

Ministère de l'Enseignement Supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET



D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2022-2023

N°.....

THESE

**Les hernies pariétales dans le service de chirurgie générale au
centre de santé de référence de Ouélessébougou**

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2024 devant le Jury de la Faculté de
Médecine et d'odontostomatologie par :

Mr SANGARE ADAMA DRISSA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

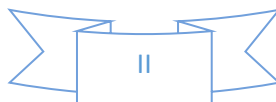
Président : M. Lassana Kanté, Professeur

Directeur : M. Drissa Traore, Professeur

Co-directeur : M. Emmanuel Dakouo, Chirurgien

Membre : M. Sékou Bréhima koumaré, Maître de conférences agrégé

LISTE DES PROFESSEURS



**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

ADMINISTRATION

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR

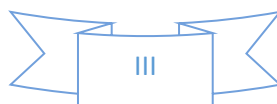
VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL: Mr Monzon TRAORE-MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr. Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine |
| 7. Mr Boulkassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahamane S. MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 19. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 20. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |

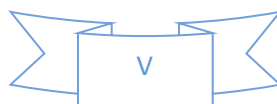


**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

21. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie — Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBAY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Kassoum Sanogo	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie — Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie — Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie — Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman	Orthopédie Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
68. Mr Bah KEITA	Pneumo-PhtisioIogie
69. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
70. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
71. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
72. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé



**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

73. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
74. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
75. Mme Fatoumata KOUNANDJI	Ophtalmologie
76. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie /Réanimation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale chef des DER
7. Mr Bakary Tientigui DEMEBELE	Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KONIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
13. Mr Niani MOUKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-laryngologie
18. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE | Urologie |
| 21. Mr Aladji Seidou DEMBELE | Anesthésié-Réanimation |
| 22. Mr Soumaila KEITA | Chirurgie Générale |
| 23. Mr Moussa A OUATTARA | Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire |
| 24. Mr Seydou TOGO | Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire |
| 25. Mr Birama TOGOLA | Chirurgie Générale |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHES

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. Mr Nouhoum NIANI | Anesthésie-Réanimation |
| 2. Mr Lamine TRAORE | Ophtalmologie |
| 3. Mr Ibrahima TEGUETE | Gynécologie /Obstétrique |
| 4. Mr Dramane Nafu CISSE | Urologie |
| 5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY | Urologie |
| 6. Mr Moussa Salif DIALLO | Urologie |
| 7. Mr Alkadri DIARRA | Urologie |
| 8. Mr Amadou KASSOGUE | Urologie |
| 9. Mr Boubacar BAH | Médecine et chirurgie buccale |
| 10. Mr Lassana KANTE | Chirurgie Générale |
| 11. Mr Bréhima COULIBALY | Chirurgie Générale |
| 12. Mr Hamidou Baba SACKO | ORL |
| 13. Mme Fatoumata SYLLA | Ophtalmologie |
| 14. Mr Tioukany THERA | Gynécologie |
| 15. Mr Siaka SOUMAORO | ORL |
| 16. Mr Adama I GUINDO | Ophtalmologie |
| 17. Mr Seydou BAGAYOKO | Ophtalmologie |
| 18. Mr Koniba KEITA | Chirurgie Générale |
| 19. Mr Sididki KEITA | Chirurgie Générale |

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

20. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
21. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
22. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
23. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
32 Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
33. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation
34. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
35. Me Mamadou Karim TOURE	Anesthésie-Réanimation
36. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
37. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
38. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophthalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophthalmologie
41. Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
42. Mme Kadidiatou Oumar TOURE	Orthopédie Dento Faciale
43. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et chirurgie Maxillo-Faciale
44. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
45. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
48. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
49. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
50. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 54. Mr Alassane TRAORE | Gynécologie/Obstétrique |
| 55. Mr Soumana Oumar TRAORE | Gynécologie/Obstétrique |
| 56. Mr Abdoul Kadri MOUSSA | Orthopédie Traumatologie |
| 57. Mr Layes TOURE | Orthopédie Traumatologie |

3. MATRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Mr Ibrahima SANKARE | Chirurgie Thoracique et cardio vasculaire |
| 2. Mr Abdoul Aziz MAIGA | Chirurgie Thoracique |
| 3. Mr Ahmed BAH | Chirurgie dentaire |
| 4. Mr Seydou GUEYE | Chirurgie buccale |
| 5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE | Chirurgie Pédiatrique |
| 6. Mme Fadima Kouréissy TALL | Anesthésie-Réanimation |
| 7. Mr Daouda DIALLO | Anesthésie -Réanimation |
| 8. Mr Abdoulaye TRAORE | Anesthésie-Réanimation |
| 9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 10. Mr Mamadou DIARRA | Ophtalmologie |
| 11. Mme Assiatou SIMAGA | Ophtalmologie |
| 12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY | Ophtalmologie |
| 13. Mr Mahamadou DIALLO | Orthopédie Traumatologie |
| 14. Mme Hapssa KOITA | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 15. Mr Alhousseini TOURE | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 16. Mr Aboulaye SISSOKO | Gynécologie/Obstétrique |
| 17. Mr Kalifa COULIBALY | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |

4. ASSISTANTS /ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|

D.E.R. DES SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

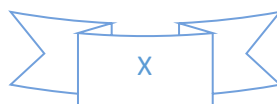
- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER |
| 2. Mr Boukarou KAMATE | Anatomie-Pathologie |
| 3. Mr Mahamadou A THERA | Parasitologie-Mycologie |
| 4. Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 5. Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 6. Mr Bakary MAIGA | Immunologie |
| 7. Mme Safiatou NIARE | Parasitologie-Mycologie |

2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Mr Karim TRAORE | Parasitologie-Mycologie |
| 2. Mr Abdoulaye KONE | parasitologie-Mycologie |
| 3. Mr Moussa FANE | Biologie, Santé publique, Santé environnement |
| 4. Mr Mamoudou MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 5. Mr Bassirou DIARRA | Bactériologie-Virologie |
| 6. Mme Aminata MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie |
| 8. Mr Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Nucléaire |
| 9. Mr Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Nucléaire |
| 10. Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique /Génomique |
| 11. Mr Mamadou BA | Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale |
| 12. Mr Bourouma COULIBALY | Anatomie- Pathologie |
| 13. Mr Sanoukho COULIBALY | Toxicologie |
| 14. Mr Boubacar S Ibrahim DRAME | Biologie Médicale / Biochimie Clinique |
| 15. Mr Sidi Boula SISSOKO | Histologie embryologie et cytogénétique |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Mme Djèneba Bocar FOFANA | Bactériologie-Virologie |
| 2. Mr Bamodi SIMAGA | Physiologie |



**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

- | | |
|--------------------------------|--|
| 3. Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 4. Mr Saidou BALAM | Immunologie |
| 5. Mme Arhamatoulaye MAIGA | Biochimie |
| 6. Mr Modibo SANGARE | Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale |
| 7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO | Immunologie |
| 8. Mr Adama DAO | Entomologie Médicale |
| 9. Mr Ousmane MAIGA | Biologie, Entomologie, Parasitologie |
| 10. Mr Cheick Amadou COULIBALY | Entomologie |
| 11. Mr Drissa COULIBALY | Entomologie Médicale |
| 12. Mr Abdallah Amadou DIALLO | Entomologie, Parasitologie |
| 13. Mr Sidi BANE | Immunologie |
| 14. Mr Moussa KEITA | Entomologie, Parasitologie |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Soukalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr K MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 5. Mr Moussa T. DIARRA | Hépto Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 7. Mr Youssoufa Mamadou MAIGA | Neurologie |
| 8. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-phtisiologie Chef de DER |
| 9. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 10. Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 12. Mr Mahamadou DIALLA | Radiologie et Imagerie Médicale |

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| 13. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 15. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |

2. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mme Kaya Assetou SOUKHO | Médecine Interne |
| 2. Mme Djénébou TRAORE | Médecine Interne |
| 3. Mr Djibril SY | Médecine Interne |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 5. Mr Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 6. Mr Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 7. Mr Mamadou DIAKITE | Cardiologie |
| 8. Mr Massama KONATE | Cardiologie |
| 9. Mr Ibrahim SANGARE | Cardiologie |
| 10. Mr Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 11. Mme Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 12. Mr Mamadou TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM | Cardiologie |
| 14. Mr Boubacar SONFO | Cardiologie |
| 15. Mme Mariam SACKO | Cardiologie |
| 16. Mr Anselme KONATE Hépat | Gastro-Entérologie |
| 17. Mme Kadiatou DOUMBIA | Hépat Gastro-Entérologie |
| 18. Mme Hourouma | Hépat Gastro-Entérologie |
| 19. Mme Sanra Déborah SANOGO | Hépat Gastro-Entérologie |
| 20. Mr Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |
| 21. Mr Yamoussa KARABINTA | Dermatologie |
| 22. Mr Mamadou GASSAMA | Dermatologie |

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

23. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
29. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
31. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
32. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
34. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
35. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
36. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
37. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
38. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
39. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
40. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
41. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
43. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
45. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
46. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
47. Mr Seydou SY	Néphrologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAOE	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
20. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
21. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
22. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
4. <u>ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE</u>	
1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3. Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO | Informatique Médicale |

2. MAITRE DE CONFERENCES /MAITRE DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA | Epidémiologie |
| 2. Mr Housseini DOLO | Epidémiologie |
| 3. Mr Oumar SANGHO | Epidémiologie |
| 4. Mr Abdourahmane COULIBALY | Anthropologie de la Santé |
| 5. Mr Oumar THIERO | Biostatistique/Bio-informatique |

3. MAITRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Mr Ousmane LY | Santé Publique |
| 2. Mr Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 3. Mr Cheick Abou COULIBALY | Epidémiologie |
| 4. Mr Moctar TOUNKARA | Epidémiologie |
| 5. Mr Nouhoum TELLY | Epidémiologie |
| 6. Mme Laila Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 7. Mr Nafomon SOGOBA | Epidémiologie |
| 8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition |
| 9. Mr Salia KEITA | Médecine de famille/communautaire |
| 10. Mr Samba DIARRA | Anthropologie de la santé |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA | Anthropologie de la santé |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie- Bibliographie |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé communautaire |

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

4. Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5. Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6. Mr Bakary DIARRA	Santé publique
7. Mr Ilo DICKO	Santé publique
8. Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
9. Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie

CHARGES DE RECHERCHES & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG Odonto	Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY	Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
7. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
12. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
13. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
14. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
16. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
17. Mr Mamadou WELE	Biochimie
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
19. Mr Tietie BISSAN	Biochimie

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

20. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21. Mr Babou BAH	Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Déontologie légale
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC Physique
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie cette thèse...

Au bon Dieu, Tout puissant Qui m'a inspiré et m'a guidé dans le bon chemin Je vous dois ce que je suis devenu Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde

Au Prophète Mohamed, paix et salut sur lui. Que la paix et la bénédiction de dieu soient sur toi et tous les membres de ta famille. Nous te témoignons notre fidélité éternelle pour tout le bien accompli pour l'humanité.

A mon éternel mon très cher père **DRISSA SANGARE**, Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué. Que dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie...

A ma chère mère **MARIAM SIDIBE**, Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de vos sacrifices consentis pour ma personne, mon éducation et mon étude, je manque de mots à ton égard, je te remercie pour tout ce que tu as fait et continueras à faire pour moi. Celle Qui a souffert sans me laisser souffrir, celle qui m'a arrosée de tendresse et d'espairs à la source d'amour inaccessible qui m'a appris m'a supportée et ma diriger vers la gloire, bénie par ses prières. Tes bénédictions seront toujours pour moi la lampe qui illumine la voie devant indiquer le chemin de l'honneur, que Dieu te garde très longtemps auprès de moi pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin. Ce travail est le tien chère maman

À mes tantes, **Habibatou Sidibé, Maimouna Sidibé, Salimata Traore, Assitan Togola, Fatoumata Marega**, C'est avec une joie immense que je vous adresse mes sincères remerciements. Courageuses, et nobles, je suis très heureux d'avoir reçu de vous une très bonne éducation. Vous avez toujours été à mes côtés au moment opportun, Vos affections, vos bénédictions, vos conseils, vos engagements m'ont aidé à surmonter tous les obstacles de la vie estudiantine et la vie en générale. J'espère que ce travail est juste une récompense de nos bénédictions, de nos sacrifices. Qu'ALLAH le Tout Puissant vous récompense tout en vous donnant une longue vie.

A mes TONTON : **Bourama Diallo ; Boubacar Traore, Daouda Sangaré, Lassine Sangaré, Yacouba Sangaré, Feu Lassine Sangaré** Ce travail est la résultante de vos efforts par l'enseignement que j'ai reçu de vous depuis mon enfance jusqu'à maintenant. Merci ! C'est un mot trop simple. Ce que je souhaiterais exprimer est au-delà. Je suis à la fois touché et reconnaissant pour l'aide que vous m'avez apporté. Je ne saurais assez-vous remercier. Que Dieu vous donne une longue vie.

A mes frères et sœurs : **Fousseyni Sangaré, Feu Alassane Sangaré, Feu Modibo Sangaré, Salimatou Sangaré ; Awa Sangaré, Feu Sitan Sangaré, Doussou Sangaré, Fatoumata Sangaré, Djenebou Sangaré, Rokiatou Sangaré, Aichata Sangaré** Nous avons affronté beaucoup de difficulté ensemble, et cet amour fraternel qui nous ont toujours unis, ainsi que vos soutiens indéfectibles sont aujourd'hui les fruits de cet résultat. Je vous souhaite beaucoup de courage. Le chemin est encore long et parsème d'embuches. Sachez que je serai toujours à vos côtés. Puisse l'Eternel nous unir davantage et nous donne une longue vie

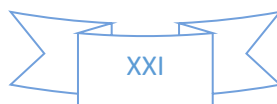
A ma tante et adorable fille **Habibatou** chérie toute ma réussite sur cette terre ne pourra que revenir à toi et à ta mère **Bibi**, en témoignage de mon amour et de ma profonde admiration. Que Dieu me donne le temps nécessaire de vous aimer et vous voir grandir en toute beauté, santé et abondance...

A mes cousins et cousines : **Mohamed Sangaré, Mamadou Sangaré, Lassine Sangaré, Lassine Diallo, Seydou Diallo, Moussa Balla Guindo, Fousseyni Bouaré, Le lieutenant Adama Samaké, Mariam Diallo, Nènè Diallo, Rokiatou Sangaré, Djelika Traore, Aichata Diallo, kadidiatou Diallo**, Soyez assurés que vous n'êtes pas oubliés et que ce travail est une œuvre collective ainsi les mots me manquent pour vous remercier, Que Dieu vous donne une longue vie.

A mon promoteur d'école fondamentale **Mr. Zoumana Coulibaly** ; Mon directeur d'école **Mr. Siaka Samaké, Mr. Konaté Abdoulaye**, vous rencontré et votre présence à mes côtés a été une lumière qui a illuminé ma vie. Vous l'ignorez peut-être mais sachez que vous avez été une source d'inspiration qui a fait de moi une personne si différente aujourd'hui. Je vous remercie pour votre confiance, votre accompagnement. Que Dieu vous donne une longue vie.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

A mon cher ami et frère **Yaya Dembélé** t'as toujours été là pour moi à chaque fois que j'ai eu besoin de toi. Je vous dédie ce travail, en guise de reconnaissance de ton amour, affection, tendresse, compréhension et générosité avec tous mes vœux de bonheur, santé, succès et de réussite.



REMERCIEMENTS

Au corps **professoral de la FMOS** en général, pour l'enseignement prodigué, l'humilité dont vous faites preuve au quotidien, vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, mes chers maitres, je suis fier de la formation que j'ai reçue auprès de vous.

Au Médecin chef du CSEREF d'Ouelessebougou **Dr Abdourhamane Dicko** et à tous les personnels du CSRéf de Ouelessebougou Merci pour la franche collaboration.

A mes chers maitres **Dr Emmanuel Dakouo, Dr Lassana Coulibaly, Dr Mallé Sékou, Dr Siaka Sangaré, Dr Mariko**, merci pour la franche collaboration et pour tous les moments passés ensemble.

Aux aînés **Dr Solomane Diarra, Dr Aly Togo, Dr Pathé Samassékou, Dr Diakité Tiemoko**, Merci pour la franche collaboration.

A mes aînés du service de la chirurgie générale de Ouelessebougou : **Dr Arzouma Ouédraogo, Dr Karim Traore**, merci pour vos conseils, vos encouragements et vôtres soutiens de tous les jours n'ont jamais fait défaut tout au long de ce travail. Je vous remercie infiniment pour votre accompagnement.

A **Dr Yaya Traore**, merci cher aîné, votre disponibilité, vos esprits scientifiques, vos compétences et vos encouragements m'ont permis d'améliorer mes compétences techniques et professionnelles durant mon séjour au service de chirurgie du CSREF de Ouélessébougou. Que Dieu vous prête longue vie et plein de succès, qu'il me donne la chance, le courage et la force de combler vos attentes.

Aux Docteurs : **Dr Fatoumata Bintou Sylla dite Betty, Dr Rosalie Diassana, Dr Diamayiri Samaké, Dr Mamadou Sangaré, Dr Franck Samaké, Dr Founè Marie Kamaté** C'est le moment de vous réitérer ma profonde reconnaissance des efforts menés pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Vous avez guidé mes premiers pas dans la pratique médicale.

A mes collègues internes et collaborateurs : **Int Sidibé Aliou, Int Kouyaté Souleymane, Int Ibrahima maiga, Dr Mohamed Maiga dit Camel, Dr Sidiki Sidibé, Dr Assan Ballo, Mr Konaté Abdoulaye, Mr Diallo Djibril, Saliou B Yattara**.

À toutes les **sages-femmes** et l'équipe de la maternité du CSRéf de Ouelessebougou particulièrement à la sage **Moui Camara** Merci pour la franche collaboration.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Aux techniciennes supérieures de santé **Fanta Keita, Aminata Dalla Doumbia, Fatoumata Dagnon, Berthe Mariam**, a tous les infirmiers du service de la médecine Veuillez recevoir par ce travail ma reconnaissance, merci infiniment pour tous.

A tous mes amis: **Victor Salif Koné, Sidibé Abdoulaye, Mamoutou Zeromé, Issa Keïta, Rokiatou Guindo, Sanaba Doumbia, Filifing Coulibaly, Cissé Alima, Oumou Togola, Mohamed lamine Kouyaté, Touré Lassine, Bissan Ferima...** L'amitié n'a pas de prix. Je ne saurai vous remercier. Vous avez été une source de courage, de motivation et de force pour moi. Ce travail est le vôtre. Je prie toujours Dieu pour qu'il vous apporte le bonheur, la joie de vivre et vous aide à réaliser tous vos vœux.

A toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce travail et à tous ceux que j'ai omis de citer. En témoignage de mes sincères remerciements et de ma profonde estime pour votre aide, recevez ici l'expression de mon profond respect.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur LASSANA KANTE

- ❖ Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ❖ Membre de l'association française des chirurgiens
- ❖ Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- ❖ Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF)
- ❖ Chargé de cours à la FMOS

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre rigueur scientifique font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique forge le respect et l'admiration de tous. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Que Dieu veille sur vous.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE.

Dr Emmanuel DAKOUO

- ❖ **Chirurgien généraliste au CSRéf de Ouelessebouougou.**
- ❖ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CH.MA).**
- ❖ **Chef de service de Chirurgie générale du CSRéf de Ouéléssébougou.**
- ❖ **Praticien hospitalier au CSRéf de Ouelessebouougou.**

Cher Maître,

Nous avons profité de votre grande connaissance scientifique et de votre expérience. La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail nous a profondément touché.

Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire. Votre compétence, votre abord facile, votre dynamisme, votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Vous avez pleinement contribué à notre formation par la clarté de vos enseignements.

Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail. Veuillez agréer l'expression de notre profond respect et nos reconnaissances. Que Dieu vous comble avec votre famille de multiples Grâces.

A NOTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Drissa TRAORE

- ❖ **Maître de conférences agrégé à la FMOS**
- ❖ **Spécialiste en chirurgie générale**
- ❖ **Praticien hospitalier au C.H.U. Point. G**
- ❖ **Membre de l'association française des chirurgies**
- ❖ **Membre de la société de chirurgie du Mali**
- ❖ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone**
- ❖ **Prix de meilleure communication Charles Marie GROS en France**

En 2019 lors du congrès de la société Française de sénologie et de pathologie mammaire.

Cher maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous, pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, votre amour du travail bienfait, votre disponibilité et vivacité font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique impose le respect et l'admiration de tous. Professeur nous vous envions et souhaiterons emboiter vos pas, bien que difficile. Veuillez trouver ici cher Maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Sékou Bréhima KOUMARE

- ❖ Maitre de conférences agrégé à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- ❖ Praticien hospitalier au CHU du Point G
- ❖ Spécialiste en chirurgie générale
- ❖ Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher Maitre ;

Nous avons été impressionnés par votre courtoisie, votre simplicité, votre abord facile et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et scientifiques nous ont émerveillés. Veuillez trouver ici, cher Maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS :

ATB : Antibiotique

ASP : Abdomen sans préparation

CM : Centimètre

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSRéf de Ouelessebougou : Centre de Santé de Référence de Ouelessebougou

CSCom : Centre de Santé Communautaire

DES : Diplôme d'Etude Supérieur

Echo : Echographie

E.V.A : Echelle visuelle analogique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Hb : hémoglobine

H.I.D : Hernie inguinale droite

H.I.G : Hernie inguinale gauche

H.I.S : Hernie inguinoscrotale

H.T.A : Hypertension artérielle

% : Pourcentage

P.H. S: Propène hernia system

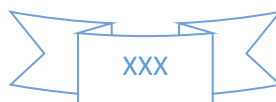
SOCHIMA : Société Chirurgie du Mali

T.R: Toucher rectal

U.G.D: Ulcère gastroduodéal

OAP : Œdème Aigu du Poumon

Dr : Docteur



Pr : Professeur

HC : Hernie Crurale

HLB : Hernie de la Ligne Blanche

HLS : Hernie de la ligne de Spiegel

HOI : Hernie Ombilicale et Inguinale

HIS : Hernie Inguino – Scrotale H.O : Hernie Obturatrice

NFS : Numération Formule Sanguine

Bko : Bamako

OUA : Organisation pour l'Unité Africaine

PEV : Programme Elargi de Vaccination

ORL : Oto Rhino Laryngologie

SMIG : salaire minimum interprofessionnel garanti

**LISTE DES TABLEAUX ET
FIGURES**

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : RÉPARTITION SELON LE NOMBRE DE CAS PAR ANNÉE.	41
TABLEAU II: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE	41
TABLEAU III : RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ÂGE	42
TABLEAU IV : RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ETHNIE	42
TABLEAU V : RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA NATIONALITÉ.	43
TABLEAU VI: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PRINCIPALE ACTIVITÉ	43
TABLEAU VII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ADRESSE	44
TABLEAU VIII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROVENANCE	44
TABLEAU IX: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE MODE DE RECRUTEMENT	45
TABLEAU X: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON MOTIF DE CONSULTATION	45
TABLEAU XI: RÉPARTITION DES PATIENTS VENUS POUR RÉCIDIVE HERNIAIRE	45
TABLEAU XII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SIÈGE DE LA TUMÉFACTION	46
TABLEAU XIII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES SIGNES FONCTIONNELS.	46
TABLEAU XIV: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE MODE D'INSTALLATION DE LA DOULEUR	47
TABLEAU XV: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES SIGNES ASSOCIÉS ET FACTEURS ÉTIOLOGIQUES.	47
TABLEAU XVI: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE TRAITEMENT ANTÉRIEUR REÇU	48
TABLEAU XVII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE D'ÉVOLUTION DE LA MALADIE EN ANNÉE.	48
TABLEAU XVIII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE	49
TABLEAU XIX: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX	49
TABLEAU XX: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES ANTÉCÉDANT CHIRURGICAUX.	50
TABLEAU XXI: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES ANTÉCÉDANT CHIRURGICAUX.	50
TABLEAU XXII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA TEMPÉRATURE	51
TABLEAU XXIII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PRESSION ARTÉRIELLE	51
TABLEAU XXIV: DES PATIENTS SELON LES SIGNES PHYSIQUES.	51
TABLEAU XXV: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RÉSULTAT DU TOUCHER RECTAL	52
TABLEAU XXVI: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA RÉALISATION DE L'ÉCHOGRAPHIE	52
TABLEAU XXVII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA RÉALISATION DE L'ABDOMEN SANS PRÉPARATION (ASP)	53
TABLEAU XXVIII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON RÉALISATION DE LA FIBROSCOPIE ŒSOGASTRODUODÉNALE PLUS BIOPSIE	53
TABLEAU XXIX: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA FORME CLINIQUE.	54
TABLEAU XXX: RÉPARTITION DES FORMES CLINIQUES COMPLIQUÉES SELON LE DIAGNOSTIC PRÉOPÉRAIRE ...	54
TABLEAU XXXI: RÉPARTITION DES FORMES CLINIQUES NON COMPLIQUÉES SELON LE DIAGNOSTIC PRÉOPÉRAIRE.	55
TABLEAU XXXII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA RÉALISATION DE LA NUMÉRATION FORMULE SANGUINE OU DU TAUX D'HÉMOGLOBINE SIMPLE.	56
TABLEAU XXXIII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RÉSULTAT DE LA NUMÉRATION FORMULE SANGUINE.	56
TABLEAU XXXIV: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RÉSULTAT DE LA GLYCÉMIE	57
TABLEAU XXXV: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RÉSULTAT DE LA CRÉATININÉMIE	57
TABLEAU XXXVI: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE RÉSULTAT DU TAUX DE PROTHROMBINE	58
TABLEAU XXXVII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE D'ANESTHÉSIE	58
TABLEAU XXXVIII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE CONTENU DU SAC HERNIAIRE.	59
TABLEAU XXXIX: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON L'ASPECT DE L'ORGANE ÉTRANGLÉ	59
TABLEAU XL: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA TECHNIQUE OPÉRAIRE	60
TABLEAU XLI: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA DURÉE D'HOSPITALISATION POST OPÉRAIRE.	61

