

LA MALADIE HEMORROÏDAIRE INTERNE AU CENTRE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO.

Internal Hemorrhoid Disease In Digestive Endoscopy Center Of Chu Gabriel Toure Of Bamako.

Diarra M¹, Konaté A¹, Souckho A épouse Kaya², Kassambara Y¹, Tounkara M¹, Sangare D¹, Sow H épouse Coulibaly¹, Doumbia K Épouse Samake¹, Maiga A¹, Guindo H¹, Traoré HA², Maiga MY¹.

1. Service d'hépatogastroentérologie CHU Gabriel TOURE ; 2. Service de médecine interne CHU Point G

Correspondant : Pr. Moussa T Diarra, BP E55 Bamako – Mali ; E-mail : dimouss65@yahoo.fr

RESUME : le but de ce travail était d'étudier la maladie hémorroïdaire interne. **Méthode** : Il s'agissait d'une étude transversale déroulée au centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré de Décembre 2011 à décembre 2012. **Résultats** : Nous avons colligé 60 cas de maladie hémorroïdaire interne dont 36 hommes et 24 femmes avec un âge moyen de 47 ±14,4 ans. Le tableau clinique était dominé par le saignement (66,7 %), la constipation (58,4 %), la douleur anale (58,3%) et le prolapsus hémorroïdaire (18,3%). L'anorectoscopie réalisée objectivait des hémorroïdes internes isolées dans 78,4% des cas et le stade I de la maladie était observé dans 81,7% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical. **Conclusion** : La maladie hémorroïdaire est une pathologie relativement fréquente dans la population générale surtout vers la troisième décennie. **Mots-clés** : Maladie hémorroïdaire interne, anorectoscopie, CHU Gabriel Touré .

SUMMARY: the goal of this study was to investigate the internal hemorrhoid disease in our endoscopic center. **Method**: This transversal study went from December 2011 to December 2012. **Results**: Sixty cases of internal hemorrhoid disease were enrolled with 36 men and 24 women and a middle age of 47 ±14.4 years. Clinical signs were frequently: bleeding (66.7%), constipation (58.4%), anal pain (58.3%) and hemorrhoid prolapsed (18.3%). The anal and rectum scopy found only internal hemorrhoid in 78.4% of cases and the grade I was about 81.7% of cases. All patients were benefited of medical treatment. **Conclusion**: hemorrhoid disease is a frequent pathology in general population mainly around third decade. **Key words**: internal hemorrhoid disease, anal and rectum scopy, CHU Gabriel Touré.

INTRODUCTION

La pathologie hémorroïdaire interne est l'affection proctologique la plus fréquente [1].

La fréquence exacte est difficile à apprécier car les méthodes et les résultats des études épidémiologiques sont disparates et rapportent des chiffres variant de 4,4 à 86% selon les populations étudiées [2,3,4].

Devant un saignement et une maladie hémorroïdaire prouvée, le danger est de méconnaître une affection grave associée en particulier à un cancer recto colique [5, 6,7].

Le caractère intermittent du saignement d'abondance minime, seulement pendant les selles explique aussi le délai long de consultation. Mais l'hémorragie est psychologiquement mal supportée par le malade. Elle n'entraîne qu'exceptionnellement une anémie [5,8]. Par ailleurs l'évolution peut être émaillée de complications douloureuses inflammatoires comme une cryptite ou une thrombose hémorroïdaire constituant parfois une urgence proctologique [9,10].

Les prolapsus hémorroïdaire peuvent également entraîner un gêne fonctionnel.

Le traitement chirurgical est le plus radical mais ne s'adresse que théoriquement à 10% des patients [9,10].

Les traitements instrumentaux peuvent au moins espacer les crises [9,10].

En Afrique, la pathologie hémorroïdaire a représenté 58,8 % de la pathologie anorectale à Bangui (RCA) [11], 30,5% et 64 % des affections

coloproctologiques à Abidjan en Côte d'Ivoire [12,13] et 91,1% de la pathologie anale à Dakar [14].

Au Mali ; en milieu spécialisé chirurgical, elle a représenté 1,07% de l'ensemble des consultations et 30,40% des consultations proctologiques [15].

En milieu spécialisé médical, elle a représenté 18,27% et 24,8% de l'ensemble des patients vus pour rectorragie [16,17]. La fréquence de la maladie hémorroïdaire dans notre contexte nécessite son évaluation continue. La plupart des études n'avaient pas insisté sur le mode de vie des patients, le plus souvent incriminé dans le déclenchement de la maladie hémorroïdaire.

Nous avons ainsi entrepris ce travail dans le but d'étudier la maladie hémorroïdaire interne dans une population malade au cours des endoscopies digestives basses:

PATIENTS ET METHODE

1. Patients : L'étude transversale a porté sur tous les patients vus en endoscopie digestive basse dans le centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré de Bamako de décembre 2011 à novembre 2012.

