

Ministère de l'Enseignement
Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple--Un But--Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

---000000---

Année 1994

N°...7...

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES
DES MALADIES ANALES AU MALI

THESE

Présentée et soutenue publiquement le ... 19... devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par

Mr KARIM DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Président
Membres

Prof. GAMBHO SOKARI
Dr. HANRI A. TRAORE
Dr. ...

Directeur de Thèse

Dr. ...

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1993-1994

LISTE DES PROFESSEURS

ADMINISTRATION

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S.CISSE	Premier assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième assesseur
Monsieur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Monsieur Bakary M.CISSE	Secrétaire Général
Monsieur Mamadou DIANE	Econome

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Monsieur Alou BA	Ophtalmologie
Monsieur Bocar SALL	Ortho-Traumatologie
	Secourisme
Monsieur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisiologie
Monsieur Yaya FOFANA	Hématologie
Monsieur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Monsieur Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

DER DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Monsieur Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de chirurgie
Monsieur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Monsieur Abdou Alassane TOURE	Ortho-Taumatologie
Monsieur Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Monsieur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Monsieur Djibril SANGARE	Chirurgie générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Madame SY Aïda SOW	Gynécologie Obstétrique
Monsieur Salif DIAKITE	Gynécologie Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Monsieur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Monsieur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Monsieur Alhousseini Ag MOHAMED	Oto-Rhino-Laryngologie
Madame DIANE F.S DIABATE	Gynéco-Obstrétrique
Monsieur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Monsieur Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Monsieur Gangaly DIALLO	Chirurgie générale
Monsieur A.K TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale
Monsieur Tieman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Madame Traore J. THOMAS	Ophtalmologie

5. ASSISTANTS

Monsieur Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Monsieur Ibrahim ALWATA	Ortho-Traumatologie
Monsieur Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Monsieur Brehima KOUmare	Microbiologie
Monsieur Sine BAYO	Anatomie-Pathologie
Monsieur Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Monsieur Yéya T. TOURE	Biologie
Monsieur Amadou DIALLO	Chef du D.E.R de Sciences Fond.
Monsieur Moussa HARAMA	Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGÉ

Monsieur Ogobara DOUMEC	Parasitologie
-------------------------	---------------

3. MAITRES DE CONFERENCE

Monsieur Abdramane S. MAIGA	Parasitologie
Monsieur Bakary M. Cissé	Biochimie
Monsieur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Monsieur Yenimegue A. DEMBELE	Chimie Organique

4. MAITRES ASSISTANT

Monsieur Mahamadou CISSE	Biologie
Monsieur Sekou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Monsieur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Monsieur N'yenigue S. KOITA	Chimie Organique
Monsieur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Monsieur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Monsieur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Monsieur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Monsieur Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie

5. ASSISTANT

Monsieur Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
-------------------------	-------------------

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Monsieur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D.E.R Medecine
Monsieur Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Monsieur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Monsieur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Monsieur Ali Nouhoum DIALLO	Medecine interne
Monsieur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Monsieur Moussa TRAORE	Neurologie
Monsieur Issa TRAORE	Radiologie
Monsieur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Monsieur Eric PICHARD	Maladies Infectieuses

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Monsieur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
-------------------------	-----------

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Monsieur Abdel Kader TRAORE	Medecine interne
Monsieur Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Monsieur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Monsieur Dapa Ali DIALLO	Hémato-Medecine interne
Monsieur Sominta KEITA	Dermato-léprologie
Monsieur Bah KEITA	Pneumo-phtisiologie
Monsieur Hamar A. TRAORE	Medecine interne

4. ASSISTANTS

Monsieur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Monsieur Saharé FOGORO	Néphrologie
Monsieur Mamadou DEMBELE	Médecine
Monsieur Adama D.KEITA	Radiologie

D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Monsieur Boubacar CISSE	Toxicologie
-------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Monsieur Arouna KEITA	Matière médicale
-----------------------	------------------

3. MAITRES ASSISTANS

Monsieur Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Monsieur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Monsieur Ousmane DOUMBIA	Chef D.E.R Sciences pharm.
Monsieur Drissa DIALLO	Matière médicale
Monsieur Alou KEITA	Galénique

4. ASSISTANT

Monsieur Ababacar I.MAIGA	Toxicologie
---------------------------	-------------

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Monsieur Sidi Yaya SIMAGA	Chef D.E.R Santé publique
---------------------------	---------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Monsieur Moussa A. MAIGA	Santé publique
--------------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCE

Monsieur Sanoussi KONATE	Santé publique
--------------------------	----------------

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Monsieur Bernard CHANFREAU	Santé publique
Monsieur Jean MICHEL	Santé publique
Monsieur Bocar G. TOURE	Santé publique
Monsieur Sory I. KABA	Santé publique
Monsieur Alair PRUAL	Santé publique

4. ASSISTANT

Monsieur Massanbou SACKO Santé publique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Madame CISSE A. GAKOU	Galénique
Monsieur N'Golo DIARRA	Botanique
Monsieur Bouba DIARRA	Bactériologie
Monsieur Souleymane TRAORE	Physiologie
Monsieur Salikou SANOGO	Physique
Monsieur Daouda DIALLO	Chimie générale et minérale
Monsieur Bakary I. SACKO	Biochimie
Monsieur Yoro DIAKITE	Mathématiques
Monsieur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Monsieur Boubacar KANTE	Galénique
Monsieur Souleymane GUINDO	Gestion
Madame Sira DEMBELE	Mathématiques
Monsieur Modibo DIARRA	Nutrition
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Monsieur Niamanto DIARRA	Mathématiques

C.E.S

Docteur Georges YAYA (CENTRAFRIQUE)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Amadou DIALLO (SENEGAL)	Ophtalmologie
Docteur Mohamed ASKIA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur Jonas N'DJIKAM (CAMEROUN)	Ophtalmologie
Docteur Djoro DEZOUNBE (TCHAD)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie générale
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie générale
Docteur Mohamed Ag BENDECH	Santé publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

Professeur E.A.YAPO	Biochimie
Professeur G. FARNARIER	Physiologie
Professeur G. GRAS	Hydrologie
Professeur Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIANE	Pharmacie chimique
Professeur Issa LO	Législation

PERSONNEL RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yeya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahady DICKO	P.M.I. SOGONIKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia TRAORE	P.M.I. CENTRALE
Docteur REZNIKOFF	I.O.T.A.
Docteur J.Thomas TRAORE	I.O.T.A.
Docteur P. BOBIN	I. MARCHOUX
Docteur A. DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	I.O.T.A.
Docteur Hamidou B. SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	CT. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT

CE TRAVAIL EST DEDIE

A notre regretté cher père :

Pour m'avoir conduit dans le dedal de cette vie seulement pendant 20 années.

Par des ondées de réminiscences, j'ai toujours gardé à l'esprit tes voeux et souhaits qui vous étaient chers. Ils m'ont retenu dans le respect du sillage de votre mémoire.

J'aurais voulu, pour m'exprimer comme CHATE AU BRI-AND dans ses mémoires D'OUTRE-TOMBE, un jour, en vous rendant hommage.
" Protéger vos vieux ans comme vous avez protégé ma jeunesse".

Mais la vie nous obligeant toujours a pleurer par anticipation ou par souvenir, il ne m'est permis aujourd'hui que de vous témoigner, par delà une tombe, toute ma reconnaissance et mon affection indéfectible et filiale.

Vos sages conseils qui font toujours écho, m'aideront à contunnuer les écueils qui jalonnent ma route. Ils constitueront pour moi un viatique au cours de mon passage ici bas.

A notre Chère Mère :

Fatoumata DEMBELE dite Hama en taible témoignage de mon affection indéfectible et filiaté.

A mes Frères et Soeurs

Pour le reconfort moral qu'ils n'ont cesse de m'apporter pendant des années d'études, sentiments affectueux et paternels.

A tous mes oncles et tantes

Pour leur présence affectueuse et leur soutien moral qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A ma fiancée et mes enfants

Pour leur dire : courage, perserverance et profond amour.

Aux Families

- * Dembele Bamba et Bita
- * Keita Koréouar Bamar
- * Toure Ibrahima
- * Dembele Mary Bamba MISSISS

A nos Amis

- * Mr Sory Ibrahima Diallo
- * Mr Oussema Diallo
- * Mr Marché Diallo
- * Mr Abdoulaye Diallo

En témoignage d'affection et en remerciement pour le réconfort que leurs conseils n'ont cessé de m'apporter pendant toutes ces années vécues ensemble.
Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

A Mr Mohamed Maiga, Ousmane, BD Diakité, Mlle Zabou et Mr Sory (Institut National de Recherche en Santé Publique).

Mr Oumar Haïdara BNDA.

Pour leur collaboration et leur disponibilité dans la réalisation de ce travail.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A tous les étudiants de l'école de Médecine et de Pharmacie.

Pour leur dire courage.

A toute notre promotion.

Avec nos vœux de succès.

Au personnel du service d'Hepato-gastro-entérologie de l'Hôpital Gabriel TOURE et de Médecine E

Pour leur sympathie, leur courage.

Aux Docteur KALLE Abdoulaye, DEMBELE, NIENTAO

vous avez contribué à la réalisation de ce travail daignez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon maître Moussa Y MAIGA

Assistant chef de clinique Hôpital Gabriel TOURE

Nous avons trouvé en vous un maître dévoué, consciencieux et sympathique. Sachez combien nous regrettons aujourd'hui votre absence.

Votre simplicité votre enseignement clair et précis.

Votre disponibilité sans mesure nous servira toujours d'exemple.

Nous garderons toujours un vivant souvenir de votre personnalité.

A notre président de Jury.

Monsieur le professeur Sambou SOUMARE pour l'intérêt que vous accordez aux problèmes de santé au MALI.

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse en dépit de vos multiples occupations.

Pendant ces années d'études et de stage passées à vos côtés, nous avons pu apprécier vos qualités humaines, morales et intellectuelles qui atteignent les cimes les plus élevées admises par le commun des mortels.

veuillez trouver ici l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Aux Membres de notre Jury.

Monsieur le Dr Hamar Alassane TRAORE.

Il nous est particulièrement agréable de vous témoigner notre reconnaissance et nos sentiments les meilleurs pour l'honneur que vous faites en acceptant de sacrifier votre temps pour juger notre travail.

Cela ne nous surprend guère car nous savons clairement l'intérêt que vous accordez à la promotion de la santé au MALI.

Nous en sommes très honorés et nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

Monsieur le Dr Gangaly DIALLO.

Nous avons trouvé auprès de vous une précieuse assistance dans l'élaboration de ce travail et cela malgré vos multiples occupations.

Permettez-nous d'ajouter à l'expression de notre admiration celle de notre reconnaissance pour l'effort que vous avez fourni pour concilier cette tâche et vos multiples occupations.

Monsieur, le Professeur Aly GUINDO

Vous nous avez guidé tout au long de ce travail en encourageant toujours nos initiatives. Cela a aiguisé en nous le sens de la responsabilité et du travail bien fait.

C'est avec beaucoup de compréhensions et de dévouement que vous nous

avez consacré des heures précieuses malgré vos multiples occupations.

Nous avons pu apprécier, tout ce temps durant vos efforts pour la bonne marche du travail et votre sens élevé des responsabilités.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. ANATOMIE	2
2.2. Canal anal	2
2.1.2. Vascularisation	3
2.1.2.1. Artère	3
2.1.2.2. Veine	4
2.1.2.3. Données macroscopiques	4
2.1.4. Données microscopiques	5
2.1.4.1. Rapport Histologique	7
2.1.4.2. Structure des hémorroïdes	7
3. METHODOLOGIE	8
3.1. Malades	8
3.2. Méthodes	9
4. RESULTATS	10
4.1. Résultats Globaux	10
4.1.1. Répartition selon le sexe	10
4.1.2. Répartition selon l'âge	10
4.1.3. Répartition selon la profession	11
4.1.4. Répartition selon l'ethnie	12
4.1.5. Différents motifs de consultation	12
4.1.6. Répartition selon les associations	14
4.1.7. Répartition en fonction du mode vie	15
4.1.8. Répartition par rapport aux troubles de transit	16
4.1.9. Pathologies rencontrées	17
4.2. ETUDES ANALYTIQUES DES DIFFÉRENTES PATHOLOGIES ANAL	17
4.2.1. Hémorroïdes	17
4.2.1.1. Répartition en fonction du sexe	17
4.2.1.2. Répartition en fonction de l'âge	17
4.2.1.3. Répartition en fonction du sexe d'au	17
4.2.1.4. Répartition en fonction des principaux symptômes	17
4.2.1.5. Fréquence selon le grade	17
4.2.1.6. Fréquence en fonction de	17

4.2.1.7.	Incidence selon les habitudes alimentaires	21
4.2.1.8.	Incidence des troubles du transit sur les hémorroïdes	21
4.2.1.9.	Fréquence selon la localisation	21
4.2.1.10.	Complication des hémorroïdes	22
4.2.1.11.	Fréquence des complications en fonction du sexe	22
4.2.1.12.	Répartitions des complications en fonction de l'âge	23
4.2.1.13.	Répartitions des complications en fonction du sexe et âge	23
4.2.1.14.	Incidence des troubles du transit sur les complications des hémorroïdes	24
4.2.1.15.	Incidence des complications des hémorroïdes internes en fonction des habitudes alimentaires	24
4.2.1.16.	Fréquence des hémorroïdes internes en fonction des stades	25
4.2.1.17.	Durée d'évolution des hémorroïdes	26
4.2.1.18.	Répartition des hémorroïdes non compliquées en fonction du siège	27
4.2.2.	LES FISSURES ANALES	28
4.2.2.1.	Répartition des fissures en fonction du sexe	28
4.2.2.2.	Répartition des fissures en fonction de l'âge	28
4.2.2.3.	Répartition des fissures en fonction de l'âge et sexe	29
4.2.2.4.	Répartition des fissures en fonction des professions	30
4.2.2.5.	Répartition des fissures en fonction des ethnies	30
4.2.2.6.	Symptômes des fissures en fonction des ethnies	30
4.2.2.7.	Répartition des fissures en fonction du caractère de la douleur	31
4.2.2.8.	Répartition des fissures en fonction du type de la douleur	31
4.2.2.9.	Répartition des fissures en fonction de l'intensité de la douleur	31
4.2.2.10.	Répartition en fonction du temps de la rectonémie	31
4.2.2.11.	Incidence trouble du transit sur les fissures	31
4.2.2.12.	Répartition selon le mode de vie	31
4.2.2.13.	Épidémiologie VIH et BV au cours des fissures	31
4.2.2.14.	Fissures en fonction du siège	31

4.2.3. LES ANITES	34
4.2.3.1. Fréquence en fonction du sexe	35
4.2.3.2. Répartition en fonction de l'âge	35
4.2.3.3. Fréquence en fonction du sexe de l'âge	36
4.2.3.4. Fréquence en fonction de la profession	36
4.2.3.5. Anites en fonction des symptômes	37
4.2.3.6. Anites en fonction des troubles du transit	37
4.2.3.7. Répartition selon les habitudes alimentaires	38
4.2.3.8. Répartition selon le parasite retrouvé	39
4.2.4. LES FISTULES	39
4.2.4.1. Répartition en fonction du sexe	39
4.2.4.2. Répartition en fonction selon l'âge	40
4.2.4.3. Répartition en fonction de l'âge et sexe	40
4.2.4.4. Symptômes 4 ¹	
4.2.4.5. Répartition en fonction des professions	41
4.2.4.6. Répartition en fonction des troubles du transit ...	42
4.2.4.7. Répartition en fonction des habitudes alimentaires	42
4.2.4.8. Résultats bactériologiques	43
4.2.4.9. Fistule et glycémie	43
4.2.5. LES ULCERATIONS ANALES ET PERI - ANALES NON FISTULEUSES	43
4.2.5.1. Sexe	43
4.2.5.2. Répartition en fonction de l'âge	44
4.2.5.3. Répartition en fonction du sexe et de l'âge	44
4.2.5.4. Symptômes	45
4.2.5.5. Répartition en fonction des profession	45
4.2.5.6. Repartition chez les sujets avec HIV + a l'ELISA ..	46
4.2.5.7. Répartition en fonction du siège	46
4.2.6. SUPPURATION AIGUES (ABOIE AIGUES)	47
4.2.6.1. Sexe	47
4.2.6.2. Répartition en fonction de l'âge	47
4.2.6.3. Répartition en fonction du sexe et de l'âge ..	48
4.2.6.4. Profession	48
4.2.6.5. Symptômes	48

4.2.6.6.	Répartition en fonction des Habitudes alimentaires	50
4.2.6.7.	Association avec d'autres parthologies anales	50
4.2.6.8.	Résultats bactériologique	51
4.2.7.	LES CONDYLOMES ANAUX	51
4.2.7.1.	Sexe	51
4.2.7.2.	Age	51
4.2.7.3.	Sexe et Age	52
4.2.7.4.	Symptômes	52
4.2.7.5.	Classification	53
4.2.7.6.	Association	53
4.2.7.7.	Condylomes et HIV +	54
4.2.8.	LES CANCERS DE L'ANUS	55
4.2.8.1.	Sexe	55
4.2.8.2.	Age	55
4.2.8.3.	Sexe	55
4.2.8.4.	Symptômes	55
4.2.8.5.	Profession	55
4.2.8.6.	Incidence Tabac et the	56
4.2.8.7.	Trouble du transit	56
4.2.8.8.	Resultats histologiques	56
4.2.8.9.	Diagnostic des cancers de l'anus	56
4.2.8.10.1.	Examen marge anale	56
4.2.8.10.2.	Toucher rectat	57
4.2.8.10.3.	Anuscopie	58
4.2.9.	INCONTINENCE ANALE	58
4.2.10.	KYSTE PILO-NIDAL	58
5.	COMMENTAIRE ET DISCUSSION	59
5.1.	RESULTATS GLOBAUX	59
5.2.	DIFFERENTES PATHOLOGIES	59
5.2.1.	Hemorroides	59
5.2.2.	Fissures anales	59
5.2.3.	Les Anit s	59
5.2.4.	Les FISTULES anales	59
5.2.5.	Les Hémérion anales et les fistules hémérionaires	59
5.2.6.	Abces	59

5.2.7. Les Condylomes anaux	75
5.2.8. Cancer de l'anūs	76
5.2.9. L'Incontinence anale	78
5.2.10. Kyste Pilo-nidat	79
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATION	81
7. BIBLIOGRAPHIE	93
8. ANNEXE	

RESUME

Le but de notre étude a été principalement d'évaluer, au moyen de la rectoscopie, la fréquence relative à chaque pathologie de l'anوس.

Secondairement nous avons effectué une étude de chaque pathologie décelée au cours de notre enquête selon l'âge, le sexe et les facteurs socio-professionnels.

L'analyse des comptes rendus des 1036 endoscopies a donné les résultats suivant :

550 examens pathologiques (53,08 %) conduisant à la découverte de 8722 lésions anales.

La fréquence de lésions selon le nombre de cas est la suivante par ordre décroissant :

Hémorroïdes :	.....	75,63 %
Fissures :	.....	23,27 %
Anites :	.....	18,73 %
Fistules :	.....	8,36 %
Ulcération anale :	.....	3,82 %
Abcès Anaux :	.....	3,27 %
condylomes :	.....	2,18 %
Cancers Anaux :	.....	9,64 %
Incontinence anale :	.....	0,73 %
Kyste pilonidal :	.....	0,18 %

La pathologie anale est dominée en général par les Hémorroïdes, les fissures, les anites.

D'autres anomalies comme le cancer, le kyste sont rares du point de vue épidémiologique. Il ressort de notre étude que la pathologie anale est extrêmement fréquente au Mali.

La prévalence de ces lésions anales est surtout élevée chez les sujets âgés de 20 à 30 ans.

Le sex ratio relevé dans notre série est égal à 36,73.

Dans la plupart des cas de lésions décelées, une prédominance masculine est notée. L'étude de ces anomalies selon l'ethnie, la profession à montre peu de particularités.

Summary

The objective of our study has been mainly to evaluate through rectoscopy the frequency related to each pathology of the anus. Secondly we have carried out a study (survey) of each detected pathology during our investigation according to age, sex and socio-professional factors. The analysis of the reports of 1036

endoscopies has given the following results : 500 pathologic examinations (53,08 %) leading to the discovery of 822 anal lesions. The frequency of the lesions according to the number of cases is as follows decreasingly :

hemoroid	75,63 %
lessions	23,27 %
anites	18,73 %
fistules	8,36 %
ulcerations anales	3,82 %
abces anals	3,27 %
condylomes	2,18 %
cancers anals	1,64 %
Incontinence anale	0,73 %
kyste pilonidal	0,18 %

Anal pathology is generally dominated by the hemoroids the lesions and anites. Other abnormalities like the cancer, the kyste are rare (scarce) from an epidemiological viewpoint.

It has been given from our study that anal pathology is extremely frequent in Mali. The prevalence of these anal lesions is pretty high among 20 to 40 years old persons.

The sex ratio revealed in our series is equal to 56,3. In most cases of the detected lesions there has been noticed a male sex predominance. The study of these abnormalities according to age and profession has shown particularities.

1 . INTRODUCTION

Introduction

1.1 Les maladies digestives occupent une place importante dans les activités quotidiennes du médecin. Au sein d'une pathologie aussi fréquente et variée, les maladies anales sont certainement parmi les plus courantes. Leur fréquence a été déjà rapportée dans les sociétés occidentales dès le début du 20e siècle par Rivoire (J) et Richir (cl) [83]. Depuis, plusieurs études leur ont été consacrées au point qu'elles sont regroupées actuellement dans une spécialité : la proctologie.

En Afrique jusqu'à la moitié du 20e siècle, cette pathologie anale était méconnue. Cette relative rareté de la pathologie anale sous nos contrées s'explique à la fois par la gêne qu'ont les malades de parler de cette région et par les moyens d'investigation limités des praticiens. Avec l'avènement de l'endoscopie cette pathologie connaîtra un essor important. Ainsi la fréquence de ces maladies anales a été rapportée par Klotz et collaborateurs [53] au Gabon, Capdeville et coll à Tanararive [15], Djitoyap et coll. [71] au Cameroun. Au Mali très peu d'études ont été faites sur ce sujet : [91, 34, 5] Elles ont toutes été partielles, aucune d'elles n'ayant étudié de façon exhaustive la pathologie anale. En l'absence donc de données globales sur les maladies de l'anus, nous nous sommes proposé d'étudier ces affections au Mali avec comme objectifs:

Objectif général : étude de la prévalence des maladies anales au Mali.

Objectifs spécifiques :

- préciser la répartition socio-démographique des affections anales
- identifier leurs aspects anatomiques
- identifier les différentes étiologies de cette pathologie,
- déterminer si possible les étiologies de cette pathologie ou tout au moins les facteurs de risque.

2. ANATOMIE

2 - Anatomie du canal anal

2.1 Canal anal : le canal anal (fig 1) est divisé en 2 étages par la ligne pectinée. Celle-ci est constituée par le bord libre des valvules anales, replis semi-lunaires délimitant avec la paroi les cryptes de Morgagni, au fond desquelles s'abouchent les canaux d'Hermann et Desfosses. Les papilles anales sont de petites formations en dents de chat développées sur le bord libre des valvules ou dans les commissures intervalvulaires.

La portion sus-pectinée, de couleur rouge sombre, est occupée par des replis pyramidaux verticaux, les colonnes de Morgagni. Elle se continue avec la muqueuse rectale rose pâle. La portion sous-pectinée est gris bleuté. Elle comprend le pecten, puis, au-dessous, la peau d'abord lisse puis riche en poils et en glandes (marge de l'anus).

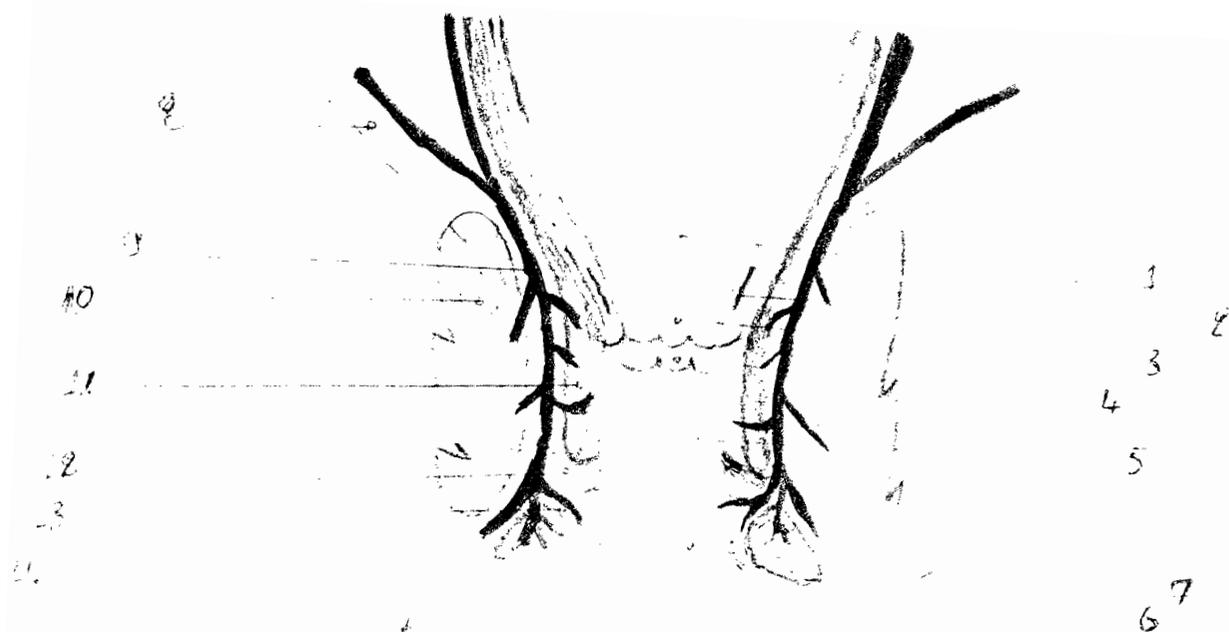
Le canal anal est entouré du système sphinctérien comprenant :

- le sphincter interne, épaissement de la couche circulaire interne lisse, et occupant les deux tiers supérieurs du canal anal ;

- le sphincter externe strié avec son faisceau sous-cutané et son faisceau profond qui se continue avec le faisceau pubo-rectal du releveur de l'anus ;

- Lors de la défécation ou en position de la taille , le sphincter externe se déplace en haut et en dehors, alors que le sphincter interne s'abaisse devant l'anneau musculaire terminal de l'anus ;

- entre les deux, la couche musculaire externe se termine en éventail



COURBE FRONTALE DU CERVICAL ANTERIEUR.

10. Nerve de la face
 11. Nerve de la face

13. Nerve de la face
 14. Nerve de la face

La partie interne de cet éventail, d'une part, traverse le sphincter interne, et d'autre part, le contourne par le bas (septum intermusculaire), avant de se fixer sur la muqueuse au voisinage de la ligne pectinée et du pecten, formant le ligament suspenseur de Parks auquel participe la submucosae ani. Ainsi sont individualisés différents espaces cellulaires dont deux intéressent la description des hémorroïdes :

- l'espace périanal sous-muqueux dans les deux tiers supérieurs du canal anal entre la muqueuse et le sphincter interne, et au-dessus du ligament de Parks : cet espace contient le plexus hémorroïdaire interne :

- l'espace périanal sous-cutané situé dans le tiers inférieur du canal anal qui contient le plexus hémorroïdaire externe.

Les deux sites sont séparés par la dépression interhémorroïdaire correspondant à l'insertion du ligament de Parks sur la muqueuse.

2.1.2 Vascularisations

2.1.2.1 Artères

Le sang artériel est conduit par les artères hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures. Les artères hémorroïdales supérieures sont des branches terminales de la mésentérique inférieure et représentent le courant prédominant aboutissant au plexus hémorroïdaire interne. Avant d'être intégrées dans le plexus sous-muqueux, les branches artérielles hémorroïdales supérieures constituent trois axes artériels principaux : gauche, antérieur droit et postérieur droit (disposition classique des paquets hémorroïdaires)

Les artères hémorroïdales moyennes sont des branches de l'artère hypogastrique, et les hémorroïdales inférieures sont des branches de l'artère honteuse interne. Accessoirement, l'artère sacrée moyenne contribue à cet apport artériel. Il existe en fait plusieurs types de vascularisations artérielles. Toutes ces artères sont richement anastomosées entre elles.

2.1.2.2 Veines

Elles constituent une anastomose porto-cave : les veines hémorroïdaires supérieures se drainent dans la veine porte par l'intermédiaire de la veine mésentérique inférieure et les veines hémorroïdales moyennes et inférieures se jettent dans la veine cave par les veines iliaques internes.

2.1.2.3. Données macroscopiques

La ligne pectinée sépare les hémorroïdes internes situées dans l'espace sous-muqueux de couleur rouge foncé, des hémorroïdes externes situées dans l'espace sous-cutané en grande partie en dehors du canal anal, recouvertes de peau glabre et lisse au niveau de la marge anale, de peau avec follicules pileux à l'extérieur. Les hémorroïdes se groupent en paquets selon l'axe du canal anal. Ces paquets sont habituellement au nombre de trois : gauche, antérieur droit, postérieur droit (fig 2) cette disposition n'est pas constante et il existe souvent un quatrième paquet postérieur ainsi que des paquets intermédiaires. Au cours de l'évolution de la maladie hémorroïdaire, les rapports entre hémorroïdes internes et externes se modifient par apparition du processus de procidence.

La dépression interhémorroïdaire perd de sa profondeur et de son étendue puis s'efface au stade 3 du prolapsus (fig 3)



2
La posición habitual de los carpianos Homínidos diferen en muchos

gama (reclutamiento)



A



B

La posición normal de los carpianos en los homínidos diferen en muchos

gama (reclutamiento)

- Posición normal de los carpianos
- Posición normal de los carpianos

B Homínidos en posición

- Posición normal de los carpianos

- Posición normal de los carpianos

- de reparación de la degeneración

T.A. Homínidos

2.1.4 Données microscopiques

2.1.4.1 Rappel histologique

La muqueuse anale est une muqueuse de type malpighien. La transition avec la muqueuse rectale, à cellules cylindriques (ligne ano-rectale), s'effectue à une hauteur variable au niveau de la zone sus-pectinée, soit brusquement, soit par l'intermédiaire le plus souvent d'un épithélium dit de transition. En bas, la muqueuse anale, non kératinisée, est progressivement remplacée par de la peau (ligne ano-cutanée de limite encore plus imprécise que la ligne ano-rectale)

La zone sous-valvulaire est riche en terminaisons sensitives libres. La muqueuse rectale, en revanche, est pauvre en terminaisons libres et organisées, donc insensible à la douleur. Ce fait doit être pris en considération pour les traitements instrumentaux qui doivent être appliqués au-dessus de la ligne pectinée et lors de la chirurgie hémorroïdaire : il convient de respecter la muqueuse sensible sous peine d'incontinence par perte de la sensibilité.

2.1.4.2 Structure des hémorroïdes

Les techniques d'exploration (méthodes anatomiques, biologiques, radioanatomiques et histologiques) ont permis une meilleure approche de la nature du tissu hémorroïdaire et de sa vascularisation. Deux éléments sont essentiels dans la structure du tissu hémorroïdaire : l'élément vasculaire et l'élément de soutien.

Les travaux sur les éléments vasculaires font ressortir deux phénomènes : la richesse et la variété des anastomoses vasculaires et l'existence de formations périvasculaires particulières

- en effet, ces études distinguent deux types de circulations :

- au niveau profond, sous-muqueux, les plexus hémorroïdaires sont constitués d'un réseau de veines présentant de nombreuses dilatations sacculiformes.

Leur structure rappelle celle d'un tissu caverneux (présence de lacs sanguins, vaisseaux dilatés à paroi épaisse avec une armature élastique, abondance des fentes vasculaires) se comportant comme un réservoir sanguin de capacité variable. Les artérioles, branches terminales de l'artère hémorroïdale supérieure, se vident directement dans le réseau veineux en formant des shunts artério-veineux à plein canal :

- au niveau superficiel, sous épithélial, il existe un réseau de capillaires unis par des shunts artério-veineux classiques de type segment d'arrêt, qui ne sont pas fonctionnels dans les circonstances basales :

- de plus, différents éléments sont en faveur de l'existence d'une régulation neuro-artério-vasculaire : la présence de pelotons nerveux périvasculaires, de cellules de type glomique et d'artérioles douées de fonctions vasomotrices.

L'étude des éléments de soutien fait intervenir deux composantes : d'une part, le tissu conjonctif riche en fibres élastiques et en fibres de collagène entourant les formations vasculaires et, d'autre part, des faisceaux de fibres musculaires composant le ligament de Parks et le muscle de Treitz (fibre unissant la muqueuse du canal anal à la muscularis submucosae ani). L'ensemble de ce tissu de soutien est organisé pour former les coussinets de l'anus de Thomson dont la disposition est celle des trois axes vasculaires verticaux : gauche, ant droit et post droit.

En conclusion, malgré les divergences et les zones d'ombre persistant dans la littérature, l'étude de la structure du tissu hémorroïdaire permet de conclure en trois points :

- il ne s'agit pas de varices mais de formation vasculaire particulière,

- ces formations sont anatomiquement normales : en effet, Thomson a montré que les hémorroïdes disparaissent dès la naissance et qu'elles reparaissent chez l'adulte.

- ces formations sont fonctionnellement utiles : en effet, les variations de volume des coussinets, grâce à la présence d'un tissu érectile de capacité variable, modulée par un système régulateur neurovégétatif, permettent de faire jouer un rôle aux formations hémorroïdaires dans l'occlusion du canal anal et donc dans la continence fine. De plus, la situation particulière de cette vascularisation, au carrefour de vastes territoires sanguins pourrait lui conférer dans certaines conditions pathologiques un rôle vicariant.

3. METHODOLOGIE

3 Méthodologie

3.1 Les malades :

Notre travail est une étude prospective. Il s'est déroulée de février 1992 à janvier 1993 dans les centres d'endoscopie digestive des Hôpitaux du Point G et de l'Hôpital Gabriel TOURE. Les malades sont adressés par les praticiens des trois hôpitaux nationaux (Point.G, Kati, Hôpital Gabriel TOURE) et par les autres formations sanitaires du district de Bamako, plus rarement par les centres de santé de l'intérieur du Mali. Le recrutement a été fait une seule fois et concerne les malades des deux sexes.

Les critères d'inclusion :

- constatation d'une pathologie anale,

Les critères d'exclusion :

- patients de passage au Mali,

3.2 Méthodes

La position genu-pectorale sur une table d'examen a été adoptée.

L'inspection de la marge anale est faite sous une lumière blanche, elle est complétée par la palpation de la marge anale avec examen soigneux des plis radiés.

Le toucher rectal (TR) est fait systématiquement avec un doigtier lubrifié, sauf en cas de douleur insupportable.

Pour l'anuscopie nous avons utilisé l'anuscope rigide de BENSAUDE et les anuscopes en plastic à usage unique, éclairés par une lumière froide blanche.

L'anuscopie a été complétée par une rectoscopie jusqu'à 25 cm de la marge anale. Les malades n'ont aucune préparation spéciale, sauf quelques rares fois en présence d'une fissure anale une injection de xylocaine à 2 % pour permettre le déroulement de l'examen sans douleur. Les lésions suspectes ont été biopsiées sauf contre indication.

Les fragments sont fixés dans du formol à 10 % et envoyés au laboratoire d'anatomopathologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) de Bamako ou au PHARO à Marseille. Un bilan paraclinique a été fait dans certains cas : fissure anale, fistule anale, abcès (voir fiche d'enquête). Pour chaque malade une fiche d'enquête a été établie.

Les résultats ont été analysés par EPI INFO à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Point G au Mali.

Les tests statistiques utilisés sont : le chi 2 et le FESHER pour les petits effectifs.

On conclut pour les deux tests à une différence statistiquement significative pour une valeur de probabilité indépendante (PI) inférieure à 5 %.

4 . RESULTATS

4.1 Résultats Globaux

4 Résultats

4. 1 Résultats globaux

De février 1992 à janvier 1993 nous avons colligé 550 pathologies anales sur 1036 anorectoscopies soit 53,08 %. Elles représentent 6,31% des 8706 consultants au cours de la même période. C'est sur ces 550 patients qu'a porté notre étude.

4.1.1 Répartition selon le sexe

Sur les 550 malades, 363 sont de sexe masculin, soit 66 %, 187 de sexe féminin, soit 34 %, avec un sexe ratio de 1.94 en faveur de l'homme.

4.2 Répartition selon l'âge

Tableau 1 : répartition des malades selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
2 - 21	58	10,50
22 - 41	350	63,54
42 - 61	113	20,54
> 62	29	5,42
Total	550	100

La moyenne d'âge de nos patients était de 36,33± avec des extrêmes de 2 à 77 ans.

Le maximum de pathologie à été retrouvé entre 22 ans et 41 ans.

4.1.3 Répartition des malades selon la profession

Tableau 2 : Répartition des malades selon la profession

Professions	Effectif	Pourcentage
Commerçants	75	13,63
Cultivateurs + bergers	43	7,82
Elèves	54	9,82
Ménagères	108	19,63
Travailleurs salariés	171	31,10
Autres *	99	18
Total	550	100,00

* (sans emploi, transporteur, tailleur, bijoutier, coiffeur)

Les salariés ont été les plus affectés par les maladies anales : 31,10 % suivis des ménagères 19,63 % .

4.1.4 Répartition des malades selon l'ethnie

Tableau 3 : Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	178	32,36
Peulh	87	15,81
Sarakolé	74	13,45
Sonrhäï	46	8,36
Malinké	55	10,00
Sénoufo	17	3,10
Ouolof	14	2,54
Minianka	7	1,28
Autres	72	13,10
Total	550	100,00

Les ethnies les plus touchées sont :

- Bambara : 32,36 %
- Peulh : 15,82 %
- Sarakolé : 13,45 %

4.1.5 Les différents motifs de consultation

Tableau 4 : Motifs de consultation

Symptomatologie	Effectif	Pourcentage
Rectorragie	176	29,88
Suspicion d'hémorroïdes internes	103	17,48
Suspicion d'hémorroïdes externes	26	4,41
Syndrome fissuraire	34	5,77
Fistule	31	5,26
Douleur anale	98	16,63
Diarrhée	14	2,37
Prurit anal	10	1,70
Syndrome dysentérique	19	3,22
Constipation	7	1,18
Prolapsus hémorroïdaire	3	0,50
abcès anal ou péri-anal	6	1,01
Tumeur anale	7	1,18
Incontinence anale	3	0,50
Douleur abdominale	5	0,84
Autres *	47	8,07
Total	589	100,00

* (Séquelle de chirurgie traditionnelle, hépatomégalie, amaigrissement etc)

Le motif de consultation le plus fréquent a été la rectorragie : 29,88 %

4.1.6 Répartition selon les associations

Tableau 5: Répartition en fonction des associations

Association	Effectif	Pourcentage
Marisque -fissure	226	41,09
Hémorroïde- fissure	38	6,91
Anite- hémorroïde	46	8,36
Fissure- fistule	4	0,72
Thex*-hémorroïde interne	19	3,45
Thex*-thin.	1	0,78
Thex-anite	3	0,54
Thin-anite	1	0,18
Autres**	22	4
Absence d'association	190	34,57
Total	550	100

* Thex : thrombose hémorroïdaire externe

Thin : thrombose hémorroïdaire interne

** Hémorroïde+marisque- Hémorroïde-Abcès- hémorroïde-condylomes

La fréquence de l'association marisque fissure est plus élevée soit 41,09 %

Les associations thrombose externe et thrombose interne sont rares de même que thrombose interne et anite:0,18 %.

4.1.7 Répartition des pathologies anales en fonction du mode de vie

Tableau 6 Répartition en fonction du mode de vie.

Habitudes	Effectif	Pourcentage
Thé et ou café	417	43,58
Tabac	173	18,08
Alcool	28	2,92
Epices	178	18,59
Sport	37	3,87
Gros mangeurs	26	2,72
Contraceptifs oraux	18	1,89
Cola	60	06,26
Position assise au travail	20	02,09
Total	957*	100,00

* Un patient peut être consommateur de plusieurs toxiques.

Parmi nos malades les consommateurs de thé et ou café ont été plus fréquents soit 43,58 %, suivis par les consommateurs d'épices et tabac. La fréquence des patients qui travaillent assis et les consommateurs de pilules était faible soit 2,09 % et 1,89 %

4.1.8 Répartition des pathologies anales par rapport aux troubles du transit

Tableau 7 : Répartition en fonction des troubles du transit

Troube du transit	Effectif	Pourcentage
Constipation	326	59,27
Diarrhée	104	18,91
Aucun	120	21,82
Total	550	100,00

La fréquence de la constipation a été très élevée soit 59,27 % .

Plus de la moitié de nos patients se plaignaient de constipation.

La diarrhée a été moins fréquente soit 18,91 %

4.1.9 Pathologies rencontrées

Tableau 8 : Pathologies rencontrées

Pathologies	Effectif	Pourcentage
Hémorroïdes	416	50,61
Fissures	128	15,57
Anites	103	12,53
Marisques	64	7,78
Fistules	46	5,60
ulcérations anales	27	2,55
Abcès anal	18	2,19
Condylomes	12	1,46
Cancers anals	9	1,09
Incontinence anale	4	0,48
Kyste pilonidal	1	0,14
Total	822*	100

* Un malade pouvait avoir plusieurs pathologies.

La pathologie la plus fréquente a été les hémorroïdes retrouvées dans 416 cas.

Les fissures et les anites suivent les hémorroïdes.

Un seul cas de kyste pilonidal a été retrouvé.

4.2 ETUDES ANALYTIQUES DES DIFFERENTES PATHOLOGIES ANALES

4.2 Etude analytique des différentes pathologies anales

4.2.1 Les hémorroïdes

Les hémorroïdes ont été décélées dans 416 cas sur 550 pathologies anales (75,63 %). Elles représentent (40,15 %) des examens proctologiques.

4.2.1.1 Répartition des hémorroïdes en fonction du sexe

Les hémorroïdes tout stade confondu ont été rencontrées chez l'homme dans 290 cas (69,71 %) et chez la femme dans 126 cas (30,29 %).

Le sexe ratio est de 2,30 en faveur de l'homme.

4.2.1.2 Répartition des hémorroïdes en fonction de l'âge

Tableau 9 : répartition selon l'âge

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
2 - 21	26	6,25
22 - 41	255	61,30
42 - 61	114	27,40
62 - 77	21	5,05
Total	416	100,00

Le maximum des hémorroïdes a été constaté entre 22-41 ans. L'âge moyen des malades était de 36,33± ans avec des âges extrêmes de 2-77 ans.

Les hémorroïdes étaient rares avant 20 ans et après 60 ans.

4.2.1.3 Répartition des hémorroïdes en fonction du sexe et âge

Tableau 10 : Répartition selon le sexe et l'âge

Age	Sexe				Total	
	Feminin	%	Masculin	%		
2 - 21	14	11,11	12	4,14	26	6,25
22 - 41	89	70,63	166	57,24	255	61,30
42 - 61	19	15,08	95	32,76	114	27,41
62 - 77	4	3,18	17	5,86	21	5,05
Total	126	100,00	290	100,00	416	100,00

La fréquence des hémorroïdes était élevée entre 22-41 ans (61,30 %) dans les 2 sexes avec une fréquence plus élevée chez les Femmes (70,63 %) que chez les Hommes (57,24 %).

: P = 0.00012

Chi2 = 20,67918

nombre de degré de liberté : 3

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux variables.

4.2.1.4 Répartition des hémorroïdes en fonction des principaux symptômes

Tableau 11 : Les principaux symptômes.

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Rectorragie	227	39,34
Douleur anale	215	37,26
Prurit anal	135	23,40
Total	577 *	

* plusieurs symptômes sont parfois associés au même malade.

La rectorragie a été le symptôme le plus fréquent au cours des hémorroïdes soit 39,34 % de l'ensemble des symptômes rencontrés. Elle a été suivie par la douleur anale qui représente 37,26 %.

4.2.1.5 Fréquence des hémorroïdes selon la profession

Tableau 12: Répartition selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Salariés *	136	32,69
Ménagères	66	15,87
Commerçants	62	14,90
Elèves + Etudiants	34	8,17
Cultivateurs + Eléveurs	40	9,6
Autres	78	18,75
Total	416	100,00

* (fonctionnaires et ouvriers)

Notre étude a révélé une fréquence élevée des hémorroïdes chez les salariés : 32,69 % des cas.

4.2.1.6 Fréquence des hémorroïdes en fonction de l'ethnie

Les hémorroïdes sont plus fréquentes chez les Bambara soit 31,25 %

4.2.1.7 Incidence des hémorroïdes selon les habitudes alimentaires

Tableau 13 : incidence selon les habitudes alimentaires

Habitudes	Effectif	Pourcentage
Thé et ou café	305	50
Tabac	137	22,46
Alcool	23	3,77
Epices	132	21,64
Contraceptifs oraux	13	2,13
Total	610*	100,00

* Un patient peut être consommateur de plusieurs toxiques.

La consommation de thé et ou café a été fréquemment rencontrée (50), le tabagisme a été retrouvé dans 22,46 % des cas, l'alcoolisme a été rare (3,77 %) de même que les contraceptifs oraux (2,13 %).

4.2.1.8 Incidence des troubles du transit sur les hémorroïdes

La constipation a été rencontrée dans 271 cas soit 65,14 % et la diarrhée dans 53 cas soit 12,74%. Dans 92 cas (22,12 %) il n'existe aucun trouble du transit.

4.2.1.9 Fréquence selon la localisation des hémorroïdes

Les hémorroïdes internes ont été retrouvés dans 376 cas soit 90,38 % de l'ensemble des hémorroïdes et 50,40 % de la pathologie anale.

Les hémorroïdes externes ont été rencontrées dans 40 cas soit 9,62 % des hémorroïdes.

4.2.1.10 Complication des hémorroïdes

Les complications hémorroïdaires ont été retrouvées dans 82 cas soit 19,71 % de l'ensemble des hémorroïdes. Les hémorroïdes externes thrombosées ont été les plus fréquentes : 41,46 %. 29 cas de thromboses internes (35,57 %), le prolapsus dans 19 cas soit 23,17 %

4.2.1.11 Fréquence des complications des hémorroïdes en fonction du sexe

Tableau 14 Répartition selon les complications et le sexe

Complications	Sexe				Total	
	Féminin	%	Masculin	%	Total	%
Thromboses internes	7	8,54	22	26,83	29	35,37
Thromboses externe	8	9,75	26	31,71	34	41,46
Prolapsus hémorroïdaires	5	6,10	14	17,07	19	23,17
Total	20	24,39	62	75,61	82	100,0

$\chi^2 = 5,28$ ddl = 2 P = 0,97

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables.

Au sein des deux sexes les thromboses hémorroïdaires externes ont été plus fréquentes : 8 cas sur 20 complications (40 %) chez la femme contre 26 cas sur 62 complications (42 %) chez l'homme.

4.2.1.12 Répartition des complications des hémorroïdes en fonction de l'âge

Tableau 15 : complications en fonction de l'âge

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
2 - 21	3	3,66
22 - 41	53	64,63
42 - 61	17	20,73
62 - 77	9	10,98
Total	82	100,00

Les complications des hémorroïdes ont été plus fréquentes entre 22 - 41 ans (64,63 %).

4.2.1.13 Répartition complication des hémorroïdes en fonction du sexe et l'âge

Tableau 16 : répartition selon le sexe et l'âge

Age	Sexe				Total	
	Feminin	%	Masculin	%	Total	%
2 - 21	1	1,22	2	2,44	3	3,66
22 - 41	14	17,07	39	47,56	53	64,63
42 - 61	3	3,66	14	17,07	17	20,73
62 - 77	2	2,44	7	8,54	9	10,98
Total	20	24,39	62	75,61	82	100,00

Les complications hémorroïdaires ont été fréquemment rencontrées entre 22 - 41 ans (64,63 %) dans les 2 sexes,

$P = 0,87$ Degré de liberté : 3

$Ch2 : 0,6900$

La différence n'est pas statistiquement significative

4.2.1.14 Incidence des troubles du transit sur les complication des hémorroïdes

La constipation a été le symptôme le plus fréquent : 47 cas soit 57,32%, la diarrhée a été retrouvée dans 13 cas soit 15,85%; dans 22 cas aucun trouble du transit n'a été constaté soit 26,83%

4.2.1.15 Incidence des complications des hémorroïdes internes en fonction des habitudes alimentaires

Tableau 17 : complications hémorroïdes internes et habitudes alimentaires

Habitudes	Effectif	Pourcentage
Thé et ou café	35	44,88
Tabac	20	25,64
Epices	16	20,51
Contraceptif oral	1	1,28
Alcool	6	7,69
Total	78	100,00

Les complications des hémorroïdes internes comme thromboses et prolapsus étaient plus fréquentes chez les consommateurs de thé et tabac (44,88 %) par contre la fréquence de ces complications a été faible chez les femmes sous contraceptifs oraux (1,28).

NE : 2 thromboses internes ont été rencontrées au cours de la grossesse.

4.2.1.16 Fréquence des hémorroïdes internes en fonction des stades

Tableau 18 : Stade des hémorroïdes internes.

Stade	Effectif	Pourcentage
Stade I	226	68,90
Stade II	86	26,22
Stade III	16	4,88
Total	328	100

Le hémorroïdes internes au stade I ont représenté la moitié des cas soit 68,90 %, le stade III a été rarement rencontré.

4.2.1.17 Durée d'évolution des hémorroïdes
(interne, externe thrombose interne, prolapsus)

Tableau 19 : Durée d'évolution

Durée	Effectif	Pourcentage
0 - 2 mois	274	65,86
3 - 6 mois	23	5,52
6 - 12 mois	25	6,00
1 - 5 ans	33	7,93
> 5 ans	9	2,16
Inconnu	52	12,50
Total	416	100,00

La durée entre le début de la première crise et le diagnostic des hémorroïdes était connue dans 364 cas soit 87,50 % . La grande majorité des malades se sont présentés à la consultation au cours du 1er mois de la crise.

4.2.1.18 Répartition des hémorroïdes non compliquées en fonction du siège

Tableau 20 : Siège

Siège	Effectif	Pourcentage
5 heures	14	4,19
6 h - 12 h	9	2,69
5 h - 7 h	14	4,19
3 h - 6 h	7	2,10
3 h - 5 h	5	1,50
12 h - 3 h	5	1,50
3 h	6	1,70
7 h	4	1,20
5 h - 9 h	7	2,10
1 h - 3 h	3	0,90
3 h - 7 h	5	1,50
3 h - 9 h	5	1,50
6 h - 9 h	5	1,50
9 h - 12 h	3	0,90
5 h - 7 - 9 h	4	1,20
3 h - 5 - 7 - 9 h	4	1,20
Circulaire	61	18,25
Indéterminée	107	35
Autres *	68	19,88
Total	334	100,01

* Autres localisations non représentées dans le tableau (1h, 8h, 4h, 11h, etc.)

Les hémorroïdes circulaires ont été plus représentées

Les hémorroïdes ont été fréquentes

4.2.2 Les fissures anales

Les fissures ont été rencontrées dans 128 cas sur 550 pathologies anales soit 23,27 % et ont représenté 12,35 % des examens proctologiques.

4.2.2.1 Répartition des fissures en fonction du sexe

Les fissures ont été rencontrées chez l'homme dans 61 cas (47,66 %) et chez la femme dans 67 cas (52,34 %). Le sexe ratio est de 1,09 en faveur des femmes.

4.2.2.2 Répartition des fissures en fonction de l'âge

Tableau 21 Répartition en fonction de l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
12 - 31	64	50
32 - 51	54	42,19
52 - 58	10	7,81
Total	128	100,00

Nous avons décelé une fréquence élevée des fissures entre 12 - 31 ans (50 %) et une faible fréquence entre 52 - 58 ans (7,81 %). Les âges extrêmes étaient de 12 - 58 ans avec un âge moyen de 32, 52 ans ±.

4.2.2.3 Répartition des fissures en fonction de l'âge et sexe

Tableau 22 : Répartition en fonction du sexe et L'âge

Age	Sexe				Total	
	Feminin	%	Masculin	%	Total	%
12-31	35	57,38	29	43,28	64	50
32-51	22	36,06	32	47,76	54	42,19
52-58	4	6,56	6	8,96	10	7,81
Total	61	100,00	67	100,00	128	100,00

La fréquence des fissures anales a été plus élevée chez la femme entre 12 et 31 ans (57,38 %) et chez l'homme entre 32 et 51 ans. Elle a été rare après 52 ans dans les 2 sexes.

P = 0,28102 Chi2 = 2,53

La différence n'est pas statistiquement significative.

4.2.2.4 Répartition des fissures en fonction des professions

Tableau 23 : Répartition en fonction des professions

Professions	Effectif	Pourcentage
Salariés *	31	24,21
Ménagères	36	28,12
Elèves	22	17,18
Commerçants	15	11,71
Cultivateurs + Éleveurs	7	5,46
Autres **	17	13,32
Total	128	100,00

La maladie fissuraire a été plus fréquente chez les ménagères soit : 28,12 % et les salariés (24,21 %)

* fonctionnaires et ouvriers

** (sans emploi, bijoutier, coiffeur etc...)

4.2.2.5 Répartition des fissures en fonction des ethnies

Les fissures ont été plus fréquentes chez les barbara (30,47 %) et faible chez les Minianka (0,78 %).

4.2.2.6 Symptômes

Tableau 24 : Symptômes

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Douleur anale	107	44,21
Rectorragie	86	35,53
Prurit anal	49	20,26
Total	242 *	100

* les symptômes étaient souvent associés chez un même malade.

Les symptômes les plus fréquents dans la fissure ont été la douleur (44,21 %) et la rectorragie (35,53 %).

4.2.2.7 Répartition fissure en fonction du caractère de la douleur

Tableau 25 : caractère de la douleur

Caractères	Effectif	Pourcentage
Douleur avant selles	3	2,34
Douleur au cours des selles	39	30,47
Douleur après selles	20	15,62
Douleur au début et après intervalle libre (3 tps)	45	35,16
Fissure indolore	21	16,41
Total	128	100,00

La douleur en 3 temps a été rencontrée dans 45 cas de fissures (35,16 %).

. les fissures anales indolores n'ont pas été rares.

4.2.2.8 Répartition des fissures en fonction du type de la douleur

Tableau 26 : type de la douleur

Type	Effectif	Pourcentage
Piqûre	31	24,22
Brûlure	33	25,78
Pesanteur	3	2,35
Indéterminé	61	47,65
Total	128	100,00

Les caractères de piqûre et de brûlure ont été fréquents, respectivement 24,22 % et 25,78 % .

4.2.2.9 Répartition des fissures en fonction de l'intensité de la douleur

Tableau 27 : intensité de la douleur

Intensité	Effectif	Pourcentage
Intense	29	22,66
Moyenne	27	21,10
Faible	3	2,34
Indolore	69	53,90
Total	128	100,00

La douleur a été intense dans 22,66 % de cas et d'intensité moyenne dans 21,10 % de cas.

4.2.2.10 Répartition fissure en fonction du temps de la rectorragie

Tableau 28 : Temps de la rectorragie en fonction des selles

En fonction du temps des selles	Rectorragie	
	Effectif	Pourcentage
Avant les selles	5	3,91
Après les selles	22	17,19
Au cours des selles	56	43,75
Au début et après	3	2,34
Absence de saignement	42	32,81
Total	128	100,00

La rectorragie au cours des selles a été plus fréquente 43,75 % celle survenant au début et après les selles a été rare

4.2.2.11 Incidence trouble du transit sur les fissuresTableau 29 : troubles du transit

Trouble du transit	Fissures	
	Effectif	Pourcentage
Constipation	86	67,19
Diarrhée	13	10,16
Aucun	29	22,65
Total	128	100,00

La constipation a été rencontrée dans 67,19 % des cas.

4.2.2.12 Répartition des fissures anales selon le mode de vieTableau 30 : Mode de vie

Mode de vie	Effectif	Pourcentage
Alcool	5	3,64
Tabac	30	21,90
Contraceptifs oraux	7	5,11
Thé/café	91	66,52
Traumatisme obstétrical	4	2,93
Total	137	100

La consommation du thé et du café et du tabac a été élevée chez les patients présentant une fissure anale.

4.2.2.13 Sérologie V.I.H positive à l'ELISA et résultat du BW au cours de la fissure anale.

Tableau 31 : Répartition en fonction de la sérologie

Sérologie positive à l'ELISA	Effectif	Pourcentage
HIV1+	5	3,91
HIV2+	3	2,34
HIV1 + HIV2+	3	2,34
HIV -	55	42,97
Sans résultat	62	48,44
Total	128	100,00

Nous avons eu le résultat de 66 malades avec 11 cas de positivité à l'ELISA soit 16,61 % , pour le HIV1 ou HIV2 ou les deux associés

NB : 2 cas de fissures anales avec Bordet Wasserman (BW) positif soit 1,56 % .

4.2.2.14 Répartition des fissures en fonction du siège

La localisation des fissures à 12 heures a été la plus fréquente (62,50 %) suivie de celle de 6 heures (19,53 %) les localisations internes étaient moins fréquentes.

4.2.3 Les anites

Les anites ont été décelées dans 103 cas sur 550 pathologies anales soit 18,72 % . Elles ont représenté 9,94 % des examens proctologiques.

4.2.3.1 Fréquence des anites en fonction du sexeTableau 32 : Répartition des anites en fonction du sexe

Sexe	Anites	
	Effectif	Pourcentage
Feminin	31	30,09
Masculin	72	69,91
Total	103	100,00

La fréquence des anites a été plus élevée chez les hommes (69,91 %) que chez les femmes (30,09 %). Le sex ratio est égal à 2,32 en faveur de l'homme.

4.2.3.2 Répartition des anites en fonction de l'âgeTableau 33 : Répartition des anites en fonction de l'âge

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
2 - 21	14	13,60
22 - 41	66	64,07
42 - 61	21	20,39
62 - 75	2	1,94
Total	103	100,00

Les anites ont été plus fréquentes entre 22 - 41 ans (64,07 %). La fréquence est faible entre 62 - 75 ans. Les âges extrêmes étaient de 2 - 75 ans avec une moyenne d'âge de 33,28 ans.

4.2.3.3 Fréquence des anites en fonction du sexe et l'âge

Tableau 34 : répartition des anites en fonction du sexe et l'âge

Age	Sexe					
	Féminin	%	Masculin	%	Total	%
2 - 21	6	16,67	8	11,94	14	13,60
22 - 41	25	69,44	41	61,19	66	64,07
42 - 61	5	13,89	16	23,89	21	20,39
62 - 75	0	0	2	2,98	2	1,94
Total	36	100	67	100	103	100

La fréquence des anites a été plus élevée entre 22 - 41 ans dans les 2 sexes 69,44 % chez les femmes et 61,19 % chez les hommes. $P = 0,41454$ $\chi^2 = 2,85$

La différence n'est pas statistiquement significative

4.2.3.4 Fréquence des anites en fonction de la profession

Tableau 35 : Répartition des anites en fonction de la profession

Profession	Anites	
	Effectif	Pourcentage
Salariés	34	33
Elèves	17	16,50
Ménagères	17	16,50
Commerçants	12	11,65
Cultivateurs	7	6,79
Autres *	16	15,56
Total	103	100,00

Les anites ont été plus fréquentes chez les salariés avec une fréquence à 33 %. La fréquence a été faible chez les cultivateurs (6,79 %).

* (sans emploi, blanchisseur, marchand, agriculteur, notaire, chauffeur, coiffeur).

4.2.3.5 Anites en fonction des principaux symptômesTableau 36 : Répartition des anites en fonction des symptômes

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Rectorragie	43	29,05
Douleur anale	57	38,51
Prurit anal	48	32,44
Total	148*	100

* les symptômes étaient associés chez un même malade.

La douleur anale a été le symptôme le plus fréquemment rencontré soit 38,51 % .

4.2.3.6 Anites en fonction du trouble du transitTableau 37 : Répartition des anites en fonction du trouble du transit

Trouble de transit	Effectif	Pourcentage
Constipation	49	47,57
Diarrhée	27	26,22
Aucun	27	26,21
Total	103	100,00

La fréquence de la constipation a été plus élevée dans les cas d'anites: 47,57 % .

4.2.3.7 Répartition des anites selon les habitudes alimentaires

Tableau 38 : Répartition des anites et habitudes alimentaires

Habitudes	Effectif	Pourcentage
Thé et ou café	72	45,57
Tabac	24	15,19
Alcool	4	2,53
Epices	25	15,82
Autres	18	11,34
Aucun	15	9,55
Total	158	100

La consommation de thé et ou café dans les anites a été élevée (45,57 %). Celle de l'alcool a été faible (3,88 %).

4.2.3.8 Répartition des anites selon le parasite retrouvé à l'examen des selles et scotch test

Tableau 39 : Répartition des anites selon les parasites

Parasites	Anites	
	Effectif	Pourcentage
Bilharziose S.M.	2	1,94
Oxyures	5	4,85
Amibes	8	7,77
Anguillules	2	1,94
Isospora Beli	1	0,97
Candidoses	3	2,91
Indéterminé	1	0,94
Trichomonas	1	0,94
Oeufs d'ascaris et giardia	1	0,94
Absence de parasite	79	76,80
Total	103	100

Les amibes ont été les plus retrouvées dans les selles (7,77 %) suivies par les oxyures (4,85 %).

4.2.4 Les fistules anales

Les fistules ont été rencontrées dans 46 cas sur 550 pathologies soit 8,36 % . Elles ont représenté 4,44 % de l'ensemble des examens proctologiques.

4.2.4.1 Répartition des fistules en fonction du sexe

Les fistules ont été rencontrées chez l'homme dans 34 cas (73,91 %) et chez la femme dans 12 cas (26,09 %). Le sex ratio est de 2,83 en faveur de l'homme.

4.2.4.2 Répartition des fistules selon l'âge

Tableau 40 : Répartition des fistules selon l'âge

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
20 - 39	27	58,70
40 - 59	17	36,95
60 - 75	2	4,35
Total	46	100,00

Nous avons décelé une fréquence élevée de fistules entre 20 - 39 ans (58,70 %). Elle a été faible entre 60 - 75 ans. Les âges extrêmes sont 20 et 75 ans avec un âge moyen de 37,28 ans .

4.2.4.3 Répartition des fistules en fonction de l'âge et du sexe

Tableau 41 : Répartition en fonction de l'âge et du sexe

Age (ans)	Sexe				Total	
	Féminin	%	Masculin	%	Total	%
20 - 39	9	75	18	52,94	27	58,69
40 - 59	2	16,67	15	44,12	17	36,96
60 - 75	1	8,33	1	2,94	2	4,35
Total	12	100	34	100	46	100

La fréquence des fistules a été plus élevée entre 20 - 39 ans dans les 2 sexes respectivement (75 %) chez les femmes et (52,94 %) chez les hommes.

$P = 0,20$ $\text{Chi}^2 = 3,136$

La différence n'est pas statistiquement significative

4.2.4.4 Symptômes

Tableau 42 : Répartition des fistules en fonction des symptômes

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Rectorragie	9	11,25
Douleur anale	22	27,5
Prurit	20	25
Suintement	29	36,25
Total	80	100

Les symptômes les plus fréquents ont été le suintement (36,25%), la douleur anale (27,5%) et le prurit (25%).

4.2.4.5 Répartition des fistules en fonction des professions

Tableau 43 : Répartition des fistules en fonction des professions.

Professions	Fistules	
	Effectif	Pourcentage
Salariés	20	43,48
Commerçants	4	8,70
Ménagères	7	15,22
Cultivateurs-Eleveurs	3	6,52
Elèves - Etudiants	3	6,52
Autres	9	19,56
Total	46	100,00

Une fréquence élevée des fistules a été observée chez les salariés soit 43,48%, par contre les paysans ne représentent que 6,52% et quant aux élèves, ils représentent 6,52%.

4.2.4.6 Répartition des fistules en fonction des troubles du transit

Tableau 44: Répartition en fonction des troubles du transit.

Troubles du transit	Effectif	Pourcentage
Constipation	17	36,96
Diarrhée	9	19,56
Alternance Diarrhée Constipation	4	8,70
Aucun	16	34,78
Total	46	100,00

La constipation a été fréquemment rencontrée au cours de la fistule anale (36,96 %).

4.2.4.7 Répartition des fistules en fonction des habitudes alimentaires

Tableau 45: Répartition en fonction des habitudes alimentaires.

Habitudes	Effectif	pourcentage
Thé et ou café	29	46,77
Tabac	14	22,58
Alcool	1	1,61
Epices	10	16,13
Aucun	4	6,45
Autres	4	6,45
Total	62	100

Les consommateurs de thé et ou café sont les plus fréquents (46,77 %).

4.2.4.8 Résultats bactériologiques

Tableau 46 répartition en fonction des résultats bactériologiques.

Bactéries	Effectif	Pourcentage
Entérobactéries	1	2,17
Staphylocoque	2	4,35
Coccigram + examen direct	2	4,35
Résultats stériles	3	6,52
Total	8	17,39

Sur 46 patients, 8 (17,79 %) études bactériologiques ont données : entérobactérie (2,17 %), staphylocoque (4,35 %) cocci gram positif non spécifié (4,52 %). 3 fois l'examen n'a retrouvé aucun germe (6,52 %).

4.2.4.9 Fistule et glycémie

Sur 46 fistules rencontrées, il a été décelé un seul cas de diabète (hyperglycémie) soit 2,17 %.

4.2.5 Les ulcérations anales et péri - anales, non fistuleuses

Les ulcérations anales et péri-anales ont été décelées dans 21 cas sur 550 pathologies anales soit 3,82 %. Elles ont représenté 2,03 % de l'ensemble des examens proctologiques.

4.2.5.1 SEXE

Nous avons décelé que les ulcérations anales et perianales ont été plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes respectivement 71,43 % et 28,57 %. Le sex ratio est de 1 : 1 en faveur de l'homme.

4.2.5.2 Répartition des ulcérations anales et péri-anales en fonction de l'âge

Tableau 47: Répartition en fonction de l'âge.

Age (année)	Effectif	Pourcentage
18 - 27	4	19,05
28 - 37	5	23,81
38 - 49	12	57,14
Total	21	100,00

La fréquence des ulcérations a été plus élevée entre 38 - 49 ans soit (57,14 %) avec des âges extrêmes de 18 et 49 ans. La moyenne d'âge était de 36,9.

4.2.5.3 Répartition des ulcérations anales et péri-anales en fonction du sexe et de l'âge

Tableau 48: Répartition en fonction du sexe et de l'âge.

Age (année)	Sexe				Total	
	Feminin	%	Masculin	%	Total	%
18 - 27	2	33,33	2	13,33	4	19,05
28 - 37	1	16,67	4	26,67	5	23,80
38 - 49	3	50	9	60	12	57,15
Total	6	100	15	100	21	100

Les ulcérations ont été plus fréquentes chez les hommes de 38 - 49 ans chez l'homme (60 %) que chez la femme (50 %).
 $P = 0,16$ Chi2 = 1,155

La différence n'est pas statistiquement significative.

4.2.5.4 Répartition des ulcérations anales en fonction des symptômes

Tableau 49: Répartition en fonction des symptômes.

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Douleur anale	12	41,38
Rectorragie	9	31,03
Prurit	8	27,59
Total	29	100,00

* Les symptômes sont parfois associés chez un même malade.

Les douleurs anales ont été plus fréquentes dans les ulcérations anales et péri-anales (41,38 %).

4.2.5.5 Répartition ulcérations anales et péri-anales en fonction de la profession

Tableau 50: Répartition en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Salariés	11	52,39
Ménagères	3	14,29
Cultivateurs- Bergers	2	9,52
Commerçants	2	9,52
Elève-Etudiant	1	4,76
Autres *	2	9,52
Total	21	100,00

* sans emploi, maçon.

Les ulcérations ont été plus fréquentes chez les salariés (52,39 %) et faibles chez les élèves (4,76 %).

4.2.5.6 Répartition ulcérations anales chez les sujets avec serologie HIV positive à l'ELISA

Tableau 51 répartition en fonction des serologies positives à l'ELISA.

HIV +	Ulcérations	
	Effectif	Pourcentage
HIV1 +	5	23,81
HIV2 +	4	19,05
HIV -	12	57,14
Total	21	100,00

Le test ELISA est revenu positif dans 9 cas soit 42,86%.

un malade présentait une ulcération herpétique histologiquement confirmée (4,76%) associée au VIH

un malade présentait un Bordet Wasserman positif (BW) associé au VIH

4.2.5.7 Répartition des ulcérations en fonction du siège

Tableau 52 Répartition en fonction du siège

Siège	Effectif	Pourcentage
6 heures	4	19,05
7 h	1	4,76
12 h	5	23,81
3 h	1	4,76
9 - 2 h	2	9,52
8 h	3	14,29
11 - 1 h	1	4,76
Indéterminé	4	19,05
Total	21	100,00

Les ulcérations anales et péri-anales ont été plus nombreuses à 12 heures (23,81 %) et à 6 heures (19,05 %). Les autres sièges ont été moins fréquents.

4.2.6 Suppurations aiguës (abcès aiguës)

Nous avons décelé 18 abcès sur 550 pathologies anales soit 3,27 %. Ils ont représenté 1,74 % de l'ensemble des examens proctologiques..

4.2.6.1 Répartition abcès en fonction du sexe

La fréquence des abcès a été plus élevée chez les hommes que chez les femmes respectivement 72,22% et 27,78% ; le sex ratio est de 2,6 en faveur de l'homme.

4.2.6.2 Répartition des abcès en fonction de l'âge

Tableau 53 : Répartition en fonction de l'âge.

Age (ans)	Abcès	
	Effectif	Pourcentage
20 - 29	8	44,44
30 - 39	5	27,78
40 - 49	3	16,67
> 50 et plus	2	11,11
Total	18	100,00

Les abcès ont été plus fréquents au jeune âge entre 20-29 ans soit 44,44 % ; ils ont été rares après 50 ans. Les âges extrêmes ont été de 20 et 84 ans. La moyenne d'âge était de 34,27 ans.

4.2.6.3 Répartition des abcès en fonction de l'âge et du sexe

Tableau 54: Répartition en fonction de l'âge et sexe.

Age	Sexe				Total	
	Feminin	%	Masculin	%	Total	%
20 - 29	2	40	6	46,15	8	44,43
30 - 39	1	20	4	30,77	5	27,78
40 - 49	1	20	2	15,38	3	16,67
50 - 54	1	20	1	0,77	2	11,12
Total	5	100	13	32,23	18	100

La fréquence des abcès a été plus élevée entre 20 - 29 ans dans les 2 sexes (46,15 %)

P = 0,86 Chi² = 0,72

La différence n'est pas statistiquement significative

4.2.6.4 Répartition des abcès en fonction de la profession

Tableau 55 : Répartition des abcès en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagères	2	11,11
Cultivateurs + Bergers	4	22,22
Salariés	5	27,78
Elèves	1	5,56
Autres *	6	33,33
Total	18	100,00

* Electriciens, Maçons, Chauffeurs, Mécaniciens, Photographes, Boulangers.

Les abcès ont été plus fréquents chez les salariés et les cultivateurs.

4.2.6.5 Répartition des abcès en fonction des symptômes

Tableau 56 : Répartition des abcès en fonction des symptômes

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Douleur	13	39,39
Constipation	8	24,24
Prurit	5	15,15
Diarrhée	4	12,12
Rectorragie	3	9,09
Total	33	

La douleur a été le symptôme le plus fréquent au cours des abcès (39,39 %). Après la douleur venait la constipation. La rectorragie a été rarement associée à l'abcès.

4.2.6.6 Répartition des abcès en fonction des habitudes alimentaires

Tableau 57 : Répartition des abcès en fonction des habitudes alimentaires.

Habitudes alimentaires	Effectif	Pourcentage
Thé et ou café	12	46,15
Tabac	7	26,92
Epices	3	11,54
Alcool	2	11,54
Cola	2	7,70
Total	26	100

Le thé était le plus fréquemment consommé chez nos malades (46,15 %). Les autres excitants sont moins consommés dans notre série.

4.2.6.7 Abcès et association avec d'autres pathologies anales

Tableau 58 : Répartition en fonction des autres pathologies anales

Associations	Effectif	Pourcentage
Hémorroïdes	4	22,22
Anites	2	11,11
Cancers de l'anus	1	5,56
Fissures	2	11,11
Absence d'anomalie	6	30
Total	18	100

Notre étude a montré que les abcès sont plus fréquents chez les malades hémorroïdes (22,22 %), anites (11,11 %) et cancers (5,56 %).

4.2.6.8 Abcès et résultats bactériologiques

Nous n'avons reçu que 2 résultats d'examen bactériologiques de pus. Dans les 2 cas, seul le staphylocoque auréus a été isolé.

4.2.7 Les condylomes anaux

Nous avons recensé 12 condylomes anaux sur 550 pathologies soit 2,18 %. Ils ont représenté 1,16 % de l'ensemble des examens proctologiques.

4.2.7.1 Répartition des condylomes en fonction du sexe

Les condylomes ont été plus fréquents chez l'homme (83,33%), que chez la femme (16,67 %). Le sex ratio est de 5 en faveur de l'homme.

4.2.7.2 Répartition des condylomes en fonction de l'âge

Tableau 59 : Répartition en fonction de l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
19 - 28	4	33,33
29 - 38	4	33,33
39 - 48	2	16,68
49 - 58	1	8,33
59 - 70	1	8,33
Total	12	100,00

Les condylomes étaient plus fréquents entre 19 - 28 et 29 - 38 ans (33,33 %), leur fréquence diminue après 39 ans (8,33%, la moyenne d'âge était de 36 ans) et des ages extrêmes de 19 - 70 ans.

4.2.7.3 Répartition des condylomes en fonction du sexe et l'âge

Tableau 60 : Répartition en fonction du sexe et de l'âge

Age	Sexe				Total	
	Feminin	%	Masculin	%	Total	%
19 - 28	0	0	4	40	4	33,33
29 - 38	1	50	3	30	4	33,33
39 - 48	0	0	2	20	2	16,67
49 - 58	1	50	0	0	1	8,33
59 - 70	0	0	1	10	1	8,33
Total	2	100	10	100	12	100

Les condylomes ont été rencontrés chez la femme entre 29 - 38 ans et 49 - 58 ans et chez l'homme entre 19 - 28 ans.

$$P = 0,15 \quad \text{chi}^2 = 6,6$$

La différence n'est pas statistiquement significative

4.2.7.4 Répartition des condylomes en fonction des symptômes

Tableau 61 : Répartition en fonction des symptômes

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Prurit anal	8	66,68
Rectorragie	3	25
Douleur	4	33,34
Constipation	6	50
Diarrhée	2	16,68
Total	23	100

Le symptôme le plus fréquemment rencontré en rapport des condylomes a été le prurit (66,68 %). Parmi de la constipation (50 %). Les autres signes sont rares. Les douleurs sont rares.

4.2.7.5 Classification des condylomesTableau 62 : classification des condylomes

Classes	Effectif	Pourcentage
Condylomes isolés	7	58,33
Condylomes acuminés	5	41,67
Total	12	100,00

Les condylomes isolés ont été plus fréquents (58,33 %) que les condylomes acuminés (41,67 %).

4.2.7.6 Associations des condylomes avec les autres pathologiesTableau 63 : répartition en fonction des associations

Associations	Effectif	Pourcentage
Condylomes + hémorroïdes	9	64,28
Condylomes + fissures	1	7,14
Condylomes + anites	1	7,14
Condylomes + marisques	1	7,14
Condylomes HIV-	2	14,28
Total	14	100

* Un malade pouvait avoir plusieurs associations. Les condylomes étaient fréquemment associés aux hémorroïdes, les autres associations étaient rares.

4.2.7.7 Condylomes et serologie VIH positive

Nous avons trouvé 2 cas de sérologie VIH positive à l'ELISA avec présence de condylomes au niveau péri-anal soit 16,67%. La majorité de nos condylomes avaient une localisation au niveau de la marge anale ou péri-anale, 8 cas soit 66,67 % contre 4 cas au niveau du canal anal soit 33,33 %.

Il faut noter que les cas de condylomes n'ont pas bénéficié d'examen gynécologique.

4.2.8 Les cancers de l'anus

Nous avons recensé 9 cancers de l'anus sur 550 pathologies soit 1,63 %. Ils ont représenté 0,87% de l'ensemble des endoscopies basses.

4.2.8.1 Répartition cancer anal et sexe

Le cancer anal a été plus fréquent chez la femme que chez l'homme, respectivement 55,56 % et 44,44 %, le sex ratio est de 0,80 en faveur de la femme.

4.2.8.2 Répartition cancers de l'anus en fonction de l'âge

La fréquence des cancers a été plus élevée entre 34 - 43 ans (33,33 %) et 54 - 67 ans (33,34 %), elle a été faible entre 44 - 53 ans (11,11 %). Les âges extrêmes sont de 24 et 67ans avec une moyenne d'âge de 44,78 ans.

4.2.8.3 Répartition tumeurs anales selon l'âge et le sexe

La fréquence des tumeurs anales a été plus élevée entre 34 - 43 ans et 54 - 67 ans chez la femme (40 %) que chez l'homme pour les mêmes classes d'âge (25 %)

4.2.8.4 Répartition cancers du canal anal et symptômes

Le symptôme le plus fréquent a été la douleur anale (100 %) suivie de la rectorragie (66,67 %).

4.2.8.5 Répartition des cancers en fonction de la profession

La fréquence des cancers a été plus élevée chez les salariés (44,44 %) et les managers (44,44 %) elle est faible chez les cultivateurs (11,11 %).

4.2.8.6 Incidence du tabac et du thé sur le cancer anal

La consommation du tabac et du thé a été élevée, respectivement 44,44 % et 55,55 %.

4.2.8.8 Répartition des cancers anaux en fonction des troubles du transit

La fréquence de la constipation a été plus élevée chez nos malades (66,67 %) que celle de la diarrhée (22,22 %).

4.2.8.9 Répartition des cancers de l'anus en fonction des résultats histologiques

Les 9 biopsies montrent une fréquence élevée des cancers épidermoïdes (33,33 %) par rapport aux carcinomes liberkuniens ano-rectaux (22,22 %). 4 cas où les résultats sont non spécifiques (44,45 %). Au total 5 cas de carcinomes confirmés.

4.2.8.10 Diagnostic des cancers de l'anus

4.2.8.10.1 Examen de la marge anale : l'examen de la marge anale a permis le diagnostic des 4 cas de cancers de l'anus sous forme de masse bourgeonnante, irrégulière, extériorisée, et hémorragique dans certains cas avec béance anale dans d'autres cas.

Tableau 64 : Resultat de l'inspection de la marge anale

Clinique	Effectif	Pourcentage
Masse bourgeonnante hémorragique	1	11,11
Masse bourgeonnante avec béance anale	2	22,22
Masse bourgeonnante sténosante	1	11,11
Normale	5	55,56
Total		100,00

Les cancers de l'anus entraînant une béance anale ont été plus fréquents (22,22 %)

4.2.8.10.2 Toucher rectalTableau 65 : Resultat du toucher rectal + palpation

Cancers	Effectif	Pourcentage
Masse circulaire irrég. dure douloureuse	4	44,45
Masse dure face ant*	1	11,11
Masse ant. latérale droite	2	22,22
Masse irrégulière post*.	1	11,11
Indéterminé	1	11,11
Total	9	100,00

* Ant : antérieur Post : postérieur

* La palpation abdominale à la recherche d'adenopathie inguinales a été effectuée systématiquement chez nos malades, 6 cas avec adenopathie inguinales bilatérales et unique ont été retrouvés soit 66,66%.

Le toucher rectal a permis de diagnostiquer 8 cancers sur 9 soit 88,88 %. Les masses circulaires ont été fréquentes (44,44 %).

4.2.8.10.3 AnuscopieTableau 66 : Resultat de l'anuscopie

Résultats	Effectif	Pourcentage
Masse irrégulière saignotante et sténosante	4	44,45
Masse ant. non caractérisée	1	11,11
Masse post. non caractérisée	1	11,11
Masse bourgeonnante à bords épais	2	22,22
Indéterminé	1	11,11
Total	9	100,00

La sténose du canal anal par la tumeur était plus fréquente (44,44 %).

4.2.9 Incontinence anale

Les incontinenances anales ont été décelées dans 4 cas sur 550 pathologies anales (0,73 %). Elles ont représenté (0,38%) des examens proctologiques.

Ces 4 cas d'incontinence anale sont décelés chez la femme avec des âges extrêmes de 30 à 64 ans. La moyenne d'âge est de 48,5 ans.

Le principal symptôme est la diarrhée soit 50%. Les autres symptômes sont rares: constipation, rectorragie

4.2.10 Le kyste pilo - nidal

Un seul cas de kyste pilo - nidal a été détecté sur 550 pathologies anales (0,18 %). Il a représenté (0,09 % de l'ensemble des examens proctologiques

Notre seul cas de kyste pilo - nidal est retrouvé chez une femme de 40 ans qui a consulté pour saignement périméridien et prurit.

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5 Commentaires et discussion

5.1 : RESULTATS GLOBAUX.

De février 1992 à janvier 1993 nous avons colligé 550 pathologies anales sur 1036 endoscopies basses soit 53,08%. Cet effectif (pathologies anales) représente 6,31 % des 8706 consultations au cours de la même période.

La bactériologie des fistules et des suppurations aiguës (abcès), souhaitée n'a pu être obtenue dans tous les cas, par ailleurs certaines biopsies sont égarées et la virologie (herpes, C.M.V...) dans les ulcérations anales n'a pu être effectuée faute de moyen. Les sérologies positives, à l'ELISA pour le VIH1 et le VIH2 ne sont pas confirmées par manque de réactif pour le western blot.

Cet échantillon malgré ses limites reflète néanmoins la fréquence de la pathologie anale à Bamako.

La pathologie anale dans notre étude est fréquente car elle est rencontrée dans 53,08 % des examens proctologiques. Pour DIALLO et coll. [34] la pathologie ano-rectale représente 45,20 % des endoscopies basses. N'DJITUYAP et coll. [71] rapportent 576 pathologies ano-recto-coliques sur 720 endoscopies basses soit 80 %. CAPDEVILLE [15] au cours de 268 endoscopies ano-rectales rapporte une fréquence de la pathologie anale à 17,39 %. KLOTZ (F) et coll. [54] sur 405 endoscopies ano-rectales détectent 156 pathologies soit 38,52%

De toutes ces études, il ressort que la pathologie anale est un motif fréquent de consultation. La fréquence de cette pathologie dans notre série est probablement sous estimée car de nombreux malades ne se présentent pas en consultation pour des raisons de pudeur.

La prédominance du sexe masculin retrouvée dans notre série (66 %) est rapportée par d'autres études sur la pathologie ano-rectale (64,7%) cette fréquence chez l'homme peut être expliquée par son activité et la consommation de toxiques plus fréquente dans ce sexe. Lesquels interviennent dans le déterminisme de certaines maladies.

Un biais de recrutement n'est pas exclu, car l'homme consulte plus facilement que la femme pour la pathologie anale.

La tranche d'âge de 22 - 41 ans contient le maximum de malades, fait déjà rapporté par KLOTZ et coll. (fréquence élevée entre 21 - 40 ans). Là encore cette population active est beaucoup plus toxicomane que les autres âges.

La fréquence plus élevée des maladies anales chez les fonctionnaires est rapportée par TALL [91] au cours d'une étude qui a intéressé les hémorroïdes, fissures et fistules. Ce nombre élevé des fonctionnaires peut être lié à leur attachement à la Médecine Conventionnelle, et leurs moyens leur permettent un accès facile aux substances toxiques.

L'étude ethnique montre une prédominance des Bambara mais il serait hasardeux d'interpréter ce résultat, car cette ethnie prédomine à Bamako où l'étude est menée.

Le principal symptôme évoqué par les malades au cours de notre étude est la rectorragie. Cette constatation est déjà mentionnée par beaucoup d'études [34, 43, 54, 72, 92, 89] pour lesquelles la rectorragie est le maître symptôme de la pathologie anale. La fréquence de la rectorragie est liée à la richesse vasculaire de cette région, [94, 44]. Par ailleurs ce symptôme habituellement alarmant pour le malade motive sa consultation.

Les associations de pathologies sont relativement fréquentes : hémorroïdes - anites (11,61 %) et hémorroïdes - fissures (11,24 %). La maladie faisant capuchon sur la fissure presque constamment rencontrée (66,86 %) est une notion déjà connue [64]. La fréquence des deux premières associations est constatée par TALL. Cependant LUHAMEL [19] observe une fréquence élevée de l'association hémorroïde - fissure anale au cours de son étude sur les fistules anales. L'auteur rapporte une fréquence faible de l'association hémorroïde - fissure à 11,24 %. L'association hémorroïde - fistule à 1,24 %.

Dans notre étude nous retrouvons que la consommation de thé et ou café, de tabac et épices est fréquente respectivement à 43,58 %, 18,08 % et 18,59 %. Le rôle des facteurs déclenchants comme le thé et ou le café, l'alcool, les épices, les contraceptifs oraux etc..., est signalé par beaucoup d'auteurs dans la survenue des pathologies anales [88, 54, 43, 39].

Les troubles du transit (constipation, diarrhée) sont rencontrés chez plus de la moitié de nos patients (78,18%). La constipation est plus fréquente que la diarrhée (59,87% contre 18,91%), cette constatation se rapproche de certaines études sur les hémorroïdes, les fissures, les fistules [83, 51, 39, 35]. A cet effet la relation entre ces troubles et certaines maladies anales en l'occurrence les hémorroïdes et la fissure anale est une conception classique.

La pathologie anale la plus fréquente est l'hémorroïde (75,63%) suivies la fissure anale (23,27%) et l'anite (18,73%). Nos résultats sont superposables à ceux de N'DJITTOYAP et coll. [71], de SLOTTZ et coll. [53], de KONE [54] qui rapportent tous une prédominance des hémorroïdes au cours d'études faites sur les maladies ano-rectales. Cette fréquence des hémorroïdes dans la pathologie anale est aussi constatée par DUHAMEL [40] LIBERKIND [61] et TALL [91].

L'absence de certaines maladies (Bowen, Paget, Verneuil...) dans notre étude ne peut expliquer formellement l'inexistence de ces pathologies dans notre milieu, car notre échantillon est limité et la durée de l'étude relativement courte.

5.2.1 Les hémorroïdes

Les hémorroïdes représentent 40,15% de l'ensemble des endoscopies basses et 6,35% de l'ensemble des consultations des services de médecine interne du Point.G et de Gastro-Enterologie Hôpital Gabriel TOURE où l'étude est faite. Ces fréquences sont respectivement de 22,06 % et 4 % dans la série de Tall [91] portant sur les hémorroïdes, fissures, fistules.

Au sein de la pathologie anale, les hémorroïdes occupent le premier rang, avec une fréquence de 75,63%.

En Afrique la fréquence de la pathologie hémorroïdaire est rapportée par beaucoup d'auteurs. Ainsi pour ADDRA(B)-AMEDE GNATO et coll[1] cette affection figure parmi les plus fréquentes en consultation de proctologie et de gastro-entérologie. Cette fréquence est de 40,83% de la pathologie digestive basse pour N'Djitoyap[71], 37,28% pour Klotz et coll[53] sur la pathologie recto-sigmoïdienne. Diallo(AN) et coll[34] trouvent une fréquence plus faible à 13,03%, tout comme Capdevielle qui rapporte une fréquence à 17,53%.

Cette fréquence de la maladie hémorroïdaire pourrait s'expliquer par le mode de vie des malades, car la consommation d'excitants et d'épices est retrouvée dans des proportions considérables : thé et ou tabac 98,77% des cas alcool dans 3,78% épices dans 21,63% des cas. Or le rôle de ces substances dans le déclenchement de la crise hémorroïdaire a été longuement discuté par les auteurs [61-89-91-1]

Le deuxième facteur, le plus important, dans le déterminisme de cette pathologie est constitué par les troubles de transit (constipation surtout) retrouvés dans 324 cas (77,88%). Ce facteur mécanique à l'origine de la dilatation des plexus veineux hémorroïdaires et du déclenchement de la crise, est l'un des plus constants avec l'hérédité et le facteur hormonal (notamment la femme), dans l'étiopathogénie de cette affection. Ainsi pour Libeskind [61], il n'y a pas de doute sur le rôle de la constipation. Musicco [70] et Tall [91] rapportent tous le rôle prépondérant de la constipation dans les hémorroïdes.

Les hémorroïdes sont fréquemment rencontrées chez l'homme (69,71%) avec un sex ratio de 2,30 comparable à celui de Tall(A) : 2,75 et supérieur à celui de Klotz et coll[53] :1,81. Cette prédominance masculine a été aussi rapportée par N'Djitoyap et coll[71] au Cameroun (39,41%). Cette fréquence de la pathologie hémorroïdaire chez l'homme peut être rattachée à la plus fréquente consommation d'excitants (tabac, thé ou café ...) beaucoup plus fréquente dans ce sexe. Malgré la classique influence de la vie génitale sur cette pathologie chez la femme [61] nous l'avons trouvée moins fréquente dans ce sexe peut être pour des raisons de pudeur ,retenant surtout les femmes à consulter pour cette région.

Notre échantillon est relativement jeune puisque 61,30% des patients ont un âge compris entre 22 et 41ans. La fréquence élevée de la maladie dans cette tranche d'âge est comparable à celle de plusieurs auteurs [91-53-71]

Les hémorroïdes sont rares avant 22ans et après 60 ans puisqu'elles occupent respectivement à ces âges 6,25 % et 5,05%. Denis [23] et Libeskind rapportent tous le caractère exceptionnel des hémorroïdes avant la puberté.

Soullard et Gologher cités par Georgoulis [46] affirment que les hémorroïdes sont fréquentes chez le sujet âgé puisque pour ces auteurs une personne sur deux au dessus de 50 ans s'en plaint. La fréquence de cette pathologie chez le sujet jeune peut être expliquée par la consommation d'excitant beaucoup plus fréquente à cet âge et par les activités intenses (effort excessif) dont le rôle dans le déclenchement de la crise hémorroïdaire est rapporté [89]. On pourrait aussi évoquer un facteur hormonal puisque cette pathologie est rare avant 22 ans et après 60 ans. Cette notion est déjà signalé par Duhamel [40]

Les symptômes les plus fréquents sont la rectorragie et la douleur anale ,respectivement 54,56 % et 51,68 % des cas. La fréquence de la rectorragie est retrouvée par beaucoup d'auteurs [11, 40, 33, 23, 46]. Ce symptôme est fréquent au cours de selles : 189 cas sur 227 soit 83,26 % et après les selles dans 22 cas soit 9,69 % ; il est d'importance variable et souvent

goutte à goutte dans 60 cas soit 26,43 %, ou en jet dans 25 cas soit 11,01 %. Nous n'avons pas recensé les hémorragies au cours des associations hémorroïdes-fissures pour éviter une interférence avec la rectorragie fissuraire.

Cette fréquence de la rectorragie au cours et après les selles est signalée par beaucoup d'auteurs [14, 23, 55, 87, 89].

Les résultats selon l'ethnie ne nous paraissent pas interprétables car les proportions des différentes ethnies rencontrées sont comparables à celles de Bamako où l'étude a été menée.

Sur le plan professionnel les salariés sont plus atteints, certainement à cause de leur moyen permettant un accès facile aux substances toxiques et aussi parce qu'ils consultent beaucoup plus facilement que les autres couches, car mieux informés et sensibilisés.

La faible représentativité des élèves, des paysans et des éleveurs s'explique par l'âge des premiers (majorité avant 22 ans) et l'éloignement des seconds des centres de consultation proctologique.

Selon le siège les hémorroïdes non compliquées sont rencontrées de façon circulaire dans 61 cas (18,25 %). Les localisations à 5 h, à 9 h et 3 h sont aussi fréquentes.

Ces constatations sont voisines de celles de la littérature [54, 61, 89, 91]. Les hémorroïdes internes sont les plus fréquentes (90,38 %) notion rapportée par beaucoup d'auteurs [34, 44, 53, 71, 91]. La plupart de ces hémorroïdes internes (60,10 %) sont découvertes au stade I de la classification proposée par SUDUCA et collaborateurs [89]. Ce fait est rattaché à la précocité du diagnostic, car l'hémorragie étant le symptôme fréquent, alarme le patient qui consulte tôt. Les complications de ces groupes d'hémorroïdes (thromboses, prolapsus) ne sont pas rares : 29 cas sur 416 soit 6,97 % avec 10 cas d'hémorroïdes dites étranglées (thrombosée et prolabée) soit 2,40 %.

DUHAMEL [40] dans son étude trouve deux cas d'hémorroïde étranglée soit 1 % et 4 cas de thrombose sans prolapsus soit 2 %.

KONE [54], retrouve une fréquence plus élevée de thromboses internes 34 cas sur 457 soit 7,44 %

Dans 65,56 % des cas les sujets ont présenté leur première crise hémorroïdaire et ce dans les 2 mois ayant précédé l'examen. Par ailleurs la constatation d'une évolution de plus de 3 mois à 5 ans voire plus entrecoupée de poussés et de rémissions explique la banalité de cette affection. Pour TALL, 43,33% des sujets ont fait leur première crise depuis un an. L'association hémorroïde-anite est retrouvée dans 13,61 % des cas et hémorroïde-fissures dans 11,24 % des cas. Cette notion est signalée par Warnet Duboscq et Huguot cité par TALL. Les hémorroïdes externes thrombosées paraissent rares sur l'ensemble des hémorroïdes : 34 cas sur 416 soit 8,17%; cependant elles constituent la plus fréquente des complications hémorroïdaires (thrombose et prolapsus):41,46%. Cette fréquence élevée des thromboses externes est rapportée par Barth [4] Denis [23] et Mendesborg et coll [69] ; par contre les fréquences faibles ont été rapportées par Klotz [53] et Koné [54].

Plus de la moitié des malades présentant un accident évolutif ont des troubles du transit et ou une consommation de toxiques ; le rôle de ces facteurs paraît important dans la survenue des complications hémorroïdaires. La consommation de contraceptifs oraux et l'effectif des femmes enceintes sont très insignifiants dans notre étude pour évoquer ces 2 facteurs contrairement à Barth [5], à l'origine des complications de la maladie hémorroïdaire. Il faut remarquer la fréquence de ces complications dans le sexe masculin qui est essentiellement chez l'adulte, comme Barth [5] Sidoroff et coll [89] l'ont rapportée.

Les paquets hémorroïdaires externes sont les plus concernés, ce qui concorde avec les données de Sidoroff et coll [89].

Les hémorroïdes constituent donc une pathologie fréquente puisqu'elles occupent la première place de la pathologie anale. Les sujets jeunes du sexe masculin sont les plus vulnérables. Les troubles du transit (constipation surtout) paraissent jouer un rôle primordial au moins dans le déclenchement de la crise.

La rareté de cette pathologie aux âges extrêmes nous fait évoquer un facteur hormonal, le maître symptôme est la rectorragie et les complications ne sont pas rares.

5.2.2. Les fissures anales

En une année 128 fissures anales sont recensées correspondant à 23,27 % de la pathologie anale et 12,35 % de l'ensemble des examens proctologiques effectués au cours de la même période. La maladie fissuraire occupe ainsi la deuxième place dans la pathologie anale après les hémorroïdes. Cette fréquence est superposable à celle de TALL [91] 27,27 % d'une étude sur les hémorroïdes, fissures, fistules et de DIALLO et coll. [34] : 21,80 % de la pathologie ano-rectale.

Cette fréquence des fissures après les hémorroïdes dans la pathologie anale est rapportée par LEMOSY [57], BARTH [5], CHABANON et coll. [17] et LESECHE [58].

Cette affection rencontrée dans les 2 sexes est plus fréquente chez l'homme que chez la femme avec un sex ratio de 1,09 inférieur à celui de TALL [91] qui est de 3 en faveur de l'homme. Par contre CHABANON et coll. [17] rapportent une prédominance féminine et incriminent l'accouchement comme facteur favorisant. Dans notre série la différence de fréquence dans le sexe n'est pas significative et la légère prédominance masculine peut être rattachée au mode de recrutement.

La fissure anale est observée entre 12 - 58 ans mais surtout fréquente entre 12 et 31 ans et 32 - 51 ans. Cette constatation est comparable à celle de BARTH et coll. [5], de LESECHE [58], de DUHAMEL [39] qui rapportent tous une fréquence élevée de la maladie fissuraire entre 20 et 50 ans.

TALL rapporte une fréquence élevée de cette maladie jusqu'à l'âge de 60 ans. La rareté de cette affection dans l'enfance est déjà signalée par TALL [91], BARTH [5], LOUIS [63] et DUHAMEL [39].

La fissure anale est surtout rencontrée chez la femme entre 12 - 31 ans (57,37 %) et chez l'homme entre 32 - 51 ans (47,76 %).

Sur le plan professionnel la maladie est rencontrée surtout chez les travailleurs salariés, les ménagères et les élèves. Elle est rare chez les cultivateurs et éleveurs, peut être en raison du régime végétarien et lacté et de leur activité, avec lesquels la constipation semble moins fréquente. La fréquence de cette pathologie chez les salariés, élèves et ménagères peut-être rattachée à la sédentarité favorisant la constipation. Or cette dernière est fréquemment associée à la fissure anale (67,19 %).

Les résultats selon l'ethnie ne nous paraissent pas interprétables, car les différentes ethnies recensées au cours de l'enquête sont superposables à celles de Bamako où l'étude a été faite.

Les symptômes les plus fréquents sont la douleur et la rectorragie respectivement rencontrées dans 83,60 % et 67,18 % des cas. Beaucoup d'auteurs rapportent la douleur comme le signe le plus constant de la fissure anale [5 - 17 - 87 - 91].

Il faut par ailleurs souligner que cette douleur de type de piqûre ou de brûlure est d'intensité importante dans 22,26% et moyenne dans 24,10% ; dans 53,64% l'intensité de la douleur n'a pas été déterminée. La classique douleur en 3 temps a été rencontrée dans 35,16% des cas. Néanmoins le caractère indolent de la fissure anale est assez souvent rencontrée 16,41%. La rectorragie au cours des selles est plus fréquente 43,75%.

Les troubles du transit intestinal sont fréquemment rencontrés au cours de la maladie fissuraire. La constipation est presque constante 67,19 %. Ce facteur est cité par beaucoup d'auteurs dans l'étiopathogenie de la fissure anale [91, 57, 64]. Cette dernière serait une déchirure traumatique au passage des selles dures.

L'association fissure anale et consommation d'excitants nous paraît beaucoup plus fortuite. Aucune littérature à notre connaissance ne cite le rôle de ces facteurs dans le déterminisme de la fissure anale.

Le résultat de la sérologie VIH faite systématiquement n'est obtenu que dans 66 cas. Cette sérologie est positive 11 fois (16,67 % des résultats obtenus). Le Bordet Wasserman (BW) est positif chez 2 malades avec adénopathies inguinales bilatérales. DENIS et coll. [29] déclarent à cet effet que la fissure anale est peu fréquente dans l'infection à VIH (2 à 6 %).

Les fréquentes localisations à 12 h et 6 h respectivement 62,50 % et 19,53 % sont classiques à la maladie fissuraire [58, 5, 91, 39]. La plupart de ces auteurs rapportent un siège commissural postérieur plus fréquent. Cependant LEMOSY [56] trouve une localisation plus fréquente à 1 h ou à 11 h. Les fissures bipolaires (12 h - 6h) sont rares (3,91 % des cas) comme l'a constaté BARTH [5].

Les associations hémorroïde-fissure et marisque-fissure sont rencontrées. Pour la première association on peut évoquer les troubles du transit, notamment la constipation qui apparaît comme un facteur étiopathogénique commun aux 2 pathologies. Pour la deuxième, l'excroissance cutanée ou marisque faisant capuchon sur la fissure est une notion connue [64]. L'association fissure hémorroïde est rapportée [4,91,17].

La fissure anale est donc un motif fréquent de consultation proctologique. Elle constitue l'une des plus douloureuses des pathologies anales. La constipation est fréquemment associée à la fissure. Il n'existe pas une différence significative de la fréquence de cette maladie dans les deux sexes.

5.2.3 Les anites

Nous avons recensé en une année 103 cas d'anite correspondant à 18,72 % de la pathologie anale et 9,94 % des examens proctologiques. DIALLO et coll. [34] et KLOTTZ et coll. [53] rapportent respectivement la fréquence des anites à 10,47 % et 13,83 % des pathologies ano-rectales. Pour CAPDEVILLE, l'anite est rare (0,37 %).

Les anites sont plus fréquentes chez l'homme 59,91 %, cette affection est surtout rencontrée entre 22 - 60 ans (84,46 %). Cependant VIOLLETE [94] rapporte que l'anite n'est pas rare entre 3 - 5 ans.

La douleur (55,33 %), la rectorragie (41,75 %) et le prurit (46,60 %) sont les symptômes signalés. La fréquence du prurit peut être rattachée au moins en partie à l'association fréquente des anites à d'autres pathologies anales prurigineuses (hémorroïdes, fissures etc...) et à des parasites (oxyures, amibes etc...). DUHAMEL [37] rapporte cette fréquence de la douleur et signale que la douleur est parfois absente ou remplacée par une sensation de gêne parfois minime ou de démangeaison localisée.

Les troubles du transit sont assez souvent rencontrés au cours des anites : 47,57 % des anites sont des constipés et 26,22 % présentent une diarrhée. DIALLO [34] rapporte que la fréquence des anites est à rapprocher de celle des constipations chroniques d'origine diététique. DUHAMEL signale que les selles dures traumatisent l'anus dans la zone la plus étroite, la plus fragile et l'anus probablement blessé se rétracte.

l'égard des agressions et des infections. Ce même auteur explique que la diarrhée dans les rectites, les colites est cause des anites et cryptites par perturbation du PH ou de la flore.

L'association hémorroïde- anite est fréquente dans notre série, 46 cas sur 103 anites soit 44,66 %.

Cette fréquence est signalée par plusieurs auteurs [37, 19, 91]. WERNET DUBOSCQ cité par [91] déclare qu'il n'est pas rare de voir une anite pendant les crises hémorroïdaires.

Sur 103 cas d'anites, des parasites sont isolés dans 22 cas. Les amibes sont détectées dans 8 cas (7,77 % des anites et 36,36 % des anites parasitaires). Les oxyures représentent 4,85 %. Les autres parasites ont été faiblement rencontrés. Les associations d'anites aux parasitoses sont déjà signalées [37, 9, 34].

5.2.4 Les fistules anales

Nous avons recensé 46 fistules anales correspondant à 8,36 % de la pathologie anale et 4,44 % de l'ensemble des examens proctologiques . La fréquence des fistules anales au sein de la pathologie anale dans notre série (8,36 %) est supérieure à celle de N'DJITUYAP et coll. [71] : 3,24 % et de DIALLO et coll. [34] : 2,29 % dans des études portant respectivement sur la pathologie ano-recto-colique et ano-rectale. La prévalence de cette affection sur l'ensemble des endoscopies (4,44 %) est comparable à celle de TALL 4 %.

La prédominance masculine (73,91 %) est rapportée par certains auteurs DUHAMEL [38], TALL [91] et RHAGAVAILS cité par TALL [91]. La fréquence élevée des fistules chez l'homme peut s'expliquer en partie par le recrutement des malades .

Les fistules anales sont observées entre 20 et 75 ans avec un maximum dans les tranches d'âge de 20 - 39 ans (58,70 %) et de 40 - 59 ans (36,95 %).

Cette constatation est superposable à celle de DUHAMEL (maximum entre 30 - 60 ans) et de TALL (maximum entre 20 - 40 ans). Comme LOUIS [63] nous n'avons pas trouvé de fistules chez l'enfant.

Selon le sexe et l'âge la fistule est plus fréquente entre 20 - 39 ans quelque soit le sexe. RHAGAVAILS cité par TALL [91] a observé la fistule anale principalement chez l'homme d'âge moyen.

Le principal motif de consultation est le suintement suivi par la douleur et le prurit. La fréquence du suintement explique que la plupart des fistules sont vues à la phase d'écoulement. Ce symptôme constaté par d'autres auteurs [88 - 36] a fait dire par SOULLARD cité par TALL que l'écoulement persistant plus ou moins abondant est le motif habituel de consultation. La rectorragie peut être due aux pathologies associées à la fistule (hémorroïdes, fissures)

L'ethnie et la profession se superposent à celle des habitants de Bamako où l'étude a été menée.

Plus de la moitié de nos malades présentent des troubles du transit sous forme de constipation (36,96 %) de diarrhée (19,56 %) et d'alternance constipation-diarrhée (8,70%). TALL rapporte aussi la fréquence des troubles intestinaux pour la fistule anale. SOULLARD [87] incrimine la stase fécale dans les recessus cryptiques dans le déterminisme des fistules anales. Cependant pour DUHAMEL ces troubles ne paraissent pas jouer un rôle étiologique direct

Pour les quelques rares cas où la bactériologie est faite, le staphylocoque et l'entérocoque sont rencontrés. DUHAMEL rapporte en plus de ces deux germes le bacille et le protéus. Ces germes appartenant à la flore intestinale appuient le caractère toujours secondaire de l'origine externe de rapport à l'orifice interne. Un seul cas de gonocoque a été retrouvé, et on sait la fréquence des infections de ce type.

Mais il serait raisonnable de mener une étude de la fistule anale dans une population diabétique pour réellement apprécier la fréquence sur ce terrain.

L'association de la fistule à d'autres pathologies anales est relativement fréquente (surtout fistule et hémorroïde) comme l'a constatée DUHAMEL [38].

La fistule anale est une infection qui n'est pas rare et se voit à tout âge et dans tous les sexes, mais surtout chez l'adulte jeune.

5.2.5 Ulcérations anales et péri-anales non fissuraires

Nous avons détecté 21 cas d'ulcérations anales correspondant à 3,82 % de la pathologie anale et 2,03 % des examens proctologiques. Sur ces 21 patients, 9 présentent une sérologie V.I. H positive à l'ELISA ; soit 42,86% . La fréquence des ulcérations anales chez les immuno-déprimés a été signalée [29-30-31-80-81-56-58] Elle est comprise entre 5 % et 21 % pour DENIS et coll[30]

Les ulcérations anales sont plus fréquentes chez l'homme avec un sex ratio de 2,5 . L'étude de DENIS et coll [30] portant sur les ulcérations chez les immuno-déprimés retrouve une prédominance masculine . La fréquence de ces ulcérations chez les hommes dans notre étude pourrait être due au mode de recrutement car nous avons recensé en consultations proctologiques plus d'hommes que de femmes (4 hommes pour une femme).

Cette pathologie est surtout fréquente entre 38 - 49 ans avec des extrêmes de 18 et 49 ans, et une moyenne d'âge de 36,5 ans. DENIS et coll.[31] rapportent une moyenne d'âge comparable à la notre : 37,4 ans. La fréquence de cette affection peut être rattachée à la jeunesse de notre population ; d'autre part cette tranche sexuelle et active est concernée par des maladies sexuellement transmissibles qui sont généralement à l'origine des ulcérations anales.

La douleur est le symptôme le plus fréquent (41,98 %). DENIS et coll. rapportent que la douleur est le symptôme le plus constant quelque soit l'étiologie des ulcérations.

Les ulcérations sont creusantes, généralement uniques mais les formes multiples ne sont pas rares (28,57 %). DENIS et coll. rapportent un aspect clinique typique sous forme d'érosions ou d'ulcérations, le plus souvent multiples et extensives.

Sur le plan histologique, un cas d'ulcération herpétique est confirmé. Dans les autres cas il s'agit d'ulcérations bénignes ou non spécifiques. Le BW est positif dans un cas. DENIS et coll. [32] dans leurs études sur les ulcérations ano-rectales constatent que plus de la moitié des ulcérations sont à Herpes Virus Simplex et que c'est le type II qui est le plus généralement responsable des lésions ano-génitales. BERTELSMAN et coll. cités par DENIS [31] rapportent une prévalence d'herpès péri anal de 18 % sur une série de 225 sidéens.

Les ulcérations anales et peri-anales sont plus fréquentes à 12 h et 6 h, plusieurs autres localisations sont retrouvées.

5.2.6 Abcès aigus anaux

En une année 18 abcès sont colligés correspondant à 3,27 % de la pathologie anale et 1,74 % des examens proctologiques. Pour CAPDEVILLE [15] l'abcès anal représente 0,37 % des ano-rectoscopies. Par contre LANGHI [98], DUHAMEL [38] signalent tous que l'abcès est une affection fréquente.

Toutes les suppurations ne sont pas vues au début. La plupart des malades consultant au stade de fistule anale proprement dite. Ce fait explique la relative rareté des abcès au stade aigu dans notre étude. La suppuration anale est essentiellement rencontrée chez l'homme (100 %). Aucune étude à notre connaissance n'a rapporté la fréquence de cette affection dans le sexe.

Le maximum d'abcès est retrouvé entre 20 et 29 ans dans les deux sexes. DUHAMEL rapporte que les suppurations anales sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte. Par contre pour LOUIS, [63] les abcès et fistules de l'an us ne sont pas rares chez l'enfant. Pour cet auteur il n'y a aucune particularité clinique quelque soit l'âge , mais la récurrence doit faire évoquer une maladie de crohn.

La douleur rétrovée dans 72,22% est le maître symptôme .Elle est spontanée , aggravée par la position assise, la marche et la palpation. Cette prédominance de la douleur dans la symptomatologie des abcès de l'an us est classique [38 - 98, 63].

La constipation est rencontrée dans 44,44 % des cas et la diarrhée dans 22,22 % des cas. ZANGHI [98] rapporte que la stagnation des matières fécales détermine l'infection des glandes anales débouchant dans les cryptes, et c'est cette infection qui aboutit à la formation de l'abcès. Cependant pour DUHAMEL [38] les troubles du transit ne semblent pas jouer un rôle étiologique direct, cet auteur n'ayant constaté que 12 % de diarrhée et 16 % de constipation au cours des abcès et fistules de l'an us.

L'abcès est associée aux hémorroïdes dans 22,22 % de cas, ce qui est comparable au résultat de DUHAMEL qui en rapporte une fréquence de 25%. Cet auteur avance qu'en cas d'hémorroïdes le déplacement des bourrelets et l'irritation de voisinage peuvent entraîner le traumatisme ou l'ouverture des cryptes et des canaux des glandes qui sont les sièges de l'infection.

L'examen bactériologique n'a pu malheureusement être fait dans tous les cas, car la plupart des abcès sont vus en urgence et l'incision faite en heures ou les laboratoires ne sont pas fonctionnels. Sur les 2 résultats bactériologiques reçus le staphylocoque était le seul germe isolé. SOULLARD [64] retrouve le collibacille et le streptocoque. DUHAMEL [38] rapporte que les germes couramment rencontrés sont le collibacille, l'entérocoque, le staphylocoque, le proteus, le streptocoque, le pneumocoque, germes rencontrés dans les abcès de l'an us.

5.2.7 Les condylomes anaux

En une année 12 condylomes sont recrutés correspondant à 2,18 % des pathologies de l'anus et 1,16 % des examens proctologiques.

ORIEL et CARR et coll. cités par CONTOU [19] rapportent la fréquence des condylomes respectivement à 10 % et 22 % dans une population homosexuelle comme d'autres auteurs [2-66, 42]. Aucune homosexualité n'est retrouvée dans notre étude du moins non avoué. Les condylomes anaux sont plus fréquents chez l'homme (83,43 %) avec un sex ratio de 5 en faveur de l'homme.

Nos résultats sont comparables à ceux de PATRICE et coll. [74] qui en rapportent une fréquence de 75 % chez l'homme.

Les condylomes sont observés entre 19 et 70 ans inclus. La fréquence est plus élevée entre 19 et 28 ans (33,33%), 29 et 38 ans (33,33 %). Elle est de 40 % chez l'homme et de 50 % chez la femme aux mêmes âges.

EUVRARD CHARDONNET [42] rapportent que les adultes jeunes sont les plus touchés par les condylomes et la fréquence maximale est atteinte à 22 ans pour les hommes et 19 ans pour les femmes.

Le symptôme le plus fréquent est le prurit (66,68%), la rectorragie et la douleur sont peu fréquentes, mais nous ne pouvons affirmer que ces symptômes sont liés uniquement aux condylomes anaux, car ceux-ci sont le plus souvent associés aux hémorroïdes, fissures, anites, fistules etc...

Pour CONTOU [19] ces lésions sont souvent asymptomatiques mais peuvent donner lieu à un suintement ou un prurit, plus rarement des rectorragies et des douleurs.

Les condylomes anaux isolés sont retrouvés dans 58,33 % des cas. Ces résultats diffèrent de ceux de PATRICE et coll[74] qui trouvent dans un échantillon de 18 hommes et 6 femmes des lésions profuses.

L'association condylomes - hémorroïdes est fréquente dans notre série (75 %), les autres associations sont rares. Dans 2 cas de condylomes la sérologie VIH est positive (16,67%). EUVRARD et Coll [42] a trouvé des condylomes anaux et péri-anaux chez des patients infectés par le virus VIH en majorité homosexuels. D'autres auteurs signalent l'association condylome-cancer [72 - 74 - 79 - 95 - 96].

La localisation péri-anales est plus fréquente (66,67 %) qu'au niveau du canal anal (33,33 %). PATRICE et coll. rapportent une localisation marginale ou péri-anales dans 20 cas associée à des éléments intra-canalaires dans 13 cas. Pour CONTOU les condylomes acuminés siègent surtout au niveau de la marge anale, visibles au déplissement mais se développent également à l'intérieur du canal anal.

5.2.8. Cancer de l'anus

Le cancer de l'anus est une maladie rare : 9 cas sur 550 pathologies anales soit 1,63 %. Ce cancer correspond à 0,87 % de l'ensemble des examens proctologiques. La rareté de cette affection est rapportée par plusieurs auteurs [18 - 43 - 49 - 79 - 82 - 83 - 86]. Pour KLOTZ et coll. le cancer de l'anus représente 0,25 % de la pathologie ano-rectale et pour MARTI [67], il représente 1 à 6 % des cancers digestifs bas situés dans la littérature.

Même si la prédominance féminine n'est pas significative (5 femmes pour 4 hommes dans notre série) la plupart des auteurs rapportent que le cancer de l'anus est une maladie de la femme avec un rapport d'incidence de 4 femmes pour 1 homme [43-67-81]. Cette fréquence est due à ce que la femme est théoriquement moins exposée aux facteurs généralement incriminés dans les cancers (alcool, tabac, etc.). Il peut intervenir un rôle hormonal (estrogènes) [87].

L'âge moyen de nos malades est de 45 ans avec des extrêmes de 24 à 67 ans. Plusieurs auteurs [9 - 43 - 47 - 82 - 86] rapportent une moyenne d'âge comprise entre 60 et 70 ans. Pour MARTI [67], 80 % des cancers du canal se développent chez le sujet de plus 60 ans et 50 % des cancers de la marge chez les moins de 50 ans.

La fréquence de cette affection chez le jeune dans notre étude peut être rattachée au moins en partie à la jeunesse de notre population.

La douleur est le maître symptôme rencontrée chez tous nos malades, suivie de la rectorragie dans 66,67 % des cas. La fréquence de la douleur est rapportée par SCHLIENGER et coll. [81] et par FATTORUSSO et coll. [43], tandis que d'autres auteurs trouvent la rectorragie au premier plan suivie de la douleur [45 - 47 - 67]. La constipation, la diarrhée et le prurit sont aussi rencontrés.

MARTI [67] et LEGER et coll. [55] déclarent que les signes non spécifiques d'alarme dans les cancers de l'anus peuvent être : hémorragie, faux besoins, alternance, constipation et de diarrhée.

La maladie est plus fréquente chez les salariés 44,45 %, probablement à cause de leur attachement à la médecine conventionnelle motivant plus facilement leur consultation. La consommation de thé et ou café et de tabac est retrouvée respectivement dans 55,56 % et 44,44 %. Le rôle du tabac et de l'alcool (non retrouvé dans notre série) a été signalée par HOLLY [49] SCHLIENGER et [86].

Les 9 cancers sont biopsiés, dans 4 cas le résultat de l'anatomo-pathologie. n'est pas spécifique, 5 cas sont histologiquement confirmés ; le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent. Cette forme est la plus habituelle, 2 cas d'adeno-carcinome liberkunien sont decelés. Le carcinome glandulaire de l'anus se développerait au dépend des ectopies des cellules glandulaires au niveau de l'anus. Il faut signaler que six malades avaient une adénopathie inguinale dont trois bilatérales et trois unilaterales. FATTARUSSO et coll [43] dans leur étude sur le cancer avait trouvé une fréquence élevée des adénopathies bilatérales. Quant à HADDAD et coll [48] dans leur étude sur le cancer de l'anus chez une femme de 60 ans ne trouve pas d'adénopathie inguinale, ni retro-crurale.

5.2.9 L'incontinence anale

Nous avons recensé 4 cas d'incontinence anale sur 550 pathologies anales soit 0,72 % et correspondant à 0,38% des examens proctogiques. Cette fréquence de l'incontinence anale est certainement sous estimée car plusieurs malades ne consultent pas pour des raisons de pudeur.

Ces 4 cas d'incontinence anale sont tous détectés chez la femme . La fréquence de l'incontinence anale dans le sexe féminin a été rapportée par DENIS et coll.[27]. Ce fait a pour facteur déterminant ,comme l'ont souligné CZERNICHOW et coll.[20], les manoeuvres obstétricales .Dans notre étude 1 cas d'incontinence anale est survenue après déchirure du périnée lors d'un accouchement , 1 cas suite à une chirurgie pour hémorroïdes , 1 cas chez une femme présentant un prolapsus rectal et vaginal et 1 cas chez une femme constipée chronique de 64 ans . Dans tous les cas le traumatisme semble majeur même si l'échantillon est limité . Mais dans le dernier cas (sujet âgé) un facteur neurologique dans le cadre de la sénescence peut être discuté.

L'âge de nos malades est de 21 à 64 ans avec une moyenne d'âge de 48,5 ans . Cette tranche d'âge est voisine de celle de DENIS et coll : 45-74 ans .

Le principal symptôme est la diarrhée : 2 cas sur 4 .Pour DENIS et coll. [27] la moitié des malades présentent une diarrhée, cet auteur préférant l'utilisation de ce symptôme au terme d'« incontinence ».

Le suintement , la constipation et la rectorragie sont rencontrés ; en réalité les limites de l'échantillon ne nous permettent pas de dégager les fréquences relatives de ces symptômes.

5.2.10 Le kyste pilonidal

Nous avons recensé 1 cas de kyste pilonidal sur 550 pathologies anales soit 0,18 % et 0,09 % de l'ensemble des examens proctologiques.

Nos résultats diffèrent de ceux de BATES [7] qui rapportent une fréquence élevée de cette maladie et de DENIS [25] pour qui elle représente environ 15 % des suppurations de la région péri-anales. SABIANI et coll. [84] affirment que le sinus pilonidal est une affection fréquente et connue de longue date.

La faible fréquence dans notre étude peut s'expliquer par le fait que notre échantillon est limité et la durée de l'étude s'étend sur seulement une année.

Notre seul cas de sinus pilonidal est décrit cliniquement chez une femme de 40 ans à localisation sacro-coccygienne occupé par une tumeur de poils. La malade a refusé la chirurgie et a été perdue de vue.

DENIS [25] rapporte que le kyste pilonidal est une maladie à très forte prédominance masculine (près de 90 % des cas) dont le début clinique remonte toujours à la fin de l'adolescence (16 et 24 ans). Elle semble plus fréquente chez les sujets très poilus que chez les sujets glabres.

Le suintement péri-anal et le sang sont les principaux symptômes rencontrés.

BATES rapporte que la maladie est généralement asymptomatique sauf un léger écoulement.

Pour DENIS le kyste peut se présenter cliniquement sous la forme aiguë d'abcès rouge, chaud, induré ou par un écoulement chronique du sillon inter-fessier.

6 . CONCLUSION ET RECOMMANDATION

6. CONCLUSION ET RECOMMADATION

Notre étude a porté sur 12 mois de proctologie pendant lesquels 1036 examens sont pratiqués, 550 examens se sont avérés pathologiques (53,08%) soit environ une pathologie sur deux examens. Ces pathologies anales représentent 6,31% des 8706 consultations au cours de la même période .

Il existe une prédominance masculine : 66 % d'homme et 34 % de femme. Ces pathologies sont rencontrées dans toutes les tranches d'âge avec un maximum de fréquence entre 22 - 41 ans et 42 - 61 ans (respectivement 63,54 % et 20,54 %). L'âge des patients s'étend de 2 à 77 ans avec une moyenne arithmétique de 36,33 ans.

En ce qui concerne la répartition selon le facteur professionnel nous constatons que les taux les plus élevés sont observés chez les salariés (31,10 %), les ménagères (19,63 %), les commerçants (13,63 %).

Pour ce qui est de la répartition selon le facteur ethnique nous constatons que cette répartition se superpose à celle de la population générale du district de Bamako : les bambaras représentent 52,35 %, les peulhs 15,82 %, les sarakollés 13,45 % et les malinkés 10 %. On ne peut donc en tirer une conclusion formelle.

La rectorragie est le motif le plus fréquent de consultation 29,88 %. La fréquence élevée de la rectorragie dans notre étude pourrait être expliquée par le fait que la rectoscopie est de première intention devant ce symptôme qui alarme le malade et retive une consultation relativement précoce.

Sur l'ensemble des pathologies rencontrées dans notre étude, les hémorroïdes sont les plus représentées 75,63 %, suivies des fissures anales 18,21 % et des abcès 18,73 %.

Sur 416 hémorroïdes 82 complications sont recensées soit 19,71%. Les thromboses externes sont les plus fréquentes 34 cas. La répartition selon le stade montre une fréquence élevée des hémorroïdes internes stade I : 60,10 %. Les sièges les plus fréquents des hémorroïdes internes non compliquées sont 5h 9h 3h. La presque totalité des malades se plaignant d'hémorroïdes ont consulté pour rectorragie (54,57%), le plus souvent associée à une constipation. Il faut toutefois signaler que les hémorroïdes avec un transit normal ne sont pas rares (21,82%).

Les fissures viennent au second rang après les hémorroïdes : 23,27 % des pathologies anales et 12,35 % de l'ensemble des examens proctologiques. Elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme avec un sex ratio de 1,09 en faveur de l'homme. Cette pathologie anale est observée entre 12 et 58ans mais fréquente entre 12 et 31ans (50%) et 32-51ans (42,19%).

Le principal symptôme rencontré est la douleur : 83,60 %. La répartition en fonction du siège montre une fréquence à 12h : 62,50 %. La constipation est fréquemment signalée. Ce symptôme par le traumatisme qu'il engendre entraîne une fissure anale.

Les anites sont plus fréquentes après les hémorroïdes, les fissures : 18,72 % des pathologies anales et 9,94 % de l'ensemble des examens proctologiques. Elles sont plus fréquentes entre 22 et 41 ans.

Les hémorroïdes, les anites, les fissures sont surtout rencontrées chez l'adulte jeune avec une prédominance masculine, leur fréquence diminue avec l'âge.

La fréquence des tumeurs de l'anus augmente avec l'âge avec un maximum entre 54 et 67 ans. Il s'agit d'une maladie surtout du sexe féminin. Les fistules, les végétations anales, les condylomes acuminés, les abcès, les incontinences fécales ne sont pas rares, respectivement (8,94%) (17,82%) (10,34%) (3,27%) (0,72%) .

Le kyste pilonidal est exceptionnel : 0,18 % (un seul cas décrit cliniquement). les incontinenances anales sont rencontrées surtout chez la femme.

Au terme de cette etude nous recommandons :

- un examen proctologique soigneux, au moins un TR devant tout symptôme anal. Ce geste simple permet de dépister les tumeurs malignes de cette région (cancer de l'anūs et du bas rectum) au stade de début, toute chose améliorant le pronostic de ces affections ;

- une campagne de sensibilisation auprès des populations doit être menée afin que celles-ci consultent pour tout inconfort anal ;

- la rectorragie, surtout chez le sujet âgé même lorsque les hémorroïdes ont été mises en évidence doit inciter la recherche d'une cause haut située de l'hémorragie ;

- les centres de santé de commune, ou de cercle doivent être munis de matériels de proctologie leur permettant une exploration anale ;

- l'asepsie du matériel d'endoscopie basse doit être rigoureuse pour éviter éventuellement la transmission d'agents pathogènes (surtout V.I.H, herpes, Ag HBS) quoique celle-ci n'ait pas été rapportée.

7. BIBLIOGRAPHIE

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ADDRA B., AMEDEGNATO TOGO., ATTIA RCI. et coll.**
 Traitement de la poussée hémorroïdaire,
 Etude multicentrique réalisée en Afrique Noire Journal
 de Publication 1991.
2. **ALBOT G, PAILLEUX F.**
 Papillomes de l'anus ou condylomes acumines
 Ann Gastroentero 1989; 24 (3):104.
3. **ATTENZA P., PARNAUD E.**
 Hémorroïdes
 Ed. Techniq., Encycl. Med. Chir. 9082 A10 10-1989 p4.
4. **BARTH X., LOMBART, PLATET R.**
 Thromboses hémorroïdaires externes
 Rev. du Prat. 1990; 9 (40): 849.
5. **BARTH X., LOMBART, PLATET R.**
 Fissure anale
 Rev. du Prat. 1990; 21 (9): 849 - 52
6. **BAUER L, PARNAUD E.**
 Maladies infectueuses anorectale sexuellement
 transmissibles.
 Ed. Techniq EMC (Paris-France) estoma-intestin 9162 A10
 2 1987
7. **BATES B.**
 Anomalies de l'anus, de la peau environnante et du rectum
 Guide Examen Cliniq ed. chap 15 1992 n° 06294 pp 429
8. **BEANI JC.**
 Dermatoses peri-anales
 Dermatologie proctologie 1991; (1611): 27-30
9. **BEDENNE L et coll.**
 Le cancer épidermoïde du canal anal dans le département de
 côte d'or.
 Gastro.Entero Cliniq. Biolog. 1983; 15: 151-154
10. **BIGARD MA.**
 Prurit anal
 Rev. du Praticien 1981; 31: 109.

11. **BORDES G et coll.**
Abcès de l'anus.
EMC Atlas de Med. 1980: 1.
12. **BRULE J.**
Fissure anale.
Ed. Techniq Encyclo. Med Chir. (estoma-intestin) 9087
A10 10 - 1989 p 8
13. **BUGAT R.**
Carcinome du canal anal chimiotherapie.
Ann Gontro interol 1991; 27 (3): 133 - 34
14. **CABANNE F., BONENFANT JL.**
Anus Anatomopatho principe de patho-générale.
Patho-spéciale et d'otopatho 1986; 2 (5443) 858 - 60.
15. **CAPDEVILLE P.**
Vingt mois d'endoscopie digestive à Tananarive : aspect et
problème particuliers sous les tropiques.
Méd. Trop. 1979; 39 (6): 34 - 36.
16. **CHABAL J., VOVER VM., DIOUF B et TOURE P.**
Cancer du tube digestif en milieu africain à Dakar
Med d'Afrique Noire 1971; 4 (18) pp 38
17. **CHABANON J., LOMBARD - PLATET R.**
Fissure anale clinique et thérapeutique
Journal de Méd. de Lyon 1989; (1446) 101 - 103
18. **CHAVY A.**
Cancer de l'anous en Jean Jacques BERNIER
Ed. II flammariion 1986; Tome 2 pp 1222.
19. **CONTOU JF.**
Papillomatose de la région anale : formes cliniques.
ACTA ENDOSCOPICA 1989; 19 (5) 26 - 8
20. **CZERNICHOW et coll.**
Incontinence anale : un nouveau champ de recherche
clinique et epidemiologique à investir.
Gastro.Ent. Cliniq. Biologiq. 1992; 16 323 - 327
21. **DALING JR., SHERMAN KJ.**
Relation Ship between human papilloma virus infection and
tumours of anogenital sites other than the cervix
IARC SCI PUBL 1992; (119): 227 - 4

22. **DEBAT J, PREVOST AG et Coliche U.**
Les lésions ano-rectales au cours des hémopathies
Ann Gastro. Ent. Hepat Progrès en coloproctologie 1986; 4
(22): 231 - 233.
23. **DENIS J.**
Les hémorroïdes (Etiopathogenie)
Proctologie du praticien 1991; 23 - 26.
24. **DENIS J.**
Les hémorroïdes.
Concours Medical 1987; 34: 109.
25. **DENIS J.**
Sinus pilonidaux
Journal de Méd. de Lyon 1989; 1446: p 38 - 39.
26. **DENIS J.**
Fistules anales
Proctologie du praticien 1991; 31 - 33.
27. **DENIS J., BERCOFF E.**
Etude de la prévalence de l'incontinence anale chez
l'adulte.
Gastro Enter. Cliniq. Biol. 1992; 16: 344 - 350
28. **DENIS J., LEMARCHAND N.**
Fistule anale.
Ed. Techniq. EMC (Paris-France) estomac intestin 9086
C10 5 - 1990 pp 10.
29. **DENIS J., LEMARCHAND N.**
Fissure et fissurations anales.
Proctologie du Praticien 1991; pp 18 - 21.
30. **DENIS B et coli.**
Manifestations anales et périanales au cours de l'infection
par le virus de l'immunodeficiencia humaine.
Ann Gastro Entero Hepato (Paris) 1992; 28 (3): 125 - 129.
31. **DENIS BJ., MAY T et coll.**
Lésions anales et périanales au cours des infections
symptomatiques par le VIH.
Etude prospective de 190 patients Gastro Entero Cliniq.
et Biolog. 1992; 16: 148 - 154.

32. **DENIS J., Th. du Puy MONTBRUM (R) GANANSIA.**
 Ulcérations Ano-rectales
 Atlas des lésions proctologiques du SIDA 1992; (Paris) 21-27.
33. **DENTANT L.**
 La maladie hémorroïdaire.
 Pratiq. Méd 1988; 28: 16 - 21.
34. **DIALLO A.N., TRAORE H.A, RICHARD 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.
35. **DIARRA B.**
 Etude des aspects cliniques et endoscopiques étiologiques des rectites en Med Ent. Pt G (100 cas)
 Thèse 1985; M - 8 Bamako.
36. **DIETERLING P.**
 Hémorroïdes
 ACTA Endoscopica 1989; 19 (4): 285 - 286.
37. **DUHAMEL J.**
 Proctologies aux divers âges
 Anites et cryptites 1972; 6 1635 (3427).
38. **DUHAMEL J.**
 Proctologies aux divers âges
 Abscesses et fistules 1972; 6 1635 (3427).
39. **DUHAMEL J.**
 Proctologies aux divers âges.
 Fissures 1972; 6 1635 (3427).
40. **DUHAMEL J.**
 Pathologies aux divers âges .
 Hémorroïdes 1972; 6 1635 (3427).
41. **DUHAMEL J., PERNIN P.**
 Prolapsus anal de l'enfant
 Ann Gastro-Entero. Hepat 1985; 6 (2) 111 - 112.
42. **EUVRARDS S., CHARDONNET Y.**
 Lésions anales et papillomavirus humain. Aspect virologique, épidémiologique et carcinologique
 Ann Dermatol- Venereol 1991; 118 (1) 11 - 12.

43. **FATTORUSSO V., RIT O.**
Maladie de l'appareil digestif : cancer de l'anus.
Vadecum clinique du Med. Praticien 1988; Ed. 12: pp 62.
44. **FOUET P.**
Pathologie de l'anus : hémorroïdes.
Abrégé de Gastro Entero. 1974; 61634 (1787): 331.
45. **GALLOT D., MALAFOSSE M. et coll.**
Les cancers cloacogéniques du canal anal. A propos de
l'étude retrospective de 17 cas.
Ann Gastro Entero. 1990; 26 (4): 141 - 45.
46. **GEORGOULIS B.**
Prolapsus hémorroïdaires.
Ann Gastro Entero. Hepato 1988; 24 (4): 165 - 67.
47. **GERARD JP., ESCHWEGE F.**
Cancer du canal anal.
Strategie thérapeutique de cancerologie 1986; chap 27 pp
169.
48. **HADDAD E., GRANEER A.**
Cancer du canal anal : thérapeutique pratique en
cancerologie
Concours médical 1992; (5): pp 381.
49. **HOLLY EA et coll.**
Anal cancer incidence : genital warts, anal fissure or
fistula - hemorrhoids and smoking
Med Digest Gastro Entero. 1990; 6 (3): pp 7.
50. **IMBERT R.**
Prurit anal : une nouvelle approche
Dermathologie proctologie 1991; pp 36 - 41.
51. **IZAR F., DEFORME M., BUGAT R., DALY NJ.**
Les carcinomes du canal anal : orientation thérapeutique
actuelle
Ann Gastro Entero. 1992; 25 (3): 109 - 111.
52. **KAMEL PL.**
Cytomegalovirus associated peri-anal ulcerations in AIDS
Journal Cliniq. Gastro Entero. 1992; 14 (2): 105 - 108.
53. **KLOTZ F. et coll.**
Pathologie recto-sigmoïdienne au Gabon.
Afrique Méd Santé 1988; (23): pp 7 - 10.

54. **KONE B.**
Intérêt de la rectoscopie en Med.Int. Pt G
Thèse de med. 1983; (21): Bamako pp 43 - 45.
55. **LEGER L. et coll.**
Anus (hémorroïdes).
Semio-cliniqu. Ed. 5 1983; pp 345 - 353.
56. **LEMOZY J.**
Maladies sexuellement transmissibles et
proctologies : organisation des prélèvements en pratique
quotidienne.
Ann Gastro Entero. 1990; 26 (4): 176 - 177.
57. **LEMOZY J.**
Fissures anales
Concours Med. 1987; 16 5: pp 109 - 19.
58. **LESECHE (G).**
Fissures anales.
Impact internat 1992; pp 103 - 106.
59. **LIAVAG I., AANESTAD O.**
Incontinence anale : Diag.
Traitement 1985; 21 (4): pp 247- 250.
60. **LIBESKIND M.**
Traitement non chirurgical des hémorroïdes
Ann Gastro Entero. 1987; 23 (4): pp 213 - 216.
61. **LIBESKIND M.**
Hémorroïdes in Jean Jacques BERNIER.
Ed.II flammariion 1986; Tome 2: pp 1242.
62. **LOMBARD - PLATET R., BARTH X.**
Incontinence anale.
Ann de chir 1991, 45 1: pp 6 - 11.
63. **LOUIS D.**
Proctologie de l'enfant.
Journal de méd. Lyon 1977; 32 (14-15): pp 121 - 2.
64. **MADESCLAIRE G.**
Fissure anale et état nosologique de l'anus in Jean Jacques
BERNIER
Ed. II flammariion 1986; Tome 2: pp 1242.

65. **MAGNI G, PERONE E., DODI G.**
Deux observations de prurit-anal psychogène dans la même famille.
Ann Gastro Entero. 1987; 23 (4): pp 233 - 34.
66. **MARTI MC.**
Papillomes de l'anus .
Ann Gastro Entero 1989; 25 (7): 307 - 308.
67. **MARTI MC.**
Cancers épidermoïdes du canal anal
Rev. du Praticien 1992; 42 (1): 64 - 68.
68. **MARTIN PA.**
Prurit anal.
Ed. Techniq. EMC (Paris-France) estomac-intestin 9083
A10 1991; pp 6.
69. **MENDELSBERG M., CHENEBAUX.**
Thromboses hémorroïdaires externes.
Impact Inter. 1992; pp 101.
70. **MUSICCO N.**
Les explorations diagnostiques dans la constipation.
Ann Gastro Entero. 1986; 22 (4): pp 227 - 229.
71. **N'DJITUYAP, N'DAME C. et coll.**
Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en Milieu Camerounais . Etude analytique de 720.
Examens Med. d'Afrique Noire 1991; 38 (12): pp 835-840
72. **NOFFSINGER A., WITTE D.**
The relation ship of human papillomavirusses to anorectal neoplasie.
Cancer 1992; 70 (5): 1276-87.
73. **PAPILLON M.**
Maladie hemorroïdaire.
Journal de Méd. de Lyon 1989; (1446): pp 117-118.
74. **PATRICE T et coll.**
Place du Laser Argon dans le traitement des condylomes accuminés de la marge et du canal anal.
Ann. Gastro-Entero-Hepato. 1985; 21 (5): 283-285.

75. **PENNINCKX F.**
Fecal incontinence : indication for repairing the anal sphincter.
Word-J-surg 1992; 16 (5): 820-5.
76. **PFISTER H., FUCHS PG.**
Relation of papillomavirus to anogenital cancer.
Dermato-cliniqu. 1991; 9 (2): 267-276.
77. **PIGOT F., DENIS J.**
Thromboses hémorroïdaires.
Annonces et Publicité (Paris) 1990.
78. **PINNA PINTOR M. et coll.**
Cancer squameux de l'anūs.
Medical-digest Gastro-Entero. 1990; 6 (1) .
79. **POUSSET JP., LORIMIER G.**
Carcinome in situ et condylomes acuminés de l'anūs.
Pladoyer pour un traitement chirurgical exclusif.
Journal-chir. (Paris) 1992; 129 (2): 95-98.
80. **PRADEL E. et coll.**
Les lésions anales d'origine traumatique.
Concours Med. 1986; 108 (43): 3703-3711.
81. **PUY MONTERUM T. et coll.**
Ulcérations anales dues au CMV chez des patients atteints de SIDA.
Ann Gastro Entero 1992; 28 (1): 49 - 50.
82. **RICHELME H., CECCANTS et coll.**
Tumeurs malignes de l'anūs
EMC (estomac-intestin) 1983; 11 9084 D10.
83. **RICHIR CL.**
Cancer anal.
Anatom-patho 1983; éd. 8: pp 27 - 30.
84. **SABIANE P. et coll.**
Le traitement de la maladie pilonidale par la technique d'exerese plastique.
Ann Gastro Entero. 1985; 21 (5): 187 - 297
85. **SARLES P.**
Suppurations anales et peri-anales.
Ed. Techniq. EMC (Paris-France) estomac-intestin
D10.

86. **SCHLIENGER J. et coll.**
Cancer du canal anal.
Ed. Techniq. EMC (Paris-France) Gastro Entero 1992 9084 D10
pp 16.
87. **SOULLARD J.**
Hémorroïdes (dysplasie veineuse)
Patho Méd. 1975; 616 (1792): 1128 - 29.
88. **SUDUCA P.**
Les névralgies ano-rectales.
Ann Gastro Entero Hepato 1985; 21 (6): 393 - 396.
89. **SUDUCA P., SUDUCA JM.**
Les hémorroïdes.
Ed. Techniq. EMC (Paris-France) estomac-intestin 9086 A10
5 1990; pp 12.
90. **SUDUCA P., SUDUCA JM.**
Les anites médicamenteuses.
Concours méd. 1985; 14 (107): 1351 - 58.
91. **TALL A.**
Contribution à l'étude épidémiologique des hémorroïdes, des
fissures, des fistules.
Thèse de méd. 1985; M - 26 Bamako.
92. **TANNUM G.**
Diagnosis and traitement of anal carcinoma
Acta- oncol 1992; 31 (5): 513 - 18.
93. **VILOTTE J et coll.**
Coccygodynie.
ACTA Endoscopie 1989; 19 (4), 285 - 88.
94. **VILOTTE J.**
Démarche diagnostic chez l'adulte In Jean Jacque BERNIER
Ed. II flammarion 1986; Tome 2: pp 1127.
95. **VON KROGH G.**
Clinical relevance and evaluation of genito-anal papilloma
virus infection in the male.
Semio-Dermato 1992; 11 (3): 229 - 40
96. **VON KROGH C.**
Genito-anal papillomavirus infection : diagnostic and
therapeutic.
Int - J - STD AIDS 1991; 2 (6): 378

97. **WESTON SA, WHEELER WE.**
Synchronous squamous carcinoma of the anus and adenocarcinoma of the rectum.
W - V Med. J 1992; 88 (1): 9 - 10.
98. **ZANGHI M.**
Abcès anaux.
Ann Gastro Entero 1986; 22 (4): 241 - 43.
99. **ZIELINSKI B.**
L'incontinence fécale : méthode d'exploration
Ann Gastro Entero 1985; 21 (6): 397 - 400.
100. **ZUR - HAUSEN H.**
Human papillomaviruses in the pathogenesis of anogenital cancer.
Virology 1991; septembre 184 (1): pp 9 - 13.

8 . ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

A) - O B J E C T I F S

- Prévalence de la pathologie anale au Mali
- Rapport avec :
 - Age,
 - Sexe,
 - Profession,
 - Ethnie.
- Etude anatomo-clinique :
 - Le type d'affection,
 - Le siège,
 - Les symptômes rencontrés,
 - Les facteurs déclanchants s'il y en a.

B) - M E T H O D O L O G I E

1° Patients :

- Critères d'inclusion : toute pathologie anale, y compris la marge anale ;
- Critères d'exclusion : pathologie au dessus du canal anal et sujets étrangers en transit ;
- Malades explorés : (600 cas au moins)

Il s'agit de malades venant en endoscopie digestive à l'hôpital Gabriel TOURE et Point-"G".

- Durée : 12 mois : L'étude à porté sur les examens réalisés à partir de janvier 1992.

- Etude prospective :

2° Méthode : Anuscopie précédée d'examen de la marge anale, T.R. sur le malade en position genu pectoral.

- Bilan paraclinique éventuellement :

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes Confrères si j'y manque.

