

## PREVALENCE DES HEMORROÏDES ET DE LA FISSURE ANALE DANS L'ETIOLOGIE DES PROCTALGIES INAUGURALES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE COCODY COTE D'IVOIRE

PREVALENCE OF HEMORRHOIDS AND ANAL FISSURE IN THE CAUSATION OF INAUGURAL PROCTALGIA AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF COCODY COTE D'IVOIRE

**ASSI C, SOUMARE G, KONE S, OUATTARA A, DIAKITE M, LOHOUES-KOUACOU MJ, CAMARA BM**

Service de gastroentérologie Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody (Côte d'Ivoire)  
BP V13 ABIDJAN

**Correspondant :** Docteur Assi Constant Maitre-Assistant 22 BP 242 Abidjan 22 Email :  
assiconstant@yahoo.fr Fax 22441379

### RESUME

**Buts :** étudier la prévalence des hémorroïdes et des fissures anales dans l'étiologie des proctalgies inaugurales au Centre Hospitalier Universitaire Cocody. **Matériels et méthode :** cette étude prospective, réalisée du 1er janvier 2001 au 31 juillet 2005 dans l'unité de proctologie, a inclus 100 malades consécutifs se plaignant de proctalgies inaugurales. Parmi eux, 26 ont ensuite été tirés au sort et comparés à 28 témoins. Tous les patients subissaient un examen proctologique. **Résultats :** les patients étaient âgés de 18 à 76 ans (moyenne = 37,68 ans) avec un sex ratio de 2,12. L'examen était normal chez 10 patients. Les hémorroïdes et la fissure anale étaient retrouvées respectivement dans 73 et 28% des cas. Ces deux lésions prédominaient autant chez la femme (hémorroïdes 56,3% ; fissure anale 31,3), que chez l'homme (hémorroïdes 80,9% ; fissure anale 26,5%) ainsi qu'avant (hémorroïdes 68% ; fissure 24%) et après 37 ans (hémorroïdes 78,7% ; fissures 34%). Les hémorroïdes étaient retrouvées chez 23% des sujets ayant une fissure anale ( $p > 0,05$ ). Comparativement aux sujets témoins, les patients se plaignant de proctalgies avaient statistiquement significativement plus d'hémorroïdes (76,9% vs 50%  $p = 0,04$ ) et de fissure anale (26,9% vs 3,6%  $p = 0,01$ ). **Conclusion :** les hémorroïdes et la fissure anale sont les deux principales lésions proctologiques retrouvées au cours des proctalgies inaugurales au CHU de Cocody.

**Mots clés :** proctalgie - étiologie - hémorroïdes- fissure anale- anorectoscopie

### ABSTRACT

**Aims:** To study the prevalence of hemorrhoids and anal fissures in the etiology of inaugural proctalgia at Cocody University Hospital. **Materials and methods:** prospective study (1 January 2001 to 31 July 2005) in proctology unit, included 100 consecutive patients complaining of inaugural proctalgia. Among them, 26 were then randomly and compared with 28 controls. All patients underwent proctology examination. **Results:** Patients were aged 18-76 years (mean = 37.68 years) with a sex ratio of 2.12. The examination was normal in 10 patients. Hemorrhoids and anal fissure were found respectively in 73 and 28% of cases. Both lesions were more frequent in women (56.3% hemorrhoids, anal fissure 31.3), in men (80.9% hemorrhoids, anal fissure 26.5%), before (hemorrhoids 68% 24 crack %) and after 37 years (78.7% hemorrhoids, fissures 34%). Hemorrhoids were found in 23% of patients with anal fissure ( $p > 0.05$ ). Compared with control subjects, patients complaining of proctalgia had statistically significantly more hemorrhoids (76.9% vs 50%  $p = 0.04$ ) and anal fissure (26.9% vs. 3.6%  $p = 0, 01$ ). **Conclusion:** hemorrhoids and anal fissure are two main lesions found during inaugural proctalgia at Cocody's university hospital.

