

LA MALADIE HEMORROIDAIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE B DE L'HOPITAL DU POINT G

DIALLO G1, SISSOKO F1, MAIGA M.Y2, TRAORE AK dit DIOP1, ONGOIBA NI, DEMBELE M3,
DOUMBIA D4, COULIBALY Y4, DIALLO A, MARIKO H1, KOUMARA AK1

1. service de Chirurgie B, Hôpital du Point G
2. Service de Gastro-entérologie, Hôpital Gabriel Touré
3. Service de Médecine Interne, Hôpital du Point G
4. Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital du Point G

Correspondant : Professeur Gangaly DIALLO, Chef du service de Chirurgie générale
et Pédiatrique de l'Hôpital Gabriel TOURE, BP 267 – Bamako - Mali

RESUME

Devant la rareté en Afrique de travaux portant sur les résultats des hémorroïdectomies, nous avons voulu déterminer la fréquence et décrire les aspects cliniques des hémorroïdes dans notre service. Le travail a porté sur tous les cas d'hémorroïdes, ayant consulté de janvier 1979 à décembre 1993 et dont le diagnostic a été confirmé par les moyens cliniques et para cliniques. Pour le suivi à long terme, les renseignements sur l'état de santé des malades ont été recueillis d'après le dossier médical et à domicile, en interrogeant les malades ou leurs personnes contacts résidant à Bamako.

Nous avons recensé 152 dossiers. L'âge moyen des malades a été de 36,33 ans avec un écart type de 12,21. Le sexe ratio a été de 4,06 en faveur des hommes. La douleur anale a été le signe fonctionnel le plus fréquemment noté (130 fois, soit 85,5%) suivie de la rectorrhagie (111 fois soit 73,0%).

82 malades ont été opérés, représentant les formes évoluées (stade 3 et 4), les formes résistant au traitement médical, les formes compliquées ou associées à une fistule ou fissure. 64 malades (78,0%) ont bénéficié d'une hémorroïdectomie selon MILLIGAN et MORGAN et 18 malades (22%) d'une thrombectomie simple. Nous n'avons eu aucun décès postopératoire. 78 malades (95,2%) ont eu des suites immédiates simples. 2 cas de rétention d'urine (2,4%) et 1 cas d'infection (1,2%) ont été notés. A 6 mois de recul, 3 malades (3,7%) se plaignaient d'une incontinence aux gaz, et 1 malade (1,2%) d'une sténose non serrée. Les 64 malades ayant un recul de plus de 2 ans se portaient très bien.

MOTS CLES : Hémorroïdes, traitement, Mali.

INTRODUCTION

La maladie hémorroïdaire est la maladie la plus fréquente de l'intestin terminal (2). Sa prévalence varie selon sa définition, le mode de recrutement des malades, le pays, le sexe, les groupes sociaux (15).

Son incidence dans le pays à haut niveau de vie est estimée à 50% de la population âgée de 50 ans et plus (3). Elle représente 38,5% des pathologies digestives au Gabon (6). L'hémorroïdectomie est la méthode de choix dans le traitement radical de la maladie hémorroïdaire (1, 9, 11).

La rareté des travaux africains sur la chirurgie des hémorroïdes nous a motivé à réaliser ce travail. Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence des hémorroïdes, de décrire leurs aspects cliniques et thérapeutiques et d'analyser leur suites opératoires à court, moyen et long terme dans le service de Chirurgie B de l'Hôpital du Point G.

METHODOLOGIE

Notre travail a été une étude rétrospective, qui s'est déroulée de janvier 1979 à décembre 1993. L'étude a porté sur les cas d'hémorroïdes, diagnostiqués et traités dans le service de Chirurgie B de l'Hôpital du Point G. Les anciens dossiers, les registres de consultation et les cahiers de compte-rendu opératoire ont été les supports de l'enquête. Pour le suivi à long terme, les renseignements sur l'état de santé des malades ont été recueillis d'après le dossier médical et à domicile, en interrogeant les malades ou leurs personnes contacts résidant à Bamako. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à la Cellule Informatique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako. Les tests statistiques utilisés ont

été le Khi2 et l'Exact Fischer pour les petits effectifs ($p < 0,05$).

