

Ministère de l'enseignement supérieur  
et de la recherche scientifique



REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple- Un But- Une Foi*



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

*Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)*

**THESE**

**Perception et prise en charge de la  
maladie hémorroïdaire en Commune I  
du District de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le... /... / 2018 devant la Faculté de  
Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

**M. Mohamed Hassimy DIARRA**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

Président : **Pr. Lassana KANTE**  
Membre : **Dr. Bakary KEÏTA**  
Co-directeur : **Dr. Cheickna TOUNKARA**  
Directeur : **Pr. Bakary Tientigui DEMBELE**

## **DEDICACES**

*Je rends grâce à Dieu Le Tout Puissant, Le Tout et Le Très miséricordieux, seigneur des hommes, l'absolu, le roi du jour dernier, le sauveur, l'unique ; nous implorons Ton pardon ; guide nous vers le droit chemin.*

*Au prophète Mohamed (PSL) ; prions Dieu qu'il nous donne la foi et votre amour afin que nous soyons à côté de vous à tout moment de la vie.*

*Je dédie ce travail :*

*A ma mère : Fanta CISSE,*

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

*A mon père : Yamoussa DIARRA*

*Que de nuits d'insomnie tu as enduré ! Que de journées de jeûnes tu as connu en guise de remerciement d'Allah l'exalté à chacune de mes réussites. Tu nous as entouré de tout l'amour qu'un père peut donner à ses enfants. Ton plus grand souci a toujours été notre réussite. Merci pour tout. Que Dieu t'accorde longue vie, pleine de santé ; et sa grâce d'ici-bas et dans l'au-delà.*



***A ma femme, mon amour, mon soutien, ma confidente : Korotoumou DIARRA,***  
*Ta patience, ton respect indéfectible sans faille et ton amour que tu m'as accordés ; tu as su faire de moi un homme heureux dans son foyer, puisse ce travail un gage de ma gratitude pour tous ces efforts consentis. Que Dieu nous donne des enfants pour ta récompense.*

***A notre patriarche : Oumarou DIARRA,***

*Tu as su être un bon chef pour toute la grande famille DIARRA de Sogoly, grâce à tes conseils et ton impartialité, toute la grande famille entre et sorte par la même porte. Merci. Puisse Dieu t'accorder longue vie.*

***A mon oncle et Beau-père Salif DIARRA,***

*Je me souviens encore comme si de tes conseils et ton courage dans l'éducation des enfants pour la préservation de nos valeurs ancestrales. Merci pour tout.*

***A mes oncles feu Hassimy DIARRA feu Mahama DIARRA feu Issa DIARRA feu Youssouf DIARRA ; à mes tantes feu Maramou DIARRA et feu Batany CISSE :***

*J'aurais voulu passer ces moments avec vous mais Le Tout Puissant en a décidé autrement. Sachez que vos places dans mon cœur et dans mes pensées, resteront et demeureront immense. Que vos âmes reposent en paix et Qu'ALLAH vous accueille dans son paradis. Puisse ce travail être le gage de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices consentis.*

*A mes tantes et à mes oncles : Hawa **DIARRA** Karia **DIARRA** Térénandi  
**CISSE Sakalé MAKALOU** Toutouba **KAMALOU***

*A mes sœurs kadia **DIARRA**, Assetou **DIARRA**, Fatoumata **DIARRA**,  
Bibatou **DIARRA**, Hadiaratou **DIARRA**, Korotoumou **DIARRA**, Kadiatou  
**DIARRA**, Djénébou **DIARRA**, Hadia **DIARRA**, Maraman **DIARRA***

*Vous m'avez accompagné et vous avez soutenu tant financièrement que  
moralement tout au long de mes études. J'ai trouvé en vous une famille sans  
laquelle je n'aurai pu être aussi stable et équilibré. Vous avez pris une part  
active dans la réalisation de ce travail qui est aussi le vôtre. Recevez-le-en  
témoignage de toute ma reconnaissance.*

*Merci, sœurs ! Que Dieu Le Tout Puissant vous garde aussi longtemps que  
possible auprès de nous.*

*A mes frères : Bamoutou **DIARRA**, Bassirou **DIARRA**, Mohamed **DIARRA**,  
Cheick Amadou Tidiane **DIARRA**,*

*Banzoumana **DIARRA**, Maki **DIARRA**, Aly **DIARRA**, Amady **DIARRA**,  
Koachimy **DIARRA**, Sikamadou **DIARRA**, Nabi **DIARRA**, Tidiany **DIARRA**,  
Chers frères merci pour vos soutiens, vos affections et respect à mon égard. Que  
le bon Dieu me donne le courage d'être reconnaissant envers vous, qu'il soit le  
garant de notre fraternité. Vous avez pris une part active dans la réalisation de  
ce travail qui est aussi le vôtre. Recevez-le-en témoignage de toute ma  
reconnaissance.*

*A la grande famille **DIARRA** de Sogoly : Composée de quatre grandes familles  
avec comme chefs de famille actuels : Oumarou **DIARRA** pour la grande  
famille de la lignée de **Banzoumana**, Boukary **DIARRA** pour la lignée de  
**Bagniny**, Nouhoum **DIARRA** pour la lignée **Bagna**, Lassana **DIARRA** pour la  
lignée de **Bahoumarou**, à celles-ci, s'ajoute la famille de Badaouda, vous avez*

*su nous incarner l'amour de la grande famille et le respect de nos valeurs traditionnelles. Recevez ce travail en témoignage de toute notre reconnaissance.*

***Au village de Sogoly :** Situé dans le cercle de Macina, à la rive gauche dans la commune de Kokry et les habitants de ce village, ont tant souffert de manque de infrastructures sanitaire, scolaire et routière et manque d'adduction d'eau potable par l'insouciance de nos autorités. Mon rêve le plus cher est mettre fin à cette catastrophe.*

*Mes remerciements vont à l'endroit de tous les ressortissants de Sogoly en particulier au Chef de village **Bougadary SANGAFE** et toute sa famille, aux Imams **Cheick Oumar HONOTA** et toute sa famille et **Sidi Ibrahima SALAMANTA** et toute sa famille, à la famille **Kéita**, la famille **Traoré**, la famille l'ancien chef de village feu **Koachimy**, la famille **Tangara**, la famille **Bassoum**, tout le plaisir est pour nous de cohabiter avec vous dans le village sacré de Sogoly dans l'entente et la cohésion sociale.*

*Vos bénédictions, vos conseils et vos soutiens moraux et financiers ont abouti à la réalisation ce travail qui est aussi le vôtre. Recevez-le en témoignage de toute notre reconnaissance.*

***A mes familles d'accueil : la famille SANGAFE de Feu Barima et sa famille, la famille KEITA de Feu Bassouleymane et sa famille depuis Keniéba,***

***La famille TRAORE de Youssouf sans oublier ses frères Feu Bassirou TRAORE et ses enfants Bayini, Baboukary, Laraby, Hachim, Lamine ; Binamoussa et ses fils Zakaria et Cheick Amadou ; Feu Oumar TRAORE, Soumèlè TRAORE Labassou TRAORE Aly TRAORE et toutes leurs familles depuis Ségou et Lamini-wèrè,***

*La famille KONTA de Mama et ses fils Bréhima Yaya Bouacar Feu Madou et Hamidou la famille SANGARE de Chaka, sa femme Ténin Awa THIERO et ses enfants Balé, Pépé, Mamy et Sista Mam depuis Bamako et Ségou ; mon grand frère Barima DIARRA depuis Bamako et sa famille, mon ami mon frère et mon tuteur Hassim SANGARE et sa famille depuis Bamako et Ségou, la famille HAIDARA de Feu Mamoutou, ses fils Seydina Djibrila et Ousmane, ses épouses Fanda DIARRA et Mamou et depuis Ségou et Bamako,*

*Vous m'avez pris en loger-nourrir et en trousseaux sans discrimination avec vos enfants. Grâce votre accueil, votre hospitalité et vos conseils j'ai pu étudier dans la tranquillité, sans difficulté. Vos soutiens moraux et financiers ainsi que vos bénédictions ont permis de réaliser de document qui est aussi le vôtre. Recevez-le en témoignage de toute ma profonde reconnaissance.*

*A ma grande famille syndicale, **la RENAISSANCE CONVERGENCE SYNDICALE**, Ecole de formation, d'information et de transformation, son seul et unique but est la défense et la préservation des intérêts matériels et moraux de l'ensemble des Etudiants de la FMOS/FAPH, jamais je n'oublierai l'accueil que tu m'as réservé, la formation que tu m'as donnée, la combativité, le patriotisme que tu m'as enseigné.*

*A tous mes frères et sœurs de cette famille :*

*Les Aînés : Dr. Oumar KONE dit Papi, Dr. Kalidou MANGARA, Dr. Sohel Moulaye, Dr. Aboubary KONATE, Dr. Soumaila DIABATE, Dr. Kalilou KONE, Dr. Doua SISSOKO, Dr Arouna DEMBELE, Dr. Ousmane DICKO, Dr. Daouda DIARRA, Dr. Bintou SANOGO, Dr. Youssouf DAO, Dr Mamadou SARRE, la liste est longue*

*Au Baronnât : Alahassane coulibaly, Diakaridia Daniogo, Abdoulaye Arama , Mamadou kassambara, Oumar Ould Ali, Ibrahim Dounbia, Mahamadou Traoré dit foro, Aboubacar k Dembélé, Abdrahamane Y Cissé, .*

*Le Bureau de coordination : Boubacar kamissoko, Nana M Touré, Bekaye Kouma, Alpha Sylla, Housseyni Serry, Mahamadou fofana, Hamidou Diakité.*

*Aux SIRENES : Hadizatou Wallet Halbachar, Ami kane, Hawa balam, Binta Mbaye, Maya Keita, Kadi Keita, Rokia Sidibé*

*Aux Experts : Aboubacar Sidibé, Ibrahim Dounbia, Alpha Diallo, Amadou Sow*

*Aux autres entités syndicales et groupements religieux de la FMOS/FAPH*

*A mes ami(es), camarades de classes et promotionnel(les) du numerus clausus : Hassim SANGARE, Seydina Djibrila HAIDARA, Ousmane HAIDARA, Moussa SANGARE, Amadou SANGARE, Ousmane COULIBALY Bréhima YALKOYE, Seyba YALKOYE, Sekou DIARRA, Dr Youssouf DAO, Dr. Ladjji NIAGALY Dr. Oumou COULIBALY, Dr. Aissata TRAORE, Aissata MAIGA, Francis OMBABHO, Said DIALLO, Niama TRAORE, Fousseyni KEITA, Zénabou TOURE, Dr. Lassana, Dr. Boissé TRAORE, Dr. Fousseyni KANE, la 7<sup>ème</sup> promotion du numérous clausus Feu Aliou BAH, la liste est longue. L'amitié n'a pas de prix. Vous qui avez été au début, pendant et à la fin de cette thèse, jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout mon amour, mon admiration et ma fierté. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.*

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements les plus sincères vont :

**Au Centre de Santé Communautaire de Yirimadio : Le personnel, à l'équipe de garde du Dimanche, Médecins de garde, aux Etudiants et aux Infirmiers stagiaires,**

**Au Centre de Santé Confessionnelle CHERIFLA**

**Au Guide Spirituel, As Said Chérif Ousmane Madane HAIDARA, sa famille et tous les fidèles musulmans Ansar ;**

**A mon Maitre : Mohamed Lémine BABY CHARAVE,** grâce à vos conseils, votre savoir-faire, votre savoir être, la qualité de votre pédagogie, vous m'avez donné l'amour de la médecine en général et plus spécifiquement de la chirurgie. Ce travail ainsi réalisé est aussi le vôtre. Recevez-le en guise de remerciement pour tout ce que vous avez fait pour moi ;

**Aux Médecins : Dr. Moussa DIARRA, Dr. Yacouba TRAORE, Dr. Salif DIARRA, Dr. Mamadou Molo DIARRA, Dr. Souleymane S. DIARRA, Dr. Mamadou KEITA, Dr. Aboubacar KONARE, Dr FOMBA ;**

**Aux Médecins et Internes de garde : Dr. SACKO, Dr. Fousseyni KONARE, Dr. Abou COULIBALY, Dr. OUATTARA, Dr. Laseni TRAORE, Gassiré KOUMA, Adama DIALLO**

**Aux Sages-femmes et infirmières obstétriciennes : Nakia COULIBALY, Aminata TRAORE, Mariam COULIBALY.**

**Aux personnel infirmier : Soumaila TOGO, Awa SISSOKO, Rokia COULIBALY, Fatoumata DIARRA, Alimatou BAGAYOGO**

**A l'équipe du dépôt de médicaments : Aguibou TRAORE, Kader TRAORE, Hawa KONATE, Sekou K COULIBALY.**

**A l'équipe du bloc opératoire : Moussa K. HAIDARA, Ibrahim KEITA**

**Aux laborantin (nes) : Aboulaye DIARRA, Aissata CISSE**

Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

**Au Centre de Santé de Référence de la Commune I**

★ **Aux Spécialistes en Chirurgie générale** : Nos Maîtres Dr Cheickna TOUNKARA, Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA.

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance, vos patiences et vos indulgences à mon égard m'ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

★ **Au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré :**

Pr G. DIALLO, Pr Bakary T. DEMBELE, Pr Adégné TOGO, Pr Alassane TRAORE, Pr Lassana KANTE, Dr DIAKITE, Dr Moussa SAMAKE, Dr BAH.

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

★ **Aux personnels d'anesthésie réanimation** : Dr Bakary KEITA, Major SOW, Mon père SAMAKE, Tanti Oumou, Younoussa DIALLO

Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

★ **Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale** : Mama SIMPARA, Yaya DIARRA, Int. DICKO, Int. TOLO, Int. KONE, Int. KONATE merci pour la fraternité.

**Aux médecins DES du service** : Dr Bessy SAMAKE, Dr Oumar MALLE, Dr. Bambaké DEMBELE, Dr. Lamine DEMBELE, Dr. Yacouba FANE

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect.

★ **Aux cadets du service** : Dramane CISSE, Bakary DRAME, Koniba FOFANA, Aliou CISSE, KONATE, MAIGA, Thiéba, Thoma, Fouseyni, Lassi, Kassogué.

Le chemin est encore long mais seul le courage et l'abnégation permettent d'atteindre le bout ; merci pour le respect.

★ **Aux personnels infirmiers** : Youssouf COULIBALY, Boubacar TRAORE, Mariam Aba CISSE, Aicha THIAMA, Assan SANGARE, Fatoumata COULIBALY, Fatoumata TOURE, Niagalé DIAOUNE, Niélé TRAORE, Ana DICKO, Ramata KORERA, Mariam COULIBALY

Merci d'avoir assuré les soins des patients.

★ **Aux personnels du bloc opératoire** : Major Moussa COULIBALY, Yacouba COULIBALY, Papa DIALLO, Mamoutou POUDIOUGOU, NIANG, Thiékoro. Merci pour votre compassion.

Mes sincères remerciements.

**Tous les étudiants de la FMOS/FAPH**, bon courage et bonne chance.

**Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Président du jury

**Pr. Lassana KANTE**

- ✪ **Maître de conférence agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- ✪ **Praticien hospitalier au CHU. Gabriel Toure,**
- ✪ **Spécialiste en chirurgie proctologique,**
- ✪ **Membre de la société de chirurgie du Mali,**
- ✪ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous. Vous êtes un modèle pour nous étudiant de cette faculté.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre attachement indéfectible.

A notre Maître et Juge

**Dr Bakary KEITA**

- ⊕ **Spécialiste en anesthésie réanimation,**
- ⊕ **Praticien au CS Réf CI,**
- ⊕ **Chef de service d'anesthésie réanimation,**
- ⊕ **Ancien interne des hôpitaux.**

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ne nous a guère surpris.

Votre rigueur dans le travail, votre professionnalisme, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Co-directeur de Thèse

**Dr Cheickna TOUNKARA**

- ✿ **Spécialiste en chirurgie générale,**
- ✿ **Praticien au CS Réf CI,**
- ✿ **Chef de service de chirurgie générale au CS Réf CI,**
- ✿ **Chargé de recherche au MESRS,**
- ✿ **Secrétaire général sortant du syndicat de la commune I,**
- ✿ **Membre actif du bureau national du syndicat de la santé.**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Cher Maître, soyez rassuré de toute notre profonde reconnaissance

A notre Maître et Directeur de Thèse

**Pr Bakary Tientigui DEMBELE**

- ⊗ **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS,**
- ⊗ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,**
- ⊗ **Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé,**
- ⊗ **Membre de la société de chirurgie du Mali,**
- ⊗ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.**

Cher maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique force le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionné tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que Dieu vous donne longue et heureuse vie.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

PSL :	Paix et salut sur lui
CSRef CI	Centre de Santé de Référence de la Commune I
CHU-GT	Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
CHU-PG	Centre Hospitalier Universitaire du Point-G
FMOS	Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie
MESRS	Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
CCC	Communication pour le Changement du Comportement
IEC	Information-Education-Communication

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

---

### **Liste des figures**

<b>Figure 1</b> : Coupe frontale du canal anal .....	6
<b>Figure 2</b> : Répartition des patients en fonction du sexe .....	30
<b>Figure 3</b> : Répartition des malades selon la scolarisation.....	32
<b>Figure 4</b> : Répartition des malades selon leurs connaissances de la maladie hémorroïdaire ..	32
<b>Figure 5</b> : Répartition des malades selon le stade évolutif .....	37

### **Liste des tableaux**

<b>Tableau I</b> : Répartition des malades en fonction de l'âge.....	30
<b>Tableau II</b> : Répartition des patients en fonction de la résidence .....	31
<b>Tableau III</b> : Répartition des patients en fonction de l'ethnie .....	31
<b>Tableau IV</b> : Répartition des malades selon la profession .....	31
<b>Tableau V</b> : Répartition des malades selon la source d'information.....	33
<b>Tableau VI</b> : Répartition des malades selon les appellations de la maladie hémorroïdaire....	33
<b>Tableau VII</b> : Répartition des malades selon les signes de la maladie hémorroïdaire.....	33
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des malades selon les causes de la maladie hémorroïdaire.....	34
<b>Tableau IX</b> : Répartition des malades selon le rôle de l'alimentation dans la survenue de la maladie hémorroïdaire.....	34
<b>Tableau X</b> : Répartition des malades selon les aliments entraînant la survenue de la maladie hémorroïdaire .....	34
<b>Tableau XI</b> : Répartition des malades selon l'efficacité de la médecine moderne dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.....	35
<b>Tableau XII</b> : Répartition des malades selon l'efficacité de la médecine traditionnelle .....	35
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des malades selon le premier recours thérapeutique.....	35
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des malades selon les motivations au premier recours thérapeutique .....	36
<b>Tableau XV</b> : Répartition des malades selon le motif de consultation .....	36
<b>Tableau XVI</b> : Répartition des malades en fonction des signes retrouvés à l'inspection .....	36
<b>Tableau XVII</b> : Répartition des malades en fonction des signes retrouvés au toucher rectal.	37
<b>Tableau XVIII</b> : Répartition des malades selon le diagnostic positif.....	37
<b>Tableau XIX</b> : Répartition des malades selon le type de traitement reçu .....	38
<b>Tableau XX</b> : Répartition des malades selon le type de médicaments reçus .....	38

<b><u>Tableau XXI</u></b> : Repartition des malades selon le traitement chirurgical reçu .....	38
<b><u>Tableau XXII</u></b> : Repartition des malades selon la pathologie anale associée.....	38
<b><u>Tableau XXIII</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon l'âge .....	39
<b><u>Tableau XXIV</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon le sexe .....	39
<b><u>Tableau XXV</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon l'éthnie.....	39
<b><u>Tableau XXVI</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon les quartiers.....	40
<b><u>Tableau XXVII</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon le niveau scolarisation.....	40
<b><u>Tableau XXVIII</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon la connaissance des maladies de la marge anale .....	40
<b><u>Tableau XXIX</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon les types et l'appellation des maladies de la marge anale.....	41
<b><u>Tableau XXX</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon la manifestation de la maladie hémorroïdaire .....	41
<b><u>Tableau XXXI</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon la prise en charge des patients.....	41
<b><u>Tableau XXXII</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon la connaissance des facteurs favorisants .....	42
<b><u>Tableau XXXIII</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon les facteurs favorisants .....	42
<b><u>Tableau XXXIV</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon le rôle de l'alimentation dans la survenue de la maladie hémorroïdaire.....	42
<b><u>Tableau XXXV</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon l'aliment incriminé .....	43
<b><u>Tableau XXXVI</u></b> : Repartition des tradithérapeutes selon les causes de la maladie hémorroïdaire .....	43
<b><u>Tableau XXXVII</u></b> : Repartition des accompagnants selon l'âge.....	44
<b><u>Tableau XXXVIII</u></b> : Repartition des accompagnants selon le sexe .....	44
<b><u>Tableau XXXIX</u></b> : Repartition des accompagnants selon l'éthnie .....	44
<b><u>Tableau XL</u></b> : Repartition des accompagnants selon la résidence.....	45
<b><u>Tableau XLI</u></b> : Repartition des accompagnants selon la profession.....	45
<b><u>Tableau XLII</u></b> : Repartition des accompagnants selon le niveau scolarisation.....	45
<b><u>Tableau XLIII</u></b> : Repartition des accompagnants selon la connaissance de la maladie hémorroïdaire .....	46
<b><u>Tableau XLIV</u></b> : Repartition des accompagnants selon la source d'information.....	46
<b><u>Tableau XLV</u></b> : Repartition des accompagnants selon la manifestation de la maladie hémorroïdaire .....	46

**Tableau XLVI** : Repartition des accompagnants selon la cause de la maladie hémorroïdaire ..... 47

**Tableau XLVII** : Repartition des accompagnants selon l'aliment incriminé ..... 47

**Tableau XLVIII** : Repartition des accompagnants selon la pratique comportementale ..... 47

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>1. OBJECTIFS</b> .....	3
1.1 Objectif général .....	3
1.2 Objectifs spécifiques.....	3
<b>2. GENERALITES</b> .....	4
2.1 Rappels anatomiques .....	4
2.1.1 Anatomie descriptive.....	4
2.1.2 Anatomie fonctionnelle .....	14
2.2 Physiopathologie .....	15
2.3 Rappels cliniques et thérapeutiques.....	16
2.3.1 Epidémiologie .....	16
2.3.2 Signes fonctionnels.....	16
2.3.3 Signes physiques .....	17
2.3.4 Examen complémentaire .....	17
2.3.5 Complications.....	17
2.3.6 Diagnostic positif : .....	17
2.3.7 Diagnostic différentiel .....	18
2.3.8 Traitement .....	18
2.4 Définition des concepts.....	24
2.4.1 Médecine traditionnelle .....	24
2.4.2 Accompagnement.....	24
<b>3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE</b> .....	26
<b>4. RESULTATS</b> .....	30
4.1 Fréquence.....	30
4.2 Analyse sur les malades.....	30
a. Données socio démographiques .....	30
b. Perception de la maladie hémorroïdaire .....	32
c. Perception face à la maladie hémorroïdaire et itinéraire thérapeutique .....	35
d. Examen clinique du malade.....	36
4.3 Analyse sur les tradithérapeutes .....	39
a. Données sociodémographiques .....	39
b. Perception de la maladie hémorroïdaire .....	40

4.4	Analyse des accompagnants .....	44
<b>5.</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>48</b>
5.1	Fréquences .....	48
5.2	Analyse sur les malades.....	48
a.	Données socio-démographiques .....	48
b.	Perception de la maladie hémorroïdaire .....	49
c.	Perception lié à la maladie hémorroïdaire et itinéraire thérapeutique .....	49
d.	Examen clinique du malade.....	50
e.	Traitement.....	50
5.3	Analyse sur les tradithérapeutes et les accompagnants .....	50
a.	Données socio démographiques .....	50
b.	Perception de la maladie hémorroïdaire .....	51
c.	Traitement.....	52
<b>6.</b>	<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>53</b>
	Conclusion .....	53
	Recommandations .....	54
<b>7.</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>62</b>
	Fiche d'enquête.....	62

## **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]. Ainsi les hémorroïdes sont souvent confondues à beaucoup d'autres pathologies de la marge anale notamment les abcès, les tumeurs, les marisques et les fissures [2].

Les hémorroïdes apparaissent à tous les âges et chez les deux sexes. Elles sont rares chez l'enfant, deviennent fréquentes à partir de 20 ans [3].

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 [4].

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 [4].

Au Mali, DEMBELE a estimé que la fréquence des hémorroïdes était de 40,15 % de l'ensemble des endoscopies basses et 6,35% de l'ensemble des consultations du service de Médecine Interne du CHU Point G [5].

Les hémorroïdes sont présentes de façon physiologique devenant pathologique par la survenue des symptômes qui sont entre autre le prolapsus rectal, la rectorragie et la douleur anale [6].

Le facteur alimentaire de la maladie hémorroïdaire a été évoqué par 54,7% des patients ; ils estimaient que l'alimentation non variée à base de riz et des épices surtout le piment, favoriserait les hémorroïdes [7].

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 [8].

La pathologie hémorroïdaire est une affection bénigne qui s'exprime par des manifestations fonctionnelles intermittentes. Comme elles ne sont pas spécifiques, elles ne doivent être traitées comme telles que si elles sont clairement en rapport avec la maladie hémorroïdaire. L'examen clinique est donc nécessaire au diagnostic [9].

Compte tenu de tous ces aspects et du fait qu'il existe peu d'études sur la maladie hémorroïdaire au Mali que nous avons décidé de mener cette étude en commune I pour situer le problème afin de faire des recommandations.

## **1. OBJECTIFS**

---

### **1.1 Objectif général**

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales liées aux hémorroïdes en commune I du district de Bamako.

### **1.2 Objectifs spécifiques**

- ✓ Évaluer la fréquence de la maladie hémorroïdaire au CS Réf de la Commune I du District de Bamako
- ✓ Déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales liées aux hémorroïdes chez les malades, leurs accompagnants et des tradithérapeutes en Commune I du district de Bamako.
- ✓ Déterminer les facteurs qui influencent sur les motivations et les décisions de recours aux soins médico-chirurgicaux et à la médecine traditionnelle chez les malades atteints d'hémorroïdes.
- ✓ Analyser les résultats de la prise en charge de la maladie hémorroïdaire au CS Réf de la Commune I

## **2. GENERALITES**

---

Le canal anal est la partie terminale du tube digestif. Long de 4 cm, il fait suite au rectum et se termine par l'anus qui est situé à 20mm 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 [11].

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 [12].

La physiologie ano-rectale 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 [13].

### **2.1 Rappels anatomiques**

#### **2.1.1 Anatomie descriptive**

##### **a. Anatomie macroscopique**

##### **a.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 et la paroi postérieure du vagin [14].

### **a.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, mâ, puis bleu [11]. 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 [2].

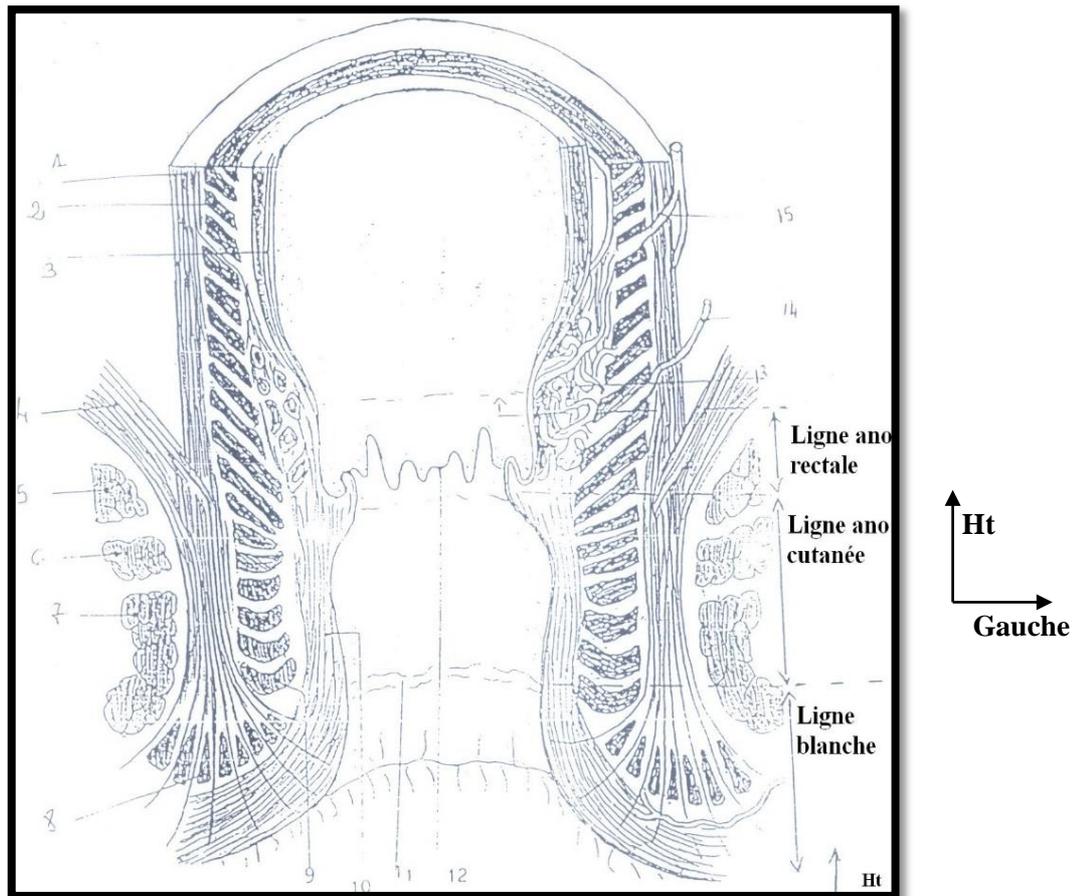
**La zone ano-cutanée :** Lisse et haute de 1cm, elle est limitée en bas par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphinctériens interne et externe.

**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 se divise en 2 parties par la ligne pectinée qui est située aux endroits de la jonction 1/3 moyen, 1/3supérieur du canal anal [12]. 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 gris bleutée



- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1.fibres longitudinales du rectum.          | 9. sphincter interne               |
| 2.fibres musculaires circulaires du rectum. | 10. muscle du canal anal           |
| 3.muscularis mucosae.                       | 11. muqueuse du canal anal         |
| 4.muscle pubococcygien                      | 12. lignes des colonnes de morgagn |
| 5. muscle pubo rectal                       | 13.corps caverneux rectal          |
| 6. sphincter externe profond                | 14.veine rectale médiane           |
| 7. sphincter externe superficiel            | 15.veine rectal supérieure         |
| 8. sphinter externe sous cutané             | 16.veine rectal inférieure         |

A : Pecten ; B : Zone ano-cutanée ; C : Zone cutanée

**Figure 1** : Coupe frontale du canal anal [11].

### a.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 [15].

#### *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 [15]. 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 [3].

***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 [12,16].  
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 [3].
- **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 [3,12]. 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.

***Le muscle releveur de l'anus ou muscle levator ani.***

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 [15].

***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 [15].

***Le corps caverneux et le muscle canalis ani*** :

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 *canalis ani* : Ce muscle naît du sphincter *ani internus* 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 *ani internus*, les autres sont encrées sur le septum inter - musculaire et la peau périnéale.

Le muscle *canalis ani* 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.

***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) [12,17]. 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 [12,16]

#### ***a.4 Espaces cellulux périanaux***

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

##### ***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 *muscularis sub-mucosae ani*, le plexus lymphatique sous- muqueux et le début des canaux glandulaires d'HERMANN et DESFOSES.

##### ***L'espace peri-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.

***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 [11].

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 [12].

***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*.

***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.

***Vascularisation artérielle :***

- Artère rectale supérieure ou artère *rectalis superior* :

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 [11].

***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 [19].

***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 [19].

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.

**❖ Les nerfs somatiques [20].**

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 *cutaneus femoris posterior*) traversant parfois le ligament sacro coccygien issu de S5 et CX (*nerf anococcygeus*) 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.

#### ❖ ***Les nerfs splanchniques***

Végétatifs, ils sont issus du plexus hypogastrique inférieur (plexus hypogastricus pelvinus) ou confluent des afférentes orthosympathiques venues par les latero-vertébrales lombaires et sacrées et les afférentes para-sympathiques 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 *sub mucosa*).

#### ❖ ***Les voies et centres nerveux médullaires [20]***

##### - *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 *levator ani* 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-séptives, 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 *levator ani*, contraction qui ne dure plus d'une minute.

La viscero-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.

❖ ***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 niveau diencephalique, 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.

**b. Anatomie microscopique**

**b.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 [2]. 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 *muscularis mucosae* 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 circumanales.

### **b.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.

### **b.3 Musculeuse :**

Elle est constituée par les sphincters externe et interne [11] (cf. appareil sphinctérien).

### **b.4 Glande anale :**

- **Les glandes de HERMANN et DESFOSES** : encore appelées glandes proctodéales [1 ; 21]. 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 [12 ;16].
- **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 intersphinctériens [12].

### **2.1.2 Anatomie fonctionnelle**

Le muscle sphincter anal interne aganglionnaire 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 ano-rectal. 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 les 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 [3].

## **2.2 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 PB [33], les causes de la maladie hémorroïdaire restent inconnues. La constipation y jouerait un rôle important ; l'hypertension portale favoriserait la présence des hémorroïdes [23]. Il n'y a pas de relation entre la pression portale et le volume des hémorroïdes [24]. Le rôle de l'hypertrophie bénigne de la prostate [23] et celui de l'obésité a été signalé dans la littérature [25].

## **2.3 Rappels cliniques et thérapeutiques**

### **2.3.1 Epidémiologie**

En proctologie les hémorroïdes constituent l'une des affections les plus fréquentes [2 ; 26 et 27]. L'homme est atteint plus que la femme [2 ; 28]. L'affection est extrêmement rare chez l'enfant [2 ; 26].

La fréquence devient de plus en plus élevée à partir de 20 ans avec un maximum vers la quarantaine [26]. L'alimentation jouerait un rôle essentiel dans leur survenue, en particulier les régimes riches en résidu [26].

### **2.3.2 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 pendant les selles. Ces rectorragies sont d'abondance variables. Certains peuvent consulter pour anémie [29]. Le malade peut présenter aussi des prurits anaux, des troubles de transit : constipation, ténésme 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 :

- ✓ **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 taxis.
- ✓ **Stade 4** : extériorisation permanente du paquet hémorroïdaire (réduction impossible après le taxis).

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.

### **2.3.3 Signes physiques**

Le malade sera examiné en position genou-pectorale 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 [29]. Ce toucher rectal est quand même indispensable et peut éliminer une tumeur rectale.

### **2.3.4 Examen complémentaire**

Il s'agit de l'ano-rectoscopie qui doit être systématique.

### **2.3.5 Complications**

#### **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.

#### **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 intra-canalair. 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.

### **2.3.6 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.

### **2.3.7 Diagnostic différentiel**

Il se fait avec les cancers du sigmoïde et du rectum devant une rectorragie et avec les fissures, les fistules et les abcès anaux devant la douleur. 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.

### **2.3.8 Traitement**

#### **↳ Traitement préventif**

Le traitement préventif de la maladie hémorroïdaire passe nécessairement par :

- ✓ L'éviction de toute augmentation persistante de la pression intra-abdominale en particulier la constipation chronique.
- ✓ Un régime alimentaire riche en fibres et la consommation des légumes et des fruits frais.
- ✓ L'exercice physique et sportif régulier et adapté

#### **↳ Traitement curatif**

##### **○ But**

- Soulager le malade de ses douleurs
- Réaliser l'exérèse du tissu hémorroïdaire
- Traiter les complications

##### **○ Moyens**

Ils sont médicaux instrumentaux et chirurgicaux

##### **Médicaux :**

Règles hygiéno-diététiques

Médicaments

##### **Instrumentaux :**

- Injections sclérosantes
- Photo coagulation à l'infrarouge
- Ligature élastique
- La destruction par laser

- La cryothérapie

**Chirurgicaux :**

- Hémorroïdectomie pédiculaire ouverte : technique de Milligan et Morgan
- Hémorroïdectomie pédiculaire semi-ouverte de Parks
- Hémorroïdectomie pédiculaire fermée de Fergusson

○ **Méthodes**

❖ **Méthodes médicales :**

Règles hygiéno-diététiques : suppression des facteurs favorisants :

Il faut éviter, en fonction des susceptibilités individuelles, les épices, en particulier le poivre, et les abus de boissons alcoolisées, mettre en garde contre les excès alimentaires et préconiser en cas de surcharge pondérale un régime restrictif, ainsi qu'une diététique appropriée en cas de diathèse urique.

**Conseils d'hygiène**

**Hygiène locale**

Les bains de siège, biquotidiens en cas de crise, sont pris à l'eau fraîche (action anticongestive du froid) et la toilette locale réalisée avec du coton hydrophile ou à l'aide d'une éponge en évitant tout essuyage intempestif.

**Hygiène intestinale**

Le transit intestinal doit être régularisé. En cas de constipation, il faut d'abord équilibrer la consistance des selles en conseillant des boissons suffisantes, une alimentation riche en fibres et des laxatifs doux non irritants à base d'huile de paraffine, de son, de mucilages, associés ou non entre eux. Ensuite, il est nécessaire de favoriser l'évacuation sans effort de poussée par la mise en place d'un suppositoire lubrifiant le soir (Titanoréine), l'utilisation de suppositoires à dégagement gazeux (Éductylt) ou la réalisation de petits lavements. Une rééducation par *biofeedback* est parfois utile.

En revanche, l'emploi répété de suppositoires à la glycérine est irritant et doit être évité. Enfin, les séjours prolongés aux toilettes sont néfastes. En présence d'une diarrhée sont prescrits des pansements et désinfectants intestinaux.

**Hygiène générale**

Il faut éviter l'extrême sédentarité, la position assise continue, sans alternance d'exercices physiques, les longs voyages en voiture, qui favorisent la congestion pelvienne. Par ailleurs, l'équitation et le vélo peuvent favoriser des poussées hémorroïdaires.

**Prescriptions médicamenteuses** : les produits sont très nombreux.

**- Médicaments dits phlébotoniques**

Ce sont des produits utilisés depuis très longtemps. Ils sont traditionnellement extraits de plantes médicinales et à base de vitamine P et de phlébotoniques divers (intrait de marron d'Inde, extrait de Ginkgo biloba, diosmine, flavonoïdes, ruscogénines...).

Leur mode d'action repose sur un effet vasculotrope et, pour certains, antiinflammatoire. En cas de poussée hémorroïdaire, à posologie forte sur une courte période, leur efficacité est supérieure à celle d'un placebo, malgré les nombreuses critiques méthodologiques des études disponibles rendant l'interprétation des résultats difficiles. En revanche, leur utilisation par petites cures d'entretien à titre préventif n'a pas fait la preuve réelle d'une action bénéfique, en dehors d'une étude ayant apprécié la fréquence, l'intensité et la durée des crises sur une période de 2 mois en faveur de la supériorité d'un veinotonique sur le placebo.

**- Anti-inflammatoires non stéroïdiens**

Elles sont indiquées en cas de manifestations oedématothrombotiques. Par voie orale sont utilisés l'acide tiaprofénique (Surgam), la phénylbutazone, en respectant les contre-indications classiques. Les médications enzymatiques sont surtout prescrites en cas de manifestations oedémateuses : l'Alphachymotrypsine Choyât, par voie orale ou intramusculaire, la Hyaluronidase Choyât par voie intramusculaire, l'Extranaset par voie orale.

**- Topiques à usage local**

Elles sont représentées par les pommades et les suppositoires et sont fort nombreuses. Elles associent, à des degrés variables, des phlébotoniques, des topiques vrais, des anti-inflammatoires dont la plus utilisée est l'hydrocortisone, des antiseptiques, des antispasmodiques, des diffusants physiologiques, des hépariniques et antivitamines K. Des anesthésiques de contact sont fréquemment associés à ces produits (à éviter chez les allergiques avérés). Il faut donc connaître la composition de la spécialité choisie de suppositoires ou de pommade et adapter ce choix au trouble hémorroïdaire à traiter.

Le traitement médical représente en définitive la modalité la plus utilisée dans le traitement des hémorroïdes. Il est applicable dans tous les cas, mais il reste avant tout le traitement des manifestations hémorroïdaires aiguës, c'est-à-dire des rectorragies et des thromboses. En revanche, il n'a qu'un effet réduit sur le prolapsus et n'a aucune action sur l'évolution générale des hémorroïdes. Il n'est qu'un traitement à court terme.

❖ **Méthodes instrumentales :**

Il comprend différentes méthodes effectuées à titre ambulatoire, au travers de l'anuscopie.

