

HERNIES PARIÉTALES AU CHU SOURO SANOU DE BOBO DIOULASSO: PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

PARIETAL HERNIAS AT THE CHU SOURO SANOU IN BOBO DIOULASSO:
SOCIODEMOGRAPHIC, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROFILE

BELEMLILGA G L Hermann¹, YABRÉ Nassirou¹, KEITA Namori¹, SOMÉ O
Roland¹, ZARÉ Cyprien¹

¹Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Correspondant : Pr ZARE Cyprien, Chirurgien général, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Tel : 00226 70 08 91 87 Email : zcyprien@yahoo.fr

Résumé

But : étudier le profil sociodémographique, diagnostique et thérapeutique des hernies pariétales au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou.

Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022. Les patients opérés pour une hernie pariétale ont été inclus.

Résultats

Il s'agissait de 101 patients d'un âge moyen de 45,6 ans avec un sex-ratio de 2,1. Parmi les patients avec une activité physique intense, les cultivateurs étaient au nombre de 34 (32,7%), les ouvriers au nombre de 10 (9,9%) et les militaires au nombre de 10 (9,9%). Il y'avait 104 cas de hernie selon le siège. Trois patients étaient porteurs d'une hernie inguinale bilatérale. La hernie était congénitale dans 23 (22%) cas. Il s'agissait d'une récurrence après cure chirurgicale sans prothèse dans 16 (15,4%) cas. Le siège de la hernie était inguinal dans 65 (62,5%) cas, la ligne blanche dans

24 (23,1%) cas, ombilical dans 12 (11,5%) cas, crural dans 3 (2,9%) cas. La hernie était étranglée dans 39 (37,5%) cas. L'anesthésie était générale chez 73 (72,3%) patients et on avait une rachianesthésie chez 28 (27,7%) patients. Quatre résections intestinales ont été réalisées. La cure herniaire était une plastie prothétique dans 15 (14,4%) cas. Sept (6,9%) patients ont présenté une complication dont cinq (4,9%) infections du site opératoire et deux (2%) hématomes scrotaux. Aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion

Les hernies pariétales étaient fréquentes et de siège inguinal, compliquées d'étranglement, avec la présence de cas de récurrence. Les prothèses herniaires étaient peu utilisées.

Mots clés : hernie abdominale, hernie étranglée, herniorraphie, Bobo Dioulasso

Abstract**Introduction**

Objective: to study the sociodemographic, diagnostic and therapeutic profile of parietal hernias at the Sourô Sanou University Teaching Hospital.

Patients and methods

This was a descriptive cross-sectional study lasting one year from January 1 to December 31, 2022. Patients operated on for a parietal hernia were included.

Results

There were 101 patients with an average age of 45.6 years and a sex-ratio of 2.1. Among the patients with intense physical activity, the farmers were 34 (32.7%), the workers 10 (9.9%) and the military 10 (9.9%). There were 104 cases of hernia depending on the site. Three patients had a bilateral inguinal hernia. The hernia was congenital in 23 (22%) cases. It was a recurrence after surgical treatment without prosthesis in 16 (15.4%) cases. The site of the hernia was inguinal in 65 (62.5%) cases, the linea alba in 24 (23.1%) cases, umbilical in 12 (11.5%) cases, crural in 3 (2.9%) . The hernia was strangulated in 39 (37.5%) cases. The anesthesia was general in 73 (72.3%) patients and there was spinal anesthesia in 28 (27.7%) patients. Four bowel resections were performed. The hernia cure was a prosthetic plasty in 15 (14.4%) cases. Seven (6.9%) patients presented a complication including five (4.9%) surgical site infection and two (2%) scrotal hematomas. No deaths have been recorded.

Conclusion

Parietal hernias were frequent and inguinal in location, complicated by strangulation, with the presence of cases of recurrence. Hernial prostheses were rarely used.

Keywords: abdominal hernia, strangulated hernia, herniorrhaphy, Bobo Dioulasso

Introduction

La hernie pariétale est la protrusion des viscères abdominaux ou pelviens recouverts d'un sac péritonéal, à travers un orifice musculo-aponévrotique situé au niveau d'un point faible de cette paroi [1]. L'incidence des hernies varie entre 100 et 300 pour 100000 habitants par an selon les pays [2]. Au Ghana une prévalence de 1400 pour 100000 habitants était trouvée par Kingsnorth et al [3]. Au Burkina Faso 7219 interventions pour hernie ont été réalisées dans les hôpitaux de district en 2021 [4]. Les variétés topographiques de hernie les plus fréquemment rencontrées sont : inguinale, ombilicale, ligne blanche, fémorale [1]. Le diagnostic de la hernie est généralement clinique [5]. L'étranglement herniaire est une complication courante en Afrique [5]. Le traitement de la hernie est chirurgical et la réfection pariétale par prothèse est le gold standard [6]. Le but de cette étude était d'étudier le profil sociodémographique, diagnostique et thérapeutique des hernies pariétales au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo Dioulasso afin d'améliorer la prise en charge.

Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive d'une année allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022. Les patients opérés pour une hernie pariétale ont été inclus. Nous avons défini la hernie pariétale comme : une hernie de l'aîne, de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, lombaire, obturatrice ou ischiatique. La hernie congénitale était définie comme une hernie présente depuis la naissance. La hernie étranglée a été définie comme une hernie douloureuse, irréductible, non impulsive et non expansive à la toux. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, la profession, la présentation clinique, le traitement, l'évolution.

Résultats

Nous avons colligé 101 patients opérés pour une hernie pariétale. Les interventions pour hernie pariétale représentaient 9,5% des interventions en chirurgie générale. L'âge moyen était de $45,6 \pm 18$ ans avec des extrêmes de 15 et 83 ans. Le sex-ratio était de 2,1. Parmi les patients avec une activité physique intense, les cultivateurs étaient au nombre de 34 (32,7%), les ouvriers au nombre de 10 (9,9%) et les militaires au nombre de 10 (9,9%). La figure 1 présente la répartition des patients selon la profession. Il y avait 104 cas de hernie. Trois patients étaient porteurs d'une hernie inguinale bilatérale. La hernie était congénitale dans 23 (22%) cas. Il s'agissait d'une récurrence après cure chirurgicale sans prothèse dans 16 (15,4%) cas. Le siège de la hernie était inguinal (figure 2) dans 65 (62,5%) cas, la ligne blanche dans 24 (23,1%) cas, ombilical dans 12 (11,5%) cas, crural dans 3 (2,9%) cas. La hernie était étranglée dans 39 (37,5%) cas. L'anesthésie était générale chez 73 (72,3%) patients et on avait une rachianesthésie chez 28 (27,7%) patients. Quatre résections intestinales ont été réalisées dont deux pour hernie inguinale et deux pour hernie fémorale. La cure herniaire était une plastie prothétique dans 15 (14,4%) cas et une herniorraphie dans 89 (85,6%) cas. Le tableau I présente la répartition des cas de hernie selon la technique chirurgicale. Sept (6,9%) patients avaient présenté une complication dont cinq (4,9%) infections du site opératoire et deux (2%) hématomes scrotaux. Aucun décès n'avait été enregistré. Le tableau II présente les principales données sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques selon le siège de la hernie.

Discussion

La cure de hernie représentait une grande part de l'activité chirurgicale. Un quart des hernies était opéré en urgence, ce qui laisse supposer une prévalence réelle de la hernie plus élevée dans notre milieu. Cela

corrobore les données en Afrique subsaharienne. En effet selon Garba et al les cures de hernie représentaient 12,5% des interventions en chirurgie générale, et selon Hodonou et al elles représentaient 29,5% de la chirurgie abdominale [5,7]. La pathologie herniaire était l'apanage du sujet de sexe masculin. Mais en tenant compte du siège de la hernie, la prédominance masculine était exclusivement observée pour les hernies inguinales. Pour les hernies crurales, ombilicales et épigastriques le sexe féminin était majoritaire. Les études concordent sur la prédominance de la hernie inguinale chez l'homme et de la hernie crurale chez la femme [1,8], mais pour la hernie de la ligne blanche et la hernie ombilicale les résultats sur le sex-ratio divergent [1,8–10]. Plus de la moitié des patients exerçaient une profession à activité physique intense (cultivateur, ouvrier, militaire). Les facteurs de risque reconnus dans les hernies acquises sont en dehors de l'effort physique : la toux chronique, la dysurie, la constipation, le surpoids [1,9–11]. Ces facteurs influencent sans doute la répartition des hernies selon le sexe. L'âge moyen des patients était inférieure à 50 ans dans notre étude comme dans celle d'autre étude africaine [5,9]. La hernie survient à tout âge et le sujet âgé est plus fréquemment affecté en occident [1].

Les hernies pariétales dans notre étude siégeaient par ordre de fréquence décroissante au niveau : inguinal, de la ligne blanche, ombilical et fémoral. La hernie inguinale occupe effectivement le premier rang en termes de fréquence [1,8–10]. Le rang occupé par les autres types de hernie est variable suivant les auteurs [1,5,8,12]. Le passage du cordon spermatique et des vaisseaux fémoraux serait responsable de la faiblesse de l'aine [13]. Les hernies de Spiegel, lombaires, obturatrices et ischiatiques sont plus rares et n'étaient pas observées dans notre série. Près d'un quart des hernies étaient congénitales. Cela voudrait dire que nos patients, porteurs de hernie depuis

l'enfance ne se font pas opérer tôt. Ainsi un grand nombre de hernies étaient opérés à l'occasion d'un étranglement. La proportion de hernie étranglée était particulièrement élevée dans les hernies fémorales. La chirurgie de la hernie se fait couramment en urgence devant un étranglement en Afrique [5,8,9]. La fréquence des hernies récidivées (15,4%) était plus élevée que celle trouvée par Olory-Togbé et al (2,6%) [9] et Dabbas et al (6,9%) [1] mais inférieure à celle de Ahmed Alenazi et al (25,1%) [10]. Dans notre étude, les récidives observées étaient survenues après une cure sans prothèse.

Les patients ont été opérés sous anesthésie générale ou rachianesthésie. L'anesthésie locale est indiquée dans les cures prothétiques et non prothétiques par voie ouverte, et présente des avantages pour sa sécurité, ses indications dans les comorbidités et son utilisation en ambulatoire [14–16]. L'anesthésie locale devrait être incluse dans notre arsenal thérapeutique. La réfection pariétale par différentes techniques de herniorraphie a été prépondérante dans notre étude. La technique de Bassini était la plus utilisée dans la hernie inguinale en plus des autres variétés de herniorraphie que sont la technique de Shouldice et de Desarda. Parmi les procédés de herniorraphie, la technique de Shouldice est la référence à cause d'un taux de récurrence moindre [14,16]. Les prothèses étaient utilisées dans une faible proportion, ce qui corrobore les résultats de Hodonou et al (5,2%) [5]. L'intervention en urgence pour étranglement, les résections intestinales sont des causes de non utilisation des prothèses. Lorsque la prothèse est indiquée, son coût et sa disponibilité constitue un frein à son utilisation dans les pays pauvres [5]. Pourtant la réfection prothétique a pour avantage la réduction des récurrences herniaires et présente désormais certaines indications dans la hernie étranglée [1,6]. Les infections du site opératoire sont associées aux interventions en urgence [6,15]. C'est

pourquoi nous n'utilisons pas les prothèses dans ces cas d'urgence. La mortalité nulle dans notre série ne doit pas occulter la létalité des étranglements herniaires. En effet Hodonou et al constataient 0,7% de décès [5] et cette mortalité serait également associée aux interventions en urgence [6,15].

Conclusion

Les hernies pariétales étaient fréquentes en chirurgie générale, notamment chez l'adulte de sexe masculin. Elles étaient majoritairement acquises, et de siège inguinal. Il y'avait un grand nombre d'étranglements herniaires ainsi que de cas récidives. La réparation prothétique était peu utilisée. Une consultation précoce des patients, une utilisation des prothèses réduirait les complications. La chirurgie ambulatoire serait un moyen de réduire de réduire les coûts. Une place devrait être accordée à la chirurgie laparoscopique du fait de ses nombreux avantages.

Références bibliographiques

1. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Reports*. 2011;2(1):1-6.
2. Kingsnorth A, LeBlanc K. Management of abdominal hernias. 3rd Edition. London: Edward Arnold; 2003.
3. Kingsnorth AN, Clarke MG, Shillcutt SD. Public Health and Policy Issues of Hernia Surgery in Africa. *World J Surg*. 2009;33(6):1188-93.
4. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Burkina. Annuaire statistique 2021. Ouagadougou; 2022.
5. Hodonou AM, Sambo BT, Gandaho IE, Babatounde A, Allodé AS, Mensah E. Caractéristiques Epidémiologiques Et Thérapeutiques Des Hernies Pariétales Au Centre Hospitalier Universitaire Du Borgou A Parakou, Bénin. *WWJMRD*. 2018;5(4):43-6.

6. De Simone B, Birindelli A, Ansaloni L, Sartelli M, Coccolini F, Di Saverio S, et al. Emergency repair of complicated abdominal wall hernias: WSES guidelines. *Hernia*. 2020;24(2):359-68.
7. Garba ES. The Pattern Of Adult External Abdominal Hernias In Zaria. *Nigerian Journal of Surgical Research*. 2000;2(1):12-5.
8. Ohene-Yeboah M, Abantanga F, Oppong J, et al. Some aspects of the epidemiology of external Hernias in Kumasi, Ghana. *Hernia*. 2009;13(5):529-32.
9. Olory-Togbé JL, Gbessi DG, Lawani NP. Hernies pariétales au CNHU HKM de Cotonou. 2010;10(2):1104-8.
10. AhmedAlenazi A, Alsharif MM, Hussain MA, et al. Prevalence, risk factors and character of abdominal hernia in Arar City, Northern Saudi Arabia in 2017. *Electron Physician*. 2017;9(7):4806-11.
11. Murphy KP, O'Connor OJ, Maher MM. Adult Abdominal Hernias. *American Journal of Roentgenology*. 2014;202(6):506-11.
12. Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2003. *Surgical Clinics*. 2003;83(5):1045-51.
13. Tamegnon D, Kokou KK, Iroukora K, Olivier AEG, Komlan A, David DE. Prise En Charge Des Hernies De L'aine Au Chu-Kara (Togo). *European Scientific Journal, ESJ*. 2021;17(21):256-64.
14. Traoré D, Diarra L, Coulibaly B, et al. Hernie inguinale en Afrique subsaharienne: quelle place pour la technique de Shouldice? *Pan Afr Med J*. 2015;22(1):1-4.
15. Davies M, Chris D, Gareth MS, Ken S. Emergency Presentation of Abdominal Hernias: Outcome and Reasons for Delay in Treatment – A Prospective Study. *annals*. 2007;89(1):47-50.
16. Fingerhut A, Pélissier E. Fingerhut A., Pélissier É. Traitement chirurgical des hernies inguinales : choix d'un procédé. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-138, 2008.

ANNEXE

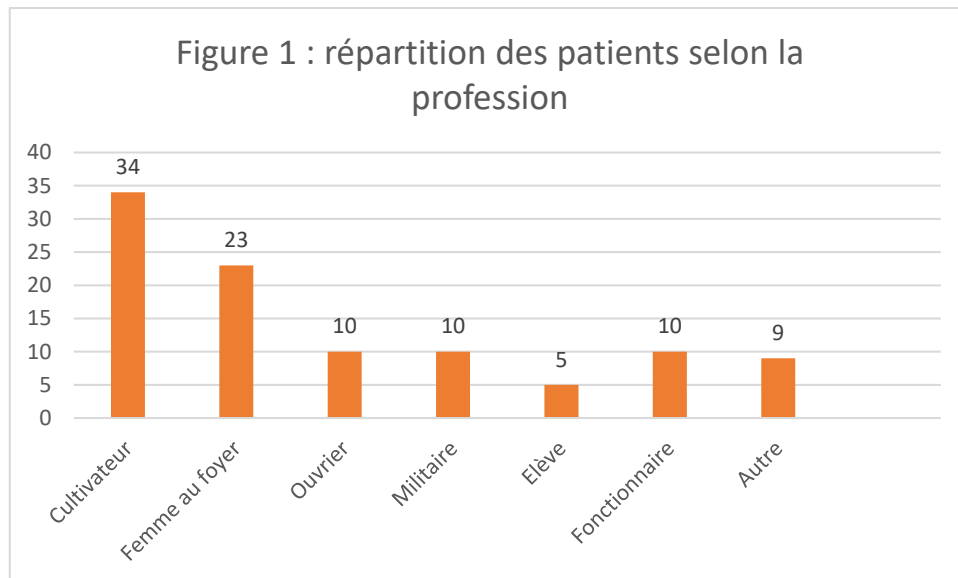


Figure 2 : image d'une volumineuse hernie inguino-scrotale droite

Tableau I : répartition des patients selon la technique chirurgicale

Technique chirurgicale	Effectif
Hernie inguinale	
Prothèse	11
Bassini	43
Shouldice	7
Desarda	4
Hernie crurale	
Bassini	2
Mac Vay	1
Hernie ombilicale	
Prothèse	2
Herniorraphie	10
Hernie de la ligne blanche	
Prothèse	2
Herniorraphie	22

Tableau II : principales données sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques selon le siège de la hernie

	Inguinal	Crural	Ombilical	Ligne blanche	Total
Age moyen	48,4	52,7	34	41,8	45,6
Sexe ratio	15,2	0	0,5	0,4	2,1
Nombre total	65	3	12	24	104
Hernie congénitale	13	1	8	1	23
Récidive herniaire	12	0	2	2	16
Hernie étranglée	28	2	2	7	39
Prothèse	11	0	2	2	15
Rachianesthésie	27	1	0	0	28
Anesthésie générale	35	2	12	24	73
Suppuration pariétale	3	1	1	0	5

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt