

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTER DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BEKER BELKAID
FACULTE DE MEDECINE
Dr. B. BENZERDJEB - TLEMCEEN



وزارة التعليم العالي
و البحث العلمي
جامعة ابو بكر بلقايد
كلية الطب
د.ب.بن زرجب_ تلمسان

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLÔME DE DOCTEUR EN PHARMACIE

THÈME :

**Utilisation des remèdes non conventionnels dans le traitement
traditionnel de la pathologie hémorroïdaire à Tlemcen**

Présenté par :

Moussaoui Yamina

Senhadji Assia

Soutenu le 21/06/2020

Encadrant:

Dr BABA AHMED S. (Maître-assistante hospitalo-universitaire en Pharmacognosie)

Président du jury:

Pr. SELKA (Maître de conférence hospitalo-universitaire classe A en Pharmacognosie)

Membres du jury :

Dr ETCHIALI (Maître-assistante hospitalo-universitaire en Hépto-Gastro-Entérologie)

Dr LOUZIM (Maître-assistante hospitalo-universitaire en Chimie Thérapeutique)

Année universitaire 2019 - 2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ قالوا سبحانك لا علم لنا الا ما علمتنا

﴿ انك انت العليم الحكيم

صدق الله العظيم

الآيه (32) سورة البقره

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous remercions le Bon Dieu de nous avoir permis de terminer cette recherche.

*A notre encadreur Docteur S. **BABA AHMED**
de nous avoir fait l'honneur de diriger ce travail et de nous avoir permis grâce à ses compétences de le mener à terme
En souvenir d'une agréable collaboration, veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.*

*A notre président de jury le Professeur **SELKA**
D'avoir accepté de juger notre travail
Veuillez trouver ici, le témoignage de notre admiration et de notre respect.*

Nos remerciements vont également aux membres du jury :

*Docteur **ETCHIALI** et Docteur **LOUZIM**
Pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail en acceptant de l'examiner pour l'enrichir par leurs propositions.*

*Nous remercions la docteur **BENHABIB**
Pour l'aide précieuse que vous nous avez apportée pour la conception de ce travail*

*Nous remercions plus particulièrement Dr N. **ABOUREJAL**
Pour tous les efforts déployés en vue d'améliorer la qualité de la formation en pharmacie.*

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à tous les enseignants qui nous ont formés

DEDICACES

À nos chers parents,

Vous nous avez apporté le meilleur

Vous avez su nous guider et nous conseiller tout au long de notre

parcours

Vous avez soutenu chacun de nos choix Que ce travail soit le témoin

de votre réussite

À tous les membres de nos familles

À nos amis et à tous ceux qui nous ont soutenus

tout au long de notre cursus

À nos collègues de la promotion de la sixième année de pharmacie

Merci pour l'aide, les échanges de connaissances et les moments

inoubliables passés ensemble.

Puisse Dieu renforcer les liens d'amitié qui nous unissent.

Assia et Yamina

TABLES DE MATIERES

REMERCIEMENTS.....	III
DEDICACES.....	IV
TABLES DES MATIERES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES ANNEXES.....	XII
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE.....	3
CHAPITRE I : LES HÉMORROIDES.....	4
1. Histoire des hémorroïdes.....	5
2. Définition des hémorroïdes.....	6
3. Rappel anatomique des hémorroïdes.....	6
3.1. Anatomie descriptive.....	6
3.1.1. Anatomie de la région anale.....	6
3.1.1.1. Morphologie.....	6
3.1.1.2. Vascularisation.....	8
3.1.1.3. Innervation.....	8
3.1.2. Anatomie des hémorroïdes.....	9
3.2. Anatomie fonctionnelle.....	10
4. Physiopathologie des hémorroïdes.....	11
4.1. Théorie vasculaire.....	11
4.2. Théorie mécanique.....	12
5. Épidémiologie des hémorroïdes.....	12
5.1. Prévalence.....	12
5.2. Facteurs déclenchant.....	13
6. Manifestations cliniques des hémorroïdes.....	14
6.1. Les rectorragies.....	14
6.2. Le prolapsus.....	14
6.3. La douleur.....	15
6.4. Les pertes de mucus.....	15
6.5. Le prurit.....	15
7. Complications cliniques des hémorroïdes.....	16

TABLES DE MATIERES

7.1.La thrombose des hémorroïdes.....	16
7.2.Les marisques hypertrophiques.....	16
7.3.L'anémie.....	16
8. Diagnostic des hémorroïdes.....	17
8.1.Interrogatoire.....	17
8.2.Examen physique.....	17
8.3.Diagnostic différentiel.....	18
9. Examens complémentaires.....	20
10. Prise en charge thérapeutique des hémorroïdes.....	21
10.1. Les règles hygiéno-diététiques.....	21
10.2. Traitement médical.....	21
10.2.1. Traitement local	21
10.2.2. Traitement par voie générale.....	22
10.3. Traitement instrumental.....	23
10.4. Traitement chirurgical.....	23
10.5. Pathologie hémorroïdaire et grossesse.....	24
CHAPITRE II : LA MÉDECINE TRADITIONNELLE.....	25
1. Introduction.....	26
2. Définitions.....	26
2.1.Médecine traditionnelle.....	26
2.2.Phytothérapie.....	26
2.3.Plantes médicinales.....	26
2.4.Drogues végétales.....	27
3. Ethnopharmacologie et ethnobotanique.....	27
3.1.Ethnopharmacologie.....	27
3.2.Ethnobotanique.....	27
4. Préparations et formes d'utilisation des plantes.....	28
4.1.Modes de préparation.....	28
4.2.Formes d'utilisation.....	29
4.2.1. Usage interne.....	29
4.2.2. Usage externe.....	30
4.2.2.1.Au niveau de la peau.....	30
4.2.2.2.Au niveau des muqueuses.....	30

TABLES DE MATIERES

5. Médecine traditionnelle en Algérie.....	30
6. Relation entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.....	31

CHAPITRE III : MÉDECINE TRADITIONNELLE ET HÉMORROIDES

.....	32
1. Introduction.....	33
2. Principales plantes utilisées dans le cadre des hémorroïdes.....	33
3. Les plantes déconseillées en cas d'hémorroïdes.....	42
4. Remèdes non conventionnels utilisés dans le cadre des hémorroïdes.....	44
5. Rôle du pharmacien.....	46

DEUXIÈME PARTIE : PARTIE PRATIQUE.....47

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....48

1.1.Type de l'étude.....	49
1.2.Période de l'étude.....	49
1.3.Population d'étude.....	49
1.4.Critère d'inclusion	49
1.5.Limites de l'études.....	49
1.6.Modalité et déroulement de l'étude.....	49
1.6.1. Recueil des données.....	49
1.6.2. Analyses statistiques	50
1.6.3. Source d'information.....	50

2. RÉSULTATS.....51

2.1. Caractères de l'échantillon.....	52
2.2. Fréquence d'usage des remèdes non conventionnels pour traiter les hémorroïdes	53
2.3. Description du caractère clinique des hémorroïdes.....	57
2.4. Description des remèdes non conventionnels recensés.....	61

3. DISCUSSION.....73

CONCLUSION GÉNÉRALE..... 84

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....86

ANNEXE.....95

LISTE DES TABLEUX

Tableau I : Classification anatomique de la maladie hémorroïdaire de Goligher.....	15
Tableau II : Diagnostic différentiel des hémorroïdes.....	19
Tableau III : Caractéristiques de l'échantillon.....	52
Tableau IV : Résumé d'autres plantes médicinales utilisées dans le traitement des hémorroïdes	96
Tableau V : Liste des plantes recensées, selon leurs identifications, partie utilisée et le nombre de citation.....	102

LISTE DES FIGURES

Figure 01 : Coupe frontale du canal anal.....	9
Figure 02 : Hémorroïdes externes et internes.....	10
Figure 03 : Marronnier d'Inde.....	33
Figure 04 : Ginkgo.....	34
Figure 05 : Hamamélis.....	35
Figure 06 : Chêne commun.....	36
Figure 07 : Cyprès.....	37
Figure 08 : Marrube blanc	38
Figure 09 : Aubergine	39
Figure 10 : Ail.....	40
Figure 11 : Olivier	41
Figure 12 : Aloès	42
Figure 13 : Coloquinte	43
Figure 14 : Eau glacée.....	44
Figure 15 : Argile verte	45
Figure 16 : Miel d'abeille	46
Figure 17 : Fréquence d'usage des remèdes non conventionnels	53
Figure 18 : Répartition des patients selon le sexe	53
Figure 19 : Répartition des patients selon le niveau d'étude.....	54
Figure 20 : Répartition des patients selon l'état civile	54
Figure 21 : Répartition des patients selon le revenu	55
Figure 22 : Répartition des patients selon la profession.....	55
Figure 23 : Répartition des patients selon la zone de vie.....	56

LISTE DES FIGURES

Figure 24 : Fréquence des symptômes reconnus	57
Figure 25 : Répartition des malades selon la consultation médicale pour les hémorroïdes.....	57
Figure 26 : Répartition des malades selon leur connaissance de leur type des hémorroïdes...	58
Figure 27 : Répartition des patients selon la nature des hémorroïdes.....	58
Figure 28 : Étiologie des hémorroïdes selon les malades.....	59
Figure 29 : Fréquence de l'usage des traitements conventionnels par les malades.....	59
Figure 30 : Type de traitement médicamenteux de la population étudiée.....	60
Figure 31 : Répartition des patients selon la prise des remèdes.....	61
Figure 32 : Répartition des patients selon la prise des remèdes d'origine minérale.....	62
Figure 33 : Répartition des patients selon la prise des remèdes d'origine chimique.....	62
Figure 34 : Répartition des patients selon la prise des remèdes d'origine animale.....	63
Figure 35 : Les plantes les plus utilisées par les patients.....	64
Figure 36 : Associations entre les plantes.....	65
Figure 37 : Associations entre les remèdes.....	66
Figure 38 : Répartition des personnes conseillant la phytothérapie	67
Figure 39 : Mode d'utilisation des plantes médicinales	67
Figure 40 : Fréquence d'usage des différentes parties des plantes.....	68
Figure 41 : Répartition des plantes selon leur état d'utilisation	68
Figure 42 : Différentes modes de préparations à base de plantes	69
Figure 43 : Le mode d'administration des plantes selon le type des hémorroïdes.....	69
Figure 44 : Répartition des patients selon le nombre et le moment de la prise	70
Figure 45 : Fréquence d'utilisation de la phytothérapie.....	70

LISTE DES FIGURES

Figure 46 : Pourcentage d'association des remèdes avec le traitement médical.....	71
Figure 47 : But d'utilisation des remèdes.....	71
Figure 48 : Pourcentage d'efficacité des plantes selon l'avis des patients.....	72
Figure 49 : Fréquence d'apparition d'effets secondaires rapportés par les patients suite à l'utilisation des plantes	72

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Résumé des autres plantes médicinales utilisées dans le traitement des hémorroïdes	96
Annexe II : Questionnaire destine aux patients atteints de la maladie hémorroïdaires.....	99
Annexe III : Liste des plantes recensées de l'enquête, classées selon leur nombre de citation.....	102

Introduction

Introduction

La pathologie hémorroïdaire est la plus fréquente des affections proctologiques et constitue un motif extrêmement répondeu de consultation en médecine générale, proctologie, gastroentérologie, chirurgie viscérale et dans les autres spécialités traitant des maladies du périnée. Son épidémiologie est cependant mal précisée [1].

Les hémorroïdes sont des plexus vasculaires artérioveineux qui entourent le rectum distal et le canal anal. Elles sont présentes chez tous les individus dès la naissance et deviennent symptomatiques lorsqu'elles sont hypertrophiées, enflammées, thrombosées ou prolabées. Le développement d'hémorroïdes symptomatiques est lié à une combinaison de facteur, notamment l'engorgement veineux et l'affaiblissement de l'échafaudage de soutien du tissu conjonctif qui soutient ces structures vasculaires et la muqueuse sus-jacente [2].

Les hémorroïdes peuvent être internes, externes ou mixtes. Les hémorroïdes internes sont classées selon le degré de prolapsus du canal anal. Les externes peuvent être classés comme aigus (thrombose hémorroïdaire) ou chroniques (étiquettes cutanées anales) [3].

Le recours à l'automédication est très important pour cette pathologie puisqu'il touche une partie intime du corps. On estime que moins d'un tiers des patients consulte et les autres ont recours spontanément à l'utilisation de crème et de suppositoire à visée anti-hémorroïdaire. Le traitement de la pathologie hémorroïdaire n'est pas univoque, il dépend du type de manifestation de l'affection. Il nécessite impérativement un examen clinique préalable et l'exclusion d'un diagnostic différentiel (autre pathologie proctologique douloureuse, étiologie colorectale de rectorragies). Le plus souvent un traitement médical seul est indiqué en première intention et on estime que seuls 10% des patients auront recours au traitement chirurgical [4].

L'incapacité de la médecine moderne à apporter des solutions efficaces face à la maladie hémorroïdaire, le coût élevé des pratiques modernes, les effets secondaires qui y sont rattachés ainsi que le manque d'infrastructures sanitaire à la pointe poussent les populations à recourir à la médecine traditionnelle [5].

De nombreuses plantes ont d'ailleurs montré des effets prononcés contre les affections hémorroïdaire et dont l'usage est reconnu par l'OMS. Il s'agit de l'Hamamélis, du Ginkgo, du Millepertuis et du Marron d'Inde qui sont riches en ruscogénine et en tanins catéchiques. Les effets veinotoniques, analgésiques, anti-inflammatoires et hémostatiques qui sont reconnus à ces plantes sont attribués à ces composés phénoliques [5].

Introduction

Objectif

L'objectif principal de notre étude est de recenser les remèdes utilisés traditionnellement par les personnes atteintes des hémorroïdes dans la région de Tlemcen.

Et comme objectif secondaire, rechercher les caractéristiques des remèdes recensés.

PREMIÈRE PARTIE :
synthèse bibliographique

CHAPITRE I :

Les hémorroïdes

Chapitre I : les hémorroïdes

1. Histoire des hémorroïdes

Les hémorroïdes ont été explorées dès la période de l'empire égyptien avec les papyrus d'Ebers, de Berlin et d'Edwin Smith. A l'époque, le traitement était essentiellement médical, fait de pansements locaux (lin enduit placé dans l'anus, lavements). Les Egyptiens utilisaient surtout la bière, le miel, le lait, l'huile et l'eau, le traitement chirurgical n'est pas encore évoqué. Hippocrate, à l'époque de la saignée salvatrice, voit dans le saignement hémorroïdaire une protection contre la maladie « ainsi est-il nécessaire de ne pas trop les traiter et de toujours laisser un peu de cette issue bénéfique : ayez soin d'en laisser toujours une ». Il en imagine déjà la physiopathologie.

Les traitements deviennent plus agressifs au XVIIe : « vous pouvez inciser, exciser, coudre, brûler, corroder l'anus, sans causer de dommage ». On traite au fer chauffé à blanc après mise en place d'une canule en cuivre, les cris du patient permettant de faire saillir d'avantage l'anus. La ligature apparaît aussi : une aiguille traverse l'hémorroïde qui est liée à l'aide « d'un brin de laine non lavé aussi épais et long que possible ».

Celse, en l'an 30 décrit l'incision hémorroïdaire et signale la nécessité de ne pas multiplier les cicatrices au niveau de l'anus.

Certaines médecines, en 1460, deviennent plus imaginatives. Ainsi, Louis XI qui a beaucoup souffert d'hémorroïdes s'est vu proposé par le Dr Ferrari, médecin italien, l'usage des sangsues.

Pierre Dionis en 1740 évoque pour la première fois un mauvais retour veineux comme étant à l'origine de la pathologie hémorroïdaire, et explique ce mauvais retour veineux par les efforts de poussées nécessaires à l'exonération des excréments. À l'époque Dionis défend le traitement médical et déconseille la chirurgie qui consiste pourtant déjà en une résection des paquets hémorroïdaires.

Ainsi, le XXe siècle a surtout apporté l'asepsie, l'anesthésie et des techniques instrumentales médicales ou chirurgicales plus modernes. En revanche, la sphinctérotomie de Dupuytren en 1820 comme la dilatation anale de Récamier en 1838 sont actuellement abandonnées.

L'intervention de Milligan et Morgan, technique chirurgicale la plus utilisée actuellement, trouve son origine en 1744 grâce à J.L.Petit, et a été améliorée par Parks en 1965[6].

2. Définition des hémorroïdes

Chapitre I : les hémorroïdes

Les hémorroïdes sont des structures anatomiques vasculaires normales présentes au niveau du canal anal dès la vie embryonnaire [7], et dont la fonction est de contribuer à la continence anale [5]. Leur existence n'indique pas nécessairement une maladie hémorroïdaire [8].

La maladie hémorroïdaire survient en cas de symptômes tels que : saignement, prolapsus, douleurs, écoulement de mucus, et prurit [8]. Elle résulte d'une altération de la constitution normale des hémorroïdes [9], responsable d'une dilatation anormale et une distorsion du canal vasculaire, associés à des modifications destructrices du tissu conjonctif de soutien dans le coussin anal [10]. Elle peut survenir à tout âge et toucher les deux sexes [11].

Les hémorroïdes sont généralement classées par leur emplacement en hémorroïdes internes (origine au-dessus de la ligne dentée et recouverte de muqueuse anale), hémorroïdes externes (origine au-dessous de la ligne dentée et recouverte d'anoderme), et des hémorroïdes mixtes [12].

3. Rappel anatomique des hémorroïdes

3.1. Anatomie descriptive

3.1.1. Anatomie de région anale

3.1.1.1. Morphologie

- **Le canal anal**

Il est oblique en bas et en arrière, déterminant avec le rectum un angle ouvert en arrière. Il est compris dans l'épaisseur du périnée postérieur et répond, dans sa partie inférieure au sphincter externe. Il est en rapport avec :

- Le muscle élévateur de l'anus, en arrière.
- Les muscles élévateurs de l'anus et la fosse ischio-rectale, sur les côtés.
- L'intermédiaire du centre tendineux du périnée, en avant. Chez l'homme, l'apex de la prostate, l'urètre membraneux, la glande bulbo-urétral et le bulbe du pénis. Chez la femme par l'anus et la paroi postérieure du vagin[13].

- **La marge anale**

C'est la partie cutanée de l'anus, visible à la seule inspection du périnée[1], elle est constituée par une peau fine marquée par les plis radiés de l'anus, souvent pigmentée, riche en poils et en glandes sébacées, en glandes eccrines et apocrines[14].

- **La ligne pectinée**

C'est une zone de transition située au milieu du canal anal. C'est à ce niveau que les glandes d'Hermann et Desfosses (glande anales) se jettent. Situées dans la sous muqueuse, elles

Chapitre I : les hémorroïdes

traversent le sphincter interne avant de s'aboucher dans le canal anal. En effet, le sphincter interne se termine en regard de la ligne pectinée[15].

- **La muqueuse et la sous-muqueuse sus-pectinéales**

Contenant les plexus hémorroïdaires internes sont fixées à l'appareil sphinctérien interne par une formation musculo-ligamentaire de soutien appelée ligament de Parks[16].

- **Le rectum**

D'une longueur de 10 à 15 cm, est la partie terminale du gros intestin[17], au-dessus du canal anal, la muqueuse devient glandulaire de type rectal[15].

- **L'appareil sphinctérien**

- ✓ **Le sphincter interne**

C'est un muscle lisse à innervation autonome (donc sans contrôle volontaire), correspond à la musculature du rectum qui s'épaissit et se renforce au niveau du canal anal pour s'arrêter au niveau de la ligne pectinée. Il est orbiculaire ; Ses fibres, disposées par couches concentriques, s'étendent latéralement à trois centimètres environ du bord du l'an. En arrière, elles se fixent sur un raphé fibreux étendu de l'orifice anal à l'extrémité du coccyx; en avant, une partie d'entre elle s'insère sur l'aponévrose périnéale superficielle. D'autre traversent cette aponévrose et s'entrecroisent en chiffre 8 avec le bulbe caverneux chez l'homme, et avec le constricteur du vagin chez la femme, de façon que l'action de ces muscles soit nécessairement synergique[18].

- ✓ **Le sphincter externe**

Muscle strié, avec deux contingents (profond : haut situé que est indissociable du faisceau pubo-rectal du releveur de l'an et superficiel à la partie la plus basse du canal anal)[15].

Il est formé des fibres circulaires inférieures du rectum. Ses limites supérieures sont assez difficiles à saisir sur le cadavre, mais il n'en est pas de même sur le vivant, le doigt en apprécie nettement le bord supérieur, surtout en arrière :il est serré plus au moins fort selon les sujets, comme dans une bague, et quelque fois même n'y pénètre qu'avec peine, lorsque le muscle est atteint de contracture[18].

3.1.1.2.Vascularisation

- **Vascularisation artérielle** : le sang artériel est conduit par les artères hémorroïdaires supérieures, moyennes et inférieures.

- ✓ **Les artères hémorroïdales supérieures**

Chapitre I : les hémorroïdes

Ce sont des branches du mésentérique inférieur, elles représentent le courant prédominant aboutissant au plexus hémorroïdaire interne. Avant d'être intégrées dans le plexus sous-muqueux, les branches artérielles hémorroïdales supérieures se divisent classiquement, selon Miles en trois axes artériels principaux : gauche, antérieur droit et postérieur droit (disposition classique des paquets hémorroïdaires)[17].

✓ Les artères hémorroïdales inférieures

Elles sont les artères principales du canal anal. Nées de la honteuse interne dans le canal d'Alcock, elles traversent les fosses ischio-anales pour donner des branches à destination du sphincter, du releveur et de zone cutanée de l'anus[19].

✓ Les artères hémorroïdales moyennes

Ce sont des branches de l'artère hypogastrique, les inférieures des branches de l'artère honteuse interne. Accessoirement, l'artère sacrée moyenne contribue à cet apport artériel. Il existe en fait plusieurs types de vascularisation artérielle. Tous ces artères sont richement anastomosées entre elles[17].

• Vascularisation veineuse

Les veines du rectum sont satellites des quatre artères mais elles se drainent soit dans le système porte, soit dans le réseau cave.

✓ Veines rectales supérieures

Elles se drainent dans la veine porte par la veine mésentérique inférieure.

✓ Veines rectales inférieures et moyennes

Elles se drainent dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines iliaques internes.

✓ Veine sacrée médiale

Elle se jette dans la veine iliaque commune gauche.[19]

3.1.1.3. Innervation

Elle est assurée par des branches du plexus hypogastrique et surtout par le nerf anal, qui est une branche collatérale du plexus honteux issu de la quatrième racine sacrée, riche en terminaisons libres. La muqueuse rectale en est, en revanche, pauvre d'où son insensibilité à la douleur. Ce fait doit être pris en considération lors des traitements instrumentaux, qui doivent être appliqués au-dessus de la ligne pectinée, et lors de la chirurgie hémorroïdaire, imposant le

Chapitre I : les hémorroïdes

respect de la muqueuse sensible sous la peine d'incontinence par des troubles de la sensibilité[14].

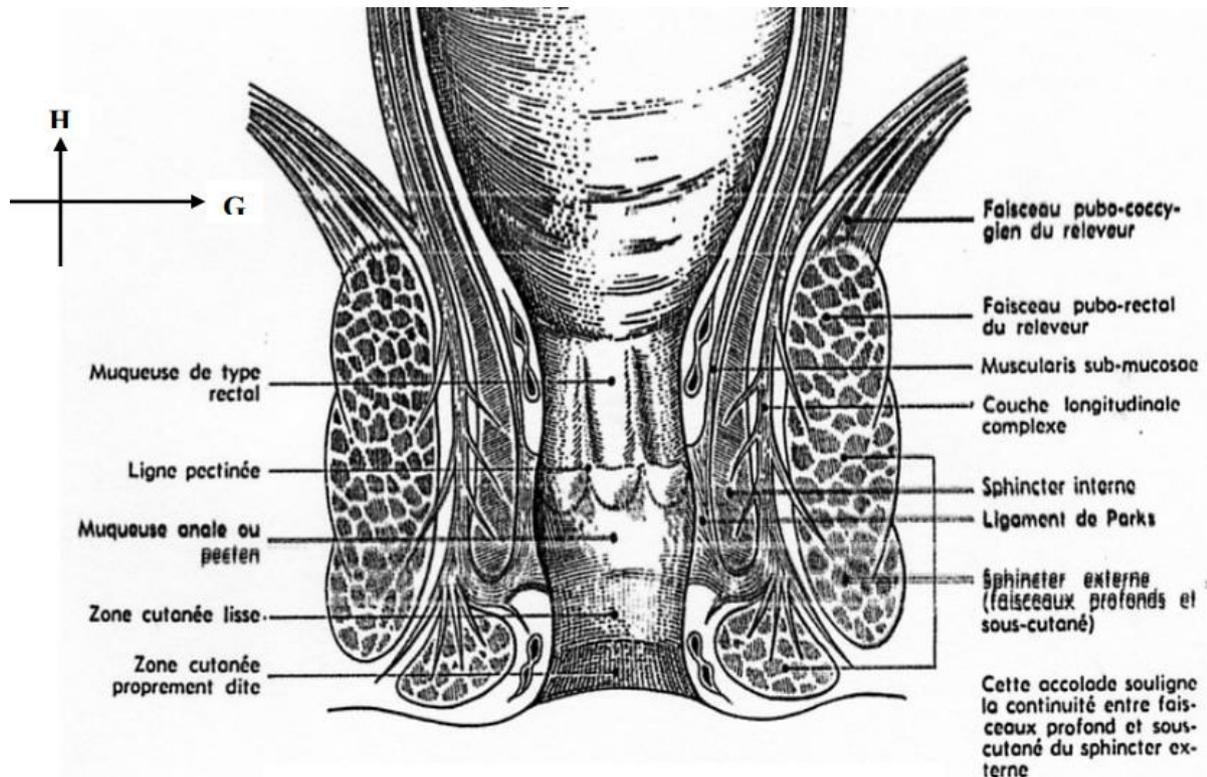


Figure 01 : coupe frontale du canal anal[16]

3.1.2. Anatomie des hémorroïdes

- **Hémorroïdes externes**

C'est le plexus hémorroïdaire inférieur sous-cutané à localisation sous-pectinéale, qui dépend de l'artère hémorroïdale inférieure (branche de l'artère hypogastrique), le retour veineux se fait vers le système cave[16].

- **Hémorroïdes internes**

C'est le plexus hémorroïdaire supérieur situé dans l'espace sous-muqueux au-dessus de la ligne pectinée, il dépend de l'artère hémorroïdale supérieure (branche de l'artère mésentérique inférieure). Le retour veineux se fait vers le système porte[16].

- **Tissus de soutien**

Chapitre I : les hémorroïdes

Les hémorroïdes sont soutenues par un tissu conjonctif et par des fibres musculaires, issues de la couche longitudinale, associées à des fibres pubo-rectales qui forment le ligament de Parks (ou septum inter-sphinctérien)[15].

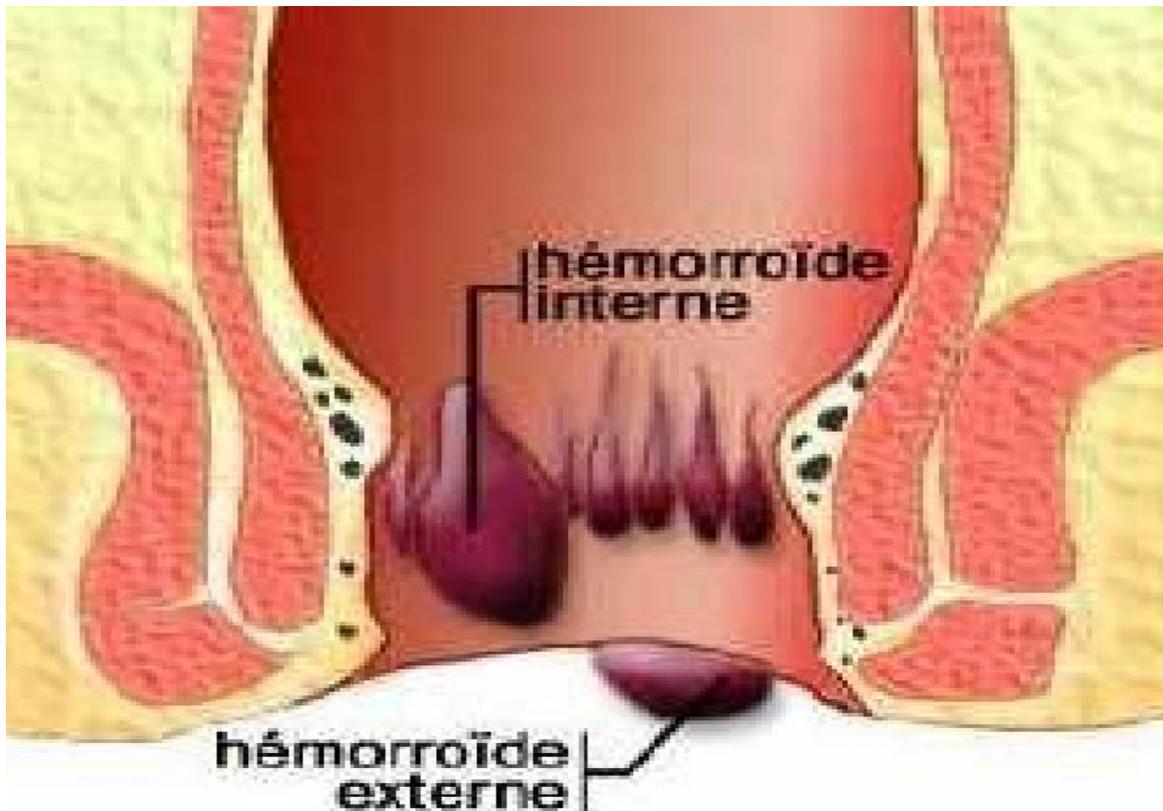


Figure 02 : hémorroïdes externe et interne [14]

3.2. Anatomie fonctionnelle

Le muscle du sphincter anal interne ferme l'anus en laissant un orifice de 8 à 10 mm de diamètre ; cet orifice sera fermé par le corps caverneux qui se remplit de sang (le corps caverneux se trouve dans 1/3 supérieur du canal en dessous de la ligne ano-rectale. Comme le corps caverneux du pénis, le plexus vasculaire du corps caverneux rectal est rempli de sang rouge artériel. Il est tributaire des branches terminales de l'artère rectale supérieure. Ces branches sont constamment retrouvées aux points suivants : 3H, 7H, et 11H ou elles peuvent être palpées. Elle forment un réseau capillaire dans le corps caverneux[17]. Selon les études manométriques, le sphincter externe ne contribue qu'à 30% à la fermeture de l'anus. L'ampoule rectale est normalement vide ou contient peu de selle. Pour le contrôle de la défécation beaucoup d'éléments interviennent, les selles sont emmagasinées d'abord dans l'ampoule rectale, ceci provoque une contraction des muscles sphinctériens externes et du muscle pubo-rectal : c'est le réflexe ano-rectal. Il ne dure pas longtemps, mais permet quand même de bloquer une onde péristaltique. Il assure la continence volontaire.

Chapitre I : les hémorroïdes

Donc le colon, il existe des mouvements péristaltiques neurohormonaux d'oral à ab-oral. Ces mouvements transportent les selles vers l'anus. Ils sont observés après les repas le réflexe gastro-colique. Quand l'ampoule est remplie, les fibres musculaires circulaires se tendent et les fibres longitudinales s'activent. Il se produit alors une relaxation réflexe du sphincter interne et l'organe de continence est prêt à se vider. La contraction volontaire du sphincter externe complète la vidange. La pression abdominale joue un rôle accessoire dans la vidange. La sensation d'avoir des selles est transmise par les fibres nerveuses sensibles de la muqueuse anale et probablement à travers des récepteurs qui sont au niveau du muscle élévateur et la paroi rectale. La discrimination des selles se fait au niveau des cryptes. L'ensemble est commandé par le système volontaire[19].

4. Physiopathologie des hémorroïdes

La contraction continue des muscles anaux et l'irrigation continue du corps caverneux en sang artériel (veines trans-spléniques fermées) permettent une continence hermétique. Le relâchement des sphincters et le transport du sang du corps caverneux (ouverture des veines trans-sphinctériennes) permettent la défécation. Ces deux systèmes fonctionnent alternativement de façon harmonieuse. Un dysfonctionnement peut être à la base des hémorroïdes. Ceci est surtout vrai quand l'intestin se vide laissant le corps caverneux irrigué. Il se produit alors une hyperplasie des vaisseaux avec un risque de saignement élevé. A la longue, le corps caverneux perd son élasticité, le tissu conjonctif se multiplie et les hémorroïdes s'extériorisent. Le corps caverneux ne se vide plus totalement et on parle de priapisme du corps caverneux rectal[13].

4.1. Théorie vasculaire

Le rôle des shunts artérioveineux a été évoqué dans la compréhension des phénomènes congestifs, thrombotiques et hémorragiques. Les shunts artérioveineux superficiels de type capillaire peuvent s'ouvrir brutalement à la suite d'une augmentation du débit artériel sous l'influence de divers facteurs (variation de pression, exonération difficile), modifiant ainsi les capacités d'adaptation du système vasculaire et réalisant des conditions favorables à l'apparition d'un thrombus[16].

Chapitre I : les hémorroïdes

Par la suite, selon le degré de répercussion d'une part sur le retour veineux avec des lésions vasculaires dystrophiques et d'autre part sur le tissu de soutien avec une dilacération, thrombose et prolapsus peuvent apparaître et aggraver les autres manifestations[14].

De même, la mise en tension des structures vasculaires pourrait favoriser les hémorragies de sang artériel par altération du réseau capillaire sous-muqueux[17].

4.2. Théorie mécanique

Dans cette conception, des anomalies dégénératives du tissu de soutien des plexus hémorroïdaires jouent un rôle prépondérant puis la rupture des éléments de soutien, en particulier du ligament de PARKS, sont à l'origine d'un glissement progressif vers le bas du revêtement du canal anal et de la sous-muqueuse. Les troubles de transit surtout la constipation favorisent cette évolution. En effet les efforts excessifs et prolongés pendant la défécation ou la grossesse ou lors des poussées pendant l'accouchement sont à l'origine de force de cisaillement qui viennent fragmenter le tissu de soutien.[17].

5. Épidémiologie des hémorroïdes

5.1. Prévalence

Bien que les hémorroïdes soient reconnues comme une cause très fréquente de saignement rectaux et de gêne anale, la véritable épidémiologie de cette maladie est inconnue, car les patients ont une tendance à utiliser l'automédication plutôt que rechercher les soins médicaux appropriés[10].

- Dans une enquête nationale d'examen de santé et de nutrition menée en Corée (KNHANES) entre 2007 et 2009, la prévalence globale des hémorroïdes chez les sujets de l'étude était de 14,4%, plus chez les femmes (15,7%) que chez les hommes (13%) avec une prévalence des hémorroïdes autodéclarées était de 14,4% et la prévalence des hémorroïdes selon le diagnostic du médecin était de 7,2% [20].

- Dans une étude épidémiologique JOHANSON et AMNON SONNENBERGL 1990, l'analyse était basée sur 4 sources de donnée : des Etats-Unis, le National Enquête sur les entretiens de santé, Enquête sur les sorties des hôpitaux en milieu national de la maladie et du traitement ; d'Angleterre et du pays de Galles, Statistiques de morbidité de la médecine générale. Les résultats ont montré sur 10 millions de personnes une prévalence de 4,4%. Chez les deux sexes, un pic de prévalence a été observé entre 45 et 65ans, puis diminué après l'âge de 65 ans. Le développement des hémorroïdes avant l'âge de 20 ans était inhabituel. Les blancs étaient

Chapitre I : les hémorroïdes

affecté plus fréquemment que les noirs, et l'augmentation des taux de prévalence étaient associés à un statu socio-économique plus élevé[21].

- Dans une enquête 4P : Prévalence de la pathologie proctologique en pratique de gastro-entérologie, réalisée le 25 juin 2001, auprès de gastroentérologues libéraux en France. Dans 51,6% des cas, le patient avait fait son propre diagnostic d'hémorroïdes. Après examen du gastro-entérologue, il y avait effectivement 74,6% d'hémorroïdes, mais ce diagnostic était rectifié dans 16,4% des cas, avec notamment 12,3% de fissures par les suppurations[22].

- Dans une étude de la prévalence des hémorroïdes et des fissures dans l'étiologie des proctalgies inaugurales au centre Hospitalier Universitaire Cocody Cote D'Ivoire, les hémorroïdes et la fissure anale étaient retrouvées respectivement dans 73 et 28 % des cas. Ces deux lésions prédominaient autant chez la femme (hémorroïdes 56,3% ; fissure anale 31,3%) ; que chez l'homme. Les hémorroïdes étaient retrouvées chez 23% dans sujets ayant une fissure anale[23].

- Dans une étude épidémiologique analytique des affections proctologiques réalisée au niveau du service de chirurgie viscérale et de proctologie a HMIMV 2008 au Maroc, 104 patients militaires ont été vus en consultation au service pour les hémorroïdes, soit 19,77% des consultations proctologiques[24].

5.2.Facteurs déclenchants

Plusieurs facteurs de risque ont été revendiqués comme étant l'étiologie du développement des hémorroïdes, notamment le vieillissement, l'obésité (surtout abdominale), l'humeur dépressive et la grossesse. Par ailleurs, il est largement admis que certaines affections liées à une augmentation de la pression intra-abdominale, telles que la constipation et des efforts prolongés ; sont à l'origine d'hémorroïdes en raison du drainage veineux compromis du plexus hémorroïdaire. Certains types d'aliments et de mode de vie, notamment le régime pauvre en fibres, les aliments épicés et la consommation d'alcool, seraient liés au développement d'hémorroïdes et à l'aggravation des symptômes d'hémorroïdes aigus[12].

6. Manifestations cliniques des hémorroïdes

Chapitre I : les hémorroïdes

Les symptômes des hémorroïdes dépendent de certaines conditions, telles que la taille, le type d'hémorroïdes, qu'elles soient externes ou internes et qu'elle soit chronique ou aiguës. Dans certains cas, il peut n'y avoir qu'un seul symptôme, mais plusieurs symptômes peuvent apparaître simultanément.

Les principaux symptômes des hémorroïdes sont les suivants : saignements, douleurs, prolapsus, gonflements, démangeaisons et souillures des muqueuses[25].

6.1. Les rectorragies

Le saignement est le symptôme le plus souvent signalé dans les hémorroïdes internes[26]. Il est indolore dans la majorité des cas, en raison de l'absence de fibres douloureuses[27]. Il s'agit de sang rouge en réseau de la communication artérioveineuse directe du plexus hémorroïdaire[12]. Il recouvre les selles à la fin de la défécation, et peut être trouvé sur le papier de toilette, gouttant dans la cuvette, ou même pulvérisé de manière dramatique à travers la cuvette des toilettes[11].

Les rectorragies ne sont pas un symptôme spécifique de la maladie hémorroïdaire, des saignements pouvant être rencontrés dans d'autres pathologies (tumeur colique ou rectal, rectocolite hémorragique...)[9].

6.2. Le prolapsus

Le prolapsus hémorroïdaire se définit par une extériorisation des hémorroïdes internes liée à une laxité de l'appareil de soutien[27]. Il est généralement indolore, survient au moment de la défécation[28]. En fonction du degré de prolapsus, les hémorroïdes internes sont classées en quatre degrés[12] La classification de Goligher est la plus largement acceptée[29] (Tableau I).

Chapitre I : les hémorroïdes

Tableau I : Classification anatomique de Goligher de la maladie hémorroïdaire [1].

Présentation anatomique	Présentation clinique
Grade1	Hémorroïdes congestives non prolabées.
Grade2	Hémorroïdes se prolabant lors de défécation (ou lors d'un effort) et se réintégrant spontanément après le passage des selles.
Grade3	Hémorroïdes se prolabant lors de la défécation (ou lors d'un effort) et nécessitant une réintégration manuelle.
Grade4	Hémorroïdes prolabées en permanence ne pouvant pas se réintégrer manuellement.

6.3. La douleur

La douleur peut être ressentie à l'occasion de deux crises hémorroïdaires, la crise fluxionnaire qui se traduit par une sensation de brûlure et de pesanteur anale déclenchée par les efforts défécatoires ou physiques, et la thrombose hémorroïdaire où la douleur est plus intense et d'apparition brutale[27].

Il est généralement rare que les patients atteints d'hémorroïdes non compliquées manifestent une douleur anale. En fait, la douleur anale sévère est plus probablement due à une fissure anale et à un abcès ano-rectal[26].

6.4. Les pertes de mucus

Lorsque la muqueuse glandulaire située au-dessus de la ligne pectinée est en contact avec le milieu extérieur en raison du prolapsus, une irritation de cette muqueuse survient fréquemment et peut aboutir à la production de mucus, qui vient alors souiller les sous-vêtements et est fréquemment source de gêne supplémentaire[1].

6.5. Le prurit

Les hémorroïdes prolapsus sont une cause de souillure et d'écoulement de mucus, et conduisent tous les deux à un prurit anal secondaire[30].

Chapitre I : les hémorroïdes

7. Complication des hémorroïdes

7.1. La thrombose hémorroïdaire

La thrombose hémorroïdaire concerne environ 15% des patients hémorroïdaires. La poussée de thrombose se caractérise par la formation de plusieurs caillots sanguins ; elle est souvent associée à une réaction inflammatoire[9]. On distingue la thrombose hémorroïdaire externe et la thrombose hémorroïdaire interne qui peut parfois se prolaber[6].

- **La thrombose hémorroïdaire externe**

La thrombose des hémorroïdes externe (THE) s'expriment par une ou plusieurs tuméfactions souvent bleutées ou moins œdémateuses et douloureuses de la marge anale, situées sous la ligne pectinée[31].

Une hémorroïde externe thrombosée aigue provoque généralement une douleur intense au cours des premiers jours et la douleur s'atténue progressivement par la suite. Une pression élevée dans le thrombus peut provoquer l'érosion de la peau sus-jacente et entraîner ainsi des saignements[32].

- **La thrombose hémorroïdaire interne ou strangulé**

Les hémorroïdes internes peuvent devenir étranglées et thrombosés lorsque la partie prolabée est laissée en saillie jusqu'à atteinte d'un compromis vasculaire ou d'une stase veineuse[32]. Elle survient à l'occasion du passage d'une selle dure ou lors de manœuvre de Valsalva prolongée lors de la défécation. La douleur est aigue et le patient peut sentir le ou les nodules thrombosé (s) induré (s). Un saignement peut accompagner cette présentation[33].

7.2. Les marisques hypertrophiques

Les marisques hypertrophiques sont séquellaires de thromboses hémorroïdaires externes et/ou d'une fissure anale. Elles sont le plus souvent respectées mais elles sont parfois considérées comme gênantes d'un point de vue esthétique ou elles occasionnent une difficulté à l'essayage ou encore, si elles entretiennent la macération, elles induisent un prurit[34].

7.3. L'anémie

L'anémie due à une maladie hémorroïdaire est rare[30]. Cette anémie, hypochrome microcytaire ferriprive, est liée à une distillation hémorragique à chaque défécation, souvent

Chapitre I : les hémorroïdes

bien tolérée. Elle doit être l'objet d'investigation complémentaire à fin d'éliminer toute autre cause (exploration endoscopique)[14].

8. Diagnostic des hémorroïdes

8.1. Interrogatoire

L'interrogatoire est crucial. Bien souvent ; il permet au médecin d'évoquer le diagnostic de la pathologie hémorroïdaire, de dépister les signes alarmants et de recueillir les éléments nécessaires à l'indication thérapeutique[1].

Lors de l'interrogatoire du patient, des éléments spécifiques doivent être relevés pour orienter le diagnostic du médecin[35] :

- ✓ L'âge
- ✓ Les antécédents gynéco-obstétricaux chez la femme
- ✓ Le traitement médicamenteux
- ✓ Les symptômes précis
- ✓ L'ancienneté de la maladie.
- ✓ Les divers traitements mis en place précédemment.

8.2. Examen physique

En raison du large éventail de pathologie, un examen approfondi est nécessaire[36], réalisé classiquement en décubitus latéral couché ou gauche, mais la position latérale gauche est généralement préférable car elle est plus confortable pour les patients et moins intimidante que les positions couchette couchée ou couchée[37].

L'examen physique comprend trois temps fondamentaux : l'inspection visuelle, la palpation de la marge anale, le toucher anorectal, ainsi qu'une anoscopie[1].

• Inspection visuelle

L'évaluation d'un patient souffrant de troubles périanaux par une inspection visuelle de la peau périanale[2]. Elle permet de décrire toutes les anomalies externes[37]. Par laquelle les hémorroïdes externes ou le prolapsus d'hémorroïdes peuvent être évidentes[38].

Les hémorroïdes externes thrombosées apparaissent souvent sous la forme d'un nodule ferme[26], de couleur bleuâtre caractéristique du caillot sous-jacent à l'anoderme. Les hémorroïdes internes sont recouvertes de muqueuse alors que les hémorroïdes externes sont recouvertes d'anoderme[2]. Les étiquettes cutanées peuvent être un indice non seulement d'une

Chapitre I : les hémorroïdes

maladie hémorroïdaire antérieure, mais également de fissures en particulier si elles sont situées à l'emplacement antérieur ou postérieur[36].

- **Examen rectal numérique**

Un examen rectal numérique est également requis, qui semble être un « art perdu » pour de nombreux cliniciens, mais c'est un aspect extrêmement important de l'évaluation des patients présentant des plaintes ano-rectales[37]. Il est effectué avec un doigt ganté et bien lubrifié[39], il permet de rechercher et de palper toute masse, lésions, zones de changement inflammatoire, fluctuation, sensibilité, etc., la caractérisation des sphincters anaux est une caractéristique importante de tout examen numérique[37]. Mais les hémorroïdes internes ne sont pas palpables à l'examen rectal numérique.

- **Anuscopie**

C'est la méthode la plus précise pour examiner le canal anal et le rectum distal. Avec la disponibilité d'anuscopes jetables peu coûteux, la procédure peut être effectuée au bureau sur des patients non préparés, rapidement, en toute sécurité et avec un minimum de gêne pour des patients[37]. Elle est réalisée pour identifier les hémorroïdes internes ou les fissures et pour écarter les masses rectales distales.

A l'anuscopie, les hémorroïdes internes apparaissent sous forme de veines bleu violacé dilatées, et les hémorroïdes internes prolabées apparaissent sous forme de masses rose foncé, luisantes et parfois doubleuses au bord de l'anus. Les hémorroïdes externes apparaissent moins roses et, en cas de thrombose, elles sont extrêmement sensibles, avec une teinte violacée. Des étiquettes cutanées périanales, souvent des restes d'hémorroïdes externes antérieures, peuvent être présentes. Certains experts recommandent la coloscopie à tous les patients âgés de plus de 40 ans présentant des symptômes hémorroïdaires et des saignements rectaux[40].

8.3. Diagnostic différentiel

Plusieurs affections ano-rectales peuvent provoquer des symptômes similaires à ceux associées aux hémorroïdes (Tableau II).

Chapitre I : les hémorroïdes

Tableau II : Diagnostic différentiel des hémorroïdes[40] [38].

Diagnostic	Caractéristiques	Résultats de l'examen physique
Cancer anal	Doleur autour de l'anus, perte de poids dans les cas avancés	Lésion ulcéreuse de l'anus
Condylomes anaux	Masse anale sans saignement, histoire des relations anales	Lésions ressemblant à des choux-fleurs
Fissure anale	Douleurs déchirantes et saignements lors des selles	Examen rectal douloureux avec fissure
Cancer colorectal	Sang dans les selles, perte de poids, douleurs abdominales, changement du comportement intestinal, antécédents familiaux	Masse ou tendresse abdominale
Maladie inflammatoire de l'intestin	Symptômes constitutionnels, douleurs abdominales, diarrhée, antécédents familiaux	Examen rectal externe normal, rarement, la fistule, colite à l'anuscopie
Abcès péri anal	Apparition progressive de la douleur	Masse tendre recouverte de peau par opposition à la muqueuse rectale
Étiquettes de peau	Pas de saignement, histoire de résolu	Tags visualisés autour de l'anus couvert
Fistule	Salissures, démangeaisons	Ouverture visible de la fistule
Polypes	Saignements indolores	Les polypes sur l'endoscopie
Proctite	Rectum douloureux, pas de saignement	Examen normal, diagnostic d'exclusion

Chapitre I : les hémorroïdes

9. Examens complémentaires

- **Coloscopie**

Le problème essentielle est celui soulevé par les rectorragies dont il faut toujours craindre une origine tumorale colique ou rectale[6], les rectorragies constituent un motif de consultation le plus fréquent. Elles sont souvent l'expression de pathologie ano-rectalo-colique bénignes mais elles peuvent aussi révéler des pathologies graves néoplasiques, inflammatoires ou infectieuses. La coloscopie précédée d'un examen proctologique est d'un apport capital[41].

On la nomme également « vidéocoloscopie », elle constitue l'examen de référence pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des tumeurs coliques débutantes ainsi que des polypes adénomateux à potentiel de dégénérescence[42].

La coloscopie doit être pratiquée pour tout patient plus de 50 ans. Pour les patients plus jeunes, la décision de la coloscopie doit être basée sur facteur de risque, la suspicion clinique et la réponse au traitement initial[26].

- **Numération formule sanguine**

Les saignements hémorroïdaires et l'anémie sont deux entités communes. C'est une anémie, hypochrome microcytaire ferriprive, est liée à une distillation hémorragique à chaque défécation, souvent bien tolérée. Elle doit être l'objet d'investigations complémentaires à fin d'éliminer toute autre cause[14].

Selon une analyse rétrospective des patients vue à la clinique de Mayo et à l'hôpital communautaire d'Olmsted à Rochester, au Minnesota, de 1976 à 1990. L'incidence de saignements hémorroïdaires ayant causés l'anémie a été établi à 0,5 patient pour 10000 habitants[43].

- **Explorations fonctionnelles**

- ✓ Manométrie ano-rectale

La manométrie ano-rectale a été largement acceptée comme méthode utile pour évaluer objectivement l'appareil de défécation fourni par sphincter ano-rectal. L'évaluation manométrique standard permet de mesurer les pressions de repos et de compression, ainsi que la longueur du canal anal fonctionnel (zone de haute pression « ZHP »), utilisée comme test de diagnostic chez les patients hémorroïdaires présentant des signes d'incontinence[44].

10.Prise en charge thérapeutique des hémorroïdes

10.1. Règles hygiéno-diététiques

Les mesures hygiéno-diététiques doivent être conseillées et prescrites en première intention à tous les patients atteints d'hémorroïdes à un degré quelconque, dans le cadre du traitement conservateur et à titre préventif. Cela permet de rechercher tout comportement susceptible de provoquer la survenue des hémorroïdes.

Les principaux conseils à suivre :

- ✓ L'augmentation de l'apport en fibre et en liquide buccaux, ce qui permet de réduire le cisaillement des selles dures, ainsi que le risque de persistance des symptômes et de saignements.
- ✓ Eviter certains produits alimentaires tels que les épices, les boissons alcoolisées, le café les condiments (moutarde) qui peuvent favoriser les crises hémorroïdaires.
- ✓ Pratiquer une activité physique régulière (marche, jardinage, natation...), éviter la sédentarité, la position assise prolongée.
- ✓ Effectuer une toilette locale biquotidienne douce à l'aide d'un pain dermatologique surgras exempt de parfum, une crème lavante traitante et/ou des lingettes spécifiques.[35]

10.2. Traitement médical

C'est le traitement initialement indiqué aux patients atteints d'hémorroïdes dans la plupart des cas, consiste à contrôler les symptômes aigus plutôt que de guérir les hémorroïdes sous-jacentes[12].

10.2.1. Traitement local

De nombreuses spécialités pharmaceutiques sous forme de crèmes et de suppositoires sont largement utilisées par les patients qui y recourent fréquemment à l'automédication[4]. Ces topiques sont associés à divers degrés, souvent, un lubrifiant, un protecteur mécanique, un veinotonique, des corticoïdes et/ou anesthésiques locaux. L'efficacité de ces spécialités est mal évaluée, ils paraissent efficaces sur la douleur, peut être en raison de leur excipient lubrifiant ou de la présence d'un protecteur mécanique facilitant la défécation, ou grâce au dérivé corticoïde et/ou à l'anesthésique local qu'ils contiennent[4].

Les antalgiques topiques peuvent apporter un soulagement symptomatique de la douleur et des démangeaisons locales, mais aucune donnée ne suggère qu'elles réduisent réellement le gonflement, le saignement ou la protrusion hémorroïdaire. L'utilisation à long terme de crème corticostéroïdes puissants est délétère et doit être évitée[30].

Chapitre I : les hémorroïdes

Dans les formes légères ; il est préférable d'orienter vers un topique dénué de corticoïde ou d'anesthésique. Pour faciliter l'introduction d'un suppositoire, il est recommandé de l'enrober à l'aide d'une de ces crèmes[35].

10.2.2. Traitement par voie générale

- **Les modificateurs de transit**

Les modificateurs de transit visent à réguler la consistance ou la fréquence des selles (fibres alimentaires, laxatifs osmotiques, mucilages, freinateurs du transit)[45]. En effet, la régularisation du transit constitue la seule mesure préventive au long cours des symptômes hémorroïdaires[35].

- **Les veinotoniques**

Les veinotoniques interviennent à des degrés divers : augmentation du tonus veineux, diminution de l'hyperperméabilité et action anti-inflammatoire. Ils se présentent sous diverses formes galéniques (comprimé, gélule, sachet, ampoule, solution buvable) et sont éventuellement associés à des extraits de plantes (ruscus, mélilot, ginkgo biloba, anémone, bourse à pasteur, hamamélis, marron d'Inde...) : Bicirkan®, Cemaflavone®, Cyclo 3 Fort ®, Daflon ®, Diovenor ®, Esberiven Fort®, Ginkor Fort®, Hystofluine P ®, Intercyton ®, Rheoflux®, Veliten®, Veinamitol®[35].

Leur prescription est très répandue dans les manifestations aiguës, elle contraste avec le peu de données scientifiques validant leur efficacité. Si leur utilité au cours des manifestations thrombotiques de la maladie hémorroïdaire n'est pas démontrée, la diosmine micronisée à fortes doses (2 à 3 g) semble efficace à court terme sur les saignements. D'autres substances (troxérutine, dérivés du ginkgo biloba, hydroxyl-éthylrutosides) ont été comparées à la diosmine dans sa forme native sans différence significative d'efficacité sur les symptômes[4].

Les flavonoïdes sont bien indiqués grâce à leurs propriétés anticoagulante et anti-inflammatoire. En plus, ces métabolites secondaires sont d'excellents antioxydants qui protègent les cellules contre les effets délétères des radicaux libres[46].

- **Les anti-inflammatoires**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont probablement les médicaments les plus efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires en raison de leur action antalgique et anti-œdémateuse. Ils peuvent être prescrits en association avec des laxatifs (mucilages, osmotiques,

Chapitre I : les hémorroïdes

lubrifiants). En cas de contre-indication aux AINS, les corticoïdes par voie orale sont exceptionnellement indiqués dans la thrombose externe œdémateuse[35].

- **Les antalgiques périphériques**

Les antalgiques périphériques de classe 1 et 2 sont efficaces sur les douleurs des thromboses hémorroïdaires. L'administration d'antidouleurs contenant de la codéine est déconseillée en raison d'un risque de constipation associée[35].

10.3. Traitement instrumental

Le traitement instrumental est une méthode physique employée pour traiter en consultation les hémorroïdes internes qui se manifestent par des rectorragies ou un prolapsus réductible. C'est une option thérapeutique qu'il faudra classiquement envisager après un échec du traitement médical et avant de proposer une chirurgie. Leur objectif consiste à induire une fibrose cicatricielle au sommet des plexus hémorroïdaires internes qui fixe la muqueuse au plan profond et réduit la vascularisation[47].

Les trois principaux traitements instrumentaux de la maladie hémorroïdaire validés dans la littérature sont la photo-coagulation infrarouge, la ligature élastique, et les injections sclérosantes[48].

10.4. Traitement chirurgical

La chirurgie est particulièrement recommandée lors de la défécation de pieux pouvant être réduite manuellement (grade II) et les hémorroïdes irréductibles (grade IV). Ainsi que lors de l'échec de la prise en charge non opératoire, les préférences du patients et des affections concomitantes (telles que fissure ou fistule) qui nécessitent une intervention chirurgicale[49].

Les trois techniques existantes actuellement sont : l'hémorroïdectomie ouverte selon Milligan et Morgan, ou fermée selon Fergusson, l'hémorroïdopexie par résection muqueuse sus-hémorroïdaire et agrafage circulaire selon Longo, ainsi que la ligature artérielle en sous-muqueuse rectale guidée par le Doppler[50].

10.5. Pathologie hémorroïdaire et grossesse

Durant la grossesse et le péri-partum, 46% des patients vont présenter un problème hémorroïdaire [33]. Les symptômes sont plus marqués au cours du troisième trimestre, lorsque

Chapitre I : les hémorroïdes

survient une obstruction veineuse de l'utérus gravide et que la déshydratation et la constipation et leurs symptômes disparaissent après l'accouchement [36].

Le traitement peut inclure un veinotonique de type diosmine qui améliore la symptomatologie dans 66% des cas de thrombose hémorroïdaire pré-partum. Une crème cortisonée peut également être prescrite durant cette période. Le but de ces traitements est d'éviter, le plus possible, une opération durant la grossesse, d'autant plus si un accouchement par voie basse est prévu, il risque à lui seul d'engendrer des lésions périnéales. S'il est indiqué, le geste chirurgical ne doit concerner que le noyau hémorroïdaire atteint et ne se justifie qu'en cas de thrombose isolée [33].

Les anti-inflammatoires sont contre-indiqués après la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (risque de fermeture prématurée du canal artériel chez le fœtus) et ne peuvent donc être utilisés pour traiter les thromboses hémorroïdaires. Il en est de même pour les anti-COX2 et l'aspirine à plus de 500 mg/j. En revanche, on peut utiliser des cures brèves de corticoïdes par voie orale (40 à 60 mg d'équivalent prédnisone deux à cinq jours selon l'intensité des symptômes) [4].

Pendant l'allaitement, les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être prescrits si nécessaire en cure courte en choisissant les spécialités à demi-vie courte et en les utilisant après la tétée. Selon l'intensité des douleurs, des antalgiques de palier 1 à 2 peuvent être aussi utilisés. Le paracétamol et en cas de besoin la codéine sont utilisables à la posologie usuelle. Le tramadol, en traitement court, peut être prescrit en cas d'inefficacité des précédentes options thérapeutiques. Les opioïdes légers utilisés jusqu'à l'accouchement à dose supratherapeutiques peuvent être responsables d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né. Exceptionnellement, l'intensité des douleurs peut nécessiter le recours aux antalgiques de palier 3, dans ce cas la morphine est à privilégier car c'est l'antalgique de cette classe ayant été le mieux étudié au cours de la grossesse. Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, il faut en informer l'équipe de la maternité pour lui permettre d'adapter l'accueil du nouveau-né (risque de syndrome de sevrage voire de détresse respiratoire néonatale en cas d'utilisation de fortes doses juste avant ou pendant l'accouchement) [4].

CHAPITRE II :

La médecine traditionnelle

Chapitre II : la médecine traditionnelle

1. Introduction

Il y a 20 ans, l'OMS a reconnu l'importance de la médecine traditionnelle et avait proposé son intégration dans le système de santé officiel, en particulier dans les pays en développement, les plantes médicinales jouent toujours un rôle important malgré l'influence croissante du système de santé moderne. Actuellement, le marché mondial de plantes médicinales est estimé à près de 62 milliards de dollars et la demande continue de croître [51].

2. Définitions

2.1. La médecine traditionnelle

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) «la médecine traditionnelle est très ancienne. C'est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées sans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales » [52]

Habituellement le terme de la médecine traditionnelle est le terme général employé pour désigner les systèmes de médecines traditionnelles : chinoise, arabe, indienne et indigène. Les termes de médecines traditionnelles et parallèles sont réservés à Europe et l'Amérique du Nord et l'Australie [53].

La médecine traditionnelle comprend des plantes médicinales, des parties d'animaux et des minéraux, mais les préparations à base de plantes sont les plus utilisés des trois [52].

2.2. La phytothérapie

La phytothérapie est une discipline allopathique destinée à prévenir et à traiter certains troubles fonctionnels et/ou certains états pathologiques au moyen de plantes, de parties de plantes ou de préparations à base de plantes encore fraîches ou volontairement séchées [54]. Elle utilise les plantes ou formes galéniques dérivées de plantes excluant les principes d'extraction purs isolés des plantes [55].

2.3. Les plantes médicinales

Les plantes médicinales sont, au sens de la pharmacopée européenne, des plantes dont au moins une partie possède des propriétés médicamenteuses [56].

Chapitre II : la médecine traditionnelle

2.4. La drogue végétale

On appelle drogue végétale, tout matériel végétal utilisé en thérapeutique et n'ayant pas encore subi une préparation pharmaceutique.

La drogue peut être : la plante entière, une partie de la plante (feuille, racine, bouton floral, sommités fleuries...), un suc (sécrétion élaborée par la plante) [54].

3. Ethnopharmacologie et ethnobotanique

3.1. Ethnopharmacologie

C'est l'étude scientifique interdisciplinaire de l'ensemble des matières d'origine végétale, animale ou minérale, et des savoirs ou des pratiques s'y rattachant, que les cultures vernaculaires mettent en œuvre pour modifier les états des organismes vivants, à des fins thérapeutiques, curatives, préventives, ou diagnostiques [57].

Très schématiquement, un programme d'ethnopharmacologie mis en œuvre dans une région particulière se déroule en trois temps :

- Un travail de terrain destiné à recenser les savoirs thérapeutiques
- Un travail en laboratoire visant à évaluer l'efficacité thérapeutique des remèdes traditionnels.
- Un programme de développement des médicaments traditionnels préparés avec des plantes cultivées ou récoltées localement [58].

3.2. Ethnobotanique

L'ethnobotanique est une discipline interprétative et associative qui recherche, utilise, lie et interprète les faits d'interrelations entre les sociétés humaines et les plantes en vue de comprendre et d'expliquer la naissance et progrès des civilisations, depuis leurs débuts végétaliens jusqu'à l'utilisation et la transformation des végétaux eux-mêmes dans les sociétés primitives ou évoluées [59].

L'ethnobotanique englobe les recherches suivantes : l'identification de la plante, sa disponibilité, son nom vernaculaire, la partie utilisée, les motifs de son utilisation, la nomenclature populaire... [60].

4. Préparations et formes d'utilisation des plantes

Chapitre II : la médecine traditionnelle

4.1. Modes de préparation

- **Décoction**

La décoction est une boisson à base de plantes que l'on fait bouillir dans l'eau et que l'on laisse refroidir. Elle permet ainsi d'extraire les principes actifs de la plante utilisée. Elle permet une extraction plus complète des principes actifs, avec cependant le risque qu'ils subissent des modifications ou des dégradations du fait de la température de la cuisson [55].

- **Macération**

La macération est une opération qui consiste à laisser tremper, macérer un corps dans un liquide à froid (eau, vin, alcool, huile...) pour en extraire les principes actifs [55].

- **Infusion**

L'infusion est une méthode d'extraction des principes actifs d'une préparation végétale par dissolution dans un liquide initialement bouillant que l'on laisse refroidir. Le terme désigne aussi toutes les boissons préparées par cette méthode, comme les tisanes, le thé par exemple.

Cette opération s'oppose à la décoction dans laquelle le liquide est maintenu bouillant, et à la macération dans laquelle le liquide est froid [55].

- **Lixiviation**

C'est une technique d'extraction des produits solubles. Elle consiste à faire passer lentement un solvant (l'eau) par gravité à travers un solide en poudre (la drogue végétale). Le liquide entraîne avec lui les principes actifs solubles. C'est le principe même de la cafetière. Le lixiviat est le produit de l'opération [61].

- **Teinture**

La pharmacopée française définit les teintures comme étant des préparations liquides généralement obtenues à partir de matière végétale séchée.

Les teintures contiennent de l'alcool est réalisée sur une seule drogue ou sur des mélanges de drogues on parle de teintures simples ou de teintures composées [61].

- **Alcoolatures**

Ce sont des teintures préparées avec des plantes fraîches n'ayant donc pas subi les effets de la dessiccation [62].

- **Alcoolats**

Chapitre II : la médecine traditionnelle

Ils sont obtenus par distillation des principes volatils de substances végétales au contact de l'alcool. Ils sont toujours incolores et inaltérables mais il faut les conserver dans des flacons bien bouchés [62].

- **Poudres**

Préparées par pulvérisation suivie d'un tamisage, elles entrent directement dans la composition des gélules mais servent aussi à la fabrication d'autres formes galéniques comme les extraits et les teintures [62].

- **Extraits**

Les extraits sont obtenus en traitant la plante dans une solution vaporisable (éther, eau, alcool...) par diverse procédés d'extraction (macération, infusion, lixiviation) puis en évaporant ces solutions jusqu'à obtenir une consistance fluide, molle ou sèche. On les classe donc selon leurs consistances [62].

4.2. Forme d'utilisation

4.2.1. Usage interne

La préparation de plante est prise par voie orale (avalée, ou absorbée par la muqueuses buccale ou sublinguale), ou par injection (préparation stérile dans ce cas) [63].

- **Tisane**

Selon la pharmacopée française 10^{ème} édition, les tisanes sont des préparations aqueuses de plantes médicinales entières ou de parties de celles-ci, convenablement divisées pour être plus facilement pénétrées par l'eau. Elles sont administrées à des fins thérapeutiques. Elles peuvent encore servir de boisson aux malades ou de véhicule pour l'administration de divers médicaments. Elles sont obtenues par infusion, macération, décoction, ou digestion, dans des récipients ouverts en utilisant de l'eau potable [64].

- **Fumigation**

C'est l'utilisation de vapeurs chargées de principes actifs d'une plante donnée, en faisant bouillir cette dernière : on utilise soit l'inhalateur, soit la technique de tête recouverte d'une serviette éponge ; le visage étant placé au-dessus d'eau fumante, contenant les plantes [63].

4.2.2. Usage externe

Chapitre II : la médecine traditionnelle

Les préparations de plante est appliquée sur l'épiderme (solution, crème, pâtes, poudre, compresse, savon, enveloppement, etc.), ou elle est introduite dans les orifices corporels (nez, oreille, cavité buccale, sac lacrymal, anus, tube urinaire) [63].

4.2.2.1. Au niveau de la peau [65] :

- **Compresse** : c'est l'application sur les parties à traiter, de gaz imbibé de décocté, d'infusé ou de macéré.
- **Cataplasme** : c'est l'application d'une préparation assez pâteuse d'une plante sur la peau dans un but thérapeutique. La plante peut être broyée à chaud ou à froid, ou mélangée à la farine de lin pour obtenir la bonne consistance.
- **Lotions** : ce sont des préparations à base d'eau en : infusion, décoctions ou teintures diluées avec les quelles on tamponne l'épiderme aux endroits irrités ou enflammés.
- **Bains** : ils consistent à ajouter à l'eau de bain un infusé, un décocté ou un macéré (par exemple dans le traitement des hémorroïdes).

4.2.2.2. Au niveau des muqueuses [62] :

- **Gargarisme** : constituée d'un infusé ou d'un décocté aussi chaud que possible est utilisée pour se rincer l'arrière-bouche, la gorge, le pharynx, les amygdales et les muqueuses, il sert à désinfecter ou à calmer, le gargarisme ne doit jamais être avalé.
- **Bain de bouche** : c'est l'infusé, le décocté ou le macéré utiliser dans les affections buccales (aphtes, par exemple).
- **Bain des yeux** : il se pratique à l'aide d'une œillère remplie d'un infusé ou d'un décocté ; il est indispensable de filtrer la solution avant usage.

5. Médecines traditionnelles en Algérie

L'Algérie est reconnue par sa diversité variable en plantes médicinales et aromatiques dont la plupart existent à l'état spontané, ainsi que par l'utilisation populaire dans l'ensemble des terroirs du pays. Cependant, la flore algérienne avec ses 3000 espèces appartenant à plusieurs familles botaniques, dont 15% endémique, reste très peu explorée sur le plan phytochimique comme sur le plan pharmacologique. Cette richesse et cette originalité font que l'étude de la flore d'Algérie présente un intérêt scientifique fondamental dans le domaine de l'ethnobotanique, de la pharmacopée traditionnelle mais également un intérêt scientifique appliqué dans le domaine de la valorisation des substances naturelles [66].

6. Relation entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne

Chapitre II : la médecine traditionnelle

L'OMS a estimé qu'une grande quantité de personnes dans le monde dépendent toujours des médecines traditionnelles, sur 252 médicaments plus de 11% sont exclusivement produits à partir de plantes médicinales [67], donc les plantes constituent des ressources inestimables pour l'industrie pharmaceutiques [68].

La médecine moderne a considérablement bénéficié de la médecine traditionnelle. Grâce à son utilisation de produits naturels, elle offre des avantages dans la découverte des composés principaux ; examiner l'activité semblable à la drogue, et explorer les caractéristiques physicochimiques, biochimiques, pharmacocinétiques et toxicologiques [69].

Les facteurs socioéconomiques conduisent à réduire au stricte minimum le recours aux soins de santé modernes et à privilégier des solutions alternatives telles que l'automédication et le recours à la médecine traditionnelle. En effet, une étude réalisée au Cameroun en 2005 estime à 9500 F CFA les couts en médicaments quand un malade fait appel à la médecine moderne, pour l'automédication moderne et 440 F CFA pour l'automédication traditionnelle. Même si l'efficacité de ces deux derniers modes n'est pas du tout garantie [70].

CHAPITRE III :

Médecine traditionnelle et

Hémorroïdes

Chapitre III : Médecine traditionnelle et Hémorroïdes

I. Introduction

La phytothérapie repose sur l'utilisation de plantes médicinales à des fins thérapeutiques. En médecine classique, les fabricants pharmaceutiques extraient le principe actif des plantes pour en faire des médicaments [71].

Les plantes médicinales et la médecine traditionnelle jouent un rôle important pour la santé des populations dans plusieurs pays [72]. De nombreuses plantes ont d'ailleurs montré des effets prononcés contre les affections hémorroïdaires et dont l'usage est reconnu par l'OMS [73].

II. Les principales plantes utilisées dans le cadre des hémorroïdes :

• Marronnier d'Inde

Nom scientifique et famille : *Aesculus hippocastanum* L.
(Hippocastanacées).

Description : Arbre à feuilles caduques et digitées, à fleurs blanches et roses et à fruits verts et épineux (25m) [74].

Partie utilisée : feuille, fruit, écorce [74].



Figure 03 : Marronnier d'Inde [74]

Les principaux constituants : environ 10% de saponines tri-terpéniques (escine), polysaccharides (environ 50%), coumarines dont esculoside, dans l'écorce.

Flavonoïdes, tanins et proanthocyanidols dans les graines [74].

Huiles essentielle (2à3%).

Les principaux effets thérapeutiques : Tonique veineux, astringent, anti-inflammatoire, antioxydant, réduit la rétention des fluides [74].

Effets secondaires, toxicité et contre-indication : le marronnier d'Inde peut être irritant pour le tractus gastro-intestinal en raison des constituants de la saponine.

Les saponines sont généralement reconnues comme possédant des propriétés hémolytiques, mais généralement, elles ne sont pas absorbées par le tractus gastro-intestinal après administration orale. Par précaution, le marronnier doit être évité par les patients présentant une insuffisance rénale ou hépatique existante [75].

- **Ginkgo :**

Nom scientifique et famille : *Ginkgo biloba* L.
(Ginkgoacées).

Description : Arbre à un ou plusieurs troncs aux larges branches et à feuilles caduques [74].

Partie utilisée : feuilles [75].



Figure 04 : Ginkgo [75]

Les principaux constituants

- Acides aminés : l'acide 6-Hydroxykynurénique (2-carboxy-4-one-6-hydroxyquinoléine), un métabolite du tryptophane.
- Flavonoïdes : Flavones dimériques (amentoflavone, bilobétineé ginkgen, isoginkgetin, sciadopitysin), flavonols (quercétine, kaempférol) et leurs glycosides et leurs esters coumaroyliques.
- Proanthocyanidines : Terpénoides, sesquiterpènes (bilobalide), les diterpènes (les ginkgolides et triterpènes) [75].

Les principaux effets thérapeutiques : stimule et tonifie la circulation, antispasmodique, antiasthmatique, antiallergique, antioxydant, anti-inflammatoire [74].

Le ginkgo semble avoir des effets vasodilatateurs sur la circulation périphérique et la propriété antioxydante en raison des flavonoïdes qu'il contient. L'extrait de ginkgo et le terpénoïde, le bilobalide, ont une puissante activité relaxante des muscles lisses vasculaires dépendante de la concentration [76].

Effet secondaire, toxicité et contre-indication : Flash (bouffée de chaleur par vasodilatation) et augmentation de la sudation ; gastralgies ; hémorragies : un traitement par le Ginkgo biloba doit être arrêté trois jours avant une indication chirurgicale. Contre-indiqué chez la femme enceinte, et peu recommandé dans l'allaitement [77].

- **Hamamélis**

Nom scientifique et famille : *Hamamelis virginiana* L.
(Hamamélidacée).

Description : Arbrisseau à feuilles caduques, à larges feuilles ovales dentée (5m de haut) [74].

Partie utilisée : feuille, écorce [75].



Figure 05 : Hamamélis [75]

Les principaux constituants [76]

- Les tanins : (jusqu'à 10%), les tanins des feuilles sont un mélange d'acide gallique (10%), d'hamamélitanin hydrolysable (1,5%) et de proanthocyanidines condensées. Les tanins des écorces sont similaires sur le plan qualitatif mais ont un taux d'hamamélitanin beaucoup plus élevé jusqu'à 65% d'un extrait hydro alcoolique.
- L'huile essentielle.
- Les flavonoïdes.

Les principaux effets thérapeutiques : Astringent, hémostatique, veinotonique, anti-inflammatoire, utilisé pour contrôler l'hémorragie interne et externe des hémorroïdes [76].

Effet secondaire, toxicité et contre-indication : les tanins de l'hamamélis peuvent provoquer une gastrite chez les individus sensibles. Une dermatite de contact allergique peut survenir [76].

Chapitre III : Médecine traditionnelle et Hémorroïdes

- **Chêne commun**

Nom scientifique et famille : *Quercus robur* L.

(Fagacées).

Description : Arbre à feuilles caduques à croissance lente, profondément lobées, et à fruit vert et brun (45m de haut) [74].



Figure 06 : Chêne commun [75]

Partie utilisée : Écorce, galls (excroissances produites par des insectes) [74].

Les principaux constituants : 15 à 20% de tanins (ellagiques, catéchiques et galliques).

La galle contient environ 50% de tanins [74].

Les principaux effets thérapeutiques : propriétés astringentes de son écorce, de ses feuilles, de ses glands, et de ses galls, il soigne les hémorroïdes, les fissures anales, les petites brûlures et les affections de la peau [74].

- Cyprès

Nom scientifique et famille : *Cupressus sempervirens* L.
(Cupressacées).

Description : Arbre à feuilles persistantes vert foncé et à cônes mâles et femelles [74].

Partie utilisée : Cônes, branches [74].



Figure07 : Cyprès [74]

Les principaux constituants : Huile essentielle (pinènes, camphène et cédrol), tanins [74].

Les principaux effets thérapeutiques : le cyprès agit sur les varices et les hémorroïdes en fortifiant les vaisseaux sanguins (lotion ou huile essentielle).

Un bain de pieds de cônes de cyprès réduit une transpiration excessive. En usage interne, le cyprès agit comme un antispasmodique et un fortifiant général.

Il soigne également les rhumes, la grippe, les maux de gorge et les douleurs rhumatismales [74].

- **Marrube blanc**

Nom scientifique et famille : *Marrubium vulgare* L.

(Lamiacées).

Description : Plante herbacée vivace pouvant atteindre 80cm de hauteur, à tige quadrangulaire cotonneuse. Les feuilles pétiolées, ovales ou arrondies, à limbe crénelé sur les bords sont blanchâtres et duveteux sur la face inférieure.



Figure 08 : Marrube blanc [78]

Les fleurs petites, blanches, avec un calice à dents crochues sont groupées en verticilles globuleux à l'aisselle des feuilles. Le fruit est un tétra-akène. Toute la plante dégage une odeur forte, sa saveur est acre et amère [78].

Partie utilisée : feuille, fleur [75].

Les principaux constituants : Lactones diterpéniques (marrubine, 0,3-1 %), mucilage, pectine, flavonoïdes, alcaloïdes, stachydrine, bétonicine, sels minéraux et huile essentielle. On pense que la marrubine est responsable de l'effet expectorant de la plante et de son pouvoir amer. Elle régularise les battements cardiaques [74].

Les effets thérapeutiques : La marrubine étant un expectorant et un amer puissant, le marrube blanc est prescrit dans le traitement des difficultés respiratoires, des bronchites, des bronchectasies (dilatation pathologique des bronches), des bronchites asthmatiformes, des toux sèches et de la coqueluche. Il fluidifie les mucosités. Tonique amer, le marrube blanc est apéritif et améliore le fonctionnement de l'estomac. Il régularise également le rythme cardiaque. Jadis très répandu, son emploi en décoction pour soigner diverses affections cutanées est aujourd'hui pratiquement abandonné [74].

Effet secondaire, toxicité et contre-indication : le jus du marrube blanc contiendrait un principe irritant, qui peut provoquer une dermatite de contact [75].

- Aubergine

Nom scientifique et famille : *Solanum melongena* L. (Solanacées).

Description : Plante annuelle herbacée à feuilles alternes. Les fleurs sont régulières. La floraison a lieu en été. Le fruit est lisse. Sa forme et sa couleur diffèrent selon les variétés l'une d'elles est blanche et en formes d'œuf [79]

Partie utilisée : fruit, feuilles [74].



Figure 09 : Aubergine [81]

Principaux constituants : protéines, pigments anthocyaniques et vitamines A, B1, B2 et C [74].

Principaux effets thérapeutiques : le fruit de l'aubergine abaisse le taux de cholestérol ; il convient dans un régime alimentaire destiné à régulariser la tension artérielle. Frais, on l'applique en cataplasme sur les hémorroïdes, mais on l'utilise plus couramment sous forme d'huile ou d'onguent. Le fruit et son jus sont des diurétiques efficaces. En cataplasme, les feuilles apaisent brûlures, abcès, herpès et autres affections du même type. Le fruit mâché peut être appliqué sur les brûlures [74].

Effet secondaire, toxicité et contre-indication : les feuilles d'aubergine sont toxiques. Ne pas les utiliser par voie interne [74].

- **Ail**

Nom scientifique et famille : *Allium sativum* L. (Liliacées).

Description : plante vivace, peut avoir jusqu'à 40cm de hauteur. Ses fleurs blanches ou rougeâtres, sont portées par des très longs pédoncules, elles sont peu nombreuses, mêlées à des bulbilles, une ombelle arrondie, enfermée avant la floraison dans une bractée membraneuse.



Figure10 : Ail [82]

Le bulbe produit une dizaine de gros caïeux oblong qui sont tassés les uns contre les autres et enveloppés dans une tunique membraneuse blanchâtre [83].

Partie utilisée : Gousses [74].

Principaux constituants : Toute la plante contient une huile essentielle à action antibiotique composée d'allicine, de sulfides, diallyle, d'une enzyme : l'allinase, de divers ferments, de vitamines A1, B1 B2 et de nicotylamide [83].

Principaux effets thérapeutiques : antibiotique, expectorant, active la transpiration, hypotenseur, réduit les caillots sanguins, hypoglycémiant, vermifuge [74].

Effet secondaire, toxicité et contre-indication : allergie, mauvais haleine, nausées, effets gastro-intestinaux en cas de prise de doses fortes.

L'ail est contre-indiqué en cas de grossesse, allaitements, condition postopératoire (risque hémorragique), personne atteintes de porphyrie [82].

- **Olivier**

Nom scientifique et famille : *Olea europea var. sativa* L. (Oléacées).

Description : Arbre à feuillage persistant, à tronc grisâtre cannelé, à petites feuilles coriaces, à petites fleurs blanc verdâtre en grappes et à fruits verts ovoïdes devenant noirs à maturité (10 m de haut) [74].



Partie utilisée : Feuilles, huile [74].

Principaux constituants [84]

Figure 11 : Olivier [85]

- Sécoiridoïdes : oleuropéside, 11-déméthyl-oleuropéside, diester méthylique (7,11) de l'oléoside, ligstroside, oleuroside et aldéhydes séco-iridoïdes non hétérosidiques.
- Tristerpènes
- Flavonoïdes
- Verbascoside
- Acides phénols comme (acide caféique)
- 7-O-glycoside de l'apigénol, Lutéolol et rutoside

Principaux effets thérapeutiques : fébrifuge, diurétique, antihypertenseur, hypoglycémiant, très nourrissante, l'huile équilibre le taux de graisse dans le sang. On la prescrit souvent, additionnée de jus de citron, pour éliminer les calculs biliaires. Elle exerce une action protectrice sur l'appareil digestif et sur les peaux déshydratées [74][84].

Effet secondaire, toxicité et contre-indication : aucune contre-indication connue, mais il est recommandé aux femmes enceintes de prendre l'avis d'un médecin ou d'un pharmacien avant de commencer un traitement à base de feuilles d'olivier [85].

Chapitre III : Médecine traditionnelle et Hémorroïdes

Les autres plantes médicinales utilisées dans le traitement des hémorroïdes sont résumées dans le tableau V (ANNEXE III).

III. Les plantes déconseillées en cas d'hémorroïdes [86].

- Aloès

Nom scientifique et famille : *Aloe socotrina L.*

Liliacées

Toxicité : l'aloïne représente la substance toxique dans l'aloès, elle est extrêmement amère. L'aloïne a un potentiel d'irritation très important pouvant provoquer des crampes, des diarrhées sanglantes et des nausées [78].



Figure 12 : Aloès [78]

Une substance appelée « aloésine » diminue *in vitro* l'activité des cellules responsables de la pigmentation (mélanocytes). Elle agirait de façon synergique avec l'arbutine [78].

La poudre est toxique, et à forte dose elle peut entraîner des conséquences très graves. C'est un remède qu'on n'administre jamais aux enfants et aux personnes ayant des anomalies vasculaires (les hémorroïdes) [86].

Certains rapports indiquent que l'aloès ne doit pas être pris durant la grossesse et durant l'allaitement. Suite à des overdoses, les effets purgatives deviennent plus sévères ce qui engendre des malformations chez le fœtus et même l'avortement [78].

- Coloquinte

Nom scientifique et famille : *Citrullus colocynthis* L.

Cucurbitacées

Toxicité : pendant des périodes bibliques, les fruits de la coloquinte ont été recueillis et considérés comme poison mortel [87].

Figure 13 : Coloquinte [88]



La coloquinte est une plante irritante. Elle agit même à des doses modérées, produisant abondamment des évacuations aqueuses, des inflammations de la membrane muqueuse des intestins, des vomissements et des selles sanglantes [89]. Elle est toutefois contre indiquée dans le cas des : d'entérites, hémorroïdes, congestion pelvienne, inflammations intestinales [86].

Chapitre III : Médecine traditionnelle et Hémorroïdes

IV. Remèdes non conventionnels utilisés dans le cadre des hémorroïdes

✓ Remèdes d'origine minéral

- Eau glacée

L'eau froide possède des propriétés anesthésiantes pour soulager les douleurs de manière efficace, donc l'eau est toujours un bon recours pour soulager un peu la gêne causée par les hémorroïdes [90].



Figure 14 : Eau glacée [90]

Pour apaiser rapidement les symptômes d'une crise d'hémorroïdes, il suffit d'immerger la zone douloureuse dans de l'eau froide ou très froide. Elle permet non seulement d'opérer un effet anesthésiant, mais elle a également le don de rétrécir les vaisseaux sanguins, à l'inverse de l'eau chaude qui a tendance à favoriser la dilatation [90].

- L'argile verte

Les argiles sont des roches sédimentaires provenant de la décomposition des feldspaths. Elles sont composées pour une large part de minéraux spécifiques, des silicates, en général d'aluminium plus ou moins hydratés. Elles contiennent également du potassium, du sodium et du calcium. Il existe une grande variété d'argiles qui diffèrent par leur structure moléculaire cristalline et leur composition chimique [91].



Figure 15 : Argile verte [91]

L'argile verte est extraite des carrières, séchée au soleil, puis concassée afin de conserver sa richesse en sels minéraux et oligo-éléments. Grâce à ses propriétés reminéralisante et absorbante, elle peut être utilisée par voie interne ou externe afin de traiter de nombreux maux [91].

La poudre d'argile verte peut être incorporée dans l'eau du bain pour accélérer la réparation cellulaire en cas de brûlure mais aussi apaiser les peaux à tendance eczémateuse. Trois à quatre cuillères à soupe d'argile verte suffisent pour obtenir un effet apaisant et cicatrisant. Dans le même esprit, les bains de siège à l'argile verte constituent un complément aux thérapeutiques classiques pour lutter contre les hémorroïdes. Dans ce contexte, l'utilisation d'eau froide doit être préconisée pour son action vasoconstrictrice et antalgique [91].

Chapitre III : Médecine traditionnelle et Hémorroïdes

✓ Remèdes d'origine animale

- Miel d'abeille

Le miel est la substance sucrée naturelle produite par les abeilles de l'espèce *Apis mellifera* à partir du nectar de plantes, ou des sécrétions provenant de parties vivantes des plantes, ou des excréments laissés sur celles-ci par des insectes suceurs [92].



Figure 16 : Miel d'abeille [92]

La composition du miel est variable et dépend de l'origine botanique des plantes butinées ou des miellats ingérés par les abeilles. Les glucides sont les principaux constituants et représentent à eux seuls environ 95% de la matière sèche du miel. Le miel contient également de nombreux autres composants : protéines, enzymes, acides aminés, vitamines, minéraux, polyphénols, etc... [92].

Son principal produit dérivé, l'hydromel, sont souvent employés comme excipients dans des remèdes contre les hémorroïdes [93].

