

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année : 2012-2013

N°...../

Thèse

ETUDE DE LA MALADIE HEMORROIDAIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CSRéf COMMUNE I.

Présentée et soutenue publiquement le..... /...../ /2013
Devant la Faculté de Médecin et d'Odontostomatologie.

Par : **MR LADJI SOMA CAMARA**

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

Jury

Président : Pr.Zanafon Ouattara
Membre: Dr. Lassana Kanté
Co-directeur: Dr. Cheickna Tounkara
Directeur: Pr. Gangaly Diallo

Je rends grâce à DIEU notre Seigneur,

Le Tout Puissant ; le Miséricordieux ; le Maître des destins, de m'avoir guidé et assisté tout au long de mes études jusqu'à la réalisation de ce document.

Qu'il guide toujours mes pas pour le reste de mon existence.

Je dédie ce modeste travail...

A mon père : Bakary Camara

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

A ma mère : Minata Doumbia

Tu t'es toujours sacrifiée pour que nous devenions ce que nous sommes aujourd'hui. L'amour et le soutien maternel ne nous a jamais manqué.

Nous avons été impressionnés par ta patience.

Trouve ici l'expression de ma gratitude et de tout mon respect.

Ce modeste travail est le tien.

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

A ma fiancée Fatoumata Kanté dite Adja :

Merci pour tout le soutien moral et trouves ici l'expression de mon amour si profond. Ce travail est le tien.

A la famille Camara partout où elle existe.

A la famille Doumbia, Kanté, Samaké, etc...

A tout le personnel du service de chirurgie générale du CS Réf CI.

Au personnel du bloc opératoire.

Aux anesthésistes réanimateurs.

A mes collègues internes du service de chirurgie générale du CS Réf CI (Bessy Samaké, Barthelemy Poudiougou) ainsi qu'aux internes du service de gynécologie obstétrique.

A Dr Amadou Beydi Cissé, Dr Oumar Keita et Dr Amadoun Cissé

A tout le personnel du service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

A tout le personnel de la clinique de la cote

A mon cousin Dr Sibiri Camara : merci pour ta contribution

A tous mes amis(e) : et proche qui de loin ou de près m'ont soutenu. L'amitié n'a pas de prix. Je ne saurai vous remercier. Mon amitié pour vous sera votre récompense.

A La promotion Pr. Amar: j'espère que le changement tant souhaité par nos maîtres sera au rendez-vous.

A ADERS, AESACK, AERMOS, GINNA DOGON.

A la Grande Famille Expérience Syndicale.

Soyez tous remerciés pour votre soutien.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

* A Notre Maître et Président du jury

Professeur Zanafon Ouattara

- *Maître de conférence en urologie à la FMOS*
- *Chef du service d'urologie du CHU Gabriel Touré*
- *Président de la commission d'établissement au niveau du CHU Gabriel Touré*

Cher maître,

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

Votre abord facile, votre esprit critique, votre rigueur scientifique associé à vos qualités humaines font de vous un maître respecté et admirable.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

* A Notre Maître et juge

Docteur Lassana Kanté

- Chirurgien généraliste

- Maître assistant chef clinique

Cher Maître,

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité à nos innombrables sollicitations, votre collaboration et la qualité des conseils donnés ont été d'un intérêt particulier.

Recevez notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

* A notre maître et codirecteur de thèse

Docteur Cheickna Toukara

- Chirurgien généraliste

- chef du service de chirurgie générale du CS Réf CI

L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité constante et votre humilité ont permis de nous sentir très à l'aise à vos côtés et d'améliorer nos connaissances cliniques.

L'occasion nous est donnée ce jour, de vous réitérer toute notre reconnaissance pour votre enseignement de qualité.

Nous vous remercions pour votre dévouement inébranlable à notre formation et nous vous assurons cher maître, que vos conseils et recommandations ne seront pas vains.

* A notre maître et directeur de thèse

Professeur Gangaly Diallo

- *Professeur titulaire en chirurgie viscérale,*
- *Chef de service de la chirurgie générale du CHU Gabriel Touré,*
- *Secrétaire général de l'association des chirurgiens du Mali*
- *Trésorier général de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF)*
- *Chevalier de l'ordre national du mérite du Mali,*
- *Général des forces inter armes du Mali,*

Cher maître, en acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait.

Nous avons été également comblés par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés ; vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Nous sommes honorés d'être parmi vos élèves.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | | |
|-----------------|---|---|
| <i>DNSI</i> | : | <i>Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique</i> |
| <i>FMPOS</i> | : | <i>Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie</i> |
| <i>CHU</i> | : | <i>Centre hospitalier universitaire</i> |
| <i>HGT</i> | : | <i>Hôpital Gabriel Touré</i> |
| <i>Post op.</i> | : | <i>Post opératoire</i> |
| <i>Fig.</i> | : | <i>Figure</i> |
| <i>Q</i> | : | <i>Question</i> |
| <i>RAU</i> | : | <i>Rétention aiguë d'urine</i> |
| <i>HE</i> | : | <i>Hémorragie</i> |
| <i>Eff</i> | : | <i>Effectif</i> |
| <i>%</i> | : | <i>Pourcentage</i> |
| <i>Coll.</i> | : | <i>Collaborateurs</i> |
| <i>N</i> | : | <i>Nombre</i> |
| <i>J</i> | : | <i>Jour</i> |
| <i>IV</i> | : | <i>Intraveineuse</i> |
| <i>Cp</i> | : | <i>comprimé</i> |
| <i>CS Réf</i> | : | <i>Centre de santé de référence</i> |

SOMMAIRES :

❖ Introduction.....I

❖ Objectifs.....II

❖ Généralités.....III

❖ Méthodologie.....IV

❖ Résultats.....V

❖ Commentaires et discussion.....VI

❖ Conclusion et recommandations.....VII

❖ RéférencesVIII

❖ Annexes.....IX

I-Introduction :

Les hémorroïdes du grec « Hémorroïden » sont des ectasies des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie : « la rectorragie » [1]. Elles existent de façon physiologique chez l'homme et deviennent pathologiques par l'apparition des manifestations cliniques dont les principales sont : la douleur anale, la rectorragie et le prolapsus hémorroïdaire [2].

La pathologie hémorroïdaire est considérée par la population comme une maladie honteuse. Elle peut être responsable d'absentéisme scolaire et professionnelle, de gênes esthétiques considérables. Il y a peu ou pas de mortalité [3].

Les facteurs favorisants sont multiples et variés, mais ont tous en commun l'augmentation de la pression abdominale. Le facteur favorisant le plus fréquent est la constipation. [4]

Le diagnostic de confirmation se fait à l'anorectoscopie.

Des complications peuvent survenir à type de thrombose hémorroïdaire ou d'hémorragie entraînant l'anémie.

Il existe 3 méthodes de traitement : le traitement médical, le traitement instrumental et le traitement chirurgical. Le traitement chirurgical est le traitement de dernier recours. [5]

Les principales complications post opératoires sont la sténose anale, l'incontinence anale, l'hémorragie postopératoire, la rétention urinaire et la douleur post opératoire. [6].

La maladie hémorroïdaire semble être la plus fréquente des pathologies de l'intestin terminal. Mais cette fréquence reste difficile à évaluer. [7]

Aux Etats Unis, une étude sur l'épidémiologie de la maladie hémorroïdaire réalisée par HYAMS et PHILPOT a donné une prévalence de 27 % de la population.[8]

En France DENIS J. a retrouvé une prévalence de 25 % de la population adulte française. La société française de gastroentérologie a retrouvé une fréquence hospitalière de 6 à 18 % chez les malades HIV en 2001. [9]

En Australie en 2003, selon l'institut national australien pour l'excellence de la pratique clinique 4 et 34 % de la population générale seraient atteints de maladie hémorroïdaire. [10]

En république Centre Africaine Yassimbanda et Collaborateurs en 2004 ont retrouvé une fréquence de 58,8% de l'ensemble des pathologies anorectales. [11]

En Cote d'Ivoire, sur 216 lésions observées à la coloscopie en 2006, 30,5% étaient des maladies hémorroïdaires.

Au Mali Diallo a retrouvé une fréquence hospitalière de 10,7% de l'ensemble des consultations externes à l'hôpital du point G. Au CHU Gabriel Touré Dembélé K et Collaborateurs ont estimé la fréquence de la maladie hémorroïdaire à 40,15% de l'ensemble des endoscopies basses et 6,35% de l'ensemble des consultations du service de gastro-entérologie.[12]

Plusieurs études menées sur la maladie hémorroïdaire dans nos hôpitaux ont montré une certaine maîtrise de la prise en charge chirurgicale.

Cependant aucune étude n'a été menée sur la dite pathologie dans les CS Réf. C'est pourquoi nous avons initié cette étude dans le CS Réf CI en nous fixant les objectifs suivants :

II- Objectifs :

1-Objectif général :

- ✓ Evaluer la prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CS Réf de la Commune I.

2-Objectifs Spécifiques :

- ✓ Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire.
- ✓ Décrire les facteurs favorisants de la maladie hémorroïdaire.
- ✓ Evaluer le traitement médico-chirurgical de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CS Réf CI.
- ✓ Analyser les suites opératoires de la maladie hémorroïdaire.

III-GENERALITES :

Le canal anal est la partie terminale du tube digestif. Long de 4cm, il fait suite au rectum et se termine par l'anus qui est situé à **20 mm** de l'apex du coccyx. A l'état d'occlusion, l'anus est une fente ou un simple point duquel irradiant des plis cutanés qui s'effacent à l'ouverture [12].

Dans la formation du canal anal, intervient le cloaque qui est d'origine endoblastique et qui donne naissance au sinus uro-génital et au rectum. Il est formé par la membrane cloacale qui devient la membrane anale et disparaît vers la fin de la septième semaine du développement embryonnaire [13].

La physiologie anorectale est dominée par les phénomènes de défécation et de continence qui ne peuvent s'exercer que s'il existe une parfaite intégrité des éléments anatomiques de la région : rectum, faisceau pubo-rectal du releveur de l'anus, sphincter interne, sphincter externe et muqueuse anale.

- **la défécation** : est un acte volontaire dont le point de départ est la perception consciente du besoin d'aller à la selle, en rapport avec une variation de la pression intra-rectale.

- **la continence** : met en jeu plusieurs phénomènes réflexes intéressant le sphincter interne, le sphincter externe et le sigmoïde [14].

A -RAPPELS ANATOMIQUES :

1- Anatomie descriptive

1-1- Anatomie macroscopique :

1-1-1- Configuration externe :

Le canal anal est oblique en bas et en arrière, déterminant avec le rectum un angle ouvert en arrière. Il est compris dans l'épaisseur du périnée postérieur et répond, dans sa partie inférieure au sphincter externe. Il est en rapport avec :

- en arrière, le muscle élévateur de l'anus ;
- sur les côtés, les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;
- en avant, par l'intermédiaire du centre tendineux du périnée :

- Chez l'homme, l'apex de la prostate, l'urètre membraneux, la glande bulbo urétrale et le bulbe du pénis ;
- Chez la femme par l'anus qui est l'orifice terminal du tube digestif [15].

1.1.2- Configuration interne :

- le pecten anal :Caractérisé par les colonnes et les sinus anaux ; il est limité en bas par la ligne ano- cutanée. C'est une zone intermédiaire constituée d'un revêtement lisse, sec, mât, puis bleu [16]. Les colonnes anales de MORGAGNI sont constituées par des replis semi - circulaires dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales. Elles sont au nombre de **5 à 8**, longues de 1cm et épaisses de **1- 2 mm**, reliées à leurs extrémités inférieures par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose [17].

- la zone ano cutanée :

Lisse et haute de **1cm**, elle est limitée en bas par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphincters interne et externe.

- la zone cutanée :

Continue avec la peau du périnée. Cette zone est souvent pigmentée, riche en poils et en glandes sébacées.

Selon certains auteurs le canal anal est divisé en **2** parties par la ligne pectinée qui est située aux endroits de la jonction **1/3** moyen, **1/3** supérieur du canal anal [18]. Cette ligne, oblique en bas et en avant est constituée par le bord libre des valvules anales semi-circulaires qui limitent avec la paroi anale les cryptes anales de MORGAGNI.

- la portion sus pectinéale :

Présente les colonnes de MORGAGNI. La sous muqueuse est occupée par le plexus hémorroïdaire interne d'où sa coloration rouge foncée qui tranche nettement avec la teinte rose, pâle de la muqueuse rectale sus - jacente.

- la portion sous - pectinéale est de coloration grise bleutée.

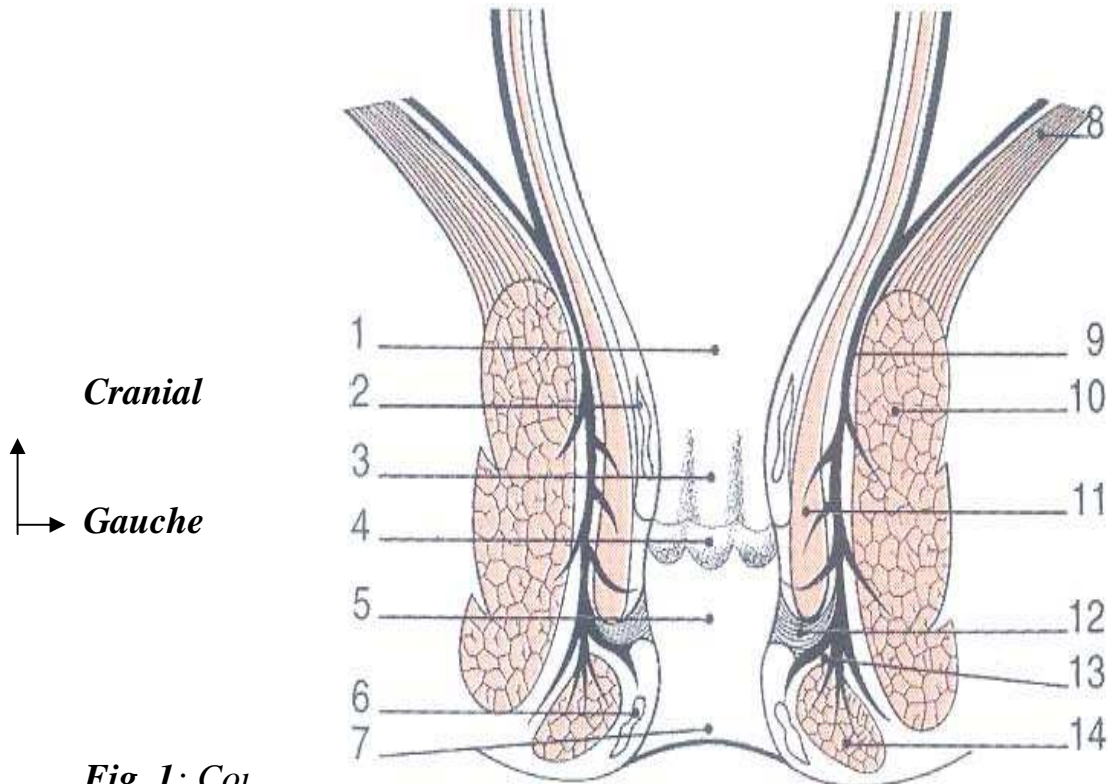


Fig. 1: Col

1. Muqueuse de type rectal;
2. Espace péri anal sous muqueux (plexus hémorroïdaire interne) ;
3. Muqueuse de type intermédiaire;
4. Ligne pectinée (valvule de Morgagni) ;
5. Pecten;
6. Espace péri anal sous-cutané (plexus hémorroïdaire externe) ;
7. Zone Cutanée lisse;
8. Muscle releveur de l'anus;
9. Couche longitudinale complexe
- 10.Sphincter externe (faisceau profond) ;
- 11.Sphincter interne;
12. Ligament de Park ;
13. Septum intermusculaire ;
- 14.. Sphincter externe (faisceau sous-cutané).

