



## Article Original

## Profil Épidémiologique et Clinique de la Maladie Hémorroïdaire Interne dans les Centres d'Endoscopie Digestive à Ségou

### *Epidemiology and clinical presentation of internal hemorrhoid disease in digestive endoscopy centers of e Segou*

Sangaré D<sup>1</sup>, Sanogo A<sup>1</sup>, Diarra A<sup>2</sup>, Malla O<sup>2</sup>, Dicko M<sup>3</sup>, Katilé D<sup>4</sup>, Konaté A<sup>3</sup>, Diarra MT<sup>3</sup>.

#### RÉSUMÉ

**But.** Le but de notre travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la maladie hémorroïdaire interne dans les centres d'endoscopie digestive de Ségou. **Patients et méthodes.** Notre étude transversale qui s'était déroulée du 1<sup>er</sup> Octobre 2019 au 31 Septembre 2020, a concerné les patients qui ont bénéficié d'un examen anorectoscopique pour les symptômes anaux. **Résultats.** La maladie Hémorroïdaire interne a représenté 70,9 % de l'ensemble des examens anorectoscopiques. L'âge moyen des patients était de  $50,6 \pm 18,4$  ans avec un sex ratio de 1,4 en faveur des hommes. Les femmes au foyer et les cultivateurs étaient représentés avec 34,3 % et 25% des cas. La rectorragie isolée et la douleur anale étaient les principaux motifs de consultation. Les hémorroïdes internes isolées étaient retrouvées dans 86,6% des cas. **Conclusion.** La maladie hémorroïdaire interne est une pathologie fréquente dans la région de Ségou. L'amélioration des conditions de vie permettra de jouer un rôle prépondérant la survenue de cette maladie.

1- Service de médecine de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou  
2- Centre de santé de référence de Mopti  
3- service d'hépatogastroentérologie du CHU Gabriel Touré  
4-service d'Hopital Fousseyni Daou de Kayes

**Correspondant :** Dr Sangaré Drissa. E-mail : [docteursang78@gmail.com](mailto:docteursang78@gmail.com),  
Tel : 223)66 86 91 97

**Mots-clés :** Maladie hémorroïdaire interne – anorectoscopie- Ségou (Mali).

**Key-words:** internal hemorrhoid disease – anorectoscopy- Segou (Mali).

#### ABSTRACT

**Introduction.** The goal of our work was to describe the sociodemographic and clinical findings of patients with internal hemorrhoid disease in the digestive endoscopy centers of Segou. **Patients and methods.** Our cross-sectional study, which took place from October 1 to September 31, 2020, involved patients who underwent an anorectoscopic examination for anal symptoms. **Results.** Internal hemorrhoid disease represented 70.9% of all anorectoscopic examinations. The mean age of the patients was  $50.6 \pm 18.4$  years, with a sex ratio of 1.4 in favor of men. Housewives and farmers represented 34.3% and 25% of cases. Isolated rectal bleeding and anal pain were the main reasons for consultation. Isolated internal hemorrhoids were found in 86.6% of cases. **Conclusion.** Internal hemorrhoid disease is a common pathology in the Segou region. Improving living conditions may help controlling of this disease.

#### INTRODUCTION

La pathologie hémorroïdaire interne constitue la première étiologie de consultation en proctologie [1]. Toutes les méthodes et les résultats des études épidémiologiques sont disparates et rapportent des chiffres variant de 4,4 à 86% selon les populations étudiées, ce qui rend difficile l'appréciation de la fréquence [2, 3]. Les symptômes de la maladie hémorroïdaire étant banals, il est primordial de toujours éliminer le cancer recto-colique [4].

Aux États-Unis et en Angleterre, elle a représenté 1177 et 1123 pour 100000 habitants [5].

En Afrique, la pathologie hémorroïdaire a représenté 58,8% à Bangui (RCA), 30,5% et 64% des affections coloproctologiques à Abidjan (côte d'ivoire) [6, 7].

