MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
****

REPUBLIQUE DU MALI
****
Un Peuple-Un But-Une Foi

U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire 2025-2026 N° : … /

THESE

PARTICULARITES EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE DES HERNIES PARIETALES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE FANA.

Présentée et Soutenue publiquement le 24/07/2026 devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Seydou SYLLA

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Boubacar KAREMBE, Maitre de conférences agrégé

Membres : M. Moustapha Issa MANGANE, Maître de conférences agrégé

: M. Youssouf SAMAKE, Chirurgien

Directeur : M. Lassana KANTE, Maitre de conférences agrégé

LISTE DES ENSEIGNANTS

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

SECRETARIAT PRINCIPAL

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN **: Mr Mamadou Lamine DIAKITE** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
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 Interne
7	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
8	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
9	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
10	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
12	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
13	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
14	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
15	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
16	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
17	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Baba ROUMARE	Psychiatrie
19	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie -Virologie
20	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie - Virologie

21	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
22	Mr Souleynnane DIALLO	Pneumologie
23	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
24	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
25	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
26	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
27	Mr Fififing SISSOKO	Chirurgie Générale
28	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
29	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Aihousseini Ag MOHAMED	ORL
32	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
33	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
34	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
35	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
36	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
37	Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
38	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
39	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
40	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
41	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
42	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
43	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
44	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
45	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
46	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
48	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
49	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
50	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
51	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
52	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
53	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
54	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
55	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
56	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
57	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
58	Mr Ibrahim 1. MAIGA	Bactériologie-Virologie
59	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
60	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
61	Mr Aly TEMBELY	Urologie
62	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
63	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
64	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
65	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
66	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
67	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
68	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
69	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
70	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation

71	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
72	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
73	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
74	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
75	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
76	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
77	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
78	Mr Diibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
79	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Aladii Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Brouiave Massaoülé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Diibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale **Chef de DER**
6	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
7	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
9	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
10	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
11	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
12	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
13	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
14	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
15	Mr Tiounkani THERA	Gynécologie/Obstétrique
16	Mr YoussoufTRAORE	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
18	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
19	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
21	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
22	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
23	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation

9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
40	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
41	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
42	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
43	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
44	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
45	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
46	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
47	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
49	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
50	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
53	Mr Alphousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
54	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
56	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
57	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
58	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie

59	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie - Mycologie
5	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Dieneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
9	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
10	Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
11	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
12	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
13	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
15	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie

16	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
2	Antièmé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments
3	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
4	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
6	Mr Sidy BANE	Immunologie
7	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
8	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
3	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
4	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépato Gastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie **Chef de DER**
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Diénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépato Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato-Gastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépato Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Diénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme N'Drain SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale

47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM S) ET N0M**	**SPECIALITE**
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Diigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM S ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET N0M**	**SPECIALITE**
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sor Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, **Chef de D.E.R**.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM S ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie

7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
N°	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mme Halimatou DIAWARA	Economie de la santé
3	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
4	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
6	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
8	Mr Bakal DIARRA	Santé Publique
9	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
11	Mr Ousmane LY	Santé Publique
12	Mr Ilo DICKO	Santé Publique
13	Mr Abdoul Salam DIARRA	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM5S° ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Diibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
5	Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6	Mr Madani MARICO	Chimie générale
7	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
8	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
9	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
10	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale

11	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
12	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
13	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
14	Mr Baba DIALLO	Santé publique bucco-dentaire
15	Mr Zana Lamissa SANOCJO	Ethique-Déontologie
16	Mr Issa COULIBALY	Gestion
17	Mr Kassim SIDIBE	Imagerie dentaire
18	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
19	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
20	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
21	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
22	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
23	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
24	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
25	Mr Ibrahima FALL	OCE
26	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
27	Mr Aly SY	OCE
28	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODP
29	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
30	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
31	Mr Madani LY	Oncologie
32	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
33	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/lmplantologie
34	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
35	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
36	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
37	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
38	Mr Morodian DIALLO	Physique
39	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
40	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
41	Mr Ibrahim PAMANTA	Rhumatologie
42	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 02/ 06 / 2026

Le Secrétaire Principal

Dr Monzon TRAORE

DEDICACES & REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie cette thèse a :

Allah le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux, par sa grâce, j'ai pu mener à terme ce travail.

Au prophète MOHAMED (P.S.L) Imam de tous les moutawakilina.

C'est-à-dire les confiants en DIEU. << paix et salut sur notre prophète MOHAMED et ses compagnons>>. Amen

A mon éternel mon très cher père **Yacouba SYLLA**, 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 défunte mère **Rokia KAMAGATE**, 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'espoirs 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, même si tes yeux se sont fermes a jamais, ton amour continue de vivre en moi, tu demeures présente dans nos pensées, dans nos prières et que le tout puissant t'accueille dans sa miséricorde infinie, illumine ta demeure éternelle et t'accorde le repos auprès des justes. Ce travail est le tien chère maman, repose en paix, chère maman Rokia KAMAGATE.

À mes tantes, **Aminata TRAORE, Mariam TRAORE, Salimata SYLLA, Batoma DIABATE, Chata TRAORE**, 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 **: Oumar SYLLA, Seydou KAMAGATE**, 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 souhaiterai 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 : **Moussa SYLLA, Karim SYLLA, Feu Lassina SYLLA, Ousmane SYLLA, Mohamed SYLLA, Nouhoun SYLLA, Aly SYLLA, Kafoune SYLLA, Alima SYLLA, N'nah SYLLA**, **Matogoma SYLLA, Fatoumata SYLLA,** 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 ce 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.

À mes ainés et à tous mes amis :**DR COULIBALY Moctar, DR Cheick O DIARRA, DR Aboubacar DIALLO, DR Yaya SANOGO, DR Brehima DICKO, DR DEMBELE Yacouba, DR Hamadoun SANGHO, Mahamoud TRAORE, Harouna MAIGA, Moulaye SIDIBE, Oumar k KONE, Ibrahim MAIGA, DR Coumba KOME, Biba KAREMBE, DR Seydou SIABANA, DR Sambou KEITA, Rokia SOUCKO, Fatoumata ONGOIBA, DR Matini TOMOTA**, **Massaman DIARRA, Moustapha KONE, Aissata TOGOLA, DIAWARA Oumar,** Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères et des amis sur qui je peux compter. Merci à vous tous infiniment de m'avoir supporté et assisté pendant ces moments inoubliables de ma vie.

A la famille FOFANA du point G :

Une famille exceptionnelle, incomparable, adorable, faite de membre très compréhensible, bref une famille sana quoi sans se travail n'aura pas lieu, recevez ici mes sincères remerciement.

Cadre socio-professionnel

Au Corps Enseignant de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Merci pour l'enseignement reçu.

Au Professeur Youssouf SAMAKE Votre amour de la droiture, du respect de la personne humaine, du travail bien fait et votre rigueur sont les qualités qui m'ont marqué à jamais ; et m'ont poussé à devenir un de vos élevés. Grace à vous j'ai compris que l'essentiel de la médecine se résume dans l'amour et le respect absolu de l'humain. Plus qu'un enseignant vous êtes un père éducateur, un modèle à suivre. Vous nous avez formé pendant les staffs enrichis, non seulement sur le plan professionnel mais aussi sur le plan développement personnel et social. À vos côtés j'ai bien compris que la première victoire de l'homme, c'est la victoire sur soi-même. Merci infiniment pour vos enseignements. Qu'Allah vous bénisse à perpétuité.

Professeur Sema KEITA

Merci pour votre disponibilité, les conseils et l'encadrement. J'ai beaucoup apprécié votre sens du partage et la proximité que vous avez avec les gens qui vous entourent. Vous êtes très méticuleux et cela a contribué à améliorer mes rapports avec les autres. Je me souviendrai toujours de ce que vous avez fait pour moi et les leçons tirées des responsabilités que vous m'avez confiées. Plus qu'un maitre vous êtes un père. Merci !

Au Professeur Moumoune TRAORE

Votre grande humanité et votre sens élevé du travail bien fait nous ont impressionnés. Je suis chanceux d'avoir croisé votre chemin. Merci pour votre courage contagieux et votre disponibilité. Dieu seul sait à quel point cela m'a galvanisé. Merci et qu'Allah vous couvre de ses grâces.

Au docteur Yaya ONGOIBA

Votre bonne humeur et votre joie de vivre contagieuse facilitent notre formation et font de vous un maitre exemplaire. Merci pour votre disponibilité et tous les enseignements reçus. Que Dieu vous donne ce que votre cœur désire.

Au Dr GUINDO Garba

Vous avez été d'un grand apport dans ma formation ainsi que dans la réalisation de ce travail. J'ai vite apprécié vos qualités scientifiques pour la formation et la recherche, votre responsabilité et votre endurance. Ton courage, ta disponibilité, ton sens de l'humour me laissent croire que je peux compter sur toi. Tes soutiens moraux et financiers ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est le tien. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude. 〕

Au Maitre-Assistant Komoko NIAMBELE

Merci pour l'apprentissage à vos coté lors de vos différents passages au service d'anesthésie et de réanimation du CSRéf de FANA. Que Dieu vous accorde ce que vous méritez.

Aux majors :

Atouma FOFANA CSRéf Fana

Kadidiatou TRAORE CSRéf Fana

Kadiatou SAGARA CSRéf Fana

Merci à vous. Vous avez facilité mon travail quotidien. Je garderai en mémoire votre bonne humeur constante. Toujours prêt à aider vos étudiants vous avez impacté d'une façon positive, et améliorer ma formation. Puisse Dieu vous préserver et vous rendre au centuple.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président de thèse

Professeur Boubacar KAREMBE

- Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie générale
- Chef de service de chirurgie au CSRéf CIII
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOMACOT)

Honorable maître

Cher Maître, Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples et importantes occupations. Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et vos multiples qualités humaines et sociales font de vous un maître admiré de tous. Nous vous prions cher maître de trouver ici, l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements. Puisse Allah vous accordez santé et longévité. Amen

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Moustapha Issa MANGANE

- Praticien Hospitalier et Chef du Service de Réanimation du CHU Gabriel Touré
- Ancien Interne des Hôpitaux
- Neuro Réanimateur
- Maître de Conférences Agrégé en Anesthésie Réanimation à la FMOS
- Membre de la SARMU-MALI
- Membre de la SARAF
- Membre de la SFAR
- Membre de la WFSA

Cher Maître

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.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Youssouf SAMAKE

- Médecin chef du CSRéf de Fana
- Spécialiste en Chirurgie générale
- Expert en santé publique
- Spécialiste en Suivi/Evaluation des programmes et projets
- Praticien Hospitalier au CSRéf de Fana
- Maître de recherche

Cher Maître

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde Admiration et notre profond respect. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et de notre Sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Lassana KANTE

- Maître de conférences agrégé en Chirurgie générale à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de la société de Chirurgie du MALI(SOCHIMA)
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)
- Chargé de cours Ibode à INFSS
- Spécialiste en Chirurgie générale

Cher Maître

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique ; votre respect des vertus sociales fait de vous un maître admiré de tous. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, d'humilité et du travail bien fait. Cher maître aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard.

Merci !!!

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

CMDT	**:**	Compagnie Malienne pour le Développent des textiles
CSCOM	**:**	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	**:**	Centre de Santé de Référence
HO	**:**	Hernie Ombilicale
HTAC	**:**	Amitié Tchad-Chine
IEC	**:**	Information, Education et de Communication
Inf	**:**	Inférieur
PEC	**:**	Prise En Charge
PEV	**:**	Programme Elargie de Vaccination
Sup	**:**	Supérieur
TAPP	**:**	Trans Abdominal Pre Peritoneal
TEP	**:**	Total Extra Peritoneal
URENI	**:**	Unités de Récupération Nutritionnelle Intensive
USAC	**:**	Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: répartition des patients selon la tranche d'âge 33
Tableau II: La répartition des patients selon l'ethnie 33
Tableau III: La répartition des patients selon la profession..... 34
Tableau IV: La répartition des patients selon le mode et le contexte d'admission..... 34
Tableau V: La répartition des patients selon le motif de consultation..... 34
Tableau VI : La répartition des patients selon les signes fonctionnels..... 35
Tableau VII : La répartition des patients les caractéristiques de la douleur..... 35
Tableau VIII : Répartition des patients selon le siège de la douleur 36
Tableau IX: La répartition des patients selon les facteurs déclenchant de la douleur. 36
Tableau X : La répartition des patients selon les antécédents médicaux..... 37
Tableau XI : La répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux..... 37
Tableau XII : La répartition des patients selon les signes physiques. 37
Tableau XIII : La répartition des patients selon le toucher rectal 38
Tableau XIV : La répartition des patients selon la forme clinique..... 38
Tableau XV : La répartition des patients selon le type d'anesthésie..... 38
Tableau XVI : La répartition des patients entre le sac herniaire et son contenu 39
Tableau XVII : La répartition des patients selon la technique opératoire 39
Tableau XVIIII : La répartition des patients selon les suites opératoires immédiates et à 3 mois 40
Tableau XIX : La répartition des patients selon le type de séquelles à 3 mois 40
Tableau XX: Répartition des patients selon le coût total de la prise en charge..... 41
Tableau XXI : fréquence de hernie pariétale..... 43
Tableau XXII : sexe des patients. 44
Tableau XXIII : âge des patients 44
Tableau XXIV : profession des patients..... 45
Tableau XXV : motifs de consultations des patients..... 46
Tableau XXVI : type d'anesthésie..... 47

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Paroi abdominale, éléments osseux et musculaires [22] 6
Figure 2 : Muscles droit de l'abdomen et pyramidal. 7
Figure 3 : Muscle oblique externe de l'abdomen (vue latérale) [24]. 8
Figure 4 : Muscle oblique interne et son aponévrose [22]. 9
Figure 5 : Muscle transverse de l'abdomen et son aponévrose [22]. 10
Figure 6 : Technique de Lichtenstein [38]. 17
Figure 7 : La voie TAPP[40]. 19
Figure 8 : Traitement laparoscopique d'une éventration médiane périombilicale [42]. 20
Figure 9 : Réparation de type Rives-Stoppa modifiée [44]. 21
Figure 10 : Cartographie du district sanitaire de Fana. 25
Figure 11 : la répartition des patients selon le sexe 32

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

OBJECTIFS 4

Objectif général 4

Objectifs spécifiques 4

I. GENERALITES 6

1.1. Rappel anatomique 6

1.2. Etiopathogénie de la hernie 11

1.3. Facteurs favorisants 11

1.4. Classification des hernies 12

1.5. Traitement 13

II. MATERIELS ET METHODE 24

2.1. Lieu d'étude 24

2.2. Type et période d'étude 27

2.3. Population d'étude 27

2.4. Variables étudiées 28

2.5. Collecte et analyses de données 29

2.6. Considération éthique 29

2.7. Définitions opérationnelles 29

III. RESULTATS 32

3.1. Fréquence 32

3.2. Données sociodémographiques 32

3.3. Signes cliniques 34

3.4. Traitement 38

3.5. Contenu du sac herniaire 39

3.6. Complications post opératoire 40

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION 43

CONCLUSION 50

RECOMMANDATIONS 51

REFERENCES 53

ANNEXES 59

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Une hernie est l'issue des viscères à travers une zone de faiblesse anatomiquement préexistante [1]. Une hernie pariétale est définie comme toute issue d'un organe ou d'une partie d'organe à travers un point de faiblesse de la paroi abdominale, confirmée cliniquement et/ou en peropératoire [2]. Elle constitue l'une des pathologies chirurgicales les plus courantes [3].

Selon les estimations du Global Burden of Disease Study, environ 32,5 millions de cas d'hernies abdominales étaient recensés dans le monde en 2019, avec une prévalence globale estimée autour de 1,7% dans la population générale [4].

Aux États-Unis, la prévalence estimée entre 1,1% et 2,3% selon les populations étudiées, notamment plus élevée chez les sujets âgés [5].

En France, environ 300 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, avec une prévalence estimée à 4,2%, contre 4,7% au Royaume-Uni [6].

En Afrique, l'incidence des hernies varie selon les régions allant de 12,5% à 27,9% au Nigéria [7] et environ 13% au Ghana [8]. Au Tchad une étude rapporte un taux de 20,1% hernies pariétales de toutes les interventions chirurgicales menées dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de l'Amitié Tchad-Chine (HTAC) de N'Djaména [9]. En Ethiopie la prévalence globale est d'environ 1,7% tous âges confondus [10]. Au Burkina Faso 7219 interventions pour hernie ont été réalisées dans les hôpitaux de district en 2021 [11].

