

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

ANNEE 2002 – 2003

N° 79

TITRE

**HEMORROIDES ET SEXUALITE AU SERVICE
DE CHIRURGIE GENERALE ET PEDIATRIQUE
DU CHU GABRIEL TOURE
A PROPOS DE 95 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odonto – Stomatologie.

PAR

M^r ALIOU COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

jury :

PRESIDENT: Professeur Abdel Kader TRAORE

MEMBRES :

- Docteur Zanafon OUATTARA
- Docteur Mahamane TRAORE

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Gangaly DIALLO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2002 - 2003

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : MASSA SANOGO - MAITRE DE CONFERENCES

2^{EME} ASSESSEUR : GANGALY DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : MADAME FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kailou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA

Stomatologie
Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie – Mycologie **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr. Flabou Bougoudougou

Chimie Organique
Immunologie
Histoembryologie
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE
Mr. Massa SANOGO

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Benoît KOUMARE
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Bactériologie - Virologie
Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr. Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Dermato-Leprologie
Gastro-entérologie
Médecine Interne
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mme Tatiana KEITA
Mr Diankiné KAYENTAO †
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA † Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA

Mr Bouba DIARRA

Mr Salikou SANOGO

Mr Bokary Y. SACKO

Mr Boubacar KANTE

Mr Souleymane GUINDO

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mr Modibo DIARRA

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA

Mr Arouna COULIBALY

Mr Mahamadou TRAORE

Mr Souleymane COULIBALY

Mr Yaya COULIBALY

Mme Rokia SANOGO

Botanique

Bactériologie

Physique

Biochimie

Galénique

Gestion

Mathématiques

Nutrition

Hygiène du Milieu

Mathématiques

Génétique

Psychologie Médicale

Législation

Pharmacognosie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA

Pr. Babacar FAYE

Pr. Eric PICHARD

Pr. Mounirou CISS

Pr. Amadou Papa DIOP

Bromatologie

Pharmacodynamie

Pathologie Infectieuse

Hydrologie

Biochimie

DEDICACES

-Aux familles Samaké, Doumbia, Diakité, Koné, Santara et Coulibaly.

-A mes amis du quartier.

-A mes amis de Niono.

-A mes amis du lycée Prosper Kamara.

-A l'ensemble du corps professoral et tous les étudiants de la FMPOS.

-Deuxième assesseurs à la FMPOS

-Commandant des forces armées du Mali

-Médecin chef de la Gendarmerie Nationale du Mali

Je ne saurais vous remercier sans évoquer le grand intérêt que vous avez accordé à la recherche. Nous avons profité de votre grande connaissance scientifique et de votre expérience.

Votre amabilité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations, votre générosité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens élevé de la perfection associée à vos qualités humaines font de vous un Directeur de thèse remarquable.

Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de cette thèse.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et soyez rassuré de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

ASA :American Society of Anesthesiologists

BMR:Biopsie de la Muqueuse Rectale

Cm :centimètre

DNSI :Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

FMPOS :Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

H :Heure

HGT :Hôpital Gabriel Touré

HID :Hernie Inguinale Droite

VIH :Virus de l'Immunodéficience Humaine

HTA :Hypertension artérielle

M.M :Milligan et Morgan

mm :millimètre

mmol/l :millimole par litre

RCI :République de Cote d'Ivoire

SIDA :Syndrome Immunodéficience Acquise

TCA :Taux de Céphaline Activée

TP :Taux de Prothrombine

TR :Toucher Rectal

n :nombre

NFS :Numération Formule Sanguine

P :Pommade

% :Pourcentage

INTRODUCTION

Pour COPE R (4) le mot « hémorroïde » du grec « hémorhein », signifie écoulement sanglant. Les hémorroïdes se définissent non pas par leur aspect, mais par leur manifestation essentielle : les hémorragies. Cette appellation impropre en fait, désigne des formations de nature vasculaire dont le rôle physiologique et le mode transformation en un état pathologique restent sur bien de points encore mystérieux (26).

MILES (37) définit les hémorroïdes comme tuméfactions variqueuses constituées par la dilatation des veines de la paroi rectale.

Pour SOULLARD J. (38) : « Personne n'a jamais exactement défini les hémorroïdes, ce problème a toujours irrité les protoclogues. Cela tient de la difficulté de différencier la morphologie normale du canal anal de l'aspect pathologique, à l'étrangeté d'hémorragies rouges dans une maladie veineuse, à la discordance entre les constatations anatomo-pathologiques et à la clinique »

Les hémorroïdes sont fréquentes, Miles (26) a estimé que 80% des adultes d'âge moyen sont affligés d'hémorroïdes.

- Aux Etats Unis, une étude sur l'épidémiologie des hémorroïdes réalisée par HYAMS et PHILPOT (19) a donné une prévalence égale à 27% de la population.

- En Europe, DENIS J (8) a trouvé que la prévalence n'était pas inférieure à 25% de la population adulte française.

- En Afrique, AJAYI M estimait la prévalence à 2% de la population vivant selon le mode de vie traditionnelle.

N'DJITOYAP (28) a trouvé une fréquence de 40,83% de la pathologie digestive basse au Cameroun.

REMERCIEMENTS

- A tous mes frères et sœurs Modibo, Dramane, Issa, Oumou, Batoma, Nani, Mi, Moussa.
- A Korotoumou et Hadiaratou Doumbia : ce travail est également le vôtre, merci pour le soutien.
- A tout le personnel des services de chirurgie général et pédiatrique de l'HGT :
- *Aux docteurs Lassana Touré, Mamadou Singaré, Mahamane Traoré, Dababou Simpara, Mambi Kéita, Jérôme Dakouo, Mamadou Lamine Diakité.
- Aux infirmiers, major Mody Kassambara et son équipe.
- Aux chers collègues anciens internes du service : Amadou Traoré, Adama Sanogo, Harouna Konaté, Dramane Samaké, Ibrahim Cissé, Souleymane Traoré, Ousmane Traoré et Moussa Sidibé.
- A mes camarades de promotion 1995-1996
- A mes cadets internes du service : merci du respect.
- Aux familles Samaké, Doumbia, Diakité, Koné, Santara et Coulibaly.
- A mes amis du quartier.
- A mes amis de Niono.
- A mes amis du lycée Prosper Kamara.
- A l'ensemble du corps professoral et tous les étudiants de la FMPOS.

A notre Maître et membre du Jury : Monsieur le docteur Mahamane Traoré

-Chirurgien à l'hôpital Gabriel Touré

- Chargé de cours à l'EFTSS

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre du jury. Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens. Nous avons eu l'occasion d'apprécier votre courage, vos qualités humaines et votre générosité qui nous serviront d'exemple.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse : Monsieur le professeur Gangaly Diallo

-Maître de conférence agrégé en chirurgie viscérale

-Chef de service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré

-Chargé de cours d'anatomie et de pathologie chirurgicale à la FMPOS

-Deuxième assesseurs à la FMPOS

-Commandant des forces armées du Mali

-Médecin chef de la Gendarmerie Nationale du Mali

Je ne saurais vous remercier sans évoquer le grand intérêt que vous avez accordé à la recherche. Nous avons profité de votre grande connaissance scientifique et de votre expérience.

Votre amabilité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations, votre générosité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens élevé de la perfection associée à vos qualités humaines font de vous un Directeur de thèse remarquable.

Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de cette thèse.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et soyez rassuré de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

ASA :American Society of Anesthesiologists

BMR:Biopsie de la Muqueuse Rectale

Cm :centimètre

DNSI :Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

FMPOS :Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

H :Heure

HGT :Hôpital Gabriel Touré

HID :Hernie Inguinale Droite

VIH :Virus de l'Immunodéficience Humaine

HTA :Hypertension artérielle

M.M :Milligan et Morgan

mm :millimètre

mmol/l :millimole par litre

RCI :République de Cote d'Ivoire

SIDA :Syndrome Immunodéficience Acquise

TCA :Taux de Céphaline Activée

TP :Taux de Prothrombine

TR :Toucher Rectal

n :nombre

NFS :Numération Formule Sanguine

P :Pommade

% :Pourcentage

INTRODUCTION

Pour COPE R (4) le mot « hémorroïde » du grec « hémorhein », signifie écoulement sanglant. Les hémorroïdes se définissent non pas par leur aspect, mais par leur manifestation essentielle : les hémorragies. Cette appellation impropre en fait, désigne des formations de nature vasculaire dont le rôle physiologique et le mode transformation en un état pathologique restent sur bien de points encore mystérieux (26).

MILES (37) définit les hémorroïdes comme tuméfactions variqueuses constituées par la dilatation des veines de la paroi rectale.

Pour SOULLARD J. (38) : « Personne n'a jamais exactement défini les hémorroïdes, ce problème a toujours irrité les protoclogues. Cela tient de la difficulté de différencier la morphologie normale du canal anal de l'aspect pathologique, à l'étrangeté d'hémorragies rouges dans une maladie veineuse, à la discordance entre les constations anatomo-pathologiques et à la clinique »

Les hémorroïdes sont fréquentes, Miles (26) a estimé que 80% des adultes d'âge moyen sont affligés d'hémorroïdes.

- Aux Etats Unis, une étude sur l'épidémiologie des hémorroïdes réalisée par HYAMS et PHILPOT (19) a donné une prévalence égale à 27% de la population.

- En Europe, DENIS J (8) a trouvé que la prévalence n'était pas inférieure à 25% de la population adulte française.

- En Afrique, AJAYI M estimait la prévalence à 2% de la population vivant selon le mode de vie traditionnelle.

N'DJITOYAP (28) a trouvé une fréquence de 40,83% de la pathologie digestive basse au Cameroun.

- Au Mali, DEMBELE K (11) a estimé la fréquence des hémorroïdes à 40,15% de l'ensemble des endoscopies basses et 6,35% de l'ensemble des consultations du service de gastro entérologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Le traitement a connu un essor particulier avec la chirurgie. Globalement, le pourcentage de patients satisfaits (ou très satisfaits) après hémorroïdectomie de type Milligan et Morgan est de l'ordre de 95% (3).

Toutefois, il est apparu dans l'imaginaire populaire que cette chirurgie anale influencerait négativement sur la sexualité masculine entraînant une impuissance sexuelle. Cette étude a été initiée pour apporter un éclairage à cette assertion.

Nos objectifs ont été les suivants :

CHAPITRE II :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Objectif général :

☞ Apprécier le comportement sexuel des malades atteints de pathologies hémorroïdaires.

2-Objectifs spécifiques :

☞ Faire une étude épidémiologique des hémorroïdes.

☞ Apprécier la perception psycho-sociale des malades sur l'étiologie et le traitement des hémorroïdes.

☞ Déterminer s'il existe une répercussion de l'hémorroïdectomie sur la sexualité.

☞ Formuler des recommandations.

CHAPITRE III :

GENERALITES

ABREVIATIONS

ASA :American Society of Anesthesiologists

BMR:Biopsie de la Muqueuse Rectale

Cm :centimètre

DNSI :Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

FMPOS :Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

H :Heure

HGT :Hôpital Gabriel Touré

HID :Hernie Inguinale Droite

VIH :Virus de l'Immunodéficience Humaine

HTA :Hypertension artérielle

M.M :Milligan et Morgan

mm :millimètre

mmol/l :millimole par litre

RCI :République de Cote d'Ivoire

SIDA :Syndrome Immunodéficience Acquise

TCA :Taux de Céphaline Activée

TP :Taux de Prothrombine

TR :Toucher Rectal

n :nombre

NFS :Numération Formule Sanguine

P :Pommade

% :Pourcentage

SOMMAIRE

Chapitre I : Introduction

Chapitre II: Objectifs

1. objectif général

2. objectifs spécifiques

Chapitre III: Généralités.

1. rappels anatomiques

2. physiopathologie

3. rappels cliniques

Chapitre IV : Méthodologie :

1- type et durée d'étude

2- cadre de l'étude

3- patients

4- méthodes

5- supports

Chapitre V : Résultats

Chapitre VI : Commentaires et Discussion

Chapitre VII : Conclusion et Recommandations

Chapitre VIII : Bibliographie

Chapitre IX : Annexes

INTRODUCTION

Pour COPE R (4) le mot « hémorroïde » du grec « hémorhein », signifie écoulement sanglant. Les hémorroïdes se définissent non pas par leur aspect, mais par leur manifestation essentielle : les hémorragies. Cette appellation impropre en fait, désigne des formations de nature vasculaire dont le rôle physiologique et le mode transformation en un état pathologique restent sur bien de points encore mystérieux (26).

MILES (37) définit les hémorroïdes comme tuméfactions variqueuses constituées par la dilatation des veines de la paroi rectale.

Pour SOULLARD J. (38) : « Personne n'a jamais exactement défini les hémorroïdes, ce problème a toujours irrité les protoclogues. Cela tient de la difficulté de différencier la morphologie normale du canal anal de l'aspect pathologique, à l'étrangeté d'hémorragies rouges dans une maladie veineuse, à la discordance entre les constations anatomo-pathologiques et à la clinique »

Les hémorroïdes sont fréquentes, Miles (26) a estimé que 80% des adultes d'âge moyen sont affligés d'hémorroïdes.

- Aux Etats Unis, une étude sur l'épidémiologie des hémorroïdes réalisée par HYAMS et PHILPOT (19) a donné une prévalence égale à 27% de la population.

- En Europe, DENIS J (8) a trouvé que la prévalence n'était pas inférieure à 25% de la population adulte française.

- En Afrique, AJAYI M estimait la prévalence à 2% de la population vivant selon le mode de vie traditionnelle.

N'DJITTOYAP (28) a trouvé une fréquence de 40,83% de la pathologie digestive basse au Cameroun.

- Au Mali, DEMBELE K (11) a estimé la fréquence des hémorroïdes à 40,15% de l'ensemble des endoscopies basses et 6,35% de l'ensemble des consultations du service de gastro entérologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Le traitement a connu un essor particulier avec la chirurgie. Globalement, le pourcentage de patients satisfaits (ou très satisfaits) après hémorroïdectomie de type Milligan et Morgan est de l'ordre de 95% (3).

Toutefois, il est apparu dans l'imaginaire populaire que cette chirurgie anale influencerait négativement sur la sexualité masculine entraînant une impuissance sexuelle. Cette étude a été initiée pour apporter un éclairage à cette assertion.

Nos objectifs ont été les suivants :

CHAPITRE II :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Objectif général :

☞ Apprécier le comportement sexuel des malades atteints de pathologies hémorroïdaires.

2-Objectifs spécifiques :

☞ Faire une étude épidémiologique des hémorroïdes.

☞ Apprécier la perception psycho-sociale des malades sur l'étiologie et le traitement des hémorroïdes.

☞ Déterminer s'il existe une répercussion de l'hémorroïdectomie sur la sexualité.

☞ Formuler des recommandations.

CHAPITRE III :

GENERALITES

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 cotés, 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, la paroi postérieure du vagin..

Il se termine par l'anus qui est l'orifice terminal du tube digestif (39).

1.1.1.2-Configuration interne :

-le pecten anal : est 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, mat, puis bleuës (21) 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 1 cm et épaisses de 1 à 2 mm, reliées à leur extrémité inférieure par les valvules anales et séparées par les sinus anaux. La membrane anale, à ce niveau est rose (33).