**Mécanisme d'action**

Les traitements instrumentaux n'agissent que sur la pathologie hémorroïdaire interne. Ils agissent par deux mécanismes :

- ✓ Soit en provoquant une fibrose cicatricielle qui entraîne une fixation de la muqueuse anale au plan musculaire sous-jacent et une obturation du réseau vasculaire sous-muqueux issu du pédicule hémorroïdaire supérieur ; l'agent appliqué au sommet du plexus hémorroïdaire interne peut être d'origine chimique (injections sclérosantes) ou thermique (photocoagulation infrarouge, cryothérapie, électrocoagulation bipolaire ou monopolaire) ;
- ✓ Soit en réduisant le volume hémorroïdaire par un agent traumatique (ligature élastique) qui provoque l'élimination par strangulation et nécrose ischémique du paquet hémorroïdaire interne.

**Différentes techniques**

**Injections sclérosantes**

Elles sont utilisées depuis la fin du XIXe siècle et ce traitement a été introduit et codifié en France par Bensaude. Il nécessite un matériel simple : une seringue en plastique jetable, reliée par une allonge métallique de 10 cm à une aiguille de 1 cm de long et 5/10 mm de diamètre. Le produit utilisé en France est le chlorhydrate double de quinine et d'urée (Kinurée Ht). Le patient est en position genou pectorale et l'anuscopie introduit complètement, après avoir enlevé

❖ **Méthodes chirurgicales :**

- Hémorroïdectomie pédiculaire ouverte : technique de Milligan et Morgan

**1° temps :**

- Mise en place de trois jeux de pinces
- Exposition des paquets hémorroïdaires

**2° temps :** Dissection puis ligature séparée des trois paquets préalablement individualisés

**3° temps :** libération, épiluchage des ponts cutanéomuqueux

**4° temps :** section de chaque paquet en laissant un moignon muqueux de 5mm environ

- Hémorroïdectomie pédiculaire semi-ouverte de Parks
  - Mise en place d'un écarteur de Parks

- Incision intracanalair en « Y » inversé remontant jusqu'à la muqueuse rectale est faite sur le paquet
- Dissection sous muqueuse et section du ligament de Parks
- Ligature haute du pédicule et section
- Reconstruction de la muqueuse intra canalair en points séparés
  
- Hémorroïdectomie pédiculaire fermée de Fergusson
  - Mise en place d'un écarteur de Fergusson
  - Incision elliptique circonscrivant paquet
  - Dissection jusqu'au pédicule vasculaire
  - Ligature, puis section du pédicule
  - Suture muqueuse puis cutanée

### **Indications**

**Stade I et II** : traitement médicamenteux et/ou instrumental

**Stade III et IV** : Hémorroïdectomie chirurgicale

### **Résultat**

- ❖ Complications post-opératoires

Immédiate

Rétention aigue d'urines

Hémorragie

Infections

- Tardives :

Retard de cicatrisation

Syndrome douloureux pseudo-fissuraire

Incontinence anale

- ❖ Séquelles post-opératoires

Récidive à distance

Sténose canalair cicatricielle

## **2.4 Définition des concepts**

### **2.4.1 Médecine traditionnelle [32]**

En Afrique, en Asie et en Amérique latine, différents pays font appel à la médecine traditionnelle pour répondre à certains de leurs besoins au niveau des soins de santé primaire. En Afrique, jusqu'à 80% de la population ont recours à la médecine traditionnelle à ce niveau. Dans les pays industrialisés, la médecine « complémentaire » ou « parallèle » ou encore « alternative » est l'équivalent de la médecine traditionnelle.

Ce concept se rapporte aux pratiques, méthodes, savoir et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicinales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels séparément ou en association pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé.

Le tradipraticien de santé ou thérapeute traditionnel est la personne reconnue par sa collectivité d'appartenance comme compétente, pour dispenser les soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales, ou d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux.

L'herboriste est une personne ayant une connaissance approfondie des propriétés curatives des plantes, vivant de la vente de celles-ci et qui est généralement installée dans un marché urbain où il a aménagé son étalage à la manière des rayons d'une officine de pharmacie [32].

### **2.4.2 Accompagnement**

L'accompagnement du patient hospitalisé est un phénomène universel. Il est cependant d'une importance assez réduite dans les pays occidentaux d'où la disponibilité des moyens matériels, financiers et humains ; le type d'organisation des centres de soins et la philosophie même de la médecine hippocratique réduisent la dimension des soins à une interface malade médecin. Il est en revanche largement répandu en Afrique et plus particulièrement au Mali. De façon empirique, il ressort que l'accompagnement du patient hospitalisé par un parent ou un proche en Afrique tire sa force et sa justification des éléments suivants :

- Le faible ratio personnel de santé par habitants ; un infirmier pour 10022 habitants au Mali [33] pendant que l'OMS recommande un infirmier pour 5000 habitants. Les accompagnants comblent le déficit créé par cette insuffisance du personnel dans ces activités de soins et d'appui aux malades.

- La solidarité africaine qui trouve un cadre d'expression en toute occasion heureuse ou malheureuse.

La perception de la maladie par les populations dans le schéma de la médecine traditionnelle dont les résidus post coloniaux régissent encore assez fréquemment les modes de pensée dans ce domaine. Le malade et le praticien ayant ainsi la même vision socioculturelle de l'environnement et du mal, fait que le système de soins n'est plus considéré comme une discipline séparée mais comme élément d'un système culturel complexe et intégré. Dans ces conditions l'interface malades soignants se mue en un triangle malade, société et soignant

### **3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE**

---

#### **2.1 Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le district de Bamako.

Bamako, fondé par les Niaré, est la capitale et la grande ville du Mali. Principal centre administratif et commercial du pays rayonnant sur toute la sous-région, la ville compte 2 007 122 habitants (2014) et s'étend sur une superficie de 2992km<sup>2</sup> avec une densité de 671habts/km<sup>2</sup>. Son taux d'accroissement est le plus élevé de l'Afrique et sixième au monde estimé à 4,8% en 2009. La capitale Bamako est érigée en district et divisée en six communes.

#### **2.2 Lieux d'étude**

L'étude s'est déroulée dans un centre de santé de la Commune I notamment le Centre de Santé Confessionnel Cherifa, le Centre de Santé de référence de la Commune I pour les malades et leurs accompagnants et dans les quartiers de la Commune I pour les tradithérapeutes.

Situation géographique :

#### **❖ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I**

Le Csréf CI est situé à korofina nord, près de la mairie de la CI. Dans l'enceinte de cet établissement le service de chirurgie est situé à deux niveaux :

- Le bureau des médecins ; la salle des internes et la salle d'hospitalisation à l'angle sud-ouest du centre.
- La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

#### **☞ Les locaux :**

La salle d'hospitalisation a une capacité de 8lits.

- Trois (3) bureaux des médecins,
- Une salle des internes ;
- Une salle de permanence en petite chirurgie,
- Le bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie-obstétrique, comprend deux (2) salles d'opérations (nommées salle septique et aseptique), une salle de stérilisation, une salle de réveil ou d'attente et deux (2) bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSRéf.

➤ **Le personnel :**

Le personnel permanent :

- Trois (3) chirurgiens,
- Quatre (4) techniciens de santé dont deux (2) majors en chirurgie ou en petite chirurgie,
- Deux (2) aides-soignants.

Les activités :

Les consultations externes se font tous les jours de même que les hospitalisations ainsi que les interventions d'urgence. Les interventions à froid sont programmées pour les Lundi, Mardi et Jeudi. Les visites dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Les thésards aux nombres de trois (3) sont répartis de tels sorts qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

❖ **LE CENTRE DE SANTE CONFSSIONNEL CHERIFLA**

Situé à Banconi Dianguinébougu, au Nord-est de la résidence du Guide Chérif Ousmane Madane HAIDARA

➤ **Les locaux**

- Le service de chirurgie est composé d'un bureau de consultation au RDC, deux salles de premier catégorie (1 lit) au troisième étage, deux salles de deuxième catégorie (2 lits) et deux salles de troisième catégorie (4 lits) au premier étage.
- Le bloc opératoire est situé au deuxième étage comprend un bureau de CPA, un vestiaire, une salle de réanimation, une salle de stérilisation et deux salles d'intervention chirurgicale.

➤ **Les activités**

- Les consultations se font tous les Lundi et Mercredi ;
- Les visites dirigées par le chirurgien ou un médecin généraliste se font du Lundi au Vendredi ;
- Les interventions chirurgicales à froid sont programmées pour les Jeudi et à chaud tous les jours.

➤ **Le personnel du service de chirurgie**

- Un chirurgien
- Un interne

- Un anesthésiste
- Un infirmier de bloc
- Des aides-soignants
- Et les GS

Outre la chirurgie, CHERIFLA contient :

- Un service de Médecine générale
- Un service de Gynécologie-Obstétrique
- Un service d'Ophtalmologie
- Un service d'Odonto-Stomatologie
- Un service de Dermatologie
- Un service d'Endoscopie

### **2.3 Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale prospective sur une durée de 6 mois.

### **2.4 Echantillonnage**

Le choix est porté sur cette commune en raison de sa situation géographique périphérique, sa densité, le niveau socio-économique bas des populations et la fréquence des thérapeutes traditionnels dans ses quartiers. Les deux centres de santé de notre étude sont ceux où il y a de l'affluence et sont habilités à prendre en charge tous les stades évolutifs de la maladie hémorroïdaire.

C'est une étude qui a concerné tous les malades atteints d'hémorroïde, leurs accompagnants admis dans les deux centres sélectionnés et les tradithérapeutes résidant en Commune I pendant la période de notre étude.

#### **a. Critère d'inclusion**

Tous les patients atteints d'hémorroïdes et leurs accompagnants admis dans le Centre de Santé Confessionnel Cherifla et le Centre de Santé de référence de la Commune I durant la période d'étude et les thérapeutes traditionnels résidant en commune I ayant donné leurs consentements.

#### **b. Critère de non inclusion**

- Tous les patients atteints d'hémorroïdes, les accompagnants et les thérapeutes traditionnels non consentant.

- Tous les patients atteints d'autres pathologies proctologiques sans hémorroïdes

### **2.5 Variables à collecter**

Les éléments étudiés au cours de cette étude sont l'âge, le sexe, la profession, la résidence, l'alimentation, l'ethnie, le niveau d'étude, l'appellation, la cause, le motif de consultation, les signes cliniques, le diagnostic positif, le stade évolutif, la complication et le type de traitement.

### **2.6 Collecte de données et outils**

La collecte a duré 6 mois dont 3 mois dans chaque site. Nous avons utilisé des questionnaires préétablis adressés aux populations d'étude, les dossiers des malades et registres de consultation pour les enquêtes. Les données ont été collectées sur des fiches d'enquêtes puis saisies analysées par le logiciel SPSS 22.0.

### **2.7 Ethique**

Le consentement éclairé verbal de tous les malades, les accompagnants et les tradithérapeutes a été demandé.

## 4. RESULTATS

### 4.1 Fréquence

Durant notre étude au centre de santé de référence de la commune I et celui de Chérifla nous avons recensé 36 patients admis en consultation chirurgicale dont 22/603 au CS réf soit 3,65% des consultations et 5,66% (22/389) des hospitalisations et 14/915 à Chérifla soit 1,53 % des consultations et 2,87% (14/488) des hospitalisations, parmi lesquels 25 étaient accompagnés et 15 tradithérapeutes ont été retenus dans les différents quartiers de la Commune I.

### 4.2 Analyse sur les malades

#### a. Données socio démographiques

##### ○ Age

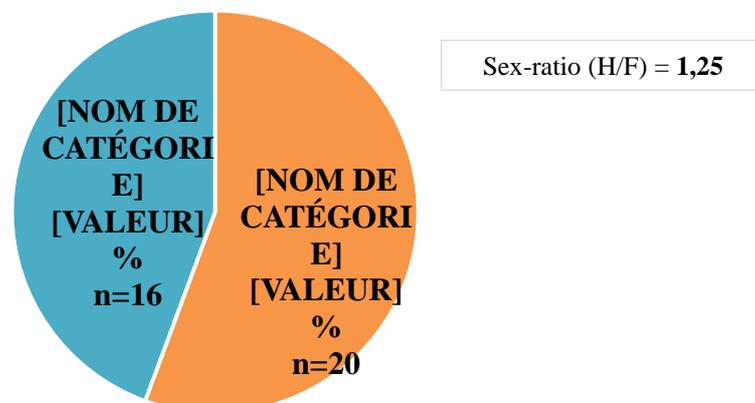
**Tableau I** : Répartition des malades en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
Moins de 20 ans	1	2,8
[20 à 40 ans[	30	83,3
40 ans et plus	5	13,9
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Age min = 18 ; âge max = 64 ; âge moy = 32,75 ans ; écart type = 16, 432

83,3% des malades avaient moins de 40 ans.

##### ○ Sexe



**Figure 2** : Répartition des patients en fonction du sexe

55,6 % des malades étaient de sexe masculin avec un sex-ratio de 1,25.

○ **Lieu de résidence**

**Tableau II** : Repartition des patients en fonction de la résidence

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Commune I</b>	<b>30</b>	<b>83,3</b>
Commune II	4	11,1
Commune III	2	5,6
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

83,3% de nos malades résidaient en Commune I.

○ **Ethnie**

**Tableau III** : Repartition des patients en fonction de l'ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>21</b>	<b>58,3</b>
Peulh	5	13,9
Sonrhäi	4	11,1
Malinké	3	8,3
Autres*	3	8,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

\* : Dogon, Senoufo, Minianka

Nos patients étaient majoritairement d'ethnie bambara à 58,3% des cas.

○ **Profession**

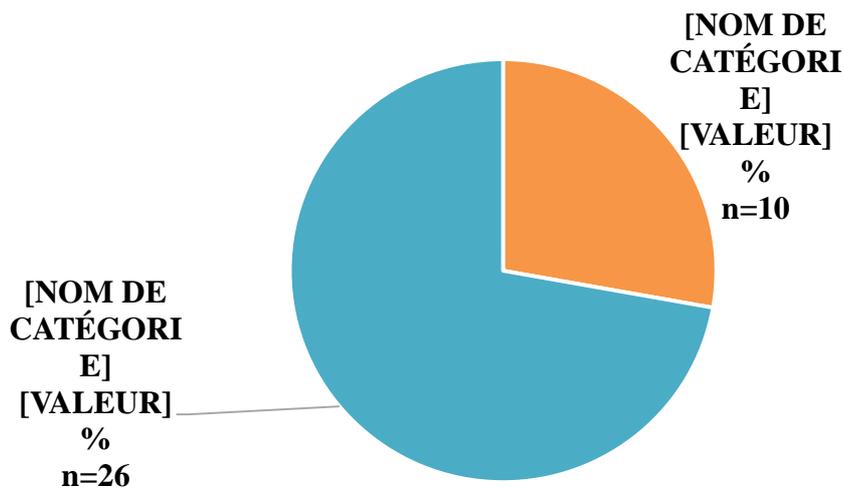
**Tableau IV** : Répartition des malades selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ouvrier*</b>	<b>19</b>	<b>52,8</b>
Fonctionnaire	6	16,7
Ménagère	11	30,5
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

\* : chauffeur, tailleur, cultivateur, pêcheur

52,8% de nos patients étaient des ouvriers.

○ Scolarisation

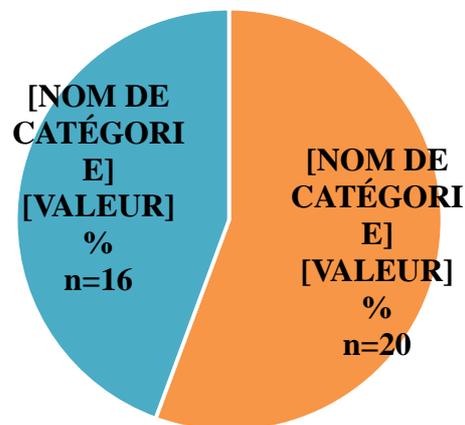


**Figure 3 :** Repartition des malades selon la scolarisation

72,2% de nos malades n'étaient pas scolarisés.

b. Perception de la maladie hémorroïdaire

○ Connaissance de la maladie hémorroïdaire



**Figure 4 :** Repartition des malades selon leurs connaissances de la maladie hémorroïdaire

55,6% de nos malades prétendaient connaître la maladie hémorroïdaire.

**Analyse de la perception des 20 patients prétendant connaître la maladie hémorroïdaire**

○ **source d'information**

**Tableau V** : Repartition des malades selon la source d'information

<b>Source d'information</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Radio</b>	<b>13</b>	<b>65</b>
Parent	5	25
Structure de santé	2	10
Total	20	100

La radio diffusion a été la source d'information la plus citée soit 65%

○ **Appellation de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau VI** : Repartition des malades selon les appellations de la maladie hémorroïdaire

<b>Appellation de la maladie</b>	<b>Effectif (n=20)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Koko</b>	<b>18</b>	<b>90</b>
Hémorroïde	12	60

L'appellation Koko était utilisée par 90% des malades.

○ **Signes de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau VII** : Repartition des malades selon les signes de la maladie hémorroïdaire

<b>Connaissance sur les manifestations</b>	<b>Effectif (n=20)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Douleur anale</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Tuméfaction anale</b>	<b>19</b>	<b>95</b>
<b>Constipation</b>	<b>15</b>	<b>75</b>
Rectorragie	8	40
Prurit anal	7	35
Météorisme abdominal	6	30
Autres*	5	25

\* : Céphalée (2), Impuissance sexuelle (2), Asthénie physique.

La douleur anale, la tuméfaction anale et la constipation ont été les signes les plus cités avec respectivement 100%, 95% et 75%.

○ **Causes de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau VIII** : Repartition des malades selon les causes de la maladie hémorroïdaire

<b>Principales causes de cette maladie</b>	<b>Effectif (n=20)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Constipation</b>	<b>19</b>	<b>95</b>
<b>Alimentation</b>	<b>18</b>	<b>90</b>
S'asseoir longtemps	12	60
Grossesse	6	30

La constipation et l'alimentation ont été les causes les plus citées par nos malades avec respectivement 95% et 90%.

○ **Aliment incriminé**

**Tableau IX** : Repartition des malades selon le rôle de l'alimentation dans la survenue de la maladie hémorroïdaire

<b>Aliment incriminé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>18</b>	<b>90</b>
Non	2	10
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

90% des patients pensent que l'alimentation a un rôle dans la survenue de la maladie hémorroïdaire.

○ **Aliment**

**Tableau X** : Repartition des malades selon les aliments entraînant la survenue de la maladie hémorroïdaire

<b>Aliment</b>	<b>Effectif (n=20)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Céréale</b>	<b>15</b>	<b>75</b>
<b>Viande</b>	<b>13</b>	<b>65</b>
Epice	3	15
Tubercule	2	10

Les céréales et la viande ont été les aliments les plus incriminés avec respectivement 75% et 65%.

**c. Perception face à la maladie hémorroïdaire et itinéraire thérapeutique**

**○ Efficacité de la médecine moderne**

**Tableau XI** : Repartition des malades selon l'efficacité de la médecine moderne dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire

<b>Médecine moderne peut-elle guérir la maladie hémorroïdaire ?</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>15</b>	<b>75</b>
Non	5	25
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Une proportion importante de nos patients a affirmé que la médecine moderne est efficace dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire **soit 75%**.

**○ Efficacité de la médecine traditionnelle**

**Tableau XII** : Repartition des malades selon l'efficacité de la médecine traditionnelle

<b>Médecine traditionnelle peut-elle guérir la maladie hémorroïdaire ?</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	8	40
<b>Non</b>	<b>12</b>	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

60% des patients affirment que la médecine traditionnelle n'est pas efficace dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

**○ Premier recours thérapeutique**

**Tableau XIII** : Repartition des malades selon le premier recours thérapeutique

<b>Premier recours thérapeutique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Médecine traditionnelle</b>	<b>18</b>	<b>50</b>
Médecine moderne	10	27,8
Automédication	5	13,9
Aucun	3	8,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

50% de nos patients ont fait recours initialement au traitement traditionnel.

**Tableau XIV** : Repartition des malades selon les motivations au premier recours thérapeutique

Motivations recours thérapeutique	Effectif	Pourcentage
<b>Médecine traditionnelle</b>	<b>(n=18)</b>	
Peur de la chirurgie	9	50
Pauvreté	4	22,2
Confiance	3	16,7
Préjugés sociaux	2	11,1
<b>Médecine moderne</b>	<b>(n=10)</b>	
Confiance	7	70
Information ou recommandé	3	30

**50% des patients auraient fait recours à la médecine traditionnelle par peur de la chirurgie**

**d. Examen clinique du malade**

○ **Motif de consultation**

**Tableau XV** : Repartition des malades selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif (n=36)	Pourcentage
<b>Constipation</b>	<b>35</b>	<b>97,22</b>
Douleur anale	34	94,44
Tuméfaction anale	30	83,33
Rectorragie	28	77,78

La constipation, la douleur et la tuméfaction anales ont été les principaux motifs de consultation de nos patients avec respectivement 97,22 ; 94,44 et 83,33%.

○ **Signes retrouvés à l'inspection**

**Tableau XVI** : Repartition des malades en fonction des signes retrouvés à l'inspection

Inspection	Effectif (n=36)	Pourcentage
<b>Tuméfaction anale</b>	<b>25</b>	<b>69,4</b>
Marisque hémorroïdaires	10	27,8
Ulcération anale	6	16,7
Marge anale propre	20	5,6

A l'inspection, la tuméfaction anale a été le signe dominant avec 69,4% des cas.

○ Signes retrouvés au toucher rectal

**Tableau XVII** : Repartition des malades en fonction des signes retrouvés au toucher rectal

Signes au toucher rectal	Effectif (n=36)	Pourcentage
<b>Douleur anale</b>	<b>31</b>	<b>86,11</b>
Hypertonie sphinctérienne	18	50
Indolore	5	13,9
Masse rectale	2	5,6
Autres	2	5,6

Le toucher rectal a provoqué une douleur anale chez 86,11% de nos patients.

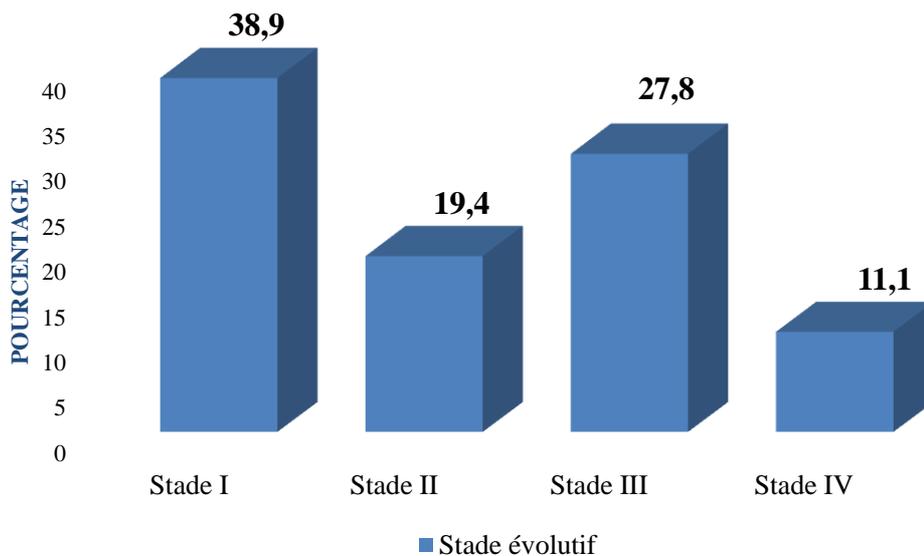
○ Diagnostic positif

**Tableau XVIII** : Repartition des malades selon le diagnostic positif

Diagnostic positif	Effectif	Pourcentage
<b>Hémorroïde externe</b>	<b>18</b>	<b>50</b>
Hémorroïde interne	6	16,7
Hémorroïde interne + Hémorroïde externe	6	16,7
Thrombose hémorroïdaire	6	16,7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

L'hémorroïde externe a été présente sur 50% de nos patients.

○ Stade évolutif



**Figure 5** : Repartition des malades selon le stade évolutif

38,9% de nos patients ont été vus au stade I de l'évolution de la maladie.

○ **Type de traitement reçu**

**Tableau XIX** : Repartition des malades selon le type de traitement reçu

Traitement	Effectif	Pourcentage
<b>Traitement médical</b>	<b>22</b>	<b>61,1</b>
Traitement chirurgical	14	38,9
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Le traitement médical a été adopté chez 61,1% de nos patients

○ **Type de médicaments reçus par les 22 malades traités médicalement**

**Tableau XX** : Repartition des malades selon le type de médicaments reçus

Médicaments utilisés	Effectif (n=22)	Pourcentage
<b>Veinotoniques en suppositoire</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
Laxatifs	20	91
Antalgiques	19	86,36
Anti-inflammatoires en suppositoire	18	81,81

Les veinotoniques ont été donné à tous ces patients.

Les laxatifs et les antalgiques à 91 et 86,36% des patients.

○ **Traitement chirurgical réalisé chez les 14 malades opérés**

**Tableau XXI** : Repartition des malades selon le traitement chirurgical reçu

Type de traitement chirurgical	Effectif (n=14)	Pourcentage
<b>Hémorroïdectomie selon Miligan Morgan</b>	<b>13</b>	<b>93</b>
Thrombectomie	1	7

93% des patients ont été opérés selon la technique de Miligan et Morgan.

○ **Pathologie anale associées**

**Tableau XXII** : Repartition des malades selon la pathologie anale associée

Pathologies anales associées	Effectif	Pourcentage
<b>Fissure anale</b>	<b>3</b>	<b>60</b>
Fistule anale	1	20
Abcès anale	1	20
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

La fissure anale a représenté 60% des pathologies anales.

### 4.3 Analyse sur les tradithérapeutes

#### a. Données sociodémographiques

##### ❖ Age

**Tableau XXIII** : Repartition des tradithérapeutes selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
Moins de 40 ans	4	26,7
<b>[40 à 60 ans[</b>	<b>9</b>	<b>60</b>
60 ans et plus	2	13,3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Age min = 36 ; âge max = 72 ; âge moy = 49,33 ans ; écart type = 19,331

60% des tradithérapeutes avaient moins de 60 ans.

##### ❖ Sexe

**Tableau XXIV** : Repartition des tradithérapeutes selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
<b>Masculin</b>	<b>13</b>	<b>86,7</b>
Féminin	2	13,3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

86,72% des tradithérapeutes étaient de sexe masculin.

##### ❖ Ethnie

**Tableau XXV** : Repartition des tradithérapeutes selon l'éthnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	<b>10</b>	<b>66,7</b>
Malinké	2	13,3
Autres*	3	20
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

\* : Sarakolé, Sonrhäi, Peulh

L'éthnie Bambara a été la plus représentée soit 66,7%.

❖ **Quartiers**

**Tableau XXVI** : Repartition des tradithérapeutes selon les quartiers

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Banconi</b>	<b>8</b>	<b>53,3</b>
Korofina	5	33,3
Djelibougou	1	6,7
Sangarebougou	1	6,7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des tradithérapeutes résidait à Banconi soit 53,3%.

❖ **Scolarisation**

**Tableau XXVII** : Repartition des tradithérapeutes selon le niveau scolarisation

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Scolarisé	5	33,3
<b>Non scolarisé</b>	<b>10</b>	<b>66,7</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

66,7% de nos tradithérapeutes ont été non scolarisés.

**b. Perception de la maladie hémorroïdaire**

❖ **Connaissance des maladies de la marge anale**

**Tableau XXVIII** : Repartition des tradithérapeutes selon la connaissance des maladies de la marge anale

<b>Connaissance de la maladie hémorroïdaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

La totalité des tradithérapeutes prétendait connaître les maladies de la marge anale.