RESULTATS

En 15 ans, 14221 consultations externes ont été effectuées dans notre service dont 455 (30,19%) portaient sur les pathologies anales. 152 cas d'hémorroïdes ont été colligés, et ont représenté 1,07% de l'ensemble des consultations et 30,40% des consultations ano-rectales. Il s'est agit de 122 hommes (80,3%) et de 30 femmes (19,7%), soit un sexe ratio de 4,06 en faveur des hommes. L'âge moyen a été de 36,33 ans avec des extrêmes de 16 à 78 ans et un écart type de 12,21. Dix neuf (19) malades (12,5%) ont été reçus en urgence.

Les malades adoptant la position assise pendant leur principale occupation ont été au nombre de 89 (soit 58,6%) et de 32 (soit 21,0%) pour la position debout. Les principaux symptômes sont notés sur le tableau 1. Nous avons noté 32 cas (21,1%) de thromboses hémorroïdaires et 30 cas (19,7%) de prolapsus hémorroïdaires. 90 malades (59,2%) ne présentaient aucun signes de complication.

Le tableau 2 montre la répartition des malades selon les pathologies associées. Les anites et les rectites ont été les plus fréquemment notées.

83 malades (54,6%) ont bénéficié d'une ano-rectoscopie. Les malades présentant une complication n'ont pas fait d'ano-rectoscopie.

Les malades classés III et IV et ceux ayant une complication ou associées à une fistule ou fissure anale ont été opérés.

Nous avons opéré 82 malades (53,9%). L'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan a été la principale technique opératoire pratiquée. 64 malades (78,0% en ont bénéficié. Elle a été associée à une fissurectomie dans 5 cas (6,1%) et à

une fistulectomie dans 1 cas (1,2%). Une thrombectomie a été réalisée chez 18 malades (22,0%). Nous n'avons eu aucune complication peropératoire. Les suites opératoires immédiates sont notées sur la tableau 3.

Soixante dix huit malades (95,2%) ont eu des suites simples. Nous n'avons eu aucun décès post opératoire. Le taux de morbidité post opératoire a été de 3,6% (2,4% de rétention d'urine et 1,2% d'infections). Tous les 82 malades opérés ont été revus à 6 mois : 3 malades (3,7%) se plaignaient d'une incontinence aux gaz et 1 malade (1,2%) avait une sténose non serrée. A 1 an de recul, deux cas (2,4%) d'incontinence aux gaz ont été notés. Les 35 malades ayant un recul de 3 ans avaient des suites opératoires simples ainsi que les 23/24 malades ayant un recul de 5 ans et les 11/13 malades ayant un recul de 10 ans.

Tableau 1 : Principaux symptômes

Symptômes	Effectif	%
Douleur anale	130/152	85,5
Rectorragie	111/152	73,0
Constipation	100/152	65,8
Diarrhée	16/152	10,5
Prurit anal	12/152	7,9
Ténesme	6/152	3,9
Sécrétion muqueuse	4/152	2,6

Tableau 2 : Pathologies associées

Pathologies associées	Effectif	%
Aucune	96	63,2
Anite + Rectite	23	15,1
Fissure anale	21	13,8
Fistule anale	5	3,3
Prolapsus rectal	3	2,0
Polype rectal	2	1,3
Adénome de la prostate	2	1,3
Total	152	100

Tableau 3 : Suites opératoires

Auteurs Suites	SEAN, USA, 1994	Gawenda, RFA, 1996 n = 107	Sielezneff, France, 1996 n = 1134	Notre série, Mali 1993 n = 82
Rétention urinaire	5,6%	5,6%	16,4%	2,4%
Infection	0%	0,6%	0,6%	1,2%
Hémorragie	0%	0,9%	7,6%	0%

DISCUSSION

A cause de sa latence clinique, la fréquence de la maladie hémorroïdaire est probablement sous estimée dans notre pays. Les différents taux de prévalence des hémorroïdes dans les pays sont liés au mode de recrutement des malades et aux facteurs épidémiologiques (15). En Afrique, d'autres facteurs socioculturels comme la pudeur, l'accès difficile aux centres de santé et le manque d'information empêchent certains malades à consulter (10). La prédominance masculine (sex-ratio = 1,8 à 2,5) est admise dans la littérature (2, 13). Elles a été encore plus marquée dans notre série (sex-ratio = 4,06) et dans celle de N'dri et al. (10), RCI, 1994 (sex-ratio = 3,62). Les hommes seraient plus disponibles à se faire traiter que les femmes (15). Comme dans plusieurs séries (10, 14), la douleur et la rectorragie hémorroïdaires ont été les 2 principaux signes fonctionnels chez nos malades. La constipation a été selon la fréquence le 3^{ème} symptôme notée. Elle n'est plus considérée par certains auteurs (5) comme un facteur favorisant, mais plutôt une complication de la maladie hémorroïdaire (7).

1 malade sur 5 a présenté une thrombose hémorroïdaire, considérée par certains auteurs comme une complication fréquente (14).

L'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan (qui a été notre principale technique opératoire) est considérée comme la méthode qui donne de meilleurs résultats immédiats que la ligature par bande élastique (4, 8). Elle est également plus performante que la sclérothérapie et la photo coagulation aux infrarouges (4). Elle représente la technique de référence parmi les multiples techniques chirurgicales (2, 15). Les nouvelles techniques comme l'intervention de Longo et la ligature écho guidée des artères hémorroïdaires ne sont pas pratiquées dans notre service.

La mortalité postopératoire (nulle dans notre série) est la même dans beaucoup d'autres publications (2, 13). Notre taux de morbidité postopératoire de 3,6% (voir tableau 3) est peu différent des taux publiés dans la littérature, qui varient entre 5,6% et 24,6% (2, 12, 13). L'évaluation de la douleur postopératoire (variable subjective) est difficile à apprécier. Par conséquent, son incidence postopératoire est très variable selon les séries : 1,8 à 71% (2, 12, 13). Les suites à moyen et à long terme sont surtout fréquentes à 6 mois de recul. Nous avons noté 3,7% d'incontinence aux gaz et 1,2% de sténose, contre respectivement 0,1% et 2,9% pour Sielezneff (13) en France. Nos 69 malades ayant un recul de plus de 2 ans avaient tous des suites simples.

CONCLUSION

L'opération de Milligan et Morgan donne de bons résultats dans le traitement des stades évolués de la maladie hémorroïdaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. FERGUSON JA, HETON JR – closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959 ; 2 : 176.
2. GAWENDA M, WALTER M – Die operative therapie des fortgeschrittenen Hämorrhoidalleidens – Ist ein Eingriff auf tageschirurgischer Basis möglich ? *Chirurg* 1996 ; 67 : 940-943.
3. GOLLIGHER JC – Surgery of the anus, rectum und colon. 5th edn. Bailliere Tindall, London, 1984, p 113.
4. HELEEN M, MAC R, MD, FRCSC, ROBIN SM – Comparaison of hemorrhoidal treatment modalities. *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 687-694.
5. JOHANSEN JF, SONNENBERG A – Constipation is not a risk factor for hemorrhoids : a case control study of potentiel etiological agents. *Am J Gastroenterol* 1994 ; 89 (11) : 1981-1986.
6. KLOTZ F et coll. – Pathologie recto-sigmoïdienne au Gabon. *Afrique Méd Santé* 1988 ; 23 : 7-10.
7. LODER PB, KAMM MA, NICHOLLS RJ, PHILLIPS RKS – Haemorrhoids : Pathology, Pathophysiology, Aetiology. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 946.
8. MACRAE HM, McLEOD RS – Comparaison of hemorrhoidal treatments : a meta-analysis. *Canadian J Surg* 1997 ; 40 (1) : 14-7.
9. MILLIGAN ETC, MORGAN CN – Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* II : 1119.
10. N'DRI N, KOUAKOU LOHOUES MJ, ATTIA KA, MOUSTAPHA OM, YASSIBANDA S, BOUGOUMA A, CAMARA BM, KOUAKOU N, ATTIA YR – La maladie hémorroïdaire en milieu hospitalier africain : à propos de 522 cas colligés au CHU de Cocody. *Méd chir Digest* 1994 ; 23 (4) : 233-234.
11. PARKS AG – The surgical treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 1956 ; 43 : 337.
12. SEAN O'D FERRARA A, LARACH S, WILLIASON P – Intra operative use of Toradol facilitates out-patient haemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1994 ; 37 (8) : 793-799.
13. SIELEZNEFF I, SALLE E, BULGAR JC, BRUNET C, SASTRE B, SARLES JC – Suites opératoires précoces après hémorroïdectomie (1134 cas). 11èmes Journées de la Société Française de Chirurgie Digestive. *Ann Chir* 1996 ; 50 (10) 929-943.
14. SUDUCA P, SUDUCA JM – Hémorroïdes – Editions Techniques EMC (Paris-France), Estomas-Intestin, 5 – 1990 ; 9086 A 10 12 p.
15. WATSON SJ, PHILLIPS RKS : Hämorrhoidektomie : Gegenwärtiger Stand. *Chirurg* 1996 ; 67 (3) : 213-221.