-la zone ano-cutanée : est lisse et haute de 1 cm. Elle est limitée, en bas par un sillon annulaire répondant à la jonction des muscles sphincter interne et externe.

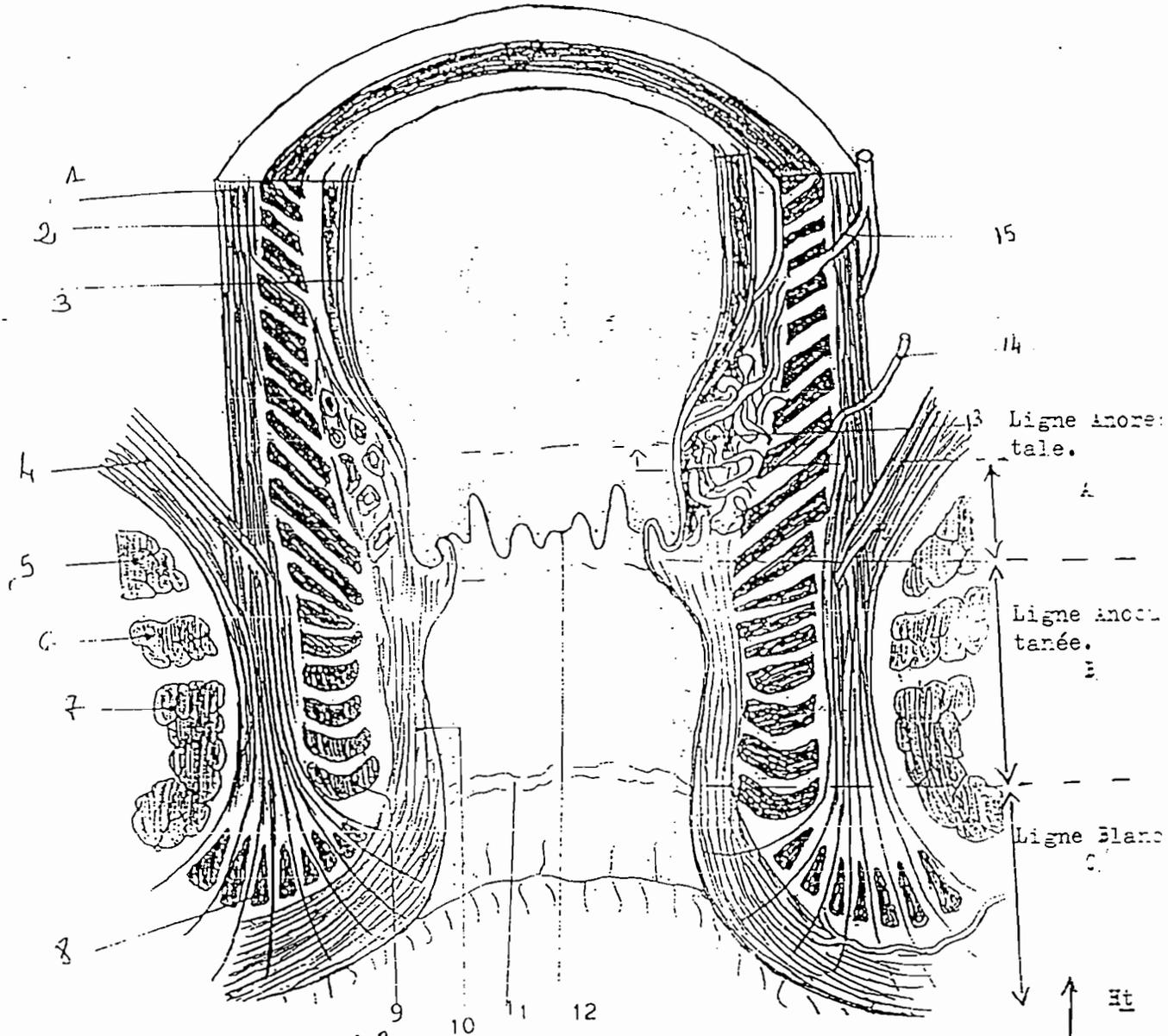
-la zone cutanée : continue avec la peau du périnée. Cette zone est souvent pigmentée, riche en poils et en glandes sébacées.

Selon certains auteurs, (10) le canal anal se divise en deux parties par la ligne pectinée qui est située aux environs de la jonction 1/3 moyen 1/3 supérieur du canal anal. Cette ligne est oblique en bas et en avant et constituée par le bord libre des valvules anales semi-circulaires qui limitent avec la paroi anale, les cryptes anales de MORGAGNI.

COUPE FRONTALE DU CANAL

ANAL (21)

Figure: 1.



1. Fibres musculaires longitudinales du Rectum
2. Fibres musculaires Circulaires du Rectum
3. Muscularis mucosae
4. Muscle pubo Coccygien
5. Muscle Puborectal
6. Muscle Sphincter externe profond
7. Sphincter externe superficiel
8. Sphincter externe sous-cutané

9. Sphincter Interne
10. Muscle du Canal anal
11. Muqueuse du Canal anal
12. Ligne des colonnes de MORGAGNI
13. Corps Caverneux rectal
14. Veine rectale médiane
15. Veine rectale supérieure
16. Veine rectale inférieure

A)= PECTEN

B)= ZONE ANOCUTANEE

C)= ZONE CUTANEE.

→ la portion sus- pectinéale : présente les colonnes de MORGAGNI. La sous muqueuse est occupée par le plexus hémorroïdaire interne , d'ou sa coloration rouge foncée qui tranche nettement avec la teinte rose pale de la muqueuse rectale sus-jacente.

→ la portion sous- pectinéale: est de coloration gris bleutée.

1.1.1.3- Appareil sphinctérien :

Il est constitué par différents éléments musculaires. Un muscle sphincter est un anneau musculaire dont la fonction est de fermer la lumière d'un conduit (22).

1.1.1.3.1- 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 (22). Constitué de fibres musculaires lisses, il est innervé par le système neurovégétatif et échappe au contrôle de la volonté. C'est le gardien de la continence anale (33).

1.1.1.3.2- 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 (22).

-le faisceau sous-cutané : est une bande annulaire de muscle strié, triangulaire à sommet supérieur sur une coupe frontale. C'est la seule portion qui entoure l'orifice anal (9,10). Il est formé de bandes concentriques de fibres striées, séparées les unes des autres par des cloisons conjonctives disposées en éventail sur une coupe frontale et représentant l'éparpillement terminal des fibres du tube longitudinal complexe (33).

-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 ses 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 1cm. C'est aussi un muscle circulaire comme le faisceau sous cutané (10,33).

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.

1.1.1.3.3- Le muscle releveur de l'anus : ou muscle levator ani.

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

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

-le 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 retro anale en croisant les faces anales du rectum. Ils s'insèrent sur le ligament ano-coccygien, sur les bords latéraux du coccyx et à la face postérieure de la partie anale du rectum.

-le 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 (22).

1.1.1.3.4- 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 certains, à la couche musculaire du canal anal (22).

1.1.1.3.5 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, 11H où elles peuvent être palpées. Elles forment un réseau capillaire dans le corps caverneux. Le muscle canalis ani : ce muscle naît du sphincter ani internus sous forme d'écrou et traverse toute la largeur du corps caverneux. Il joue un rôle très important dans la fermeture du canal anal. Une petite partie de ses fibres vient du muscle longitudinal du rectum. Les fibres caudales reviennent au sphincter ani internus, les autres sont ancrées sur le septum intermusculaire 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.

1.1.1.3.6- 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 ses terminaisons.

Selon la description de MILLIGAN et MORGAN (in 10, 27) 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). 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 (9,10).

1.1.1.4-Espaces celluloux péri anaux :

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

1.1.1.4.1- 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.

1.1.1.4.2- l'espace péri-anal sous cutané :

est situé dans le 1/3 inférieur du canal anal, limité en dedans par la peau du canal anal, en haut par le septum intermusculaire et en dehors par le fascia de Morgan.

Il contient le faisceau sous-cutané du sphincter externe, le plexus hémorroïdaire externe et les glandes sudoripares et sébacées.

1.1.1.4.3- 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 (21).

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 (10).

1.1.1.4.4- l'espace postérieur du releveur de COURTNEY :

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

1.1.1.4.5- 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.

1.1.1.5- Vascularisation du canal anal :

1.1.1.5.1- Vascularisation artérielle : (figure 2)

-Artère rectale supérieure : ou artère rectalis superior.

Branches 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 8cm de la marge avant de descendre dans la sous-muqueuse. Ces branches sont constamment retrouvées au point suivants : 3H, 7H, 11H ou elles peuvent être palpées. Elles prennent ensuite un trajet rectiligne dans l'axe du rectum puis du canal anal. Elle se jette au niveau de la ligne pectinée.

-Artère rectale moyenne : ou artère rectalis média.

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.

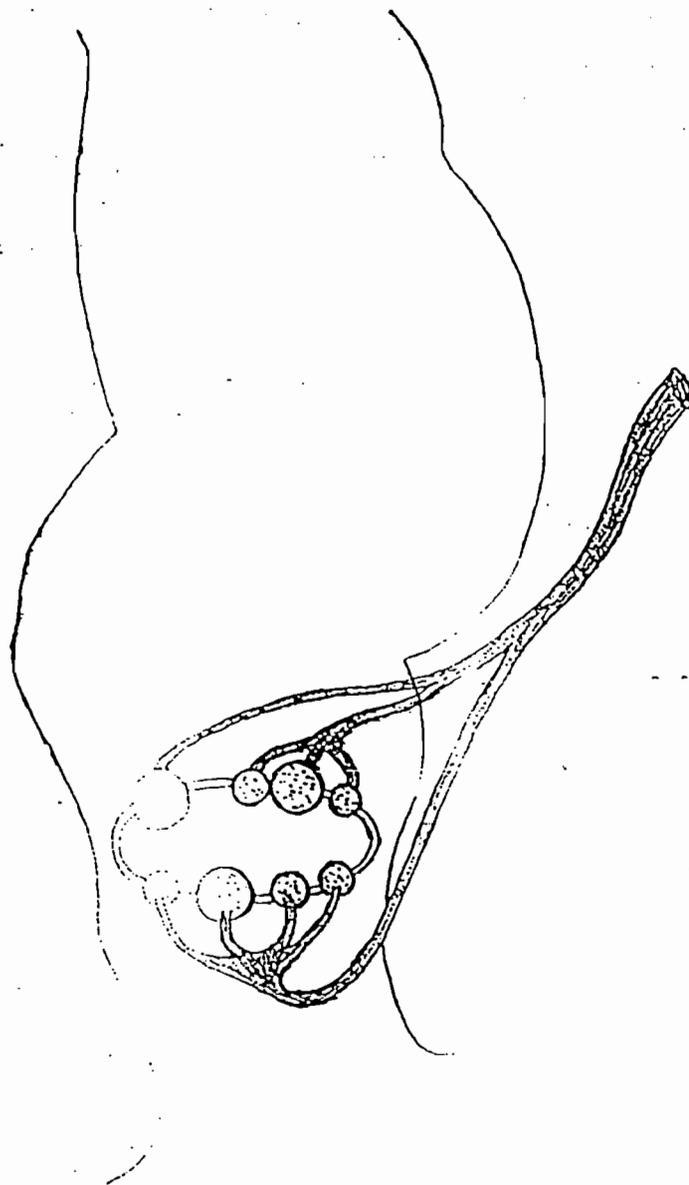
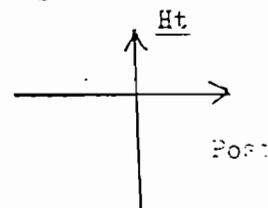


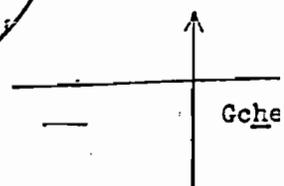
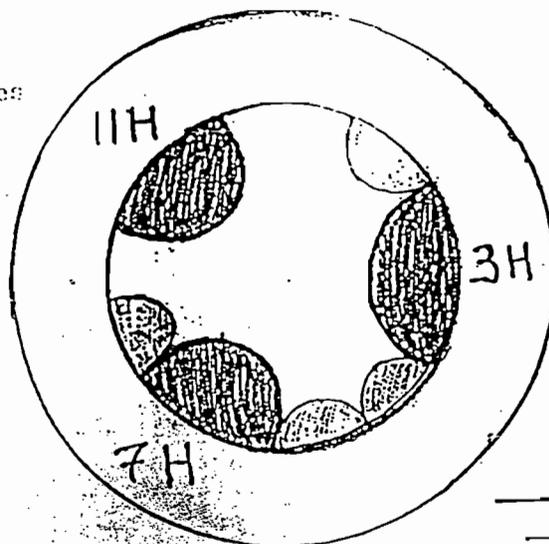
Schéma de la Vasculisation
 artérielle du Corps ⁽²⁰⁾ sverna
 rectal : Artères rectale
 supérieure.
 (3 H. 7 H. 11 H.)

Figure. 4.



Position des paquets hémorroïdaires
 dans le canal anal
 (Décubitus dorsal). Les paquets
 principaux sont généralement
 à 3 H, 7 H et 11 H.

Figure. 2.



-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 (21).

1.1.1.5.2- 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 (40)

1.1.1.5.3- 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 inguinaux superficiels (40).

1.1.1.6- Innervation du canal anal : (23)

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.

1.1.1.6.1- Les nerfs somatiques : (23)

Sur une vue du périnée postérieur on aperçoit le nerf pudental (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 (nerf cutaneus femoris posterior) traversant parfois le ligament sacro-coccygiens issus de S5 et CX (nerf anoccygeus) décrits par Morestin 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 le repli falciforme du grand ligament sacro-tubérositaire (canal d'Alcock) qu'il peut parfois perforer.

1.1.1.6.2-Les nerfs splanchniques :

végétatifs, ils sont issus du plexus hypogastrique inférieur (plexus hypogastricus pelvinus) où confluent les afférentes orthosympathiques venues par les chaînes latéro vertébrales lombaires et sacrées et les afférentes parasymphatiques issues des centres intra-axiaux médullaires sacrés S2 S3 S4 venues par les nerfs érecteurs d'Eckardt (nerf erigentes).

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

1.1.1.6.3-Les voies et centres nerveux Médullaires (23)

sous l'angle des sensibilités.

La sensibilité somatique extéroceptive et nociceptive permet la discrimination de la nature du contenu recto-anal, liquide, gazeux ou solide. Elle rejoint la moelle sacrée et de là sera à l'origine du réflexe recto-anal inhibiteur qui entraîne l'ouverture du

sphincter interne lisse, en contraction permanente. Cette sensibilité va rejoindre les centres supérieurs.

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

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

1.1.1.6.4- Les centres supérieurs :

encore peu précisé, ils siègent au niveau du tronc cérébral où la réticulée 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 aussi l'organisation du schéma praxique moteur avec une mémoire fécale et l'intégration de la posture et de l'habitude défécatoire. Ce sont autant de gestes que le jeune enfant va devoir contrôler et que le sujet âgé victime d'un ramollissement cérébral va perdre.