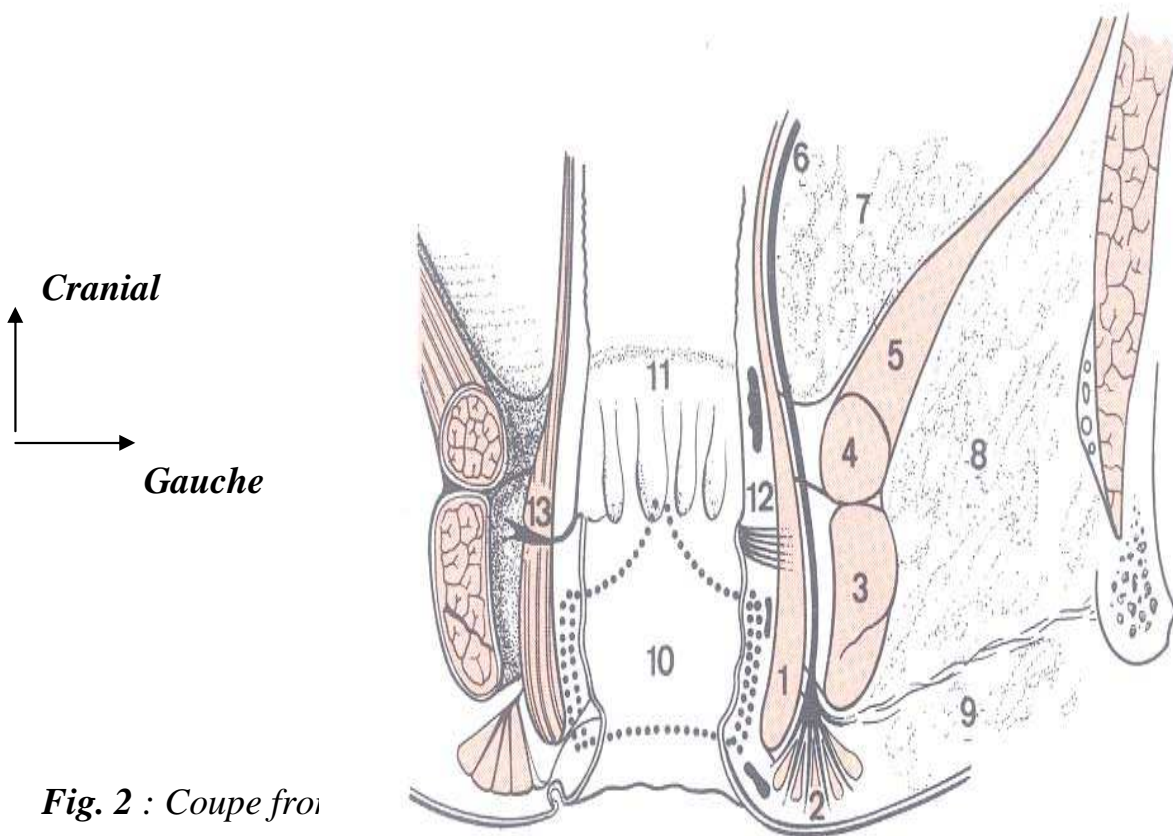


Fig. 2 : Coupe froi

1. Sphincter lisse.
2. Faisceau sous-cutané du sphincter externe.
3. Faisceaux profonds du sphincter externe.
4. Muscle pubo-rectal.
5. Muscle releveur de l'anus.
6. Couche longitudinale complexe
7. Espace pelvi-rectal supérieur.
8. Fosse ischio-rectale.
9. Espace péri anal.
10. Zone ano-dermique et espace «marginal ».
11. Espace sous muqueux sus valvulaire.
12. Ligament de Parks.
13. Glande anale.

1.1..3- Appareil sphinctérien :

Il est constitué par différents éléments musculaires. Un muscle sphincter est un anneau musculaire dont la fonction est de fermer la lumière d'un conduit [19].

a- Le sphincter interne ou muscle sphincter ani - internus :

C'est un muscle lisse constitué par l'épaississement de la couche circulaire de la musculature rectale. Sa partie inférieure est entourée par le sphincter externe [19]. Constitué de fibres musculaires lisses, il est innervé par le système neuro-végétatif et échappe au contrôle de la volonté. C'est le gardien de la continence anale [17].

b- Le sphincter externe ou muscle ani-externus :

Il se fixe en arrière sur le ligament ano-coccygien et en avant sur le centre tendineux du périnée. Il est traversé par les fibres longitudinales du rectum ; et dissocié par les terminaisons du muscle élévateur de l'anus en trois parties [15] :

- Le faisceau sous-cutané : est une bande annulaire de muscles striés, triangulaires à sommet supérieur sur une coupe frontale. C'est la seule portion qui entoure l'orifice anal [14 ; 20].

Il est formé de bandes concentriques de fibres striées, séparées les unes des autres par les cloisons conjonctives disposées en éventail sur une coupe frontale et représentant l'éparpillement terminal des fibres du tube longitudinal complexe [17].

- le faisceau superficiel : est un muscle elliptique qui s'étend entre le sphincter externe sous cutané et le faisceau profond du sphincter externe. Il entoure le sphincter interne dans ces 2/3 inférieurs. Il se termine en s'insérant sur la pointe du coccyx et sur le ligament ano-coccygien.

- Le faisceau profond : est un tube musculaire d'une hauteur de 1 cm, c'est aussi un muscle circulaire comme le faisceau sous cutané [17; 14]. Par sa tonicité, le sphincter externe assure l'occlusion du canal anal. Il assure, ainsi accessoirement la continence anale mais surtout, joue un rôle important à l'expulsion au moment de la défécation.

c- Le muscle releveur de l'anus : ou muscle levatorani.

Principal muscle du diaphragme pelvien il est pair et constitué du :

- **muscle pubo- coccygien** : s'insère sur la face postérieure de la surface angulaire du pubis ;

- **muscle ilio- coccygien** : s'insère sur le fascia du muscle obturateur interne au niveau de l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus. Ces deux muscles convergent en descendant vers la région rétro anale en croisant les faces anales du rectum. Il s'insère sur le ligament ano - coccygien, sur les bords latéraux du coccyx et à la face postérieure de la partie anale du rectum.

- **faisceau pubo - rectal** : naît sur la face postérieure du pubis et à côté du disque inter- pubien. Il est épais et étroit avec un trajet vertical et sagittal. Il croise l'urètre et la prostate chez l'homme et le vagin chez la femme. Il se termine sur le centre tendineux du périnée et dans les parois latérales du rectum où ses fibres terminales s'insinuent entre les parties du sphincter externe de l'anus.

Il participe efficacement au soutènement des viscères pelviens. La contraction de sa partie externe entraîne l'occlusion du canal anal et celle de la partie interne, le dilate, assurant ainsi le premier temps de la défécation [19].

d- Le muscle corrugateur de la marge anale : ou muscle *corrugator cutis ani* : il est constitué de fibres lisses de la peau entourant l'anus. Il irradie de l'anus vers son sphincter externe; sa contraction rétracte et plisse la marge de l'anus. Il appartient, pour certain à la couche musculaire du canal anal [19].

e- Le corps caverneux et le muscle canalisani :

Le corps caverneux se trouve dans le **1/3** supérieur du canal en dessous de la ligne ano-rectale. Comme le corps caverneux du pénis, le plexus vasculaire du corps caverneux rectal est rempli de sang rouge artériel. Il est tributaire des branches terminales de l'artère rectale supérieure. Ces branches sont constamment retrouvées aux points suivants : **3H, 7H et 11H** où elles peuvent être palpées. Elles forment un réseau capillaire dans les corps caverneux.

Le muscle *canalisani* : Ce muscle naît du sphincter *aniinternus* sous forme d'écrous et traverse toute la largeur du corps caverneux. Il joue un rôle très important dans la fermeture du canal anal. Une petite partie de ces fibres vient du muscle longitudinal du rectum. Les fibres caudales reviennent au sphincter *aniinternus*, les autres sont encreées sur le septum inter - musculaire et la peau périnéale.

Le muscle *canalisani* et le corps caverneux forment les colonnes anales qui sont plus longues sur la commissure postérieure que sur la commissure antérieure. Au niveau de la ligne des cryptes, le muscle s'unit avec la muqueuse anale.

f- La couche longitudinale complexe : Cette couche est dite complexe parce que les éléments qui la constituent sont d'origine variée. Si la plupart des auteurs s'accordent à lui reconnaître approximativement les mêmes origines, il n'en est pas de même pour ces terminaisons.

Selon la description de MILLIGAN et de MORGAN qui est la plus couramment admise. Elle est composée par l'assemblage des fibres lisses de la couche longitudinale du rectum ; des fibres striées issues du releveur de l'anus ; du faisceau profond du sphincter externe et des fibres tendineuses de l'aponévrose pelvienne supérieure (fascia pelvien) [14, 21]. Ce complexe musculo-tendineux ainsi formé, descend entre le faisceau profond du sphincter pour se terminer en éventail un peu en avant du bord profond du sphincter externe.

Les fibres de cet éventail vont :

- en dedans, constituer le septum inter musculaire de MILLIGAN et MORGAN qui sépare le sphincter interne du faisceau sous-cutané du sphincter externe. Au préalable, une partie des fibres traverse ou contourne selon les auteurs le sphincter interne et se fixe à la muqueuse du canal anal, contribuant à former le ligament suspenseur de PARKS.
- En bas, après avoir traversé engainé et divisé en faisceaux secondaires le faisceau sous-cutané du sphincter externe, les fibres de la couche vont s'insérer

à la peau constituant le *corrugateur cutis ani* qui donne l'aspect caractéristique des plis radiés de l'anus ;

- En dehors, elles forment un septum, le fascia périnéal de MORGAN qui s'étend de la fosse ischio-rectale séparant les faisceaux sous-cutané et profond du sphincter externe.

- En avant, elles participent à la constitution du centre tendineux du périnée. Cette couche rend solidaire les appareils sphinctériens interne et externe et constitue un ensemble de voies par lesquelles pourra cheminer l'infection [14 ; 20].

1.1.4- Espaces cellulux péri anaux :

On distingue différents espaces cellulux péri-anaux qui peuvent favoriser l'expansion des infections.

a- L'espace circum- anal sous - muqueux :

Est situé dans les 2/3 supérieurs du canal entre la muqueuse anale et le sphincter interne, limité en bas par le ligament de PARKS et le septum intermusculaire, en haut il communique avec la couche sous- muqueuse du rectum.

Il contient le plexus hémorroïdaire interne, la *muscularissub-mucosaeani*, le plexus lymphatique sous- muqueux et le début des canaux glandulaires d'HERMANN et DESFOSES.

b- L'espace péri-anal sous - cutané :

Est situé dans le 1/3 inférieur du canal anal, limité en dedans par la peau du canal anal, en haut par le septum intermusculaire et en dehors par le fascia de Morgan. Il contient le faisceau sous-cutané du sphincter externe, le plexus hémorroïdaire externe et les glandes sudoripares et sébacées.

c- La fosse ischio-rectale :

Est un espace du périnée postérieur situé de chaque côté du rectum. De forme prismatique, triangulaire, elle présente un sommet supérieur profond et une base périnéale. Sa paroi latérale, verticale est formée du muscle obturateur et de son fascia.

Sa paroi médiale, oblique en bas et en dedans, est constituée par les muscles élévateurs et le sphincter externe de l'anus. Elle se prolonge en avant vers le périnée antérieur sous le muscle élévateur, et en arrière dans la région glutéale. Elle est remplie d'un corps adipeux traversé par des vaisseaux et nerfs, et présente sur sa paroi externe le canal honteux [13].

Il est admis actuellement que les fosses ischio-rectales communiquent entre elles en arrière du canal anal par : l'espace retro-anal supérieur et l'espace retro-anal inférieur [14].

d- L'espace postérieur du releveur de COURTNEY :

Est normalement virtuel, situé latéralement et en arrière entre les plans supérieurs et inférieurs du releveur. Il constitue une voie d'extension contrôlable des suppurations aboutissant à la création de fistule *en fer à cheval*.

e- L'espace inter-sphinctérien :

Est situé entre le sphincter interne et le sphincter externe. Il contient la couche longitudinale complexe et est le siège des abcès et des diverticules intra-muraux.

f- Vascularisation artérielle :

- Artère rectale supérieure ou artère *rectalissuperior* :

Branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus. Elle donne des branches destinées à la muqueuse et à la sous-muqueuse. Ses branches perforent la paroi rectale à **8 cm** de la marge avant de descendre dans la sous-muqueuse. Ses branches sont constamment retrouvées aux points suivants : **3H**, **7H** et **11H** où elles peuvent être palpées. Elles prennent un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal. Elles se jettent au niveau de la ligne pectinée.

- Artère rectale moyenne : ou artère *rectalis media*

Elle naît de l'artère iliaque interne, descend de façon oblique en dedans et en avant vers la face latérale du rectum et se termine à ce niveau en **3** ou **4** branches.

- Artère rectale inférieure ou artère *rectalis inferior* :

Elle naît de l'artère honteuse interne au niveau de l'épine sciatique. Elle se dirige vers le canal qu'elle irrigue.

- Artère sacrale médiale : elle participe accessoirement à cet apport artériel. Elle naît de l'aorte (au dessus de la bifurcation) et se jette dans le corps coccygien [14].

g- Vascularisation veineuse : Elle constitue un shunt porto cave.

- Les veines rectales moyennes et inférieures se drainent dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines iliaques internes.

- Les veines rectales supérieures se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure [22].

h- Vascularisation lymphatique :

- Les collecteurs satellites de l'artère rectale supérieure s'orientent vers les principaux relais du rectum : les nœuds lymphatiques mésentériques inférieurs.

- Les collecteurs satellites de l'artère rectale inférieure se dirigent vers les nœuds lymphatiques inguino-superficiels [22].

.

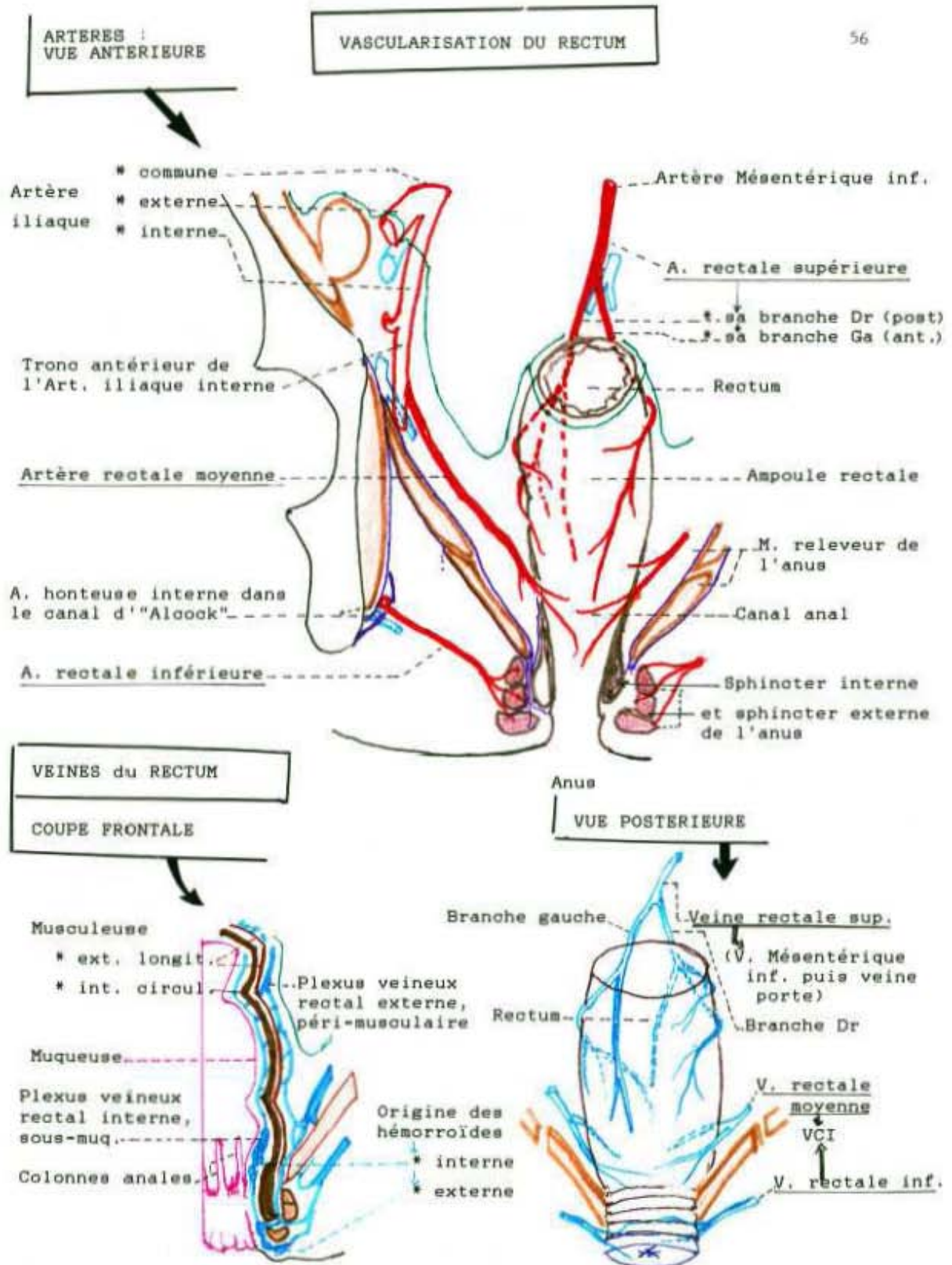


Fig.3 : Vascularisation du Rectum et du canal anal [18].

i- Innervation du canal anal :[5].