**Keywords:** proctalgia - etiology - hemorrhoids, anal fissure, anoscopy, rectoscopy

### INTRODUCTION

La symptomatologie anorectale est très fréquente aussi bien en consultation de médecine générale qu'en milieu spécialisé, notamment en Afrique [1,2,3]. Elle est souvent en relation avec des affections bénignes [4,5,6]. Celles-ci sont dominées classiquement par les hémorroïdes et les fissures anales [7,8,9,10]. Leurs principaux signes d'appel sont les rectorragies et les douleurs anales ou proctalgies [4,11,12]. Dans l'imagerie populaire [4,12], toute douleur anale est d'origine hémorroïdaire, source d'erreurs diagnostiques et de traitements inadaptés sans examen endoscopique anorectale. Le but de notre travail était d'étudier la prévalence des hémorroïdes et des fissures anales dans les étiologies des proctalgies au CHU de Cocody.

### MATERIELS ET METHODE

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de proctologie du service de gastroentérologie du CHU de Cocody du 1er janvier 2001 au 31 juillet 2005. La première phase, prospective, a consisté en un recrutement consécutif de 100 patients âgés de plus de 15 ans vus en proctologie pour des proctalgies inaugurales. Chez tous ces malades, la préparation se faisait la veille et le matin de l'examen avec soit 2 litres d'eau tiède soit un lavement avec une solution rectale de di hydrophosphate de sodium. L'examen proctologique (inspection de la marge anale, toucher rectal, anoscopie et rectoscopie) était réalisé chez tous les patients. L'appareil utilisé était un anoscope et un rectoscope de Bensaude. Seuls les patients n'ayant aucun passé de proctalgie et d'affection

proctologique ont été inclus dans l'étude. Les paramètres suivants ont été colligés : âge, sexe, aspect et siège endoscopiques d'une éventuelle lésion. Dans la deuxième phase, 26 malades parmi ceux présentant des proctalgies inaugurales étaient choisis par tirage au sort parmi les 100 patients et comparés à 28 témoins volontaires asymptomatiques n'ayant jamais souffert de proctalgie et n'ayant aucun passé proctologique connu. Les témoins et les cas avaient donné leur accord pour l'étude. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel épi info 2000. Les valeurs du khi deux étaient considérées significatives quand  $p < 0,05$ .

## RESULTATS

L'âge des patients variait de 18 à 76 ans avec une moyenne de 37,68 ans. La tranche d'âge de 25 à 44 ans était la plus représentée. Le tableau I représente les patients selon la classe d'âge. Le sex ratio était de 2,12. Des 100 patients sélectionnés du fait de leur proctalgie inaugurale, 10 ne présentaient aucune lésion endoscopique (10%). Les lésions étaient observées au niveau anal (81%), rectal (03%) anal et rectal (06%). Les hémorroïdes et les fissures anales étaient les principales lésions observées avec respectivement chez la femme (56,3% et 31,3%) et chez l'homme (80,9% et 26,5%). Les hémorroïdes et les fissures anales étaient les principales lésions observées avant (68% et 24%) et après 37 ans (78,7% et 34%). Les hémorroïdes étaient retrouvées chez 73 patients. Celles-ci étaient externe (75,34 % des cas) ou interne (13,69 % des cas) ou mixtes (09,58% des cas). Une thrombose hémorroïdaire externe était observée chez 05 malades (06,84%). La moyenne d'âge des sujets porteurs d'hémorroïdes était de 39 ans avec un sex ratio de 3. Les lésions associées aux hémorroïdes sont représentées dans le tableau III ; dans 23,3% des cas on retrouvait une fissure anale et dans 61,64%, les hémorroïdes étaient isolées. Statistiquement les hémorroïdes n'étaient pas significativement liées à la présence de fissure anale ( $p = 0,84$ ). Une fissure anale était présente chez 28 malades (28%). Leur moyenne d'âge était de 37 ans. Les fissures étaient d'aspect jeune chez 26 malades (92,85%) et vieilli chez 02 malades soit dans 07,15% des cas. La fissure était isolée chez 07 malades (25%). Ces fissures anales étaient associées à une fistule anale chez un malade (03,6%), des varices rectales chez un malade (03,6%), un polype chez un autre (03,6%) et à des hémorroïdes chez 17 malades (60,7%)

Parmi les 100 malades, 26 ont été tirés au sort et comparés à 28 témoins quant à la fréquence des hémorroïdes et des fissures anales. La moyenne d'âge et le sex ratio des deux groupes

étaient semblables. Le tableau IV montre les caractéristiques des deux populations étudiées. Les sujets se plaignant de proctalgies avaient statistiquement significativement plus d'hémorroïdes et de fissures anales comparativement aux sujets témoins.

## Discussion

Bien que la constatation d'une lésion endoscopique ne signifie pas obligatoirement un lien de causalité et que l'absence de lésion endoscopique ne signifie pas absence d'étiologie des proctalgies, cette étude confirme la forte prévalence [7,9,11] des hémorroïdes et des fissures anales dans les étiologies des proctalgies (respectivement 73% et 28% dans notre travail). Cependant la constatation de bourrelets hémorroïdaires non compliqués (sans thrombose ni prolapsus) doit rendre prudente leur incrimination dans la genèse de la douleur anale comme l'a souligné Ogendo et coll [13]. L'âge de découverte de ces lésions et la prédominance masculine n'étaient pas différents par rapport à celui d'autres contrées [11,14].

L'absence de lésion endoscopique ano-rectale chez certains de nos patients dans notre travail faisait suggérer l'existence d'une pathologie fonctionnelle, d'autant plus que cette éventualité était plus fréquente chez la femme (aucun chez l'homme contre 15,6% chez la femme dans notre travail). En effet, selon plusieurs études ces pathologies fonctionnelles étaient surtout l'apanage des femmes [15, 16]. Les principales étiologies fonctionnelles proctologiques pouvant engendrer des proctalgies sont le syndrome du releveur de l'anus et la proctalgie fugace. Cette étude a également permis de retrouver d'autres pathologies pouvant entraîner des proctalgies notamment les fistules anales et les rectites non spécifiques. Ce panel de causes a été également rapporté dans plusieurs séries [1,4,5,11].

## CONCLUSION

Notre étude confirme la grande fréquence des hémorroïdes et des fissures anales dans les étiologies des proctalgies inaugurales au CHU de Cocody. Leur traitement étant différent, il est important d'en faire le diagnostic différentiel par un examen proctologique nécessitant l'utilisation d'un anoscope.

## RÉFÉRENCES

1. Bigard MA, Hudziak H. Proctalgie. Hépatogastro. 1996 ;3: 385-97
2. Sagamu. Tade AO, Salami BA, Musa AA, Adeniji AO. Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital (OOUTH). Niger Postgrad Med J. 2004 ;11:218-20.
3. Pfenninger JL, Zainea GG. Common Anorectal Conditions: Part I.