1.1.2-Anatomie microscopique :

1.1.2.1- Couche interne :

-La zone de transition :est comprise entre la ligne ano- rectale et la ligne pectinée. Cette transition s'effectue soit brusquement soit le plus souvent par l'intermédiaire d'un épithélium, dit "de transition". Cet épithélium est d'origine cloacale. Il est situé au niveau de la membrane proctodéale, frontière embryologique entre l'ectoderme et l'endoderme (33). De caractère paramalpighien, cet épithélium de transition est composée de cellules cubiques et de l'épithélium épidermoïde stratifié.

-Le pecten anal : est constitué d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé sans follicule pileux. Sa lamina propria est dépourvue de follicules lymphatiques. La muscularis mucosae n'est présentée qu'au niveau des colonnes.

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

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

1.1.2.2- Sous- muqueuse :

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

1.1.2.3- Musculeuse :

elle est constituée par les sphincters externe et interne (21).

Cf appareil sphinctérien.

1.1.2.4- Glandes anales :

-Les glandes de HERMANN et DESFOSSÉS : encore appelées glandes proctodéales (16-17). 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 (9,10).

-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 (10).

1.2- ANATOMIE FONCTIONNELLE :

Le muscle sphincter anal interne aganglionnaire et lisse ferme l'anus en laissant un orifice de 8 à 10mm de diamètre. Cet orifice sera fermé par le corps caverneux qui se remplit par conséquent de sang. On observe ainsi une fermeture des veines transsphinctériennes (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 d'abord dans l'ampoule rectale. Ceci provoque une contraction du muscle sphincter et pubo- rectale : c'est le réflexe ano-rectal. Il ne dure pas

présence des hémorroïdes (44). 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 (44) et celui de l'obésité (18) a été signalé dans la littérature.

3- RAPPELS CLINIQUES :

3.1. EPIDEMIOLOGIE :

en proctologie les hémorroïdes constituent l'une des affections les plus fréquentes(29, 33, 43). L'homme est atteint plus que la femme (33,34). L'affection est extrêmement rare chez l'enfant (29,33). La fréquence devient de plus en plus élevée à partir de 20 ans avec un maximum vers la quarantaine (29). L'alimentation jouerait un rôle essentiel dans leur survenue, surtout les régimes riches en résidus (29).

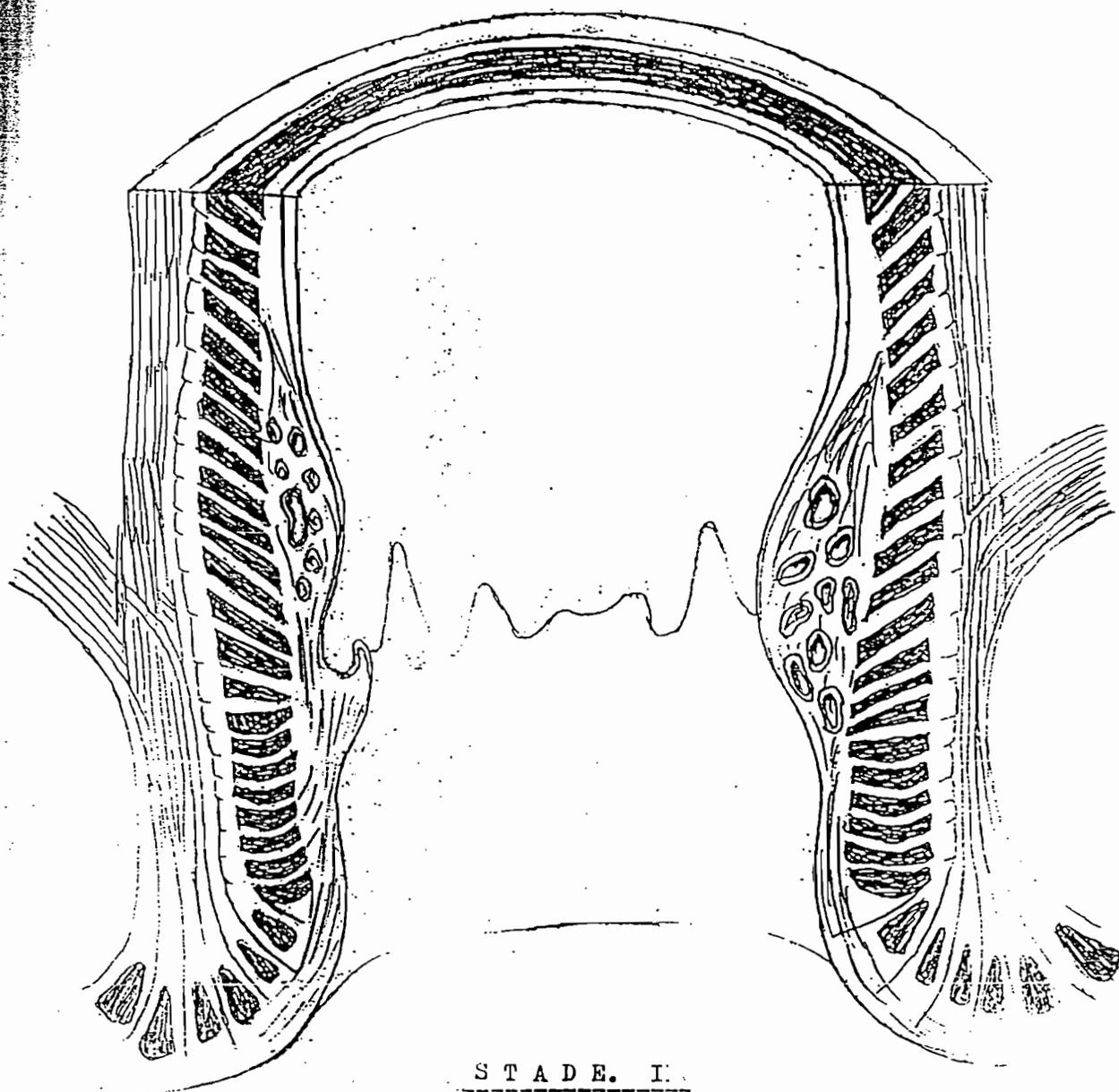
3.2. SIGNES FONCTIONNELS :

le plus souvent les hémorroïdes sont asymptomatiques. Elle peuvent être de découverte fortuite lors d'un examen général. Un des symptômes les plus fréquents est l'hémorragie rouge claire. Ces rectorrhagies sont d'abondance variable. Certains peuvent consulter pour anémie (20). Le malade peut présenter aussi des prurits anaux, des troubles du transit :constipation, ténésme, incontinence. Souvent la douleur est le maître symptôme. Elle peut être due à une thrombose, une infection, un étranglement ou une fissure associée.

Parfois c'est une simple sensation de pesanteur au niveau de la région anale qui amène le malade en consultation.

On distingue 4 stades d'hémorroïdes :

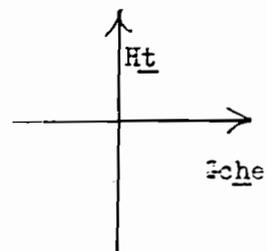
- Stade 1: paquet hémorroïdaire saignant à la fin de la défécation et visible à la rectoscopie (figure 3a),
- Stade 2 : extériorisation du paquet hémorroïdaire pendant la défécation et qui rentre spontanément (figure 3b),

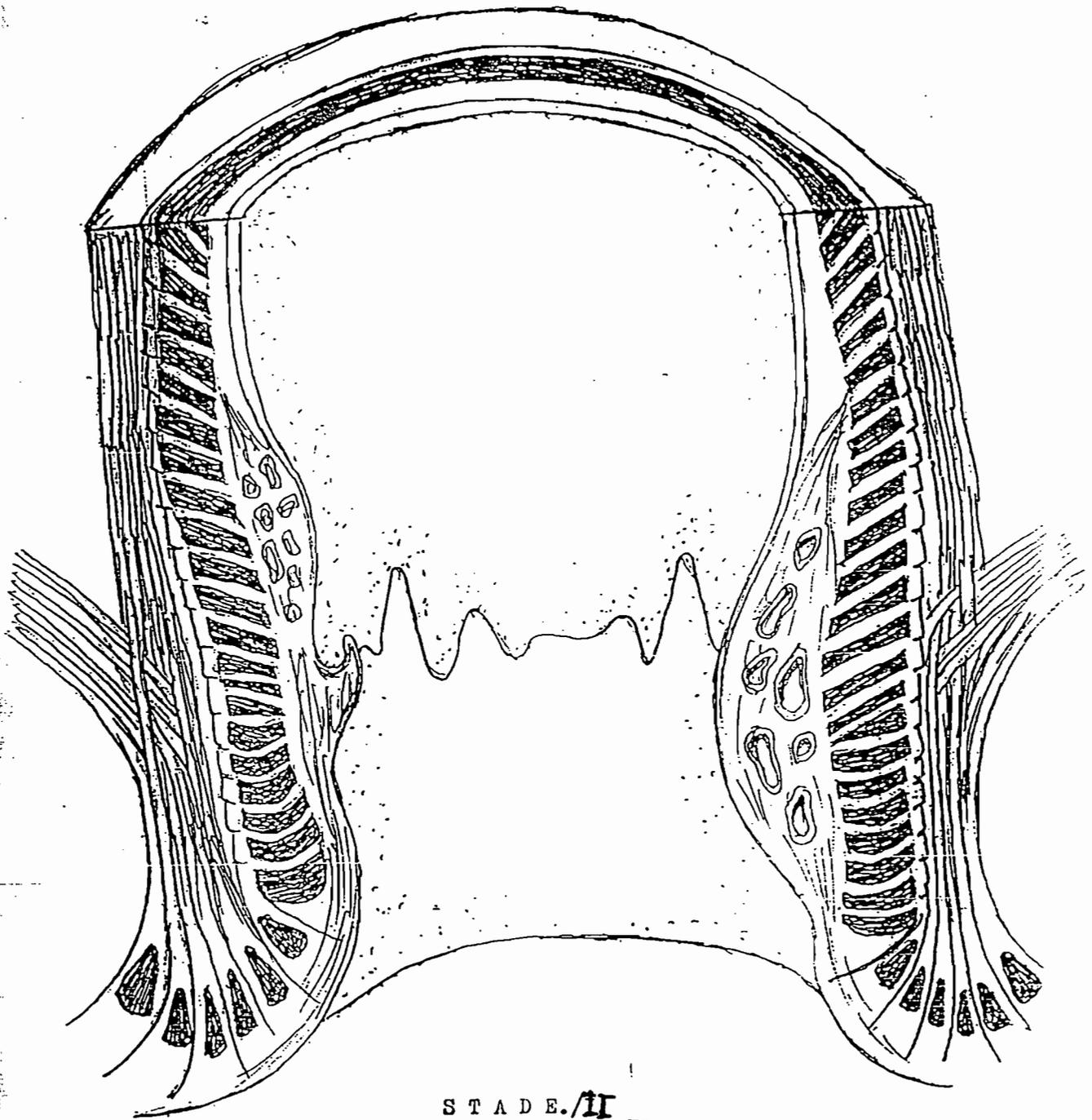


ST A D E. I.

CLASSIFICATION DES HEMORROIDES. (25)

Fig. 3 a)





ST A D E. / II

CLASSIFICATION DES HEMORROIDES. (25)

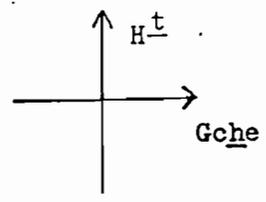
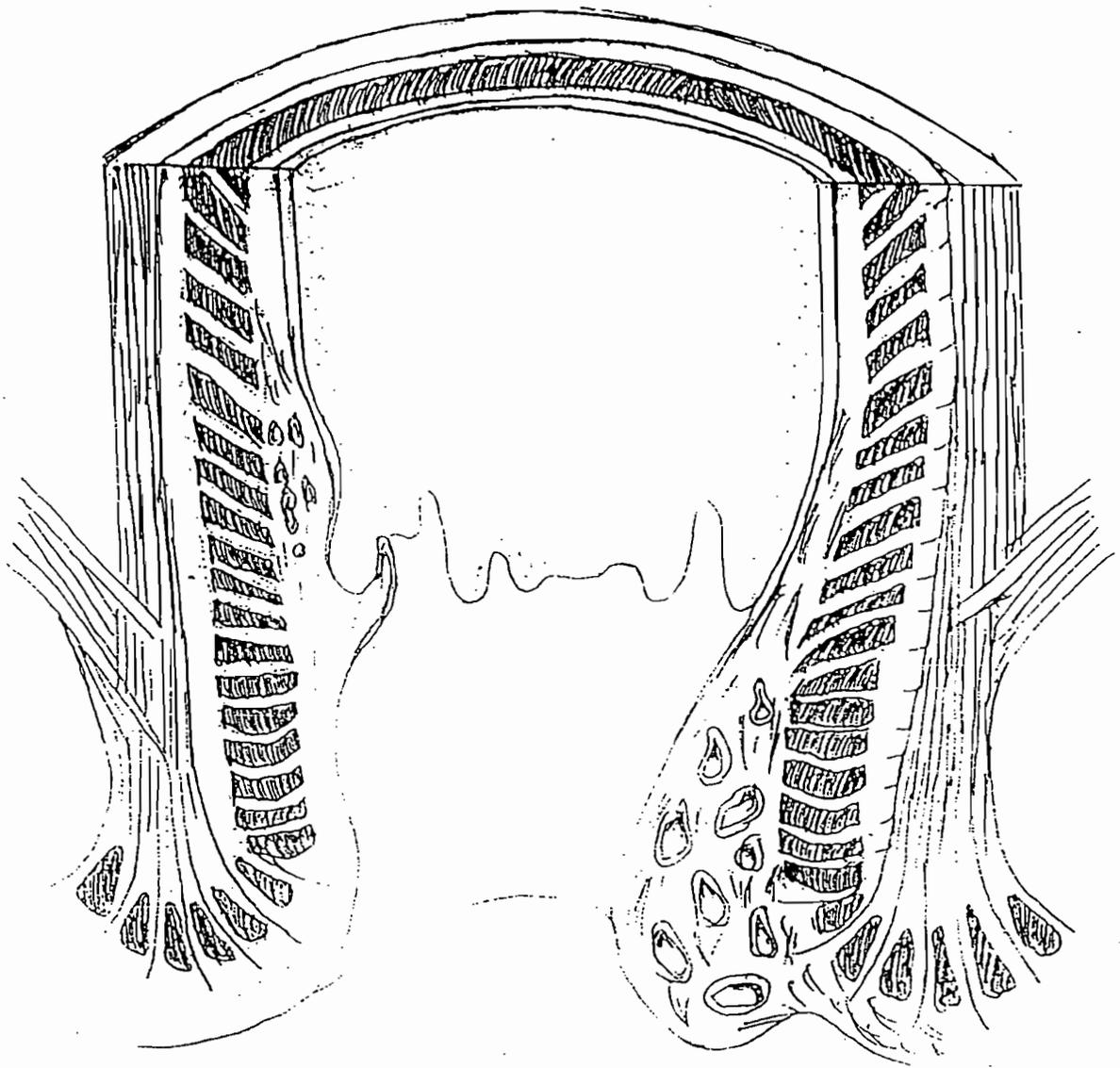


Fig. 3 b)



STADE. III.

