



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2025, Volume 8
N°3, Pages 184 - 290

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 Zinzindouhoue (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain **de Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2025, Volume 8,
N°3, Pages 184 - 290

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.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

SOMMAIRE

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX

PAGES

1. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des péritonites spontanées primitives au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi au Niger. **Maman Boukari H et al** 184
2. L'opération de Heller par voie laparoscopique pour achalasie à propos de 8 cas au CHU de Treichville. **Goho KM et al** 193
3. Les péritonites post-opératoires : aspects diagnostiques et prise en charge à l'hôpital régional de Kankan. **Koundouno AM et al** 199
4. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. Péritonites aiguës généralisées biliaires d'origine typhique. **Boka Tounga Y et al** 215
6. Prise en charge des formes compliquées de l'appendicite aiguë de l'adulte **Niasse A. et al**... 223
7. Évaluation du temps d'attente des patients en salle de préparation du bloc opératoire dans deux hôpitaux de Yaoundé (Cameroun). **Bang GA et al** 231
8. Gestion de la gangrène de Fournier en chirurgie générale : quels résultats ? **Hama Y et al** 238
9. Arthrodèse de la cheville : alternative radicale salvatrice dans les pays à ressources limitées. **Dabire MN et al** 246
10. Cancers de l'ovaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 170 cas à l'Institut Joliot Curie de Dakar. **Thiam J et al** 253

CAS CLINIQUES

11. Prise en charge d'une tumeur desmoïde géante abdominale à l'unité de chirurgie oncologique de l'Hôpital National Donka. **Touré AI et al** 261
12. Tumeur gastrique perforée compliquée d'abcès hépatiques et spléniques : à propos d'un cas. **Dieng M et al** 269
13. A propos d'un gossybipome pariétal : une curieuse découverte. **Kambiré JL et al** 277
14. La maladie de Bowen péri-anale : à propos d'un cas au CHU de Bouaké. **Leh Bi KI et al** 282
15. Corps étranger incarcéré dans le haut rectum : à propos d'un cas. **Leh Bi KI et al** 287

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES

PAGES

1. *Epidemiological and therapeutic aspects of primary spontaneous peritonitis at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger.* **Maman Boukari M et al** 184
2. *Heller's laparoscopic operation for achalasia about 8 cases at teaching hospital of Treichville.* **Goho KM et al** 193
3. *Post-operative peritonitis: diagnostic aspects and management at the Kankan regional hospital.* **Koundouno AM et al** 199
4. *Diagnostic and therapeutic aspects of hemorrhoid disease at the University Hospital center of Libreville (Gabon).* **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. *Acute generalized biliary peritonitis of typhoid origin.* **Boka Tounga Y et al** 215
6. *Management of complications of acute appendicitis in adult.* **Niasse A et al** 223
7. *Evaluation of patient waiting time in the theatre's preparation room in two hospitals of Yaounde (Cameroon).* **Bang GA et al** 231
8. *Management of Fournier's gangrene in general surgery: what are the outcomes?* **Hama Y et al** 238
9. *Ankle arthrodesis: a radical solution in low-income countries.* **Dabire MN et al** 246
10. *Ovarian cancer: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects, about 170 cases at the Joliot Curie Institute in Dakar.* **Thiam J et al** 253

CASES REPORTS

11. *Management of a giant abdominal desmoid tumor at the oncological surgery unit of the Donka National Hospital.* **Toure A et al** 261
12. *Perforated gastric tumour complicated by hepatic and splenic abscesses: a case report.* **Dieng M et al** 269
13. *About a parietal gossybipoma: a curious discovery* **Kambire JL et al** 277
14. *Peri-anal Bowen disease: a case report from Bouake Hospital.* **Leh Bi KI et al** 282
15. *Foreign body incarcerated in the Upper rectum: a case report.* **Leh Bi KI et al** 287

**ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DE LA MALADIE
HEMORROIDAIRE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
LIBREVILLE (GABON).**

**DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF HEMORROID DISEASE AT
THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF LIBREVILLE (GABON).**

**Dyatta Mayombo K^{1,2}, Mbana Boukoulou FCA^{1,2}, Ipouka Doussié S^{1,2}, Obone
Ntoutoume GM¹, Nguéle Ndjota^{1,2}, Diallo FK^{1,2}.**

¹: Service de chirurgie viscérale du CHU de Libreville (Gabon)

*²: Département de Chirurgie de l'Université des Sciences de la Santé d'Owendo-Libreville
(Gabon)*

Correspondance : DYATTA MAYOMBO Kévin, Chirurgie Générale ;

Tel : +241 6623 2267 - Email : dyattamayombokc@gmail.com

RESUME

But : Déterminer les aspects diagnostique et thérapeutique de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, rétrospective et mono centrique allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023. Étaient inclus tous les patients de 18 ans et plus ayant été hospitalisés et/ou opérés pour maladie hémorroïdaire associée ou non à une autre pathologie proctologique et quel que soit le sexe. Les variables étudiées étaient d'ordre diagnostique, le motif de consultation, les facteurs favorisants, les signes physiques, les signes paracliniques ; et d'ordre thérapeutique médicale et chirurgicale

Résultats : Soixante dossiers étaient sélectionnés dont 41 hommes et 19 femmes. La moyenne d'âge était de 41,9 ans. La douleur anale était le motif de consultation retrouvé dans 86,7% des cas. La constipation était le facteur favorisant retrouvé chez 43 patients. Quatre patients avaient bénéficié d'une anoscopie. Le stade

IV de la classification de Goligher représentait 55% des cas au diagnostic. Seuls 44 patients étaient opérés exclusivement selon la technique de Milligan et Morgan. La durée d'hospitalisation variait entre 5 et 8 jours. Un mois après, 38 patients opérés avaient évolué favorablement. On notait 1 cas de douleur anale persistante.

Conclusion : La maladie hémorroïdaire est une affection de l'adulte jeune masculin. Elle est souvent diagnostiquée à un stade avancé. L'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan est la technique exclusivement réalisée dans notre contexte avec des résultats satisfaisants à court terme.

Mots-Clés : Hémorroïdes - Constipation - Hémorroïdectomie - Libreville.

SUMMARY

Aim: To determine the diagnostic and therapeutic aspects of hemorrhoidal disease in the visceral surgery department of the Libreville University Hospital Center.

Material and method: This was a cross-sectional, retrospective, single-center study from January 1, 2019 to December 31, 2023. All patients aged 18 and over who had been hospitalized and/or operated on for hemorrhoidal disease associated or not with another proctological pathology and regardless of sex were included. The variables studied were diagnostic, reason for consultation, contributing factors, physical signs, paraclinical signs; and medical and surgical therapeutics.

Results: Sixty files were selected including 41 men and 19 women. The average age was 41.9 years. Anal pain was the reason

for consultation found in 86.7% of cases. Constipation was the contributing factor found in 43 patients. Four patients underwent anoscopy. Stage IV of the Goligher classification represented 55% of cases at diagnosis. Only 44 patients were operated exclusively using the Milligan and Morgan technique. The length of hospitalization varied between 5 and 8 days. One month later, 38 operated patients had progressed favorably. There was 1 case of persistent anal pain.

Conclusion: Hemorrhoidal disease is a young adult male condition. It is often diagnosed at an advanced stage. Hemorrhoidectomy according to Milligan and Morgan is the technique exclusively performed in our context with satisfactory short-term results.

Keywords: Hemorrhoids - Constipation - Hemorrhoidectomy - Libreville.

INTRODUCTION

Les hémorroïdes sont des ectasies des capillaires du corps caverneux recti. Elles tirent cette appellation d'une des manifestations cliniques de la pathologie, la rectorragie [1]. Elles deviennent pathologiques par l'apparition des manifestations cliniques dont les principales sont la douleur anale, la rectorragie et le prolapsus hémorroïdaire [2], traduisant ainsi la maladie hémorroïdaire. L'examen clinique est nécessaire au diagnostic qui est confirmé par une ano-rectoscopie [3]. Le traitement de cette affection requiert des moyens médicaux, instrumentaux et chirurgicaux. En Afrique, la maladie hémorroïdaire est le plus souvent décrite dans des séries éparées. Elle a représenté 4,1% de l'ensemble de

pathologies proctologiques au Mali [4] et 58,8% des pathologies ano-rectales à Bangui en République Centrafricaine [5]. L'incidence croissante de cette affection et les données insuffisantes dans le contexte local ont motivé la réalisation de ce travail dans l'optique de ressortir les aspects diagnostique et thérapeutique de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, rétrospective et mono centrique allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023. Elle était réalisée dans le service de chirurgie

viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

Etaient inclus tous les patients de 18 ans et plus ayant été hospitalisés et/ou opérés pour maladie hémorroïdaire associée ou non à une autre pathologie proctologique et quel que soit le sexe, dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

N'étaient pas inclus, les patients de moins de 18 ans, hospitalisés et/ou opéré pour maladie hémorroïdaire dans le service et tous patients hospitalisés pour une autre affection proctologique isolée. Les variables étudiées étaient d'ordre diagnostique, le motif de consultation, les facteurs favorisants, les signes physiques, les signes paracliniques et d'ordre thérapeutique.

La collecte de données était faite sur une fiche de recueil à partir des dossiers médicaux des patients, des comptes-rendus opératoires et des registres du bloc opératoire. Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel version 2013. Les résultats étaient exprimés en pourcentage et en moyenne.

RESULTATS

Sur les 2326 patients hospitalisés durant la période de l'étude, 60 patients présentaient une maladie hémorroïdaire, soit une fréquence hospitalière de 2,6% dans le service.

Il y avait 41 hommes et 19 femmes, soit une sex-ratio de 2,2. Les âges extrêmes étaient de 19 et 83 ans. La moyenne d'âge était de 41,9 ans. La tranche d'âge comprise entre 30 et 44 ans représentait 43,3% des cas, comme décrit sur la figure 1.

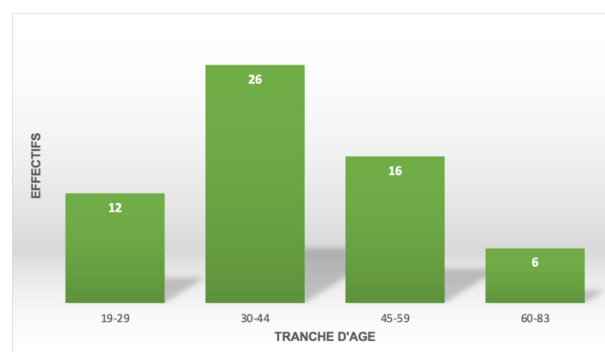


Figure 1 : Répartitions des patients selon la tranche d'âge.

Aspects diagnostiques

Cinquante-cinq pour cent des patients n'avaient aucun antécédent médical et 45% avaient une maladie hémorroïdaire connue et traitée. Cinq pour cent des patients avaient déjà bénéficié d'une hémorroïdectomie.

La douleur anale était le motif de consultation retrouvé dans 86,7% des cas, suivie de la tuméfaction anale (8,3%) et de la rectorragie (5%). La constipation était le facteur favorisant retrouvé dans 71,7% (43 patients) des cas, la diarrhée dans 16,7%, la grossesse et le post-partum dans 3,3 % (2 patients) chacun et 5% (3 patients) des cas ne présentaient aucun antécédent. Sur les 60 patients, 68,3% présentaient un prolapsus associé à une thrombose et 31,7% présentaient un prolapsus sans thrombose. Quatre patients avaient bénéficié d'une anoscopie, soit 6,7% des cas.

Le stade IV de la classification de Goligher (figure 2) représentait 55% des cas de maladie hémorroïdaire au moment du diagnostic comme notifié sur dans le tableau I.

Quatre patients avaient réalisé une recto-sigmoïdoscopie, soit 6,7% des cas.



Figure 2 : Prolapsus hémorroïdaire stade 4 de Goligher à 7 et 11 heures, patient en position de la taille

Tableau I : Répartition des patients selon la classification de Goligher.

Stade	Effectif	%
Stade I	0	0,0
Stade II	5	8,3
Stade III	22	36,7
Stade IV	33	55,0
Total	60	100

Aspects thérapeutiques

Soixante-treize pour cent des patients avaient bénéficié d'un traitement médico-chirurgical et 27% d'un traitement médical seul.

Au plan du traitement médical, 100% des patients avaient bénéficié de l'administration de veinotoniques et de conseils hygiéno-diététiques.

Au plan chirurgical, sur les 44 patients opérés, 40 l'avaient été sous rachianesthésie soit 90,9% et 4 sous anesthésie générale, soit 9,1% des cas. Les 44 patients avaient tous été opérés selon la technique de Milligan et Morgan. Tous les patients opérés avaient reçu une association

d'antibiotique (amoxicilline-acide clavulanique), antalgiques (paracétamol/néfopam), antiseptique et laxatifs. La durée d'hospitalisation variait entre 5 et 8 jours, 12 (27,3%) patients avaient bénéficié de plus de 5 jours d'hospitalisation. Un mois après l'intervention chirurgicale, 86,4% (38 cas) des patients opérés avaient évolué favorablement, 11,3% (5 cas) faisaient état de saignement anal persistant et 2,3% (1 cas) des patients présentaient une douleur anale.

DISCUSSION

La maladie hémorroïdaire est une affection relativement fréquente dans les services de chirurgie [6]. Dans cette étude, la tranche d'âge allant de 30 à 44 ans est la plus touchée avec près de la moitié des cas. Ce résultat est similaire à celui d'Angha *et al* [7] en RDC en 2022 qui avaient retrouvé 49,6% des cas dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans. Diarra *et al* [4] au Mali retrouvaient aussi une prédominance de cette tranche d'âge. Cela peut s'expliquer par l'âge jeune de la population en Afrique Sub-saharienne. A l'instar de cette série, la prédominance masculine unanimement retrouvée dans la littérature [6-8] pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la pratique de certains travaux de force, la station assise pendant plusieurs heures et la pratique de sports intenses.

Aspects diagnostiques

La douleur anale est retrouvée dans la quasi-totalité des cas en ce qui concerne le motif de consultation, suivie de la tuméfaction anale et des rectorragies. Ce trépied clinique est retrouvé dans la plupart des séries avec une fréquence différente. Elion *et al* [9] au Congo en 2022 qui retrouvaient 67,5% par ordre de fréquence les proctalgies, la tuméfaction anale puis la

rectorragie. Pour Dia *et al* [10] au Sénégal en 2010, la rectorragie représentait 78% des cas, suivie de la tuméfaction anale et la douleur anale. De même, dans la série de Diop *et al* [11] au Sénégal en 2023 la majorité des patients consultaient pour des rectorragies.

Le saignement étant souvent associé à la gravité, les patients semblant être moins enclin à consulter pour des proctalgies, eu égard à la pudeur entretenue et prônée au plan socio-culturel dans ces régions. Dans notre série, la constipation représente le facteur favorisant prédominant de la maladie hémorroïdaire. Sangaré *et al* [12] au Mali en 2022 ont fait le même constat. Dans ces régions, le type d'alimentation riche en féculents et en épices favorise la survenue de constipation. Le dénominateur commun à ces facteurs favorisants est l'augmentation de la pression abdominale, laquelle ralentirait le reflux sanguin dans les veines rectales supérieures [13]. Les principaux facteurs sont la grossesse, les troubles du transit et l'hypertrophie de la prostate [13].

Les stades 3 et 4 dans cette étude représentent les grades présents dans la quasi-totalité des cas. Ces stades avancés au moment de la consultation sont également relevés dans certaines séries [11, 14]. En effet, le caractère honteux de cette affection serait un élément de retard à la consultation. Le chirurgien reçoit ces patients très souvent à un stade avancé soit par consultation direct ou par recommandation par les gastro-entérologues. Cette étude a mis en lumière l'insuffisance d'usage de l'anuscopie à l'examen clinique. En milieu chirurgical, le stade avancé de la maladie hémorroïdaire au moment de la consultation pourrait expliquer la faible utilisation de l'anuscopie, le diagnostic étant posé avant

cette étape de l'examen proctologique. Par contre, la recto-sigmoïdoscopie faiblement réalisée dans cette série, devrait être d'avantage prescrite afin d'éliminer une autre cause de saignement telle qu'un cancer colo-rectal.

Aspects thérapeutiques

Dans cette étude, les règles hygiéno-diététiques et la régularisation du transit ont été instaurées chez tous les patients. En cas de maladie hémorroïdaire, le traitement médical est toujours proposé en première ligne et destiné à supprimer les symptômes tels que la douleur, le prurit et le saignement.

La rachianesthésie est une technique anesthésique recommandée, offrant un excellent confort opératoire pour l'hémorroïdectomie, comme cela l'a été dans cette série.

La technique chirurgicale classique de Milligan et Morgan a été utilisée exclusivement dans cette série, à l'instar de Diarra *et al* [6] au Mali en 2007 qui avaient réalisé cette technique dans la grande majorité des cas ; Diop *et al* [11] au Sénégal l'avaient également réalisée dans 78% des cas. En effet, Le traitement chirurgical concerne les patients porteurs de la maladie hémorroïdaire au grade 3 et 4 de la classification de Goligher. C'est la technique de référence en Afrique et même en Europe, permettant ainsi de traiter en même temps les lésions associées, comme recommandé dans la littérature [15]. D'autres techniques sont utilisées en fonction des équipes, telle la technique de Fergusson ou la rectopexie selon Longo [16].

Au plan chirurgical, l'évolution des patients dans cette étude était favorable pour la

grande majorité des patients, bien que quelques complications à court terme aient été relevées telle la douleur anale et le saignement anal. En effet, l'hémorroïdectomie de type Milligan Morgan a la juste réputation d'être douloureuse du fait des larges zones de dissection laissées à nues dans la région péri-anale très innervée. La technique de Longo semblait avoir de meilleurs résultats sur cette douleur post-opératoire qui de nos jours est désormais bien contrôlée par les protocoles antalgiques [16], quelle que soit la technique utilisée. Il faut noter qu'outre la douleur et le saignement, nous pouvons avoir comme autres complications post opératoire la rétention aiguë d'urine, l'infection post-opératoire et l'incontinence anale.

CONCLUSION

La maladie hémorroïdaire est une affection l'adulte jeune avec une prédominance masculine. La constipation est le facteur favorisant majeur et elle est diagnostiquée très souvent à un stade avancé en milieu chirurgical. L'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan est la technique exclusivement réalisée dans notre contexte avec des résultats satisfaisants à court terme.

CONFLIT D'INTERET /

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les auteurs ont tous participé à la conception et l'élaboration de ce travail ; ils ont tous validé la version finale de ce travail. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt lors de la réalisation de ce travail.

L'autorisation de la hiérarchie hospitalière a été requise avant la réalisation de ce travail.

REFERENCES

- 1- Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy : randomised controlled trial. *Lancet* 2000 ; 355 (9206) :782-5.
- 2- KH Ng, Ho KS, Ooi BS *et al.* Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations. *Br J Surg* 2006 ; 93(2) : 226-30.
- 3- Al-Hadrani AM. Khat induced haemorrhoidal disease in Yemen. *Saudi Med J* 2000 ; 21 (5) : 475-7.
- 4- Diarra A, Fofana Y, Sangaré D *et al.* Aspects Cliniques de la Maladie Hémorroïdaire Interne à l'Hôpital du District de la Commune IV de Bamako. *Health Sci Dis* 2018 ; 24(1) : 97-100.
- 5- Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi G. La pathologie anorectale à Bangui (RCA). *Mali Med* 2004 ; 19(2) :12-4.
- 6- Diallo Owono FK, Dyatta Mayombo K, Mpira YM *et al.* Profil épidémiologique et indication de la chirurgie proctologique de l'adulte. *Rev Afr Chir Spé* 2018 ;12(3) :14-7.

7- Angha Ndati J. Profil Épidémiologique, Clinique et thérapeutique de La pathologie Hémorroïdaire dans La zone de Sante De Beni/Hgr-Beni au Nord-Kivu. IOSR-JBM 2022; 24(2) :48-53.

8- Pigot F, Siproudhis L, Albert FA. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. Gastroenterol Clin Biol 2005 ;29(12) :1270-4.

9- Elion Ossibi P, Note Mazele MEJ, Motoula Latou NH et al. Prise en charge des pathologies proctologiques en milieu chirurgical à Brazzaville. Health Sci Dis 2022 ; 23(3) :81-4.

10- Dia D, Mbengue M, Ba A, Diouf ML, Bassene ML, Pouye A. Maladie hémorroïdaire à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques à propos de 168 cas. Dakar Med 2006 ;51(3) :161-4.

11- Diop A, Ka I, Faye AC et al. Traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire : indications et résultats au service de chirurgie générale de l'hôpital Général Idrissa Pouye. E S J 2023 ;7 :239-47.

12- Sangaré D, Sanogo A, Diarra A et al. Profil Épidémiologique et Clinique de la Maladie Hémorroïdaire Interne dans les Centres d'Endoscopie Digestive à Ségou. Health Sci Dis 2022 ;23(7) :98-100.

13- Godeberge P. La maladie hémorroïdaire. J Can Chir 2006 ;145(57) :1-4.

14- Rosa G. Technique coloproctol disease. Rev Prat 2005 ;9(3) : 1232-7.

15- Kim JS, Vashist YK, Thielges S. Stapled Hemorrhoidopexy Versus Milligan–Morgan Hemorrhoidectomy in Circumferential Third-Degree Hemorrhoids: Long-Term Results of a Randomized Controlled Trial. J Gastrointest Surg 2013;17:1292-8.

16- Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, et al. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. Dis Colon Rectum 2004 ;47 :1837-45.