



**Décembre 2023, Volume 7
N°4, Pages 223 - 304**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Décembre 2023, Volume 7,
N°4, Pages 223 - 304

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

EDITORIAL

Articles Originaux Numéros de Pages

- 1) Prise en charge du phéochromocytome : expérience du service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa Pouye. **Ka et al..... 223**
- 2) Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme : à propos de 13 cas à l'Hôpital du Mali. **Maiga AA et al..... 228**
- 3) Maladie hémorroïdaire traitée par la méthode de Milligan-Morgan à l'Hôpital National Donka. **Sylla H et al.235**
- 4) Cure prothétique des éventrations post-opératoires de l'adulte à l'hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry (Guinée). **Soumaoro LT et al.240**
- 5) Invaginations intestinales aiguës de l'adulte : aspects diagnostiques, thérapeutiques à propos de 7 cas diagnostiqués au CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine de Bangui (RCA). **Ngboko Mirotiga PA et al.247**
- 6) Mortalité de l'atrésie de l'œsophage en milieu défavorisé : à propos de 21 cas. **Salihou AS et al.254**
- 7) Colectomie idéale versus colectomie en 2 temps : indications et résultats au CHU de Conakry. **Diakité SY et al.260**
- 8) Étude de la mortalité post-opératoire au service de chirurgie générale du CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine de Bangui, RCA. **Doui Doumgba A et al.271**
- 9) Aspects diagnostiques et thérapeutiques des perforations digestives non traumatiques au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Diallo FK et al.280**

CAS CLINIQUES

- 10) Prise en charge d'un cancer canalaire invasif du sein chez un homme de 61 ans à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé : difficultés thérapeutiques. **Ngaha J et al.288**
- 11) Hernies post-traumatiques dites « guidon ». Expérience de l'Hôpital du District sanitaire de Tessoua/Malai /Niger. **Maman Boukari H et al.295**
- 12) Pseudokyste du pancréas chez la personne âgée : à propos d'une observation à l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry et revue de la littérature. **Diakité SY et al.....299**

EDITORIAL

Original Articles Pages number

- 1) *Management of pheochromocytoma: experience of the general surgery department of the Idrissa Pouye Geneal Hospital. **Ka I et al.....223***
- 2) *Surgical treatment of traumatic ruptures of the diaphragm: about 13 cases at the Mali Hospital. **Maiga AA et al.....228***
- 3) *Hemorrhoidal disease treated by the Milligan-Morgan operation at the Donka National Hospital. **Sylla H et al.....235***
- 4) *Prosthetic mesh repair of adult incisional hernia at Ignace Deen Natinal Hospital, Universiry Hospital of Conakry (Guinea). **Souamoro LT et al..... 240***
- 5) *Acute intestinal intussusception in adults: diagnostic and therapeutic aspects of seven cases diagnosed at the Sino central African Friendship Hospital in Bangui (CAR). **Ngboko Mirotiga PA et al.....247***
- 6) *Mortality of oesophageal atresia in low-income setting: about 21 cases. **Salihou AS et al254***
- 7) *Ideal colectomy versus two-stages colectomy: indications and results at Conakry University Hospital. **Diakité SY et al.....260***
- 8) *Study of post-operative mortality in the general surgery department of the Sino- central African Friendship University Hospital in Bangui, CAR. **Doui Doumgba A et al271***
- 9) *Diagnostic and therapeutic aspects of non-traumatic digestive perforations at the Libreville University Hospital (Gabon). **Diallo FK et al.....280***

CASES REPORTS

- 10) *Management of invasive ductal carcinoma of the breast in a 61-years-old male at the Yaounde Gyneco-obstetric and pediatric hospital: therapeutic challenges. **Ngaha J et al.....288***
- 11) *Post-traumatic handlebar hernias. Experience of the Health District Hospital of Tessoua/Marali/Niger. **Maman Boukari H et al.....295***
- 12) *Pseudocyst of pancreas in the elderly: about a case presentation at National Hospital Donka, University Hospital of Conakry and review of literature. **Diakité SY et al.....299***

MALADIE HEMORROIDAIRE TRAITÉE PAR LA METHODE DE MILLIGAN-MORGAN A L'HOPITAL NATIONAL DONKA

HEMORRHOIDAL DISEASE TREATED BY THE MILLIGAN-MORGAN METHOD AT THE DONKA NATIONAL HOSPITAL

SYLLA H¹, CAMARA FL¹, BALDE AK¹, BALDE H¹, DIAKIE SY¹, BARRY AM¹, DOUMBOUYA B², TOURE A³, DIALLO B¹ et al.

(1) = Service de chirurgie viscérale, hôpital national Donka CHU de Conakry – Guinée

(2) = Service de chirurgie générale, hôpital régional de Faranah – Guinée

(3) = Service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry – Guinée

AUTEUR CORRESPONDANT : Dr SYLLA HAMIDOU*, Tel : 00224628-95-11-78

Mail: flcamara37@gmail.com

RESUME

Introduction : les hémorroïdes sont une affection ano-rectale courante. L'hémorroïdectomie selon Milligan Morgan consiste en l'excision des paquets variqueux hémorroïdaires. Cette technique est considérée comme le « gold standard ». Cependant, elle est associée à une morbidité post-opératoire importante. Le but de notre étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge des hémorroïdes traitées selon Milligan-Morgan. **Méthodologie** : il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive de 3 ans allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017. Les dossiers des patients traités par Milligan Morgan ont constitué la population d'étude. Nos variables étaient épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques. La collecte a été manuelle faite sur des fiches de recueil des données. **Résultats** : nous avons colligé 56 dossiers de patients traités par la technique de Milligan Morgan, soit 2,76 % de toutes les hospitalisations (N = 2025). L'âge moyen était de 45,3 ans (extrêmes : 24 et 85 ans). La tranche d'âge de 30 à 39 ans était la plus représentée 37,5% (n= 21). La douleur anale 100% (n=56), la rectorragie 55,35 % (n=31) et le prolapsus 44,64 % (n=25) étaient les motifs retrouvés. La durée moyenne d'évolution était de 4,13 ans ; extrêmes (0,16 et 31 ans). Les comorbidités étaient le diabète 12,5% (n=

7), l'HTA 7,14% (n= 4) et le VIH 5,35% (n= 3). Plus de quarante-quatre pourcent (n=25) étaient des hémorroïdes de grade 3 ; 21,42% (n=12) de grade 4 et 14,28 % (n=8) de grade 2 compliqué de rectorragie. Les suites opératoires ont été simples dans 80,35% (n=45). Les complications post opératoires rencontrées étaient la rétention urinaire 10,71 % (n=6), l'hémorragie 7,14% (n=4), la suppuration 7,14% (n=4) et la constipation 1,78% (n=1). **Conclusion** : malgré la multitude de technique de cure chirurgicale des hémorroïdes ; l'hémorroïdectomie selon Milligan-Morgan reste largement pratiquée en raison du moindre coût de l'opération, et est le traitement le plus efficace disponible dans notre contexte d'exercice.

Mots clés : Hemorroïdectomie, Milligan-Morgan, Hôpital Donka

ABSTRACT

Introduction: Hemorrhoids are a common anorectal condition. Hemorrhoidectomy according to Milligan Morgan consists of the excision of varicose hemorrhoidal nodules. This technique is considered the “gold standard”. However, it is associated with significant postoperative morbidity. The aim of our study was to report our experience in the management of hemorrhoids treated according to Milligan, Morgan. **Methodology:** This was a retrospective, descriptive study over 3 years from January 1, 2015 to December 31, 2017. The patients treated by Milligan Morgan formed the study population. Our variables were epidemiological, therapeutic and prognostic. **Results:** we collected 2.76% (n=56) of patients treated by the Milligan Morgan technique of all hospitalizations (N=2,025). The average age was 45.3 years; extremes (24 and 85 years). The age group of 30 to 39 years was the most represented 37.5% (n = 21). Anal pain 100% (n=56), rectorrhagia 55.35%

(n=31) and prolapse 44.64% (n=25) were the reasons found. The average duration of evolution was 4.13 years; extreme (0.16 and 31 years). The comorbidities were diabetes 12.5% (n= 7), hypertension 7.14% (n= 4) and HIV 5.35% (n= 3). More than forty-four percent (n=25) were grade 3 hemorrhoids; 21.42% (n=12) grade 4 and 14.28% (n=8) grade 2 complicated by rectal bleeding. The postoperative course was simple in 80.35% (n=45). The postoperative complications encountered were urinary retention 10.71% (n=6), hemorrhage 7.14% (n=4), suppuration 7.14% (n=4) and constipation 1.78% (n=1). **Conclusion:** despite the multitude of therapeutic techniques for hemorrhoids; Milligan-Morgan hemorrhoidectomy remains widely practiced due to the lower cost of the operation, and is the most effective treatment available in our practice setting.

Key words: Hemorrhoidectomy, Milligan-Morgan, Donka Hospital

INTRODUCTION

Les hémorroïdes sont une affection ano-rectale courante avec un impact médical et socio-économique majeur. Ils touchent une grande partie de la population adulte dans le monde, avec des taux signalés au Royaume-Uni allant de 13 % à 36 %. Les symptômes les plus courants sont les saignements rectaux et la douleur, l'irritation anale et le prolapsus de la masse anale [1]. En dépit de nouvelles techniques d'hémorroïdectomie (hémorroïdectomie au laser guidée par Doppler, sclérothérapie endoscopique, mucopexie), celle de Milligan-Morgan bien que traditionnelle et grevée de complications post-opératoires (douleurs post-opératoires intenses, fissures résiduelles, incontinence anale, sténose anale.), reste efficace à long terme avec un faible taux de récurrence [2]. Elle est cependant la seule alternative dans notre contexte d'exercice. Le but de notre étude était de rapporter notre expérience

dans la prise en charge des hémorroïdes selon la technique de Milligan-Morgan.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif sur 3 ans allant du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2017.

Notre population d'étude était composée de patients reçus pour maladie hémorroïdaire. Etaient inclus ceux qui avaient bénéficié d'une hémorroïdectomie selon Milligan-Morgan. Nos variables d'étude étaient épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques. La collecte des données a été faite manuellement sur les fiches de recueil des données.

RESULTATS

Sur un total de 2025 patients hospitalisés et opérés durant la période d'étude 2,76% (n= 56) étaient traitée par la technique de Milligan Morgan. L'âge moyen de nos

patients était de 45,3 ans avec des extrêmes de 24 et 85 ans. La tranche d'âge de 30 à 39 ans a été la plus touchée 37,5% (n= 21) (Tableau I).

Toutes les couches socioprofessionnelles étaient concernées. Nous avons noté une prédominance des marchands 32,14% (n= 18), venaient ensuite les ménagères 16,07% (n=9), les cultivateurs 12,5 % (n=7), les chauffeurs 7,14% (n=4) et les couturiers 5,35 % (n=3). Les autres couches (ouvriers, médecin, gendarme...) représentaient 33,92% (n=19).

Tableau I : répartition des cas selon la tranche d'âge

Tranche (ans)	d'âge	Effectif	%
20-29		3	5,35
30-39		21	37,5
40-49		13	23,21
50-59		10	17,85
60-69		9	16,07
70-79		3	5,35
80-89		1	1,78
Total		56	100

Age moyen : 45,25 Extrêmes : 24 et 85 ans

Le sexe masculin était prédominant 83,92 % (n=47) contre 23,21% (n=13) de sexe féminin avec un sex-ratio de 3,61.

Les motifs de consultation étaient représentés par la douleur anale dans 100% des cas (n=56), la rectorragie dans 55,35 % des cas (n=31) et le prolapsus dans 44,64% des cas (n=25). La durée moyenne d'évolution était de 4,13 ans (extrêmes : 0,16 et 31 ans).

Les comorbidités associées à la pathologie étaient le diabète dans 12,5% des cas (n= 7), l'HTA dans 7,14% des cas (n= 4) et le VIH dans 5,35% des cas (n= 3). Quarante-quatre virgule soixante quatre pourcent (n=25) étaient des hémorroïdes de grade 3 ; 21,42% (n=12) de grade 4 et 14,28%(n=8) de grade 2 compliqué de rectorragie.

La technique de MILLIGAN et MORGAN a été réalisée chez tous les patients. Les suites opératoires ont été simples dans

80,35% (n=45). Les complications post opératoires rencontrées étaient la douleur post-opératoire observée chez tous les patients, la rétention urinaire dans 10,7% des cas (n=6), l'hémorragie dans 7,1% des cas (n=4), la suppuration dans 7,1% des cas (n=4) et la constipation dans 1,8% des cas (n=1). La douleur post opératoire observée dans notre étude a été jugulée par l'administration des antalgiques de palier II (Tramadol® 100mg injectable : 1 ampoule toutes les 8 heures), la rétention urinaire par la pose d'une sonde vésicale, l'hémorragie par la reprise chirurgicale pour un contrôle d'hémostase, la suppuration post opératoire par une antibiothérapie adaptée après un prélèvement bactériologique et des soins locaux ; la constipation par l'administration des laxatifs. La durée moyenne du séjour hospitalier a été de 10,1 jours (extrêmes de 4 et 28 jours). Douze (12) mois après la chirurgie aucune plainte n'a été rapportée.

DISCUSSION

La fréquence de l'hémorroïdectomie selon Milligan-Morgan varie d'une région à une autre et d'une étude à une autre. Adrian et al dans leur étude ont réalisé 183 hémorroïdectomies suivant la technique de Milligan-Morgan, sur une année à l'hôpital universitaire de Vic, supérieure à celle de notre étude [3]. L'âge moyen des patients était de 51,7 ans avec une prédominance féminine différente de celle de notre étude. La classification de la maladie hémorroïdaire, malgré de nombreuses tentatives de mise à jour, est essentiellement celle de Goligher. Elle classe les hémorroïdes en cinq (5) stades : Stade I (Aspect normal à l'extérieur, saignement mais pas de prolapsus) ; stade II (les coussins anaux se prolabent à l'effort mais se réduisent spontanément) ; stade III (les coussins anaux se prolabent à l'effort et nécessitent une réduction manuelle) ; stade IV (prolapsus permanent, irréductible) [4,5].

En ce qui concerne le traitement chirurgical des hémorroïdes, il n'existe pas d'option unique. La plupart des essais contrôlés

randomisés réalisés à ce jour incluent des hémorroïdes de différents grades. La chirurgie doit être adaptée non seulement au grade des hémorroïdes, mais également à la taille, à la nature circonférentielle de la maladie et à la symptomatologie dominante [6]. Ainsi pour les hémorroïdes de Grade I, La chirurgie est rarement indiquée, le traitement comporte une modification du mode de vie (un apport hydrique adéquat et une alimentation riche en fibres), un traitement médical et la ligature élastique en cas d'échec du traitement médical. Les hémorroïdes de Grade II requièrent un traitement médical et la ligature élastique. En cas d'échec de ces derniers, La ligature de l'artère hémorroïdaire guidée par Doppler (DGHAL) s'est avérée efficace, avec un taux de récurrence de 5,3% à 6,7% à moins de 12 mois de suivi et une récurrence de 12% lorsque les patients ont été suivis pendant plus de 12 mois [7]. Les hémorroïdes de Grade III et IV sont traitées par agrafeuse ou l'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan.

La technique de MILLIGAN MORGAN était indiquée dans notre étude pour les hémorroïdes de grades III et IV ainsi que celles de grade II compliquées de rectorragie.

Le traitement chirurgical est la seule méthode véritablement curative de la maladie hémorroïdaire. Ceci est indiqué chez les patients pour lesquels les mesures conservatrices ont échoué et pour ceux qui ont développé des complications. Parmi les nombreuses techniques chirurgicales, l'hémorroïdectomie de Milligan-Morgan est toujours considérée comme le traitement « gold standard » de cette maladie, car c'est la plus radicale et elle a les meilleurs résultats [3]. Bien que très efficace pour un contrôle symptomatique durable, la technique est associée à plusieurs complications, telles que les saignements, la douleur, le prolapsus résiduel, la rétention urinaire, la sténose anale et l'incontinence

anale [8]. Dans l'étude de Shaikh AR et al, La douleur post opératoire a été observée chez tous les patients, une hémorragie primaire est survenue chez 4 (3,63 %) patients, une rétention d'urine a été observée chez 13 (11,81 %) patients [9]. Toyonaga et al. ont rapporté une rétention urinaire dans 21,9 % des cas supérieur à celle de notre étude [10]. Les saignements post-opératoires sont une complication particulièrement importante dans le traitement des hémorroïdes en raison de leur fréquence qui varie entre 0,6 % et 10 % selon l'étude considérée [11,12]. Les causes de tels saignements ne sont pas faciles à expliquer : dans certains cas, ils doivent être attribués à la chute d'une cicatrice due à l'électrocoagulation, alors que dans d'autres cas, ils sont dus à l'absence de thrombus, à son expulsion ou à sa dissolution, concomitante à l'apparition d'un thrombus. La récurrence hémorroïdaire s'élève à environ 2 à 8 % [13].

Dans la série de Shaikh et al, la durée moyenne d'hospitalisation était de $4,1 \pm 1,0$ jours, dans celle de Ababaikere et al, elle était de $6,1 \pm 1,3$ jours, inférieures à celle de notre étude [9,14]. Cette technique, bien que grevée de complications post opératoires, est de mise dans notre pratique d'exercice. Nous l'avons utilisée chez tous les malades. La durée moyenne de séjour élevée dans notre pratique s'expliquerait par l'infection du site opératoire et l'hémorragie post opératoire.

CONCLUSION

Malgré la multitude de technique de cure chirurgicale des hémorroïdes, l'hémorroïdectomie selon Milligan-Morgan reste une technique largement pratiquée en raison du moindre coût de l'opération, et reste le traitement le plus efficace disponible actuellement dans notre contexte d'exercice.

REFERENCES

1. Ram E, Bachar GN, Goldes Y, Joubran S, Rath-Wolfson L. Modified Doppler-guided laser procedure for the treatment of second- and third-degree hemorrhoids; *Laser Therapy* 2018 ; 27(2) : 137–42
2. Sobrado CW, Klajner S, Hora JAB, Mello A, da-Silva FML, Frugis MO, Sobrado LF. Transanal haemorrhoidal dearterialization with mucopexy (THD-M) for treatment of hemorrhoids: is it applicable in all grades? brazilian multicenter study. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2020; 33(2):e1504
3. Medina-Gallardo A, Curbelo-Peña Y, de castro X, Roura-Poch P, Rosa-Cola J, De Caralt-Mestres. Is the severe pain after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy still currently remaining a major postoperative problem despite being one of the oldest surgical techniques described? A case series of 117 consecutive patients. *Int J Surg Case Rep* 2017, 30 : 73–5
4. Yeo D, Tan KY. Hemorrhoidectomy - making sense of the surgical options. *World J Gastroenterol* 2014; 20(45): 16976-83
6. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. *Surg Clin North Am.* 2010 Feb;90(1):17-32
7. Avital S, Inbar R, Karin E, Greenberg R. Five-year follow-up of Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. *Tech Coloproctol.* 2012;16(1):61-5
8. Meurette G, Lehur PA. The future of hemorrhoidal surgery: towards an "à la carte" choice of minimally invasive techniques? *J Visc Surg.* 2014;151(4):255-6.
9. Shaikh AR,¹ Dalwani AG,² et Soomro N³ Une évaluation des procédures Milligan-Morgan et Ferguson pour l'hémorroïdectomie à l'hôpital universitaire Liaquat de Jamshoro, Hyderabad, Pakistan *Pak J Med Sci.* janvier-mars 2013 ; 29(1) : 122-127
10. Toyonaga T, Matsushima M, Sogawa N, Jiang SF, Matsumura N, Shimojima Y, Tanaka Y, Suzuki K, Masuda J, Tanaka M. Rétention urinaire postopératoire après une intervention chirurgicale pour une maladie ano-rectale bénigne : facteurs de risque potentiels et stratégie de prévention. *Int J Chirurgie Colorectale.* 2006 ; 21 :676–82.
11. Pescatori M. Rétention urinaire après opérations ano-rectales. *Dis Colon Rectum.* 1999 ; 42 :964.
12. Chik B, Law WL, Choi HK. Rétention urinaire après hémorroïdectomie : impact de l'hémorroïdectomie agrafée. *Asiatique J Surg.* 2006 ; 29 : 233–7.
13. Graviè JF, Lehur PA, Hutten N, Papillon M, Fantoli M, Descottes B, Pessaux P, Arnaud JP. Hémorroïdopexie agrafée versus hémorroïdectomie de Milligan Morgan. *Ann Surg.* 2005 ; 242 : 29-35.
14. Ba-bai-ke-re MM, Huang HG, Re WN, Fan K, Chu H, Ai EH, Li-Mu MM, Wang YR, Wen H. How we can improve patients' comfort after Milligan-Morgan open haemorrhoidectomy. *World J Gastroenterol* 2011;17(11):1448-56.