- Rôle du pharmacien

Au décours d'une maladie hémorroïdaire, le pharmacien sera sollicité à l'occasion d'une crise, pour soulager rapidement les gênes ressenties. À cette occasion, il doit interroger le patient sur les symptômes présents (douleur, saignements, prurit), l'existence d'épisodes antérieurs semblables, les conditions de survenue (troubles du transit, écarts alimentaires...) et sur une éventuelle automédication. Une consultation médicale doit être conseillée par le pharmacien dans les cas suivants : présence de sang dans les selles, douleur importante, grosseur au niveau de l'anus et persistance des symptômes [94].

Le pharmacien doit assurer de la bonne utilisation des différents produits de phytothérapie grâce à ses connaissances. En effet, étant le garant de la qualité et de la traçabilité des produits qu'il délivre, le pharmacien offre à ses patients un circuit d'approvisionnement sécurisé [95].

DEUXIEME PARTIE :

Partie pratique

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Matériels et Méthodes

1. Matériel et Méthodes

1.1.Type d'étude

Il s'agit d'une étude Ethno-pharmacologique transversale et descriptive sur les remèdes utilisés traditionnellement chez les patients atteints des hémorroïdes à Tlemcen.

1.2.Période de l'étude

L'étude s'est étalée sur une période de six mois (De Juillet 2019 à Décembre 2019).

1.3.Population d'étude

L'étude a concerné les patients consultants chez les médecins gastroentérologues, généralistes, et gynécologues, et les patients non consultants rencontrés au niveau des officines de la wilaya de Tlemcen.

1.4.Critère d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude toute personne atteinte de la maladie hémorroïdaire résidente à Tlemcen ; qu'elle soit de sexe féminin ou masculin, enfant ou adulte et atteinte de n'importe quel type d'hémorroïde.

1.5. Limites de l'étude

Une des limites de cette étude est qu'elle se base sur l'interrogatoire, ce qui entraîne un biais de mémoire. De plus, comme aucun autre support n'a été utilisé (carnet de santé ou dossier médical) les malades interrogés peuvent être atteints d'une autre affection proctologique.

Un second point, comme les hémorroïdes touchent une partie intime du corps (l'anus et le rectum), il était très difficile de questionner les malades.

En dernier point, la pandémie du Covid-19 (maladie du nouveau coronavirus) nous a empêchées de compléter l'étude par des essais au laboratoire afin de justifier l'usage.

1.6.Modalité et déroulement de l'étude

1.6.1. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par un questionnaire établi en langue française (Annexe I). Le questionnaire est composé de questions précises sur :

Matériels et Méthodes

- Patients (âge, poids, taille, sexe, niveau d'étude, revenu, profession, zone de vie).
- La maladie hémorroïdaire (type des hémorroïdes, les symptômes, les causes, la consultation ou non des médecins, antécédent personnel et familial, traitement médical).
- Les plantes médicinales utilisées par les patients (nom français, partie utilisée, mode de préparation, concentration de la drogue, nombre de prises, fréquence d'utilisation, les effets indésirables ressentis...)

La participation à l'étude est anonyme et unique, chaque patient s'engage à ne compléter le questionnaire qu'une seule fois.

1.6.2. Analyse statistique

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel « IBM-SPSS statistics 25 ».

Les résultats ont été exprimés en pourcentage pour les variables qualitatives (ex : les plantes utilisées) et en moyenne et écart-type pour les variables quantitatives (ex : âge).

La représentation graphique a été réalisée par le logiciel Excel.

1.6.3. Source d'information

Les plantes médicinales utilisées par les patients ont été citées par leurs noms vernaculaires pour la plupart. Les dénominations françaises et scientifiques de ces espèces ont été recherchées dans une bibliographie utilisant les dénominations vernaculaires de la région.

RÉSULTATS

Résultats

2 Résultats

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Il est constitué de 363 patients atteints des hémorroïdes dont les caractéristiques sont décrites dans le tableau suivant :

Tableau III : Caractéristiques de l'échantillon.

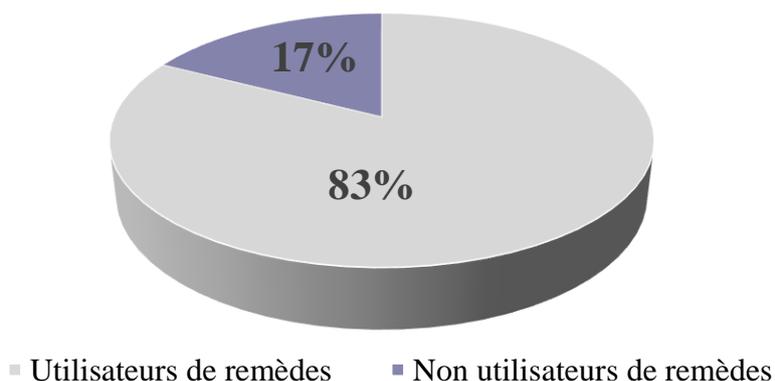
	Catégories	Nombres de cas
Age	Minimum	2
	Moyen	44,13±14,33
	Maximum	95
Niveau d'étude	Aucun	75
	Primaire	70
	CEM	76
	Lycée	61
	Universitaire	14
	Formation	6
	Etat civil	Marie
Célibataire		63
Divorcé		14
Veuf		24
Revenu	Très bon	14
	Bon	110
	Moyen	227
	Bas	12
Profession	Actif	113
	Retraité	34
	Sans profession	216
Zone de vie	Rural	109
	Urbaine	254
Symptômes	Rectorragie	225
	Douleur	301
	Démangeaison	115
	Boss près de l'anus	266
Consultation des médecins	Patients consultants	213
	Patients non consultants	150
Type des hémorroïdes	Interne	75
	Externe	221
	Interne et externe	32
Cause des hémorroïdes	Constipation	256
	Obésité	14
	Grossesse	28
	Accouchement	95
Type de traitement médicamenteux	Traitement par voie général	28
	Traitement par voie locale	190
	Traitement chirurgical	11

Résultats

2.2. Fréquence d'usage des remèdes non conventionnels pour traiter les hémorroïdes

Il s'agit de 83% soit 300 patients utilisateurs de remèdes non conventionnels, tandis que 17% (63 patients) n'ont pas utilisé les remèdes

Figure 17 :Fréquence d'usage des remèdes non conventionnels



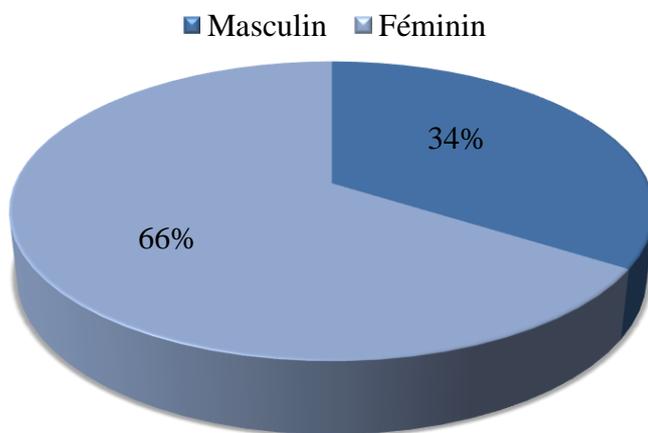
- **Fréquence de l'usage des remèdes non conventionnels selon l'âge**

L'âge moyen général des participants à cette étude est de 44,55 ans avec des extrêmes de 20 à 90.

- **Fréquence de l'usage des remèdes non conventionnels selon le sexe :**

66% des femmes interrogées utilisent les remèdes naturels contre 34% pour les hommes interrogés.

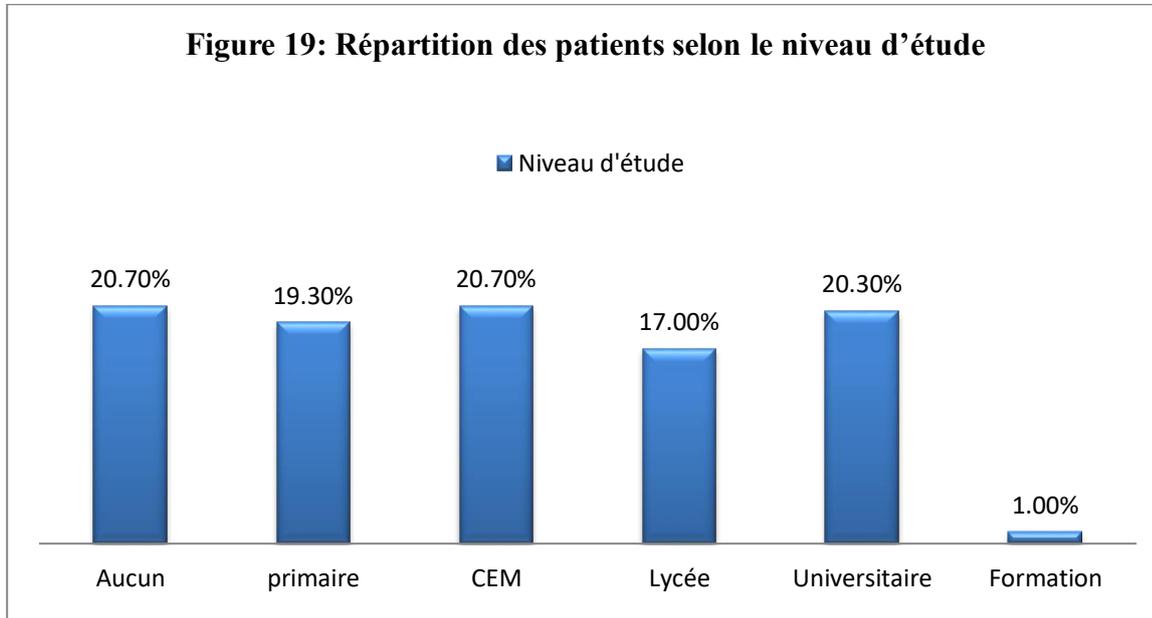
Figure 18 : Répartition des patients selon le sexe



Résultats

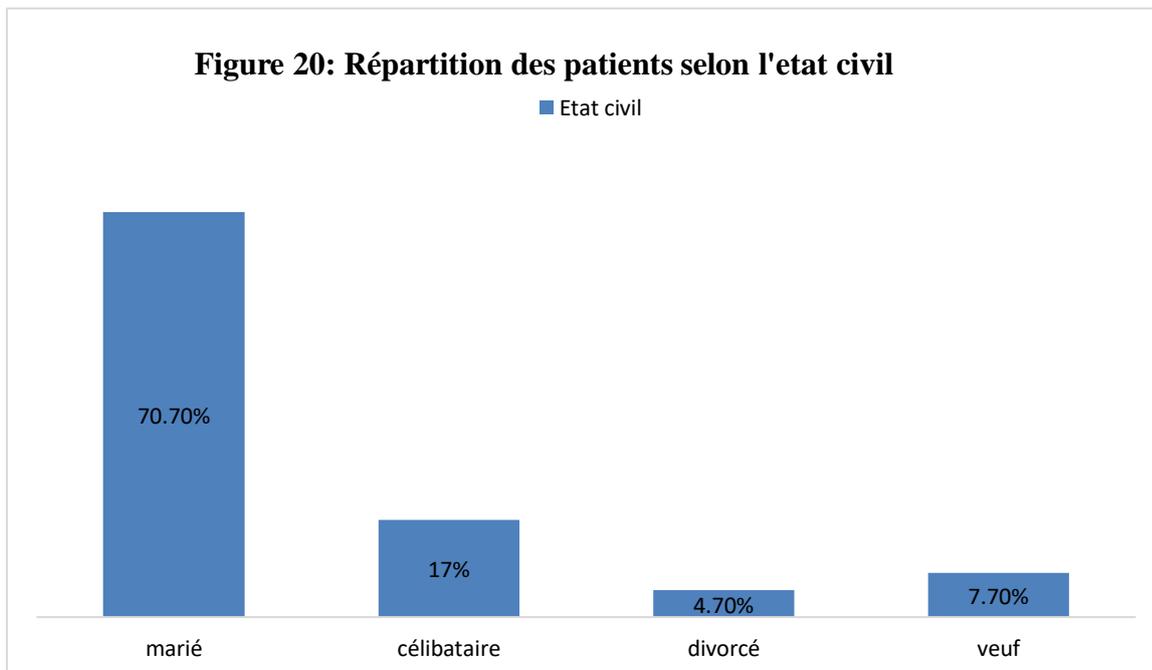
- **Fréquence de l'usage des remèdes selon le niveau d'étude**

20,70% des patients sont non scolarisés, le reste de la population scolarisée se répartie comme suit : primaire (19.30%), CEM et universitaire (20%), lycée (17%) et ayant suivi une formation (1%).



- **Fréquence de l'usage des remèdes non conventionnels selon l'état civil**

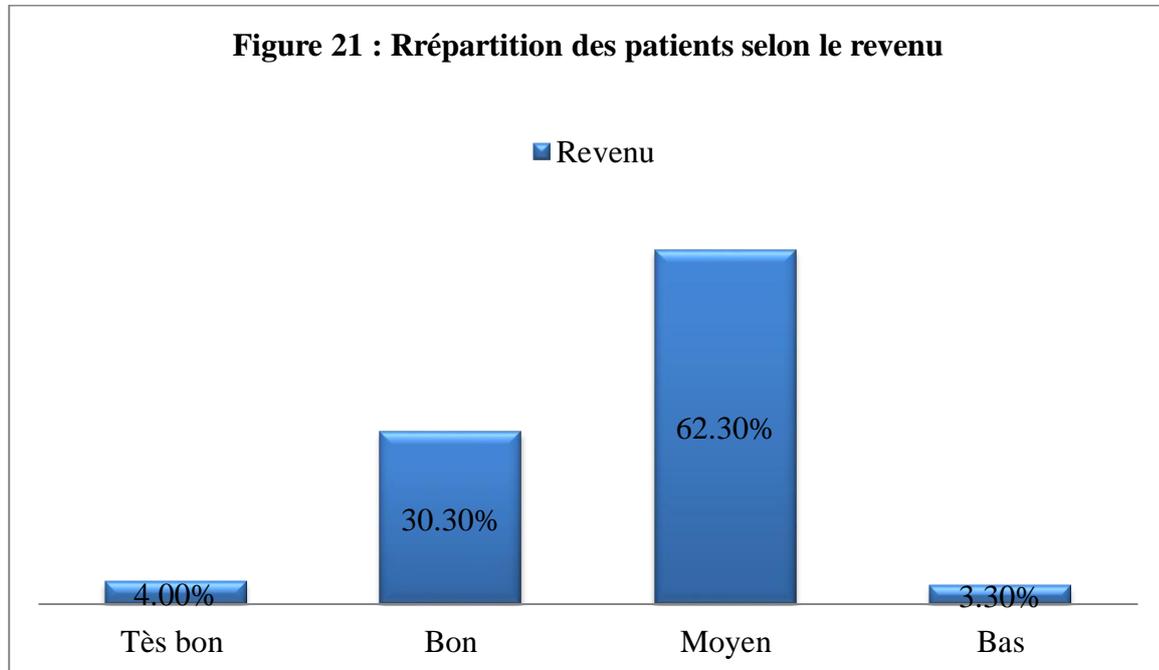
70,70% de la population d'étude sont représentées par les mariées.



Résultats

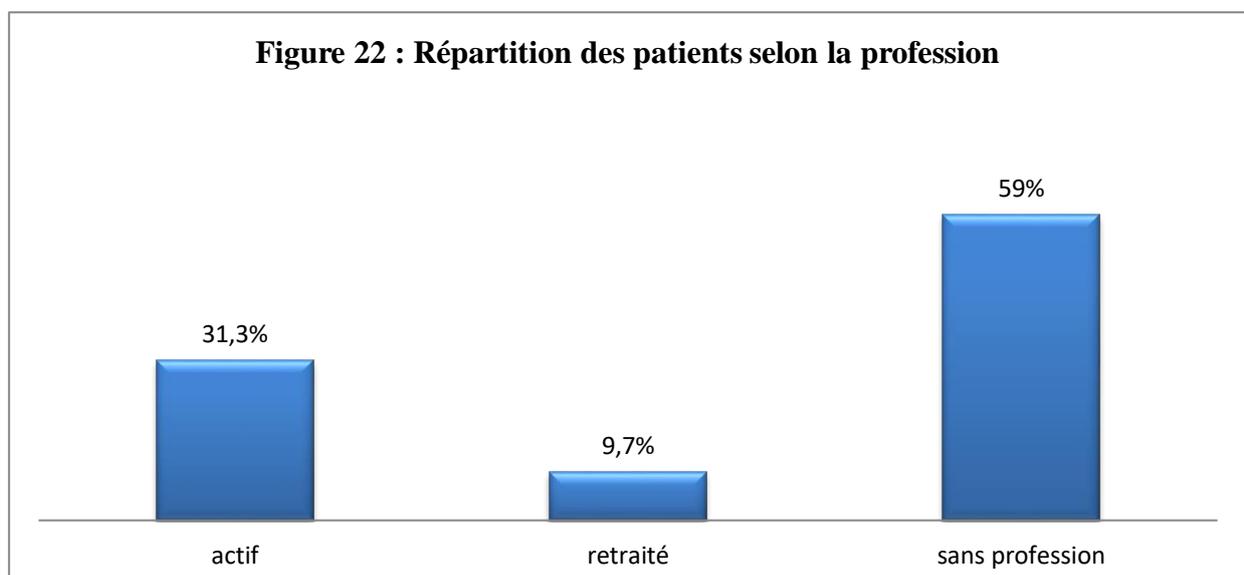
- **Fréquence de l'usage des remèdes non conventionnels**

187 des patients (62,30%) ont un niveau socio-économique moyen, 10 patients (3,3%) ont un niveau bas, 91 patients (30,3 %) ont un niveau bon et 12 patients (4%) ont un niveau très bon.



- **Fréquence de l'usage des remèdes non conventionnels selon la profession**

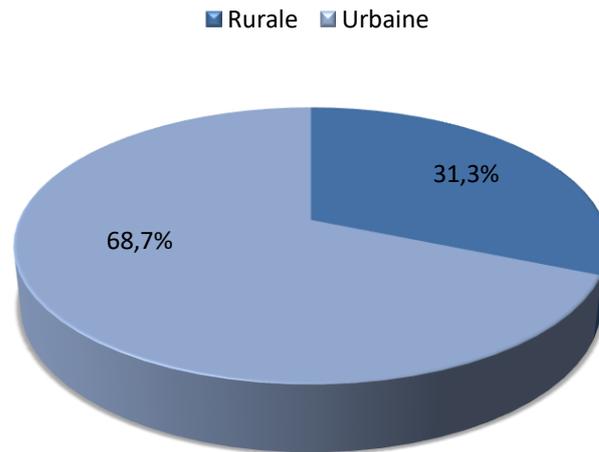
177 (59%) patients sont sans profession, 94(31,3 %) patients actifs et 29 patients (9,7%) retraités.



Résultats

- **Fréquence de l'usage des remèdes non conventionnels selon la zone de vie**
206 (68,7%) des patients résident dans la ville et 94 (31,3%) des patients vivent en milieu rural.

Figure 23: Répartition des patients selon la zone de vie

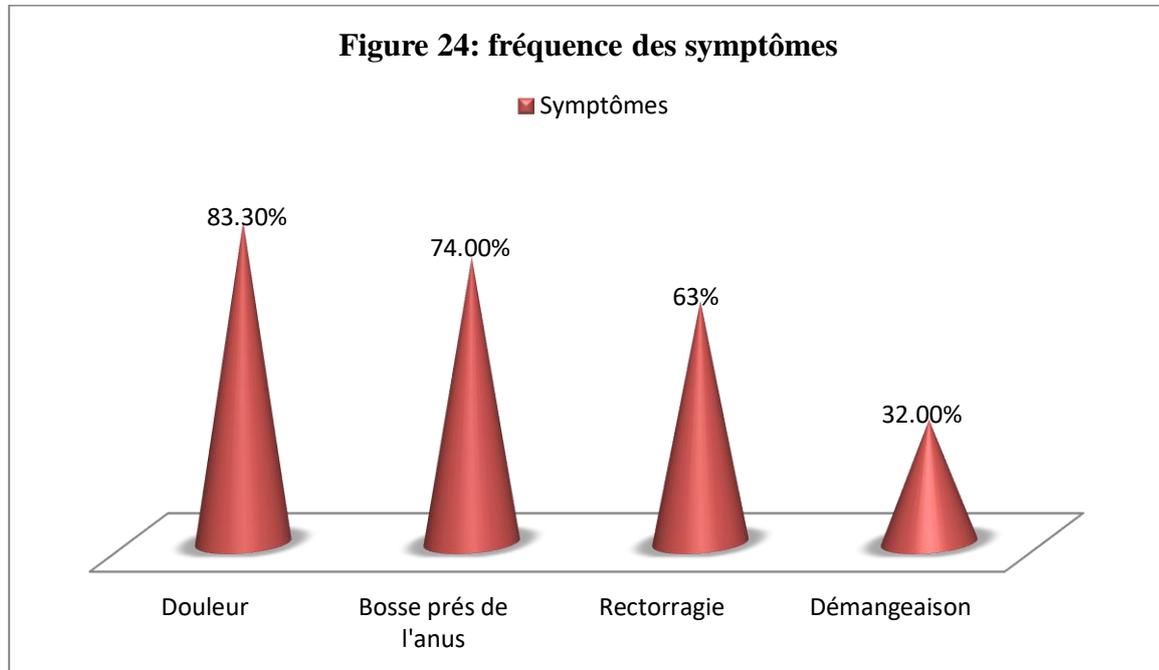


Résultats

2.3. Description des caractères cliniques des hémorroïdes

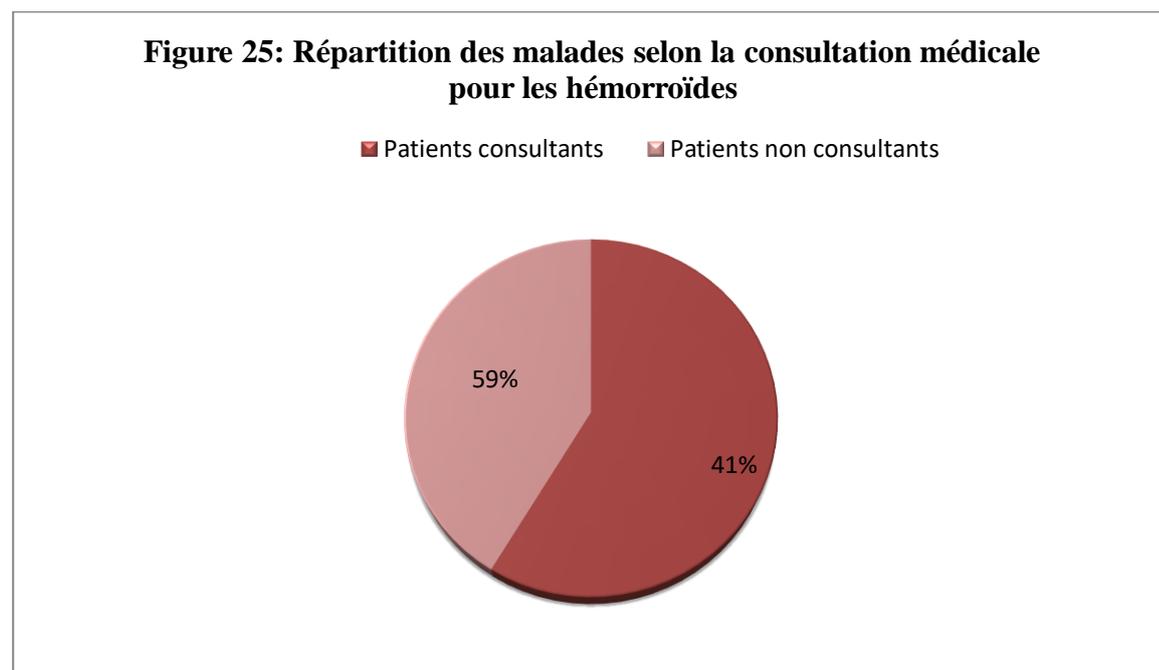
- **Fréquence des symptômes d'hémorroïdes chez les malades**

83,3% présentent des douleurs, 74% des bosses près de l'anus, 63% des rectorragies et 32% ressentent des démangeaisons.



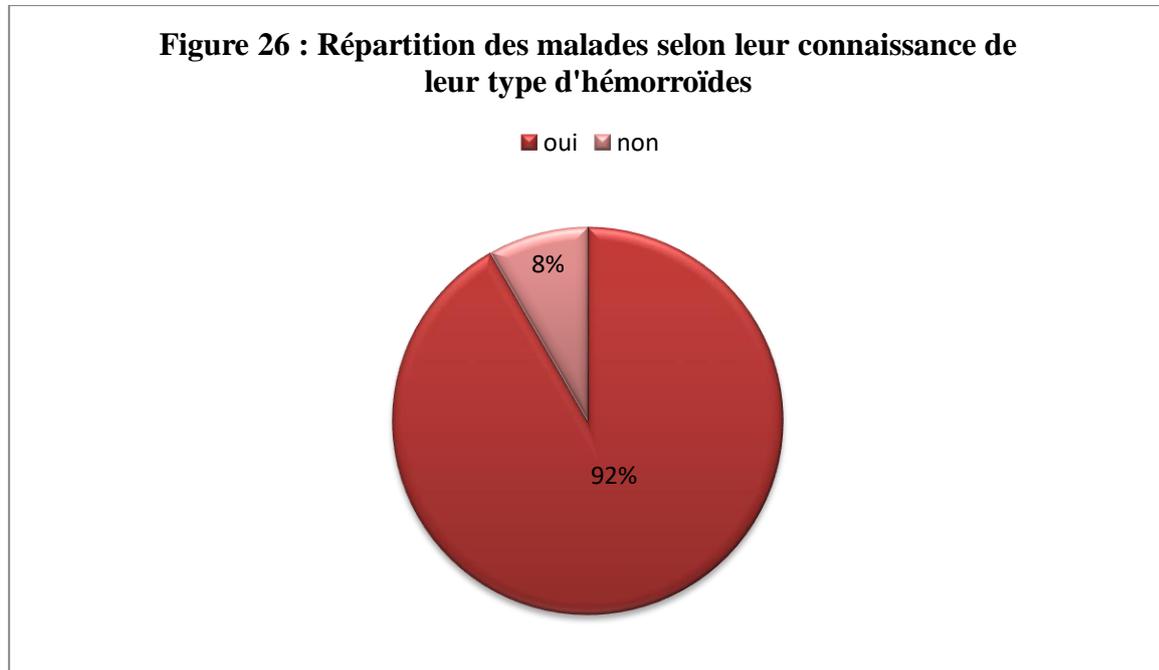
- **Fréquence de la consultation d'un médecin pour les hémorroïdes**

41% malades ont consulté des médecins pour le traitement des hémorroïdes et 59% ne l'ont pas fait.

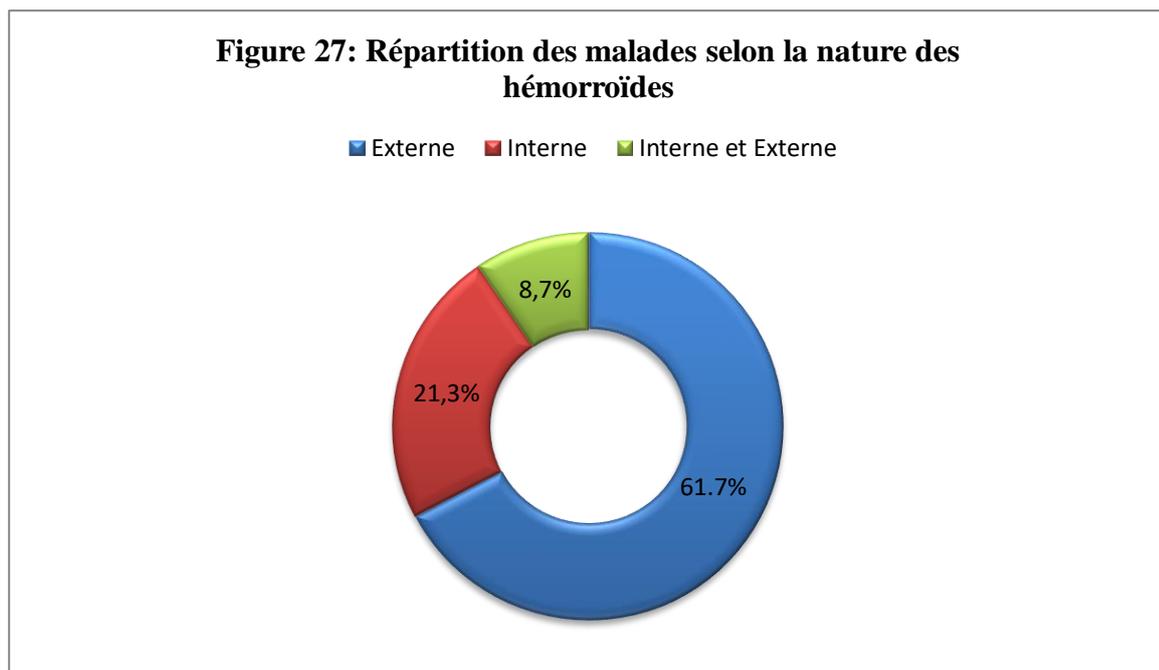


Résultats

- **Fréquence de la connaissance des malades de leur type d'hémorroïdes**
Sur les 300 malades, 92% des patients connaissent leur type d'hémorroïde.



