**Mr Layes TOURE**	**Orthopédie Traumatologie**
52	**Mr Mahamadou DIALLO**	**Orthopédie Traumatologie**
53	**Mr Bougadary COULIBALY**	**Prothèse Scellée**
54	**Mr Alphousseïny TOURE**	**Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale**
55	**Mr Amady COULIBALY**	**Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale**
56	**Mr Alkadri DIARRA**	**Urologie**
57	**Mr Amadou KASSOGUE**	**Urologie**
58	**Mr Dramane Nafo CISSE**	**Urologie**
59	**Mr Mamadou Tidiani COULIBALY**	**Urologie**
60	**Mr Moussa Salifou DIALLO**	**Urologie**

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
7	Antièmé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépato Gastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépato Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato Gastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépato Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie

32	**Mr Thomas COULIBALY**	**Neurologie**
33	**Mr Belco MAIGA**	**Pédiatrie**
34	**Mme Djénéba KONATE**	**Pédiatrie**
35	**Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE**	**Pédiatrie**
36	**Mr Fousseyni TRAORE**	**Pédiatrie**
37	**Mr Karamoko SACKO**	**Pédiatrie**
38	**Mme Lala N'Drainy SIDIBE**	**Pédiatrie**
39	**Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE**	**Pneumologie**
40	**Mme Khadidia OUATTARA**	**Pneumologie**
41	**Mr Souleymane dit Papa COULIBALY**	**Psychiatrie**
42	**Mr Abdoulaye KONE**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
43	**Mr Ilias GUINDO**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
44	**Mr Issa CISSE**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
45	**Mr Mody Abdoulaye CAMARA**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
46	**Mr Ouncoumba DIARRA**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
47	**Mr Ousmane TRAORE**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
48	**Mr Salia COULIBALY**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
49	**Mr Souleymane SANOGO**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
50	**Mr Adama DIAKITE**	**Radiothérapie**
51	**Mr Aphou Sallé KONE**	**Radiothérapie**
52	**Mr Koniba DIABATE**	**Radiothérapie**
53	**Mr Idrissa Ah. CISSE**	**Rhumatologie**

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	**Mr Diakalia Siaka BERTHE**	**Hématologie**
2	**Mr Yacouba FOFANA**	**Hématologie**
3	**Mr Drissa Mansa SIDIBE**	**Médecine de la Famille/Communautaire**
4	**Mr Issa Souleymane GOITA**	**Médecine de la Famille/Communautaire**
5	**Mr Souleymane SIDIBE**	**Médecine de la Famille/Communautaire**
6	**Mr Adama Seydou SISSOKO**	**Neurologie-Neurophysiologie**
7	**Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
8	**Mr Alassane KOUMA**	**Radiologie et Imagerie Médicale**

9	**Mme Hawa DIARRA**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
10	**Mr Mahamadoun GUINDO**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
11	**Mr Mamadou DEMBELE**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
12	**Mr Mamadou N'DIAYE**	**Radiologie et Imagerie Médicale**
13	**Mr Djigui KEITA**	**Rhumatologie**

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	**Mr Boubacari Ali TOURE**	**Hématologie Clinique**

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	**Mr Seydou DOUMBIA**	**Epidémiologie**
2	**Mr Sory Ibrahim DIAWARA**	**Epidémiologie**
3	**Mr Cheick Oumar BAGAYOKO**	**Informatique Médicale**
4	**Mr Hamadoun SANGHO**	**Santé Publique,Chef de D.E.R.**

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	**Mr Abdourahmane COULIBALY**	**Anthropologie de la Santé**
2	**Mr Oumar THIERO**	**Biostatistique/Bioinformatique**
3	**Mr Cheick Abou COULIBALY**	**Epidémiologie**
4	**Mr Housseini DOLO**	**Epidémiologie**
5	**Mr Oumar SANGHO**	**Epidémiologie**
6	**Mr Nafomon SOGOBA**	**Epidémiologie**
7	**Mr Nouhoum TELLY**	**Epidémiologie**
8	**Mr Moctar TOUNKARA**	**Epidémiologie**
9	**Mr Birama Apho LY**	**Santé Publique**

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
5	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
8	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
9	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
10	Mr Ousmane LY	Santé Publique
11	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale

33	**Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE**	**Physique**
34	**Mr Morodian DIALLO**	**Physique**
35	**Mr Apérou dit Eloi DARA**	**Psychiatrie**
36	**Mme Kadiatou TRAORE**	**Psychiatrie**
37	**Mr Ibrahim Sory PAMANTA**	**Rhumatologie**
38	**Mme Daoulata MARIKO**	**Stomatologie**

Bamako, le 18 / 12 / 2025

Le Secrétaire Principal

Dr Monzon TRAORE

DEDICACES

DÉDICACES

Je rends grâce à Dieu

Au Tout Puissant Allah Soubanah Wa ta Allah, le Clément, le Miséricordieux, le Dominateur Suprême, le Sage, le Créateur, le Donneur. Ô Allah louange à Toi et toute ma reconnaissance pour la vie, la santé et tous les bienfaits que tu nous as accordés en permanence. Puisse Allah faire de moi un serviteur qui respecte ses recommandations et celles des hommes. Ya Allah ce travail me permettra auprès des hommes d'avoir l'accord de soigner mes prochains mais je ne peux rien traiter sans ton accord malgré toutes les éducations que les autres ont pu me donner. Ya Allah guide mes pas, encadre tous mes actes et fait de moi un médecin soucieux et conscient de son métier. J'implore ton pardon et ta miséricorde mon Créateur.

Au prophète Muhammad (PSL)

Notre prophète bien aimé, le sage, le chef des prophètes ! Tu nous as apporté une lumière et une fierté d'être la meilleure des communautés de Dieu. Tu as accompli ta mission, il reste la nôtre et j'espère qu'Allah nous facilitera et qu'il nous gardera sur le droit chemin. Ce modeste travail est une manière de nous rapprocher de toi et d'Allah car la science est toujours une source de spiritualité.

Mes grandes mères

À Kadiatou Kanté, et Foune Diarra pour l'allégresse d'un amour silencieux mais profondément protecteur, empreint de respect, de compréhension et de patience. Cet attachement discret mais constant a été pour moi une véritable force intérieure, un soutien moral précieux qui m'a permis de garder confiance en moi, de surmonter les moments de doute et de fatigue, et de poursuivre mon parcours avec sérénité, détermination et dignité. Par votre présence apaisante et votre affection sincère, vous avez contribué de manière significative à mon équilibre et à mon épanouissement.

À ma mère, Madame Fatoumata Sanogo Sans nul doute la plus belle personne que j'aie eu le privilège de connaître. Merci pour ton amour inconditionnel, tes innombrables sacrifices, ton courage et ton soutien indéfectible tout au long de mon parcours. Tu as toujours cru en moi et m'as donné la force de surmonter les épreuves.

Cette thèse est le fruit de tes prières, de ton dévouement et de ton amour. Je te la dédie avec une profonde gratitude, un immense respect et tout mon amour.

Que Dieu te bénisse, te protège et t'accorde une longue vie.

À la mémoire de mon père, Feu Moussa Diarra

Ton départ a laissé un immense vide, mais ton amour, ton exemple et les valeurs que tu m'as transmises demeurent à jamais gravés en moi. Chaque étape de mon parcours porte l'empreinte de ton éducation et de tes enseignements.

Je te dédie cette thèse avec un profond respect, une immense gratitude et une pensée éternelle. Que ton âme repose en paix.

À mes petits frères, **Faman et Boubacar Diarra**, pour la joie, l'énergie et la lumière que vous insufflez chaque jour à ma vie. Vous représentez l'espoir d'un avenir prometteur, empreint de rêves, d'ambitions et de réussite. Votre présence et votre confiance en moi sont un soutien précieux qui m'inspire à poursuivre mes efforts avec courage, discipline et détermination. Recevez ici toute mon affection et ma gratitude, à travers la dédicace de ce travail de thèse.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

À toute la famille **Sanogo**, mes tantes et mes oncles, pour leur affection, leurs conseils avisés et leur soutien moral constant.

À toute la famille **Sanogo** À mes tantes, mes mousquetaires: **Saran, Maissata, Assitan et Rokia Sanogo.** Vous avez été pour moi comme des mères par votre amour, et comme des sœurs par votre soutien constant. Votre présence et vos encouragements ont accompagné chaque étape de mon parcours. Ce travail vous revient également, en signe de reconnaissance profonde et d'affection sincère.

À mes oncles, **Kassim et Mamadou Sanogo** en témoignage de toute mon affection et de ma profonde gratitude pour vos conseils avisés, votre soutien moral constant et votre présence bienveillante tout au long de mon parcours. Vous avez été des repères précieux, des modèles d'intégrité et de persévérance, contribuant à façonner l'homme que je suis aujourd'hui. Recevez, à travers ces quelques mots, l'expression de mon profond respect, de mon estime et de ma reconnaissance.

A toute la famille Diarra mes tontons, mes tantes cousins et en particulier **Diakaridia et sa famille Konloka, Aminata, Diarra, mes grandes sœurs Fatoumata, Founè, Awani et Kadiatou Diarra, ainsi que mes grands frère Boubacar (Bacarni), les deux Adama Diarra. Brouma, Moussa Diarra (mon papa)** etc…pour leur appui précieux et leurs encouragements tout au long de mon parcours.

À ma meilleure amie et sœur de cœur, Alima Simbes Merci d'avoir toujours été présente, dans les moments de joie comme dans les épreuves. Votre fidélité, votre écoute, votre bienveillance et votre soutien indéfectible ont été une véritable source de force. Vous avez occupé une place essentielle dans ce parcours. Recevez ici toute mon affection et ma profonde gratitude.

À mes Réal Friends : **Mr Arouna Koné, Interne Ousmane Konaté le trio magique (Dr thera Abdramane , Int Housseyni Konaré, Dr Vamara Bengaly , Mr Koné (Lagaré), Dr Henri Benoit Samake**, **Dr Tefourou Kanoute** , Merci pour votre amitié sincère, votre loyauté et tous ces moments de complicité qui ont rendu ce long parcours plus léger. Vos encouragements

et votre confiance ont toujours été pour moi une grande source de motivation. Cette réussite est aussi un peu la vôtre.

A mes aines **Dr Konte Mahamadou, Dr Ongoiba Toufado , Dr Oumar Gony** Merci pour tout ce que vous m'avez appris en tant que homme et étudiant en médecine , le médecin que je s devenons est en grande parti le fruit de vos effort inestimable

À mes petites sœurs du point g (Hawa **Diawara, Bah Mariko, Mariam S Diarra Milo, Nantenin Ba, Joseline Koné, Binta Soucko** etc.) Votre affection, vos prières et vos encouragements m'ont accompagné à chaque étape de cette aventure. Vous êtes une source de joie, de courage et d'espérance. Recevez toute mon affection fraternelle.

Mes petits frères de la faculté : **Ibrahim Diop, Hamidou Sinayoko shinobi, Hamidou Tounkara, Sorry I Camara, Moussa Bagayoko, Amadou Kouma, Daouda Diakité, Pierre Ananias Diarra,**

Merci pour votre amitié sincère, votre loyauté et tous ces moments de complicité qui ont rendu ce long parcours plus léger. Vos encouragements et votre confiance ont toujours été pour moi une grande source de motivation. Cette réussite est aussi un peu la vôtre.

Votre affection, vos prières et vos encouragements m'ont accompagné à chaque étape de cette aventure. Vous êtes une source de joie, de courage et d'espérance. Recevez toute mon affection fraternelle.

À mes anciens collègues thésards du CS Réf de la Commune V : **Dr Sophonie Dembélé, Dr Oumar Touré, Dr Boubacar Touré et Dr Ndiaye Abdel Karim**, **Int Deyoko , Int Sekou Traoré** Merci pour les précieux moments de partage, l'entraide, les discussions scientifiques et la fraternité qui nous ont unis. Votre soutien et votre solidarité resteront des souvenirs inoubliables. Je vous souhaite à tous une brillante carrière.

À tous les aînés, stagiaires et bénévoles du service de chirurgie générale du CHU de Kati **le Major Konare, Fatoumata Camara , Awa Coulibaly , Fatoumata Goundoro, Mr Niare** Merci pour votre patience, vos conseils, votre disponibilité et tout ce que vous m'avez transmis. Votre accompagnement a largement contribué à faire de moi le médecin que j'aspire à être.

A tous le personnels de Ascac Sab 1 **Dr Thiero Daouda** et son équipe

L'équipe de Garde du Mardi pilote par **Dr SIDY MODIBO SININTA, et mes frères Dr Arama , Int Malick Konate, INT Traore Adama , Mr Konate , Aboubacar Traore et son équipes , Djibril Traore** Merci pour votre fraternité, votre soutien et tous les moments de partage qui ont enrichi mon parcours universitaire et ces nuits de garde pénible. Que les liens tissés au fil des années demeurent solides.

Au Club de Débat FMOS FAPH A tous les membres de ce club Merci pour cette école de la parole, de la réflexion et du leadership. Les connaissances acquises, les échanges enrichissants et la confiance que vous m'avez accordée resteront gravés dans ma mémoire. Si nous avons été champion universitaire de débat c'est grâce à vous

À l'UERSB (Union des Étudiants Ressortissants et Sympathisants de Bougouni), Merci pour votre solidarité, votre esprit de famille et votre accompagnement. Vous avez toujours su créer un cadre de fraternité et d'entraide dont je garderai un excellent souvenir.

À l'AERKOS (Association des Étudiants Ressortissants de Koulikoro) Merci pour votre soutien, votre disponibilité et les valeurs d'unité que vous incarnez. Puisse cette fraternité continuer à nous rassembler.

À l'APS CV (Santé Plus Commune V), Merci pour votre confiance, votre encadrement et les nombreuses expériences pratiques qui ont enrichi ma formation. Votre accompagnement a été précieux. À tous mes maîtres et encadrants du CHU de Kati,

À tous les aînés, stagiaires et bénévoles du service de chirurgie générale **CS Réf de la Commune V Dr Pamateck , Dr Gouindo** et les infirmières Merci d'avoir partagé avec générosité votre savoir, votre expérience et votre passion pour la médecine. Au-delà des connaissances transmises, vous m'avez appris les valeurs d'humilité, de rigueur et de dévouement envers les patients. Recevez l'expression de mon profond respect, de mon admiration et de mon éternelle reconnaissance.

HOMMAGES

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Daouda DIALLO

- Spécialiste en anesthésie réanimation ;
- Maitre de conférences à la FMOS ;
- Médecin Commandant des forces armées Malienne ;
- Membre de la SARMU-Mali ;
- Membre de la SFAR ;
- Certifié en pédagogie médicale ;
- Certifié en TUSAR (Technique ultrasonique en Anesthésie réanimation)

Cher maitre

Nous vous sommes profondément reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses responsabilités.

Votre rigueur scientifique, votre esprit critique et votre disponibilité témoignent d'un engagement constant pour la formation et l'excellence médicale.

Votre simplicité, votre sens de l'écoute et vos qualités humaines font de vous un maître apprécié et respecté.

Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère admiration

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Professeur Abdoulaye DIARRA

- Maitre de conférences agrégé à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien Hospitalier au CHU BSS de Kati
- Membre de la société de chirurgie du MALI (SOCHIMA)
- Membre de la SOMAD et de la SARMU-MALI
- Membre de la société d'Afrique Francophone de chirurgie Digestive
- Ancien interne des hôpitaux.

Cher maître,

C’est pour nous un honneur profond et une grande responsabilité que vous ayez accepté de juger ce travail.

Votre parcours exemplaire, votre rigueur scientifique et votre exigence du travail bien fait imposent le respect et suscitent l’admiration. Au-delà de vos compétences académiques, vos qualités humaines, votre disponibilité constante font de vous un maître accompli.

Ce travail est le fruit d’un apprentissage nourri par vos enseignements, et nous espérons humblement qu’il saura répondre à vos attentes.

Veuillez recevoir, Cher Maître, l’expression de notre profonde reconnaissance et de notre très haute considération

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Aboubacar KONÉ

- Chirurgien Praticien au CHU BOCAR SIDY SALL DE KATI
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher Maître

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, votre disponibilité, votre humilité, votre habilité au bloc opératoire, vos éminentes vêtu de courtoisie de sympathie et votre determination dans la bonne prise en charge des malades font de vous un maitre modèle à suivre et apprécié de tous. Nous sommes honorés d'être parmi vos élèves.

Cher Maitre soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Koniba KEITA

- Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Spécialiste en chirurgie générale ;
- Chef de service de chirurgie générale du CHU Pr BSS de Kati ;
- Praticien Hospitalier au CHU Pr BSS de Kati ;
- Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS) ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher Maître,

Recevoir votre accompagnement dans la réalisation de ce travail fut pour nous un privilège et une véritable école de rigueur scientifique. Au-delà de vos compétences reconnues, votre exigence, votre sens de la pédagogie nous ont appris que l'excellence médicale repose autant sur la maîtrise du savoir que sur la passion de le transmettre.

Votre confiance et vos précieux conseils resteront gravés comme une étape majeure de notre parcours.

Veuillez accepter,

Cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance, de notre respect infini.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS :

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

Anapath : Anatomopathologie

ATCD : Antécédent

CCC : Communication pour le changement de comportement

CHU BSS Kati : Centre hospitalier universitaire Bocar Sidy Sall de Kati

CHU-PG : Centre hospitalier universitaire du Point G

DGHAL : Ligature artérielle hémorroïdaire guidée par Doppler

Dr : Docteur

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

HPV : Papillomavirus humain

IEC : Information, éducation et communication

INFSS : Institut national de formation en sciences de la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

LGV : Lymphogranulome vénérien

LIFT : Ligature intersphinctérienne du trajet fistuleux

MH : Maladie hémorroïdaire

Pr : Professeur

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SIS : Système d'information sanitaire

SOCHIMA : Société de chirurgie du Mali

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Le score de Wexner d'incontinence anale. *28*
Tableau II : Répartition des patients selon les différentes pathologies anales (N = 100) *42*
Tableau III : Répartition des patients selon les tranches d'âge (N = 100) *43*
Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'instruction (N = 100) *45*
Tableau V : Répartition des patients selon la durée d'évolution (N = 100) *47*
Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux (N = 100) *48*
Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents gynéco-obstétricaux (N = 100) *49*
Tableau VIII : Répartition des patients selon les habitudes alimentaires et les facteurs de risque (N = 100) *49*
Tableau IX : Répartition des patients selon la posture pendant l'exercice de la profession (N = 100) *49*
Tableau X : Répartition des patients selon le traitement antérieur (N = 100) *50*
Tableau XI : Répartition des patients selon le motif de consultation (N = 100) *51*
Tableau XII : Répartition des patients selon le type de douleur (n = 76) *52*
Tableau XIII : Répartition des patients selon le début de la douleur (n = 76) *52*
Tableau XIV : Répartition des patients selon les signes de l'inspection de la marge anale (N = 100) *52*
Tableau XV : Répartition des patients selon la réalisation de l'imagerie (N = 100) *54*
Tableau XVI : Répartition des patients selon le statut VIH (N = 100) *54*
Tableau XVII : Répartition des patients selon le diagnostic retenu (N = 100) *55*
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la classification des fistules anales (n = 11). *55*
Tableau XIX : Répartition des patients selon la classification de la maladie hémorroïdaire (n = 68) *55*
Tableau XX : Répartition des patients selon le traitement médical avant et après chirurgie (N = 100) *56*
Tableau XXI : Répartition des patients selon le traitement chirurgical ou instrumental (N = 100) *56*
Tableau XXII : Répartition des patients selon les types de complications postopératoires (N = 100) *57*
Tableau XXIII : Répartition des complications postopératoires selon la pathologie *58*
Tableau XXIV : Répartition des complications postopératoires selon le délai de survenue ... *58*

Tableau XXIV : Comparaison de la fréquence des consultations pour pathologies anales bénignes selon les auteurs *60*

Tableau XXV : Comparaison de la répartition des patients selon le sexe *61*

Tableau XXVI : Comparaison de l'âge moyen des patients selon les auteurs *62*

Tableau XXVII : Comparaison des principaux motifs de consultation selon les auteurs ... *64*

Tableau XXVIII : Comparaison des caractéristiques de la douleur selon les auteurs *65*

Tableau XXIX : Comparaison des principales pathologies proctologiques selon les auteurs *67*