Complexe et intriquée, somatique et splanchnique, elle est également un point particulier de cette jonction recto-anale.

Au niveau de la zone cutanée, l'innervation est très riche ce qui rend compte de son extrême sensibilité à la douleur.

i-1- Les nerfs somatiques [5].

Sur une vue du périnée postérieur, on aperçoit le nerf pudenda (nerf pudendus) issu de **S3-S4** qui donne des rameaux moteurs pour le sphincter strié et des rameaux sensitifs cutanés. Certaines branches sensitives viennent également du nerf petit sciatique (le nerf *cutanufemorispsterior*) traversant parfois le ligament sacro coccygien issu de **S5** et CX (*nerf anoccygeus*) décrit par MORESTIN et prennent en charge la région rétro-anale. Sur une coupe sagittale médiane du petit bassin, le nerf du muscle *levator* ainsi issu de **S3** principalement aborde le muscle par sa face pelvienne.

Le plexus pudental, issu de **S3** et **S4** sort temporairement de la cavité pelvienne par la portion sous - pyramidale de la grande échancrure sciatique.

Le nerf pudental pénètre dans la région périnéale par la petite échancrure sciatique, sous le ligament sacro épineux au dessus de l'obturateur interne.

Le nerf pudental chemine ensuite dans les replis falciformes du grand ligament sacro- tuberositaire (canal d'ALCOCK) qui peut parfois perforer.

i-2- Les nerfs splanchniques :

Végétatifs, ils sont issus du plexus hypogastrique inférieur (plexus hypogastricus pelvinus) ou conflit des afférentes orthosympathiques venues par les latero-vertébrales lombaires et sacrées et les afférentes parasymphatiques issues des centres intra axiaux médullaires sacrés **S2/S3/S4** venues par les nerfs érecteurs d'ECKARDT (nerfs érigents).

Entre les deux couches musculaires lisses, pariétales, circulaires et longitudinales, AUERBACH a décrit des petits ganglions (plexus myentericus) et MEISSNER, dans la sous muqueuse, a fait de même (plexus *submucosa*).

i-3- Les voies et centres nerveux médullaires :[23]

Sous l'angle des sensibilités

La sensibilité somatique extéroceptive et nociceptive permet la discrimination de la nature du contenu recto anal liquide, gazeux ou solide. Elle rejoint la moelle sacrée et de là sera à l'origine du réflexe recto anal inhibiteur qui entraîne l'ouverture du sphincter interne lisse, en contraction permanente. Cette sensibilité va rejoindre les centres supérieurs.

La sensibilité proprioceptive consciente et inconsciente du muscle *levatorani* et du sphincter strié rejoint également la moelle sacrée ; elle est à l'origine de certains réflexes de protection mais également de la prise de conscience et de la mémorisation fécale dans les centres supérieurs.

Les sensibilités viscéro-septives, splanchniques, sont essentiellement orthosympathiques rejoignant la chaîne latéro-vertébrale et les centres médullaires de **L2 à CX**.

Sous l'angle des motricités

La somato-motricité volontaire dépend de la voie cortico-spinale, pyramidale, entraînant la contraction du sphincter strié et celle du muscle *levatorani*, contraction qui ne dure plus d'une minute.

La viscéro-motricité est double. Elle est orthosympathique, inhibitrice pour les fibres lisses pariétales mais facilitatrice pour le sphincter lisse en contraction permanente ; elle est parasympathique, excitatrice pour les fibres lisses pariétales et inhibitrice pour le sphincter lisse. niveau

i-4- Les centres supérieurs :

Encore peu précisés, ils siègent au niveau du tronc cérébral où la rétillée joue un rôle important dans le contrôle des afférentes et dans celui des réponses motrices expliquant l'inconscience des patients victimes d'une hémorragie du tronc cérébral.

Au diencéphalique, le relais thalamique permet après filtration sélective, la projection corticale vers les aires de la somesthésie générale. Il en résulte le

schéma corporel, mais également l'organisation du schéma praxique moteur avec une mémoire fécale et l'intégration de la posture et de l'habitude défécatoire. Ce sont autant de gestes que le jeune enfant va devoir contrôler et que le sujet âgé victime d'un ramollissement cérébral va perdre.

1.2- Anatomie microscopique :

1.2.1- Couche interne :

-La zone de transition : est comprise entre la ligne ano-rectale et la ligne pectinée. Cette transition s'effectue soit brusquement soit le plus souvent par l'intermédiaire d'un épithélium, dit « de transition ». Cet épithélium est d'origine cloacale. Il est situé au niveau de la membrane proctodéale, frontière embryologique entre l'ectoderme et l'endoderme [17].

Cet épithélium est d'origine cloacale. Il est situé au niveau de la membrane proctodéale, frontière embryologique entre l'ectoderme et l'endoderme [17].

De caractère paramalpighien, cet épithélium de transition est composé de cellules cubiques et de l'épithélium épidermoïde stratifié.

- **Le pecten anal :** est constitué d'un épithélium stratifié non kératinisé sans follicules pileux. Sa lamina propria est dépourvue de follicules lymphatiques. La *muscularismucosae* n'est présente qu'au niveau des colonnes.

- **La zone ano-cutanée :** lisse est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé sans formation pileuse.

- **La zone cutanée :** est un revêtement identique à celui du périnée. Elle est pigmentée, riche en follicules pileux, en grosses glandes sébacées et glandes circum-anales.

1.2.2- Sous - muqueuse :

La sous-muqueuse de la région ano-rectale est riche en plexus veineux dense et volumineux, en nombreux filets nerveux et en corpuscules lamelleux.

1.2.3- Musculeuse :

Elle est constituée par les sphincters externes et interne [24] (cf. appareil sphinctérien).

1.2.4- Glande anale :

- **les glandes de HERMANN et DESFOSES** : encore appelées glandes proctodéales [24 ; 52]. Ce sont des canaux glandulaires, simples ou ramifiés, qui s'abouchent au niveau des cryptes de MORGAGNI. Ils s'étendent dans la sous muqueuse que plus de **80%** traversent en franchissant le sphincter interne, pouvant envoyer alors des prolongements dans la couche longitudinale complexe, voire le sphincter externe. Il ne s'agit que de vestiges des glandes odorifères des mammifères. En effet leur origine est cloacale [14; 20].

- **les glandes sous pectinées** : sont des formations glandulaires dont le collet est endo-anal sous la ligne des cryptes. Les orifices sont en règle, antérieurs situés de part et d'autre de la ligne médiane.

- **le corps de la glande** passe sous le sphincter interne pour se terminer entre lui et le faisceau profond du sphincter externe. La nature histologique de ces glandes est analogue à celle des précédentes. Elles peuvent être à l'origine d'abcès inter-sphinctériens [14].

2- Anatomie fonctionnelle :

Le muscle sphincter anal interne agganglionnaire et lisse ferme l'anus en laissant un orifice de **8 à 10** mm de diamètre. Cet orifice sera fermé par le corps caverneux qui se remplit par conséquent de sang : On observe ainsi une fermeture des veines trans-sphinctériennes (contrairement à ce qui se passe au niveau du pénis). La fermeture sphinctérienne, plus grande au niveau des cryptes, arrête non seulement les selles mais aussi les gaz. Selon des études manométriques, le sphincter externe ne contribue qu'à **30%** à la fermeture de l'anus.

L'ampoule rectale est normalement vide ou contient peu de selles. Pour le contrôle de la défécation, beaucoup d'éléments interviennent. Les selles sont emmagasinées dans l'ampoule rectale, ceci provoque une contraction du muscle sphincter et pubo-rectal : c'est le réflexe anorectal. Il ne dure pas assez longtemps; il permet cependant de bloquer une onde péristaltique en assurant la

continence volontaire. Dans le colon, existent des mouvements péristaltiques néo-hormonaux allant d'oral à aboral. Ces mouvements transportent les selles vers l'anus. Ils sont observés après les repas. C'est le réflexe gastro-colique.

Quand l'ampoule rectale est remplie, les fibres musculaires circulaires se tendent et les fibres longitudinales s'activent. Il se produit alors une relaxation réflexe du sphincter interne et l'organe de continence est prêt à se vider. La contraction volontaire du sphincter externe complète la vidange. La pression abdominale joue un rôle accessoire dans la vidange ; la sensation d'avoir des selles est transmise par les fibres nerveuses sensibles de la muqueuse anale et probablement à travers des récepteurs qui sont au niveau du muscle élévateur et de la paroi rectale. La discrimination des selles se fait au niveau des cryptes. L'ensemble est commandé par le système volontaire [24].

3- Anato-pathologie :

- **stade 1** : paquet hémorroïdaire saignant à la fin de la défécation et visible à la rectoscopie.
- **stade 2** : extériorisation du paquet hémorroïdaire pendant la défécation et qui rentre spontanément.
- **stade 3** : la réduction du paquet hémorroïdaire après sa sortie n'est possible que par le taxi.
- **stade 4** : extériorisation permanente du paquet hémorroïdaire (réduction impossible par taxis).



Fig. 4. Hémorroïdes stade 1. Diagnostic essentiellement endoscopique. [26]



Fig.5a.

Hémorroïdes stade 2. Poussée Fig.5b. Hémorroïdes stade 2. Repos



Fig.6a. Hémorroïdes stade 3.

Fig.6b. Hémorroïdes stade 3.

Prolapsus irréductible spontanément

Après réduction digitale.



Fig.7. Hémorroïdes stade 4 **Fig.8.** Thrombose hémorroïdaire externe
Paquets hémorroïdaires irréductibles.

B - PHYSIOPATHOLOGIE :

La contraction continue des muscles anaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-spléniques fermées) permettent une continence hermétique.

Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) 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 un 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.

Pour LODER PD [27], les causes de la maladie hémorroïdaire restent inconnues. La constipation y jouerait un rôle important ; l'hypertension portale favoriserait la présence des hémorroïdes [27]. Il n'y a pas de relation entre la pression portale et le volume des hémorroïdes [28]. Le rôle de l'hypertrophie bénigne de la prostate [27] et celui de l'obésité a été signalé dans la littérature [29].

C- RAPPELS CLINIQUES :

1) EPIDEMIOLOGIE :

En proctologie les hémorroïdes constituent l'une des affections les plus fréquentes [17 ; 30 et 31]. L'homme est atteint plus que la femme [17 ; 11]. L'affection est extrêmement rare chez l'enfant [17; 30].

La fréquence devient de plus en plus élevée à partir de **20 ans** avec un maximum vers la quarantaine [30]. L'alimentation jouerait un rôle essentiel dans leur survenue, en particulier les régimes riches en résidu [30].

2) SIGNES FONCTIONNELS :

Le plus souvent, les hémorroïdes sont asymptomatiques. Elles peuvent être de découverte fortuite lors d'un examen général. Un des symptômes les plus

fréquents est l'hémorragie rouge claire. Ces rectorragies sont d'abondance variable. Certains peuvent consulter pour anémie [6]. Le malade peut présenter aussi des prurits anaux, des troubles de transit : constipation, ténesme et incontinence. Souvent la douleur est le maître symptôme. Elle peut être due à une thrombose, à une infection, à un étranglement ou à une fissure associée. Parfois c'est une sensation de pesanteur au niveau de la région anale qui amène le malade en consultation.

On distingue 4 stades d'hémorroïde :

L'affection se manifeste souvent sous forme de crise. Le patient éprouve une sensation de boule à l'anus avec une tension douloureuse. Les crises sont accrues par l'activité physique. L'examen montre une réaction œdémateuse marginale intéressant les hémorroïdes externes. L'anuscopie montre une dilatation des paquets internes.

3) SIGNES PHYSIQUES [32] :

Le malade sera examiné en position genou -pectoral en lui demandant de pousser. La marge anale est normale ou peut montrer des paquets bleutés, parfois ulcérés, à travers l'anus. Il s'agit de 3 gros paquets hémorroïdaires généralement observés à 3H, 7H et 11H et quatre petits paquets intermédiaires. L'examen comporte un toucher rectal qui n'apporte pas beaucoup d'information dans le diagnostic des hémorroïdes [1]. Ce toucher rectal est quand même indispensable et peut éliminer une tumeur rectale.

4) EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

Il s'agit de l'anorectoscopie qui doit être systématique et peut suffire pour confirmer le signe de la maladie hémorroïdes [29 ; 2].

Il est impératif de faire une coloscopie totale chez le sujet âgé ou le sujet avec risque de cancer colorectal (29).

5) COMPLICATIONS :

a- Les rectorragies abondantes :

Elles sont faites de sang rouge vermeil, déclenchées par la défécation. Elles arrosent les selles et leur répétition peut créer une anémie chez le patient.

b- Thromboses hémorroïdaires :

- thrombose externe :

Elle réalise une tuméfaction bleutée sous cutanée dure et douloureuse. Elle est souvent entourée d'une zone œdémateuse. On observe souvent des zones noirâtres contenant des caillots de sang.

- thrombose interne :

Quand elle est non extériorisée elle se manifeste par une douleur vive intracanalair. Au toucher rectal on sent une masse indurée douloureuse. L'anuscopie montre des tuméfactions bleutées.

Quand elle est extériorisée ou prolabée, elle est difficile voire impossible à réduire. La douleur est permanente et exacerbée par la défécation.

6) DIAGNOSTIC POSITIF :

Il est facile mais nécessite un examen proctologique soigneux : inspection, toucher rectal et anuscopie. Il est quand même inconcevable de méconnaître un cancer de l'anus ou du rectum.

7) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Il se fait avec les cancers du sigmoïde et du rectum devant une rectorragie. Il convient de différencier le prolapsus hémorroïdaire du prolapsus rectal. Ce dernier se manifeste par une masse rougeâtre prolabée à travers l'anus. Il est caractérisé par la présence de sillons circulaires et par sa consistance qui le rend plus difficile à réduire contrairement au prolapsus hémorroïdaire.

D- LE TRAITEMENT :

Pour LIBESKIND [33] : « tout médecin confronté à un malade consultant pour troubles hémorroïdaires se doit non seulement de le soulager à court terme, mais surtout adopter une attitude préventive; l'essentielle est de tenir compte du

devenir des lésions, ce ci de trouver la juste mesure entre le geste insuffisant et le geste inutilement agressif ».

1-LE TRAITEMENT MÉDICAL : Les médicaments :

De nombreux médicaments sont utilisés dans les traitements des hémorroïdes :

- Les pommades et les suppositoires :

Leur but est d'agir à la fois sur le facteur vasculaire, l'inflammation, l'infection, la contracture musculaire

- Les flavonoïdes par voie orale stoppent les rectorragies [4].

- Les anti-inflammatoires : sont précieux dans la pathologie pectinéale et dans les thromboses œdémateuses [4]

- Les Topiques modernes : sont nombreux.

Héparinoïdes, corticoïdes et Trimébutine soulagent les poussées douloureuses.

L'effet de ces produits n'est pas durable. Ils ont une action provisoire et ne doivent pas être employés comme traitement de fond, mais seulement comme traitement de la poussée hémorroïdaire aiguë [34].

Pour ADDRA B [24] les différents traitements médicaux sont tous des gestes incomplets à action parcellaire sur un ou plusieurs symptômes.

SOUILLARD J. [34] estime que le traitement médical isolé ne constitue qu'un traitement d'urgence et passager de la poussée hémorroïdaire aiguë.

2-LE TRAITEMENT AMBULATOIRE :

a- Les scléroses hémorroïdaires :

L'injection sclérosante possède une valeur thérapeutique par une action limitée sur la vascularisation locale et une modification du tissu conjonctival au niveau de la zone cryptique. L'injection sclérosante peut amener transitoirement certains symptômes : la rectorragie [28]. Le danger de ce traitement est :

La sclérose anale après injections multiples, des accidents graves de nécrose rectale ont été publiés [34].

Pour SHAFIK [21] « l'existence d'incidents et d'accidents ne doivent pas éloigner le Médecin d'une technique admirablement supportée dans l'immense majorité des cas ».

b-La Dilatation anale :

La dilatation anale est une action isolée sur la musculature interne. Elle est habituellement utilisée dans le traitement de la fissure anale, mais moins conventionnelle comme seul traitement des hémorroïdes [34]. La dilatation anale agit en traumatisant la zone de jonction anorectale et favorise à ce niveau la réaction de petites cicatrices d'amarrage tissulaire.

c-Les ligatures élastiques :

Il s'agit de gestes qui se limitent à l'ablation de petites zones de tissus superficiels du bas rectum au dessus de la ligne pectinée. Le processus cicatriciel qui succède à chaque escarre est plus important que l'ablation tissulaire. [34].

d - La cryochirurgie :

La cryochirurgie est un geste chirurgical dans la mesure où il y a destruction tissulaire dont l'étendue et la profondeur sont difficiles à contrôler.

Il y a destruction certaine de tissus de revêtement de la zone des cryptes créant un processus cicatriciel.

Mais la cryochirurgie n'a aucune action sur la vascularisation principale et l'appareil musculaire fait barrage à la réfrigération.

e- Traitement chirurgical :

La cure chirurgicale : l'hémorroïdectomie domine par sa fréquence la chirurgie proctologique.

Mille [35] estime que **80%** des adultes d'âges moyens sont affligés d'hémorroïdes, et parmi eux **1/10** environ justifiera un jour ou l'autre d'une cure chirurgicale.

Longtemps considérée comme très douloureuse, la chirurgie des hémorroïdes doit être aujourd'hui réhabilitée. Les progrès de la chirurgie anale sous l'impulsion des auteurs anglo-saxon et spécialement de l'école de SAINT MARK'S HOSPITAL de Londres, permettent actuellement d'opérer les hémorroïdes par des méthodes efficaces et peu douloureuses. [34]

Pour LIBESKIND M. [4] « le maximum d'expression du traitement est ce qui est convenue d'appeler l'Hémorroïdectomie ». La pratique de l'hémorroïdectomie chirurgicale est presque exclusivement limitée aux méthodes issues et dérivées de technique dite du SAINT MARK'S HOSPITAL qui permet d'envisager l'hémorroïdectomie idéale comme l'intervention qui :

- enlève les tissus cutanés anaux et rectal bas excédentaire tout en conservant suffisamment de ponts cutanéomuqueux pour ne pas entraver la cicatrisation, conserver la sensibilité pectinéale et ne pas entraîner de rétrécissement anale;
- modifie profondément l'apport vasculaire local par double action sur les artères présumées principales et l'ablation du maximum de lacs artérioveineux périphériques [23].
- Réalise une sphinctérotomie interne partielle, ce geste, nié par certains est vraisemblablement réalisé inconsciemment dans la plus part des interventions [23], certaines techniques chirurgicales l'effectuent volontairement : technique d'ARNONS, de PARNAUD [28].
- Entraîne une ablation de l'essentiel de la ligne des cryptes, il est certain que ce domaine comme dans ce lui de la fissure anale, une cause majeure d'échec de l'hémorroïdectomie provient d'une chirurgie insuffisante en hauteur n'incluant pas cette zone de jonction anorectale d'après SOUILLARD [34].
- La fibrose cicatricielle est en elle-même l'un des éléments qui conditionnent la qualité du résultat final. Il ne s'agit pas uniquement du processus de réparation superficielle mais de la modification cicatricielle

dans sa totalité agissant en tant que facteur d'amarrage des différents plans du canal anal chirurgical.

Toute [hémorroïdectomie idéal devrait comporter chacun de ces éléments. Le but est de conserver à la région anale son rôle d'anneau sphinctérien circulaire harmonieux, sensible, continent et fonctionnel [36].

- le traitement de la composante physiopathologique :

La composante physiopathologique : le trouble du transit est un des éléments essentiels, ce traitement est basé sur des mesures hygiéno-diététiques. Il n'est pas suffisant de traiter la constipation, la dyschésie rectale, l'anite, la diarrhée. Il faut inclure ce traitement dans celui des hémorroïdes justifiant du médecin une parfaite connaissance gastro-entérologique [28]. De la même il faut lier le traitement des hémorroïdes à celui des lésions anales associées : cryptite, fissure anale, fissure anale [4].

Au terme de ces généralités nous avons essayé de faire une étude sur la pathologie hémorroïdaire rencontrée dans le service.

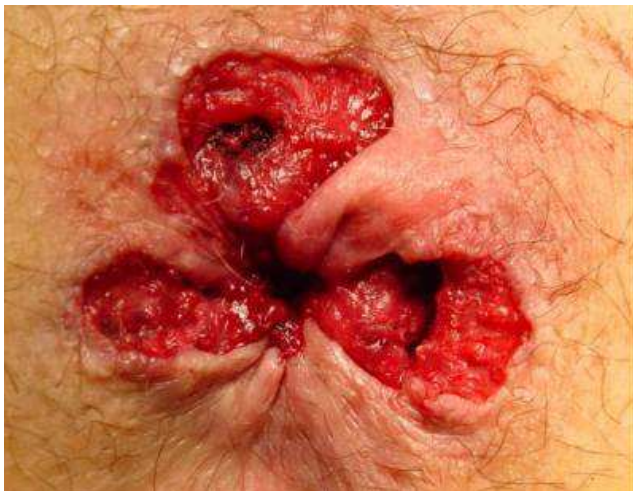


Fig. 8. Aspect de l'anus après une intervention chirurgicale de résection pédiculaire des hémorroïdes (intervention de type Milligan Morgan): On peut observer dans le fond des plaies laissées ouvertes, les structures du sphincter anal interne préservé.

IV-Méthodologie :

1. Type et durée d'étude :

Ce travail est une étude rétro-prospective réalisée dans le service de chirurgie générale du CS Réf Commune I. Elle a concerné les pathologies hémorroïdaires du mois de Janvier 2009 au mois de Décembre 2012. Elle a porté sur 73 patients.

2. Cadre d'étude :

Situation géographique :

Situé à Korofina Nord près de la mairie de la commune I, le CS Réf est l'un des centres de référence les plus animés du district de Bamako. Sa capacité d'accueil est de 42 lits. Il comprend les services techniques suivants : la chirurgie générale, la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie, l'ophtalmologie, l'Odontostomatologie, l'Oto-rhino-laryngologie (ORL), l'anesthésie-réanimation, le laboratoire d'analyses médicales, le service social, le PEV, l'USAC, la pharmacie, la morgue et l'administration du centre.

b- Les locaux :

Le service de chirurgie comporte deux bureaux, une salle de soins, un bloc opératoire et 3 salles d'hospitalisation contenant 10 lits.

c- Le personnel :

Le personnel est constitué d'un chirurgien, de 5 infirmiers, des étudiants de la faculté de médecine et d'Odontostomatologie en année de thèse, des stagiaires de cette faculté, des infirmiers stagiaires et des techniciens de surface.

d- Les activités :

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions et les hospitalisations. Les visites, dirigées par le chirurgien sont également quotidiennes. Les staffs se tiennent les mardis et les vendredis.

3. Echantillonnage :

Il s'agit d'une étude transversale ayant concerné tous les malades atteints de maladie hémorroïdaire de Janvier 2009 à Décembre 2012 reçus en consultation dans le service de chirurgie générale du CS Réf Commune I.

4. Matériels :

Nous avons utilisé une fiche d'enquête assez détaillée faisant ressortir toute l'histoire de la maladie ainsi que la conduite à tenir et le suivi du traitement.

Les données ont été recueillies à partir :

- Des registres de consultation.
- Des registres de compte rendu opératoire.
- Des feuilles d'observation.
- Du registre des anesthésistes.
- Des entretiens avec les malades opérés pour maladie hémorroïdaire

Tous les malades ont bénéficié de :

4-1- Interrogatoire :

Cet interrogatoire a été établi à partir des données sociodémographiques, du motif de consultation, de l'anamnèse et de l'histoire de la maladie.

4-2- Examen physique :

Il a été dirigé comme tout examen physique normal.

Cependant l'examen proctologique a été très minutieux, marquant ainsi le temps essentiel de tous les examens physiques. Il était constitué d'une inspection anale, d'une palpation anale et d'un toucher rectal.

4-3-Examens Complémentaires : Il s'agit de:

- **Anorectoscopie** : Elle a été systématique chez tous les malades hormis les cas de thromboses hémorroïdaires venus en urgence avec une forte douleur anale.
- **Bilan biologique préopératoire** : Il était constitué au minimum par la glycémie, la NFS, le groupage rhésus, la créatinémie et le TCK.
- En situation d'urgence le bilan demandé a été le taux d'hémoglobine, le taux d'hématocrite et le groupage rhésus.

5- Traitement :

5-1. Traitement médical : Il portait sur les mesures hygiéno-diététiques et le traitement médicamenteux.

5-2- Traitement Chirurgical : Deux principales techniques ont été réalisées :

- Hémorroïdectomie selon la technique de Milligan Morgan qui a été la technique la plus réalisée durant notre étude.
- La thrombosectomie simple en cas de thrombose hémorroïdaire

6- Suivi des patients :

Le suivi des malades a été effectué en consultation ordinaire après l'intervention. Certains d'entre eux ont été contactés par téléphone. Le temps minimal de suivi a été de **4 mois**.

7-Supports des données : Les données recueillies ont été portées sur les questionnaires, saisies et analysées sur SPSS version 19. Le test statistique de Student et le khi2 ont été calculés sur Epi info 6.4 avec une valeur significative de $P < 0,5$.

V- Résultats :

5.1-Fréquence :

En quatre(4) ans, de 01 Janvier 2009 au 31 Décembre 2012, le service de chirurgie générale du CS Réf Commune I a effectué :

- 5210 consultations, soit une moyenne de 1302 consultations par an. La maladie hémorroïdaire a constitué 1,4% de toutes les consultations, soit une moyenne de 18 cas par an.
- 992 interventions chirurgicales, soit une moyenne de 248 interventions par an. La maladie hémorroïdaire représente 5,2% de toutes les opérations, soit une moyenne d'environ 13 maladies hémorroïdaires opérées par an.
- 1070 hospitalisations dont 4,9% en rapport avec la maladie hémorroïdaire.

5.2-Résultats sociodémographiques :

5.2.1-Age :

Tableau I : Répartition des malades selon l'âge.

| Age | Effectif | Pourcentage |
|----------------|-----------------|--------------------|
| 19-45 | 36 | 49,3 |
| 46-60 | 24 | 32,9 |
| Plus de 60 ans | 13 | 17,8 |
| Total | 73 | 100,0 |

-Minimum : **19 ans** ; -Maximum : **77ans** ; -Moyenne d'âge : **37,8 ans** ;

65% de nos malades avaient moins de **50 ans**.

5.2.2-Sexe :

Tableau II : Répartition des malades selon le sexe.

| Sexe | Effectif | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|--------------------|
| Masculin | 52 | 71,2 |
| Féminin | 21 | 28,8 |
| Total | 73 | 100,0 |

Le sexe masculin prédominait avec un sexe ratio **de 2,5**.

5.2.3-Nationalité :

Tableau III : Répartition des malades selon la nationalité.

| Nationalité | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|--------------------|
| Maliennne | 71 | 97,3 |
| Non maliennne | 2 | 2,7 |
| Total | 73 | 100,0 |

Les non maliens ont représenté **2,7%** de nos patients (**1** Camerounais et **1** Ivoirien).

5.2.5- Statut matrimonial :

Tableau V : Répartition des malades selon le statut matrimonial.

| Statut matrimonial | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| Marié | 52 | 71,2 |
| Célibataire | 18 | 24,7 |
| Veuf | 1 | 1,4 |
| Divorcé | 2 | 2,7 |
| Total | 73 | 100,0 |

Les mariés ont représenté **71,2 %** de nos malades.

5.2.4-Provenance :

Tableau IV : Répartition des malades selon la provenance.

| Provenance | Effectif | Pourcentage |
|-------------------|-----------------|--------------------|
| Kayes | 2 | 7,2 |
| Koulikoro | 8 | 11 |
| Sikasso | 4 | 5,5 |
| Ségou | 3 | 4,1 |
| Tombouctou | 1 | 1,4 |
| Kidal | 1 | 1,4 |
| Bamako | 52 | 71,2 |
| Autres | 2 | 2,7 |
| Total | 73 | 100,0 |

71,2% de nos patients résidaient à Bamako.

5.2.6-Ethnie :

Tableau VI : Répartition des malades selon l'ethnie.

| Ethnie | Effectif | Pourcentage |
|----------------|-----------------|--------------------|
| Bambara | 29 | 39,7 |
| Peulh | 12 | 16,4 |
| Sarakollé | 11 | 15,1 |
| Malinké | 8 | 11 |
| Sonrhäï | 4 | 5,5 |
| Sénoufo | 3 | 4,1 |
| Touareg | 2 | 2,7 |
| Dogon | 2 | 2,7 |
| Minianka | 1 | 1,4 |
| Maure | 1 | 1,4 |
| Total | 73 | 100,0 |

Les Bambara ont représenté **39,7%** de nos malades.

5.2.8-Profession :

Tableau VII : Répartition des malades selon la profession.

| Profession | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|--------------------|
| Cadre supérieur | 9 | 12,3 |
| Cadre moyen | 14 | 19,2 |
| Cadre inférieur | 9 | 12,3 |
| Scolaire | 15 | 20,6 |
| Paysan | 3 | 4,1 |
| Ménagère | 7 | 9,6 |
| Militaire | 6 | 8,2 |
| Ouvrier | 4 | 5,5 |
| Commerçant | 4 | 5,5 |
| Autres | 2 | 2,7 |
| Total | 73 | 100,0 |

Les scolaires et les cadres moyens ont constitué **39,8%** de nos patients.

5.2.7-Position du travail :

Tableau VIII : Répartition des malades selon la position du travail.

| Position du travail | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|-----------------|--------------------|
| Debout | 16 | 22,9 |
| Assise | 30 | 40,1 |
| Debout+Assise | 27 | 37 |
| Total | 73 | 100 ,0 |

La position assise a constitué **40,1 %** de cas.

5.2.9-Mode de recrutement :

Tableau IX : Répartition des malades selon le mode de recrutement.

| Mode de recrutement | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Urgence | 13 | 17,8 |
| Consultation ordinaire | 60 | 82,2 |
| Total | 73 | 100,0 |

82,2% de nos patients ont été reçus en consultation ordinaire.

5.3-Interrogatoire :

5.3.1-Motifs de consultation :

Tableau X : Répartition des malades selon le motif de consultation.

| Motifs de consultation | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Douleur anale | 24 | 32,9 |
| Prolapsus hémorroïdaire | 19 | 26,1 |
| Rectorragie | 2 | 2,7 |
| Douleur+Prolapsus | 16 | 21,9 |
| Douleur+Rectorragie | 6 | 8,2 |
| Prolapsus+Rectorragie | 4 | 5,5 |
| Douleur+Prolapsus+Rectorragie | 2 | 2,7 |
| Total | 73 | 100,0 |

32,9% de nos malades ont consulté pour une douleur anale.

5.3.2-Description de la douleur anale :

5.3.2.1- Présence de douleur anale:

Tableau XI : Répartition des malades selon la présence de douleur.

| Douleur anale | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|--------------------|
| Oui | 51 | 69,9 |
| Non | 22 | 30,1 |
| Total | 73 | 100,0 |

La douleur anale était présente chez **69,9 %** de nos patients.

5.3.2.2-Mode d'installation de la douleur ::(51)

Tableau XII : Répartition des malades selon le mode d'installation de la douleur anale.

| Mode d'installation de la douleur | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Brutale | 17 | 33,3 |
| Progressive | 34 | 66,7 |
| Total | 51 | 100,0 |

66,7 % des douleurs anales s'installaient progressivement.

5.3.2.3-Période d'apparition de la douleur :(51)

Tableau XIII : Répartition des malades selon la période d'apparition de la douleur par rapport à la défécation.

| Moment de la douleur | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Pendant les selles | 25 | 49 |
| Après les selles | 3 | 6 |
| En dehors des selles | 14 | 27,4 |
| Pendant et après les selles | 9 | 17,6 |
| Total | 51 | 100,0 |

La douleur anale survenait pendant la défécation dans **49%** des cas.