❖ **Connaissance des maladies de la marge anale**

**Tableau XXIX** : Repartition des tradithérapeutes selon les types et l'appellation des maladies de la marge anale

<b>Nom donné à la maladie hémorroïdaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Koko tiema	<b>15</b>	<b>100</b>
Koko moussoman	15	100
Kobo bana	10	66,67
Bolo	9	60
hémorroïde	5	33,33

Koko tiéman et koko moussoman ont été cités par tous les tradithérapeutes.

❖ **Manifestation de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau XXX** : Repartition des tradithérapeutes selon la manifestation de la maladie hémorroïdaire

<b>Manifestations</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Constipation</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Douleur anale</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Bouton anal</b>	<b>14</b>	<b>93</b>
Perte sanguine pendant les selles	13	86
Météorisme abdominal	12	80
Impuissance sexuelle	6	40
Asthénie physique	6	40
Céphalée	4	26,7
Prurit anal	4	26,7

La constipation et la douleur anale ont été citées par tous les tradithérapeutes comme manifestation de la maladie hémorroïdaire.

❖ **Prise en charge des patients**

**Tableau XXXI** : Repartition des tradithérapeutes selon la prise en charge des patients

<b>Traitement des clients</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Traitement traditionnel</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
Traitement médical et traitement traditionnel	4	26,7
Massage	2	13,3
Autres*	2	13,3

\* : Incision., ligature

.26,7% des tradithérapeutes ont eu recours au traitement médical, 13,3% aux pratiques chirurgicales.

❖ **Connaissance des facteurs favorisants**

**Tableau XXXII** : Repartition des tradithérapeutes selon la connaissance des facteurs favorisants

<b>Connaissance des facteurs favorisants</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	13	86,7
<b>Non</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

13,3% des tradithérapeutes ne connaissaient pas l'existence de facteur favorisant de la maladie hémorroïdaire.

❖ **Facteurs favorisants**

**Tableau XXXIII** : Repartition des tradithérapeutes selon les facteurs favorisants

<b>Facteurs favorisants</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Constipation</b>	<b>13</b>	<b>86,7</b>
Alimentation	10	66,7
Position assise prolongée	7	46,7
Diarrhée	6	40
Grossesse	4	26,7
Autre*	2	13,3

\* : Rapport sexuel, sport

86,7% de nos tradithérapeutes considéraient la constipation comme facteur favorisant la de maladie hémorroïdaire.

❖ **Aliment incriminé dans la survenue de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau XXXIV** : Repartition des tradithérapeutes selon le rôle de l'alimentation dans la survenue de la maladie hémorroïdaire

<b>Rôle de l'aliment dans la survenue de la maladie hémorroïdaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	12	80
Non	3	20
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

20% des tradithérapeutes ne savaient pas le rôle l'alimentation dans la survenue de la maladie hémorroïdaire.

❖ **Aliment incriminé**

**Tableau XXXV** : Repartition des tradithérapeutes selon l'aliment incriminé

<b>Aliment incriminé</b>	<b>Effectif(n=12)</b>	<b>Pourcentage</b>
Céréale	12	80
Viande	10	66,67
Epice	7	46,7
Légume	6	40
Fruit	6	40
Tubercule	6	40
Autres	3	20

Les céréales ont été cités par 93,3% de nos tradithérapeutes comme aliments incriminés dans la survenue de la maladie hémorroïdaire.

❖ **Causes de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau XXXVI** : Repartition des tradithérapeutes selon les causes de la maladie hémorroïdaire

<b>Principale cause de la maladie hémorroïdaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Position assise prolongée	15	100
Constipation	14	93,3
Alimentation	14	93,3
Mauvais sort	5	33,3
Autres	5	33,3
Grossesse	4	26,7

Position assise prolongée, la constipation et l'alimentation, étaient les principales causes de la maladie hémorroïdaire citées par les tradithérapeutes respectivement à 100% et 93,3%.

#### 4.4 Analyse des accompagnants

##### a. Données sociodémographiques

###### ★ Age

**Tableau XXXVII** : Repartition des accompagnants selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
Moins de 20 ans	2	8
[20 – 29]	15	60
[30 – 39]	6	24
40 et plus	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Age min = 18 ; âge max = 56 ; âge moy = 28,76ans ; écart type = 6,522

68% des accompagnants avaient moins de 30 ans.

###### ★ Sexe

**Tableau XXXVIII** : Repartition des accompagnants selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	10	40
Masculin	15	60
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

60% de nos accompagnants étaient de sexe masculin.

###### ★ Ethnie

**Tableau XXXIX** : Repartition des accompagnants selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
<b>Bambara</b>	<b>14</b>	<b>56</b>
Peulh	2	8
Sonrhäï	3	12
Malinké	2	8
Autres*	4	16
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

56% des accompagnants étaient d'ethnie Bambara.

**★ Residence**

**Tableau XL** : Repartition des accompagnants selon la résidence

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Commune I</b>	<b>15</b>	<b>60</b>
Commune II	6	24
Commune III	4	16
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

60% de nos accompagnants venaient de la commune I.

**★ Profession**

**Tableau XLI** : Repartition des accompagnants selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagère</b>	<b>7</b>	<b>28</b>
Fonctionnaire	5	20
Ouvrier	5	20
Commerçant	5	20
Elève/Étudiant	3	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

28% des accompagnants étaient des ménagères.

**★ Scolarisation**

**Tableau XLII** : Repartition des accompagnants selon le niveau scolarisation

<b>Scolarisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Scolarisé	9	36
<b>Non scolarisé</b>	<b>16</b>	<b>64</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

64% des accompagnants étaient analphabètes.

**b. Perception des accompagnants face à la maladie hémorroïdaire**

**★ Connaissance de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau XLIII** : Repartition des accompagnants selon la connaissance de la maladie hémorroïdaire

Connaissance de la maladie hémorroïdaire	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>20</b>	<b>80</b>
Non	5	20
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

80% des accompagnants connaissaient la maladie hémorroïdaire.

**★ Source d'information des 20 patients qui connaissaient les hémorroïdes**

**Tableau XLIV** : Repartition des accompagnants selon la source d'information

Source d'information	Effectif (n=20)	Pourcentage
<b>Parents</b>	<b>7</b>	<b>35</b>
<b>Malades atteints d'hémorroïde</b>	<b>7</b>	<b>35</b>
Radio	4	20
Télévision	2	10

Les parents et les malades atteints d'hémorroïdes ont été les principales sources d'informations à proportion égale soit 35%.

**★ Manifestation de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau XLV** : Repartition des accompagnants selon la manifestation de la maladie hémorroïdaire

Manifestations connues	Effectif (n=20)	Pourcentage
<b>Douleur anale</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Bouton anal	15	75
Constipation	14	70
Perte sanguine pendant les selles	11	55
Asthénie physique	9	45
Prurit anal	8	40
Céphalée	5	25
Autres*	2	10

\* : Météorisme abdominal, impuissance sexuelle

80% de nos accompagnants ont cité la douleur anale comme manifestation de la maladie.

**★ Cause de la maladie hémorroïdaire**

**Tableau XLVI** : Repartition des accompagnants selon la cause de la maladie hémorroïdaire

<b>Principale cause de cette maladie</b>	<b>Effectif (n=20)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Alimentation</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Constipation	20	100
Position assise prolongée	17	85
Grossesse	6	30

L'alimentation et la constipation ont été citées par tous les accompagnants qui connaissaient les hémorroïdes comme principales causes de la maladie hémorroïdaire.

**★ Aliment incriminé**

**Tableau XLVII** : Repartition des accompagnants selon l'aliment incriminé

<b>Aliment incriminé</b>	<b>Effectif (n=20)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Epices</b>	<b>12</b>	<b>60</b>
Tubercule	11	55
Céréale	10	50
Viande	9	45
Autres*	5	25

Les épices ont été cités par 60% de nos accompagnants.

**Pratique comportementale des accompagnants**

**Tableau XLVIII** : Repartition des accompagnants selon la pratique comportementale

<b>Pratique comportementale devant la maladie hémorroïdaire</b>	<b>Effectif (n=20)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Consultation médicale</b>	<b>15</b>	<b>75</b>
Alimentation riche et variée	7	35
Traitement traditionnel	3	15

75% de nos accompagnants auraient conseillé la consultation médicale devant une maladie hémorroïdaire et 35% une alimentation riche et variée.

## **5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **5.1 Fréquences**

Le travail s'inscrivait dans le cadre d'une étude transversale prospective sur la perception et l'itinéraire thérapeutique des malades, leurs accompagnants et des thérapeutes traditionnels face à la maladie hémorroïdaire en Commune I du district de Bamako.

Durant la période d'étude nous avons colligé 36 patients atteints d'hémorroïdes :

- 22 au CS réf soit des 3,65% consultations et 5,66 % des hospitalisations.
- 14 à Chérifla soit des 1,53% consultations et 2,87% des hospitalisations.
- 25 patients étaient accompagnés soit un taux d'accompagnement de 69,44%.
- 15 tradithérapeutes dans différents quartiers de la Commune I.

### **5.2 Analyse sur les malades**

#### **a. Données socio-démographiques**

##### **Age**

Au cours de notre étude nous avons recueilli 36 malades, l'âge moyen était  $32,75 \pm 16,432$  ans. Ce résultat est proche de celui de Semega C. [47] au CHU du point-G 35,8 ans et nettement inférieur à celui de Souillard J. [31] France et Johannson [46] qui avaient trouvé respectivement des âges moyens de 52 et 55 ans.

Cette différence d'âge moyen serait due au jeune âge de la population malienne contrairement à celle de l'occident.

##### **Sexe**

Nous avons trouvé un sexe ratio de 1,25. Le nombre plus élevé du sexe masculin a été rapporté par tous nos auteurs ; mais le rapport H/F semble être plus accentué dans les pays en voie de développement (3,7 à 3,1 contre 1 à 1,5). Cela pourrait s'expliquer par le facteur socio-environnemental de la maladie hémorroïdaire qui est considérée dans les pays sous-développés comme une maladie honteuse.

##### **Résidence, ethnie, profession et scolarisation**

Nous avons remarqué que la quasi-totalité des patients venaient de la Commune I (83,3%) de Bamako, l'ethnie Bambara (55,6%) était la plus représentée, de profession ouvrière (52,8%) et la plupart étaient non scolarisés (72,2%)

## **b. Perception de la maladie hémorroïdaire**

### **Connaissance de l'existence de la maladie hémorroïdaire**

Plus de la moitié de nos malades soit 55,6% affirmaient connaître la maladie ; Ce qui est nettement inférieur au 83,9% de Dabo B. [2]. Cette différence pourrait s'expliquer par le taux élevé de malades non scolarisés de notre étude soit 72,2%.

### **Source d'information et appellation**

La principale source d'information de nos patients sur la maladie hémorroïdaire a été les émissions radiophoniques privées dans 65% des cas et l'appellations Koko été la plus représentée chez 90% de nos malades ce qui n'est pas loin des résultats de Dabo. B [2] qui avait trouver la radiodiffusion comme source d'information à 62,5% ceux qui peut s'expliquer par le fait que la majeure partie de nos patients était non scolarisée et suivait les radios animées par les tradithérapeutes et les Médecins.

### **Manifestation de la maladie hémorroïdaire**

Durant notre étude les malades avaient cité comme manifestation de la maladie : Douleur anal, tuméfaction anale, constipation dans respectivement 100%, 95% et 75% des cas, comparable au résultat trouvé par Dabo B [2] qui avait trouvé la constipation, bouton anal et l'émission du sang dans les selles dans respectivement 60,7%, 53,6%, 41,1% des cas.

### **Facteurs favorisant de la maladie hémorroïdaire et aliments**

La constipation, l'alimentation et la position assise prolongée étaient les causes de la maladie hémorroïdaire plus représentées avec respectivement 95%, 90% et 60% et les aliments les plus cités ont été les céréales suivis de la viande avec respectivement 75% et 65% ceux qui est légèrement similaire au résultat Dabo B. qui avait trouvé la position assise, la constipation, le paludisme dans respectivement 23,2%, 8,9% et 5,3% et les aliments les plus cités étaient les céréales et la viande avec respectivement 42,6% et 28,6% [2].

## **c. Perception lié à la maladie hémorroïdaire et itinéraire thérapeutique**

Dans notre étude les patients auraient plus confiance à la médecine moderne (75%) qu'à la médecine traditionnelle (25%) par contre 50% de nos patients auraient fait recours à la médecine traditionnelle.

Le premier recours de nos patients a été les tradithérapeutes suivie de la médecine moderne avait respectivement 50% et 27,8% ce qui pourrait s'expliquer par le fait que notre société est plus portée sur les croyances traditionnelles.

#### **d. Examen clinique du malade**

##### **Motifs et signes retrouvés à l'examen physique**

Le principal motif de consultations était la constipation suivie de la douleur anale et la tuméfaction anale avec respectivement 97,22%, 94,44% et 83,33%.

Les signes les plus retrouvés à l'inspection chez nos patients étaient la tuméfaction anale suivie de marisque hémorroïdaire avec respectivement 69,4% et 27,8%. Au toucher rectal la douleur anale et l'hypertonie sphinctérienne ont été les plus objectivées avec respectivement 86,11% et 50% des cas.

##### **Diagnostic et stade évolutif**

Au cours de notre étude nous avons pu diagnostiqué l'hémorroïde externe chez la moitié de nos patients soit 50%.

Les stades I et le stade III ont été les représentés avec respectivement 38,9 % et 27,8% des malades.

#### **e. Traitement**

Au cours de notre étude le traitement médical a été le plus observé avec 55,6% des cas.

Les médicaments utilisés étaient surtout les veinotoniques, les laxatifs et antalgiques chez respectivement 100%, 91% et 86,36% de nos malades.

Les pathologies proctologiques telles que les fissures, les fistules et abcès étaient les plus observées chez nos patients avec respectivement 60% et 20%.

### **5.3 Analyse sur les tradithérapeutes et les accompagnants**

#### **a. Données socio démographiques**

##### **Age**

Au cours de notre étude, 60% des tradithérapeutes avaient au moins 40 ans et 68% des accompagnants avaient au moins 30 ans, avec des moyennes d'âge respectives de 49,33 ans et 28,76 ans.

##### **Sexe**

Dans notre étude, les tradithérapeutes étaient majoritairement de sexe masculin avec 86,7% soit un sex-ratio de 6,5. La prédominance masculine a aussi été notée chez les accompagnants des malades mais avec un sex-ratio plus faible soit de 1,5. Nos résultats sont superposables à

ceux de Dabo B. qui avait trouvé une représentation masculine de l'ordre de 76,8% chez les tradithérapeutes avec un sex-ratio de 3,3 [2].

Le faible taux des femmes serait le reflet des conditions socioculturelles de la femme dans la société africaine, notamment malienne.

### **Ethnie**

L'ethnie Bambara a été la plus représentée chez les tradithérapeutes et les accompagnants avec respectivement 66,7 et 60%.

### **Scolarisation**

La scolarisation tant chez les tradithérapeutes que chez les accompagnants n'était pas de mise. Nous avons noté 66,7% de tradithérapeutes et 64% d'accompagnants non scolarisés. Ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux de Dabo B. qui avait trouvé 57,1% de tradithérapeutes non instruits [2]. Ce faible taux de scolarisation des tradithérapeutes serait dû d'une part à l'accès difficile à l'éducation à une certaine époque au Mali et d'autre part aux concepts socio-culturels et religieux des africains vis à vis de l'éducation occidentale.

## **b. Perception de la maladie hémorroïdaire**

### **Connaissances**

Durant notre étude sur la perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire dans le district de Bamako, tous les thérapeutes traditionnels ont affirmé connaître la maladie hémorroïdaire. Les accompagnants de malades qui ont affirmé connaître cette maladie étaient aussi majoritaire soit 80% des cas et surtout par le biais de bouche-à-oreille dans 70% des cas.

### **Manifestations connues**

Les principaux signes de la maladie hémorroïdaire cités par les tradithérapeutes étaient : la constipation (100%), la douleur anale (100%), et le bouton anal (93,3%), mais aussi d'autres symptômes méconnus de la littérature médicale tels que l'impuissance sexuelle, le prurit conjonctival, la chaleur plantaire l'asthénie physique, la fièvre et l'insomnie.

Des accompagnants qui connaissaient cette maladie quant à eux citèrent majoritairement : douleur anale (100%), bouton anal (75%), et la constipation (70%).

### **Principal facteur favorisant de cette maladie**

La position assise prolongée (100%), la constipation et l'alimentation à proportion égale (93,3%) étaient les facteurs favorisants les plus citées par les tradithérapeutes durant notre étude, les accompagnateurs quant à eux incriminent l'alimentation la constipation et la position assise prolongée respectivement à 100, 100 et 85%

**c. Traitement**

La totalité des thérapeutes traditionnels ont affirmé donner un traitement traditionnel à leurs patients et 26,7% ont prétendu avoir eu recours au traitement médical.

Cet appel à la médecine moderne par le tradithérapeutes pourrait traduire l'existence d'une collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle.

## **6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

---

### **Conclusion**

La maladie hémorroïdaire est fréquente, les malades et les accompagnants avaient une connaissance partielle sur cette pathologie en commune I.

A l'instar de la médecine moderne, la médecine traditionnelle a son système de valeurs ; ses unités de mesure et sa manière de protéger ; mais malgré tout elle a ses limites.

La valorisation de cette médecine traditionnelle passe nécessairement par sa bonne structuration.

## **Recommandations**

### **★ Aux personnels sanitaires**

- ✓ Encourager les campagnes de sensibilisation sur la pathologie hémorroïdaire par les moyens d'IEC et de CCC.
- ✓ S'impliquer dans les programmes de sensibilisation et de formation des prestataires de soins.

### **★ A la population**

Consulter le plus tôt que possible en milieu médical pour toute forme de pathologie de la marge anale.

### **★ Aux thérapeutes traditionnels**

Collaborer avec la médecine moderne pour la prise en charge adéquate de la maladie hémorroïdaire par un système de référence formelle.

### **★ Aux autorités**

- ✓ Instaurer un programme de formation et de validation de connaissance des thérapeutes traditionnels.
- ✓ Élaborer une politique de réglementation des pratiques de la médecine traditionnelle.

## **7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

---

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. **Dabo B.** Connaissances, Attitudes et Pratiques Comportementales liées aux Hémorroïdes dans le Service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré et auprès des Thérapeutes Traditionnels au Mali [Thèse] : Chirurgie générale : Bamako : 2006. 100P ;
3. **Dicko M L.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré [Thèse] : Chirurgie générale : Bamako : 2007. 112P ;
4. **Coulibaly A.** Evaluation de la prise en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le de chirurgie « A » au CHU du point G [Thèse] : Chirurgie générale : Bamako : 2009. 78P ;
5. **Camara L S.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CS Réf Commune I [Thèse] : chirurgie générale ; Bamako : 2013.95P ;
6. **Dembélé K.** Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali [Thèse] : Médecine Interne : Bamako : 1994. 93P ;
7. **Dembélé K S.** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti [Thèse] : chirurgie générale : 2010. 99P ;
8. **Coulibaly A.** Hémorroïdes et sexualité dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré à propos de 95 cas [Thèse] : chirurgie générale et pédiatrique : Bamako : 2003.109P ;
9. **Roland C, Guillaume Z, Bruno R.** Pathologie hémorroïdaire : approche diagnostique et thérapeutique à l'usage du praticien In : smf-sme.ch, dir. Cabinet. Soleure-Nyon-Genève : SSMG/SSMI. 2005. p. 869-74
10. **Thierry H.** Traitement de la pathologie hémorroïdaire : les nouvelles recommandations Higuero\_1\_624\_v1.pdf [En ligne] 2014 Janvier [25 Déc. 2016] [11]. Disponible à l'URL :

[http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf2014/01\\_Higuero\\_1;624\\_v1.pdf](http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf2014/01_Higuero_1;624_v1.pdf)

11. p. horde Hémorroïdes-Causes, symptômes et traitement Journal des femmes Santé [En ligne] 2016 Novembre [25 Déc. 2016] [705]. Disponible à l'URL : <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/705-hemorroides-causes-symptomes-et-traitement>
12. **Wikipédia**. Bamako-wikipédia [En ligne] 2016 Décembre. [16 Jan. 2017] Disponible à l'URL : <https://fr.m.wikidia.org/wiki/bamako>
13. **Hansen H, Stelzner F**. Proktologie, springer-verlag., *kliniktaschen-bucher 1981 162 p.*
14. **Robert D, Churet JP, Piquart B**. Anatomie du canal anal  
Ed techn-encycl-Med-Chir.(Paris) tech chir Généralités-Appareil digestif tome 2, 1976, 40680, 6P.
15. **Coper R**. Etiopathogenie des hémorroïdes  
Dédution thérapeutique Proctologie, 1981 : 35-39
16. **Miles W, E**. Observations upon internal piles, *Surg Gyn obst, 1991, 29: 496-500.*
17. **Souillard J, Contou J F**. La ligature élastique : procedé de traitement médical ambulatoire des hémorroïdes. *Nouv. Presse méd ; 1979,8 : 1981-1982*
18. **Abramowitz L**. Maladie hémorroïdaire : anatomie, épidémiologie et physiopathologie.  
[File://E:\DIU-COURS-dec00-MH\\_An-Ep-Ph.htm](File://E:\DIU-COURS-dec00-MH_An-Ep-Ph.htm)
19. **Ajayi D O, Banigoo G, Nnamdik**. Anal fissure, fistule abscesses and haemorroids *in tropical population dis colon rectum, 1974, 17 : 55-60*
20. **N'Djitoya P, N'Dame C**. Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu camerounais : études analytique de 720 cas.  
*Examen méd afr noire, 1991, (38), 12 :835-840*

**21. Dembele K.** Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali. *Thèse médecine, Bamako 1993 ;93P ; N°37*

22. **Champigneulle B, Dieterling P, Bigard M A, Gaucher P.** Etude prospective de la fonction sphinctérienne anale avant et après hémorroïdectomie.  
*Gastroenterol clin biol 1989 ; 13 : 452-6.*
23. **Kamina P.** Dictionnaire d'atlas d'anatomie.  
*Paris-Maloine SA, A-F, 1983,643.*
24. **Denis J, Lemarchand N.** Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques des troubles hémorroïdaires de l'adulte.  
*Arch fra pp ; dig ;1976(66), 8 : 530-537*
25. **Dupuy- Mont, Brun JP.** Physiologie, *proctol prat, 1991, 10-11.*
26. **Souillard J.** Les hémorroïdes existent – elles ? *rev proct, 1981, 1 : 32-34*
27. **Kamina P.** Dictionnaire d'atlas d'anatomie.  
*Parisianisme SA, G-O, 1983,1233.*
28. **Denis J.** Fistules anales. *proctol prat, 1991,3134.*
29. **Miligan E T C, Morgan C.** Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. *The lancet, 1937, 2 :1119-1124.*
30. **Mariko H.** Etudes des hémorroïdes en chirurgie « B » à l'hôpital national du point G à propos de 152 cas. *Thèse de médecine Bamako, 1996 ; 90P ; N°33.*
31. **Souillard J, CONTOU J F.** Colo-proctologie.  
*Masson Edit, Paris,1983, 17- 110*
32. **Laude M.** Anatomie du canal anal.  
*Proctol pratiq Edition 1999 ; 2-9*
33. **Girona J, Denkers D.** Fistel, Fissur, Abcess.  
*Chirur 1996, 6:222- 228*
34. **Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Philips R.K.**  
Haemorrhoids : pathology, patho- physiology and etiology. *Br. J. Surg. 1994. 81(7) : pp. 946-954.*

- 35. Zouk et Coll.** Le point sur l'hypertrophie bénigne de la prostate (adenome de la prostate) comme cause d'obstruction urinaire basse en milieu camerounais (propos de 261 cas observés à la clinique d'urologie de l'hôpital central de Yaoundé).  
*Médecine d'Afrique Noire.* 1989 ; 36 (8-9) ; pp= 682-697
- 36. Leong A-F, and al.** Performing international sphincterotomy with anorectal procedure. *Dis. Colon. Rectum.* 1993 ; 37 (11) : pp 1130-1132.
- 37. Hoff SD, Bailey H R , B u t T S D R , M a x e , S m i t h K W , Zamora LF, Skakun GB.** Ambulatory surgicall hémorroïdectomie a solution to past operative urinary retention.  
*Dis. Colon. Rectum,* 1994 ; 37 (12) : pp 1242-1244.
- 38. Otto P, Otto JV.** Hemorroïdal disease Schweiz- Rundesh.  
*Med. Prax.* 1994 ; 83 (44): pp. 1225-1228.
- 39. Udezue NO.** Five hundred consecutive sigmoidecopies for franc rectal bleeding an analysis. *Tropical doctor.* 1989 ; 19 (2) : pp. 72-73.
- 40. Sarles JC, Arnaud A, Consentino B**  
La chirurgie des hémorroïdes : Résultat d'une enquête.  
*Annale de chirurgie.* 1987 ; 41 (8) : pp : 629-633.
- 41. Jansen L W.** Consensus hemorrhoids (deutsch society for surgery Ned Fijdschr- geneeskd. 1994 ; 138 (42) : 2106-2109.
- 42. Peloquin AB, Desjardin JG.** Rectum et anus. Milan :  
Masson, 6<sup>ème</sup> édition. 1990- 1995p (768-770).
- 43. OMS/médecine traditionnelle**  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/fr/>
- 44.** Le recours à la pharmacopée traditionnelle africaine dans le nouveau millénaire : cas des femmes herboristes de Bamako. aneppe@datateche toolnet.org
- 45.** Rapport bilan du ministère de la santé juin 1992 à mars 2002  
Cellule de planification et de statistique ; Bamako (koulouba mai 2002).

- 46. Helgi ORN Johannsson, MD, Wilhelm G, M D ET COLL.** Bowel habits in hemorrhoids patients and normal subjects. *Am j gastro enterol* 2005;100: 401- 405.
- 47. Semega C.** Maladie hémorroïdaire : Aspects cliniques et thérapeutiques. A propos de 92 cas dans le service de chirurgie B de l'hôpital du point G.  
Thèse médecine Bamako 1997 ; 105P ; N°2.
- 48. Rosa, Lolli P, Piccinlli D ET COLL.** Submucosal reconstructive hémorroïdectomie (parks' operation) : a 20-year experience  
*Tech coloproctol*, 2005 ; 9(3):209-14.
- 49. AL Hadrani AM:** Khat induced hemorrhoidal disease in Yemen  
*Saudi med j*, (2000) ; 21(5):475-7
- 50. N'DRI, Kouakou Lohoues MJ et Coll :** La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain : A propos de 522 cas colligés au CHU de Cocodi.  
*Méd chirur digest* 1994 ; 23 (4) 233-23
- 51. Sigrid S.** Résultats of haemorroïdectomie according to MILLIGAN: a follow up study of 100 patients, *Acta chir scan*, 1980, 124: 444-453.
- 52. Suduca P, Suduca J M.** Les hémorroïdes. Estomac- intestin  
EMC, Edit technique, Paris, 1990, 908A105 : 12-20.
- 53. Davy A, Marel U.** Etude des suites opératoires des hémorroïdectomies réalisées par la technique de l'hôpital Saint Marck de Londre. (À propos de d'une série de 900 cas) *An. Chir*, 1971,97 : 387-393.
- 54. I Watt A K.** Epidemiology of hoemorroid ind adult nigerian and english a comparative study.  
*Central africain jr of med*, 1987, (33); 3: 61-66.
- 55. Ben Moulaye Idriss Sidi Mohamed :** Dynamique et devenir des sortants de L'ENMP/FMPOS 1969-1999  
Thèse médecine Bamako 2003-N°22.

**56. Besancon S** : Articulation médecine moderne et médecine traditionnelle dans la prise en charge du diabète sucré dans le cercle de Sikasso ONG « appui au développement, santé diabète Mali(SDM) » N°02/ 2005.

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

#### QUESTIONNAIRE DES MALADES

##### **A. Données sociodémographiques**

- 1) Age : /...../ ans
- 2) Sexe : /..... / 1-Masculin, 2-Féminin
- 3) Ethnie : /..... /1-Bambara ; 2-Peulh ; 3-Sonraï ; 4-Maure ; 5-Tamashek6-Dogon ; 7- Malinké ; 8-Senoufo ; 9-Minianka ; 11-autres à préciser
- 4) Résidence : /..... / 1-Commune I ; 2-Autres communes à préciser : /..... /
- 5) Profession:/...../ 1-chauffeur ; 2-tailleur ; 3-fonctionnaire ; 4-cultivateur ; 5-pêcheur ; 6-commerçant ; 7-Scolaire ; 8-Ménagère ; 9-ouvrier ; 10-autre à préciser
- 6) Niveau d'instruction : /.../1-supérieur ; 2-secondaire ; 3-primaire ; 4-aucun

##### **B. Connaissance de la maladie hémorroïdaire**

- 1) Connaissez-vous la maladie hémorroïdaire ? /.../ 1- OUI ou 2- NON
- 2) Si oui par quelle source d'information ? /.../ 1-Radiodiffusion ; 2-Télévision ; 3- parent ; 4- malade (d'hémorroïde) ; 5-structure de sante ; 6- autres à préciser
- 3) Sous quelle appellation connaissez-vous cette maladie ? /... /1-Koko ; 2-kobo ; 3-Hémorroïde ; 4- Ne sait pas, 5- autre à préciser
- 4) Quelle(s) manifestations(s) connaissez-vous sur cette maladie ? /...../
  - 1- Constipation ; 2-Bouton anal ; 3- perte sanguine pendant les selles ;
  - 4-Météorisme abdominal ; 5-Douleur anale ; 6-Impuissance sexuelle ; 7- Asthénie physique ; 8-Céphalée ; 9-Prurit anal ; 10-Ne sait pas ; 11- autres à préciser
- 5) Selon vous, quelle est la principale cause de cette maladie ? /..... /
  - 1-constipation ; 2-Position assise prolongée ; 3-grossesse ; 4-alimentation
- 6) Y-a-t-il un aliment incriminé dans la survenue de la maladie hémorroïdaire ? /..... /
  - 1-OUI ; 2-NON
- 7) Si oui lequel ? /.... /1-céréale ; 2-viande ; 3-épice 4-tubercule ;
  - 5- Ne sait pas, 6- autre à préciser

##### **C. Concept lie à la maladie hémorroïdaire et itinéraire thérapeutique**

- 1) La médecine moderne peut-elle guérir la maladie hémorroïdaire ? /...../
  - 1-OUI ; 2-NON /..... /Justifier votre réponse .....
- 2) La chirurgie est-elle efficace dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire ? /..... / 1-Oui ; 2-Non  
Justifier votre réponse.....

- 3) La médecine traditionnelle peut-elle guérir la maladie hémorroïdaire/...../ 1-Oui ; 2-Non

Justifier votre réponse.....

- 4) Quel a été votre premier recours thérapeutique ? /..... / 1- Le traitement moderne 2-Le traitement traditionnel 3-abstention de traitement 4- automédication

- 8) Quelle est la source de votre motivation au premier recours thérapeutique ? /...../ 1-confiance 2-information ou recommandé 3-pauvreté 4-peur de la chirurgie 5- autres à préciser

- 9) Quel est le type de traitement traditionnel que vous avez utilisé ? /..... / 1-laxatifs ; 2-fumigation ; 3-scarification ; 4-bain de siège ; 5-suppositoire ; 6- autres à préciser

- 10) Quel est l'impact socio-comportemental de la maladie hémorroïdaire ? /...../ 1-arrête des efforts physiques ; 2-changement du régime alimentaire ; 3-arrêt de travail ; 4-augmentation des dépenses 5-autres

- 8) Quel est la durée moyenne entre les premières manifestations et le premier recours aux soins : /..... / mois

- 9) Quelle est votre attitude devant la maladie hémorroïdaire ?.....

- 10) Quelle est votre pratique comportementale devant la maladie hémorroïdaire ?

#### **D. Examen clinique du malade**

- 1) Motifs de consultation : /...../ 1-constipation ; 2-douleur anale  
3-tuméfaction anale ; 4-rectorragie ; 5-faux besoins ; 6-autres à préciser

- 2) Signes retrouvés à l'inspection du malade en position genou-pectoral : /...../ 1-tuméfaction anale 2-marisque hémorroïdaire ;  
3-Paquet hémorroïdaire ; 4-ulcération anale, 5-autres à préciser

- 3) Signes retrouvés au toucher rectal : /.../ 1-douleur anale 2-masse rectale  
3- hypertonie sphinctérienne 4-indolore, 5-autres à préciser

- 4) Diagnostic positif : /.../ 1-Hémorroïde externe 2-Hémorroïde interne  
3-Hémorroïde interne plus Hémorroïde externe 4-thrombose hémorroïdaire

- 5) Stade évolutif:/...../ 1-stade I ; 2-stade II; 3-stade III et 4-stade IV

- 6) Traitement : /...../ 1-Traitement médical ; 2- traitement chirurgical ; 3- traitement instrumental
- 7) Médicaments utilisés pour le traitement médical .....
- 8) Type de traitement chirurgical utilisé .....
- 9) Type de traitement instrumental utilisé .....
- 10) Pathologies anales associées .....

## **QUESTIONNAIRE DES TRADITHERAPEUTES**

### **A. Données sociodémographiques**

- 1) Age : /...../ 2) Sexe : /...../ 1-Masculin ; 2-Féminin
- 3) Ethnie: /...../ 1- Bambara ; 2-Peulh ; 3-Sonrhaï ; 4-Maure ; 5-Tamashek ; 6-Dogon ; 7-Malinké ; 8-Senoufo ; 9-Minianka ; 10-Sarakolé ; 11-autres à préciser
- 4) Résidence : /...../ 1-Commune I ; 2-Autres communes à préciser: /.... /
- 5) Niveau d'instruction : /.... / 1-supérieur 2-secondaire 3-primaire 4-aucun

### **B. Connaissance de la maladie hémorroïdaire**

- 1) Connaissez-vous les maladies de la marge anale ? /...../ 1-Oui ; 2-Non
- 2) Quel nom donnez-vous à la maladie hémorroïdaire ? /...../ 1-Koko 2-kobo 3-Hémorroïde 4- 5, 5- autres à préciser
- 3) Quelle(s) manifestation(s) connaissez-vous ? /...../ 1- Constipation ; 2-Bouton anal 3- perte sanguine pendant les selles 4-Météorisme abdominal ; 5-Douleur anale ; 6- Impuissance sexuelle ; 7-Asthénie physique ; 8-Céphalée ; 9-Prurit anal ; 10-Ne sait pas ; 11- autres à préciser
- 4) Comment traitez-vous vos clients atteints d'hémorroïde ? /...../ 1-traitement traditionnel ; 2 - traitement traditionnel plus traitement médical, 3-massage, 4- fumigation, 5- autres à préciser
- 5) Connaissez-vous des facteurs prédisposant à cette maladie ? /... /  
1-OUI ; 2-NON
- 6) SI oui lesquels ? /...../ 1-Constipation ; 2- Position assise ; 3-Rapport sexuel ; 4- Alimentation ; 5-grossesse ; 6-diarrhée ; 7-autre à préciser
- 7) Y-a-t-il un aliment incriminé dans la survenue de la maladie hémorroïdaire ? /...../ 1-OUI ; 2-NON
- 8) Si oui lequel ? /...../ 1-céréale ; 2-viande ; 3-épice ; 4-tubercule ; 5-légume ;

6-fruit ; 7-autre à préciser ; 8- Ne sait pas

9) Selon vous, quelle est la principale cause de cette maladie ? /.../1-constipation 2-s'asseoir longtemps ; 3-grossesse ; 4-alimentation ; 5-mauvais sort ; 6-Ne sait pas, 7-autres à préciser

10) Quel moyen diagnostique utilisez-vous ? /..... /1-interrogatoire 2-examen physique 3-motifs de consultation 4-Ne ne sait pas ; 5-autres

11) Quelles sont les différentes formes d'hémorroïde que vous connaissez ? /...../1-Hémorroïde interne ; 2- Hémorroïde externe ; 3-1plus 2 ; 4-Ne sait pas, 5-autres à préciser

12) Quelle est la différence entre les formes ?

.....

13) La maladie hémorroïdaire peut-elle avoir des complications ?/.../1-Oui ; 2-Non

Si oui lesquelles.....

14) Quel moyen de traitement utilisez-vous en cas de complication ? /..... /

1- Référer le malade dans un centre de santé ; 2-Administrer un traitement traditionnel 3- Ne sait pas

15) Connaissez-vous le cancer du rectum ? /..... /1-Oui ; 2-Non

16) Quelle différence faites-vous entre cancer du rectum et maladie hémorroïdaire ?

.....

17) Quelle est votre attitude devant la maladie hémorroïdaire ?

.....

18) Quelle est votre pratique comportementale devant la maladie hémorroïdaire ?

.....

19) Combien de malades consultez-vous par jour ? .....

.....

20) Selon vous quelle place occupe la proctologie dans la pratique quotidienne ?

.....

## **QUESTIONNAIRE DES ACCOMPAGNANTS**

### **A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

- 1) Age : /..... / 2) Sexe : /...../ 1. Masculin 2. Féminin
- 3) Ethnie: /...../ 1- Bambara ; 2-Peulh ; 3-Sonrhäï ; 4-Maure ; 5-Tamashek ; 6-Dogon ; 7-Malinké ; 8-Senoufo ; 9-Minianka ; 10-Sarakolé ; 11-autres
- 4) Résidence : /..... / 1-Commune I ; 2-Autres communes à préciser: /...../
- 5) Profession : /..... / 1-chauffeur ; 2-tailleur ; 3-fonctionnaire ; 4-cultivateur ; 5-pêcheur ; 6-commerçant ; 7-Scolaire ; 8-Ménagère ; 9-ouvrier ; 10-autre
- 6) Niveau d'instruction : /...../ 1-supérieur ; 2-secondaire ; 3-primaire ; 4-aucun

### **B. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES**

- 1) Connaissez-vous la maladie hémorroïdaire ? /...../ 1- OUI ; 2-NON
- 2) Si oui par quelle source d'information ? /..... / 1 Radiodiffusion ; 2- Télévision ; 3-parent ; 4- malade (d'hémorroïde) ; 5-structure de sante ; 6- autres à préciser
- 3) Quelle(s) manifestation(s) connaissez-vous ? /..... /1- Constipation ; 2-Bouton anal3- perte sanguine pendant les selles 4-Météorismeabdominal ; 5-Douleur anale ; 6- Impuissance sexuelle ; 7-Asthénie physique ; 8-Céphalée ; 9-Prurit anal ; 10-Ne sait pas ; 11- autres à préciser
- 4) Selon vous, quelle est la principale cause de cette maladie ? /..... / 1-constipation 2-s'asseoir longtemps 3-grossesse 4-alimentation
- 5) Y-a-t-il un aliment incriminé dans la survenue de la maladie hémorroïdaire ? /..... /1- OUI ; 2-NON
- 6) Si oui lequel ? /...../ 1-céréale ; 2-viande ; 3-épice ; 4-tubercule ; 5-autre ; 6-Ne sait pas, autres à préciser
- 7) Connaissez-vous un facteur prédisposant à cette maladie ? /.../ 1.OUI ; 2.NON
- 8) SI oui lequel ? /..... / 1-constipation ; 2-position assise ; 3-Ne sait pas ; 4-autre à préciser
- 9) Quelle est votre attitude devant la maladie hémorroïdaire ?.....
- 10) Quelle est votre pratique comportementale devant la maladie hémorroïdaire ? .....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prenom : Mohamed Hassimy

Email : diarramohamedh@yahoo.com

Titre de la thèse : Perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire en commune I du District de Bamako

Année de soutenance : 2018

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Santé publique, chirurgie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Résumé

Durant notre étude sur la perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire en commue I du district de Bamako, nous avons mené une étude prospective transversale sur une durée de 6mois allant du 2 Mai au 31 Décembre 2017 avec comme centres d'étude le centre de santé de référence de la commune I et le centre de santé confessionnel CHERIFLA.

Au cours de cette étude, nous avons colligé 36 patients atteints de la maladie hémorroïdaire, 25 accompagnants et 15 tradipraticiens de la maladie hémorroïdaire. Le sexe ratio était de 1,25 pour les malades, 6,5pour tradithérapeutes et 1,5pour les accompagnants. L'âge moyen des patients était de 32,75+-16,432 pour les patients, 49+-19,331 pour les thérapeutes traditionnels et 28,76+-6,522pour les accompagnants. Les malades qui prétendaient connaître la maladie hémorroïdaire étaient de 55,6%, les tradithérapeutes 100% et les accompagnants 80%. Le facteur alimentaire de la maladie hémorroïdaire a été évoqué par 90% des patients, 66,7% des

tradithérapeutes et 100% des accompagnants. La plupart des patients ont fait recours initialement au traitement traditionnel par peur de la chirurgie et ses séquelles.

Les patients ont été pris en charge médicalement à 61,1%et chirurgicalement à 38,9%

Mots clés : Maladie hémorroïdaire, tradithérapeutes, accompagnants, malades chirurgie

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueuse et reconnaissante 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 !*