



LES HERNIES PARIETALES ÉTRANGLÉES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO

STRANGULATED PARIETAL HERNIAS AT THE YALGADO OUEDRAOGO UNIVERSITY HOSPITAL

Sawadogo Yamba Elie*, Sanou Yves*, Ouédraogo Ida*, Maiga Fataho*, Kambou Ollo*,

Bonkougou W F M Nadège*, Sam Aristide*, Savadogo Julien*, Ouangré Edgar*

*Service de chirurgie générale et digestive du CHU Yalgado Ouédraogo

Correspondance : Sawadogo Yamba Elie, Chirurgie générale et digestive, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso, E-mail : elicomfr@yahoo.fr, Tel : 0022670255676

RÉSUMÉ

Objectif : Cette étude visait à analyser les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des hernies pariétales étranglées prises en charge aux urgences viscérales du CHU Yalgado Ouédraogo.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective portant sur les cas traités entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2022. Les patients inclus avaient plus de 15 ans et étaient opérés pour une hernie pariétale étranglée.

Résultats : Les hernies pariétales étranglées représentaient 8,16 % des urgences chirurgicales digestives (280 cas). L'âge moyen était de 41 ans avec un sex-ratio de 2,8. Les hernies inguino-scrotales étaient les plus courantes (58,2 %), suivies des hernies de la ligne blanche (17,5 %) et des hernies ombilicales (12,9 %). Le contenu du sac herniaire était nécrosé chez 52 patients. Une herniorraphie a été réalisée chez 93,2 % des patients, tandis qu'une hernioplastie a été pratiquée dans 6,8 % des cas. La morbidité était de 5 %, et la mortalité post-opératoire de 1,07 %.

Conclusion : La prévention et la prise en charge précoce des hernies pariétales non compliquées pourraient réduire leur morbidité et mortalité aux urgences.

Mots clés : hernie, étranglée, urgences, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the epidemiological, diagnostic, therapeutic, and evolutionary aspects of strangulated parietal hernias managed at the visceral emergency department of CHU Yalgado Ouédraogo.

Methods: A descriptive retrospective study was conducted on cases treated from April 1, 2019, to March 31, 2022. Patients over 15 years old who underwent surgery for strangulated parietal hernia were included.

Results: Strangulated parietal hernias accounted for 8.16% of digestive surgical emergencies (280 cases). The mean age was 41 years, with a sex ratio of 2.8. Inguino-scrotal hernias were the most frequent (58.2%), followed by linea alba hernias (17.5%) and umbilical hernias (12.9%). Necrosis of hernial sac contents was observed in 52 patients. Herniorraphy was performed in 93.2% of cases, while hernioplasty was performed in 6.8%. Postoperative morbidity and mortality rates were 5% and 1.07%, respectively.

Conclusion: Early management of uncomplicated parietal hernias could reduce their frequency, morbidity, and mortality.

Keywords: hernia, strangulated, emergency, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

INTRODUCTION

Les hernies pariétales représentent une pathologie fréquente en chirurgie, touchant une population variée. On estime qu'elles constituent environ 10 % des interventions abdominales à travers le monde, avec des variations significatives selon les contextes socio-économiques et géographiques. Une hernie est définie comme la protrusion d'un viscère à travers un point faible de la paroi abdominale [1, 2].

L'étranglement herniaire constitue une complication majeure, pouvant entraîner une ischémie et une nécrose viscérale si le traitement n'est pas rapide. Dans les pays à faibles ressources, notamment en Afrique, la prise en charge tardive contribue à un taux élevé de morbidité et de mortalité [3, 4].

Cette étude présente les données concernant les hernies pariétales étranglées prises en charge au CHU Yalgado Ouédraogo, en mettant l'accent sur les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

PATIENTS ET MÉTHODES

Une étude transversale descriptive et rétrospective a été réalisée aux urgences viscérales du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Les patients inclus étaient âgés de plus de 15 ans et avaient été opérés pour des hernies pariétales étranglées confirmées cliniquement et chirurgicalement entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2022.

Les données recueillies incluaient : L'âge, le sexe et la profession des patients, la localisation de la hernie, le délai et les modalités de prise en charge, les techniques chirurgicales et les résultats postopératoires.

Les critères d'exclusion comprenaient les hernies non étranglées et les patients dont les dossiers étaient incomplets.

RÉSULTATS

Durant la période étudiée, 280 cas de hernies pariétales étranglées ont été recensés parmi 3429 urgences abdominales digestives (8,16 %). Elles représentaient 5,94% de l'ensemble des urgences chirurgicales. L'âge moyen était de 41,15 ans (extrêmes : 15 à 90 ans), avec une nette prédominance masculine (sex-ratio = 2,8). La majorité des patients exerçait des activités physiques intenses telles que l'agriculture et le commerce tableau 1.

Deux cent vingt-trois patients ont été référés et 48 ont été admis directement aux urgences viscérales. Les motifs de consultation des patients étaient la tuméfaction herniaire dans 96,5% des cas, la douleur herniaire dans 80,3% des cas, les vomissements dans 27,9% des cas et l'arrêt des matières et des gaz dans 13,2% des cas. Les antécédents de tuméfaction pariétale non compliquée ont été notés chez 167 patients. La durée d'évolution de la hernie a été précisée chez 135 patients avec une durée moyenne de 6,1 ans avec des extrêmes de cinq jours et 40 ans. Un antécédent de cure herniaire a été retrouvé dans 24 cas. Quatre patientes en aménorrhée gravidique datée de 26 à 28 semaines présentaient dans trois cas une hernie de la ligne blanche et dans un cas une hernie ombilicale. Les circonstances de survenue de l'étranglement herniaire ont été présentées sur le tableau 2.

Selon la localisation des hernies on observait des :

- Hernies inguino-scrotales : 58,2 %.
- Hernies de la ligne blanche : 17,5 %.
- Hernies ombilicales : 12,9 %.
- Hernies de Spiegel : 0,7 %.
- Hernies crurales : 0,4 %.
- Hernies lombaires supérieures : 0,4 %.

L'examen clinique des patients avait permis de poser le diagnostic de hernie étranglée chez tous les patients. La répartition des patients selon la localisation de la hernie

pariétale et le sexe est présentée sur le tableau 3.

Le délai de prise en charge était généralement supérieur à 6 heures (85,1 %) La mise en condition préopératoire a été effectuée chez tous les patients. A l'admission tous les patients avaient bénéficié d'une prise de voie veineuse, de l'administration de solutés de remplissage. La sonde naso-gastrique a été mise chez 231 patients. Une transfusion de culot de globules rouges a été effectuée chez un patient. Les antalgiques et les antibiotiques ont été administrés. Une bi antibiothérapie chez 126 patients et une mono antibiothérapie chez 105 patients. Le délai de prise en charge chirurgicale a été précisé chez 269 patients. Ce délai précisait que 14,9% des patients ont été opérés en moins de 6h ; 41,6% des patients entre 6h et 12h et 43,5% des patients dans un délai de plus de 12h.

Gestion chirurgicale :

Les patients ont été opérés sous anesthésie générale dans 221 cas et sous rachianesthésie dans 59 cas, avec un délai moyen avant intervention de 8,85 heures. La voie d'abord chirurgicale lors de la cure herniaire était une incision élective dans 185 cas, une laparotomie médiane dans 80 cas et une incision double (médiane et élective) dans 15 cas. Les éléments du contenu herniaire ont été présentés dans le tableau 4. L'examen de la vitalité du contenu du sac a permis de retrouver 52 cas de nécrose touchant le grêle, l'épiloön, le cæcum, le testicule et la paroi scrotale.

Les gestes chirurgicaux incluaient :

- La réintégration du contenu herniaire chez 218 patients
- Réfection pariétale par herniorraphie (93,2 %) avec une préférence pour la méthode de Bassini (93,2 %) et hernioplastie (6,8 %).
- Gestes associés : résection intestinale (31 cas), résection épiploïque (22 cas), orchidectomie (1 cas). Résection épiploïque dans

22 cas, une résection du cæcum (6 cas), nécrosectomie pariétale (1cas) et une hystérectomie (1cas). tableau 5.

La durée moyenne de l'intervention était de 107,62 min avec des extrêmes de 25 et 295 min. Au cours de l'intervention chirurgicale un cas d'incident a été enregistré ; il s'est agi d'une perforation de la vessie qui a fait l'objet d'une suture et la mise en place d'une sonde urinaire à demeure. Les suites opératoires étaient simples chez 266 patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,85 jours avec des extrêmes de deux et 17 jours.

Complications et évolution :

Les complications post-opératoires étaient rares (5 %) et dominées par les infections de paroi (4 cas) et les péritonites (3 cas). Une reprise chirurgicale a été nécessaire chez cinq patients tableau 6. La mortalité globale était de 1,07 % (3 décès imputables à un choc septique ou des troubles métaboliques).

DISCUSSION

Les résultats confirment la prévalence des hernies étranglées parmi les urgences abdominales au Burkina Faso, en concordance avec d'autres études africaines [5, 6]. La prédominance masculine et l'âge moyen relativement jeune (41,15ans) reflètent l'impact des activités physiques intenses sur l'apparition des hernies [2, 5, 7, 10].

La localisation inguino-scrotale reste la plus commune, en raison de la faiblesse anatomique préexistante et des efforts physiques intenses. Les variations topographiques des hernies montraient une nette prédominance des hernies inguino-scrotales avec 58,2% suivies des hernies de la ligne blanche avec 17,5% et des hernies ombilicales avec 12,9%. Hodonou et al. [11] au Bénin retrouvaient ce même ordre topographique. Cela s'expliquerait par l'existence des zones de faiblesse de la paroi abdominale qui sont anatomiquement

définies. L'issue des viscères à travers ces zones est favorisée par l'âge et l'hyperpression intra abdominale due aux efforts ainsi que la multiparité [12, 13, 14]. Le côté droit des hernies inguino-scrotales représentait 43,9% des cas. Ces données concordent avec celles de la littérature [5, 15] sans qu'aucune explication objective ne soit donnée. La hernie de la ligne blanche représentait 17,5% des hernies. Elle se voit chez la femme dans 79,6% des cas dans cette étude. Les grossesses et les myomes utérins constitueraient aussi des facteurs favorisant l'apparition des hernies de la ligne blanche et de l'ombilic comme le présente cette étude avec quatre cas. Kuubiere et al. [16] au Ghana trouvaient une fréquence de 20,9% de hernie de la ligne blanche.

La hernie de Spiegel a été diagnostiquée chez deux patients et la hernie lombaire chez un patient. Ces deux variétés de hernies sont également rares dans la littérature [17, 18]. Quoiqu'il en soit plusieurs variétés de hernies à partir d'un point faible de la paroi abdominale ont pu être observées à l'exception de la hernie de Jean-Louis Petit et du quadrilatère de Grynfeltt.

La majorité des patients soit 85,1% a été prise en charge au bloc opératoire au-delà des six premières heures de leur admission aux urgences. Ce délai est comparable à Magagi et al. [19] au Niger qui retrouvaient un délai moyen de 9,13h. Ce long délai d'attente dans notre contexte s'expliquerait par l'absence de l'assurance maladie universelle et l'insuffisance de médicaments dans les kits de soins sans prépaiement. Toute la charge financière repose alors sur le patient et sa famille afin d'honorer tous les coûts nécessaires aux examens complémentaires et à la chirurgie. Ce retard à la prise en charge pourrait également être dû au nombre limité des salles opératoires entraînant un grand nombre de patients en attente et à la difficulté d'obtention du consentement liée à la peur de la chirurgie.

Prise en charge retardée :

Le retard dans la prise en charge chirurgicale est principalement lié à l'absence d'assurance maladie universelle et aux coûts des soins. Boris au Cameroun affirmait que la peur de l'intervention chirurgicale amènerait les patients à ne consulter que lorsque survient une complication. Aussi le caractère tabou des pathologies touchant les organes génitaux vient accentuer ce retard de prise en charge [9]. Ces barrières pourraient être atténuées par des politiques de subventions et des campagnes de sensibilisation pour encourager des consultations précoces.

Techniques chirurgicales :

Durant l'intervention chirurgicale, le contenu du sac herniaire était variable avec une nette prédominance de l'intestin grêle associé ou pas à d'autres organes. Plusieurs auteurs [5, 8,11,15] rapportaient l'étranglement intestinal dans leur série. Les organes mobiles et de voisinage font l'objet de protrusion dans le sac herniaire. Les viscères contenus dans le sac sont très variables en fonction du siège et du volume de la hernie mais des migrations importantes sont possibles.

La méthode de Bassini reste privilégiée en raison de sa simplicité et de son adaptation au contexte septique. Cependant, des alternatives modernes comme la technique de Désarda pourraient être explorées pour améliorer les résultats [20]. La méthode de Shouldice et celle de Mac Vay ont été respectivement utilisées dans 2,5% et 0,35% des cas. La préférence pour la technique de Bassini s'expliquerait par sa meilleure maîtrise, par la rapidité de sa réalisation mais aussi par le caractère septique des hernies étranglées limitant l'usage des prothèses.

L'éventail des techniques chirurgicales possibles permettait jusqu'à présent de répondre au polymorphisme de cette pathologie.

Dans cette série la hernie de l'aine étranglée était diagnostiquée chez 192 patients. La

presque que totalité des cas était représentée par la hernie inguinale étranglée. La hernie crurale étranglée était présente chez un patient. La voie d'abord chirurgicale était inguinale chez 175 patients, la laparotomie médiane chez deux patients et les deux voies chirurgicales associées chez quinze patients. Les résections du colon, du cæcum et de l'iléon terminal avaient nécessité une laparotomie, la cure ne pouvant se faire uniquement par l'incision élective. L'utilisation de prothèse fait l'objet de controverse en raison du risque septique des hernies étranglées. La mise en place de prothèse doit être réservée aux cas où aucun procédé classique ne paraît être réalisable. Contrairement aux procédures de Bassini, de Mac Vay ou de Shouldice qui sont des cures avec tension et sources de douleurs, la technique de Désarda évite cet inconfort [20]. La méthode de Désarda devient une alternative raisonnable à l'utilisation de prothèse dans les hernies inguinales étranglées.

Les hernies ombilicales étaient enregistrées dans 36 cas soit 12,9% des hernies étranglées. La cure de l'orifice herniaire ombilical était faite par des sutures. La hernie étranglée de la ligne blanche représentait 17,5% de l'ensemble des hernies pariétales. Elle se voit plus chez la femme. Sa prise en charge avait nécessité une hystérectomie chez une patiente avec un utérus poly myomateux.

Plusieurs gestes chirurgicaux ont été réalisés au cours des cures herniaires étranglées. Il s'est agi de la cure de hernie inguinale controlatérale non compliquée, de la cure de hernie ombilicale non compliquée, de la cure d'hydrocèle, de la nécrosectomie pariétale et de l'orchidectomie dans le cas de phlegmon pyo stercoral. Au plan thérapeutique, les cures des différentes hernies ou lésions associées peuvent à chaque fois que cela est possible être réalisées au cours de la même séance opératoire [1].

Mortalité et complications :

Le faible taux de mortalité (1,07 %) souligne les efforts des équipes chirurgicales malgré les contraintes. Toutefois, la morbidité liée aux complications infectieuses reste un point d'amélioration nécessaire.

Les infections sont l'apanage des complications dans certaines séries africaines [5, 13, 16, 19]. Cela 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. Le taux de mortalité était de 1,07%. Ouangré et al. [5] et Kambiré et al. [10] retrouvaient respectivement un taux de mortalité de 1,6% et 2,1%. L'insuffisance de mesures de réanimation péri opératoires, la durée d'évolution de la hernie ainsi que le retard de prise en charge seraient imputables à cette mortalité. La chirurgie herniaire en urgence est pourvoyeuse de complications. Des nécroses digestives avec un état clinique altéré entraînent parfois un risque de décès.

CONCLUSION

Les hernies pariétales étranglées représentent une pathologie fréquente et évitable si une prise en charge précoce est assurée. L'éducation sanitaire et l'amélioration de l'accès aux soins sont essentielles pour réduire leur impact.

Références

1. Boukinda F, Fagniez PL, Julien M. Profil épidémiologique des hernies à Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire. 1993;40(11):655-661.
2. Engbang JP, Essola B, Mouna BG. Hernie ombilicale de l'adulte : aspects évolutifs à Douala. J Med Biomed Sci. 2021;22(8):99-103.
3. Ouangré E, Zida M, Goudou R. Hernies étranglées de l'aine au CHU Yalgado Ouédraogo. An Univ

- Ouagadougou. 2015;015(série D):11.
4. Péliissier E, Ngo P. Traitement chirurgical des hernies de la ligne blanche. EMC Technique Chirurgicale. 2009;40:150.
 5. Tendeng JN, Ndong A, Diao ML. Urgences chirurgicales digestives au CHR Saint Louis. J Afr Chirurgie. 2018;5(2):92-102.
 6. Ouédraogo S, Sanou A, Zida M. Résultats de la technique de Desarda au Burkina Faso. Rev Afr Chir Spec. 2014;8(2):15-18.
 7. Hureau J, Patel J. Hernies. In : pathologie chirurgicale. 3^{ème} Edit. Masson ; Paris 1978 p1520
 8. Boutelier P, Leger L. Sémiologie chirurgicale. 6^{ème} ed. Paris : Masson ;1999. 444p
 9. Belemlilga G L Hermann, Yabré nassirou, Keita Namori. Hernies pariétales au CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso : Profil sociodémographique, diagnostique et thérapeutique. Journal de chirurgie et spécialités du Mali JCSM Vol 3 (2023), N° 2 : 17-24
 10. Idris NS, Hail K, Chatter H, Benmechta A. Traitement prothétique en urgence des hernies abdominales étranglées : à propos de 73 cas. Journal de chirurgie viscérale. 158 (2021) ;S73-S74.
 11. Sow Y, Diallo I, Bangoura MS. Hernie inguinale étranglée bilatérale associée à une volumineuse hydrocèle bilatérale à propos d'un cas à l'hôpital préfectorale de Pita. Jaccr Africa 2023; 7(4): 162-166
 12. Kambiré JL, Zida M, Ouédraogo S. les urgences en chirurgie digestive au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso) à propos de 394 cas. Science et technique, science de la santé 2018 ;41(1) :53-60
 13. Hodonou AM, Sambo BT, Gandaho IE. Caractéristiques épidémiologiques et thérapeutiques des hernies pariétales au centre hospitalier universitaire Du Borgou à Parakou, Bénin. World Wide J Multidiscip Res Dev. 2018 ;4(5) : 43-6
 14. Palot JP, Avisse C. Hernie inguinale, crurale et ombilicale. La revue du praticien (paris), 1999, 49 : 1242-1248
 15. Dossouvi T, Kanassoua K, Mouzou T. Urgences chirurgicales digestives dans un pays en développement (Togo). J Afr Cas Clin Rev. 2021 ;5(3) :286-93
 16. Wade TMM, Ba PA, Diao ML. Urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez le sujet âgé au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar: à propos d'une série de 110 cas. J Afr Hépatogastroentérologie. Dec 2016 ; 190-3
 17. Tamegnon D, Kouliwa Kokou K, Olivier AE-G. prise en charge des hernies de l'aine au CHU Kara (Togo). Eur Sci J ESJ. Juin 2021 ;17(21) : 256
 18. Kuubiere BC, Alhassan A, Mogre V. the epidemiology of hernias in tamale, northern, Ghana. Advances in reseach 2015, 3(3): 269-74
 19. Péliissier E, Habib E, Armstrong O. Traitement chirurgical des hernies lombaires. Technique chirurgicale. Appareil digestif. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 2010 :40-152
 20. Magagi IA, Adamou H, Habou O. urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'hôpital national de Zinder, Niger. Bull Société Pathol Exot. Août 2017 ; 110(3) : 191-7.

ANNEXE

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la profession (n=217)

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Secteur informel	63	29,03
Cultivateur	53	24,42
Commerçant	38	17,51
Femme au foyer	29	13,36
Élève/Étudiant	23	10,6
Salarié	4	1,84
Retraité	4	1,84
Éleveur	3	1,38
Total	217	100

Tableau II : Répartition des patients selon les circonstances de survenue de l'étranglement herniaire (n=268).

Circonstances de survenue	Effectif	Pourcentage (%)
Spontanée	230	85,82
Lors d'un effort physique :		
Travail de force	23	8,59
Défécation	6	2,24
Toux	6	2,24
Coût	1	0,37
Dysurie	1	0,37
Voyage	1	0,37
Total	268	100

Tableau III : Répartition des patients selon la localisation de la hernie étranglée et le sexe

Localisation de la hernie étranglée	Sexe :		Effectif	Pourcentage (%)
	homme	femme		
Hernie inguino-scrotale droite	123	-	123	43,93
Hernie inguino-scrotale gauche	37	-	37	13,21
Hernie inguinale droite	16	3	19	6,78
Hernie inguinale gauche	6	3	9	3,21
Hernie inguino-scrotale bilatérale	3	-	3	1,07
Hernie crurale droite	-	1	1	0,36
Hernie de la ligne blanche	10	39	49	17,5
Hernie ombilicale	9	27	36	12,85
Hernie de Spiegel gauche	-	1	1	0,36
Hernie de Spiegel droite	1	-	1	0,36
Hernie lombaire gauche	1	-	1	0,36
Total	206	74	280	100

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du contenu du sac herniaire (n=273)

Contenu du sac herniaire	Effectif	Pourcentage (%)
Intestin grêle	209	76,56
Épiploon	81	29,67
Cæcum	20	7,33
Vide	16	5,86
Appendice	12	4,4
Colon	8	2,93
Lipome pré péritonéal	7	2,56
Testicule	2	0,73
Vessie	2	0,73

Tableau V : répartition des patients selon les gestes chirurgicaux réalisés (n=280)

Gestes chirurgicaux	Effectif
Cure herniaire :	
- Bassini	174
- Shouldice	7
- Desarda	2
- Lichtenstein	8
- Mac Vay	1
- Suture simple	73
- Suture en Paletto	4
- Prothèse	11
Drainage du cul de sac de Douglas	24
Drainage scrotal	14
Appendicectomie	8
Cure d'hydrocèle	5
Cure de hernie ombilicale non étranglée	5
Cure de hernie inguinale controlatérale non étranglée	2
Hémi colectomie droite pour tumeur du cæcum	1
Hystérectomie	1
Réparation de brèche iatrogène de la vessie	1

Tableau VI : Répartition des patients en fonction des complications post opératoires (n=14).

Complications post opératoires		Effectif
Générale	Choc septique	1
	Hyperthermie et troubles métaboliques	1
	Insuffisance respiratoire	1
Spécifiques	Suppuration pariétale	4
	Péritonite post opératoire	3
	Hématome scrotal	2
	Éviscération	1
	Occlusion post opératoire	1