Au Mali, les études faites n'ont pas concerné la région de Ségou [8,9, 10]. Ainsi nous avons initié ce travail dont le but était de déterminer les caractéristiques

épidémiologiques et cliniques de cette pathologie hémorroïdaire interne à Ségou.

#### PATIENTS ET METHODES

Cette étude transversale qui s'était déroulée du 1<sup>er</sup> Octobre 2019 au 31 Septembre 2020, a concerné tous les patients ayant bénéficié d'une anoscopie pour les symptômes anaux (rectorragie, douleur anale, prolapsus anal, prurit, suintements), avec confirmation de la maladie hémorroïdaire interne.

Tous les patients ont bénéficié d'un interrogatoire à la recherche des troubles du transit (constipation, diarrhée), des symptômes anaux et le mode de vie.

L'examen physique complet a permis de rechercher une procidence hémorroïdaire interne, une thrombose hémorroïdaire externe. Le toucher anorectal recherchait une douleur localisée, et éliminait une néoplasie anorectale.

L'anuscopie a permis l'exploration du canal anal et des paquets hémorroïdaires internes. Au terme de l'examen proctologique, la pathologie hémorroïdaire interne a été classée en quatre grades de gravité croissante [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 par les manœuvres digitales

Grade IV : Hémorroïdes procidentes en permanence et non réductibles par les manœuvres digitales.

Les complications comme une thrombose interne, une cryptite, une papillite ont été recherchées.

Une rectoscopie a permis d'éliminer une pathologie rectale associée.

Nous avons analysé nos données à l'aide du logiciel épi-info (version 6.0) et le test de Khi2 a été utilisé pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité  $p < 0,05$ .

Le recueil des données a été effectué dans le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

## RESULTATS

Pendant la période de l'étude, sur les 189 anorectoscopies, 134 cas de maladies hémorroïdaires internes ont été diagnostiqués soit une fréquence de 70,9 %. Le sex-ratio était de 1,4 en faveur des hommes. L'âge moyen de nos patients était de  $50,6 \pm 18,4$  ans. Les femmes au foyer (34,3 %) et les cultivateurs (25%) étaient représentés. La rectorragie isolée (43,3%) et la douleur anale (25,4%) étaient les principaux motifs de consultation (**Tableau I**).

**Tableau I : Motifs de consultation**

Motif de consultation	Effectif	%
Rectorragie	58	43,3
Douleur anale	34	25,4
Prolapsus	16	11,9
Prurit anal	06	4,5
Suintements anaux	04	3,0

Les facteurs de risque retrouvés étaient la constipation dans 48,5% et la sédentarité dans 30,6% des cas. Le régime alimentaire ne contenant pas de légumes a été retrouvé chez 62,7% de nos patients (**Tableau II**).

**Tableau II : Régime alimentaire**

Régime alimentaire	Effectif	%
Légumes	84	62,7
Epices	34	25,4
Tabac	15	11,2

Les hémorroïdes internes isolées ont été retrouvées dans 86,6% des cas. Dans notre étude, les patients de plus de 50ans qui avaient la rectorragie ont bénéficié d'une coloscopie qui était normale. Le stade I (24,6%) et stade II (64,2%) des hémorroïdes internes étaient retrouvés chez la majorité de nos patients (**Tableau III**).

**Tableau III : stade de l'hémorroïde**

Stade de l'hémorroïde	Effectif	%
Stade I	33	24,6
Stade II	86	64,2
Stade III	11	8,2
Stade IV	04	3,0
Total	134	100

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'âge et le stade ( $P : 0,2214$ ) (**Tableau IV**).

Le traitement médicamenteux a été instauré chez tous nos patients.