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe frontale du canal anal 9
Figure 2 : Coupes sagittales du petit bassin chez l'homme et chez la femme 10
Figure 3 : Maladie hémorroïdaire 14
Figure 4 : Grade I de la maladie hémorroïdaire 15
Figure 5 : Grade II de la maladie hémorroïdaire 16
Figure 6 : Grade III de la maladie hémorroïdaire interne 16
Figure 7 : Grade IV de la maladie hémorroïdaire interne 17
Figure 8 : Thrombose hémorroïdaire externe 19
Figure 9 : Thrombose hémorroïdaire externe chez une femme enceinte 19
Figure 10 : Prolapsus hémorroïdaire thrombosé 20
Figure 11 : Fissure anale antérieure du post-partum 25
Figure 12 : Fistule anale et abcès anal 31
Figure 13 : Schéma des trajets fistuleux et des abcès anaux 31
Figure 14 : Condylomes de la marge anale et du canal anal 34
Figure 15 : Répartition des patients selon le sexe 43
Figure 16 : Répartition des patients selon la provenance 44
Figure 17 : Répartition des patients selon la profession 45
Figure 18 : Répartition des patients selon le mode de recrutement 46
Figure 19 : Répartition des patients selon le mode d'admission 47
Figure 20 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux 48
Figure 21 : Répartition des patients selon le résultat du traitement antérieur 50
Figure 22 : Répartition des patients selon le moment de la rectorragie 51
Figure 23 : Répartition des patients selon la douleur à la palpation de la région anale 53
Figure 24 : Répartition des patients selon la satisfaction après le traitement chirurgical 57

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. OBJECTIFS 4

1.1. Objectif général 4

1.2. Objectifs spécifiques 4

2. GÉNÉRALITÉS 6

2.1. Définition des pathologies anales 6

2.2. Historique des pathologies anales 6

2.3. Rappel anatomique du canal anal 8

2.4. Pathologies anales 14

3. MÉTHODOLOGIE 37

3.1. Cadre d'étude 37

3.2. Type d'étude 39

3.3. Population d'étude 39

3.4. Taille de l'échantillon 40

3.5. Variables 40

3.6. Étapes de l'enquête 40

3.7. Analyse et saisie des données 40

3.8. Aspects éthiques 40

4. RÉSULTATS 42

4.1. Fréquence hospitalière 42

4.2. Données sociodémographiques 43

4.3. Données cliniques 47

4.4. Données paracliniques 54

4.5. Données diagnostiques 55

4.6. Données thérapeutiques....56
4.7. Aspect pronostique....57
5. DISCUSSION....60
5.1. Méthodologie....60
5.2. Fréquence....60
5.3. Caractéristiques sociodémographiques....61
5.4. Antécédents et facteurs rapportés....62
5.5. Données cliniques....64
5.6. Examens complémentaires....66
5.7. Diagnostics....67
5.8. Traitement chirurgical....67
5.9. Complications postopératoires....67
CONCLUSION....70
RECOMMANDATIONS....72
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES....74
FICHE SIGNALETIQUE....80
ANNEXES....83

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les pathologies anales sont des affections relevant de la proctologie. La proctologie, du grec prôktós (« anus »), est une discipline médico-chirurgicale consacrée à l'étude, au diagnostic et au traitement des maladies de l'anus et du rectum. Longtemps considérée comme une spécialité marginale et insuffisamment enseignée, elle occupe aujourd'hui une place importante dans la pratique médicale en raison de la fréquence élevée et du retentissement fonctionnel important des affections anorectales [1].

Les pathologies proctologiques bénignes regroupent un ensemble d'affections fréquentes pouvant entraîner une morbidité significative et altérer la qualité de vie des patients. Parmi ces pathologies figurent notamment la maladie hémorroïdaire, les fissures anales, les fistules anales, les abcès anaux, les anites, certaines affections dermatologiques comme la maladie de Verneuil, les marisques, l'incontinence anale, les ulcérations anales, les polypes anaux, les condylomes anaux ainsi que la maladie du sinus pilonidal [2].

Ces affections peuvent survenir à tout âge, mais elles prédominent généralement chez l'adulte jeune et d'âge moyen. Leur survenue est favorisée par plusieurs facteurs, notamment la constipation chronique, les troubles du transit intestinal, les habitudes alimentaires pauvres en fibres, la sédentarité et certaines conditions physiologiques telles que la grossesse [3].

Il est estimé qu'environ 50 % de la population américaine présente des symptômes hémorroïdaires avant l'âge de 50 ans [4].

En Europe, Une méta-analyse récente a estimé la prévalence globale des maladies hémorroïdaires dans la région européenne à environ 26 %, confirmant la fréquence élevée de cette pathologie dans la population générale [5].

En Asie, les pathologies anorectales bénignes constituent également un problème de santé fréquent. Une étude hospitalière réalisée dans une population Saoudienne a montré que la maladie hémorroïdaire représentait 40,8 % des pathologies anorectales, suivies des fissures anales (27,3 %) et des fistules anales (6,3 %) chez les patients consultant dans un service de chirurgie générale [6].

En Afrique, les données disponibles restent relativement limitées, mais les études réalisées montrent également une fréquence élevée de ces affections. Au Gabon, la maladie hémorroïdaire représentait 38,5 % des pathologies anorectales, tandis qu'en République centrafricaine elles représentaient 58,8 % des affections proctologiques [7, 8].

Au Mali, les pathologies anales constituent également un motif fréquent de consultation. L'étude réalisée par Katilé et collaborateurs a rapporté une prédominance de la maladie

hémorroïdaire (36,6 %), suivie de la fissure anale (33,5 %) parmi 358 anorectoscopies réalisées [9].

Le diagnostic des pathologies anales repose essentiellement sur un interrogatoire soigneux et un examen clinique proctologique complet comprenant l'inspection anale, le toucher rectal et l'anuscopie. Dans la majorité des cas, ces éléments suffisent à établir le diagnostic

La prise en charge thérapeutique repose sur plusieurs modalités comprenant le traitement médical, les techniques instrumentales et le traitement chirurgical. Le choix de la stratégie thérapeutique dépend du type de pathologie, de son stade évolutif et de la symptomatologie présentée par le patient [10].

Les données sur les pathologies anales bénignes au Mali étant limitées, nous avons réalisé cette étude dans le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire Bocar Sidy Sall de Kati afin de mieux connaître leur fréquence et leurs caractéristiques.

OBJECTIFS

1. OBJECTIFS

1.1. Objectif général

Étudier les pathologies proctologiques bénignes dans le service de chirurgie générale du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des pathologies proctologiques bénignes dans le CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des pathologies proctologiques bénignes dans le service de chirurgie du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.
- Analyser les suites de la prise en charge.

GENERALITES

2. GÉNÉRALITÉS

2.1. Définition des pathologies anales

La maladie Hémorroïdaire : [11,12]

La maladie Hémorroïdaire est une dilatation anormale des veines péri anales. Tout dépend où se situent les veines dilatées, on distingue 2 types de maladie Hémorroïdaire : externe et interne. Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales de la marge anale et du canal anal ; elles sont donc présentes dès la vie embryonnaire chez tous les individus.

La fissure anale

La fissure anale est une ulcération linéaire de la muqueuse anale qui débute au niveau de la ligne pectinée et se termine à la marge anale. Cette fente laisse le sphincter interne à découvert. Les fissures anales peuvent se rencontrer autant chez l'homme que chez la femme et à tous les tranches âges.

L'abcès anal

L'abcès anal est une infection des glandes anales. Se manifeste surtout par de la douleur et une sensation de masse. Il n'y a habituellement pas d'autres symptômes digestifs associés. Bien qu'il s'agisse d'une infection, il est important de se souvenir que la fièvre n'est pas toujours présente dans l'abcès anal.

La fistule anale

Une fistule anale est un trajet anormal, étroit, irrégulier faisant communiquer la muqueuse du canal anal à la peau de la marge anale, presque toujours secondaire à un abcès anal. Les fistules anales ont pour origine une infection des glandes d'Hermann et Desfosses, au nombre de 6 à 8, elles s'abouchent au niveau des cryptes de Morgagni.

L'infection débute au niveau des canaux glandulaires puis se propage dans l'espace inter sphinctérien où elle peut évoluer soit vers la récession, soit vers l'expansion, qui peut se faire intégralement dans l'espace inter sphinctérien (et donner un abcès intra-mural) ou traverser l'appareil sphinctérien externe et aboutir à la peau périnéale. Les fistules anales ont donc toujours une origine intra-canalaire, cryptique, avec un orifice primaire à ce niveau dont la méconnaissance entraîne la récidive de la fistule.

2.2. Historique des pathologies anales

Les urgences proctologiques tirent leurs intérêts pour plusieurs raisons ; l'accessibilité du canal anal en a fait une région très tôt explorée dès la période de l'Empire égyptien : Ebers, papyrus de Berlin et papyrus d'Edwin Smith [13].

À l'époque, le traitement de toute maladie proctologique était essentiellement médical, fait de pansements locaux. Les Égyptiens utilisaient surtout la bière, le miel, le lait, l'huile et l'eau. Le traitement chirurgical n'était encore pas évoqué.

Hippocrate, à l'époque de la saignée salvatrice, voit dans le saignement hémorroïdaire une protection contre les maladies et « ainsi est-il nécessaire de ne pas trop les traiter et de toujours laisser un peu de cette issue bénéfique : « ayez soins d'en laisser toujours une » et l'on imagine déjà la physiopathologie : « la maladie se produit ainsi : la bile ou le phlegme se fixant dans les veines du rectum, et chauffe le sang veineux , ces veines échauffées attirent les veines les plus voisines, le sang se remplit et fait tumeur dans l'intérieur du rectum. Les têtes des veines sont saillantes, et à la fois contuses par les excréments qui sortent. Pressées par le sang qui s'accumule, elles projettent ce liquide surtout avec les selles, mais quelques fois sans les selles ».

Les idées d'Hippocrate sont reprises par Ambroise Paré en 1575 : « si elles jettent modérément, on ne doit pas l'arrêter du tout, parce qu'elles préservent de la mélancolie, lèpre, pleurésie, péripneumonie selon la sentence d'Hippocrate mais si le flux de sang est démesuré, on l'arrêtera car autrement, il cause hydropisie par réfrigération du foie » Le traitement devient plus agressif au XVIIIème siècle « vous pouvez inciser, exciser, coudre, brûler, corroder l'anus sans causer de dommage ».

On traite au fer chauffé à blanc après mise en place d'une canule en cuivre, les cris des patients permettant de faire saillir davantage l'anus. La ligature apparaît aussi : une aiguille traverse l'hémorroïde qui est liée à l'aide « d'un brin de laine non lavé aussi épais et long que possible ».

Sells, en l'an 30, décrit l'incision hémorroïdaire et signale la nécessité de n'est pas multiplier des cicatrices au niveau de l'anus. Certains souffrant d'hémorroïdes ; s'est vu proposer par le Dr Ferrari, médecin italien, l'usage de sangsues : « si la sangsue ne sort pas naturellement des hémorroïdes, utiliser une sangsue ou deux.

On introduira la sangsue à l'intérieur d'un tube puis l'endroit choisi pour la saignée sera recouvert de sang de poulet. Ceci est fait sans tarder et on applique le tube sur cette région. La sangsue prisonnière adhérera aussitôt et sucera le sang de la veine. On retire le tube en laissant prendre la sangsue.

Quand elle sera bien gorgée, on la saupoudrera de sel et on la placera au-dessus d'un petit bassin dans lequel elle tombera et rendra le sang sucé ».

Pierre Donis, en 1740, évoque pour la première fois un mauvais retour veineux comme étant l'origine de la pathologie hémorroïdaire. Il explique que ce mauvais retour veineux est dû aux

efforts de poussées nécessaires à l'exonération des excréments. À l'époque, Donis défend le traitement médical et déconseille la chirurgie qui consiste pourtant déjà en une résection des paquets hémorroïdaires.

Ainsi, le XXème siècle a surtout apporté l'asepsie, l'anesthésie et des techniques instrumentales, médicales ou chirurgicales plus modernes.

En revanche, la dilatation anale décrite par Récamier en 1838 est actuellement abandonnée. L'intervention de Milligan-Morgan est la technique chirurgicale la plus utilisée actuellement et trouve son origine en 1744 par la description de J.-L. Petit. Elle a été améliorée par Parks en 1965 [11].

2.3. Rappel anatomique du canal anal

Le canal anal ou rectum périnéal est le segment du rectum qui s'étend depuis le diaphragme pelvien des releveurs en haut jusqu'à l'orifice anal en bas. C'est la partie la plus fixe du rectum, il est situé à la partie médiane du périnée postérieur, au-dessous du plancher des releveurs, entre les deux fosses ischio-rectales [14].

De forme cylindrique, de 3 cm de long, il a un calibre extérieur de 2 à 3 cm mais sa cavité est normalement virtuelle au repos [14].

Sa direction est oblique en bas et en arrière et fait donc avec celle de l'ampoule rectale un angle à sinus postérieur d'environ 80°. Le sommet de l'angle, situé juste au-dessous des releveurs, constitue le cap anal [15].

La projection squelettique du canal, se fait à partir de la tubérosité ischiatique, au-dessous d'une ligne unissant le bord supérieur de la symphyse pubienne à la pointe du coccyx.

La morphologie interne peut être facilement étudiée par anuscopie. Elle varie suivant le niveau considéré :

- A la partie inférieure, le canal anal s'ouvre par l'anus ou orifice anal situé approximativement au centre du périnée postérieur, sur la ligne médiane, un peu en avant du coccyx, au fond du sillon inter fessier. De forme circulaire lorsqu'il est dilaté, entouré d'une peau glabre, fine, pigmentée et humide constituant la marge anale sur laquelle divergent de nombreux plis : les plis radiés de l'anus [15].
- Plus haut, le revêtement du canal anal est constitué par un épithélium dermo- papillaire lisse non kératinisant : la muqueuse d'Hermann occupant la zone dite du pecten. Cette zone est limitée en haut par la ligne pectinée d'aspect festonné formée par le bord inférieur des valves semi-lunaires [15]
- Encore plus haut, la paroi interne du canal anal apparaît de coloration rouge foncé, elle est tapissée par une muqueuse de type rectale présentant une série de replis verticaux :

les colonnes de Morgagni qui unissent entre elles en bas en formant des replis à concavité supérieure : les valves semi-lunaires [14, 15].

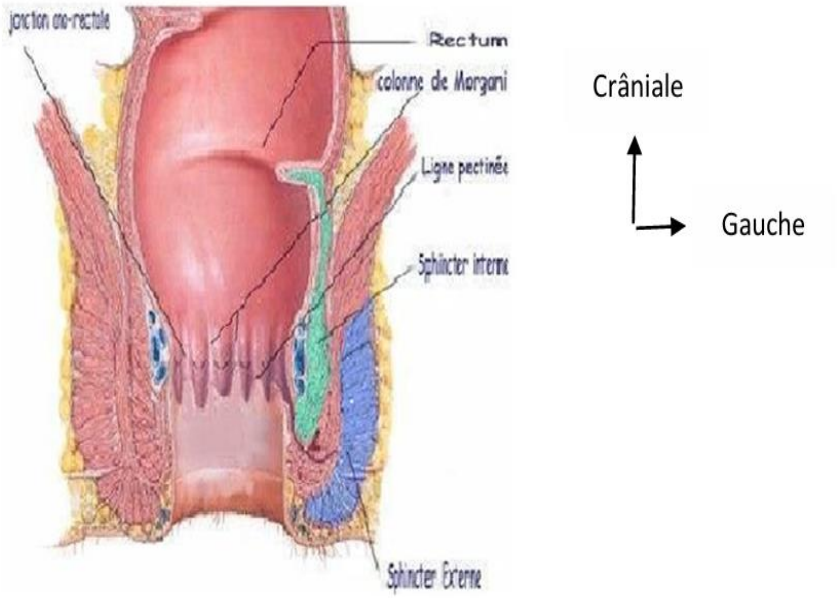

Figure 1 : Coupe frontale du canal anal

La jonction entre le rectum sous-péritonéal et le canal anal forme un angle de 90° ouvert vers l'arrière en coupe sagittale : c'est la jonction ano rectale ou cap anal (figure 2).

Il correspond au passage du rectum à travers le diaphragme pelvien, et principalement au tonus du faisceau puborectal du muscle élévateur de l'anus (anciennement releveur de l'anus) qui forme une sangle en forme de U ouvert vers l'avant.

Ainsi, le canal anal se dirige vers l'arrière lorsqu'il passe au-dessous du plancher pelvien. Le rectum est en rapport (figure 2) en arrière avec les structures postérieures du pelvis osseux : sacrum et coccyx par l'intermédiaire du fascia pré-sacral.

En avant, les rapports diffèrent chez l'homme et chez la femme. Dans les deux cas, en haut, le rectum est en rapport avec le péritoine par le truchement du cul-de-sac de Douglas (cul-de-sac recto vésical chez l'homme et recto-utérin chez la femme) ; en bas, il est en contact avec la prostate et les vésicules séminales chez l'homme et avec le vagin chez la femme par l'intermédiaire de fascias.

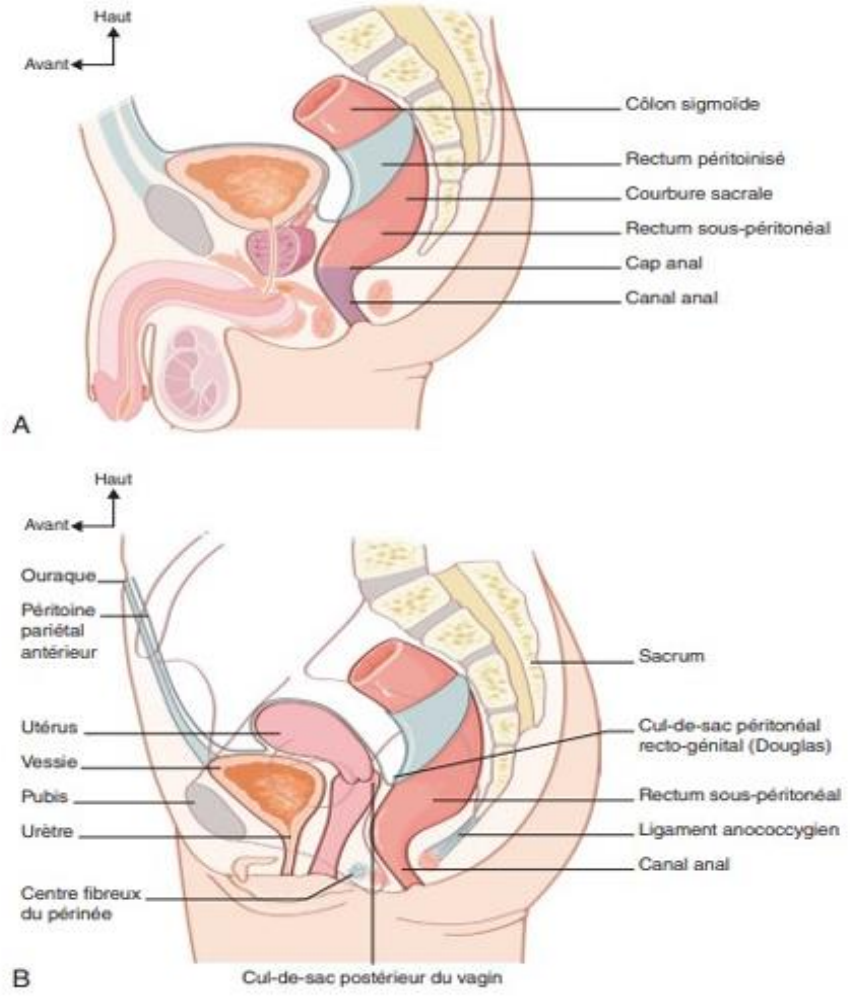

Figure 2 : Coupes sagittales du petit bassin chez l'homme et chez la femme

Moyens de fixité

Segment le plus fixe du rectum, le canal anal doit sa fixité : à sa solidarité avec les releveurs de l'anus ; à l'adhérence de son sphincter strié au noyau fibreux central du périnée en avant, au raphé ano coccygien en arrière ; à la présence du muscle recto-urétral chez l'homme, recto vaginal chez la femme.

Structure

Le canal anal, tout comme le rectum auquel il fait suite, est constitué de trois tuniques : une muqueuse, une sous muqueuse et une musculeuse [14].

La muqueuse

Elle présente un aspect différent suivant le niveau considéré et on peut lui distinguer trois segments différents : un segment inférieur d'aspect cutané ; un segment moyen, le pecten,

revêtu par une muqueuse lisse dermo-papillaire, la muqueuse de Hermann ; un segment supérieur où la muqueuse prend progressivement le type de la muqueuse rectale.

