**Les fissures anales dans deux sites d’endoscopie digestive de Kayes au Mali.**

KATILE D1, DICKO MY2, SOUMARE G3, MALLE O4, SANGARE D5, SANOGO SD2, GUINDO H6, MAIGA A ⁷, B. DIALLO8 G. SOGOBA9, LI. TRAORE9, S. ANGARE9, A. KONATE2, MT. DIARRA2, MY. MAIGA2.

1Unité d’hépatogastroentérologie de l’hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, Mali

2Service d’hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali

3 Service d’hépatogastroentérologie du CHU du point G de Bamako, Mali

4 Hôpital régional de Mopti, Mali

5 Hôpital régional de Ségou, Mali

6 Hôpital régional de Gao

7Centre de santé de référence de Koutiala

8Clinique Médicale ‘’ SEWA’’ de kayes, Mali

9Service de chirurgie générale de l’hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, Mali

Auteur correspondant :

Dr KATILE DRISSA, chargé de recherche.

Hépatogastroentérologue, hôpital Fosseyni DAOU de kayes.

Email : drissakatile@yahoo.fr

**RÉSUMÉ**

**Introduction.** Le but de notre étude était de rapporter les présentations clinique et endoscopique de la fissure anale à Kayes au Mali. **Méthodes.** Il s’agit d’une étude rétrospective, menée du 1er Mars 2017 au 31 Octobre 2018, ayant porté sur l’analyse des comptes rendus d’anorectoscopie dans les unités d’endoscopie digestive de l’hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes et de la clinique médicale ‘’ SEWA’’ de kayes. Les données ont été recueillies à partir des registres d’anorectoscopie comportant les renseignements pour chaque patient ayant la fissure anale comme diagnostic retenu à savoir l’âge, le sexe, la profession, la résidence, l’indication de l’endoscopie.

Les données ont été traitées au moyen du logiciel Epi info version 6.

**Résultats.** Durant la période d’étude, 402 patients ont bénéficié d’examen anorectoscopique. La fissure anale a été diagnostiquée chez 134 patients soit une fréquence de 33,33 %.

L’âge moyen des patients était de 36, 51 ans avec des extrêmes de 16 et 76 ans et le sex-ratio était de 2,6. La proctalgie et la rectorragie étaient les indications d’anorectoscopie les plus fréquentes avec respectivement 59% et 38,1% des cas. En position genou-pectorale, la fissure anale était postérieure (85, 1%), antérieure (10,4%), bipolaire (3%) et latérale (1,5%). La fissure anale chronique représentait 79,1% des cas. Dans environ 18% des cas, la fissure anale était associée à d’autres pathologies proctologiques. La maladie hémorroïdaire a été la pathologie la plus fréquemment associée (91,7 %) des cas.

**Conclusion.** La fissure anale intéresse surtout les jeunes avec une forte prédominance masculine. Elle était majoritairement chronique et de localisation postérieure. La sensibilisation de la population jeune et surtout féminine doit être renforcée pour promouvoir la fréquentation des structures de santé pour des problèmes proctologiques.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The aim of our study was to report the clinical and endoscopic presentations of the anus fissure in Kayes, Mali. **Methods:** This is a retrospective study, conducted from March 1st, 2017to October 31 st, 2018, which focused on the analysis of Anorectoscopy reports in the digestive endoscopy units of the Fousseyni Daou Regional Hospital in Kayes and the SEWA Medical Clinic of Kayes. The data were collected from the Anorectoscopy records containing the information for each patient with the anus fissure as a diagnosis of age, sex, occupation, residency, indication of endoscopy. The data were processed using EPI info version 6 software. **Results:** During the study period, 402 patients benefited from anorectoscopic examination. The anus fissure was diagnosed in 134 patients at a frequency of 33.33%. The average age of the patients was 36, 51 years with extremes of 16 and 76 years and the sex ratio was 2.6. Proctalgia Fugax and Hematochezia were the most frequent indications of anorectoscopy with 59% and 38.1% of cases respectively. In knee-pectoral position, the anus fissure was posterior (85, 1%), anterior (10.4%), bipolar (3%), and lateral(1.5%). The chronic fissure was 79.1% of the cases. In about 18% of the cases, the anus fissure was associated with other proctologic diseases. Hemorrhoidal disease was the most frequently associated pathology (91.7%) of cases. **Conclusion:** The crack of the anus is especially interesting for young people with a strong male predominance. It was predominantly chronic and of posterior localization. The awareness of the young and especially female population needs to best rengthened to promote the attendance of health structures for proctologic problems.

**INTRODUCTION**

La fissure anale est le deuxième motif de consultation proctologique après la maladie hémorroïdaire [1].

En occident, 10 à 20% de la population générale souffrent de cette pathologie [1].En France, elle a occupé 13% des consultations proctologiques et 1 % des français déclarent avoir été opérés d’une fissure anale [2].

 En Afrique, quelques séries ont rapporté sa fréquence. Elle est la deuxième lésion par ordre de fréquence dans la pathologie proctologique dans une étude Nigériane [3] et la deuxième pathologie anale dans une étude sénégalaise [4].

Au Mali, très peu de données sont disponibles sur cette pathologie. Nous avons initié le présent travail qui constitue le premier dans la région de Kayes dans le but de rapporter les présentations clinique et endoscopique de la fissure anale dans les deux centres d’endoscopie digestive de kayes au Mali.

**MÉTHODES**

Il s’agit d’une étude rétrospective, menée du 1er Mars 2017 au 31 Octobre 2018, ayant porté sur l’analyse des comptes rendus d’anorectoscopie dans les unités d’endoscopie digestive de l’hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes et de la clinique médicale ‘’ SEWA’’ de kayes. Les données ont été recueillies à partir des registres d’anorectoscopie comportant les renseignements pour chaque patient ayant la fissure anale comme diagnostic retenu à savoir l’âge, le sexe, la profession, la résidence, l’indication de l’endoscopie.

Les données ont été traitées au moyen du logiciel Epi info version 6.

**RÉSULTATS**

Durant la période d’étude, 402 patients ont bénéficié d’examen anorectoscopique. La fissure anale a été diagnostiquée chez 134 patients soit une fréquence de 33, 33 %.

L’âge moyen des patients était de 36, 51 ans avec des extrêmes de 16 et 76 ans et le sex-ratio était de 2,6 (Graphique I). La proctalgie et la rectorragie étaient les indications d’anorectoscopie les plus fréquentes avec respectivement 59% et 38,1% des cas (Tableau I). En position genou-pectorale, la fissure anale était postérieure (85, 1%), antérieure (10,4%), bipolaire (3%) et latérale (1,5%). La fissure anale chronique représentait 79,1% (Tableau II). Dans environ 18% des cas, la fissure anale était associée à d’autres pathologies proctologiques. La maladie hémorroïdaire a été la pathologie la plus fréquemment associée (91,7% des cas).

**DISCUSSION :**

Dans notre étude, la biopsie n’a pas été systématique devant tout cas de fissure anale pour en déterminer sa nature primaire ou secondaire.

La fréquence de la fissure anale a augmenté dans les zones qui avaient autres fois une faible incidence (en Europe de l’est, en Asie et dans les pays en voie de développement) [5].

En Afrique, les données sur la fissure anale sont parcellaires et proviennent surtout de l’analyse des comptes rendus d’endoscopie des structures hospitalières.

Au Mali, aucune étude n’a été réalisée sur la fréquence de la fissure anale. Sa fréquence, dans notre étude, estimée à 33,33% fait qu’elle occupe la deuxième place des pathologies anorectales diagnostiquées dans les deux centres d’endoscopie digestive de kayes après la maladie hémorroïdaire. Ce résultat est conforme à celui rapporté par DIA D et al à Dakar au Sénégal [4].

L’âge moyen de nos patients était de 36, 51 ans. Ce jeune âge a été également retrouvé par DIA D et al à Dakar au Sénégal [4]. Conformément aux données de la littérature, la fissure anale survient dans tous les groupes d’âge et est particulièrement observable chez l’adulte jeune [2, 5].

Le sex-ratio était de 2,6. D’autres séries africaines ont aussi trouvé beaucoup plus d’homme que de femme [4, 6, 7]. Le faible taux des femmes surtout dans nos séries africaines serait peut-être lié à la pudeur [7].

La douleur anale a été le signe fonctionnel qui a le plus motivé la réalisation de l’endoscopie (59%). Ce constat a été également fait par DIA et al à Dakar [4] et dans une étude européenne [8]. Cela est également conforme aux données de la littérature [2, 9].

La rectorragie a été la deuxième indication la plus fréquente de l’endoscopie (38,1%). Ce résultat a été retrouvée également dans d’autres séries [2, 6, 7].

la fissure anale siégeait sur la commissurale postérieure dans la grande majorité des cas(85, 1%).Ce résultat rejoint ceux de DIA et al au Dakar[4] et FELLOUS en France[10].Des études ont montré que la répartition du débit sanguin sur la marge anale était inhomogène et qu’il existait une zone d’hypo vascularisation dans la zone postérieure, là où siègent 90 % des fissures [11].

La fissure anale est une pathologie qui tend vers la chronicité. Dans notre étude, La forme chronique était la plus représentée (79,1%). Ce constat est conforme à celui rapporté par Dia et al [4] et pourrait s’expliquer par le fait que la douleur et l’hypertonie sphinctérienne contribueraient au ralentissement de la cicatrisation [12]. La fissure anale était associée à d’autres pathologies proctologiques dans environ 18% des cas et essentiellement à la maladie hémorroïdaire (91,7% des cas).Cette association pourrait s’expliquer par le fait que ces pathologies ont en commun des facteurs étiopathogéniques [6].

**CONCLUSION :** La fissure anale à Kayes intéresse surtout les jeunes avec une très forte prédominance masculine. Elle était majoritairement chronique et de localisation postérieure. La sensibilisation de la population jeune et surtout féminine doit être renforcée pour promouvoir la fréquentation des structures de santé pour des problèmes proctologiques.

**Conflits d’intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d’intérêt en relation avec cet article.

**Contributions des auteurs**

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et ont lu et approuvé la version finale.

**Remerciements**

Nous remercions tout personnel des unités d’endoscopie de l’hôpital de kayes et de la clinique médicale ‘’ SEWA’’ de kayes.

**RÉFÉRENCES**

1. Denis J, Allaert FA, Nuris E. Enquête 4P : prévalence de la pathologie proctologique en pratique de gastro-entérologue. La Lettre de l’Hépato-gastro-entérologue 2002;5(V):260-2.
2. Laurent S, Marianne E, Stephan A. Possibilités thérapeutiques dans la fissure anale chronique.Rév Prat 2008 ; 51 :21-25.
3. TADE AO, SALAMI BA, MUSA AA, ADENIJI AO. (2004). Anal complaints in Nigerians attending Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital (OOUTH), Sagamu. Niger Postgrad Med J; 11 (3): 218-20.
4. DIA D, DIOUF ML, MBENGUE M, BASSENE ML, FALL S, DIALLO S et al. (2010).Pathologies anorectales à Dakar, analyse de 2016 examens proctologiques. Med Afr Noire ; 57 :241-244.
5. Charles NB, Field M, Kvabshuis JH, Garry R, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, Khan Malfertheiner, Guiyang Q, Rey JF, Sood A, Steinvur F, Thomson A, Thomsen OO, Water Meyer G, Gonvers JJ. Primary anal fissure; we approche global World gastroenterology organisation global guiclelisis June 2009.
6. Denke D.L. Prise en charge chirurgicale des affections anorectales non malformatives au

CHU Tokkoin de Lomé à propos de 168 cas (1993 à 2003). Journal Africain De Chirurgie Digestive 2003 ; vol3 n°2: 84.

1. Ellen N, Okiémy G, Koutaba E Chocolat R, Massamba Miabahou, Ibamba A, Datsey, Massengo R. Traitement chirurgical des fissures anales au CHU de Brazza à propos de 21 cas. Journal africain de chirurgie digestive 2003 ; N°4 : 2292-295.
2. Gupta PJ. Consumption of red-hot Chili pepperincreasessymptoms in patients with acute

anal fissure. A prospective, randomized, placebo-controlled, double blind, crossover trial Arqgastroenterol 2008; 45(2): 124-7.

1. Pigot F, Siproudhis L, Albert FA. Risks factorsassociatedwithhemorroidalsymptoms in specialized consultation. Gastroenterol. Clin Biol 2005; 9: 237-45.
2. FELLOUS K. Fissures et fissurations anales. R e v P r a t. 2 0 0 1 ; 5 1 (1) : 32-5.
3. Lund JN, Binch C, McGrath J, Sparrow RA, Scholefield JH. Topographical distribution of bloodsupply to the anal canal. Th e British Journal of Surgery 1999;86:496-8.
4. Thierry H, Anne-Laure T. Fissures anales. Hegel Vol. 2 N° 2 – 2012.

**Graphique 1 : Sexe**

**Tableau I : Indication de l’anorectoscopie.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indication** | **Effectif** | **Pourcentage (%)** |
| **Douleur anale** | 79 | 59 |
| **Rectorragie** | 51 | 38 |
| **Tuméfaction anale** | 8 | 6 |
| **Prurit anal** | 4 | 3 |
| **Constipation** | 3 | 2,2 |
| **Sensation de masse anale** | 1 | 0,7 |

**Tableau II : Siège de la fissure anale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Siège** | **Effectif** | **Pourcentage (%)** |
| **Commissure postérieure** | 114 | 85,1 |
| **Commissure antérieure** | 14 | 10,4 |
| **Bipolaire** | 4 | 3 |
| **Latérale** | 2 | 1,5 |
| **Totale** | 134 | 100 |