5.3.2.4-Type de la douleur :(51)

Tableau XIV : Répartition des malades selon le type de la douleur.

| Type de la douleur | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|-----------|--------------|
| Brûlure | 24 | 47,1 |
| Pesanteur | 13 | 25,5 |
| Piqûre | 2 | 3,9 |
| Tension | 12 | 23,5 |
| Total | 51 | 100,0 |

47,1 % des douleurs anales étaient à type de brûlure.

5.3.2.5-Intensité de la douleur :(51)

Tableau XV : Répartition des malades selon l'intensité de la douleur.

| Intensité de la douleur | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------|-----------|--------------|
| Faible | 2 | 3,9 |
| Modérée | 23 | 45,1 |
| Forte | 12 | 23,5 |
| Extrême | 13 | 25,5 |
| Total | 51 | 100,0 |

45,1 % des douleurs anales avaient une intensité modérée.

5.3.2.6-Irradiation de la douleur :(51)

Tableau XVI : Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur.

| Irradiation de la douleur | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|-----------|--------------|
| Aucune | 6 | 11,8 |
| Locale | 23 | 45,1 |
| Périnéale | 10 | 19,6 |
| Locale+Périnéale | 11 | 21,6 |
| Locale+Pelvienne+Périnéale | 1 | 1,9 |
| Total | 51 | 100,0 |

45,1% des douleurs anales irradiaient de façon locale.

5.3.2.7-Evolution de la douleur :(51)

Tableau XVII : Répartition des malades selon l'évolution de la douleur.

| Evolution de la douleur | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Permanente | 13 | 25,5 |
| Intermittente | 38 | 74,5 |
| Total | 51 | 100,0 |

La douleur anale était intermittente dans **74,5 %** des cas.

5.3.2.8-Mode d'accalmie de la douleur : (51)

(
Tableau XVIII : Répartition des malades selon le mode d'accalmie de la douleur.

| Mode d'arrêt de la douleur | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Spontanée | 30 | 58,8 |
| Prise d'antalgique | 21 | 41,2 |
| Total | 51 | 100,0 |

58,8 % des douleurs anales s'arrêtaient spontanément.

5.3.2.9- Facteurs aggravants de la douleur :(51)

Tableau XIX : Répartition des patients selon les facteurs aggravants de la douleur

| Facteurs aggravants | Effectif | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| Défécation | 45 | 88,2 |
| Position assise | 3 | 5,9 |
| Indéterminé | 3 | 5,9 |
| Total | 51 | 100,0 |

La douleur était déclenchée par la défécation dans **88,2 %** des cas.

5.3.3- Description de la rectorragie :

5.3.3.1-Présence de rectorragie :

Tableau XIX : Répartition des malades selon la présence de rectorragie.

| Rectorragie | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|-----------------|--------------------|
| Oui | 17 | 23,3 |
| Non | 56 | 76,7 |
| Total | 73 | 100,0 |

La notion de rectorragie a été signalée chez **23,3%** de nos malades.

5.3.3.2-Moment de la rectorragie :(17)

Tableau XX : Répartition des malades selon le moment de survenu de la rectorragie par rapport à la défécation.

| Moment de la rectorragie | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| Pendant les selles | 12 | 70,5 |
| Après les selles | 2 | 11,8 |
| En dehors des selles | 1 | 5,9 |
| Pendant et après les selles | 2 | 11,8 |
| Total | 17 | 100,0 |

La rectorragie survenait pendant les selles dans **70,5 %** des cas.

5.3.3.3-Type de rectorragie : (17)

Tableau XXI : Répartition des malades selon le type de rectorragie.

| Quantité de la rectorragie | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------|
| Trace | 11 | 64,7 |
| Goutte | 5 | 29,4 |
| Jet | 1 | 5,9 |
| Total | 17 | 100,0 |

64,7% des rectorragies survenaient sous forme de trace.

5.3.3.4-Aspect de la rectorragie : (17)

Tableau XXII : Répartition des malades selon l'aspect de la rectorragie.

| Aspect de la rectorragie | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|--------------|
| Rouge | 13 | 76,5 |
| Noire | 3 | 17,6 |
| Caillot | 1 | 5,9 |
| Total | 17 | 100,0 |

76,5% des rectorragies étaient d'aspect rouge.

5.3.4- Description du prolapsus hémorroïdaire :

5.3.4.1-Présence de prolapsus :

Tableau XXIII : Répartition des malades selon la présence de prolapsus hémorroïdaire.

| Prolapsus | Effectif | Pourcentage |
|--------------|-----------|--------------|
| Oui | 41 | 56,2 |
| Non | 32 | 43,8 |
| Total | 73 | 100,0 |

60,3 % des malades présentaient un prolapsus hémorroïdaire.

5.3.4.2-Mode d'apparition du prolapsus hémorroïdaire :(41)

Tableau XXIV : Répartition des malades selon le mode d'apparition du prolapsus hémorroïdaire.

| Mode d'apparition du prolapsus | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Brutal | 4 | 9,8 |
| Progressif | 37 | 90,2 |
| Total | 41 | 100,0 |

Le mode d'apparition du prolapsus était progressif dans 90,9 % des cas.

5.3.4.3-Mode de réduction du prolapsus hémorroïdaire :(41)

Tableau XXV : Répartition des malades selon le mode réduction du prolapsus hémorroïdaire.

| Mode de réduction du prolapsus | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Spontanée | 6 | 14,6 |
| Manuelle | 9 | 22 |
| Irréductible | 26 | 63,4 |
| Total | 41 | 100,0 |

Le prolapsus était irréductible dans **63,6 %** des cas.

5.3.4.4-Durée du prolapsus hémorroïdaire :(41)

Tableau XXVI : Répartition des malades selon la durée du prolapsus hémorroïdaire.

| Durée du prolapsus | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Moins de 24 heures | 4 | 9,8 |
| 1 à 2 jours | 10 | 24,4 |
| 2 jours à 1 semaine | 6 | 14,6 |
| Plus d'une semaine | 21 | 51,2 |
| Total | 41 | 100,0 |

52,3 % des prolapsus évoluaient depuis plus d'une semaine.

5.3.5-Signes d'accompagnement :

Tableau XXII : Répartition des malades selon les signes d'accompagnement.

| Signes d'accompagnement | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Suintement | 24 | 32,9 |
| Irritation péri anale | 11 | 15,1 |
| Prurit anal | 14 | 19,2 |
| Epreinte | 5 | 6,8 |
| Ténesme | 2 | 2,7 |
| Suintement+Prurit+Ténesme | 13 | 17,8 |
| Suintement+Irritation péri anale | 4 | 5,5 |
| Total | 73 | 100,0 |

Le suintement anal était présent dans **32,9 %** des cas.

5.3.6-Facteurs favorisants :

Tableau XXVIII : Répartition des malades selon les facteurs favorisants.

| Facteurs favorisants | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Constipation | 39/73 | 53,4 |
| Diarrhée | 11/73 | 15,1 |
| Périodes menstruelles | 4/73 | 5,5 |
| Grossesse | 3/73 | 4,1 |
| Sédentarité | 12/73 | 16,4 |
| Travaux en position assise | 30/73 | 41,1 |
| Sport intense | 5/73 | 6,8 |
| Hypertrophie de la prostate | 8/73 | 10,9 |

53,4 % de nos malades étaient constipés.

5.3.7-Antécédents :

5.3.7.1-Antécédents médicaux :

Tableau XXIX : Répartition des malades selon les antécédents médicaux.

| Antécédents médicaux | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Aucun | 69 | 94,5 |
| Drépanocytose | 1 | 1,4 |
| HTA | 2 | 2,7 |
| Diabète | 1 | 1,4 |
| Total | 73 | 100,0 |

94,5% de nos malades étaient sans antécédent médical particulier.

5.3.7.2-Antécédents chirurgicaux :

Tableau XXX : Répartition des malades selon les antécédents chirurgicaux.

| Antécédents chirurgicaux | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| Jamais opéré | 71 | 97,3 |
| Opéré | 2 | 2,7 |
| Total | 73 | 100,0 |

97,3% de nos patients n'avaient pas d'antécédent chirurgical.

5.3.7.3-Antécédents gynécologiques :

Tableau XXXI : Répartition des malades selon les antécédents gynécologiques.

| Antécédents gynécologiques | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------|
| Aucun | 11 | 52,4 |
| Périodes menstruelles | 3 | 14,3 |
| Accouchement difficile | 7 | 33,3 |
| Total | 21 | 100,0 |

52,4% des femmes étaient sans antécédent gynécologique particulier.

5.3.7.4-Antécédents obstétricaux :

Tableau XXXII : Répartition des malades selon les antécédents obstétricaux.

| Antécédents obstétricaux | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Grossesse 1 ^{ème} trimestre | 1 | 4,8 |
| Grossesse 2 ^{ème} trimestre | 2 | 9,5 |
| Pas de grossesse | 18 | 85,7 |
| Total | 21 | 100,0 |

Nous avons eu **3** cas de grossesse dont **1** du **1^{er}** trimestre et **2** du **2^{ème}** trimestre.

5.3.8-Habitudes alimentaires :

Tableau XXXIII : Répartition des malades selon les habitudes alimentaires.

| Habitudes alimentaires | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Céréales | 70/73 | 96 |
| Tubercules | 54/73 | 73,9 |
| Epices | 65/73 | 89,0 |
| Café | 17/73 | 23,3 |
| Alcool | 3/73 | 5,5 |
| Tabac | 25/73 | 34,2 |

96% de nos malades utilisaient les céréales comme aliment de base.

5.3.9-Traitement antérieur :

Tableau XXXIV : Répartition des malades selon le traitement antérieur.

| Traitement antérieur | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|--------------|
| Médical | 26 | 35,6 |
| Traditionnel | 36 | 49,3 |
| Abstention thérapeutique | 11 | 15,1 |
| Total | 73 | 100,0 |

49,3% de nos patients ont effectué antérieurement un traitement traditionnel.

5.5-Signes physiques :

5.5.1-Etat des conjonctives :

Tableau XXXVII : Répartition des malades selon l'état des conjonctives.

| Etat des conjonctives | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Bien colorées | 67 | 91,2 |
| Moyennement colorées | 5 | 6,8 |
| Pâles | 1 | 2,0 |
| Total | 73 | 100,0 |

Les conjonctives étaient normo coloréeschez **91,2 %** de nos malades.

5.5.2-Inspection anale :

Tableau XXXVIII : Répartition des malades selon l'inspection anale.

| Inspection anale | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Prolapsus hémorroïdaire | 35 | 47,9 |
| Marisques hémorroïdaires | 14 | 19,2 |
| Ulcération anale | 1 | 1,4 |
| Orifice fistuleux | 2 | 2,7 |
| Fissure anale | 8 | 11 |
| R.A.S | 13 | 17,8 |
| Total | 73 | 100,0 |

Le prolapsus hémorroïdaire a été observé chez **47,9%** de nos patients.

5.5.3-Toucher rectal :

Tableau XXXIX : Répartition des malades selon le toucher rectal.

| Toucher rectal | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------|--------------------|
| Fait | 60 | 82,2 |
| Non fait | 13 | 17,8 |
| Total | 73 | 100,0 |

17,8% de nos malades n'ont pas bénéficié de TR.

5.5.4-Etat du sphincter anal :(60)

Tableau XXXX : Répartition des malades selon l'état du sphincter anal.

| Etat du sphincter | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| Tonique | 26 | 43,3 |
| Hypotonique | 2 | 3,3 |
| Hypertonique | 32 | 53,4 |
| Total | 60 | 100,0 |

Le sphincter anal était hypertonique dans **53,4 %** des TR.

5.5.5- Bourrelets hémorroïdaires internes :(60)

Tableau XXXXI : Répartition des malades selon la présence de bourrelets hémorroïdaires internes.

| Bourrelets internes | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------|-----------------|--------------------|
| Oui | 39 | 65 |
| Non | 21 | 35 |
| Total | 60 | 100,0 |

Les bourrelets hémorroïdaires internes ont été retrouvés dans **65%** des cas au TR.

5.5.7-Toucher rectal douloureux : (60)

Tableau XXXXIII : Répartition des malades selon la présence de douleur au TR.

| Tr douloureux | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|-----------------|--------------------|
| Oui | 13 | 21,7 |
| Non | 47 | 78,3 |
| Total | 60 | 100,0 |

Le TR était douloureux dans **11,7 %** des cas.

5.5.6-Toucher rectal hémorragique :(60)

Tableau XXXXII : Répartition des malades selon la présence d'hémorragie au TR.

| Tr hémorragique | Effectif | Pourcentage |
|------------------------|-----------------|--------------------|
| Oui | 1 | 1,7 |
| Non | 59 | 93,3 |
| Total | 60 | 100,0 |

1,7 % des TR étaient hémorragiques.

5.5.8-Hypothèses diagnostics :

Tableau XXXXIV : Répartition des malades selon les hypothèses diagnostic.

| Hypothèses diagnostics | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|--------------------|
| Hémorroïde interne | 31 | 42,5 |
| Hémorroïde externe | 14 | 19,2 |
| Thrombose hémorroïdaire | 13 | 17,8 |
| Hémorroïde+Fistule anale | 2 | 2,7 |
| Hémorroïde+Fissure anale | 8 | 11 |
| Hémorroïde interne + Hémorroïde externe | 5 | 6,8 |
| Total | 73 | 100,0 |

42,5% de nos hypothèses diagnostiques étaient en faveur des hémorroïdes internes.

5.6-Examens complémentaires :

5.6.1-Anorectoscopie :

Tableau XXXXV : Répartition des malades selon l'anorectoscopie.

| Anorectoscopie | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------|--------------------|
| Fait | 60 | 82,2 |
| Non fait | 13 | 17,8 |
| Total | 73 | 100,0 |

82,2% de nos patients ont bénéficié d'une anorectoscopie.

5.6.2- Biopsie de la muqueuse rectale :

Tableau XXXXVI : Répartition des malades selon la biopsie de la muqueuse rectale.

| Biopsie de la muqueuse rectale | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Faite | 2 | 2,7 |
| Non faite | 71 | 97,3 |
| Total | 73 | 100,0 |

La biopsie a été réalisée chez **2,7%** des malades opérés.

5.6.3-Glycémie :

Tableau XXXXVIII : Répartition des malades selon la glycémie.²

| Glycémie | Effectif | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|--------------------|
| Normale | 68 | 93,1 |
| Hyperglycémie | 4 | 5,5 |
| Hypoglycémie | 1 | 1,4 |
| Total | 73 | 100,0 |

93,1% des malades avaient une glycémie normale.

5.6.4-Groupage-Rhésus :

Tableau XXXVII : Répartition des malades selon le groupe sanguin.

| Groupe sanguin | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------|--------------------|
| A+ | 9 | 12,3 |
| A- | 13 | 17,8 |
| B+ | 10 | 13,7 |
| B- | 8 | 10,9 |
| AB+ | 6 | 8,2 |
| AB- | 15 | 20,6 |
| O+ | 7 | 9,6 |
| O- | 5 | 6,9 |
| Total | 73 | 100,0 |

20,6 % de nos malades étaient du groupe **AB-**.

5.7-Diagnostic retenu :

Tableau XXXIX : Répartition des malades selon le diagnostic retenu.

| Diagnostic retenu | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Hémorroïde interne stade I | 4 | 5,5 |
| Hémorroïde interne stade II | 5 | 6,8 |
| Hémorroïde interne stade III | 9 | 12,3 |
| Hémorroïde interne stade IV | 15 | 20,6 |
| Hémorroïde externe | 15 | 20,6 |
| Thrombose hémorroïdaire | 13 | 17,8 |
| Hémorroïde interne + Hémorroïde externe | 4 | 5,5 |
| Hémorroïde+Fistule anale | 2 | 2,7 |
| Hémorroïde+Fissure anale | 6 | 8,2 |
| Total | 73 | 100,0 |

Les hémorroïdes internes stade III et stade IV ont représenté **32,9 %** des diagnostics retenus.

5.8-Siège des paquets hémorroïdaires

Tableau L : Répartition des malades selon le siège des paquets hémorroïdaires.

| Siege des paquets hémorroïdaires | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|--------------------|
| 3heures | 2 | 2,7 |
| 7heures | 3 | 4,1 |
| 11heures | 4 | 5,5 |
| 3heures+7heures | 10 | 13,7 |
| 7heures+11heures | 3 | 4,1 |
| 3heures+11heures | 6 | 8,2 |
| 3heures+7heures+11heures | 44 | 60,3 |
| Autres | 1 | 1,4 |
| Total | 73 | 100,0 |

L'association **3 heures+7 heures+11 heures** a été retrouvée chez **60,3%** de nos malades.

5.9- Traitement :

5.9.1-Traitement médical :

Tableau LI : Répartition des malades selon le traitement médical.

| Traitement médical | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| Fait | 42 | 57,5 |
| Non fait | 31 | 42,5 |
| Total | 73 | 100,0 |

42,5% de nos patients n'ont pas effectué de traitement médical.

5.9.2-Produits utilisés en traitement médical :

Tableau LII : Répartition des malades selon les produits utilisés en traitement médical.

| Produits utilisés en traitement médical | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Régulateur du transit + Veinotonique+Antalgique | 19 | 45,2 |
| Régulateur du transit + Veinotonique | 7 | 16,7 |
| Antalgique | 13 | 31 |
| Régulateur du transit | 3 | 7,1 |
| Total | 42 | 100,0 |

45,2% de nos patients traités médicalement ont reçu une association de régulateur du transit, de veinotonique et d'antalgique.

5.9.3-Durée du traitement médical :

Tableau LIII : Répartition des malades selon la durée du traitement médical.

| Durée du traitement médical | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------------|-----------------|--------------------|
| 1 heure à 1 jour | 11 | 26,2 |
| 2 à 6 jours | 7 | 16,6 |
| 1 semaine | 4 | 9,5 |
| 2 semaines | 18 | 42,9 |
| Plus de 2 semaines | 2 | 4,8 |
| Total | 42 | 100,0 |

42,9% des traitements médicaux ont duré deux (2) semaines.

5.9.4-Traitement chirurgical :

Tableau LIV : Répartition selon le traitement chirurgical.

| Traitement chirurgical | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Fait | 52 | 71,2 |
| Non fait | 21 | 28,8 |
| Total | 73 | 100,0 |

71,2% de nos malades ont été opérés.

5.9.10- Indice de Karnofsky :

Tableau 13 : Répartition des patients opérés selon l'indice de Karnofsky

| Indice | Effectif | Pourcentage |
|--------------|-----------|--------------|
| 80% | 39 | 75 |
| 90% | 10 | 19,2 |
| 70% | 3 | 5,8 |
| Total | 52 | 100,0 |

75% de nos patients avaient un indice de Karnofsky à **80%**.

5.9.9-Anesthésie :

Tableau LIX : Répartition des malades selon le type d'anesthésie.

| Type d'anesthésie | Effectif | Pourcentage |
|------------------------|-----------|--------------|
| Rachianesthésie | 45 | 86,5 |
| Anesthésie péridurale | 3 | 5,8 |
| Anesthésie générale | 4 | 7,7 |
| Total | 52 | 100,0 |

86,5% de nos patients ont été opérés sous rachianesthésie.

5.9.5-Indications chirurgicales :

Tableau LV : Répartition des malades selon l'indication chirurgicale.

| indications chirurgicales | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Echec du traitement médical | 8 | 15,4 |
| Thrombose hémorroïdaire | 13 | 25 |
| Hémorroïde stade III | 6 | 11,6 |
| Hémorroïde stade IV | 15 | 28,8 |
| Hémorroïde+Fissure anale | 8 | 15,4 |
| Hémorroïde+Fistule anale | 2 | 3,8 |
| Total | 52 | 100,0 |

Les hémorroïdes internes stade IV et la thrombose hémorroïdaire ont représenté **53,8%** des indications chirurgicales.

5.9.6-Durée de l'intervention chirurgicale :

Tableau LVI : Répartition des malades selon la durée de l'intervention.

| Durée de l'intervention | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| 11 à 20 minutes | 6 | 11,5 |
| 21 à 30 minutes | 33 | 63,5 |
| Plus de 30 minutes | 13 | 25 |
| Total | 52 | 100,0 |

75 % des opérations ont duré moins de **30 minutes**.

5.9.7-Techniques chirurgicales utilisées :

Tableau LVII : Répartition des malades selon la technique chirurgicale utilisée.

| Techniques chirurgicales | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| Milligan-Morgan | 27 | 51,9 |
| Thrombectomie simple | 14 | 26,9 |
| Hémorroïdectomie+Fissurectomie | 9 | 17,4 |
| Hémorroïdectomie+Fistulectomie | 2 | 3,8 |
| Total | 52 | 100,0 |

La technique de Milligan-Morgan a été réalisée chez **51,9 %** de nos patients opérés.

5.9.8-Nombre de paquets hémorroïdaires réséqués :

Tableau LVIII : Répartition des malades selon le nombre de paquets hémorroïdaires réséqués.

| Nombre de paquets hémorroïdaires | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|--------------------|
| 3 paquets | 39 | 75 |
| 2 paquets | 10 | 19,3 |
| 1 paquet | 2 | 3,8 |
| Autres | 1 | 1,9 |
| Total | 52 | 100,0 |

-Autres : paquet hémorroïdaire circulaire

3 paquets hémorroïdaires ont été reséqués dans **75 %** des cas. Nous avons eu un cas d'hémorroïde circulaire.

5.10-Le post opératoire :

5.10.1-Produits utilisés en traitement postopératoire :

Tableau L X : Répartition malades selon le traitement postopératoire.

| Traitement postopératoire | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Laxatif+Antalgique+Antiseptique | 50 | 96,2 |
| Laxatif+Antalgique+Antiseptique+Antibiotique | 2 | 3,8 |
| Total | 52 | 100,0 |

96,2% de nos malades opérés ont été mis sous une association de laxatif, d'antalgique et d'antiseptique en bain de siège.

5.10.2-Complications post opératoires immédiates :

Tableau LXI : Répartition des malades selon les complications post opératoires immédiates.

| Complications immédiates | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| Aucune | 47 | 90,4 |
| Douleur | 3 | 5,8 |
| Hémorragie | 1 | 1,9 |
| Rétention urinaire | 1 | 1,9 |
| Total | 52 | 100,0 |

90,4% de nos malades opérés n'ont présenté aucune complication postopératoire immédiate.

5.10.3-Complications post opératoires tardives :(Suivi jusqu'à 4 mois)

Tableau LXII : Répartition des malades selon les complications post opératoires tardives.

| <u>Complications post opératoires tardives</u> | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|--------------------|
| Suites simples | 48 | 92,3 |
| Retard de cicatrisation | 3 | 5,8 |
| Sténose anale | 1 | 1,9 |
| Total | 52 | 100,0 |

92,3 % de nos malades opérés n'ont signalé aucune complication après **4 mois** de suivi.

VI-Commentaires et discussions :

6.1-Méthodologie :

Nous avons mené une étude retrospective s'étendant sur **4 ans** et portant sur **73** malades. Nous avons ainsi travaillé avec un questionnaire se rapportant aux malades atteints de maladie hémorroïdaire.

Cependant nous avons rencontré un certain nombre de problèmes :

- La difficulté dans le recueil des données à partir des dossiers anciens (dossiers incomplets)
- Le retard de la prise en charge dû au traitement traditionnel
- Le problème de suivi de certains patients perdus de vue et injoignables au téléphone.

6.2-Epidémiologie :

6.2.1-Fréquence :

Tableau L X V I :Fréquence et Auteurs

| AUTEURS | Effectif | Pourcentage % | Tests statistiques |
|--|-----------------|-----------------------------|---------------------------|
| Yassimbanda, Bangui, 2004 [8] | 328 | 80,9 | P=0,0000 |
| Bougouma, Burkina Faso, 2002 [38] | 78 | 6 | P= 0,2429 |
| Lémine, Mali, 2007 [39] | 150 | 3,12 | P=0,6822 |
| Notre étude, Mali, 2011 | 73 | 1,4 | -- |

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

Durant notre étude la maladie hémorroïdaire a constitué 1,4% de toutes les consultations, soit une moyenne de 18 cas par an.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre cette fréquence et celles de Bougouma (P=0,2429) et de Lémine (P=0,6822) [38 ; 39] ; elle est cependant inférieure à celle de Yassim Banda (P=0,0000) [8]. Cette différence peut s'expliquer par la taille des échantillons.

6.2.2-Age :

Tableau LXVII : Age et auteurs.

| Auteurs | Effectif | Age moyen/année |
|---|-----------------|------------------------|
| SOULLARD J [11] France | 100 | 52 |
| CHEW, Australie, 2003 [25] | 6739 | 46,7 |
| ELEN Congo Brazzaville 2007 [42] | 56 | 36 |
| GK KOUADIO RCI, 2004 [43] | 480 | 35 |
| Notre étude, Mali, 2011 | 73 | 37,8 |

La maladie hémorroïdaire peut apparaître à tous les âges. L'âge moyen dans notre série est de 37,8 ans. Ce qui est statistiquement égal aux résultats des séries africaines [42, 43]. Par contre, confrontés aux données de la littérature occidentale [11 ; 25], nos patients étaient relativement plus jeunes. Cela peut s'expliquer par l'âge jeune de la population africaine en général et malienne en particulier.

6.2.3-Sexe :

Tableau LXVIII : Sexe et auteurs

| AUTEURS | HOMME | FEMME | N | SEXE RATIO |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------|-------------|
| PIGOT, France 2006 [45] | 542 52,7% | 491 47,3% | 1033 | 1,10 |
| KH, Singapour 2006 [2] | 1894 51% | 1817 49% | 3711 | 1,04 |
| ALHADRANI, Yémen, 2000 [3] | 373 78,7% | 101 21,3% | 474 | 3,69 |
| LEMINE, Mali 2007 [39] | 112 74,6% | 38 25,4% | 150 | 2,95 |
| Notre étude, Mali, 2011 | 52 71,2% | 21 28,8% | 73 | 2,47 |

Le sexe n'est pas un facteur de risque. Dans plusieurs études le sexe masculin a été le plus représenté. Ainsi Pigot en France [45], Al-hadrani au Yémen [3], K.H à Singapour [2] et Lémine au Mali [39] ont tous retrouvé une fréquence plus élevée de maladie hémorroïdaire chez les hommes.

Dans notre étude 71,2% des malades étaient des hommes, soit un sexe ratio de 2,47 en faveur des hommes.

La fréquence plus élevée de la maladie hémorroïdaire chez l'homme peut s'expliquer par beaucoup de facteurs tels que la consommation plus importante d'excitants (alcool, café, tabac), la pratique de certains travaux de force et la pratique de sports intenses (vélo, moto, haltère).

6.2.4-Facteurs de risque :

Les facteurs de risque de la pathologie hémorroïdaire sont nombreux et divers. Ils ont un dénominateur commun qui est l'augmentation de la pression abdominale. Ce qui ralentirait le reflux sanguin dans la veine rectale supérieure[5 ; 22]. Les principaux facteurs favorisants sont : l'hypertrophie de la prostate, la grossesse, les troubles du transit, la consommation excessive de café, d'épice, l'alcoolisme chronique, le tabagisme, la sédentarité, les travaux en position assise, la période prémenstruelle, voire la pratique de certains sports [22]. La constipation a été le facteur favorisant le plus fréquent dans notre série conformément aux données de la littérature[47]. Sa fréquence varie entre 27,6 et 54% selon les auteurs.

6.3-Aspects cliniques :

6.3.1-Signes fonctionnels :

Tableau LXX :

Tableau LXXI: Signes fonctionnels et auteurs

| Signes Auteurs | Douleur | | Rectorragie | | Prurit et suintement | | NBRET OTAL DE CAS |
|-------------------------------------|-----------|------------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| | EFF | % | EFF | % | EFF | % | |
| PIGOT, France, 2005 [45] | 637 | 62 P=0,222 9 | 584 | 56 P=0,007 9 | 213 | 21 P=0,886 0 | 1033 |
| PRAVIN, Inde, 2005 [48] | 933 | 57 P=0,056 1 | 1592 | 96 P=0,000 0 | 464 | 28 P=0,490 2 | 1650 |
| LEMINE, Mali, 2007 [4] | 116 | 77,3 P=0,000 0 | 45 | 30 P=0,7847 | 9 | 7,76 P=0,730 3 | 150 |
| Notre étude 6- | 51 | 69,9 | 17 | 23,3 | 13 | 17,8 | 73 |

- **La douleur anale** a été le principal signe retrouvé. Elle est liée aux poussées inflammatoires hémorroïdaires, aux micros thrombus ou à une autre cause associée (Fissure anale cachée, Cryptite etc....). Sa fréquence dans notre étude a été de 69,9%. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre notre fréquence et celle de Lémine ($P=0,3331$) et de celle de Pigot ($P=0,2229$) [4 ; 45]. Par contre elle est supérieure à celle de Pravin ($P=0,0561$) [48]. Cette différence pourrait être liée aux conditions de vie des patients.

- **La rectorragie** est d'intensité variable [10] apparaissant avec ou après les selles. Sa fréquence dans notre étude a été de 23,3 % (17 cas). Ce qui est statistiquement différent de celle retrouvée dans les autres séries ($P=0,0000$) [45 ; 48 ; 4]. Cette différence peut s'expliquer par les biais de recrutement.

- **Le prurit et le suintement** surviennent en général secondairement à la proctodermite hémorroïdaire [28]. Ils ont été retrouvés chez 17,8 % de nos malades. Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre notre résultat et ceux des autres auteurs ($P=0,8860$; $P=0,4902$; $P=0,7303$) [45 ; 48 ; 4].

6.3.2-Signes physiques

6.3.2.1-Le toucher rectal :

Le toucher rectal est un temps clé de tout examen proctologique. Il permet de poser le diagnostic de la maladie hémorroïdaire.

L'hypertonie du sphincter anal est un signe important de la maladie hémorroïdaire [28]. En effet la pression au niveau du sphincter anal est supérieure à la normale chez la majorité des patients atteints de maladie hémorroïdaire. Elle est réduite après l'intervention chirurgicale quelque soit la technique.

Nous avons observé une tonicité sphinctérienne importante chez 40,6% de nos malades au TR. En revanche cette hypertonie n'a pas pu être évaluée car nous ne disposons pas de manomètre.

6.3.2.2-Classification des hémorroïdes :

Tableau LXXII: Stades et auteurs

| Auteurs | Stade I | | Stade II | | Stade III+IV | |
|--------------------------------|----------|------------|----------|------------|--------------|-------------------|
| | Eff | % | Eff | % | Eff | % |
| Rosa, Italie, 2005[19] | 121 | 19 | 7 | 1 | 512 | 80 P : 0,000 |
| Lémine, Mali, 2007[39] | 2 | 1,3 | 10 | 32,7 | 94 | 62,7 P : 0,000 |
| Notre étude, Mali, 2011 | 4 | 5,5 | 5 | 6,8 | 24 | 32,9 |

Dans plusieurs séries telles que celles de Rosa en Italie et de Lémine au Mali [19 ; 39], plus de la moitié des patients ont consulté à un stade très avancé (stade III + stade IV). Ce taux dans notre série est de 32,9%. Ce qui est statistiquement différent de celui des autres auteurs cités ci-dessus [P=0,000]. Cette différence peut signifier un début de changement de comportement des patients atteints de maladie hémorroïdaire dans notre pays.

6.3.2.3-Siège des paquets hémorroïdaires :

C'est classique d'avoir des paquets hémorroïdaires à 3 heures, 7 heures et 11 heures [40 ; 28]. La pathologie hémorroïdaire respecte l'anatomie vasculaire de la marge anale. Il s'agit des 3 branches de l'artère rectale supérieure qui peuvent se prolaber à ces niveaux. Ce qui explique que plus de la moitié de nos malades, soit 60,3%, présentaient des paquets hémorroïdaires localisés à 3H+7H+11H.

6.4-Traitement :

6.4.1-Traitement médical :

Le traitement médical est classique dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire aux stades I et II [28]. Il a porté durant notre étude sur 42 patients, soit 57,5%. Nous estimons avec d'autres auteurs que la régularisation du transit est l'élément le plus important du traitement médical de la pathologie

hémorroïdaire même si d'autres médicaments tels que les veinotoniques, les anti-inflammatoires locaux et les antalgiques oraux gardent toute leur utilité.

