

Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET

D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006 – 2007

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET

D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2006 - 2007 THESE N° _____

TITRE

**ETUDE DE LA MALADIE HEMORROIDAIRE DANS LE SERVICE DE
CHIRURGIE GENERALE DU CHU DE GABRIEL TOURE**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le/...../2007
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'odontostomatologie par**

Mr. Mohamed Lemine DICKO

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

JURY

Président : Pr. Mamadou DEMBELE

Membres : Dr Anselme KONATE

Co-directeur : Dr. Mahamane TRAORE

Directeur : Pr. Gangaly DIALLO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007**

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1 ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2 ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

3 SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR

4 AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr ALOU BA

Mr BOCAR SALL

Secourisme

Mr SOULEYMANE SANGARE

Mr YAYA FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr BALLA COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr ALI NOUHOUM DIALLO

Mr Aly GUINDO

OPHTALMOLOGIE

ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE -

PNEUMO-phtisiologie

HEMATOLOGIE

CHIRURGIE GENERALE

PEDIATRIE

CHIRURGIE GENERALE

Pharmacognosie

Médecine interne

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

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

D.E.R

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr ALHOUSSEINI Ag MOHAMED

Mme SY Assitan SOW

Mr Salif DIAKITE

Mr Abdoulaye DIALLO

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

ORTHOPEDIE – TRAUMATOLOGIE, **chef de**

UROLOGIE

Gynéco obstétrique

ORL

Gynéco Obstétrique

Gynéco Obstétrique

Anesthésie - Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Mr Gangaly DIALLO

Mr Mamadou TRAORE

Mr Filifing SISSOKO

Mr Sékou SIDIBE

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Tiéman COULIBALY

Mme TRAORE J. THOMAS

Mr Mamadou L DIOMBANA

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Mr Nouhoum ONGOIBA

Mr Sadio YENA

Mr Yousouf COULIBALY

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie viscérale

Gynéco Obstétrique

Chirurgie Générale

Orthopédie Traumatologie

Anesthésie - Réanimation

Orthopédie - Traumatologie

Ophtalmologie

Stomatologie

Gynéco - Obstétrique

Anatomie & Chirurgie Générale

Chirurgie Thoracique

Anesthésie - Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA

Gynéco Obstétrique

Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO

ORL
ORL
Chirurgie Générale

Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Boureima MAIGA

Anesthésie - Réanimation
Urologie
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/ Traumatologie
Urologie
Gynéco - Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco - Obstétrique

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Sinè BAYO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr YENIMEGUE Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Massa SANOGO
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Anatomie – Pathologie - Histoembryologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie- Mycologie
Chimie Organique
Immunologie **Chef de D.E.R**
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Chimie Analytique
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou FM TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histoembryologie
Bactériologie Virologie
Parasitologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie, Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa. DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Chiek Bougadari TRAORE

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie -Virologie
Anatomie Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Immunologie

Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA

Biochimie
Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale

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
Mr Moussa MAIGA
Mr Somita KEITA

Médecine interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine interne
Hématologie
Gastro-entérologie- Hépatologie
Dermato- Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Toumani SIDIBE
Mme SIDIBE Assa TRAORE

Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-Entérologie
Pédiatrie
Endocrinologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Harouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Soungalo DAO
Mr Cheik Oumar GUINTO

Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Maladie infectieuse
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatologie-Gastro-Entérologie
Hépatogastro-Entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladie infectieuse
Neurologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique Chef de D.E.R
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane Guindo	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A **dieu** le tout puissant, nous implorons votre pardon, vous qui savez les choses cachées .Notre créateur je me confie à vous malgré mon imperfection. Je vous remercie pour toujours et vous demande encore de me donner une bonne issue ici bas et au jour de la résurrection.

Paix et salut sur le Prophète Mohamed ainsi que tous les musulmans qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mon père **ZEÏNI**, Vous avez su très tôt poser les bases de notre avenir. L'attention que vous avez accordé à mon éducation ainsi qu'à celle de mes frères et sœurs, les conseils sages que vous n'avez jamais cessé de prodiguer font de vous un père modèle. Que dieu vous bénisse.

A ma mère **Vatimetou Diarra** dite **Toutou**, je vous remercie énormément pour vos souffrances lors des différentes étapes de ma vie. J'ai été fortement impressionné par votre patience. Je vous demande encore de guider mes pas par des bénédictions.

A ma marâtre **Lalla Foba** c'est le lieu de vous dire merci.

A mes frères et sœurs, merci pour votre esprit d'amour et de respect à mon égard.

A Ma belle mère **Aïssata Wadidjé**, merci pour votre esprit de compréhension et de simplicité.

A ma fiancée **Hawoye Aïssata Kida** : Je crois que nous avons encore de long moment à vivre ensemble dans un esprit d'amour, de patience, de respect, et d'entente. Merci pour ton esprit de compréhension.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit :

- des familles de mon cousin **CHieckné Hamala Camara**, de **Bassi Coulibaly** et son épouse **Assetou Danté**, du défunt **Bakoroba Fadiga** et son épouse.
- des chirurgiens des services de chirurgies générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré : **El hadj Dr Mahamane Traoré, Dr Singaré, Dr Simpara, Dr Keïta Mambi, Dr Ibrahim Diakité, Dr Kanté, Dr Alassane Traoré, Dr M.L. Diakité, Dr Morane, Dr Sakarya, Dr Kouyaté Mamaye.**
- du personnel infirmier des services de chirurgie générale et pédiatrique. -
- du personnel du bloc opératoire du service de chirurgie générale
- des médecins et infirmiers anesthésistes et réanimateurs.
- de mes promotionnaires de thèse des services de chirurgies générale et pédiatrique : **Noramou J., Dr Ouattara Y., Dr Konaté M., Camara S., Camara B., Traoré M., Samaké M., Bogola, Diassana, Diabira, Danfaga B.**
- de mes cadets thésards du service : **Maïmouna mama Traoré, Oumou Koné, Bathio Traoré, Mme Diakité Mariam Diarra, Birama Chieck Mohamed Traoré, Ablaye Amadou Coulibaly, Boncana Traoré, Mme Doumbia Halima Traoré, Ousmane Traoré, Sidy Sylla, Saïbou Doumbia .**
- de mes amis d'enfance **Ousmane Konaté, Taleb Kane, Mami, Negué Traoré,**
- de mes promotionnaires et amis : **Dr Diarra Fatimata Maré, Dr Ballo, Konaté B, Dr Yalkouyé Y, Bamba A., Dr Sylla, Sory Fofana.**
- du médecin directeur de l' A.S.A.C.O.B.A **Dr Mahamane Maïga** et son personnel.
- de **Dr Keïta Mohamed, Dr Sidi Alanine Altanata,**
- du personnel du service de la maintenance du CHU de Gabriel Touré notamment aux ingénieurs **Tidiany Dieffaga** et **Samaké**
- de tous les frères et sœurs de la L.E.E.M.A et de L' ANSAR DINE.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et membre de jury

Docteur KONATE Anselme

Chef de clinique et assistant en hépato gastroentérologie

Nous avons été marqué par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger au sein de ce jury.

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants, votre curiosité scientifique et votre enthousiasme à transmettre ont forcé notre admiration.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

***A notre maître et président du jury
Le Professeur Dembélé Mamadou***

Maître de conférence agrégé en médecine interne

Cher maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Nous apprécions en vous un homme de science éclairé, modeste et sympathique. Votre expérience, la qualité de votre enseignement et votre sens distingué pour la recherche font que nous sommes fiers d'être un de vos élèves.

Cher maître, vous êtes et resterez un modèle.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre maître et co- directeur de thèse

Docteur Mahamane Traoré

**Chirurgien praticien hospitalier en fonction au C.H.U de GABRIEL
TOURE**

*Cher maître ; c'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme
co-directeur de ce travail.*

*Nous savons le sérieux que vous avez attaché à notre formation et les
efforts que vous déployez dans ce sens.*

Votre courage, votre modestie font de vous un exemple à suivre.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Le Professeur Gangaly Diallo

Maître de conférences agrégé de chirurgie viscérale

Médecin colonel des forces armées nationales

Chef de service de la chirurgie générale du C.H.U de l' H.G.T.

Chevalier de l'ordre national

C'est le lieu de vous remercier, pour nous avoir admis dans votre service et pour la confiance que vous nous avez faite en nous confiant cette thèse. Nous avons été comblément impressionnés par l'intérêt que vous accordez à la recherche.

Réellement, votre disponibilité à nos multiples sollicitations, votre enseignement, votre rigueur dans le travail et votre haute culture scientifique font de vous un enseignant, de plus un éducateur souhaité.

Veillez recevoir cher maître nos profonds remerciements et reconnaissances.

LISTES DE SIGLES ET ABREVIATIONS

DNSI :	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
HTA :	Hypertension Artérielle
HGT :	Hôpital Gabriel Touré
Post op. :	Post opératoire
C H U :	Centre hospitalier universitaire
Q :	Question

SOMMAIRE

1- Introduction et objectifs	1
2- Généralités.....	3
3- Méthodologie.....	19
4- Résultats.....	24
5- Commentaire et discussion.....	58
6- Conclusion et recommandations.....	75
7- Références bibliographiques.....	77
8- Annexes.....	86

1- INTRODUCTION

Les hémorroïdes du grec «écoulement du sang » [6] sont des ectasies des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie ; le terme hémorroïde est parfois employé d'une façon erronée. Ce sont des formations vasculaires, particulières au niveau du corps caverneux du canal anal, qui se manifeste généralement par un prolapsus hémorroïdaire, soit une rectorragie et ou une douleur anale [7].

La fréquence de la pathologie hémorroïdaire est difficile à évaluer [44 ; 35].

En Europe : en France 50% de la population au dessus de 50 ans sont affectés par cette pathologie ; en Angleterre 1123 pour 100000 habitants consultent les médecins pour la pathologie hémorroïdaire contre 1177 aux USA [8].

En Afrique : Yassibanda en 2004 a trouvé une fréquence de 58,8 % de l'ensemble des pathologies ano-rectales à Bangui en république Centre Africaine [28] ; en Côte d'Ivoire, sur 216 lésions observées à la coloscopie chez 147 patients en 2006, 30,5 % étaient des hémorroïdes ; au Mali Diallo a trouvé une fréquence hémorroïdaire de 1,07% de l'ensemble des consultations externes a l'hôpital du Point G [65].

Les deux études sur la pathologie hémorroïdaire menées dans le service de chirurgie générale ont eu lieu respectivement en 2003 et 2006 à l'hôpital Gabriel Touré. Mais les résultats ont été peu concluants car elles n'ont porté principalement que sur la conception sociale de la pathologie hémorroïdaire.

C'est donc afin d'obtenir des résultats sur l'aspect épidémio clinique, thérapeutique et les suites opératoires de cette pathologie que nous nous sommes fixés des objectifs suivants :

OBJECTIFS

➤ **Objectif général :**

Etudier les hémorroïdes dans le service de chirurgie générale du CHU de Gabriel Touré

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les facteurs favorisants
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de la pathologie hémorroïdaire
- Déterminer les complications post opératoires immédiates
- Analyser les suites du traitement

GÉNÉRALITÉS

2- GÉNÉRALITÉS

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

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

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

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

-La continence : met en jeu plusieurs phénomènes réflexes et intéresse le sphincter interne, le sphincter externe et le sigmoïde [51].

2.1- RAPPEL ANATOMIQUE

2.1.1-Anatomie descriptive :

2.1.1.1- Anatomie macroscopique :

2.1.1.1.1-Configuration externe :

Le canal anal est un cylindre oblique en arrière et en bas formant un angle ouvert en arrière avec le rectum. Il traverse l'épaisseur du périnée postérieur pour répondre dans sa partie inférieure au sphincter externe. Ses rapports sont :

Latéralement : les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale ;

Le muscle élévateur de l'anus ;

Le centre tendineux du périnée en avant :

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 [57].

2.1.1.1.2-Configuration interne :

Le pecten anal : Il s'agit d'une zone où coexistent les sinus et colonnes anaux et est limité en bas par la ligne ano-cutanée. Cette partie anatomique intermédiaire est constituée d'un revêtement lisse, sec, mâ, puis bleu [53].les colonnes anales de MORGANI sont constituées par des replis semi-circulaires dans lesquels s'ouvre l'orifice des cryptes anales. Elles sont au nombre de 5 à 8, longues de 1cm et épaisses de 1 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 [56].

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 : Elle est prolongée par la zone cutanée du périnée. Elle est parfois pigmentée, riche en poils et en glandes sébacées. Certains auteurs [50] disent que le canal anal est divisé en deux étages par la ligne pectinée. Celle-ci est formée par le bord libre des valvules anales semi circulaires qui limitent avec la paroi anale, les cryptes anales de MORGANI.

* l'étage sus-pectinéal : Il est occupé par des replis pyramidaux verticaux appelés colonnes de MORGANI. Dans cette zone, dans la sous muqueuse, se trouve le plexus hémorroïdaire interne donnant l'aspect rouge sombre à cette zone.

* l'étage sous-pectinéal : Il comprend le pecten qui est de couleur gris bleutée.

2.1.1.1.3- Appareil sphinctérien :

Il comprend un certain nombre de muscles qui sont :

2.1.1.1.3.1- le muscle sphincter ani internus : correspond au sphincter interne

C'est un muscle lisse et constitué par l'épaississement de la couche circulaire de la musculature rectale. Sa partie inférieure est entourée par le sphincter externe [54].Il est constitué de fibres musculaires lisses ; son innervation est neurovégétative échappant donc au contrôle volontaire.

2.1.1.1.3.2-le sphincter externe ou muscle ani externus :

Ce muscle s'insère en avant sur le centre tendineux du périnée et en arrière sur le ligament ano coccygien .C'est un muscle strié et se dissocie en deux faisceaux [22].

- Le faisceau sous-cutané : 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 : c'est un muscle circulaire comme le faisceau sous cutané [50 ; 56] haut de 1cm .Il joue un rôle important dans la continence anale de même que la défécation.

2.1.1.1.3.3-le muscle releveur de l'anus : levator ani

Il est pair et constitué de :

- Un 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.
- Un faisceau profond : c'est un muscle circulaire, d'un cm de hauteur, comme le faisceau sous cutané [50 ; 56]. Il joue un rôle important dans la continence anale de même que la défécation.

2.1.1.1.3.4- le muscle releveur de l'anus : ou muscle levator ani. C'est le principal muscle du diaphragme pelvien. Il s'agit d'un muscle strié [59], pair et est 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 rétro 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- rectale : 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 [54].

2.1.1.1.3.5- Le muscle corrugateur de la marge anale : il est constitué par les fibres moyennes de la couche longitudinale de la musculature pariétale du rectum. Ces fibres traversent les trois faisceaux du sphincter strié et s'étalent à la face

profonde de la peau de la marge de l'anus sous le nom de muscle corrugator cutis ani ; ce véritable muscle peaucier « frippe » la peau et module le pet [59] ;

2.1.1.1.3.6- 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 : 3 Heures, 7 Heures, 11 Heures où elles sont palpables. Elles forment un réseau capillaire dans le corps caverneux.

Le muscle canalis ani : ce muscle naît du sphincter ani internus sous forme d'écran 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.

2.1.1.1.3.7 - La couche longitudinale complexe :

Du fait de l'origine diverse des éléments qui la constituent elle est dénommée couche complexe. Si la plupart des auteurs s'accordent à lui reconnaître approximativement les mêmes origines, il n'en est pas de même pour ses terminaisons.

Pour MILLIGAN et MORGAN (in 1027), description la plus couramment admise, les fibres lisses qui la composent viennent 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. 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 divisées en faisceau secondaire 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 cutanés 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 [49 ; 50].

2.1.1.1.4 - Espaces cellulux péri anaux :

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

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

2.1.1.1.4.2 - L'espace péréal sous cutané : est situé dans le 1/3 inférieur du canal 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.

2.1.1.1.4.3 - 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 de muscle obturateur et de son fascia. Sa paroi médiane, oblique en bas et en dedans, est constituée par le muscle élévateur 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 [53]. 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 rétro anal inférieur [50].

2.1.1.1.4.4 - L'espace postérieur du rectum de COURTNEIX :

Est normalement virtuel situé latéralement et en arrière entre les plans supérieur et inférieur du releveur.

2.1.1.1.4.5 - 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.

2.1.1.1.5 - Vascularisation du Canal anal :

2.1.1.1.5.1 - Artères : elles sont composées de 3 pédicules principaux :

- Artère rectale supérieure :

Branche terminale de l'artère mésentérique inférieure, c'est l'artère du canal anal et le plus souvent de l'anus. Elle donne des branches destinées à la muqueuse et à la sous muqueuse. Ses branches perforent la paroi rectale à 8 cm de la marge avant d'atteindre la sous muqueuse. Ces branches sont constamment retrouvées au point suivants : 3 Heures, 7 Heures, 11 Heures où elles peuvent être palpées. Elles se jettent au niveau de la ligne pectinée.

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

- Artère sacrale médiale : elle participe accessoirement à cet apport artériel. Elle naît de l'aorte (au dessus de la bifurcation) et se jette dans le corps coccygien [53].

2.1.1.1.5.2 -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 [58].

2.1.1.1.5.3 - 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 [58].

2.1.1.1.6 -Innervation du canal anal [55] :

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.

2.1.1.1.6.1 - Les nerfs Somatiques [55] :

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 posteriori) traversant parfois le ligament sacro coccygien issus de S5 et CX (nerf anococcygeus) décrit par MORESTIN et prennent en charge la région rétro anale. Sur une coupe sagittale médiane du petit bassin le nerf du muscle levator ainsi issu de S3 principalement aborde le muscle par sa face pelvienne.

Le plexus pudental, issu de S3 et S4, sort temporairement de la cavité pelvienne par la portion sous pyramidale de la grande échancrure sciatique, sous le ligament sacro épineux au dessus de l'obturateur interne.

Le nerf pudental chemine ensuite dans le repli falciforme du grand ligament sacrotuberositaire (canal d'Alcock) qu'il peut parfois perforer.

2.1.1.1.6.2 - Les Nerfs splanchniques : végétatifs, ils sont issus du plexus hypogastrique inférieur (plexus hypogastricus plevinus) où confluent les afférentes orthosympathiques venues par les chaînes latérales vertébrales lombaires et sacrées et les afférentes parasymphatiques issues des centres intra- axiaux médullaires sacrés S2 S3 S4 venues par les nerfs érecteurs d'Eckhardt (nerf erigentes).

2.1.1.1.6.3 - Les voies et centres nerveux médullaires [55] :

-sous l'angle des sensibilités

La sensibilité somatique extéroceptive permet la discrimination de la nature du contenu recto anale, 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 viscérosceptives, 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, la contraction du sphincter strié et celle du muscle levator ani, contraction qui ne dure plus qu'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.

2.1.1.1.6.4 - Les centres supérieurs :

Ils siègent au niveau du tronc cérébral où la rétículo 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'une ramollissement cérébral va perdre.

2.1.1.2 - Anatomie microscopique :

- La zone de transition : est comprise entre la ligne ano-rectale et la ligne pectinée. Cette transition s'effectue soit brusquement soit 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 [56]. De caractère paramalpighien, cet épithélium de transition est composé de cellules cubiques et de l'épithélium épileptoïde stratifié.

- Le secteur 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 pileuse.

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

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

2.1.1.2.3- Musculeuse :

Elle est constituée par les sphincters interne et externe [53] (Cf appareil sphinctérien).

2.1.1.2.4 - Glandes anales :

-Les glandes de HERMANN et DESFOSES : ce sont des canaux glandulaires, simples et 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 des vestiges des glandes odorifères des mammifères. En effet leur origine est cloacale [49 ; 50].

- 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 [50].

2.1.2 - Anatomie fonctionnelle :

Le muscle sphincter anal interne aganglionnaire et lisse ferme l'anus en laissant un orifice de 8 à 10 mm de diamètre. Cet orifice sera fermé par le corps caverneux qui se remplit par conséquent de sang. On observe ainsi une fermeture des veines transsphinctériennes. 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 et 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 sphinctérien et pubo rectale. C'est le réflexe ano-rectale. Il ne dure pas longtemps,

mais il permet quand même de bloquer une onde péristaltique. Il assure la continence volontaire. Dans le colon existent des mouvements péristaltiques neuro hormonaux allant d'oral ab-oral. Ces mouvements transportent les selles vers l'anus. Ils sont observés après les repas. C'est le réflexe gastro-colique.

Quand l'ampoule rectale est remplie, les fibres musculaires circulaires se tendent et les fibres longitudinales s'activent.

Il se produit alors une relaxation réflexe du sphincter interne et l'organe de continence est prêt à se vider. La contraction volontaire du sphincter externe complète la vidange. La pression abdominale joue un rôle accessoire dans la vidange. La sensation d'avoir les selles est transmise par les fibres nerveuses sensibles de la muqueuse anale et probablement à travers des récepteurs qui sont au niveau du muscle élévateur et de la paroi rectale.

La discrimination des selles se fait au niveau des cryptes. L'ensemble est commandé par le système volontaire [52].

2.2- PHYSIOPATHOLOGIE :

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

Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation. Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes. Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec risque de saignement élevé.

A la longue le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal.

2.3- RAPPELS CLINIQUES

2.3.1- Epidémiologie

L'incidence de la maladie hémorroïdaire est difficile à préciser mais estimée à 4 % de la population occidentale [61].

50 % des Américains après 50 ans ont une maladie hémorroïdaire [29].

En Angleterre le taux annuel de visite pour cette pathologie est de 1123 pour 100000 habitants [8].

En Afrique en Côte d'Ivoire sur 147 patients présentant une rectorragie les hémorroïdes en présentaient 30,55 %.

2.3.2- Les facteurs favorisants :

Les facteurs favorisant la pathologie hémorroïdaire sont divers mais partagent un dénominateur commun qui est celui de l'augmentation de la pression abdominale : Il s'agit principalement :

- Des troubles du transit (diarrhée et constipation)
- Grossesse et accouchement
- Une posture assise ou debout pendant une longue durée.

Certaines pathologies peuvent être accompagnées par la pathologie hémorroïdaire ; il s'agit notamment de l'hypertrophie de la prostate, tumeur rectale.

Certains auteurs incriminent parfois l'obésité et l'hérédité.

D'autres facteurs sont également cités mais de mécanisme non encore élucidé : La consommation d'épice, l'alcoolisme, le tabagisme.

2.3.3 - Signes fonctionnels: Ce sont les signes qui amènent les patients à consulter mais Le plus souvent les hémorroïdes sont asymptomatiques et peuvent alors être de découverte fortuite lors d'un examen général. Ces signes sont globalement repartis en trois :

- La rectorragie : inquiétant le malade elle est indolore. La rectorragie est variable dans sa fréquence ; En effet on estime que 10 % d'une population adulte présente un saignement par voie anale. Dans 70 à 80 % des cas, ce saignement est dû à des hémorroïdes [47]. Dans une étude, sur 1033 patients atteints de cette pathologie 583 malades présentaient une rectorragie [35]. Le saignement hémorroïdaire est classiquement rythmé par la défécation, fait de sang rutilant, séparé des selles, et s'écoulant le plus souvent tout de suite après la défécation [47 ; 25].
- Les procidences : appelée prolapsus hémorroïdaire, la procidence des hémorroïdes internes est leur extériorisation à la marge anale .Elle peut être perçue comme la

sensation d'une masse lors de la défécation [47].Elles peuvent être permanentes ou intermittentes [25].

- Une gêne anale : La définition de ce symptôme par le malade est variable : Pesanteur, douleur, élancement, brûlure sont autant de types de plaintes qu'il faut savoir rattacher aux hémorroïdes en dehors de toute autre cause [25].

D'autres symptômes sont possibles mais moins spécifiques : écoulement, prurit anal, incontinence [25].

2.3.4-Signes physiques :

Permettent de poser le diagnostic de la maladie hémorroïdaire avec d'autres pathologies car beaucoup de patients viennent en suggérant le diagnostic et cela pour l'imaginaire populaire tout symptôme anal est nécessairement hémorroïdaire [32 ; 38 ; 47].Le malade est examiné en position genu- pectorale.

- A l'inspection : Après un bon éclairage on recherchera une ou plusieurs prociences (s), souvent les 3 classiques (3 heures, 7 heures, 11 heures), des hémorroïdes externes, une ou plusieurs marisques et une autre lésion associée (fissure, fistule, abcès).

- Toucher rectal : apprécie la tonicité du sphincter, l'état de la prostate, la présence éventuelle d' une masse rectale.

A l'issu de l'examen clinique, il est possible de grader la maladie hémorroïdaire [47].

Classification des hémorroïdes : voire tableau I

Tableau I : Classification de la maladie hémorroïdaire

Grade	Signes cliniques
I	Hémorroïdes visibles uniquement à l'anuscopie, bombant à la poussée, non prolabées.
II	Hémorroïdes se prolabant à la marge lors des efforts de poussées mais se réintégrant dès l'arrêt de la poussée.
III	Prolapsus lors de la défécation, voire d'un effort, et nécessitant une réintégration manuelle.
IV	Prolapsus irréductible ou se produisant immédiatement après la réduction manuelle.

2.3.5- Examen complémentaire :

Il s'agit de l'anorectoscopie qui est systématique et peut suffire pour confirmer le diagnostic de la maladie hémorroïdaire [25 ; 5]. Il est impératif de faire une coloscopie totale chez le sujet âgé ou le sujet avec risque de cancer colo-rectal [25].

3.5- Evolution : La pathologie hémorroïdaire peut évoluer vers :

3.5.1- la crise hémorroïdaire : La maladie hémorroïdaire est une maladie bénigne, volontiers chronique. Les symptômes sont intermittents mais récidivants. L'évolution de la crise est très variable d'un patient à l'autre, et très fluctuante chez un même sujet. Il est habituel d'observer de périodes asymptomatiques ou peu symptomatiques, et de périodes aiguës que le patient qualifie lui-même comme des crises [47].

3.5.2- Thrombose hémorroïdaire : Il s'agit d'une urgence. Elle peut être interne ou externe et se manifeste par une douleur anale d'installation brutale avec apparition d'une masse bleuâtre dure et douloureuse à la palpation. Son évolution sans traitement se fait vers la rétrocession (avec ou sans ulcération de la peau par où le caillot peut s'énucléer), laissant parfois un reliquat cutané, la marisque [25].

2.3.7-Diagnostic positif : est confirmé par l'interrogatoire, l'examen clinique du malade et l'anorectoscopie.

2.3.8-Diagnostic différentiel : On peut discuter devant :

- Une rectorragie : Les cancers recto-sigmoïdiens.
- Une procidence : le prolapsus rectal qui 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 en cas de la maladie hémorroïdaire.
- Douleur anale : La fissure anale se manifeste par une douleur anale à trois rythmes (douleur anale au cours des selles – soulagement - douleur). L'examen de l'anus permet de voir la fissure [25].