Au Mali, les hernies pariétales constituent une pathologie fréquente en chirurgie générale. Une étude réalisée au centre de santé de référence de Ouéléssébougou en 2023 a rapporté que les hernies pariétales représentaient 24% de l'ensemble des pathologies chirurgicales prises en charge [12].

Les variétés topographiques de hernie les plus fréquemment rencontrées sont : inguinale, ombilicale, ligne blanche, fémorale [13]. Environ 7 sur 10 des hernies sont des hernies inguinales [14]. Les principaux facteurs de risques sont la grossesse, la constipation, le gain de poids et l'augmentation de la pression intra-abdominale [15,16]. Le diagnostic de la hernie est généralement clinique[1]. Le traitement de la hernie est chirurgical et la réfection pariétale par prothèse est le gold standard [17].

Malgré les progrès réalisés dans le diagnostic et la prise en charge chirurgicale, les hernies pariétales demeurent un problème de santé publique majeur, particulièrement dans les pays à

ressources limitées [18]. En effet, dans ces contextes, le recours tardif aux soins, lié à des facteurs socio-économiques, culturels et géographiques, expose les patients à des complications graves telles que l'étranglement herniaire et l'occlusion intestinale, augmentant ainsi la morbidité et la mortalité [19]. L'insuffisance des ressources humaines qualifiées, le coût élevé des soins et l'accès limité aux techniques modernes de réparation pariétale, notamment l'utilisation des prothèses, constituent autant d'obstacles à une prise en charge optimale [20].

Au Mali, bien que les hernies pariétales représentent une part importante de l'activité chirurgicale, les données disponibles restent limitées. Ce qui ne permet pas d'apprécier avec précision l'ampleur du phénomène ni d'identifier les déterminants de la prise en charge et de l'évolution des patients. De plus, les conditions de prise en charge varient selon les structures sanitaires, notamment entre les centres urbains et ruraux.

Dans ce contexte, la réalisation de la présente étude se justifie par la nécessité de mieux documenter les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des hernies pariétales, afin d'améliorer leur prise en charge et de contribuer à la réduction de leur morbidité.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer les particularités épidémio-cliniques et prise en charge des hernies pariétales au Centre de Santé de Référence de Fana.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des hernies pariétales dans le service de chirurgie générale.
2. Identifier les différentes formes cliniques et topographiques des hernies pariétales rencontrées.
3. Déterminer le pronostic des patients pris en charge.
4. Déterminer le coût de la prise en charge des hernies pariétales.

GENERALITES

I. GENERALITES

1.1.Rappel anatomique [21,22].

La paroi abdominale est constituée d'un ensemble de muscles s'insérant sur des structures osseuses telles que les vertèbres lombaires, les côtes inférieures, le rebord costal, le processus xiphoïde et le bassin. Elle comprend, au niveau antérolatéral, deux muscles verticaux médiaux (grand droit de l'abdomen et pyramidal) et trois muscles larges latéraux (oblique externe, oblique interne et transverse), participant à la protection des viscères et au maintien de la posture.

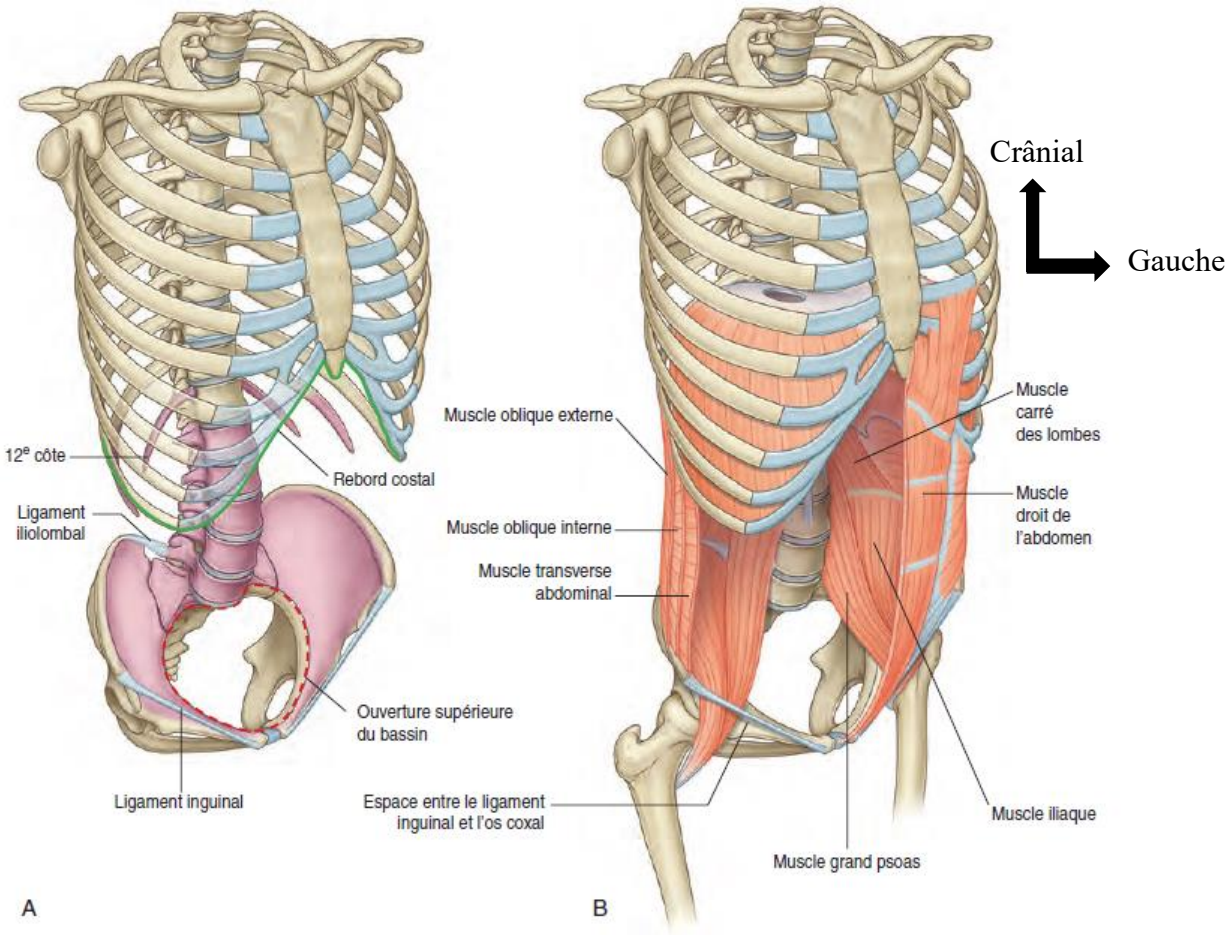


Figure 1 : Paroi abdominale, éléments osseux et musculaires [22]

1.1.1. Muscles verticaux

- **Muscle droit de l'abdomen**

Le muscle droit de l'abdomen, ou grand droit, est un muscle pair, long et épais, situé de part et d'autre de la ligne médiane. Il s'étend de la symphyse pubienne et du pubis jusqu'aux cartilages costaux des 5e à 7e côtes et au processus xiphoïde. Son corps musculaire est segmenté par trois

à quatre intersections tendineuses transversales. Il participe à la flexion du tronc, à la compression des viscères abdominaux et au maintien de la posture [21,22].

- **Muscle pyramidal**

C'est un petit muscle triangulaire inconstant, situé en avant du muscle droit de l'abdomen. Il s'insère sur le pubis et se termine sur la ligne blanche. Sa fonction principale est de tendre la ligne blanche [21].

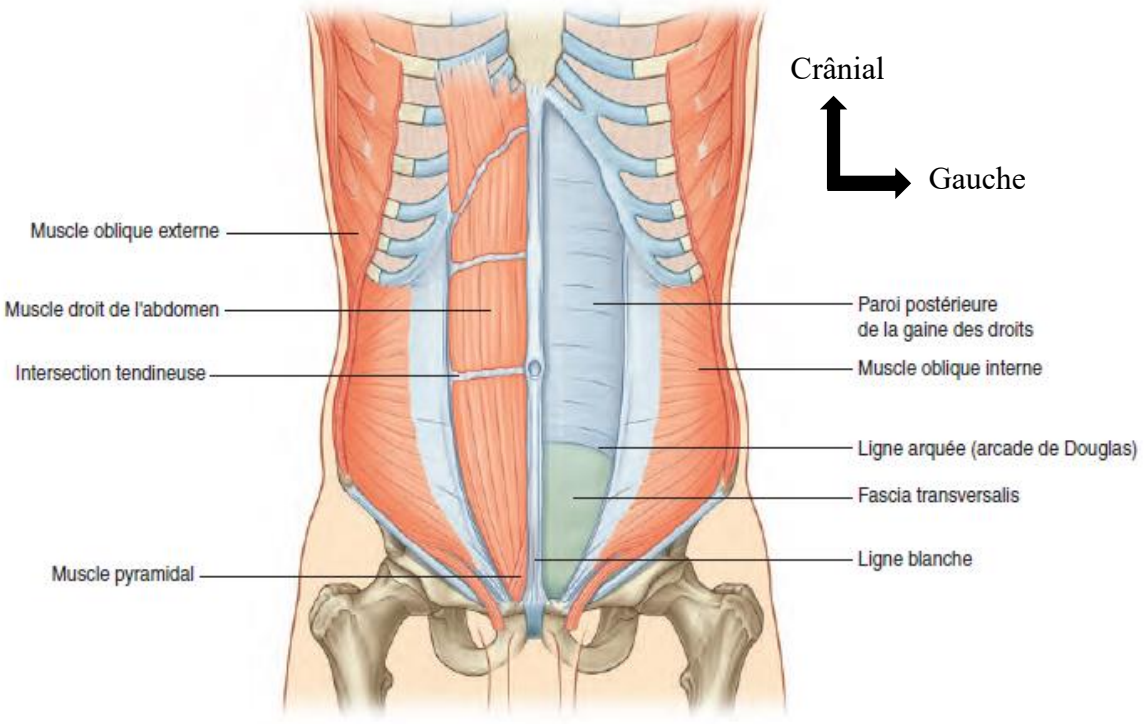


Figure 2 : Muscles droit de l'abdomen et pyramidal.

1.1.2. Muscles larges

- **Muscle oblique externe (grand oblique)**

Il est le plus superficiel des muscles larges de la paroi abdominale. Il s'étend des faces externes des 5e à 12e côtes vers la ligne blanche, la crête iliaque et le ligament inguinal, avec des fibres orientées en bas et en dedans. Il participe à la rotation controlatérale et à la flexion du tronc, ainsi qu'à la compression des viscères abdominaux. Il contribue également à l'expiration forcée et au maintien de la pression intra-abdominale [22,23].

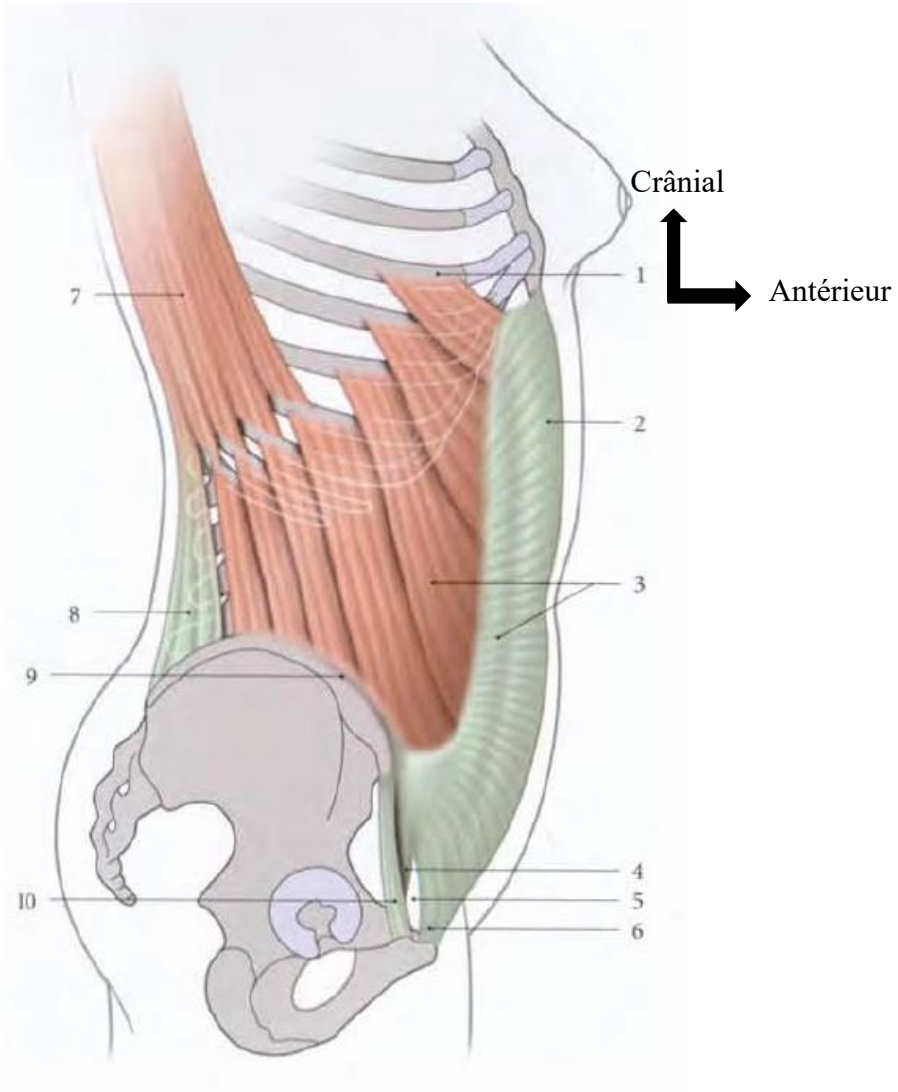


Figure 3 : Muscle oblique externe de l'abdomen (vue latérale) [24].

1 : 6ème côte ; 2 : gaine rectusienne ; 3 : m. oblique externe et son aponévrose ; 4 : pilier externe ; 5 : anneau inguinal externe ; 6 : pilier interne ; 7 : m. grand dorsal ; 8 : fascia thoraco-lombaire ; 9 : crête iliaque ; 10 : ligament inguinal

- **Muscle oblique interne (Petit oblique)**

Le muscle oblique interne, le deuxième des trois muscles larges, est situé sous le muscle oblique externe. Il est plus petit et plus fin que l'oblique externe ; ses fibres musculaires ont globalement une orientation oblique en haut et en avant. Son corps musculaire, situé latéralement, se prolonge vers l'avant par une aponévrose qui contribue à former, sur la ligne médiane, la ligne blanche [22].

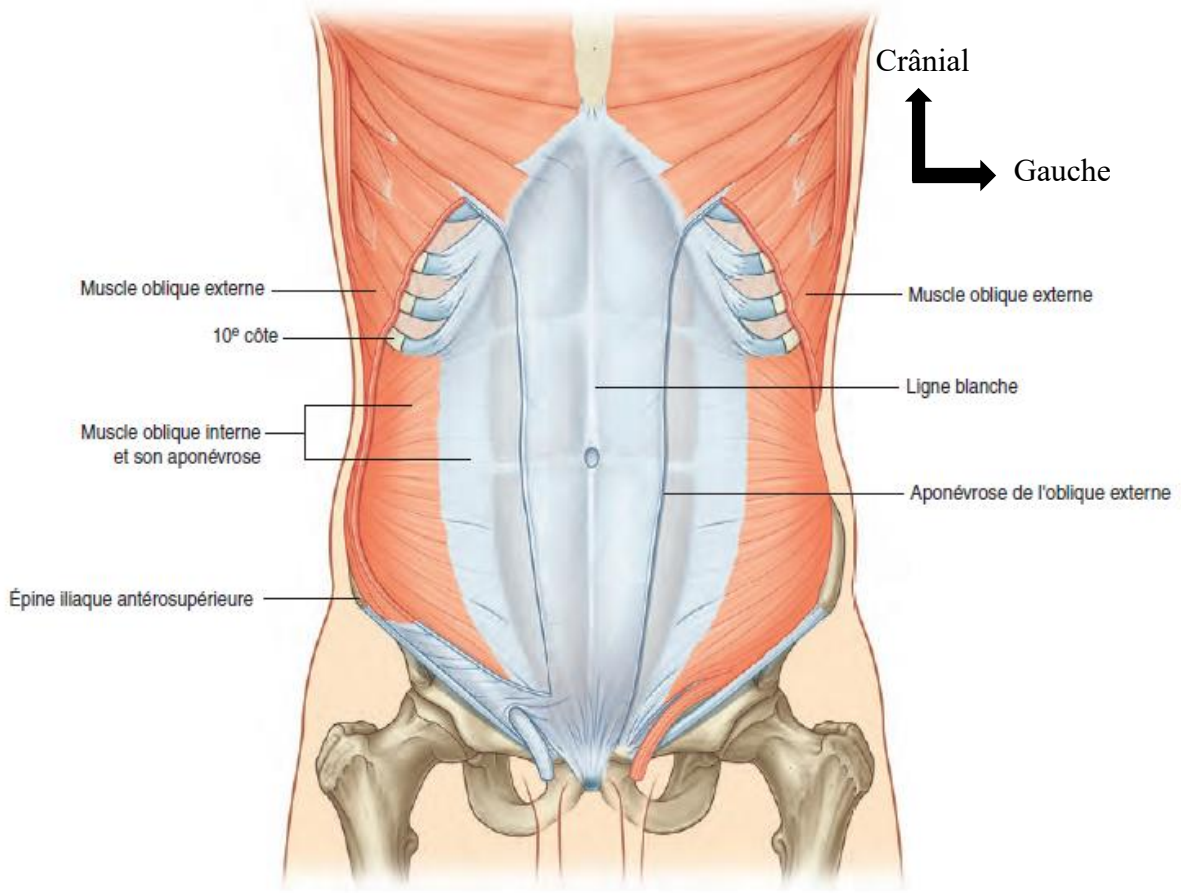


Figure 4 : Muscle oblique interne et son aponévrose [22].

1.1.3. Muscle transverse de l'abdomen

Le muscle transverse de l'abdomen est situé sous l'oblique interne ; il est nommé ainsi à cause de l'orientation globale de ses fibres. Il se termine par une aponévrose antérieure, qui contribue à former au niveau de la ligne médiane la ligne blanche [22].

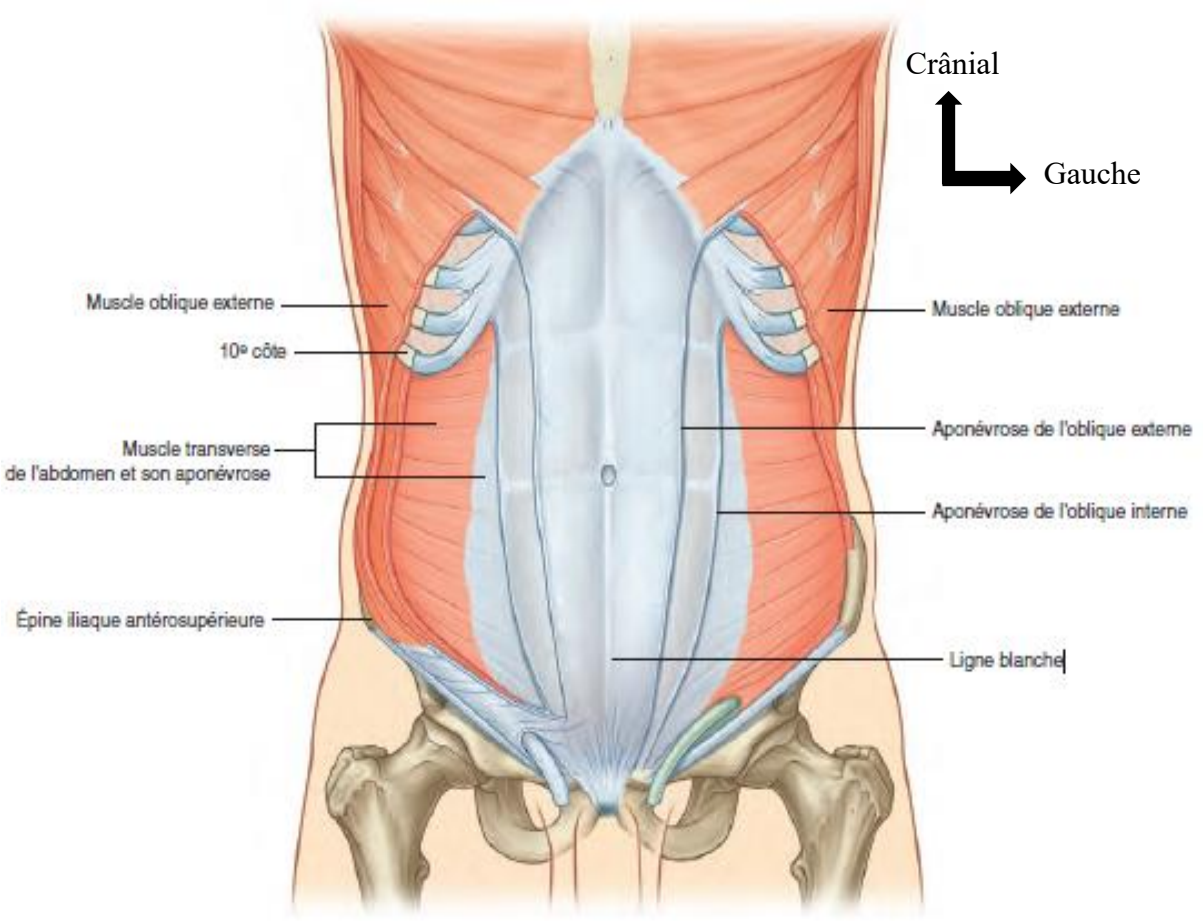


Figure 5 : Muscle transverse de l'abdomen et son aponévrose [22].

1.1.4. Orifices et zones de faiblesse

Canal inguinal

Conduit oblique de la région inguinale reliant la cavité abdominale aux organes génitaux externes, il contient le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme. Sa constitution anatomique en fait une zone de faiblesse majeure, siège privilégié des hernies inguinales [20].

Anneau ombilical

Orifice fibreux médian correspondant à une cicatrice embryologique du cordon ombilical. Il persiste comme une zone de moindre résistance de la paroi, favorisant la survenue des hernies ombilicales, notamment chez l'enfant et la femme multipare [25].

Ligne blanche

Structure fibreuse médiane formée par l'entrecroisement des aponévroses des muscles larges de l'abdomen. Sa relative pauvreté vasculaire et musculaire en fait un site de faiblesse propice aux hernies épigastriques [26].

Régions lombaires

Situées en arrière et latéralement, elles comportent des zones de faiblesse anatomique telles que les triangles de Petit et de Grynfeltt. Ces espaces peuvent être le siège de hernies lombaires, rares mais possibles [26].

1.2.Etiopathogénie de la hernie

A côté des causes congénitales, on peut incriminer les états de dénutrition, d'amaigrissement rapide, d'obésité et des grossesses répétées.

Notons les causes déterminantes sont :

- Les facteurs broncho-respiratoires
- Les facteurs urologiques
- Les facteurs digestifs

Tous ces facteurs réalisent une augmentation de la pression intra abdominale augmentant la pression au niveau de l'orifice inguinal.

L'hyperpression intra-abdominale chasse le viscère mobile vers le point faible de la paroi où ils s'extériorisent. Cet effort peut être unique et brutal chez un travailleur de force ou minime et répété chez un tousseur chronique [27].

1.3.Facteurs favorisants

Facteur congénital et héréditaire : ce facteur est plus important des hernies banales, il peut jouer un rôle déterminant (exemple hernie de BOCHDALEK) ou favorisant (hernie ombilicale de l'adulte) [28].

Le sexe : la hernie inguinale indirecte externe est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Pour la femme la hernie inguinale directe est plus résistante par contre la hernie crurale est plus fréquente chez elle que chez l'homme [28].

L'âge : il affecte inégalement les différents types des hernies. C'est ainsi que la hernie inguinale indirecte externe est fréquente chez les sujets jeunes lors que les hernies inguinales directes ou

les hiatales n'apparaissent qu'auprès 40 ans. La hernie ombilicale est plus fréquente chez les jeunes sujets [28].

Les traumatismes : ces facteurs interviennent entre autres le développement des certaines hernies diaphragmatiques mais son rôle est peu probable dans la pathologie des hernies inguino-scrotales [28].

L'obésité : elle agit de deux façons : elle augmente la pression intraabdominale et provoque la dilatation des petits orifices sur la ligne blanche par exemple amas graisseux [28].

L'augmentation de la pression intra abdominale, la toux ou la présence d'ascite favorise le développement des hernies [28].

Intervention chirurgicale abdominale : les incisions verticales sont plus souvent responsables du développement d'une hernie que les incisions horizontales, cas des hernies cicatricielles [28].

1.4.Classification des hernies

Les localisations possibles sont nombreuses mais en pratique trois régions de la paroi abdominale sont électivement atteintes : les régions inguinale, crurale et ombilicale, qui constituent autant des points faibles.

D'autres hernies sont possibles, mais beaucoup plus rare : hernie de la ligne blanche, hernie lombaire, hernie obturatrice, hernie scrotale, hernie ischiatique.

1.4.1. Hernie inguinale

La hernie inguinale est une saillie d'une partie de l'intestin ou d'un autre organe de l'abdomen à travers une ouverture de la paroi abdominale dans l'aine [29]. C'est un diverticule de la séreuse péritonéale vide ou contenant des viscères qui empruntent l'orifice inguinal [27]. Elle prédomine chez le sexe masculin [30].

Son pédicule sort de l'abdomen par l'orifice inguinal, au-dessus de l'arcade crurale, repérée cliniquement par la ligne de mal gaine tendue dans l'épine iliaque antérosupérieure à l'épine du pubis saillante sous la peau l'épine iliaque antérosupérieure est d'identification facile.

1.4.2. Hernie ombilicale (HO)

La hernie ombilicale est souvent présente dès la naissance et finit généralement par disparaître une cause congénitale (malformation par défaut de fermeture du canal ombilical) ou acquise est

susceptible d'être à son origine elle est plus fréquente chez la femme et les sujets ayant tendance à l'obésité [28].

Le diagnostic de la HO est clinique et relativement facile, objectivable lors d'un simple examen physique en position debout ou assise. Il est marqué par la présence d'une voussure médiane au niveau de l'ombilic parfaitement réductible qui récidive dès que cesse la pression de l'examinateur [31].

La plupart des auteurs africains recommandent une cure chirurgicale systématique des qu'une hernie ombilicale est diagnostiquée [32].

1.4.3. Hernie crurale

Une hernie crurale se présente sous forme d'une petite boule sensible située en dehors du pubis et en dessous d'une ligne reliant le pubis au relief osseux situé en avant et en dehors du bassin. Les hernies crurales se développent principalement chez la femme [28]

Il s'agit d'une petite hernie profonde contant le sommet d'une anse intestinale ou de l'épiploon, elle est souvent difficile à affirmer chez les sujets adipeux. Elle est méconnue souvent en raison de la discrétion de ses symptômes. Elle est souvent grave car c'est la hernie qui s'étrangle le plus fréquemment et cet étranglement est très serré [27].

1.4.4. Hernie de la ligne blanche ou épigastrique

La hernie de la ligne blanche se manifeste sous forme d'une tuméfaction (boule) et est localisé entre les muscles abdominaux au-dessus du nombril. Sa formation est souvent congénitale et liée à une mauvaise fusion des enveloppes fibreuses (aponévrose) des 2 muscles abdominaux. Les éléments contenus dans l'abdomen viennent se loger dans cet orifice, créant ainsi une hernie [28]

1.5.Traitement

Le traitement des hernies pariétales est essentiellement chirurgical. Il vise à réintégrer le contenu herniaire dans la cavité abdominale et à réparer durablement la paroi afin de prévenir les récidives. Le choix de la technique dépend du type de hernie, de sa taille, de son caractère compliqué ou non, de l'état général du patient ainsi que du plateau technique disponible [20]. Les techniques modernes privilégient les réparations dites « sans tension » utilisant une prothèse synthétique, car elles permettent de réduire considérablement le taux de récidive postopératoire [20,33].

Les herniorraphies gardent leur place chez le sujet âgé essentiellement pour deux raisons. La première est la disponibilité des prothèses pas toujours effective dans notre contexte. La seconde est que chez les hommes âgés, avec le risque de cancer de la prostate, un probable curage ganglionnaire iliaque ou ilio-obturateur ultérieur peut être rendu difficile si les prothèses sont utilisées [34,35]

1.5.1. Traitement médical

Le traitement médical n'a qu'une place limitée dans la prise en charge des hernies pariétales. Il constitue le plus souvent une mesure temporaire avant la chirurgie ou une alternative chez les patients inopérables.

Il comprend :

- le traitement de la douleur par les antalgiques ;
- la lutte contre la constipation chronique ;
- le traitement de la toux chronique ;
- la réduction du surpoids ;
- l'arrêt du tabac ;
- la limitation des efforts physiques importants [36].

Le port d'un bandage herniaire peut être proposé chez certains patients fragiles ou présentant des contre-indications opératoires, mais cette méthode n'est pas curative et expose au risque d'étranglement herniaire [36].

1.5.2. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical représente le traitement de référence des hernies pariétales. Il peut être réalisé par voie ouverte ou par laparoscopie. Les interventions ont pour objectifs :

- la dissection du sac herniaire ;
- la réduction du contenu abdominal ;
- la suppression du sac ;
- la réparation de la paroi abdominale [20].

Il existe deux grands types de réparations :

- réparations anatomiques sans prothèse ;
- réparations prothétiques avec mise en place d'un filet synthétique [36].

1.5.2.1.Réparations anatomiques sans prothèse

a. Technique de Bassini

Décrite en 1887, la technique de Bassini est une réparation anatomique reposant sur une suture sous tension des éléments musculaires de la paroi postérieure du canal inguinal [37].

Après incision inguinale et ouverture de l'aponévrose du muscle oblique externe, le cordon spermatique est disséqué puis individualisé. Le sac herniaire est ensuite traité par réduction ou ligature-résection. La réparation pariétale consiste à suturer le tendon conjoint au ligament inguinal en arrière du cordon spermatique [4].

Cette technique présente l'avantage d'être simple et peu coûteuse, ne nécessitant pas de matériel prothétique. Cependant, elle est responsable d'une tension importante sur les tissus, entraînant des douleurs postopératoires plus fréquentes et un taux de récidive relativement élevé [20].

b. Technique de Shouldice

La technique de Shouldice constitue actuellement la meilleure technique non prothétique de réparation des hernies inguinales [20].

Elle repose sur une reconstruction multicouche du fascia transversalis. Après traitement du sac herniaire, le fascia transversalis est ouvert puis suturé en plusieurs plans à l'aide d'un fil non résorbable. La réparation est réalisée en quatre couches successives permettant un renforcement solide de la paroi postérieure du canal inguinal [37].

Cette technique offre de bons résultats lorsque l'intervention est réalisée par des chirurgiens expérimentés. Elle présent e l'avantage d'éviter l'utilisation d'un corps étranger, ce qui peut être utile en cas de contamination ou dans les milieux à ressources limitées [20]. Néanmoins, sa réalisation est techniquement exigeante et nécessite un temps opératoire plus long.

1.5.2.2.Réparations prothétiques

a. Technique de Lichtenstein

La technique de Lichtenstein est actuellement la méthode de référence pour la cure ouverte des hernies inguinales chez l'adulte [20,33].

Il s'agit d'une réparation sans tension utilisant une prothèse synthétique en polypropylène placée sur la paroi postérieure du canal inguinal.

L'intervention débute par une incision inguinale oblique parallèle au ligament inguinal. Après ouverture de l'aponévrose du muscle oblique externe, le cordon spermatique est isolé et le sac herniaire est traité selon le type de hernie.

Dans les hernies indirectes, le sac est disséqué puis ligaturé avant résection. Dans les hernies directes, le sac est simplement refoulé. Une prothèse de polypropylène est ensuite découpée et positionnée sur la paroi postérieure du canal inguinal. Une fente latérale permet le passage du cordon spermatique. Le filet est fixé au ligament inguinal en bas et au tendon conjoint en haut [33].

Cette technique présente plusieurs avantages :

- faible taux de récidive ;
- récupération postopératoire rapide ;
- possibilité de réalisation sous anesthésie locale ;
- technique reproductible [20,33].

Cependant, certaines complications peuvent survenir, notamment les douleurs chroniques postopératoires, l'infection de prothèse ou la sensation de corps étranger [33].

Les drains à aspiration sont placés dans l'espace sous-cutané et extériorisés par de petites incisions distinctes. La peau est suturée à l'aide d'agrafes et de points de suture afin d'assurer une étanchéité optimale pour le drain.