6.4.2-Traitement chirurgical :

Tableau LXXIII : Technique et Auteurs

| Auteurs | Milligan Morgan | Autres techniques | Effectif |
|---------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------|
| BASDANIS, 2005, [49] | 47,4 | 52,6 | 95 |
| LEMINE, Mali, 2007, [39] | 70,7 | 29,3 | 106 |
| BIKHCHANDANI, 2005, [50] | 50 | 50 | 84 |
| RACALBUTO, 2004, [51] | 50 | 50 | 100 |
| Notre étude, Mali, 2011 | 67,1 | | 49 |

La technique de Milligan et Morgan a été la plus réalisée durant notre étude car c'est celle-là que nous maîtrisons le mieux. Elle a été réalisée chez 67,1% de nos patients. Dans la série de Lémine, 64% des patients opérés selon cette technique n'ont signalé aucune complication après six (6) mois de suivi. [5]

Aussi 26,5% de nos malades opérés ont subi une thrombosectomie simple. Il s'agit de patients venus en urgence dans un tableau de thrombose hémorroïdaire. Dans ces dernières années plusieurs auteurs utilisent la technique de Longo.

6.5-Les complications post opératoires :

6.5.1-Complications post opératoires immédiates :

Tableau LXXIV : Complications post opératoires immédiates et auteurs

| Auteurs | Hémorragie | Rétention urinaire aigüe | Effectif total |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------|
| ERIC TOUZIN, Canada [52], 2005 | 2(4,9%) | 2(4,9%) | 41 |
| RACALBUTO, [51], 2004, | 1(1%) | 2(2%) | 238 |
| PYYY LAU Hong Kong (36) | 0 | 5(2,1%) | |
| LEMINE, Mali, 2007, [39] | 3(2,9%) | 14(13,2%) | 106 |
| Notre étude, Mali, 2011 | 1(1,9%) | 1(2%) | 49 |

- **La rétention urinaire :** Complication qui survient au cours des premiers jours en post opératoire, la rétention urinaire est le plus souvent liée à un phénomène reflexe [21]. Elle est diversement appréciée selon les auteurs : de la simple dysurie à la rétention d'urine nécessitant un sondage. C'est ainsi que son taux varie de 2 à 13,2%. Dans notre série son taux est de 2%. Ce qui rejoint ceux des autres auteurs. [52 ; 51 ; 36 ; 39]

Elle peut être influencée par [28]:

- Un volume de perfusion supérieur à 1000 ml
 - Un âge entre 40 et 50 ans
 - La réalisation d'un pansement compressif intracanalair
 - Une hémorroïdectomie pluri-pédiculaire
- **Hémorragie :** Nous avons rapporté 1 cas d'hémorragie, soit 1,9% en post opératoire immédiat. Ce qui se situe dans les limites de la littérature (Taux variable de 0 à 4,9%.[52 ; 51 ; 36 ; 39]

6.5.2-Complications post opératoires tardives (Suivi jusqu'à 4 mois) :

Tableau LXXV :Suites opératoires tardives et auteurs

| Auteurs | Effectif Total | Retard de cicatrisation | Sténose cicatricielle | Incontinence anale | Hémorragie tardive |
|------------------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Pravin, Inde 2006, [53] | 48 | 1(2%) P : 0,003 | 3(6,2%) P : 0,085 | 5(10,4%) | 3(6%) |
| KOUADIO, [43], RCI | 480 | 39(8,2%) P : 0,000 | 0 | 0 | 0 |
| Pressaux, [54] France, 2004 | 100 | - | 2(2%) P : 0,003 | 0 | 0 |
| Notre étude | 49 | 3(5,8%) | 1(1,9%) | 0 | 0 |

Les complications post opératoires tardives correspondent au retard de cicatrisation, à la sténose anale, à l'hémorragie tardive et à l'incontinence anale.

- Le taux de retard de cicatrisation de 5,8% (3 malades) dans notre série est statistiquement différent de ceux des séries africaine (8,2% ; P=0,0000) et indienne (2% ; P=0,0030) [43 ; 53].

Cela peut être lié à la qualité des soins locaux post opératoires, à la non régularisation du transit ou à l'existence d'un antécédent médical favorisant.

- L'hémorragie tardive : Ces hémorragies semblent être généralement dues à une chute d'escarre. Elle a été retrouvée à un taux nul dans notre série ainsi que dans celles de plusieurs auteurs [43; 54]. Par contre Pravin en Inde [53] l'a notée à 6%. Cette différence peut être liée à la technique opératoire utilisée ou à la qualité de l'hémostase pendant l'opération.

- L'hémorroïdectomie n'est pas indemne de sténose cicatricielle survenant à un taux variable selon les différents auteurs. Dans notre étude nous avons noté 1,9% (1 malade) de sténose anale. Ce qui est statistiquement différent des taux retrouvés par Pravin (P= 0,0852) et par Pressaux (P=0,003)[53 ; 54]. Son taux a été nul dans la série de Kouadio [43]. Cette variabilité peut s'expliquer par la qualité de cicatrisation de la plaie opératoire.
- L'incontinence anale a été retrouvée à un taux nul par plusieurs auteurs. Cependant elle a été notée à un taux de 10,4% par Pravin en Inde [53]. Cela peut être lié à une lésion du sphincter anal pendant l'opération.

VII- Conclusions et recommandations :

7.1- Conclusions :

La maladie hémorroïdaire est l'affection anorectale la plus fréquente avec une prédilection chez l'adulte jeune.

Les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de cette pathologie sont divers et variés.

Son diagnostic de certitude repose sur l'anorectoscopie.

La hantise devant tout problème anal chez un adulte ou un sujet âgé doit d'abord être l'élimination d'un cancer rectal.

La plupart des patients atteints de maladie hémorroïdaire consultent à un stade tardif.

Au regard des résultats de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

7.2- Recommandations :

7.2.1- Aux autorités politiques et sanitaires

- Renforcer la décentralisation des compétences en dotant les CS Réf de matériels anorectoscopiques.
- Pratiquer la C.C.C (communication pour le changement de comportement) afin d'informer la population sur le moindre détail sur la pathologie hémorroïdaire.
- Contrôler la réglementation des publicités audio-visuelles des tradithérapeutes afin de minimiser le retard lié à la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

7.2.2- Aux personnels médico-chirurgicaux :

- Rechercher d'autres causes (non hémorroïdaires) devant tout inconfort anal par un examen anorectoscopique.
- Adapter le traitement en fonction du stade évolutif de la maladie.

7.2.3- **Aux patients :**

- Eviter les troubles du transit notamment la constipation
- Consulter dans un centre de santé pour tout inconfort anal.
- Ne pas considérer la maladie hémorroïdaire comme une maladie honteuse.

VII-References bibliographies:

1. MEHIGAN BJ, MONSON JRT, HARTLEY JE.

Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised control trial.

Lancet 2000;355 (9206): 782-5.

2. NG KH, HO KS, OOI BS, DE SAVEUR CL, KILOWATT E.

Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations.

Br J Surg 2006; 93: 226-230.

3. AL-HADRANI AM.

Khat induced haemorrhoidal disease in Yemen.

Saudi Med J. 2002; 21 (5): 475-7.

4. COULOUBALY A.

Hémorroïde et sexualité au service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

These Med, Bamako 2003; N° 79 P:

5. MARIKO H.

Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas.

6. COPE R.

Etiopathogenesis of haemorrhoidal diseases
Gastro enterol clin bio 1994 ; 57(2):206-212.

.

7. National Institute for Clinical Excellence, Australian Safety and Efficacy Register.

International Procedures-Surgical. Interventional procedures overview of circular stapled

Haemorrhoidectomy

8. YASSIMBANDA S, IGNALEAMOKO A, MBELESSO P, BOBOSSI GS, BOUA N, CAMEGO-POLICE S.M, WABOLOU P, NALI N, VOHITO M.D

La pathologie ano rectale à Bangui en république centre africaine (RCA).

Mali Médical 2004 T XIX N° 2.

9. DIALLO G, SISSOKO F, MAIGA I, et al.

La maladie hémorroïdaire dans le service de Chirurgie B de l'hôpital du Point G.

Mali Médical 2003 ; T XIX N° 1 : 9-11.

10. DEMBELE K.

Aspects épidémiologiques et cliniques des maladies anales au Mali

Thèse: Médecine ; Bamako.1993 ; 93 p, N° 37.

11. SOULLARD J

Les hémorroïdes existent-elles

Rev proct 1981 ; 1 : 32 – 34.

12. ABRAMOWITZ L, GODEBERGE P, SOUDAN D.

Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire.

Gastroenterol Clin Biol. 2001; 25 (6-7):674-702.

13. BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT juin 2009

14. KEITA K I.

Etude des perforations iléales d'origine typhique dans le service de chirurgie de l'hôpital Sominé Dolo De Mopti.

These Med Bamako 2009; N°: 178; P: 77.

15. DE PARADES V, BAUER P, DANIEL F, ATIENZA P.

Le traitement de la pathologie hémorroïdaire.

Traitement des hémorroïdes : intervention de Longo versus traitement endoscopique 2001.

J canchir. 2001; 138 (52): 1-13.

16. SAYFAN J.

Complication of Milligan-Morgan haemorrhoidectomy.

Dis Surg 2001; 18: 131-3.

17. FABIEN D, BIGARD M A.

Pathologie hémorroïdaire.

Rev. du praticien/ 2005:55; 1719-1722.

18. SUDUCA JM, STAUMONT G, SUDUCA P.

Hémorroïdes.

EMC Paris. Gastro-entérologie 2001 ; 9-086-A-10: 2001, 15.

19. ROSA G.

Technique coloproctol disease.

Rev. Prat 2005; 9 (3): 1232-7.

20. PABLO G, ALONSO C, MILLS ED, DIANE HA, MAITE LY, ZHOU QI, JOHANSON JF. GORDON G.

Fibre pour le traitement des complications hémorroïdaires.

Am J Gastroenterol 2006; (101): 5-181.

21. SENEJOUX A.

Chirurgie des hémorroïdes: Quelles suites opératoires.

Ann chir. 2008 ; 136 : 635-742.

22. GODEBERGE P.

La maladie hémorroïdaire.

J Can chir. 2006; 145 (57): 1-4.

23. HOLZHEIMER RG.

Haemorrhoidectomy: Indications and Risks.

Eur J Med Res 2004; 9(1):18-36.

24. Society for Surgery of the Alimentary Tract.

Surgical management of haemorrhoids 2004.

Am Surg 2004; 50(9):152-4.

25. CHEW SS, MARSHALL L, THAM J, GRIEVE DA, DOUGLAS PR, NEWSTEAD GL

Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of haemorrhoids and mucosal prolapsed.

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

26. CHAUTEMS R, ZUFFEREY G, ROCHE B.

Pathologie hémorroïdaire : approche diagnostique et thérapeutique à l'usage du praticien.

Schweiz med. forum 2005; 5: 869-874.

27. PIGOT F, DAO Q M, CASTINEL A, JUGUET F, BOUCHARD D, ALLAERT FA, BOCKLE J.

Vécu de la douleur postopératoire et résultats à long terme après chirurgie hémorroïdaire par anopexie.

Ann. chir. 2006; 131(4): 262-267.

28. ABRAMOWITZ L, GODEBERGE P, STAUMONT G, SOUDAN D, et Coll.

Recommandation pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire.

Gastro enterology Clinbiol 2001; 25 (674-702).

29. BAUMANN R, MEYER C.

Pathologie de l'anus: hémorroïdes et fissures anales.

Revue d'hépto-gastro-enterologie, 2002; 273(14): 165-172.

30. GRAVIE JF, LEHUR PAMD, FANTOLI M, DESCOTTES B, PRESS P, ARNAUD P.

Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy.

Ann. Surg 2005; 242(1) : 29-35.

31. CORMAN ML, GRAVIE JF, HAGER T, LOUDON MA, MASCAGNI D, NYSTRON PO, SEOW-CHOEN F, ABCARIAN H, MARCELLO P, WEISS E, LONGO A.

Stapled hemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party-indications, contra-indications and technique.

Colorectal Dis 2003; 5:304-310.

32. HEROLD A.

Thérapie des häemorrhoidalleiden ; Ann. Chir. 2006 ; 77 : 737-748.

33. PIGOT F, SIPROUDHIS L, ALLAERT F A.

Risk factor associated with haemorrhoidal symptoms in specialized consultation.

GastroenerologyClinBiol 2005; 29(12): 1270-4.

These Med. Bamako 2003; N° 33 P: 90.

34. HO Y, CHEONG WK, TSANG C, HO J, EU KW, TANG CL, SEOW-CHOEN F.

Stapled haemorrhoidectomy-Cost and effectiveness Randomised controlled trial including incontinence scoring anorectalmanometry and endoanal ultrasound assessment at up too three months.

Dis colon Rectum 2000, 43:1666-75.

35. MOSCA F, CONSOLI A, PORTALE TR, ANGILLO A, PERSI A, ZAPPALA O, PULEO S.

Milligan-Morgan haemorrhoidectomy and stapled mucoprolapsectomy.

Clinical comparaison of the results; Chir 2005; 26(67): 267-74.

36. PYY L, MENG WCS, YIP AWC

Stapled haemorrhoidectomy in Chinese patients: a prospective randomised commol study.

Hong Kong Med J 2004; (10): 6.

37. COULIBALY H.

Prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le service de chirurgie « A » au CHU Point-G.

These Med, Bamako 2008; N° 84 P: 77.

38. BOUGOUMA A, DRABO YJ, SERME AK, ZOUNGRANA SL, SOMBLIE AR, ILBOUDO PD, & BONKOUNGOU P.

STATISTIQUES HOSPITALIÈRES : Analyse des résultats de 1221 coloscopies en milieu hospitalier au Burkina Faso, 1994-1997.

Bull SocPathol. Exot, 2002; 95(1): 50-52.

39. DICKO M L.

Etude des hémorroïdes au CHU de Gabriel Touré.

These Med Bamako 2006; N°155; P: 112.

40. DEWIT. O, MELANGER. M, VANHEUVERZWYN. R

Les urgences en proctologie

Louvain Med 2001; 120: 43-49

41. GRAVIE JF.

Anopexie circulaire dans le traitement des hémorroïdes : technique de Longo.

Encycl. Méd. Chir. Tchen Chir. 2000; Fa 40-685:1-4.

42. ELEN J, OKIEMY G, CHOCOLAT R, et al.

Résultats du traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire selon la technique de Milligan et Morgan à propos de 56 cas CHU Brazzaville (Congo).

Chir. 2007 ; 2 : 58-60.

43. KOUADIO GK, KOUAO JA, KOUADIO LN, TURQUIN HT.

Expérience de l'hémorroïdectomie selon MILLIGAN- MORGAN en Côte d'Ivoire. Abidjan.

Médecine d'Afrique Noire 2004; 51(7) : 385-388.

44. JOHANSSON HO, GRAF WG, PAHLMAN L.

Bowel habits in haemorrhoid patients and normal subjects.

Am J Gastroenterology 2005; 100: 401- 406.

45. PIGOT F.

Hémorroïdes et maladie hémorroïdaire.

Rev Prat 2001; 51:21-5.

46. BERNAL JC, ENGUIX M. LOPEZ J. GARCIA RJ, and TRULLENQUE PR.

Rubber-band ligation for haemorrhoids in a colorectal unit: A prospective study.

Rev Esp. Enferm Dig 2005; 97 (1): 38-45.

47. CHAN AO, LAM KF, HUI WM, LEUNG G, WONG NY, LAM SK, WONG BC.

Influence of positive family history on clinical characteristics of functional constipation.

Clin Gastroenterology Hepatol.2007; 5(2): 197-200.

48. PRAVIN J, GUPTA MS.

New aproch to advanced haemorrhoidal disease.

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

49. BASDANIS G, PAPADOPOULOS VN, MICHALOPOULOS A, APOSTOLIDIS S, HARLAFTIS N.

Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidectomy vs. open with Ligature for prolapsed piles.

SurgEndosc 2005; 19(2):235-9.

50. BIKHCHANDANIS J, AGARWAL PN, KANT R, MALIK VK.

Randomized controlled trial to compare the early and mid-term results of stapled versus open haemorrhoidectomy.

Am J Surg 2005; 189(1):56-60.

51. RACALBUTO A, ALIOTTA I, CORSARO G, LANTERI R, DI CATALDO A, LICATA A.

Haemorrhoidal stapler prolapsectomy vs. Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: a long-term randomized trial.

Int J Colorectal Dis 2004; 19(3):239-44.

52. TOUZIN E, HEGGE S, MCKINLEY C,

Early experience of stapled haemorrhoidectomy in a community hospital setting.

J canchir 2005; 45(5): 154-178.

53. PRAVIN J, GUTPA MS, PURUSHOTAM S, HEDA MD, and SURKHAKALASKAR BHMS.

Radiofrequency ablation and placcation A, New technique for prolapsing haemorrhoidal disease. Elsevier 2006; (63):1-7.

54. PESSAUX P, TUECH JJ, LAURENT B, REGENET N, LERMITE E, SIMONE M, HUTEN N, DE MANZINI N, ARNAUD J P.

Complications après anopexie circulaire pour cure d'hémorroïde : Résultat à long terme d'une série de 140 malades et analyse de la littérature.

Ann chir 2004; 129: 571-577.

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

Stapled haemorrhoidectomy: a review of our early experience.

Am Surg 2003; 69(10):862-5

56. BANAEIL, DANCOISNE A, DIA K.

1. Hémorroïdopexie circulaire par agrafage. Juillet 2005.

<http://www.has-sante.fr>; P 16-85

57. OBERLIN P, MOUQUET C.

Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène.

Ann Surg. 2002 ; 194:1-11. London, NICE, 2003; 22-5.

58. Koffy P. et al.

Prise en charge chirurgicale des affections ano rectales non malformatives au CHU de TOKOIN de Lomé (Togo) à propos de 168 cas.

J africhir. digest 2003 ; 3(2) : 10-68.

FICHE D'ENQUETE

I-Données administratives

Q1-Lieu enquête

1 : CS Réf 2 : CHU Gabriel Touré

Q2-Numéro de la fiche d'enquête :...../.../

Q3-Date de consultation :...../.../

Q4-Nom et prénom du malade :...../.../

Q5-Age :...../.../

Q6-Sexe...../.../

1 : Masculin 2 : Féminin

Q7- Lieu d'origine :..... /.../

1 : Kayes 3 : Sikasso 5 : Mopti 7 : Gao
 2 : Koulikoro 4 : Ségou 6 : Tombouctou 8 : Kidal 9 : Bamako
 10 : Autres (à préciser)

Q8- Contacte à Bamako :...../.../

Q9-Numéro de téléphone...../.../

Q10- Nationalité :...../.../

1 : Malienne 2 : Non Malienne (à préciser)

Q11- Ethnie :...../.../

1 : Khassongué 4 : Senoufo 7 : Dogon 10 : Maure
 2 : Sarakolé 5 : Malinké 8 : Touarègue 11:

Minianka

3 : Bambara 6 : Bobo 9 : Peulh 12 : Sonhaï
 13 : Forgeron 14 : Diawambé 15 : Griot 15 : Autres (à

préciser)

Q12-Situation matrimoniale :...../.../

1 : Marié (e) 2 : Célibataire 3 : Divorcé 4 : Veuf (ve)

Q13-Principale activité :...../.../

1 : Cadre supérieur 3 : Cadre inférieur 5 : Paysan 7 : Militaire
 2 : Cadre moyen 4 : Scolaire 6 : Ménagère 8 : Ouvrier
 9 : Commerçant 10 : Autres (à préciser)

Q14-Position du travail :...../.../

1 : Debout 2 : Assise 3 : Debout+Assise 4 : Indét 5 : Autres (à préciser)

Q15-Mode de recrutement :...../.../

1 : Urgence 2 : Consultation ordinaire

II Etude Clinique :

Q16-Motif de consultation :...../.../

1 : Douleur anale 2 : Prolapsus hémorroïdaire 3 : Rectorragie
 4 : 1+2+3 5 : 1+2 6 : 1+3
 7 : 2+3 8 : Autres (à préciser)

Description de la douleur

Q17- Douleur Présente : Oui /.../ Non/.../

Q 18-Mode d'installation :...../.../

1 : Brutal 2 : Progressif 3 : 1+2

Q19- Moment de la douleur :...../.../

1 : Avant les selles 4 : Permanente
 2 : Pendant les selles 5 : 1+2
 3 : Après les selles 6 : 2+3

Q 20- Type de la douleur :...../.../

1 : Brûlure 2 : Pesanteur 3 : Piqûre 4 : Tension
 5 : Coup de poignard 6 : Indét 7 : Autres (à préciser)

Q21- Intensité de la douleur :...../.../

1 : Faible 2 : Modérée 3 : Forte
 4 : Extrême 5 : Indét

Q 22- Irradiation de la douleur :...../.../

1 : Aucune 2 : locale 3 : pelvienne 4 : Périnéale
 5 : 2+3 6 : 2+ 4 7 : 2+3+4 8 : Indét

Q23-Evolution de la douleur

1 : Permanente 2 : Intermittente

Description de la rectorragie

Q 24- Rectorragie présente Oui /.../ Non /.../

Q25-Moment de la rectorragie par rapport aux selles :...../.../

1 : Avant les selles 2 : Au moment des selles 3 : Après les selles
 4 : En dehors des selles 5 : 1+2 6 : 2+3 7 : Indét

Q26-Quantité de la rectorragie :...../.../

1 : Trace 2 : Moyenne abondance 3 : Grande abondance 4 : Indét

5. Autre (à préciser)

Q 27-Aspect de la rectorragie :...../.../

1 : Rouge 2 : Noire 3 : Caillot 4 : Indét 5 : Autres (à préciser)

Q28-Mode d'arrêt de la rectorragie :...../.../

1 : Aucun 2 : Spontané 3 : Provoqué

Description du prolapsus hémorroïdaire

Q29- Prolapsus présent :...../.../

1 : Oui /.../ 2 : Non /.../

Q 30-Mode d'apparition :...../.../

1 : Spontané 2 : Après un effort physique 3 : Indét

Q31-Durée du prolapsus

1 : Moins de 24 heures 2 : 1 à 2 jours 3 : 2 jours à 1 semaine

4 : Plus d'une semaine 5 : Permanent

Q 31-Réduction du prolapsus :/.../

1 : Spontanée 2 : Manuelle 3 : Non réductible 4 : Indét

Q32-Fréquence de la procidence hémorroïdaire

1 : Fréquente 2 : Peu fréquente 3 : Chronique

Q32-Signes d'accompagnement :...../.../

1 : Aucun 2 : Suintement 3 : Irritation péri-anale 4 : Prurit anal

5 : Epreintes 6 : Ténésme 7 : 2+3 8 : 2+4

9 : 3+4 10 : 4+5 11 : 4+6

Q 33-Facteurs favorisants

1 : Constipation 2 : Diarrhée 3 : Périodes menstruelles

4 : Grossesse 5 : Sédentarité 6 : Travaux en position assise

7 : Accouchement 8 : Autres (à préciser)

III Antécédents :

Q34- Médicaux :...../.../

1 : Aucun 2 : Tuberculose 3 : Drépanocytose 4 : HTA 5 :

Diabète 6 : Syphilis 7 : UGD 8 : Autres (à préciser)

Q35- Chirurgicaux :...../.../

1 : Jamais opéré 2 : Opéré (préciser la nature)

Q36- Gynécologiques :...../.../

1 : Aucun 2 : Cycles menstruelles 3 : Leucorrhée
4 : Ménopause 5 : Indét 6 : Autres (à préciser)

Q37- Obstétricaux :...../.../

1 : Grossesse 1^{er} trimestre 2 : Grossesse 2^{ème} trimestre
3 : Grossesse 3^{ème} trimestre 4 : Pas de grossesse

IV Habitudes socio-alimentaires

Q38- Base alimentaire :...../.../

| | | |
|---------------|-----------|-----------|
| 1 : Céréales | Oui /.../ | Non /.../ |
| 2 : Fruits | Oui /.../ | Non /.../ |
| 3: Tubercules | Oui /.../ | Non /.../ |

Q39-Autres habitudes alimentaires...../.../

| | | |
|-------------|-----------|-----------|
| 1 : Aucun | Oui /.../ | Non /.../ |
| 2 : Tabac | Oui /.../ | Non /.../ |
| 3 : Alcool | Oui /.../ | Non /.../ |
| 4 : Thé | Oui /.../ | Non /.../ |
| 5 : Café | Oui /.../ | Non /.../ |
| 6 : 2+4 | Oui /.../ | Non /.../ |
| 7 : 2+5 | Oui /.../ | Non /.../ |
| 8 : 2+4+5 | Oui /.../ | Non /.../ |
| 9 : 2+3+4+5 | Oui /.../ | Non /.../ |

Q40-Traitement antérieur :...../.../

| | | | |
|----------------|-----------------|-----------------------|-----|
| 1 : Médical | 2 : Chirurgical | 3 : Traditionnel | 4 : |
| Automédication | 5 : 3+4 | 6 : Pas de traitement | |

V Examen physique :

A Signes généraux :..... Q41-Température

corporelle :...../.../

| | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1 : Normale | 2 : Hypothermie | 3 : Hyperthermie |
|-------------|-----------------|------------------|

Q42- Tension artérielle

| | | |
|-------------------|-----------------|------------------|
| 1 : Normo tension | 2 : Hypotension | 3 : Hypertension |
|-------------------|-----------------|------------------|

Q43-Conjonctives :...../.../

| | | |
|-------------------|--------------------------|-----------|
| 1 : Bien colorées | 2 : Moyennement colorées | 3 : Pâles |
|-------------------|--------------------------|-----------|

B. Signes d'organe :

| | | |
|---------------------------------------|-----------|-----------|
| Q44 - Hépatomégalie | Oui /.../ | Non /.../ |
| Q 45-Circulation veineuse collatérale | Oui /.../ | Non /.../ |
| Q 46- Splénomégalie | Oui /.../ | Non /.../ |

C. Examen proctologique :

Q47- Inspection anale :

| | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| 1 : Prolapsus hémorroïdaire | Oui /.../ | Non /.../ |
| 2 : Marisques hémorroïdaire | Oui /.../ | Non /.../ |
| 3 : Ulcération anale | Oui /.../ | Non /.../ |
| 4 : Orifice fistuleux | Oui /.../ | Non /.../ |
| 5 : Fissure Anale | Oui /.../ | Non /.../ |
| 6 : R.A.S | Oui /.../ | Non /.../ |

D-Toucher rectal :

| | | |
|--|-----------------|------------------|
| Q48-Toucher rectal fait | Oui /.../ | Non /.../ |
| Q49- Sphincter anal :..... /.../ | | |
| 1 : Tonique | 2 : Hypotonique | 3 : Hypertonique |
| Q50- bourrelet hémorroïdaire interne : | Oui /.../ | Non /.../ |
| Q51-Toucher rectal hémorragique : | Oui /.../ | Non /.../ |
| Q52-Toucher rectal douloureux : | Oui /.../ | Non /.../ |

VI- Diagnostique :

| | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| Q53-Hypothèse diagnostique :..... /.../ | | |
| 1: Hémorroïde interne | 2: Hémorroïde externe | 3: Thrombose hémorroïdaire |
| 4 : Hémorroïde+Fistule anale | 5: Hémorroïde+Fissure anale | 6 : Hémorroïde+Anite |
| 7 : Hémorroïde interne+Hémorroïde externe | | 8 : Autres (à préciser) |

II- Examens Complémentaires :

Q54-Anorectoscopie :..... /.../

Fait.....1 : Oui

/.../(Résultat) :..... 2 : Non /.../

Q55-BMR :

Faite :.....1: Oui

/.../(Résultat) :..... 2 : Non /.../

Q56-Groupe sanguin :...../.../

1: A+ 2: A- 3: B+ 4: B- 5: AB+

6: AB- 7: O+ 8: O- 9 : Indét

Q57-Glycémie :...../.../

1 : Normale 2 : Hyperglycémie 3 : Hypoglycémie

Q58-Diagnostic retenu :/.../

1 : Hémorroïde interne 2 : Hémorroïde externe 3 : Thrombose hémorroïdaire

4 : Hémorroïde+Fistule 5 : Hémorroïde+ fissure 6 : Hémorroïde + anite

7 : Hémorroïde interne+Hémorroïde externe 8 : Autres (à préciser)

VIII- Traitement :

A- Médical

Q59- traitement médical fait : Oui /.../ Non /.../

Q60- Produits utilisés :...../.../

1 : Veinotonique (à préciser) 2 : Régulateur du transit (à préciser)

3 : Antalgique (à préciser) 4 : Laxatif (à préciser)

5 : 1+2+3 6 : 1+3+4 7 : 1+ 3 8 : 2+3

9 : 1+2 10 : Autres (à préciser)

Q61-Durée du traitement...../.../

1 : 1 à 3 Jours 2 : 3 à 7 Jours 3 : 7 à 15 Jours

4 : 15 à 30 Jours 5 : 30 à 60 Jours 6 : Plus de 60

Jours

B- Chirurgical

Q62-Traitement chirurgical fait...../.../

1 : Oui /.../ 2 : Non /.../

Q63-Indications chirurgicales...../.../

1 : Echec du traitement médical 2 : Thrombose hémorroïdaire

3 : Hémorroïde hémorragique 4 : Hémorroïde stade 3

5 : Hémorroïde stade 4 6 : Hémorroïde+Fissure anale

7 : Hémorroïde+Fistule anale 8 : Autres (à préciser)

Q64-Type d'anesthésie...../.../

1 : Anesthésie locale 2 : Anesthésie locorégionale 3 : Anesthésie générale

Q65-Technique utilisée...../.../

1 : Milligan-Morgan 2 : Thrombectomie simple

3 : Hémorroïdectomie simple 4 : Hémorroïdectomie+Fissurotomie

5 : Autres (à préciser)

Q66-Durée de l'intervention chirurgicale

1 : 10 à 20 minutes

2 : 21 à 30 minutes

3 : 31 à 40 minutes

4 : 41 à 50 minutes

5 : 51 à 60 minutes

6 : Plus de 60minutes

Q67-Nombre de paquet(s) réséqué(s)...../.../

1 : 3 paquets

2 : 2 paquets

3 : 1 paquet

4 : Autres (à préciser)

B-Traitement post opératoire :

Q68-Produits :...../.../

1 : Antalgique (à préciser)

2 : Laxatif (à préciser)

3 : Antiseptique (à

préciser)

4 :1+2

5 :1+3

6 :1+2+3

7 : Autres (à préciser)

C-Suites Opératoires :

Q69-Complication (s) post opératoire (s) Immédiate (s)

1 : Aucune

2 : douleur

3 : Fièvre

4 : Hémorragie

5 : Rétention urinaire

10 : Autres (à

préciser)

Q70-Suivi post opératoire jusqu'à 6 mois...../.../

1 : Suites simples

2 : Retard de cicatrisation

3 : Incontinence anale

4 : Sténose anale

5 : Autres (à préciser)

FICHE SIGNALETIQUE :

NOM : CAMARA

PRENOMS : LADJI SOMA

ADRESSE : Ladji Camara 30 @ yahoo.Fr

TITRE : Evaluation de la prise en charge chirurgicale la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CS Réf Commune I.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013.

PAYS D'ORIGINE : Mali.

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako.

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'UNIVERSITE DE BAMAKO.

SECTEUR D'INTERET : Chirurgie générale.

RESUME :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective menée dans le service de chirurgie générale du CS Réf Commune I de Janvier 2009 à Décembre 2012.

L'objectif de l'étude était de :

- déterminer la fréquence hospitalière de la maladie hémorroïdaire,
- d'identifier les facteurs favorisants,
- décrire les aspects cliniques et thérapeutiques,
- d'analyser les suites opératoires,

Notre étude a porté sur 73 patients d'un âge moyen de 37,8 ans avec un sexe ratio de 2,5 en faveur des hommes.

Nous avons opérés 49 malades, soit 67,1% de notre échantillon.

Les principaux signes cliniques retrouvés ont été la douleur anale (69,9%), la rectorragie (23,3%), le prolapsus hémorroïdaire (71,2%) et le prurit anal (37%).

La technique chirurgicale la plus réalisée a été celle de Milligan-Morgan avec un taux de 51%.

Les suites opératoires ont été émaillées de rétention urinaire (2%) ; d'hémorragie (4,1%) ; de retard de cicatrisation (6,1%) et de sténose cicatricielle (2%).

Nous avons eu un taux de morbidité de 4,1% et un taux de mortalité de 0%.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 2 jours avec des extrêmes variant entre 1 et 5 jours.

Mots Clés : Hémorroïde, Chirurgie, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès 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 !!!!