2.4-TRAITEMENT :

Selon le stade de la maladie il peut être médical ou instrumental ou chirurgical.

2.4.1- Traitement médical : le traitement médical de la maladie hémorroïdaire est destiné à supprimer les symptômes qui sont en rapport avec les hémorroïdes. Il doit reposer sur un diagnostic basé sur l'interrogatoire et un examen clinique.

L'élément le plus important du traitement médical est la régularisation du transit. En effet la prescription d'un mucilage et ou l'augmentation de la ration alimentaire en

fibres est conseillée pour le traitement en moyen terme des symptômes de la maladie hémorroïdaire interne et pour leur prévention. Pour les hémorroïdes interne et externe il est recommandé de prendre en charge les troubles du transit [31].

Les veinotoniques (diosmines micronisées à forte dose, Troxérutine, dérivés du Ginkgo biloba) peuvent être utilisés en cure courte dans le traitement des manifestations de la maladie hémorroïdaire interne [31]. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont efficaces sur la douleur de la thrombose hémorroïdaire, et peuvent être prescrits en association avec les laxatifs (osmotiques, mucilage, lubrifiants) [31].

Chez la femme enceinte ou allaitante il est conseillé de corriger les troubles du transit, de donner les antalgiques autorisés, les veinotoniques (diosmine) [31].

2.4.2- Le traitement instrumental [31] : Il s'agit essentiellement de : Injection sclérosante, la photo coagulation infra rouge et la ligature élastique. Il s'adresse aux hémorroïdes internes en cas de rectorragie ou de prolapsus. Son principe commun consiste à provoquer une fibrose cicatricielle qui fixe la muqueuse au plan profond et réduit la vascularisation. Les thromboses hémorroïdaires constituent une contre indication [31].

4.3- Le traitement chirurgical : Est indiqué en cas des hémorroïdes prolabées irréductibles stade 4[31]. Les techniques sont nombreuses :

4.3.1- Résection pédiculaire : Le principe est de disséquer les paquets hémorroïdaires selon la disposition des 3 axes artériels. Une ligature est effectuée à la partie haute du paquet hémorroïdaire, puis le paquet est réséqué. Les plaies et les ponts cutanéomuqueux sont l'objet de traitements variés selon les écoles.

4.3.1.1- Plaies laissées ouvertes : La principale des techniques est celle de MILLIGAN et MORGAN.

4.3.1.2- Plaies semi-fermées : Technique de PARKS. Après résection pédiculaire la plaie est fermée dans la zone muqueuse, laissant un drainage externe au niveau cutané.

4.3.1.3- Plaies fermées : Il s'agit essentiellement de la technique de Ferguson dont le principe est de suturer la totalité des plaies muqueuses et cutanées après ligature.

4.3.2- La résection circulaire : Son principe est de réaliser une hémorroïdectomie totale circulaire avec ligature des pédicules vasculaires. Il existe des variantes aux plaies fermées et semi-fermées.

4.2.3-Gestes portant sur le sphincter interne : Son principe est d'agir sur le sphincter interne et sur l'hypertonie, responsable selon certains auteurs de la maladie hémorroïdaire. Il peut s'agir de dilatation manuelle ou instrumentale.

4.2.4-Autres technique :

4.2.4.1 L' Anopexie : Il s'agit de la technique de LONGO

Son principe est l'exérèse d'une colorette circulaire de muqueuse rectale qui permet de corriger le prolapsus muco- hémorroïdaire sans réaliser d'hémorroïdectomie [31].

METHODOLOGIE

3-METHODOLOGIE

3.1-Type et durée d'étude :

Ce travail est une étude rétrospective et prospective réalisée dans le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Gabriel Touré .Elle a concerné les hémorroïdes du mois de mars 1999 au mois de février 2006.

3.2-Cadre d'étude :

➤ **Situation géographique de l'Hôpital Gabriel Touré:**

Situé en commune III, l'Hôpital Gabriel Touré est le plus central des hôpitaux de Bamako, il fût érigé en hôpital et baptisé « Gabriel Touré »le17 janvier 1959 à la mémoire d'un jeune médecin soudanais (Burkina Faso) contaminé par un malade lors d'une épidémie de peste survenue à Bamako et mort le 12 juin 1934. Il faisait partie de la jeune génération des premiers médecins africains.

L'HGT est actuellement l'un des derniers recours pour la population du district de Bamako.

La capacité d'accueil de l'hôpital Gabriel Touré est de 400 lits pour un effectif de 540 agents. Il comprend les services techniques suivants : la pédiatrie, la médecine (Gastro-entérologie, cardiologie, diabétologie, dermatologie et médecine interne), la gynéco obstétrique,la chirurgie générale,la chirurgie pédiatrique,l'urologie,la traumatologie orthopédie,l'oto-rhino laryngologie(ORL),le service de l'anesthésie et de la réanimation, les urgences chirurgicales, l'imagerie médicale,le laboratoire d'analyses médicales,la pharmacie hospitalière,la morgue,le service social et la maintenance.[13]

➤ **Les locaux :**

Service de chirurgie Générale :

C'est un service qui comporte 30 lits d'hospitalisation, des bureaux et une salle de soins. Le bloc opératoire au rez de chaussée comprend trois (3) salles que le service partage avec la chirurgie pédiatrique, la chirurgie traumatologique et orthopédique, et le service d'urologie.

➤ **Le personnel :**

Il est constitué de quatre (4) chirurgiens dont un professeur agrégé en chirurgie digestive qui est le chef de service et dix (10) infirmiers.

Le service comprend aussi quatre (4) techniciens de surface, des étudiants de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie en année de thèse et des stagiaires de cette faculté, des stagiaires de l'école secondaire de santé, de

l'école des infirmiers du premier cycle (E.I.P.C) et des médecins inscrits au certificat d'étude spécialisé (C.E.S) de chirurgie générale.

Les activités du service:

Les consultations externes ont lieu du lundi au jeudi. Les interventions chirurgicales sont effectuées du lundi au jeudi ;

Les hospitalisations se font tous les jours ;

Le staff de service se fait chaque jour à partir de 7 heures 45 minutes.

La visite est quotidienne ;

Le programme opératoire et la lecture des dossiers se font tous les jeudi à 14 heures.

La visite dirigée par le chef de service ainsi que le staff hebdomadaire des services de chirurgie ont lieu tous les vendredi matin.

3.3- Les patients :

Tous les patients ont été recrutés dans le service de chirurgie générale. Un questionnaire préétabli a permis de recueillir tous les renseignements nécessaires pour chaque patient.

3.3.1- Critère d'inclusion :

Tous les malades ayant consulté dans le service de chirurgie générale pour hémorroïde ou thrombose hémorroïdaire.

Les malades ayant une pathologie hémorroïdaire en association avec une fistule et ou une fissure anale(s)

3.3.2-Critère de non inclusion :

Tous les malades ayant une pathologie anale autre que les hémorroïdes

3.4- Méthode

Tous les malades recrutés ont bénéficié de :

3.4.1-Un interrogatoire:

Cet interrogatoire est établi à partir des variables portant sur les données sociodémographiques (nom et prénom du malade, âge, lieu d'origine, nationalité, sexe, situation matrimoniale), la raison pour laquelle le malade a consulté, l'anamnèse ; l'histoire de la maladie qui précise en cas de :

Douleur anale : son mode d'installation, facteur(s) déclenchant(s), aggravant(s), améliorant(s), sa survenue par rapport aux selles, type, son intensité, sa durée, son irradiation, les signes associés, son évolution et la cessation .

Rectorragie : son rapport avec la selle, la quantité, son mode d'apparition, son aspect, et le mode d'arrêt.

Prolapsus hémorroïdaire : la durée du prolapsus, le mode d'apparition, temps de procidence, réduction du prolapsus, signe(s) d'accompagnement.

Nous avons cherché également les antécédents du malade notamment médicaux (l'hypertension artérielle et portale, l'asthme, le diabète, la bilharziose), chirurgicaux et gynéco obstétricaux s'il s'agit d'une femme.

L'interrogatoire recherchait les habitudes alimentaires (les épices, la consommation d'alcool, céréales, légumes, fruits, poissons, viande, tubercules, tabac, thé) et les facteurs de risque pouvant entraîner la maladie hémorroïdaire.

L'interrogatoire précisait les suites opératoires donc effectué avant et après traitement .Les variables sont colligées sur un questionnaire pré-établi (Voir annexes).

3.4.2-Examen physique :

Inspection de la marge anale avant et après traitement : Nous l'avons pratiqué le malade étant en position genu -pectorale. A l'inspection, mains gantées, en écartant bien les fesses du malade nous avons cherché une anomalie de surface : ulcération, tuméfaction, orifice, écoulement anormal. Nous avons par la suite examiné les organes génitaux externes : la verge, la bourse.

Le toucher : comporte trois temps (externe, anal et rectal).L'index ganté et imprégné d'un gel lubrifiant hydrosoluble, palpe la région péri anale en quête d'une induration, d'un écoulement déclenché par pression du doigt. Ce qui nous permettait d'amadouer le sphincter qui va être plus facilement franchi lors de la pénétration du doigt dans le canal anal.

Nous avons apprécié d'une part la tonicité de l'appareil sphinctérien et d'autre part l'existence de petites saillies éventuelles pouvant correspondre à une thrombose hémorroïdaire interne. En fin nous avons exploré le rectum et la prostate.

3.4.3-Examens complémentaires

4.3.1-Anorectoscopie : est systématique chez tous les malades hormis les cas des thromboses hémorroïdaires venus en urgence.

4.3.2-Biologie :

Le bilan demandé a été le bilan pré opératoire standard à savoir la numération formule sanguine, le groupage rhésus, le taux de prothrombine, le temps de céphaline activée, la glycémie, l'azotémie. Ceux ci sont couplés à une consultation pré anesthésique.

En urgence le bilan demandé est la numération formule sanguine et le groupage rhésus.

3.4.4-Traitement : Le traitement était médical et ou chirurgical

3.4.4.1- Traitement médical : Il portait sur les mesures hygièno diététiques et médicamenteuses.

3.4.4.1.1- Mesures hygièno diététiques : Le principe est d'éviter les troubles du transit notamment la constipation par :

- Une alimentation riche en fibres
- le conseil au malade de boire assez d'eau
- La pratique du sport

3.4.4.1.2- Médicaments :

Nous avons utilisé principalement 3 classes de médicaments

- Les régulateurs du transit notamment l'huile de paraffine
- Les veinotoniques : Les plus couramment utilisés étaient : Flavonoïde (Daflon*), Carraghénate dioxyde de titane (Titanoreine pommade *)
- Antiseptique en bain de siège : L'antiseptique le plus utilisé était la chlorexidine (Cytéal*)

D'autres produits étaient parfois utilisés comme traitement d'appoint : Il s'agissait des antalgiques, antiinflammatoires.

3.3.4.4.1.3-Traitement chirurgical : Trois principales techniques ont été réalisées

- Hémorroïdectomie selon la technique de MILLIGAN MORGAN : C'est la technique la plus largement réalisée au service.

Description de la technique de MILLIGAN MORGAN [65] :

- Trois pinces de Kocher sont placées sur la peau de la marge anale en latéral gauche, postérieur droit et antérieur droit.
- Trois pinces de Kelly sont placées au niveau de la ligne pectinée selon les mêmes axes.
- Trois autres pinces saisissent les hémorroïdes internes toujours dans les mêmes axes.
- Dissection aux ciseaux du paquet hémorroïdaire latéral gauche.
- Section du ligament de Parks ouvrant l'accès à l'espace sous-muqueux.
- Ligature haute du paquet hémorroïdaire par un point de Meunier avec un fil résorbable.
- Dissection du paquet hémorroïdaire postérieur droit

- Fin de l'intervention montrant les trois plaies d'hémorroïdectomie laissées ouvertes. Ablation d'une logette hémorroïdaire sous le pont cutanéomuqueux antérieur droit.

- L'hémorroïdectomie simple

- La thrombectomie en cas de thrombose hémorroïdaire.

5-Les supports : Les données ont été saisies sur le logiciel world et analysées sur logiciel Epi-info (6.0) et les tests de student et de chi2 ont été utilisés.

Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

6-Suivi des patients : Les malades, pour leur suivi, venaient en consultation après l'intervention chirurgicale. Certains d'entre eux étaient contactés au téléphone.

RÉSULTATS

4- RÉSULTATS

4.1- Fréquence des hémorroïdes

En sept (7) ans, de mars 1999 au mois de février 2006, le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré a effectué :

- 148696 consultations générales soit 21242 consultations par an.

Les hémorroïdes ont représenté 1 pour 1000 de l'ensemble des consultations générales.

- 3396 interventions parmi lesquelles 3,12% ont porté sur les hémorroïdes.

- 9875 hospitalisations dont 1,07% en rapport avec la pathologie hémorroïdaire.

4.2-Résultats sociodémographiques :

4.2.1-l'âge

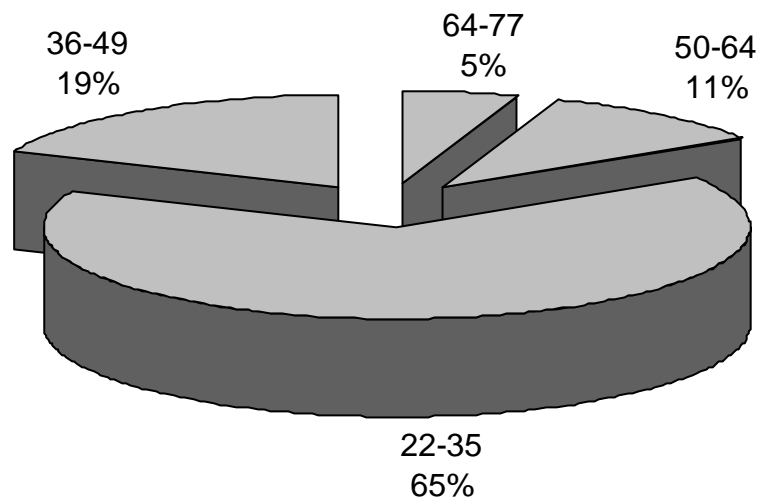
Tableau II: Répartition des malades selon l'âge

Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentages
64-77 ans	8	5,3
50-64 ans	16	10,7
22-35 ans	98	65,3
36-49 ans	28	18,7
Total	150	100

Moyenne d'âge : 36,3 ans

Extrêmes : 22 ans -77 ans

Ecart type : 8,3

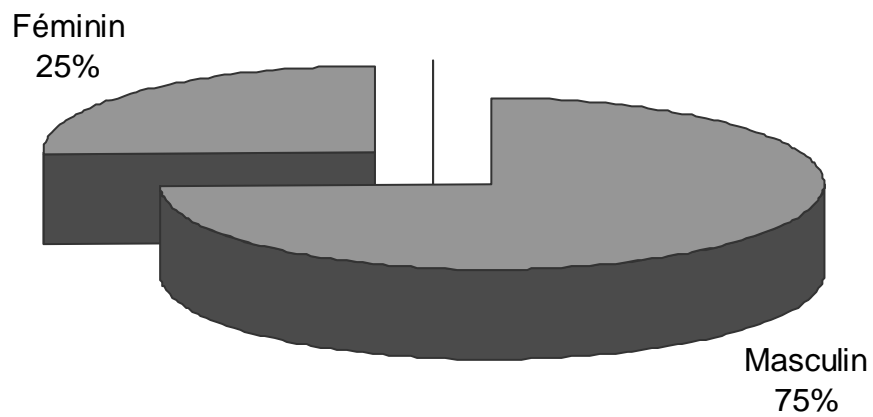


4.2.2- le sexe

Tableau III: Répartition des malades selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentages
Masculin	112	74,7
Féminin	38	25,3
Total	150	100

Sex ratio : 2,95



4.2.3- lieu d'origine

Tableau IV : Répartition des malades selon le lieu d'origine

Provenance	Effectifs	Pourcentages
Kidal	1	0,7
Mopti	3	2
Autre	5	3,3
Kayes	7	4,7
Gao	8	5,3
Ségou	9	6
Koulikoro	13	8,7
Sikasso	16	10,7
Bamako	88	58,6
Total	150	100

Autres : Cameroun = 2 Côte d'Ivoire = 2 Guinée = 1

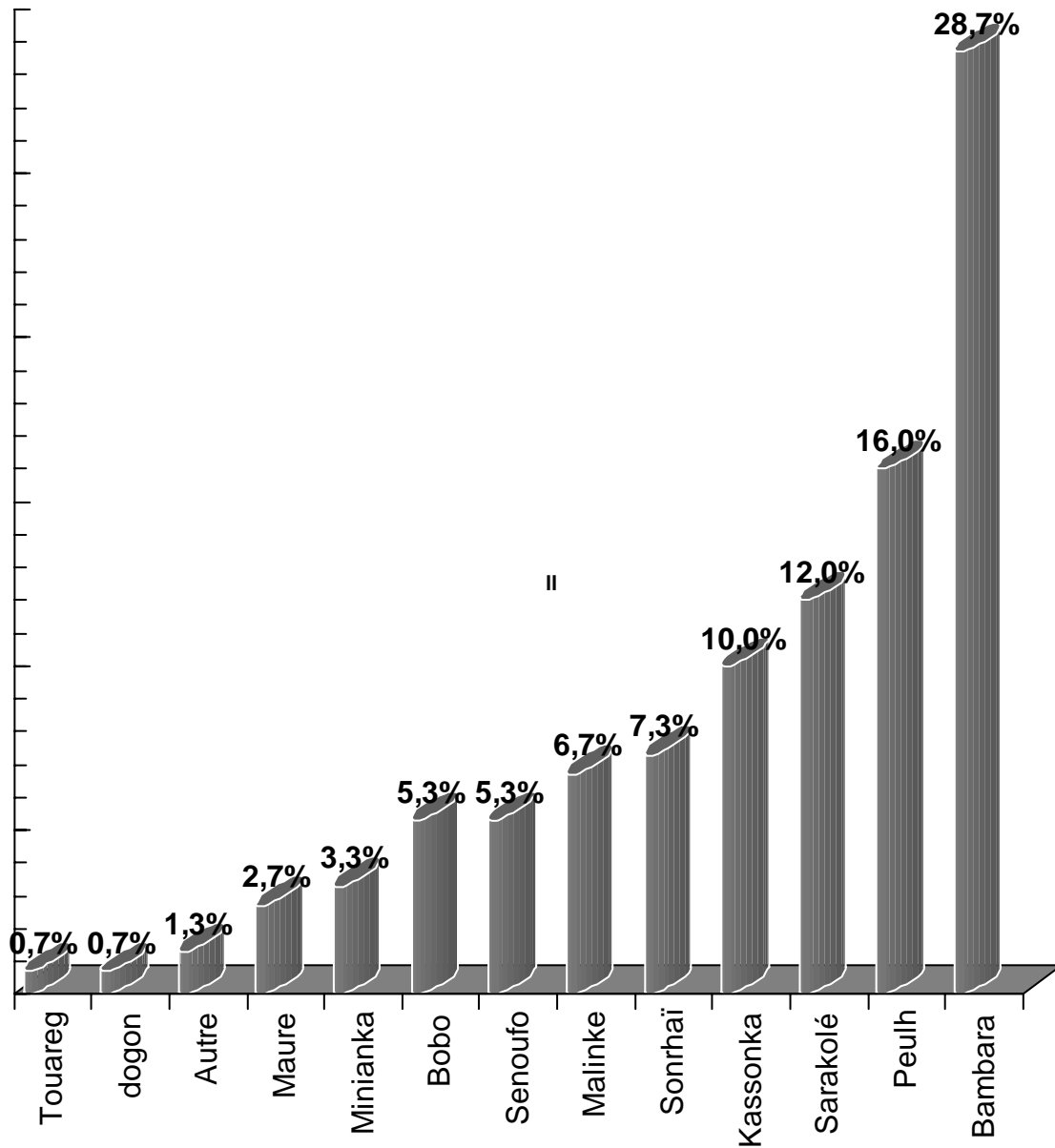
4.2.4- la nationalité

Tableau VI : Répartition des malades selon la nationalité

Nationalité	Effectifs	Pourcentages
Guinéenne	1	0,7
Ivoirienne	2	1,3
Camerounaise	2	1,3
Maliennne	145	96,7
Total	150	100

4.2.5- l'ethnie

Tableau V: Répartition des malades selon l'ethnie



Autres : les deux (2) malades étaient de nationalité Camerounaise

4.2.6- Statut matrimonial

Tableau VI: Répartition des malades selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentages
Veuf (ves)	1	0,7
Célibataire	50	33,3
Marié (es)	99	66
Total	150	100

4.2.7- Principale activité

Tableau VII: Répartition des malades selon la principale activité

Principale activité	Effectifs	Pourcentages
Paysan	4	2,7
Ménagère	6	4
Manoeuvre	8	5,3
Sans profession	11	7,4
Cadre moyen	20	13,3
Cadre supérieur	29	19,3
Scolaire (élève, étudiant)	35	23,3
Militaire	37	24,7
Total	150	100

4.2.8- Position de travail

Tableau VIII: Répartition des malades selon la position de travail

Position de travail	Effectifs	Pourcentages
Assise	40	26,7
Débout	50	33,3
Assise et debout	60	40
Total	150	150

4.2.9- Facteurs favorisants

Tableau IX : Répartition des malades selon les facteurs favorisants

Facteurs favorisants	Effectifs	Pourcentages
Constipation	140/150	93,3
Trouble du transit	120/150	80
Diarrhée	50/150	33,3
Hypertrophie de la prostate	19/150	12,6
Grossesse	4/150	2,6

Nous n'avons pas noté de malade présentant l'ensemble de ces facteurs favorisants

4.2.10- Mode de recrutement

Tableau X: Répartition des malades selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectifs	Pourcentages
Urgences	30	20
Consultation ordinaire	120	80
Total	150	100

4.2.11- Référence au service

Tableau XI: Répartition des malades selon la référence au service

Référence au service	Effectifs	Pourcentages
Interne	7	4,7
Infirmiers	20	13,3
Venu de lui-même	51	34
Médecin	72	48
Total	150	100

4.3- Aspect clinique

4.3.1- Motif de consultation

Tableau XII: Répartition des malades selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentages
Prolapsus + rectorragie	4	2,7
Rectorragie	10	6,7
Douleur anale	11	7,3
Prolapsus + douleur + rectorragie	12	8
Douleur anale + rectorragie	19	12,7
Prolapsus hémorroïdaire	20	13,3
Hémorroïde	74	49,3
Total	150	100

Nous n'avons pas reçus de malade pour douleur anale associée à une rectorragie

4.3.2- Description de la douleur anale

4.3.2.1-Tableau XIII: Répartition des malades selon la présence d'une douleur anale

Douleur anale	Effectifs	Pourcentages
Présente	116	77,3
Sans douleur	34	22,7
Total	150	100

4.3.2.2- Tableau XIV : Répartition des malades selon le mode d'installation de la douleur

Mode d'installation	Effectifs	Pourcentages
Brutal	41	27,3
Progressif	75	50
Total	116	77,3

4.3.2.3-Tableau XV : Répartition des malades selon les facteurs déclenchant la douleur anale

Facteurs déclenchant la douleur anale	Effectifs	Pourcentages
Période prémenstruelle	1	0,7
Pas de facteur déclenchant	2	1,3
Sport	3	2
Position assise	10	6,7
Position debout	24	16
Trouble du transit (diarrhée, constipation)	76	50,7
Total	106	77,3

4.3.2.4-Douleur anale et selle

Tableau XVI : Répartition des malades selon l'apparition de la douleur anale par rapport aux selles

Douleur par rapport aux selles	Effectifs	Pourcentages
Pendant les selles	16	10,7
Avant les selles	22	14,6
Douleur permanente	37	24,7
Après les selles	41	27,3
total	116	77,3

4.3.2.5-Type de la douleur

Tableau XVII : Répartition des malades selon le type de la douleur

Type de douleur anale	Effectifs	Pourcentages
Tension	10	6,6
Pesanteur	20	13,6
Piqûre	37	24,7
Brûlure	49	32,7
Total	116	77,3

4.3.2.6-Tableau XVIII : Répartition des malades selon l'intensité de la douleur

Intensité de la douleur anale	Effectifs	Pourcentages
Médiane	3	2
Forte	15	10
Faible	19	12,7
Extrême	38	25,3
Modérée	41	27,3
Total	116	77,3

4.3.2.7-Tableau XIX : Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur

Irradiation de la douleur anale	Effectifs	Pourcentages
Pelvienne	10	6,7
Périnéale	12	8
Locale	35	23,3
Aucune irradiation	59	39,3
Total	116	77,3

4.3.2.8-Tableau XX : répartition des malades selon les signes associés à la douleur anale

Signes associés à la douleur anale	Effectifs	Pourcentage
Epreinte	2	1,7
Faux besoin	4	3,4
Aucun signe	8	6,9
Prurit anal	9	7,8
Rectorragie	10	8,6
Ténesme	17	14,7
Diarrhée	21	18,1
Constipation	45	38,8
Total	116	100

34 malades n'ont pas présenté de douleur

4.3.2.9-Tableau XXI : Répartition des malades selon l'évolution de la douleur anale

Evolution de la douleur anale	Effectifs	Pourcentages
Permanente	37	24,7
Intermittente	79	52,7
Total	116	77,3

4.3.2.10-Tableau XXII : Répartition des malades selon la cessation de la douleur anale

Cessation de la douleur anale	Effectifs	Pourcentages
Brutale	10	6,7
Continue	36	24
Progressive	70	46,6
Total	116	77,3

4.3.3-La rectorragie :

4.3.3.1- Présence de la rectorragie

Tableau XXIII : Répartition des malades présentant la rectorragie

Rectorragie	Effectifs	Pourcentages
Présente	45	30
Sans rectorragie	105	70
Total	150	100

4.3.3.2-Rectorragie par rapport aux selles

Tableau XXIV : Répartition des malades présentant une rectorragie par rapport aux selles

Rectorragie par rapport aux selles	Effectifs	Pourcentages
Avant les selles	2	1,3
Au cours des selles	3	2
Après les selles	10	6,7
Arrosant les selles	30	20
Total	45	30

Nous n'avons pas eu de cas de rectorragie en dehors des selles

4.3.3.3-Quantité de la rectorragie

Tableau XXV : Répartition des malades selon la quantité de la rectorragie

Quantité de la rectorragie	Effectifs	Pourcentages
Trace	4	2,7
Peu abondante	6	4
Abondante	35	23,3
Total	45	30

4.3.3.4-Mode de manifestation de la rectorragie

Tableau XXVI : Répartition selon le mode de manifestation de la rectorragie

Mode de manifestation	Effectifs	Pourcentages
Discret striant les selles	3	2
En jet	6	4
Ecoulement en goutte arrosant les selles	36	24
Total	45	30

4.3.3.5-Aspect de la rectorragie

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

Aspect de la rectorragie	Effectifs	Pourcentages
Noir	2	1,3
Caillot	6	4
Rouge	37	24,7
Total	45	30

4.3.3.6-Aspect de la rectorragie

Tableau XXVIII : Répartition des malades selon le mode d'arrêt de la rectorragie

Mode d'arrêt de la rectorragie	Effectifs	Pourcentages
Provoqué	7	4,6
Spontané	38	45,4
Total	150	30

4.4-Prolapsus hémorroïdaire

4.4.1-Présence du prolapsus hémorroïdaire

Tableau XXIX : Répartition des malades ayant un prolapsus hémorroïdaire

Prolapsus hémorroïdaire	Effectifs	Pourcentages
Sans prolapsus	54	36
Présent	96	64
Total	150	100

4.4.2-Durée du prolapsus

Tableau XXX : répartition des malades selon la durée du prolapsus hémorroïdaire

Durée du prolapsus	Effectifs	Pourcentages
Moins de 24 heures	4	2,6
2 jours	6	4
Une semaine	7	4,7
Permanent	79	52,7
Total	96	64

37 malades étaient des prolapsus avec thrombose hémorroïdaire

Nous n'avons pas retrouvé des prolapsus qui ont duré pendant quelques minutes

4.4.3-Mode d'apparition du prolapsus

Tableau XXXI : Répartition des malades selon le mode d'apparition du prolapsus

Mode d'apparition du prolapsus	Effectifs	Pourcentages
Spontané	7	4,7
Après effort	89	59,3
Pas de prolapsus hémorroïdaire	54	36
Total	150	100

4.4.4-Fréquence de la procidence hémorroïdaire

Tableau XXXII : répartition des malades selon la fréquence de la procidence hémorroïdaire

Fréquence	Effectifs	Pourcentages
Fréquente	14	9,4
Peu fréquente	26	17,3
Chronique	56	37,3
Total	96	64

4.4.5-Réduction du prolapsus hémorroïdaire

Tableau XXXIII : Répartition des malades selon le mode de réduction du prolapsus hémorroïdaire

Réduction du prolapsus	Effectifs	Pourcentages
Spontanée	2	1,3
Manuelle	10	6,7
Non réductible	84	56
Total	96	64

4.4.6-Signes d'accompagnement

Tableau XXXIV : Répartition des malades selon les signes d'accompagnement

Signes d'accompagnement	Effectifs	Pourcentages
Aucun	24/150	16
Suintement	22/150	14,7
Irritation péri anale	7/150	4,7
Epreinte	10/150	6,7
Prurit	33/150	22
Suintement+irritation péri anale	17/150	11,3
Suintement+prurit	10/150	6,7
Prurit+irritation péri anale	6/150	4
Epreinte+irritation	12/150	8
Prurit+épreinte	9/150	6

4.5-Les antécédents

4.5.1-Antécédents médicaux

Tableau XXXV : Répartition des malades selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentages
Constipation	116	77,3
Aucun	10	6,7
Tuberculose	6	4
Abcès anal	8	5,4
VIH	4	2,7
Syphilis	1	0,6
Bilharziose	1	0,6
HTA	4	2,7
Total	150	100

4.5.2-Antécédents chirurgicaux

Tableau XXXVI : Répartition des malades selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentages
Anciens opérés	2	1,3
Jamais opérés	148	98,7
Total	150	100

Un malade était opéré d'une hernie inguinale bilatérale

Le deuxième a subi une extraction de balle au niveau du thorax

4.5.3-Antécédents obstétricaux

Tableau XXXVII : Répartition des malades selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Effectifs	Pourcentages
Grossesse du Troisième trimestre	3	7,9
Grossesse du deuxième trimestre	1	2,6
Pas de grossesse	34	89,4
Total	38	100

Nous n'avons pas eu de cas de grossesse du premier trimestre

4.6-Habitude alimentaire

Tableau XXXVIII : Répartition des malades selon l'habitude alimentaire

Habitude alimentaire	Effectifs	Pourcentages
Epice	132/150	88
Viande	125/150	83,3
Thé	100/150	66,6
Poisson	97/150	64,7
Tabac	67/150	44,5
Fruit	49/150	32,7
Légume	30/150	20
Alcool	15/150	10

4.7-Examen physique

4.7.1-Examen général

4.7.1.1-La température corporelle

Tableau XXXIX : Répartition des malades selon la température corporelle

Température corporelle	Effectifs	Pourcentages
Hypothermie	3	2
Température normale	137	91,3
Hyperthermie	10	6,7
Total	150	100

Température corporelle normale : 36,5- 37,5° C

4.7.1.2-Tension artérielle

Tableau XXXX : Répartition des malades selon la tension artérielle

Tension artérielle	Effectifs	Pourcentages
Hypotension	5	3,3
Tension artérielle normale	134	89,4
Hypertension artérielle	11	7,3
Total	150	100

Tension normal : 14/9

4.7.1.3-L'état des conjonctives

Tableau XXXXI : Répartition des malades selon l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectifs	Pourcentages
Colorées	130	86,7
Pâles	20	13,3
Total	150	100

4.7.2-Examen proctologique

4.7.2.1-Marisques hémorroïdaires

Tableau XXXXII : Répartition des malades selon les marisques hémorroïdaires

Marisques hémorroïdaires	Effectifs	Pourcentages
Présent	27	18
Pas de marisque	123	82
Total	150	100

4.7.2.2-Prolapsus hémorroïdaire à l'examen physique

Tableau XXXIII : Répartition des malades selon le prolapsus hémorroïdaire à l'examen physique

Prolapsus hémorroïdaire	Effectifs	Pourcentages
Présence de prolapsus	105	70
Absence de prolapsus	45	30
Total	150	100

4.7.2.3-Orifice fistuleux plus une hémorroïde

Tableau XXXIV : Répartition des malades qui ont un orifice fistuleux plus une hémorroïde

Fistule plus hémorroïde	Effectifs	Pourcentages
Présence	3	2
Absence	147	98
Total	150	100

4.7.2.4-Fissure plus hémorroïde

Tableau XXXV : Répartition des malades présentant de fissure plus hémorroïde

Fissure plus hémorroïde	Effectifs	Pourcentages
Présence	1	0,7
Absence	149	99,3
Total	150	100

4.7.2.5-Siège des paquets hémorroïdaires

Tableau XXXXVI : Répartition des malades selon le siège des paquets hémorroïdaires

Siège des paquets	Effectifs	Pourcentages
3 Heures	7	4,6
Autres associations	10	6,7
11 Heures	13	8,7
7 Heures	15	10
3 Heures + 7 Heures + 11 Heures	105	70
Total	150	100

Autres associations : 6 Heures + 7 Heures

11 Heures + 7 Heures

4.7.2.6-Bourrelets hémorroïdaires internes

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

Bourrelets hémorroïdaires internes	Effectifs	Pourcentages
Présence	105	70
Absence	47	30
Total	150	100

4.7.2.7-Prostate

Tableau XXXXVIII : Répartition des malades selon l'état de la prostate

Etat de la prostate	Effectifs	Pourcentages
Taille normale, consistance dure, homogène	4	3,6
Augmentée de volume	19	17
Taille normale homogène, consistance normale	89	79,4
Total	112	100

4.7.2.8-Toucher rectal hémorragique

Tableau XXXXIX : Répartition des malades selon un TR hémorragique

Toucher rectal hémorragique	Effectifs	Pourcentage
Hémorragique	23	19,2
Non hémorragique	97	80,8
Total	120	100

4.7.2.9-Toucher rectal douloureux

Tableau L : Répartition des malades selon un TR douloureux

TR douloureux	Effectifs	Pourcentages
Douloureux	9	6
Non fait	30	2
Non douloureux	111	74
Total	150	100

Les 37 malades étaient venus dans un tableau de thrombose hémorroïdaire ; nous n'avons pas pu faire le TR à cause de la douleur.

4.8-Diagnostic

4.8.1 Hypothèses diagnostiques

Tableau LI : Répartition des malades selon l'hypothèse diagnostique

Hypothèses diagnostiques	Effectifs	Pourcentages
Hémorroïde interne	45	30
Hémorroïde externe	43	28,6
Thrombose hémorroïdaire	37	24,7
Hémorroïde interne + hémorroïde externe	16	10,7
Hémorroïde + anite	4	2,7
Hémorroïde + Fissure	3	2
Hémorroïde + Fistule	2	1,3
Total	150	100

4.9-Les examens complémentaires

4.9.1-L'anorectoscopie

Tableau LII : Répartition des malades selon le résultat de l'anorectoscopie

Anorectoscopie	Effectifs	Pourcentages
Non faite	37	24,7
Hémorroïdes stade I	8	5,3
Hémorroïde stade III	34	22,7
Hémorroïde stade IV	35	23,3
Hémorroïde stade II	13	8,7
Hémorroïde interne	5	3,3
Hémorroïde + fissure	3	2
Hémorroïde + fistule	2	1,3
Hémorroïde externe	7	4,7
Hémorroïdes interne et externe	6	4
Total	150	100

4.9.2-Glycemie

Tableau LIII : Répartition des malades selon les valeurs de la glycémie

Glycémie	Effectifs	Pourcentages
Normale	109	96,5
Elevée	4	3,5
Total	150	100

Normal : 4,1 – 6,1 mmol/L

Elevée : Supérieur à 6,7 mmol/l

Nous n'avons pas retrouvés de cas d'hypoglycémie

4.9.3-Groupe sanguin

Tableau LIV : Répartition des malades selon le groupe sanguin

Groupe sanguin	Effectifs	Pourcentages
A+	6	4
A-	2	1,3
B+	32	21,3
B-	18	12
AB-	9	6
AB+	10	6,7
O+	67	44,7
O-	6	4
TOTAL	150	100

4.10-Traitement

4.10.1-Traitement médical

Tableau LV: Répartition des malades selon le traitement médical

Traitement médical	Effectifs	Pourcentages
Fait	113	75,3
Non fait	37	24,7
Total	150	100

Les 37 malades qui n'ont pas fait le traitement médical étaient venus en urgence dans un tableau de thrombose hémorroïdaire.

4.10.1.1-Les prescripteurs

Tableau LVI : Répartition des malades selon les prescripteurs

Prescripteurs	Effectifs	Pourcentages
Médecins	74	49,3
Infirmiers	30	20
Qualification inconnue	9	6
Traitement non fait	37	24,7
Total	150	100

4.10.1.2-Les médicaments

Tableau LVII : Répartition des malades selon les médicaments utilisés

Médicaments	Effectifs	Pourcentages
Veinotonique	22	22/150
Antalgique	5	5/150
Veinotonique+antalgique	18	18/150
Veinotonique+régulateur du transit	99	99/150
Régulateur du transit	113	113/150
Laxatif+antalgique	90	90/150

4.10.1.3-Durée du traitement médical

Tableau LVIII : Répartition des malades selon la durée du traitement médical

Durée du traitement	Effectifs	Pourcentages
1 à 5 Jours	9	6
6 à 10 jours	17	11,3
11 à 15 jours	71	47,3
16 à 20 jours	16	10,7
Traitement non fait	37	24,7
Total	150	100

Durée moyenne : 13 jours

Ecart type : 6

Extrêmes : 1 à 20 jours

4.10.2-Traitement chirurgical

4.10.2.1-Technique opératoire

Tableau LIX : Répartition des malades selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectifs	Pourcentages
MILLIGAN-MORGAN	74	49,4
Thromboctemie simple	21	14
Hémorroïdectomie simple	9	6
Hémorroïdectomie+fissurectomie	2	1,3
Sans traitement chirurgical	44	29,3
Total	150	100

4.10.2.2-Durée de l'intervention

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

Durée de l'intervention	Effectifs	Pourcentage
15 à 20 minutes	64	42,7
21 à 30 minutes	38	25,3
31 à 40 minutes	3	2
41 à 45 minutes	1	0,7
Sans traitement chirurgical	44	29,3
Total	150	100

La durée moyenne de l'intervention est de 15,2 minutes

Extrêmes : 15 minutes – 45 minutes

Ecart type : 5

4.10.2.3-Nombre de paquets réséqués

Tableau LXI : Répartition des malades selon le nombre de paquet réséqué

Nombre de paquet réséqué	Effectifs	Pourcentages
1 paquet	12	8
2 paquets	20	13,3
3 paquets	74	49,4
Sans traitement chirurgical	44	29,3
Total	150	100

4.10.2.4-Indications opératoires

Tableau LXII : Répartition des malades selon les indications opératoires

Indications opératoires	Effectifs	Pourcentages
Hémorroïde stade III	25	16,7
Hémorroïde Stade IV	33	22
Thrombose hémorroïdaire	37	24,7
Echec du traitement médical	9	6
Hémorroïde+ fissure	2	1,3
Sans traitement chirurgical	44	29,3
Total	150	

4.10.2.6-Traitement post opératoire

Répartition des malades selon le traitement post opératoire

Tous les malades ont bénéficié des antalgique, antiseptique et régulateur du transit
L'antiseptique était utilisé comme bain de siège.

4.10.2.7-Complications opératoires

4.10.2.7.1-Complications post opératoires immédiates

Tableau LXIII : Répartition des malades selon les complications post opératoires immédiates

Complications	Effectifs	Pourcentages
Hémorragie	3	2
Rétention urinaire	14	9,3
Fièvre	18	12
Aucune complication	71	47,3
Sans traitement chirurgical	44	29,3
Total	150	100

4.10.2.7.2-Le suivi post opératoire jusqu' à 6 mois

Tableau LXIV : Répartition des malades selon le suivi jusqu' à 6 mois

Suivi post opératoire	Effectifs	Pourcentages
Suites simples	96	64
Retard de cicatrisation	9	6
Incontinence anale	2	1,3
Sténose anale	1	0,7
Sans traitement chirurgical	44	29,3
Total	150	100

Taux de mortalité : 0 %

Taux de morbidité : 6,7 %

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

5.1-Méthodologie :

Les études comme la notre connaissent les problèmes suivants :

- Le recueil des données à partir des dossiers réalisés avant (phase rétrospective) a été difficile à cause des problèmes liés à l'archivage des dossiers des malades.
- Les facteurs socio culturels comme la pudeur a influencé certains malades notamment les femmes. Ce qui a rendu difficile leur examen physique.
- Le retard de la prise en charge de certains patients.
- Un problème de suivi de certains patients en post opératoire qui ont des adresses imprécises et jamais retournés après traitement.

5.2- EPIDEMIOLOGIE

5.2.1- La fréquence des hémorroïdes.

La maladie hémorroïdaire est un motif de consultation probablement sous estimé dans notre pays. En effet certains patients ne se présentent pas en consultation pour certaines raisons : pudeur, manque d'information des patients, le passage chez les guérisseurs traditionnels [5].

La prévalence de la maladie hémorroïdaire est difficile à évaluer, elle varie selon les auteurs [44 ; 35] :

Pendant la durée de notre étude nous avons traité 150 malades qui souffraient de la pathologie hémorroïdaire soit une moyenne de 21,4% par an mais c'est une fréquence hospitalière qui ne peut pas traduire l'incidence de cette pathologie dans notre pays.

Approximativement 4 % de la population générale et 50 % des Américains après 50 ans ont une maladie hémorroïdaire [29 ; 44].

En Angleterre le taux annuel de consultations chez les médecins pour cette pathologie est de 1123 pour 100000 habitants [8].Elle varie de 4 à 34 % selon une étude à Londres [45].

5.2.2- Âge :

Tableau LXVI : Répartition de l'âge moyen selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Agés moyens	Teste statistiques
SAYFAN, Israël, 2001. [14]	500	42 ans	Khi2 :15,72 P : 0,000
CHEW, Australie, 2003 [21]	6739	46,7 ans	Khi2 :12,08 P : 0,000
KOUADIO, RCI, 2004 [42]	480	35 ans	Khi2 :0,24 P : 0,620
COULIBALY, Mali, 2003 [4]	95	32,8	Khi2 :3 P : 0,083
Notre étude, Mali, 2006.	150	36,3 ans	-

Les hémorroïdes peuvent apparaître à tous les âges. L'âge moyen dans notre série de 36.3 ans ne diffère pas statistiquement de celui retrouvé dans les séries Africaines (32.8 - ans 35 ans) [4 ; 42]. Par contre il est inférieur à celui retrouvé dans les séries Australienne et Israélienne (42 ans – 46,7 ans) [14 ; 21] avec $P < 0.05$. Cet âge jeune chez nos malades pourrait être lié à l'âge jeune de la population en Afrique en général et en particulier au Mali. En effet selon la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) la tranche d'âge entre 35 et 39 ans est la plus représentée dans la pyramide des âges au Mali [10].

5.2. 3- Sexe :

Tableau LXVII: Répartition selon le sexe

Auteurs	Hommes	Femmes	Nombre de cas	Sex ratio	Tests statistiques
PIGO, France 2006, [35].	542	491	1028	1,10	P : 0,79
KH, [2], Singapour, 2006.	1817	1894	3711	0,95	P : 0,00
ALHADRANI [3] Yemen, 2000	373	101	474	3,69	P : 0,16
MOSCA, Italie, 2003 [40].	35	30	65	1,06	P : 0,43
Diallo, Mali, 2003, [66].	122	30	152	4,06	P : 0,08
Notre étude, Mali, 2006	112	38	150	2,94	-

Le sexe n'est pas un facteur de risque. Mais dans plusieurs études le sexe masculin à été le plus représenté [35; 3 ; 40 ; 66]. Mais nous avons retrouvés une étude Asiatique dans laquelle les femmes ont été plus nombreuses que les hommes [2].

5.2.4- Facteurs favorisant

Tableau LXVIII : Répartition des facteurs favorisant selon les auteurs

Auteurs	Constipation		
	Effectif	Pourcentage	Test statistique
PIGOT, France, 2005 [35]	1033	54	P<0,05
BERNAL, Espagne, 2005 [48]	181	27,6	P : 0,08
Chan, 2007, [49]	114	54	P <0,05
Notre étude 2006	150	93,3	-

Les facteurs favorisant la pathologie hémorroïdaire sont nombreux et diverses [35 ; 47] mais ils ont un dénominateur commun qui est l'augmentation de la pression abdominale, laquelle pression ralentirait le reflux sanguin dans la veine rectale supérieure. Les principaux sont : La Grossesse, hypertrophie de la prostate, trouble du transit [31].

D'autres facteurs sont aussi cités : Consommation excessive de café, d'épice, l'alcoolisme chronique, le tabagisme, voire la pratique de certains sports [47].

- Constipation : Dans plusieurs séries [48 ; 49] et comme dans la nôtre la constipation a été l'un des facteurs le plus représenté dans les hémorroïdes.

- Grossesse : L'incidence des hémorroïdes est variable au cours de la grossesse [61]. Nous avons eu 4 cas de grossesse soit 10,5 % et ce taux semble faible si nous savons que la symptomatologie de la maladie hémorroïdaire est exacerbée au cours de la grossesse [38]. Le mode de recrutement pourrait expliquer cette différence.

- Contrairement à d'autres [35] certains auteurs considèrent que les facteurs socio professionnels influent la maladie hémorroïdaire. La position debout ou assise pendant l'exercice de leur fonction serait à l'origine d'une tension prolongée empêchant ainsi un retour veineux adéquat [16]. Cette attitude a été retrouvée chez les 35 militaires dans notre étude soit 24,7%.

5.2.5-Les signes fonctionnels :

Tableau LXIX: Répartition des principaux signes fonctionnels de la pathologie hémorroïdaire selon les auteurs.

Signes Auteurs	Douleur		Rectorragie		Prurit		Nombre De cas
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
MARIKO Mali [5]	130	49,4	111	42,2	12	4,6	152
Gupta Inde [29]	942	37,6	1522	96,2	438	18,4	2376
PIGOT France [35]	637	62	584	56	213	21	1033
Pravin Inde [41]	933	57	1592	96	464	28	1650
NOTRE ETUDE	116	77,3	45	30	9	7,76	150

-La douleur a été retrouvée chez nos malades à un taux élevé (77,3%) comme chez les malades d'autres séries (37,6 % à 62 %) [29 ; 5 ; 41; 35]. Selon ces mêmes auteurs la douleur anale ne porte pas sur la douleur proprement dite mais aux manifestations associées comme les tiraillements, la sensation de gêne, l'inconfort anal, ainsi que les poussées inflammatoires hémorroïdaires, les micros thrombus ou une autre cause associée (fissure anale cachée, cryptite).

Dans une étude la douleur anale au sens étiopathogénique ne fait pas parti des signes fonctionnels de la maladie hémorroïdaire [26].

-La rectorragie apparaît avec ou après les selles et est d'intensité variable [30], sa fréquence augmente avec la taille et l'inflammation des paquets hémorroïdaires [26].

Le taux de survenue de la rectorragie dans notre étude (30%) soit 45 patients est statistiquement inférieur à celui retrouvé dans les deux études indiennes avec 96.2% [29] et 96 % [41] P : 0,000. Cette différence peut être liée à la différence de taille de l'échantillon.

-Le prurit est lié à la présence des substances ammoniacales dans les selles [30] et à un eczéma au cours de l'évolution de la maladie hémorroïdaire [26]. Il est parfois attribué à l'irritation secondaire à la proci-dence hémorroïdaire [31].

L'incidence de prurit chez nos malades (6 %) soit 9 malades ainsi que celle rapportée par MARIKO [5] est inférieure à celles retrouvées dans les séries Européennes (21%) [35] et Indiennes avec 18.4% [29] et 28 % [41].

Cette différence peut être en rapport avec un facteur socio- culturel est l'utilisation de l'eau dans l'hygiène anale dans notre société à prédominance musulmane à la place de papiers hygiéniques en Europe.

5.2.6- Les signes physiques :

5.2.6.1-le siège des paquets hémorroïdaires:

C'est classique d'avoir des paquets hémorroïdaires à 3 heures, 7 heures et 11 heures [14 ; 31] .Il s'agit des 3 branches de l'artère rectale supérieure, qui peuvent se prolaber à ce niveau ; Ce qui explique que plus de la moitié (70 %) de nos malades présentaient les paquets hémorroïdaires à 3 heures, 7 heures et 11 heures.

5.2.6.2- Le toucher rectal :

Tableau LXX: Tonicité du sphincter anal selon les auteurs

Auteurs	Tonus en mmhg de base		Tonus après contracture maximale		Tonus après opération
	témoins	malades	témoins	malades	
Alper [34]	73	108	-	-	103
Lin [32]	74,4	84,5	-	-	63,7
Chen [36]	71,2	85,3	132,9	158	-

L'hypertonie du sphincter est responsable selon certains auteurs de la maladie hémorroïdaire [31]. En effet la pression au niveau du sphincter anal est supérieure à

la normale chez les patients atteints d'hémorroïde [34 ; 32 ; 36]. Elle est réduite après l'intervention chirurgicale quelle que soit la technique [34 ; 32].

Nous avons observé une tonicité importante sphinctérienne chez tous nos malades. Ne disposant pas d'un manomètre, cette hypertonie n'a pas pu être évaluée.

5.2.6.3-La classification des hémorroïdes :

Tableau LXXI : Répartition des stades de la maladie selon les auteurs.

AUTEUES	Stade 1		Stade 2		Stade 3+4	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
PIGOT, France, [23]	-	-	-	-	70	94
ROSA, Italie, [22]	121	19	7	1	512	80
MARIKO, Mali, [5]	12	16	19	25,3	44	58,7
NOTRE ETUDE Mali	2	1,3	10	32,7	94	62,7

Comme dans la série de MARIKO [5] plus de la moitié de nos patients (62,7%) ont consulté aux stades 3 et 4]. Notre résultat est comparable statistiquement à ceux des séries européennes où PIGOT [23] et ROSA [22] ont rapporté respectivement 80% et 94% $P < 0,05$.

5.2.7- Le traitement_:

5.2.7.1- Traitement médical : Il est classique de faire un traitement médical chez les malades ayant des hémorroïdes aux stades I et II [31]. Il a porté sur 113 malades soit 75,3 % de notre échantillon. Nous estimons avec d'autres auteurs [31 ; 16] que la régularisation du transit représente l'élément le plus important du traitement de la pathologie hémorroïdaire. Le même auteur [16] a retrouvé une amélioration de la symptomatologie dans 47 % après la régularisation du transit et un arrêt de la rectorragie dans 50 %.

En outre d'autres médicaments ont été utilisés dans le service comme traitement d'appoint notamment ceux améliorant la circulation veineuse (Ginkor, Veinobiase, Cyclo-3 for, Daflon), les anti- inflammatoires locaux (en pommade) et les antalgiques.

5.2.7.2- Traitement chirurgical :

5.2.7.2.1-La technique opératoire :

La technique de MILLIGAN MORGAN était la technique la plus réalisée au service. Cette technique a été efficace à 100 % dans notre série. Dans une étude le pourcentage de patients satisfaits (ou très satisfaits) après hémorroïdectomie de type MILLIGAN-MORGAN est de l'ordre de 95 % [36].

Après un recul de 2 ans 96 des 100 patients opérés par la technique de MILLIGAN et MORGAN étaient asymptomatiques pour la pathologie hémorroïdaire. Lors d'un suivi moyen de dix sept (17) ans un opéré sur deux reste asymptomatique [31].

En outre l'hémorroïdectomie simple était réalisée également au service.

Trente (30) de nos patients soit 28,3% ont subi une thromboctémie simple. Ils étaient tous venus en urgence dans un tableau de thrombose hémorroïdaire.

Dans ces dernières années plusieurs auteurs appliquent la technique de Longo.

Il s'agit de l'exérèse d'une colorette circulaire de muqueuse rectale qui permet de corriger le prolapsus muco- hémorroïdaire sans réaliser d'hémorroïdectomie [31].

5.2.8- Les Complications opératoires

5.2.8.1-Complications opératoires immédiates :

Tableau LXXII : Répartition des complications immédiates selon les auteurs

AUTEURS	Complications opératoires immédiates				Tests statistiques
	Rétention urinaire		Hémorragie		Valeur de P
	Eff	%	Eff	%	-
ERIC TOUZIN Canada [43]	2	4,9 P : 0,00	2	4,9 P : 0,06	-
PYY LAU Hong Kong [37]	-	1	-	0	
MARIKO H Mali [5]	2	2,4	0	0	P <0,05
KOUADIO [42] Côte d'Ivoire	60	12	13	2,7	P<0,05
Notre étude	14	13,2	3	2,9	-

- La rétention urinaire : complication qui survient au cours des premiers jours en post opératoire chez 10 à 20 % des opérés, la rétention urinaire est le plus souvent liée à un phénomène réflexe [60]. Elle est diversement appréciée selon les auteurs : de la simple dysurie à la rétention d'urine nécessitant un sondage. C'est ainsi que les taux retrouvés dans les séries sont variés (12 % ; 4,9% ; 2,4%, 1% ;) [1 ; 38 ; 5 ; 37].

Elle peut être influencée par :

- un volume de perfusion supérieur à 1000 ml [31],
- un âge entre 40 et 50 ans [31],
- l'existence d'un pansement compressif intracanalair [31],
- une hémorroïdectomie pluri- pédiculaire [31].

- Hémorragie : Nous avons rapporté 3 cas d'hémorragie en post opératoire immédiat .Le taux d'hémorragie a été nul dans une série Chinoise [37] et du Point G [5].Notre taux n'est pas différent de celui retrouvé dans deux séries Canadiennes [38] et Ivoirienne [1].Ainsi ces taux retrouvés (0 à 4,9 %) [37 ; 5 ; 1 ; 38] sont variés et peuvent être dûs à une mauvaise hémostasie au cours de l'intervention.

5.2.8.2- Taux de morbidité

Tableau LXXIII: Taux de morbidité et auteurs

Auteurs	Taux de morbidité		Tests Statistiques
	Effectifs	Pourcentages	
SIELEZNEFF [47]	1134	1	P : 0.000
HOSCH [48]	44	0	
MARIKO [5]	152	4,8	P : 0.000
Notre étude	150	6,7	-

Notre taux de morbidité de 6,7% est statistiquement inférieur aux taux rapportés dans plusieurs séries [47 ; 5] pendant qu'il est nul dans une étude Hongroise [48].

5.2.8.3-Les suites opératoires :

5.2.8.3.1-Les suites opératoires jusqu'à six (6) mois :

Tableau LXXIV : Répartition des suites opératoires et auteurs

Auteurs	Eff	Retard de cicatrisation	Sténose cicatricielle	Incontinence	Hémorragie Tardive
Pravin, Inde 2006, [61]	48	1(2%) P : 0,003	3(6,2%) P : 0,085	5(10,4%)	3(6%)
Pessaux, [62] France, 2004	100	-	2(2%) P : 0,003	0	0
Ho, [63], 2000	62	-	5(8%) P : 0,000	0	3(4,8%)
KOUADIO, [42], RCI	480	39(8,2%) P : 0,000	0	0	0
Notre étude	150	9(6%)	1(0,7%)	0	0

Les suites opératoires correspondent le plus souvent aux retard de cicatrisation, rétrécissement cicatriciel (sténose anale), fissure anale, hémorragie tardive et à l'incontinence anale [42 ; 20 ; 21].

-Le taux de retard de cicatrisation de 6 % (8 malades) dans notre série est statistiquement inférieur à celui de la série africaine [42] mais supérieur à celui de la série Indienne. Les facteurs suivants peuvent être à l'origine de retard de cicatrisation :

- Les soins locaux post opératoires mal conduits.
- La non régularisation du transit

-L'hémorragie tardive : Elle a été notée à des taux variables dans des différentes séries. Pendant qu'elle était nulle dans notre étude, Pravin en Inde [61] et Ho [63] ont rapporté respectivement 6% et 4,8 %. Ces hémorragies semblent généralement être dues à une chute d'escarre [61 ; 23].

-L'hémorroïdectomie n'est pas indemne de sténose anale survenant à un taux variable dans les différentes études (2 à 8%) [62 ; 61 ; 63]. Cependant nous avons

eu 1 cas de sténose cicatricielle soit 0,7%. Elle sera due à une mauvaise indication opératoire.

5.2.8.3.2- Taux de mortalité :

Tableau LXXV : répartition du taux de mortalité selon les auteurs

Auteurs	Taux de mortalité	
	Effectifs	Pourcentages
SAYFAN, Israël, [14]	500	0
PAPILLON, France, [46]	94	0
KOUADIO, Côte d'Ivoire, [42]	480	0,41
MARIKO, Mali, [5]	152	0
Notre étude, Mali	150	0

La survenue d'un décès au cours de l'hémorroïdectomie est accidentelle. Notre taux de mortalité post opératoire est nul de même que dans plusieurs études [14 ; 46 ; 5]. Mais dans une série Africaine deux malades sont décédés. Ce décès était relatif à un arrêt cardio-respiratoire sur terrain d'hypertension artérielle et à la décompensation d'une leucémie chronique au 3^e jour post-opératoire [42].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les hémorroïdes sont une pathologie dont les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques sont divers.

Les 150 malades recrutés dans notre étude en 7 ans est une fréquence hospitalière et ne représente pas la fréquence de la pathologie dans notre pays.

106 malades ont été opérés soit 70,7 %, parmi lesquels la technique de MILLIGAN MORGAN a été effectuée dans 49,4 % de cas. La rétention urinaire et l'hémorragie ont marqué les suites opératoires immédiates. C'est pourquoi nous recommandons :

Au personnel médico-chirurgical

-De réduire au maximum voire éviter les complications post opératoires

- Procéder à une bonne technique opératoire anatomique

Aux patients et aux parents

- Eviter les troubles du transit notamment la constipation

- Consulter dans un centre de santé pour toute anomalie de l'anus

Aux autorités politiques et sanitaires

D'organiser le secteur informel de la santé en particulier les guérisseurs traditionnels afin de minimiser tout risque lié à cette pathologie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

6- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE

Stapling procedure fort haemorrhoidectomy versus MILLIGAN MORGAN haemorrhoidectomy : Randomised controlled trial
Lancet 2000 Mar 4; 355(9206): 782-5.

2- NG KH, Ho KS, Ooi BS, CL De Saveur, Kilowatt D'Eu

Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations
Br J Surg 2006; 93: 226-230.

3- Al-Hadrani AM

Khat induced hemorrhoidal disease in Yemen
Saudi Med J. 2002 May; 21(5):475-7.

4 -COULIBALY A :

Hémorroïde et sexualité au service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré
Thèse de médecine, Bamako 2003

5 -MARIKO H

Etude des hémorroïdes au service de chirurgie B à l'hôpital national du point G
Thèse de médecine, Bamako1996 ; n°33

6 -COPE R.

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

7- SOULLARD J

Les hémorroïdes existent-elles
Rev proct 1981 ; 1 : 32 – 34.

8-Johanson J. F, Sonnenberg A

Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England

Dis Colon Rectum 1991; 34 (7): 585-91.

9- Holzheimer RG 1

Eur J Med Res 2004 Jan 26 ; 9 (1) :18-36.

10- BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT juin 1992

11-C. ASSI, M.J LOHOUES-KACOU, A. TOTH'O, F. TRAORE, E. ALLAH-KOUADIO,B.CAMARA

Quelques aspects épidémiologiques des rectorragies chez l'adulte noir africain

Médecine d'Afrique Noire 2006 ; 5305 : 315-319.

12- DIARRA LM. :

Douleur post opératoire dans les pathologies anales au service de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré : 71 cas.

Thèse de médecine Bamako 2002 ; N° 7

13- Ministère de la santé agenda 2006

14 -J. SAYFAN

Complication of Milligan - Morgan haemorrhoidectomy.

Dis Surg 2001 ; 18:131-3.

15- DEMBELE K.

Aspects épidémiologiques et cliniques des maladies anales au Mali

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

16- Pablo, Coello A., ED Mills, Diane Heels Ansdell, Maite Iopez Yarto, Qi Zhou, John, Johanson F., Guyatt G.

Fibre pour le traitement des complications hémorroïdaires

Am j Gastroenterol Janvier 2006; 101:181.

17-Dr Agnès Senejoux

Chirurgie des hémorroïdes : Quelle suite

Proktoss.com

18- Denis J, Dubois N, Ganansia R

Hemorrhoidectomy : Hospital Leopod Bellan procedure

Dis surg 2005; 35: 7 – 9.

19- WL.Law

Ambulatory stapled haemorrhoidectomy a safe and feasible surgical technique

Departement of surgery the University of Hong Kong

Hong Kong Med J 2003;9(2):103-7.

PIBMED: 11396071

20- ALEXANDER RM

A technique for avoiding mucosal stenosis and secondary hemorrhage after hemorrhoidectomy.

Dis Colon Rectum 1985; 28:271-3.

21-Chew SS., Marshall L., Tham J., Grieve DA., Douglas PR., Newstead GL.

Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse

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

22- Rosa G:

Tech Coloproctol. 2005 ;9 (3):209-14.

PIMED: 16328127

23- Pigot F., Dao Quang M., Castinel M., Juguet M., Ochard D., Allaert M.,Bockle J.

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

Annale de chirurgie 2006 ; 131(4) : 262-267.

24- DEWIT O., MELANGER M., VANHEUVERZWYN R.

LES URGENCES EN PROCTOLOGIE

Louvain Med 2001 ; 120 :43-49.

25- BAUMANN R., MEYER Ch.

Pathologie de l'anus : hémorroïdes et fissures anales

Item 273. Module 14

Faculté de médecine ULP Strasbourg Année2002.

26- Gravié J., MD, Lehur PA., Fantoli M., Des cottes B., Pess P., Arnaud P

Stapled Hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy

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

27- Lenhard B.H.

Hämorrhoiden : Differenzialdiagnose und therapie

Hautarzt 2004;55: 240-247.

28 – YASSIBANDA S, IGNALEAMOKO, MBELESSO, BOBOSSI G, BOUA N, CAMEGO-POLICE S, WABOULOU P, NALI N, VOHITO M

La pathologie ano-rectale à Bangui (République Centrafrique)

Mali médical 2004;19:12-14.

29 Dixon MR, Stamos MJ, Grant SR, Kumar RR, Ko CY, Williams RA, et al

Stapled hemorrhoidectomy a review of our early experience

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

30- Heraul

Therapie des hämorrhoidalleiden

Chir 2006 ; 77 :737-748.

31- Laurent Abramowitz, Philippe Godeberge, Ghislain Staumont, Denis Soudan

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

Gastroenterol Clin Biol 2001 ; 25 :674 702.

32- Lin JK

Anal manometric studies in hemorrhoids and anal fissures

Dis colon Rectum 1989 ; 32(10):839-42.

PIMED: 2791768

33-JASPERSEN LW.

Consensus hemorrhoids (deutch society for surgery).

Ned.Tijdschr-Geneskd.1994; 138(42):2106-2109.

34- Alper D, Ram E, Stein Gy, Dreznik Z

Resting anal following hemorrhoidectomy and lateral sphincterotomy

Dis colon Rectum 2005; 48(11) :2080.

PIMED: 16228838

35- PIGOT F., SIPROUDHIS L., ALLAERT F-A.

Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation,

Gastroenterol Clin Biol 2005 Dec; 29(12):1270-4.

36 – Chen HH.

Anal manometric findings before and after hemorrhoidectomy: a preliminary report

Changgeng Yi Xue Za Zhi 1999; 22(1):25-30.

37- PYY LAU, WCS MENG, AWC YIP

Stapled haemorrhoidectomy in Chinese patents: a prospective randomised control study

Hong Kong Med J 2004 ; 10 : 6.

38- Chautems R., Zufferey G., Roche B.

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

Schweiz Med Forum 2005 ; 5 :869-874.

39- NISAR P J., SCHOLEFIELD JH.

Managing haemorrhoids

BMS 2003; 327(7419): 847-51.

40- Mosca F., Consoli A., Portale TR., Angillo A., Persi A., Zappala O., Puleo S.

Milligan-Morgan hemorrhoidectomy and stapled mucoprolapsectomy. Clinical comparison of the results

G Chir 2005; 26(6-7):267-74.

41- Pravin J., Gupta

Novel aproch to advanced hemorrhoidal disease

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

PMID: 16400352

42- GK KOUADIO, JA KOUAO, KN KOUADIO, HT TURQUIN

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

Médecine d'Afrique noire 2004 ; 51 (7) : 385 – 388.

43- Touzin E., MD, Hegge S., Mckinley C.

Early experience of stapled hemorrhoidectomy in a community hospital setting

J can chir 2005; I 45 (5): 1-4.

44- Johannsson HO., Graf WG., Pahlman L.

Bowel habits in hemorrhoid patients and normal subjects

Am J Gastroenterol 2005; 100: 401-406.

45- National Institute for clinical Excellence, Australian Safety and Efficacy regiester of new international procedures – surgical.

Procedures overview of circular stapled haemorrhoidectomy London: NICE; 2003

46- Papillon M., Arnaud J P., Descottes B., Gravie J F., Hutten X., N De Manzini

Le traitement de la maladie hémorroïdaire par la technique de Longo

Résultats préliminaires d'une étude prospective portant sur 94 cas

Chir 1999 ; 124 :666-9.

47- Godeberge P.

La maladie hémorroïdaire

J can chir 2006; I 45 (57): 1-4.

48- Bernal J C., Enguix M., Lopez J., Garcia J R., Trullenque PR.

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

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

49-Chan AO., Lam KF, Hui WM., Leung G., Wong NY., Lam SK., Wong BC.

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

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

50-BREGAZE I., VANTSIANE

La chirurgie des maladies parasitaires

Moscou édition Mir 1983 ; 120.

51-COPE R

Etiopathogenesis of hemorrhoidal disease

gastro enterol cliniq biol 1994 ;57(2) : 206-212.

52-CZALBERT HJ

Alternative therapeutic methods in the ambulatory treatment of hemorrhoids:

Observation with infra-red coagulation

Orv Hetil 1994; 135(6):P 859-860.

53- DEUTSH AA, MOSHKOVITZ M, NUDELMANI, DINAR G, REISSR

Anal pressure measurements in the study of hemorrhoid etiology and their relation to treatment

Dis colon rectum 1987; 30 (11): 855-857.

54-DEVIENCV

A mort le whitehead, vive le toupet ! Ou l' hémorroïdectomie totale circulaire revisitée
Ann chir 1994 ; 48(6) : 565-571.

55-DIALLO AN., TRAORE H A., PICHARD E., KONE B.

Intérêt de l'examen proctologique en milieu tropical à propos de 1000 rectoscopies effectuées à l'hôpital du point G

Bull Patho Exot 1986 ; 79 : 542-548.

56-JASEN LW

Consensus hemorrhoids (deutch society for surgery)

Ned Tijdschr-Geneeskd 1993;36: 942-945.

57- KEITA B J

Ulcère gastro-duodenaux en chirurgie B à l'hôpital du point G à Bamako

Thèse : Médecine ; Bamako. 1990 ; n° 18

58-KLOTZ F., COLL

Pathologie recto-sigmoïdienne au Gabon

Afrique Méd santé 1988 ;(23) : 7-10.

59- DENIS J., GANANSIA R., MONTBRUN TP.

Proctologie pratique

4 ème édition Paris Masson 1999 ; 177.

60-Dr Agnès SENEJOUX

Chirurgie des hémorroïdes : Quelles suites opératoires ?

www.proktoss.com

61- Pravin j, Gupta, MS, Purushottam S, Heda, MD and Surkhakalaskar, BHMS

Radiofrequency ablation and plication A

New technique for prolapsing hemorrhoidal disease

Elsevier Inc feb 2006; 63:1-7.

62- P. Pessaux , J J Tuech , B Laurent , N Regenet , E Lermite , M Simone , N Hutten , N De Manzini , J P Arnaud ,

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

Annales de chirurgie 2004 ; 129 :571-577.

63- HoY, Cheong WK, Tsang C, Ho J, Eu KW, Tang CL, Seow-Choen F.

Stapled hemorrhoidectomy-Cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessment at up to three months

Dis Colon Rectum 2000; 43:1666–75.

64-M Papillon, J P Arnaud, B Descottes, J F Gravie, X De Manzini

Le traitement de la maladie hémorroïdaire par la technique de Longo

Résultats préliminaires d'une étude prospective portant sur 94 cas

Chir 1999 ; 124 :666-9.

64-BERNADES P, MEKININIB

Etude contrôlée de Ginkor Procto Versus troxerutine forte dose dans le traitement des crises hémorroïdaires aiguës

Médecine et chirurgie digestive 1993 ; 22(1) : PP 39-42.

65- Arnous J, Parnaud E, Toupet A.

Chirurgie anale : Techniques chirurgicales. Paris : Maloine, 1970

66- Diallo G., Sissoko F., Maiga M., Traoré A K dit Diop, Ongoïba N., Dembélé M., Oumbia D., Coulibaly Y., Diallo A., Mariko H, Koumaré A K.

La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B de l'hôpital du point G

Mali médical 2003 ; 18 :1-3.

Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

67-KAMINA P. Dictionnaire d'atlas d'anatomie. Paris- Maloine SA, A-F, 1983,643.

ANNEXES

FICHES D'ENQUÊTE

I Données administratives

Q1 Numéro de la fiche d'enquête :...../.../

Q2 Numéro du dossier du malade :...../.../

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

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

Q5 Âge :.....

Q6 Sexe :...../.../

1 Masculin

2 Féminin

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

1 Kayes 3 Sikasso 5 Ségou 7 Tombouctou 9 Bamako

2 Koulikoro 4 Mopti 6 Kidal 8 Gao 99 Indèt

10 Autre à préciser :.....

Q8 Contacte à Bamako :.....

Q9 Nationalité :..... /.../

1 Malienne

2 Non Malienne

Q10 Ethnie :...../.../

1 Kasonka 4 Senoufo 7 Dogon 10 Maure 13 Autre

2 Sarakolé 5 Malinké 8 Touarègue 11 Minianka

3 Bambara 6 Bobo 9 Peulh 12 Sonhaï

Q10a si autre à préciser :.....

Q11 Situation matrimoniale :...../.../

1 marié(e)

2 célibataire

3 veuf (ve)

9 Indèt

Q12 Principale activité :/.../

1 cadre supérieur

6 Paysan

10 Militaire

7 manœuvre

2 cadre moyen

8 ménagère

3 cadre inférieur

3 scolaires (élève, étudiant)

5 sportif

9 autre

99 Indèt

Q12a si autre à préciser :.....

Q13 Position du travail :..... /.../

1 debout

2 assise

3 debout+assise

9 Indèt

Q13a si autre à préciser :.....

Q14 Mode de recrutement :..... /.../

1 urgence

2 consultation ordinaire

15 Date d'entrée :...../.../.../

Q16 Durée période avant opération :..... /.../.../

Q17 Durée d'hospitalisation post opératoire :..... /.../.../

Q18 Durée d'hospitalisation :...../.../.../

Q19 Date de sortie :...../.../.../

Q20 Perdu de vue :...../.../.../

1 oui 2 non.

Q21 Adressé(e) par :...../.../

1 venu de lui même 3 infirmier 5 autre
2 médecin 4 interne 9 Indét

Q21a si autre à préciser :.....

II Etude clinique

Q22 Motif de consultation :/.../

1 douleur anale 2 prolapsus anal 3 rectorragie
4 :1+2+3 5 :1+2 6 :1+3
7 :2+3 8 : autre 9 Indét

Q22a si autre à préciser :.....

Description de la douleur

Q23 Mode d'installation :...../.../

1 brutal 2 progressif 3 autre 9 Indét

Q23a. si autre à préciser :.....

Q24 Facteurs déclenchants la douleur :...../.../

1 Trouble du transit (diarrhée, constipation) 5 Position assise 9 Aucun
3 Période prémenstruelle 7 Sport 6 Position debout 99 Indét
4 Période menstruelle 8 Contraception

Q24a Autre à préciser :.....

Q25 Facteurs aggravants :...../.../

0 Aucun 2 Période prémenstruelle 4 Défécation 6 Autre
1 Position assise 3 Période menstruelle 5 Alimentation 9 Indét

Q25a si autre à préciser :.....

Q26 Facteurs améliorants :...../.../

0 Aucun 2 Décubitus ventral 9 Indét
1 Décubitus dorsal 3 Autre

Q26a si autre à préciser :...../.../

Q27 Moment de la douleur :...../.../

- | | | |
|----------------------|--------------|----------|
| 1 avant les selles | 4 permanente | 7. 2+3 |
| 2 pendant les selles | 5 .1+2 | 8. 1+2+3 |
| 3 après les selles | 6 .1+3 | 9. Autre |

Q27 Type de la douleur :...../.../

- | | | | |
|-----------|-------------|----------|---------|
| 0 Aucun | 2 Pesanteur | 4 Piqûre | 9 Indét |
| 1 Brûlure | 3 Tension | 5 Autre | |

Q27a si autre à préciser :...../.../

Q28 Intensité de la douleur :...../.../

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1 faible | 3 forte | 9 Indét |
| 2 modérée | 4 extrême | 5 médiane |

Q29 Durée de la douleur :...../.../

- | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|
| 1 quelques minutes | 2 quelques heures | 3 quelques jours |
|--------------------|-------------------|------------------|

Q30 Irradiation de la douleur :...../.../

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 0 aucune | 3 périnéale | 9 Indét |
| 1 locale | 4.1+2 | |
| 2 pelvienne | 5.2+3 | 6. 1+2+3 |

Q31 Signes associés :...../.../

- | | | | |
|----------------|----------------|---------------------|----------------|
| 0 aucun | 3 ténésme | 6 troubles génitaux | 9 prurit anal |
| 1 constipation | 4 faux besoins | 7. 1+2 | 10 rectorragie |
| 2 diarrhée | 5 épreinte | 8. 1+3 | 13.1+2+3 |
| | | | 99 Indét |

Q32 Evolution de la douleur :...../.../

- | | | | |
|----------|-------------|------------|---------|
| 0 aucune | 1 par crise | 2 continue | 9 Indét |
|----------|-------------|------------|---------|

Q33 Cessation de la douleur :...../.../

- | | | | |
|----------|-----------|---------------|---------|
| 0 aucune | 1 brutale | 2 progressive | 9 Indét |
|----------|-----------|---------------|---------|

Description de la rectorragie

Q34 Moment de la rectorragie par rapport aux selles :...../.../

- | | | | |
|------------------------|------------------------|--------------------|---------|
| 0 aucun | 3 en dehors des selles | 6 après les selles | 9 Indét |
| 1 avant les selles | 4 .1+2 | 7.1+2+3 | |
| 2 au moment des selles | 5. 2+3 | | |

Q35 Quantité...../.../

- | | | | |
|----------|---------|-----------|---------|
| 0 aucune | 3 trace | 2 moyenne | 9 Indét |
|----------|---------|-----------|---------|

- | | | |
|------------|---------|-----------|
| 3 prurit | 8. 2+3 | 13. 2+10 |
| 4 épreinte | 9. 2+4 | 14. 2+6 |
| 15. 2+10 | 17. 3+9 | 19. 4+8 |
| 16. 3+5 | 18. 3+7 | 20. 4+6 |
| | | 21. Autre |
| | | 99. Indét |

Q46a si autre à préciser :.....

III Antécédents

Q45 Médicaux :...../.../

- | | | | | |
|---------------|----------------|---------|-----------------|----------|
| o. aucun | 2. Tuberculose | 4. Sida | 6 bilharziose | |
| 1. abcès anal | 3. Syphilis | 5. HTA | 7. Constipation | 8. Autre |

Q45a si autre à préciser :.....

Q46 Chirurgicaux :...../.../

- | | |
|-----------------|----------|
| 1. jamais opéré | 2. Opéré |
|-----------------|----------|

Q46a si opéré, préciser la nature :.....

Q47 Gynécologiques :...../.../

Q47a date des dernières règles :...../.../.../

Q47b leucorrhée oui non

Q48c ménopause oui non

Q49 Obstétricaux :...../.../

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

IV Habitude socio alimentaire et facteurs de risque :

Q50 Habitude alimentaire :

- | | | |
|------------|-----|-----|
| Céréale | oui | non |
| Légume | oui | non |
| Fruits | oui | non |
| Tubercules | oui | non |
| Poisson | oui | non |
| Epice | oui | non |
| Viande | oui | non |
| Alcool | oui | non |
| Tabac | oui | non |
| Thé | oui | non |

Si autre à préciser :.....

1. 3 heures 2. 7 heures 3. 11 heures 4. Autres

Q61a si autre à préciser :...../.../

Toucher rectal :

Q62. Sphincter anal :...../.../

1. tonique 2. Hypotonique 3. Hypertonique

Q63. bourrelet hémorroïdaire interne : oui non

Q64. Prostate :...../.../

1. taille normale 2. Augmentée
3. consistance dure 4. Consistance normale
5. homogène 6. Pierreuse
7. 1+4+5 8. 1+3+5 9. 2+3+5 10. 1+4+6
11. 4+2+6

Q65. TR hémorragique : oui non

Q66. TR douloureux : oui non

VI Diagnostique :

Q67. Hypothèse diagnostique :...../.../

1. Hémorroïde interne 5. Hémorroïde externe
3. Thrombose hémorroïdaire 6. Hémorroïde + Fissure anale
4. Hémorroïde + Fistule anale

VII Examens Complémentaires :

Q68. Anorectoscopie faite :...../.../

1. oui (résultat) :.....

2. non

Q69. BMR faite :...../.../

1. oui 2. Non

Q70. Groupe sanguin :...../.../

1. A+ 2. A- 3. B+ 4. B- 9. O-
5. AB- 6. AB+ 7. O+ 8. 0+ 99. Indét

Q71. Glycémie :...../.../

1. entre 4,1 et 6,1 mmol/l (normale) 3. supérieure à 6,7 mmol/l (élevée)
2. inférieure à 4,6 mmol/l (abaissée)

Q72 Diagnostic retenu:...../.../

1. hémorroïde interne 4 hémorroïde + fistule 7. Autre
2. hémorroïde externe 5 hémorroïde + fissure

Laxatif à préciser 5. 1+3

Antiseptique à préciser 6. 1+2+3 7. Autre

Q82a si autre à préciser :.....

Q82. Complication(s) post opératoire(s) Immédiate(s)

1. aucune 4. Fièvre 6. Hémorragie 8. 1+3 9. Indèt

2. douleur 5. 1+2 7. rétention urinaire 9. 1+2+3

Q82a si autre à préciser :.....

Q83. Suivi post opératoire jusqu'à 6 mois..... /.../

1 Suite simple 3 incontinence anale 3. Autre

2 retard de cicatrisation 4 Sténose anale 9. Indèt

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DICKO

Prénom : Mohamed Lemine

Titre de thèse : Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré de 1999 au mois de mars 2006

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année de soutenance : 2007

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie (F.M.P.O.S).

Résumé

Il s'agit d'une étude rétro et prospective menée dans le service de chirurgie générale de l' HGT de 1999 au mois de mars 2006.

Cette étude a porté sur 150 patients d'un âge moyen de 36,3 ans avec un sexe ratio de 2,94 en faveur du sexe masculin.

Le traitement chirurgical a porté sur 106 patients soit 70,7 % de notre échantillon.

Les complications post opératoires immédiates étaient dominées par la rétention urinaire avec 13,6 %, en suite nous avons noté 2,9 % de cas d'hémorragie.

Au cours du suivi post opératoire jusqu'à 6 mois nous avons notés 9 cas de retard de cicatrisation et 1 cas de sténose cicatricielle.

Le taux de morbidité est de 6,7%.

Le taux de mortalité est nul.

Mot-clés : *Hémorroïde, Chirurgie*

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma bouche 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 de la vie humaine dès la conception.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

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

JE LE JURE !!!!!