La sous muqueuse

Elle continue la sous muqueuse rectale, elle est riche en plexus veineux et elle présente surtout une muscularis mucosae qui s'épaissit vers le bas et solidarise le pecten à la couche musculaire interne pour former le ligament suspenseur de Parks.

La musculeuse

Elle est la plus complexe. Elle est formée de deux couches superposées de fibres musculaires lisses, renforcées par le sphincter externe strié de l'anus. Ces deux couches comprennent :

- une couche profonde de fibre musculaire continuant les fibres musculaires du rectum et constituant une série d'anneaux emboîtés les uns sur les autres.
- Elle se renforce et s'épaissit dans la partie inférieure du canal anal sur une hauteur de 3 à 6 mm pour former le sphincter interne.
- une couche superficielle longitudinale qui continue la couche longitudinale du rectum. Ses fibres sont renforcées par des fibres striées venues des releveurs et par des fibres aponévrotiques issues de l'aponévrose pelvienne et des aponévroses périnéales. A la partie inférieure du canal anal, les fibres de la couche longitudinale divergent :
  - en dehors pour former le fascia péri anal qui sépare les deux faisceaux du sphincter externe ;
  - en bas en traversant verticalement le faisceau sous-cutané du sphincter externe pour se fixer à la face profonde de la peau de la région anale ;
  - en dedans elles traversent le sphincter interne pour rejoindre la muscularis mucosae et le ligament de Parks.
- Le sphincter interne est responsable de la majorité du tonus de repos du canal anal.
- Le sphincter externe ou sphincter strié de l'anus est un muscle strié formé de fibres circulaires concentriques constituant un anneau de 8 à 10 mm de large sur 2 à 2.5 cm de haut.

On reconnaît à se sphincter externe deux faisceaux :

- Un faisceau profond, le plus haut situé, indissociable du faisceau puborectal du releveur ;
- Un faisceau sous-cutané situé au-dessous du précèdent, à la partie inférieure du canal anal.

En avant les fibres musculaires s'entrecroisent également de part et d'autre de la ligne médiane et vont se terminer sur la face profonde de la peau et surtout sur le noyau fibreux central du périnée. L'innervation du sphincter externe est assurée par le nerf anal ou nerf hémorroïdal, branche du plexus honte.

L'action du sphincter externe est d'assurer la continence anorectale, il est responsable de 15 à 27 % du tonus de repos du canal anal. Il joue un rôle essentiel dans la défécation.

Ainsi sont individualisés deux espaces celluleux sous épithéliaux qui intéressent la description des hémorroïdes :

- L'espace péri anal sous muqueux, dans les deux tiers supérieurs du canal anal, entre la muqueuse et le sphincter interne, et au-dessus du ligament de Parks ; cet espace contient le plexus hémorroïdaire interne ;
- L'espace péri anal sous-cutané dans le tiers inférieur du canal anal qui contient le plexus hémorroïdaire externe. Les deux sites sont séparés par la dépression hémorroïdaire correspondant à l'insertion de Parks sur la muqueuse.

Les glandes d'Hermann et Desfosses sont à l'origine des fistules anales. Ce sont des canaux, simples ou ramifiés, s'étendant dans la sous-muqueuse et traversant le sphincter interne ; ils pénètrent parfois le sphincter externe. Au nombre de huit, ces glandes s'abouchent dans le canal anal au niveau des cryptes de Morgagni, au niveau des cryptes les plus postérieures, mais leur topographie est variable ; leur infection le plus souvent par des germes intestinaux, provoque des suppurations inter sphinctériennes puis des fistules anales proprement dites dont l'origine est, par définition, (Des glandes sous-pectinéale existent et sont à distinguer des précédentes, car elles s'abouchent sous la ligne pectinée plutôt à l a partie antérieure de l'anus. De structure identique aux glandes d'Hermann et Desfosses, elles ne sont à l'origine que de petits abcès superficiels ou inter- sphinctériens). Cette infection peut se propager dans les différents espaces périnéaux délimités par les structures musculaires.

Rapports

En arrière, les rapports sont identiques chez l'homme et chez la femme, ils s'effectuent avec le raphé Ano coccygien, puis le coccyx et la partie inférieure du sacrum.

Latéralement, avec les fosses ischémie rectales, limitées en haut par la face inférieure du releveur, latéralement par la paroi pelvienne tapissée par le muscle obturateur interne, et en bas par le paquet vasculo-nerveux honteux interne.

En avant, chez la femme, on trouve la cloison recto vaginale, et chez l'homme, le fascia inter génitaux rectal ou aponévrose de Denon Villiers qui constitue une membrane solide entre la partie haute du canal anal, et le rectum et la loge prostatique

Vascularisation et innervation

La vascularisation artérielle [14, 16]

Elle est assurée par les artères hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures. Les artères hémorroïdales supérieures sont des branches de l'artère mésentérique inférieure et représentent le courant prédominant aboutissant au plexus hémorroïdaire interne. Avant d'être dans le plexus sous-muqueux, les branches hémorroïdales supérieures se divisent en trois axes artérielles principaux : gauche, antérieure droit et postérieure droit.

Les artères hémorroïdales moyennes sont des branches de l'artère hypogastrique, les inférieures sont des branches de l'artère honteuse interne. Accessoirement, l'artère sacrée moyenne contribue à cet apport artériel. Il existe en fait plusieurs types de vascularisation artérielle.

Toutes les artères sont richement anastomosées entre elles

La vascularisation veineuse [14]

Est particulièrement riche, les veines du canal anal formant un volumineux plexus. Le plexus hémorroïdal subdivisé en deux parties : le plexus interne et le plexus externe. Ces plexus veineux, dont le développement anormal est à l'origine des hémorroïdes, se drainent par trois pédicules :

- Un pédicule supérieur allant aux veines hémorroïdales supérieures,
- Un pédicule moyen allant aux veines hémorroïdales moyennes,
- Un pédicule inférieur qui se répartit entre les veines honteuses externes en avant, les veines hémorroïdales inférieures en dehors gagnant la veine honteuse interne, les veines sous cutanées de la région coccygienne en arrière en fin.

L'innervation

Elle est assurée par des branches du plexus hypogastrique et surtout par le nerf anal, rameau collatéral du plexus honteux issu essentiellement de la quatrième racine sacrée.

La zone sous pectinéale est riche en terminaisons libres. La muqueuse rectale, en revanche est pauvre en terminaisons libres et organisée, donc insensible à la douleur. Ce fait doit être pris en considération pour les traitements instrumentaux, qui doivent être appliqués au-dessus de la ligne pectinée, et lors de la chirurgie hémorroïdaire, imposant le respect de la muqueuse sensible sous la peine d'incontinence par trouble de la sensibilité.

2.4. Pathologies anales

2.4.1. Maladie hémorroïdaire

La maladie hémorroïdaire correspond à toute la symptomatologie attribuable à la transformation pathologique des formations vasculaires normales du canal anal, qui jouent un rôle déterminant dans les mécanismes physiologiques de la continence fine [17].



Figure 3 : Maladie hémorroïdaire

Physiopathologie

La contraction continue des muscles annaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-sphinctériennes fermées) permettent une continence hermétique. Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines transphinctériennes) permettent la défécation. Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes.

Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec risque de saignement élevé. A la longue le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal [18].

Dans le cas particulier de la grossesse et de l'accouchement, la physiopathologie est plurifactorielle :

- Augmentation du volume sanguin circulant.
- Congestion vasculaire et relâchement du ligament suspenseur de Parks du fait de l'imprégnation hormonale.

- Diminution du retour veineux du fait de l'utérus gravide constipation physiologique [19].
- Les efforts excessifs et prolongés pendant la défécation ou la grossesse (lors des poussées, pendant l'accouchement) sont à l'origine de forces de cisaillement qui viennent étirer et fragmenter le tissu de soutien. [20].

La maladie hémorroïdaire interne est classée en 4 stades (ou grades) selon la classification clinique de Goligher :

Grade I : Absence de prolapsus.

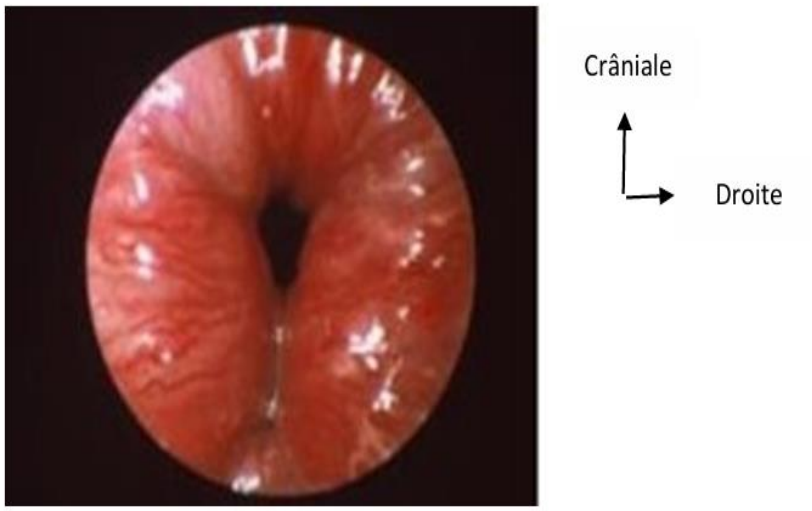

Figure 4 : Grade I de la maladie hémorroïdaire

Grade II : Les hémorroïdes sont prolabées à l'effort puis se réintègrent spontanément.

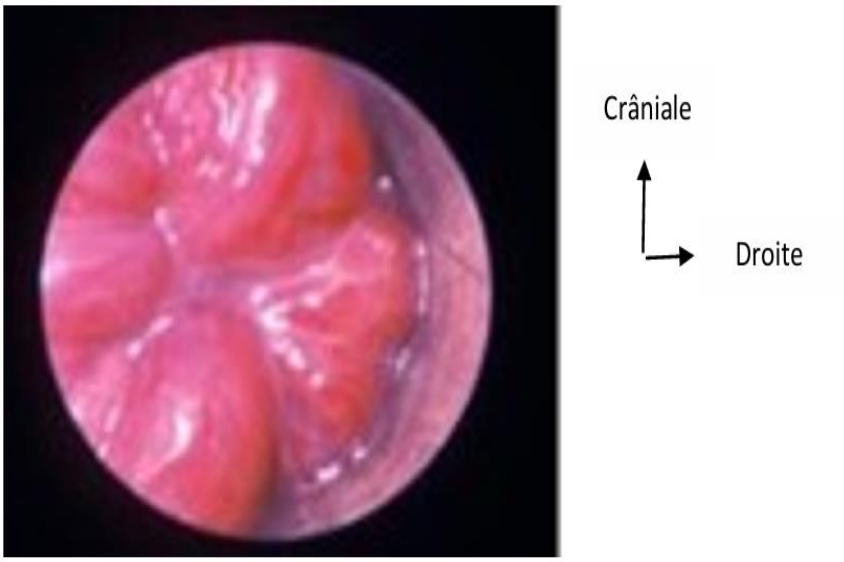

Figure 5 : Grade II de la maladie hémorroïdaire

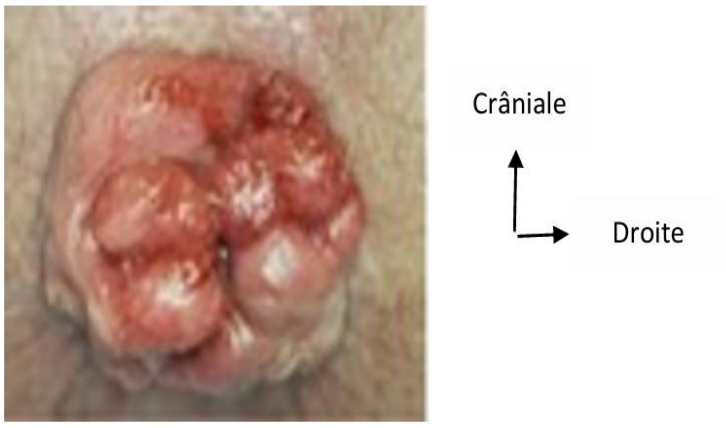

Figure 6 : Grade III de la maladie hémorroïdaire interne

Grade IV : Prolapsus permanent et irréductible.

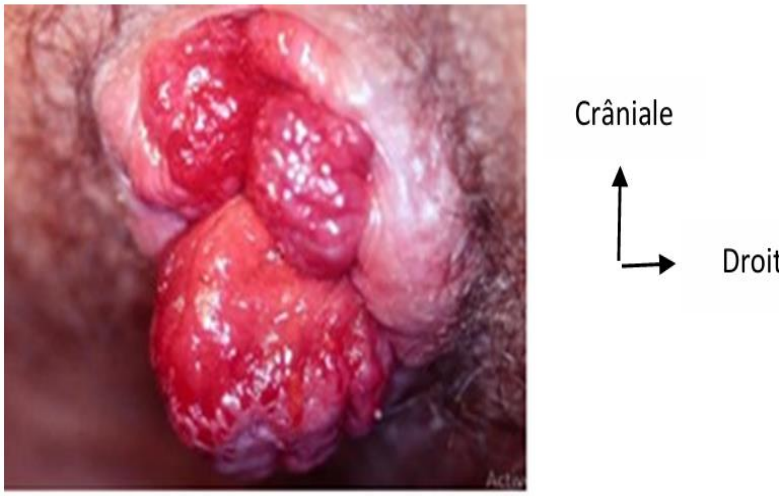

Figure 7 : Grade IV de la maladie hémorroïdaire interne

Classification selon Goligher

Stade /Signes

1 : Nodule visible à l'anuscopie, difficile à palper au TR

2 : Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction spontanée

3 : Hémorroïdes prolabées à la défécation, réduction manuelle

4 : Prolapsus irréductible

Les facteurs favorisants

- Grossesse, Alcool, épices
- Trouble du transit : constipation, diarrhée
- Augmentation de la pression intra abdominale : tumeur, ascite
- Certains sports (équitation, cyclisme) ou métiers (chauffeur, couturier)
- Sédentarité
- Certains états pathologiques : hypertriglycéridémie, diabète
- Terrain familial.

Les signes cliniques

Signes fonctionnels

- **Saignement :** symptôme principal, typiquement saignements de sang rouge vif rutilant survenant après la défécation, rythmés par la défécation, d'abondance variable (saignement goutte à goutte éclaboussant la cuvette des toilettes ou simple trace à l'essuyage).

- **Prolapsus ou procidence hémorroïdaire :** Correspond à l'extériorisation des paquets hémorroïdaires en dehors de l'orifice canalisé et permet la classification de la maladie hémorroïdaire en quatre stades selon Goligher.
- Prurit anal, pesanteur anale ;
- Suintement glaireux et/ou pertes de mucus ;
- Grosseur à l'anus réductible spontanément après la selle.

Signes physiques

Examen proctologique : Inspection + Palpation + Toucher anorectale +Anuscopie.

Temps essentiel du diagnostic, en position genou-pectorale ou décubitus latéral gauche, rectum vide, 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).
- **Palpation :** L'index palpe le pourtour de la marge anale avant de réaliser le toucher anal puis rectal. A la recherche d'une tuméfaction, d'une induration et appréciation de la sensibilité.
- **Toucher anorectale :** En décubitus dorsal, cuisses fléchies en demandant au malade de pousser pour mieux explorer la face postérieure et la partie haute du rectum, on appréciera le tonus et la contraction volontaire de l'appareil sphinctérien, la moitié inférieure du rectum (tumeur, ulcération), la prostate chez l'homme, le col utérin et le cul de sac de Douglas chez la femme. Le TAR authentifie le saignement et recherche une douleur localisée.
- **Anuscopie :** Appareil métallique ou jetable, permet l'exploration visuelle du bas rectum et des paquets hémorroïdaires

Signes généraux : sont absents au début, présents en cas de complications ou de pathologie associées. La maladie hémorroïdaire externe se manifeste par une thrombose hémorroïdaire externe très algique.

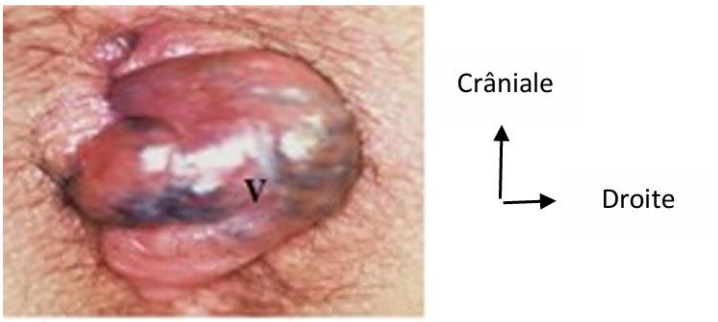

Figure 8 : Thrombose hémorroïdaire externe

Les complications de la maladie hémorroïdaire interne

Thrombose hémorroïdaire interne : Rare, elle est responsable d'une vive douleur intra canalaire. Au toucher anorectale, on palpe un petit nodule dur et douloureux.

L'anuscopie confirme le diagnostic.



Figure 9 : Thrombose hémorroïdaire externe chez une femme enceinte

Prolapsus hémorroïdaire thrombosé : thrombose massive des plexus hémorroïdaires internes qui se sont extériorisés au cours d'un effort de défécation et qui ne se sont pas réintégrés dans le canal anal. Une réaction œdémateuse associée à des ulcérations nécrotiques est quasi constante.

Peut-être circulaire ou localisé onde.

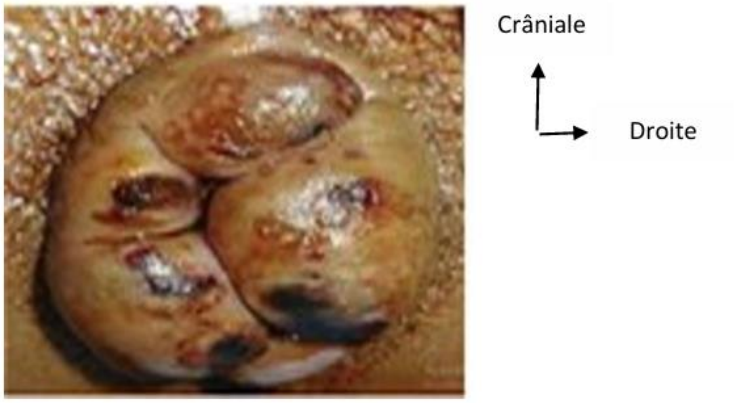

Figure 10 : Prolapsus hémorroïdaire thrombosé

Traitement

a. Buts

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

b. Moyens

Le traitement médical

Traitements locaux

Les traitements topiques sont disponibles sous forme de suppositoires, de crèmes ou de pommades. Ils contiennent des corticoïdes locaux, un anesthésique, un phlébotrope, un lubrifiant et/ou un protecteur mécanique.

Leur utilisation prolongée n'est pas conseillée du fait de l'absence de bénéfice à long terme et d'action préventive démontrée sur de nouvelles poussées [22].

Les traitements topiques sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire [23].

Il n'y a pas d'étude étayant clairement l'intérêt respectif des différents composants. Il semble cependant utile de prescrire des produits avec corticoïdes en cas d'œdème et d'inflammation (thrombose hémorroïdaire) et ceux avec anesthésique en cas de douleur.

Traitement général

L'apport de fibres alimentaires par l'alimentation ou par des laxatifs de type mucilage diminue de moitié le saignement et la récidive des symptômes de la maladie hémorroïdaire avec un bénéfice qui persiste au minimum trois mois [24].

La régularisation du transit est recommandée en cas de symptômes liés à la maladie hémorroïdaire interne et externe, en curatif mais aussi en préventif.

C'est la seule mesure préventive au long cours ayant une efficacité démontrée sur les symptômes hémorroïdaires [23]. La constipation étant le trouble du transit le plus fréquemment en cause, son traitement est une priorité sur le long terme. La prise en charge d'une diarrhée pour diminuer le nombre d'évacuations irritantes semble tout aussi importante.

L'utilisation des phlébotrope est basée sur le concept physiopathologique impliquant la composante vasculaire des hémorroïdes. Ce sont la diosmine, la troxérutine, les dérivés du Ginkgo biloba, l'hydroxyl-éthylrutoside.

Deux méta-analyses récentes [25, 26] montrent un bénéfice à l'utilisation des phlébotropes pour le prurit, les rectorragies et le suintement liés à la maladie hémorroïdaire. La diosmine à fortes doses dans sa forme micronisée abrège et atténue les symptômes aigus de la maladie hémorroïdaire interne et le risque de récurrence à moyen terme (6 mois) [25].

D'autres substances (troxérutine, dérivés du Ginkgo biloba, l'hydroxyl-éthylrutoside) ont été comparées à la diosmine sans différence significative d'efficacité sur les symptômes. S'il n'est pas rapporté d'effet secondaire notable, des cas de colites lymphocytaires ont été décrits [25, 26].

Les phlébotropes sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire (excepté le prolapsus) à court terme.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens agissent sur la douleur et l'inflammation, les antalgiques périphériques et centraux (éventuellement associés aux AINS) peuvent être prescrits en cas de douleur insuffisamment contrôlée, les corticoïdes par voie orale en cas de thrombose externe œdémateuse avec contre-indication aux AINS (accord professionnel). En cas de thrombose hémorroïdaire, il est recommandé de proposer un traitement comportant des AINS, des antalgiques, des régulateurs du transit et des topiques.

En cas de pathologie hémorroïdaire interne, il est recommandé de proposer un traitement comportant des régulateurs du transit, des topiques et des phlébotropes (accord professionnel) [27].

Le traitement instrumental

Il regroupe l'ensemble des méthodes appliquant un procédé chimique ou physique qui permettent de traiter la maladie hémorroïdaire interne responsable de rectorragie ou d'un prolapsus de grade 2 ou 3 [27]. Les thromboses hémorroïdaires, externes et/ou internes, sont des contre-indications au traitement instrumental.

Le principe commun à ces traitements instrumentaux consiste à provoquer au sommet des plexus hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle dont les conséquences sont doubles :

fixation de la muqueuse anale au plan musculaire sous- jacent et obturation du réseau vasculaire sous muqueux issu de l'artère rectale supérieure.

Les moyens rapportés dans la littérature sont soit chimiques (injections sclérosantes), soit thermiques (infrarouge, électrocoagulation bipolaire ou monopolaire, cryothérapie avec un thermosonde), soit mécaniques (ligature élastique). Cette dernière ajoute de fait une réduction du prolapsus muco- hémorroïdaire.

La photo coagulation infrarouge

Elle nécessite une photo coagulatrice à rayons infrarouges qui transforme en chaleur le rayonnement émis par une ampoule de tungstène focalisé sur une tige en quartz au point d'application. Deux à trois points de photo coagulation sont appliqués à la base de chacun des pédicules hémorroïdaires. La cicatrisation obtenue en 3 semaines induit une coagulation des capillaires et une fibrose cicatricielle. Le nombre de séance est de 2 à 4, l'intervalle admis entre deux séances est de 4 semaines.

La photo coagulation infrarouge est recommandée en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire grade1 et 2 après échec du traitement médical [28].

Les ligatures élastiques

Elle nécessite un ligateur et un système à aspiration. Elle doit être réalisée à au moins un centimètre au-dessus de la ligne pectinée. Les tissus ligaturés conduisent à la formation d'une escarre dont la cicatrisation se fait en 2 à 3 semaines. Le rythme entre deux ligatures successives est d'une séance toutes les 4 semaines, en se limitant à un total de 3 ou 4 séances.

Les résultats après une triple ligature en une seule séance [29] sont comparables à ceux de trois ligatures en trois séances successives [23].

Les ligatures élastiques sont recommandées en cas de rectorragies et de prolapsus hémorroïdaire modéré, ou limité à un seul paquet dans les d'hémorroïdes internes grades 2et 3 [23].

En cas de rectorragies sans prolapsus, la ligature élastique ne doit être proposée qu'en seconde intention, après échec du traitement normalisant le transit intestinal dont l'efficacité à 3 mois est similaire [30] et probablement après échec de la photo coagulation infrarouge, aux résultats comparables avec moins d'effets secondaires et de complications [31, 32].

Lorsque le prolapsus domine le tableau clinique, la ligature peut être d'emblée proposée en raison de sa supériorité démontrée, en particulier sur le long terme.

En l'absence de contre-indication, les ligatures élastiques peuvent être proposées avant la chirurgie mais elles sont moins efficaces sur le prolapsus de grade 3 circulaire et inefficaces sur le prolapsus de grade 4 [33].

Les injections sclérosantes

La technique nécessite une seringue à usage unique couplée à une allonge de 10cm. L'injection est indolore et ne doit être ni trop superficielle (œdème blanchâtre), ni trop profonde (douleurs). Deux injections par séance sont conseillées, en des sites diamétralement opposés, dirigées vers la base des pédicules hémorroïdaires internes. Le rythme entre deux séances successives le plus souvent retenu est de 2 à 4 semaines, en se limitant à un total de 2 ou 4 séances. Elles sont indiquées en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire grades 1 et 2 après échec du traitement médical [33].

L'électrocoagulation bipolaire

Ou diathermie bipolaire de contact utilise un appareil en forme de pistolet. Deux à six impulsions sont délivrées, entraînant une zone de coagulation souvent large.

L'ensemble des paquets hémorroïdaires peut être traité en une seule séance, qui peut être renouvelée 3 à 4 semaines après [34].

L'efficacité de l'électrocoagulation bipolaire sur les saignements est comparable à celle de la photo coagulation infrarouge mais moins bonne que celle des ligatures élastiques [35, 36] et au prix d'effets indésirables et de complications plus importants : gêne anale presque constante, douleurs modérées à intenses dans 10 à 28% des cas [26, 27] et rectorragies nécessitant une hémostase chirurgicale dans 8% des cas [30]. L'utilisation de cette technique à une forte intensité doit donc rester prudente et la douleur doit être prévenue.

Le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical et/ou instrumental. Il peut parfois être indiqué d'emblée.

Les trois principales méthodes sont : l'hémorroïdectomie pédiculaire qui est la technique de référence, l'hémorroïdopexie circulaire ou technique de Longo et la ligature artérielle guidée par Doppler (DGHAL) associée ou non à une mucopexie, alternative mini-invasive.

L'hémorroïdectomie pédiculaire

Elle consiste à réséquer le tissu hémorroïdaire selon les 3 axes anatomiques artériels en préservant des ponts cutanéo-muqueux entre les plaies opératoires. Il existe des variantes techniques selon le traitement des ponts, l'ajout d'une anoplastie muqueuse postérieure, le mode de traitement des plaies opératoires qui peuvent être fermées ou laissées ouvertes. L'hémorroïdectomie pédiculaire est possible quel que soit le grade de la maladie hémorroïdaire [33].

Elle peut être indiquée d'emblée en cas de complication aigue (poly thrombose hyperalgique et/ou nécrotique résistant au traitement médical), d'une anémie sévère, et de maladie hémorroïdaire grade4

La ligature artérielle guidée par Doppler (DGHAL) : a pour but de « désartérialiser » les hémorroïdes en diminuant de façon sélective le flux artériel des plexus hémorroïdaires tout en évitant de gêner le retour veineux. On la distingue de la mucopexie ou recto anal repaire qui fixe le plexus hémorroïdaire prolabé.

Au lieu d'exciser les hémorroïdes, le principe est donc de diminuer leur taille et de restaurer les rapports anatomiques des plexus hémorroïdaires dans le canal anal. En cas de DGHAL, 7 à 9 ligatures artérielles sont réalisées en moyenne (durée moyenne de 20 à 30mn). La DGHAL est recommandée en cas maladie hémorroïdaire interne grades 2 et 3 symptomatique.

La ligature artérielle seule est déconseillée en cas de grade 4. Le DGHAL associé à la mucopexie peut être proposé en alternative à l'hémorroïdopexie [33].

L'hémorroïdopexie agrafée (ou anorexie) circulaire

Décrite par Antonio Longo, elle consiste à réséquer une collerette muqueuse circulaire au sommet des hémorroïdes internes avec une pince mécanique qui assure dans le même temps la résection et une suture muco- muqueuse par agrafage circulaire.

Du fait de son mode d'action, l'hémorroïdopexie n'est pas indiquée en cas d'hémorroïdes externes.

Cas particuliers de la femme enceinte et allaitante

Le Centre de référence sur les agents Tératogènes permet l'utilisation des traitements locaux, du paracétamol, des laxatifs et des phlébotrope dans la pathologie hémorroïdaire chez la femme enceinte ou allaitante. Les AINS sont à éviter dès le début de la grossesse et sont formellement contre-indiqués à partir du début du 6ème mois (24SA) et jusqu'à l'accouchement.

Ils peuvent être utilisés pendant l'allaitement. En période de gestation et après l'accouchement, les corticoïdes par voie orale peuvent être utilisés en cure courte à toutes les périodes en cas de thrombose hémorroïdaire œdémateuse. Si un antalgique est nécessaire on privilégie le paracétamol, quel que soit le terme de la grossesse. La morphine ne doit être prescrite qu'en cure courte et pas plus de trois jours en période d'allaitement. Pendant l'allaitement, on utilise en première intention le paracétamol ou le tramadol pendant les 72 premières heures puis la codéine en cas de besoin.

Ces données doivent impérativement être actualisées avant prescription. En cas de grossesse, les ligatures élastiques et les injections sclérosantes sont contre-indiquées [33].

La chirurgie des hémorroïdes pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat est à réserver aux complications sévères (thrombose hyperalgique et/ou nécrotique, anémie aiguë) en résistance au traitement médical qui reste le traitement de première intention (avis d'expert).

2.4.2. Fissure anale

La fissure anale est une ulcération linéaire de la muqueuse anale qui débute au niveau de la ligne pectinée et se termine à la marge anale [37]. Cette fente laisse le sphincter interne à découvert. Les fissures anales peuvent se rencontrer autant chez l'homme que chez la femme et à tous les âges [32].

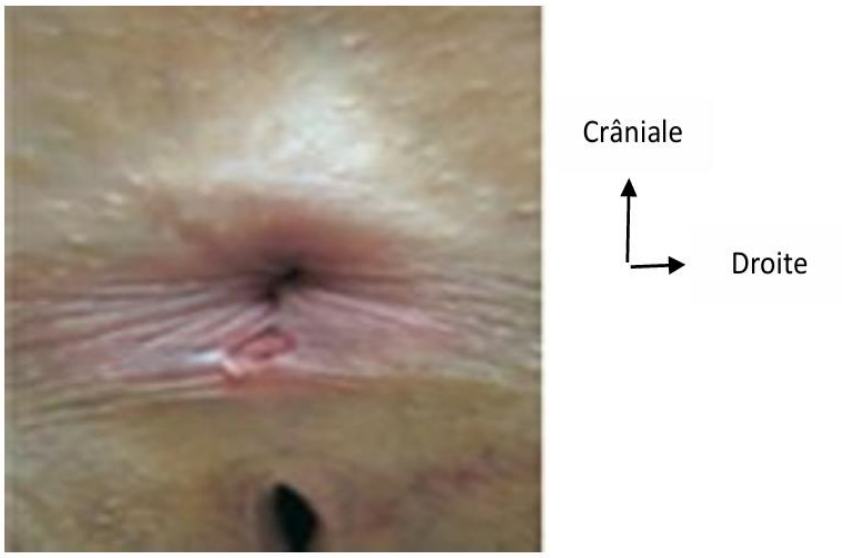

Figure 11 : Fissure anale antérieure du post-partum

Les facteurs de risque

- La dyschésie, principal facteur de risque
- Un terme d'accouchement tardif
- Une durée d'expulsion prolongée
- La primiparité
- L'épisiotomie
- L'extraction instrumentale par forceps [38, 39]
- La maladie de Crohn

Le diagnostic positif

L'interrogatoire

Le symptôme essentiel est une douleur à type de déchirure ou de brûlure. Elle est discontinue et rythmée par la défécation. Elle va persister après ou reprendre à l'issue d'une accalmie

transitoire (douleur en deux temps) pour une durée variable, quelques minutes ou quelques heures, avant de disparaître jusqu'à la défécation suivante [40].

L'inspection

Après avoir délicatement écarté les plis de la marge anale, on découvre une plaie allongée et courte d'un à deux centimètres. Elle se situe généralement à la commissure postérieure, mais également parfois en avant notamment après un accouchement.

Le toucher anorectale

Souvent impossible à cause de la douleur et d'une contracture sphinctérienne. Il apprécie la tonicité sphinctérienne, l'état de la ligne des cryptes, l'existence de tuméfactions anales et rectales [41].

Diagnostic différentiel

Le cancer épidermoïde dans sa forme fissuraire (lésion avec des berges saillantes et un fond infiltré et dur), il s'agit d'une femme d'âge mur ou d'un homosexuel séropositif au VIH.

La maladie de Crohn qui peut débuter par une fissure anale isolée.

D'autres affections peuvent mimer une fissure mais se présentent plus souvent sous forme d'ulcérations que de fissure : l'herpès anal ; les ulcérations par immunosuppression (chimiothérapie, hémopathie maligne ou SIDA) ; IST (LGV, syphilis).

Evolution

L'évolution de la fissure anale est imprévisible, capricieuse, volontiers récidivante. Si elle ne cicatrise pas rapidement, son évolution est émaillée d'une alternance de poussées successives et de rémissions.

La déchirure subit alors des transformations dues aux phénomènes inflammatoires, scléreux et infectieux, qui vont modifier son aspect : ses bords s'épaississent, se décollent et s'infiltrent, notamment au pôle externe, pour former un capuchon cutané œdémateux qui perdure sous forme d'une marisque dit sentinelle.

Le fond se creuse pour reposer sur les fibres blanches du sphincter interne mis à nu. À l'extrémité proximale, la papille anale s'hypertrophie pour former un polype fibreux de taille variable [42].

La marisque sentinelle et la papille hypertrophique sont les éléments satellites de la fissure anale. [41].

La fissure peut être le point de départ d'une infection qui va se propager en sous cutané et former une fistule superficielle perforant la marisque au pied de laquelle elle s'extériorise.

La fissure anale chronique n'a pas de définition consensuelle mais on retient en général une période de 8 à 12 semaines d'évolution. Mais c'est surtout l'aspect de la fissure et l'apparition

des annexes qui sont évocateurs, ainsi qu'un faible taux de cicatrisation spontanée (35%). Elle est moins douloureuse [42].

Le traitement

Traitement médical

- Mesures hygiéno-diététiques
- Régulateurs de transit
- Suppositoires et pommades associant des anesthésiques locaux et de l'hydrocortisone afin de favoriser le glissement de la selle ;

Antalgiques : paracétamol et AINS [38].

Le traitement médical soulage les symptômes en quelques jours à une à deux semaines et guérit généralement les lésions en plusieurs semaines [41]. Il n'y a pas de bénéfice à prolonger le traitement au-delà de quarante jours [41].

Certains médicaments permettent de lutter contre le spasme du sphincter anal interne:

Les dérivés nitrés et les inhibiteurs calciques en application locale répétée et l'injection unique dans le sphincter anal de toxine botulique en très faible quantité provoquant une paralysie musculaire incomplète qui récupère lentement en quelques mois [41].

Les dérivés nitrés induisent une relaxation du sphincter interne afin d'améliorer la perfusion sanguine Ano-dermique [44].

Traitement instrumental

Le traitement instrumental par injection sous fissuraire de kinine urée à 5% après anesthésie sphinctérienne est peu pratiqué et générateur dans les fissures vieillies d'infection sous fissuraire. [42].

Le traitement chirurgical

Peut être proposé en cas de fissure chronique ou compliquée ou lorsque la douleur persiste de façon importante ou répétée malgré un traitement médicamenteux [41].

La sphinctérotomie latérale interne ou léiomyotomie latérale : est la méthode la plus étudiée à travers le monde. Elle est considérée comme de référence dans la littérature internationale. L'objectif est d'agir exclusivement sur l'hypertonie par une section du sphincter interne, la fissure cicatrisant secondairement sans autre geste complémentaire [45]. Cette sphinctérotomie est réalisée à distance de la fissure et la douleur est améliorée en une semaine. Le principal effet secondaire est la survenue de troubles de la continence [41].

La fissurectomie : a pour objectif de retirer le tissu fissuraire et ses « éléments satellites ».

Elle peut être isolée ou combinée à une sphinctérotomie ou une anoplastie (recouvrement partiel de la plaie par de la peau ou une petite partie du revêtement du rectum) ou les deux.

La fissurectomie seule fait moins bien que la sphinctérotomie latérale interne pour le contrôle de la douleur [46, 47]. Elle ne supprime pas complètement le risque d'incontinence de novo [48].

La dilatation anale est abandonnée [41]

L'incontinence anale

L'incontinence anale est définie par la société française de gastro-entérologie comme étant l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anus.

On parlera d'incontinence fécale en cas de pertes de selles.

Le score de Wexner d'incontinence anale (aussi nommé score de Jorge et Wexner)

Ce score, très simple d'utilisation, est le plus fréquemment employé quand une appréciation sommaire de la sévérité d'une incontinence anale est nécessaire. Il a pour défaut de ne pas être strictement un score de symptômes, car il introduit une question globale sur la qualité de vie, et il ne tient pas compte des besoins urgents (contrairement au score du St Marks développé par C. Vaizey). Il a été conçu initialement pour être administré oralement par une autre personne, mais il serait possible de le faire remplir par le patient lui-même, au moins dans sa version norvégienne… (Norderval S. et al. Int Urogynecol J. 2019).

Tableau I : Le score de Wexner d'incontinence anale.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Selle solide	0	1	2	3	4
Selle liquide	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Port d'une protection	0	1	2	3	4
Retentissement sur la vie quotidienne	0	1	2	3	4

Rarement : <1/mois ; Parfois : <1/semaine et > 1/mois ; Souvent : <1/jour, >1/semaine ; Toujours : >1/jour.

Résultats : Continence parfaite : 0/20 ; Pire incontinence : 20/20

0 : Continence parfaite

1-4 Continence minime

5 - 9 Incontinence modéré

10 -16 Incontinence importante

17 - 20 Incontinence sévère

2.4.3. Abcès et fistules para-anaux

Définition et étiopathogénie : [1,11]

L'abcès et les fistules para-anaux résultent du même processus pathogénique. Le premier dans la phase aiguë et le second en phase chronique. L'étiologie principale est une surinfection des glandes anales situées au niveau de l'espace inter- sphinctérien. L'abcès qui en résulte peut-être de localisation variable (péri anal, ischio-rectal, inter sphinctérien ou en fer à cheval). La fistule para-anale représente l'évolution chronique par suite d'un abcès para-anal, avec développement d'un trajet épithélialisé persistant entre le canal anal et l'orifice externe. Sa classification est faite selon sa localisation et les rapports anatomiques avec les muscles sphinctériens selon la classification de Parks. Se manifeste surtout par de la douleur et une sensation de masse. Il n'y a habituellement pas d'autres symptômes digestifs associés. Bien qu'il s'agisse d'une infection, il est important de se rappeler que la fièvre n'est pas toujours présente dans l'abcès anal.

Classification de Parks, Hardcastle and Gordon

Elle est basée sur le postulat d'un point de départ cryptique des fistules anales et sur la disposition du trajet principal par rapport au muscle élévateur de l'anus et par rapport au sphincter externe ; le trajet principal étant défini comme celui qui relie les orifices primaires et secondaires [25]. Parks distingue quatre types

Fistules inter sphinctériennes ou type I : Le trajet se situe entre le sphincter interne et le sphincter externe, sans jamais franchir le sphincter externe. Elle comporte deux sous-types :

– **Les fistules avec orifice périnéal :** dont l'orifice cutané se situe au niveau de la marge anale, près de l'orifice externe du canal anal ; elle peut comporter un prolongement vers le haut, dans l'épaisseur de la couche longitudinale complexe ;

– **Les fistules sans orifice périnéal :** Il s'agit alors d'un abcès clos sans autre communication avec l'extérieur que l'orifice primaire ou avec un orifice secondaire, ouvert dans le rectum.

Fistules trans-sphinctériennes ou type II : Le trajet fistuleux traverse le sphincter externe à différents niveaux, soit au niveau de la ligne pectinée, soit plus bas, soit plus haut mais toujours en dessous du muscle puborectal. Parfois l'orifice primaire est situé sur la ligne pectinée, mais avant de traverser le sphincter externe, le trajet fistuleux est d'abord ascendant dans l'espace

inter sphinctérien. Au-delà du sphincter externe, le trajet se poursuit dans le creux ischio-rectal à la peau. L'orifice secondaire est alors situé nettement plus en dehors du bord inférieur du canal anal que dans le type I. Ces fistules peuvent être linéaires ou être interrompues par des cavités anfractueuses, dites « diverticules » qui se développent dans le creux ischio-rectal, et remontent plus ou moins haut sous le muscle releveur de l'anus qu'elles peuvent parfois perforer constituant alors des diverticules sus-lévatoriens.

• **Les fistules supra-sphinctériennes ou type III :** Ces fistules sont rares. Le trajet, à partir de l'orifice primaire, se dirige vers le haut, à travers l'espace inter sphinctérienne, contourne le bord supérieur du puborectal et redescend en perforant le releveur de l'anus pour arriver à la peau périnéale, après avoir traversé le creux ischio-rectal. Les diverticules intra muraux et pelvi rectaux sont fréquents dans ces formes.

• **Les fistules extra-sphinctériennes ou type IV :** Elles sont exceptionnelles. Le trajet se trouve tout en dehors du sphincter externe. Il s'agit en fait de fistules recto-périnéales qui peuvent avoir comme origine l'évolution iatrogène d'une fistule anale d'un des types précédents ou une tout autre origine : suppuration d'origine abdominale, pelvienne, osseuse, etc.

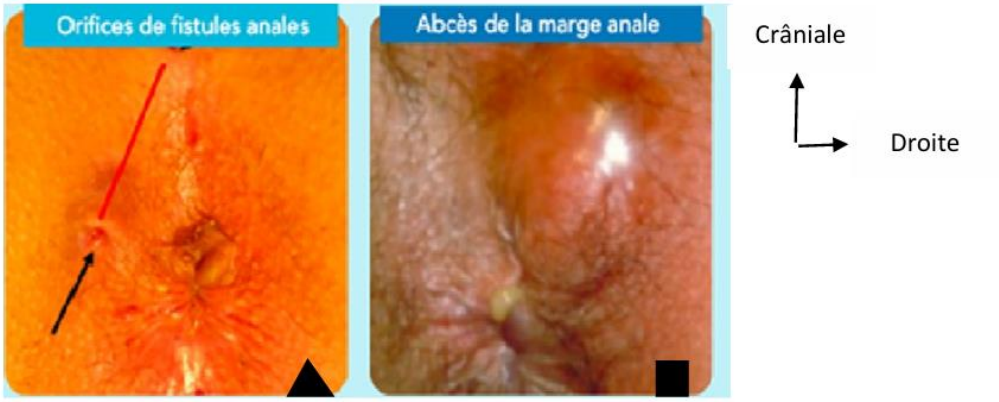

Figure 12 : Fistule anale et abcès anal

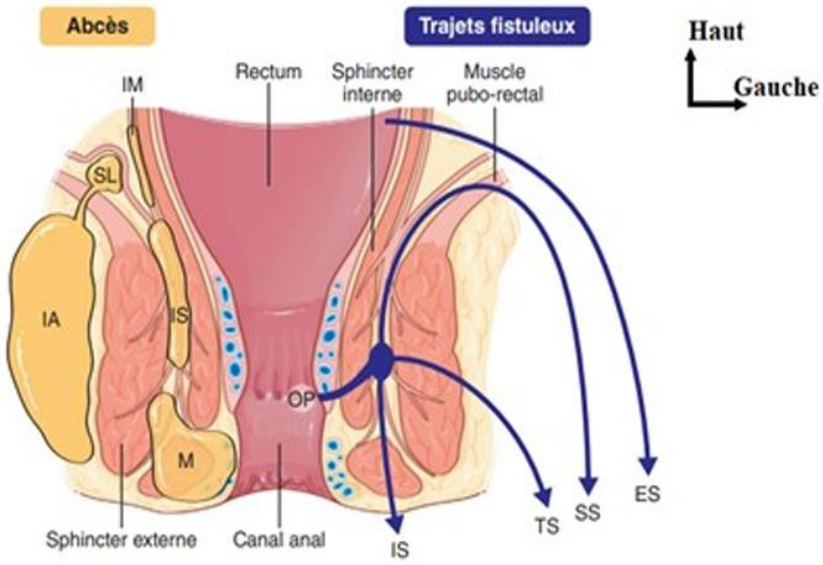

Figure 13 : Schéma des trajets fistuleux et des abcès anaux

Trajets fistuleux : inter sphinctérien (IS), trans-sphinctérien (TS), supra sphinctériennes (SS) et extra sphinctérien (ES). Abcès : marginal (M), inter sphinctérien (IS), ischio-anal (IA), supralévatorien (SL), intra-mural (IM). OP : orifice primaire. (Illustration de Carole Fumât)

NB : Actuellement on les divise en fistules anales basses et hautes en fonctions du trajet fistuleux et de l'orifice interne par rapport à la ligne pectinée.

Examen complémentaire

Le diagnostic de l'abcès et de la fistule anale est avant tout clinique. L'imagerie est utile en cas de fistule anale complexe, récidivante, atypique, ou en cas de doute à l'examen clinique entre

une fistule anale et une suppuration indépendante du canal anal : furoncle, sinus pilonidal infecté, maladie de Verneuil, etc. les types imagerie les plus utilises sont alors : l'échographie endo-anale la fistulographie et l'IRM.

Cependant, en cas de maladie de Crohn, l'IRM ano-périnéale est l'examen de référence. Elle permet alors de visualiser le trajet fistuleux, ses rapports avec les sphincters et la présence de diverticules, voire de révéler une rectite associée. Les prélèvements locaux à visées infectieuses et histologiques, le dosage biologique de la C-réactive protéin (CRP), le dosage fécal de la calprotectine, les endoscopiques digestives, l'imagerie thoracique, etc. sont utiles pour le diagnostic des fistules anales non crypto glandulaires : maladie de Crohn, tuberculose, actinomycose, infection sexuellement transmissible.

Traitement

Abcès anal

L'abcès est une urgence thérapeutique. Le traitement consiste en l'incision de l'abcès, le plus souvent en consultation sous anesthésie locale, afin de soulager le patient et d'éviter la diffusion de la suppuration. La place de l'antibiothérapie est limitée.

Fistule anale

Contrairement à l'abcès, le traitement du trajet fistuleux n'est pas une urgence thérapeutique. En revanche, il est chirurgical dans la majorité des cas. L'enjeu du traitement est double : guérir la suppuration sans récidive et minimiser l'impact sur la continence anale. En pratique, le fait que le trajet fistuleux traverse l'appareil sphinctérien anal ne rend pas la tâche facile à cause des risques d'incontinence anale post-opératoire. Les différentes techniques chirurgicales utilises sont :

- La fistulotomie est le traitement de référence des fistules crypto glandulaire ;
- Fistulectomie
- Lambeau d'avancement rectal : c'est la technique d'épargne la plus ancienne ;
- Injection de colle biologique ou mise en place d'un plug dans le trajet : le but de ces techniques est d'obturer le trajet fistuleux. Cependant, ces dispositifs sont coûteux et de moins en moins utilisés du fait de résultats décevants (moins de 50 % de guérison) ;
- Clip visant à fermer l'orifice interne du trajet fistuleux : c'est une technique qui permettrait de guérir environ 60 % des patients mais le dispositif est coûteux ;
- Ligature inter sphinctérienne du trajet fistuleux (LIFT) : cette technique consiste à sectionner et à suturer le trajet fistuleux dans l'espace inter sphinctérien ;
- Destruction du trajet fistuleux par laser ou plus rarement par radiofréquence.

- Injection de cellules souches parenchymateuses allogéniques.

2.4.4. Condylomes anaux

Certains HPV-BR, comme le HPV 6 ou le HPV 11 par exemple, sont responsables de condylomes de l'anus, également appelés « papillomes ». Il s'agit d'excroissances comparables à des verrues, blanchâtres, rosées ou grisâtres, à crêtes dentelées. Leur taille varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Il peut également s'agir de lésions planes, plus difficilement visibles. Les condylomes peuvent se développer au niveau de la marge anale (perceptibles par le patient) ou du canal anal. Ils sont souvent asymptomatiques mais peuvent parfois être responsables d'un prurit ou de rectorragies. Le délai entre le contact avec le HPV responsable et l'apparition d'un condylome varie généralement entre 2 et 6 mois [50].

Lorsque les condylomes se limitent à la marge anale, un traitement local est envisageable. L'application d'immiquimod (Aldara ®), pommade immunostimulante avec efficacité anti-virale, est proposée en première intention. Une destruction par azote liquide est également possible. Si les condylomes sont trop nombreux ou trop volumineux, une exérèse chirurgicale par électrocoagulation au bistouri électrique ou au laser doit être envisagée.

La récidive après traitement est très fréquente (50 % des cas), ce qui justifie une surveillance régulière pour détecter précocement l'apparition de nouveaux condylomes. Le taux de récidive est beaucoup plus élevé chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), en raison de l'immunosuppression. La dégénérescence des condylomes anaux et leur transformation en cancer de l'anus est possible mais rare en l'absence d'immunosuppression, et la taille ou l'extension des lésions ne sont pas des facteurs péjoratifs [50].

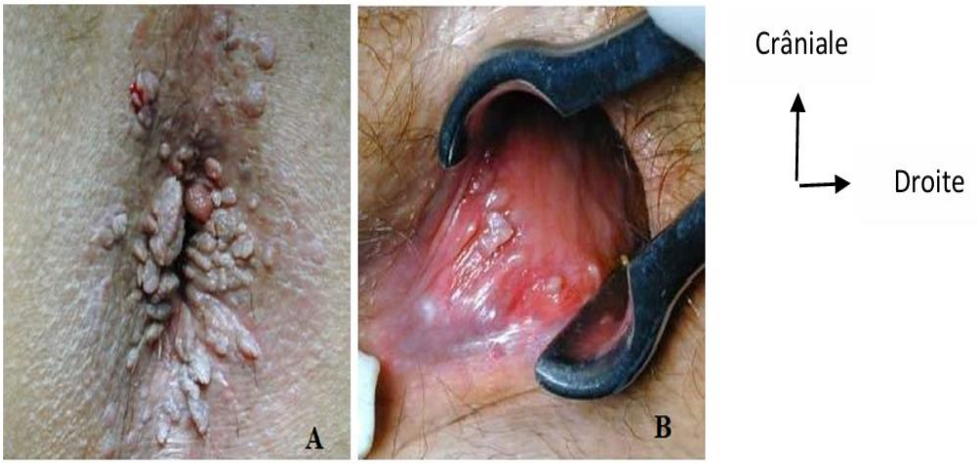

Figure 14 : Condylomes de la marge anale et du canal anal

2.4.5. Polypes colorectaux

Définition

Le terme de polype est une entité macroscopique désignant toute tumeur en saillie sur la muqueuse colorectale. Il existe deux types de polypes : les non néoplasiques, en principe non précurseurs de cancer, et les néoplasiques à considérer comme une lésion précancéreuse.

Les polypes non néoplasiques regroupent les polypes : hyperplasiques, les pseudo polypes inflammatoires et les hématomes.

Les néoplasiques qui peuvent évoluer vers le cancer, incluent les polypes dentelés et adénomateux.

Epidémiologie

Le polype colorectal est une entité extrêmement fréquente dans la population générale. Par définition les polypes adénomateux sont dysplasiques seuls 5 % dégénèreront en cancer sur une période de sept à dix ans.

Au Cameroun le polype juvénile est le type histologique prédominant de 57,9 % des polypes recto coliques. Sur leur aspect macroscopique et pathologiquement (tubuleux (80 %), villeux (10 %) et tubulovilleux (10 %) [53].

Signes cliniques

Les polypes colorectaux sont le plus souvent asymptomatiques. On les retrouve lors des coloscopies réalisées pour certaines indications : la rectorragie, le trouble du transit:(constipation, diarrhée, alternance diarrhée /constipation), les douleurs abdominales et l'anémie ferriprive. Au cours des dépistages des sujets à risque de cancer colorectal.

Examens complémentaires

La coloscopie (et la biopsie) reste l'examen de choix pour la visualisation des polypes. Elle visualise mieux la muqueuse colique et permet l'ablation des polypes.

On distingue trois types de polypes selon l'aspect macroscopique :

- **Les polypes pédiculés :** ce sont des polypes attachés à la muqueuse avec un pied allongé plus long que large.
- **Les polypes sessiles :** sont dits sessiles lorsqu'ils sont étalés sur la muqueuse avec une base d'implantation large.
- **Les polypes (adénome) plans :** c'est une entité particulière d'adénome [54].

METHODOLOGIE

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati.

Présentation du CHU Bocar Sidy Sall de Kati :

Ancienne infirmerie de garnison militaire française, elle fut créée en 1916 ; transformée en hôpital en 1967. Une année plus tard avec le changement de régime, l'infirmerie de garnison fut érigée en hôpital national en 1968. En 1992, il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA). Puis érigé en établissement public hospitalier en 2003. Il fut baptisé le 17 novembre 2016 au nom du CHU professeur Bocar Sidy SALL de Kati. Il est l'un des 4 grands hôpitaux de troisième référence du Mali. Il est situé en plein centre de la plus grande base militaire " camp Soundiata Keita " à 15 km au nord de Bamako.

Il est limité par :

- L'infirmerie militaire à l'est ;
- Le logement des médecins du CHU BBS de Kati à l'ouest ;
- Le camp du nord et une partie de l'infirmerie militaire au nord ;
- Le prytanée militaire et le quartier Sananfara au sud.

De nos jours l'hôpital a connu un grand changement. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour ou sont en chantier c'est ainsi que nous avons 17 services dont 13 services techniques et 4 services administratifs :

Les services techniques

- Le service de chirurgie générale,
- Le service de traumatologie et d'orthopédie,
- Le service d'accueil des urgences,
- Le service d'anesthésie et réanimation,
- Le service d'imagerie médicale,
- Le service de gynéco-obstétrique,
- Le service de médecine interne,
- Le service de cardiologie,
- Le service d'odontostomatologie,
- Le service de kinésithérapie et d'acupuncture,
- Le service d'urologie,
- Le service d'ophtalmologie,

- Le laboratoire d'analyses biomédicales,
- La pharmacie hospitalière,
- Le service de pédiatrie.

Les services administratifs

- L'agence comptable,
- Les ressources humaines,
- Le service social,
- La maintenance.

Le service de chirurgie générale :

Le service de chirurgie générale occupe le premier étage d'un édifice à trois (3) niveaux, divisés en deux (2) ailes (Est et Ouest), réuni par une passerelle. Le deuxième abrite le service de médecine générale et le service de l'urologie. Au rez-de-chaussée se trouve la cardiologie et les bureaux de consultation des médecins à l'aile Est.

Le service a une capacité de 33 lits, répartis comme suit :

- Deux salles de première catégorie ;
- Cinq salles de deuxième catégorie ;
- Sept salles de troisième catégorie ;

En plus deux (2) salles de gardes, une (1) salle de soins, un bureau pour le chirurgien généraliste maitre-assistant, un (1) bureau pour le chirurgien agrégé, un (1) bureau pour l'IBOBE qui le partage avec un chirurgien généraliste et un (1) bureau pour le surveillant du service.

Personnels

- Chef de service, maître de conférences de chirurgie générale à la FMOS,
- Un chirurgien généraliste maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS,
- Un chirurgien généraliste praticien hospitalier,
- Un chirurgien généraliste chargé de recherche, praticiens hospitaliers,
- Un infirmier du bloc opératoire diplômé d'État (IBODE), surveillant du service,
- Deux techniciens supérieurs de santé,

Le bloc opératoire est composé de deux blocs opératoire :

1 bloc pour les urgences chirurgicales compose de

- Trois (3) salles d'opération (salle I, II, III) dont deux pour les cas de chirurgie septiques et une pour les chirurgies aseptiques dont nous avons en partage avec les chirurgiens orthopédistes et traumatologues ;

- Une salle de réveil fonctionnelle ;
- Un hall de lavage des mains entre salle I et II ;
- Une salle de stérilisation et un vestiaire ;
- Un bureau pour le major ;
- Une salle de garde des infirmiers anesthésistes ;
- Deux (2) magasins.

Bloc Multifonctionnel à la pointe de technologie composé de

- 4 blocs opératoires pour les chirurgies programmées de toutes les différentes spécialités dont nous disposons d'un, chaque bloc des équipements de chirurgie de cœlioscopie ainsi d'un stérilisateur électriques dernière génération ainsi de tables d'anesthésie
- Deux halls de lavage des mains
- Un ascenseur qui le relie au service de réanimation et à une rente de sortie pour exporter le malade
- Une salle de réveil SSPI
- Un bureau pour le personnel SSPI
- Deux vestiaires accolés, un pour le personnel avec des casiers et l'autre pour les patients
- Une salle d'attente avec des chaises pour les porches

Les activités du service de chirurgie

Les activités du service de chirurgie général se résument en des :

- Consultations externes : du lundi au vendredi,
- Hospitalisations,
- Interventions chirurgicales programmées sont lundi et jeudi, des urgences chirurgicales sont prises en charge tous les jours.
- Visites : tous les jours
- Staffs tous les jours ouvrables

3.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude, mono centrique transversale descriptive à collecte rétrospective de Janvier 2014 à décembre 2024 soit au total une période de 10 ans. 2014 à 2024).

3.3. Population d'étude

Elle était constituée des patients pris en charge chirurgicalement pour maladie proctologique bénigne dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati.

Critère d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude :

- Les patients opérés pour maladie proctologique bénigne dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati durant la période d'étude.
- ous les patients ayant un dossier.

Critère de non inclusion

Nous n'avons pas inclus :

- Les dossiers incomplets ou non retrouvés.
- Les patients opérés pour maladies proctologiques en dehors du service.
- Patients opérés pour maladies proctologiques malignes.

3.4. Taille de l'échantillon

Nous avons fait un échantillonnage systématique de tous les patients et dossiers patients répondant aux critères d'inclusions

3.5. Variables

Les variables étudiées : l'âge, le sexe, l'ethnie, les antécédents, le diagnostic, le traitement, les complications pré et post-opératoires. Une analyse statistique descriptive a été faite pour évaluer la répartition de chaque variable déterminée.

3.6. Étapes de l'enquête

Élaboration de la fiche d'enquête

Les outils de collecte étaient :

Les dossiers des patients : ils étaient utilisés pour la collecte des informations sur le malade.

Une fiche d'entrevue des patients : elles étaient anonymes afin de rassurer les patients.

3.7. Analyse et saisie des données

Les données étaient enregistrées à l'aide du LOGICIEL Kobocollect et analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences software for Windows) et le traitement de texte et de graphiques se sont fait à l'aide du logiciel Word 2016.

3.8. Aspects éthiques

Le chef service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati a donné son accord pour la réalisation de l'étude. Les patients ont donné leur consentement pour la participation dans l'étude, cette participation était libre. La confidentialité et l'anonymat des données ont été assurés.

RESULTATS

4. RÉSULTATS

4.1. Fréquence hospitalière

Parmi les 115 patients recensés, 100 patients étaient éligibles et constituaient l'échantillon final. Durant la période de 2014 à 2024, le service de chirurgie générale du CHU Bocar Sidy Sall de Kati a effectué 10 750 consultations, soit 1 075 par an. Les pathologies proctologiques bénignes représentaient 1,06 % de l'ensemble des consultations. Parmi 2 108 interventions chirurgicales réalisées, elles représentaient 4,26 % des interventions.

Tableau II : Répartition des patients selon les différentes pathologies anales (N = 100)

Pathologie anale bénigne	**Effectif**	**Pourcentage**
Maladie hémorroïdaire	68	68 %
Abcès anal	14	14 %
Fistule anale	11	11 %
Fissure anale	06	6 %
Sténose anale	01	1 %
Total	**100**	**100 %**

La maladie hémorroïdaire était la principale pathologie, avec 68 % des cas.

4.2. Données sociodémographiques

4.2.1. Sexe

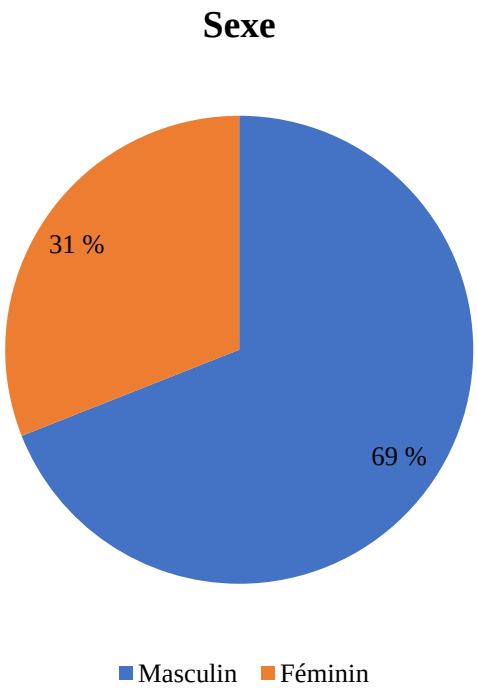

Figure 15 : Répartition des patients selon le sexe

Les hommes représentaient 69 % des patients, contre 31 % de femmes.

Sex ratio : 2,1

4.2.2. Âge

Tableau III : Répartition des patients selon les tranches d'âge (N = 100)

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15 à 25 ans	21	21 %
26 à 35 ans	19	19 %
36 à 60 ans	38	38 %
60 ans et plus	22	22 %
Total	**100**	**100 %**

La tranche d'âge de 36 à 60 ans était la plus représentée avec 38 %. L'âge moyen était de 42,85 ± 17,2 ans, avec des extrêmes de 15 et 82 ans.

4.2.3. Provenance

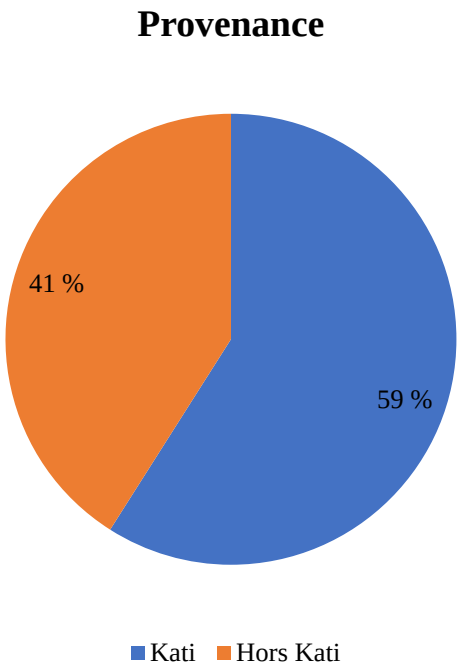

Figure 16 : Répartition des patients selon la provenance

Les patients provenant de Kati représentaient 59 %, contre 41 % provenant de localités situées hors de Kati.

4.2.4. Profession

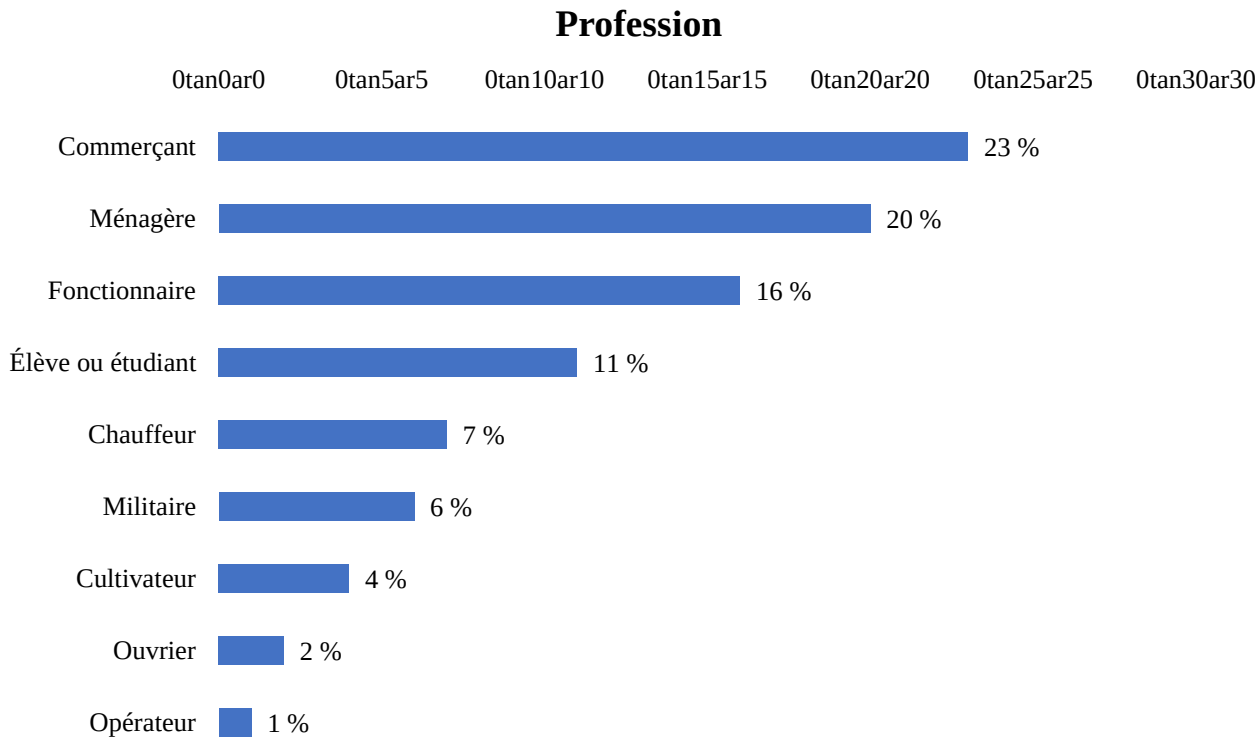

Figure 17 : Répartition des patients selon la profession

Les commerçants et les ménagères étaient les professions les plus représentées avec respectivement 23 % et 20 %, suivis des fonctionnaires avec 16 %.

4.2.5. Niveau d'instruction

Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'instruction (N = 100)

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruit	40	40 %
Primaire	20	20 %
Secondaire	17	17 %
Supérieur	23	23 %
Total	**100**	**100 %**

Les patients non instruits représentaient 40 % de l'échantillon.

4.2.6. Mode de recrutement

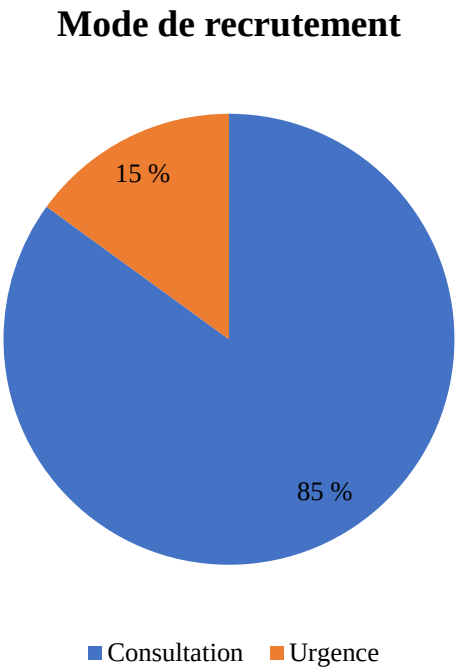

Figure 18 : Répartition des patients selon le mode de recrutement

La plupart des patients avaient été recrutés en consultation externe, soit 85 %, contre 15 % dans un contexte d'urgence.

4.3. Données cliniques

4.3.1. Mode d'admission

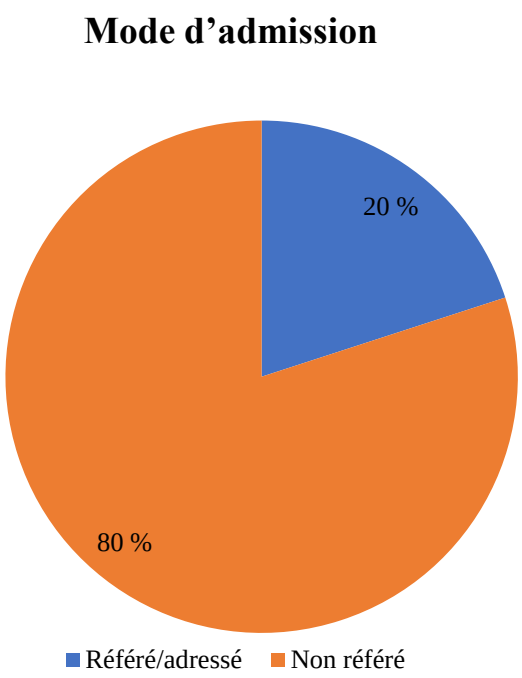

Figure 19 : Répartition des patients selon le mode d'admission

Les patients non référés représentaient 80 %, contre 20 % de patients référés ou adressés.

4.3.2. Durée d'évolution

Tableau V : Répartition des patients selon la durée d'évolution (N = 100)

Durée d'évolution	Effectif	Pourcentage
0 à 6 mois	52	52 %
7 à 12 mois	13	13 %
13 à 18 mois	07	7 %
19 à 24 mois	13	13 %
Plus de 24 mois	15	15 %
Total	**100**	**100 %**

La durée d'évolution était comprise entre 0 et 6 mois chez 52 % des patients. La durée moyenne d'évolution était de 20 ± 2 mois, avec des extrêmes de 1 à 120 mois et un écart-type de 7 mois.

4.3.3. Antécédents médicaux

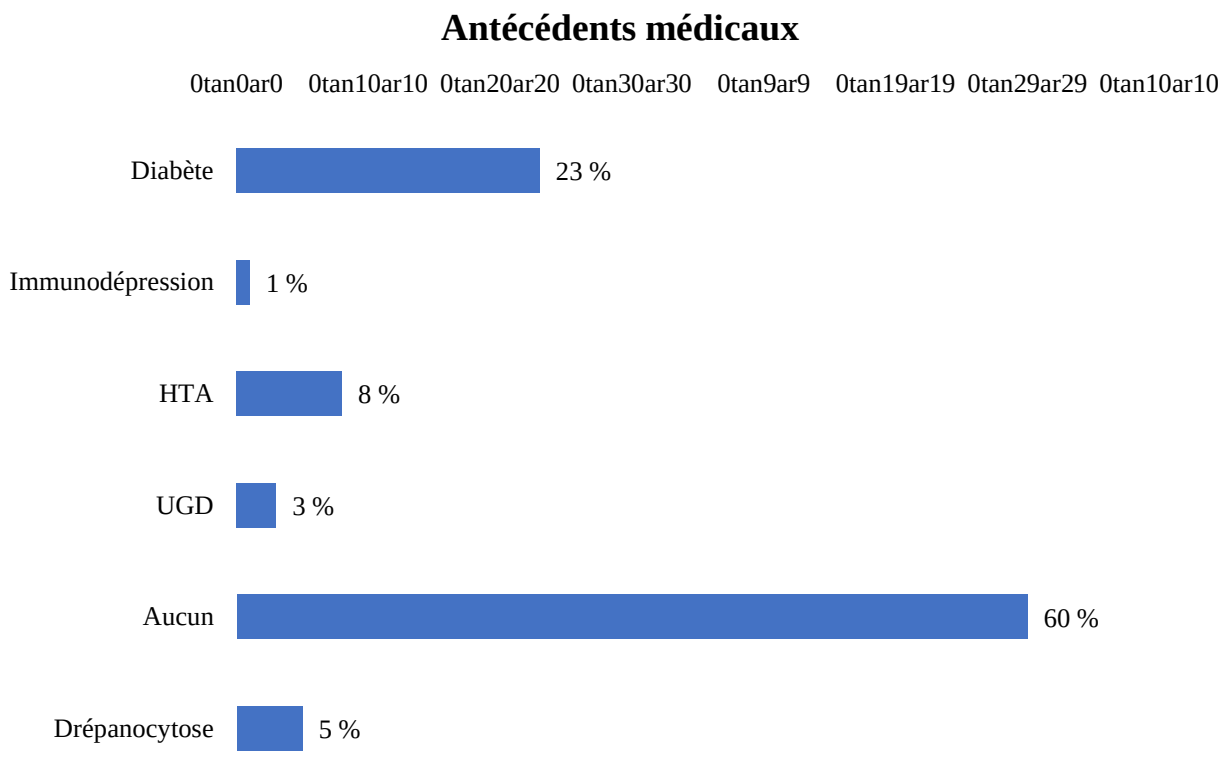

Figure 20 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Le diabète était l'antécédent médical le plus représenté, avec 23 % des cas.

4.3.4. Antécédents chirurgicaux

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux (N = 100)

Antécédent chirurgical	Effectif	Pourcentage
Aucun	62	62 %
Chirurgie proctologique	22	22 %
Autre chirurgie	16	16 %
Total	**100**	**100 %**

Un antécédent de chirurgie proctologique était rapporté chez 22 % des patients.

4.3.5. Antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents gynéco-obstétricaux (N = 100)

Antécédent gynéco-obstétrical	Effectif	Pourcentage
Multipare	23	23 %
Ménopause	04	4 %
Nullipare	03	3 %
Avortement	02	2 %
Non applicable	68	68 %
Total	**100**	**100 %**

La multiparité était l'antécédent gynéco-obstétrical le plus représenté, avec 23 %.

4.3.6. Habitudes alimentaires et facteurs de risque

Tableau VIII : Répartition des patients selon les habitudes alimentaires et les facteurs de risque (N = 100)

Habitude alimentaire ou facteur de risque	Effectif	Pourcentage
Constipation	79	79 %
Épices	36	36 %
Sédentarité	03	3 %
Diarrhée	04	4 %
Tabac	11	11 %
Alcool	08	8 %
Abus de laxatifs	03	3 %
Grossesse	05	5 %

La constipation et la consommation d'épices étaient les éléments les plus représentés, avec respectivement 79 % et 36 %.

4.3.7. Posture pendant l'exercice professionnel

Tableau IX : Répartition des patients selon la posture pendant l'exercice de la profession (N = 100)

Posture professionnelle	Effectif	Pourcentage
Assise	55	55 %
Mobile	31	31 %
Aucune	14	14 %
Total	**100**	**100 %**

La position assise était la posture la plus fréquente pendant le travail, avec 55 % des cas.

4.3.8. Traitement antérieur

Tableau X : Répartition des patients selon le traitement antérieur (N = 100)

Traitement antérieur	Effectif	Pourcentage
Médical	68	68 %
Traditionnel	20	20 %
Aucun	12	12 %
Total	**100**	**100 %**

La majorité des patients, soit 68 %, avaient reçu un traitement médical antérieur.

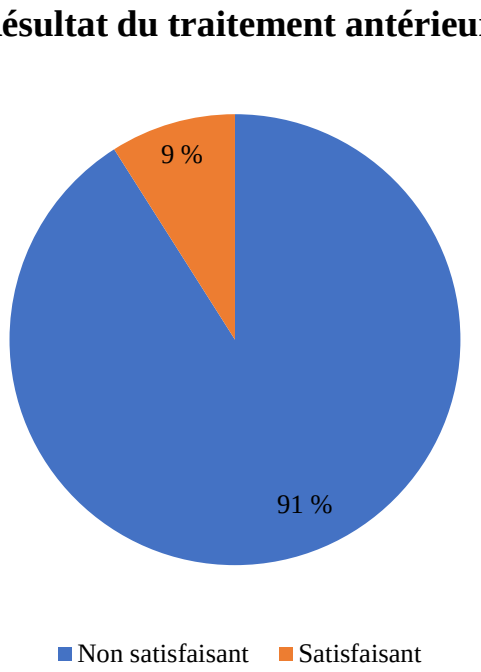

Figure 21 : Répartition des patients selon le résultat du traitement antérieur

Seulement 9 % des patients étaient satisfaits de leur traitement antérieur, contre 91 % de patients non satisfaits.

4.3.9. Motifs de consultation

Tableau XI : Répartition des patients selon le motif de consultation (N = 100)

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur anale	76	76 %
Prolapsus hémorroïdaire	19	19 %
Tuméfaction anale	06	06 %
Suintement/écoulement	17	17 %
Rectorragie	40	40 %
Tuméfaction péri-anale	10	10 %
Prurit anal	08	08 %
Sténose anale	01	01 %
Constipation	04	04 %

La douleur anale était le motif de consultation le plus fréquent, avec 76 % des cas.

4.3.10. Moment de la rectorragie

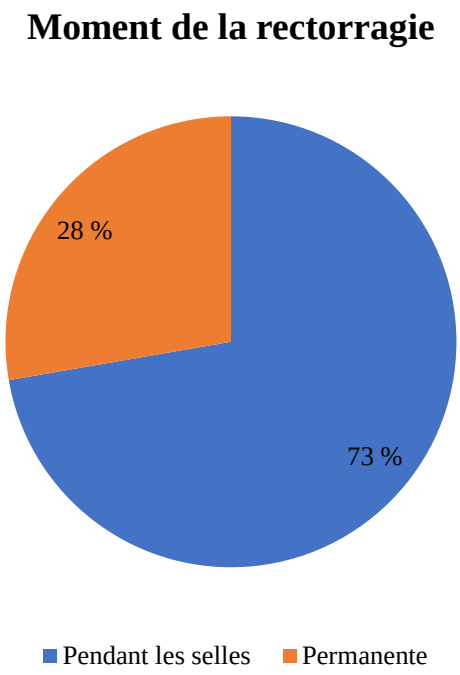

Figure 22 : Répartition des patients selon le moment de la rectorragie

La rectorragie survenait pendant les selles dans 73 % des cas et était permanente dans 28 % des cas.

4.3.11. Caractéristiques de la douleur

Tableau XII : Répartition des patients selon le type de douleur (n = 76)

Type de douleur	Effectif	Pourcentage
Pesanteur	32	42,10 %
Piqûre	11	14,47 %
Brûlure	22	28,94 %
Torsion	02	2,63 %
Broiement	01	1,31 %
Crampe	03	3,94 %
Total	**76**	**100 %**

Note : les effectifs détaillés totalisent 71, pour un total annoncé de 76.

La douleur était le plus souvent à type de pesanteur, avec 42,10 %.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le début de la douleur (n = 76)

Début de la douleur	Effectif	Pourcentage
Brutal	12	15,78 %
Progressif	64	84,21 %
Total	**76**	**100 %**

Le début de la douleur était progressif dans 84,21 % des cas.

4.3.12. Examen proctologique

Tableau XIV : Répartition des patients selon les signes de l'inspection de la marge anale (N = 100)

Signe à l'inspection	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction anale	26	27,65 %
Marisque hémorroïdaire	19	20,21 %
Prolapsus hémorroïdaire	19	20,21 %
Rectorragie	11	11,70 %
Thrombose hémorroïdaire	15	15,95 %
Fistule anale	15	15,95 %
Suintement anal	17	18,08 %
Normal	10	10,63 %
Cicatrice anale	13	13,82 %
Fissure anale	04	4,25 %

Une tuméfaction anale était observée à l'inspection chez 27,65 % des patients.

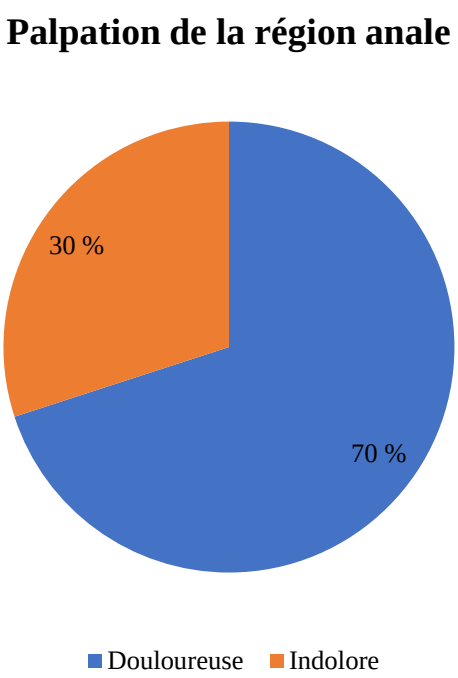

Figure 23 : Répartition des patients selon la douleur à la palpation de la région anale

La palpation de la région anale était douloureuse dans 70 % des cas et indolore dans 30 % des cas. Le sphincter était tonique lors du toucher anal chez tous les patients.

4.4. Données paracliniques

4.4.1. Examens complémentaires

Tableau XV : Répartition des patients selon la réalisation de l'imagerie (N = 100)

Examen réalisé	Effectif	Pourcentage
Anorectoscopie	36	36 %
Fistulographie	16	16 %
Coloscopie	03	03 %
Aucun	45	45 %
Total	**100**	**100 %**

L'anorectoscopie avait été réalisée chez 36 % des patients et la fistulographie chez 16 %.

4.4.2. Bilan biologique

Tous les patients avaient réalisé un bilan biologique. Des anomalies étaient retrouvées dans 20 % des cas ; 60 % de ces anomalies avaient été corrigées avant l'intervention chirurgicale.

4.4.3. Statut VIH

Tableau XVI : Répartition des patients selon le statut VIH (N = 100)

Statut VIH	Effectif	Pourcentage
Positif	09	09 %
Négatif	77	77 %
Non fait	08	08 %
Total	**100**	**100 %**

Note : les effectifs détaillés totalisent 94, pour un total annoncé de 100.

Une sérologie VIH positive était rapportée chez 9 % des patients.

4.5. Données diagnostiques

4.5.1. Diagnostic retenu

Tableau XVII : Répartition des patients selon le diagnostic retenu (N = 100)

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Maladie hémorroïdaire	68	68 %
Abcès anal	14	14 %
Fistule anale	11	11 %
Fissure anale	06	06 %
Sténose anale	01	01 %
Total	**100**	**100 %**

La maladie hémorroïdaire était le principal diagnostic retenu, avec 68 % des cas.

4.5.2. Classification des fistules anales

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la classification des fistules anales (n = 11)

Classification des fistules anales	Effectif	Pourcentage
Fistules inter sphinctériennes	07	63,64 %
Fistules transphinctériennes	03	27,27 %
Fistules extra sphinctériennes	01	14,28 %
Fistules supra sphinctériennes	00	9,09 %
Total	**11**	**100 %**

Note : les pourcentages sont reproduits tels qu'ils ont été fournis.

Les fistules intersphinctériennes étaient les plus représentées.

4.5.3. Classification de la maladie hémorroïdaire

Tableau XIX : Répartition des patients selon la classification de la maladie hémorroïdaire (n = 68)

Stade de la maladie hémorroïdaire	Effectif	Pourcentage
Stade I	03	4,41 %
Stade II	07	10,29 %
Stade III	22	32,35 %
Stade IV	36	52,94 %
Total	**68**	**100 %**

La majorité des maladies hémorroïdaires étaient classées au stade IV, avec 52,94 % des cas.

4.6. Données thérapeutiques

4.6.1. Traitement médical

Tableau XX : Répartition des patients selon le traitement médical avant et après chirurgie (N = 100)

Traitement médical	Effectif
Antalgique	90
Laxatif	40
Veinotonique	10
Antibiotiques	30

Les antalgiques étaient les plus prescrits, suivis des laxatifs, avec respectivement 90 % et 40 %.

4.6.2. Traitement chirurgical ou instrumental

Tableau XXI : Répartition des patients selon le traitement chirurgical ou instrumental (N = 100)

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Technique de Milligan et Morgan	58	64,44 %
Drainage chirurgical	14	15,56 %
Fissurectomie	06	6,67 %
Fistulectomie/Fistulotomie	11	12,22 %
Dilatation anale	01	1,11 %
Total		**100 %**

Note : les effectifs des techniques détaillées totalisent 90.

La technique de Milligan et Morgan était la plus utilisée, avec 64,44 %.

4.7. Aspect pronostique

4.7.1. Satisfaction après traitement chirurgical

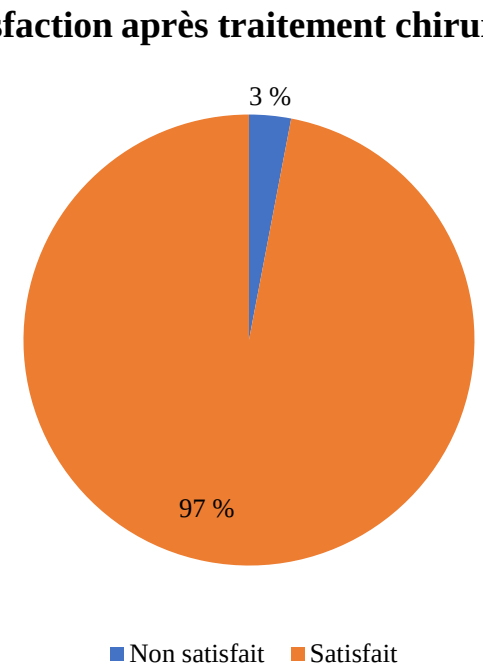

Figure 24 : Répartition des patients selon la satisfaction après le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical était jugé satisfaisant dans 97 % des cas et non satisfaisant dans 3 % des cas.

4.7.2. Complications postopératoires

Tableau XXII : Répartition des patients selon les types de complications postopératoires (N = 100)

Complication postopératoire	Effectif	Pourcentage
Aucune	88	88 %
Douleur anale	11	11 %
Retard de cicatrisation	01	01 %
Total	**100**	**100 %**

La douleur anale était la complication postopératoire la plus fréquente, avec 11 % des cas.

4.7.3. Complications selon la pathologie

Tableau XXIII : Répartition des complications postopératoires selon la pathologie

Pathologie	Complication	Aucune complication	Total
Maladie hémorroïdaire	4	64	68
Fissure anale	00	04	04
Fistule anale	01	12	13
Abcès anal	00	13	14
Sténose anale	00	01	01
Total	**05**	**95**	**100**

Note : les effectifs par pathologie sont présentés tels qu'ils ont été fournis.

Les complications rapportées concernaient principalement la maladie hémorroïdaire, avec 4 cas, et la fistule anale, avec 1 cas.

4.7.4. Complications selon le délai postopératoire

Tableau XXIV : Répartition des complications postopératoires selon le délai de survenue

Complication	≤ 2 jours	3–5 jours	> 5 jours
Oui	04	04	01
Non	96	96	99
Total	**100**	**100**	**100**

Une complication était rapportée chez 4 patients dans les deux premiers jours, chez 4 patients entre le troisième et le cinquième jour, et chez 1 patient au-delà du cinquième jour.

DISCUSSION

5. DISCUSSION

5.1. Méthodologie

Les 100 patients de notre étude ont été recensés à partir des dossiers médicaux, des registres de consultation, de compte-rendu opératoire.

Durant notre étude, nous avons été confrontés à certaines difficultés :

La taille peu élevée de l'échantillon.

Le faible revenu financier de certains patients.

La non disponibilité des dossiers.

La non disponibilité de certains examens complémentaires.

5.2. Fréquence

Durant la période d'étude du 01 Janvier 2014 à 31 Décembre 2024, le service a enregistré 1O750 consultations dont 115 cas pour pathologie anale bénigne diagnostiquées soit 1,06 %. 90 cas d'interventions chirurgicales anales ont été réalisées sur un total de 2108 interventions chirurgicales ; dont une fréquence de 4,26 %.

Tableau XXIV : Comparaison de la fréquence des consultations pour pathologies anales bénignes selon les auteurs

Auteurs	Fréquence des consultations	Test statistique
Diarra AA, Mali, 2023 (n = 98) [54]	13,20 %	0,0198
Ankouane F et al., Cameroun, 2015 [67]	3,2 %	0,1856
Notre série, 2026 (n = 100)	1,06 %	

Dans notre étude, la fréquence des consultations pour les pathologies anales bénignes était de 1,06 %, sans différence statistiquement significative (p = 0,1843). En revanche, elle demeure inférieure à celle observée par Ankouane et al. au Cameroun (3,2 %). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude camerounaise a été réalisée dans une consultation spécialisée de proctologie, recevant davantage de patients référés pour des affections anorectales, alors que notre étude a été menée dans un service de chirurgie générale où les consultations concernent l'ensemble des pathologies chirurgicales [54,67].

5.3. Caractéristiques sociodémographiques

5.3.1. Sexe

Tableau XXV : Comparaison de la répartition des patients selon le sexe

Auteurs	Homme	Femme	Sex-ratio
Diarra AA, Bamako, 2023 (n = 98) [54]	60,2 % (p = 0,1217)	39,8 % (p = 0,1217)	1,5
A. Jbara, Maroc, 2019 (n = 1158) [57]	78,1 % (p = 0,0576)	21,9 % (p = 0,0576)	3,6
Mahassadi KA et al., Côte d'Ivoire, 2012 (n = 136) [56]	72,1 % (p = 0,2710)	27,9 % (p = 0,2710)	2,6
Notre série, Kati, 2026 (n = 100)	68 %	32 %	2,1

Notre sex-ratio était de 2,14, supérieur à celui de Diarra AA et inférieur à ceux de Mahassadi KA et d'A. Jbara, dont les sex-ratios étaient respectivement de 1,5, 2,6 et 3,6 [54, 56,57]. Dans ces études, les hommes étaient plus représentés que les femmes.

La prédominance masculine observée dans notre série ne permet pas, à elle seule, d'en attribuer la cause.

Les études de Dembélé Y et de Poudiougo AM, réalisées en contexte gynéco-obstétrical, ont rapporté des fréquences de pathologies anales de 31,25 % et de 45,5 % pendant la grossesse et le post-partum [58,59].

5.3.2. Âge

Tableau XXVI : Comparaison de l'âge moyen des patients selon les auteurs

Auteur – ville – année	Effectif	Âge moyen (ans)
Traore T, Bamako, 2021 [55]	216	32,1
Mahassadi KA et al. Abidjan, 2012 [56]	126	41,5
Diarra AA, Bamako, 2023 [54]	98	40
Notre étude, Bamako, 2024	100	42,85

La tranche d'âge de 36 à 60 ans était la plus représentée avec 38,29 % et une moyenne de 42,85 ans ; un minimum de 16 ans et un maximum de 77 ans.

Ce taux est comparable à celui de Diarra AA, qui avait trouvé 37,8 % dans la même tranche d'âge [54].

Les études comparées montrent une importante représentation des adultes jeunes [54–56]. Dans notre contexte, les différences observées doivent être interprétées avec prudence, notamment au regard des caractéristiques de recrutement et du recours aux soins.

Dans les études comparées, les adultes jeunes étaient davantage représentés [54–56].

5.3.3. Profession

Les commerçants étaient les plus représentés avec 23,5 % suivis des ménagères (20,6 %) et des élèves et Étudiants.

Dans notre série, les activités en position assise étaient fréquemment rapportées.

Le caractère descriptif de l'étude ne permet pas d'en déduire un lien causal avec la survenue des pathologies anales.

Nous avons également constaté que 52,12 % de nos patients avaient la position assise comme position de travail.

5.4. Antécédents et facteurs rapportés

5.4.1. Antécédents

Le diabète était l'antécédent médical le plus représenté (23 %). Cette proportion était inférieure à celles rapportées par Traoré T et A. Jbara (56,25 % et 55,17 %, respectivement) [55,57].

Ces résultats descriptifs ne permettent pas d'établir que le diabète est un facteur causal de survenue des pathologies anales.

La multiparité était l'antécédent gynéco-obstétrical le plus représenté (23 %). Dembélé Y rapportait également davantage de multipares que de primipares (137/23) [58]. Ces résultats ne permettent pas, à eux seuls, d'établir un lien causal.

5.4.2. Habitudes alimentaires et facteurs de risque

La constipation et la consommation des épices étaient les facteurs de risque les plus représentés avec 79 % et 36 % respectivement.

Ce résultat est comparable à ceux de Diarra AA et de Dembélé S, qui avaient rapporté 66,32 % et 51 % de constipation [54,64]. A. Jbara avait rapporté 34,54 % de tabagisme [57]. Ces écarts peuvent refléter des différences de recrutement et d'habitudes de vie. La constipation est fréquemment rapportée parmi les facteurs associés aux symptômes hémorroïdaires [1].

5.4.3. Traitement antérieur

Soixante-huit pour cent de nos patients avaient eu recours en premier à l'automédication, 20 % à un traitement traditionnel, avec 91 % de non-satisfaction. Cette observation doit être interprétée dans le contexte de notre série ; des études hospitalières au Sénégal et au Cameroun ont également décrit une charge importante de pathologies anales [63,67].

5.5. Données cliniques

5.5.1. Motifs de consultation

Tableau XXVII : Comparaison des principaux motifs de consultation selon les auteurs

Motifs de consultation	Mahassadi KA et al. Abidjan, 2012 [56]	Traore T Bamako, 2021 [55]	Notre série Kati, 2026
Douleur anale	70 (51,5 %) (p = 0,00021)	74 (34,3 %) (p = 0,0000)	72 (76 %)
Tuméfactions	21 (15,4 %) (p = 0,42)	22 (10,2 %) (p = 0,1082)	16 (16 %)
Rectorragie	86 (63,2 %) (p = 0,0015)	29 (13,4 %) (p = 0,0000)	40 (42,5 %)
Suintements	10 (7,4 %) (p = 0,0076)	18 (8,3 %) (p = 0,0190)	17 (18,08 %)

La douleur était le motif de consultation la plus fréquente avec 76 %.

La fréquence observée dans notre étude est comparable à celle de Diarra AA (66,33 %) et supérieure à celles de Traoré T et de Mahassadi KA et al. (34,3 % et 51,5 %). Dia D et al. ainsi que Mahassadi KA et al avaient, quant à eux, observé une prédominance de la rectorragie (57,6 % et 63,2 %) [54–56,63].

Ces écarts de fréquence doivent être interprétés avec prudence, compte tenu des différences de recrutement et de méthodologie entre les études [54–56,63].

Dans notre série, la douleur et la rectorragie étaient les principaux motifs de consultation ; leur fréquence varie selon les études comparées [54–56,63].

5.5.2. Caractéristiques de la douleur

Tableau XXVIII : Comparaison des caractéristiques de la douleur selon les auteurs

Caractéristiques	Diarra AA Bamako, 2023 [54]	Camara LS Bamako, 2013 [65]	Notre série Kati, 2026
Douleur anale	65 (66,3 %) (p = 0,0616)	51 (69,9 %) (p = 0,1726)	72 (76 %)
Début progressif	45 (69,2 %) (p = 0,0065)	34 (66,7 %) (p = 0,0027)	64 (84,21 %)
Défécation	51 (78,5 %) (p = 0,0745)	25 (49 %) (p = 0,0013)	53 (69,73 %)
Antalgique/AINS	50 (76,9 %) (p = 0,0002)	21 (41,2 %) (p = 0,0000)	90 (95,74 %)

Dans notre étude la douleur anale était présente dans 76 % avec un mode de début Progressive à 84,21 %, déclenchée pendant la défécation (69,73 %) et comme facteurs calmants, la prise d'antalgique ou AINS (95,74 %).

La fréquence de la douleur est similaire à celles de Diarra AA et de Camara LS. En revanche, les modes de début ainsi que les facteurs déclenchants et calmants diffèrent entre les séries [54,65].

La douleur à type de pesanteur était dominante dans notre étude (47,1 %), alors que la brûlure anale était dominante dans les séries de Diarra AA, Camara LS et Dembélé S (57 %, 47,1 % et 59 %, respectivement) [54, 64,65]. Ces différences doivent être interprétées avec prudence.

5.6. Examens complémentaires

Anorectoscopies : elle avait été réalisée chez 36 % de nos patients.

Ce faible taux peut notamment s'expliquer par la douleur lors de l'examen ; cette interprétation doit rester prudente.

L'examen proctologique reste central dans la démarche diagnostique [1,66].

Les examens complémentaires sont demandés selon le contexte clinique et le bilan lésionnel [1,66].

Biologie : 81,91 % de nos patients avaient réalisés la sérologie HIV et seulement 9 % était séro- positif.

5.7. Diagnostics

Tableau XXIX : Comparaison des principales pathologies proctologiques selon les auteurs

Pathologies	Traore T Bamako, 2021 [55]	Ankouane F et al. Yaoundé, 2015 [67]	Mahassadi KA et al. Yopougon, 2012 [56]	Notre série Kati, 2026
Maladie hémorroïdaire	151 (69,9 %) (p = 0,3813)	580 (70,7 %) (p = 0,3245)	86 (63,2 %) (p = 0,2310)	68 (68 %)
Abcès anal	28 (13,0 %) (p = 0,3357)	54 (6,6 %) (p = 0,0570)	7 (5,2 %) (p = 0,0163)	14 (14 %)
Fissure anale	26 (12,0 %) (p = 0,0743)	165 (20,1 %) (p = 0,0016)	23 (19 %) (p = 0,0028)	06 (6 %)
Fistule anale	11 (5,1 %) (p = 0,0641)	68 (8,3 %) (p = 0,2414)	66 (4,4 %) (p = 0,0333)	11 (11 %)

La maladie hémorroïdaire était le diagnostic prédominant avec 68 %.

Cette prédominance de la maladie hémorroïdaire est également rapportée dans plusieurs études: Traoré T (69,9 %), Diarra AA (63,26 %), Ankouane F et al. (70,7 %) et Mahassadi KA et al. (63,2 %) [54–56,67].

Dans notre étude, le stade IV de la maladie hémorroïdaire était le plus représenté (63,23 %), valeur comparable à celle rapportée par Traoré T (64,67 %) [55].

L'abcès anal était la deuxième pathologie la plus fréquente dans notre série (14 %), comme chez Traoré T (13,0 %). En revanche, Diarra AA, Ankouane F et al. et Mahassadi KA et al. avaient rapporté la fissure anale comme deuxième pathologie la plus fréquente [54–56,67].

5.8. Traitement chirurgical

La technique de Milligan et Morgan était la technique chirurgicale la plus utilisée pour la maladie hémorroïdaire (64,44 %). Traoré T avait également rapporté cette prédominance, avec une fréquence de 56,01 % [55].

Malgré le développement de l'hémorroïdopexie selon Longo, l'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan, décrite à Saint Mark's Hospital à Londres en 1937, reste une technique de référence [68]. Elle est notamment indiquée dans les hémorroïdes internes prolapsées de grade IV et lorsque des lésions associées nécessitent un traitement chirurgical [62,66].

5.9. Complications postopératoires

La douleur anale était la complication postopératoire la plus fréquente (11 %) ; Traoré T avait rapporté 2,8 % [55]

Trois cas de sténoses post opératoire traité par dilatation anale.

5.10. Mortalité :

Dans notre étude la mortalité était nulle.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les pathologies anales communément appelées les pathologies proctologiques bénignes sont des affections fréquentes dans notre population mais le plus souvent négligées ou honteuses pour des raisons socioculturelles et déclarées tardivement parfois en phase de complications.

Les pathologies anales bénignes sont fréquentes, avec une prédominance masculine. La maladie hémorroïdaire, appelée en bambara « kôkô » ou « kôbô », en constitue la forme la plus fréquente. La constipation représente le principal facteur de risque. Un examen proctologique soigneux permet d'en établir le diagnostic, tandis que la prise en charge, médicale ou chirurgicale selon le stade évolutif, doit toujours être associée à des mesures hygiéno-diététiques.

La technique de Milligan Morgan est la technique chirurgicale la plus utilisée en faveur de la maladie hémorroïdaire.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires

- Doter le service d'un plateau technique adapté à la proctologie ; (endoscopie et matériel spécialisé).
- Mettre en place un système d'archivage médical numérique sécurisé.
- Créer un registre hospitalier des pathologies proctologiques

Aux personnels sanitaires

- Organiser les campagnes de sensibilisation sur les affections proctologiques par les moyens d'IEC et de CCC
- Rechercher systématiquement les pathologies anales lors des consultations.
- Abandon de la prescription abusive des médicaments devant des indications chirurgicales proctologique
- Former les personnels

A la population

- Consulter le plus tôt que possible dans les structures sanitaires les plus proches devant tous cas de pathologie anale.
- Abandon des considérations socioculturelles des pathologies anales comme des maladies honteuses
- Respect des règles hygiéno-diététiques avec une alimentation équilibré et riches en fibres alimentaires.
- Respecter les rendez-vous de suivi après le traitement

REFERENCES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Spindler L, de Parades V. Tout-en-un de proctologie. Paris: Elsevier Masson; 2024.
2. Foxx-Orenstein AE, Umar SB, Crowell MD. Common anorectal disorders. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2014; 10(5):294-301.
3. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol. 2012; 18(17):2009-2017. doi:10.3748/wjg.v18.i17.2009.
4. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and treatment options. Am Fam Physician. 2011;84(2):204-210.
5. Sun Z, Migaly J. Review of hemorrhoid disease: Presentation and management. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29(1):22-29. doi:10.1055/s-0035-1568144.
6. Riss S, Weiser FA, Schwameis K, et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. Int J Colorectal Dis. 2012;27(2):215-220. doi:10.1007/s00384-011-1316-3.
7. Klotz F. Pathologies rectosigmoïdiennes au Gabon. Afr Med Santé. 1988;23:7-10.
8. Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi GS, Boua N, Camego-Police SM, et al. La pathologie anorectale à Bangui, République centrafricaine. Mali Med. 2004;19(2):12-14.
9. Katilé D, Dicko MY, Kondé A, Mallé O, Sangaré D, Sanogo SD, et al. La pathologie anorectale à Kayes au Mali. Health Sci Dis. 2019;20(2). doi:10.5281/hsd.v20i2.1306.
10. Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology. 2004;126(5):1463-1473. doi:10.1053/j.gastro.2004.03.008.
11. Steele SR, Hull TL, Read TE, Saclarides TJ, Senagore AJ, Whitlow CB, editors. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. 3rd ed. Cham: Springer; 2016. doi:10.1007/978-3-319-25970-3.
12. Chemsi O. Le profil épidémiologique des affections proctologiques… [thèse]. Rabat; 2007. 154 p.
13. Ousadden A, Taleb KA, et al. Anatomie chirurgicale du canal anal. Maroc Médical. 2006;28(1):17-24.
14. Lehur PA. Anatomie fonctionnelle du canal anal et du périnée postérieur. Act Med Int Gastroenterol. 1998;12(3):71-75.
15. Diarra M, Konaté A, Souckho A, et al. La maladie hémorroïdaire interne au Centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré de Bamako. Mali Med. 2015;30(3):38-41.

16. Diarra M. Maladie hémorroïdaire. EPU, CHU Gabriel Touré ; 2016. 104 p.
17. Ollende C. Examen proctologique chez la parturiente dans les premières 24 heures du post-partum [thèse]. Rabat; 2010. 105 p.
18. Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part II. Am Fam Physician. 2001;64(1):77-88.
19. Suduca JM, Staumont G, Suduca P. Hémorroïdes. Encycl Med Chir. 2001.
20. MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. Br J Obstet Gynaecol. 1991; 98:1193-1195.
21. Jiang Z, Weisong T, Jinduo C. Double-blind randomized clinical trial evaluating the efficacy and safety of rectum mucosa protector in acute hemorrhoids. Chin J Surg. 2001 ;39 :53-55.
22. Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids. J Visc Surg. 2016;153(3):213-218.
23. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications. Am J Gastroenterol. 2006;101(1):181-188.
24. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martínez-Zapata MJ, et al. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. Br J Surg. 2006;93(8):909-920.
25. Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M. Phlebotonics for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(8).
26. Coulom P. Non-surgical therapy of hemorrhoids. Gastroenterol Clin Biol. 2009;33(10-11 Suppl):F20-F26.
27. Chiloiro M, Darconza G, Piccioli E, et al. Gastric emptying and orocecal transit time in pregnancy. J Gastroenterol. 2001;36(8):538-543.
28. Poon GP, Chu KW, Lau WY, et al. Conventional versus triple rubber band ligation for hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 1986;29:836-838.
29. Ho YH, Tan M, Seow-Choen F. Micronized purified flavonoid fraction compared with rubber band ligation and fiber alone. Dis Colon Rectum. 2000;43:66-69.
30. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids. Am J Gastroenterol. 1992;87:1600-1606.
31. Gupta PJ. Infrared coagulation versus rubber band ligation in early-stage hemorrhoids. Braz J Med Biol Res. 2003;36:1433-1439.
32. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. Dis Colon Rectum. 1995;38:687-694.

33. Randall GM, Jensen DM, Machicado GA, et al. Prospective randomized comparative study of bipolar versus direct current electrocoagulation for treatment of bleeding internal hemorrhoids. Gastrointestinal Endosc. 1994;40:403-410.
34. Dennison A, Whiston RJ, Rooney S, et al. A randomized comparison of infrared photocoagulation with bipolar diathermy for the outpatient treatment of hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 1990;33:32-34.
35. Jutabha R, Jensen DM, Chavalitdhamrong D. Randomized prospective study of endoscopic rubber band ligation compared with bipolar coagulation for chronic bleeding internal hemorrhoids. Am J Gastroenterol. 2009;104:2057-2064.
36. Geyer M, Bimmler D. Lorsque la défécation est douloureuse : les fissures anales en pratique. Forum Med Suisse. 2013;13(38):752-755.
37. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum. 2002 ;45 :650-655.
38. Martin JD. Post-partum anal fissures. Lancet. 1953;271:3-5.
39. Godeberge P. La fissure anale. EMC Gastroentérologie. Elsevier; 2015.
40. Charlotte FW. La fissure anale. Société Nationale Française de Colo-Proctologie ; 2014.
41. Philippe G, Pierre C. Fissures anales : du diagnostic au traitement. Post'U. 2015.
42. Gagliardi G, Pascariello A, Altomare DF, et al. Tech Coloproctol. 2010; 14:241-248.
43. Steele SR, Madoff RD. Systematic review: the treatment of anal fissure. Aliment Pharmacol Ther. 2006;24:247-257.
44. Littlejohn DR, Newstead GL. Tailored lateral sphincterotomy for anal fissure. Dis Colon Rectum. 1997; 40:1439-1442.
45. Oh C, Divino CM, Steinhagen RM. Anal fissure: 20-year experience. Dis Colon Rectum. 1995;38:378-382.
46. Leong AF, Seow-Choen F. Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure. Dis Colon Rectum. 1995;38:69-71.
47. Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, et al. Colorectal Dis. 2013;15:359-366.
48. Bekkar S. Qui sont les spécialistes de la fistule anale?. 2022. 15:359-366.
49. Pillant-Le Moult H. Infections sexuellement transmissibles, condylomes anaux. SNFCP; 2018.
50. Peghini M, Rajaonarison P, Pecarrere JL, et al. Indications et résultats de l'endoscopie gastro-intestinale inférieure dans un centre hospitalier régional au Sénégal. Med Afr Noire. 1997;44(10):522-525.

51. Thibaud K, Bichard P, Lepilliez V, et al. Epidémiologie, prise en charge et suivi des polypes colorectaux. Rev Med Suisse. 2016;12:982-988.
52. Misse PM, Wona J, Abessouguie I, Malonga E. Polypose rectocolique juvénile: à propos d'un cas Med Afr Noire. 1993;40(6):421-424.
53. Asma E. Les aspects anatomopathologiques des polypes colorectaux [thèse]. Marrakech ; 2019.
54. Diarra AA. Prise en charge des pathologies anales au centre de santé de référence de la commune V de Bamako [thèse]. Bamako : FMOS/USTTB ; 2023.
55. Traoré T. Étude des pathologies anales bénignes dans le service de chirurgie du CSRéf de la commune I de Bamako du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019 [thèse]. Bamako : FMOS/USTTB ; 2021. 95 p.
56. Mahassadi KA, Soro KG, Kouakou B, Anzoua KI, Bangoura DA. Les affections colo-proctologiques et leurs déterminants au CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire). Rev Int Sci Méd. 2012;14(1):73-77.
57. Jbara A. Expérience du service de chirurgie générale de l'Hôpital militaire Avicenne en chirurgie proctologique sur six ans (2013-2018) [thèse]. Marrakech : Faculté de médecine et de pharmacie ; 2019.
58. Dembélé Y. Pathologies anales au cours de la grossesse et du post-partum au centre de santé de référence de la commune I de Bamako [thèse]. Bamako : FMOS/USTTB; 2022. 97 p.
59. Poudiougo AM. Pathologies anales au cours de la grossesse et du post-partum au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako [thèse]. Bamako : FMOS/USTTB; 2020.
60. Perera AP, Howell AM, Sodergren MH, et al. A pilot randomised controlled trial evaluating postoperative packing of the perianal abscess. Langenbecks Arch Surg. 2015; 400:267-271. doi:10.1007/s00423-014-1231-5.
61. Fellous K. La maladie hémorroïdaire. Actual Angiol. 1997;220:1991-1993.
62. Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). Dis Colon Rectum. 2011;54(9):1059-1064. doi:10.1097/DCR.0b013e318225513d.
63. Dia D, Mbengue M, Bassene ML, et al. La pathologie anale à Dakar : analyse de 2061 examens proctologiques. Med Afr Noire. 2010;57(5):241-244.

64. Dembélé S, et al. La proctalgie : profil épidémiologique, clinique et thérapeutique dans le service d'hépato-gastro-entérologie du CHU Gabriel Touré [thèse]. Bamako: FMOS/USTTB; 2021.

65. Camara LS. Étude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune I [thèse]. Bamako: FMOS/USTTB; 2013. 95 p.

66. Lemarchand N, Fellous K. Pathologie anale : hémorroïdes, fissure anale et suppurations. EMC. 2007. doi:10.1016/S1959-5182(07)73295-6.

67. Ankouane F, Kowo M, Biwolé Sida M, Tzeuton C, Ndjitoyap Ndam EC. Anus diseases in proctology consultation in the Yaounde University Teaching Hospital (Cameroon): male predominance, taboo and neglected diseases. Austin J Gastroenterol. 2015;2(5):1051.

68. Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet. 1937;230(5959):1119-1124. Doi:10.1016/S0140-6736(00)88465-2.

ABSTRACT

FICHE SIGNALETIQUE

Nom et prénom(s) de l'étudiant : Madou Diarra

Titre de la thèse : ASPECTS ÉPIDÉMIO-CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES PATHOLOGIES PROCTOLOGIQUES BÉNIGNES AU SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Pr BOCAR SIDY SALL DE KATI

Année de soutenance : 2026

Pays d'origine : Mali

Ville et lieu de soutenance : Bamako, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, USTTB, Bamako

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale et proctologie

RÉSUMÉ

Introduction : Les pathologies proctologiques bénignes sont fréquentes, peuvent altérer la qualité de vie et restent peu documentées au Mali. L'objectif était de décrire leurs aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire Bocar Sidy Sall de Kati.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude mono centrique transversale descriptive à collecte rétrospective, menée du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2024. Les données provenaient des dossiers médicaux, des registres de consultation et des comptes rendus opératoires. L'analyse descriptive a été réalisée avec SPSS 20.0.

Résultats : Parmi 10 750 consultations, 115 cas ont été recensés et 100 patients étaient éligibles, soit une fréquence de 1,06 %. Quatre-vingt-dix interventions proctologiques ont été réalisées parmi 2 108 interventions chirurgicales, soit 4,26 %. Une prédominance masculine était observée. L'âge moyen était de 42,85 ± 17,2 ans, avec des extrêmes de 15 et 82 ans. La maladie hémorroïdaire représentait 68 % des cas, suivie de l'abcès anal (14 %), de la fistule anale (11 %), de la fissure anale (6 %) et de la sténose anale (1 %). La douleur anale était le principal motif de consultation (76 %) et la constipation le facteur le plus fréquemment rapporté (79 %). La technique de Milligan et Morgan était la plus utilisée (64,44 %). La douleur postopératoire concernait 11 % des patients et le retard de cicatrisation 1 %. Conclusion : La maladie hémorroïdaire prédominait. Une consultation, un examen complet et une prise en charge adaptée au diagnostic et au stade sont essentiels.

Mots-clés : Pathologies proctologiques bénignes ; maladie hémorroïdaire ; abcès anal ; fistule anale ; chirurgie générale ; Kati ; Mali.

ABSTRACT

Introduction: Benign proctological disorders are common and may impair quality of life. However, they remain poorly documented in Mali. This study aimed to describe their epidemiological, clinical, therapeutic, and outcome characteristics in the General Surgery Department of Bocar Sidy Sall University Hospital in Kati.

Patients and methods: This was a single-center, descriptive cross-sectional study with retrospective data collection, conducted from January 1, 2014, to December 31, 2024. Data were obtained from medical records, consultation registers, and operative reports. Descriptive analysis was performed using SPSS version 20.0.

Results: Among 10,750 consultations, 115 cases of benign proctological disorders were identified and 100 patients were eligible, corresponding to a hospital frequency of 1.06%. Ninety proctological procedures were performed among 2,108 surgical operations, representing 4.26%. Male predominance was observed. The mean age was 42.85 ± 17.2 years, with a range of 15 to 82 years. Hemorrhoidal disease accounted for 68% of cases, followed by anal abscess (14%), anal fistula (11%), anal fissure (6%), and anal stenosis (1%). Anal pain was the main reason for consultation (76%), while constipation was the most frequently reported factor (79%). The Milligan-Morgan technique was the most commonly used surgical procedure (64.44%). Postoperative anal pain occurred in 11% of patients, and delayed wound healing in 1%.

Conclusion: Hemorrhoidal disease was the predominant condition. Early consultation, a complete proctological examination, and management tailored to the diagnosis and stage of disease are essential. These findings support organization of proctological care and patient follow-up in Mali.

Keywords: Benign proctological disorders; hemorrhoidal disease; anal abscess; anal fistula; general surgery; Kati; Mali.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête :

1. **No Fiche d'enquête** : ……. /__//__//__//__/
2. **No Dossier du malade** ……. /__//__/ /__//__/
3. **Date de consultation** : ……. /__//__//__//__//__//__/
4. **Nom et Prénom** : ……
5. **Sexe** : …… /__/

1= masculin 2= féminin

6. **Age en Année**……/__//__//__/
7. **Adresse habituelle** : …….
8. **Contact à Kati**…….

Quartier……

9. **Provenance** : ……. /__/

1=Kati 2= Hors Kati

Ethnie:...../__/

1= Bambara 2=Malinké 3= Senoufo 4= Sarakolé 5= Peulh 6= Minianka 7= Bobo 8= Touareg 9= Sonrhaï 11= Dogon 10= indéterminée

10a= Si autre (préciser)

10. **Nationalité :** ……/__/

1= malienne 2= non malienne 11a= Si autre (préciser)

11. **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 (préciser).....

12. **La position du travail** : ……/__/

1= Débout 2= assise 3= Mobile 10=indéterminée

13a = si autre (préciser).....

13. **Mode de recrutement**……/__/

1= consultation 2= urgence 10=indéterminé

14. **Adressé par** : ……/__/

1= médecin 2=Infirmier 3=venu de lui-même 15a= Si autre (préciser)……

15. **Date d'entrée** : ……/__//__//__//__//__//__

16. Motif de consultation : ……/__/

1= Tuméfaction anale 2= douleur anale 3= Prurit anal 4=Rectorragie 5= Suintement 10= Indéterminé 17a= Si autre (préciser)…….

17. Durée d'évolution de la maladie en mois : ……. /__//__//__/

18. Moment de douleur : ……/__/

1=Avant les selles 2=pendant les selles 3= après les selles 4= Permanente 10= indéterminé 19a= Si autre (préciser)…….

19. Type de la douleur : ……/__/

1= Brûlure 2= piqûre 3= Torsion 4= pesanteur 5= Indolore 10= Indéterminé

20a= Si autre (préciser)

20. Début de douleur : ……/__/

1=Brutal 2=progressif 3= aucun 10=indéterminé

21a=Si autre (préciser)…….

21. Facteurs aggravants : ……...../__/

1=Position assise 2= défécation 3=marche 10= indéterminés 22a= Si autre (préciser)…….

22. Facteur améliorant ……...../__/

1= Décubitus dorsal 2=assise 3= débout 10=indéterminé

23. Signes associés ……...../__/

1= Rectorragie 2=Prurit 3= Sécrétion muqueuse 4=Ténesme 5=constipation 6= diarrhée 7=Troubles génitaux

24a= Si autre (préciser).....

24. Antécédents (médicaux, chirurgicaux) : ………/__/

1=Opéré 2=Non opéré 3= Tuberculose 4= Bilharziose 5=HTA 6=UGD 7= Diabète 8= asthme 11=Drépanocytose 12= Abcès anale 10= Indéterminés

25a= Si autre (préciser)…….

25. Antécédents gynéco-obstétricaux : ...../__/

1= multipare 2=nullipare 3= avortement 5=ménopause

26. Traitement antérieur : …… /__/

1=médical 2=chirurgical 3= tradithérapeute 4=1+3 5=aucun 10=Indéterminé

27a= Si autre (préciser)……

27. Par qui ……/__/

1=médecin 2= chirurgien 3= tradithérapeute 4= 1+3 5= aucun

28a=Si autre (préciser)…….

28. Durée du traitement/jour : ……/__/

1=1à 5j 2=5 à 10j 3=10 à 20j 4= aucun

29a=Si autre (préciser)…….

29. Suite du traitement : ……/__/

1=Satisfaisant 2=Non satisfaisant

30. Habitude alimentaire et facteurs de risque :

……/__/ 1=Constipation 2=Diarrhée

3=Abus de laxatifs 4=Sédentarité 5=Épices 6=Tabac 7=fibres (légumes) :

8=Alcool

31. Inspection de la marge anale……/__/

1=normale 2=rectorragie 3= prolapsus hémorroïdaire 4=Thrombose hémorroïdaire

5=marisque 6=suintement 7=fissure anale 8= fistule anale 9=anite 10= cicatrice 11=

Bourrelet hémorroïdaire

32a=Si autre (préciser)…….

32. Palpation de la région anale : ……/__/

1=douloureuse 2=Indolore 3=consistance dure 4=consistance ferme

33a=Si autre (préciser)…….

33. Toucher rectal : ……. /__/

1=douloureuse 2=Indolore 3= Tonique 4=atonique 33a=Si autre

(préciser)……

34. Classification

35a-Classification de la maladie hémorroïdaire :

……. /__/

1=Stade 1 2=Stade 2 3=stade 3 4=stade 4 10=indéterminée

35b-Classification des fissures anales : ……. /__/

1=Fissure jeune 2=Fissure chronique

35c-Classification des fistules anales : ……. /__/

1=Les fistules inter sphinctériennes 2=Les fistules transphinctériennes 3=Fistules inter sphinctériennes 4=Les fistules supra sphinctériennes 6=Les fistules extra sphinctériennes 7

35d-Classification des incontinences anales :

……. /__/ 1=selles solides

2=selles liquides 3=gaz 4=garnitures 5=qualité de vie

35e- Autres classification (préciser) : ……. /__/

35. Diagnostic : …….

/__/ 1=Thrombose hémorroïdaire 2=Prolapsus hémorroïdaire 3=fissure anale 4=abcès 5= fistule anale 6=hémorroïde externe 7=hémorroïde interne 8= hémorroïde interne et externe 10= indéterminé

36a=Si autre (préciser)……

36. BPO (NFS-VS, Groupage Rhésus, glycémie, créatininémie, TCK, TP) :

……/__/ 1=Oui 2=non

37. Anorectoscopie. ……/__/

1=Oui 2=non

39a-resultat :

……

…….

38. Traitement médical :

………/ _/

1=antibiotiques 2=antalgique 3=veinotonique 4=laxatif

40a= si autres

(préciser)……

39. Traitement instrumental :

……

40. Traitement chirurgical :

……/_/ 1=Technique de Milligan et Morgan 2=Technique de Parks 3=Technique de Fergusson 4=Drainage chirurgical 5=Fistulectomie 6=Fistulotomie 7=Fissurectomie

42a-si autres

(préciser)……

……

41. Résultat du traitement Médical :

……/ _/

1=satisfait 2=non satisfait

43a-Résultat fonctionnel :

……

43b-Résultat anatomique : ……... ….

42. Résultat traitement chirurgical :

……/ _/

1=Satisfait 2=non satisfait

44a-Résultat fonctionnel :

……

44b-Résultat anatomique :

……

43. Cout :

……

……

……

45. SCORE DE JORGE ET WEXNER

1. vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de gaz ? ……/ _/

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine (3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

2. vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?

……/ _/

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine (3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

3. vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?

……/ _/

(0) jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Moins d'une fois par semaine (3) Plus d'une fois par semaine (4) Une fois par jour ou plus

4. à cause des fuites anales, devez-vous porter des garnitures ? ……/ _/

(0) jamais (1) rarement (2) parfois (3) souvent (4) Toujours

5. les fuites anales ont-elles un retentissement sur la qualité de votre vie ?

……/ _/

(0) non (1) légèrement (2) Un peu (3) beaucoup (4) Considérablement

6. les fuites anales ont-elles un retentissement sur votre sexualité ?

……/ _/

(0) non (1) légèrement (2) Un peu (3) beaucoup (4) Considérablement

7. quel facteur rendez-vous responsable de votre incontinence ? ……/ _/

(0) Chirurgie (1) Accouchements (2) ménopause (3) Autre (4) Aucun identifié

8. Prenez-vous des médicaments pour vous constiper ? ……/ _/

1=Oui 2=non

9. Quand vous avez envie d'aller à la selle, êtes-vous capable de vous retenir pendant plus de 15 minutes ?.....……./ _/

1=Oui 2=non

10. Avez-vous des pertes de selles dont vous vous rendez compte après coup ?

……./ _/ 1=Oui 2=non

11. Avez-vous des suintements de l'anus ? ………./ _/

1=Oui 2=non

46. Complications post opératoires :

……./ _/

1=Douleur anale 2=Hémorragie 3=Rétention d'urine 4=Retard de cicatrisation

5=Infections 6=Incontinence anale.

ABCÈS ANAL





FISTULE ANALE



CONDYLOMES ANAUX



MALADIE HÉMORROÏDAIRE



PRÉOPÉRATOIRE



PEROPÉRATOIRE



PIÈCE OPÉRATOIRE APRÈS HÉMORROÏDECTOMIE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure au nom de l'être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie politique 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 !!!