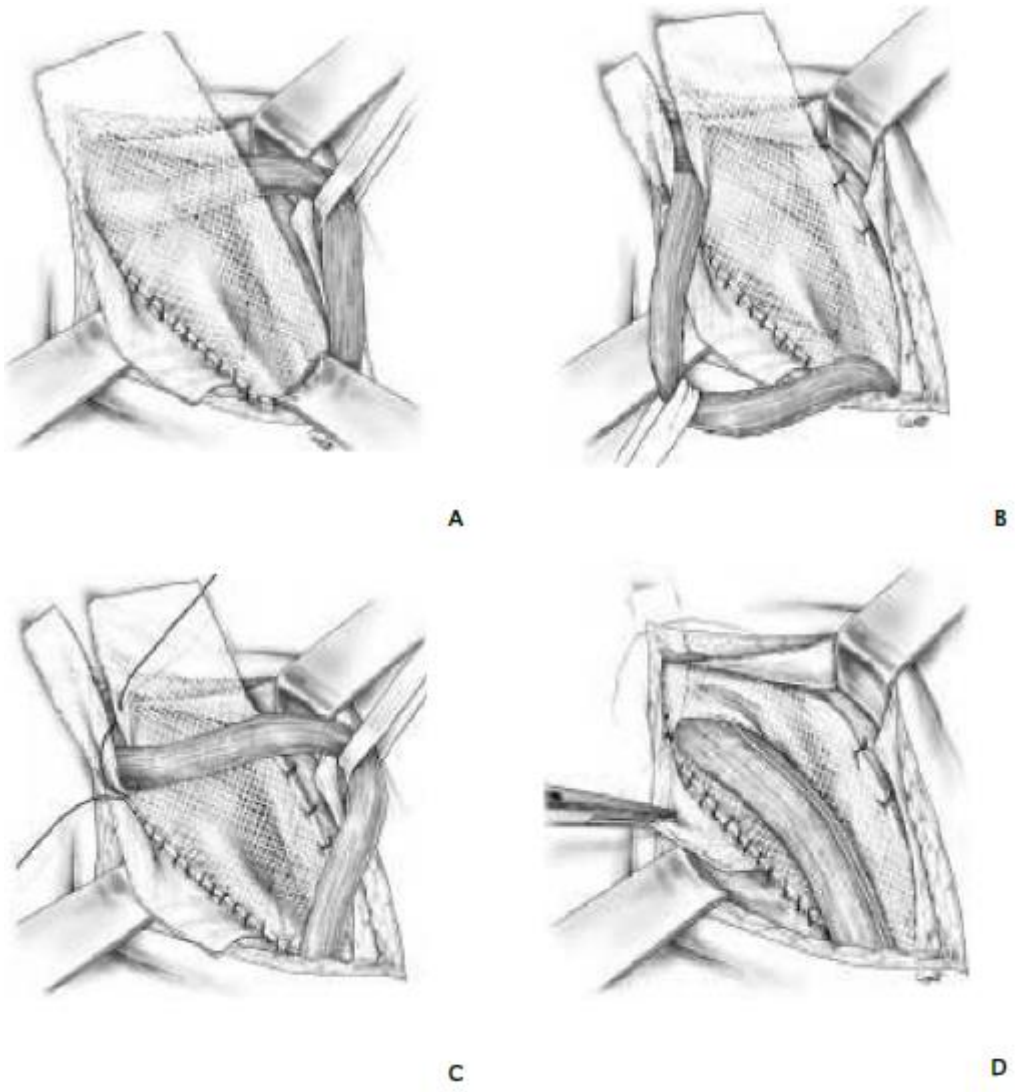


Figure 6 : Technique de Lichtenstein [38].

A : Fixation de la prothèse par un surjet l'unissant à l'arcade crurale, B : L'extrémité externe de la prothèse a été fendue pour le passage du cordon. La prothèse est fixée par des points séparés à la face antérieure du petit oblique, C : Passage du point unissant le bord inférieur de chacune des deux bretelles de la prothèse à l'arcade crurale en dehors du point d'arrêt du surjet, D : Prothèse en place cravatant le cordon.

1.5.2.3.Chirurgie laparoscopique

La chirurgie laparoscopique des hernies pariétales connaît un développement important grâce à ses avantages postopératoires, notamment la diminution des douleurs et la reprise rapide des activités [39].

Elle est particulièrement indiquée dans :

- les hernies bilatérales ;
- les récidives après chirurgie ouverte ;
- les hernies chez les patients actifs [20].

a. Technique TAPP (Trans Abdominal Pre Peritoneal)

La technique TAPP consiste à accéder à l'espace prépéritonéal par voie intrapéritonéale [39].

Après création du pneumopéritoine et mise en place des trocarts, le péritoine est incisé afin d'exposer l'espace prépéritonéal. Le sac herniaire est réduit puis une large prothèse est positionnée pour recouvrir tous les orifices herniaires potentiels. Le péritoine est ensuite refermé [39].

Cette technique offre une excellente vision anatomique et facilite le traitement des hernies bilatérales. Toutefois, elle nécessite une anesthésie générale et expose à un risque de lésions viscérales ou vasculaires [20].

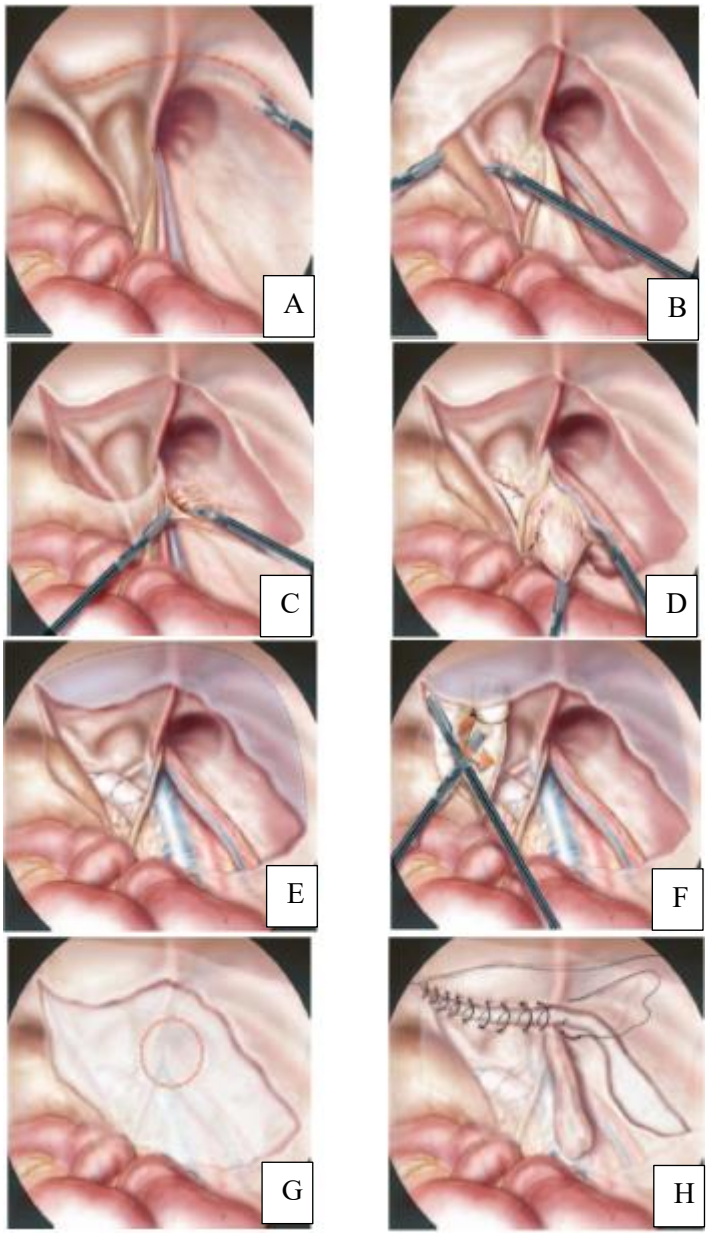


Figure 7 : La voie TAPP[40].

A: Incision du péritoine, B: Dissection du compartiment interne, C: Dissection du compartiment externe, D: Dissection du sac herniaire, E: Aspect final après dissection, F: Introduction et étalement de la prothèse, G: Positionnement de la prothèse, H: Fermeture de la brèche péritonéale.

b. Technique TEP (Total Extra Peritoneal)

La technique TEP permet un abord totalement extrapéritonéal sans ouverture du péritoine [39].

Après création d'un espace prépéritonéal, le chirurgien dissèque les éléments anatomiques de la région inguinale, réduit le sac herniaire puis met en place une prothèse synthétique [39].

Les avantages principaux de cette technique sont :

- l'absence d'ouverture péritonéale ;
- la diminution du risque de complications intra-abdominales ;
- une récupération fonctionnelle rapide [20].

Cependant, cette méthode nécessite une courbe d'apprentissage importante et une bonne maîtrise de l'anatomie laparoscopique.

1.5.3. Traitement des autres hernies pariétales

- **Hernie ombilicale**

Le traitement des hernies ombilicales dépend essentiellement de la taille du défect pariétal. Les petites hernies peuvent être traitées par simple raphie aponévrotique. En revanche, les hernies volumineuses nécessitent généralement la mise en place d'une prothèse afin de réduire le risque de récidive [41]. Une réparation par voie laparoscopique peut être envisagée chez les patients obèses, en cas de volumineuse hernie ou de récidive [41].

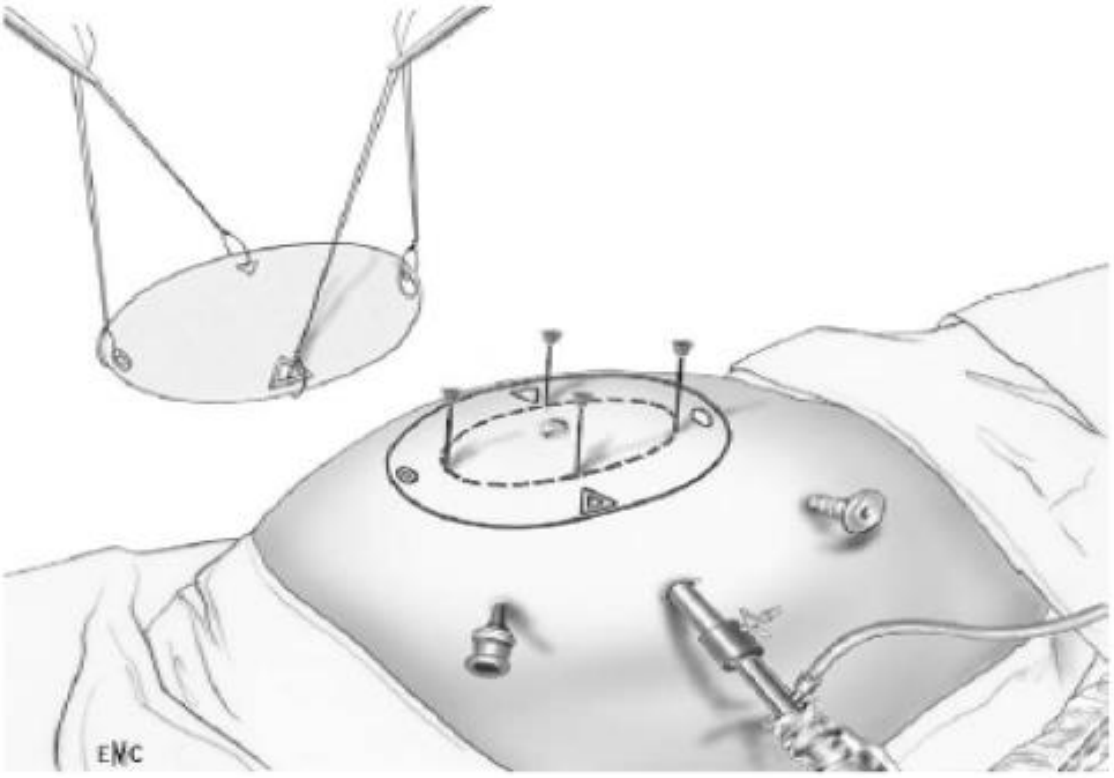


Figure 8 : Traitement laparoscopique d'une éventration médiane périombilicale [42].

Quatre aiguilles longues délimitent l'éventration. Le tracé de la prothèse qui doit dépasser les limites de 5 cm est effectué sur la peau avec des repères cardinaux. La prothèse assortie au tracé est munie de repères identiques et de quatre points cardinaux de fixation.

- **Hernie incisionnelle ou éventration**

Le traitement des éventrations repose essentiellement sur la réparation prothétique [20].

La technique de Rives-Stoppa est largement utilisée. Elle consiste à placer une large prothèse dans l'espace rétromusculaire après dissection des muscles droits de l'abdomen. Cette technique assure une excellente solidité pariétale et réduit significativement les récidives [43].

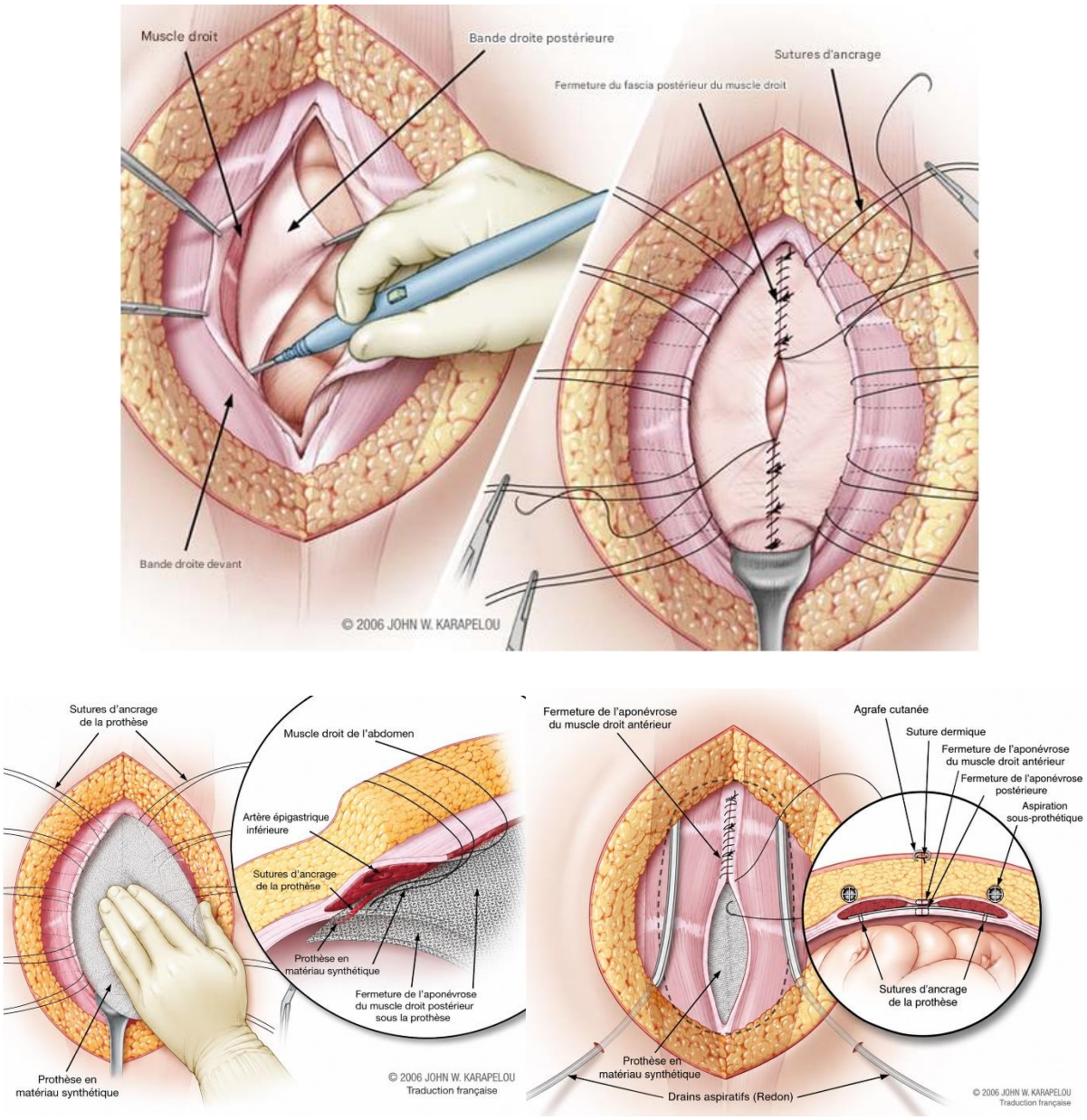


Figure 9 : Réparation de type Rives-Stoppa modifiée [44].

1.5.4. Complications postopératoires

Les complications postopératoires peuvent être précoces ou tardives.

- **Complications précoces**
  - hématome ;
  - sérome ;
  - infection pariétale ;
  - rétention aiguë d'urines ;
  - douleur postopératoire [37].
- **Complications tardives**
  - récidive herniaire ;
  - douleurs chroniques ;
  - infection prothétique ;
  - migration du filet [33].

Les douleurs chroniques postopératoires constituent aujourd'hui une préoccupation majeure en chirurgie herniaire moderne, justifiant une identification rigoureuse des nerfs inguinaux au cours de l'intervention [33].

MATERIELS & METHODE

II. MATERIELS ET METHODE

2.1.Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de Fana.

Description du district sanitaire de Fana

Le District Sanitaire de Fana a vu le jour en1999 à la suite du découpage du Cercle de Dioila et la référence évacuation a été organisée la même année. Il couvre les cercles de Béléco, Mena et de Fana central repartis en treize communes rurales.

- **Situation Géographique de la commune de Fana**

Le Guégnéka (zone à laquelle appartient Fana) fut une entité historique vassale de l'ancien royaume bambara de Ségou. Cette entité couvrait le territoire de l'ex-arrondissement de Fana. Le mot Guégnéka serait une déformation de « goué-nièka » qui se traduit par « sur le côté droit de Goué ». Goué était une place forte sur la rive gauche du fleuve Niger à la hauteur de l'actuelle ville de Ségou. Le Guégnéka serait donc un pays en amont de Goué sur la rive droite du fleuve Niger et éloigné des berges. La ville de Fana chef-lieu de l'actuelle commune rurale fut fondée vers 1754 par deux frères Coulibaly, chasseurs venus de BENDOUGOU–NIAMANA (Actuel cercle de Bla). Ils auraient demandé et obtenu l'hospitalité du village de Balan qui était localisé dans le Guégnéka. La ville de Fana tirerait son nom de celui du plus jeune des deux frères qui s'appelait « FanaKoro » et qui fut plus célèbre que son aîné « Naima ». C'est vers les années 1776 que vint s'installer avec les frères Coulibaly l'ancêtre des TRAORE répondant au nom de Binaba et qui est originaire de kanFana (Actuel cercle de Sikasso). Les COULIBALY et les TRAORE cohabitent pacifiquement. Ils se partagent alternativement la chefferie du village. Il arriva un moment ou n'ayant plus d'hommes en âge de briguer le poste dans leur famille, les Coulibaly laisseront définitivement la chefferie aux TRAORE. Cette situation demeure jusqu'à nos jours.

Le District Sanitaire de Fana est limité :

- Au nord et à l'Est par la préfecture de Barouéli ;
- À l'ouest par la préfecture de Kati ;
- Au sud–Ouest par la zone sanitaire de Dioïla ;
- Au Sud–Est par la préfecture de Koutiala et Bla ;
- Au Sud par la préfecture de Sikasso.

Il a une superficie estimée à 7319km² repartie entre 175 villages officiels. Avec un climat de type soudano-sahélien caractérisé par une alternance entre une saison sèche repartie entre une période froide (de mi-novembre à mi-mars avec des températures minimales variant de 12 à 14°c) et une période chaude allant de mi-mars à juin avec des températures maximales variant entre 39 et 43°c et une saison pluvieuse s'étendant de juin à mi-novembre.

Le district sanitaire est séparé en deux par le fleuve Baoulé, il est limité au Sud et au Sud-Est par le fleuve Baining. L'aire de Diele (Zone de Fana) est séparée de l'aire de Banco (zone de Dioïla) par le fleuve Bagoé.

En dehors des fleuves s ils existent de nombreux petits cours d'eau qui entravent beaucoup le déplacement pendant l'hivernage parmi lesquels on peut citer :

- Le Damankô traversant la commune du nord-est au sud-ouest
- Le Djidian traversant la commune Guégnéka du nord au sud sur 21km ;
- Le Bankorokô traversant la commune d'Est à l'Ouest sur11km ;
- Le Kôba traversant la commune du sud-ouest au sud sur 4km ;

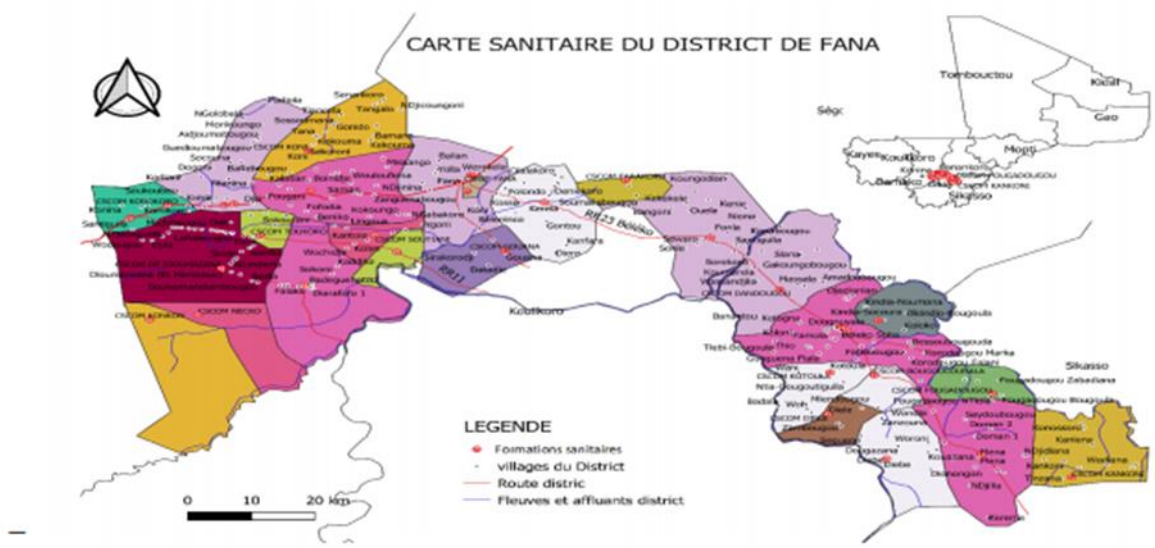


Figure 10 : Cartographie du district sanitaire de Fana.

- **Population, ethnies et phénomènes migratoires**

La population du District est estimée à 366362 Habitants (RGPH 2025), soit 50 habitants au km².

Les Bambaras sont les chefs traditionnels pour la plupart des localités. Traditionnellement ils sont agriculteurs et/ou chasseurs. Ils sont secondés par les peuhls des cédants d'anciens peuhls éleveurs transhumants du Wassolo. Sur le plan relation sociale, il n'existe pas une distinction entre les ethnies en ce qui concerne le travail collectif. La relation qui les unit est la solidarité en toute circonstance. Des tensions sont souvent enregistrées entre les agriculteurs et les éleveurs à propos des champs. C'est une zone d'immigration à cause de l'exploitation du coton et du tabac, la compagnie malienne pour le développent des textiles (CMDT) avec ses saisonniers forment un flux migratoire très important. Dans toute la zone ils existent des interdits alimentaires (totems) en fonction de l'ethnie, de la famille et de la religion.

Pour une grande partie des populations, la maladie est perçue comme un mauvais sort. Ceci fait que le guérisseur ou le marabout du village est en général le premier recours avant de s'en référer aux soins dits modernes. Cette perception est très fréquente chez les analphabètes.

Avec l'extension de la couverture sanitaire, les séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) et la disponibilité des médicaments essentiels, cette perception a beaucoup changé, en témoigne la construction de trois Centre de santé communautaire (CSCOM) dans la zone sur fonds propre parles communautés. Les premiers symptômes sont en général considérés comme de simples troubles passagers, le cas n'est considéré comme maladie que quand le malade est impotent ou ne s'alimente plus.

La population est fortement croyante. Elle est repartie entre différentes confessions religieuses. Même si l'Islam est la religion prédominante, les autres fois comme le christianisme et l'animisme ont droit de citer. La langue la plus parlée est le Bambana. La commune de Guégnéka est le chef-lieu de la sous-préfecture de Fana.

L'administration est organisée comme suit :

- Au niveau des arrondissements, le sous-préfet conseille les collectivités
- Territoriales décentralisées et contrôle leurs activités.
- Le conseil de cercle, structure mandatée par les conseils communaux,
- Le premier inter locuteur de la préfecture et des services préfectoraux.
- Le conseil communal est l'instance d'exécution des activités de développement à la base en conformité avec les politiques de l'état.

- **Description du centre de santé de référence de Fana**

Le district sanitaire de Fana est composé d'un centre de santé de référence et 35 centres de santé communautaires fonctionnels. Il existe également plusieurs structures sanitaires, notamment

une infirmerie de la CMDT, deux cabinets de soins à Fana, une infirmerie au lycée public, une infirmerie confessionnelle a Béléco, 5 cabinets médicaux à Fana, une clinique médicale à Marka coungo, cinq officines privées et un dépôt de vente, 102 sites ASC.

Le CSRef Fana dispose de plusieurs unités techniques et fonctionnelles, assurant la prise en charge des malades. Il s'agit d'une unité des urgences, de médecine, de chirurgie, une unité d'URENI et prise en charge (PEC) pédiatrique, ainsi que des services spécialisés tels que l'odontologie, l'ophtalmologie et l'otorhinolaryngologie, d'une unité de soins d'accompagnement et de Conseil (USAC), une unité de laboratoire d'analyses biomédicales, d'une unité de radiologie, d'un service D'hygiène assainissement, une unité de Programme Elargie de Vaccination (PEV), une unité de bloc opératoire, un bloc de Maternité un bloc d'administratif, un bloc de Magasin, de deux dépôts de vente, une cantine, une morgue.

Le CSRéf a pour personnel :

- 6 médecins spécialistes (chirurgien généraliste, gynéco-obstétricien, Ophtalmologiste, chirurgien-dentiste ; infectiologue)
- 5 médecins généralistes,
- 1 docteur pharmacien pour l'USAC,
- 9 assistants médicaux (1en anesthésie réanimation, 3 en odontostomatologie,1 en ORL, 2 en ophtalmologie, 2 en santé publique)
- 4 infirmiers d'Etat,
- 3 sage-femmes,
- 4 laborantins (4 biologiste médicales)
- 3 infirmières obstétriciennes
- 6 techniciens de santé
- 2 gérants DV et 2 gérants DRC

2.2.Type et période d'étude

Il agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1er Juin 2024 au 31 Mai 2025

2.3.Population d'étude

L'étude a concerné tous les patients prise en charge pour Hernie de la paroi dans l'unité de chirurgie du CSRéf de Fana pendant la période d'étude.

1.5.5. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans l'étude :

- Patients reçus en consultation et opérés dans l'unité de chirurgie générale pour hernie de paroi

1.5.6. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Patients reçus en consultation pour hernie et qui n'ont pas été opérés ;
- Patients reçus en consultation pour hernie et opérée hors du service ;

1.5.7. Echantillonnage

- **Méthode d'échantillonnage**

Nous avons procédé à un échantillonnage consécutif non probabiliste qui consistait à recruter tous les patients éligibles à l'étude, qui se sont présentés au CSRéf de Fana pendant la période d'étude jusqu'à l'obtention de la taille d'échantillon.

- **Taille d'échantillon**

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

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot \mathrm{q}}{i^2}$$

- n : taille minimale de l'échantillon
- P : la prévalence des pathologies herniaires au centre de référence de sante de fana par Dr Adama KOITA en 2019 ; p=34,11%
- q =1-p ; (1-0,3411) =0,6589
- Z : constante à intervalle de confiance de 95% (=1,96) correspondant au risque d'erreur 8%
- i : précision 8%

$$n = \frac{(1{,}96)^2 \times (0{,}3411 \times 0{,}6589)}{(0{,}08)^2} = 134{,}9$$

La taille minimale de l'échantillon est donc 135

2.4.Variables étudiées

Nous avons étudié les variables suivantes :

- Données sociodémographiques : Âge, Sexe, ethnie, profession,
- Données cliniques : motif de consultation, Signes fonctionnels, signes physiques,

- Données thérapeutiques : type d'intervention, type d'anesthésie, la durée moyenne d'hospitalisation, le coût de prise en charge, l'évolution.

2.5.Collecte et analyses de données

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête numérique à travers la plateforme Kobotoolbox. Par ailleurs, les registres de consultation, d'hospitalisation, de compte rendu opératoire et les dossiers individuels des malades hospitalisés ont été la principale source de recueil des données. Les données ont été analysées et traitées sur le logiciel Excel2013.

Les moyennes et les écarts types ont été calculés pour les variables quantitatives. Les effectifs et les pourcentages ont été calculés pour variables qualitatives. Les résultats ont été présentés sous forme de figures et tableaux.

Les tests statistiques de Khi-deux de Pearson ou exact de Fisher ont été utilisés pour rechercher une association entre certaines variables. L'association était jugée significative lorsque la valeur de p-value < 5%.

2.6.Considération éthique

Avant de commencer l'enquête l'autorisation a été obtenue auprès des autorités sanitaires du CSRéf de Fana. Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu avant leur inclusion à l'étude. Aucune donnée personnelle permettant d'identifier les participants n'a été collectée.

2.7.Définitions opérationnelles

- Hernie pariétale : toute issue d'un organe ou d'une partie d'organe à travers un point de faiblesse de la paroi abdominale, confirmée cliniquement et/ou per opératoirement [2].
- Hernie inguinale : hernie localisée au niveau de la région inguinale, pouvant être directe ou indirecte, confirmée à l'examen clinique et/ou en peropératoire [45].
- Hernie ombilicale : protrusion d'un contenu abdominal à travers l'anneau ombilical [2].
- Hernie fémorale : hernie passant sous le ligament inguinal à travers l'orifice fémoral [45].
- Hernie de la ligne blanche (épigastrique) : hernie située sur la ligne médiane sus-ombilicale [2].
- Hernie incisionnelle (éventration) : hernie survenant sur une cicatrice opératoire antérieure [2].
- Hernie étranglée : hernie irréductible associée à une souffrance vasculaire du contenu herniaire, constituant une urgence chirurgicale [46].

- Hernie engouée (incarcérée) : hernie irréductible sans signes de souffrance vasculaire [46].
- Diagnostic clinique : diagnostic posé sur la base de l'interrogatoire et de l'examen physique, avec ou sans confirmation par imagerie [45].
- Traitement chirurgical : intervention visant à corriger la hernie par réparation pariétale, avec ou sans mise en place de prothèse [20].
- Cure avec prothèse (hernioplastie) : réparation de la paroi abdominale avec utilisation d'un matériau synthétique [20].
- Cure sans prothèse (herniorraphie) : réparation par suture des tissus sans utilisation de matériel prothétique [20].
- Complications postopératoires : événements indésirables survenant après l'intervention [20].
- Durée d'hospitalisation : nombre de jours entre l'admission et la sortie du patient.
- Évolution favorable : absence de complications avec cicatrisation normale et amélioration clinique.
- Récidive : réapparition de la hernie au même site après traitement chirurgical [20].

RESULTATS

III. RESULTATS

3.1. Fréquence

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 135 patients présentant une hernie pariétale sur 340 patients reçu en consultation dans l'unité de chirurgie du Centre de Santé de Référence de Fana, soit une fréquence de 39,71 %.

3.2. Données sociodémographiques

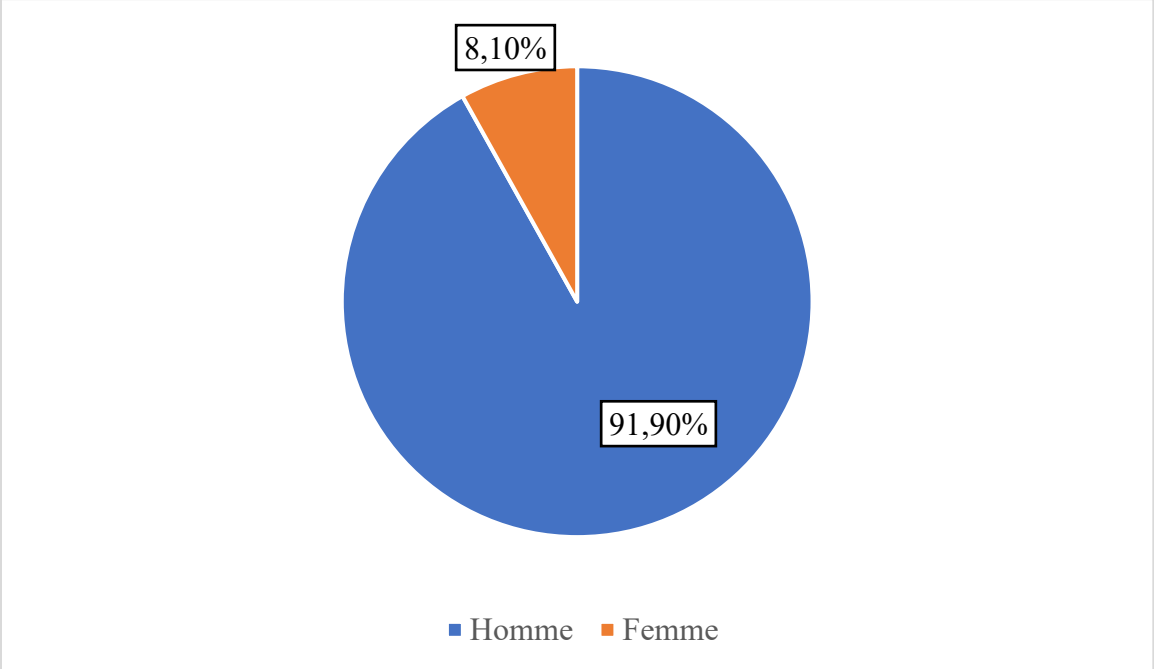


Figure 11 : la répartition des patients selon le sexe

Il existe une prédominance masculine avec 124 cas soit 91,9% avec un Sex-ratio : 11,27.

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

Tranche d'âge en année	Effectif	%
1-15	21	15,6
16-30	42	31,1
31-45	21	15,6
46-60	18	13,3
Plus 60	33	24,4
Total	**135**	**100**

La tranche d'âge comprise entre 16-30 ans était la plus représentée soit 31,1 % ; l'âge des patients variait de 1 à 60 ans et plus, avec une moyenne de 37,3 ans ; un écart type de 20,5.

Tableau II: La répartition des patients selon l'ethnie

Ethnies	Effectif	%
Bambara	92	68,1
Peulh	15	11,1
Soninké	10	7,4
Malinké	9	4,6
Senoufo	1	,7
Sonrhaï	2	1,5
Dogon	3	2,2
Autre	3	2,2
Total	**135**	**100**

L'ethnie bambara a été la plus représentée avec 92 soit 68.1%.

Tableau III: La répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	%
Cultivateur	73	54,1
Elève/Etudiant/Enfant	39	28,9
Ouvrier	11	8,1
Commerçant (e)	9	6,7
Enseignant	3	2,2
Total	**135**	100

La profession de cultivateur a été la plus représenté avec 73 cas soit 54,1%.

Tableau IV: La répartition des patients selon le mode et le contexte d'admission.

	Effectif	%
Mode d'admission (n=135)		
Référer	100	74,1
Venue de lui-même	35	25,9
Contexte d'admission (n=135)		
Urgence	33	24,4
Consultation ordinaire	102	75,6
Total	**135**	**100**

Plus de la moitié de nos patients étaient référés avec 74,1 % ; et 75,6% ont été reçu en consultation ordinaire.

3.3. Signes cliniques

Tableau V: La répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	%
Tuméfaction douloureuse	60	44,4
Douleur inguinale simple	75	55,6
Total	**135**	**100**

La douleur a constitué 75 cas de motif de consultation soit 55,6%.

Tableau VI : La répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	%
Tuméfaction douleur	46	32,6
Tuméfaction + Douleur + Vomissement	11	8,1
Tuméfaction + Douleur + arret des matières et gaz	3	3,7
Douleur	75	55,6
Total	**135**	**100**

La douleur était le signe fonctionnel le plus retrouvé soit 55,6%.

Tableau VII : La répartition des patients les caractéristiques de la douleur

	Effectif	%
Mode d'installation (n=75)		
Brutal	27	36,0
Progressif	48	64,0
Type de douleur (n=75)		
Urgence	33	24,4
Consultation ordinaire	102	75,6
Total	**135**	**100**

La douleur était progressive chez 64,0 % de nos patients. Elle était à type de pesanteur chez 60%.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le siège de la douleur

Siege de la douleur	Effectif	%
Inguinale bilatérale	39	52,3
Inguinale droite	17	22,7
Inguino- scrotale droite	6	8
Inguinale gauche	4	5
Ombilicale	3	4
Inguino- scrotale gauche	2	2
Crurale droite gauche	2	2
Épigastrique	2	2
Total	**75**	**100**

Après examen clinique les variétés anatomo-cliniques douloureuses retrouvées étaient dominées par les formes inguinales bilatérales et ont représenté 39 cas soit 52%.

Tableau IX: La répartition des patients selon les facteurs déclenchant de la douleur.

Facteurs déclenchant	Effectif	%
Toux	21	28,00
Trouble de la miction	16	21,3
Constipation	3	4,01
Effort physique	35	46,66
Total	**75**	**100**

L'effort physique était le facteur favorisant le plus retrouvé avec 35 cas soit 46,66%.

Tableau X : La répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	%
HTA	91	67,4
Diabète	36	26,66
UGD	5	3,84
Asthme	1	0,7
Cardiopathie	1	0,7
Hyperthyroïdie	1	0,7
Total	**135**	**100**

Le diabète et l'hypertension artérielle ont représenté respectivement 67,4 % et 26,6%.

Tableau XI : La répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	%
Herniorraphie	14	10,4
Cure d'hydrocèle	4	3,0
Adénomectomie	3	2,2
Sans antécédents	114	84,4
Total	**135**	**100**

La majorité des malades étaient sans antécédents chirurgicaux soit 84,4%.

Tableau XII : La répartition des patients selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectif	%
Tuméfaction douloureuse réductible	57	42,2
Tuméfaction douloureuse irréductible	3	2,2
Absence de tuméfaction	75	55,6
Total	**135**	**100**

La majorité des patients soit 55,6% ne présentait pas de tuméfaction clinique, toutefois 44,4% avaient une tuméfaction, dont 42,2% réductible et 2,2% irréductible.

Tableau XIII : La répartition des patients selon le toucher rectal

Toucher rectal	Effectif	%
Douloureux	2	1,5
Non douloureux	112	83,0
Non fait	21	15,6
Total	**135**	**100**

Le toucher rectal était non douloureux chez 112 patients soit 83,0%.

Tableau XIV : La répartition des patients selon la forme clinique

Selon la forme	Effectif	%
Hernie ombilicale	15	11,11
Hernie inguinale droite	29	21,5
Hernie inguinale gauche	17	12,6
Hernie crurale droite	1	0,7
Hernie crurale gauche	2	1,5
Hernie de la ligne blanche	6	4,4
Hernie inguinale bilatérale	65	48,1
Total	**135**	**100**

La hernie inguinale bilatérale a représenté 65 cas soit 48,1%

3.4.Traitement

Tableau XV : La répartition des patients selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif	%
Locale	15	11,1
Rachianesthésie	106	78,5
Anesthésie Générale	14	10,4
Total	**135**	**100**

La rachianesthésie a été la plus pratiquée avec 106 cas soit 78,5 %.

3.5.Contenu du sac herniaire

Tableau XVI : La répartition des patients entre le sac herniaire et son contenu

	Effectif	%
Contenu du sac herniaire (n=60)		
Epiploon	45	75,0
Colon	1	1,7
Intestin grêle	13	21,7
Appendice	1	1,7
Aspect de l'organe étranglé (n=60)		
Nécrosé	3	5,0
Non nécrosé	57	95,0
Total	**60**	**100**

Le contenu du sac a été l'épiploon chez 45 malades sur 60 cas de hernies dans cette étude soit 75%. L'aspect de l'organe étranglé était nécrosé chez 5% des patients.

Tableau XVII : La répartition des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	%
Shouldice	72	53,3
Bassini	30	22,2
Paletot (Mayo)	21	15,6
Pott	5	3,7
Mac vay	3	2,2
Cure plus résection anastomose	3	2,2
Cure plus appendicectomie	1	0,7
Total	**135**	**100**

La technique de Shouldice a été la plus utilisée avec 53,3% des cas.

Tableau XXII : La répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	%
Inférieur à 3 jours	125	92,6
Supérieur à 3 jours	10	7,4
Total général	**135**	**100**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2.55±1,13 jours avec des extrêmes 1 et 3 jours.

3.6.Complications post opératoire

Tableau XVIIII : La répartition des patients selon les suites opératoires immédiates et à 3 mois

	Effectif	%
Suites immédiates (n=135)		
Simples	132	97,8
Hématome	2	1,5
Infection	1	0,7
Suites opératoires à 3 mois (n=135)		
Simple	127	94,1
Séquelles	8	4,9
Total	**135**	**100**

Les complications immédiates étaient de 1,5% chez nos patients sous forme d'hématome. L'évolution à 3 mois a été simple avec 127 cas soit 94,1%.

Tableau XIX : La répartition des patients selon le type de séquelles à 3 mois

Types de séquelles	Effectif	%
Douleur	3	37,5
Chéloïde	2	25,0
Atrophie Testiculaire	2	25,0
Récidive	1	12,5
Total	**8**	**100**

La douleur du site opératoire à constituer 37,5%

Tableau XX: Répartition des patients selon le coût total de la prise en charge.

Coût total de la prise en charge	Effectif	%
Inf 40 000	4	2,9
40001 - 100 000	75	55,6
Sup 100 000	56	41,5
Total général	**135**	**100**

Le cout de la prise en charge compris entre 40001 et 100 000 a été de 55,6% avec un cout moyen de 89000 FCFA.

COMMENTAIRES & DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Approche méthodologique

Nous avons réalisé une étude transversale portant sur les patients reçus et opérés pour hernie pariétale au Centre de Santé de Référence de Fana.

2. Limites et difficultés

Pour une meilleure interprétation de nos résultats, certaines limites et difficulté telles que :
Le caractère mono centrique de l'étude qui ne permet pas d'extrapoler les résultats sur le plan nationale.

3. Fréquence de hernie pariétale au Centre de Santé de Référence de Fana

Tableau XXI : fréquence de hernie pariétale

Auteurs	Pays, année	N	n	Fréquences	p
Adami AM et al.[47]	Tchad,2023	1918	386	20,12%	0,078
Hermann BG et al.[48]	Burkina Faso, 2023	513	101	9,5%	0,056
Sawadogo YE et al. [49]	Burkina Faso, 2024	3429	280	8,16%	0,005
Sangaré AD [12]	Mali, 2024	641	154	24,02%.	0,0001
Notre serie	**Mali**	**340**	**135**	**39,71%**	

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré 135 patients présentant une hernie pariétale sur 340 patients admis en consultation dans l'unité de chirurgie du Centre de Santé de Référence de Fana, soit une fréquence de 39,71%. Cette proportion est supérieure à celle de Adami AM et al.[47] qui ont rapporté une fréquence de 20,12% dans leur étude portant sur les hernies pariétales de l'adulte à l'hôpital de l'amitié Tchad-Chine de N'Djamena en 2023. Hermann BG et al.[48] ont trouvé une proportion de 9,5% dans leur étude basée sur les hernies pariétales au Burkina Faso en 2023. Sawadogo YE et al. [49] ont noté une fréquence de 8,16% dans leur étude au Burkina Faso en 2024. Sangaré AD [12] a trouvé une fréquence de 24,02% dans son étude au Mali en 2024. Cette fréquence de hernie pariétale élevée pourrait s'expliquer par la proportion élevée des facteurs de risque dans la population (travaux physiques intenses, multiparité, toux chronique).

4. Données sociodémographiques

Tableau XXII : sexe des patients.

Auteurs	Pays, année	N	n	Masculin	p
Hodonou AM et al. [1]	Bénin, 2018	311	266	85,5%	0,148
Boukinda F et al. [50]	RDC, 1993	260	219	84,2%	0,0046
Lebeau R et al. [51]	Code d'Ivoire 2016	288	264	91,7%	0,0083
Hajri M et al. [52]	Tunisie, 2022	1294	209	95%	0,0002
Notre étude	**Mali, 2026**	**135**	**124**	**91,9%**	**-**

Dans notre étude, le sexe masculin a été prédominant dans 91,9% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Hajri M et al. [52] et Lebeau R et al. [51] qui ont trouvé une prédominance masculine respectivement 95% et 91,7%. Notre résultat est supérieur à ceux Boukinda F et al. [50] et Hodonou AM et al. [1] qui ont rapporté respectivement 84,2% et 85,5%. Dans notre contexte et de façon générale, les hommes sont plus impliqués dans les activités qui favorisent l'apparition des hernies pariétales surtout la forme inguinale.

Tableau XXIII : âge des patients

Auteurs	Pays, année	Age moyen ±E
Antic A et al [53]	Serbie, 2022	58,3 ±11,6 ans
Hajri M et al. [52]	Tunisie, 2022	45,0 ± 10,2 ans
Mabula JB et al. [54]	Tanzanie, 2012	36 ans
Williams BM et al. [55]	Tchad, 2023	38 ans
Notre étude	**Mali, 2026**	**37,3 ± 20,5 ans**

Dans notre étude la tranche d'âge de 16 à 30 ans a représenté 31,1% des cas. L'âge moyen était de 37,3 ± 20,5 ans. Cette moyenne est comparable à celle de Mabula JB et al. [54] qui ont trouvé

un âge moyen de 36 ans mais inférieur à ceux de Antic A et al [53], Hajri M et al. [52] qui ont rapporté dans respectivement un âge moyen de 58,3ans ; 45,0 ans dans leurs études.

Ces résultats montrent que cette tranche d'âge correspond à une population active, souvent exposée à des efforts physiques importants (travaux manuels, port de charges lourdes), augmentant la pression intra-abdominale favorisant les hernies pariétales.

Tableau XXIV : profession des patients

Auteurs	**Pays, année**	**N**	**n**	**Cultivateur**	**p**
Adami AM et al.[47]	Tchad,2023	386	197	51%	0,0067
Hermann BG et al.[48]	Burkina Faso, 2023	101	34	32,7%	0,045
Sawadogo YE et al. [49]	Burkina Faso, 2024	280	53	24,42	0,600
Notre étude	**Mali, 2026**	**135**	**73**	54,1%	**-**

Dans cette étude la majorité des patients était des cultivateurs, soit 54,1% des patients. Ce résultats est comparable à celui de Adami AM et al.[47] et supérieur à ceux de Hermann BG et al.[48] et Sawadogo YE et al. [49] dans leurs études. Selon la littérature il existe une association entre la prévalence des hernies inguinales et un faible niveau socio-économique [56], ce qui se reflète dans notre population d'étude, composée en grande partie des cultivateurs de subsistance sans instruction formelle vivant en milieu rural.

5. Données cliniques

- **Motifs de consultations des patients.**

Tableau XXV : motifs de consultations des patients.

Auteurs	**Pays, année**	**N**	**n**	La douleur	**p**
Ndong A et al.[57]	Sénégal, 2020	77	43	55,8%	0,0012
Sawadogo YE et al. [49]	Burkina Faso, 2024	280	270	96,5%	0,0460
Adami AM et al.[47]	Tchad,2023	386	277	71,8%	0,563
Notre étude	**Mali, 2026**	**135**	**75**	55,6%	**-**

La douleur était le principal motif de consultation, soit 55,6% des cas. Ndong A et al.[57] ; Sawadogo YE et al. [49] et Adami AM et al.[47] ont rapporté respectivement 55,8% ; 96,5% et 71,8% des cas dans leurs études. Ces résultats montrent que la douleur est le principal signe qui motive à la consultation médicale chez les patients atteint de la hernie pariétale.

- **Type de hernie pariétale**

Dans notre étude, les formes cliniques de hernie pariétale étaient principalement constituées par la hernie inguinale dans 82,22% suivi de la hernie ombilicale (11,11%) et la hernie crurale dans 2,22% des cas. Dans l'étude Adami AM et al.[47], les types de hernie retrouvées étaient la hernie inguinale dans 69,4% suivi de la hernie de la ligne blanche (20,2%) et de la hernie ombilicale dans 10,4% des cas. Hodonou AM et al. [1], ont trouvé une proportion de 78,2% de hernie inguinale suivi de 8,9% de hernie de la ligne blanche et 8,3% de hernie ombilicale dans leur étude au Bénin en 2018. Ce même constat avait été fait par Sawadogo YE et al. [49] qui ont noté une localisation inguino-scrotale de la hernie dans 58,2% suivi de celle de la ligne blanche (17,5%), ombilicale (12,9%) et crurale dans 0,4% des cas dans leur étude au Burkina Faso en 2024.

Cette prédominance de la hernie inguinale pourrait s'expliquer d'une part par la faiblesse anatomique élevée dans cette région et d'autre part par l'incidence de hernie inguinale congénitale de l'enfance négligée pour des raisons de l'indisponibilité des structures, de la pauvreté, de l'ignorance à cela s'ajoutent les facteurs de risque tels que l'âge avancé, la profession agricole, la multiparité chez l'adulte.

6. Traitement

- **Type d'anesthésie.**

Tableau XXVI : type d'anesthésie.

Auteurs	Pays, année	N	N	Rachianesthésie	p
Sawadogo YE et al. [49]	Burkina Faso, 2024	280	59	21,07%	0,045
Adami AM et al.[47]	Tchad,2023	386	264	68,4%	0,023
Ndong A et al.[57]	Sénégal, 2020	77	76	98,7%	0,001
Hodonou AM et al. [1]	Bénin, 2018	311		44,7%	0,005
Notre étude	**Mali, 2026**	**135**	**106**	**78,5%**	**-**

Dans notre étude la rachianesthésie a été réalisée chez 78,5% des patients. Ce taux est supérieur à celui de Sawadogo YE et al. [49] ; Adami AM et al.[47] et Hodonou AM et al. [1] qui ont noté dans leurs études respectives 21,07% ; 68,4% et 44,7% des cas. Par contre notre résultat est inférieur à celui de Ndong A et al.[57] a qui ont noté une proportion de 98,7% dans leur étude. Cette prédominance de la rachianesthésie pourrait être en rapport par sa bonne analgésie et son bon relâchement musculaire, adapté a la chirurgie herniaire, moins coûteux.

- **Technique opératoire**

Dans cette étude les techniques opératoires utilisées étaient principalement la technique de Shouldice dans 53,3% suivie de la technique de Bassini (22,2%). Hodonou AM et al. [1] ont noté l'utilisation de la technique de la herniorraphie chez 94,8% suivie de la technique de plastie dans 5,2% des cas (prothèse de filet de moustiquaire et technique de Desarda) dans leur étude au Bénin en 2018. Adami AM et al.[47] ont signalé l'utilisation de la technique de Bassini chez 69,4% dans leur étude au Tchad en 2023. Hermann BG et al.[48] ont réalisé la technique de Bassini chez 44,6% et la technique de Shouldice dans 21,8% dans leur étude au Burkina Faso en 2023.

Dans notre contexte le taux d'utilisation élevé de la technique Shouldice pourrait s'expliquer par son efficacité et de son adéquation au contexte socio-économique de notre population qui ont majoritairement un niveau de revenu faible.

7. Complications post opératoires

- ***Complications immédiates en post opératoire***

La principale complication immédiate retrouvée en post opératoire était l'hématome dans 1,5% des cas. Dans l'étude de Hermann BG et al.[48], la complication retrouvée en post opératoires était l'hématome dans 2% des cas. Antic A et al. [53] ont rapporté une proportion de 2,2% d'hématome dans leur étude. Dans notre contexte cette faible proportion d'hématome suggère une bonne maîtrise de l'hémostase peropératoire ainsi qu'une qualité satisfaisante de la prise en charge chirurgicale et post-opératoire.

L'infection du site représentait 0,7%. Hermann BG et al.[48] ont trouvé 4,9% d'infection du site opératoire dans leur étude. Une proportion de 2,9% de suppuration pariétale avait été noté par Hodonou AM et al. [1] dans leur étude. Cette proportion d'infection du site opératoire doit attirer l'attention sur les conditions d'hygiène des patients et l'asepsie rigoureuse des blocs opératoires mais surtout sur le retard de prise en charge responsable des résections intestinales suite à la nécrose des anses incarcérées.

- ***Complications tardives***

A trois mois de l'intervention, nous avons trouvé des séquelles chez 8 patients dont la douleur a été mentionnée dans 37,5%%, de la Chéloïde (25%) ; de l'atrophie testiculaire (25%) et la récidive dans 12,5% des cas. Ndong A et al.[57] ont signalé taux de 7,8% de récidive dans leur étude.

8. Coût de prise en charge

Dans notre étude le cout de la prise en charge était compris entre 40001 et 100 000 francs CFA selon 55,6% des patients. Le cout moyen était de 89 000 francs CFA, est supérieur à celui de COULIBALY B.M [58] qui avait trouvé dans son étude un coût moyen de 48470,98 F avec des extrêmes de 31000 FCFA et 60000 FCFA. Ce coût observé pourrait s'expliquer par la prédominance des techniques chirurgicales sans prothèse, moins onéreuses, ainsi que par une adaptation de la prise en charge au contexte socio-économique des patients. Toutefois, malgré son caractère modéré, ce coût peut constituer un obstacle à l'accès aux soins pour certaines populations.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nos résultats montrent que les hernies pariétales sont fréquentes avec 39,71 %. Elles touchaient majoritairement les sujets de sexe masculin et les adultes jeunes, particulièrement les cultivateurs. La douleur représentait le principal motif de consultation. La rachianesthésie a été la technique anesthésique la plus utilisée. Les techniques opératoires les plus pratiquées étaient celles de Shouldice et de Bassini. Les suites opératoires immédiates étaient marquées par l'hématome. La complication tardive était la douleur.

Une étude multicentrique incluant un nombre important de patients sera nécessaire afin d'identifier les facteurs associer à la survenue des hernies pariétales.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous formulons quelques recommandations à l'endroit de :

Aux autorités sanitaires

- Renforcer les capacités techniques et matérielles des services de chirurgie pour améliorer la prise en charge des hernies pariétales.
- Organiser des campagnes de sensibilisation sur l'importance d'une consultation précoce devant toute tuméfaction pariétale.

Au personnel de santé

- Promouvoir le diagnostic précoce des hernies pariétales afin de prévenir les complications.
- Renforcer la surveillance postopératoire pour dépister rapidement les complications et séquelles.

À la population

- Consulter précocement devant toute tuméfaction ou douleur de la paroi abdominale.
- Éviter les efforts physiques excessifs après l'intervention chirurgicale et respecter les conseils postopératoires.
- Sensibiliser les travailleurs exposés aux efforts physiques importants sur les facteurs favorisant les hernies pariétales.

REFERENCES

REFERENCES

1. **Hodonou AM, Sambo BT, Gandaho IE, Babatounde A, Allodé AS, Mensah E.**Caractéristiques Epidémiologiques Et Thérapeutiques Des Hernies Pariétales Au Centre Hospitalier Universitaire Du Borgou A Parakou, Bénin. World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development. 2018; 4(5): 43-46.

2. **Kingsnorth A, LeBlanc K.** Hernias: inguinal and incisional. Lancet. 8 nov 2003;362(9395):1561-71. doi:10.1016/S0140-6736(03)14746-0 PubMed PMID: 14615114.

3. P**ascal BA, Roger ASG, Moïse MV, Josaphat PK, Alexis MK, Ketha JK, et al.** Clinical and Therapeutic characteristics of patients with abdominal hernias at the savalou Banté Hospital in Republic of Bénin. J Med Res. 25 oct 2019;5(5):171-4. doi:10.31254/jmr.2019.5502

4. **Ma Q, Jing W, Liu X, Liu J, Liu M, Chen J.** The global, regional, and national burden and its trends of inguinal, femoral, and abdominal hernia from 1990 to 2019: findings from the 2019 Global Burden of Disease Study – a cross-sectional study. Int J Surg. 24 mars 2023;109(3):333-42. doi:10.1097/JS9.0000000000000217 PubMed PMID: 37093073; PubMed Central PMCID: PMC10389329.

5. **Unalp-Arida A, Ruhl CE.** Abdominal Wall Hernia. In: Burden of Digestive Diseases in the United States [Internet]. 2nd edition [Internet]. 2e éd. Etats Unies: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK); 2025. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK611383/

6. **Menir O.** LeMedecin.fr - Guide Médical Complet [Internet]. 2026. Hernie Abdominale : Guide Complet 2025 - Symptômes, Traitements et Innovations. Disponible sur: https://lemedecin.fr/medical/pathologies/hernie-abdominale.html

7. **Abur PP, Daniyan M, Nwabuoku SE, Yusufu LMD, Odigie VI.** Changing pattern of adult external abdominal hernias in Zaria. Port Harcourt Medical Journal. janv 2020;14(1):19-22. doi:10.4103/phmj.phmj_22_19

8. **Mensah S, Maison POM, Kyei I, Adjei GA, Morna MT, Debrah S, et al.** Evaluation of External Abdominal Wall Hernia Surgery in a Secondary Level Facility in Kumasi, Ghana. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. 17 juill 2020;1-7. doi:10.9734/jammr/2020/v32i1130524

9. **Adami AM, Kadre MM, Abdraman MN, Ngare A.** [Adult Parietal Hernias At The Chad-China Friendship Hospital In N'djamena. Epidemiological, Clinical, Diagnostic And Therapeutic Aspects]. Mali Med. 2023;38(2):23-7. PubMed PMID: 38506174.

10. **Kibret AA, Tekle SY, H/Mariam MM, Worede AG, Dessie MA.** Prevalence and associated factors of external hernia among adult patients visiting the surgical outpatient department at the University of Gondar Comprehensive Specialised Hospital, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study [Internet]. 1 avr 2022. doi:10.1136/bmjopen-2021-056488

11. **Ministère de la Santé du Burkina Faso.** Rapport statistique annuel des activités chirurgicales des hôpitaux de district, 2021. Ouagadougou: MS; 2022.

12. **Sangaré AD.** Les hernies pariétales dans le service de chirurgie générale au centre de santé de référence de Ouélésséboungou. USTTB. [Thèse méd.], Bamako 2024, N°67 : 136.

13. **Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G.** Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? JRSM Short Rep. 19 janv 2011;2(1):5. doi:10.1258/shorts.2010.010071 PubMed PMID: 21286228; PubMed Central PMCID: PMC3031184.

14. **Ghimire P, Timilsina B.** Pattern of abdominal wall hernia attended in Fishtail Hospital, Pokhara, Nepal. Journal of Chitwan Medical College. 30 juin 2018;8(2):32-6. Located at: Nepal

15. **Pascal BA, Roger ASG, Moïse MV, Josaphat PK, Alexis MK, Ketha JK, et al.** Clinical and Therapeutic characteristics of patients with abdominal hernias at the savalou Banté Hospital in Republic of Bénin. J Med Res. 25 oct 2019;5(5):171-4. doi:10.31254/jmr.2019.5502

16. **AhmedAlenazi A, Alsharif MM, Hussain MA, Alenezi NG, Alenazi AA, Almadani SA, et al.** Prevalence, risk factors and character of abdominal hernia in Arar City, Northern Saudi Arabia in 2017. Electron Physician. juill 2017;9(7):4806-11. doi:10.19082/4806 PubMed PMID: 28894539; PubMed Central PMCID: PMC5586997.

17. **De Simone B, Birindelli A, Ansaloni L, Sartelli M, Coccolini F, Di Saverio S, et al.** Emergency repair of complicated abdominal wall hernias: WSES guidelines. Hernia. avr 2020;24(2):359-68. doi:10.1007/s10029-019-02021-8 PubMed PMID: 31407109.

18. **Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al.** Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. The Lancet. 8 août 2015;386(9993):569-624. doi:10.1016/S0140-6736(15)60160-X PubMed PMID: 25924834.

19. **Ohene-Yeboah M, Abantanga FA.** Inguinal hernia disease in Africa: a common but neglected surgical condition. West Afr J Med. 2011;30(2):77-83. PubMed PMID: 21984452.

20. **HerniaSurge Group.** International guidelines for groin hernia management. Hernia. févr 2018;22(1):1-165. doi:10.1007/s10029-017-1668-x PubMed PMID: 29330835; PubMed Central PMCID: PMC5809582.

21. **Moore KL.** Anatomie à orientation clinique, 8e édition,. 8th éd. Philadelphia Baltimore New York London Buenos Aires Hong Kong Sydney Tokyo: Wolters Kluwer; 2018. 1168 p.

22. **PhD RLD, PhD AWV, FRCR AWMMBF.** Anatomie de Gray pour étudiants : avec accès en ligne à Student Consult. 4e éd. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020. 1180 p.

23. **Frank H.** Netter docteur en médecine. Atlas d'anatomie humaine. 7e éd. Philadelphia: Elsevier; 2019. 640 p.

24. **KAMINA K.** Anatomie clinique. tome 3 : thorax, abdomen. 3e éd. Paris: MALOINE; 2009. 360 p.

25. **Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al.** Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. Br J Surg. févr 2020;107(3):171-90. doi:10.1002/bjs.11489 PubMed PMID: 31916607.

26. **Hope WW, Cobb WS, Adrales GL,** éditeurs. Manuel de hernie,. 1ère. Cham Switzerland: Springer; 2017. 433 pages.

27. **Collectif, Patel JC.** Pathologie Chirurgicale. 3eme Edition. Editions Masson. 1520 p.

28. **Nsabimana AB.** Aspects épidémiologiques des hernies abdominales à l'hôpital Heal Africa du 1er janvier au 31 décembre 2020 [Mémoire]. [RDC]: Université de Goma; 2021.

29. **Ansari P. MSD Manual Consumer Version.** New York; 2024. Abdominal Wall Hernias - Digestive Disorders.

30. **Diop B, Sall I, Sow O, Ba PA, Konate I, Dieng M, et al.** Prise en Charge des Hernies Inguinales par Prothèse selon la Procédure De Lichtenstein : Une Étude de 267 Cas. HEALTH SCIENCES AND DISEASE. 2018;19(1). doi:10.5281/hsd.v19i1.858

31. **Paul EJ, Basile E, Benjamin GM, Marcelin NN.** Hernie Ombilicale de l'Adulte : Aspects Cliniques, Thérapeutiques et Évolutifs dans Trois Hôpitaux de la Ville de Douala: Adult umbilical hernia: clinical presentation, surgical treatment and outcome in three hospitals of the city of Douala. HEALTH SCIENCES AND DISEASE. 3 août 2021;22(8). doi:10.5281/hsd.v22i8.2911

32. **Ngom G, Gassama F, Mohamed A, Ndour O.** Umbilical hernia in children in a developing country: Does the season have an effect on the occurrence of strangulation? South African Medical Journal. 14 juill 2016;106:744. doi:10.7196/SAMJ.2016.v106i8.10947

33. **Messias BA, Nicastro RG, Mocchetti ER, Waisberg J, Roll S, Junior MAFR.** Lichtenstein technique for inguinal hernia repair: ten recommendations to optimize surgical outcomes. Hernia. 2024;28(4):1467-76. doi:10.1007/s10029-024-03094-w PubMed PMID: 38900355; PubMed Central PMCID: PMC11297121.

34. **Seck M, Thiam O, Touré AO, Gueye M, Seye Y, Cissé M, et al.** Place of plasties in inguinal hernias repair : Alloplasty or autoplasty? Surgical Chronicles. 1 avr 2017;22:62-5.

35. **Miyajima A.** Inseparable interaction of the prostate and inguinal hernia. Int J Urol. juill 2018;25(7):644-8. doi:10.1111/iju.13717 PubMed PMID: 29923274.

36. **Battu V.** Les hernies : appareillage. Actualités Pharmaceutiques. 1 janv 2017;56(562):57-9. doi:10.1016/j.actpha.2016.11.017

37. **Beck M, Gillion JF, Soler M.** Traitement chirurgical des hernies de l'aine par voie inguinale. EM-Consulte. 2022;424(22):40-110. doi:Doi : 10.1016/S0246-0424(22)43306-1

38. **Amid PK.** Lichtenstein tension-free hernioplasty: its inception, evolution, and principles. Hernia. févr 2004;8(1):1-7. doi:10.1007/s10029-003-0160-y PubMed PMID: 14505236.

39. **Bittner R, Schwarz J.** Inguinal hernia repair: current surgical techniques. Langenbecks Arch Surg. févr 2012;397(2):271-82. doi:10.1007/s00423-011-0875-7 PubMed PMID: 22116597.

40. **Stoppa R, Diarra B, Verhaeghe P, Henry X.** [Problems of reoperation after prosthetic repair of groin hernia]. Chirurgie. 1997;122(5-6):369-72; discussion 372-373. PubMed PMID: 9588053.

41. **Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, et al.** Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. Br J Surg. févr 2020;107(3):171-90. doi:10.1002/bjs.11489 PubMed PMID: 31916607.

42. **Lechaux JP, Lechaux D, Chevrel JP.** Traitement laparoscopique des éventrations de la paroi abdominale. Annales de Chirurgie. 1 juin 2005;130(5):350-2. doi:10.1016/j.anchir.2005.03.012

43. **Stoppa RE.** The treatment of complicated groin and incisional hernias. World J Surg. 1989;13(5):545-54. doi:10.1007/BF01658869 PubMed PMID: 2683400.

44. **Nau P, J. Clark C, Fisher M, Walker G, Needleman BJ, Ellison EC, et al.** Modified rives-stoppa repair for abdominal incisional hernias. Health. 2010;02(02):162-9. doi:10.4236/health.2010.22024

45. **Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias.** BMJ. 2 févr 2008;336(7638):269-72. doi:10.1136/bmj.39450.428275.AD PubMed PMID: 18244999; PubMed Central PMCID: PMC2223000.

46. **Courtney M. Townsend Jr MD, R.** Daniel Beauchamp MD, B. Mark Evers MD. Manuel de chirurgie de Sabiston : Les bases biologiques de la pratique chirurgicale moderne,. 20th éd. MD KLM, éditeur. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017. 2176 pages.

47. **Adami AM, Kadre MM, Abdraman MN, Ngare A.** Les hernies parietales de l'adulte a l'hopital de l'amitie tchad-chine de n'djamena. Aspects epidemiologiques, cliniques, diagnostiques et therapeutiques. Mali Medical 2023 Tome XXXVIII, N° 2 : 23-27.

48. **Hermann BG, Nassirou Y, Namori K, Roland SO, Cyprien Z.** Hernies pariétales au chu souro sanou de Bobo Dioulasso : profil sociodemographique, diagnostique et therapeutique. Journal de chirurgie et spécialités du Mali. 2023, 3 (2) : 17 – 24.

49. **Sawadogo YE, Sanou Y, Ouédraogo I, Maiga F, Kambou O, Bonkoungou W et al.** Les hernies parietales étranglées au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo. Journal de chirurgie et spécialités du Mali, 2024, 4(2) : 35-44.

50. **BOUKINDA F, FAGNIEZ P. L., JULIEN M.** Profil épidémiologique des hernies au centre hospitalier de Talangai à Brazzaville etude portant sur 260 malades opérés en 12 mois. Médecine d'Afrique Noire : 1993, 40 (11) : 656 – 661.

51. **Lebeau R, Traoré M, Anzoua KI, Kalou ILB, N'Dri AB, Aguia B, et al.** Prognostic Factors of Postoperative Morbidity and Mortality of Adult Strangulated Groin Hernia. Indian

J Surg. juin 2016;78(3):192-6. doi:10.1007/s12262-015-1343-3 PubMed PMID: 27358513; PubMed Central PMCID: PMC4907908.

52. **Hajri M, Haddad D, Zaafouri H, Cherif M, Zouaghi A, Khedhiri N, et al.** Ambulatory hernia repair: a study of 1294 patients in a single institution. Pan Afr Med J. 27 juill 2022;42:235. doi:10.11604/pamj.2022.42.235.32863 PubMed PMID: 36845248; PubMed Central PMCID: PMC9949281.

53. **Antic A, Kmezic S, Nikolic V, Radenkovic D, Markovic V, Pejovic I, et al.** Quality of life following two different techniques of an open ventral hernia repair for large hernias: a prospective randomized study. BMC Surg. 17 mars 2022;22:99. doi:10.1186/s12893-022-01551-w PubMed PMID: 35300651; PubMed Central PMCID: PMC8932116.

54. **Mabula JB, Chalya PL.** Surgical management of inguinal hernias at Bugando Medical Centre in northwestern Tanzania: our experiences in a resource-limited setting. BMC Res Notes. 25 oct 2012;5:585. doi:10.1186/1756-0500-5-585 PubMed PMID: 23098556; PubMed Central PMCID: PMC3526506.

55. **Williams BM, Purcell LN, Varela C, Gallaher J, Charles A.** Non reducible inguinal hernias in Malawi: an occupational hazard. Hernia. oct 2021;25(5):1339-44. doi:10.1007/s10029-020-02337-w PubMed PMID: 33222030; PubMed Central PMCID: PMC8137715.

56. **Osifo O, Amusan TI.** Outcomes of giant inguinoscrotal hernia repair with local lidocaine anesthesia. Saudi Med J. janv 2010;31(1):53-8. PubMed PMID: 20062900.

57. **Ndong A, Sine B, Faye M, Diallo AC,** Bagayogo NA, Ndiaye M. Particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des hernies inguinales du sujet de plus de 60 ans. Case series | 2020. 2(159) : 2-6.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : SYLLA

Prénom (s) : Seydou

Email : seydousyllabroski@gmail.com

Numéro de téléphone : (223) 72677433

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Particularités épidémio-cliniques et prise en charge des hernies pariétales au Centre de Santé de Référence de Fana.

Année Universitaire : 2025-2026

Ville de soutenance : Bamako / MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale, Santé Publique, Imagerie médicale.

Résumé

Introduction : Les hernies pariétales constituent une pathologie chirurgicale fréquente, responsable d'une morbidité importante, particulièrement dans les pays à ressources limitées. Cette étude visait à évaluer les particularités épidémio-cliniques et de prise en charge des hernies pariétales au Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Fana.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale réalisée au service de chirurgie du CSRéf de Fana sur une période de 12 mois, du 1er juin 2024 au 31 mai 2025. Ont été inclus tous les patients opérés pour une hernie pariétale. Les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies et analysées.

Résultats : La fréquence des hernies pariétales était de 39,7%. Le sexe masculin représentait 91,1%, avec une prédominance de la tranche d'âge de 16 à 31 ans soit 31,1% et un âge moyen de 37,3 ± 20,5 ans. Les cultivateurs représentaient 54,1% des cas. La douleur constituait le principal motif de consultation avec 55,6%. La hernie inguinale était la localisation la plus fréquente (82,2%). La rachianesthésie était utilisée dans 78,5% des interventions. Les techniques de Shouldice et de Bassini étaient pratiquées chez respectivement 53,3% et 22,2% des patients. Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 97,8% des cas, avec un

hématome observé chez 1,5% des patients. À trois mois, 91,1% des patients ne présentaient aucune complication.

Conclusion : Les hernies pariétales représentent une affection fréquente au CSRéf de Fana, touchant principalement les hommes jeunes. Une prise en charge chirurgicale précoce permet d'obtenir des résultats satisfaisants avec une faible morbidité postopératoire.

Mots-clés : Hernie pariétale ; Hernie inguinale ; Épidémiologie ; Traitement chirurgical ; CSRéf de Fana ; Mali.

Abstract

Introduction : Abdominal wall hernias are among the most common surgical conditions and are associated with significant morbidity, particularly in low-resource settings. This study aimed to evaluate the epidemiological, clinical, and management characteristics of abdominal wall hernias at the Fana Referral Health Center (CSRéf de Fana).

Methods : A cross-sectional study was conducted in the surgery department of the Fana Referral Health Center over a 12-month period, from June 1, 2024, to May 31, 2025. All patients who underwent surgery for an abdominal wall hernia during the study period were included. Sociodemographic, clinical, therapeutic, and outcome data were collected and analyzed.

Results : The frequency of abdominal wall hernias was 39.7%. Males accounted for 91.1% of cases. The 16–31-year age group was the most represented (31.1%), with a mean age of 37.3 ± 20.5 years. Farmers represented 54.1% of patients. Pain was the leading reason for consultation (55.6%). Inguinal hernia was the most common type (82.2%). Spinal anesthesia was used in 78.5% of procedures. The Shouldice and Bassini techniques were performed in 53.3% and 22.2% of patients, respectively. Immediate postoperative outcomes were uneventful in 97.8% of cases, with hematoma occurring in 1.5% of patients. At three months, 91.1% of patients had no postoperative complications.

Conclusion : Abdominal wall hernias are a common surgical condition at the Fana Referral Health Center, predominantly affecting young men. Early surgical management provides satisfactory outcomes with low postoperative morbidity.

Keywords : Abdominal wall hernia; Inguinal hernia; Epidemiology; Surgical management ; Fana Referral Health Center ; Mali.

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATIN 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/----------/

Q.5-Age/-------/1=1 0-15 ans ,2=16-30 ,3=31-45 ,4=46-60 ,5= plus60

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

Q.7-Profession /----------/ 1. Cultivateur, 2. Ouvrier, 3. Ménagère, 4. Commerçant (e), 5. Elève/Etudiant, 6. Enseignant ; 7. Si autres à préciser----------

Q.8 – Résidence/----------/

Q.9- Ethnie/----------/ 1. Bambara, 2. Peulh, 3. Boa, 4. Soninké ;5. Malinké, 6. Senoufo, 7. Sonrhaï, 8. Dogon, 9. Minianka ; 10 Si autre, préciser----------

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

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

Q.13- Date d'entrée/----------/

Q.14- Mode de transport vers CSREF/----------/1. Ambulance, 2. Voiture personnelle, 3. Moto, 4. Véhicule de transport en commun, 5. Charrette, 6. Vélo ;7. Si Autres à préciser|----------

Q.15-Provenance/----------/1=Cscom, 2=Cabinet, 3=venue de lui-même, 4= Conseil d'un parent 5. Si Autres à préciser----------

II. Clinique :

A-Interrogatoire :

Q.16-Motif/----------/1= Tuméfaction non douloureuse, 2= Tuméfaction douloureuse 3. Si Autres à préciser--------

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

Q.18-SIGNES FONCTIONNELS/---------- /1=Tuméfaction douleur, 2=Tuméfaction non douloureuse, 3=Tumefaction + Douleur + Vomissement, 4=Tumefaction + Douleur + arret des matières et gaz, 7=néant

Q 19 : tuméfaction …… 1 = apparition spontanée ; 2 =à l'effort ; 3= Si autre ; préciser------

Q 20 : tuméfaction ……1= permanente 2 =intermittente 3= Si autre ; préciser------

Q.19- Mode d'installation de la douleur/----------/1. Brutal, 2. Progressif,

Q.19.1-Type de la douleur/----------/ 1. Brûlure, 2. Pesanteur, 3. Coup de poignard, 4. Piqûre, 5. Torsion 6. Si autre ; préciser------

Q.19.2 Siege de la douleur ; 1 inguinale droite ;2 inguinale gauche 3 inguino scrotale droite 4 inguino scrotale gauche,5 inguinale bilatreale,6 crurale droite, 7 crurale gauche

8. ombilicale, 9 épigastrique, 10 si autre : à préciser

Q.19.3 Irradiation/----------/ 1. Fosse iliaque droite, 2. Hypogastre, 3. Fosse iliaque gauche, 4 Si autres quadrants à préciser--------

Q.19.4-Facteurs déclenchants/----------/1. Toux, 2. Défécation, 3. Soulèvement d'un Fardeau, 4. Activité sportive, 5. Constipation, 6. Trouble de la miction, 7. Autre à préciser.

Q 19.5 durée de la douleur : /----------/1. 0 - 1 h, 2. 1 - 2 h, 3. 2 - 3 h

, 4. 4 h et plus,

Q.19.6-Mode d'évolution/---------- / 1. Aigue ; 2. Chronique ; 1 permanant 2 intermittentes

Q.19.7 -Signes associés/----------/ 1. Nausées ; 2. Vomissements ; 3. ballonnement abdominal ; 4. Arrêt des matières et de gaz ; 5. Si autres à préciser---------

Q.20- Durée d'évolution de la maladie herniaire /---------- / 1. Jour, 2. Mois, 3. Année.

Q.21- Délai d'admission /----------/ 1. Heures ; 2. Jours ; si Autres à préciser----------

Q.22- Si étranglement précisé la durée /-------/1. Minutes, 2. Heures, 3. Jours

- ANTECEDANTS :

Q.23-Médicaux-/----------/, 1 : HTA 2 : Diabète, 3 : UGD, 4 : Asthme, 5 : Cardiopathie 6=Tuberculose 7= si autre à préciser /---------- 8= Néant

Q.24-Chirurgicaux/----------/1=Hernioraphie, 2=Cure d'hydrocèle, 3=Adénectomie, 4=laparotomie ; 5. Si Autres à préciser /-------/

Q.25-Antécédents gynéco-obstétricaux : G P V D Av IIG

Q.26-Signes généraux : /-------/ ; Tension artérielle/----------/ Pouls/----------/ ; Fréquence respiratoire /----------/ Pâleur/ ------- / 1. Oui, 2Non, /Signes de déshydratation

1. Oui, 2Non, / Température/--------/ ; indice de performance OMS /----------/ ; Etat général /---------- / 1.bon, 2. Mauvais

B-Examens physiques :

Q.27- Inspection

Q.27.1 : cicatrice d'inguinotomie…… 1 : Oui, 2 : Non

Q.27.2 : cicatrice de laparotomie……1 : Oui, 2 : Non

Q.27.3 : circulation veineuse collatérale ……1 : Oui, 2 : Non

Q.27.4 : Tuméfaction Impulsive à la toux ……1. Oui, 2 Non

Q.27.5 : - Autres, précisé…….

Q.28- Palpation

Q.28.1 : Tuméfaction douloureuse…… 1. Oui, 2 Non

Q.28.2 : Consistance ferme…… 1. Oui, 2 Non

Q.28.3 : Consistance molle ……1. Oui, 2 Non

Q.28.4 : réductible ……1. Oui, 2 Non ;

Q.28.5 : Organomegalie …… 1. Oui, 2 Non

Q.28. 6 : Autres à préciser /---------……

Q.29- Auscultation

Q.29.1 BDC réguliers ……1. Oui, 2 Non

Q.29.2 Murmure vésiculaire perçus……1. Oui, 2 Non

Q.29.3. Perception des bruits hydro aériques / -----/ 1. Oui, 2. Non

Q.30- Percussion

Q.30. 1 : Matité pré hépatique conservée …… 1. Oui, 2 Non

Q.30. 2 : Tympanisme diffus …… 1. Oui, 2 Non

Q.31Touchers pelviens

Q.31.1 Toucher rectal /---------- / 1. Normal, 2. Douloureux, 3. Autres, précisé----------

Q.31.2-Toucher vaginal [------] 1. Normal, 2. Douloureux, 3. Autres, précisé----

III. Q 32-DIAGNOSTIC RETENU/----------/

1=Hernie ombilicale, 2=Hernie inguinale droite, 3=Hernie inguinale gauche, 4=Hernie crurale droite, 5=Hernie crurale gauche, 6=Hernie de la ligne blanche, 7=Hernie inguinale bilatérale, 8=Hernie crurale bilatérale.

IV Q.33 EXAMEN COMPLEMENTAIRES :

EXAMENS RADIOGRAPHIQUES

Q.33.1 Echographie réalisée/----------/ 1= Oui, 2-Non

Q.33.2 ASP réalisé ----------1= Oui, 2-Non

V. Q. 34 EXAME BIOLOGIQUE

Q. 34.1 Taux Hémoglobine/--------- /1=Fait, 2=non fait

Q.34.2 Groupage rhésus-------/1=fait ; 2=non fait

Q.34.3 TC /------/ 1= fait, 2=non fait

Q.34.4 TS/----------/ 1= fait, 2=non fait

Q.34.5 Glycémie/---------/ 1=fait, 2=non fait

Q. 34.6 Créatinémie/----------/ 1= faite, 2= non faits

Q.34.7 VIH----------/ 1=fait ; 2=non fait

VI- Q.35 TRAITEMENT :

Q.35.1 Types d'Anesthésie /----------/ 1. Locale, 2. Rachianesthésie, 3. Anesthésie Générale, 4. Autres précisés. ----------

Q.35.2- Date de l'intervention/----------/

Q.35.3 Technique opératoire/----------/ 1. Shouldice 2. Bassini 3. Point en X 4. Point simple 5. Paletot 6. Cure + Résection anastomose 7. Cure+ appendicectomie

Q.35.4 Contenu du sac/--------/1. Epiploon, 2. Colon, 3. Intestin grêle, 4. Appendice, 5. Vessie, 6. Ovaire, 7. Trompe ; 8. Autres précisés.

Q.35.5 Etat de l'organe étranglé/----------/ 1. Nécrosé ; 2. Non nécrosé

Q.35.6 Durée de l'intervention /----------/1. Minute 2. Heures

Q.35.7 Complications per opératoires/------/1. Non 2. Oui SI oui préciser ----/ a. Lésions vasculaires, b. Lésions Nerveuse c. Lésions Ligamentaires d. Lésions Vésicales e. Lésions du Cordon spermatique f. Lésions Intestinale g. Autres, Préciser----------

X. 36. SUIVI POST OPERATOIRE

Q.36.1 Suites immédiates/---------/ 1. Simple, 2 compliquées

Q.36.2 Type de complication /---------/ 1. Hématome, 2. Hémorragie ; 3. Décès, 4 Autres, précisés----------

Q.36.3 Date de sortie/----------/

Q.36.4. Durée d'hospitalisation (jours) /----------/

Q.36.5 Suivi après 3 mois : /----------/1. Simple, 2. Occlusion intestinale, 3. Abcès de la Paroi, 4. Douleur, 5. Granulome sur fil, 6. Retard de cicatrisation, 7. Chéloïde, 8. Atrophie Testiculaire, 9. Névralgie Résiduelle, 10. Récidive, 11. Autres précisé.

VII. Q.37 COUT DE LA PRISE EN CHARGE :

Q.37.1 coût de transport/----------/

Q.37.2 coût du bilan préopératoire /----------/

Q.37.3 coût l'ordonnance/----------/

Q.37.4 coût de l'anesthésie/----------/

Q.37.5 coût l'acte opératoire/----------/

Q.37.6 coût d'hospitalisation/----------/

Q.37.7 coût total de la prise en charge/----------/

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'Etre 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 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 leur père.

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 !