- Symptoms and Complaints- Am Fam Physician 2001;63:2391-8.
4. Schubert MC, Sridhar S, Schade RR, Wexner SD. What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders. World J Gastroenterol. 2009 14;15:3201-9.
  5. Gopal DV. Diseases of the rectum and anus: a clinical approach to common disorders. Clin Cornerstone.2002;4:34-48.
  6. Chong PS, Bartolo DC. Hemorrhoids and fissure in ano. Gastroenterol Clin North Am. 2008;37:627-44,
  7. Gorfine SR. Treatment of benign anal disease with topical nitroglycerin. Dis Colon Rectum. 1995;38:453-6;
  8. Kirsch J. Anal fissure.Wien Med Wochenschr. 2004;154:69-72
  9. Tade AO, Salami BA, Musa AA, Adeniji AO. Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital (OOUTH), Sagamu. Niger Postgrad Med J. 2004 ;11:218-20
  10. Janicke DM, Pundt MR. Emerg Med Clin North Am. 1996 ;14:757-88. Anorectal disorders.
  11. J denis; 1000 urgences consécutives en proctologie. Bulletin français de colo proctologie 1999 1 13-27
  12. Hans Georg Kuehn1, Ole Gebbensleben2, York Hilger3, Henning Rohde. Relationship between anal symptoms and anal findings. Int. J. Med. Sci. 2009; 6(2):77-84
  13. Ogendo SW. A study of haemorrhoids as seen at the Kenyatta National Hospital with special reference to asymptomatic haemorrhoids. East Afr Med J. 1991;68:340-7
  14. Dia D, Mbengue M, Bâ A, Diouf ML, Bassène ML, Pouye A, Mbaye PS, Diallo A, Evra ML, Moréira-Diop T. Hemorrhoids in Dakar: epidemiological, clinical and endoscopic aspects of 168 cases Dakar Med. 2006;51:161-4
  15. Whitehead WE, Wald A, Diamant NE, Enck P, Pemberton JH and Rao SSC. Functional disorders of the anus and rectum. Gut 1999;45:55-59
  16. Vincent C. Anorectal pain and irritation: anal fissure, levator syndrome, proctalgia fugax, and pruritus ani. Prim Care. 1999;26:53-68

**Tableau I : répartition des patients selon la classe d'âge**

Classe d'âge (ans)	%
[15-24]	13
[25-34]	30
[35-44]	33
[45-54]	16
[55-64]	03
[65-74]	04
[75 et plus]	01
<b>Total</b>	<b>100</b>

**Tableau II : répartition des patients selon les lésions observées\***

Lésion observée	Effectif (%)	selon le sexe		selon l'âge	
		Féminin	masculin	≤ 37 ans	> 37 ans
<b>Hémorroïde</b>	73 (73%)	18 (56,3%)	55 (80,9%)	34 (68%)	37 (78,7%)
<b>Fissure anale</b>	28 (28%)	10 (31,3%)	18 (26,5%)	12 (24%)	16 (34%)
<b>Rectite ns</b>	7 (7%)	02 (06,3%)	05 (07,4%)	04 (08%)	02 (04,3%)
<b>Polype rectal</b>	5 (5%)	01 (03,1%)	04 (05,9%)	02 (04%)	03 (06,4%)
<b>Fistule/abcès</b>	2 (2%)	01 (03,1%)	01 (01,5%)	01 (02%)	01 (02,1%)
<b>Prostatite</b>	2 (2%)	--	02 (02,9%)	01 (02%)	01 (02,1%)
<b>Condylome anal</b>	2 (2%)	01 (03,1%)	01 (01,5%)	01 (02%)	01 (02,1%)
<b>Varices rectales</b>	2 (2%)	--	02 (02,9%)	01 (02%)	--
<b>Cancer rectal</b>	1 (1%)	01 (03,1%)	--	--	01 (02,1%)
<b>Mycose anale</b>	1 (1%)	--	01 (01,5%)	--	01 (02,1%)
<b>absence</b>	10 (10%)	05 (15,6%)	--	07 (14%)	03 (06,4%)

\*des malades avaient plusieurs lésions ns=non spécifique

Tableau III : répartition des malades porteurs d'hémorroïdes selon les lésions associées

Lésions associées	Effectif	Pourcentage
Fissure anale	17	23,3%
Rectite non spécifique	4	05,5%
Polype adénomateux rectal	3	04,1%
Prostatite aiguë	2	02,7%
Condylome anal	2	02,7%
Mycose anale	2	02,7%
Fistule anale	1	01,4%
absence	45	61,64%
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>

Tableau IV : principales lésions observées lors de l'anorectoscopie chez les témoins et les malades

Paramètres	malades n = 26	témoins n = 28	p
Moyenne d'âge	44 ans	46 ans	> 0,05
Sex ratio	1,8	1,54	> 0,05
Lésion (s) observée (s)			
Hémorroïde	20 (76,9%)	14 (50%)	0,04
Fissure anale	07 (26,9%)	01 (03,6%)	0,01