**Tableau IV : le rapport tranche d'âge/stades**

Stade	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Âge	n/N(%)	n/N(%)	n/N(%)	n/N(%)
18 - 29	7/11 (66,6)	4/11(36,4)	-	-
30 - 39	4/19(21,0)	12/19(63,1)	-	1/19(5,1)
49 - 49	5/22(22,7)	17/22(77,3)	1/22(4,5)	-
50 - 59	10/45(22,2)	25/45(55,6)	4/45(8,9)	1/45(2,2)
60 et plus	7/37(18,9)	28/37(75,7)	6/37(16,2)	2/37(5,4)
<b>P: 0,2214</b>				

## DISCUSSION

Au terme de notre étude, la pathologie hémorroïdaire interne a représenté 70,9%. Cette fréquence est supérieure à celle rapportée par Sangaré (18,7%) [9], NDjitoya et al (21,4%) [11] mais inférieure à celle rapportée par Assi et al, qui était de 91,1% [12] et de N'dri et al qui était de 84,5% [13]. Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par le mode de recrutement des échantillons.

Il ressort de ces études que la maladie hémorroïdaire interne constitue la pathologie anale la plus fréquente. Cette constatation a été faite par Maiga et al [14]. Mais la fréquence de cette maladie est difficile à apprécier, tous les résultats des études épidémiologiques sont disparates et rapportent des chiffres variant de 4,4 à 86% selon les populations étudiées [3]. L'âge moyen de nos patients était de 50,6 ans. Ce résultat est proche de celui de Diarra et al qui était de 42,7 ans [15]. Dans une étude antérieure nous avons rapporté un âge moyen de 40,9 ans [9]. Pour Kouadio et al, l'âge moyen était de 35 ans [16]. Ces données concordent avec celles de la littérature, selon lesquelles la maladie hémorroïdaire apparaît vers la troisième décennie et elle augmente avec l'âge, pour être maximale entre 45 et 65 ans, puis décroît [4]. Dans notre série, le sex-ratio était de 1,4 en faveur des hommes. Cette prédominance masculine a été rapportée par Sangaré (4,5) [9], Diarra et al (1,5) [15] et Pigot a rapporté un sex ratio de 1,10 [17]. Cependant la faible prédominance féminine dans ces études pourrait s'expliquer par la pudeur de l'examen anorectoscopique dans notre contexte. Par contre une étude asiatique a rapporté une prédominance féminine [18]. La fréquence de la maladie hémorroïdaire dans la population générale semble équivalente dans les deux sexes [3]. Dans notre série, les femmes au foyer (34,3 %) étaient représentés, ce résultat est comparable à celui de Diarra et al qui ont rapporté 35% de femmes au foyer [15]. Le facteur de risque

retrouvé était la constipation dans 48,5% des cas. Cette fréquence est inférieure à celle retrouvée par Sangaré qui était de 90,5% [9], mais superposable à celles retrouvées par Diarra et al, qui était de 58,3% [15] et par Pigot qui était de 54% [17]. Ces fréquences peuvent s'expliquer par le mode de vie alimentaire des populations, et concordent avec les données de la littérature [3]. La rectorragie était isolée chez 43,3% des patients; ce résultat est inférieur à celui retrouvé par Sangaré qui était de 75,3% [9] et Diarra et al qui était de 66,7% [15]. Par contre, ce chiffre est nettement supérieur à celui de Dicko qui était de 30% [18]. 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 [19]. La douleur anale a été retrouvée chez 25,4% des patients. Cette fréquence est superposable à celle de Katilé et al, qui avaient rapporté la douleur anale dans 26,9% des cas [20]; par contre elle était inférieure à celle retrouvée par Diarra et al, qui était de 58,4% [15] et Dicko qui avait trouvé 77,3% [18]. Elle traduirait une thrombose ou une pathologie anale associée à la maladie hémorroïdaire. La maladie hémorroïdaire interne a été classée grade II dans 64,2% des cas tandis que dans l'étude de Sangaré et celle de Diarra, le grade I était retrouvé dans 51,7% [9] et 81,7% [15] des cas. Alors que le grade III et le grade IV étaient de 94% selon Pigot [17] et 62,7% selon Dicko [18]. Ces différences pourraient être liées au mode de recrutement des échantillons.

## CONCLUSION

La maladie hémorroïdaire interne est une pathologie fréquente dans la région de Ségou. L'amélioration des conditions de vie permettra de jouer un rôle prépondérant à la survenue de cette maladie.

## DÉCLARATIONS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

## REFERENCES

- Abramowitz I.** Recommandation pour la partie clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Le courrier du proctologue* 2001 ; 2 :1-35.
- Denis J, Allaert F.A, Nuris E.** Enquête épidémiologique : prévalence de la pathologie proctologique en pratique de gastro entérologie. *La lettre de l'hépatogastroentérologie* 2002 ; 5 :260-2.
- Flexinos J, Buscail L, Staumont G.** Hémorroïdes. In : flexinos, J, Buscail, L, Eds. *Hépatogastroentérologie proctologie* 5e édition. Paris : Masson, 2003 : 395 – 401.
- Vogel JD, Eskicioglu C, Weiser MR, Feingold DL, Steele SR.** The American society of colon and rectal surgeons clinical practice Guideline for the Treatment of colon Cancer. *Dis Colon Rectum* 2017. 60(10): p.999 – 1017.
- Zagriadskii EA, Bogomazov AM, Golovko EB.** Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 585 - 91.
- Yassibadan S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi G.** La pathologie Anorectale à BANGUI(RCA). *Mali Médical* 2004 ; 2 : 12-14.
- Assi C, Lohoues-Kacou MJ, Totho'o A, Traoré F.** Quelques aspects épidémiologiques des rectorragies chez l'adulte noir africain. *Med Afr Noire* 2006 ; 5 : 315 – 319.
- Diallo G, Sissoko F, Maiga MY, Ongoiba M.** La maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie B de l'hôpital du Point G. *Mali Médical* 2003 ; 2 : 9-11.
- Sangaré D.** Etude de la pathologie hémorroïdaire interne au CHU GT et dans les centres d'endoscopie digestive. Thèse Med, Bamako ,2009 ; 94.
- Kassambara Y.** Aspects étiologiques de la rectorragie au centre d'endoscopie digestive du CHU GT. Thèse Med, Bamako, 2012 ; 50.
- Ndjitoyap Ndam EC, Njoya O, Mballa E, Nsangou MF.** Apport de l'endoscopie dans la pathologie digestive basse en milieu Camerounais. Etude analytique de 720 examens. *Med Afr Noire* 1991 ; 38 :269-270.
- Assi C, Lohoues-Kacou MJ, Totho'o A, Traoré F.** Quelques aspects épidémiologiques des rectorragies chez l'adulte noir africain. *Med Afr Noire* 2006 ; 5 : 315 – 319.
- N'dri N, Kouakou lohoues 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.
- Maiga MY, Traore HA, Diallo G, Dembélé K.** Etude épidémiologique de la pathologie anale au Mali. *Med Chir Dig* 1995 ; 24 : 269-270.
- Diarra M, Konaté A, Souckho AK, Kassambara Y, Tounkara M, Sangaré D et al.** La maladie hémorroïdaire interne au centre d'endoscopie digestive du CHU GT. *Mali Médical* 2015 ;3 : 38-41.
- 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.
- Pigot F, Siproudhis L, Allaret FA.** Risk factors associated with haemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol* 2005; 29( 12): 1270-4.
- Dicko ML,** Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie général du CHU Gabriel Touré. Thèse, Med, Bamako, 2007 ;n°155.
- Jean F, Gravie MD, Paul Antoine L, Michel F.** stapled hemorrhoidopexy versus Milligan –Morgan Haemorrhoidectomy *AMN surg* 2005 ; 242(1) : 29-35.
- Katilé D, Sogoba G, Sangaré S, Traore LI, Diallo B, Konate A, et al.** Aspects Cliniques et Endoscopiques de la Maladie Hémorroïdaire Interne. *Health Sci. Dis: Vol 21 (6) June 2020 pp 69-72*