Ont été inclus tous les patients présentant des symptômes anaux (saignement ou rectorragie, prurit, suintement, inconfort anal, douleur anale) avec confirmation de la pathologie hémorroïdaire par anoscopie. N'ont pas été inclus les patients n'ayant pas de pathologie hémorroïdaire à l'endoscopie

2. Méthodes :

2.1. Examen clinique : tous les patients colligés ont bénéficié d'un examen clinique complet

L'Interrogatoire a permis de rechercher :

- ❖ Les facteurs prédisposants et déclenchants : les troubles du transit, la notion de pathologie hémorroïdaire interne dans la famille, les épisodes de la vie génitale ;
- ❖ Le mode de vie : thé, café, alcool, tabac, épices, légumes, sédentarité,
- ❖ Les symptômes et leurs caractères:-Douleur anale, suintement anal, prurit anal,
- Hémorragie digestive basse typiquement rythmée par la défécation,
- Procidence hémorroïdaire interne.

L'examen physique a recherché une procidence hémorroïdaire interne, des pathologies associées (fissure anale, fistule), thrombose hémorroïdaire externe ; le toucher ano-rectal appréciait le tonus du sphincter anal ; recherchait une douleur localisée, un doigtier souillé de sang et éliminait une masse tumoraleano-rectale.

2.2. Examens para cliniques :

2.2.1. Anuscopie :

- A permis l'exploration visuelle du canal anal et des paquets hémorroïdaires internes. Au terme de l'examen proctologique, la pathologie hémorroïdaire interne a été classée en 4 grades de gravités croissantes [3]:
- ✓ Grade I : hémorroïdes congestives non procidentes
- ✓ Grade II : hémorroïdes procidentes à l'effort et spontanément réductibles
- ✓ Grade III : hémorroïdes procidentes à l'effort et réductibles uniquement aux doigts
- ✓ Grade IV : hémorroïdes procidentes en permanence et non réductibles par les manœuvres digitales
- Les Complications comme une thrombose interne, une cryptite, une papillite, des formations polypoïdes ont été recherchées.
- Une rectoscopie éliminait une pathologie rectale associée

2.2.2. Hémogramme : recherchait une anémie.

2.3 Support : Les données ont été colligées sur une fiche d'enquête et analysées au logiciel Epi-info 6.0.

RESULTATS

De décembre 2011 à novembre 2012, nous avons colligé 60 cas de maladies hémorroïdaires sur 93 examens anorectoscopies réalisés dans le centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré soit une fréquence de 64,5% des cas.

L'âge moyen des patients était de 42,7 ±14,4 ans avec des extrêmes de 20 et 72 ans. Le sex ratio était de 1,5 en faveur des hommes. Les ménagères et les ouvriers ont représenté 51,7% de l'échantillon. Le saignement isolé était le motif de consultation le plus rapporté avec 70% des cas (tableau I).Ce saignement était le

plus souvent d'abondance minime, survenant de façon intermittente et après les selles.

La constipation comme facteur de risque a été retrouvée chez 58,3% des patients (tableau II). Les hémorroïdes internes isolées ont été retrouvées chez 78,4% des patients à l'anuscopie. Dans 18,3% des cas ces hémorroïdes étaient associées à la fissure anale, à la fistule, à la rectite ou à l'intertrigo interfessier. Les paquets hémorroïdaires se situaient le plus souvent à 2H, 5H, 9H. Le grade I était le plus fréquemment observé (tableau III)et quelque soit la tranche d'âge.

Le traitement médical a été instauré chez tous nos patients.

DISCUSSION

De décembre 2011 à novembre 2012, nous avons colligé 60 cas de maladie hémorroïdaire interne sur 93 anorectoscopies réalisées au centre d'endoscopie digestive du CHU Gabriel Touré. Au terme de notre étude la pathologie hémorroïdaire interne a représenté 64,5% des cas. Cette fréquence est supérieure à celle rapportée par Dicko (21,4%) [18], Sangaré (18,7%) [16], NDjitoya et al (39,41%) [19] mais inférieure à celle de N'dri et al (84,5%) [20] et Dia et al 91,1% [14]. Il ressort de ces études que la maladie hémorroïdaire interne constitue la pathologie anale la plus fréquente. Cette constatation a été faite par Maïga et al [21]. Mais la fréquence de cette maladie est difficile à apprécier, car les résultats des études épidémiologiques sont disparates et rapportent des chiffres variant de 4,4 à 86% selon les populations étudiées [3,4].

L'âge moyen de nos patients était de 42,7 ±14,4 ans avec des extrêmes de 20 et 72 ans. Ce résultat est proche de celui de Sangaré 40,9 ans [16]. Dicko avait rapporté un âge moyen de 36,3 ans [18], l'âge moyen était de 35 ans pour Kouadio et al [22] et de 46,7 ans pour Chew et al [23]. Ces données concordent avec celles de la littérature selon lesquelles la maladie hémorroïdaire apparaît vers la troisième décennie et augmente avec l'âge, pour être maximale entre 45 et 65 ans, puis décroît [4]. Le sex ratio était de 1,5 en faveur des hommes dans notre étude. Cette prédominance masculine a été constatée par Sangaré (sex ratio : 4,5) [16], Dicko (sex ratio : 2,94) [18] et Pigot (sex. ratio : 1,10) [24]. En effet la faible prédominance féminine dans ces études pourrait s'expliquer par la pudeur de ce geste dans notre contexte. Mais dans une étude asiatique cette prédominance féminine a été signalée [25]. Cependant la fréquence de la maladie hémorroïdaire dans la population générale semble équivalente dans les deux sexes [3,4].

Dans notre série les ménagères étaient les plus atteintes(35%).Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la maladie hémorroïdaire est une affection fréquemment observée chez les sujets

en position debout ou assise pendant l'exercice de leur fonction.

Dans notre étude, le facteur de risque qui prédominait était la constipation (58,3%), fréquence inférieure à celle trouvée par Dicko [18], qui était de 93,3%, mais comparable à celles trouvées par Pigot et al [24], par Chan [26] qui étaient respectivement de 54% et 54%. Ces fréquences peuvent s'expliquer par les modes alimentaires et de vie dans ces populations et concordent avec les données de la littérature.

La prévalence du saignement isolé chez nos patients était de 66,7% ; celle-ci est inférieure à celle rapportée par Pravin (96%) [27] et Sangaré (75,3%) [16], mais largement supérieure à celle trouvée par Pigot et al [24] et par Dicko [18] qui étaient respectivement de 56% et 30%. La différence de fréquence entre ces études pourrait s'expliquer par les biais méthodologiques. Pour Jean et al, la fréquence de la rectorragie augmente avec la taille des paquets hémorroïdaires [28].

La douleur anale a été retrouvée chez 58,4% de nos patients. Cette fréquence est inférieure à celle trouvée par Dicko [18], Pravin [27] et Pigot et al [24] qui étaient respectivement de 77,3%, 57%, 62%. Sa présence traduirait une thrombose ou une pathologie anale associée à la maladie hémorroïdaire. La procidence hémorroïdaire a été retrouvée chez 18,3% de nos patients contre 51,7% dans l'étude de Sangaré [16], et 70% dans l'étude de Dicko [18]. La maladie hémorroïdaire a été classée grade I chez 81,7% de nos patients tandis que dans les études de Pigot et al [24], et de Dicko [18] les grades III et IV étaient les plus observées respectivement dans 94% et 62,7% des cas. Ces différences pourraient être dues au mode de recrutement. Le traitement médical a été instauré chez tous nos patients. Pour certains auteurs, la régularisation du transit représente l'élément le plus important dans le traitement de cette pathologie hémorroïdaire [28,29].

CONCLUSION

La maladie hémorroïdaire est une pathologie relativement fréquente dans la population générale surtout vers la troisième décennie.

Bien que la maladie hémorroïdaire soit bénigne, devant les symptômes il faut procéder à l'évaluation diagnostique en faisant l'anuscopie dynamique et une coloscopie totale surtout chez le sujet âgé en vue d'éliminer une autre pathologie associée en particulier une tumeur maligne.

REFERENCES

1. Abramowitz I. Recommandations pour la partie clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Le courrier du proctologue 2001; 2 :1-35.
2. Denis J., Allaert F. A., Nuris E. Enquête épidémiologique : prévalence de la pathologie

proctologique en pratique de gastro-entérologie. La lettre de l'hépatogastro-entérologie 2002 ; 5 : 260-2.

3. Naveau S, Balian A, Am A, Perlemuter G. Hémorragie digestive. In : Naveau S, Bal Eds. Hépatogastroentérologie. Abrégés, connaissances et pratiques. Paris : Masson, 2003, 436p.

4. Frexinos J, Buscail L, Staumont G. Hémorroïdes. In: frexinos, J, Buscail, L, Eds. Hépatogastro-entérologie proctologie 5e édition. Paris: Masson, 2003:395-401.

5. Siproudhis L, Panis Y, Bigard MA. Traité des maladies de l'anus et du rectum. Paris: Masson, 2006.

6. Helfand M, Marton K, Zimmer-gembeck K. History of visible rectal bleeding in a primary car population initial a Assessment and 10-years follow-up. JAMA 1997; 277:44-48.

7. Hulme-moir M, Bartolo DC. Hemorrhoids. Gastroenterol Clin Biol north Am 2001; 30(1):183-197.

8. Dodi G. Pathologies hémorroïdaires. Acta Endoscopica 2003 ; 33 (3):389-405.

9. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal Artery with a newly devised instrument (Moricon) in conjunction with a Doppler Flowmeter. Am J Gastroenterol 1995; 90:610-613.

10. Balian C, Arakélian P, Poussin D, Beuzen F. Pathologie hémorroïdaire in: Balian Ed. Paris : ellipses, 2004 ; 360p

11. Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi G. La pathologie Anorectale à BANGUI (RCA). Mali Médical 2004; 2 :12-14.

12. Assi C, Lohoues-kacou MJ, Toth'o A, Traoré F. Quelques aspects épidémiologiques des rectorragies chez l'adulte noir africain. Med Afr Noire 2006 ; 5 : 315-319.

13. Mahassadi KA, Soro KG, Kouakou B, Anzoua KI. Les affections coloproctologiques et leur déterminant au CHU de Youpougon. Educi Rev Med 2012 ; 14 : 73-77.

14. Dia D, Diouf ML, Mbengue M, Bassene ML. La pathologie anale à Dakar: analyse de 2061 examens proctologiques. Med Afr Noire 2010; 57(5) : 441-444.

15. Diallo G, Sissoko F, Maïga MY, Ongoïba M. La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B de l'Hôpital du Point G. Mali Médical 2003; 2:9-11

16. Sangaré D. Etude de la pathologie hémorroïdaire interne au CHU GT et dans les centres d'endoscopie digestive. Thèse, Med, Bamako, 2009; 94.

17. Kassambara Y. Aspects étiologiques de la rectorragie au centre d'endoscopie digestive du CHU GT. Thèse, Med, Bamako, 2012 ; 50.

18. Dicko ML. Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie général du CHU Gabriel Touré. Thèse, Med, Bamako, 2007 ; n°155

19. Ndjitoyapndam EC, Njoya O, Mballa E, Nsangoum F. Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu Camerounais. Etude analytique de 720 examens. Med Afr Noire 1991; 38 :269-270.

20. N'dri N, Kouakou Iohoues MJ, Attia KA, Moustapha MJ. La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain :à propos de 522 Cas colligés au CHU de Cocody. Med Chir Dig 1994 ; 23 :233-234.

21. Maïga MY, Traoré HA, Diallo G, Dembele K. Etude épidémiologique de la pathologie anale au Mali. Med Chir Dig 1995 ; 24 :269-270.

22. Kouadio GK, Kouao JA, Kouadio KN, Turquin HT. Expérience de l'hémorroïdectomie selon Milligan-Morgan en Côte d'ivoire. Med Afr Noire 2004; 51(7) : 385-388.

23. Chew SS, Marshal L, Tham J, Grieve DA. Short-terme and resultants of combined sclerotherapy and rubber band Ligation of haemorrhoids and mucosal prolapsed. Dis colon rectum 2003; 46(9):1232-7.

24. Pigot F, Laurent S, François AA. Risk factors associated with haemorrhoidal symptoms in specialized Consultation. Gastro Enterol Clin Biol 2005; 29(12):1270-4.

25. Ng KH, Ho KS, Ooi BS, Desaveur Cl. Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operation. Br J Surg 2006; 93:226-230 .

26. Chan AO, Lam KF, Hui WM, LEUNG G. Influence of positive family history on clinical characteristics of functional Constipation. Gastro EnterolClinHepato 2007; 5(2):197-200.

27. Pravin J, Gupta. Novel aproch to advanced haemorrhoidal disease. Rom J Gastroenterol 2005; 14(4):361-6.

28. Jean F, Gravie MD, Paul Antoine L, Michel F. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan. Haemorrhoidectomy. AMN Surg 2005; 242(1):29-35.

29. Abramowitz L, Godebergep P, Staumont G, Soudan D. Recommandations, pour le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gastro Enterol Clin Biol 2001; 25:674-702.

Tableau I : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif (N=60)	Pourcentage %
Saignement	42	70,0
Constipation	37	61,6
Douleur anale	32	53,3
Prolapsus	11	18,3

Tableau II : Répartition des patients selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif N=60	Pourcentage %
Constipation	35	58,3
Sédentarité	28	46,7
Prise d'épices	24	40,0
Abus laxatifs	24	40,0
Diarrhée	13	21,7
Grossesse	12	20,0

Tableau III : Répartition des patients selon le stade de l'hémorroïde (classification de GOLIGHER)

Classification de Goligher	Effectif	Pourcentage %
Stade 1	49	81,7
Stade 2	8	13,3
Stade 3	3	5,0
Stade4	0	0,0
Total	60	100