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

TABLEAU XLII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES COMPLICATIONS IMMEDIATES.	61
TABLEAU XLIII: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES COMPLICATIONS À COURT TERME (3-6 MOIS).	62
TABLEAU XLIV: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LES COMPLICATIONS APRÈS 6 MOIS.	62
TABLEAU XLV: RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE COÛT DIRECT DE LA PRISE EN CHARGE.	63
TABLEAU XLVI: LA FRÉQUENCE HOSPITALIÈRE SELON LES AUTEURS	65
TABLEAU XLVII: L'ÂGE MOYEN SELON LES AUTEURS	66
TABLEAU XLVIII: SEX-RATIO SELON LES AUTEURS	67
TABLEAU XLIX: SIÈGE SELON LES AUTEURS	68
TABLEAU L: SIGNES FONCTIONNELS SELON LES AUTEURS	69
TABLEAU LI: SIGNES PHYSIQUES SELON LES AUTEURS	70
TABLEAU LII: EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	70
TABLEAU LIII : LE DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE SELON LES AUTEURS.....	71
TABLEAU LIV: ANESTHÉSIE SELON LES AUTEURS	72
TABLEAU LV: LE TYPE D'ORGANE ÉTRANGLÉ SELON LES AUTEURS	73
TABLEAU LVI: LA DURÉE MOYENNE D'ÉTRANGLEMENT SELON LES AUTEURS	74
TABLEAU LVII: LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE SELON LES AUTEURS	75
TABLEAU LVIII: LA DURÉE MOYENNE D'HOSPITALISATION SELON LES AUTEURS.....	77
TABLEAU LIX: LA MORBIDITÉ SELON LES AUTEURS.	78
TABLEAU LX: LA MORTALITÉ SELON LES AUTEURS	78
TABLEAU LXI: COÛT TOTAL DE LA PRISE EN CHARGE SELON LES AUTEURS	78

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: PAROI ABDOMINALE, ÉLÉMENTS OSSEUX ET MUSCULAIRES	6
FIGURE 2: MUSCLES VERTICAUX.....	7
FIGURE 3: MUSCLE OBLIQUE EXTERNE DE L'ABDOMEN VU LATÉRALE DROITE	8
FIGURE 4: MUSCLE OBLIQUE INTERNE DE L'ABDOMEN VU LATÉRALE DROITE.....	9
FIGURE 5: MUSCLE TRANSVERSE ET LE CANAL INGUINAL VU LATÉRALE DROITE	10
FIGURE 6: VUE ANTÉRIEURE DES MUSCLES DE LA PAROI ABDOMINALE.....	10
FIGURE 7: FASCIA TRANSVERSALIS	12
FIGURE 8: ORGANISATION DES MUSCLES GRANDS DROITS. A: COUPE TRANSVERSALE DANS LES TROIS QUARTS SUPÉRIEURS DE LA GAINÉ. B: COUPE TRANSVERSALE DANS LE QUART INFÉRIEUR DE LA GAINÉ.....	12
FIGURE 9: LES POINTS FAIBLES DE LA PAROI ABDOMINALE	13
FIGURE 10: VUE ANTÉRIEURE DU CADRE SOLIDE DE L'AINE ET DU TROU MUSCULOPECTINÉAL, D'APRÈS FRUCHAUD.....	14
FIGURE 11: VUE ANTÉRIEURE DU PLAN MUSCULOAPONEVROTIQUE.....	15
FIGURE 12: COUPE ANTÉRO-POSTÉRIEURE DU CANAL INGUINALE. CONCEPTION DE FRUCHAUD	15
FIGURE 13: VUE SUPÉRO-ANTÉRIEURE DU PLAN MUSCULO-APONÉVROTIQUE, DU CANAL INGUINAL ET DES VAISSEAUX FÉMORAUX (NETTER'S ANATOMY).....	16
FIGURE 14: PRINCIPAUX TYPES DE HERNIES DE L'AINE	20
FIGURE 15: TECHNIQUE DE SHOULDICE: [38] : SURJETS SUR 3 PLANS :	27
FIGURE 16: PROCÉDER DE BASSINI D'APRÈS STOPPA	28
FIGURE 17: TECHNIQUE DE LICHTENSTEIN.....	30

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	4
3. GENERALITES	6
4. METHODE ET PATIENT	35
5. RESULTATS	41
6. DISCUSIONS COMMENTAIRES	65
CONCLUSION :	80
RECOMMANDATIONS :	81
REFERENCES	83
14. ANNEXES	93

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La hernie est l'issue spontanée, temporaire ou permanente d'organe(s) hors des limites de la cavité le ou les contenant normalement par une zone de faiblesse anatomiquement préformée[1].

Les hernies abdominales se définissent comme l'issue spontanée des viscères hors des limites normales de la cavité abdomino –pelvienne [2].

Les hernies pariétales constituent la grande majorité des hernies abdominales, regroupant les hernies de la ligne blanche (ombilicales, épigastriques et hypogastriques), incisionnelles (éventrations postopératoires), inguinales, crurales, lombaires et de Spiegel. Elles sont formées par l'avancée d'un sac herniaire à travers une faiblesse ou un défaut, congénital ou acquis, des aponévroses musculaires pariétales. Elles sont favorisées par un certain nombre de facteurs, dits herniogènes, qui augmentent la pression intra-abdominale: ascite, grossesse, constipation, toux chronique, asthme, emphysème, dysurie prostatique, profession de force. Les plus fréquentes sont de diagnostic clinique théoriquement aisé, sans qu'il soit alors nécessaire de recourir à l'imagerie [3,4].

Aux Etats-Unis d'Amérique le US Cencus Bureau estime que 500 000 cures de hernies inguinales soient effectuées chaque année [5].

En Europe, les hernies inguinales étranglées représentaient 5% des urgences chirurgicales à l'hôpital universitaire de Londres avec une morbidité estimée à 10 % et une mortalité postopératoire de 3,96% en 2007 [6].

En Afrique la hernie inguinale touche environ 4.6% de la population. Elle est l'une des principales causes de l'abdomen aigu chirurgicale en Afrique [7].

En Algérie en 2013, la cure herniaire a occupé la 3ème place de l'activité chirurgicale après la pathologie biliaire et endocrinienne [8].

Au Sénégal en 2008 au CHU Aristide Le Dantec de Dakar, la hernie était simple dans 62,7% et étranglée dans 32,2% [9].

Au Burkina Faso en 1997 au CHN- Y.O de Ouagadougou, la cure herniaire représentait 47,03 % des interventions de type digestif, et elle était prépondérante chez l'homme (94,8%) [10].

Au Mali dans les hôpitaux de 3ème référence (Point G, Gabriel Toure, Kati), 10.5% de l'ensemble des interventions chirurgicales portaient sur la hernie inguinale [11].

En 1988 Bouaré Ma dans une étude de 610 cures herniaires de l'aine dans les cercles de Bafoulabe et de Kenieba a trouvé que 51,53% des actes chirurgicaux portent sur les hernies de l'aine [12].

En 2005 SIDIBE R avait constaté que les hernies représentaient 13,26% des pathologies chirurgicales de l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou [13].

En 2006 FOFANA Mo avait constaté que les herniorraphies représentaient 24, 1% des interventions digestives de l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou [14].

Le diagnostic de la hernie inguinale est clinique (Tuméfaction inguinale) [15].

Elle est plus fréquente à droite [16, 17, 18, 19].

Il n'y a pas de consensus pour le choix de la technique de réparation idéale de la hernie inguinale[20].

Leur traitement consiste à disséquer le sac herniaire avec réintégration des viscères dans la cavité abdominale puis à réparer la paroi, avec ou non pose d'une prothèse. La voie d'abord peut être antérieure (laparotomie) ou cœlioscopique [21].

La complication la plus fréquente et la plus grave est l'étranglement, il constitue une urgence chirurgicale [22, 23,24].

Aucune étude n'a été réalisée au service de chirurgie du centre de sante de référence de Ouelessebougou sur les hernies pariétales, nous avons décidé d'y consacrer ce travail avec les objectifs suivants.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général :

Etudier les hernies pariétales dans le service de chirurgie générale du centre de sante de référence de Ouélessébougou

2.2. Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence hospitalière
2. Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques
3. Analyser les résultats du traitement
4. Déterminer le coût de la prise en charge

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1. Rappel anatomique [25]

La paroi abdominale est constituée de muscles qui viennent s'insérer sur des éléments osseux. Les cinq vertèbres lombaires et leurs disques intervertébraux, la partie supérieure des os pelviens, le rebord costal, les 5èmes aux 12èmes côtes et le processus xiphoïde délimitent la paroi abdominale (Figure 1). La partie antérolatérale de la paroi abdominale sera principalement étudiée ici. La paroi antérolatérale est composée de cinq muscles pairs. Au niveau médian, on retrouve deux muscles verticaux : le muscle grand droit de l'abdomen et le muscle pyramidal. Au niveau latéral, on retrouve trois muscles larges : le muscle oblique externe, le muscle oblique interne et le muscle transverse de l'abdomen. L'ensemble de ces muscles constitue une paroi qui participe au maintien et à la protection des viscères abdominaux dans la cavité abdominale. Ils contribuent au maintien de la posture.

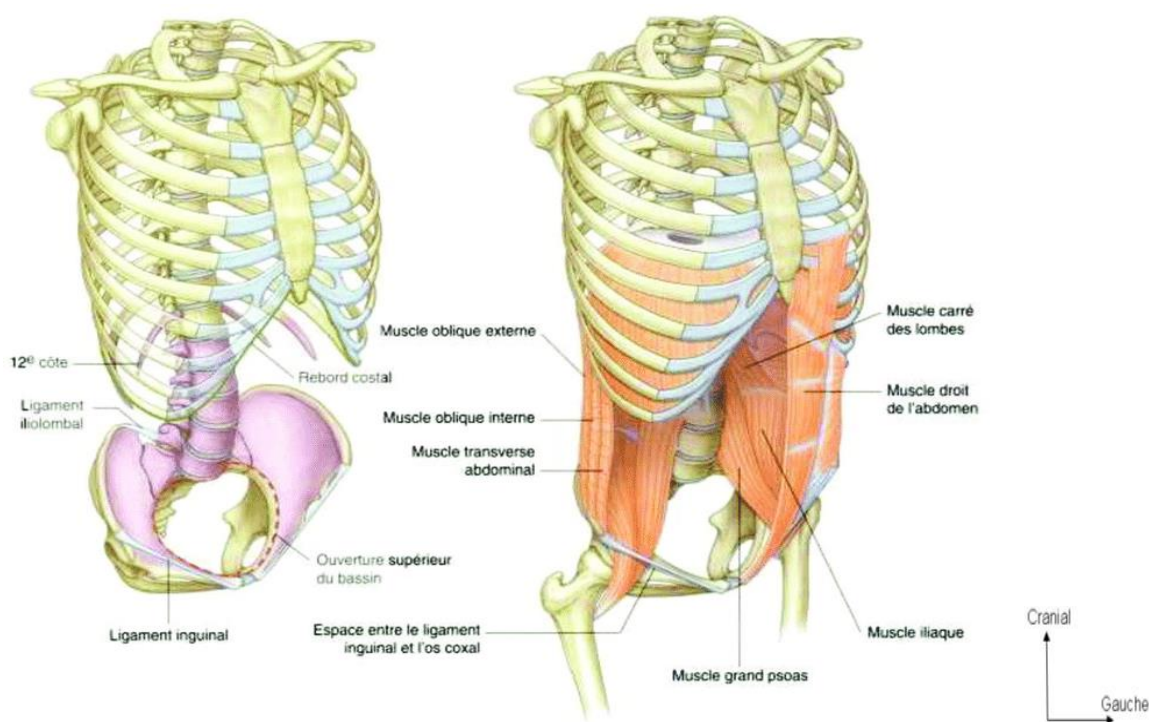


Figure 1: Paroi abdominale, éléments osseux et musculaires

3.1.1. Les muscles verticaux :

3.1.1.1. Le muscle droit de l'abdomen

Aussi appelé grand droit (de l'abdomen) est un muscle long et épais qui s'étend le long de la ligne médiane, de la partie antéro-inférieure du thorax à la symphyse pubienne. Son corps musculaire est interrompu par trois à quatre bandes fibreuses transversales appelées intersections tendineuses (Figure 2). Il est impliqué dans la compression des viscères abdominaux, le fléchissement de la colonne vertébrale et la tension de la paroi abdominale.

3.1.1.2. Le muscle pyramidal

Ce petit muscle, qui peut être absent, est situé en avant du muscle grand droit. De forme triangulaire, il s'insère par la base du pubis et se termine par son sommet supérieur, sur la ligne blanche. Sa fonction est de tendre la ligne blanche.

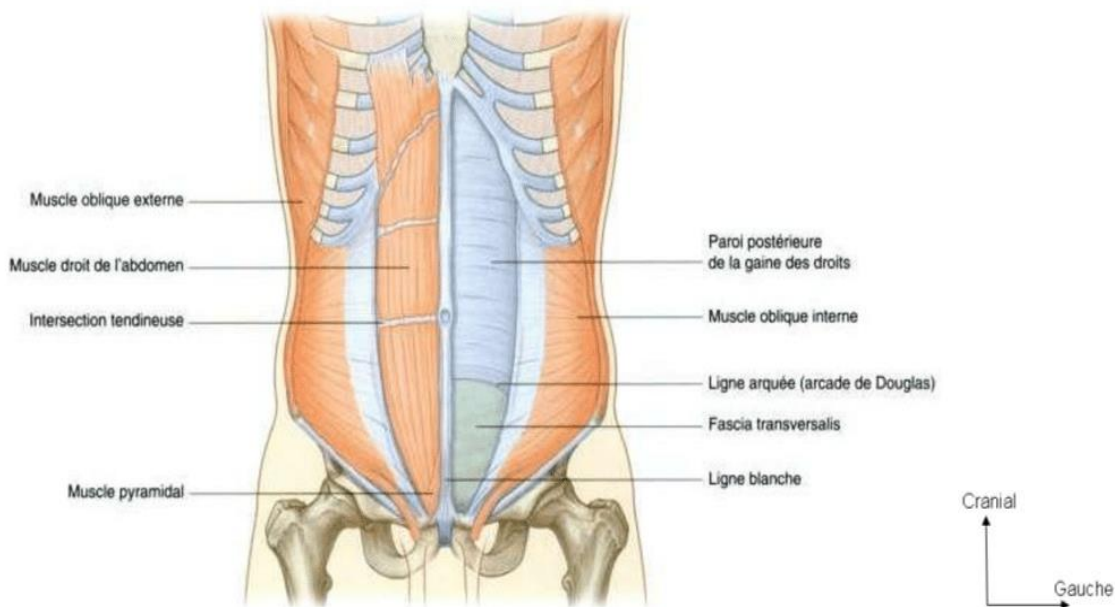


Figure 2: Muscles verticaux

3.1.2. Les muscles larges :

3.1.2.1. Le muscle oblique externe (grand oblique) :

C'est le plus superficiel des trois muscles larges. Ses fibres musculaires s'insèrent depuis les 5èmes aux 12èmes côtes jusqu'à la ligne blanche, l'os iliaque et l'arcade crurale (Figure 3).

Elles ont une direction oblique en bas et en avant, et se prolongent dans la partie médiane par une large aponévrose pour participer à la ligne blanche.

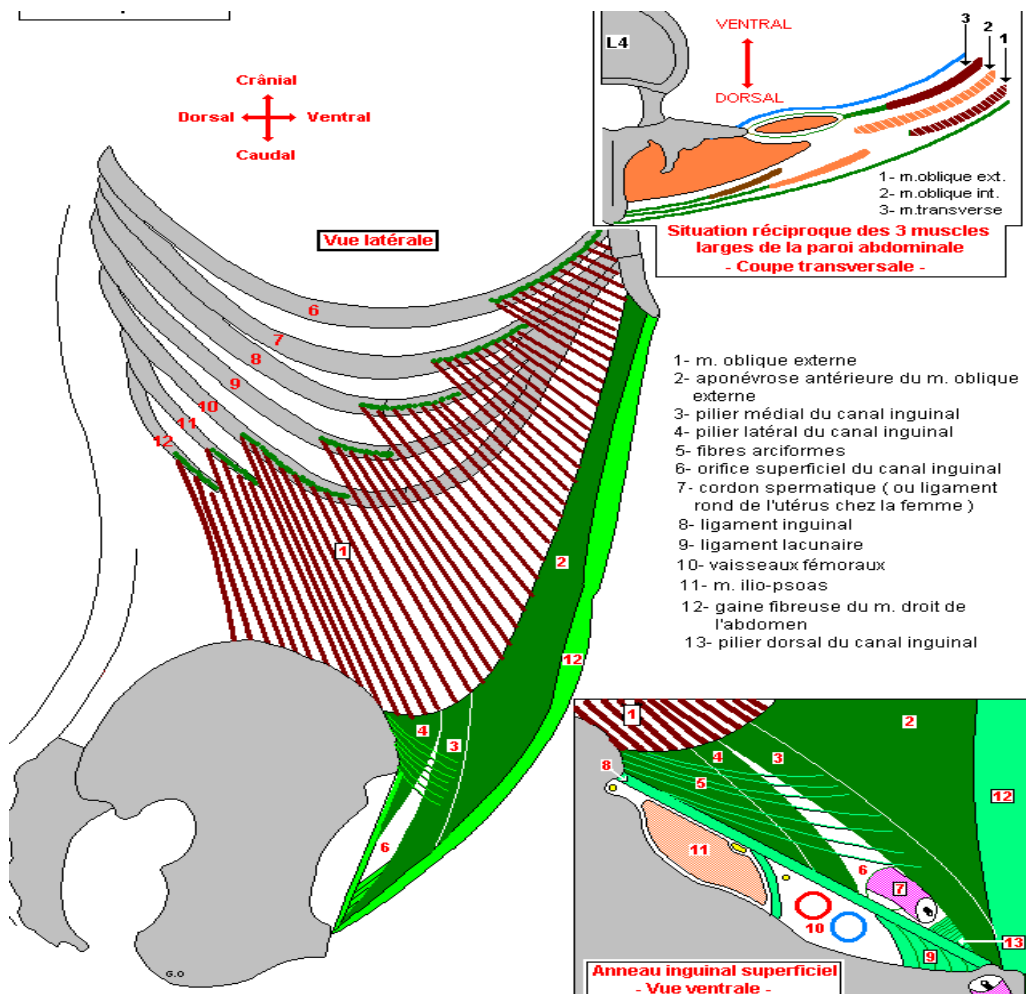


Figure 3: muscle oblique externe de l'abdomen vu latérale droite

3.1.2.2. Le muscle oblique interne (petit oblique) :

Il est situé sous le muscle oblique externe (Figure 4). Triangulaire, il rayonne de la crête iliaque aux dernières côtes, à la ligne blanche et au pubis. Son corps musculaire se prolonge vers l'avant par une aponévrose qui contribue à former la ligne blanche.

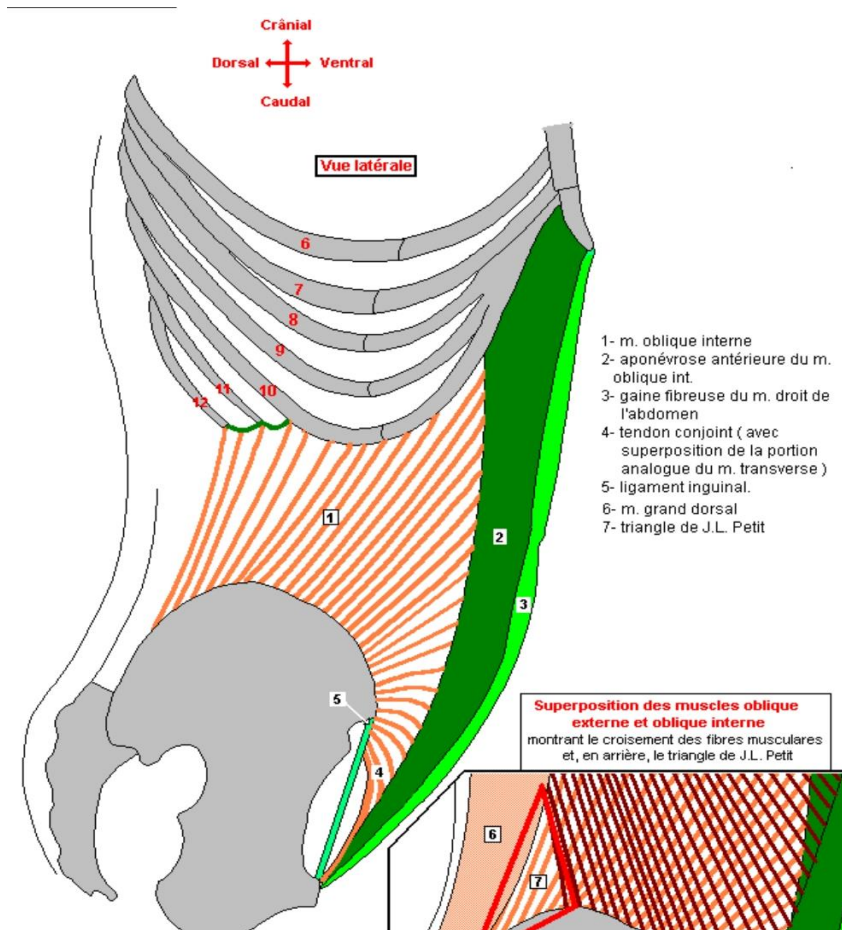


Figure 4: muscle oblique interne de l'abdomen vu latérale droite

3.1.2.3. Le muscle transverse de l'abdomen :

Il est situé sous le muscle oblique interne (Figure 5). Il est tendu de la colonne vertébrale à la ligne blanche. Chacun des trois muscles larges est enveloppé de son aponévrose, un feuillet cellulo-fibreux très fin. Les trois muscles larges sont impliqués dans la compression des viscères abdominaux. La contraction bilatérale des muscles obliques externes et internes permet la flexion du tronc. En contraction unilatérale, le muscle oblique externe permet la rotation du thorax, portant sa face antérieure vers le côté opposé. La contraction unilatérale de l'oblique interne permet la rotation du thorax, portant sa face antérieure du côté du muscle.

LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU

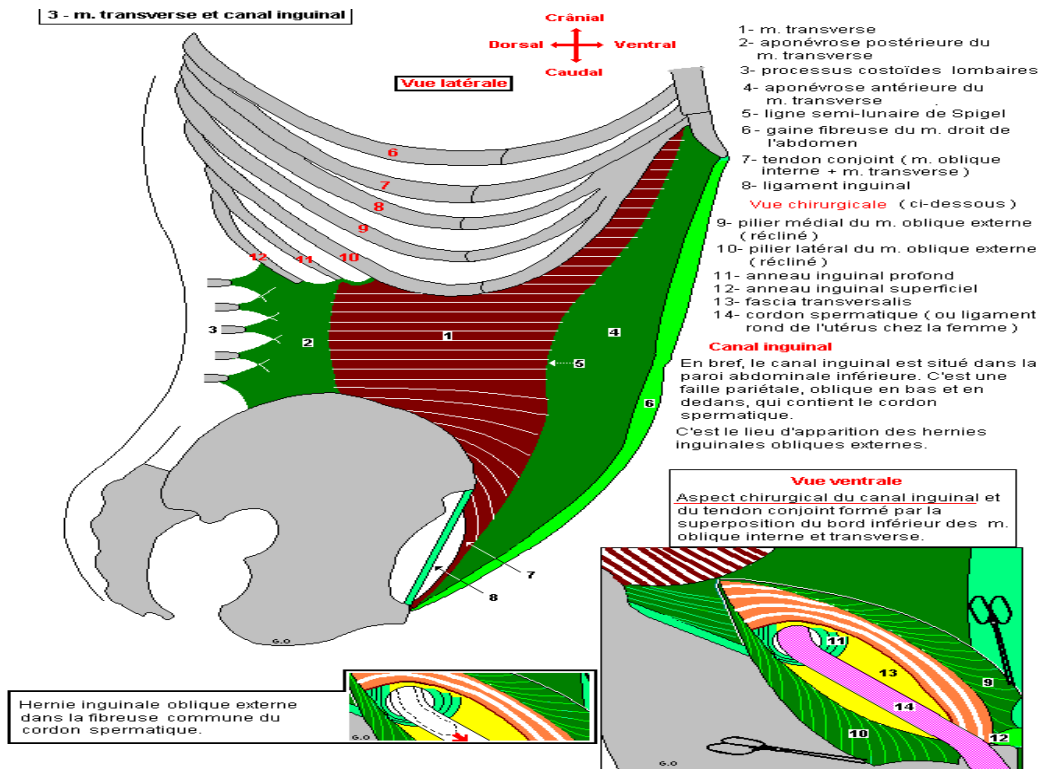


Figure 5: muscle transverse et le canal inguinal vu latérale droite

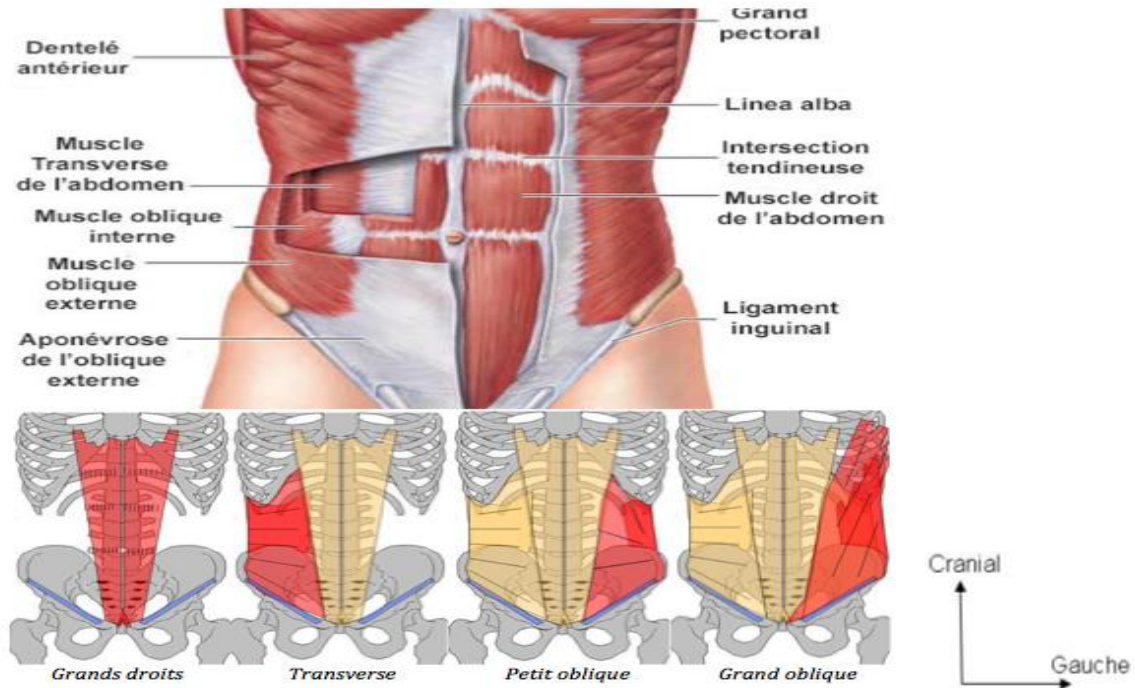


Figure 6: vue antérieure des muscles de la paroi abdominale

3.2. Les structures membranaires :

Les aponévroses antérieures des muscles larges forment la gaine des muscles droits et la ligne blanche sur la ligne médiane.

La gaine du muscle grand droit est une gaine tendineuse formée par les aponévroses des muscles oblique externe, oblique interne et du muscle transverse abdominal. La gaine enveloppe complètement le muscle dans ses trois-quarts supérieurs et recouvre la face antérieure du muscle dans son quart inférieur. La ligne arquée (aussi appelée arcade de Douglas) est la ligne horizontale marquant la limite inférieure de la face postérieure de la gaine. Sous la ligne arquée, la face postérieure du grand droit est en contact direct avec le fascia transversalis (Figure 7). La ligne blanche, est une structure fibreuse située sur la ligne médiane de l'abdomen. Elle s'étend du processus xyphoïde à la symphyse pubienne. Elle est constituée par l'entrecroisement des fibres des aponévroses des trois muscles larges qui forment la gaine du grand droit puis la ligne blanche.

Le fascia transversalis est une membrane aponévrotique qui se trouve entre la surface interne du muscle transverse abdominal et le péritoine (Figure 6). C'est un feuillet continu tapissant toute la cavité abdominale. Dans la région inguinale il a une structure épaisse et dense. Il fusionne avec l'aponévrose du muscle transverse abdominal sur la face interne de ce dernier, où il est mince.

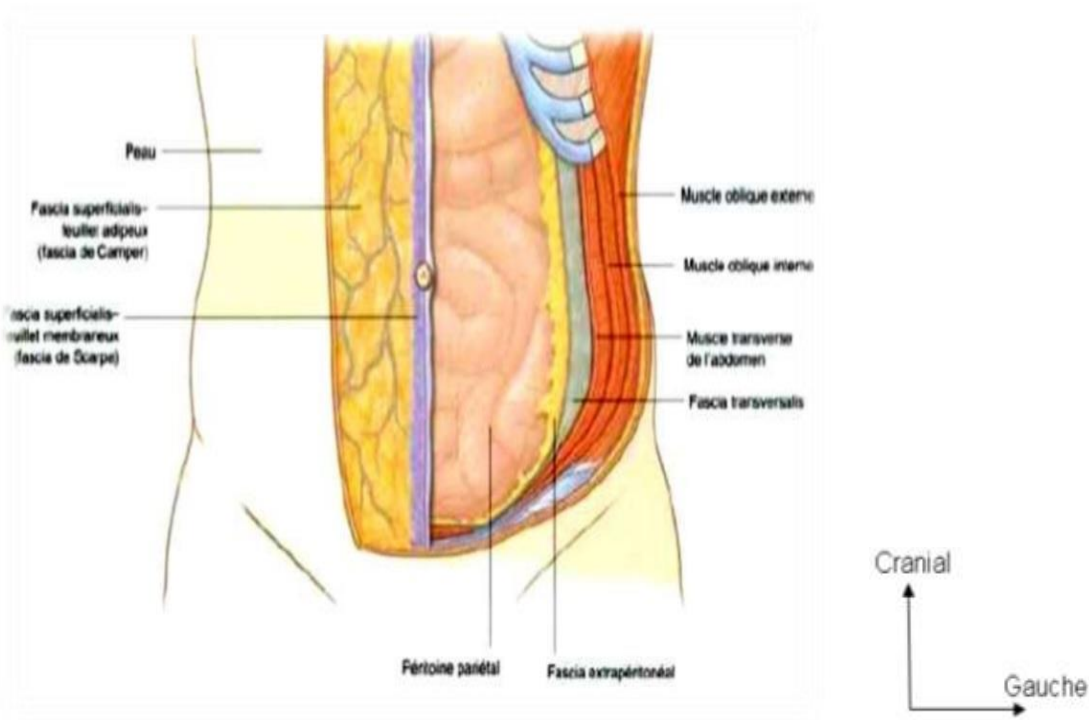


Figure 7: Fascia transversalis

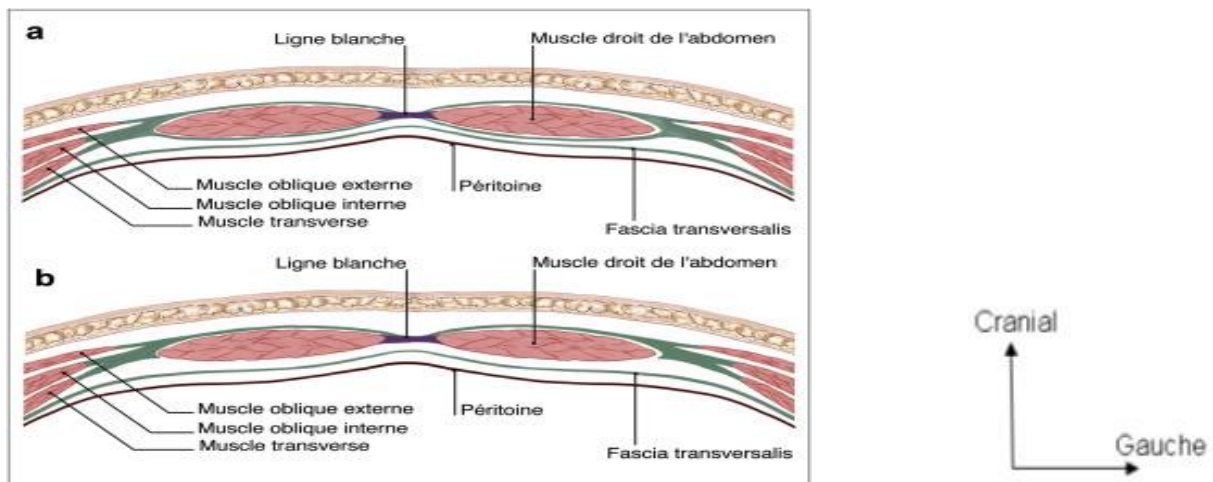


Figure 8: Organisation des muscles grands droits. A: Coupe transversale dans les trois quarts supérieurs de la gaine. B: Coupe transversale dans le quart inférieur de la gaine

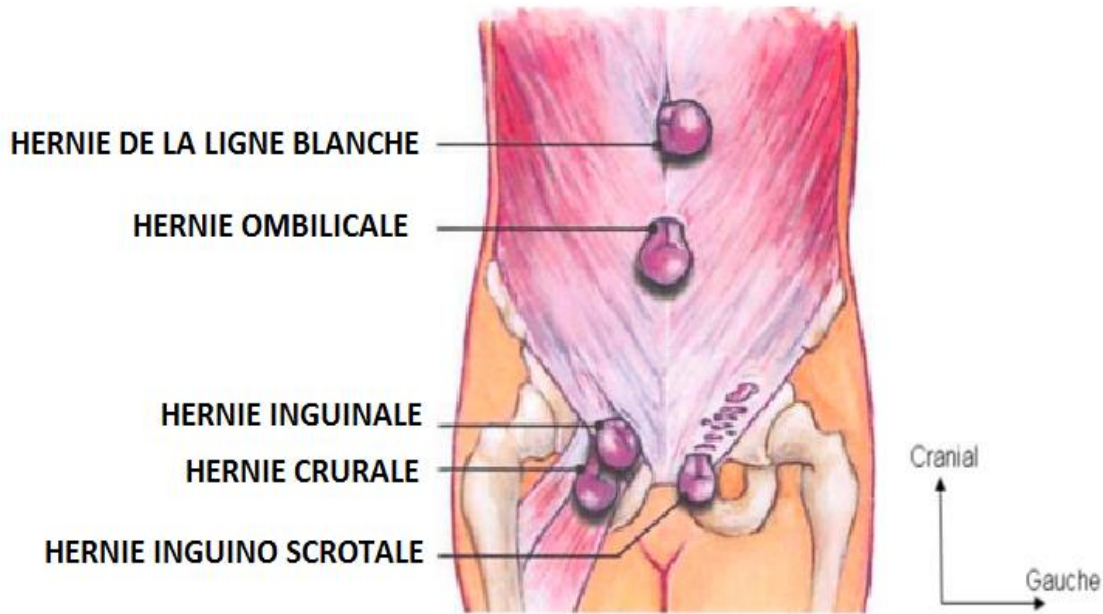


Figure 9: les points faibles de la paroi abdominale

3.3. Anatomie de la région de l'aîne:

3.3.1. Anatomie descriptive [27,28]:

La région de l'aîne est une région frontière entre l'abdomen et la cuisse. Appelée aussi inguino-fémorale, elle constitue une zone d'une fragilité architecturale de la paroi abdominale représentée par un large trou musculopectinéel décrit par Fruchaud, et expliquant bien la fréquence des hernies à ce niveau.

L'orifice musculopectinéel est limité :

En dedans: par le muscle grand droit et sa gaine renforcée à ce niveau par le tendon conjoint; tendon de terminaison des muscles oblique interne et transverse.

En dehors: par le muscle psoas iliaque recouvert par son fascia iliaca sous laquelle chemine le nerf fémoral, dans l'interstice séparant ses deux chefs.

En bas: par la crête pectinéale du pubis, doublée du ligament de Cooper.

En haut: par les muscles larges de la paroi antérolatérale de l'abdomen qui s'ordonnent en deux plans: Un plan superficiel: formé par le muscle grand oblique dont les insertions basses constituent l'aponévrose du grand oblique, divisée à ce niveau en deux piliers: interne et externe. La terminaison de ce muscle sur le tubercule pubien forme: le ligament de Gimbernat.

Un plan profond: constitué par les muscles petit oblique et transverse qui forment la faux inguinale. Les parties aponévrotiques de ces deux muscles se rejoignent formant ainsi le tendon conjoint.

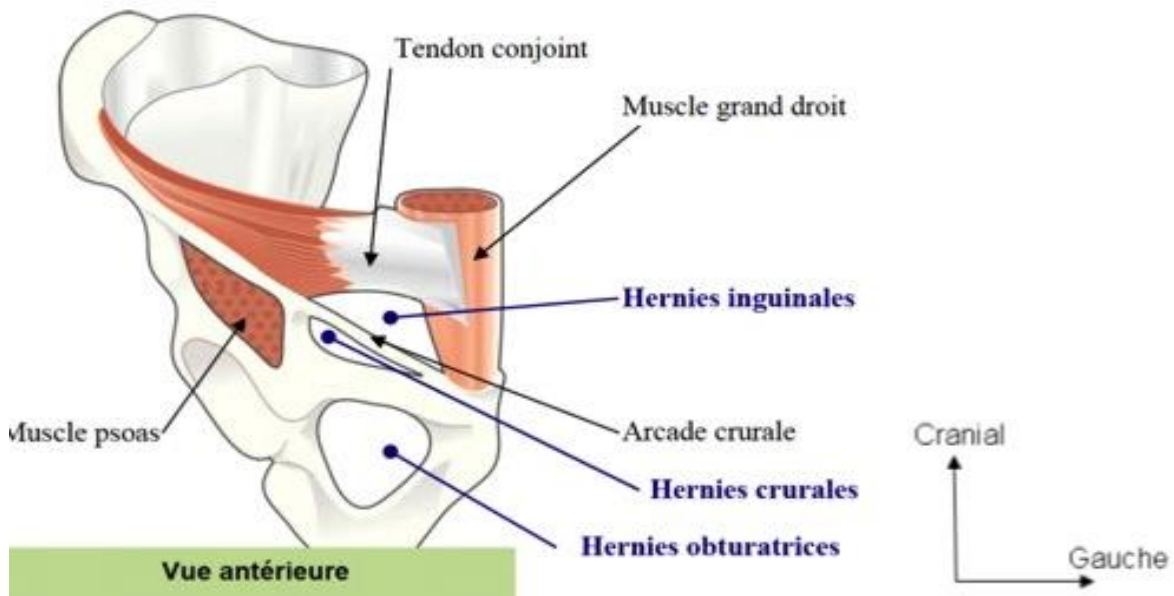


Figure 10: Vue antérieure du cadre solide de l'aîne et du trou musculopectinéal, d'après Fruchaud.

Superficiellement, le trou musculopectinéal est divisé en deux étages par le ligament inguinal (ou arcade crurale):

L'étage supérieur: Il livrera passage au cordon spermatique chez l'homme, ou le ligament rond chez la femme. C'est Le canal inguinal. Globalement oblique en haut et en arrière et latéralement, il présente à décrire quatre parois et deux orifices :

Une paroi antérieure, constituée par l'aponévrose du muscle grand oblique

Une paroi supérieure, constitué par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

Une paroi inférieure, constituée par la partie médiale du ligament inguinal

Une paroi postérieure, formée par le tendon conjoint en dedans et le fascia transversalis en dehors. L'orifice superficiel délimité par les piliers du muscle grand oblique.

L'orifice profond, situé plus latéralement au-dessus du tiers moyen de l'arcade inguinal.

Ainsi est ménagé entre ces deux orifices, un trajet en chicane livrant passage au cordon.

L'étage inférieur : Il livrera passage aux vaisseaux fémoraux ; c'est le canal fémoral, un orifice grossièrement triangulaire, situé entre le bord interne de la veine fémoral en dehors, le ligament de Cooper en arrière, la bandelette ilio-pectiné en avant, en dedans par le ligament de Gimbernat et en bas par le muscle pectiné.

Ainsi peut s'engager à ce niveau une hernie dite : fémorale (ou crurale). Profondément, le trou musculopectinéal est fermé par le fascia transversalis qui va s'évaginer autour des éléments spermatiques ou fémoraux traversant la région.

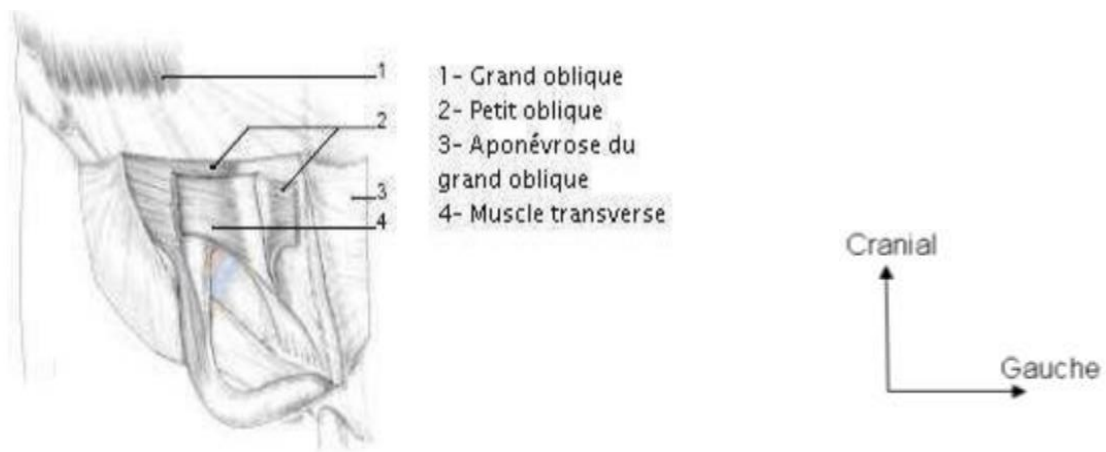


Figure 11: vue antérieure du plan musculoaponevrotique

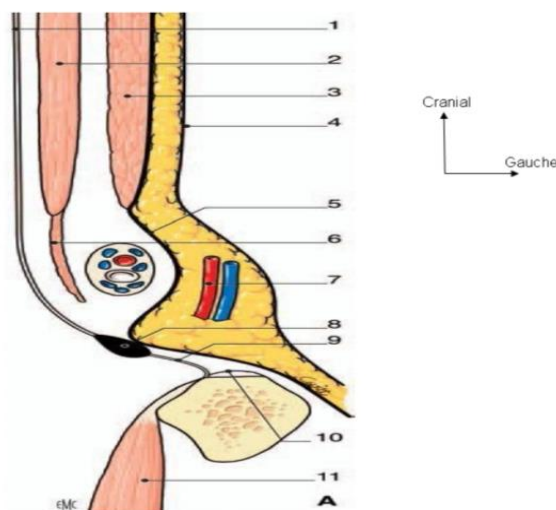


Figure 12: Coupe antéro-postérieure du canal inguinale. Conception de Fruchaud

- | | |
|---|--|
| 1. Aponévrose du muscle oblique externe | 6. faisceau principal externe du crémaster |
| 2. muscle oblique interne | 7.vaisseaux épigastriques |
| 3. muscle transverse | 8.arcade crurale |
| 4. péritoine | 9.ligament de Gimbernat |
| 5. fascia transversalis | 10. Ligament de Cooper |
| | 11. muscle pectiné |

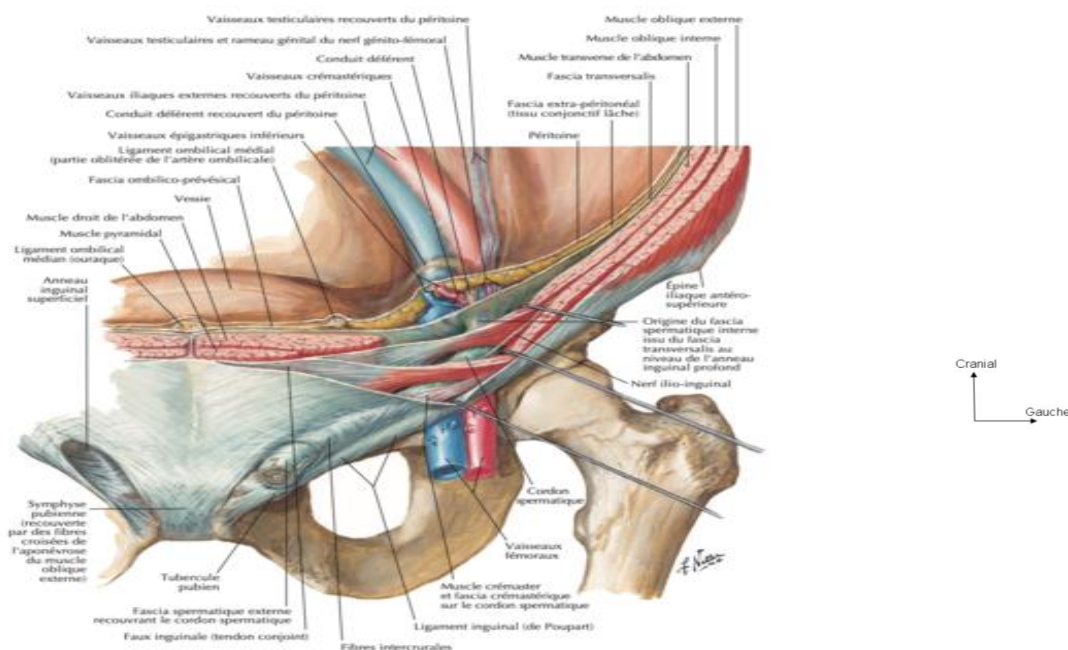


Figure 13: Vue supéro-antérieure du plan musculo-aponévrotique, du canal inguinal et des vaisseaux fémoraux (Netter's anatomy).

3.4. ETUDE CLINIQUE

3.4.1. Diagnostic positif [29, 30, 31]

Type de description : Hernie inguinale non compliquée

La symptomatologie de la hernie est variable, le diagnostic clinique se fait essentiellement à l'interrogatoire. Généralement le patient consulte pour l'apparition d'une tuméfaction inguinale gênante et variable au niveau de la région inguinale, mais l'interrogatoire peut révéler :

- ✓ Des signes fonctionnels très souvent discrets, ainsi on peut retrouver :
- ✓ Quelques douleurs ou une simple pesanteur apparaissant à la fatigue, souvent de petits gargouillements intestinaux peuvent être accompagnés ou non de nausées.
- ✓ Les petites hernies à collet étroit peuvent s'accompagner de sensation de tiraillement ou d'une gêne fonctionnelle.