CLASSIFICATION DES HEMORROIDES (25)

(SUITE)

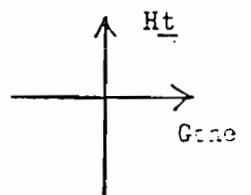


Fig. 3c.)

- Stade 3 : la réduction du paquet hémorroïdaire après sa sortie n'est possible que par taxis (figure 3c),
- Stade 4 : extériorisation permanente du paquet hémorroïdaire (réduction impossible par taxis):

Parfois l'affection se manifeste 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 oedémateuse marginale intéressant les hémorroïdes externes. L'anuscopie montre une dilatation des paquets internes.

3.3. SIGNES PHYSIQUES (31) :

Le malade sera examiné en position genu-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 des 3 gros paquets hémorroïdaires généralement observés à 3H, 7H, 11H et quatre petit paquets intermédiaires (figure 2).

L'examen comporte un toucher rectal qui n'apporte pas beaucoup d'information dans le diagnostic des hémorroïdes (20). Ce toucher rectal est quand même indispensable et peut éliminer une tumeur rectale.

3.4. EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

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

3.5. COMPLICATIONS :

3.5.1-Les rectorrhagies 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.

3.5.2-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 canalaire. 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.

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.

3.7. **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

Il se fait avec les cancers du sigmoïde et du rectum devant une rectorrhagie. Il convient aussi 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.

CHAPITRE IV : METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

① Type et Durée d'étude :

Notre étude sur les hémorroïdes et la sexualité est prospective et transversale ; elle s'est déroulée dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital Gabriel Touré de Janvier à Décembre 2001 soit 1 an.

② Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée à l'HGT.

③ Les patients :

les patients consultants pour hémorroïdes opérés ou non.

3.1. Critères d'inclusion :

- les malades ayant consulté pour tuméfactions anales d'origine hémorroïdaire
- les malades dont l'âge est supérieur ou égal à 15 ans.

3.2. Critères de non inclusion :

- les tuméfactions anales non hémorroïdaires
- les malades de moins de 15 ans
- les malades perdus de vue après une seule consultation

④ Les méthodes :

4.1.L'examen clinique :

-interrogatoire :

cette interrogatoire comprend trois temps : l'enquête socio-démographique, la perception psycho-sociale des malades sur cette pathologie et la sexualité.

l'enquête socio-démographique a été faite à partir des variables tels que le nom, le prénom, le sexe, l'âge, la profession, l'ethnie, puis nous avons cherché le motif de consultation, les caractéristiques de la douleur anale tels que le moment, le début, le type, les facteurs déclenchant, aggravants, améliorants, les signes d'accompagnement comme la rectorragie, les prurits anaux, la constipation.

Nous avons recherché les antécédents médico-chirurgicaux tels que : l'hypertension artérielle et portale, l'asthme, le diabète, la bilharziose, malades opérés pour hémorroïdes ou d'autres pathologies chirurgicales.

La perception psycho-sociale des malades sur cette pathologie et son traitement fut appréciée, les malades ont répondu aux questions suivantes :

Que représentent les hémorroïdes ?, ressenti à l'annonce de la chirurgie, y'a-t'il eu réticence à l'annonce de la chirurgie ?, si oui pourquoi ? ...

Nous avons également interrogé nos patients sur la sexualité. A cause du caractère tabou de la sexualité dans notre société, une salle avait été aménagée, après l'examen physique le patient était isolé dans la dite salle et soumis à l'interrogatoire soutenue par un questionnaire pré-établi. Pour les questions se référer aux annexes.

Cette interrogatoire a été effectuée en deux (2) temps : avant et après le traitement . Ce qui nous a permis de comparer la sexualité pendant les deux périodes.

-Examen physique :

*l'inspection de la marge anale avant et après le traitement : nous avons recherché une tuméfaction anale, un orifice fistuleux, les cicatrices, une ulcération. Nous avons par la

suite examiné les organes génitaux externes: la verge, la bourse.

*palpation : nous avons cherché le caractère douloureux ou indolore de la région anale, apprécié les testicules : leur nombre, leur mobilité, leur consistance.

*toucher rectal : nous avons recherché une notion de douleur anale, de sphincter hypertonique ou atonique d'hypertrophie prostatique, de prostaticorrhée ou de rectorrhagie.

4.2.Endoscopie :

l'anorectoscopie a été demandée chez tous nos malades sauf les cas de thrombose hémorroïdaire.

4.3.Biologie :

Le bilan demandé a été le bilan opératoire standard à savoir la numération formule sanguine (NFS), le groupage rhésus, la glycémie, l'azotémie, le taux de protrombine (TP), le temps de céphaline activée (TCA) couplé à une consultation pré-anesthésique.

4.4Traitement

4.4.1.Médical :

il comprenait des mesures hygiéno-diététiques et un traitement médicamenteux

4.4.1.1.Mesures hygiéno-diététiques : elles consistaient à éviter la constipation par une amélioration du régime alimentaire (consommation de fruits et légumes) et à boire beaucoup d'eau .

4.4.1.2. Traitements médicamenteux :

Nous avons utilisé principalement 3 classes thérapeutiques :

-Les régulateurs de transit : Paraffine = Lansoyle[®], Skilax[®]

-Les veinotoniques : Petit Houx =Veinobiase[®], Flavonoïde = Daflon[®], Carraghénate dioxyde de titane = Titanoreine pommade[®]

-Antiseptique en bain de siège : Chlorexédine = Cytéal[®], Permanganate de potassium.

NB : nous avons insisté d'éviter la constipation par le régime en cas d'échec par les laxatifs.

4.4.2. Chirurgical : deux techniques opératoires ont été réalisées :

-Hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan (hémorroïdectomie suivant la technique du SAINT MARK'S hospital . Ann chir, 1994, 48(6) : 555-560.

-Thrombectomie simple

⑤ Les supports :

Ils ont été la fiche d'enquête individuelle, la saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel epi-info 6.04.

RESULTATS

1. Résultats socio-démographiques

Tableau I: répartition des malades selon l'âge

Age	effectif	pourcentage
18-20	2	2
21-40	64	67,4
41-60	26	27,4
61-80	3	3,2
Total:	95	100

Extrêmes: 18-

Moyenne: 32,81ans

65ans

Ecart type = 11,27

Tableau II: répartition des malades selon le sexe

Sexe	effectif	pourcentage
Masculin	73	76,9
Féminin	22	23,1
Total	95	100

Sexe-ratio = 3,32 en faveur de l'homme

Tableau III: répartition des malades selon la principale activité

Activités	effectif	pourcentage
Cadres moyens	23	24,2
scolaires(élèves, étudiants)	22	23,2
Commerçants	16	16,8
Ménagères	13	13,7
Cadres supérieurs	10	10,5
militaires	6	0,3
Paysans	5	5,3
Total	95	100

Les cadres moyens et les scolaires représentaient environ la moitié de la série (47,4%)

Tableau IV: répartition des malades selon l'ethnie

Ethnie	effectif	pourcentage
Bambara	45	47,4
Sarakolé	12	12,6
Peulh	11	11,6
Sonrhäi	10	10,5
Malinké	6	6,3
Dogon	4	4,2
Minianka	3	3,2
Senoufo	2	2,1
Touareg	2	2,1
Total	95	100

Les bambaras représentaient (47,4%)

Tableau V: répartition des malades selon la provenance

Provenance	effectif	pourcentage
Bamako	82	86,3
Mopti	5	5,3
Kayes	3	3,2
Segou	2	2,1
Gao	2	2,1
Koulikoro	1	1
Total	95	100

nous n'avons pas reçu de patients provenant de Sikasso,
Tombouctou et Kidal

Tableau VI: répartition des malades selon la nationalité

Nationalité	effectif	pourcentage
Mali	93	97,9
RCI :	2	2,1
Total	95	100

97,9% de nos patients étaient des maliens.

**Tableau VII: répartition des malades selon la situation
matrimoniale**

Situation matrimoniale	effectif	pourcentage
Marié(e)	46	48,4
célibataire	45	47,4
Veuf(ve)	4	4,2
Total	95	100

Presque autant de célibataires que de mariés.

Tableau VIII: répartition des malades selon la présentation au service

présentation	effectif	pourcentage
Venu de lui même	56	58,9
Médecin	26	27,4
Infirmier	13	13,7
Total	95	100

Plus de la moitié de nos malades sont venus d'eux même.

Tableau IX: répartition des malades selon la position de travail

Position de travail	effectif	pourcentage
Assise	59	62,1
Debout	36	37,9
Total	95	100

Plus de la moitié de nos patients (62,1%) travaillait en position assise.

2. Résultats selon les circonstances de découvertes et les motifs de consultations

Tableau X: répartition des malades selon le mode de recrutement

Recrutement	effectif	pourcentage
Consultation normale	85	89,5
Urgence	10	10,5
Total:	95	100

Toutes les urgences étaient des cas de thromboses hémorroïdaires (10,5% des cas)

Tableau XI: répartition des malades selon le motif de consultation

Motif de consultation	effectif	pourcentage
Douleur anale	30	31,6
Douleur + Tuméfaction	24	25,3
Douleur + Tuméfaction + Ecoulement	22	23,1
Tuméfaction + Ecoulement	12	12,6
Douleur + Ecoulement anal	7	7,4
Total	95	100

La douleur anale a été notée chez 76 malades(80%)

3. Résultats cliniques

3.1. Résultats selon les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés

Tableau XII:répartition des malades selon le moment de la douleur

Douleur	effectif	pourcentage
Pendant et après les selles	64	67,4
Permanente	19	20
Après les selles	9	9,5
Sans douleur	3	3,1
Total	95	100

la douleur survenait surtout pendant et après les selles (67,4%)

Tableau XIII: répartition des malades selon le mode de début de la douleur

Mode de début	effectif	pourcentage
Progressif	82	86,3
Brutal	10	10,5
Sans douleur	3	3,2
Total	95	100

Chez 82 malades (86,5%) la douleur était de survenue progressive

Tableau XIV: répartition des malades selon le type de douleur

Type	effectif	pourcentage
Brûlure	46	48,4
Piqûre	38	40
Pesanteur	8	8,4
Aucune douleur	3	3,2
Total	95	100

Aucun malade n'a déclaré avoir une douleur à type de torsion

Tableau XV: répartition des malades selon les facteurs déclenchants de la douleur

Facteurs déclenchant	effectif	pourcentage
Défécation	68	71,6
Marche	12	12,6
Aucun	8	8,4
Position Assise prolongée	6	6,3
Rapport sexuel	1	1,1
Total	95	100

La défécation déclenchait la douleur dans 71,6% des cas.

Tableau XVI: répartition des malades selon les facteurs aggravants de la douleur

Facteurs aggravants	effectif	pourcentage
Défécation	67	70,5
Substances irritantes de l'anus*	14	14,8
Position Assise	10	10,5
Aucun	4	4,2
Total	95	100

*Substances irritantes de l'anus: épices, surtout piment

La défécation aggravait la douleur dans 70,5% des cas

Tableau XVII: répartition des malades selon les facteurs améliorants la douleur

Facteurs améliorants	effectif	pourcentage
Aucun	43	45,3
Debout	22	23,1
Décubitus	30	31,6
Total	95	100

Une position antalgique existait dans 54,7% des cas

Tableau XVIII: répartition des malades selon la rectorrhagie

Rectorrhagie	effectif	pourcentage
Sang qui arrose les selles	75	78,3
Trace sur les selles	13	13,7
Absence	7	7,4
Total	95	100

La majorité de nos patients 88 (92,6%) présentait une rectorragie, il s'agissait surtout de sang arrosant les selles (78,3%)

Tableau XIX: répartition des malades selon la nature du trouble de transit intestinal

Trouble de transit	effectif	pourcentage
Constipation	52	54,7
Diarrhée	13	13,7
Alternance Diarrhée-constipation	9	9,5
Transit normal	21	22,1
Total	95	100

77,9% des patients présentaient un trouble du transit, il s'agissait surtout de constipation (54,7%).

3.2 Résultats selon les antécédents

Tableau XX: répartition des malades selon le traitement antérieur

Traitement Antérieur	effectif	pourcentage
Traditionnel	48	50,5
Médical seul	41	43,2
Pas de traitement	6	6,3
Total	95	100

50,5% des malades ont suivi des traitements traditionnels

Tableau XXI : répartition des malades selon les antécédents médicaux

Antécédents Médicaux	effectif	pourcentage
Bilharziose	44	46,3
HTA	3	3,2
Drépanocytose	2	2,1
Asthme	2	2,1
Sans antécédents particuliers	44	46,3
Total	95	100

44 malades (46,3%) ont eu une bilharziose urinaire dans l'enfance

Tableau XXII:répartition selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents	effectif	pourcentage
Thrombectomie	6	6,3
Césarienne	4	4,2
Appendicite	3	3,2
HID	2	2,1
Sans antécédents particuliers	80	84,2
Total	95	100

HID:Hernie Inguinale Droite

Les récives hémorroïdaires post chirurgicales ont représenté 6,3% de la serie

3.3 Résultats selon les signes physiques

Tableau XXIII: répartition des malades selon le siège des paquets hémorroïdaires

Siège	effectif	pourcentage
3H	2	2,1
7H	4	4,2
11H	7	7,4
Associations	72	75,8
Autres sièges	10	10,5
Total	95	100

Les associations ont représenté 75,8% de la série

Tableau XXIV: répartition des malades selon le nombre de paquets hémorroïdaires

Nombre de paquets	effectif	pourcentage
1 paquet	7	7,4
2 paquets	17	17,9
3 paquets	65	68,4
Circulaire	6	6,3
Total	95	100

Les hémorroïdes avec 3 paquets représentaient 68,4% de la série

Tableau XXV:répartition des malades selon le toucher rectal

Toucher rectal	effectif	pourcentage
Douloureux	76	80
Impossible à réaliser	10	10,5
Doigtier taché de sang	6	6,3
Indolore	3	3,2
Total	95	100

Le toucher rectal était impossible dans 10,5% des cas à cause de la douleur, Ces cas étaient des thromboses hémorroïdaires.

Nous n'avons pas retrouvé de cas d'hypertrophie prostatique

Tableau XXVI: répartition des malades selon les signes généraux

Signes Généraux	effectif	pourcentage
ASA I	88	92,6
ASA II	7	7,4
Total	95	100

Nous n'avons pas retrouvé de patients classés ASA III ASA IV et ASAV

3.4. Résultats selon le bilan pré-opératoire

Tableau XXVII: répartition des malades selon l'anorectoscopie

Anorectoscopie	effectif	pourcentage
Faite	93	97,9
Non faite	2	2,1
Total	95	100

L'anorectoscopie a été effectuée chez 97,9% de nos patients

Tableau XXVIII: répartition des malades selon le test HIV

HIV	effectif	pourcentage
Positif	4	4,2
Négatif	91	95,8
Total	95	100

Tous ces 4 malades étaient VIH1 positifs

Tableau XXIX : répartition des malades selon les complications pré-opératoires

complications pré-opératoires	effectif	pourcentage
Aucune	42	97,7
Abcès périnéal	1	2,3
Total	43	100

1 seul malade (2,3%) avait subi une complication après un traitement traditionnel (fumigation) qui entraîna un abcès périnéal

4. Résultats selon les traitements : médical et chirurgical

Tableau XXX: répartition des malades selon les produits utilisés en traitement médical

Produits	effectif	pourcentage
Veinobiase+Lansoyle+Cytéal	33	63,5
P. antihémorroïdaire+Lansoyle	10	19,2
Skilax+veinobiase+Cytéal	7	13,5
Titanoreine+Daflon	2	3,8
Total	52	100

Posologie des produits:

°Veinobiase: 1 comprimé 3 fois/jour,

°Lansoyle: 1 cuillère à soupe 3 fois/jour

°Pommade titanoréine: 1 application 3 fois/jour

°Pommade anti-hémorroïdaire: 1 application 3 fois/jour

°Skilax goutte: 10 à 15 gouttes/jour

°Cytéal: 1 bain de siège 3 fois/jour

Daflon : 1 comprimé 3 fois/jour

Tableau XXXI : répartition des malades selon la technique opératoire

Techniques	effectif	pourcentage
Hémorroïdectomie M.M	28	65,1
Thrombectomie simple	10	23,3
Fistulectomie + Hémorroïdectomie	5	11,6
Total	43	100

M.M=Milligan et Morgan

L'hémorroïdectomie MM a été la technique la plus utilisée (65,1%) des cas

Tableau XXXII : répartition des malades selon les produits utilisés en post-opératoire

Produits	Effectif	Pourcentage
Lansoyle+ cytéal+Veinobiase	23	53,5
Amoxycilline+Veinobiase+Cytéal	14	32,6
Skilax+ cytéal	4	9,3
Lansoyle+ permanganate	2	4,6
Total	43	100

Tous ces produits ont été associés au Métamizole

5. Résultats selon l'évolution et le pronostic

Tableau XXXIII:répartition des malades selon l'évolution du traitement médical

Evolution	effectif	Pourcentage
Favorable	51	98,1
Défavorable	1	1,9
Total	52	100

Un seul malade a subi à la fois un traitement médical puis chirurgical (hémorroïde simple au début puis thrombosée)

Tableau XXXIV: répartition des malades selon les complications post-opératoires

Complications	effectif	pourcentage
Aucune	42	97,7
Sténose anale	1	2,3
Total:	43	100

Ce malade a subi des séances de dilatation à la bougie

Tableau XXXV: répartition des malades selon la durée du traitement médical

Durée du traitement (jour)	effectif	pourcentage
6-10	6	11,5
11-15	33	63,5
16 - 20	8	15,4
21-25	5	9,6
Total	52	100

Moyenne 13,67/jours

Extrêmes:7-21jours

Ecart-type= 4,26

Tableau XXXVI: répartition des malades selon la durée d'hospitalisation

Durée(jours)	effectif	pourcentage
1-7	40	93
15-21	2	4,7
29-35	1	2,3
Total	43	100

Moyenne : 5,30 ± 5,06 jours Extrêmes : 3-29 jours

Mode : 1-7 jours

Seuls les 43 patients opérés ont été hospitalisés

6. Resultats de l' analyse de l'activité sexuelle des malades

Tableau XXXVII: répartition selon l'activité sexuelle des malades non opérés avant et après traitement médical

Activités sexuelles	effectif	pourcentage
Aucun trouble	40	76,9
Hypoérection	7	13,5
Exacerbation de la douleur anale per-coitale	5	9,6
Total	52	100

Nous n'avons pas retrouvé de cas d'anérection ni d'anéjaculation.

→ Aucun malade n'a présenté un trouble sexuel après traitement médical

→ Aucun cas de trouble sexuel n'a été identifié en pré-opératoire

→ Nous n'avons pas retrouvé de patients présentant des troubles sexuels en post-opératoire

Tableau XXXVIII: répartition des malades selon le nombre de coït/semaine avant et après traitement

Coït(semaine)	Avant traitement	Après traitement
0-1	39	14
2-3	46	71
4-5	10	10

Avant le traitement la moyenne de coït/semaine était de $1,88 \pm 1,3$ avec des extrêmes à 0 et 4 ; après le traitement la moyenne de coït/ était passée à $2,4 \pm 1,002$ avec des extrêmes à 1 et 4.

Tableau XXXXII : répartition des malades selon le délai du premier rapport après l'intervention

Délai du premier rapport	effectif	pourcentage
3 ^{ème} semaine	28	75,7
4 ^{ème} semaine	6	16,2
Pas de coût	3	8,1
Total	37	100

28 malades (75,7%) avaient réalisé leur première séance de coût dans la troisième semaine post-opératoire.

7. Représentation socioculturelles des hémorroïdes :

7.1 Que représentent les hémorroïdes ?

- ♦ 52 patients (54,7%) ont estimé qu'il s'agissait d'une maladie des régions humides communément appelée " kooko " et qui serait due à une mauvaise habitude alimentaire (alimentation non variée à base de riz).
- ♦ Dans 6 cas (6,3%) les patients pensaient que leur maladie était due à un mauvais sort, dans le but de porter atteinte à leur vie.
- ♦ 9 malades (9,5%) estimaient que la sédentarité (position assise prolongée) serait la cause des hémorroïdes.
- ♦ le paludisme serait la cause des hémorroïdes pour 8 patients (8,4%). Pour eux la maladie surviendrait au cours d'un paludisme non ou mal traité.
- ♦ 15 patients sont restés sans opinion (15,8%).
- ♦ La grossesse serait la cause des hémorroïdes pour 5 patientes (5,3%), toutes des femmes enceintes au dernier trimestre de la grossesse.

7.2 Ressentiment à l'annonce de la chirurgie :

A l'annonce de la sanction chirurgicale :

- 21 patients (48,8%) ont craint une éventuelle impuissance en post opératoire.
- 13 patients (30,2%) craignaient la douleur per et post opératoire et les dépenses que pourrait occasionner cette intervention.

➤ 9 malades (21%) avaient peur de perdre leur vie au cour de l'opération.

7.3 Acceptation de la chirurgie :

➤ 39 patients ont accepté la chirurgie sans difficulté .

➤ 4 malades ont refusé la chirurgie au profit du traitement traditionnel.

7.4. Le patient est- il satisfait, de l'acte chirurgical effectué ? Pourquoi ?

➤ 42 patients (97,7%) se sont dit satisfaits de l'acte chirurgical en raison de la disparition de la douleur, des rectorragies et des prurits anaux.

➤ Iseul malade n'était pas satisfait ; il avait en effet présenté une sténose anale en post opératoire.

7.5. Consultation de tradipratitien ou de voyant pourquoi ?

48 malades ont consulté les tradipraticiens avant la consultation :

➤ 19 patients (39,6) avaient peur de la chirurgie, qui pour eux est le seul traitement des hémorroïdes en milieu médical, pour cela ils consultaient les tradipraticiens.

➤ 17 patients (35,4%) estimaient que Le traitement traditionnel était disponible et peu coûteux.

➤ Pour 12 patients (25%), le meilleur traitement des hémorroïdes était traditionnel.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Méthodologie :

La maladie hémorroïdaire est considérée dans notre société comme une maladie honteuse. Elle porte sur la sphère génito-anales. Il est apparu dans l'imaginaire populaire que les hémorroïdes influenceraient négativement la sexualité. Cet aspect serait il lié :

- à la proximité des organes génitaux et l'anus,
- au caractère tabou de la sexualité,

il existe une interférence secondaire entre la douleur anale et la sexualité.

Mais la situation anatomo-physiologique et l'innervation de ses deux organes ne sont pas liées.

Existerait-il effectivement un rapport (ne serait-ce que psychologique) entre les hémorroïdes et la sexualité). C'est ainsi que nous avons réalisé une étude prospective transversale de janvier à décembre 2001 sur la maladie hémorroïdaire et la sexualité. L'étude clinique et thérapeutique des hémorroïdes a été associée à une étude socio-anthropologique sur la sexualité. Nos malades après une sensibilisation ont tous répondu à nos questions sans difficulté. La sensibilisation pour l'intervention chirurgicale a été d'ailleurs plus difficile que la réponse aux questions sur la sexualité

2-Epidémiologie :

2.1- Age :

Auteurs	Effectif	Age Moyen
BRONDEL H France [1976]	1219	44 ans
SOULLARD J France [1983]	100	52 ans
DEMBELE K Mali [1994]	577	36 ans
SEMEGA C Mali [1997]	92	35, 8 ans
NOTRE ETUDE	95	32,81 ans

Comparer aux données de la littérature occidentale nos patients sont relativement plus jeunes.

BRONDEL H et SOULLARD J (France) ont trouvé un âge moyen de (44- 52 ans). Le jeune âge de nos patients (32,81ans) ne diffère pas de celui retrouvé il y a un an dans le service chez les malades ayant une pathologie anale [13]. Selon le dernier recensement de la DNSI (direction nationale de la statistique et de l'informatique) de 2001 la population jeune est la plus représentée dans la pyramide des âges de notre pays, plus de 60% de la population à moins de 35 ans. Cet état de fait pourrait expliquer le jeune âge de notre échantillon

2.2- Sexe :

HOMME			FEMME		
Auteurs	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Nombre de cas
SIGRID S Suisse [1980]	69	69	31	31	100
DENIS J France [1976]	230	50,99	221	49,01	451
DEMBELE K Mali [1994]	290	69,71	126	30,29	416
Tall A Mali [1985]	88	73,33	32	26,67	120
SEMEGA C Mali [1997]	69	75	23	25	92
Notre Etude	73	76,9	22	23,1	95

Le fait majoritaire des hommes parmi nos patients (sexe ratio = 3,32) est rapporté par plusieurs auteurs africains (12, 19) qui ont trouvé respectivement un sexe ratio de 2,3 ; 2,7 ; et 3. En Europe DENIS.J (8) (France) rapporte un sexe ratio = 1.

pourtant les femmes sont les plus nombreuses dans la société malienne, les facteurs socioculturels des pathologies anales (pour raison de pudeur) pourraient être à l'origine de ce biais de recrutement (12)

3-PERCEPTION SOCIO-CULTURELLE :

3.1-de l'étiologie :

Les malades ont identifié principalement 5 (cinq) étiologies possibles des hémorroïdes :

- ① L'habitude alimentaire
- ② le paludisme chronique
- ③ la grossesse
- ④ la position assise prolongée
- ⑤ le mauvais sort

3.1.1-Cause alimentaire :

ce facteur étiologique a été énoncé par 52 patients (54 ,7% des cas) . ils estimaient que l'alimentation non variée à base de riz et des épices surtout le piment (la consommation pluri-quotidienne du riz et/ou associée à la consommation excessive du piment) favoriseraient les hémorroïdes. Pour eux cette manière de s'alimenter était responsable d'une constipation chronique avec des selles dures dont l'exonération était difficile. 43 patients (45,3% des cas) affirmaient que c'était l'effort d'évacuation des selles dures qui était responsable des hémorroïdes. Cette opinion ne diffère pas de celle retrouvée par certains auteurs (37, 39) qui trouvaient que la constipation était un facteur déclenchant des hémorroïdes et que l'effort d'évacuation des selles dures était responsable du déclenchement de la maladie et des signes d'appel associés.

3.1.2-Paludisme :

le paludisme mal traité représentait la cause des hémorroïdes pour 8 malades (8,4%). Selon leur propre terme il s'agissait d'un paludisme chronique. A cause de ce paludisme ils consommaient beaucoup de piment qui à son tour provoquait les hémorroïdes. En effet le piment serait utilisé dans certaines contrées (pays côtiers d'Afrique) comme un anti paludéen à titre préventif .

3.1.3-Grossesse :

la grossesse a motivé la survenue des hémorroïdes chez cinq 5 femmes (5,3% des cas) et cela cause de l'inactivité des femmes enceintes qui restaient longtemps assises.

Deux femmes enceintes ont présenté des thromboses hémorroïdaires et ont bénéficié d'une thrombectomie simple.

La relation hémorroïdes et grossesse a été évoquée par plusieurs auteurs :

✓ PRADEL E et Collaborateurs (32) : ont retrouvé dans une étude sur 52 femmes , que la première crise hémorroïdaire survenait dans 81% des cas pendant la première grossesse ou accouchement.

✓ SIMMONS (36) a affirmé que 78 % des femmes (n = 56) en cours de grossesse faisaient des hémorroïdes

✓ FANTOLI : a trouvé sur 500 femmes, 35,5% de troubles hémorroïdaires en cours de grossesse et 45% au cours du post-partum.

✓ SEMEGA C (35) a constaté que la grossesse (surtout entre le septième et le neuvième mois) jouait un rôle important dans l'apparition et le déclenchement de la crise hémorroïdaire : chez 5 femmes (n = 23) soit 21,73% des cas, la grossesse était responsable du déclenchement de la crise hémorroïdaire.

Nous avons remarqué que dans tous les cas la grossesse apparaissait comme un facteur favorisant ou aggravant les hémorroïdes, mais c'est l'explication physiopathologique des hémorroïdes qui diffèrent :

Pour les malades c'est la paresse, l'inactivité, la position assise prolongée des femmes enceintes qui seraient à la base de leur pathologie par contre les auteurs sus cités affirmaient que les phénomènes de compression de la grossesse associés aux phénomènes hormonaux pendant cette période de vie génitale de la femme expliqueraient l'apparition des hémorroïdes (35)

3.1.4- Position assise prolongée :

Nous avons enregistré 9 malades (9,5% des cas) qui estimaient que les hémorroïdes seraient dues à la sédentarité (position assise prolongée). Tous ces

malades étaient de sexe masculin parmi eux cinq chauffeurs routiers trois tailleurs et un tisserand. Pour eux la continence forcée (refus d'aller à la selle lorsque le besoin se fait sentir) associé à la position assise prolongée concouraient aisément à la survenue des hémorroïdes.

La relation hémorroïdes et position assise a été évoquée par beaucoup d'auteurs :

✓ Pour BRONDEL H et Collaborateurs (2) : les travaux nécessitant une station debout immobile ou avec marche ne favoriseraient pas la maladie, par contre le travail assis et à plus forte raison avec trépidation seraient un facteur aggravant, mais ne prédisposent pas forcément à la maladie hémorroïdaire.

✓ SIGRID S (37) a estimé que le travail en position assise (employés de bureau, les chauffeurs) exposait aux hémorroïdes. Par ailleurs la sédentarité favoriserait, voire aggraverait les hémorroïdes.

✓ DIARRA .L (12) a estimé que les patients qui occupaient une position assise au travail étaient majoritaires avec 52 cas (56,52% des cas) ; ceux qui exerçaient en station debout représentaient 10 cas (32,62% des cas) ; pour lui tout se passait comme si la position assise au travail favorisait les hémorroïdes ou tout au moins aggravait les hémorroïdes déjà existantes.

3.1.5- mauvais sort :

Dans 6 cas (6,3% des cas) le mauvais sort serait la cause des hémorroïdes . Ces patients estimaient que le mauvais sort leur avait été jeté dans le but de porter atteinte à leur vie ,c'est ainsi que les malades ont passé un certain temps à consulter le tradipraticien. Ils ne sont venus à la consultation qu'après avoir épuisé tous les moyens traditionnels .

3.2-du traitement

3.2.1-du traitement traditionnel :

3.2.1.1-La consultation de tradipraticiens ou de voyants : pourquoi ?

Nous avons enregistré, au cours de notre étude 48 patients ayant effectué une consultation chez les tradithérapeutes.

- Cette consultation a été faite dans le but de pouvoir éviter la chirurgie, Ces patients avaient peur d'être opérés (19 patients soit 39,6%). La consultation était faite avant l'intervention chirurgicale permettant de s'informer sur les démarches à suivre, les attitudes à adopter ou les sacrifices éventuels à faire afin d'éviter l'intervention ou d'en limiter les conséquences (complications post-opératoire) et de rétablir l'équilibre qui avait été ébranlé entre temps. Elle est le plus souvent initiée sous l'influence d'une tierce personne (parents, amis, anciens malades traités traditionnellement etc.) qui a beaucoup d'estime pour ce genre de traitement.

- Dans certains cas (17 patients soit 35,4%) cette consultation était faite pour faute de moyens ; les malades se plaignaient du coût élevé des soins médicaux. Pour cette raison ils préfèrent d'abord un traitement traditionnel qui selon eux est disponible et peu coûteux.

Dans notre pays plus de 80% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté (rapport mondial du développement humain 2000). Le coût élevé des produits pharmaceutiques et des prestations médicales ne serait donc pas facilement accessible à cette frange de la population, ce qui motiverait les consultations chez les tradipraticiens.

- Dans d'autres cas (12 patients soit 25%), les patients ont estimé que le meilleur traitement des hémorroïdes était traditionnel. Pour eux la guérison serait plus rapide et les récurrences moins fréquentes avec ce type de traitement.

Le traitement traditionnel a utilisé plusieurs méthodes :

3.2.1.2- les méthodes utilisées :

deux (2) méthodes ont été identifiées

3.2.1.2.1- méthodes non traumatiques :

Décoctions à boire et bains :

Il s'agit des rameaux de bois, des feuilles d'arbre, des herbes, des racines... qui ont été confectionnés par les tradithérapeutes pour faire des infusions que le malade doit utiliser pour se laver et boire. Ces méthodes ont concerné 38 patients.

3.2.1.2.2- méthodes traumatiques:

Deux (2) méthodes ont été retrouvées

-la ligature des paquets hémorroïdaires :

Cette méthode consiste en une ligature des paquets hémorroïdaires et du revêtement cutanéomuqueux avec du fil de nylon employé par les pêcheurs pour confectionner les filets de pêche. Cette méthode est très douloureuse pouvant être responsable d'une sténose anale. Elle a été effectuée chez 6 patients (soit 12,5% des cas) et a permis une disparition de la douleur anale mais la rectorragie et les prurits persistaient toujours.

-Fumigation :

il s'agit d'une brûlure thermique des bourélets par du feu. Cette méthode également très douloureuse est responsable souvent d'un abcès périnéal. Elle a été effectuée chez 4 malades (8,3%) dont un cas compliqué d'abcès périnéal.

Notre enquête sociologique auprès des malades met en évidence certains problèmes :

.La mauvaise information des malades sur cette pathologie et de son traitement en milieu médical : 70,5% des patients ignoraient le traitement médical.

.L'influence de la perception socio-culturelle sur cette maladie : la chirurgie anale entraînerait une impuissance sexuelle.

.A ceux-ci il faut ajouter l'effet néfaste des tradipraticiens véreux qui par leur gamme de publicité sur les différents médias (surtout radiophonique) font croire à des

miracles , malheureusement ils sont les premiers recours des malades et les font traîner malgré le peu de bons résultats

3.2.2- du traitement en milieu médical :

Les malades ont bénéficié de deux (2)types de traitements :

- le traitement médical
- le traitement chirurgical

3.2.2.1- Le traitement médical :

52 patients (54,7% de la serie) ont bénéficié d'un traitement médical dont 36 étaient de sexe masculin (69,2% des cas) et 16 de sexe féminin (30 ,8% des cas). Ce traitement était ignoré par la majorité de nos patients. 67 malades (70,5% de la serie) avaient estimé que la chirurgie était le seul traitement des hémorroïdes en milieu médical ce qui retardait les consultations. 12 patients (23% des cas) trouvaient que le traitement médical n'était pas assez efficace pour traiter les hémorroïdes à cause du caractère répétitif de la crise hémorroïdaire ; ils affirmaient que ce traitement était fait par le médecin pour diminuer la douleur et les préparer à l'intervention. 8 parmi eux soit 15,4% des cas étaient à leur troisième crise. Ce traitement a donné de bons résultats. Un seul malade (hémorroïdes externes simples au début) a par la suite subi un traitement chirurgical (thrombectomie hémorroïdaire).

3.2.2.2-Le traitement chirurgical :

Nous avons opéré 43 patients (45,3% de la serie) dont 37 masculins(86%) et 6féminins (14%) .

Un consensus a été trouvé sur le plan technique dans le service :

la seule technique utilisée était celle de Milligan et Morgan .cette hémorroïdectomie a été effectuée chez 33 patients (76.8%) .

L'intervention est simple , rapide, a peu de risque post opératoire et peut être réalisée

en ambulatoire selon winkler .

10 malades (23.2%) ont bénéficié de la thrombectomie hémorroïdaire simple , parmi eux deux femmes enceintes au dernier trimestre de la grossesse..

La peur des malades devant la chirurgie était l'une des principales causes du retard à la consultation en milieu médical.

Il est apparu dans l'imaginaire populaire que la chirurgie agirait négativement sur la sexualité masculine entraînant des troubles sexuels à type de faiblesse de l'érection ou même d'impuissance sexuelle. Le patient, craignant l'intervention chirurgicale, va chercher d'autres voies de recours autres que la chirurgie ; c'est ce qui motive les automédications et les consultations chez les tradithérapeutes. Ainsi 48 patients (50.5%) avaient consulté les tradipraticiens avant leur première consultation en milieu spécialisé. C'est après l'échec de ces traitements que les patients viennent à la consultation.

La chirurgie n'était pas la meilleure manière de traiter les hémorroïdes pour certains patients (7 patients soit 16,3% de la serie) ceci explique le refus qu'oppose le patient lors de la prise de décision opératoire. Ainsi dans 4 cas (4,2%) les efforts de sensibilisation ont été vains, les malades ont préféré le traitement traditionnel .

3 raisons principales ont été évoquées par les malades pour expliquer ces attitudes face à la chirurgie :

- ♦ 21 patients (48,8 %) craignaient l'impuissance en postopératoire
- ♦ 13 patients (30,2 %) ont peur de la douleur en per et en postopératoire et des dépenses que pourraient occasionner cette intervention.
- ♦ 9 patients (21 %) avaient peur de perdre leur vie au cours de cette intervention.

Pour les malades, cette intervention ne pouvait se faire que sous anesthésie générale. Ils accusaient l'anesthésie comme la principale cause de l'échec du traitement chirurgical. Ils estimaient que les produits anesthésiques étaient difficilement manipulables et que c'est l'excès de produits anesthésiques qui conduisait le plus souvent à la mort.

l'anesthésie générale n'a été utilisée dans aucun cas. 100% de nos malades ont

bénéficié de l'anesthésie loco-régionale. Cette forme d'anesthésie a l'avantage de maintenir le malade en éveil pendant toute la durée de l'intervention. Nous n'avons enregistré aucune difficulté majeure pouvant être imputable à l'anesthésie.

Les suites opératoires précoces : dans notre série il n'y a pas eu de complications per opératoires, les mortalités per et post opératoires ont été de 0%. Au cours du séjour hospitalier il n'y a pas eu de cas d'hémorragie secondaire. 97,7% des patients étaient satisfaits de l'acte chirurgical effectué pour des raisons suivantes : disparition de la douleur, des rectorragies, des prurits anaux

4-Activité sexuelle

Ce chapitre ne concernera que les sujets masculins qui sont susceptibles de présenter une impuissance sexuelle.

73 malades de sexe masculin ont été identifiés (76,9% de la série),

36 d'entre eux ont bénéficié d'un traitement médical (49,3%),

37 patients ont été traités chirurgicalement (50,7%)

4.1-activité sexuelle des patients non opérés:

4.1.1-Avant traitement médical

♦ 7 patients (19,4% des sujets masculins non opérés) ont présenté une hypoérection : il s'agit d'une érection de mauvaise qualité avec une impossibilité de développer une rigidité pénienne suffisante pour assurer convenablement le coït (rapport sexuel). Ce signe n'était pas permanent il survenait aléatoirement 2 à 3 fois dans le mois. Ces malades n'étaient pas satisfaits de la qualité de leur sexualité pour les raisons suivantes:

♦ 3 patients (8,4% des cas) signalaient une durée anormalement longue des rapports sexuels.

- ♦ 2 patients (5,6%) se plaignaient de retard à l'érection.
- ♦ 2 patients (5,6%) se plaignaient de douleurs périnéales pendant les rapports à irradiation anale.
- ♦ 5 patients (13,9% des sujets masculins non opérés) avaient une exacerbation de la douleur anale pendant le coït. Ces malades présentaient des hémorroïdes au stade II. 2 malades parmi eux ont affirmé arrêter les rapports à cause de ces douleurs. Cette aggravation de la douleur avait surtout eu lieu au moment de la deuxième ou de la troisième séance de coït ; elle régresse considérablement lorsque la flaccidité pénienne est acquise.

4.1.2-Apres traitement médical :

La durée moyenne du traitement médical était de 14 jours.

L'évaluation de la sexualité de nos patients après traitement a montré que l'hypoérection et l'exacerbation de la douleur anale signalées avant le début du traitement avaient disparu chez tous les patients au premier rendez-vous.

Nous avons surveillé nos malades pendant six (6) mois , un rythme de surveillance avait été instauré ,les malades devaient se présenter à la consultation chaque deux (2) mois afin de surveiller l'évolution de la pathologie et apprécier l'apparition d'un éventuel trouble sexuel. Aucun cas de récurrence ou de trouble sexuel n'a été identifié.

Des signes comme la baisse de la libido, l'anérection , l'an éjaculation, l'éjaculation précoce ont été recherchés, aucun cas n'a été identifié.

Le toucher rectal a été systématique chez tous nos patients à la recherche d'une hypertrophie prostatique ou d'une prostatorrhée pouvant évoquer une pathologie prostatique qui peut être cause de troubles sexuels. Aucun cas d'hypertrophie ou de prostatorrhée n'a été identifié.

4.2 Activités sexuelles des patients opérés :

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-BRONDEL H. Hémorroïdes, maladie familiale ?, Arch fr mal app dig, 1976, (65) :51-61

2-BRONDEL H, GONDEAU M. Facteurs prédisposant liés à l'hémorroïdectomie, Arch fr mal app dig, 1976, (65): 541-550.

3-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.

4-COPE R. Etiopathogénie des hémorroïdes . Dédution thérapeutique. Proctologie, 1981 :35-39

5-COPE R. Hémorroïdectomie suivant la technique du SAINT MARK'S Hospital, type Milligan Morgan . Ann chir, 1994,48(6) :555-560

6-COPE R Etiopathogenesis of haemorrhoidal disease. Acta Gastro enterol clin biol, 1994, 57(2): 206-212

7-COULIBALY Baba. Etude des fistules anales en chirurgie B à l'hôpital national du point G:164 cas. Thèse de méd. Bamako 1998 ;(7).

8-DENIS J. Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques des troubles hémorroïdes de l'adulte. Arch fr app dig ;1976 (66), 8: 530-537

9-DENIS J. Fistules anales, Proctol Prat, 1991, 3134.

10-DENIS J, LEMARCHAND N. Fistules anales, Ed tehcn-Encycl. Méd. chir.

(Paris France) Est-Int 9086C10, 5-1990, 10P.

11-DEMBELE K. Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali. Thèse Médecine, 1994, Bamako.

12-DIARRA LASSANA MAMADOU. Douleur post-opératoire dans les pathologies anales au service de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré : 71 cas. Thèse de Méd Bamako 2002

13- DUHAMEL J ; LONGREEN C. les hémorroïdes de l'enfant. Gaz méd. Fr, 1980 ; (87), 38 : 5391-5398.

14- DUHAMEL J ; ROMAND Y. Hierarchie des modes de traitement dans la maladie hémorroïdaire. Gaz méd. Fr, 1982; (88), 39 : 5399-6012.

15-DUPUY-MONT BRUN JP Physiologie, Proctol prat, 1991, 10-11.

16-GIRONA J ,DENKERS D. Fistel, Fissur, Abcess, Chirurg 1996, 67, 222-228.

17-HANSEN H, STELZNER F. Proktologie, Springer-verlag, 1981, (kliniktaschenbucher) 162 pages.

18- HOFF SD; BAILLEY HR; BUTT SDR; MAXE; SMITH KW; ZAMORA LF; SKAKUN GB, Ambulatory surgical hemorroïdectomy a solution to post operative urinary retention?

Dis. Colon. Rectum, 1994; 37 (12): PP 1242 – 1244.

19- HYAMS L ; PHILPO T. An epidemiological investigation of haemorrhoids. Ann jr proctol, 1989, 21: 177-193.

- 20-JANSEN LW.** Consensus hemorrhoids (deutsch society for surgery Ned Fijdschr – Geneesk. 1994; 138 (42): 2106 – 2109.
- 21-KAMINA P.** Dictionnaire d'atlas d'anatomie. Paris-Maloine SA, A-F, 1983, 643.
- 22-KAMINA P.** Dictionnaire d'atlas d'anatomie. Parisianisme SA, G-O 1983, 1233.
- 23- LAUDE M.** anatomie du canal anal. Proctol Prat Edition 1999 ; 2- 9.
- 24- LEONG A.F.** and all performing international sphincterotomy with anorectal procedure.
Dis. Colon. Rectum. 193; 37 (11): PP 1130 – 1132.
- 25- MARIKO H.** Etude des hémorroïdal en chirurgie « B » à l'hôpital national du point G à propos de 152 cas. Thèse de médecine ; Bamako, 1996.
- 26-MILES W.E.** Observations upon internal piles. Surg Gyn obst, 1991, 29 : 496-500
- 27- MILIGAN E T C ; MORGAN C.** Surgical anatomie of the anal canal and the operative treatment of hemorroïds. The lancet, (13), 1937, 2, 1119-1124.
- 28-N'DJITOYA P, N'DAME C.** Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu camerounais : étude analytique de 720 cas.
- 29- OTTO P ; OTTO JV.** Hemmoroïdal disease
Schweiz – Rundesh. Med. prax. 1994; 83 (44): PP. 1225-1228.
- 30- PIGOT F; DENIS J.** Thromboses hémorroïdaires Annonces et pub (Paris), 1990.
- 31-PELOQUIN AB ; DESJARDIN JG.** Rectum et Anus.
Milan: Masson, 6^{ème} édition. 1990- 1995 P (768-770)

32- PRADEL E ; TERRIS G. Grossesse et pathologie anale ; étude prospective. Méd. Chir. Dig., 1983,12 : 523-525

33-ROBERT D,CHURET JP, PIQUARD B. Anatomie du canal anal. Ed techn – encycl-Méd-Chir.(Paris), tech chir.; Généralités-Appareil digestif; 2 , 1976, 40680, 6P.

34- SARLES JC .ARNAUD A ; CONSENTINO B

La chirurgie des hémorroïdes en 1987 : Résultats d'une enquête. Annale de chirurgie. 1987 ; 41 (8) : PP : 629-633.

35-SEMEGA CHEICKNE. Maladie hémorroïdaire aspects cliniques et thérapeutique. A propos de 92 cas dans le service de chirurgie C de l'Hôpital du point G .These de Méd, 1996.

36- SIMMONS S G. Anorectal disorders in pregnancy. Jr of obstetric and gynaecology of the British commonwealth, 1964,71: 960.

37- SIGRID S. Results of haemorrhoidectomy according to Milligan: a follow-up study of 100 patients, acta chir scand, 1980,124: 444- 453.

38- SOULLARD J; CONTOU J F. la ligature élastique : procédé de traitement médical ambulatoire des hémorroïdes.Nouv. Presse méd., 1979,8 : 1981-1982

39- SOULLARD J. les hémorroïdes existent-elles ?.rev proct, 1981, 1 : 32-34

40- SOULLARD J; CONTOU J F. Colo- proctologie.Masson Edit,1983,Paris, 17-110

41- SUDUCA P; SUDUCA J M. Les hémorroïdes.EMC, Edit technique, Paris, Estomac – Intestin, 1990,9086A105: 12-20

- ♦ 2 patients (5,6%) se plaignaient de retard à l'érection.
- ♦ 2 patients (5,6%) se plaignaient de douleurs périnéales pendant les rapports à irradiation anale.
- ♦ 5 patients (13,9% des sujets masculins non opérés) avaient une exacerbation de la douleur anale pendant le coït. Ces malades présentaient des hémorroïdes au stade II. 2 malades parmi eux ont affirmé arrêter les rapports à cause de ces douleurs. Cette aggravation de la douleur avait surtout eu lieu au moment de la deuxième ou de la troisième séance de coït ; elle régresse considérablement lorsque la flaccidité pénienne est acquise.

4.1.2-Apres traitement médical :

La durée moyenne du traitement médical était de 14 jours.

L'évaluation de la sexualité de nos patients après traitement a montré que l'hypoérection et l'exacerbation de la douleur anale signalées avant le début du traitement avaient disparu chez tous les patients au premier rendez-vous.

Nous avons surveillé nos malades pendant six (6) mois , un rythme de surveillance avait été instauré ,les malades devraient se présenter à la consultation chaque deux (2) mois afin de surveiller l'évolution de la pathologie et apprécier l'apparition d'un éventuel trouble sexuel. Aucun cas de récurrence ou de trouble sexuel n'a été identifié.

Des signes comme la baisse de la libido, l'anérection , l'an éjaculation, l'éjaculation précoce ont été recherchés, aucun cas n'a été identifié.

Le toucher rectal a été systématique chez tous nos patients à la recherche d'une hypertrophie prostatique ou d'une prostatorrhée pouvant évoquer une pathologie prostatique qui peut être cause de troubles sexuels. Aucun cas d'hypertrophie ou de prostatorrhée n'a été identifié.

4.2 Activités sexuelles des patients opérés :

4.2.1- Avant la chirurgie

Des troubles sexuels comme la baisse de la libido, l'hypoérection, l'an érection, l'éjaculation précoce, l'an éjaculation, l'exacerbation de la douleur anale per coitale ont été recherchés, aucun cas n'a été identifié.

La qualité des rapports sexuels n'était pas perturbée, les malades étaient satisfaits des rapports. 100% des patients faisaient au moins 1 séance de coit par semaine.

4.2.2-Après la chirurgie :

L'appréciation du délai d'apparition de la première érection après l'intervention a permis d'obtenir les résultats suivants :

Sur les 37 sujets masculins opérés,

- ♦ 29 patients (78,4%) avaient obtenu leur première érection dans les 72 heures post opératoires, le plus souvent il s'agissait d'érection matinale observée par le malade le matin au réveil (23 malades soit 62,2%) ; pour les 6 autres patients (16,2%) l'érection était survenue au moment des selles.
- ♦ 7 patients (18,9%) ont retrouvé leur érection entre le cinquième (5^e) et le sixième (6^e) jours post opératoire.
- ♦ 1 seul patient (2,7%) avait retrouvé son érection 29 jours après l'intervention, ce malade avait subi un traitement traditionnel (fumigation des bourrelets) qui entraîna un abcès périnéal.

La surveillance post hospitalière a été faite en demandant aux malades de se présenter à la consultation chaque 2 semaines ou par téléphone. Ce qui nous a permis d'apprécier la date du premier rapport, le nombre de coït par nuit ou même par semaine, ainsi :

- ♦ 28 patients (75,7%) avaient effectué leur premier rapport dans les 2 semaines post hospitalières,
- ♦ 6 patients (16,2%), dans la quatrième (4^e) semaine,
- ♦ 3 malades (8,1%) n'ont pas connu de relation sexuelle mais l'érection était de

bonne qualité, la libido était conservée, aucun trouble de la sexualité n'a été signalé.

La fréquence moyenne de coït effectué par semaine qui était de 1,88 avant l'intervention passa à 2,41. cette augmentation de la fréquence serait due à une amélioration de l'état clinique du malade (disparition de la douleur anale, de l'écoulement anal et des prurits). Tous les patients étaient satisfaits des rapports sexuels effectués.

Aucun trouble sexuel n'a été identifié en post opératoire.

CHAPITRE VII :
CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Les hémorroïdes sont une pathologie fréquente dont la prise en charge est médicale et / ou chirurgicale, malheureusement ce traitement est mal connu par nos populations.

Quelques cas de troubles de la sexualité ont été identifiés chez les patients non opérés (12,6% de la série) avant le traitement .

Aucun cas de trouble sexuel n'a été enregistré chez les patients opérés avant et après la chirurgie.

Une stimulation de la libido fut constatée chez nos patients après le traitement, la fréquence moyenne de coit par semaine qui était de 1,88 avant atteint 2,40 après le traitement.

Les hémorroïdectomies dans notre série n'ont pas eu de repercussion sexuelles.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude et en guise de contribution à la prise en charge des hémorroïdes, nous recommandons :

-Aux personnels sanitaires

- * Encourager les campagnes d'information et de sensibilisation sur cette pathologie .
- * Procéder à une bonne technique opératoire anatomique.

-A la population

- * Eviter de négliger la constipation
- * Consulter dans un centre de santé pour toute anomalie de l'an

-Aux autorités

- * Encourager les mutuelles de santé et les assurances de santé pour faciliter la prise en charge de cette pathologie.
- * Organiser le secteur informel de la santé (les tradithérapeutes) afin de minimiser les erreurs des tradipraticiens véreux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-BRONDEL H. Hémorroïdes, maladie familiale ?, Arch fr mal app dig, 1976, (65) :51-61

2-BRONDEL H, GONDEAU M. Facteurs prédisposant liés à l'hémorroïdectomie, Arch fr mal app dig, 1976, (65): 541-550.

3-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.

4-COPE R. Etiopathogénie des hémorroïdes . Dédution thérapeutique. Proctologie, 1981 :35-39

5-COPE R. Hémorroïdectomie suivant la technique du SAINT MARK'S Hospital, type Milligan Morgan . Ann chir, 1994,48(6) :555-560

6-COPE R Etiopathogenesis of haemorrhoidal disease. Acta Gastro enterol clin biol, 1994, 57(2): 206-212

7-COULIBALY Baba. Etude des fistules anales en chirurgie B à l'hôpital national du point G:164 cas. Thèse de méd. Bamako 1998 ;(7).

8- DENIS J. Etude numérique de quelques facteurs étiopathologiques des troubles hémorroïdes de l'adulte. Arch fr app dig ;1976 (66), 8: 530-537

9-DENIS J. Fistules anales, Proctol Prat, 1991, 3134.

10-DENIS J, LEMARCHAND N. Fistules anales, Ed tech-Encycl. Méd. chir.

(Paris France) Est-Int 9086C10, 5-1990, 10P.

11-DEMBELE K. Aspects cliniques et épidémiologiques des maladies anales au Mali. Thèse Médecine, 1994, Bamako.

12-DIARRA LASSANA MAMADOU. Douleur post-opératoire dans les pathologies anales au service de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré : 71 cas. Thèse de Méd Bamako 2002

13- DUHAMEL J ; LONGREEN C. les hémorroïdes de l'enfant. Gaz méd. Fr, 1980 ; (87), 38 : 5391-5398.

14- DUHAMEL J ; ROMAND Y. Hierarchie des modes de traitement dans la maladie hémorroïdaire. Gaz méd. Fr, 1982; (88), 39 : 5399-6012.

15-DUPUY-MONT BRUN JP Physiologie, Proctol prat, 1991, 10-11.

16-GIRONA J, DENKERS D. Fistel, Fissur, Abcess, Chirurg 1996, 67, 222-228.

17-HANSEN H, STELZNER F. Proktologie, Springer-verlag, 1981, (kliniktaschenbucher) 162 pages.

18- HOFF SD; BAILLEY HR; BUTT SDR; MAXE; SMITH KW; ZAMORA LF; SKAKUN GB, Ambulatory surgical hemorroïdectomy a solution to post operative urinary retention?
Dis. Colon. Rectum, 1994; 37 (12): PP 1242 – 1244.

19- HYAMS L ; PHILPO T. An epidemiological investigation of haemorrhoids. Ann jr proctol, 1989, 21: 177-193.

- 20-JANSEN LW.** Consensus hemorrhoids (deutsch society for surgery Ned Fijdschr – Geneesk. 1994; 138 (42): 2106 – 2109.
- 21-KAMINA P.** Dictionnaire d'atlas d'anatomie. Paris-Maloine SA, A-F, 1983, 643.
- 22-KAMINA P.** Dictionnaire d'atlas d'anatomie. Parisianisme SA, G-O 1983, 1233.
- 23- LAUDE M.** anatomie du canal anal. Proctol Prat Edition 1999 ; 2- 9.
- 24- LEONG A.F.** and all performing international sphincterotomy with anorectal procedure.
Dis. Colon. Rectum. 193; 37 (11): PP 1130 – 1132.
- 25- MARIKO H.** Etude des hémorroïdal en chirurgie « B » à l'hôpital national du point G à propos de 152 cas. Thèse de médecine ; Bamako, 1996.
- 26-MILES W.E.** Observations upon internal piles. Surg Gyn obst, 1991, 29 : 496-500
- 27- MILIGAN E T C ; MORGAN C.** Surgical anatomie of the anal canal and the operative treatment of hemorrhoids. The lancet, (13), 1937, 2, 1119-1124.
- 28-N'DJITOYA P, N'DAME C.** Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu camerounais : étude analytique de 720 cas.
- 29- OTTO P ; OTTO JV.** Hemmoroidal disease
Schweiz – Rundesh. Med. prax. 1994; 83 (44): PP. 1225-1228.
- 30- PIGOT F; DENIS J.** Thromboses hémorroïdaires Annonces et pub (Paris), 1990.
- 31-PELOQUIN AB ; DESJARDIN JG.** Rectum et Anus.
Milan: Masson, 6^{ème} édition. 1990- 1995 P (768-770)

32- PRADEL E ; TERRIS G. Grossesse et pathologie anale ; étude prospective. Méd. Chir. Dig., 1983,12 : 523-525

33-ROBERT D,CHURET JP, PIQUARD B. Anatomie du canal anal. Ed techn – encycl-Méd-Chir.(Paris), tech chir.; Généralités-Appareil digestif; 2 ; 1976, 40680, 6P.

34- SARLES JC .ARNAUD A ; CONSENTINO B

La chirurgie des hémorroïdes en 1987 : Résultats d'une enquête. Annale de chirurgie. 1987 ; 41 (8) : PP : 629-633.

35-SEMEGA CHEICKNE. Maladie hémorroïdaire aspects cliniques et thérapeutique. A propos de 92 cas dans le service de chirurgie C de l'Hôpital du point G .These de Méd, 1996.

36- SIMMONS S G. Anorectal disorders in pregnancy. Jr of obstetric and gynaecology of the British commonwealth, 1964,71: 960.

37- SIGRID S. Results of haemorrhoidectomy according to Milligan: a follow-up study of 100 patients, acta chir scand, 1980,124: 444- 453.

38- SOULLARD J ; CONTOU J F. la ligature élastique : procédé de traitement médical ambulatoire des hémorroïdes.Nouv. Presse méd., 1979,8 : 1981-1982

39- SOULLARD J. les hémorroïdes existent-elles ?.rev proct, 1981, 1 : 32-34

40- SOULLARD J; CONTOU J F. Colo- proctologie.Masson Edit,1983,Paris, 17-110

41- SUDUCA P; SUDUCA J M. Les hémorroïdes.EMC, Edit technique, Paris, Estomac – Intestin, 1990,9086A105: 12-20

42- TALL A. Contribution à l'étude épidémiologique de la maladie hémorroïdaire de la fissure anale et de fistule anale dans les hôpitaux de point « G » et Gabriel Touré ; (à propos de 220 cas).Thèse de Médecine, 1985, Bamako.

43- UDEZUE NO. Five hundred consecutive sigmoidoscopies for franc rectal bleeding = an analysis.

Tropical doctor. 1989; 19 (2): PP. 72-73.

44- ZOUNK K ET COLL. le point sur l'hypertrophie bénigne de la prostate(adénome de la prostate) comme cause d'obstruction urinaire basse en milieu camerounais (propos de 261 observés à la clinique d'urologie de l'hôpital central de Yaoundé).

Médecine d'Afrique Noire. 1989 ; 36 (8-9) : PP= 682-697.

CHAPITRE IX :

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

HEMORROIDES ET SEXUALITE

I. LES DONNEES ADMINISTRATIVES :

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

2. Numéro du dossier du malade : /-/-/

3. Date de consultation : /-/-/

4. Nom et Prénom du malade :

5. Age : /-/-/

6. Sexe : /-/-/

1. Masculin :

2. Féminin :

7. Adresse habituelle :

8. Contact à Bamako :

9. Provenance : /-/-/

1. Kayes

6. Gao

99. Indét

2. Koulikoro

7. Tombouctou

3. Sikasso

8. Kidal

4. Ségou

10. Bamako

5. Mopti

11. Autres à préciser

10. Nationalité : /-/-/

1. Malienne

2. Autres à préciser

11. Ethnie : /-/-/

1. Bamako

7. Sarakolé

99. Indét

2. Peulh

8. Sénoufo

3. Bobo

9. Autres

4. Malinké

10. Touareg

5. Minianka

11. Sonrhai

6. Dogon

12. Adressé par : /-/-/

1. Venu (e) de lui même

3. Medecin

99. Indét

2. Infirmier

4. Autres à préciser

13. Principales activités /-/-/

1. Cadre supérieur

5. Manœuvre

9. Indet

2. Cadre moyen

6. Menagere

3. Commerçant

7. Scolaires (eleve, etudiant)

4. Cultivateur

8. Autres à préciser

- 14. Position de travail :**/-/
- | | | |
|-----------|----------------------|----------|
| 1. Debout | 3. Autres à préciser | 9. Indét |
| 2. Assise | | |
- 15. Situation matrimoniale :**/-/
- | | | |
|----------------|---------|----------|
| 1. Célibataire | 3. Veuf | 9. Indét |
| 2. Marié (e) | | |
- 16. Mode de recrutement en chirurgie générale :**/-/
- | | | |
|------------|-------------------------|----------|
| 1. Urgence | 2. Consultation normale | 9. Indét |
|------------|-------------------------|----------|
- 17. Date d'entrée :**/-/
- 18. Durée d'hospitalisation :**/-/
- 19. Date de sortie :**/-/
- 20. Perdue de vue :**/-/
- | | |
|--------|--------|
| 1. Oui | 2. Non |
|--------|--------|

II. CLINIQUE

A. Description de la douleur :

- 21. Motif de consultation :**/-/
- | | | | |
|----------------------|---------|-----------------------|-----------|
| 1. Douleur anale | 6 =1+3 | 11 = 1+2+3 | 99. Indét |
| 2. Tuméfaction anale | 7 =1+4 | 12 =1+2+4 | |
| 3. Brûlure anale | 8 =2+3 | 13 =2+3+4 | |
| 4. Écoulement anal | 9 =2+4 | 14 =1+2+3+4 | |
| 5 =1+2 | 10 =3+4 | 15. Autres à préciser | |
- 22. Moment de la douleur ; Tuméfaction ; Brûlure :**/-/
- | | | | |
|-----------------------|----------------|----------------------|----------|
| 1. Avant les selles | 4. Permanentes | 7 =2+3 | 9. Indét |
| 2. Pendant les selles | 5 =1+2 | 8 =1+2+3 | |
| 3. Après les selles | 6 =1+3 | 9. Autres à préciser | |
- 23. Le début de la douleur :**/-/
- | | | |
|-----------|---------------|-----------|
| 1. Brutal | 2. Progressif | 9. Indét. |
|-----------|---------------|-----------|
- 24. Type de la douleur :**/-/
- | | | | |
|------------|------------|--------------|----------|
| 0. Aucun | 2. Piquûre | 4. Autres | 9. Indét |
| 1. Brûlure | 3. Torsion | 5. Pésanteur | |
- 25. Facteurs déclenchants :**/-/
- | | | | |
|--------------------|----------------|----------------------|-----------|
| 0. Aucun | 4. Diarrhée | 8. Constipation | 99. Indét |
| 1. Débout | 5. Vomissement | 9. Autres à préciser | |
| 2. Marche | 6. Lavement | | |
| 3. Position assise | 7. Selles | | |
- 26. Facteurs aggravants :**/-/
- | | | |
|--------------------|------------------------------------|----------|
| 0. Aucun | 3. Substances irritantes de l'anus | 9. Indét |
| 1. Position assise | 4. Autres à apprécier | |
| 2. Défécation | 5. Alimentation | |
- 27. Facteurs améliorants :**/-/
- | | | |
|---------------------|----------------------|----------|
| 0. Aucun | | 9. Indét |
| 1. Décubitus dorsal | 4. Décubitus ventral | |
| 2. Assise | 5. Bain de siège | |
| 3. Debout | 6. Autres à préciser | |

28. Signes associés :/-/

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|------------------|-----------|
| 0. Aucun | 5. Diarrhée | 10 = 5+3 | 99. Indét |
| 1. Rectorragie | 6. Sécrétion muqueuse | 11 = 1+4 | |
| 2. Prurit anal | 7. Troubles génitaux | 12. Faux besoins | |
| 3. Ténésme | 8 = 1+2 | 13. Epruntes | |
| 4. Constipation | 9 = 5+6 | 14. Autres | |

29. Antécédents (médicaux ; chirurgicaux) :/-/

- | | | | |
|----------------|----------------|----------------|-----------|
| 0. Aucun | 4. Bilharsiose | 8. Abscès anal | 99. Indét |
| 1. Opéré (e) | 5. HTA | 9. Syphilis | |
| 2. Non opéré | 6. Asthme | 10. SIDA | |
| 3. Tuberculose | 7. Autres | | |

30. Antécédents gynécologiques :/-/

- | | | |
|--------------|----------------|--------------------------|
| 1. Grossesse | 2. Avortement | 3. Date dernières règles |
| 4. Ménopause | 3. Leucorrhées | |

31. Bouton anal :/-/

- | | |
|--------|--------|
| 1. Oui | 2. Non |
|--------|--------|

32. Ecoulement anal :

- | | |
|--------|--------|
| 1. Oui | 2. Non |
|--------|--------|

33. Nature de l'écoulement :/-/

- | | | |
|-------------|-----------------|----------|
| 0. Aucun | 4. Sanguinolent | 3. Indét |
| 1. Purulent | 5. Autres | |
| 2. Séreux | | |

34. Habitudes alimentaires :/-/

- | | | | |
|---------------|-------------|------------|----------|
| 1. Céréales | 7. Alcool | 14 = 1+2+3 | |
| 2. Légumes | 8. Café | 15 = 1+4 | 9. Indét |
| 3. Fruits | 10. Epices | 16 = 5+6 | |
| 4. Tubercules | 11. Poisson | 17 = 5+7 | |
| 5. Thé | 12. Viande | 18 = 8+10 | |
| 6. Tabac | 13 = 1+2 | 19. Autres | |

35. Traitements antérieurs :/-/

- | | | |
|-----------------|----------------------|----------|
| 1. Médical | 4. Pas de traitement | 9. Indét |
| 1. Chirurgical | 5. Autres | |
| 2. Traditionnel | | |

36. Par qui :/-/

- | | | |
|------------------------|---------------------|----------|
| 1. Médecine interniste | 4. Infirmier | 9. Indét |
| 1. Chirurgien | 5. Traditionnaliste | |
| 2. Interne | 6. Autres | |

37. Durée du traitement (j) :/-/

- | | | | |
|---------|----------|-------------|----------|
| 1 = 1-5 | 2 = 5-10 | 5 = + de 20 | 9. Indét |
|---------|----------|-------------|----------|

38. Suites du traitement :/-/

- | | | |
|-----------------|---------------------|----------|
| 1. Satisfaisant | 2. Non satisfaisant | 9. Indét |
|-----------------|---------------------|----------|

39. Signes généraux :/-/

- | | |
|-----------|----------|
| 1 ASA I | 4 ASA IV |
| 2 ASA II | 5 ASA V |
| 3 ASA III | |

40. Poids (en kg) :/-/

41. Pouls (en bat/ mn): /-/-/-/
42. Taille (en cm) : /-/-/-/
43. TA (en mm Mg) : Max : /-/-/-/
- Min : /-/-/-/
44. Inspection de l'anus : /-/-/-/
- | | | |
|----------------------------|---------------------------|------------|
| 1. Prolapsus hémorroïdaire | 6. Marisque anale | 9. Indét |
| 2. Tuméfaction anale | 7. Anite | |
| 3. Ulcération anale | 8. Trombose hémorroïdaire | |
| 4. Orifice fistuleux | 10. Fissure anale | |
| 5. Lésions dermato | 11 = Cicatrices | 13. Autres |
45. Palpation de la région anale : /-/-/-/
- | | | |
|----------------|---------------------|----------|
| 1. Douloureuse | 3. Consistance dure | |
| 2. Indolore | 4. Autres | 9. Indét |
46. Toucher rectal : /-/-/
- | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------|
| 1. Doulourex | 5. Sphincter atonique | 9. Indét |
| 2. Indolore | 6. Doigtier hémorragique | |
| 3. Sphincter hypertonique | 7. Autres à préciser | |
| 4. Sphincter hypotonique | | |
47. Diagnostic étiologique : /-/-/
- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. Trombose hémorroïdaire | 6. Ascite |
| 2. Prolapsus rectal | 7. Fécalome |
| 3. Fissure rectale | 8. Cancer anal |
| 4. Abcès anal marginal | 9. Fistule anale |
| 5. Eczéma | 13. Autres à préciser |
48. Groupe sanguin rhésus : /-/-/
- | | | |
|--------------|---------------|----------|
| 1. Groupe A+ | 6. Groupe AB+ | 9. Indét |
| 2. Groupe A- | 7. Groupe AB- | |
| 3. Groupe B+ | 8. Groupe O+ | |
| 4. Groupe B- | 9. Groupe O- | |
49. Glycémie : /-/-/
- | | |
|-------------------------------|----------|
| 1. Entre 4,1 et 6,1 (normale) | 9. Indét |
| 2. Inférieur à 4,1 (abaissée) | |
| 3. Supérieur à 6,7 (élevée) | |
50. BMR fait : /-/-/
- | | |
|--------|--------|
| 1. Oui | 2. Non |
|--------|--------|
51. Anuscopie fait : /-/-/
- | | |
|--------|--------|
| 1. Oui | 2. Non |
|--------|--------|
52. Rectoscopie fait : /-/-/
- | | |
|--------|--------|
| 1. Oui | 2. Non |
|--------|--------|
53. Anorectoscopie fait : /-/-/
- | | |
|--------|--------|
| 1. Oui | 2. Non |
|--------|--------|
54. BW : /-/-/
- | | |
|-----------|-----------|
| 1 Positif | 2 Négatif |
|-----------|-----------|
55. HIV : /-/-/
- | | |
|-----------|-----------|
| 1 Positif | 2 Négatif |
|-----------|-----------|

56. Autres : /-/
a. Si autres à préciser

III. TRAITEMENT SUIVI AU SERVICE

57. Traitement médical : /-/
1. Oui 2. Non 9. Indét

58. Par qui : /-/
1. Médecin 3. Infirmier 9. Indét
2. Interne 4. Autres

59. Produit (s) : /-/
1. Veinobiase 6. Métronidazole
2. Prolapsus rectal 7. Cytéal
3. Fissure rectale 8. Permanganate de K
4. Abscès anal marginal 10 = 1+7 11 = 1+8 15 = 1+5
5. Pommade anti hém 12 = 2+7 13 = 2+8 16. Autres à préciser

60. Posologie du ou des produits : /-/
1 = 1 cp 3 f/J 4 = 1 appl 3 f/J 9. Indét
2 = 2 cp 3 f/J 5 = 1 appl après chaque selle
3 = 2 cp 2 f/J

61. Durée du traitement (j) : /-/
1 = 1-5 2 = 5-10 3 = 10-15 4 = 15-20

62. Evolution du traitement : /-/
1. Favorable 2. Défavorable 9. Indét

63. Traitement chirurgical : /-/
1. Oui 2. Non 9. Indét

64. Techniques opératoires : /-/
1. Hémostectomie = H 6 = 2+5 9. Indét
2. Fissurectomie + H 7 = 1+3
3. Fistulectomie + H 8 = 1+2+3
4. Sphincterotomie + Fistulectomie 5 = 1+2

65. Par Qui : /-/
1. Chirurgien 3. Interne 9. Indét
2. CES 4. Autres

66. Date Opératoire : /-/-/-/-/-/-/-

67. Evolution du traitement : /-/
1. Favorable 2. Défavorable

68. Complications pré-opératoires : /-/
1. Hémorragie 2. Blessures sphinctériennes 9. Indét
3. Décès 4. Autres à préciser

69. Complications post-opératoires : /-/
1. Hémorragie 3. Récidive 9. Indét
2. Sténose 4. Autres à préciser
5. Incontinence

70. Traitement traditionnel : /-/
1. Oui 2. Non

Activités Sexuelles :

71. Avant traitement :...../-/

- | | |
|---|------------------------------|
| 1.Libodo abaissée | 6.Frigidité |
| 2.Exacerbation de la douleur anale perçoitale | 7.Nombre de coït par semaine |
| 3.Hypoérection | 8.Nombre de coït par nuit |
| 4.Anérection | 9.Aucun trouble sexuel |
| 5.Anéjaculation | 11.Autres à préciser |

72. Après traitement :...../-/

- | | |
|---|------------------------------|
| 1.Libido abaissée | 6.Frigidité |
| 2.Exacerbation de la douleur anale perçoitale | 7.Nombre de coït par semaine |
| 3.Hyperérection | 8.Nombre de coït par séance |
| 4.Anérection | 9.Aucun trouble sexuel |
| 5.Anéjaculation | 11.Autres à préciser |

IV. PERCEPTION PSYCHO- SOCIALE :

Que représentent les hémorroïdes ?.....

.....

73. Ressentiment à l'annonce de la chirurgie :...../-/

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1.Crainte de la mort | 3.Crainte de l'impuissance |
| 2.Crainte de le douleur | 4.Aucune crainte |
| 5.Autres à préciser | |

74. Y'a t-il eu réticence à l'annonce de la chirurgie :...../-/

- | | |
|-------|-------|
| 1.Oui | 2.Non |
|-------|-------|

75. Y'a t-il eu consultation de tradipraticien ou de (voyant) :...../-/

- | | |
|-------|-------|
| 1.Oui | 2.Non |
|-------|-------|

76. Si Oui pourquoi :...../-/

77. Y'a t-il eu satisfaction :...../-/

- | | |
|-------|-------|
| 1.Oui | 2.Non |
|-------|-------|

78. Y'a t-il eu préparation à ce type de chirurgie :...../-/

- | | |
|-------|-------|
| 1.Oui | 2.Non |
|-------|-------|

76. Si Oui par qui :...../-/

- | | | |
|-----------|-------------|---------|
| 1.Medecin | 2.Infirmier | 9.Indét |
|-----------|-------------|---------|

80. Le patient est-il satisfait de l'acte chirurgical effectué :...../-/

- | | |
|-------|-------|
| 1 Oui | 2 Non |
|-------|-------|

81. Pourquoi :...../-/

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : ALIOU

Titre de la thèse : Hémorroïdes et sexualité au service de Chirurgie générale et pédiatrique de l'HGT.

Année de soutenance : 2003

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : chirurgie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé : apprécier le comportement sexuel de malades atteints de pathologie hémorroïdaire était le motif principal de cette étude. Elle nous a permis de :

- faire une étude épidémiologique des hémorroïdes
- Rechercher les répercussions d'une hémorroïdectomie sur la sexualité.
- Apprécier la perception psychosociale des malades sur cette pathologie et son traitement.
- Formuler des recommandations.

Notre étude prospective a été effectuée sur des patients consultants pour hémorroïdes opérés ou non au service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

L'âge moyen des patients a été de 32 ; $81 \pm 11,27$ avec des extrêmes de 18 à 65 ans.

Le sexe ratio était de 3,32 en faveur de l'homme.

Nos patients avaient peur de la chirurgie pour trois raisons principales :

- peur de l'impuissance en post – opératoire (48,8%)
- peur de la douleur et des dépenses que pourraient occasionnées cette intervention (30,2%).
- Peur de la mort (21%).
- Aucun cas de trouble sexuel n'a été identifié après les traitements (médical et chirurgical).

Mots clés : Hémorroïdes, Sexualité, Perception psycho-sociale

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'exercice 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accorde leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude et en guise de contribution à la prise en charge des hémorroïdes, nous recommandons :

-Aux personnels sanitaires

- * Encourager les campagnes d'information et de sensibilisation sur cette pathologie .
- * Procéder à une bonne technique opératoire anatomique.

-A la population

- * Eviter de négliger la constipation
- * Consulter dans un centre de santé pour toute anomalie de l'anus

-Aux autorités

- * Encourager les mutuelles de santé et les assurances de santé pour faciliter la prise en charge de cette pathologie.
- * Organiser le secteur informel de la santé (les tradithérapeutes) afin de minimiser les erreurs des tradipraticiens véreux.