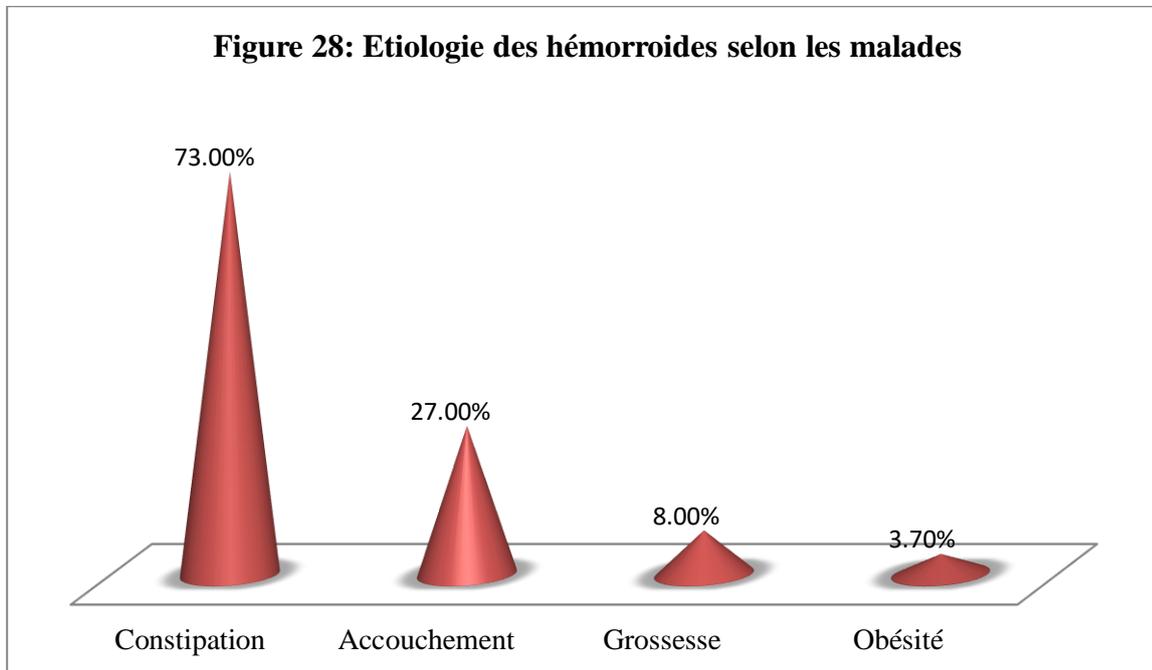
- **Fréquence de la nature des hémorroïdes selon l'avis des malades**
61,7% des malades pensent avoir des hémorroïdes externes, 21,3% des hémorroïdes internes et 8,7% les deux types.



Résultats

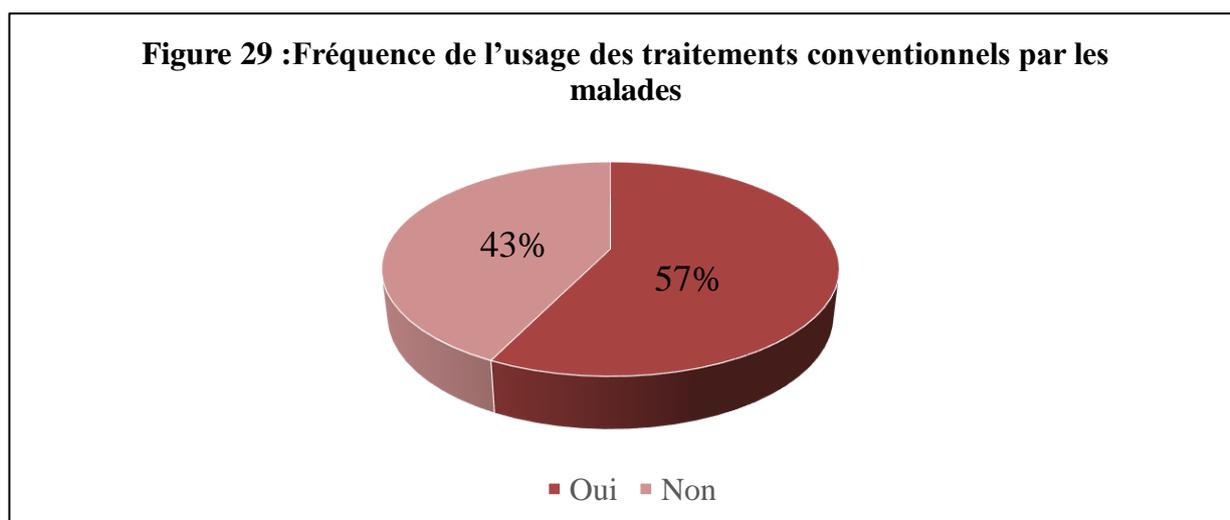
- **Fréquence de l'étiologie hémorroïdaire selon les malades**

Des 300 malades, la cause la plus citée des hémorroïdes est la constipation suivie de l'accouchement, la grossesse, puis l'obésité.



- **Fréquence de l'usage des traitements conventionnels par les malades**

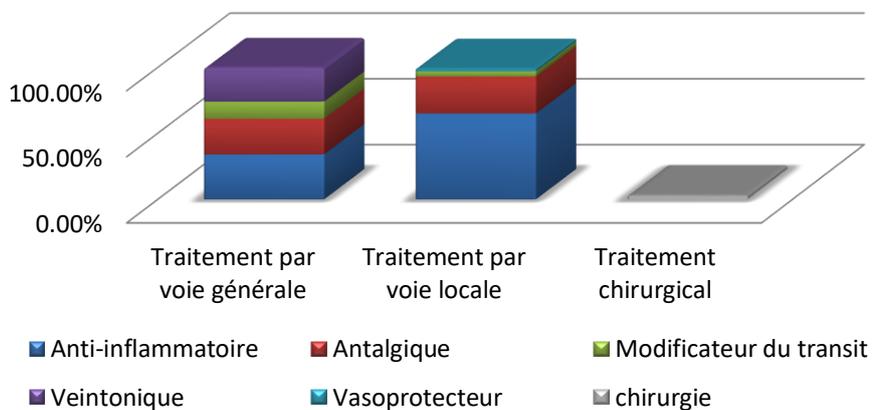
57% (172) des malades utilisent un traitement médicamenteux alors que 43% (128) des malades reste sans traitements.



Résultats

- Parmi ces 172 malades sous traitement médical; 61% prennent un traitement par voie locale, 35% par voie générale et 4% ont eu recours à la chirurgie.
 - ✓ Pour les malades traités par voie générale : 34% sont sous anti-inflammatoires, 13% sous modificateurs de transit, 27% sous antalgiques et 26% sous veinotoniques.
 - ✓ Pour les malades traités par voie locale ; La majorité, soit 65 %, sont sous anti-inflammatoires. 28 % sous antalgiques, 4% sous modificateurs du transit et 2% sous vasoprotecteurs.

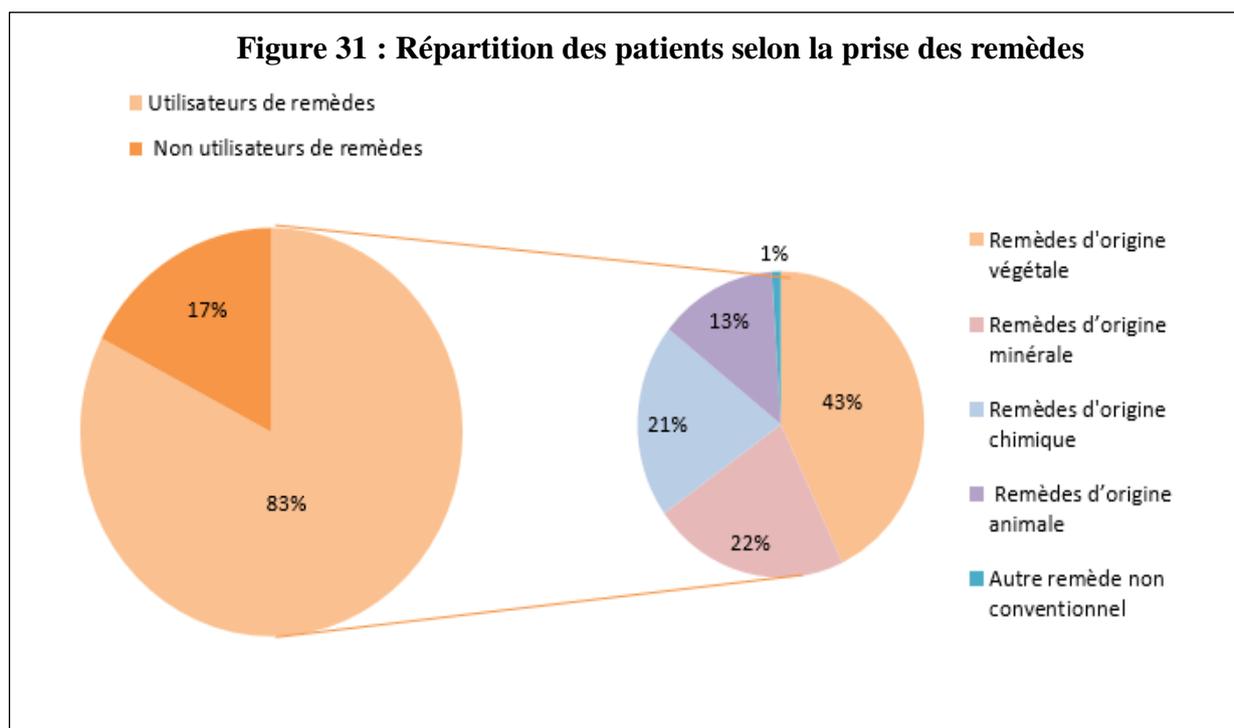
Figure 30: Type de traitement médicamenteux de la population étudiée



Résultats

2.4. Description des remèdes non conventionnels recensés

Des 83% utilisateurs de remèdes non conventionnels, soit 300 patients, 43% des patients utilisent des remèdes d'origine végétale, 21% utilisent des remèdes d'origine chimique, 13% utilisent des remèdes d'origine animale et 22% utilisent des remèdes d'origine minérale et 1% autre remèdes non conventionnel.



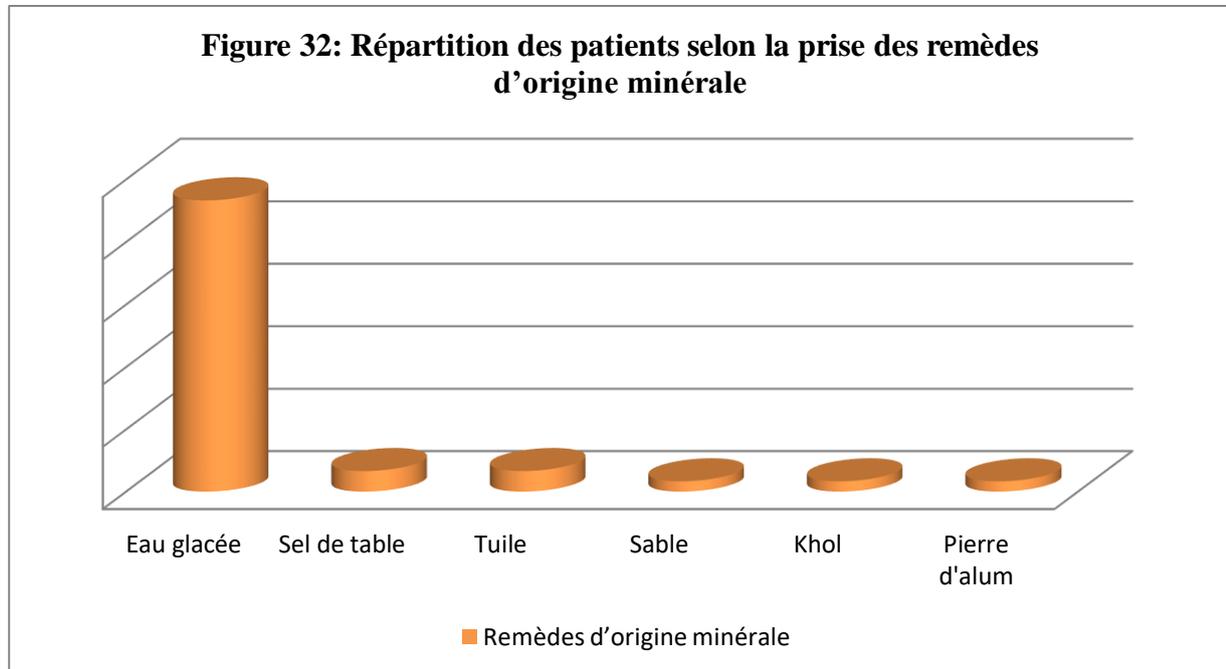
✓ Remèdes d'origine végétale

Cette partie est détaillée dans « **Plantes recensées et leur usage** » (voir la page 64).

Résultats

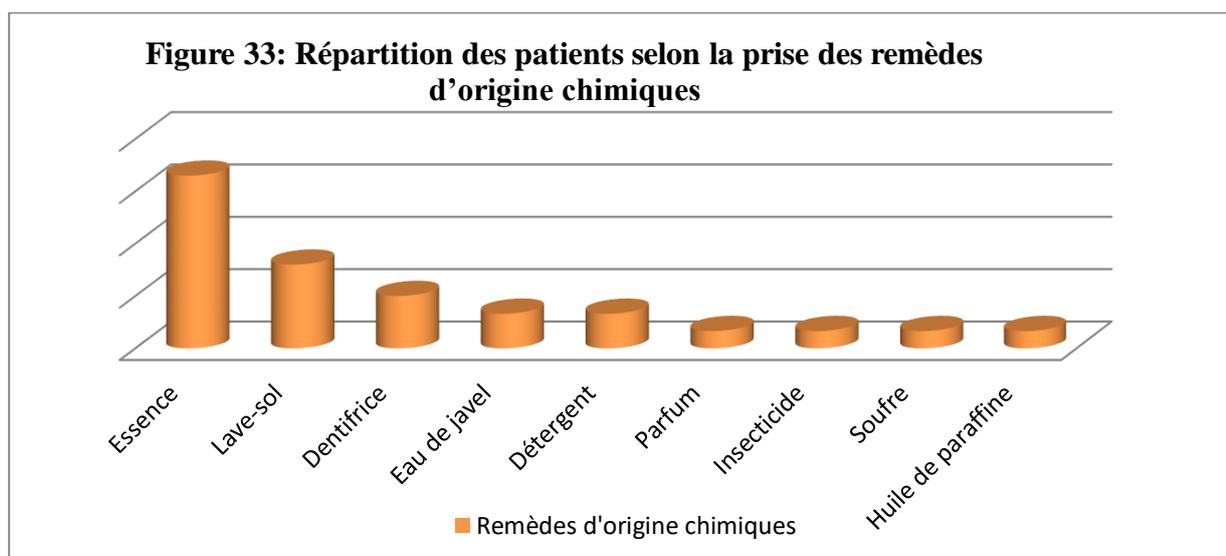
✓ Remèdes d'origine minérale

Pour les utilisateurs des remèdes d'origine minérale; 9,33% utilisent de l'eau glacée, 0,66% du sel de table (chlorure de sodium), 0,33% du sable, 0,33% du khol, 0,66% des tuiles et 0,33% la pierre d'alum.



✓ Remèdes d'origine chimique

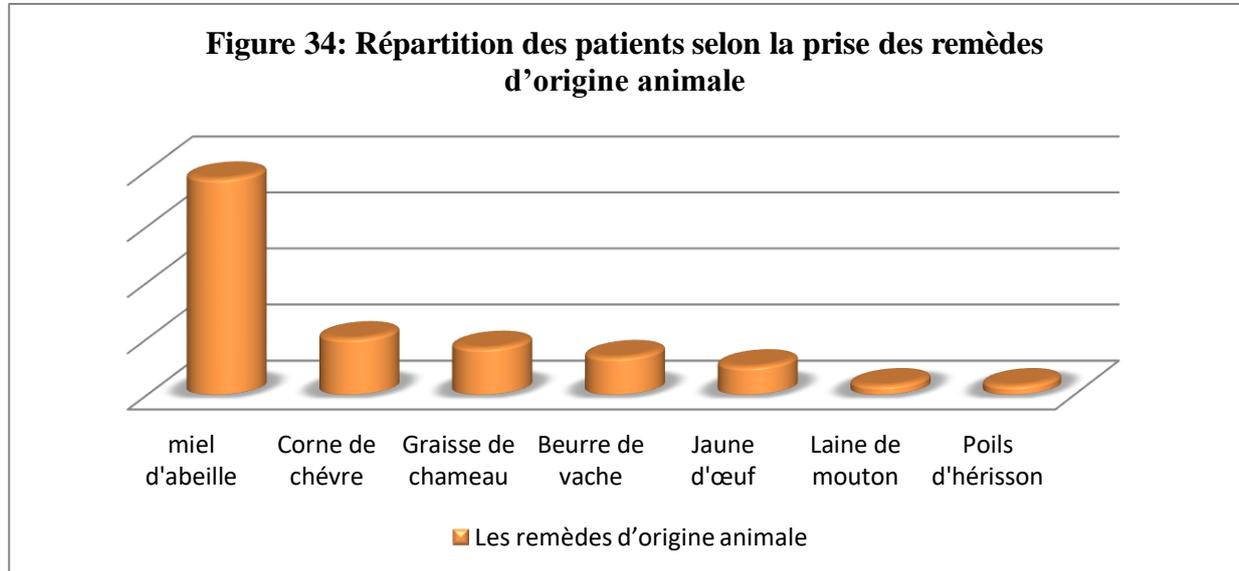
Pour les utilisateurs des remèdes chimiques, 10 patients (3,33%) utilisent de l'essence (carburant), 1,60% le lave-sol, 1% du dentifrice, 0,66% eau de javel et poudre détergente et 0,33% du parfum, des insecticides, du soufre, de l'huile de paraffine.



Résultats

✓ Remèdes d'origine animale

Pour les utilisateurs des remèdes d'origine animale, 7,7% utilisent le miel d'abeille, 2% la corne de chèvre, 1,66% la graisse de chameau, 1,33% le beurre de lait de vache, 1% le jaune d'œuf, 0,33% la laine de mouton, 0,33% les poils du hérisson.



✓ Autre remède non conventionnel

0,66% (2 patients) utilisent la saignée (El Hijama) comme une technique thérapeutique.

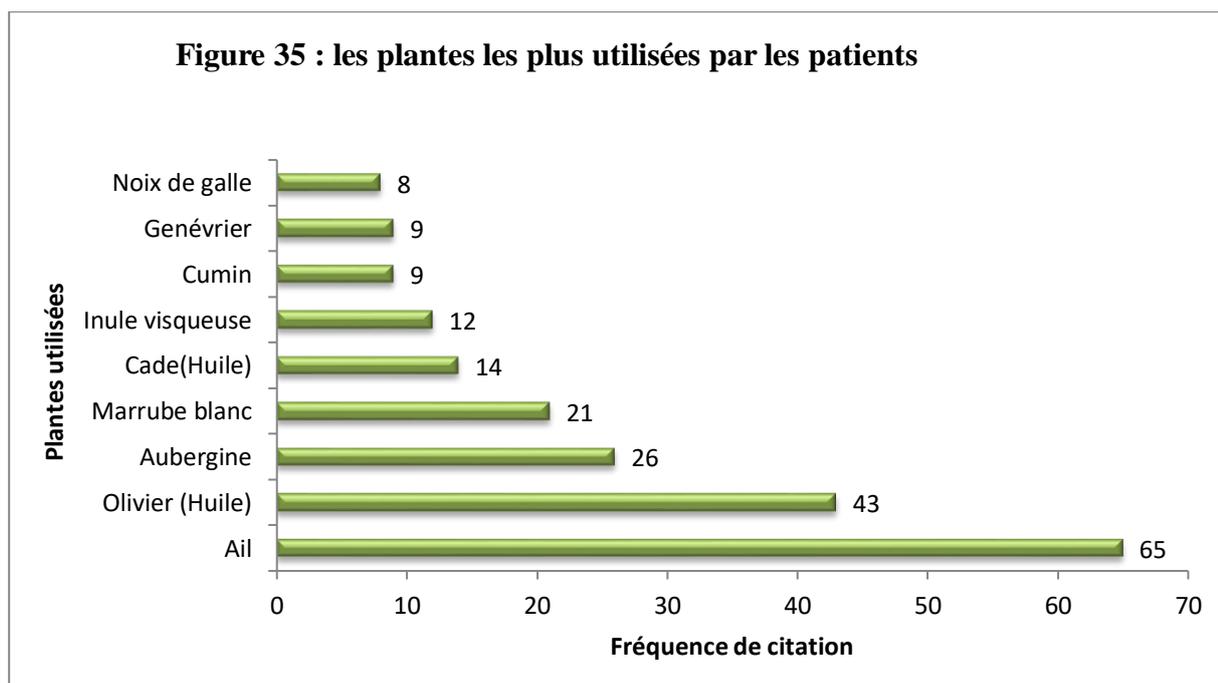
Résultats

❖ Plantes recensées et leur usage

On a recensé 52 espèces végétales, appartenant à 32 familles botaniques différentes. Les plus rencontrées sont : les Lamiacées (09 espèces), les Astéracées (03 espèces), les Apiacées (04 espèces), les Cupressacées (03 espèce), les Solanacées (02 espèce), les Liliacées (02 espèce), les Fabacées (02 espèce), les Lythracées (02 espèce), les Rosacées (02 espèce). Les autres familles, représentées par une seule espèce sont : les Amaryllidacées, les Fagacées, les Moracées , les Renonculacées, les Lythracées, les Chénopodiacées, les Juglandacées, les Pinacées, les Vitacées, les Asparagacées, les Myrtacées, les Thyméléacées, les Scrofulariacées, les Brassicacées, les Poacées, les Urticacées, les Arecacées, les Zygophyllacées, les Anacardiacées, les Musacées, les Euphorbiacées, les Oléacées, les Berbéridacées .

Les plantes utilisées ont été répertoriées dans le tableau I (annexe I) qui regroupe l'identification (le nom scientifique et la famille, le nom français, le nom arabe), le nombre de citations et la partie utilisée.

La plante la plus citée (65 fois) par les patients est l'ail (*Allium sativum*). Suivie par l'huile d'olive 43 fois (*Olea europaea*), l'aubergine 26 fois (*Solanum melongena*), l'huile de cade 14 fois (*Juniperus oxycedrus*), le marrube blanc 21 fois (*Marrubium vulgare*), l'inule visqueuse 12 fois (*Dittrichia viscosa*), le Cumin (*Cuminum cyminum*) et le genévrier commun (*Juniperus communis*) 9 fois, le Noix de galle 8 fois (*Quercus infectoria*) et pour les autres plantes sont moins fréquemment citées (1 à 7 fois) voir l'annexe I.



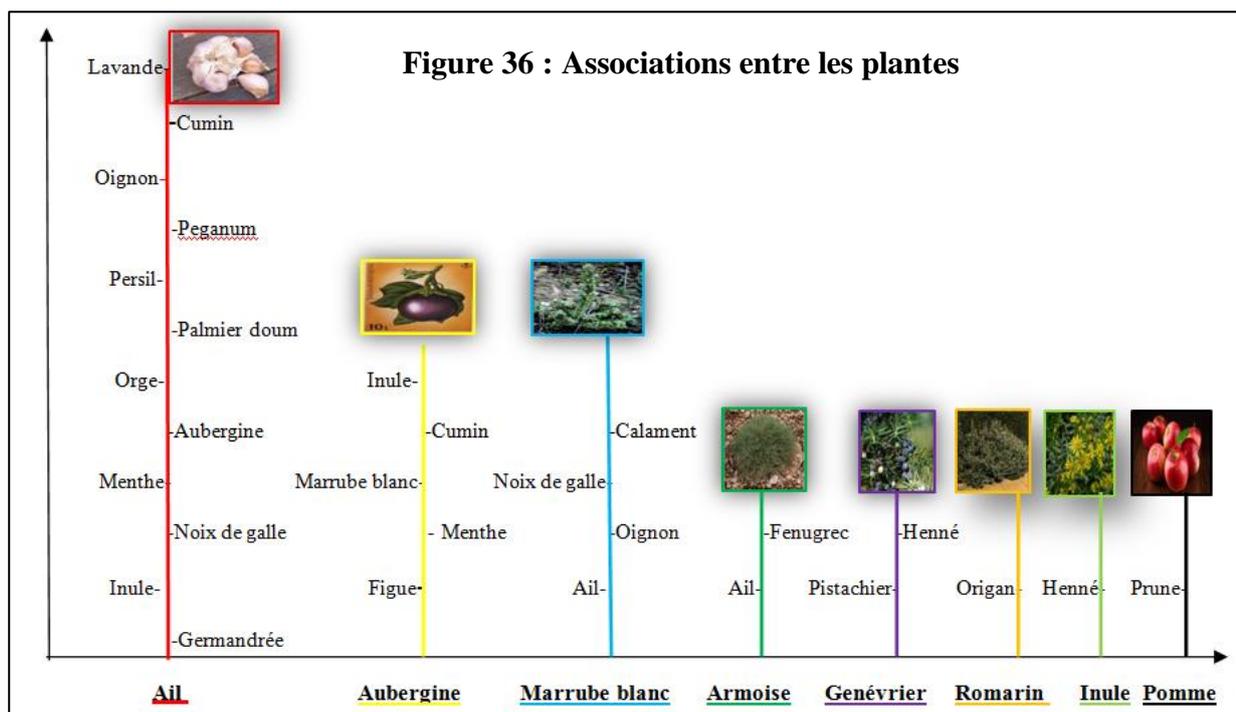
Résultats

- **Associations de plantes utilisées**

Les plantes qui entrent dans les associations sont le plus souvent : ail, aubergine, marrube blanc, armoise, genévrier, romarin, inule, pomme.

Les associations les plus rencontrées sont :

- Ail avec : germandrée, inule visqueuse, noix de galle, menthe, aubergine, orge, palmier doum, persil, peganum, oignon, cumin ou lavande.
- Aubergine avec : figue, menthe, marrube blanc, cumin ou inule.
- Marrube blanc avec : ail, oignon, noix de galle ou calament.
- Armoise avec : ail ou fenugrec.
- Genévrier avec : pistachier lentisque ou henné.
- Romarin avec origan.
- Inule visqueuse avec henné.
- Pomme avec prune douce.



Résultats

- **Associations de remèdes non conventionnels**

Les remèdes qui entrent dans les associations sont le plus souvent : l'eau glacée, miel d'abeille, corne de chèvre, essence, graisse de chameau et lave-sol.

Les associations les plus rencontrées sont :

Eau glacée avec : marrube blanc, ail, aubergine, cumin, camomille, figue, menthe, genévrier.

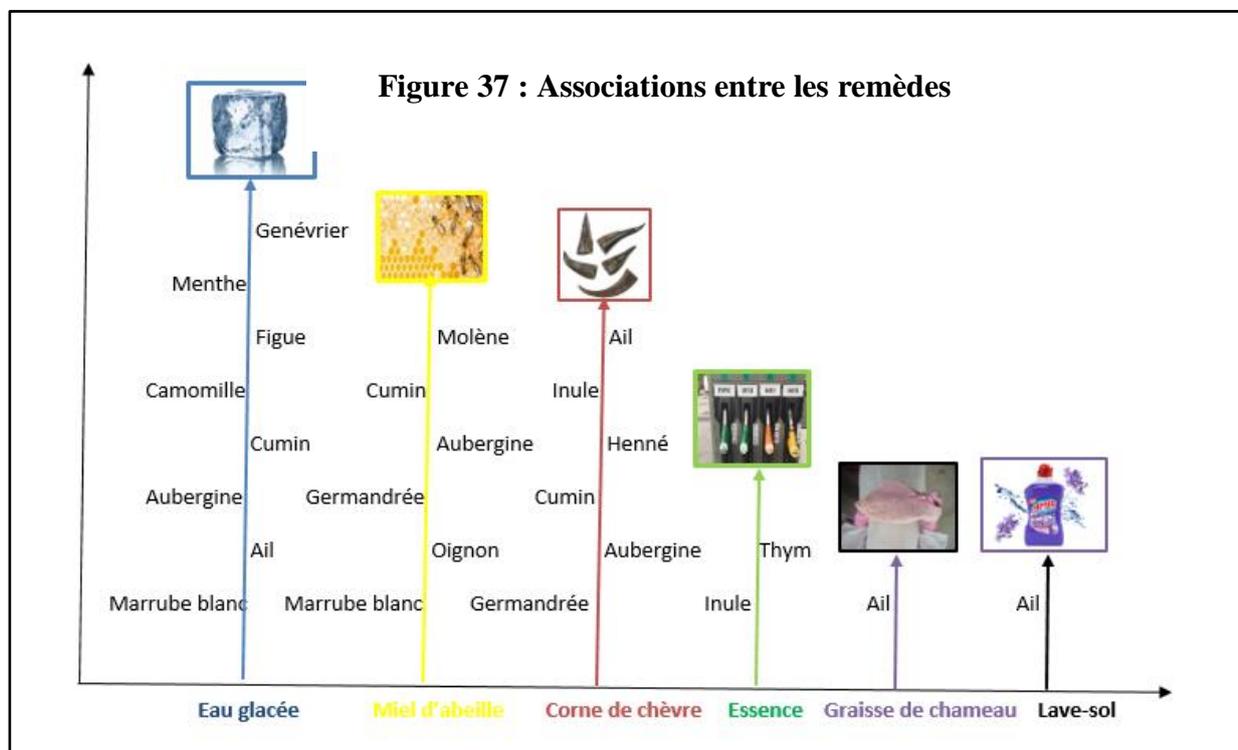
Miel d'abeille avec : marrube blanc, oignon, germendrée, aubergine, cumin, molène.

Corne de chèvre avec : germendrée, aubergine, cumin, henné, inule, ail.

Essence (carburant) avec : inule, thym.

Graisse de chameau avec : ail.

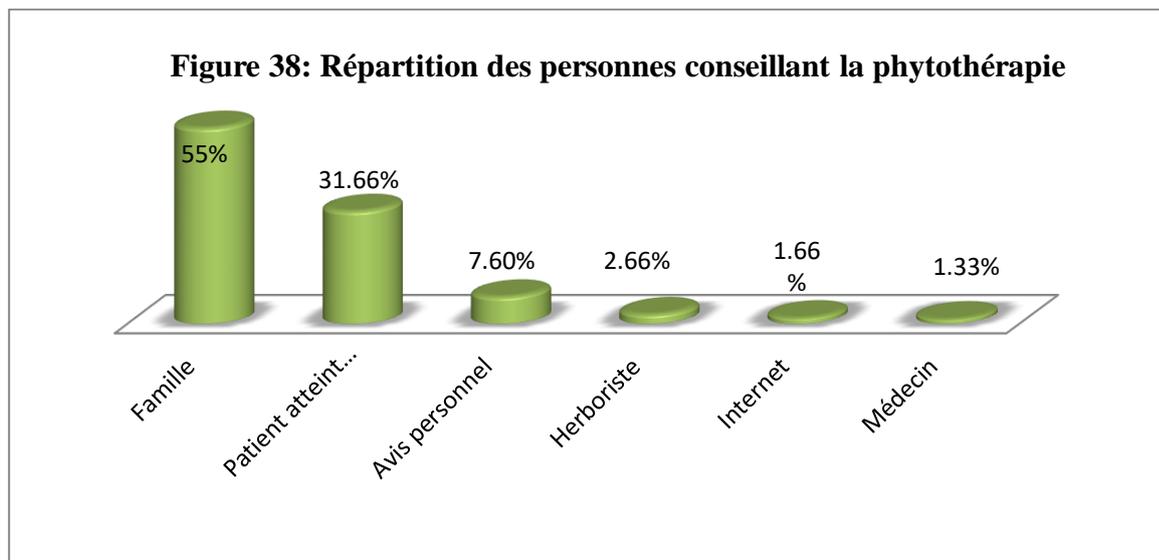
Lave-sol avec : ail.



Résultats

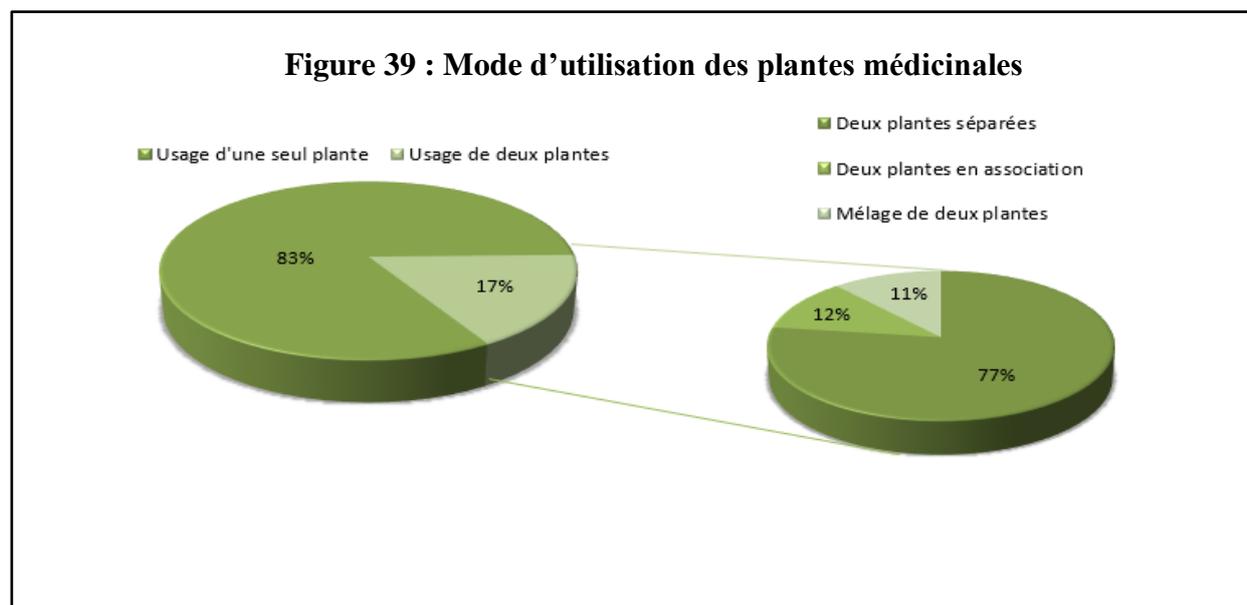
- **Personnes conseillant la phytothérapie**

Parmi les personnes qui ont conseillé aux malades d'utiliser les plantes ; 55% sont des membres de la famille ; 31,66% sont d'autres patients atteints d'hémorroïdes ; 2,60% sont des herboristes et 1,33% sont des médecins. Le reste des patients ont eu recours à la phytothérapie soit via internet (1,66%) soit par avis personnel (7,60%).



- **Mode de prise des plantes**

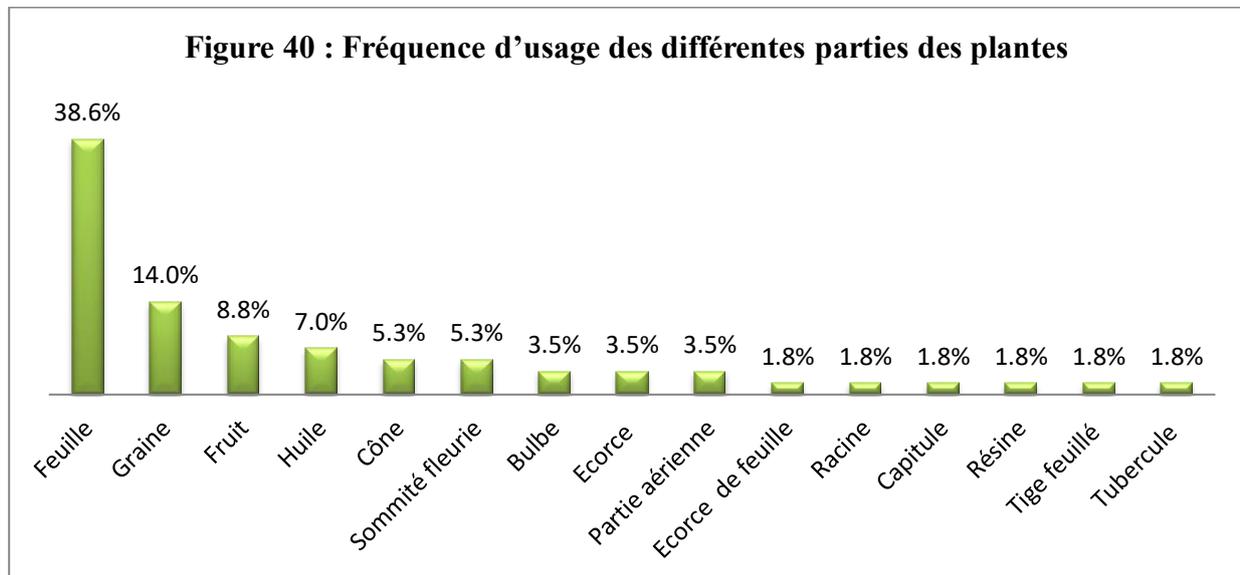
83% des patients utilisent une seule plante et 17 % utilisent deux plantes : 77% utilisent deux plantes séparément (l'une le matin et l'autre la nuit), 12% utilisent deux plantes en association (l'une après l'autre) et 11% mélanges de deux plantes (la prise de deux plantes à la fois).



Résultats

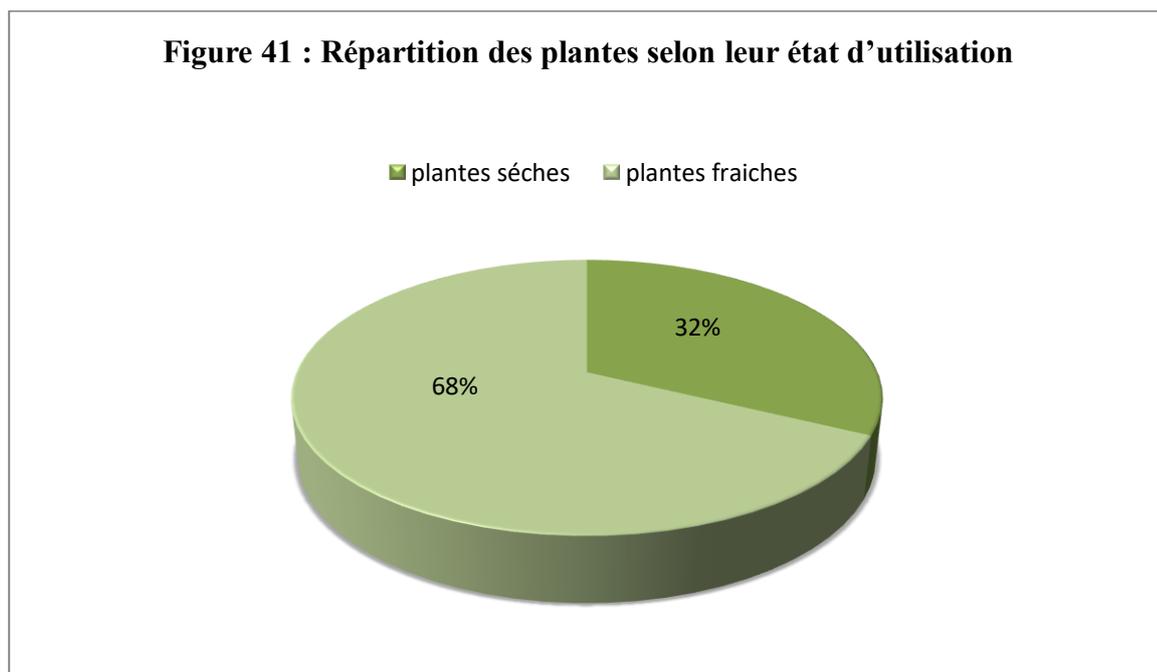
- **Parties de plantes utilisées**

Les parties les plus utilisées des plantes citées sont les feuilles (38,6%), suivie par les graines (14%), fruit (8,8%), huile (7%), cône et sommité fleurie (5,3%); écorce, bulbe et partie aérienne (3,5%); capitule, écorce de feuille, racine, résine, tige feuillée, tubercule (1,8%).



- **Etat d'utilisation des plantes**

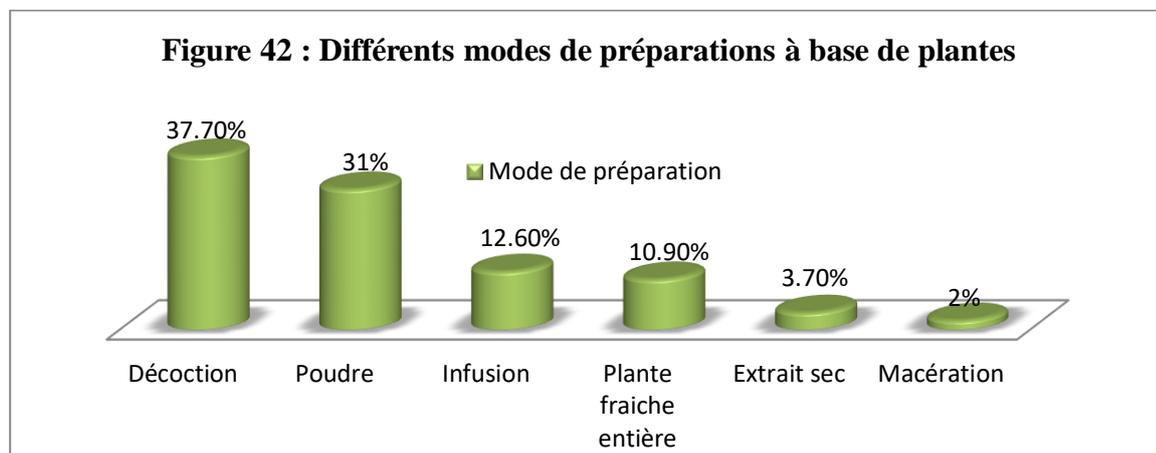
La plupart des patients (68%) utilisent des plantes fraîches alors que seulement 32% des patients utilisent des plantes séchées.



Résultats

- **Modes de préparation des remèdes d'origine végétale**

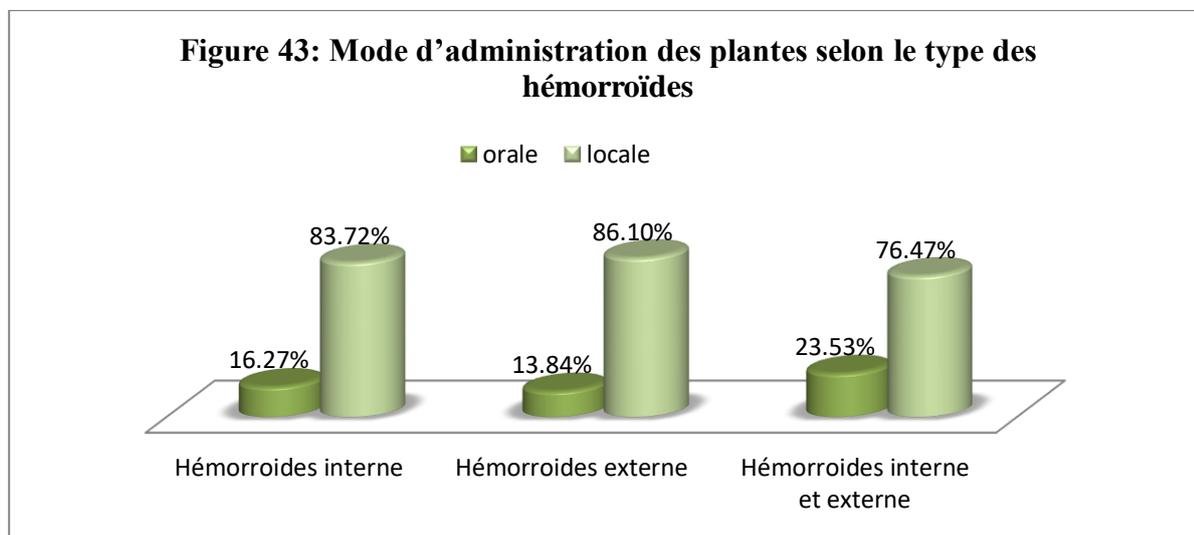
La décoction est le mode le plus utilisé pour la préparation des plantes avec un pourcentage de 37,7% ; viennent ensuite : poudre (31%), infusion (12,60%), extrait sec (3,70%), macération (2%) et 10,90% plante fraîche entière.



- **Voies d'administration des remèdes d'origine végétale selon le type d'hémorroïde**

84% des préparations citées sont utilisées par voie locale et seulement 16% sont administrées par voie orale.

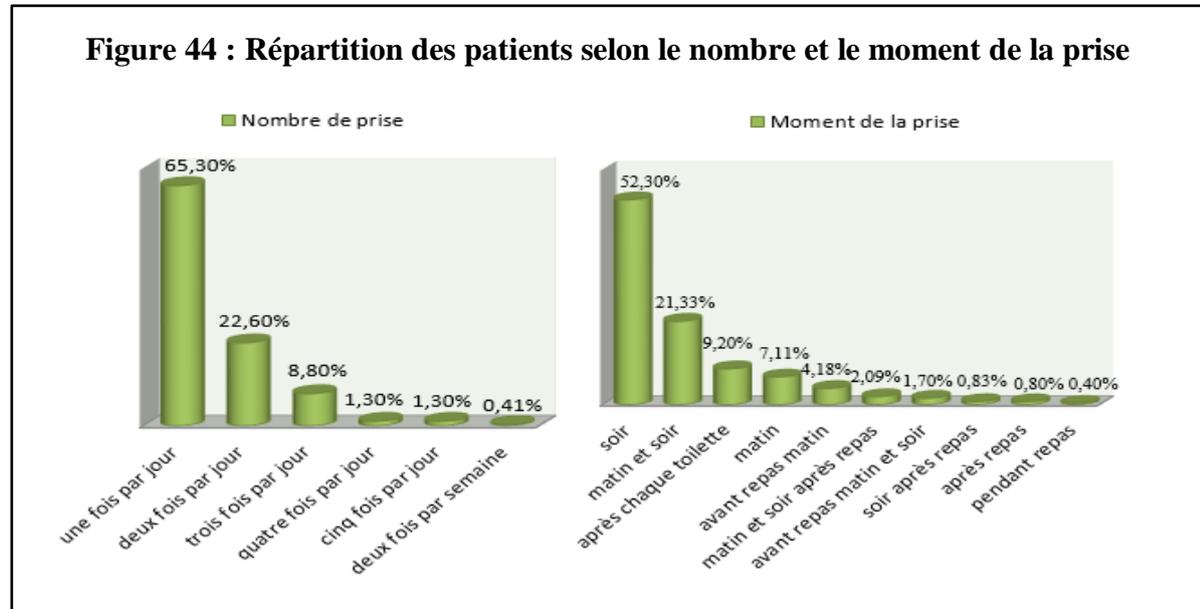
- ✓ Pour les hémorroïdes internes ; 16,27% des plantes sont administrées par voie orale, 83,72% par voie locale.
- ✓ Pour les hémorroïdes externes ; 13,84% des plantes sont administrées par voie orale, 86,10% par voie locale.
- ✓ Pour les hémorroïdes internes et externes ; 23,53% des plantes sont administrées par voie orale, 76,47% par voie locale.



Résultats

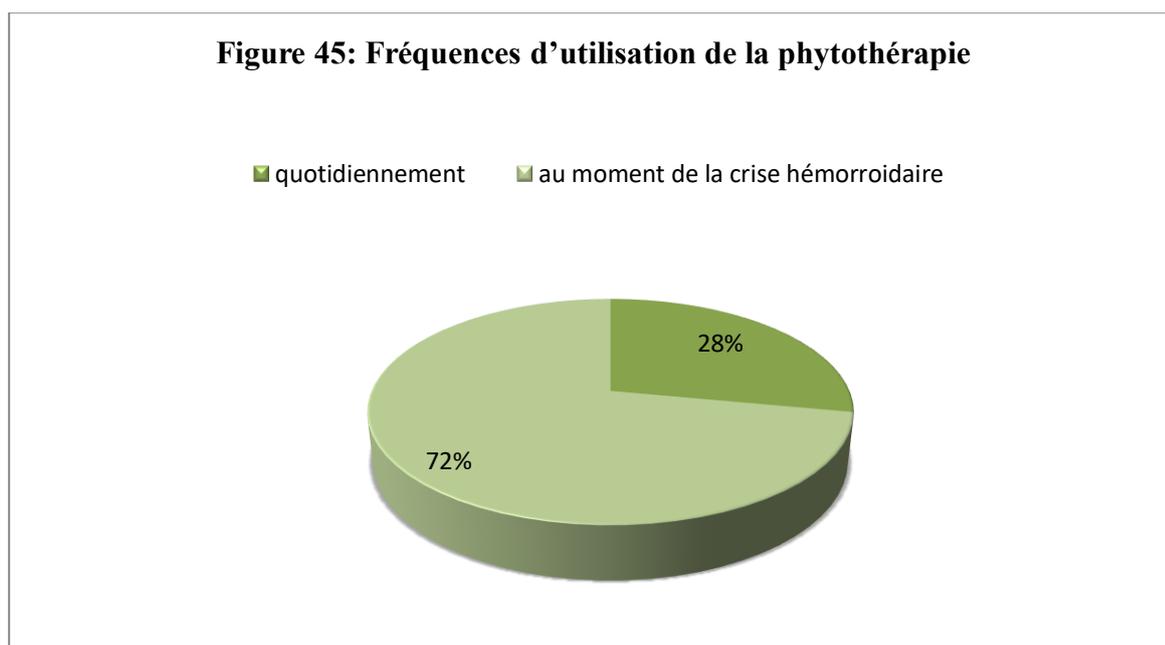
- **Posologie**

Pour le nombre de prise par jour : 65% des patients ne prennent les plantes qu'une seule fois par jour, 22% deux fois, 8% trois fois. Pour le moment de la prise : 52 % le soir, 11% le matin et 9% après chaque toilette.



- **Moments du recours à la phytothérapie**

La majorité des patients se soignant par les plantes, soit 72%, ont recours à la phytothérapie au moment de la crise hémorroïdaire, dont 28% l'utilisent quotidiennement.



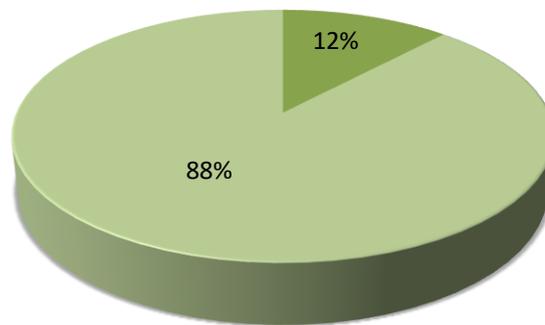
Résultats

- **Association des remèdes d'origine végétale avec le traitement conventionnel**

Sur 300 patients, seulement 12% utilisent les remèdes en association avec le traitement médical.

Figure 46 : Pourcentage d'association des remèdes avec le traitement médical

■ association avec le traitement médical ■ Pas d'association avec le traitement médical

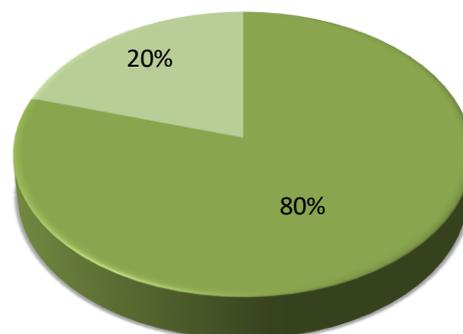


- **But du recours à la phytothérapie selon les patients**

La plupart des patients (80%) utilisent les plantes pour traiter la maladie hémorroïdaire alors que seulement 20% l'utilisent pour soulager.

Figure 47 : But d'utilisation des remèdes

■ Traiter la maladie ■ Soulager



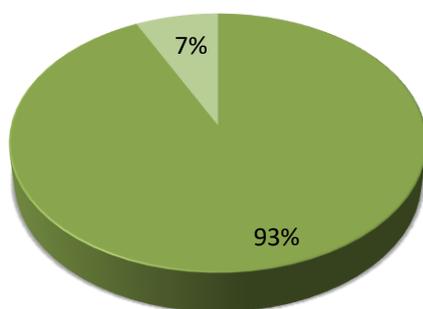
Résultats

- **Efficacité du remède d'origine végétale selon l'avis des patients**

93% des patients qui ont utilisé les remèdes non conventionnels disent avoir observé une amélioration et une efficacité du traitement alors que les autres (7%) n'ont senti aucun effet bénéfique de ces remèdes.

Figure 48: Pourcentage d'efficacité des plantes selon l'avis des patients

■ efficacité du traitement ■ pas d'efficacité du traitement

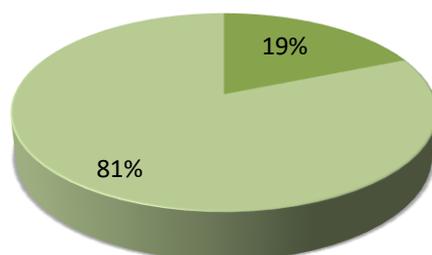


- **Effets secondaires rapportés**

19% des patients seulement ont rapporté des effets secondaires liés à l'utilisation des plantes notamment : brûlure (82%), démangeaison (2%), douleur (14%), nausée (2%)

Figure 49: Fréquence d'apparition des effets secondaires rapportés par les patients suite à l'utilisation des plantes

■ effets secondaires ■ pas d'effets secondaires



DISCUSSION

Discussion

Cette enquête ethno-pharmacologique a été effectuée afin de recenser les remèdes non conventionnels utilisés par les patients atteints de la pathologie hémorroïdaire à la wilaya de Tlemcen dans le but de rechercher et d'identifier les principes actifs justifiant cet usage.

Caractéristiques de l'échantillon

- Des 363 patients interrogés, 83% (300 patients) ont eu recours à des remèdes non conventionnels. Un pourcentage proche (70,8%) a été rapporté par A. Tachema et S. Bendimerad dans une étude réalisée à Tlemcen sur l'usage des plantes médicinales par les patients atteints de cancer du sein [96]. Cela montre que les remèdes traditionnels sont très utilisés par la population Tlemcenienne.

Fréquence d'usage des remèdes non conventionnels pour traiter les hémorroïdes

- L'utilisation des remèdes dans cette étude est répandue chez toutes les tranches d'âge, avec une prédominance chez les personnes âgées dont l'âge moyen est de 44 ans. Cela peut être expliqué par le fait que les personnes âgées sont les plus touchés par la maladie hémorroïdaire, et que la connaissance des remèdes traditionnels est généralement acquise suite à une longue expérience accumulée et transmise d'une génération à l'autre.

Ce résultat est proche de ceux de Rabah B et Bahbah L où la moyenne d'âge est de 58 ans [97].

Pour le sexe, on a constaté une prédominance féminine 66% contre 34% pour les hommes. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude réalisée par S. Amina et A. Oussama où les femmes représentent 68.3% des utilisateurs de plantes [85]. Et ceux de Fatima E B dans une étude au Maroc avec un pourcentage d'utilisation de remèdes traditionnels par les femmes de 73% [98].

Cela peut être expliqué par le fait que les femmes sont les plus touchées par les hémorroïdes (grossesse, accouchement...), et en règle générale les femmes sont détentrices d'un plus grand savoir phytothérapeutique traditionnel.

- On a noté qu'il n'y a pas de différence d'usage des remèdes traditionnels selon le niveau d'étude. Ce qui diffère de l'étude réalisée à Tlemcen par A. Tachema et S. Bendimerad sur les patientes atteintes du cancer du sein où la fréquence d'utilisation la plus faible était

Discussion

enregistrée chez les patientes ayant un niveau universitaire (13%) [96] et de ceux de l'étude de F E. Bensalek au Maroc sur les troubles intestinaux où 53,7 % des utilisateurs de remèdes traditionnels n'était pas scolarisée, les 46,3% des patients restants se répartissaient entre une scolarisation primaire (21,2 %), et secondaire (16,9 %), Seuls 8,2 % des patients avaient un niveau d'étude universitaire [98].

On peut expliquer cela par le fait que la pathologie hémorroïdaire reste taboue, et peu importe le niveau d'étude, il y a un recours aux remèdes traditionnel et à l'automédication.

- Les remèdes traditionnels sont beaucoup plus utilisés par les personnes mariées (70%) et par celles ayant un revenu moyen (62,30%). Cela leur permet de minimiser ou d'éviter les charges matérielles engendrées par le médecin et le pharmacien.

Ceci concorde avec les résultats de O. Kamou et K. Benhadj dans une étude sur la phytothérapie traditionnelle en Algérie (Fenoughil) où les mariées sont les utilisateurs majoritaires de plantes médicinales avec un taux de 55,56% [99].

- Les résultats montrent que 59% des patients sont sans profession. Cela confirme les résultats précédents, par le fait que la population se situant au plus bas de l'échelle sociale a plus de recours aux remèdes non conventionnels car ils coûtent beaucoup moins chers. Ce résultat rejoint celui de Y. Dahani où 50% des patients utilisateurs de remèdes traditionnels n'ont pas de revenu [100].

- On a constaté une différence entre l'usage des remèdes traditionnels et le lieu de résidence des patients avec un pourcentage élevé (68.7%) des patients qui vivent dans la ville à la différence de l'étude A. Tachema et S. Bendimerad à Tlemcen, où la différence n'est pas significative entre l'usage des plantes et le lieu de résidence des patientes [96].

L'échantillon de départ comptait déjà plus de patients de zone urbaine que de zone rurale.

Description des caractères clinique des hémorroïdes

- Durant notre étude les malades ont cité comme manifestation de la maladie : douleur anale, tuméfaction anale, rectorragie, prurit anal dans respectivement : 83%, 74%, 63%

Discussion

et 32%. Ces symptômes sont aussi les plus cités par les patients interrogés dans une étude de Douhi zakia au Maroc [101].

Des fréquences similaires sont retrouvées dans l'étude de Diarra au Mali où douleur anale, tuméfaction, rectorragie et prurit sont cités respectivement à 100%, 95%, 40% et 35% [13].

- 59% des malades font leur propre diagnostic contre seulement 40,4% qui consulte un médecin spécialiste ou un médecin généraliste. Ce recours à l'autodiagnostic est dû surtout au fait que cette maladie touche une partie intime du corps.

Ce résultat est semblable à celui de l'étude de Denis et al au Paris (51,6% de malades non consultant) [22].

- Presque tous les malades interrogés, soit 92%, affirment connaître leur type d'hémorroïdes.

Ce résultat est nettement supérieur à l'étude de Diarra au Mali (seulement 55,6%) et similaire à l'étude de Boureima au Mali (83%) [102].

La majorité, soit 61,7% des patients pensent être atteints d'hémorroïdes externes, 21,3% des patients pensent être atteints d'hémorroïdes internes et 8,7% les deux types à la fois. Ce résultat se rapproche de celui d'Assi et al. Dans une étude menée en Côte d'Ivoire avec une fréquence des hémorroïdes externe 75,34 %, les hémorroïdes interne 13,69 % et les deux types à la fois 09,58% [23].

Dans notre étude, la constipation, l'accouchement, la grossesse et l'obésité sont les causes de la maladie hémorroïdaire les plus citées avec respectivement 73%,27%, 8%, 3,7%. La cause principale est la constipation (73%), résultat entre celui trouvé par Halal khadija au Maroc (51%) [24] et de Drissa sanger au Mali (90%) [16]. Suivie de la grossesse et de l'accouchement d'où le taux élevé des femmes atteintes dans notre étude (66%).

Le traitement conventionnel est pris par 172 malades (soit 57%), dont 61% utilisent une médication locale (pommade, suppositoire...) : 65 % sont sous anti-inflammatoires, 28 % sous antalgiques, 4% sous modificateurs du transit et 2% sous vasoprotecteurs.

Discussion

La plupart de ces médicaments peuvent être livrés sans ordonnance, il y a donc possibilité de recours aux conseils du pharmacien ou à l'automédication et cela pourrait expliquer le taux élevé des malades non consultants de notre étude soit 59,9%.

- Une Faible proportion soit 35% des patients utilisent une médication générale (comprimé, injection...) : 34% prennent des anti-inflammatoires, 13% prennent des modificateurs de transit, 27% prennent des antalgiques et 26% prennent des veinotoniques.

Ce résultat est proche de celui trouvé par Drissa Sanger au Mali [16] et Bleday et al a l'Amérique [103] soit respectivement : 88,2%, 90,7% des patients ont reçu un traitement médical.

- Seulement 4% des patient ont subit un traitement chirurgical lorsque les approches non opératoires ont échoué ou que des complications se sont produites. A la différence de l'étude de Drissa Sanger au Mali [16] et Bleday et al en l'Amérique [103] où respectivement : 11%, 9,3% des patient ont subi un traitement chirurgical.

Discussion sur les remèdes anti-hémorroïdaires non conventionnels recensés

Dans notre étude, 83% des patients sont utilisateurs de remèdes non conventionnels, ces remèdes sont repartis en quatre origines : végétale, minérale, animale et chimique.

- 43 % des malades sont utilisateurs de remèdes d'origine végétale, les plantes ont déjà prouvées leur efficacité face à la pathologie hémorroïdaire, ce sont en générale celles à action anti-inflammatoire, antalgique ou veinotonique. Cela peut expliquer le fait que 93% de nos patients disent avoir observé une amélioration et une efficacité.
- 22% des malades sont utilisateurs des remèdes d'origine minérale; 9,33% utilisent de l'eau glacée, 0,66% du sel de table (chlorure de sodium), 0,33% du sable, 0,33% du khol, 0,66% des tuiles et 0,33% de la pierre d'alum.

Selon la littérature, le sel de table a un effet anti-inflammatoire et activateur de la circulation sanguine.

Discussion

Les tuiles se composent d'argile et de sable. L'argile et l'eau glacée sont utilisées dans le traitement des hémorroïdes selon la littérature, le premier pour leur effet apaisant et cicatrisant, et le deuxième pour un effet anesthésiant, mais également vasoconstricteur.

- 21% des malades sont utilisateurs de remèdes chimiques : 10 patients (3,33%) utilisent de l'essence (carburant), 1,60% le lave-sol, 1% du dentifrice, 0,66% de l'eau de javel et poudre détergente et 0,33% du parfum, des insecticides, du soufre ou de l'huile de paraffine.

Bien qu'on a un taux élevé de malades scolarisés dans notre étude (80%), ces malades ont quand même eu recours à des produits de nature chimique connus de tous pour leur toxicité. Ils sont utilisés par voie locale causant une forte irritation de la zone anal.

Le dentifrice possède des propriétés apaisantes et l'huile de paraffine est un bon laxatif, alors que le soufre possède qu'une action anti-bactérienne selon la littérature.

- 13% des malades sont utilisateurs de remèdes d'origine animale : 7,7% utilisent le miel d'abeille, 2% utilisent la corne de chèvre; 1,66% la graisse de chameau; 1,33% le beurre de vache; 1% le jaune d'œuf; 0,33% la laine de mouton ; 0,33% des poils de hérisson !

Le miel d'abeille est utilisé dans le traitement des hémorroïdes selon la littérature,

La graisse de chameau possède une activité anti-inflammatoire et anti-œdémateuse, le beurre de vache a une action laxative et pour le jaune d'œuf a un effet cicatrisant et antidouleur.

- Nous avons constaté aussi un autre remède non conventionnel 0,66% (2 patients) qui utilisent la saignée (El Hijama) comme une technique thérapeutique.
- Tous ces remèdes chimiques, minéraux, animaux sont utilisés par voie locale chez les malades interrogés.
- Concernant les plantes on a recensé 52 espèces végétales, appartenant à 32 familles botaniques différentes. Les plus représentées sont : les Lamiacées (09 espèces), les Astéracées (04 espèces), les Apiacées (04 espèces), les Cupressacées (03 espèces), les Solanacées (02 espèces), les Liliacées (02 espèces), les Fabacées (02 espèces), les Lythracées (02 espèces), les Rosacées (02 espèces). Cela peut s'expliquer par la richesse et la diversité de la ville de Tlemcen en plantes médicinales et aromatiques, elle

Discussion

offre une large gamme de plantes servant de matière première pour la préparation de remèdes traditionnels anti-hémorroïdaires.

Ces résultats rejoignent ceux de Sari et Aynur dans une étude sur les plantes utilisées dans le traitement traditionnel contre les hémorroïdes en Turquie, où les familles les plus citées sont : Astéracées, des Lamiacées, des Rosacées, des Scrophulariacées, des Aracées, des Polygonacées et des Cupressacées [104].

Des résultats différents ont été relevés dans d'autres études sur les plantes médicinales utilisées dans le traitement des hémorroïdes dans d'autres régions, à savoir :

Au Cameroun par Dibong et al où la famille la plus représentée est celle des Fabacées, suivie de la famille des Euphorbiacées [105].

Au Niger par Mamadou et al où les familles les plus fréquentes sont : les Fabacées (8 espèces), les Caesalpiniacées et les Combretacées (7 espèces chacune), les Mimosacées (4 espèces) [106].

- La plante la plus citée (65 fois) par les patients est l'Ail (*Allium sativum*). Suivie de : l'Huile d'Olive 43 fois (*Olea europaea*), l'Aubergine 26 fois (*Solanum melongena*), l'Huile de Cade 14 fois (*Juniperus oxycedrus*), le Marrube Blanc 21 fois (*Marrubium vulgare*), l'Inule Visqueuse 12 fois (*Dittrichia viscosa*), le Cumin (*Cuminum cyminum*) et le Genévrier (*Juniperus communis*) 9 fois, le Noix de Galle 8 fois (*Quercus infectoria*).

- Pour ces résultats, certaines plantes sont déjà citées dans la littérature, il s'agit de : l'ail (*Allium sativum*), l'aubergine (*Solanum melongena*), le marrube blanc (*Marrubium vulgare*), l'olivier (*Olea europaea*). Ceci montre une certaine analogie entre la médication traditionnelle de Tlemcen et celle d'autres régions du monde.

- Des enquêtes qui ont été faites dans d'autres pays ont recensé des espèces différentes de notre recherche :

* Une étude a été réalisée par Sari et al au Turquie, où les plantes les plus citées sont : *Achillea* sp, *Arum* sp, *Cichorium intybus*, *Dracunculus vulgaris* Schott, *Ecballium elaterium* (L.) A. Rich, *Ficus carica*, *Hypericum perforatum*, *H. scabrum*, *Juglans regia*, *Peganum harmala*, *Rosa canina*, *Rubus* sp, *Sambucus ebulus*, *S. nigra*, *Teucrium polium*, *Urtica dioica*, *Verbascum* sp [104].

Discussion

* Deux études ont été réalisées au Niger : une étude réalisée par Soladoye et al, où les espèces les plus citées sont : *enna alata* Linn., *Gongronena latifolium* Benth, *Axonopus compressus*, *Anogeissus leiocarpus*, *Pteleiopsis suberosa*, *Tetrapleura tetraptera* Taub, *Khaya spp et Allium spp* [107]. Et une étude réalisée par Mamadou et al dont les espèces les plus citées sont : *Gardenia sokotensis*, *Cassia italica*, *Sclerocarya birrea*, *Cassia sieberiana*, *Azadirachta indica*, *Khaya senegalensis* [106].

- Les plantes qui entrent dans les associations sont le plus souvent : ail, aubergine, marrube blanc, armoise, genévrier, romarin, inule, pomme.
Les associations les plus rencontrées sont :
 - Ail avec : germandrée, inule visqueuse, noix de galle, menthe, aubergine, orge, palmier doum, persil, peganum, oignon, cumin ou lavande.L'association entre l'ail et le persil a été observée aussi dans l'étude de A. Saidi et O. Ali Belhadj [108]. Dans ce cas, l'effet thérapeutique observé serait lié aux deux espèces ayant servi à préparer le remède.
- Associations de remèdes non conventionnels
Les remèdes qui entrent dans les associations sont le plus souvent : l'eau glacée, miel d'abeille, corne de chèvre, essence, graisse de chameau et lave-sol.
Les associations les plus rencontrées sont :
 - Eau glacée avec : marrube blanc, ail, aubergine, cumin, camomille, figue, menthe, genévrier.
- Pour les personnes qui ont conseillé aux malades d'utiliser les plantes, on a trouvé que la majorité de ces personnes sont des membres de famille (55%); 31,66% sont d'autres patients atteints d'hémorroïdes; Ceci reflète l'image de la transmission relative des pratiques traditionnelles d'une génération à l'autre; 2,60% sont des herboristes et un pourcentage faible de médecins conseiller. Le reste des patients se référant à eux-mêmes soit via internet (1,66%), soit par avis personnel (7,60%).
Ces résultats sont comparables à ceux de Y. Dahani dans l'étude sur l'asthme et la phytothérapie à Tlemcen, où 41% des conseillers sont des membres de la famille, 38% sont d'autres asthmatiques et (21%) sont des herboristes [100], et à ceux de Benkhnigue

Discussion

et al dans une étude ethnobotanique des plantes médicinales dans la région de Mechraâ Bel Ksiri au Maroc [109], qui ont trouvés des résultats similaires.

- La majorité des patients (83%) utilisent uniquement une seule plante et 17 % utilisent deux plantes (77% utilisent deux plantes séparément, 12% utilisent deux plantes en association et 11% mélanges de deux plantes). Un pourcentage proche (59%) a été rapporté par une étude similaire réalisée par B. Rabah et L. Bahbah L à Tlemcen [97], et une autre étude a été réalisée par Mamadou A J dans les régions de Niamey et Tillabéri, Niger révéla 93,9% des recettes qui sont composées d'une seule plante anti hémorroïdaire [106]. Dans ce cas, l'effet thérapeutique observé serait lié à la seule espèce ayant servi à préparer le remède, ce qui allègerait la tâche lors de l'étude pharmacologique des espèces, et permet d'éviter les interactions entre les principes actifs des plantes.

En revanche, dans une étude réalisée au Maroc par F E. Bensalek , l'utilisation des plantes médicinales a été caractérisée par l'usage d'un mélange de plante dans 80,8 % des cas[98].

- Les feuilles constituent la partie la plus utilisée avec un pourcentage de 38.6%. Cela peut être expliqué par l'aisance et la rapidité de la récolte. Ces résultats sont proches de ceux de A. Tachema et S. Bendimerad dans une étude similaire réalisée à Tlemcen où les feuilles représentent 38% des organes utilisés [96]. Une autre étude a été réalisée par S Salhi et al au Maroc a révéla un pourcentage proche de nos résultats où les feuilles représentent (35%) [110], et une étude a été réalisée par Mamadou A J au Niger avec un pourcentage de (47%) [106].
- La forme fraîche de la plante est la plus utilisée (68%), ce résultat est contraire à celui de l'étude de Y. Dahani sur l'asthme et la phytothérapie à Tlemcen, où la forme sèche de la plante est la plus utilisée par les patients (87%).
- Concernant les modes de préparation, la décoction est la plus couramment utilisée par les patientes (37,70%), ce résultat est similaire à celui de Dibong et al au Cameroun où la décoction est la plus utilisée dans 57%. Et à celui de Mamadou A J au Niger avec un pourcentage de 58% [106].

Discussion

Des études similaires en Algérie (Tlemcen) par B. Rabah et L. Bahbah [97], et au Maroc par Benkhniq et al [109], ont trouvés des résultats proches dont la décoction est le mode de préparation le plus utilisé. Ceci peut s'expliquer par le fait que la décoction est le mode de préparation facile et bénéfique afin d'extraire une quantité maximale des principes actifs.

- La majorité des préparations sont administrées par voie locale (84%) pour tous les types d'hémorroïdes. Ce résultat est similaire à celui de Hashempur et al dans une étude factuelle sur les plantes médicinales utilisées pour traiter les hémorroïdes en Perse médiévale [111], qui ont trouvés que les majorités des plantes ont été utilisées par voie locale. La voie locale permet d'exercer l'effet sur le site précis de l'affection ce qui limite la diffusion du PA à partir de son lieu d'administration réduisant alors la survenue des effets indésirables.

En revanche l'étude réalisée par Mamadou A J au Niger [106] a révélé que le mode d'administration des produits préparés est le plus souvent la voie orale (90,4%).

- Les malades prennent les plantes ou les préparations à base de plantes à des moments différents (matin, soir, après chaque toilette, avant/après ou pendant repas), et avec un nombre de prise différent. On peut dire que cette prise est irrégulière et le dosage lors des préparations à base de plantes médicinales citées reste encore aléatoire ce qui se manifeste par des effets néfastes sur la santé.

Une étude a été réalisée par Benkhniq et al au Maroc a révélé des résultats similaires [109].

- La majorité des patients se soignent par les plantes (72%) au moment de la crise hémorroïdaire. Alors que dans l'étude d'Y. Dahani, 62% des patients utilisent la phytothérapie régulièrement, 35% des patients l'utilisent au moment de crises et seulement 3% l'utilisent occasionnellement [100]. Cependant la durée du traitement par les plantes médicinales dépend de la pathologie à traiter.
- 88% des patients utilisent les remèdes seuls sans les associer au traitement médical conventionnel. Seulement 12% utilisaient les remèdes en association avec le traitement médical. Cela confirme les résultats précédents sur le recours à la médecine traditionnelle

Discussion

Ce résultat rejoint celui de Mamadou A. J. au Niger où 97,8% utilisent le remède seul [106].

- La majorité des patients (80%) ont utilisé les remèdes non conventionnels pour traiter la maladie hémorroïdaire alors que seulement 20% l'utilisent pour se soulager. Ce qui diffère de résultats rapportés par Benkhniq et al au Maroc où 40 % des gens pensent que les plantes médicinales permettent une guérison des maladies traitées et 52 % estiment que les plantes médicinales permettent seulement une amélioration de l'état de santé [109].
- 93% des patients qui ont utilisé les remèdes non conventionnels disent avoir observé une amélioration et une efficacité du traitement alors que les autres (7%) n'ont senti aucune efficacité après l'utilisation de ces remèdes. Des résultats similaires ont été constatés dans l'étude de A. Tachema et S. Bendimerad à Tlemcen [96],
- Peu de patients ont signalé l'apparition d'effets indésirables suite à l'utilisation de plantes (19%). Ces effets peuvent être liés à la plante ou à un surdosage, une longue durée d'utilisation, une interaction ou une confusion de plante.
Ces résultats sont proches de ceux de Z. Briki dans une étude réalisée en Algérie (M'sila) où les effets secondaires ont été observés chez 7% des utilisateurs des plantes [112], et de ceux de Benkhniq et al au Maroc où 8 % de la population locale pensent que les plantes médicinales sont responsables d'effets secondaires[109].

CONCLUSION

La pathologie hémorroïdaire est sans aucun doute la plus fréquente des affections proctologiques et constitue un motif extrêmement répandu de consultation en médecine générale, proctologie, gastroentérologie même si son épidémiologie reste inconnue.

Le traitement de la maladie hémorroïdaire requiert différents moyens médicaux ou chirurgicaux. La plupart des personnes qui souffrent d'hémorroïdes parviennent à soulager leurs symptômes ponctuels avec divers soins en utilisant des médicaments modernes ou traditionnels.

Dans ce contexte, certains remèdes naturels ont montré des effets prononcés contre les affections hémorroïdaire et dont l'usage est reconnu par l'OMS.

Cette enquête ethno-pharmacologique nous a permis de recenser les remèdes non conventionnels utilisés dans le traitement des hémorroïdes à Tlemcen. Ces remèdes sont répartis en quatre origines : végétale, minérale, animale et chimique. Pour les remèdes végétaux nous avons recensé 52 plantes qui sont endémiques pour la plupart, elles seraient pour la médecine moderne d'un intérêt important afin de traiter la pathologie hémorroïdaire. Mais cet usage doit s'appuyer sur les résultats des études scientifiques bien menées tout en précisant le mécanisme d'action des remèdes, la dose thérapeutique et toxique, car ces remèdes non conventionnels représentent sans aucun doute une source potentielle pour l'amélioration de l'état du patient, mais aussi des effets secondaires toxiques parfois mortels d'où la nécessité d'une vigilance continue.

Enfin, l'efficacité des remèdes non conventionnels est reconnue dans le soulagement des symptômes des hémorroïdes, mais leur utilisation conventionnelle devra passer par multiples recherches afin de préciser leur efficacité et leur innocuité.

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

- [1] J.-D. Zeitoun et V. de Parades, « Pathologie hémorroïdaire : de la physiopathologie à la clinique », La Presse Médicale, p. 920-926, oct. 2011.
- [2] A. Halverson, « Hemorrhoids », Clin Colon Rectal Surg, p. 77-85, mai 2007.
- [3] M. M. Cerato, N. L. Cerato, P. Passos, A. Treigue, Et D. C. Damin, « Surgical Treatment Of Hemorrhoids: A Critical Appraisal Of The Current Options », p. 66-70, 2014.
- [4] A. Senéjoux, « Traitement médical de la pathologie hémorroïdaire », La Presse Médicale, p. 927-930, oct. 2011.
- [5] S. D. Dibong, P. B. M. Ottou, D. Vandj, R. C. Ndjib, F. M. Tchamaha, et E. M. Mpondo, « Ethnobotanique des plantes médicinales anti hémorroïdaires des marchés et villages du Centre et du Littoral Cameroun », Journal of Applied Biosciences, p. 9072-9093-9093, janv. 2015.
- [6] A.-L. Tarrerias, Pathologie hémorroïdaire. Paris : Springer-Verlag, 2010.
- [7] I. Konaté et al., « Le traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire selon la technique de Milligan et Morgan : à propos de 49 cas », J Afr Hepato Gastroenterol, p. 138-140, sept. 2015.
- [8] A. C. von Roon, G. E. Reese, et P. P. Tekkis, « Haemorrhoids: haemorrhoidal artery ligation », BMJ Clinical Evidence, vol. 2009, 2009.
- [9] G. Beylot, « La maladie hémorroïdaire », Actualités Pharmaceutiques, , p. 43-46, mars 2008.
- [10] V. Lohsiriwat, « Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management », World J Gastroenterol, p. 2009-2017, mai 2012..
- [11] M. Yousefi et al., « Clinical Evaluation of Commiphora Mukul, a Botanical resin, in the Management of Hemorrhoids: A randomized controlled trial », Pharmacogn Mag, p. 350-356, 2013.
- [12] V. Lohsiriwat, « Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view », World J. Gastroenterol., p. 9245-9252, août 2015.
- [13] M. H. Diarra, « Perception et prise en charge de la maladie hémorroïdaire en Commune I du District de Bamako », 2018.

Références bibliographiques

- [14] E. Ernst et M. H. Cohen, « Informed Consent in Complementary and Alternative Medicine », *Arch Intern Med*, p. 2288-2292, oct. 2001.
- [15] J.-D. Zeitoun, A. Chryssostalis-Kulundzic, et J. Lefèvre, *Hépatologie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale*. 2017.
- [16] Mr Drissa Sangare, « La Maladie Hemorroïdaire Interne Dans Les Centres D'endoscopie Digestive Du Chu Gabriel Toure Et Des Cabinets Medicaux », 2008.
- [17] M. A. A. Ali, « Examen proctologique chez la parturiente dans les 1ères 24heures du postpartum », p. 105, 2010.
- [18] Paul Tillaux, *Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie*. P. Asselin, 1877.
- [19] Oumar Toure, « Etude Des Fistules Anales Primaires Dans Les Services De Chirurgie Generale Et Pediatrique Du Chu Gabriel Toure. A Propos De 64 Cas », *Universite De Bamako*, 2006.
- [20] J.-H. Lee, H.-E. Kim, J.-H. Kang, J.-Y. Shin, et Y.-M. Song, « Factors Associated with Hemorrhoids in Korean Adults: Korean National Health and Nutrition Examination Survey », *Korean J Fam Med*, vol. 35, n° 5, p. 227-236, sept. 2014.
- [21] J. F. Johanson, « The Prevalence of Hemorrhoids and Chronic Constipation », p. 7, 1990.
- [22] J. Denis, F. A. Allaert, et E. Nuris, « Enquête 4P : Prévalence de la Pathologie Proctologique en Pratique de gastro-entérologie », p. 3, 2002.
- [23] C. Assi et al., « Prévalence des hémorroïdes et de la fissure anale dans l'étiologie des proctalgies inaugurales au centre hospitalier universitaire de COCODY Côte d'Ivoire », *Mali Médical*, 2012.
- [24] khadija Halal, « Épidémiologie analytique des affections proctologiques expérience du service de chirurgie viscérale ii et de proctologie a HMIMV », 2008.
- [25] T. Yamana, « Japanese Practice Guidelines for Anal Disorders I. Hemorrhoids », *Journal of the Anus, Rectum and Colon*, p. 89, 2017.
- [26] Z. Sun et J. Migaly, « Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management », *Clin Colon Rectal Surg*, p. 22-29, mars 2016.
- [27] N. Margetis, « Pathophysiology of internal hemorrhoids », *Ann Gastroenterol*, p. 264-272, 2019.

Références bibliographiques

- [28] S. Khan et al., « Surgical treatment of hemorrhoids », *Dis Colon Rectum*, p. 845-849, juin 2001.
- [29] R. R. van Tol, M. P. A. Bruijnen, J. Melenhorst, S. M. J. van Kuijk, L. P. S. Stassen, et S. O. Breukink, « A national evaluation of the management practices of hemorrhoidal disease in the Netherlands », *Int J Colorectal Dis*, p. 577-588, 2018.
- [30] R. D. Madoff et J. W. Fleshman, « American gastroenterological association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids1 », *Gastroenterology*, p.1463-1473, mai 2004.
- [31] L. Abramowitz, D. Benabderrhamane, J. Philip, D. Pospait, N. Bonin, et M. Merrouche, « Pathologie hémorroïdaire de la parturiente », *La Presse Médicale*, p. 955-959, oct. 2011.
- [32] V. Lohsiriwat, « Anorectal emergencies », *World J Gastroenterol*, p. 5867-5878, juill. 2016.
- [33] R. Chautems, G. Zufferey, et B. Roche, « Pathologie hémorroïdaire: approche diagnostique et thérapeutique à l'usage du praticien », p. 7, 2015.
- [34] J.-D. Zeitoun et V. de Parades, « Stratégie de prise en charge de la pathologie hémorroïdaire », *La Presse Médicale*, p. 948-954, oct. 2011.
- [35] P. Dalibon, « La maladie hémorroïdaire », *Actualités Pharmaceutiques*, p. 46-50, mars 2019.
- [36] C. Sanchez et B. T. Chinn, « Hemorrhoids », *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, p. 5-13, mars 2011.
- [37] R. A. Ganz, « The evaluation and treatment of hemorrhoids: a guide for the gastroenterologist », *Clin. Gastroenterol. Hepatol*, p. 593-603, juin 2013.
- [38] T. Mott, K. Latimer, et C. Edwards, « Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options », *AFP*, p. 172-179, févr. 2018.
- [39] A. Lawrence et E. R. McLaren, « External Hemorrhoid », in *StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*, 2019.
- [40] A. L. Mounsey, J. Halladay, et T. S. Sadiq, « Hemorrhoids », *Am Fam Physician*, p. 204-210, juill. 2011.

Références bibliographiques

- [41] M. Trop, « Apport de la coloscopie dans le diagnostic des rectorragies à Dakar (Sénégal) », *Médecine Tropicale*, vol. 69, n° 3, p. 286–288, 2009.
- [42] M. Suissa, *Coloscopie virtuelle*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2011.
- [43] R. M. Kluiber et B. G. Wolff, « Evaluation of anemia caused by hemorrhoidal bleeding », *Dis. Colon Rectum*, p. 1006-1007, oct. 1994.
- [44] J. M. Jorge et S. D. Wexner, « Anorectal manometry: techniques and clinical applications », *South. Med. J.*, p. 924-931, août 1993.
- [45] T. Higuero et al., « Recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire – texte court », *Journal de Chirurgie Viscérale*, p. 220-224, juin 2016.
- [46] D. Soudan, « Traitement médical de la maladie hémorroïdaire : du nouveau en 2009 ? », *Pelv Perineol*, p. 158-162, juin 2009.
- [47] G. Staumont, É. Gorez, et J.-M. Suduca, « Traitements instrumentaux de la pathologie hémorroïdaire », *La Presse Médicale*, p. 931-940, oct. 2011,.
- [48] A. L., G. P., S. G., et S. D., « Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, p. 942-951, déc. 2001.
- [49] M. Picchio, E. Greco, A. Di Filippo, G. Marino, F. Stipa, et E. Spaziani, « Clinical Outcome Following Hemorrhoid Surgery: a Narrative Review », *Indian J Surg*, p. 1301-1307, déc. 2015.
- [50] B. Vinson-Bonnet, « Chirurgie hémorroïdaire : évolution vers une prise en charge en ambulatoire », *La Presse Médicale*, p. 297-300, mars 2014.
- [51] N. W. Chabi et al., « Evaluation of the Toxicity of *Hemizygia bracteosa* (Benth) Plant Used in Traditional Medicine for the Treatment of Diabetes Mellitus in Benin », *American Journal of Biomedical Research*, p. 40-44, juill. 2015.
- [52] Organisation mondiale de la santé, *Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*. 2013.
- [53] S. Sicard, « Les médecines non conventionnelles : enquête sur leur définition et appropriation par 25 professionnels de santé de la presqu’île guérandaïse en 2009 », *Thèse*

Références bibliographiques

- d'exercice, Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales, France, 2012.
- [54] odile CATIER et danielle ROUX, Botanique, Pharmacognosie, Phytothérapie 3e édition. 2007.
- [55] A. B. ABOUBACRY, « Phytothérapie des principales maladies parasitaires rencontrées dans le Fouta en République Islamique de Mauritanie », 2011.
- [56] J.Vercauteren, Plan,schémas,Formules du cours de PHARMACOGHNSIE. 2007.
- [57] S. française d'ethnopharmacologie, Ethnopharmacologie : sources, méthodes, objectifs : actes du 1er Colloque européen d'ethnopharmacologie, Metz, Centre Internationale des Congrès, 23-25 mars 1990. IRD Editions, 1991.
- [58] J. Fleurentin, « L'ethnopharmacologie au service de la thérapeutique : sources et méthodes », HEGEL, n° 2, 2012.
- [59] R. Portères, « L'ethnobotanique : Place - Objet - Méthode - Philosophie », Journal d'agriculture traditionnelle et de botanique appliquée, p. 102-109, 1961
- [60] Henri Paul Bourobou Bourobou, « Initiation à l'ethnobotanique : collecte de données », 2013.
- [61] H. Lehmann, « Le médicament à base de plantes en Europe : statut, enregistrement, contrôles », p. 342, 2013.
- [62] M. B. Mhamed et M. Sebai, « La phytothérapie entre la confiance et méfiance », p. 71, 2012.
- [63] H. CHACHA et H. MAYOU, « Etude des risques liés à la phytothérapie traditionnelle dans la région de Ouargla », 2016.
- [64] B. AZIRA et F. TALEB, « Etude des tisanes bébés vendues dans les pharmacies algériennes », PhD Thesis, Université de Blida 1, Faculté de Médecine, 2019.
- [65] Z. BRIKI, « Etude Ethnobotanique des plantes médicinales de la commune de M'Sila », PhD Thesis, Université Mohamed BOUDIAF de M'Sila, 2019.
- [66] A. Bouzid, R. Chadli, et K. Bouzid, « Étude ethnobotanique de la plante médicinale *Arbutus unedo* L. dans la région de Sidi Bel Abbés en Algérie occidentale », Phytothérapie, p. 373-378, déc. 2017.
- [67] S. M. K. Rates, « Plants as source of drugs », Toxicon, p. 603–613, 2001.
- [68] M. E. Mpondo, D. S. DIBONG, R. J. PRISO, A. NGOYE, et F. L. Yemeda, « État actuel de la médecine traditionnelle dans le système de santé des populations rurales et urbaines de Douala (Cameroun) », Journal of Applied Biosciences, p. 4036–4045, 2012.

Références bibliographiques

- [69] H. Yuan, Q. Ma, L. Ye, et G. Piao, « The Traditional Medicine and Modern Medicine from Natural Products », *Molecules*, avr. 2016.
- [70] I. Coulibaly, B. Keita, et M. Kuepie, « Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique », *Actes des colloques de l'AIDELF*, p. 223–40, 2008.
- [71] B. Ikram, « Inventaire des plantes médicinales de la réserve de Chasse de Moutas (Tlemcen) », p. 101, 2017.
- [72] A. Koulibaly, M. Monian, J. Ackah, M. W. Koné, et K. Traore, « Étude ethnobotanique des plantes médicinales : cas des affections les plus fréquentes d'une région agricole Daloa (Centre Ouest, Côte d'Ivoire) », *Journal of Animal & Plant Sciences*, p. 5021–5032, 2016.
- [73] S. D. Dibong, P. B. M. Ottou, D. Vandi, R. C. Ndjib, F. M. Tchamaha, et E. M. Mpondo, « Ethnobotanique des plantes médicinales anti hémorroïdaires des marchés et villages du Centre et du Littoral Cameroun », *Journal of Applied Biosciences*, p. 9072-9093-9093, janv. 2015.
- [74] A. Chevallier, *Encyclopédie des plantes médicinales*. Paris: Larousse, 2001.
- [75] Joanne Barnes, Linda A. Anderson, J. David Phillipson, *Herbal Medicines*. 2007.
- [76] Susan G. Wynn DVM, Barbara Fougere BVSc BVMS(Hons), *Veterinary Herbal Medicine*. 2007.
- [77] K. Ghedira, P. Goetz, et R. Le Jeune, « Ginkgo biloba (Ginkgoaceae) : ginkgo », *Phytothérapie*, p. 194-201, juin 2012.
- [78] Samia AOUADHI, « Memoire Online - Atlas des risques de la phytothérapie traditionnelle. à%étude de 57 plantes recommandées par les herboristes - ».
- [79] C. Boisvert et P. Aucante, *Plantes et remèdes naturels*. Genève; Paris: Aubanel, 2003.
- [81] E. Jouzier, « Solanacées médicinales et philatélie », *Bulletin-Societe De Pharmacie De Bordeaux*, p. 311, 2005.
- [82] A. Chaib, *Guide de la phytothérapie plantes et huiles médicales*. 2015.
- [83] A. Beloued, *Plantes médicinales d'algérie*. 2012.
- [84] B. Jean, *Pharmacognosie, phytochimie, plantes médicinales* (4e ed.). Lavoisier, 2009.
- [85] A. Saidi et O. Ali Belhadj, « Enquête sur les plantes anti hypertensives de la région de Tlemcen », *Thesis*, 2016.
- [86] Kaddem Salah Eddine, *Les plantes médicinales en Algérie*. 1990.

Références bibliographiques

- [87] F. Z. Bouiddouh, « Evolution des paramètres biochimiques sériques chez les rats wistar traités par l'extrait éthanolique des graines de la coloquinte (*Citrullus colocynthis* », Thesis, 2014.
- [88] W. MEZIANE, « Contribution à l'étude de l'analyse physicochimique de l'huile de *Citrullus colocynthis* (colo quinte) et de son pouvoir antimicrobien », PhD Thesis, 2015.
- [89] R. Azzi, « Contribution à l'étude de plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel du diabète sucré dans l'Ouest algérien : enquête ethnopharmacologique ; Analyse pharmaco-toxicologique de Figuier (*Ficus carica*) et de coloquinte (*Citrullus colocynthis*) chez le rat Wistar. », Thesis, 2013.
- [90] A. KALT, « TREMPEZ VOS FESSES DANS L'EAU FROIDE », 2015.
- [91] V. Reyt, « Propriétés et utilisations de l'argile verte », *Actualités Pharmaceutiques*, p. 45-47, avr. 2017.
- [92] F. Balas, « Les propriétés thérapeutiques du miel et leurs domaines d'application en médecine générale: revue de la littérature », *Médecine Humaine et Pathologie*, 2015.
- [93] T. Guindeuil, « « Pour l'âne, le miel n'a pas de goût ». Miel et société dans l'histoire du royaume d'Éthiopie », *Journal des africanistes*, n° 80-1/2, p. 283-306, juin 2010.
- [94] G. Beylot, « La maladie hémorroïdaire », *Actualités Pharmaceutiques*, p. 43-46, mars 2008.
- [95] A. Girard, « La place du pharmacien dans le conseil en phytothérapie », p. 150, mars 2018.
- [96] T. Abir et B. Sanaa, « Enquête sur l'usage des plantes médicinales par les patientes atteintes de cancer du sein au niveau du service d'oncologie, CHU-Tlemcen ».
- [97] B. Rabah et L. Bahbah, « Utilisation des plantes médicinales chez les diabétiques au service de médecine interne du chu tlemcen », Thesis, 2016.
- [98] Ftima Ezzahra Bensalek, « L'utilisation des plantes médicinales pour le traitement des troubles fonctionnels intestinaux dans le contexte marocain », 2018.
- [99] K. Ouahiba et B. Khadidja, « Étude de la phytothérapie traditionnelle dans la région de Fenoughil », p. 65, 2018.
- [100] D. Youssouf, « Utilisation des plantes médicinales dans le traitement de l'asthme dans la wilaya de Tlemcen » 2009.
- [101] Z. Douhi, « La ligature élastique des hémorroïdes internes », 2008.

Références bibliographiques

- [102] D. Boureima, « Connaissances, Attitudes et Pratiques Comportementales liées aux Hémorroïdes dans le Service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel Touré et auprès des Thérapeutes Traditionnels au Mali », p. 100, 2006.
- [103] R. Bleday, J. P. Pena, D. A. Rothenberger, S. M. Goldberg, et J. G. Buls, « Symptomatic hemorrhoids: Current incidence and complications of operative therapy », *Diseases of the Colon & Rectum*, p. 477–481, mai 1992.
- [104] A. Sarı et M. Ş. Erbay, « Plants used in traditional treatment against hemorrhoids in Turkey », p. 110-132, avr. 2018.
- [105] S. D. Dibong, P. B. M. Ottou, D. Vandi, R. C. Ndjib, F. M. Tchamaha, et E. M. Mpondo, « Ethnobotanique des plantes médicinales anti hémorroïdaires des marchés et villages du Centre et du Littoral Cameroun », *Journal of Applied Biosciences*, p. 9072-9093-9093, janv. 2015.
- [106] A. Mahamane, M. Saadou, et D. Soumana, « Annales UAM T23 Série A Vol.1 2018 », déc. 2019.
- [107] M. O. Soladoye, M. O. Adetayo, E. Chukwuma, et N. Amusa, « Ethnobotanical survey of plants used in the treatment of haemorrhoids in South-Western Nigeria », *Annals of Biological Research*, vol. 1, p. 1-15, janv. 2010.
- [108] Saidi Amina, Ali Belhadj Oussama, « Enquête sur les plantes anti hypertensives de la région de Tlemcen », 2016.
- [109] O. Benkhniq, L. Zidane, M. Fadli, H. Elyacoubi, A. Rochdi, et A. Douira, « Etude ethnobotanique des plantes médicinales dans la région de Mechraâ Bel Ksiri (Région du Gharb du Maroc) », *Acta Botanica Barcinonensia*, p. 191-216, 2010.
- [110] S. Salhi, M. Fadli, L. Zidane, et A. Douira, « Etudes floristique et ethnobotanique des plantes médicinales de la ville de Kénitra (Maroc) », *Lazaroa*, p. 133-143, 2010.
- [111] M. H. Hashempur, F. Khademi, M. Rahmanifard, et M. M. Zarshenas, « An Evidence-Based Study on Medicinal Plants for Hemorrhoids in Medieval Persia », *J Evid Based Complementary Altern Med*, p. 969-981, oct. 2017.
- [112] Z. Briki, « Etude Ethnobotanique des plantes médicinales de la commune de M'Sila », Thesis, Université Mohamed BOUDIAF de M'Sila, 2019.
- [113] A. Robert et W. Max, *Plantes thérapeutique Tradition, pratique officinale, science et thérapeutique*. 2003.

Références bibliographiques

ANNEXES

ANNEXE I

Tableau IV : RESUME DES AUTRES PLANTES MEDICINALES UTILISEES DANS LE TRAITEMENT DES HEMORROÏDES.

Nom français	Nom scientifique	Famille	Partie utilisée	Référence
Abricotier	<i>Prunus armeniaca</i>	Rosacées	Écorce, Fruit	[82]
Ansérine	<i>Chenopodium ambrosioides</i>	Chénopodiacées	Plante entière	[74]
Baniam	<i>Ficus benghalensis</i>	Moracées	Latex	[74]
Bassia	<i>Madhuca spp</i>	Sapotacées	Graine	[74]
Benoite	<i>Ceum urbanum</i>	Rosacées	Racine, partie aérienne	[74]
Bistorte	<i>Polygonu, bistorta</i>	Polygonacées	Feuille, rhizome	[74]
Bourse à pasteur	<i>Capsella bursa-pastoris</i>	Brassicacées	Partie aérienne	[82]
Buplèvre	<i>Bupleurum chinense</i>	Astéracées	Racine	[74]
Camomille	<i>Chamomilla recutita</i>	Astéracées	Capitules floraux	[75]
Cataire	<i>Nepteta cataria</i>	Lamiacées	Partie aérienne	[74]
Chardon marie	<i>Silybum marianum</i>	Astéracées	Graine, fleur, capitules floraux	[74]
Collinsone	<i>Collinsonia canadensis</i>	Lamiacées	Racine, feuille	[74]
Concombre d'âne	<i>Ecbalium elaterium rich</i>	Cucurbitacées	Graine	[86]

Annexes

Copahier	<i>Copaifera spp</i>	Fabacées	Oléorésine	[74]
Erigeron du Canada	<i>Erigeron canadensis</i>	Astéracées	Partie aériennes	[74]
Euphorbe	<i>Stillingia sylvatica</i>	Euphorbiacées	Racine	[75]
Fenugrec	<i>Trigonella foenum-gaecum</i>	Fabacées	Graine	[113]
Ficaire	<i>Ranunculus ficaria</i>	Renonculacées	Partie aérienne	[74],[75]
Fragon	<i>Ruscus aculeatus</i>	Ruscacées	Partie aérienne, rhizome	[74]
Géranium Américain	<i>Géranium maculatum</i>	Géraniacées	Partie aérienne	[74]
Grand plantain	<i>Plantago major</i>	Plantaginacées	Feuille	[74],[75]
Grenadier	<i>Punica granatum</i>	Lythracées	Fruit, écorce	[74]
Lamier blanc	<i>Lamium album</i>	Labiées	Sommités fleuries	[74]
Lierre terrestre	<i>Glechoma hederacea</i>	Lamiacées	Partie aérienne	[75]
Lin	<i>Linum usitatissimum</i>	Linacées	Graine	[74]
Linaire	<i>Linaria vulgaris</i>	Scrophulariacées	Partie aérienne	[74]
Margousier	<i>Azadirachta indica</i>	Méliacées	Feuille, graine	[74]
Matico	<i>Piper angustifolia</i>	Pipéracées	Feuille	[74]
Mélisse	<i>Melissa officinalis</i>	Lamiacées	Feuille, sommités fleuries	[74]
Molène	<i>Verbascum thapsus</i>	Scrophulariacées	Feuille	[82]
Momordique	<i>Momordica charantia</i>	Cucurbitacées	Graine	[74]
Murier sauvage	<i>Rubus fruticosus</i>	Rosacées	Feuille, baie	[74]
Myrte	<i>Myrtus communis</i>	Myrtacées	Feuilles, huile essentielle	[78]

Annexes

Myrtille	<i>Vaccinium myrtillus</i>	Éricacées	Baie, feuille	[74],[79]
Olivier	<i>Olea europea</i>	Oléacées	Fruit	[86]
Orme rouge	<i>Ulmus rubra</i>	Ulmacées	Écorce	[74]
Palas	<i>Butea monosperma</i>	Fabacées	Feuille, fleur	[74]
Patchouli	<i>Pogosternon cablin</i>	Lamiacées	Feuille	[74]
Peuplier de Galaad	<i>Populus candicans</i>	Salicacées	Bourgeons, écorce	[74]
Pimprenelle	<i>Sanguisorba officinalis</i>	Rosacées	Partie aérienne, racine	[74],[79]
Plantin lancéolé	<i>Plantago lanceolata</i>	Plantaginacées	Graine, feuille	[82]
Pomme de terre	<i>Solanum tuberosum</i>	Solanacées	Tubercule	[74]
Potentille ansérine	<i>Potentilla ansérina</i>	Rosacées	Partie aérienne, racine	[74]
Psyllium	<i>Plantago afra syn.p.</i>	Plantaginacées	Graine	[75]
Ratanhia du péron	<i>Krameria triandra</i>	Kramériacées	Racine	[74]
Renouée	<i>Polygonum aviculare</i>	Polygonacées	Partie aérienne	[74]
Sanicle	<i>Sanicula europea</i>	Apiacées	Partie aérienne	[74]
Scrofulaire noueuse	<i>Scrophularia nodosa</i>	Scrofulariacées	Partie aérienne	[74]
Sorbier	<i>Sorbus aucupaia</i>	Rosacées	Fruit	[74]
Souci officinal	<i>Calendula officinalis</i>	Astéracées	Fleur	[75]
Sumac blanc	<i>Rhus glabra</i>	Anacardiées	Écorce, baie	[74]
Tormentille	<i>Potentilla erecta</i>	Rosacées	Partie aérienne, racine	[74]
Véronique de virginie	<i>Leptandra virginica</i>	Scrophulariacées	Racine	[74]
Vigne rouge	<i>Vitis vinifera</i>	Vitacées	Feuille, fruit, sève	[74]

Annexes

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE

Usage des remèdes naturels dans le traitement des hémorroïdes

Numéro de fiche :.....

Avez-vous déjà participé à ce questionnaire ? Oui Non

Information sociodémographique

Age :	Poids	Taille
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
Niveau d'étude: <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> CEM <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Formation		
Etat civil : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf		
Revenu : <input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Bas		
Profession : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans profession		
Zone de vie : <input type="checkbox"/> Rurale <input type="checkbox"/> Urbaine		

Information sur la maladie

Quels sont les symptômes que vous présentez ?

Rectorragie Douleur Démangeaison Bosse près de l'anus
Autre.....

Avez-vous déjà consulté un médecin ? Oui Non

Connaissez-vous le type de vos hémorroïdes ? Oui Non

Si oui : c'est quel type ? Interne Externe

Qu'est-ce qui vous a causé les hémorroïdes ?

Constipation Obésité Grossesse Accouchement
Autre.....

Avez-vous un antécédent personnel ? Aucun Cardiaque Hépatique
Rénal

Avez-vous un antécédent familial ? Oui Non

Prenez-vous un traitement ? Oui Non

Si oui : le(s)quel(s) ?.....

Annexes

Information sur l'usage des remèdes naturels

Prenez-vous des remèdes naturels pour soulager vos hémorroïdes ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ? Plante Glaçon Autre :.....

Qui vous les a conseillés? Médecin Pharmacien Herboriste Famille

Patient atteint d'hémorroïde Autre :.....

Nom de la plante n° 1 :.....

Partie utilisée : Tige Feuille Fleur Ecorce Racine Fruit Bulbe Graine

Plante entière Partie aérienne Autre :.....

Etat de la plante à l'usage : Sèche Fraîche

Mode de préparation : Poudre Extrait Infusion Macération Décoction Autre...

Voie d'administration : Orale Locale Autre :.....

Posologie : Concentration de la drogue :.....

Nombre de prises/jour :.....

Avant repas Pendant repas Après repas Matin Soir Autre

Fréquence d'utilisation : Quotidiennement Au moment de la crise hémorroïdaire

Autre :.....

Avez-vous des effets indésirables ? Oui Non

Si oui, lesquels?.....

Nom de la plante n° 2 :.....

Partie utilisée : Tige Feuille Fleur Ecorce Racine Fruit Bulbe Graine

Plante entière Partie aérienne Autre :.....

Etat de la plante à l'usage : Sèche Fraîche

Mode de préparation : Poudre Extrait Infusion Macération Décoction Autre...

Voie d'administration : Orale Locale Autre :.....

Posologie : Concentration de la drogue :.....

Nombre de prises/jour :.....

Annexes

Avant repas Pendant repas Après repas Matin Soir Autre...

Fréquence d'utilisation : Quotidiennement Au moment de la crise hémorroïdaire

Autre :

Avez-vous des effets indésirables ? Oui Non

Si oui, lesquels?

Utilisez-vous ce(s) remède(s) en association avec le médicament prescrit par le médecin ? Oui Non

Dans quel but, utilisez-vous ce(s) remède(s) ? Traiter la maladie Autre :

Vous sentez-vous mieux en utilisant ce(s) remède(s)? Oui Non

ANNEXE III

Tableau V: LISTE DES PLANTES RECENSEES DE L'ENQUETE, CLASSEES SELON LE NOMBRE DE LEUR CITATION

Non français	Non commun	Non scientifique	Famille	Partie utilisée	Nombres de citations
Ail	ثوم	<i>Allium sativum</i>	Amaryllidacées	Bulbe (gousse)	65
Olivier	زيتون	<i>Olea europaea va.sativa</i>	Oléacées	Huile	43
Aubergine	بادنجان	<i>Solanum melongena</i>	Solanacées	Fruit	26
Marrube blanc	مريوة	<i>Marrubium vulgare</i>	Lamiacées	Feuille	21
Genévrier cade	عرعر شربيني	<i>Juniperus oxycedrus</i>	Cupressacées	Huile	14
Inule visqueuse	ماقرمان	<i>Dittrichia viscosa</i>	Astéracées	Feuille	12
Cumin	كمون	<i>Cuminum cyminum</i>	Apiacées	Graine	9
Genévrier	عرعار	<i>Juniperus communis</i>	Cupressacées	Cône	9
Noix de galle	عفصة	<i>Quercus infectoria</i>	Fagacées	Graine	8
Oignon	بصل	<i>Allium cepa</i>	Amaryllidacées	Bulbe	7
Origan	زعرور	<i>Origanum vulgare</i>	Lamiacées	Sommité fleurie	6
Epine vinette	غريس	<i>Berberis vulgaris</i>	Berbéridacées	Ecorce	5
Figuier	كرموس	<i>Ficus carica</i>	Moracées	Feuille	5
Lavande	ربيعة	<i>Lavandula sp</i>	Lamiacées	Sommité fleurie	5
Menthe	نعناع	<i>Mentha spicata</i>	Lamiacées	Partie aérienne, Feuille	5
Germandrée tomenteuse	خياطة	<i>Teucrium polium</i>	Lamiacées	Feuille	4
Cyprès	سرو	<i>Cupressus sempervirens</i>	Cupressacées	Cône	3
Fenugrec	حلبة	<i>Trigonella foenum-graecum</i>	Fabacées	Graine	3
Persil	بقونس	<i>Petroselinum crispum</i>	Apiacées	Feuille	3
Armoise blanche	شبح	<i>Artémisia herba-alba</i>	Astéracées	Sommité fleurie, feuille	2
Bananier	موز	<i>Musa</i>	Musacées	Fruit	2
Camomilles	بابونج	<i>Anthemis nobilis</i>	Astéracées	Capitule	2
Nigelle	حبة السوداء سانوج	<i>Nigella sativa</i>	Renonculacées	Graine	2
Grenadier	رمان	<i>Punica granatum</i>	Lythracées	Ecorce du fruit	2

Annexes

Haloxylon	رمث	<i>Haloxylon ammodendron</i>	Chénopodiacées	Feuille	2
Henné	حناء	<i>Lawsonia inermis</i>	Lythracées	Feuille	2
Noyer commun	جوز	<i>Juglans regia</i>	Juglandacées	Feuille	2
Pin d'Alep	صنوبر	<i>Pinus halepensis</i>	Pinacées	Cône, Ecorce	2
Romarin	اكليل الجبل	<i>Salvia rosmarinus</i>	Lamiacées	Feuille	2
Vigne rouge	عنب	<i>Vitis vinifera</i>	Vitacées	Feuille	2
Pistachier lentisque	ظرو	<i>Pistacia lentiscus</i>	Anacardiacees	Feuille	2
Aloès	صبر	<i>Aloe vera</i>	Liliacées	Feuille	1
Asperge	سكوم	<i>Asparagus officinalis</i>	Asparagacées	Tige feuillée	1
Calament	نابطة	<i>Acinos arvensis</i>	Lamiacées	Feuille	1
Coriandre	كزبرة	<i>Coriandrum sativum</i>	Apiacées	Graine	1
Daphné garou	زاز	<i>Daphne gnidium</i>	Thyméléacées	Feuille	1
Eucalyptus	كاليتوس	<i>Eucalyptus globulus</i>	Myrtacées	Feuille	1
Fenouil	بسباس	<i>Foeniculum vulgare</i>	Apiacées	Graine	1
Guimauve	مجيرة	<i>Althaea officinalis</i>	Rhamnacees	Partie aérienne	1
Ivette	شندقورة	<i>Ajuga iva</i>	Lamiacées	Feuille	1
Menthe à feuille ronde	ضومران	<i>Mentha rotundifolia</i>	Lamiacées	Feuille	1
Molène	مصلح لمدار	<i>Verbascum</i>	Scrofulariacées	Feuille	1
Navet	لفت	<i>Brassica rapa subsp. rapa</i>	Brassicacées	Racine	1
Orge	شعير	<i>Hordeum vulgare</i>	Poacées	Graine	1
Ortie	حريق	<i>Urtica dioica</i>	Urticacées	Feuille	1
Palmier doum	نخيل الدوم	<i>Hyphaene thebaica</i>	Arecacées	Fruit	1
Peganum	حرمل	<i>Peganum harmala</i>	Zygophyllacées	Graine	1
Pomme de terre	بطاطا	<i>Solanum tuberosum</i>	Solanacées	Tubercule	1
Pommier commun	تفاح	<i>Malus sylvestris</i>	Rosacées	Fruit	1
Prune douce	برقوق	<i>Prunus domestica</i>	Rosacées	Fruit	1
Séné	سنا مكي	<i>Cassia alexandrina</i>	Fabacées	Feuille	1
Ricin commun	خروع	<i>Ricinus communis</i>	Euphorbiacées	Huile	1

Résumé

Les remèdes anti hémorroïdaires utilisés en Algérie sont très peu explorés, une étude ethno-pharmacologique a été réalisée afin de recenser ces remèdes non conventionnels utilisés par les patients atteints de la pathologie hémorroïdaire dans la wilaya de Tlemcen. Il s'agit d'une étude descriptive transversale, s'est étendue sur une durée de six mois (De Juillet 2019 à Décembre 2019), intéressant 363 patients atteints des hémorroïdes. Les informations recueillies à l'aide d'un questionnaire, ont été traitées et analysées par le logiciel IBM-SPSS. 83% des malades ont recours aux remèdes non conventionnels, dont 43% utilisent des remèdes d'origine végétale, le reste des patients utilisent des remèdes d'origine chimique (dentifrice), animale (miel d'abeille) et minérale (eau glacée). 52 espèces végétales ont été inventoriées, appartenant à 32 familles botaniques différentes. Parmi lesquelles trois sont les plus dominantes, Lamiacées, Astéracées, Apiacées. La plante la plus citée (65 fois) est l'ail, suivie par l'huile d'olive (43 fois), l'aubergine (26 fois), le marrube blanc (21 fois), huile de cade (14 fois), l'Inule visqueuse (12 fois), le cumin et genévrier (9 fois) et noix de galle (8 fois). Les feuilles et les graines constituent les parties les plus utilisées et la majorité de ces remèdes sont préparés sous forme de poudre ou de décoction. Ces résultats constituent une base de données pour des recherches ultérieures visant à identifier les principes actifs permettant la formulation de nouveaux médicaments anti-hémorroïdaires.

Mots clés : Ethnopharmacologie, remède non conventionnel, médecine traditionnelle, hémorroïdes, Tlemcen.

Abstract

The anti-hemorrhoidal remedies used in Algeria are very little explored, an ethno-pharmacological survey was carried out to identify these unconventional remedies used by patients with hemorrhoidal pathology at the wilaya of Tlemcen. This is a cross-sectional descriptive study, extended over a period of six months (July 2019 to December 2019), involving 363 patients with hemorrhoids. The data collected using a survey were processed and analyzed by the IBM-SPSS. 83% of patients resort to unconventional remedies, of which 43% use herbal remedies, the rest of the patients use chemical remedies (toothpaste), animal (bee honey) and mineral (ice water). 52 plant species have been inventoried, belonging to 32 different botanical families. Of which tree are the most dominant, Lamiaceae, Asteraceae, Apeaceae. The most cited plant (65 times) is garlic, followed by olive oil (43 times), eggplant (26 times), white marrube (21 times), cade oil (14 times), Inule viscous 12 times, cumin and juniper (9 times) and gall nut (8 times). Leaves and seeds are the most commonly used parts and the majority of remedies are prepared in powder form and decoction. These results provide a database for further research to identify active ingredients for the formulation of new anti-hemorrhoid drugs.

Keywords: Ethnopharmacology, unconventional remedy, traditional medicine, hemorrhoids, Tlemcen.

الملخص

ان دراسة العلاجات المضادة للبواسير المستخدمة في الجزائر قليلة للغاية ، أجريت دراسة عرقية دوائية لتحديد العلاجات التقليدية التي يستخدمها المرضى الذين يعانون من البواسير في ولاية تلمسان. انها دراسة وصفية مستعرضة دامت مدة ستة أشهر (من جويلية 2019 إلى ديسمبر 2019) ، تشمل 363 مصابا بالبواسير. تم معالجة المعلومات التي تم جمعها باستخدام استبيان و تحليلها بواسطة برنامج IBM-SPSS. 83% من المرضى يلجأ الى علاجات التقليدية بما في ذلك 43% يستخدمون العلاجات العشبية و بقية المرضى يستخدمون العلاجات الكيميائية (معجون الاسنان) و الحيوانية (عسل النحل) و المعدنية (ماء مثلج) . تم تحديد 52 نوعاً من النباتات التي تنتمي إلى 32 عائلة نباتية مختلفة. منها ثلاثة هي الأكثر هيمنة: اللامياسيا ، الأستراسيا ، الأبياسيا. النبات الأكثر ذكرا هو الثوم (65 مرة) ، يليه زيت الزيتون (43 مرة) ، الباذنجان (26 مرة) ، المريوة (21 مرة)، زيت العرعر الشربيني (14 مرة) ، الماقرمان (12 مرة) ، الكمون و العرعار (9 مرات) والعفصة (8 مرات). الأوراق والبذور هي الأجزاء الأكثر استخداماً ويتم تحضير معظم العلاجات في شكل مسحوق او مغلي. تشكل نتائج هذه النتائج قاعدة بيانات لمزيد من الأبحاث التي تهدف الى تحديد المكونات النشطة التي تسمح بتكوين ادوية جديدة مضادة للبواسير.

الكلمات المفتاحية: العلاج العرقي ،العلاج التقليدي ،الطب التقليدي ،البواسير ،تلمسان.