✓ Les volumineuses hernies sont souvent bien tolérées mais constituent quelques fois un véritable infirmité apparaissant au moindre effort.

L'interrogatoire recherche ensuite les facteurs de risques de récurrences des maladies pouvant révéler une hernie inguinale.

- ✓ Les signes généraux : le patient a un bon état général.
- ✓ Les signes physiques plus ou moins évidents sont toujours présents.

Ils sont étiquetés en deux temps au cours de l'examen physique ayant pour but de confirmer la présence de la hernie, d'en rechercher une de l'autre côté, associée dans 15 à 30% des cas et d'apprécier la solidité du reste de la paroi abdominale (hernie ombilicale, de la ligne blanche, diastasis des muscles droit, hernie de Spiegel) et de dépister les pathologies associées.

Chez la femme, l'orifice herniaire se situe en haut et en dehors de l'angle pubien. Chez l'homme, l'index doit coiffer le scrotum et suivre le cordon spermatique jusqu'à l'orifice superficiel. L'orifice profond n'est en général pas palpable. Ainsi en cas de petit sac herniaire, en particulier oblique externe, la hernie peut ne pas être perçue à l'orifice superficiel. En cas de sac volumineux, celui-ci peut descendre jusque dans le scrotum et constituer une hernie inguinoscrotale. Dans ce cas, il s'agit d'une hernie oblique externe ancienne.

La hernie fémorale (crurale) est parfois difficile à détecter, en particulier chez la femme. Sa position est différente de la hernie inguinale puisqu'elle est située sous la ligne de Malgaigne, mais en cas de petit sac et de pannicule adipeux abondant, son repérage peut être délicat. Dans ce cas, il faut mettre en évidence l'orifice crural en examinant le malade les membres inférieurs en abduction et en repérant les vaisseaux fémoraux. Le plus souvent, la hernie est située en dedans de ces vaisseaux.

La hernie se recherche d'abord chez un malade en position debout permettant une extériorisation plus facile de la hernie à cause de la pesanteur. Cependant, la décontraction de l'individu étant indispensable, elle est parfois plus facile d'obtenir en position couchée.

En position debout :

✓ **Inspection** : souvent la hernie apparaît spontanément ou après un effort de marche ou de toux. Dans tous les cas la tuméfaction est arrondie, peut être saillante ou pas, parfois bosselée.

✓ **Palpation** : retrouve une tuméfaction indolore limitée, arrondie. Sa consistance peut être molle ou souple, sa forme est renflée, rétrécie au niveau du pédicule par lequel elle se prolonge vers la cavité abdominale.

En décubitus dorsal :

✓ **Inspection** : à l'effort on note une réapparition de la voussure herniaire dont l'impulsion et l'expansivité à la toux sont plus faciles à mettre en évidence.

✓ **Palpation** : La réductibilité de la hernie est testée sous une pression douce et Progressive à partir du fond du sac, ce qui permet de réintégrer le contenu dans l'abdomen.

✓ **Percussion** : dépend du contenu de la hernie, qui est supposé épiploïque, lorsqu'il existe une sensation de masse grenue, molle, irrégulière, mate avec frémissement à la réduction. La présence du grêle et du colon donne un tympanisme.

✓ **Toucher rectal** : est systématique chez l'homme de plus de 50 ans enfin d'apprécier le volume prostatique et d'éliminer une lésion rectale.

3.4.2. Examens complémentaires : [15]

Les examens complémentaires sont souvent sollicités pour confirmer la hernie. Ils sont indiqués

✓ En cas de symptômes atypiques par exemple une douleur testiculaire isolée, et d'examen clinique ne confirmant pas l'impression herniaire décrite par le malade ;

✓ En cas d'examen difficile chez un malade obèse ;

✓ En cas d'examen douteux, par exemple une tuméfaction inguinale peu réductible mais indolore.

Les examens réalisés sont :

- ✓ Une échographie, pour différencier une hernie d'une autre tuméfaction des parties

molles de type d'adénopathie ou de lipome,

- ✓ Ou un scanner qui peut montrer un défaut pariétal confirmant la hernie [32, 33,34]. Leur

précision diagnostique dans ce domaine est encore aléatoire et dépend des opérateurs. En cas d'opérateur peu entraîné à ce type de diagnostic, il est plus judicieux de demander un scanner qu'une échographie en première intention.

3.5. FORMES CLINIQUE

3.5.1. Hernies inguinales [35]:

Le pédicule sort de l'abdomen par l'orifice inguinal au-dessus du ligament inguinal (anciennement) repéré cliniquement par la ligne de Malgaigne. Il existe deux variétés de hernies inguinales :

3.5.1.1. Hernie oblique externe congénitale :

Elle est favorisée par la persistance du canal péritoneo vaginal normalement oblitére. Elle émerge de l'abdomen par l'orifice inguinal profond. Elle parcourt le trajet du canal inguinal réalisant une voussure qui peut descendre dans les bourses empruntant alors la voie suivie par le testicule lors de la descente dans le scrotum (hernie inguino scrotale) Le sac herniaire constitué par l'invagination du péritoine peut contenir l'intestin ou l'épiploon.

3.5.1.2. Hernie directe ou de faiblesse :

Elle se voit chez l'adulte et le sujet âgé .Elle est due à une distension ou à une rupture du fascia transversalis au niveau de l'orifice musculo-pectinéal au-dessus du ligament inguinal.

3.5.2. Hernies fémorales (ou crurales) : [33]

Elles sont les plus rares des hernies de l'aîne, elles sont favorisées par les grossesses et l'atrophie musculaire d'où leur prédominance chez la femme âgée. Elles se font par le canal fémoral, partie de l'orifice musculo-pectinéal située en dessous du ligament inguinal en dedans des vaisseaux fémoraux. Cliniquement il s'agit d'une tuméfaction ovoïde, de la racine de la cuisse qui est expansive et impulsive à la toux. Cette tuméfaction est recherchée cuisse en abduction,

jambe pendante au bord du lit. Le collet siège sous la ligne de Malgaigne. Chez une patiente obèse, l'examen peut être négatif.

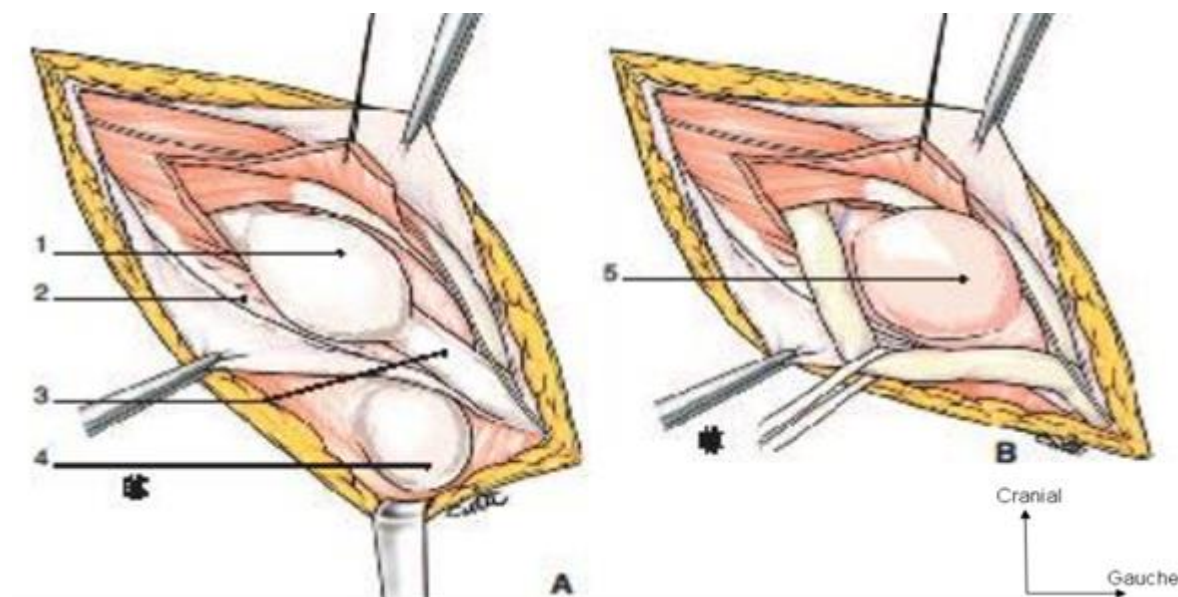


Figure 14: principaux types de hernies de l'aîne

1. hernie indirecte ou latérale
2. arcade crurale
3. cordon spermatique
4. hernie crurale ou fémorale
5. hernie directe ou médiale

3.5.3. Hernies ombilicales : [35]

Elles résultent de la distension de l'ombilic qui est limitée au niveau du plan musculo-aponévrotique par l'anneau ombilical. Il s'agit en règle des hernies directes dues à la fermeture incomplète de l'anneau ombilical par la partie correspondante du fascia transversalis appelée à ce niveau fascia de Richet. Cliniquement il s'agit d'une masse ombilicale ayant les caractères d'une hernie, souvent pauci symptomatique. La peau en regard est souvent altérée (intertrigo). Il faut évaluer le diamètre du collet herniaire à la palpation. Chez la femme obèse on recherchera d'autres hernies, un prolapsus gynécologique, des antécédents de multiparité. Suivant l'évolution la hernie s'accroît progressivement et peut donner des épisodes d'engouement et peut également s'étrangler. Si la hernie est très volumineuse, elle peut se rompre (éviscération) qui est rare mais grave.

3.5.4. Hernie de la ligne blanche:

C'est la hernie d'un segment intestinal à travers les fibres d'entrecroisement de la ligne blanche. Selon le siège elle peut être sus ombilicale, juxta ombilicale ou sous ombilicale.

Le plus souvent acquise, elles sont en règle asymptomatiques. La plupart des hernies de la ligne blanche se présentent sous forme d'une tuméfaction médiane, de 15 à 25 mm. Cette tuméfaction a l'apparence d'un lipome, car rarement expansive à la toux : le collet est souvent étroit (5 à 8 mm) et le contenu fait de graisse, soit préperitonéale hors du sac, soit épiploïque dans un vrai sac. Le diagnostic peut en être difficile chez l'obèse. Lorsque le sac est plus important, avec un orifice plus large, 3 à 5 cm, l'expansibilité est plus marquée, les douleurs plus nettes. Le sac contient alors souvent du grand épiploon, plus rarement de l'intestin grêle. La tuméfaction peut apparaître paramédiane : il s'agit néanmoins de hernie de la ligne blanche. Pour les chirurgiens, il importe de savoir que 20 % des hernies épigastriques sont multiples : la recherche de 2 ou 3 sacs doit donc toujours être effectuée lors de l'intervention ou par tomodensitométrie en préopératoire.

3.5.5. Hernie de la ligne de Spiegel : [33]

Les hernies de Spiegel apparaissent sur la ligne ou fascia « semi-lunaire » qui représente, au bord externe du muscle droit ou rectus, la jonction des aponévroses et muscles larges. Cette ligne va du bord antérieur du 9e cartilage costal au pubis. Les hernies de Spiegel sont le plus souvent rencontrées au-dessous du niveau ombilical par déhiscence de l'aponévrose du transverse (fibres aponévrotiques transversales) et du muscle oblique interne qui paraissent plus faibles aux voisinages (au-dessus ou au-dessous) de la ligne arquée. Longtemps interstitielles et de petite taille, refoulant l'aponévrose du muscle oblique externe, elles peuvent grossir, traverser l'aponévrose et se faire jour entre la ligne du bord externe du rectus et la ligne axillaire. La hernie de Spiegel comporte toujours un sac péritonéal coiffé d'un peloton de graisse pré péritonéale. Ce sac (interstitiel ou superficiel) peut contenir épiploon, côlon, estomac. Le risque d'étranglement est important car le collet est fait d'un orifice réduit, fibreux avec un sac contenant parfois un organe lourd (vésicule biliaire, appendice, testicule, ovaire, utérus). Le vieillissement des structures fibreuses, l'obésité, l'augmentation de la pression intra abdominale, seraient de nature à engendrer ce type de hernie, plus fréquentes qu'on ne le croit mais non diagnostiquées car peu symptomatiques.

3.5.6. Hernies obturatrices :

Les hernies obturatrices se définissent par le trajet du sac qui emprunte le canal obturateur et se caractérisent par une relative rareté et par leur gravité, liée à la fréquence de l'étranglement inaugural. Elles prédominent à droite et chez la femme (6 pour 1) avec un âge moyen élevé de 70 à 80 ans ; elles semblent être favorisées par l'amaigrissement, les grossesses, les pneumopathies.

Le trajet herniaire débute à la partie antéropostérieure du « trou » obturateur ensuite fait suite un canal, de 8 × 10 mm de diamètre et 3 cm de long. Il a comme plafond la face inférieure de la branche horizontale du pubis, comme plancher la membrane obturatrice, renforcée par un ligament interne. Cet orifice est inextensible, aigu (d'où l'étranglement potentiel). L'orifice externe s'ouvre sous l'insertion du muscle pectiné, à la base de la cuisse (flanc interne du triangle de Scarpa). Le canal est parcouru par les artères, veine et le nerf obturateurs. Ce dernier (L2 à L4) donne deux branches externes, ayant une incidence clinique : une branche postérieure allant à la capsule de l'articulation coxo-fémorale, l'autre antérieure musculaire innerve les muscles obturateur externe, pectiné et adducteurs. Le sac est souvent précédé par un peloton adipeux, il peut comprimer le nerf obturateur et se frayer un passage entre les deux faisceaux du muscle obturateur externe. Il contient souvent du grêle, mais on y a décrit également le caecum, l'appendice, la trompe, la vésicule biliaire, un diverticule de Meckel, l'épiploon ou la vessie).

3.5.7. Hernies compliquées [36,15]

Il faut d'abord savoir distinguer la hernie engouée, réductible, de la hernie étranglée, non réductible. La première circonstance est une urgence relative car source de douleurs répétées et à risque d'étranglement. Elle se manifeste par un étranglement transitoire, réductible soit spontanément, soit par réintégration douce. En général, les symptômes sont isolés et ne s'accompagnent pas de signe digestif. La seconde est une urgence imminente. Au cours de l'évolution d'une hernie, le risque d'étranglement est de 5 à 10 %. La hernie est extériorisée, dure, douloureuse, irréductible et non impulsive à la toux. Elle peut contenir de l'épiploon, de l'intestin grêle ou du colon. Elle doit être opérée dans les six heures qui suivent.

En effet, en cas d'incarcération d'anse grêle et (ou) de colon dans le sac herniaire, et si l'obstruction digestive est complète et (ou) durable, il peut s'y associer des troubles digestifs de type occlusif. L'évolution se fait vers la nécrose intestinale puis la perforation. Cet accident Pathologies de la paroi abdominale et traitement prothétique est gravissime avec un taux de mortalité d'environ 25 %, atteignant préférentiellement les personnes âgées [37].

Les autres types de complications dépendent du contenu du sac herniaire. S'il s'agit par exemple d'une hernie de l'aîne droite, le sac peut contenir le caecum et l'appendice. Un aspect inflammatoire de la région inguinale en regard d'une hernie semblant étranglée associé à une fièvre peut traduire une appendicite herniaire. A gauche, il peut s'agir d'une sigmoïdite perforée ou non. On peut également découvrir dans ce sac de hernie étranglée un diverticule de Meckel qu'il est préférable de réséquer dans le même temps opératoire s'il paraît symptomatique.

Enfin, quel que soit le côté, la présence d'une corne vésicale dans le sac de hernie peut être responsable d'une symptomatologie urinaire de type dysurie ou pollakiurie.

3.6. CLASSIFICATION DES HERNIES INGUINALES NON COMPLIQUEES :

3.6.1. Classification anatomique selon NYHUS:[38]

- I : Hernie oblique externe (indirecte) à orifice profond « normal » (3cm), ou hernie « mixte » (hernie indirecte + hernie directe).

- II : Hernie indirecte à orifice profond « dilaté » mais « non distendu » (1.5cm3cm), ou hernie « mixte» (hernie indirecte + hernie directe).

- III (A) : Hernie directe

- III(B) : Hernie directe à orifice profond « distendu » (>3cm), ou hernie « mixte » (hernie indirecte + hernie directe).

- IV : Hernie récidivée.

3.6.2. Classification selon GILBERT :

Elle est basée sur l'aspect anatomique et fonctionnel de l'anneau inguinal interne, l'intégrité du fascia transversalis et de l'aponévrose du transverse au niveau du triangle d'HELSELBACH [9,40].

- Dans le type I : à travers un anneau inguinal serré passe un sac péritonéal de taille variable. Lorsque ce sac a été réintégré dans l'abdomen, il est maintenu par la musculature de l'anneau inguinal. Le plancher du canal inguinal est solide.

- Dans le type II : l'anneau interne est légèrement élargi, il admet un doigt mais pas deux doigts. Une fois réduite, le sac herniaire réapparaît lors de la toux ou de la poussée abdominale. Le plancher du canal est normal.

- Dans le type III : l'orifice interne admet deux doigts ou plus. Ceci se rencontre au cours des hernies inguinoscrotales et lorsque le sac présente un glissement viscéral. Le sac s'exteriorise en l'absence d'augmentation de la pression abdominale. Le plancher du canal inguinal est en partie réduit.
- Dans le type IV : l'anneau inguinal est intact, mais le plancher du canal est légèrement distendu. Il n'y a pas de sac péritonéal en avant du plancher canalaire.
- Dans le type V : Correspond à un affaiblissement diverticulaire du plancher canalaire d'un diamètre inférieur à un doigt. L'anneau inguinal interne est normal et il n'y a pas de sac herniaire individualisé en avant du plancher du canal inguinal.

Les types I, II, III, correspondent aux hernies obliques externes, les types IV et V correspondent aux hernies directes.

3.6.3. Classification anatomo-clinique :

Elle a été proposée par l'école DAMIENS (STOPPA) en cinq groupes [40] :

Groupe 0 : correspond aux hernies occultes, aux douleurs post chirurgicales sans hernies évidentes susceptibles d'aboutir à une exploration chirurgicale de l'aîne.

Groupe I : Correspond aux petites hernies inguinales ne posant pas le problème de réintégration ni de fermeture de l'orifice herniaire.

Groupe II : associe les hernies inguinoscrotales réductibles, les hernies bilatérales, les distensions de l'aîne.

Groupe III : correspond aux hernies complexes récidivées par Glissement ou volumineuse.

Groupe IV : correspond aux hernies compliquées engouées, très Invalidantes ou étranglées.

3.6.4. Classification en fonction des mécanismes d'exteriorisation des viscères:[12]

Soit par glissement : la paroi du sac est alors constituée par un viscère et son méso, le côlon le plus souvent.

Soit par roulement : les viscères sont libres dans le sac péritonéal. Cette différenciation n'est diagnostiquée qu'en per opératoire.

3.7. RAPPELS ANESTHESIQUES

3.7.1. Anesthésie locale : [41]

La cure de hernie inguinale peut se faire sous anesthésie générale, l'anesthésie locorégionale (rachianesthésie, la péridurale), ou anesthésie locale. Chaque patient est forcément candidat à l'un ou l'autre type anesthésique. Nous allons mettre l'accent sur l'anesthésie locale la plus utilisée.

3.7.2. Anesthésie locorégionale : [42]

Il s'agit de la rachianesthésie et de l'anesthésie péridurale.

3.7.2.1. **La rachianesthésie** : C'est l'introduction d'une solution anesthésique dans l'espace arachnoïdien après une ponction lombaire.

3.7.2.2. **La péridurale** : C'est l'introduction dans l'espace péridural d'une solution Anesthésique la ponction péridurale est faite à l'aide d'une aiguille de Touhy.

Les produits : LIDOCAÏNE (Xylocaïne) 2% flacon de 20ml BUPIVACAÏNE (Marcaïne) 20mg flacon de 4ml Anesthésie générale : [42]

3.7.3. Anesthésie générale :

Produits utilisés en anesthésie générale :

3.7.4. Anesthésie générale balancée : - Vagolytique (atropine), -

Tranquillisant (diazépam), - Morphine, - Curarisant, - Barbiturique, - Gaz halogénés et oxygène (par intubation orotrachéale: I.O.T), - Voie veineuse pour perfusion.

3.7.5. **Anesthésie générale à la kétamine** : - Vagolytique (atropine) - Tranquillisant (diazépam) - Kétamine, - Gaz halogénés et oxygène (par intubation orotrachéale : I.O.T), -Voie veineuse pour perfusion.

3.8. RAPPELS DES TECHNIQUES CHIRURGICALES :

Le traitement des hernies inguinales pose aujourd'hui la question du choix parmi plusieurs techniques chirurgicales. Il n'existe pas de consensus pour la technique de réparation idéale des hernies de l'aine. Il existe actuellement deux grandes classes de méthodes ; Celles qui n'utilisent pas de matériel étranger prothétique et celles qui en utilisent.

3.8.1. Techniques chirurgicales n'utilisant pas de prothèse : [43, 45]

Les procédés sans prothèse, utilisent les muscles, aponévroses et fascia du malade. Le procédé de Bassini publié en Italie en 1887, le procédé de Mac Vay publié en 1930, le procédé de Forgues et enfin le procédé de Shouldice en 1954. Ils procèdent tous aux mêmes principes de base :

- ✓ Diminution du volume du cordon : dégraissage par ablation du lipome pré herniaire à l'orifice profond, incision et résection plus ou moins étendues des crémasters à l'orifice profond
- ✓ Dans les hernies directes, habituellement, refoulement du sac, et dans les obliques externes, refoulement ou plus souvent résection ;
- ✓ Rétrécissement de l'orifice profond et renforcement de la paroi postérieure du canal, en solidarissant (en dedans du cordon) les éléments supérieurs (arcade du transverse et muscle oblique interne) aux éléments inférieurs (ligament inguinal et, pour le procédé de Mac Vay modifié, ligament Pectiné). De plus, les procédés de Bassini et de Shouldice utilisent le fascia transversalis pour ces manœuvres, le cordon est repoussé en dehors au bord externe de l'orifice profond.

3.8.1.1. Technique de Shouldice :

La technique originale se fait sous anesthésie locale, le malade est hospitalisé pendant 48 heures. La voie d'abord est une voie inguinale ordinaire ouvrant la peau. Le fascia superficiel et l'aponévrose du grand oblique dans le sens de ses fibres. La face profonde de l'aponévrose du muscle oblique externe est libérée de la face antérieure du muscle oblique interne. Le cordon est isolé, ses éléments sont préparés comme sus dit.

Le fascia transversalis est ensuite incisé, disséqué à sa profondeur vers le haut et vers le bas, puis suturé en paletot par un surjet de fil d'acier aller et retour en commençant en dedans près de l'épine du pubis, et en solidarissant la lèvre inférieure du fascia transversalis sectionné à l'arcade du transverse en haut jusqu'au cordon qui est refoulé le plus possible en dehors Puis le surjet revient de dehors en dedans, solidarissant la lèvre supérieure du fascia transversalis en haut à la partie postérieure de l'arcade. Après ces deux plans de réparation, deux autres plans sont faits ou un surjet au fil d'acier aller et retour en partant tout en haut et en dehors près du cordon, et en solidarissant le bord inférieur et la face antérieure du muscle oblique interne au

ligament inguinal en deux plans aller et retour. Enfin, l'aponévrose du muscle oblique externe est reconstituée en avant du cordon, comme pour les autres techniques.

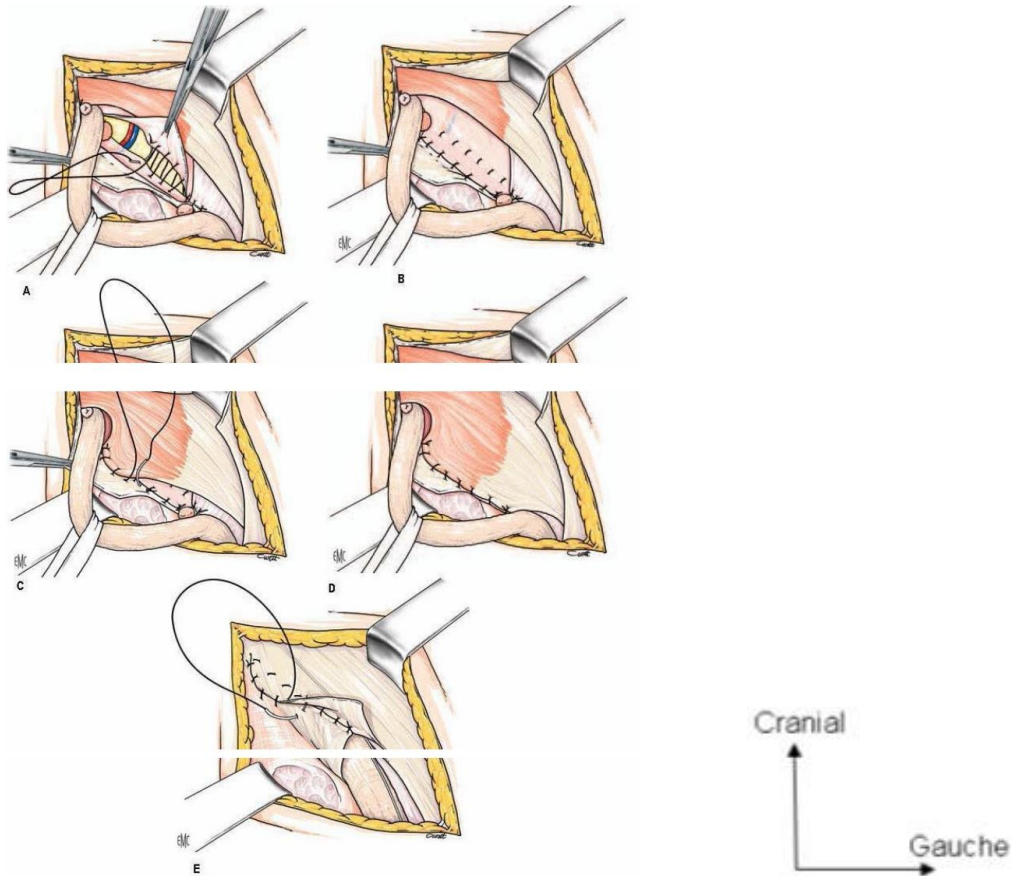


Figure 15: technique de Shouldice: [38] : Surjets sur 3 plans : 1^{er} plan : Aller (A), retour (B) 2^e plan : aller (C), retour (D) 3^e plan(E)

3.8.1.2. Technique de Mac Vay :

Le procédé de Mac Vay permet à la fois de rétrécir l'orifice inguinal, de fermer l'orifice crural et de renforcer la paroi postérieure en descendant en « rideau » tendon conjoint et petit oblique vers le ligament de Cooper, permettant donc de traiter les hernies crurales isolées ou associées à une hernie inguinale et de prévenir l'apparition d'une éventuelle hernie crurale après la cure de la hernie inguinale. La fermeture du plan postérieur s'accompagne d'une incision de décharge de l'aponévrose antérieure du grand droit.

3.8.1.3. Technique de Bassini :

Elle reconstitue le canal inguinal en protégeant le fascia transversalis par une suture à points séparés unissant :

- ✓ Le tendon conjoint en dedans ou ligament inguinal en dehors, ce plan est en rétro funiculaire (au fil non résorbable),
- ✓ Les deux berges de l'aponévrose du muscle oblique externe en pré funiculaire (au fil résorbable). Il faut signaler que cette technique réalise aussi une mise en tension du fascia transversalis par effondrement et suture au fil résorbable en points séparés des deux berges de celui-ci.

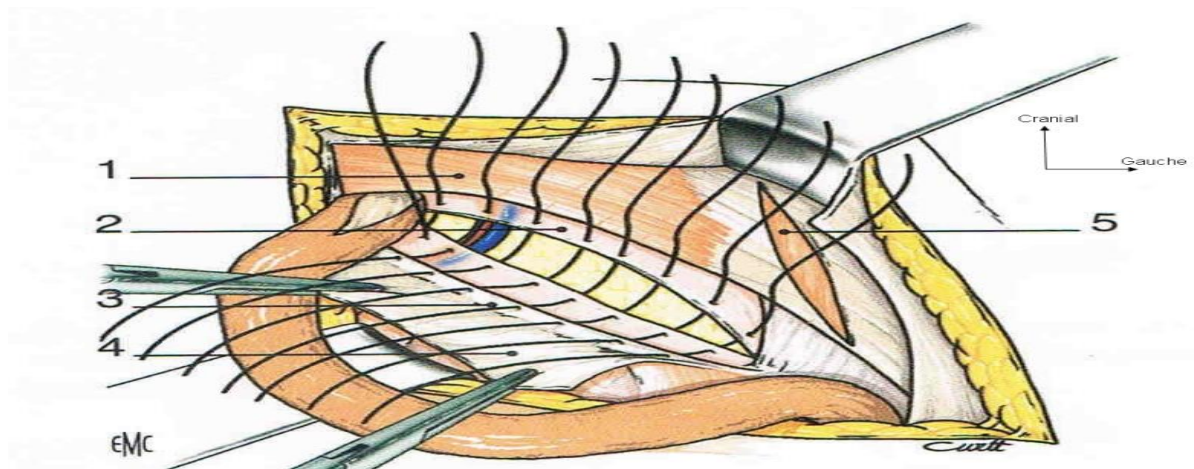


Figure 16: procéder de Bassini d'après stoppa

1. muscle oblique interne
2. fascia transversalis
3. arcade crurale
4. aponévrose de l'oblique externe
5. incision de décharge

3.8.2. Techniques utilisant du matériel prothétique : [44, 46, 47,48]

Voie conventionnelle

3.8.2.1. Technique de Lichtenstein modifiée par chanstan :

Elle se fait sous anesthésie locale, locorégionale, exceptionnellement sous anesthésie générale et comprend plusieurs étapes :

✓ L'incision de 4 à 6cm est verticale ou oblique depuis l'épine du pubis, suivant ainsi l'axe du canal inguinal.

✓ Une dissection sous cutanée permet une bonne visualisation de l'aponévrose du grand oblique. On procède à une incision de l'oblique externe dans le sens de ses fibres musculaires.

✓ Libération de l'arcade crurale et du tendon conjoint jusqu'à l'aponévrose du muscle grand droit, aidée du doigt ou d'un tampon monté de chaque côté du cordon.

✓ Le cordon spermatique est isolé avec ses éléments nobles par la manœuvre digitale.

La résection partielle du muscle crémaster facilite l'abord du sac herniaire. Le cordon inguinal est ainsi squelettisé. On procède à la dissection du sac. Le sac est réséqué ou refoulé en intra abdominal.

✓ La prothèse est fixée par un point non résorbable sur le pubis, sans être intra osseux, sur le périoste.

✓ Fixation de la prothèse à l'arcade crurale. Une pince à agrafes (pince auto suture multifibre versatack 4mm) permet la fixation de la prothèse à l'arcade crurale jusqu'au-dessous de l'épine antéro-supérieure. Sinon fixation au fil résorbable.

✓ Fixation interne ; le bord interne arrondi de la plaque est agrafée à sa partie interne, d'abord dans l'interstice entre l'aponévrose du grand oblique, puis l'aponévrose du grand droit. L'originalité de la technique repose dans cette fixation superficielle et sans tension.

✓ La prothèse est fixée de façon lâche et ne se met en tension qu'au cours du travail musculaire, constaté lorsque l'on demande au malade de pousser en cours d'intervention.

- ✓ Un point en U traverse la partie haute de l'aponévrose du muscle oblique externe, permettent de fixer la prothèse au-dessus du cordon sur l'orifice inguinal profond.
- ✓ Un point non résorbable rapproche les berges de la plaque au-dessus du cordon sans le serrer. Une agrafe permet éventuellement le rapprochement des deux chefs au-dessus du cordon.
- ✓ Vérification de la plaque. La prothèse recouvre largement la région inguinale.
- ✓ L'aponévrose du muscle oblique externe est refermée en arrière du cordon par quelques points résorbables et ne doit pas être plissée.
- ✓ Fermeture de la peau en points séparés ou en en surjet intradermique.

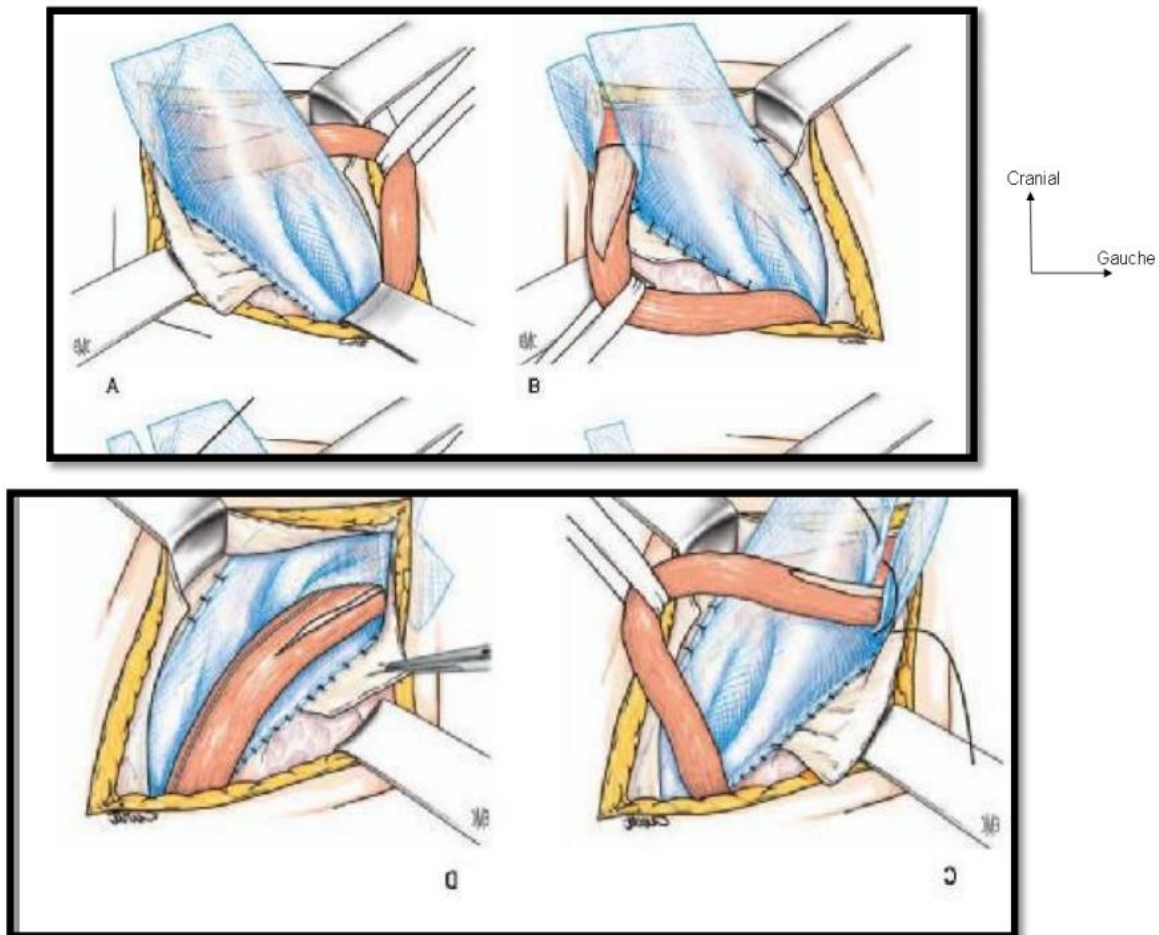


Figure 17: technique de Lichtenstein

- A. fixation de la prothèse par un surjet unissant son bord inferieur a l'arcade crurale.

- B. l'extrémité externe de la prothèse a été fendue pour le passage du cordon. la prothèse a été fixée par des points séparés à la face antérieure du muscle oblique interne.
- C. passage du point unissant le bord inferieur de chacune des deux bretelles de la prothèse a l'arcade crurale en dehors du point d'arrêt du surjet.
- D. prothèse en place cravatant le cordon.

3.8.2.2. Technique de Stoppa et Rives : [49]

L'opérateur fait une incision médiane sous ombilicale, voire une incision en queue de poêle (pfannenstiel), extra péritonéale. On incise la ligne blanche et le fascia ombilico-prévescale jusqu'à la symphyse et on mobilise la face antérieure de la vessie jusqu'au col. En dehors, on décolle le péritoine en partant du bord interne du grand droit en restant en arrière des vaisseaux épigastriques. On progresse transversalement vers le psoas. On reste au-dessous de l'arcade de Douglas et l'épine iliaque antéro-supérieure. On refoule de la main gauche le péritoine en dedans et on fait le tour des éléments du cordon avec l'index. Le sac d'une hernie directe est simplement refoulé. Le sac d'une hernie oblique externe est disséqué, et isolé, ce qui fait qu'il se « pariétalise » en reposant sans tension sur la paroi latérale et postérieure tandis que le péritoine est refoulé en dedans, une prothèse en dacron (mer suture Ethnor) est utilisée. Elle peut être fixée ou non. Si la plaque n'est pas fixée, elle est simplement posée sur les vaisseaux iliaques, le muscle obturateur et le psoas. Ensuite, on laisse descendre le péritoine. On ramène la prothèse en dedans et on l'applique sur 2 à 3 cm à la face postérieure du grand droit du côté opposé qui a été préalablement dégagé. La plaque recouvre ainsi une incision médiane. On fixe l'angle supéro-interne de la plaque à la face profonde du grand droit opposé à la hernie.

- **Avantage :**

- Chirurgie « sans tension » de la paroi (moins de douleur post opératoire)

- La réduction

- **Inconvénients :** La crainte d'une infection de la prothèse, les remaniements anatomiques si une intervention sur la même région (chirurgie vasculaire ou urologique devient nécessaire).

Voie laparoscopique :

Voie d'abord trans-abdominal pré péritonéal : La vessie est vidée, le pneumopéritoine est établi à travers une incision ombilicale et la cavité abdominale est insufflée à une pression de 15mm Hg. Un trocart de 10 pour passer une vidéo scope à zéro degré (0°) est inséré à travers l'incision ombilicale. Les éléments anatomiques sont repérés : Epine iliaque externe, vaisseaux épigastriques inférieurs, l'épine de pubis, repli ombilical, déférents et vaisseaux testiculaires. Deux trocarts accessoires sont placés au bord externe des grands droits : du côté de la hernie au niveau de l'ombilic et du côté opposé à la hernie. L'incision péritonéale débute en dehors et à l'aplomb de l'épine iliaque antéro supérieure et se prolonge en dedans jusqu'au ligament ombilical homolatéral en restant près de l'orifice inguinal profond. Le lambeau péritonéal postérieur est disséqué en premier et le ligament de Cooper est exposé en dedans.

Le sac péritonéal est disséqué en continuité avec ce lambeau postérieur. On le libère complètement du canal inguinal, des éléments de cordon, des déférents et des vaisseaux iliaques. Le sac de hernie oblique externe est systématiquement réséqué. Ensuite, la lèvre antérieure du péritoine est soulevée, exposant les vaisseaux épigastriques inférieurs, le fascia transversalis, le ligament inguinal, le transverse, le tendon conjoint et l'épine du pubis. Une prothèse de polypropylène de 10 X 14cm est introduite roulée, le bord inférieur est positionné le long du ligament de Cooper, sur les vaisseaux iliaques et en dehors le long du ligament ilio-pubien. La prothèse est déroulée vers le haut, recouvrant le fascia transversalis, l'arcade du transverse et le tendon conjoint ainsi que l'orifice inguinal profond et l'orifice crural. On peut ne pas fixer la prothèse. Dans le cas contraire, on la fixe avec des agrafes au ligament de Cooper, au grand droit et au tendon conjoint jusqu'au niveau des vaisseaux épigastriques inférieurs pour éviter de la fixer à son bord postérieur et en dehors des vaisseaux épigastriques inférieurs. Il faut éviter de la fixer à son bord postérieur et en dehors des vaisseaux épigastriques inférieurs pour éviter des blessures neurovasculaires. Une fois la prothèse correctement placée, le pneumopéritoine est réduit à 6 mm Hg pour faciliter la suture du lambeau péritonéal postérieur.

- Avantages : la diminution de la longueur de l'incision cutanée et une réparation sans tension, diminuant la douleur post opératoire et augmentant la rapidité du retour à une activité normale.
- Inconvénients : cette technique nécessite une anesthésie générale, l'utilisation d'une prothèse de coût plus cher.

Voie totalement extra péritonéale :

Une incision horizontale de 2 cm est faite environ 1cm au-dessous de l'ombilic. On atteint l'espace sous péritonéal en incisant le fascia et la gaine des droits légèrement, latéralement. Un trocart de 10 à 12 cm est introduit, puis l'optique qui est poussée jusqu'à atteindre l'épine rétro pubienne. La dissection est poursuivie au dissecteur. En effet, l'optique est utilisée pour gagner le pubis et non pour disséquer sans coagulation. Un deuxième trocart de 5 mm est rapidement inséré sur le côté opposé, à mi-distance entre l'incision initiale et le pubis et non pour disséquer l'espace sous péritonéal. L'espace sous péritonéal peut alors être insufflé. La dissection est commencée en dehors des vaisseaux épigastriques pour visualiser par transillumination la fossette latérale. On poursuit cette dissection jusqu'au ligament arqué de Douglas. On dissèque la gaine avec deux dissecteurs à traumatiques en séparant le péritoine des vaisseaux en dehors et du déférent en dedans. Une prothèse 10 X 14 cm est roulée et introduite dans l'espace pré péritonéal. Comme les éléments du cordon ont été libérés, on déroule la prothèse et on la place sur la surface herniaire en s'assurant que tout point faible potentiel a été largement recouvert. Si la prothèse a été suffisamment dimensionnée, elle n'a pas besoin être agrafée.

On doit vérifier qu'elle reste en place lorsqu'on exsufflé le pneumopéritoine. On peut la fixer par deux agrafes sur le bord supérieur du ligament de Cooper et deux agrafes sur la face postérieure de l'aponévrose postérieure du grand droit. On ne doit pas l'agrafer en dehors pour ne pas blesser les nerfs et les vaisseaux. Si une déchirure péritonéale se produit, on peut soit la réparer par un surjet, soit insérer un trocart dans la cavité abdominale en veillant à le laisser ouvert de façon que les gaz puissent s'échapper.

- **Avantage :** L'avantage de cette voie est l'absence de pénétration intra péritonéale, éliminant les risques d'adhérence ou d'incarcération au niveau de la section péritonéale, et de blessures d'organes intra péritonéaux.

- **Inconvénients :** Son étroitesse puisqu'elle se situe entre le péritoine et le fascia transversalis ; Il est plus difficile par cette voie de lier haut le sac des hernies indirectes et de s'assurer, lors de sa ligature, qu'il n'y a pas d'interposition viscérale.

NB : Il faut signaler que les avantages et les inconvénients sont aussi fonction des convictions de chaque auteur.

METHODES ET PATIENTS

4. METHODE ET PATIENT

4.1. Cadre d'étude et lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le de chirurgie générale du centre de santé de référence de Ouélessébougou.

Situation géographique : Le district sanitaire de Ouélessébougou couvre une superficie de 1066 km² d'une population générale en 2022 de 297 799 habitants. Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger, et limité au sud par les cercles de Bougouni, sud-ouest par Yanfolila, à l'ouest par Kangaba et au nord par le district de Kalabancoro. Le cercle a été divisé en trois zones sanitaires: Kati, Ouélessébougou et Kalabancoro. La zone socio sanitaire de Ouélessébougou regroupe les sous-préfectures de Ouélessébougou, Kourouba une partie de Baguineda et Sanankoroba, un service social, 17CSCOM, 5 structures sanitaires privées recensée, et 03 officines.

Carte sanitaire

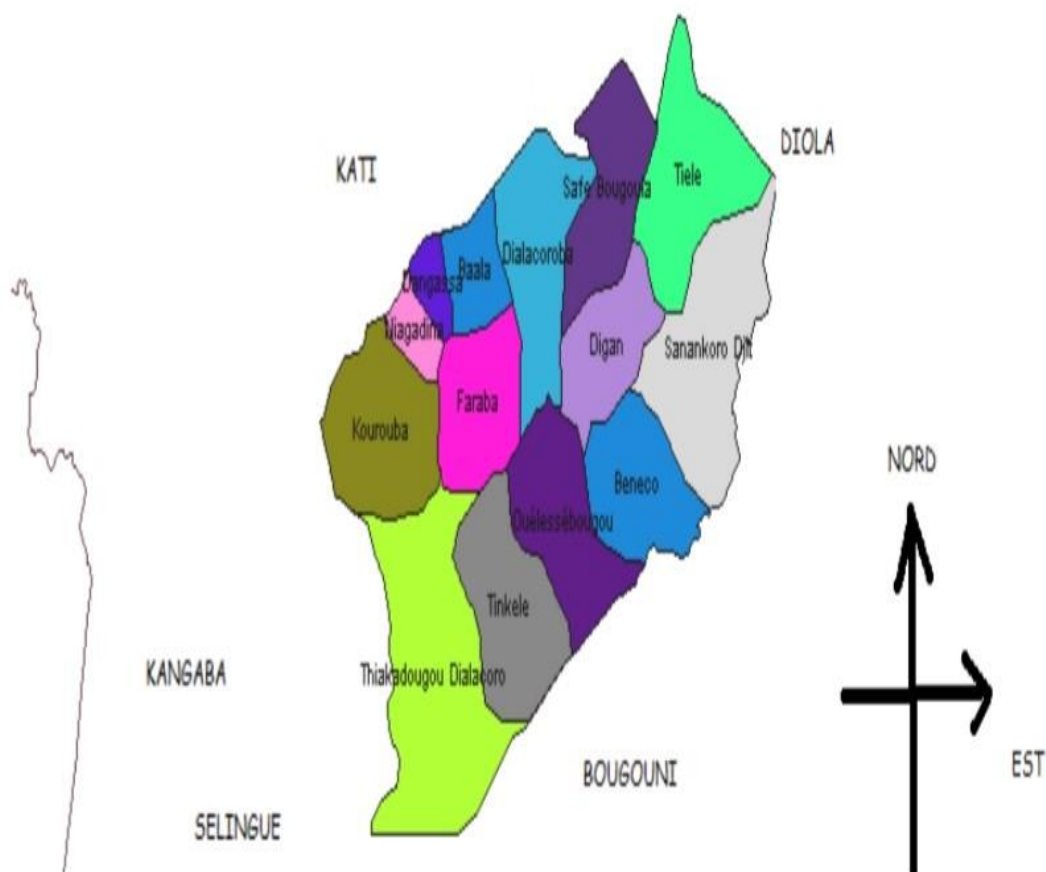


Figure : carte sanitaire de Ouélessébougou

Les différents services du CSEREF Il est composé des services suivants :

- ✓ La direction générale et financière : administration, comptabilité, surveillance générale,
- ✓ Les services spécialisés : Le service de chirurgie qui comprend

Le pavillon d'hospitalisation

Les bureaux de consultation externe et l'unité du bloc opératoire

- ✓ Le service d'anesthésie réanimation
- ✓ Le service de gynécologie
- ✓ Le service de pédiatrie
- ✓ Le service d'imagerie
- ✓ Le service d'ORL
- ✓ Le service d'ophtalmologie
- ✓ Le service d'odontologie
- ✓ Le service de médecine interne
- ✓ Le service de laboratoire

Les locaux : Le service de chirurgie comprend :

- ✓ Un bureau pour le chirurgien général chef de service ;
- ✓ Un bureau pour le major ;
- ✓ Un bureau de consultation
- ✓ Une salle d'hospitalisation homme contenant 12 lits, ventilés avec 3 ventilateurs ;
- ✓ une salle d'hospitalisation femme contenant 5 lits avec 2 ventilateurs;
- ✓ Un bloc opératoire à chaud et un bloc opératoire à froid ;
- ✓ Quatre toilettes réservées aux personnels.
- ✓ Quatre toilettes hors du service pour les patients.

Le personnel : Le personnel permanent :

- ✓ Un chirurgien généraliste chef de service ;
- ✓ Deux infirmières d'état

Le personnel non permanent : Comprend 3 thésards et souvent certains étudiants de la FMOS

Les activités de l'unité de chirurgie :

La visite se fait chaque jour à 08 heures dirigée par le chirurgien. Les consultations ordinaires se font du lundi au vendredi, les interventions chirurgicales d'urgence se font tous les jours au bloc. Les hospitalisations se font chaque jour et à tout moment. Le programme opératoire au bloc se fait chaque mardi et jeudi sous l'ordre du chef de service.

Les pansements des opérés se font chaque lundi, mercredi et vendredi et en fonction de l'état des plaies. Tous les malades à l'admission ont bénéficié d'un examen clinique, et un bilan préopératoire (glycémie, créatininémie, groupage rhésus et numération formule sanguine) chez les patients opérés sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie.

4.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale analytique à collecte rétro prospective sur 26 mois allant du mois de février 2021 au mois d'avril 2023 au CSRéf de Ouélessébougou.

4.3. Echantillonnage :

Cette étude porte sur tous les patients opérés pour hernies pariétales dans le service de chirurgie du centre de sante de référence de Ouélessébougou.

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule Schwartz

$$N = \frac{Z^2 * P (1-P)}{d^2}$$

N: taille minimale de l'échantillon,

P : la prévalence des pathologies herniaires était de **1,57 %** au service de chirurgie générale au centre de référence de Ouélessébougou entre février 2021 et avril 2023 [Notre étude entre février 2021 et avril 2023].

Z : constante à intervalle de confiance de **95%** (**=1,96**)

d : précision variant entre **2 et 8%**, dans les études médicales qui peut être tolérée ;

$$N = (1,96)^2 \times (0,2402 \times 0,7598) / (0,06)^2 = 1,6490$$

N=164,90 Compte tenu de la marge d'erreur estimée à **6%**.

4.3.1. Les critères d'inclusion :

Tous les cas de hernies pariétales admis et opérés dans notre service (avec un dossier exploitable).

4.3.2. Les critères de non inclusion :

Les patients admis dans le service d'accueil des urgences en dehors de la période d'étude.

Les patients opérés hors du service de chirurgie générale et tout patient opéré pour d'autres urgences.

Les patients non consentants.

4.4. Supports de collecte des données :

Les données ont été recueillies auprès des malades, les registres de consultation et d'hospitalisation. Elles ont été complétées par les fiches d'enquêtes individuelles.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26 et le traitement de texte avec le logiciel « WORD » et « Excel » version 2019. Le Test de Khi2(X2) a été utilisé pour comparer les résultats qui ont été significatifs pour une valeur $p < 0,05$.

4.5. Elaboration de la fiche d'enquête :

Nous avons élaboré une fiche d'enquête discutée, par l'équipe de chirurgie et corrigée par le codirecteur de thèse. Cette fiche d'enquête était constituée de données sur l'état civil, le motif de consultation, les antécédents avec facteurs de risque, les examens cliniques et para cliniques, le traitement, les suites opératoires.

Activités : La collecte des données est faite à partir :

- ✓ Des registres de consultation ;
- ✓ Des dossiers de malade ;
- ✓ Des registres de compte rendu opératoire ;
- ✓ Des registres d'hospitalisation ;
- ✓ Des fiches d'enquête.

4.6. Déroulement de l'étude :

L'étude se déroule en trois phases :

- ✓ 1ère phase : nous avons collecté l'ensemble des dossiers des patients suivis, opérés pendant la période d'étude
- ✓ 2e phase : un questionnaire est rempli pour chaque dossier.
- ✓ 3e phase : la gestion des données pour l'analyse.

4.7. Les variables étudiées :

Âge, résidence, région d'origine, niveau d'instruction, ethnie, profession, motif de consultation, Signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques, les examens complémentaires, type d'intervention, les complications, la prise en charge, l'évolution...

4.8. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26 et le traitement de texte avec le logiciel « WORD » et « EXCEL » version 2019.

4.9. Considération éthique :

Nous avons sollicité l'autorisation du médecin chef du CSRéf de Ouelessebougou pour la réalisation de cette étude, tout en lui garantissant que les informations collectées ne seront utilisées qu'aux fins de l'étude et leurs noms ne seront pas utilisés pour divulguer un secret professionnel pouvant porter préjudice aux patients ou aux prestataires.

RESULTATS

5. RESULTATS

De février 2021 à Avril 2023 nous avons fait 9786 Consultations dont 641 cas de pathologies chirurgicales dans le service de chirurgie du CSRéf de Ouéléssébougou avec 154 cas de Hernies pariétales opérées soit une fréquence hospitalière de 24,02%.

5.1. Epidémiologie :

5.1.1. Fréquence et répartition annuelle :

Tableau I : Répartition selon le nombre de cas par année.

Année	Nombres de cas	Pourcentage
2021-2022	72	46,75
2022-2023	82	53,25
Total	154	100,0

L'incidence était de 57,83 nouveaux cas/an ; avec un écart type de 25,28.

Tableau II: Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Féminin	34	22,08
Masculin	120	77,92
Total	154	100,0

Il existe une prédominance masculine avec 120 cas soit 77,92% avec un Sex-ratio : 3,52.

5.1.2. Données sociodémographiques :

Tableau III : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge en année	Effectifs	Pourcentage
1-15	22	14,30
16-30	40	25,97
31-50	73	47,40
51-80	12	07,80
81-100	07	04,53
Total	154	100,0

La tranche d'âge comprise entre 31-50 ans était la plus représentée soit 47,40 % ; l'âge des patients variait de 1 à 100 ans, avec une moyenne de 37,25 ans ; un écart type de 23,96.

Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	121	78,57
Bwa	04	02,60
Malinké	11	07,14
Peulh	12	07,79
Soninké	03	01,94
Sonrhäi	03	01,94
Total	154	100,0

L'ethnie bambara été la plus représentée avec 121 soit 78.57%.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau IV : Répartition des patients selon la nationalité.

Nationalité	Effectifs	Pourcentage
Maliennne	150	97,40
Ivoirienne	02	01,30
Guinéenne	01	0,65
Sénégalaise	01	0,65
Total	154	100,0

La nationalité de nos patients était maliennne dans 97,40%.

Tableau V: Répartition des patients selon l'activité.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Cultivateur	96	62,34
Elève/Étudiant	13	08,44
Ouvrier	17	11,03
Ménagère	21	13,63
Commerçant	07	04,54
Total	154	100,0

Les cultivateurs ont été les plus représentés avec 96 cas soit 62,34%.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau VI: Répartition des patients selon l'adresse

Adresse	Effectifs	Pourcentage
Bamako	03	01,94
Bougouni	04	02,59
Dialakoroba	03	01,94
Kéléya	03	01,94
Ouélessébougou	139	90,02
Sanankoroba	02	01,29
Total	154	100,0

La majorité de nos patients sont du cercle de Ouélessébougou avec 139 cas soit 90.02%.

Tableau VII: Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Venu de lui-même	82	53,24
Personnels CSCom	45	29,22
Personnels cabinet	23	14,94
Conseil d'un parent	04	02,60
Total	154	100,0

Plus de la moitié de nos patients étaient venus d'eux-mêmes soit 53,24 %.

Tableau VIII: Répartition des patients selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectifs	Pourcentage
Consultation régulière	127	82,47
Urgence	27	17,53
Total	154	100,0

La majorité de nos patients ont été reçu en consultation.

5.2. SIGNES CLINIQUES

Tableau IX: Répartition des patients selon motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Tuméfaction douloureuse	27	17,53
Tuméfaction non douloureuse	127	82,47
Total	154	100,0

La tuméfaction non douloureuse a constituée 127 cas de motif de consultation soit 82,47%.

Tableau X: Répartition des patients venus pour récurrence herniaire

Récurrence herniaire	Effectifs	Pourcentage
Oui	10	06,50
Non	144	93,50
Total	154	100,0

Les patients venus pour récurrence de hernie inguinale ont représenté 16,23%.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XI: Répartition des patients selon le siège de la tuméfaction

Siège	Effectifs	Pourcentage
Inguinale droite	82	53,25
Inguinale gauche	45	29,22
Crurale	05	03,94
Lombaire	02	01,30
Ombilicale	11	07,15
Ligne blanche	09	05,84
Total	154	100,0

Après examen clinique les variétés anatomocliniques retrouvées étaient dominées par les formes inguinales et ont représenté 132 cas soit 85,71%.

Tableau XII: Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage
Tuméfaction + douleur	17	11,03
Tuméfaction + Douleur + Vomissement	08	05,20
Tuméfaction+ douleur +arrêt des matières et gaz	02	01,30
Tuméfaction non douloureuse	127	82,47
Total	154	100,0

La tuméfaction non douloureuse était le signe fonctionnel le plus retrouvé soit 82,47%.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XIII: Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur

Mode d'installation de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Progressive	148	96,10
Brutale	06	03,90
Total	154	100,0

La douleur était progressive chez 96,10 % de nos patients.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les signes associés et facteurs étiologiques.

Signes associés	Effectifs	Pourcentage
Constipation	12	07,80
Activité physique	59	38,31
Obésité	07	04,54
Toux chronique	03	01,95
Troubles urinaires	18	11,70
Personnes âgées	21	13,63
Aucun	34	22,07
Total	154	100,0

L'activité physique était le facteur favorisant le plus retrouvé avec 59 cas soit 38,31%.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XV: Répartition des patients selon le traitement antérieur reçu

Traitement antérieur	Effectif	Pourcentage
Médical	15	09,74
Traditionnel	48	31,17
Aucun	91	59,09
Total	154	100,0

Ont été traité traditionnellement 31,17% de nos patients avant leurs admissions au service.

Tableau XVI: Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie en année.

Mode d'évolution de la maladie en année	Effectif	Pourcentage
<1ans	15	09,74
1-2ans	08	05,20
3-4ans	23	14,93
5-6ans	18	11,69
>6ans	90	58,44
Total	154	100,0

La durée moyenne d'évolution de la maladie avant la consultation a été de 03,04 ans.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XVII: Répartition des patients selon la durée de l'étranglement herniaire

Durée de l'étranglement en heures	Effectifs	Pourcentage
1-6h	23	14,94
7-12h	01	0,65
13-24h	01	0,65
25-48h	01	0,65
Plus de 48h	01	0,65
Pas d'étranglement	127	82,47
Total	154	100,0

La durée moyenne de l'étranglement a été 39,84 heures.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon les antécédants médicaux.

Antécédant médical	Effectifs	Pourcentage
Hypertension Artérielle	03	01,95
Asthmes	02	01,30
Diabètes	02	01,30
Méconnus	147	95,45
Total	154	100,0

Le diabète et l'hypertension artérielle ont représenté respectivement 1,30 % et 1.95%.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XIX: Répartition des patients selon les antécédant chirurgicaux.

Antécédant chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Adénectomie	02	01,30
Herniorraphie inguinale droite	14	09,09
Herniorraphie inguinale gauche	06	03,90
Pas d'antécédant	132	85,71
Total	154	100,0

La majorité des malades n'avaient d'antécédant chirurgicaux soit 85,71%.

Tableau XX: Répartition des patients selon les antécédant chirurgicaux.

Indice de Performance	Effectifs	Pourcentage
OMS		
1	137	88,96
2	12	07,80
3	05	03,24
Total	154	100,0

L'état générale des patients était bon dans 88,96 % des cas soit 137 patients.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XXI: Répartition des patients selon la température.

Température	Effectifs	Pourcentage
Pas de fièvre	132	85,71
Fièvre	22	14,29
Total	154	100,0

La fièvre était absente dans 85,71%.

Tableau XXII: Répartition des patients selon la pression artérielle

Pression artérielle	Effectifs	Pourcentage
Normale	144	93,50
Hypotension	02	01,30
Hypertension	08	05,20
Total	154	100,0

La pression artérielle était normale chez 93,50% des patients.

Tableau XXIII: des patients selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectifs	Pourcentage
Tuméfaction douloureuse irréductible	27	17,53
Tuméfaction non douloureuse réductible	127	82,47
Total	154	100,0

La tuméfaction inguinale réductible était le signe physique le plus retrouvé soit 56,50%.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal.

Résultat Toucher rectal	Fréquence	Pourcentage
Normal	74	48,05
Douleur	07	04,55
Prostate augmentée de taille	21	13,63
Non fait	52	33,77
Totale	154	100,0

Le toucher rectal était normal chez 74 patients soit 48,05 %.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la réalisation de l'échographie

Échographie	Fréquence	Pourcentage
Oui	06	03,90
Non	148	96,10
Totale	154	100,0

L'échographie avait été réalisée chez 03,90 % des patients.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la réalisation de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

Abdomen sans préparation	Fréquence	Pourcentage
Oui	07	04,55
Non	147	95,45
Totale	154	100,0

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez 04,55% des patients.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon réalisation de la fibroscopie œsogastroduodénale plus biopsie

Fibroscopie Œsogastroduodénale	Fréquence	Pourcentage
Oui	05	03,25
Non	149	96,75
Totale	154	100,0

La Fibroscopie Œsogastroduodénale + Biopsie avait été réalisé chez 03,25% des patients.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XXV: Répartition des patients selon la forme clinique.

Forme clinique	Effectifs	Pourcentage
Hernie étranglée	27	17,53
Hernie non étranglée	127	82,47
Total	154	100,0

La forme clinique la plus représentée était la hernie non étranglée soit 82,47 %.

Tableau XXVI: Répartition des formes cliniques compliquées selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Fréquence	Pourcentage
Hernie inguinale étranglée	03	11,11
Hernie inguinoscrotale étranglée	15	55,56
Hernie de la ligne blanche étranglée	02	07,40
Hernie ombilicale étranglée	07	25,93
Totale	27	100,0

La hernie pariétale était compliquée dans 17,53 % avec une prédominance des hernies de l'aine soit 18 cas sur 27 selon le diagnostic préopératoire.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XXVII: Répartition des formes cliniques non compliquées selon le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Hernie inguinale non étranglée	90	70,87
Hernie inguinoscrotale non étranglée	19	14,96
Hernie crurale non étranglée	05	03,94
Hernie lombaire non étranglée	02	01,57
Hernie ombilicale non étranglée	04	03,15
Hernie de la ligne blanche non étranglée	07	05,51
Totale	127	100,0

La hernie pariétale était non compliquée dans 82,47% avec une prédominance des hernies de l'aine soit 114 cas sur 127 selon le diagnostic préopératoire.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon la réalisation de la numération formule sanguine ou du Taux d'hémoglobine simple.

NFS/ Taux d'Hb	Effectif	Pourcentage
Taux d'hémoglobine	40	29,97
Numération formule sanguine	114	70,03
Totale	154	100,0

La numération formule sanguine a été réalisée chez 70,03% des patients.

Tableau XXIX: Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine.

NFS	Effectif	Pourcentage
Normale	136	88,32
Anémie	08	05,20
Cytopénie	05	03,24
Hyperleucocytose	05	03,24
Total	154	100,0

La numération formule sanguine a été normale chez 88,32% des patients.

Tableau XXX: Répartition des patients selon le résultat de la glycémie

Glycémie	Effectif	Pourcentage
Normale	140	90,90
Hyperglycémie	10	06,50
Hypoglycémie	04	02,60
Totale	154	100,0

La glycémie a été normale chez 90,90 % des patients.

Tableau XXXI: Répartition des patients selon le résultat de la créatininémie.

Créatininémie	Effectif	Pourcentage
Normale	120	77,92
Elevée	01	0,65
Basse	02	01,30
Non faite	31	20,13
Totale	154	100,0

La glycémie a été normale chez 77,92% des patients.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XXXII: Répartition des patients selon le résultat du taux de prothrombine.

Taux de prothrombine	Effectif	Pourcentage
Normale	120	77,92
Bas	02	01,30
Non fait	32	20,78
Totale	154	100,0

Le taux de prothrombine était normal chez 77,92% des patients.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

Anesthésie	Effectifs	Pourcentage
Locale	11	07,14
Rachis Anesthésie	65	42,21
Générale	78	50,65
Total	154	100,0

L'anesthésie générale était la plus pratiquée avec 78 cas soit 50,65 %.

5.3. Le contenu du sac en peropératoire

Tableau XXXIV: Répartition des patients selon le contenu du sac herniaire.

Contenu du sac	Effectifs	Pourcentage
Epiploon	05	18,52
Intestin grêle	15	55,56
Epiploon + grêle	04	14,81
Appendice + Caecum	02	07,41
Appendice + ovaire	01	03,70
Total	27	100,0

Le contenu du sac a été le grêle chez 19 malades sur 27 cas de hernies étranglées dans cette étude soit 70,37%.

Tableau XXXV: Répartition des patients selon l'aspect de l'organe étranglé

Aspect de l'organe étranglé	Effectifs	Pourcentage
Nécrose du grêle	03	11,11
Inflammatoire	24	88,89
Total	27	100,0

L'aspect de l'organe étranglé était nécrotique chez 11,11% des patients.

5.4. TRAITEMENT :

Tableau XXXVI: Répartition des patients selon la technique opératoire.

Technique opératoire	Effectifs	Pourcentage
Shouldice	63	40,90
Prothèse pariétale	25	16,23
Bassini	15	09,74
Pott	23	14,94
Paletot (Mayo)	22	14,29
Cure + Résection anastomose	03	01,95
Cure + Appendicectomie	03	01,95
Total	154	100,0

La technique de Shouldice a été la plus utilisée avec 40,90% des cas. La cure plus résection anastomose a été réalisée chez 03 de nos patients chez qui le contenu du sac herniaire était du grêle avec nécrose. La cure plus appendicectomie a été réalisée chez 03 de nos patients chez qui le contenu était de l'appendicite phlegmoneuse.

Tableau XXXVII: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation post opératoire.

Durée d'hosp post op	Effectifs	Pourcentage
1 jour	48	31,16
1-2 jours	101	65,60
>2 jours	05	03,24
Total	154	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation a été 1,8 jour. Un écart type de 0,55 avec un extrême de 01 à 07 jours d'hospitalisation.

5.5. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon les complications immédiates.

Complication immédiates	Effectifs	Pourcentage
Hématome pariétal	03	01,95
Infection pariétale	07	04,50
Aucune	144	93,55
Total	154	100,0

L'infection pariétale était la plus retrouvée avec 07 cas soit 04,50%.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XXXIX: Répartition des patients selon les complications à court terme (3-6 mois).

Complication à court terme	Effectifs	Pourcentage
Douleur du site opératoire	06	03,89
Simple	148	96,10
Total	154	100,0

L'évolution à court terme a été simple avec 148 cas soit 96,10%.

Tableau XL: Répartition des patients selon les complications après 6 mois.

Complication après 6 mois	Effectifs	Pourcentage
Douleur du site opératoire	05	03,25
Occlusion sur bride	01	0,65
Simple	148	96,10
Total	154	100,0

Les suites opératoires tardives ont été simples dans 96,10 %.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XLI: Répartition des patients selon le coût direct de la prise en charge.

Coût direct de la prise en charge en FCFA	Effectifs	Pourcentage
45000 à 59995	96	05,20
60000 à 79995	32	01,30
80000 à 94995	20	00,65
95000 plus	06	96,10
Total	154	100,0

Moyenne : 60484,61 FCFA

Ecart type : 12096,92 FCFA

Minimal : 49000 FCFA

Maximal : 110000 FCFA

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6. DISCUSIONS COMMENTAIRES

Il s'agissait d'une étude retro- descriptive transversale analytique de 154 patients pris en charge pour hernie pariétale de février 2021 à avril 2023. L'étude réalisée sur une période de 26 mois a permis :

- ✓ D'adopter une méthodologie proposée sur la base de l'analyse des dossiers, les données mentionnant l'âge, le sexe, les aspects cliniques, Para cliniques ainsi que l'attitude thérapeutique et les suites opératoires ;
- ✓ D'obtenir des données quantifiables, fiables, exploitables, reproductibles.

Tableau XLII: la fréquence hospitalière selon les auteurs

Auteurs	Pourcentage	P Valeur
Fofana Cheikna Mali 2010 [14] N= 130	06,34	0,006
Aboubacar H Mali 2008 [47] N=103	25,81	0,048
Notre série N=154	24,02	

Durant cette période d'étude nous avons trouvé une fréquence de 24,02 % soit 154 cas de hernies sur 641 cas opères. Cette fréquence ne diffère pas statiquement de celle de l'étude de Aboubacar Halidou [47] qui avaient trouvé 25,81 % réalisée en 2008 avec $p > 0,05$. Par contre il y'a une différence significative de celle de la série de Fofana Cheikna hamala [14] qui avait trouvé une fréquence de 6,34% avec $p < 0,05$. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XLIII: l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Age moyen	P Valeur
Yeboah Kumasi 2003 [59]	45	0,061
N=100		
Bouaré Ma Mali 1980 [8]	42,77	0,058
N=103		
Alvarez, Espagne 2005 [56]	70	0,0001
N=78		
Notre série N=154	37,25	

L'âge moyen des études réalisées en Afrique correspond à celui de l'adulte jeune de 40 à 45ans. Il est largement inférieur à celui retrouvé en Europe qui est 70ans (Espagne) [56]. Cela pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population africaine en général et malienne en particulier.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XLIV: Sex-ratio selon les auteurs

Auteurs	Hommes	Femmes	Sex-ratio	P
Ferzli G USA 2004 [72]	n=09 (81,81%)	n=02 (18,18%)	04,5	
N=11				
Aboubacar H Mali 2008 [47]	n=90 (87,38%)	n=13 (12,62%)	06,92	0,058
N=103				
Harouna Y Niamey 2003 [86]	n=29(85,30%)	n=05 (14,70%)	06	0,33
N= 34				
Notre série N=154	n=120 (77,92%)	n=34 (22,08%)	03,52	

Plusieurs études ont été réalisées sur notre continent ainsi qu'à l'Amérique, le sexe masculin a été le plus représenté [47, 86,72]. La prédominance masculine notée dans notre étude était la règle dans la littérature (Traoré et al. 2015[20] ; Olory-Togbé et al, 2010[76]. ; Mukuku et al., 2014[60] ; Harouna et al., 2000 [86]; Koutora et al., 2019[52]). Cela s'expliquerait par les prédispositions anatomiques plus favorables chez l'homme, la persistance du canal péritoneo-vaginal chez l'homme mais également aux activités physiques intenses auxquelles se livrent souvent les hommes qui en sont victimes.

**LES HERNIES PARIETALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE OUELESSEBOUGOU**

Tableau XLV: Siège selon les auteurs

Auteurs	SIEGE	
	Hernie inguinale Droite	Hernie inguinale Gauche
Bessy Samaké, Mali 2014[24]	n=83 (63,85%)	n=47 (36,15%)
N=130	P=0,125	P=0,872
EL Ismail Fatima Zahra 2018 [51]	n= 29 (70,73%)	n=12 (29,26%)
N=41	P=0,072	P=0,578
Dieng M et al Sénégal 2008 [9]	n=145 (63,6%)	n=83 (36,4%)
N=228	P=0,613	P=0,974
Notre étude N=154	n=87 (65,90%)	n=45 (34,10%)

Dans cette étude la hernie inguinale représentait 132 cas sur 154 patients soit 85,71%. La localisation à droite de la hernie prédominait dans notre série (57,60%) comme dans plusieurs séries réalisées en Afrique sub-saharien et au Maghreb d'autres auteurs comme Bessy Samaké, Mali 2014[24], EL Ismail Fatima Zahra Maroc 2018 [51] et DIENG M [9] ont rapporté respectivement 63,8% ; 70,7 % et 63,6%, en faveur du côté droit.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre nos résultats et ceux de ces auteurs. Cela serait dû à la situation haute du testicule droit par rapport au testicule gauche et l'oblitération tardive du canal péritoneo-vaginal droit (Mukuku et al., 2014[60] ; Wind & Chevrel, 2002[35] ; Michel et al., 2012[77]).

Tableau XLVI: Signes fonctionnels selon les auteurs

Auteurs	Signes fonctionnels		
	Tuméfaction+Douleur Abdominale	Tuméfaction+Douleur abdominale +vomissement	Tuméfaction douloureuse Non
Lassana Keita 2022 [57]	n=27 (67,5%)	n=07 (17,5%)	n=06 (15%)
N=40	P=0,187	P=0,155	P=0,201
Arzouma Mali 2021 [73]	n=09 (21,95%)	n=22 (53,65%)	n=10 (24,40%)
N=41	P=0,111	P=0,131	P=0,372
Notre étude N=154	n=17 (11,04%)	n=10 (6,50%)	n=127 (82,46%)

La hernie pariétale est une pathologie riche en signe fonctionnel associant la tuméfaction et autres. La douleur abdominale est retrouvée généralement dans les complications qui correspondent à l'étranglement herniaire. En plus de la douleur abdominale d'autres signes ont été cités dans la littérature [71] tels que les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, des distensions abdominales. Dans cette étude 17 malades présentaient une tuméfaction douloureuse soit 11,04 % et dans 06,50 % des cas elle était accompagnée de vomissement postprandiaux précoces. Ces signes ont été rapportés par d'autres auteurs comme Arzouma Ouédraogo et Lassana Keïta sans différence statistiquement significative. Dans 82,46% des cas la tuméfaction était indolore dans cette étude avec une différence statistique à ceux des auteurs comme Arzouma Ouédraogo et Lassana Keïta. Cela pourrait s'expliquer par la taille des échantillons et le biais de recrutement.

Tableau XLVII: Signes physiques selon les auteurs

Auteurs	Signes physiques	
	Tuméfaction	Tuméfaction
	Douloureuse irréductible	Réductible
Moussa Sanogo 2018[53] N= 84	n=10 (11,90%) P=0,758	n=74 (88,10%) P=0,851
Alidji Diallo Mali 2020 [50] N=824	n=50 (06%) P=0,197	n=774 (94%) P=0,901
Bessy Samaké, Mali [24] N=130	n=19 (14,6%) P=0,673	n=111 (85,4%) P=0,598
Notre étude N=154	n=27 (17,53%)	n=127 (82,47%)

La tuméfaction réductible était le signe physique le plus retrouvé dans notre série d'étude, soit un pourcentage de 82,47%. Cela ne présente pas de différence statistiquement significative avec ceux des séries Maliennes [53, 50et 24] $P < 0,05$.

Tableau XLVIII: Examens complémentaires

Les examens complémentaires ne constituent pas un moyen diagnostique en soit, ils recherchent des contres indications pour d'éventuelle chirurgie [50, 53,13]. Le diagnostic des hernies pariétales est essentiellement clinique, mais l'imagerie médicale peut constituer une aide.

Par ailleurs, les examens biologiques et radiologiques (bilan d'hémostase, groupage sanguin, Numération formule sanguine, ionogramme sanguin, radiographie pulmonaire, électrocardiogramme) permettront de réaliser un bilan préopératoire et d'évaluer le retentissement hydro électrolytique dans le cas de l'étranglement herniaire. Le cliché d'ASP peut visualiser une structure digestive au niveau du site herniaire ou des NHA habituels à l'occlusion du grêle qui sont plus larges que hauts ou du colon qui sont plus hauts que larges.

Dans notre série les malades ont bénéficié d'un bilan préopératoire biologique comportant un bilan d'hémostase, un groupage sanguin, et une Numération formule sanguine.

L'échographie abdominopelvienne a été réalisée chez 6 de nos patients obèses pour doute diagnostique, dont le résultat était sans particularité chez 4 de ces patients, et a permis d'objectiver une hernie ombilicale chez 2 de ces patients.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez 7 de nos patients dont le résultat était normal chez 4 patients, et a permis d'objectiver des niveaux hydro aériques grêliques (plus larges que hauts et centraux) chez 3 de ces patients.

La fibroscopie œsogastroduodénale a été faite chez 05 de nos patients âgés de plus de 60 ans qui présentaient une hernie de la ligne blanche et a permis d'objectiver une (1) gastropathie antrale avec béance cardiale chez 02 de ces patients et deux (2) ulcères duodénaux chez 03 de ces patients.

Tableau XLIX : le diagnostic préopératoire selon les auteurs.

Dans notre série le diagnostic préopératoire a été 85,71 % la hernie inguinale suivie de la hernie de la ligne blanche, la hernie ombilicale et la hernie Lombaire qui ont représenté respectivement 5,84 %; 7,14% et 1,30 %. Notre étude a été comparée à celle de Aboubacar Halidou dans laquelle 79,75% des diagnostics retenus étaient la hernie inguinale suivie de la hernie ombilicale et la hernie de la ligne blanche avec un pourcentage respectif de 15,50% et de 3,90 %. 0 cas de hernie lombaire qui peut s'expliquer par la rareté de ce type de hernie; il n'existe pas de différence statistiquement significative entre nos résultats avec $P = 0,786$.

Tableau L: Anesthésie selon les auteurs

Auteurs	Anesthésie	
	Anesthésie générale	Rachi anesthésie
Alvarez, Espagne [56] N= 70	n=43 (60,9%) P=0,817	n=27 (39,1%) P=0,342
Konate Madiassa Bko [54] N=40	n=28 (70,9%) P=0,621	n=12 (29,1%) P=0,562
Sagara A, Mopti [55] N=52	n=37(70,7%) P=0,792	n=15 (29,3%) P=0,713
Notre étude N=154	n=78 (50,65%)	n=65 (42,21%)

L'anesthésie générale a été fréquemment utilisée dans notre étude, avec un pourcentage de 50,65%. Ce taux ne présente pas de différence statistiquement significative avec ceux des séries africaine et européenne [54, 55,56] $P>0,05$. La cure de la hernie se fait sous différents types d'anesthésies : anesthésie générale, anesthésie locorégionale et anesthésie locale. Ceci donne lieu à différents protocoles thérapeutiques ayant chacun leur exigence et partant des incidences clinique et économique différentes [42], nous avons utilisé majoritairement deux types d'anesthésie : la rachianesthésie 42,21% et l'anesthésie générale 50,65%. L'anesthésie générale a été pratiquée surtout chez les enfants ; dans les récurrences herniaires dans les hernies inguinales étranglées, les volumineuses hernies inguinoscrotale et les patients qui refusaient l'anesthésie locale et en cas d'échec de l'anesthésie locorégionale. L'anesthésie locale à la xylocaïne 2 % a été utilisée chez 11 de nos patients Seules les cures par voie élective inguinale sont réalisables sous anesthésie locale, ses avantages apparaissent nombreux, répondent à des soucis de sécurité, de simplicité, de confort et d'économie Cependant, elle est insuffisante pour le déroulement de l'acte chirurgical dans le contexte de l'urgence [47].

Cette différence de techniques anesthésiques utilisées par ces différents auteurs par rapport à notre étude, pourrait s’expliquer par le choix des anesthésistes ou la non disponibilité du matériel pour l’anesthésie locorégionale.

Tableau LI: le type d’organe étranglé selon les auteurs

Auteurs	Type d’organe étranglé	
	Intestin grêle	P(Valeur)
Gyrtup et Coll [85] N=24	n=18 (75%)	P=0,6443
Alvarez, Espagne 2005 [56] N= 70	n=53 (75,7%)	P=0,5013
Arzouma O Mali 2021 [73] N=41	n=24 (58,54%)	P=0,786
Yeboah Kumasi 2003[59] N=100	n=82 (82%)	P=0,2135
Notre étude N=27	n=19 (70,37%)	

Le grêle a été retrouvé plus fréquemment dans le sac herniaire. IL a été l’organe le plus fréquemment étranglé également dans notre série (70,37%), ainsi que dans toutes les autres séries Européennes et africaines [59, 56,73].

La longueur de cet organe et surtout sa grande mobilité peuvent expliquer sa fréquence élevée par rapport aux autres viscères intra-abdominaux.

Le grand nombre d’échantillon de ces séries par rapport au notre s’explique par le fait que ces études étaient portées uniquement sur les cas des hernies étranglées contrairement à notre étude dans laquelle figurait les cas de hernies non compliquées.

Tableau LII: la durée moyenne d'étranglement selon les auteurs

Durée d'étranglement		
Auteurs	Moyenne en heures	P valeur
Harouna Y Niamey 2003 [86]	60	0,003
N= 34		
Moussa dit Ladj Dao, Mali [70]	37,5	0,690
N=71		
Sangaré B, Mali 2003 [71]	32	0,702
N= 46		
Notre étude N= 154	39,84	

Les durées moyennes d'étranglements de la hernie dans les études réalisées au Mali et au Niger sont de 37,5 heures ; 32 heures et 60 Heures [71,86].

Dans notre série le délai moyen d'étranglement était de 39,84 heures. Il n'existe pas de différence statistiquement significative de celle des séries maliennes Moussa dit Ladj Dao et Sangaré B. Celle réalisée au Niger par Harouna Y trouve une durée moyenne d'étranglement de 60 heures avec une différence statistiquement significative à ceux des séries maliennes Moussa dit Ladj Dao et Sangaré B. Cette différence s'explique par la taille de l'échantillon.

Tableau LIII: la technique opératoire selon les auteurs

Auteurs	Shouldice Effectifs	Bassini Effectifs	Prothèse Effectifs
Moussa Sanogo [53] Mali 2018 N= 84	n=74 (88%) P=0,043	n=06 (07%) P=0,001	
Dossouvi T [64] 2021 N=444	n=53 (11,93%) P=0,018	n=355 (79,95%) P=0,004	n=26 (5,85%) P=0,012
Samaké B [24] N= 130	n=88 (68%) P=0,003	n=82 (63,1%) P=0,024	
Notre étude N= 154	n=74(48,05%)	n=15 (09,74%)	n=25 (16,23%)

Au plan thérapeutique, la première herniorraphie a été réalisée par Bassini il y a plus de 100 ans et depuis lors plusieurs techniques se sont développées grâce aux avancées technologiques. On distingue deux types de cure herniaire : l'abord inguinal conventionnel avec laparotomie (les voies postérieures par suture en tension de l'anneau inguinal, de type Shouldice, Mc Vay ou Bassini, et des voies antérieures sans tension, par obturation de l'anneau inguinal avec une prothèse selon Lichtenstein ou Plug et l'abord laparoscopique avec pose de prothèse (Ananian et al. 2006[45]). La technique avec pose de prothèse par laparotomie ou par voie laparoscopique est simple, rapide, moins douloureuse, et efficace, permettant la reprise rapide de l'activité physique sans restriction avec un taux de récurrence très bas. Le choix entre laparotomie et laparoscopie est encore discuté.

La laparoscopie permet de réduire la douleur postopératoire immédiate, les douleurs chroniques et une reprise plus rapide de l'activité normale (Liem et al. 1997[83] ; The MRC Laparoscopic Groin Hernia Trial Group, 1999[82] ; Mc Cormack et al. 2003[78] ; Neumayer et al. 2004 [79]; Pettersson et al. 1998[80]). Cependant, la technique de Shouldice moins pourvoyeuse de récurrence est recommandée à défaut de cure par prothèse (Traoré et al. 2015[20]).

Franck GLASSOW [87], en décrivant la technique du Shouldice hospital, a rapporté des taux de récurrence exceptionnellement bas, de 0,7% sur 2748 réparations herniaires, mais avec 45% de perdu de vue à 7 ans et 35% de malades suivis par questionnaire.

Mansberger et al. [68] Ont rapporté un taux de récurrence de 0,9% : 1,2% pour Shouldice et 0% pour la technique modifiée sur une période de 4 ans. [50] Les complications sont rares : hématome, infection pariétale (moins de 1%), douleur persistante quelques semaines ou quelques mois (environ 1%) [60]. Au Mali, la cure de la hernie par la technique avec tension est la plus pratiquée comme dans beaucoup d'autres études [65, 70, 71, 55]. La technique sans tension (Lichtenstein) est peu fréquente [58].

Dans notre série les techniques par raphie ont été les plus utilisées et ceci pour deux principaux motifs : l'inaccessibilité financière aux prothèses par la majorité de nos patients qui prennent en charge eux même leurs soins et la prise en charge fréquente de ces hernies en urgence. Les mêmes remarques ont été faites par plusieurs auteurs dans leurs séries Koutora et al. 2019 ; Sakiye et al. 2014[81] ; Adamou et al [84]. Il faut noter que la technique de Shouldice est habituellement le procédé de référence en raison du taux de récurrence inférieur à 1% publié par l'équipe de Toronto [38].

Nous avons utilisé la technique de Shouldice chez 40,90% de nos patients, ce taux est comparable à celui de Moussa S [53] $p < 0,05$ et de Samaké B [24] $p < 0,05$, qui ont rapporté respectivement 88% et 68% avec une différence significative entre ces résultats. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

La cure plus résection anastomose a été réalisée chez 03 de nos patients chez qui le contenu du sac herniaire était du grêle avec nécrose.

La cure plus appendicectomie a été réalisée chez 03 de nos patients chez qui le contenu était de l'appendicite phlegmoneuse.

La prothèse pariétale a été utilisée chez 25 de nos patients soit (16,23%), notre résultat diffère statistiquement de celui de la série de Dossouvi T au Togo [69] qui avait trouvé (5,85%) dans l'étude réalisée en 2021 avec $p < 0,05$. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

OUATTARA I.N. [74] dans sa thèse de médecine, tout comme dans les séries occidentales [72, 56, 85] rapportaient uniquement la technique de Lichtenstein modifiée par Chastan [49] (technique sans tension). Cette différence par rapport à notre étude, est que l'étude d'OUATTARA I.N. était une étude d'essai sur les prothèses au Mali (le seul cas à ce jour). Elle se rapporte aux études occidentales qui actuellement utilisent le plus les prothèses.

Tableau LIV: La durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs

Auteurs	Durée moyenne	Ecart type	P Valeur
Diane RCI [16] 2006	07	6,8	0,013
N= 200			
Sanogo L Mali [65] 2012	1,38	0,67	0,276
N= 105			
Sissoko M Mali [61] 2009	6,5	5,7	0,006
N= 36			
Notre étude N=154	1,8	0,55	

Dans notre étude la durée moyenne d'hospitalisation était de 1,8 jour. Elle est statistiquement inférieure à celles des auteurs : Sissoko M, qui a enregistré une durée moyenne de 6,5 jours ; de même que Diane B en RCI avec une durée moyenne de 7 jours [61,16].

Il n'existe pas de différence significative de celle de la série rapportée par Sanogo L [65] qui a trouvé dans son étude 1,38 jours avec $p > 0,05$.

La différence avec les autres auteurs Diane B et Sissoko M peut être liée : aux complications post opératoires ; aux tares du malade et à la résection anastomose.

Tableau LV: la Morbidité selon les auteurs.

La morbidité a été de 6,45% dominée essentiellement par les hématomes et les suppurations pariétales. Ce taux est superposable à ceux de plusieurs séries africaines (Dossouvi T et al., 2021[64] ; Koutora et al., 2019 [52]; Adamou et al., 2017[84]) mais moins élevé que celui de Mèhinto et al qui était de 29,6% (Mèhinto et al., 2003[22]) ; cela pourrait s'expliquer par l'accès facile au centre de santé, la prise en charge précoce des hernies étranglées avant la survenue des complications, la présence d'un chirurgien qualifié dans la prise en charge correcte des hernies et l'observation rigoureuse des conditions d'asepsies dans le suivi correct des patients opérés.

Tableau LVI: la Mortalité selon les auteurs

L'évolution postopératoire des hernies pariétales est généralement simple [71,72]. Dans notre étude, le taux de mortalité a été de zéro (0) cas. Ce résultat est comparable à ceux de : Sangaré B, Mali 2002 [71] ; Et de Galli A, Italie 2006 [75]. Cependant, d'autres auteurs tels que : Harouna Y, Niger 2003 ; Diane B, RCI 2006 de ; Moussa dit Ladji Dao, Mali 2011 ont retrouvé respectivement 40% ; 1,5% et 2,8% de taux de décès. Ces taux de mortalité pourraient s'expliquer par - présence de nécrose intestinale ; - La prise en charge tardive ; - L'âge avancé du patient (supérieur à 60ans) ; - La présence des pathologies associées (HTA, Diabète, VIH...).

Tableau LVII: Coût total de la prise en charge selon les auteurs

Dans notre étude le coût moyen du traitement a été estimé à 60484,61 FCFA et les extrêmes variaient entre 49000FCFA et 11000FCFA supérieur à celui de COULIBALY B.M [63] qui avait trouvé dans son étude un coût moyen de 48470,98 F avec des extrêmes de 31000 FCFA et 60000 FCFA.; Ce coût est supérieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) est, depuis le 1er janvier 2016, de 40 000 FCFA par mois soit 230,77 FCFA par heure [88].

**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSION :

La hernie pariétale est la pathologie la plus fréquente et à représenter 24,02% des activités de l'unité de chirurgie du centre de sante de référence de Ouéléssébougou. . L'âge moyen a été de 37,25 ans. La hernie de l'aine était la plus nombreuse 132cas/154 avec une prédominance du côté droit soit 49,35%. La tuméfaction non douloureuse a été le motif de consultation le plus fréquent 80,47% avec une prédominance masculine de 77,92% et un sexe ratio de 3,52. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permet d'éviter les complications de cette affection. L'absence d'un service de réanimation a fait que certains patients n'ont pas pu être pris en compte dans cette étude, certains patients n'ont pas pu bénéficier d'un minimum de bilan sanguin pendant la garde. La technique de Shouldice a été la technique opératoire la plus utilisée avec 48,05%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1,8jours, les suites opératoires immédiates et tardives ont été simples. L'application des mesures d'asepsie a permis de réduire la morbidité post opératoire. Tous nos patients opérés ont été vu en consultation après leur sortie de l'hôpital.

RECOMMANDATIONS :

De ces résultats nous tirons les recommandations pratiques suivantes :

Aux autorités :

- ✓ La Formation des chirurgiens qualifiés.
- ✓ Elaborer un programme de sensibilisation a l'intention de la population sur la gravite des maladies trop négligées ; sur les dangers de l'automédication en matière d'urgences chirurgicales abdominales
- ✓ Ouvrir un service de réanimation apte à prendre en charge les cas graves

Aux personnels sanitaires :

- ✓ Référer les patients aux chirurgiens dans les meilleurs délais.
- ✓ Eviter l'administration prolongée des antalgiques qui ne feraient qu'égarée le diagnostic et aggraver le pronostique
- ✓ Eviter la réduction par Taxis (en cas d'étranglement herniaire).
- ✓ La palpation systématique des orifices herniaires pendant les consultations.
- ✓ De faire un toucher pelvien Chez le sujet âgé à la recherche d'éventuel adénome de la prostate susceptible de provoquer un étranglement herniaire.

A la population :

- ✓ Apprendre à la population que toute hernie diagnostiquée doit être opérée avant toute complication et très Précocement lorsque cette complication survient.
- ✓ Eviter l'automédication

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES

1. **Larousse médical** : Dictionnaire abrégé des termes de médecine 5ème Édition 27 Rue de l'école de médecine-75006 Paris 2007 ; page (186)
2. **BOUTELIER LEGER et COLLABORATEURS** Sémiologie chirurgicale Manson 6eme édition page 27 a 32
3. **Pans A, Bouillot J.L.** La pathogénie des hernies de l'aïne. Rapport de l'association française de chirurgie.
4. **A. Madoz, A. D'alincourt, G. Mathon, F. Lerat, B. Dupas** Les hernies pariétales abdominales en tomodensitométrie Feuilles de Radiologie, 2005, 45, n° 4, 263-271
5. **US CENSUS BUREAU**, population estimate, 2004. Statistics by country for inguinal hernia.
6. **JORGE BARREIRO.** Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults Am J. Surg 2007; 77(1):40-5
7. **TRAORE D, KOUMARE A K, SISSOKO F, ONGOIBA N, TRAORE A, DIARRA L, ET AL.** Hernie inguinale en Afrique subsaharienne: quelle place pour la technique de Shouldice ? – Published 18/09/2015. Pan African Medical Journal. 2015-ISSN 1937-8688.
8. **TAOUAGH N.** Cure des hernies inguinales selon le procédé de “ Plug-plaque”. Thèse de doctorat en sciences médicales. Tlemcen 2013.
9. **DIENG M, EL KOUZI B, KA O, KONATE I, CISSE M ET AL.** Les hernies inguinales étranglées de l'aïne de l'adulte : une série de 228 observations. Mali Médical 2008,23(1).
10. **OUEDRAOGO Mahamadi** une étude rétrospective sur 5 ans (Janvier 1991- Décembre 1995) portant sur la hernie inguinale (à propos de 2028 cas) au CHN-Y.O (Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo De Ouagadougou/Burkina Faso).04 janvier 1997. Thèse médecine N°04
11. **DEMBELE IB.** Etude prospective portant sur 119 cas de hernies inguinales opérées dans les hôpitaux de Bamako et Kati. [Th. Med]. Bamako: ENMP; 1988; n°15.
12. **Bouaré Ma** Etude de 610 cures de hernies de l'aïne dans le cercle de Bafoulabe et Kénièba. Thèse Médecine Bko (Mali) 1988, N° 16

- 13. Sidibe R.** Etude épidémio-clinique des hernies de l'abdomen à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou de Janvier 1999 à Février 2003 Thèse de Méd Bko Mali 2005 N°9
- 14. Fofana C H.** Etude épidémie-clinique des hernies abdominales au centre de sante de référence de la commune VI du district de Bamako. Mali 2010, thèse médecine N°10M229
- 15. Boudet MJ.** Diagnostic des Hernies Inguinales. La revue du praticien, 1997, 47 : 256 – 261. Pathologies de la paroi abdominale et traitement prothétique – 131.
- 16-LEBEAU. R, F. BROU ASSAMOI KASSI, S. KACOU YENON, B. DIANE ET J.-C. KOUASSI.** Les hernies étranglées de l'aine : une urgence chirurgicale toujours d'actualité en milieu tropical. Rev Med Brux 2011 ; 32133-8
- 17. MASSENGO R, YABA-NGO B.** Les hernies étranglées de l'aine : A propos de 138 cas chez l'adulte. Med Trop 1986 ; 46(1) :39-42.
- 18. PALOT J P, FLAMENT J B, AVISSE C, GREFFIER D, BURDE A.** Utilisation des prothèses dans les conditions de la chirurgie d'urgences. Etude rétrospective de 204 hernies de l'aine étranglées. Chirurgie 1996 ; 121 :48-50.
- 19. RORBAEK- MEDSEN M.** Herniorrhaphy in patients aged 80 years or more. A prospective analysis of morbidity and mortality. Eur J Surg 1992; 158(11- 12):591-40.
- 20. KOUMARÉ A.K, TRAORE D, A.K.DIOP, ONGOIBA. N, BOUARE. M, SIMPARA D.** Evaluation rétrospective de 4539 cures de hernies inguinales effectuées par certains médecins généralistes de districts au Mali. Médecine d'Afrique noire : 1991.38(2).
- 21. HAS** Cure de hernie ou d'éventration post-opératoire de la paroi abdominale antérieure, par coelioscopie. Service évaluation des actes professionnels, 2006
- 22. MEHINTO DK ET AL.** Prise en charge des hernies étranglées de l'aine chez de l'adulte à propos de 295 cas (Bénin). Journal africain de chirurgie digestive. 2003 ; 3(2) : 1-5. Pub MedI Google Scholar.
- 23. R. AIT IBRAHIM, A. LOUZI, B.FINECH.** Prise en charge des hernies de l'aine étranglées, expérience du CHU Mohammed VI de Marrakech. Thèse n°77/2014.
- 24. SAMAKE B,** Hernies inguinales : Aspects diagnostiques et thérapeutique au CSRéf CI Bamako, Thèse médecine N°94, 2014

- 25. Drake R, et al.** Gray's anatomie pour les étudiants, 2006
- 26. Vesalius, Vesalius** image Archive, www.vesalius.com
- 27. Flament J.B ,Avisse C, Delattre J.F.** Anatomie et mécanisme des hernies de l'aîne. La revue du praticien, 1997, 47 : 252-255.
- 28. Fruchaud H.** Anatomie chirurgicale des hernies de l'aîne. Paris :Doin, 1956.
- 29. FAURE JP, CARRETIER M, RICHER JP.** Comment se forme une hernie abdominale? La revue du praticien. 2003;53(15):1639-1644. PubMed | Google Scholar.
- 30. PATEL JC.** Pathologie chirurgicale. Paris : Masson ; 1973 : 490p.
- 31. POILLEUX F.** Sémiologie chirurgicale. 6eed. Paris : Flammarion ; 1999 : 444p.
- 32. SCHUMPETICK V, TRUMECK H, ARLT G.** Inguinal Hernia repair in adults. Lancet. 1994; 344: 375- 9. 33. GALLAGHER J, EARLEY TK. Adult groin hernias. In: Eisman B(Ed). Progressisof chirurgical disease. Philadelphie: WB saturders. 1980: 316-21.
- 34. HANN – PEDERSER J, land I, HANSEN- HOGHUS J.** Evaluation of direct and indirect inguinal hernia by computed tomography. Brj. Surg. 1994; 81(4): 569- 72.
- 35. Wind P, Chevrel JP.** Hernies de l'aîne de l'adulte. Encycl Med Chir, gastroentérologie,9-050-A-10,2002.
- 36. Bouillot JL, Servajean S, Pozzo A, Akkash Y.** Eventrations de la paroi abdominale Revue du praticien, 2003, 1677-1682.
- 37. FROMOND. G.** Technique de hernioplastie par voie transabdomino - pré péritonéale. 40-137-B. Le manuel du résident : techniques chirurgicales Appareil digestif. Exclusivité 2009. Edition Tsunami.
- 38. SHOULDICE EB.** The Shouldice repair for groin hernias. Surg Clin North Am. 2003; 83(5):1163-87. Pub Med I Google Scholar
- 39. OURO-BANG'NA F, TOMTA K.** Cure de hernie inguinale: Alternative à l'anesthésie générale avec le bloc ilio-inguinal en milieu Déshérité au CHU de Lomé (Togo) ; Med Afr Noire. 2005, 52(8-9) : 497- 499.

- 40. GAINANT A, CUBERTAFORT P.** Hernies inguinales : base et perceptives chirurgicales. Paris : Medsi Mac Graw ; 1991 : 106p.
- 41. MILLAT.** Traitement des hernies inguinales : indication : hernies des parois de l'abdomen. Rev Prat.1997 ; 47(3) : 268-272
- 42. HAY JM.** Traitement des hernies inguinales : Méthode. Rev Prat. 1997 ; 47(3) : 262-267.
- 43. BARRAT.C.** Place des prothèses dans les cures de la hernie inguinale. J coeli chir. 2005; 53: 30-33. **44. FELIX.E.L, MICHAS CA, GONZALES.M.H Jr.** Laparoscopic hernioplasty: TAPP is TEP. Surg Endosc. 1995; 9: 984-989.
- 45. Ananian P, Barrau K, Balandraud P, Le Treut YP.** Cure chirurgicale des hernies inguinales de l'adulte: enjeux cliniques, fonctionnels et économiques des pratiques chirurgicales. J Chir 2006; 143 (2): 7683.
- 46. P. Marre, J.M. Damas, A. Penchet, E.P. Péliissier.** Traitement de la hernie inguinale de l'adulte : résultats des réparations sans tension à la clinique saint Michel et sainte Anne. 2001, Editions scientifiques et médicales, Elsevier SAS.
- 47. HALIDOU A. :** Evaluation de la prise en charge des hernies abdominales simples à l'hôpital de GAO à propos de 103 cas traités chirurgicalement dans le service de chirurgie générale. [Th. Med]. Bamako : FMPOS ; 2008 ; n°90.
- 48. CHASTAN P.** Cure de la hernie inguinale par technique prothétique pré musculaire. Video -review of surgery 1996, XIII (5) : 24-27.
- 49. Stoppa R, Diarra B, Verhaeghe P.J, Henry X.** Some problems encountered at re-operation following repair of groin hernias with preperitoneal prostheses. Hernia. 1998 ; 2 : 35-38.
- 50. Alidji Diallo :** hernie inguinale de l'adulte au centre de sante de référence de la commune V. Thèse de médecine Bamako 2020, 22M32
- 51. ISMAILI FATIMA- Zahra :** Les hernies inguinales étranglées de l'adulte. (ThMed), Maroc 218 ; n°216/18 ; P=127.

- 52. Koutora, B., Alassani, F., Amouzou, E-G., Sakiye, A., Geraldo, R.F., Boyodi, KT., Changai, B.K., Kanassoua, K.K., Apetogbo, B., Villa, S., Songne-Gnamkoulamba, B.** (2019). Prise en Charge des Hernies de l'aine : Expérience d'un Hôpital Confessionnel en Zone Rurale au Togo. European Scientific Journal; 15(18)
- 53. Moussa SANOGO** : Aspects cliniques et thérapeutiques de la hernie inguinale au centre de santé de la commune II du district de Bamako. (Th-Med) ; Bamako : FMOS ; Mali 2018.P=87 n°13M45
- 54. Konaté M** Etude des urgences chirurgicales au service de chirurgie générale et pédiatrique Gabriel TOURE Thèse médecine Bamako 2005 ; N 238
- 55. SAGARA A.** Prise en charge des hernies inguinales étranglées dans le service de chirurgie B de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. [Th. Med]. Bamako : FMPOS ; 2007 ; n° 86.
- 56. Alvarez-P, José A, Baldonado C, Francisco GR, Isabel S, Barreiro J et al** : Présentation and out come of incarcerated exrenal hernias in Adults. Cir Esp 2005 ; 77(1) : 40-45
- 57. Lassina Keita** : aspect clinique et thérapeutique de la hernie ombilicale dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Toure ; thèse de médecine 21M200
- 58. SAMAKE H.** Chirurgie ambulatoire des hernies inguinales à Bamako. (128 CAS). [Th. Med.]. Bamako : ENMP;1995 ; n°15.
- 59. Yeboah M** : Etranglement herniaire externe à Kumasi en Afrique occidentale East Afr Med J. 2003 ; 22(4) :3103
- 60. Mukuku, OK., Wakunga, E., Bugeme, M., Kitembo, M., Kabwit, D., Wakungaw (2014).** Hernies inguinales à l'hôpital Jason Sendwe de Lubumbashi en république démocratique du congo.à propos de 41 cas. Rev. méd. Gd. Lacs 2014 ; 3(1) :114-25.
- 61. SISSOKO M** : Etudes des hernies inguinales étranglées à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de Médecine Bamako 2009 P 86 n°304
- 62. Ndoma Ngatchoukpo V, Gaudeuille A, Kpidou-Line M, Bobossi Serengbe G.** Hernie ombilicale de l'enfant : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au Complexe pédiatrique de Bangui (RCA). Rev. CAMES Santé Juillet 2013 ; 1(1) :8- 10.

- 63. COULIBALY B** Hernies inguinales non compliquées au centre de sante de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse médecine N°14M104.
- 64. Dossouvi T., Kanassoua K.K., , Kassegne I. Amouzou Efoe-Ga O., Adabra K. & Dosseh Ekoué D. (2021).** Prise En Charge Des Hernies De L'aine Au Chu-Kara (Togo). European Scientific Journal, ESJ, 17(21), 256.
- 65. Sanogo L.** Hernie ombilicale chez l'enfant en chirurgie pédiatrique du CHU-GT. [Bamako, Mali] USTTB 2011. P 90. N°12M49
- 67. Traore M.** Hernie ombilicale étranglée chez L'enfant. [Thèse Med] FMOS 2015. P93, N° 15M108
- 68. MANSBERGER JA, ROGERS DA, JENNINGS WD, LEROY JA** Comparison of a new two-layer anatomic repair to the traditional Shouldice herniorrhaphy. Am Surg. 1992 ; 58(3) : 211-212.
- 69. Boubacar B. Dembélé** Les urgences chirurgicales digestives à l'Hôpital régional de Kayes à propos de 112 cas. Thèse Médecine. Bamako, 2005 ; n° 243
- 70. Moussa dit Ladji DAO :** Hernies inguinales étranglées à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti ;(Th-Med) Mali 2011 ; pages :107. n°12M36
- 71. Sangaré Boubacar.** Hernie inguinale étranglée dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako 2002
- 72. Ferzli G, Shapiro K, Chaudry G, Patel S :** Laparoscopic extra peritoneal approach to acutely incarcerated inguinal hernia. Surg Endosc 2004 ; 18(2) : 228-31
- 73. Arzouma Ouédraogo :** hernies inguinales étranglées au centre de sante de référence de Ouélessébougou thèse de médecine 21M377
- 74. Issa Nafou OUATTARA :** Cure des hernies inguinales sans tension : technique de Lichtenstein modifiée par Chastan. Thèse Méd. Bamako 2004 p=67 n° 04.
- 75. Galli A, Scalambra MS, Balsamo F et al :** Laparoscopie repair strangulated hernias Surg Endosc 2006 ; 20(1) :131-4

- 76. Olory-Togbé, J-L., Gbessi, DG., Lawani, I., Padonou, N. (2010).** Hernies pariétales au CNHU HKM de cotonou. *J Afr Chir Dig.*; 10 (2): 1104 -8
- 77. Michel, JL., Lapointe, S., & De Napoli-Cocci, S. (2000).** Hernies de l'enfant. *Encycl Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4- 018-A-10, 7 p.*
- 78. Mc Cormack, K., Scott, NW., Go, PM., Ross, S., & Grant, AM. (2003).** Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*;1:CD001785.
- 79. Neumayer, L., Giobbie-Hurder, A., Jonasson, O., Fitzgibbons, R.Jr, Dunlop, D., Gibbs, J., Reda, D., & Henderson, W. (2004).** Veterans Affairs Cooperative Studies Program 456 Investigators. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med*; 350:1819-27.
- 80. Pettersson, N., Emanuelsson, B., Reventlid, H., et al. (1998).** Highdose ropivacaine wound infiltration for pain relief after inguinal hernia repair. *Reg Anesth Pain Med*; 23: 189-96.
- 81. Sakiye, K.A., Kanassoua, K., Kassegne, I., Ama, VI., & Sogne, S. (2014).** Prise en charge des hernies étranglées de l'aîne en milieu chirurgical rural : à propos de 329 cas colligés à l'hôpital Saint Joseph de Datcha (Togo). *J Rech Sci Univ Lomé* ; 16(3):433–40 20.
- 82. The MRC Laparoscopic Groin Hernia Trial Group (1999).** Laparoscopic versus open repair of groin hernia: a randomised comparison. *Lancet*; 354:185-90.
- 83. Liem, MS., van der Graaf, Y., van Steensel, CJ., Boelhouwer, RU., Clevers, GJ., & Meijer, WS. (1997).** Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal-hernia repair. *N Engl J Med*; 336:1541-7.
- 84. Adamou, H., Amadou, MI., Halidou, M., Habou, O., Amadou, M., Abdou, M.M., Amadou, S., & Sani, R. (2017).** Prise en charge des hernies de l'aîne chez l'adulte à l'Hôpital National de Zinder, Niger. *Annales de l'Université Abdou Moumouni*; 22 : 102-10.
- 85. GYRTUP H J & Al.** Emergency presentation of inguinal hernia in Child HoodTreatmentStrategy. A follow up study.*Annalschirurgiaetgynaecologiae* 1990: 79: 97-100

86. Y.HAROUNA, H.YAYA, I.ABDOU et L. BAZIRA. La hernie inguinale simple de l'adulte : A propos de 244 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2000,47(6).

87. Glassow F. The surgical repair of inguinal and femoral hernias .CMAj 973 :308-313.

88. Décret n° 2015-0363/P-RM du 19 mai 2015 fixant le salaire minimum interprofessionnel garanti. Journal officiel du Mali, 2015-05-29, n° 25, p.973

ICONOGRAPHIE

ICONOGRAPHIES



HERNIE INGUINO-SCROTALE GAUCHE
ETRANGLEE EN PRE-OPERATOIRE



HERNIE INGUINO-SCROTALE GAUCHE
ETRANGLEE EN PER-OPERATOIRE



HERNIE OMBILICALE ETRANGLEE
EN PER-OPERATOIRE



HERNIE INGUINALE GAUCHE TRANGLEE
EN PER-OPERATOIRE

14. ANNEXES

1. Fiche d'enquête

I. IDENTIFICATION DU MALADE :

Q.1- N° de la fiche d'enquête/-----/

Q.2- N° du dossier du malade/-----/

Q.3- Date de consultation/-----/

Q.4- Nom et prénom du malade/-----/

Q.5- Age/-----/1=1-15 ans ,2=16-30 ,3=31-50 ,4=51-80 ,5=81-100

Q.6- Sexe /-----/ 1. Homme, 2. Femme

Q.7- Profession /-----/ 1. Cultivateur, 2. Ouvrier, 3. Ménagère, 4. Commerçant, 5. Elève-
Etudiant, 6. Fonctionnaire ;7. Si autre, préciser-----

Q.8 – Résidence/-----/

Q.9- Ethnie/-----/ 1. Soninké, 2. Peulh, 3. Boa, 4. Bambara, 5. Malinké, 6. Senoufo, 7.
Sonrhäï, 8. Dogon, 9. Si autre, préciser-----

Q.10- Nationalité/-----/ 1. Malienne, 2. Si autre, préciser-----

II. Clinique :

Q.12- Mode de recrutement/-----/ 1. Urgence, 2. Consultation
ordinaire.

Q.13- Date d'entrée/-----/

Q.14- Mode de transfert vers l'hôpital/-----/1. Ambulance, 2. Voiture personnel, 3.
Cyclomoteur, 4. Véhicule de transport urbain, 5. Charrette, 6. Si Autre, précise

Q.15- Provenance/-----/1=Cscom, 2=Cabinet,3=venue de lui-même, 4= Conseil d'un
parent

Q.16- Motif/-----/1= Tuméfaction non douloureuse, 2= Tuméfaction douloureuse

Q.17-Siège/-----/1=ombilicale, 2=inguinale droite, 3=inguinale gauche, 4=crurale droite, 5=crurale gauche, 6=ligne blanche, 7=inguinale bilatérale, 8=crurale bilatérale, 9=lombaire.

Q.18-Récidive herniaire/-----/ 1=ooui, 2=non

Q.19-Moment de la récurrence/-----/

Q.20-Siège de la récurrence/-----/

Q.21-Signes fonctionnels/-----/1=Tuméfaction+douleur,2=Tuméfaction non douloureuse,3=Tumefaction+Douleur+Vomissement,4=Tumefaction+Douleur+arrêt des matières et gaz,7=néant

III. ANTECEDANTS :

Q.22-Médicaux/-----/1=Tuberculose, 2=Adénome de la prostate, 3=Infection urinaire, 4=Toux chronique, 5= Néant

Q.23-Chirurgicaux/-----/1=Hernioraphie droite, 2=Hernioraphie gauche, 3=Adénectomie, 4= néant

Q.24-Antécédents gynéco-obstétricaux/-----

IV. EXAMEN COMPLEMENTAIRES :

Q.25-Echographie/-----/ 1=fait, 2=non fait

Q.26-Fibroscopie œsogastroduodénale + Biopsie /-----/1=Fait, 2= Non faite

Q.27-ASP-----1= Oui, 2-Non

V. BILAN PREOPERATOIRE :

Q.27-Hémoglobine/----- /1=Fait, 2=non fait

Q.28-Hématocrite /-----/ 1= fait, 2=non fait

Q.29-Groupage/-----/ 1= fait, 2=non fait

Q.30-TP/-----/ 1=fait, 2=non fait

Q.31-TCK/-----/

Q.32-Glycémie/-----/ 1=fait, 2=non fait

Q.33-Creatininémie/-----/ 1= faite, 2= non faite

Q.34-Facteurs favorisants/-----/3. Obésité, 4. Constipation chronique, 5. Dysurie 6. Toux chronique

Q.35-Habitude alimentaire/-----/1. Céréale, 2. Légume, 3. Fruit, 4. Tubercule, 5. Poison, 6. Viande, 7. Lait, 8. Epices, 9. Alcool, 10. Café, 11. Tabac, 12 Thé, 13. Cola.

Q.36-Traitement antérieurs/-----/ 1. Médical, 2. Chirurgical, 3. Traditionnel, 4. Indéterminé, Q.37-Début de la douleur/-----/1. Brutal, 2. Progressif, 3. Néant,

Q.38-Type de la douleur/-----/ 1. Brûlure, 2. Pesanteur, 3. Coup de poignard, 4. Piqûre, 5. Torsion Q.39-Facteur déclenchant/-----/1. Toux, 2. Défécation, 3. Soulèvement d'un fardeau, 4. Activité sportive, 5. Constipation, 6. Trouble de la miction, 7. Autre à préciser.

Q.40-Hernie connue ? /-----/1. Oui, 2. Non

Q.41-Durée d'évolution de la maladie herniaire/-----/1. Jours, 2. Mois, 3. Année

Q.42-Durée entre étranglement et intervention /-----/1. Minutes, 2. heures, 3. jours

Q.43-Signes généraux : Poids : /-----/ Taille : /-----/ ; IMC/-----/kg /m² ; Tension artérielle/-----/ Pouls/-----/ ; Fréquence respiratoire /-----/ Pâleur/ ----- / 1. Oui, 2. Non, 3. Indéterminée IPOMS/-----Température/-----/

Q.44-Examen physique 1- Inspection/-----/a-Tuméfaction, b- Autres, précisé, c- Indéterminé 2- Palpation/-----/a-Tuméfaction douloureuse, b- Indolore, c- Consistance dure, d- Consistance molle, f-Abdomen souple, f- Météorisme abdominal, g- Signe de déshydratation, h- Autre précisé-----3- Percussion/ ----/ a- Matité, b- Tympanisme, c-Mixte 4- Auscultation/-----/ a- Murmure vésiculaire/---/1. Normal, 2. Augmenté, 3. Diminué b- BDC/ ----- / 1. Audible, 2. Non audible, 3. Normal c- Souffle/ -----/ 1. Oui, 2. Non d- Si oui, précisé-----

Q.45-Touchers pelviens/-----/a. Toucher rectal /----- / 1. Normal, 2. Dououreux,
3. Indéterminé, 4. Autres, précisé----- b. Touche vaginal [-----] 1. Normal, 2.
Dououreux, 3. Indéterminé, 4. Autres, précisé-----

Q.46-Complication digestives/-----/ 1. Engouement, 2. Phlegmon herniaire, 3.
Occlusion Intestinale, 4. Autres, précisés

VI- Traitement :

Q.47- Types d'Anesthésie utilisée/-----/ 1. Locale, 2. Rachianesthésie, 3. Péridurale, 4.
Anesthésie Générale, 5. Autres précisés. -----

Q.48- Date de l'intervention/-----/

Q.49- La hernie a-t-elle été réduite avant l'intervention ? / ----- / 1. Oui 2. Non

Q.50- Durée de l'intervention /-----/1. Minute 2. Heures

Q.51- Difficulté opératoires/-----/1. Dissection facile 2. Dissection difficile 3. Autres,
précisé Q.52- Complication per opératoires/-----/ 1. Lésions vasculaires Oui Non Si Oui,
précisé-----2. Lésions Nerveuse Oui Non Si Oui, précisé-----3. Lésions Ligamentaires
Oui Non Si Oui, précisé- 4. Lésions Vésicales Oui Non Si Oui, précisé----- 5. Lésions du
Cordon spermatique Oui Non Si Oui, précisé-----6. Lésions Intestinale Oui Non Si Oui,
précisé----- 7. Autres, Préciser-----

Q.53- Technique opératoire/-----/ 1. Shouldice 2. Bassini 3. Point en X 4. Point simple
5. Paleto 6. Cure + Résection anastomose 7. Cure+ appendicectomie

Q.54- Le contenu du sac/-----/1. Epiploon, 2. Colon, 3. Intestin grêle, 4. Appendice, 5. Vessie,
6. Ovaire, 7. Trompe

Q.55-Etat de l'organe étranglé/-----/ 1. Bon 2. Moyen 3. Mauvais 4. Indéterminée 5. Autres,
Précisé-

Q.57-Résection/-----/1. Anastomose Termino-Terminale 2. Anastomose iléo-Caecale 3.
Appendicectomie 4. Autres, Précisé

IV. Suivi post Opératoire :

Q.58-Suites immédiates/-----/ 1. Simple, 2. Occlusion intestinale, 3. Hématome, 4. Serrone, 5. Hémorragie ; 6. Douleur, 7. Décès, 8. Autres, précisé-----

Q.59- Date de sortie/-----/

Q.60- Durée d'hospitalisation (jours) /-----/

Q.61- Reprise de l'activité : /----- / 1 mois 2 mois 3 mois

Q.62- Suite après trois (3) mois/-----/1. Simple, 2. Occlusion intestinale, 3. Abscess de la paroi, 4. Douleur, 5. Granulome sur fil, 6. Retard de cicatrisation, 7. Chéloïde, 8. Péritonite, 9. Atrophie Testiculaire, 10. Névralgie Résiduelle, 11. Récidive, 12. Autres précisé.

Q.63-Suite après six (06) mois/-----/1. Simple, 2. Occlusion intestinale, 3. Abscess de la paroi, 4. Douleur, 5. Granulome sur fil, 6. Retard de cicatrisation, 7. Chéloïde, 8. Péritonite, 9. Atrophie Testiculaire, 10. Névralgie Résiduelle, 11. Récidive, 12. Autres précisé.

Q.64- Mode de suivi à trois (03) mois/-----/ 1. Venu de lui-même, 2. Vu à domicile, 3. Sur rendez-vous, 4. Venu en urgence, 5. Perdue de vue, 6. Indéterminé, 7. Autres, précisé-----

VII. COUT DE LA PRISE EN CHARGE :

Q.65-Frais du bilan préopératoire /-----/

Q.66-Frais de l'anesthésie/-----/

Q.67-Frais de l'ordonnance médicale/-----/

Q.68-Frais d'hospitalisation/-----/

15. FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM ET PRENOM : SANGARE ADAMA DRISSA

TITRE : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES HERNIES PARIETALES AU CSREF DE OUELESSEBOUGOU

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FMPOS DU MALI

SECTEURS D'INTERET : CHIRURGIE GENERALE

CONTACT : (00223) 79919764-66201963

Objectif de cette étude était : d'étudier les hernies pariétales dans le service de chirurgie générale du centre de sante de référence de Ouélessébougou.

Méthodes : Le présent travail est une étude rétro-prospective portant sur 154 sujets porteurs de hernies pariétales reçus et opérés au CSRéf de Ouélessébougou de février 2021 à avril 2023.

Résumé : Les hernies pariétales constituent une pathologie chirurgicale bénigne, très fréquente dont le diagnostic est simple mais le traitement chirurgical L'étude a concerné tous les patients présentant une ou des hernies au niveau de leur abdomen. Au cours de ce travail, nous avons recensé 154 cas de hernies pariétales sur 641 cas de pathologies chirurgicales ; Ce qui représente 24,02 % des pathologies chirurgicales ; 77,92 % des patients étaient de sexe masculin avec un sex-ratio a 3,52. L'âge moyen de nos patients était de 37,25 ans. La tuméfaction étaient présente chez 127 patients soit 82,47%. La hernie inguinale était le plus représentée 132 cas soit 85,71% avec une prédominance de l'aine droite ; la hernie était simple dans 82,47% (n=127). L'étranglement herniaire est la complication majeure et a présenté 17,53% (n=27) ; 3 patients ont subi la résection soit 1,95% (ces 03 cas concernait le grêle). Les professions agro-pastorales ont été les plus pourvoyeuses de hernies. La technique opératoire la plus utilisée a été celle de Shouldice soit 48,05 %. Les suites opératoires immédiates ont été simples, les complications à long terme étaient beaucoup plus marquées par les cicatrices chéloïdes. La morbidité a été de 6,45% (n=7) Nous n'avons pas enregistré de décès ; La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,8 jour. Le coût moyen du traitement s'élevait à 60484,61 FCFA.

SIGNAL SHEET

TITLE : EPIDEMIO-CLINICAL STUDY OF PARIETAL HERNIAS AT THE CSREF OF OUELESSEBOUGOU

COUNTRY OF ORIGIN : MALI

CITY OF DETENTION : BAMAKO

PLACE OF DEPOSIT : LIBRARY OF FMOS OF MALI

SECTORS OF INTEREST : GENERAL SURGERY

CONTACT :(00223) 79919764-66201963

The objective of this study was : to study parietal hernias in the general surgery department of the reference health center in Ouelessebougu.

Method : This work is retro-prospective study on 154 subjects with parietal hernias received and operated at the CSRef of ouellessebougu from February 2021 to April 2023

Summary : parietal hernias are the benign surgical pathology ,very common whose diagnosis is simple but surgical treatment the study involved all patients with one or more hernias in their abdomen . During this work, we recorded 154 cases of parietal hernias out of 641 cases of surgical pathologies ; this represents 24.02% of surgical pathologies ; 77.92% of patients were male with a sex ratio of 3.52. The average age of our patients was 37.25 years old. Swelling was present in 127 patients or 82.47% ; Inguinal hernia was the most represented 132 cases or 85.71% with a predominance of the right groin ; the hernia was simple in 82.47% (n=127).

Hernial strangulation is the major complication and presented 17.53% (n=27) ; 3 patients underwent resection or 1.92% (these 03 cases concerned hial). The agro-pastoral professions were the most provider of hernias. The most used surgical technic was that of shouldice, 48.05% .The immediate surgical follow-ups were simple, the long-term complications were much more marked by keloid scars. Morbidity was 6.45%(n-7) we did not record any deaths : The average length of hospitalization was 1.8 days . The average cost of treatment was 60484.61FCFA.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. **Je donnerai** mes soins gratuits à l'indigent et **n'exigerai** jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !