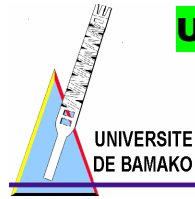


**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

N°...../

Thèse

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES HERNIES
ABDOMINALES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le 13/03/2010
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto - stomatologie**

Par Mr. FOFANA Cheickna Hamala

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. Tiéman COULIBALY

Membre : Dr. Fodé Mory KEITA

Co-directeur : Dr. Mamadou DIALLO

Directeur de thèse: Pr. Hamadoun SANGHO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A Dieu, le Tout Puissant pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce travail. Veuillez m'accorder le privilège de vous connaître et de vous servir.

Puisse votre lumière guider mes pas.

A mon pays le Mali,

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

Profond respect.

A mon père Mamadou FOFANA

Je ne trouverai jamais assez de mots pour vous exprimer ma reconnaissance. Vous avez toujours placé nos études au-dessus de tout, en consacrant tous vos efforts et de lourds sacrifices afin de nous assurer un avenir meilleur malgré des modestes moyens.

Je suis fier d'avoir reçu de vous une éducation de qualité. Votre souci constant pour la réussite de vos enfants fait de vous un père exemplaire, admiré de nous tous. Ce travail est avant tout le votre ; père puisse-t-il représenté la récompense de toutes ces années de labeur.

Amour infini.

A ma mère Diaka DIARRA

Vous avez guidé mes premiers pas, vous vous êtes beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation.

Vos conseils et encouragements m'ont toujours accompagnés durant toutes mes études et ont fait de moi un homme fier d'être votre fils.

Malgré vos modestes moyens, vous n'avez ménagé aucun effort pour me venir en aide. J'aimerais vous offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

Amour infini

A mon épouse Salimata CAMARA et ma fille Bassayon FOFANA

Vos présences à mes côtés font de moi un homme ambitieux à la quête d'un avenir meilleur. Ce travail est le nôtre

Amour infini.

A mes sœurs et frères : Niamè ; Hawa ; Mariam ; Aïssata et Sékouba

Une tendre complicité nous a toujours lié. Vous n'avez jamais cessé de me témoigner votre amour. Puisse ce travail vous servir d'exemple et que le seigneur nous donne la chance d'être éternellement unis.

Puisse l'Éternel nous unir chaque jour davantage.

Tendre affection.

A mon défunt frère : Moussa FOFANA

Tu as été arraché à notre affection un dimanche 28 Avril 2002 ; cependant tu continues à faire partie de notre existence.

Que ton âme repose en paix

A mes Oncles , honorable Cheick DIARRA, Bourama,et Massiré

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement.

Tendre affection.

A mes beaux frères.

Ce travail est également le vôtre. Puisse le seigneur vous accorder la grâce de donner encore plus d'amour et de sécurité à mes sœurs.

Tendre affection

Aux familles, Maiga, Cissé et Gassama

Soyez assurées que vous n'êtes pas oubliées et que ce travail est une œuvre collective.

Tendre pensée.

A mon ami Abdoul Razzack Maiga

Durant toutes ces années tu as été plus qu'un frère pour moi. Ensemble, nous avons vécu de moments de galère et de joie. Que Dieu nous aide à consolider notre amitié

Tendre pensée.

A mes amis Youssouf SANGARE, Sekou BOUNE, Bassoma TOGOLA, Lamine et Sekou DIANE, Boubacar et Cheick SISSOKO : vous avez toujours su me soutenir. Puisse le seigneur vous guider dans tous vos projets. Ce travail est le vôtre.

Tendre pensée.

A mes cousins et cousines, que ce travail vous serve d'exemple.

Tendre affection.

A mes aînés, Dr. Diallo O, Dr. Kelly B, Dr Touré Cheick M

Merci pour tous vos conseils.

REMERCIEMENTS

- A Dr.Traoré Boubacar médecin chef du CSRéf CVI,

Je n'ai pas assez de mots pour témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement, vos conseils. Puisse le seigneur vous combler de grâces.

Affectueuse pensée.

- Au personnel du CSRéfCVI, merci pour tout. .

- A mes collègues de service du CSRéf CVI : Diakité M L, Kanè A et autres. Merci pour tous les moments passés ensemble.

Meilleure pensée.

- Au personnel de la Clinique médicale EUREKA :

Affectueuse pensée.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY
PROFESSEUR TIEMAN COULIBALY**

- ✚ Maître de conférences de traumatologie et d'orthopédie à la FMPOS**
- ✚ Chef de service de traumatologie et d'orthopédie du CHU Gabriel TOURE**
- ✚ Membre de la Société internationale de chirurgie orthopédique et traumatologique**

Cher maître,

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre simplicité, et votre disponibilité font de vous un maître admiré de tous. Humaniste au grand cœur, vous avez toujours manifesté le souci de vos prochains et vous avez toujours soutenu vos étudiants. Votre constante sollicitude a été pour nous une source inépuisable de motivation.

Cher maître veuillez accepter ici notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

DOCTEUR FODE MORY KEITA

 **Diplômé du Certificat d'Etude Spécialisée de Chirurgie générale.**

 **Chirurgien à la Polyclinique des Armées à Kati.**

 **Commandant des Forces Armées du Mali.**

Cher maître,

Vous nous avez honoré en acceptant de juger ce travail. Homme de sciences, vous êtes une lumière pour les générations montantes. Nous sommes très heureux de vous avoir auprès de nous et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail.

Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'apporter votre contribution à l'amélioration de la qualité de cette thèse.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE DOCTEUR MAMADOU DIALLO

**✚ Diplômé du Certificat d'Etude Spécialisée de chirurgie
générale**

✚ Chef de l'unité de Chirurgie générale au CSRéf CVI

✚ Responsable de la mini banque de sang du CSRéf CVI

Cher maître,

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre
profonde admiration.

Au premier contact vous avez forcé notre admiration, vous nous avez
inspiré, suivi et guidé pas à pas tout au long de notre séjour dans votre
unité. Votre simplicité et votre dévouement envers vos patients traduit
éloquemment votre culture scientifique. Si ce travail est une réussite,
on le doit à votre compétence et à votre savoir faire.

Soyez assuré cher maître de toute notre reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE
PROFESSEUR HAMADOUN SANGHO**

✚ Maître de conférence de Santé Publique à la FMPOS

✚ Directeur du Centre de Recherche d'Etudes et de documentations pour la survie de l'enfant (CREDOS).

Cher maître,

Vos connaissances scientifiques, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre esprit de partage ont fait de vous un homme de grande renommée. Ainsi qu'il me soit permis en ce jour solennel, de saluer votre engagement combien inestimable tant dans la formation reçue que dans le suivi constant du travail. Puisse le Bon Dieu vous prêter une longue vie afin que nous bénéficions de vos expériences.

SOMMAIRE	Pages
I INTRODUCTION.....	1 - 2
• OBJECTIFS.....	3
II GENERALITES.....	4 - 26
III METHODOLOGIE	27 - 35
IV RESULTATS.....	36 - 45
V COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	46 - 50
VI CONCLUSION	51 - 52
VII RECOMMANDATIONS.....	53
VIII BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

ABREVIATIONS

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto –
Stomatologie

CSRéf C VI : Centre de Santé de Référence de la Commune VI

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

OAP : Œdème Aigu du Poumon

Dr : Docteur

Pr : Professeur

HC : Hernie Crurale

HLB : Hernie de la Ligne Blanche

HLS : Hernie de la ligne de Spiegel

HOI : Hernie Ombilicale et Inguinale

HIS : Hernie Inguino – Scrotale

H.O : Hernie Obturatrice

Bko : Bamako

CSCoM : Centre de Santé Communautaire

OUA : Organisation pour l'Unité Africaine

PEV : Programme Elargi de Vaccination

ORL : Oto Rhino Laryngologie

I- INTRODUCTION

La découverte des hernies de l'aine est très ancienne comme en atteste certains documents retrouvés dans l'ancienne Egypte, mais ce n'est qu'à la fin du 19^{ème} siècle que les premières réparations chirurgicales ont été décrites. [12]

Les hernies abdominales se définissent comme l'issue spontanée temporaire ou permanente des viscères hors des limites de la cavité abdominopelvienne par une zone de faiblesse anatomiquement préformée [3].

En Afrique de l'Ouest en 1948 **FAIN** dans une étude anatomique et approche chirurgicale de 704 hernies abdominales en Côte d'Ivoire (silbertin) a trouvé que la prévalence des hernies inguinales est de 10%. [6]

A Ouagadougou **RICHARD J** a trouvé que la prévalence des cures herniaires est de 16,7% dans une étude faite sur les activités chirurgicales en 1990 [16].

Au **Mali** : plusieurs travaux antérieurs ont porté sur les hernies de l'abdomen notamment de l'aine, on peut citer :

- **Cissé S.** [4] dans une étude de 727 hernies de l'aine dans les Hôpitaux de Bko et de Kati en 1985 a trouvé que 21,16% des actes chirurgicaux des hôpitaux de Bko et Kati portaient sur la cure de hernie.

- **Bouaré Ma.** [1] en 1988 dans une étude de 610 cures de hernies de l'aîne dans les cercles de Bafoulabé et Kéniéba a trouvé que 51,53% des actes chirurgicaux portent sur les hernies de l'aîne.
- **Bouaré Mo.** [2] dans une étude épidémiologique des hernies inguinales dans le cercle de Kolokani en 1982 a trouvé une prévalence globale de 4,6%.
- **SIDIBE R** a trouvé que les hernies représentaient 13,26% des pathologies chirurgicales de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou [19].
- **FOFANA Mo** a trouvé que la herniorraphie représentait 24,1% des interventions digestives de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou [8].

Dans l'unité de chirurgie générale du CSRéf CVI du district de Bko, les hernies abdominales sont reçues et traitées régulièrement; devant le nombre élevé des hernies abdominales dans cette unité et du fait qu'aucune étude n'avait été effectuée sur ce problème de santé au CSRéf CVI du district de Bko, il nous est apparu nécessaire d'y consacrer cette étude avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1 – OBJECTIF GENERAL

Etudier les hernies abdominales au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako.

2 – OBJECTIFS SPECIFIQUES

- a- Déterminer la fréquence des hernies abdominales par rapport aux différents diagnostics posés lors des consultations chirurgicales.
- b- Décrire le profil socio –démographique des patients.
- c- Décrire l'approche clinique.
- d- Formuler des recommandations.

GENERALITES

II- Généralités

1-Definition

Les hernies sont caractérisées par l'issue des viscères abdomino-pelviens à travers un orifice naturel ou accidentel, ces organes étant contenus dans un sac formé par le péritoine. [10]

2-Rappel anatomique des parois ventro-laterales : [10]

Les parois antérolatéral de l'abdomen se composent de peau, d'un fascia et de quatre paires de muscles : l'oblique externe de l'abdomen, l'oblique interne de l'abdomen, le transverse de l'abdomen et le droit de l'abdomen.

Elles sont constituées de chaque côté de la ligne xypho-pubienne par :

- . En latéral : les muscles larges de l'abdomen,
- .En ventral : les muscles droits de l'abdomen,
- . En caudal : les muscles pyramidaux,

REPERES :

*Osseux :

→En cranial : Nous avons le processus xiphoïde au milieu et le rebord costal latéralement.

→En caudal : Nous avons l'épine iliaque ventro-craniale, les crêtes iliaques latéralement et les épines du pubis médialement.

*Musculaires : correspondent au bord latéral des muscles droits surtout chez les sujets musclés

*Cutanés : Il existe le sillon médial ventral qui correspond à la ligne blanche, ombilic (nombril), et pli ou sillon inguinal.

A partir de ces repères on décrit les différents quadrants de l'abdomen:

- ✓ De 2 lignes horizontales : l'une passant par les rebords costaux, l'autre par les épines iliaques ventro-craniales,
- ✓ De 2 lignes verticales : au niveau du bord latéral des muscles droits :

- 1-Région épigastrique ;
- 2-Région ombilicale ;
- 3-Région hypogastrique ;
- 4-Hypochondre droit ;
- 5-Flanc droit ;
- 6-Fosse iliaque droite ;
- 7-Hypochondre gauche ;
- 8-Flanc gauche ;
- 9-Fosse iliaque gauche.

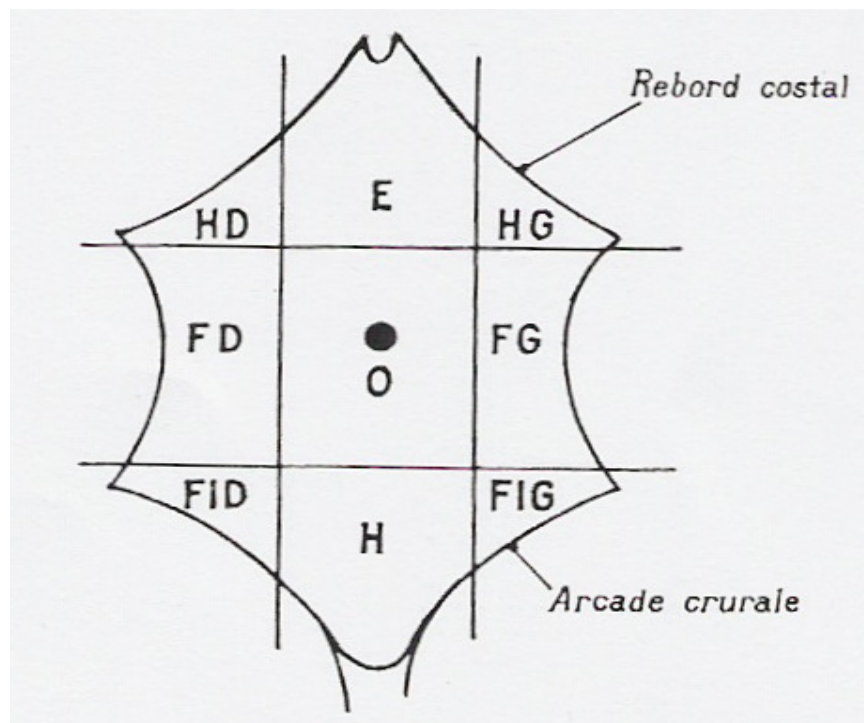


Figure 1 : Les quadrants de l'Abdomen

2-1 MUSCLES LARGES DE L'ABDOMEN :

On retrouve 3 muscles de la superficie à la profondeur :

*le muscle oblique externe de l'abdomen

*le muscle oblique interne de l'abdomen

*le muscle transverse de l'abdomen

2-1-1 Le muscle oblique externe : C'est le plus superficiel des muscles de l'abdomen. Il est constitué de fibres qui sont orientées vers le bas et l'intérieur. Il prend son origine au niveau des 7 dernières côtes et s'insère sur la crête iliaque et la ligne blanche, avec un trajet oblique en caudal et en médial.

La contraction de ses deux branches entraîne la compression de l'abdomen et la flexion de la colonne vertébrale.

2-1-2 Muscle oblique interne : C'est un muscle plat intermédiaire dont les fibres croisent celles de l'oblique externe à angle droit.

Il s'insère essentiellement sur la crête iliaque, le ligament inguinal et le fascia thoraco-lombaire avec un trajet oblique en cranial et médial. Il se termine sur le grill costal (10,11, 12 ème côtes) et ligne blanche.

2-1-3 Le Muscle transverse : C'est le plus profond des muscles de l'abdomen. La plus part de ses fibres parcourent la paroi abdominale latéralement. Il prend son origine au niveau des 6 dernières côtes, des processus transverses lombaires et de la crête iliaque. Il a un trajet en écharpe ou en ceinture en se terminant sur le processus xiphoïde et la ligne blanche.

Il est tapissé sur sa face interne par le fascia transversalis et le péritoine

2.2 Muscles droits de l'abdomen

2.2.1 Muscles :

C'est un muscle vertical situé de chaque côté de la ligne médiane et entrecoupé de 3 ou 4 intersections tendineuses. Il prend son origine au niveau de la 5^{ème} côte, des 5, 6, 7^{ème} cartilage costal et du processus xiphoïde. Son trajet est vertical et se termine sur le pubis

A ce muscle est annexé le muscle pyramidal de forme triangulaire à base inférieure situé entre la ligne blanche et le pubis.

2.2.2 La gaine du muscle droit :

Elle est formée par l'aponévrose des muscles larges. Elle comporte un feuillet ventral et un feuillet dorsal.

2-3 Les points faibles de la paroi abdominale [20]

2.3.1 L'aine : (Fig 6)

La terminaison des muscles plats de la paroi antéro – latérale de l'abdomen ménage deux voies de passage :

- ✓ L'une superficielle pour le cordon spermatique chez l'homme ou le ligament rond chez la femme, c'est le canal inguinal.
- ✓ L'autre profond pour les vaisseaux fémoraux, c'est le canal fémoral ou crural. Ces orifices de passage fragilisent la région inguinale qui en position debout est normalement convexe et supporte la poussée abdominale.

Des diverticules de péritoine peuvent s'extérioriser dans ces orifices entraînant la formation de hernies. En fait cette région est fragilisée par un orifice unique, l'orifice musculo-pectinéal limité :

- En bas par la branche horizontale du pubis ayant à son bord supérieur le ligament pectine (le ligament de Cooper) ;
- En haut par les muscles de la paroi antéro – latérale de l'abdomen ;
- En dedans par le muscle grand droit de l'abdomen et sa gaine renforcée en arrière par le tendon conjoint ;
- En dehors par le muscle psoas entouré du fascia iliaca.

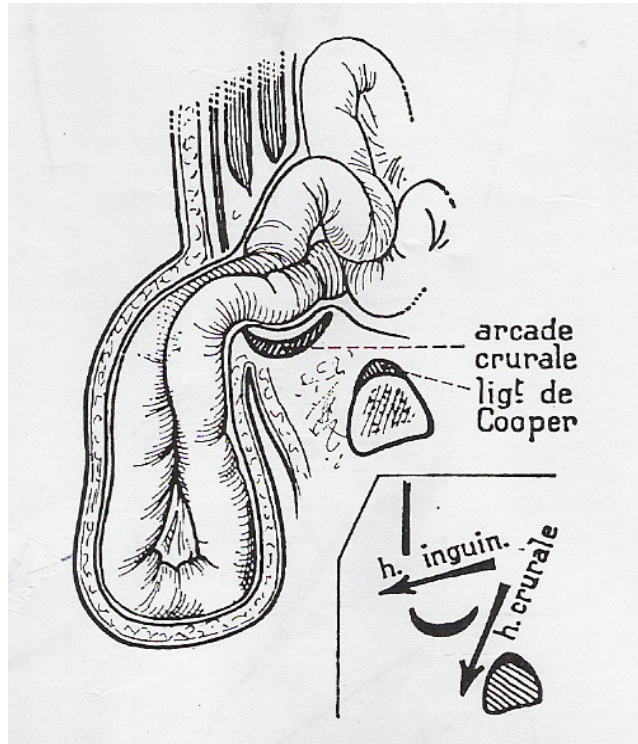
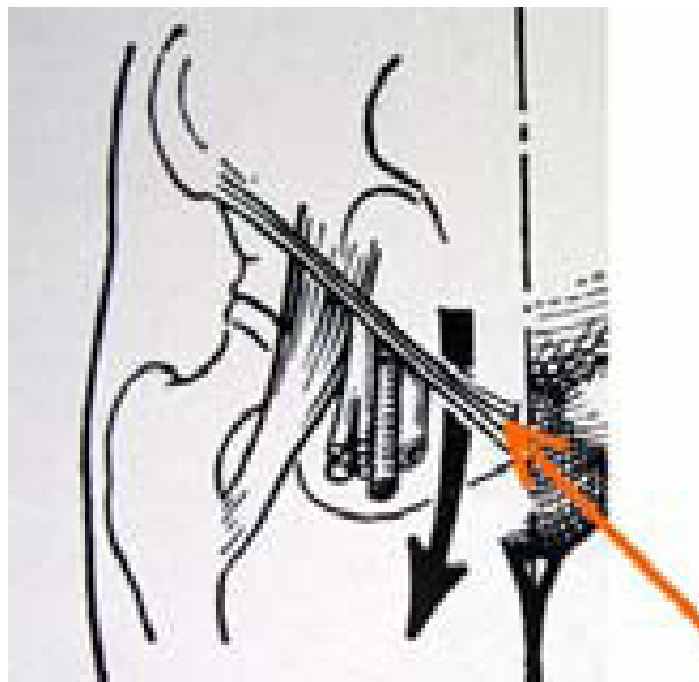


Figure 2 : hernie inguinale fait issue de l'abdomen au dessus de l'arcade crurale [11]



Ligne de Malgaigne

Figure3 : Schéma de l'aïne avec canal inguinal et crural[12]

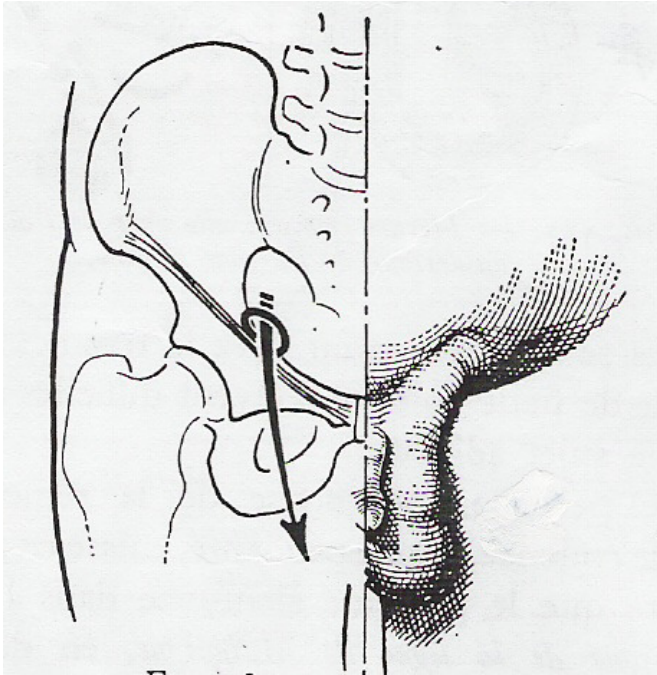


Figure 4: hernie oblique externe congénitale [11]

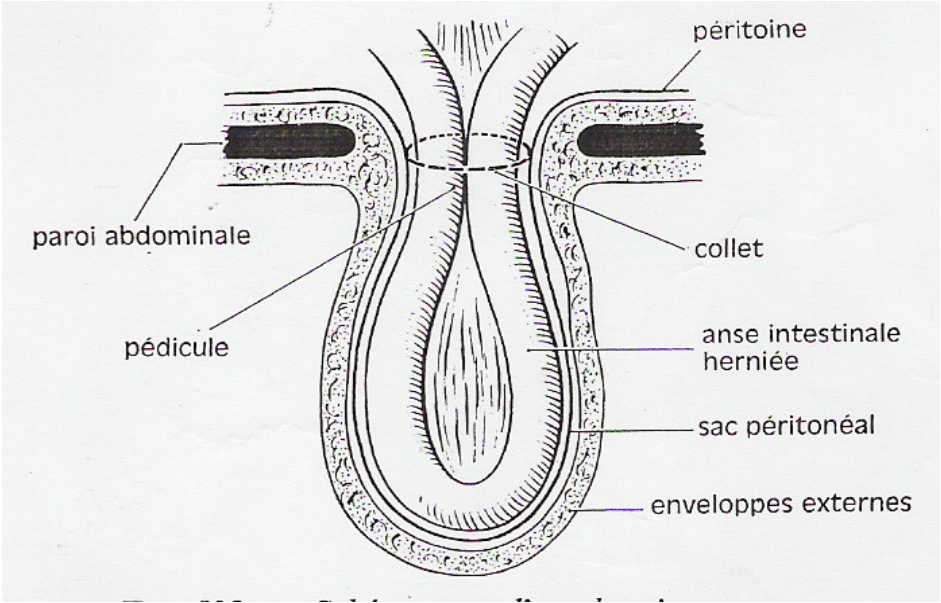


Figure 5 : schéma d'une hernie en coupe [11]

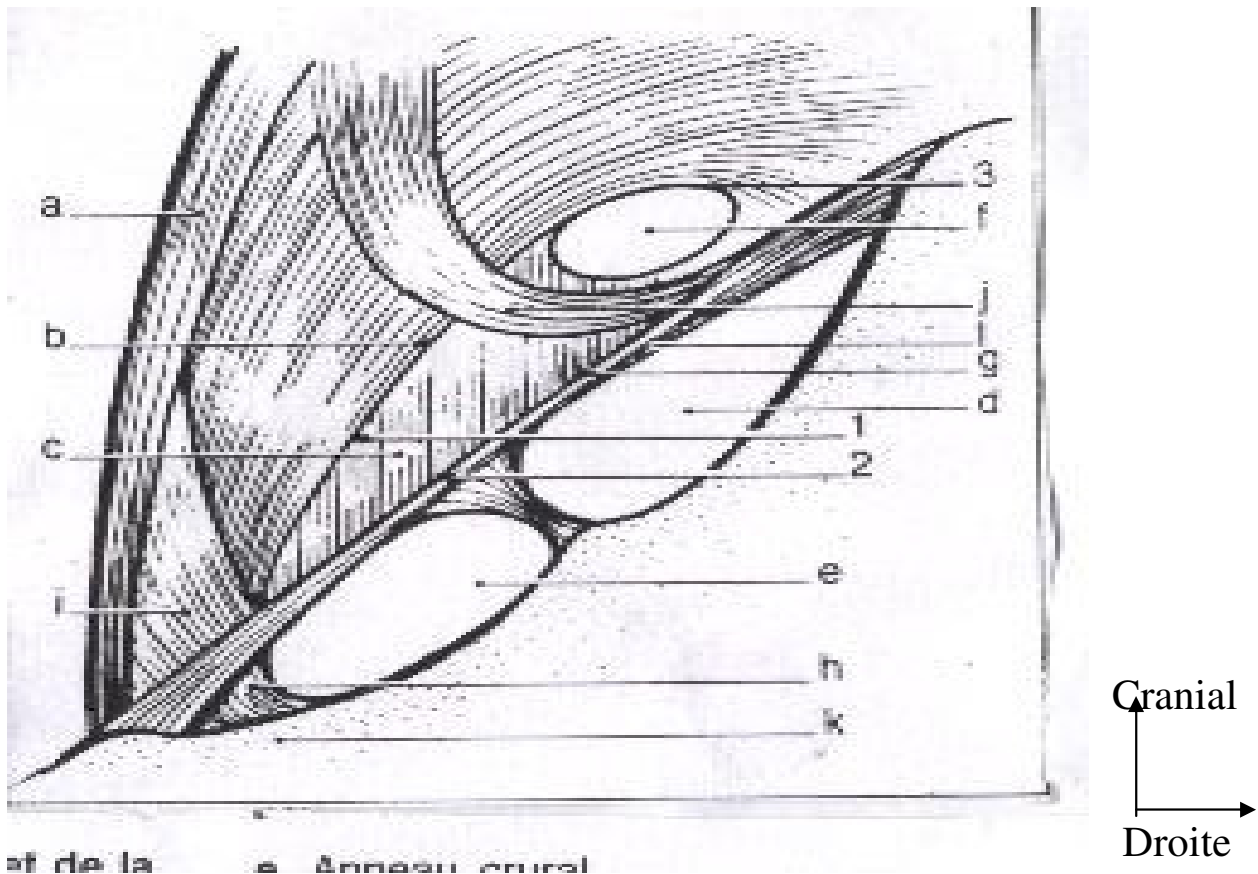


Fig. 6- Vue postérieure de l'orifice pectinéal et de la paroi postérieure du canal inguinal.

a Bord externe du muscle grand droit

b Faux inguinale

c Fascia transversalis

d Canal iliaque

e Anneau crural

f Orifice profond du canal inguinal

g Ligament inguinal

h Ligament lacunaire

i Ligament de Henle

j Ligament interfovéolaire

k Os iliaque

i Bandelette iliopubienne.

Orifice pectinéal

1 Bord supérieur

2 Bord inférieur

3 Bord externe

Superficiellement cet orifice musculo-pectinéal est divisé en deux étages par le ligament inguinal (arcade crural) qui présente la terminaison de l'aponévrose du muscle oblique externe, l'étage supérieur inguinal livrant passage au cordon spermatique ou au ligament rond, l'étage inférieur fémoral(crural) livrant passage aux vaisseaux fémoraux profondément, l'orifice musculo-pectinéal est fermé par le fascia transversalis, écran fibreux profond et solide qui vient fermer comme un rideau l'orifice musculo-pectinéal et va s'invaginer autour des éléments spermatiques ou fémoraux traversant la région.

Ce fascia présente un orifice supéro-externe ou inguinal profond par où pénètrent dans le canal inguinal les différents éléments du cordon et un orifice interne ou inguinal superficiel par où le cordon spermatique quitte le canal inguinal.

2-3-2 L'ombilic ou nombril :

Avant la naissance l'ombilic est le lieu de passage des organes qui relient le fœtus à la mère. L'anneau ombilical est creusé dans la ligne blanche; l'ombilic est la cicatrice consécutive à la chute du cordon ombilical qui s'effectue après la naissance et cette cicatrice obstrue en avant l'anneau ombilical.

Situation : Anneau fibreux rétracté de 10 à 15mm de diamètre adhérent à la peau et au péritoine se situe sur la ligne blanche un peu au dessous de son milieu.

3-TYPES CLINIQUES ET MECANISMES

3.1- RAPPEL CLINIQUE [15]

L'extériorisation des viscères à travers la zone de faiblesse constituée par l'orifice musculo-pectinéal se traduit par une symptomatologie siégeant au niveau de l'aîne. Les signes fonctionnels qui conduisent le patient à consulter sont la découverte d'une tuméfaction inguinale ou la survenue de douleurs dans la région de l'aîne. Les examens cliniques et para cliniques ont pour objectifs d'établir le diagnostic de hernie, de préciser son caractère compliqué ou non, d'en déterminer le type, de rechercher des pathologies associées.

3.11 Type de description : Hernie inguinale non compliquée

Il est avant tout clinique. Il est évoqué devant les caractères de la tuméfaction de l'aîne, qui est réductible lors de la pression douce et qui disparaît parfois au repos et en décubitus dorsal. En revanche, cette tuméfaction augmente et peut devenir douloureuse lors des efforts ou de la contraction des muscles abdominaux, à la fatigue ; elle est expansive et impulsive à la toux. Ces caractères permettent d'éliminer les adénopathies inguinales ou les tumeurs sous-cutanées de type lipome qui sont irréductibles et expansives. La dilatation de la crosse de la veine saphène interne est associée à des dilatations variqueuses des membres inférieurs et s'affaisse en décubitus dorsal. En outre, la compression brusque des ectasies veineuses sous-jacentes transmet à la tuméfaction de l'aîne, l'onde provoquée. Les éventrations se différencient des hernies par la présence de la cicatrice cutanée, séquelle du traumatisme qui les a provoqué.

Le caractère inguinal de la hernie est déterminé par son siège au niveau de l'aîne, en dehors de l'épine du pubis, et par l'origine de son pédicule qui siège au-dessus de la ligne de Malgaigne qui s'étend de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéropostérieure.

L'examen clinique chez l'homme consiste en l'exploration par l'index de l'orifice superficiel du canal inguinal recouvert de la peau scrotale invaginée. En l'absence de pathologie, cet orifice n'est perméable qu'à la pulpe de l'index, il devient virtuel lors de la toux. En cas de hernie, cet orifice est largement perméable au doigt qui peut y percevoir le sac herniaire, spontanément ou lors des efforts de toux.

Le doigt introduit dans le canal inguinal précise son trajet, oblique en haut et en dehors, et apprécie la solidarité de la paroi postérieure. Le diagnostic différentiel se fait avec les hernies crurales qui siègent à la racine de la cuisse, en dedans des battements de l'artère fémorale et dont le pédicule est situé au-dessous de la ligne de Malgaigne. Ces hernies sont plus fréquentes chez la femme.

Le type de la hernie est également déterminé par l'examen clinique.

_ **Les hernies obliques externes** suivent le trajet du canal inguinal en fonction du degré de pénétration transcanalaire du sac herniaire, on distingue :

° ***La pointe herniaire***, où le sac n'atteint pas l'orifice inguinal superficiel et reste intra canalaire ;

° ***Le bubonocèle*** dont le sac fait saillie au niveau de l'orifice inguinal superficiel entraînant la formation d'une tuméfaction inguinale ;

° **Les hernies funiculaires ou scrotales**, dont le sac et son contenu atteignent la racine ou le fond de la bourse.

Chez la femme, le diagnostic des petites hernies inguinales est souvent difficile. Les hernies volumineuses descendent dans la grande lèvre.

_ **Les hernies inguinales directes** se présentent comme une saillie globuleuse au-dessus et en dehors de la racine de la verge. Elles ne descendent jamais vers les bourses, et le doigt qui explore le canal refoule directement le sac d'avant en arrière. Les pulsations de l'artère épigastrique sont perçues au bord externe de l'anneau inguinal.

_ **Les autres variétés de hernies inguinales**, beaucoup plus rares, sont de diagnostic clinique difficile. Il est alors utile de faire appel aux examens complémentaires : herniographie, écho tomographie, afin de confirmer le diagnostic.

° **L'examen clinique** est complété par l'identification de pathologies associées.

° **L'interrogatoire** recherche la notion de constipation récente précédant l'apparition de la hernie et devant faire évoquer la possibilité d'une pathologie colorectale, d'une dysurie, d'un amaigrissement rapide, d'une pathologie broncho-pulmonaire.

° **Le toucher rectal** est systématique chez l'homme de plus de 50 ans afin d'apprécier le volume prostatique et d'éliminer une lésion rectale.

° **L'examen de l'aîne** controlatérale permet de noter une déhiscence de l'orifice inguinal superficiel dans 50 à 60% des cas chez les patients de plus de 60 ans, et dans 15% des cas chez le nourrisson.

° **La palpation** du scrotum aidée de la transillumination permettent le diagnostic des hydrocèles associées aux hernies scrotales.

3.1.2. Hernies compliquées

3.1.2.1- L'étranglement, striction permanente du contenu du sac herniaire, constitue l'indication opératoire de 8 à 12% des hernies inguinales traitées chirurgicalement. Les patients chez lesquels il survient ont un âge moyen plus élevé que celui de ceux porteur d'une hernie non compliquée. Les hernies droites s'étranglent plus fréquemment que les gauches.

La souffrance ischémique des viscères herniés fait toute la gravité de l'étranglement et rend compte de la nécessité d'un traitement chirurgical d'urgence, afin de prévenir l'évolution vers la nécrose viscérale. Les organes le plus souvent étranglés sont par ordre de fréquence : l'intestin grêle, le grand épiploon, le côlon et la vessie. La trompe et l'ovaire, l'appendice iléo-cæcal, le diverticule de Meckel (hernie de Littré) peuvent également être étranglés. Dans les deux derniers cas, la perforation intra sacculaire aboutit à la constitution d'un phlegmon herniaire. La réaction inflammatoire interne au niveau de l'aîne ou du scrotum peut alors faire porter le diagnostic d'orchite ou d'adénite. De même en cas de pincement latéral d'une anse grêle (**hernie de Richter**), les signes locaux sont réduits ou absents, alors que les douleurs abdominales dominant le tableau clinique. En dehors de ces cas, rares, le diagnostic est aisément porté par le médecin et dans 90% des cas par le patient.

L'irrégularité récente de la hernie, la douleur locale constituent les signes majeurs et constants de l'étranglement. Les autres signes sont variables en fonction de la nature des organes étranglés : occlusion haute si l'intestin grêle est intéressé, dysurie s'il s'agit de la vessie, occlusion basse s'il s'agit du côlon sigmoïde. Le diagnostic différentiel de l'étranglement est essentiellement constitué par les hernies « symptômes ». La hernie devient douloureuse lors de l'évolution d'une pathologie intra abdominale : occlusion intestinale, épanchement intra péritonéal, pneumopéritoine, péritonite, sigmoïdite, carcinose péritonéale. Cependant, même en cas de doute, la suspicion d'étranglement doit aboutir à l'exploration chirurgicale de la hernie.

La hernie étranglée du nourrisson constitue un cas particulier, au cours duquel la chirurgie n'est indiquée qu'après l'épreuve du bain chaud.

- **L'irréductibilité** est le fait des hernies inguinoscrotales volumineuses et anciennes. Elle est liée à la présence d'adhérences soit naturelles dans les hernies par glissement, soit inflammatoires entre le sac herniaire et les viscères, et entre les viscères eux-mêmes qui s'opposent à leur mobilisation et leur réintégration dans la cavité péritonéale.

3.1.2.2- L'engouement constitue un étranglement résolutif. La hernie devient transitoirement douloureuse et irréductible, puis se réduit spontanément. Il s'agit en fait d'un diagnostic qu'il faut savoir ne pas poser, car il traduit un étranglement peu serré. Devant une telle symptomatologie, une thérapeutique chirurgicale doit être réalisée.

3.1.2.3- La contusion herniaire entraîne le risque de sphacèle, de perforation ou d'éclatement d'une anse intestinale.

Les volumineuses hernies inguinoscrotales sont les plus exposées. Les lésions des organes herniés s'accompagnent d'un hématome scrotal et parfois d'une rupture du cordon. Le diagnostic est en général facile par l'anamnèse qui retrouve la notion de traumatisme, et par l'examen clinique qui note des signes locaux de contusion : ecchymose ou excoriations.

3.2—TYPES CLINIQUES

3.2.1 Hernies inguinales [18]:

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

3.2.1.1 Hernie oblique externe congénitale :

Elle est favorisée par la persistance du canal péritoneo vaginal normalement oblitére. Elle émerge de l'abdomen par l'orifice inguinal profond.

Elle parcourt le trajet du canal inguinal réalisant une voussure qui peut descendre dans les bourses empruntant alors la voie suivie par le testicule lors de la descente dans le scrotum (hernie inguino scrotale)

Le sac herniaire constitué par l'invagination du péritoine peut contenir l'intestin ou l'épiploon.

3.2.1.2 Hernie directe ou de faiblesse :

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

3.2.2 Hernies fémorales (ou crurales)

Elles sont les plus rares des hernies de l'aine, elles sont favorisées par les grossesses et l'atrophie musculaire d'où leur prédominance chez la femme âgée.

Elles se font par le canal fémoral, partie de l'orifice musculo-pectinéal située en dessous du ligament inguinal en dedans des vaisseaux fémoraux.

Cliniquement il s'agit d'une tuméfaction ovoïde, de la racine de la cuisse qui est expansive et impulsive à la toux. Cette tuméfaction est recherchée cuisse en abduction, jambe pendante au bord du lit.

Le collet siège sous la ligne de Malgaigne.

Chez une patiente obèse, l'examen peut être négatif. [12]

3.2.3 Hernies ombilicales :

Elles résultent de la distension de l'ombilic qui est limitée au niveau du plan musculo- aponévrotique par l'anneau ombilical. Il s'agit en règle des hernies directes dues à la fermeture incomplète de l'anneau ombilical par la partie correspondante du fascia transversalis appelée à ce niveau fascia de Richet.

Cliniquement il s'agit d'une masse ombilicale ayant les caractères d'une hernie, souvent pauci symptomatique. La peau en regard est souvent altérée (intertrigo).

Il faut évaluer le diamètre du collet herniaire à la palpation.

Chez la femme obèse on recherchera d'autres hernies, un prolapsus gynécologique, des antécédents de multiparité

Suivant l'évolution la hernie s'accroît progressivement et peut donner des épisodes d'engouement et peut également s'étrangler.

Si la hernie est très volumineuse, elle peut se rompre (éviscération) qui est rare mais grave. [11]

3.2.4 Hernie de la ligne blanche :

C'est la hernie d'un segment intestinal à travers les fibres d'entrecroisement de la ligne blanche. Selon le siège elle peut être sus ombilicale, juxta ombilicale ou sous ombilicale. Le plus souvent acquise, elles sont en règle asymptomatiques.

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

donc toujours être effectuée lors de l'intervention ou par tomodensitométrie en préopératoire.

3.2.5 Hernie de la ligne de Spiegel :

Les hernies de Spiegel apparaissent sur la ligne ou fascia « semi-lunaire » qui représente, au bord externe du muscle droit ou rectus, la jonction des aponévroses et muscles larges. Cette ligne va du bord antérieur du 9^e cartilage costal au pubis.

Les hernies de Spiegel sont le plus souvent rencontrées au-dessous du niveau ombilical par déhiscence de l'aponévrose du transverse (fibres aponévrotiques transversales) et du muscle oblique interne qui paraissent plus faibles au voisinages (au-dessus ou au-dessous) de la ligne arquée. Longtemps interstitielles et de petite taille, refoulant l'aponévrose du muscle oblique externe, elles peuvent grossir, traverser l'aponévrose et se faire jour entre la ligne du bord externe du rectus et la ligne axillaire. La hernie de Spiegel comporte toujours un sac péritonéal coiffé d'un peloton de graisse pré péritonéale. Ce sac (interstitiel ou superficiel) peut contenir épiploon, côlon, estomac. Le risque d'étranglement est important car le collet est fait d'un orifice réduit, fibreux avec un sac contenant parfois un organe lourd (vésicule biliaire, appendice, testicule, ovaire, utérus). [12]

Le vieillissement des structures fibreuses, l'obésité, l'augmentation de la pression intra abdominale, seraient de nature à engendrer ce type de

hernie, plus fréquentes qu'on ne le croit mais non diagnostiquées car peu symptomatiques.

3-2.6 Hernies obturatrices :

Les hernies obturatrices se définissent par le trajet du sac qui emprunte le canal obturateur et se caractérisent par une relative rareté et par leur gravité, liée à la fréquence de l'étranglement inaugural.

Elles prédominent à droite et chez la femme (6 pour 1) avec un âge moyen élevé de 70 à 80 ans ; elles semblent être favorisées par l'amaigrissement, les grossesses, les pneumopathies.

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

obturateur externe. Il contient souvent du grêle, mais on y a décrit également le caecum, l'appendice, la trompe, la vésicule biliaire, un diverticule de Meckel, l'épiploon ou la vessie).

4-Types de traitement

L'objectif de la réparation herniaire est double : la suppression de la hernie et la prévention des récurrences à long terme. Cependant les procédés de traitement des hernies sont multiples et variés mais seuls les principaux seront cités et ceux utilisés dans l'unité de chirurgie générale du CSRéf CVI seront décrits.

Quoi qu'il en soit toutes les techniques de herniorraphie partagent les principes fondamentaux suivants:

- le traitement du sac
- la réparation pariétale

Cependant chez les enfants il n'existe pas de réparation pariétale car la hernie chez l'enfant est due à une persistance partielle ou permanente du canal péritonéo-vaginal.

Les plasties

- musculaires
- les prothèses

Elles sont surtout utilisées chez les personnes âgées à paroi abdominale déficiente.

LES INTERVENTIONS SANS PLASTIES

➤ **Le procédé de Bassini :**

Décrite en 1887 par E.Bassini, ce procédé consiste à unir en points séparés les (2) berges du fascia transversalis effondré, le tendon conjoint au ligament inguinal en retrofuniculaires (en arrière du cordon) puis les deux berges de l'aponévrose ; l'oblique externe en prefuniculaire. Cette technique conserve le trajet en chicane d'où elle limite les récurrences et cette réparation ne concerne que l'étage inguinal de l'orifice musculo-pectinéal et ne convient donc pas au traitement des hernies fémorales [12]

➤ **La technique du Shouldice hospital de Toronto :**

Cette technique se caractérise par une dissection extensive et une suture en plusieurs plans superposés par des surjets aller retour au fil d'acier.

Après dissection du sac on procède à une plicature du fascia transversalis après ouverture et fermeture de ce dernier en surjet aller retour au fil d'acier, abaissement de la faux inguinale (tendon conjoint) au ligament inguinal (arcade crurale) en surjet aller retour puis fermeture de l'aponévrose de l'oblique externe.

L'intervention de Shouldice met en jeu trois moyens pour traiter la hernie inguinale :

- amincissement du cordon ;
- recréation du trajet en chicane du cordon.
- renforcement du fascia transversalis.

➤ **L'intervention de Mac Vay :**

Décrite en 1942, cette technique consiste à abaisser le tendon conjoint au ligament de Cooper. Une incision de relaxation est nécessaire au niveau de l'aponévrose antérieure du muscle droit, de façon à détendre la tension de suture. Cette technique peut être utilisée pour le traitement des hernies inguinales et fémorales.

➤ **La technique de Forgue :**

Cette technique consiste à unir le tendon conjoint au ligament inguinal en avant du cordon en points séparés et au fil de suture non résorbable. Cette technique supprime le trajet en chicane du cordon d'où risque de récurrence. Elle est abandonnée par tous [17].

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

1.1 Présentation de la commune

C'est la plus grande et la plus peuplée des communes du district de Bamako avec 94 km² de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km².

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers qui sont : Magnambougou, Sogoniko, Sokorodji, Niamakoro, Faladjie, Sénou, Yirimadjo, Missabougou, Banankabougou et Dianéguela.

Chaque quartier dispose d'un CSCOM excepté ceux de Sokorodji et Dianéguela qui ont en commun un CSCOM. Niamakoro et Yirimadio possèdent chacun deux structures de ce type.

Les principales activités menées par la population de la commune sont :

- ☞ **L'agriculture,**
- ☞ **le maraîchage, pêche, élevage.**

☞ **Le petit commerce, transport et artisanat**

☞ **Existence de quelques industries (alimentaire, plastique,).**

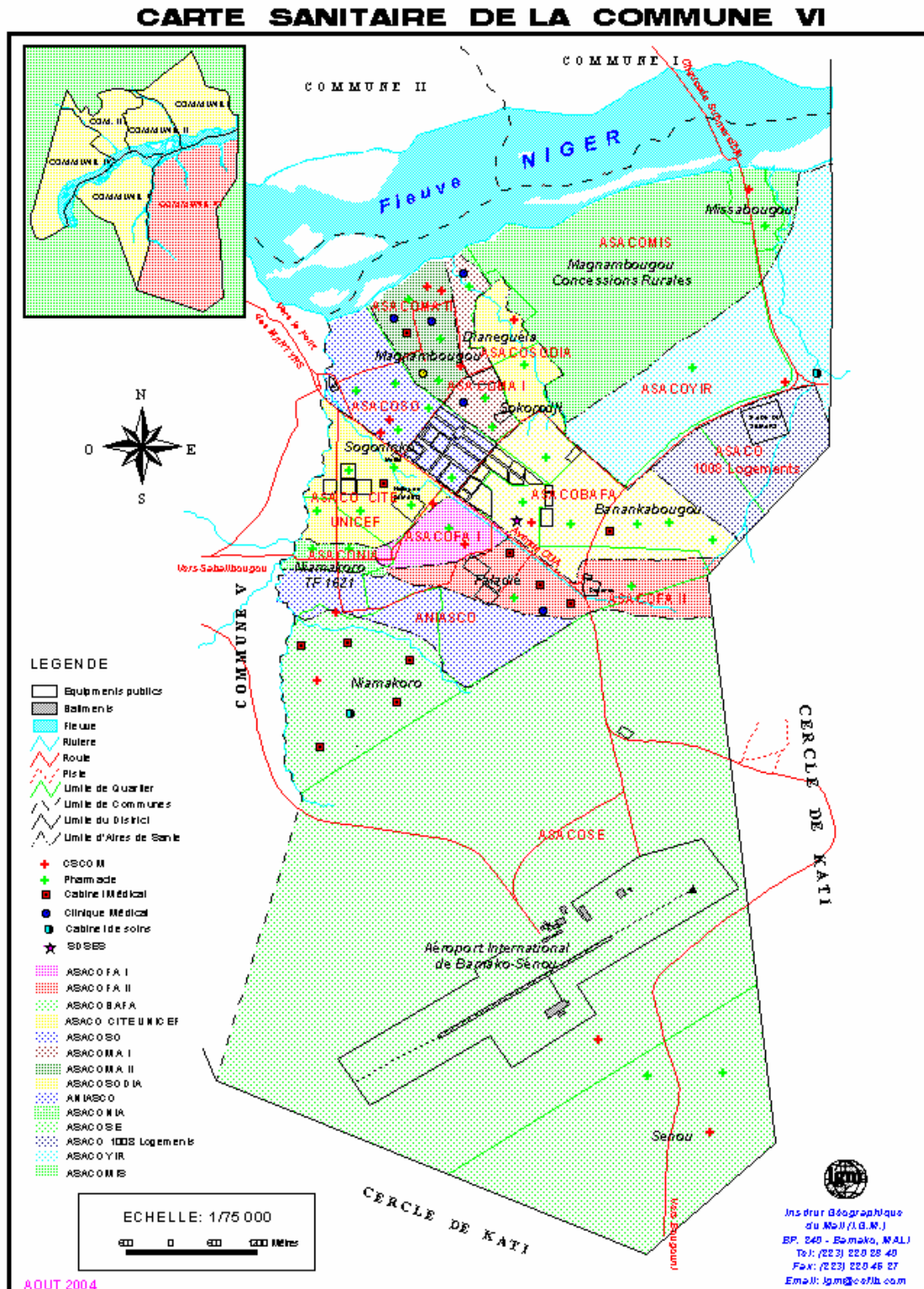
Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA), mais d'autre part, à son ancienneté parmi les centres de santé de référence du District de Bamako.

1.2. Présentation du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako :

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.



1.3 Les Ressources du Centre de Santé de Référence de la Commune VI :

a) Les infrastructures

Le service se compose de deux bâtiments :

- Le premier bâtiment qui abrite la salle d'opération est composé de :
 - Deux salles d'opération composées d'une salle de réveil et une salle de préparation pour chirurgien,
 - Une salle de consultation pré anesthésique,
 - Une salle de nettoyage des instruments,
 - Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Le second bâtiment en étage :
 - Au rez-de-chaussée :
 - La maternité comprenant une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits,
 - L'unité de consultation prénatale,
 - Deux salles de consultation pour médecin généraliste,
 - La salle de consultation pour médecin chirurgien,
 - L'unité ORL,
 - L'unité ophtalmologique,
 - L'unité odonto-stomatologique,
 - Le laboratoire,
 - La salle d'injection,
 - La salle de pansement,

- L'unité de vaccination (PEV)
- La pharmacie.
 - **A l'étage :**
- Le service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène}
- La salle de consultation gynécologique,
- La salle de consultation pédiatrique,
- La salle d'hospitalisation pédiatrique.
- L'unité de planning familial.
- La salle de réunion
- Des toilettes.

Le centre comprend également :

- La maison pour le gardien,
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
- Des toilettes.

b) Les ressources humaines :

Catégories	Nombre
Médecins gynécologues	2
Médecins généralistes	5
Médecin chirurgien	1
Etudiants thésards	18
Infirmiers diplômé d'Etat	32
Techniciens de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	15
Sages femmes	27
Matrones	4
Aides soignants	16
Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1
Chauffeurs	3
Manœuvres + gardien	9
Total	139

1.4. Les activités de l'unité de chirurgie

Tous les matins une visite est faite aux malades hospitalisés dirigée par le chef de la dite unité.

Les consultations chirurgicales ont lieu deux fois par semaine.

Les consultations anesthésiques une fois par semaine.

Les Mardi et Jeudi sont les jours du programme opératoire pour les malades programmés.

2-Type

Notre étude est rétrospective et descriptive

2.1-Période d'étude :

Notre étude a été réalisée de Février 2007 à Janvier 2009.

3-Populations d'étude :

3-1 Les critères d'inclusion :

Les patients ayant une hernie abdominale, diagnostiquée et traitée dans l'unité de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako de Février 2007 à Janvier 2009.

3-2 Les critères de non inclusion :

Les patients qui consultent dans l'unité de chirurgie générale de CSRéf CVI et ne présentant pas de hernies abdominales.

4-Echantillonnage :

Nous avons procédé à un recrutement systématique des sujets correspondants à nos critères d'inclusions.

A noter qu'un suivi trimestriel a été effectué chez tous les patients jusqu' à 6 mois après l'intervention chirurgicale.

Certains patients ou personnes contacts ont été contacté par téléphone pour compléter les dossiers.

5 – Collecte des données :

Pour la collecte des données les supports suivants ont été utilisés :

- Fiche d'enquête
- Registre d'hospitalisation
- Dossiers des patients.
- Le registre de compte rendu opératoire.

6-La saisie et l'analyse des données

Les données ont été saisies sur Epi.6.FR et analysées sur le logiciel SPSS (Statistique Package for Social Sciences).

RESULTATS

IV – RESULTATS :

4 – 1 APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE :

La fréquence globale : Durant notre étude, sur 2 051 consultants en chirurgie 130 présentaient une hernie abdominale soit une fréquence de **6,34 %**.

Tableau I : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif Absolu	Pourcentage
0 à 10 ans	16	12,30
11 à 20 ans	5	3,84
21 à 30	17	13,07
31 à 40	16	13,31
41 à 50	19	14,61
51 à 60	31	23,84
61 à 70	17	13,07
71 à 80	6	4,61
81 à 90	3	2,35
Total	130	100,00

Les patients de la tranche d'âge 51 – 60 ans ont été les plus nombreux avec 31 cas soit 23,84 %.

Tableau I I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif Absolu	Pourcentage
Masculin	119	91,5
Féminin	11	8,5
Total	130	100,0

Il existe une prédominance masculine avec 119 cas soit 91,5 % et un sexe ratio de 10,8.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif Absolu	Pourcentage
Cultivateur	43	33,07
Ouvrier	32	24,62
Elève/Étudiant	14	10,77
Autres	14	10,77
Commerçant	9	6,92
Sans profession	8	6,16
Ménagère	7	5,38
Pêcheur	3	2,31
Total	130	100

Les cultivateurs ont été les plus représentés avec 43 cas soit 33,07 %.

Autres : Marabouts (4), Militaires (5), Tailleurs (3), Bijoutiers (2)

Tableau IV : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif Absolu	Pourcentage
Commune VI	68	52,3
Hors Commune VI	62	47,7
Total	130	100,0

Près de la moitié de nos patients résidaient hors de la commune VI, soit 47,7% des patients.

Tableau V : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif Absolu	Pourcentage
Bamanan	42	32,3
Peulh	28	21,5
Soninké	17	13,1
Malinké	13	10,0
Sonrhäi	10	7,7
Dogon	8	6,2
Bozo, Somono	6	4,6
Maure	3	2,3
Kakolo	3	2,3
Total	130	100,0

Les ethnies Bamanan et Peulh ont été les plus représentées avec respectivement 32,3 % et 21,5 % des patients.

Tableau VI : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif Absolu	Pourcentage
Malienne	128	98,5
Non Malienne	2	1,5
Total	130	100,0

Les maliens ont représentés 128 patients soit 98,5 %.

Dans non maliens se trouvent : - 1 Burkinabé

- 1 Guinéen

Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'alphabétisation	Effectif Absolu	Pourcentage
Non instruits	88	67,96
Fondamental	21	16,15
Secondaire	12	9,23
Supérieur	9	6,92
Total	130	100,0

Les patients non instruits ont représenté 67,96%.

4 - 2 – APPROCHE CLINIQUE

Tableau VIII : Répartition des patients selon les circonstances de découverte

Circonstance de découverte	Effectif Absolu	Pourcentage
Consultation régulière	121	93,1
Urgence	9	6,9
Total	130	100,0

Les patients reçus lors des consultations régulières ont représentés 93,1%.

Tableau IX : Répartition des patients venus pour récurrence herniaire

Récidives herniaires	Effectif	Pourcentage
Oui	15	11,53
Non	115	88,47
Total	130	100

Les patients venus pour récurrence de hernie inguinale ont représenté 11,53% dont 2 cas de récurrence secondaire.

Tableau X : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif Absolu	Pourcentage
Tuméfactions inguinale / inguinoscrotale indolores	107	82,31
Tuméfaction douloureuse	9	6,92
Tuméfaction ombilicale/sus pubienne indolore	14	10,77
Total	130	100,0

Les tuméfactions inguinale, inguinoscrotale indolores étaient présents chez 82,31 % des patients.

Tableau XI: Répartition des patients selon les complications.

Complications	Effectif absolu	Pourcentage
Hernie non compliquées	121	93,1
Hernie compliquée	9	6,9
Total	130	100,0

Dans notre étude les hernies compliquées ont représenté 6,9%

Tableau XII : Répartition des patients selon le type de complications

Types de complications	Effectif absolu	Pourcentage
Hernie inguinale engouée	1	11,11
Hernie inguinoscrotale étranglée	8	88,89
Total	9	100,0

L'étranglement herniaire a représenté 88,89% des complications.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le type clinique

Types	Effectif Absolu	Pourcentage
H. inguinale	70	53,8
H. inguino-scrotale	45	34,7
H. Ombilicale	9	6,9
H.de la ligne Blanche	5	3,8
H.Crurale.	1	0,8
H.Spiegel	0	0
H.Obturatrice	0	0
Total	130	100,0

Les hernies de l'aïne ont représenté 116 cas soit 89,3%.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les méthodes de traitement appliqué.

Traitement	Effectif Absolu	Pourcentage
Shouldice	62	47,69
Bassini	34	26,15
Ligature résection du sac	19	14,62
Mayo	9	6,92
Autres	5	3,85
Mac Vay	1	0,77
Total	130	100,0

La cure herniaire par la méthode de Shouldice a représenté 62 cas soit 47,69 %.

Autres : Méthode de cure de hernie de la ligne blanche.

La ligature résection du sac a été effectuée chez les enfants moins de 15 ans.

Tableau XV: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée du Traitement	Effectif Absolu	Pourcentage
Moins de 5 jours	121	93,07
Plus de 5 jours	9	6,93
Total	130	100,0

L'hospitalisation a duré moins de 5 jours chez 93,07% des patients.

Tableau XVI: Répartition des patients selon les suites immédiates.

Evolution	Effectif Absolu	Pourcentage
Simple	127	97,69
Inflammation testiculaire	1	0,77
Suppurations pariétales	2	1,54
Total	130	100,0

Les suites opératoires immédiates ont été simples chez 97,69% de nos patients.

Tableau XVII : Répartition des patients selon les suites opératoires après 6 mois.

Evolution	Effectif Absolu	Pourcentage
Favorables	129	99,23
Récidive	0	0
Décédé*	1	0,77
Total	130	100,0

Après 6 mois l'évolution a été favorable chez 99,23% de nos patients.

* Par ailleurs 1 décès non lié à une cause chirurgicale chez un insuffisant cardiaque au CHU du Point G dans un contexte d'OAP a été enregistré à 1 mois du suivi.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude a été réalisée dans l'unité de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako.

Durant notre période d'étude, il a été réalisé 2051 consultations chirurgicales dont 130 hernies abdominales soit une fréquence de 6,34 %. Une étude effectuée par SIDIBE R [19] a trouvé une fréquence de 13,26%.

Cette différence peut s'expliquer par l'inexistence d'un service de médecine durant notre période d'étude, et que l'unité de chirurgie générale assurait les deux fonctions.

V- I - EPIDEMIOLOGIE

V-1-1 L'AGE :

Les malades de la tranche d'âge (51-60 ans) ont été les plus nombreux avec 31 cas soit 23,84%.

Cela s'expliquerait par l'effet de la vieillesse et des travaux de force (ces hernies étant dues à une faiblesse de la paroi abdominale).

Notre résultat peut être comparé à celui de

SIDIBE R [19] qui a montré que le maximum de cure de hernie abdominale a été pratiqué entre 51 et 60 ans avec 15,58%, et de BOUARE Ma [1] qui a trouvé 21,31% entre 45 et 64 ans.

V-I - 2 LE SEXE :

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 119 cas soit 91,5% contre 11 cas soit 8,5% donnant un sexe ratio de 10,80%.

Cela est dû au fait que ce sont les hommes qui effectuent les travaux les plus intensifs qui provoquent ces hernies. Cependant les hernies abdominales ont pour facteurs favorisants essentiel toutes causes d'hyper pression abdominale.

Notre résultat est comparable à celui de SIDIBE R.[19] qui a trouvé 93,50% avec un sexe ratio de 14,30 et Bouaré Ma [1] qui a trouvé 86,71% avec un sexe ratio de 9,0.

V-I - 3 LA PROFESSION

Les cultivateurs ont été les plus représentés avec 43 cas soit 33,07%.

Cela pourrait s'expliquer par la proportion importante d'agriculteurs dans la population du Mali et nous ne saurons oublier que l'agriculture est un travail de force par excellence surtout quant elle se fait selon les méthodes traditionnelles sans mécanisation.

Notre résultat est comparable à celui de Touré A. [22] qui a trouvé 28,58%, et de SIDIBE R [19] qui a trouvé 55%.

La différence avec ce dernier peut s'expliquer par le fait que notre échantillon était beaucoup plus petit que le sien.

V-I - 4 ETHNIE

Les bamanans étaient majoritairement représentés avec 42 cas soit 32,3% ce qui concorde avec la répartition ethnique du pays [13].

V - 2 – ETUDE CLINIQUE

V - 2 – ITYPES CLINIQUES :

Les hernies de l'aïne ont été les plus représentées avec 116 cas, soit 89,3% des cas.

Ce résultat rejoint ceux de SIDIBE R [19] et de F. BOUKINA et coll [7] qui ont trouvé respectivement 89,69% et 94,6%.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'aïne est la zone la plus faible de l'abdomen, constituée essentiellement de fibres musculaires formant ainsi des canaux naturels (inguinal et fémoral).

V-2-2 COMPLICATIONS

Durant notre étude les hernies compliquées ont représenté 6,9%.

Ce résultat rejoint celui de Gallegos N C et Coll qui ont trouvé 5,01% de hernies compliquées.[9]

V-2-3 TECHNIQUES OPERATOIRES

Pendant notre étude 3 techniques ont été pratiquées pour la cure des hernies de l'aïne: la méthode de Shouldice, de Bassini et celle de Mac Vay

Les raisons fondamentales pour le choix de ces méthodes sont fonction du profil de la formation du chirurgien d'une part et par le type clinique d'autre part.

Pour les cures de hernie ombilicale nous avons utilisé la méthode de Mayo.

Les autres cas de hernies ont subi les principes fondamentaux de herniorraphie à savoir: l'ouverture du canal, le traitement du sac et la réparation pariétale.

Cependant il existe d'autres méthodes de cures herniaires dans les CHU telles que le Lichtenstein modifié par Stoppa [15]

V - 2 - 4 EVOLUTION :

Sur 130 hernies abdominales opérées durant notre période d'étude, les suites immédiates ont été simples chez 97,69 % des patients avec un taux de morbidité de 2,31%.

Après 6 mois l'évolution a été favorable chez 99,23 % de nos patients. Par ailleurs un décès non lié à une cause chirurgicale chez un patient insuffisant cardiaque dans un contexte d'OAP au CHU du Point G a été enregistré à un mois du suivi.

SIDIBE R [19] a enregistré 94,22% d'évolution favorable et un taux de mortalité de 4,2%. Cela est dû au fait que ces hernies étaient étranglées avec nécrose intestinale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI -CONCLUSION

Cette étude ayant pour cadre le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a porté sur 130 cas de hernies abdominales allant du 01 Février 2007 au 31 Janvier 2009. On retient :

- La fréquence globale des hernies de l'abdomen a été de 6,34%.
- 93,1% des patients ont été vus lors des consultations régulières.
- 91,5% des sujets étaient de sexe masculin et particulièrement les plus âgés.

Les malades de la tranche d'âge [51 - 60] ans étaient les plus nombreux.

- 47,7% des malades résidaient hors de la commune VI.
- 89,3 % des cas étaient des hernies de l'aîne.
- 6,9% de ces hernies étaient compliquées et 88,89% de ces complications étaient des hernies inguinales étranglées.
- 73,84 % des patients ont été traités par les méthodes de Shloudice et de Bassini.
- La morbidité post opératoire immédiate a été de 2,31%
- Après 6 mois le létalité a été de 0,77 %, décès non lié à une cause chirurgicale.

VII- RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent à :

*** Populations :**

Consulter le plus tôt que possible en chirurgie devant toute tuméfaction inguinale, ombilicale, inguino-scrotale ou sus pubienne.

*** Prestataires des Formations socio- sanitaires de la périphérie (CSCoM)**

Référer dans les plus brefs délais les malades reçus en urgence pour hernie abdominale ou autres types compliqués afin de réduire la mortalité.

• Autorités Sanitaires :

- Recruter en qualité et en quantité le personnel de la salle d'opération ;
- Former des chirurgiens sur les nouvelles techniques de la herniorraphie avec mise en place de prothèses.

*** Médecin chirurgien, chef d'unité :**

Exiger la bonne tenue des dossiers, des registres de consultations, les protocoles opératoires qui servent comme archives et peuvent être exploités pour tous travaux de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

1-BOUARE Ma.

Etude de 610 cures de hernies de l'aine dans le cercle de Bafoulabé et Kéniéba. Thèse Médecine – Bko (Mali) 1988, N°16.

2-BOUARE Mo.

Etude épidémiologique des hernies inguinales dans le cercle de Kolokani. Thèse Médecine – Bko (Mali) 1982, N° 24.

3- BOUTELIER. LEGER et COLLABORATEURS

SEMIOLOGIE CHIRURGICALE Manson 6^{ème} Edition 1993.

Page 27 à 32.

4- CISSE S.

Etude de 727 hernies de l'aine dans les hôpitaux de Bko et Kita Thèse Médecine Bko (Mali) 1982, N°207.

5- COULIBALY D.

Etude statique de l'évolution du nombre d'intervention chirurgicale dans les Hôpitaux de Bko et Kita (à propos de 987 actes chirurgicaux).

Thèse Médecine – Bko (Mali) 1987, N° 5.

6- FAIN (Silberteïn A J)

Etude anatomique et approche chirurgie de 704 hernies abdominales externes en Côte D'Ivoire (Silberteïn).

Ann. Sac Belge Méd. Trop 1979, 59, 165 –183

7--F.BOUKINDA et Coll :

Profil épidémiologique des hernies au Centre Hospitalier de la TALANGAI à Brazzaville.

Etude portant sur 260 malades opérés en 12 mois.

Médecine d'Afrique Noire : 1993 ; 40 : 112-118

8 -Fofana Mo

Epidémiologie des pathologies chirurgicales dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Thèse de Med Bamako 2006/ N°26

9-Gallegos N C et Coll.

Risk of strangulated in groin hernias.

Br.J.Surg, 1991; 78: 1171-1173.

10- L. Manuila et Collaborateurs

Dictionnaire Médical Manson 8^{ème} édition 1999.

Page 217 – 218.

11-Le Pharo – Marseille :

Techniques élémentaires pour Médecins isolés 2^{ème} édition 2001.

Page 195 – 213.

12- Luc J

Hernies abdominales.

Revue du Praticien 2003 ; 53 : 1637-1640

75181 Paris Cedex 04

13-MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES

Enquête démographique de santé 1995-1996. Cellule de planification et de statistique .

Direction nationale de la statistique et de l'information .

14- MONDOR H.

Diagnostics urgents, abdomen, Manson, 9^{ème} Edition (3^{ème} tirage) 1998.

15- Ouattara I. N.

Cure des hernies inguinales sans tension : technique de Lichtenstein modifiée par Chastan.

Thèse Méd. Bamako 2004, 95 p, N°67.

16-RICHARD J.

Activité chirurgicale du centre hospitalier national Yalgado Ouedrago de Ouagadougou durant l'année 1990

Med Afr. Noire, 1993 ; 52 : 180-182

17 - Samaké H.

Chirurgie ambulatoire des hernies inguinales à Bamako (128 cas).

Thèse de Médecine Bko 1995 N° 15

18- Sambou. Delaye :

Conduite chirurgicale du Point G 1^{ère} Edition 1991 Page 56 – 63.

19- SIDIBE R:

Etude épidémio-clinique des hernies de l'abdomen à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou de Janvier 1999 à Février 2003

Thèse de Méd Bko Mali 2005 N°9

20-TRAORE A.

Evaluation de 10 ans de cure de hernie de l'aîne dans le service de chirurgie B de l'hôpital du Pont- G

Thèse de Médecine .Bko (Mali) 1989 N°6

21- TRAORE T.

Urgences abdominales aiguës chirurgicales à l'hôpital de N F de Ségou. Thèse Médecine – Bko (Mali) 2000. N°36

22- TOURE A.

Etude épidémio- clinique des plaies accidentelles aux urgences de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Thèse Méd Bko (Mali) 2003. N° 98

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

1-N° d'identification /_____/

2-N° du dossier /_____/

3-Nom /_____

4-Prénom /_____

5-Age (en année) /_____/

6-Sexe /_____/

7-Profession

Fonctionnaire /___/ F. Privé /___/ F. Etatique /___/

Agro-pastorale /___/

Ouvrier /___/

Autres /___/

Provenance

Commune VI /___/

Hors Commune VI /___/

8-Ethnie

Bamanan /___/

Soninké /___/

Peulh /___/

Malinké /___/

Minianka, Samoko, Bobo, Mossi /___/

Bozo, Somono /___/

Maure, Tamacheck /___/

Sonrhäi /___/

Nationalité /_____/

9-Circonstance de découverte

Consultation régulière / ___/

Au décours de complication /___/

10-Aspects Cliniques {Types}

H. Ombilicale /___/

h. de la ligne blanche /___/

H. de la ligne de Spigel /___/

H. inguinale /___/

H. inguino – crurale /___/

Hernie Obturatrice /___/

H. inguino – scrotale /___/

11-Signes physiques

Tuméfaction /___/

Autres /___/

12-Signes fonctionnels

Pesanteur /___/

Tumefactions douloureuses /___/

Douleurs /___/

>Tumefaction sus ombilicale /___/

Tumefaction inguino scrotale /___/

Tumefaction inguinale indolore /___/

Autre /___/

13-Traitement appliqué

Chirurgical /___/

Médical /___/

14-Durée du traitement

Moins de 5 jours /___/

Plus de 5 jours /___/

15-Evolution

Favorable /___/

Défavorable /___/ Type de complication /___/

Décédé /___/

16-Niveau d'instruction

Instruits /___/

Fondamental /___/

Secondaire /___/

Supérieur /___/

Non instruits /___/

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : FOFANA

PRENOM : CHEICKNA HAMALA

**TITRE : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES HERNIES
ABDOMINALES AU CSREF CVI DU DISTRICT DE BKO.**

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FMPOS DU MALI

SECTEURS D'INTERET : SANTE PUBLIQUE CHIRURGIE

CONTACT : (00223) 76494782

RESUME :

Les hernies constituent un véritable fléau de santé publique. C'était une étude rétrospective descriptive, effectuée dans le service de chirurgie générale du CSRéf CVI du district de Bko

L'étude a concerné tous les patients présentant une ou des hernies au niveau de leur abdomen, durant notre période d'étude :

Les hommes étaient plus touchés que les femmes.

La tranche d'âge 51– 60 ans était la plus élevée.

Les professions agro – pastorales ont été les plus pourvoyeuses de hernies.

Les hernies de l'aine ont été les plus nombreuses et elles étaient surtout inguinales.

La létalité observée a été de 0,77%, décès non lié à une cause chirurgicale ; et les récurrences ont été nulles.

Mots Clés : HERNIE – ABDOMEN.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie D'HIPPOCRATE je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE

