

Maladies hémorroïdaires : profil épidémiologique-clinique, thérapeutique et facteurs associés à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Jean Gauthier W. Kibabu¹, Catherine U. Saleh¹, Michel Ntanga², Sebastien M. Mbuyi¹, Guy I. Nday¹, Claude Mwamba³, Adelin Munganza⁴, Gregoire K. Kibulungu⁵, Rivain F. Iteke⁶, Judith M. Mangidi⁷, Albert T. Mwembo^{8,9}, Jules TM. Ngwe⁸, Willy K. Arung¹

¹ Département de Chirurgie, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

² Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

³ Département de Médecine interne, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁴ University of Witwatersrand Johannesburg, Johannesburg, South Africa.

⁵ Service de Gastroentérologie, Hôpital Gécamines Sud, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁶ Département d'Anesthésie-Réanimation, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁷ Département d'Anesthésie-Réanimation, Faculté de Médecine, Université de Kikwit, Kikwit, République Démocratique du Congo.

⁸ Département de Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁹ Ecole de santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. Les maladies hémorroïdaires représentent un motif fréquent de consultation en proctologie, avec un impact non négligeable sur la qualité de vie. À Lubumbashi, les données sur cette affection demeurent encore peu documentées. L'objectif est de décrire le profil des patients atteints d'hémorroïdes, à identifier les pratiques thérapeutiques et à analyser les facteurs associés à cette pathologie dans 8 structures sanitaires de la ville de Lubumbashi.

Matériel et méthodes. Il s'est agi d'une étude descriptive transversale et à récolte rétrospective des données de janvier 2020 à décembre 2023 dans 8 Centres hospitaliers de Lubumbashi avec inclusion de tout patient pris en charge pour maladies hémorroïdaires confirmées à l'anuscopie. Les données ont été codifiées à l'aide du logiciel Epi Info 7.2.5, puis importées et traitées analytiquement via IBM SPSS Statistics v.26. Dans le cadre éthique, le protocole de cette étude était soumis au comité d'éthique locale pour l'obtention de son approbation.

Résultats. Les maladies hémorroïdaires représentaient 60,73% de cas des pathologies anales. L'âge moyen était de 48±15,8 ans, avec les extrêmes de 13 et 85 ans. Les hommes étaient majoritaires avec 73,13%, soit un sex-ratio de 2,7. Les patients (76,12%) vivaient en couple et ils (45,77%) étaient bureaucrates. La clinique était dominée par la douleur anale (96,02%), masse périanale (81,59%), prurit anal (81,59%), saignement anal (53,73%), dysfonctionnement érectile (38,31%), douleur lombaire (33,83%), douleur abdominale (33,34%), l'hypertonie sphinctérien (75,62%), le toucher rectal était douloureux chez 96,02%. L'anuscopie réalisée chez 100% des patients


Correspondance:

Jean Gauthier W. Kibabu, Département de Chirurgie, Faculté de Médecine Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 810 029 488 - Email: gauthierkibabu@gmail.com

Article reçu: 25-06-2025 Accepté: 09-08-2025

Publié: 11-08-2025

 Copyright © 2025. Jean Gauthier W. Kibabu *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Kibabu JGW, Saleh CU, Ntanga M, Mbuyi SM, Nday GI, Mwamba C, Munganza A, Kibulungu GK, Iteke RF, Mangidi JM, Mwembo AT, Ngwe JTM, Arung WK. Maladies hémorroïdaires : profil épidémiologique-clinique, thérapeutique et facteurs associés à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2025;9(1):52-62.

<https://doi.org/10.62126/zqrx.2025917>

a révélé la maladie hémorroïdaire interne (MHI) chez (85,57%) avec prédominance de MHI thrombosée (80,60%). La MHI était classée grade II selon Goligher (70,93%). Le traitement était fait de : mesures hygiéno-diététiques (100%), traitement médical (95,52%), traitement chirurgical (21,89%) et instrumental (1,49%). La position assise prolongée ($p=0,00002$) et la constipation ($p=0,008$), étaient associées de façon significative aux maladies hémorroïdaires.

Conclusion. La constipation et la position assise prolongée étaient les facteurs de risque retrouvés dans la maladie hémorroïdaire. La majorité des patients ont bénéficié d'un traitement médical, bien que des cas plus avancés ont nécessité une intervention chirurgicale. Ainsi, il est essentiel de renforcer la sensibilisation sur les mesures hygiéno-diététiques, de dépister précocement les cas à risque et d'optimiser l'accès à une prise en charge spécialisée.

Mots-clés : Maladie hémorroïdaire, clinique, thérapeutique, facteurs associés, Lubumbashi.

Introduction

La maladie hémorroïdaire est la pathologie anorectale la plus fréquente, l'incidence la plus élevée était observée chez les patients entre 45 et 65 ans [1-3]. Au Monde, la prévalence des maladies hémorroïdaires varie selon les données de la littérature et les critères retenus ; de 4% à 86% avec un pic d'âge variant entre 45 à 65 ans [2,4].

Aux États-Unis, Rodrigue *et al.* [5] estiment que la maladie hémorroïdaire est le troisième diagnostic gastro-intestinal le plus courant, 4 millions de visites au cabinet et aux urgences chaque année. Environ 75% des Américains ressentiront des symptômes hémorroïdaires à un moment donné de leur vie, La prévalence est la plus élevée chez les patients caucasiens âgés de 45 à 65 ans et les patients de statut socio-économique élevé.

En France, Parvez *et al.* [6] avaient trouvé en 2020 en France 71% de cas de maladie hémorroïdaire de faible gravité en 2020. À Jazan, en Arabie saoudite, 59% (216 personnes) ont déclaré avoir senti au moins un symptôme d'hémorroïdes. Les facteurs de risque les plus fréquemment identifiés étaient le manque d'activité physique régulière (83%), la position assise prolongée au travail de bureau (51%) et la consommation d'aliments contenant des graisses saturées (50%) [7]. En Inde Ali Asif *et al.* [8] avaient trouvé en 2017 une prévalence de 85% des cas de maladies hémorroïdaires avec une prépondérance masculine. En Chine : Une prévalence de la maladie hémorroïdaire de 56,8% avait été trouvée chez les Médecins [9].

En Afrique, la pathologie hémorroïdaire avait représenté 93,1% des pathologies anales à Dakar selon Daouda Dia [10] en 2010 ; 47,36% de l'ensemble des pathologies anorectales à Bangui (RCA) dont 73,7% des maladies hémorroïdaires chez les hommes et 26,3% chez les

femmes soit un sexratio de 2,8 [11]. L'âge moyen était de 45,6 ans \pm 13,3 avec des extrêmes de 22 et 86 ans [12].

Au Mali, d'après l'étude réalisée par Sangaré *et al.* [13], la pathologie hémorroïdaire avait représenté 58,8% ; avec prédominance des maladies Hémorroïdaires interne soit 70,9% de l'ensemble des examens anorectoscopiques, l'âge moyen des patients était de 50,6 \pm 18,4 ans et un sex ratio de 1,4 en faveur des hommes.

En République démocratique du Congo (RDC), l'étude réalisée à Kinshasa par Tshimpi *et al.* [14] à la Clinique Marie Yvette en 2016 sur la prise en charge des maladies hémorroïdaires avait révélé une prévalence de 79,7% des pathologies hémorroïdaires chez les hommes et 20,5% chez les Femmes. L'étude sur les maladies hémorroïdaires dans la Zone de Sante de Beni/Hgr-Beni au Nord-Kivu par Angha Ndati Jackson [15] en 2022 avait trouvé une prévalence de 28,2% de toutes les consultations.

Bashige Chiribagula Valentin *et al.* [16] avaient trouvé une prévalence de 83,2% de cas des maladies hémorroïdaires, avec 62,6% ayant déjà utilisé les plantes pendant la crise hémorroïdaire lors d'une enquête sur les Connaissances ethno médicales des plantes utilisées en médecine alternative pour traiter les maladies hémorroïdaires à Lubumbashi, province du Haut-Katanga, sud de la République démocratique du Congo en octobre 2024. Aucune étude publiée n'a présenté une prévalence globale en RDC, ni à Lubumbashi en particulier. Les maladies hémorroïdaires constituent un problème de santé publique fréquent dans le monde, touchant la population adulte à un moment donné de leur vie. Elles se manifestent par des symptômes invalidants tels que douleurs, saignements, prurit anal et prolapsus, altérant considérablement la qualité de vie des patients.

À Lubumbashi, bien que les consultations pour pathologies anorectales soient fréquentes dans les services de chirurgie et de gastroentérologie, peu d'études ont été réalisées pour établir un profil épidémiologique et clinique clair de ces affections. De plus, la méconnaissance des facteurs de risque locaux, les retards de consultation, le recours à l'automédication, ainsi que la diversité des pratiques thérapeutiques posent un réel défi pour la prise en charge adéquate.

Dès lors, il est pertinent de s'interroger sur quel est le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des maladies hémorroïdaires à Lubumbashi, et quels sont les principaux facteurs associés à leur survenue et évolution dans ce contexte urbain congolais ? Cette étude vise à décrire le profil des patients atteints d'hémorroïdes, à identifier les pratiques thérapeutiques les plus courantes et à analyser les facteurs associés à cette pathologie dans les 8 structures sanitaires de la ville de Lubumbashi.

Materiel et méthodes

Cadre d'étude

Le cadre général de notre étude est la ville de Lubumbashi, chef-lieu de la province du Haut-Katanga, située au sud de la République Démocratique du Congo. La ville de Lubumbashi a une superficie de 747 km² et une population estimée à 3061340 Habitants et une densité d'environ 3764 habitants par km².

Centres hospitaliers de récolte des données et Critères de sélection

La sélection des centres hospitaliers pour la récolte des données a été faite par choix raisonné en tenant compte de l'accord des gestionnaires de l'institution hospitalière pour réaliser l'étude ; des hôpitaux de référence pour que toutes les catégories sociales de la ville soient représentées ; de la présence des chirurgiens ; du fait d'avoir une grande capacité d'accueil et du fait d'avoir une infrastructure et des équipements offrant une fiabilité diagnostique des maladies hémorroïdaires et une bonne prise en charge.

Ainsi, les centres hospitaliers suivants ont été choisis : Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Hôpital Général Provincial Tertiaire Jason Sendwe, Hôpital du personnel de la Société Nationale des Chemins de Fer du Congo (SNCC), Hôpital Copte, Ars Clinique, Clinique Medpark, Clinique Medicare et Centre Médical de la Communauté.

Type et Période d'étude

Il s'est agi d'une étude analytique transversale avec récolte rétrospective des données ; s'étalant sur une

période de 4 ans (1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2023) et visant à relever les principales caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des maladies hémorroïdaires à Lubumbashi.

Population d'étude

La population d'étude est constituée des patients présentant la maladie hémorroïdaire pris en charge dans les services de chirurgie de quelques hôpitaux de Lubumbashi retenus au cours de notre période d'étude.

Echantillonnage

Notre échantillonnage est exhaustif, incluant tous les patients pris en charge pour les maladies hémorroïdaires dans les institutions précitées ayant recours à l'anuscopie au cours de notre période d'étude.

Critères d'inclusion

Tout patients chez qui il y a eu confirmation de maladie hémorroïdaire à l'Anuscopie, enregistré et pris en charge dans les huit structures hospitalières retenues pendant la période d'étude.

Critères de non inclusion

Patients avec maladie hémorroïdaire sentinelles.

Gestion et collecte des données

Pour réaliser notre travail, nous avons élaboré un questionnaire comportant des paramètres ou variables relatifs aux données épidémiologiques, diagnostic et thérapeutiques. Ces données ont été collectées dans les supports suivants : aux dossiers des malades ; aux registres de consultation et d'hospitalisation et aux registres de compte rendu opératoire et de l'anuscopie des structures ci hautes citées.

