

L'utilisation de plantes ou certaines parties de plantes (racines, écorces, feuilles) date depuis les temps les plus anciens.

Dans les pays en voie de développement, la majeure partie des populations utilise les pratiques de la phytothérapie traditionnelle pour subvenir à ses besoins en matière de santé.

Selon l'OMS (Guéye, 2008), cette médecine traditionnelle massivement employée dans les pays en voie de développement est non conventionnelle du fait de l'absence d'études cliniques et plus de 80% des populations africaines ont recours à cette médecine pour faire face aux problèmes de santé. En effet sur les trois cents espèces végétales recensées sur la planète plus de deux cents espèces poussent dans les pays tropicaux d'Afrique et ont des vertus médicinales (Sofowora, 1982).

Au Sénégal, la phytothérapie traditionnelle occupe, en effet une place très importante dans le traitement des hémorroïdes, particulièrement en milieu rural (Sagna, 2000) mais également en milieu urbain.

Et pourtant dans la médecine moderne de nombreux moyens ont été mis en place pour une bonne prise en charge de ces hémorroïdes. On a un traitement médicamenteux complété par un traitement chirurgical si le premier ne donne pas des résultats escomptés.

L'utilisation de la phytothérapie traditionnelle dans le traitement des hémorroïdes peut être expliqué par le fait que les médicaments veinotoniques classiques les plus en vue dans le traitement de fond de la maladie hémorroïdaire font l'objet de nombreuses discussions et sont d'un coût assez élevé. (Bernier J. J, 1986; Dorosz. Ph, 1999; Vilotte J et al, 1996).

Les hémorroïdes sont des affections très courantes aujourd'hui chez l'adulte, une personne sur deux est concernée dans sa vie par les hémorroïdes. Elles représentent les maladies les plus fréquentes de l'intestin terminal

(Gawenda et al, 1996). Leur prévalence varie selon la définition, le mode de recrutement des malades, le pays, le sexe et les groupes sociaux (Watson et al, 1996). Leur incidence dans les pays à haut niveau de vie a été estimée à 50% de la population âgée de cinquante ans et plus (Golligher, 1984).

Cependant, il faut souligner que de nombreuses plantes sont toxiques à l'état naturel et que de nombreux cas d'affections rénales ont été constatés suite à l'usage de plantes. La majorité de la population sénégalaise croit beaucoup plus à l'efficacité du traitement traditionnel qu'à l'efficacité du traitement moderne pour ce qui concerne les hémorroïdes (Guéye, 2008).

C'est en partant de ces constats que nous avons décidé de travailler sur une recette traditionnelle anti-hémorroïdaire constituée par cinq types d'herbes. Cette recette est détenue par un tradipraticien dans les environs de Pikine (Banlieue dakaroise).

D'après les patients, cette recette possède une grande efficacité sur les hémorroïdes mais aussi engendre des effets secondaires que sont la diarrhée une poly-hématurie, douleur abdominale et mictionnelle.

Nous nous sommes fixés comme objectif d'étudier l'efficacité de la recette, sa composition chimique et sa toxicité aigue.

Notre travail va comporter ainsi deux parties :

La première partie porte sur un rappel bibliographique sur les hémorroïdes ;

La deuxième partie sur l'étude de la recette qui sera basée sur une enquête menée auprès des malades pour avoir plus de certitude sur les effets secondaires de la recette et évaluer son efficacité avant de procéder à sa caractérisation chimique et à l'étude de sa toxicité.

I. DEFINITION

Les hémorroïdes sont des formations constituées avant tout de vaisseaux sanguins présents chez tout individu à l'intérieur de l'anus (hémorroïdes internes) et sous la peau de l'anus (hémorroïdes externes).

Ce sont des formations normales, associant des artères et des veines reliées entre elles par de petits lacs sanguins. Elles sont utiles, car elles jouent un rôle modeste dans la continence de l'anus. (Pigot F, 2001).

Lorsqu'on parle d'hémorroïdes ou on dit que "quelqu'un a des hémorroïdes", il s'agit dans un certain sens d'un abus de langage, vu qu'au sens littéral tout le monde en a. Il est donc plus juste de parler de crise hémorroïdaire ou de maladie hémorroïdaire.

Ainsi on appelle hémorroïde l'ensemble des troubles qui peuvent toucher ces vaisseaux. On constate une dilatation des veines situées sous la peau qui entoure l'anus et dans la sous muqueuse anale.

On distingue sous l'appellation d'hémorroïdes, l'atteinte de deux structures vasculaires distinctes :

- Le plexus hémorroïdaire externe constituant les hémorroïdes externes ;

Ce sont des hémorroïdes qui apparaissent sous la peau à l'orifice de l'anus et peuvent causer une enflure dans la région. Elles sont plus sensibles que les hémorroïdes internes, car il y'a plus de fibres sensibles dans cette région. De plus, le risque qu'un caillot de sang se forme dans une veine dilatée est plus grand que pour les hémorroïdes internes (Wijayanegara H, 1992).

- Le plexus hémorroïdaire interne constituant les hémorroïdes internes ;

Ces hémorroïdes se forment dans l'anus ou la partie inférieure du rectum et donnent une petite protubérance. Elles sont classées en quatre stades selon le

degré d'évolution (Holzheimer RG, 2004). Elles tendent à progresser d'un degré à l'autre si rien n'est fait pour en freiner l'évolution.

- Premier degré: thrombose veineuse, avec sang dans les fèces.
- Deuxième degré : prolapsus veineux à la défécation, avec réintégration spontanée.
- Troisième degré : prolapsus face à tout genre d'effort, sans réintégration spontanée.
- Quatrième degré : prolapsus permanent et irréductible.

Les maladies hémorroïdaires sont plus fréquentes entre 40 et 65ans. Elles sont généralement bénignes et passagères mais peuvent entraîner une gêne dans la vie quotidienne. Il arrive cependant que les hémorroïdes génèrent des douleurs persistantes ou un inconfort presque permanent. Dans ces cas, un traitement médical peut être envisagé.

II. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES HEMORROIDES

La complexité de la maladie hémorroïdaire implique une bonne connaissance anatomique et histologique de la région anale (Cope, 1983).

Il faut distinguer les hémorroïdes externes et internes :

Les hémorroïdes externes sont situées dans l'espace sous-cutanée du canal anal sous la ligne pectinée au niveau de la marge anale épidermée. Elles sont irriguées par l'artère pudendale (honteuse interne) ;

Les hémorroïdes internes sont situées dans l'espace sous muqueux du canal anal au dessus de la ligne pectinée (Thomson W. H, 1975). Elles sont vascularisées (Miles W. E, 1919 ; Williams P. L et al, 1989) par l'artère rectale (hémorroïdale) supérieure (branche de l'artère mésentérique inférieure) qui se

divise en trois branches (gauche , antéro-droite et postéro-droite) correspondant aux trois paquets hémorroïdaire.

A cette vascularisation, il faut ajouter des anastomoses avec les artères rectales (hémorroïdales) moyennes et inférieures, (branches des artères hypogastriques) variables d'un individu à l'autre (Thomson W.H, 1975). Le drainage veineux se fait par les veines rectales (hémorroïdales) supérieures, moyennes et inférieures vers la circulation porte et cave inférieure (Thomson W. H, 1975 ; Duret M, 1879). Enfin au sein du tissu hémorroïdaire des shunts artério-veineux sont impliqués dans la complexité de la vascularisation des hémorroïdes.

Les hémorroïdes internes sont fixées par le réseau fibro-élastique (ligaments de Parks, ligaments suspenseurs des hémorroïdes) issu du sphincter interne (Kerremans R, 1969 ; Lawson J.O.N, 1974), de la couche longitudinale complexe (Roux C, 1881 ; Hansen H. H, 1976) ou de la musculaire muqueuse du rectum (Fine J et al, 1940).

L'innervation du canal anal se raréfie à mesure que l'on se rapproche du rectum. La ligne pectinée est à 2 cm de la berge anale et marque la transition entre le canal anal supérieur recouvert d'épithélium glandulaire et le canal inférieur recouvert d'épithélium squameux sensible (Nisar PJ et al, 2003).

L'épithélium transitionnel possède une sensibilité superficielle permettant une analyse fine du contenu rectal après la mise en jeu du réflexe recto-anal inhibiteur.

Elles ont un rôle probable dans la continence fine: participant pour 15 à 25% (Lestar B et al, 1989) à la pression de fermeture du canal anal au repos et facilitant l'occlusion complète du conduit anal par leur volume. Le sphincter interne ne permet pas d'assurer à lui seul l'occlusion « fine », complète de l'anus (Stieve H, 1928 ; Stieve H, 1930 ; Gibbons C. P et al, 1986 ; Lestar B et

al, 1992). Elles sont recouvertes d'une muqueuse sensible permettant, si elles sont de volume normal et en place dans le canal anal, de discriminer le contenu rectal (distinction gaz-matière et solide-liquide).

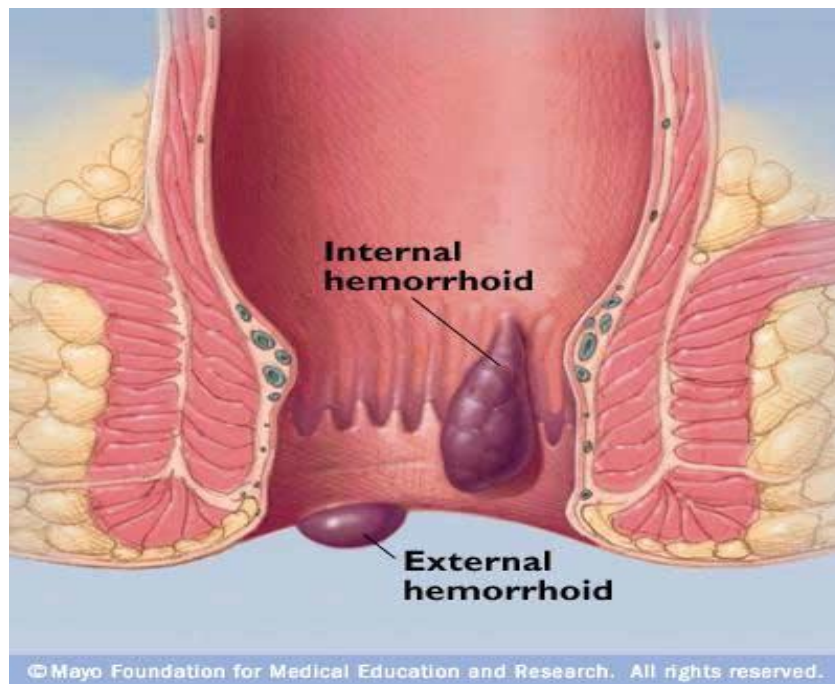


Figure 1 : schéma anatomique des hémorroïdes

III. EPIDEMIOLOGIE

La prévalence des maladies hémorroïdaires est très difficile à apprécier. Elle varie entre 4,4% et 86% (Haas P. A et al, 1983 ; Johanson J. F et al, 1990 ; Acheson R. M, 1960; Hyams et al, 1970) selon la population étudiée, la définition retenue (hémorroïdes ou maladie hémorroïdaire) ou le type de recueil des informations (enquête sur questionnaire ou avec examen proctologique systématique). Aux Etats Unies et en Angleterre les taux annuels de visite chez le médecin, pour cette pathologie sont respectivement de 1177 et 1123 pour 100000 habitants (Johanson J. F et al, 1991). La maladie hémorroïdaire touche les deux sexes (Johanson J. F et al, 1990 ; Hyams et al, 1970 ; Johanson J. F et al, 1991 ; Gazet J. C et al, 1970), mais pour les mêmes symptômes, les hommes

s'en plaignent plus précocement (Haas P. A et al, 1983 ; Gazet J C et al, 1970). Elle augmente avec l'âge avec un pic de prévalence durant la septième décennie (Gazet J. C et al, 1970; Hyams et al, 1970). Les couches sociales les plus favorisées se plaignent plus souvent de manifestations hémorroïdaires (Johanson J. F et al, 1990 ; Hyams Et al, 1970 ; Johanson J. F et al, 1991) et il n'y a pas de prédisposition ethnique (Hyams et al, 1970 ; Brondel H et al, 1976). Le rôle de la consommation de fibres alimentaires (Johanson J. F et al, 1991 ; Denis J, 1976 ; Sielezneff I et al, 1998), d'alcool (Acheson R. M, 1960 ; Brondel H et al, 1976 ; Sielezneff I et al, 1998), de café (Brondel H et al, 1976 ; Sielezneff I, 1998), l'obésité (Acheson R. M, 1960 ; Hyams et al, 1970), la pratique de certains sports (Denis J, 1976 ; Brondel H et al, 1976) et la consommation de tabac (Acheson R. M, 1960 ; Hyams et al, 1970 ; Sielezneff I et al, 1998), dans la genèse de la maladie hémorroïdaire est diversement apprécié selon les auteurs. Des antécédents familiaux sont fréquemment rapportés (Acheson R. M, 1960; Brondel H et al, 1976; Cleave T. L, 1968), mais il est possible que l'on se plaigne plus de ces hémorroïdes dans certaines familles, sans compter le rôle possible de certains facteurs environnementaux actuellement non identifiés (Hyams L et al, 1970).

IV. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MALADIE HEMORROIDAIRE

La physiopathologie des hémorroïdes a été pendant longtemps l'objet de nombreuses discussions.

Deux théories, non exclusives, de pathogénie de la maladie hémorroïdaire existent (PIGOT F, 2001) : la théorie mécanique et la théorie vasculaire ou circulatoire.

IV.1 La théorie mécanique

La théorie mécanique fait intervenir une augmentation de laxité du tissu de soutien des hémorroïdes, provoquant ainsi leur prolapsus. Elle invoque, dans la pathogénie des hémorroïdes, un glissement de la muqueuse du canal et un relâchement progressif des ligaments suspenseurs muqueux de Parks. Aux différents stades du processus répondent les différents degrés des hémorroïdes.

Cette conception prête un rôle important à la constipation et aux efforts que ce trouble du transit impose lors de la défécation. Des manifestations pathologiques peuvent exister en l'absence de troubles du transit (en cas de grossesse ou d'accouchement) (Hyams et al, 1970). Les phénomènes circulatoires seraient, selon cette théorie, secondaires ou aggravées par la strangulation de la sous muqueuse et de ces vaisseaux par la contraction sphinctérienne (Parnaud E et al, 1981).

IV.2 La théorie vasculaire

La théorie vasculaire est secondaire. Elle incrimine des désordres vasculaires et est due à une augmentation de la pression abdominale qui ralentirait le reflux dans les veines rectales supérieures pouvant entraîner des saignements (Graham, 1963). Il n'y aurait entre la congestion hémorroïdaire avec ou sans saignement et la thrombose ou l'hématome par rupture vasculaire qu'une différence de degré (Adelakoun, 1990).

Les troubles circulatoires, par les séquelles dégénératives et fibreuses qu'elles provoquent modifient le volume des hémorroïdes et en facilitent le glissement. La contraction du sphincter sur la muqueuse extériorisée serait à l'origine de troubles circulatoires provoquant une strangulation de la muqueuse et de ses vaisseaux.

La physiopathologie de la maladie hémorroïdaire est sans doute multifactorielle et reste encore incomplètement élucidée d'autres études seront nécessaires pour l'expliquer complètement.

V. ETIOLOGIE DE LA MALADIE HEMORROIDAIRE

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normalement présentes au niveau du canal anal dès la vie embryonnaire. Cependant la maladie hémorroïdaire ne touche que les adultes et ne s'exprime le plus souvent qu'à la suite d'un traumatisme mécanique ou irritatif (Bensaude, 1974). La cause exacte de ces maladies hémorroïdaires reste encore inconnue mais il existe des facteurs qui peuvent être à l'origine de celles-ci.

V.1 Facteurs incriminés

Parmi ces facteurs incriminés, on a les facteurs métaboliques et les facteurs génétiques.

- Les facteurs métaboliques : les hémorroïdes sont fréquentes chez les phlébotoriques, les obèses, les gouteux et les diabétiques (Document Midy, 1968).
- Les facteurs génétiques : des données épidémiologiques ont montré que la maladie hémorroïdaire est fréquente dans les populations du pourtour méditerranéen surtout les populations africaines et juives (Adelakoun, 1990).