Analyse statistique des données

Les données ont été codifiées à l'aide du logiciel Epi Info 7.2.5, puis importées et traitées analytiquement via IBM SPSS Statistics v.26.

Lors de l'analyse univariée, les variables catégorielles ont été synthétisées sous forme tabulaire et graphique au moyen de fréquences absolues et relatives (exprimées en pourcentages). Les variables quantitatives continues ont été décrites à l'aide de la moyenne arithmétique, de l'écart-type et de l'intervalle de confiance à 95 % (IC95%) pour la moyenne.

Pour l'analyse bivariée, les associations entre variables catégorielles ont été évaluées selon une hiérarchie

méthodologique : le test du χ^2 de Pearson a été privilégié lorsque toutes les fréquences attendues sous l'hypothèse nulle atteignaient un seuil minimal de 5. Dans les cas où au moins une cellule présentait une fréquence attendue inférieure à 5, le test du rapport de vraisemblance ou le test exact de Fisher a été appliqué, ce dernier étant systématiquement retenu pour les tables de contingence 2x2 non conformes aux critères de validité asymptotique. Pour évaluer le sens et la force des associations statistiques, nous avons recouru au calcul des rapports des prévalences (RP) et de leurs intervalles de confiance à 95%. Les facteurs de risque étaient retenus pour les rapports de prévalence supérieurs à 1 et dont les intervalles de confiance ne comprenaient pas 1 ; les facteurs protecteurs étaient retenus pour les rapports de prévalence inférieurs à 1 et dont les intervalles de confiance ne comprenaient pas 1. Le seuil de significativité de p était fixé à 0,05.

Les variables indépendantes étaient représentées par des caractéristiques sociodémographiques, des antécédents et facteurs associés aux maladies hémorroïdaires ainsi que des signes cliniques prévalents. Quant aux variables dépendantes, elles correspondaient à la présence d'hémorroïdes internes/externes.

Considérations éthiques

Le Principe de l'éthique de recherche était respecté à savoir :

- Le respect de la personne humaine, la bienfaisance et la justice,
- Le système d'anonymat consacré sur les fiches de collecte des données ; l'absence de morbidité liée à cette étude.
- La note de consentement éclairé qui était librement signée par les patients ou leurs parents pour participer à l'étude et le droit de ces derniers à se retirer à tout moment de celle-ci
- Les patients avaient répondu aux critères d'inclusion et avaient été informés des objectifs de l'étude, des conditions de participation et de la procédure des examens cliniques et para cliniques.
- Le protocole de cette étude était soumis au comité d'éthique de L'UNILU pour l'obtention de son approbation.

Résultats

Au cours de la période de notre étude (1^{er} Janvier 2020 au 31 décembre 2023) nous avons recensé 331 cas des pathologies anales dont 201 cas de maladies hémorroïdaires soit une fréquence de 60,73% (Figure 1).

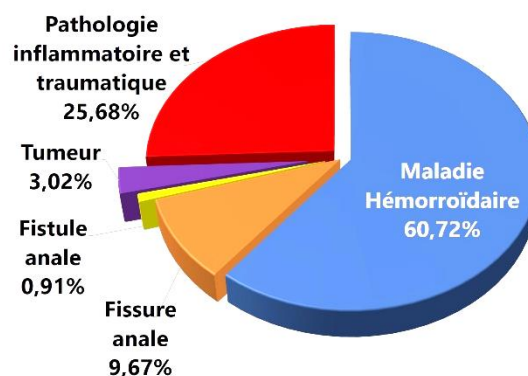


Figure 1. Répartition des patients selon les pathologies anales

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif (n=201)	Pourcentage
Tranche d'âge (ans)		
13 – 29	36	17,91
30 – 44	41	20,40
45 – 59	65	32,34
60 – 85	59	29,35
Sexe		
Hommes	147	73,13
Femmes	54	26,87
Milieu de résidence		
Urbain	174	86,57
Urbano rural	21	10,45
Rural	6	2,98
Etat Matrimonial		
Vivant en couple	153	76,12
Vivant seul	48	23,88
Profession		
Bureaucrate	92	45,77
Etudiant/ Elève	39	19,40
Commerçant (e)	28	13,93
Chauffeur	25	12,44
Sans profession	13	6,47
Paysan	2	0,99
Médecin	1	0,50
Ménagère	1	0,50

La tranche d'âge située entre 40 et 59 ans était la plus représentée soit 32,34%. L'âge moyen était de 48±15,8 ans, avec les extrêmes de 13 et 85 ans. Les hommes étaient majoritaires avec 73,13%, soit un sex-ratio de 2,7. La majorité de patients (86,57%) résidait en milieu urbain. Nous avons observé une prédominance de la maladie

hémorroïdaire chez les patients vivant en couple 76,12%. Pres de la moitié (45,77%) des patients étaient bureaucrates. La brûlure thermique grave chez l'enfant ainsi représente 44% (386/874) de toutes les pathologies chirurgicales pédiatriques.

Tableau 2. Diagnostic Clinique

Variables	Effectif (n=201)	Pourcentage
Type des maladies hémorroïdaires		
Maladies hémorroïdaires interne	172	85,57
Maladies hémorroïdaires externe	29	14,43
Position lors des activités journalières		
Position assise prolongée	156	77,62
Position debout statique prolongée	1	0,50
Assise et debout statique prolongées	28	13,93
Position non signalée	16	7,96
Délai de consultation		
< 2 ans	30	14,93
≥ 2 ans	171	85,07
Motifs de consultation		
Douleur anale	193	96,02
Masse périanale	164	81,59
Prurit anal	164	81,59
Saignement anal	108	53,73
Dysfonctionnement érectile	77	38,31
Douleur lombaire	68	33,83
Douleurs abdominales	65	32,34
Indice de masse corporelle (Kg/m²)		
18,5 - 24,9	81	40,30
25 - 29,9	103	51,24
≥ 30	15	7,46
État du sphincter anal		
Hypertonique	152	75,62
Tonicité normale	49	24,38
Toucher rectale		
Douloureux	193	96,02
Non douloureux	8	3,98

La maladie hémorroïde interne avait représenté 85,57%. La position assise prolongée était retrouvée chez la

majorité des patients (77,62%). La plupart des patients (85,07%) avaient un délai de consultation ≥ 2 ans. La majorité des patients (51,8%) avaient l'IMC situé entre 24,9-29,9 : en surpoids et pré-obésité. La rectorragie était observée chez la majorité de nos patients (96,0%). Le prurit anal était le signe d'accompagnement le plus retrouvé chez nos patients (81,1%). Le sphincter était hypertonique chez (75,62%) des patients et la douleur lors du toucher rectal était retrouvée chez la majorité des patients (96,02%).

Tableau 3. Examens paracliniques et traitement

Variables	Effectif (n=201)	Pourcentage
Examens paracliniques		
Anuscopie	201	100
Coloscopie	7	3,48
Résultats des examens paracliniques		
Maladie hémorroïdaire interne (MHI)	172	85,57
MHI Thrombosée	162	80,60
MHI Non thrombosée	10	4,99
Maladie hémorroïdaire externe (MHE)	29	14,43
MHE Thrombosée	25	12,44
MHE Non thrombosée	4	1,99
Mesures hygiéno-diététiques	201	100
Traitement médical	192	95,52
Traitement instrumental	3	1,49
Traitement chirurgical	44	21,89
Phlébotoniques	179	89,05
Topiques locaux	172	85,57
Antalgique + AINS	193	96,02
Antibiotiques	74	36,82

L'anuscopie était faite chez (100%) des patients et la coloscopie chez (3,48%). La maladie hémorroïdaire interne était retrouvée chez (85,57%), avec prédominance de maladie hémorroïdaire interne thrombosée (80,60%).

La maladie hémorroïdaire externe était retrouvée chez (14,43%), avec prédominance de maladie hémorroïdaire externe thrombosée (12,44%). Tous les patients (100%) avaient bénéficiés des mesures hygiéno-diététiques, le traitement médical était administré chez (95,52%), Le traitement chirurgical chez (21,89%) et le traitement instrumental chez (1,49%) patients et la ligature élastique

était l'unique traitement instrumental, réalisée chez tous les patients ; (96,0%) patients avaient bénéficié d'un traitement fait des antalgiques.

Selon la classification de Goligher, 70,93% des patients avec la maladie hémorroïdaire interne étaient classés grade 2.

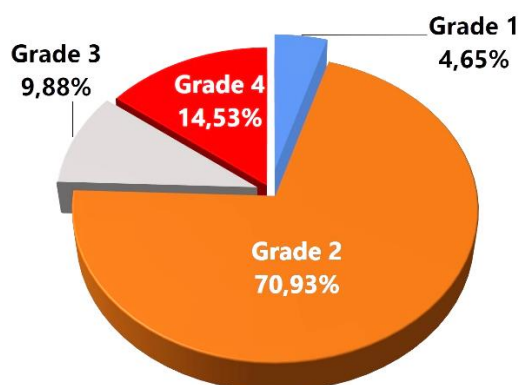


Figure 2. Maladie hémorroïdaire interne selon la classification de Goligher

Une association statistiquement significative a été trouvée entre la position assise prolongée et la maladie hémorroïdaire interne ($p=0,00002$) (Tableau 4).

Une association statistiquement significative a été trouvée entre la constipation et la maladie hémorroïdaire externe ($p=0,008$) (Tableau 5).

Tableau 4. Facteurs associés à la maladie hémorroïdaire interne

Variables	Maladie hémorroïdaire interne			RP [IC95%]	p
	Oui n (%) (n=172)	Non n (%) (n=29)	Total n (%) (n=201)		
Sexe					
Masculin	130 (88,4)	17 (11,6)	147 (100)	0,97 [0,88-1,08]	0,643
Féminin	42 (90,7)	12 (9,3)	54 (100)	1	
Age (ans)					
< 45	62 (80,5)	15 (19,4)	77 (100)	1	
≥ 45	110 (88,7)	14 (11,3)	124 (100)	0,99 [0,90-1,09]	0,842
IMC normal					
Oui	68 (84,0)	13 (16,0)	81 (100)	1	
Non	104 (88,1)	14 (11,9)	118 (100)	0,98 [0,89-1,08]	0,660
Vivant en couple					
Oui	135 (86,2)	18 (17,8)	153 (100)	0,96 [0,87-1,07]	0,507
Non	37 (77,1)	11 (22,9)	48 (100)	1	
Profession (Bureaucrate)					
Oui	82 (89,1)	10 (10,9)	92 (100)	1,00 [0,91-1,10]	0,975
Non	90 (82,6)	19 (17,4)	109 (100)	1	
Position assise prolongée					
Oui	148 (94,9)	8 (5,1)	156 (100)	1,38 [1,13-1,68]	0,00002
Non	24 (53,3)	21 (46,7)	45 (100)	1	

Tableau 5. Facteurs associés à la maladie hémorroïdaire externe

Variables	Maladie hémorroïdaire externe			RP [IC95%]	p
	Oui n (%) (n=29)	Non n (%) (n=172)	Total n (%) (n=201)		
Constipation					
Non	10 (12,5)	70 (87,5)	80 (100)	1	
Oui	19 (15,7)	102 (84,3)	121 (100)	4,19 [1,28-13,69]	0,008
Effort à la défécation					
Non	15 (15)	85 (85)	100 (100)	1	
Oui	14 (13,9)	87 (86,1)	101 (50,2)	1,73[0,76-3,95]	0,183
Durée de la défécation (min)					
≤ 3	12 (63,2)	7 (36,8)	19 (100)	1	
> 3	17 (9,3)	165 (90,7)	182 (100)	0,35 [0,15-0,85]	0,081
Diarrhée					
Non	24 (13,8)	150 (86,2)	174 (100)	1	
Oui	5 (18,5)	22 (81,5)	27 (100)	1,89 [0,76-4,71]	0,305
Sédentarité					
Non	27 (16,1)	141 (83,9)	168 (100)	1	
Oui	2 (6,1)	31 (93,9)	33 (100)	0,51 [0,12-2,07]	0,519
Obésité					
Non	25 (13,4)	161 (86,6)	186 (100)	1	
Oui	4 (26,6)	11 (73,3)	15 (100)	2,76 [1,07-7,10]	0,131
Masse pelvienne					
Non	26 (13,5)	166 (86,5)	192 (100)	1	
Oui	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (100)	3,37 [1,22-9,32]	0,124
Effort physique					
Non	27 (14,3)	162 (85,7)	189 (100)	1	
Oui	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100)	1,57 [0,42-5,96]	0,773
Manque d'activité physique					
Non	28 (14,1)	171 (85,9)	199 (100)	1	
Oui	1 (50)	1 (50)	2 (100)	4,74 [1,12-20,07]	0,415

Discussion

Au cours de la période de notre étude (1er Janvier 2020 au 31 décembre 2023) nous avons recensé 331 cas des pathologies anales dont 201 cas de maladies hémorroïdaires soit une fréquence de 60,73%.

Dans le monde, il existe une répartition très variable de l'incidence des maladies hémorroïdaires selon les régions géographiques. L'estimation mondiale de 2022, place la maladie hémorroïdaire au premier rang de toutes les pathologies anorectales [3], représentant une prévalence flottante de 4% à 86% avec un pic d'âge variant entre 45 à 65 ans [1,2].

La prévalence trouvée dans notre série est comprise dans l'intervalle de la prévalence mondiale rapportée par les auteurs [4] qui avaient une prévalence flottante comprise

entre 4% et 86%, Comparable à celle de Sangaré et al au Mali qui avaient trouvé une prévalence de 58,8% avec prédominance de la maladie hémorroïdaire interne 70,9% de l'ensemble des examens anorectoscopiques et de Parvez *et al.* [6] en France qui avait trouvé une prévalence des maladies hémorroïdaires de faible gravité 71%. Cependant, la prévalence trouvée dans notre série est supérieure au résultat rapporté par Angha Ndati [15] à Beni (en RDC) qui avait trouvé 28,2% de toutes les consultations, cette différence s'explique par le biais de sélection dans l'étude de Angha. Par contre, le résultat de notre série est inférieur à celui rapporté par Valentin BC *et al.* [16] qui avaient trouvé une prévalence de 83,2% de cas des maladies hémorroïdaires lors d'une enquête sur les Connaissances ethno médicales des plantes utilisées en médecine alternative pour traiter les

maladies hémorroïdaires à Lubumbashi, province du Haut-Katanga en République Démocratique Congo.

Durant la période de notre étude, la maladie hémorroïdaire interne était prévalente 85,57%, contre 14,4% pour la maladie hémorroïdaire externe. Comparable au résultat rapporté par l'étude de Sangaré *et al.* [13] à Ségou au Mali, lors de laquelle, Les hémorroïdes internes isolées étaient retrouvées dans 86,6% cas.

Dans notre série, l'âge moyen était de $48,0 \pm 15,8$ ans avec les extrêmes de 13 et 85 ans. Le résultat de notre série est semblable au résultat trouvé par Tshimpi et ses collaborateurs à Kinshasa [14] qui avaient rapporté une moyenne d'âge à 48,1 ans, L'âge variait de 7 à 78 ans. Également proche de résultat de l'étude de Valentin BC *et al.* [16] en République Centrafricaine en 2023; qui avaient rapporté : L'âge moyen de $45,6 \pm 13,3$ ans avec des extrêmes de 22 et 86 ans et de celui de Oumaima [2] au Maroc ; qui avait trouvé une moyenne d'âge des patients à $45,9 \pm 12,7$ ans avec des extrêmes de 19 ans et 78 ans , la tranche d'âge entre 46 et 65 ans était majoritaire avec un taux de 52%, notre résultat diffère de celui de Angha [15] à Beni (en RDC) qui avait trouvé une prédominance des hémorroïdes à la tranche d'âge située entre 30-39 ans avec 49,6%, suivi de celle située entre 20 à 30 ans avec 32,5%. Cette différence s'explique par le biais de recrutement, l'échantillon de Angha était constitué de la population majoritairement jeune, Ce pendant L'âge (< 45 ans vs ≥ 45 ans) n'influence pas significativement la probabilité de développer la maladie, La différence n'était pas statistiquement significative, Âge ($p=0,842$) : l'âge ne semble pas être un facteur de risque significatif dans cette étude (0,99 [0,90-1,09]).

En ce qui concerne le sexe, la majorité des individus dans notre série étaient des hommes 73,13%. Le sexe ratio était de 2,7 en faveur des hommes. Le résultat de notre étude corrobore au résultat trouvé par Tshimpi *et al.* [14] à Kinshasa ; qui avaient rapporté 79,5% de sexe masculin et 20,5% de sexe féminin, soit un sexe ratio (Homme/Femme) de 3,8 en faveur des hommes et de celui rapporté par Angha [15] à Beni qui avait rapporté une nette prédominance masculine: 69,2% hommes et 30,2% femmes, soit un sexe ratio (Homme/femme) de 2,25 en faveur des hommes ainsi que celui de Valentin BC *et al.* [16] à Bangui qui avait trouvé 73,7% des hémorroïdes chez les hommes et 26,3% chez les femmes, avec un sexe ratio de 2,8 en faveur des hommes, dans la totalité des Anoréctoscopies réalisées. Le résultat de notre étude est semblable au résultat de Oumaima [2] et de Ladji [17] qui avaient trouvé respectivement une prédominance masculine avec respectivement 66% et 71,2%. En effet, cette

prédominance masculine peut être expliquée par plusieurs facteurs notamment la pratique de certains travaux de force, la station assise plusieurs heures dans les bureaux, ainsi que dans notre contexte socioculturel, Où la maladie hémorroïdaire est considérée comme maladie honteuse, les femmes consultent rarement pour une affection proctologique. Le résultat de notre étude est contraire au résultat trouvé par Hong *et al.* [18] en Corée qui était de 16,6%, avec prédominance féminine 17,2% contre 16,3% d'hommes : ($p < 0,001$), sex ratio 0,9 et des résultats trouvés par Valentin BC *et al.* [16] qui avait rapporté un sexe ratio de 0,9 soit 844 femmes et 760 hommes. Cette différence s'explique par le fait que la prévalence de la maladie hémorroïdaire était plus élevée chez les femmes pères et dans les analyses ajustées, le sexe féminin, l'indice de masse corporelle et le tour de taille chez les femmes pères, l'excès d'adiposité... étaient indépendamment associés à la présence d'une maladie hémorroïdaire dans l'étude de Hong, et les nombre de femme était supérieur aux hommes dans l'étude de Bashige. Lors de notre analyse statistique, le sexe n'était pas associé significativement à la maladie hémorroïdaire, Aucune différence significative démontrée dans notre série ($p=0,643$) : le statut marital ne semble pas influencer la probabilité de développer la maladie hémorroïdaire, ($p=0,643$), (0,97 [0,88-1,08]).

Dans notre série, la majorité des patients 86,57% vivaient en milieu urbain, 10,4% en milieu Urbano rural et 3% en milieu rural, ($p=1,000$). ceci confirme la littérature qui déclare que la maladie hémorroïdaire est liée à la vie urbaine [26]. Le résultat de notre série est semblable au résultat de Tshimpi *et al.* [14] à Kinshasa qui avaient trouvé 100% des patients vivant en milieu urbain et celui de Oumaima [2] qui avaient rapporté 72% des patients vivant en zone urbaine, ainsi que des résultats trouvés par Angha *et al.* [15] qui avaient rapporté successivement 100% et 70% des patients vivant en milieu Urbain. Ce qui traduit que la maladie hémorroïdaire est une affection liée au mode de vie urbain. Par contre notre série n'a pas confirmé cette hypothèse : vivre en milieu urbain n'est pas significativement associé à la maladie hémorroïdaire ($p=1,000$), (1,00 [0,87-1,15]).

Dans notre série, une prédominance des patients vivant en couple était trouvé 76,12%. Le résultat de notre série corrobore au résultat trouvé par de Angha [15] à Beni et celui de Ladji au Mali [17] qui avaient successivement rapporté une prédominance des patients vivant en couple chez 54,7% et 71,2 %. La tranche d'âge supérieure à 45 ans est la plus concernée par la maladie hémorroïdaire, les personnes de plus de 45 ans vivent en couple généralement. Dans notre étude la différence n'était pas significative : le statut marital ne semble pas

influencer la probabilité de développer la maladie hémorroïdaire ($p=0,507$), (0,96 [0,87-1,07]).

Dans notre étude, la profession de bureaucrate était retrouvée chez 76,12% ($p=0,975$) et la position assise prolongée était observée chez la plus part de nos malades 77,6%.

Ceci est proche de résultat trouvé par Coulibaly *et al.* [19] qui avait trouvé une prédominance des patients ayant des activités génératrices des recettes, représentés par les fonctionnaires 60%, et de celui de Yassibanda *et al.* [20] qui avaient rapporté également une prédominance des fonctionnaires 28,4%, ainsi que de résultat trouvé par Angha [15] ; qui avait rapporté une prédominance des hémorroïdes chez les patients ayant des activités génératrices des recettes représentés par les chauffeurs de profession avec 40,1%. Le résultat de notre série est contraire au résultat de l'étude de Dembélé [21] qui avait rapporté les patients ayant des activités non génératrices des recettes, représentés par les femmes au foyer 28,07%. Ce qui traduit que la maladie hémorroïdaire est une affection fréquemment observée chez les sujets en position assise prolongée pendant l'exercice de leur fonction. A l'opposé, notre étude n'avait pas établi une association statistiquement significative ; Travailler comme bureaucrate ou non n'influence pas significativement la maladie hémorroïdaire ($p=0,975$) (1,00 [0,91-1,10]), mais observer une position assise prolongée était associée à la maladie hémorroïdaire interne avec une prévalence de 1,38 fois plus élevée dans le groupe de patients observant la position assise prolongée ($p=0,00002$) (1,38 [1,13-1,68]).

Dans notre série la plupart des malades avaient un délai de consultation supérieur ou égal à 2ans (85,07%), Et (14,9%) avaient un délai de consultation inférieur à 2 ans, En ce qui concerne le mode d'admission, la majorité des malades étaient admis en consultation externe (87,1%), et (10,4%) en urgence, (2,5%) étaient admis par transfert, Le résultat de notre série est semblable au résultat rapporté par Hrora *et al.* [22], qui avaient trouvé le délai de consultation supérieur à 2 ans dans 61% des cas, Brondel [23] avaient rapporté le début des premières manifestations à 4 ans. Il est difficile avant la consultation dans les services de préciser la date exacte du début de l'apparition des hémorroïdes. Le mode d'admission rapporté par notre série ressemble à celui rapporté par Ladjji [17] qui avait trouvé 82,2% des patients admis en consultation ordinaire.

Dans notre série la clinique était dominée par la douleur anale (96,02%), masse périanale (81,59%), prurit anal (81,59%), saignement anal (53,73%), dysfonctionnement érectile (38,31%), douleur lombaire (33,83%), douleur abdominale (33,34%), l'hypertonie sphinctérien (75,62%). Le résultat de notre série est supérieur aux résultats de

la série de Ladjji [17], de Angha [15] qui avaient rapporté respectivement ; 37,0% et 15,4%, des cas de démangeaisons anales et de Tshimpi *et al.* [14] qui avaient rapporté une fréquence de douleur abdominale de 11,4%. au sein de la population générale de La Mecque en Arabie Saoudite les symptômes les plus fréquemment rapportés chez les participants souffrant d'hémorroïdes étaient des douleurs à la défécation (76,2%), une gêne (63,5%) et un gonflement (55,6%) [24]. Cette différence avec le résultat de Ladjji est en rapport avec le facteur socio- culturel : l'utilisation de l'eau dans l'hygiène anale qui remplace le papier hygiénique dans les sociétés à prédominance musulmane influencerait la baisse de la survenue des prurits et avec le résultat de Angha c'est la différence de l'échantillon.

Le traitement médical de la maladie hémorroïdaire était destiné à supprimer les symptômes qui sont en rapport avec des hémorroïdes Le traitement médical peut être proposé à tous les stades des hémorroïdes. Il est souvent précédé ou accompagné d'application de règles hygiéno-diététiques (Un régime riche en fibre, les habitudes de selles d'après le concept TONE, et l'hygiène de vie à suivre : activité physique, bain de siège.), les mesures hygiéno diététiques seules ou associées au traitement médical peuvent suffire pour faire cesser des saignements hémorroïdaires voire la survenue des thromboses favorisées par les troubles du transit [1,2].

Dans notre série, tous les patients (100%) avaient bénéficiés des mesures hygiéno-diététiques, Le traitement médical était administré chez (95,52%), Le traitement chirurgical chez (21,89%) et le traitement instrumental chez (1,49%) patients et la ligature élastique était l'unique traitement instrumental, réalisée chez tous les patients ; (96,0%) patients avaient bénéficié d'un traitement fait des antalgiques. Le résultat de notre série est Semblable au résultat trouvé par Diarra [11], qui avait rapporté le traitement médical par veinotoniques chez 100% des patients, le traitement médical par laxatifs chez (91%), Les antalgiques chez 86,36% et les anti inflammatoires en suppositoire chez 81,81% ont été rapportés dans la série de Oumaima [2] qui avait rapporté 72,1% des phlebotoniques, topique local et laxatif.

Dans notre série, le traitement chirurgical chez (21,89%) et le traitement instrumental chez (1,49%) patients et la ligature élastique était l'unique traitement instrumental, réalisée chez tous les patients.

Le résultat de notre étude correspond au résultat trouvé par Bernal *et al.* [25] qui avaient rapporté 81,5% de traitement instrumental, indiqué chez 52,5% des patients grade 2 et 29% des patients grade 3, mais inférieure à celle rapportée par Tshimpi *et al.* [14] à Kinshasa qui avaient rapporté le traitement instrumental exclusif chez

79,5%, et associé à un traitement médical chez 20,5% des patients. Cette différence pourrait s'expliquer par : la disponibilité de l'équipement et Le choix de la technique la plus pratiquée et la mieux maîtrisée à la Clinique Marie-Yvette de Kinshasa.africain.

En dépit de la grande qualité de l'étude, ce travail présente des limites. Dans cette étude, nous ne nous sommes pas suffisamment focalisés sur les étiologies, et l'interaction entre les facteurs génétiques, mécaniques et l'exposition aux maladies hémorroïdaires. Le biais de recrutement comme dans toutes les études rétrospectives y est pratiquement inhérente. Nous avons pu noter des insuffisances telles que les dossiers incomplets, les problèmes d'archivage des différents supports (dossiers, registres, compte-rendu opératoire, compte rendu anorectoscopiques).

Cependant, ces éléments de faiblesse ne retranchent en rien la qualité de cette étude analytique transversale sur les maladies hémorroïdes dans ses aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et facteurs associés.

Conscient de cette étude et en guise de perspective, nous comptons réaliser une étude analytique plus poussée et cas-témoins sur l'interaction entre les facteurs génétiques, mécaniques et l'exposition aux maladies hémorroïdaires, tout en augmentant la taille de l'échantillon.

En rapport avec les points forts de cette étude, il s'est agi d'un travail original, élaboré à partir d'un constat, d'un phénomène de société, d'un problème de santé publique jusqu'à sa description approfondie, dans tous ses contours sur les maladies hémorroïdaires. L'étude est réalisée dans huit centres hospitaliers de Lubumbashi, retenus selon un critère de sélection bien précis. Ce travail constitue une base de données solides sur les maladies hémorroïdaires à Lubumbashi et a donc le mérite d'aborder un sujet d'actualité.

Conclusion

Cette étude sur les maladies hémorroïdaires à Lubumbashi a permis de dresser un profil épidémiologique, clinique et thérapeutique pertinent de cette affection fréquente. Elle révèle une prédominance des sujets jeunes adultes, du sexe masculin, avec des facteurs de risque tels que la constipation et la position assise prolongée. Sur le plan thérapeutique, le traitement médical reste la première approche, avec un recours chirurgical en cas d'échec ou de complications. Ces résultats soulignent l'importance de la prévention par l'éducation sanitaire, l'amélioration des habitudes alimentaires et l'accès à des soins spécialisés. Une prise en charge précoce et individualisée demeure essentielle pour réduire les complications et améliorer la qualité de vie des patients.

Conflits d'intérêt : Aucun.

Références

1. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet*. 2000 Mar 4;355(9206):782-5.
2. Oumaima Ezhari. Profil épidémiologique, thérapeutique, et Évolutif de la pathologie hémorroïdaire: Expérience du service de gastro-entérologie du CHU MED VI de Marrakech. 2020
3. Talaie R, Torkian P, Moghadam AD, Tradi F, Vidal V, Sapoval M, Golzarian J. Hemorrhoid embolization: A review of current evidences. *Diagn Interv Imaging*. 2022 Jan;103(1):3-11.
4. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. *Am Fam Physician*. 2018 Feb 1;97(3):172-179.
5. Fontem RF, Eyvazzadeh D. Hémorroïde interne. 31 juillet 2023. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing ; janv. 2025. PMID : 30725867.
6. Sheikh P, Régnier C, Goron F, Salmat G. The prevalence, characteristics and treatment of hemorrhoidal disease: results of an international web-based survey. *J Comp Eff Res*. 2020 Dec;9(17):1219-1232.
7. Oberi IA, Omar Y, Alfaifi AJ, Ayoub RA, Ajeebi Y, Moafa SH, Elhilu AH, Ayoub AH, Gosadi IM. Prevalence of Hemorrhoids and Their Risk Factors Among the Adult Population in Jazan, Saudi Arabia. *Cureus*. 2023 Sep 25;15(9):e45919
8. Ali, S. A., & Shoeb, M. F. R. (2017). Study of risk factors and clinical features of hemorrhoids. *International Surgery Journal*, 4(6), 1936–1939.
9. Qiu X, Liu Y, Shi W, Lin G, Rong M, Wang B. Hemorrhoidal disease among doctors from grade-A tertiary hospitals in big cities of China: results from web-based doctors as patients survey. *BMC Gastroenterol*. 2024 Mar 13;24(1):103.

10. 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. », vol. 57, no 5, p. 441-444, 2010.
11. Diarra M, Konaté A, Épouse Kaya SA, Kassambara Y, Tounkara M, Sangare D, Épouse Coulibaly SH, Épouse Samake DK, Maiga A, Guindo H, Traoré HA, Maiga MY. La Maladie Hémorroïdaire 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]. *Mali Med.* 2022;38(2):46-49. French.
12. Youssouf O. Aspects Cliniques et Épidémiologiques des Pathologies Ano Rectale au Chu Communautaire de Bangui (République Centrafricaine) Durant la Période de 23/05/2022 au 23/03/2023 », *ESJ*, vol. 19, no 15, p. 189, mai 2023.
13. Sangaré D, Sanogo A, Diarra A, Mallé O, Dicko M, Katilé D, ... Diarra MT. (2022). Profil Épidémiologique et Clinique de la Maladie Hémorroïdaire Interne dans les Centres d'Endoscopie Digestive à Ségou. *Sciences de la Santé et Maladies*, 23 (7).
14. A. Tshimpi, P. Phaka, E. Loleke, T. Ndarabu, F. Tambwe, et C. et al Mbendi, « Prise en charge de la maladie hémorroïdaire à Kinshasa (RDC) Management of hemorrhoid disease in Kinshasa (DRC) - *Annales africaines de médecine* », *Anafrimed*, vol. 9, no 3, p. 2328, déc. 2016.
15. Angha Ndati Jackson. "Profil Epidemiologique, Clinique Et Therapeutique De La Pathologie Hemorroïdaire Dans La Zone De Sante De Beni/Hgr-Beni au Nord-Kivu." *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*, 24(02), 2022, pp. 48-53.
16. Valentin BC, Philippe ON, Melman M, Henry MM, Salvius BA, Baptiste LSJ. Ethnomedical knowledge of plants used in alternative medicine to treat hemorrhoidal diseases in Lubumbashi, Haut-Katanga province, Southern Democratic Republic of Congo. *BMC Complement Med Ther.* 2024 Oct 11;24(1):365.
17. S. Ladji, « Etude de la maladie hémorroïdaire au service de chirurgie générale du CS Réf Commune I », Thèse Med, Université de Bamako, Mali, 2013.
18. Hong, Y.S., Jung, K.U., Rampal, S. et al. Risk factors for hemorrhoidal disease among healthy young and middle-aged Korean adults. *Sci Rep* 12, 129 (2022).
19. Coulibaly, H. (2008) Prix en charge chirurgicale des hémorroïdes dans le service de chirurgie «A» au CHU du Point G. Thèse de Médecine, Bamako.
20. Yassibanda, S., Ignaleamoko, A., Mbelesso, P., Bobossi, GS, Boua, N., Camego-Police, SM, et al. (2004) La pathologie ano-rectale à Bangui république centrafricaine (RCA). *Mali Médical*, 19,12-14.
21. Dembele, K. (1993) Aspects épidémiologiques et cliniques des maladies hémorroïdaires au Mali. Thèse de Médecine, Bamako.
22. Hrrora, A., Raiss, M., Menfaa, M., Sabbah, F., Ahallat, M., AL Baroudi, S., et al. (2002) Hémorroïdectomie selon la technique de Milligan et Morgan (à propos de 200 cas). *Maroc médical*, 24, 8-10. Brondel H, Gondeau M., « Facteurs prédisposant liés à l'hérédité et à la profession dans la maladie Hémorroïdaire. », *Arch fr mal app dig*, no 65, p. 541-550, 1976.
23. Brondel H, Gondeau M., « Facteurs prédisposant liés à l'hérédité et à la profession dans la maladie Hémorroïdaire. », *Arch fr mal app dig*, no 65, p. 541-550, 1976
24. Al-Masoudi RO, Shosho R, Alquhra D, Alzahrani M, Hemdi M, Alshareef L. Prevalence of Hemorrhoids and the Associated Risk Factors Among the General Adult Population in Makkah, Saudi Arabia. *Cureus.* 2024 Jan 3;16(1):e51612.
25. Bernal JC, Enguix M, López García J, García Romero J, Trullenque. R. Rubber-band ligation for hemorrhoids in a colorectal unit. A prospective study. *Rev Esp Enferm Dig* 2003; 96: 38-45.
26. Zeitoun, J.D., Lehur, P.A., Atienza, P. and De Parades, V. (2011) Pathologie hémorroïdaire: où en sommes-nous en 2011? *Hépatogastro & Oncologie Digestive*, 18, 177-192.